



# XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

15-19 Mayıs 2013  
Gloria Kongre Merkezi ANTALYA

**Program  
ve  
Bildiri Özetleri**

TTB-STE Kredi Puanı: 38



**İÇİNDEKİLER**

<b>Dernek Başkanı Önsöz</b> .....	5
<b>Kongre Başkanı Önsöz</b> .....	6
<b>Hemşirelik Kongresi Başkanı Önsöz</b> .....	7
<b>Ulusal Kongre Kurullar</b> .....	8
<b>Hemşirelik Kongresi Kurullar</b> .....	9
<b>Ulusal Kongre Detaylı Bilimsel Program</b>	
15 Mayıs 2013, Çarşamba .....	11
16 Mayıs 2013, Perşembe .....	13
17 Mayıs 2013, Cuma .....	19
18 Mayıs 2013, Cumartesi .....	25
19 Mayıs 2013, Pazar .....	29
<b>Hemşirelik Kongresi Detaylı Bilimsel Program</b>	
15 Mayıs 2013, Çarşamba .....	30
16 Mayıs 2013, Perşembe .....	30
17 Mayıs 2013, Cuma .....	31
18 Mayıs 2013, Cumartesi .....	33
19 Mayıs 2013, Pazar .....	34
<b>Ulusal Kongre Poster Bildiriler Listesi</b> .....	35
<b>Seçilmiş Sözlü Bildiriler</b> .....	47
<b>Sözlü Bildiriler</b> .....	55
<b>Tartışmalı Poster Bildiriler</b> .....	97
<b>Poster Bildiriler</b> .....	105
<b>Video Bildiriler</b> .....	251
<b>Hemşirelik Sözlü Bildiriler</b> .....	259
<b>Hemşirelik Poster Bildiriler</b> .....	275
<b>Yazar İndeksi</b> .....	293



Değerli Meslektaşlarım,

Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongrelerimiz doyurucu bilimsel programları, buna bağlı olarak artan katılımcı sayıları ile gelecek toplantılardan da beklentileri arttırmaktadır.

Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği (TKRCD) olarak iki yılda bir gerçekleştirdiğimiz kongrelerimizi, geleneksel bir şekilde 19 Mayıs'ı içine alacak şekilde planlamaya çalışıyoruz. Bu doğrultuda XIV. kongremizi 15-19 Mayıs 2013 tarihleri arasında Antalya-Belek Gloria Kongre Merkezinde gerçekleştireceğiz. TKRCD Yönetim Kurulu'nda 14. kongremizin sloganını "Hücreden Cerraha" olarak belirledik. Kongremizin başkanlığını Prof. Dr. Abdullah Zorluoğlu, genel sekreterliğini Prof. Dr. Türker Bulut üstlendiler. Bilimsel kurul tarafından kolorektal cerrahinin tüm konularını içeren ayrıntılı ve doyurucu bir program oluşturuldu.

Kolorektal cerrahi çok dinamik bir tıp dalı. Bugün güncel olan bir tanı ya da tedavi yöntemi, yarın geçerliğini yitirmiş olabiliyor. Bu nedenle iki yılda bir gerçekleştirdiğimiz kongrelerimizin bilimsel programlarında; meslektaşlarımızın günlük hayatta karşılaştıkları sorunlara pratik çözümler üretebilecek konuların yanı sıra, cerrahide yeni eğilimleri, yeni tanı-tedavi yöntemlerini, cerrahi eğitimi sırasında ya da mezuniyet sonrasında karşılaşılan zorlukların çözümünü dengeli bir şekilde sunmayı hedefliyoruz.

Beş günlük toplantı süresince son yılların-günlerin önemli başlıkları; paneller, konferanslar, kurslar, karşıt görüşler, video oturumları, tartışmalı olgu oturumları, serbest bildiri ve poster oturumları şeklinde tartışılacak, ulusal ve uluslararası seçkin bilim insanları sunumlar yapacaklardır. Toplantılarımızın ayrılmaz parçasını oluşturan endüstrinin destekleyeceği uydu sempozyumları bilimsel içeriği zenginleştirecektir. Bu kongrede; mesleki yaşantımızda çalışma alanlarımızı paylaştığımız hemşire arkadaşlarımız paralel oturumlar düzenleyecekler, genç cerrahları teşvik etmek amacıyla da bildiri ve poster ödülleri verilecektir.

Kongremizde bilimsel program dışında, meslektaşların uzun süredir görmediği arkadaşları, kolorektal cerrahiye yoğun emek vermiş hocaları ile buluşması, sosyal ortamda bir araya gelerek cerrahinin ağır yükünden kısa süre için de olsa sıyrılabilmesi, ekip ruhu ile yetmişmiş ve "ben" değil hep "biz" diyen cerrahlara yeni çalışma enerjileri yükleyecektir.

Değerli Meslektaşlarım, XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi'nin esas gücünü katılımcılar ve onların etkin destekleri oluşturacaktır. Bilimsel ve sosyal içeriği akıllardan silinmeyecek bir kongreyi birlikte gerçekleştirmek için katkılarınızı bekliyorum, TKRCD Yönetim Kurulu adına saygılarımı sunuyorum.

Dursun BUĞRA  
TKRCD Başkanı

Değerli Meslektaşlarım,

Ülkemizin Cerrahi Dernekleri içerisinde, kendi alanındaki en geniş katılımlı kongrelerini hazırlayan Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, XIV. Ulusal Kongresini 15-19 Mayıs 2013 tarihleri arasında Gloria Kongre Merkezi, Belek, Antalya’da gerçekleştirecektir.

Kongre yerinin seçiminde, özellikle son iki kongrede katılımcıların geri bildirimleri önemli rol oynamıştır. Her zamanki gibi paralel oturumlar şeklinde gerçekleştirilen VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi de birlikte yapılacaktır.

Kongre sloganımızı bu kez; moleküler biyolojide, genetik bilgilerde ortaya çıkan gelişmelerin cerrahiye yönlendirmelerindeki etkilerini de dikkate alan, cerrahın sadece ameliyat yapan kişi olmadığını vurgulayan “Hücreden Cerraha” olarak aldık. Önceki kongrelerden aldığımız geri bildirimler ve öz eleştiriler doğrultusunda çıtayı biraz daha yükseltecek ve sizlerin daha yoğun katılımını sağlayacak hazırlıkları aşağı yukarı tamamladık. Bu nedenle kongre öncesi ve sonrası genç meslektaşlarımızın yoğun ilgisini çeken kurslar, vazgeçilmez etkinliklerimiz arasında yer alacaktır. Klasik uygulama haline gelen ve genç akademik bilim adamlarının sunacağı temel konular paneli programın ilk günündeki kurslardan sonra yer alacaktır. Daha çok asistan ve genç cerrahların yoğun ilgisini çeken “Kahvaltıda Uzmanla Buluşma’ toplantıları düzenlenmiştir.

Tek salonda yapılacak konferans ve panellerde güncel konular yer alacak ve gelecekteki uygulamalara yönelik gelişmeler aktarılacaktır. Konuşmacıların görselliği öne çıkaracak sunumlar yapması teşvik edilecektir. Özellikle olgu üzerinden giderek yürütülen tartışmalı panellerde key-pad uygulamalarıyla salonun katılımının yüksek düzeye çıkartılması hedeflenecektir. Seçilmiş bildiriler genç ve kıdemli yazarlarının katıldığı tartışmalı paneller halinde sunulacaktır.

Bilimsel programlarımızı zenginleştirmek amacıyla dünyaca tanınmış yabancı kolorektal cerrahlar kongremize davet edilecektir. Kongremizde moleküler biyolojiden cerrahiye uzanan geniş bir yelpazedeki konuların ele alınacağı ve tartışılacağı oturumlar planlanmıştır.

Günümüz ekonomik zorluklarına, sağlıkta dönüşüm politikalarının getirdiği çeşitli uygulamalara rağmen, endüstri desteğini mümkün olduğunca alarak sizlerin yoğun katılımını sağlayacak bir ulusal kongre hazırlığı içerisindeyiz.

Kongreye göndereceğiniz bildirimlerinizi beklerken, bildirimlerin hakemlerce titizlikle değerlendirileceğini ayrıca bazı bildirimlerin paneller içerisinde kıdemli hocasının da yer alacağı şekilde ya da bağımsız serbest bildiri oturumlarında tartışılacağını, kongre programına sığdıramadığımız çalışmalarınıza ise e-poster veya tartışmalı poster olarak yer vereceğimizi bildirmek isterim.

Hepimizin kongresine yapacağınız katılım ve katkılar bizlere güç ve heyecan verecektir.

Saygılarımla...

Abdullah ZORLUOĞLU

XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Başkanı

Değerli Meslektaşlarım,

“VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi”, 15-19 Mayıs 2013 tarihleri arasında, Antalya-Belek Gloria Kongre Merkezi’nde, “XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi” ile eş zamanlı yapılacaktır.

İki yılda bir düzenlediğimiz kongre programında; kolorektal cerrahi ve stoma ve yara bakım hemşireliğine ilişkin hasta değerlendirme ve tanılama, önleyici girişimler, kanıta dayalı bakım, tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımları uzmanları tarafından sunulacaktır. Programın içeriğini oluşturan en güncel bilgiler ve yaklaşımlar; konferans, panel, olgu sunumu ve uzmanına danışalim oturumlarında klinik alana dönük pratik bilgiler, uygulamalar ve deneyimler paylaşılacaktır. “Komplike Abdominal Yaraların Yönetimi”, “Komplikasyon Yönetimi” ve “Fistül Yönetimi” gibi kritik karar gerektiren olgular Cleveland Klinik’den davetli konuşmacılarımız tarafından sunulacaktır.

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

Alanında uzman ulusal konuşmacılarımızın yanı sıra dünyada enterostomal terapi programlarının başlatıldığı ilk merkez olan Cleveland Klinik’den Yara Ostomi İnkontinans Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Direktörü, Linda J. Stricker ve kolorektal cerrahi alanında klinik uzman hemşire Vicki A. Rumpler davetli konuşmacı olarak kongremize katkı vereceklerdir.

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

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi’nde buluşmak üzere düzenleme kurulu adına saygılarımı sunarım.

Ayişe KARADAĞ

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Başkanı

**XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Kurullar****Kongre Başkanı**

Abdullah ZORLUOĞLU

**Kongre Genel Sekreteri**

Türker BULUT

**Yönetim Kurulu**

Dursun BUĞRA

Ömer ALABAZ

Oktar ASOĞLU

Tarık AKÇAL

Adil BAYKAN

Abdullah ZORLUOĞLU

İ. Ethem GEÇİM

Selman SÖKMEN

Uğur SUNGURTEKİN

**Onur Kurulu**

Yeşim ERBİL

TCD Başkanı

Kemal ALEMDAROĞLU

TKRCD Onursal Başkan

Ayhan KIZIL

Kurucu Üye

Ahmet ÖZBAL

Kurucu Üye

Halit OSMANOĞLU

Kurucu Üye

Emin Uğur ERKOÇAK

Kurucu Üye

Emin Nur DANIŞMEND

Kurucu Üye

Ali AKYÜZ

Kurucu Üye

Tarık AKÇAL

Kurucu Üye

Necmettin SÖKÜCÜ

Kurucu Üye

Mehmet FÜZÜN

Kurucu Üye

**Bilimsel Kurul**

Hikmet AKGÜL

Süphan ERTÜRK

Şükrü B. ÖZER

Erhan AKGÜN

Yavuz ERYAVUZ

Ersin ÖZTÜRK

M. Levhi AKIN

Kenan ERZURUMLU

Melih PAKSOY

Musa AKOĞLU

Rasim GENÇOSMANOĞLU

Feza REMZİ

Ethem ALHAN

Ertuğrul GÖKSOY

Kazım SARI

Acar AREN

R. Haldun GÜNDOĞDU

Erdoğan SÖZÜER

Mithat Kerim ASLAN

İsmail HAMZAOĞLU

İlker SÜCÜLLÜ

Fuat ATALAY

Hovsep HAZAR

Derviş ŞEN

Selçuk ATAMANALP

Servet KARAHAN

Neriman ŞENGÜL

Emre BALIK

Tayfun KARAHASANOĞLU

Cem TERZİ

Bırol BOSTANCI

Abut KEBUDİ

Mustafa TİRELİ

Yusuf BÜKEY

Atilla KORKMAZ

Atilla TÖRÜNER

Yılmaz BÜYÜKUNCU

Mustafa KORKUT

Sefa TÜZÜN

Emre CANDAN

Çetin KOTAN

Ali UZUNKÖY

Faik ÇELİK

Neşet KÖKSAL

Sümer YAMANER

Recep ÇETİN

Necmi KURT

Bekir YAŞAR

Saadettin ÇETİNER

Ayhan KUZU

Nihat YAVUZ

Tahsin ÇOLAK

Sezai LEVENTOĞLU

Sadık YILDIRIM

Sezai DEMİRBAŞ

Zafer MALAZGİRT

Tuncay YILMAZLAR

Osman DOĞRU

Bülent MENTEŞ

Sinan YOL

Mustafa DÜLGER

Mehmet MİHMANLI

Tayfun YÜCEL

Sabri ERGÜNEY

Mehmet OĞUZ

Serdar YÜCEYAR

Bülent ERKEK

Halit OSMANOĞLU

Enis YÜNEY

Hayri ERKOL

Mustafa ÖNCEL

Metin ERTEM

Durkaya ÖREN

\* Bilimsel Kurul listesi soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.



**VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Kurullar****Başkan**

Ayışe KARADAĞ

**Onursal Başkan**

Deniz ŞELİMEN

**Kongre Sekreterleri**

Hülya BULUT

Zehra GÖÇMEN BAYKARA

**Düzenleme Kurulu**

Fethiye ERDİL

Nevin KANAN

Nalân ÖZHAN ELBAŞ

Sevilay ŞENOL ÇELİK

Meryem YAVUZ

Emine İYİGÜN

Deniz HARPUTLU

Halime AYDIN

**Bilimsel Kurul**

Güler AKSOY

Neriman AKYOLCU

Fatma ETİ ASLAN

Nurhan BAYRAKTAR

Fatma CEBECİ

İkbal ÇAVDAR

Leyla DİNÇ

Ümmü Yıldız FINDIK

Ülkü GÜNEŞ

Sevgi HATİPOĞLU

Mevlüde KARADAĞ

Özgül KARAYURT

Türkan ÖZBAYIR

Nadiye ÖZER

Sevinç TAŞTAN

Özge UZUN

\* Bilimsel Kurul listesi soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.



**ULUSAL KONGRE BİLİMSEL PROGRAM****15 Mayıs 2013 Çarşamba**

13.00 - 16.15

**KURS****KOLOREKTAL CERRAHİDE ANASTOMOZ TEKNİKLERİ***(Katılım 40 kişi ile sınırlıdır.)*

Kurs Yöneticisi: Ethem GEÇİM

Pratik Uygulayıcılar: Ethem GEÇİM, Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR, Haydar CELASİN, Mutlu DOĞANAY, Kuzey AYDINURAZ, Serap EREL, Niyazi KARAMAN

13.00 - 13.15

**Açılış** - Ethem GEÇİM

13.15 - 13.30

**Elle Anastomoz Teknikleri** - Kuzey AYDINURAZ

13.30 - 13.45

**Stapler ile Anastomoz Teknikleri** - Haydar CELASİN

13.45 - 14.00

**Laparoskopik Anastomoz Teknikleri** - Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR

14.00 - 14.15

**Stapler Uygulamaları Sırasında Rastlanan Komplikasyonlar** - Mutlu DOĞANAY

14.15 - 16.15

**Pratik Uygulamalar ve Tartışma**

Anastomoz yapmayı öğrenmek cerrahi eğitiminin en önemli aşamalarından biridir. Tıptaki tüm gelişmelere rağmen anastomoz sorunları hala önemli bir sorun olarak devam etmektedir. Bu sorun en tecrübeli cerrahların bile kabusu olmaktadır. Anastomoz sorunları; iskemi, gerginlik gibi teknik nedenlerle oluşmasının yanı sıra malnütrisyon, immünsüpresyon veya radyoterapi gibi hastaya ait faktörlerle ortaya çıkmaktadır. İdeal anastomoz tekniği he zaman tartışmalı olmuştur, cerrahi zımbaların anastomoz yapımında son 30 yıldır gün geçtikçe artan oranda kullanılmaktadır. Cerrahi zımbalar ile yapılan anastomozlarda kaçak ve cerrahi alan enfeksiyonu oranları elle yapılanlara göre daha az olmasına rağmen bu teknikte de anastomoz darlığı daha sık görülmektedir. Son yıllarda anastomozların iki ucunu birbirine kilitleyen metal halkalardan oluşan kompresyon anastomoz tekniğinin sonuçları dikkatle izlenmektedir. Cerrahi zımbalar ile yapılan anastomozlarda zımba hatlarına ek dikişlerin konulması yeni bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. bu dikişlerin zımba hatlarındaki açıklıkları kapatmasının yanı sıra zımba hatlarından gelişebilecek kanamalarında engellemektedir.

Minimal invaziv tekniklerin gelişmesi ve intrakorporéal sütür tekniklerinin yaygınlaşması ile klasik açık anastomozun tarihe karışacağını öngörmek mümkündür.

**Amaç**

Teorik sunumlarda anastomoz tekniğini ilgilendiren kolon ve rektum anatomisinin yanında, yara iyileşmesi mekanizmaları yanında yara iyileşmesinin aşamaları hatırlatılacaktır. Anastomozlarda başarısızlıkların nelerden kaynaklandığı ve bunların nasıl önleceği, anastomozlarda dikkat edilmesi gereken ayrıntılar hakkında detaylı bilgiler verilecektir. Cerrahi zımba teknolojisi, zımbaların nerede nasıl güvenli kullanacağı hakkında bilgi verilmesinin yanı sıra uzmanların gözetiminde cerrahi zımba uygulamaları kursiyerlerce bizzat gerçekleştirilecektir.

**Öğrenim Hedefleri**

Genel cerrahi asistanlarının anastomoz tekniklerini öğrenmesi, cerrahi zımbaları tanınması, yeni teknolojilerin tanınması, zımbalarla güvenli anastomoz (açık ve laparoskopik) uygulamaları yanı sıra anastomoz sorunlarına yaklaşım irdelenecektir.

13.30 - 16.00

**KURS****TRANSANAL ENDOSKOPIK MİKROCERRAHI***(Katılım 20 kişi ile sınırlıdır.)*

Kurs Yöneticisi: Oktar ASOĞLU

13.30 - 14.30

**Video Destekli Teorik Bölüm**

13.30 - 13.40

**Tanımlar(TEM,TEO,TAMIS), Ameliyathane Düzeni ve Çalışma Aletleri** - Sezai LEVENTOĞLU

13.40 - 13.50

**Ameliyat Öncesi Evrelendirme** - Emre BALIK

13.50 - 14.00

**Nasıl Yapalım** (Video) - Emre CANDA

14.00 - 14.20

**Cerrahi Teknikte İp Uçları, Sırlar** - Xavier SERRA-ARACIL

14.20 - 14.30

**Erken Evre Rektum Tümörü Nedir? Kimlere Radikal Cerrahi Kimlere TEM Yapılmalı?** - Oktar ASOĞLU

14.30 - 16.00

**Laboratuvar Çalışması**

Rektal poliplerin endoskopik olarak ve tek parça olarak çıkarılmaması cerrahlar için ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Buess tarafından geliştirilen "Transanal Endoskopik Mikrocerrahi" (TEM) anal girimden itibaren 20 cm ye kadar olan lezyonların en blok olarak çıkarılmasına imkan vermektedir. Erken evre rektum tümörlerinin tedavisinde de TEM sıklıkla kullanılmaktadır.

**Amaç**

Rektumdaki lezyonların TEM'e uygun olup olmadığına karar verilmesinin yanı sıra, TEM endikasyonları ve tekniği hakkında teorik bilgi verilmesin ek olarak pratik olarak her kursiyer TEM cihazı kurulumu, uygulamasını gerçekleştirecektir. Bu kurs kolorektal cerrahiye ilgi duyan cerrahlara, erken evre rektum kanserinin cerrahi tedavisinde giderek artan sıklıkta uygulama alanı bulan TEM tekniğini ve uygulamasını laboratuvar koşullarında öğretmeyi amaçlamıştır.

**Öğrenim Hedefleri**

Bu kursun sonunda katılımcıların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- TEM Tekniği, Ameliyat Düzeni ve Çalışma Aletleri
- Endikasyonlar, Evrelendirme Yöntemleri ve Cerrahi Tekniğin Uygulanmasındaki İpuçları
- Elde Ettikleri Teorik Bilgilerini Laboratuvar Ortamında Uygulayarak Beceriye Dönüştürmeleri

16.00 - 18.00

**TEMEL KONULAR**

Oturma Başkanları: Kazım SARI, Mustafa TİRELİ

16.00 - 16.20

**Kolorektal Polipler** - Emre CANDA

16.20 - 16.40

**Apandisit** - Hakan YANAR

16.40 - 17.00

**Bağırsak Temizliği** - Hasan BEKTAŞ

17.00 - 17.20

**Anal Neoplazi** - Süleyman ÖZDEMİR

17.20 - 17.40

**Mezenterik İskemi** - Murat AKSOY

17.40 - 18.00

**Kolorektal Cerrahide Yamalar ve Kullanım Alanları** - Melih PAKSOY

Çoğu zaman endoskopik yolla sorunsuz bir şekilde çıkarılan kolon ve rektum polipleri bazen endoskopist, cerrah ve patolog arasında zor çözülen bir tabloda karşımıza çıkabilir. Gözden kaçabilecek kadar küçük poliplerden lümeni dolduran büyük poliplere, sürpriz yaratan veya arada bırakan patolojik sonuçlar ve takip kriterlerine kadar oldukça geniş bir konu özetlenmeye çalışılacaktır. Apandisit cerrahi bir hastalık olmaktan çıkıyor mu? Apandisitlerin %80'inin medikal yolla tedavi edilebileceği doğru mudur? Tanıda en çok zorlandığımız hastalık olmaya devam eden apandisitte ideal klinik yaklaşım nedir?

Elektif kolorektal cerrahide barsak temizliği yapılıp yapılmaması çok tartışmalıdır. Çok sayıda yayın barsak temizliğinin sonucu etkilemediğini gösterse de halen cerrahların %99'u uygulamaktadır. Bağırsak temizliği yapmayacak mıyız?

Nadir olarak karşımıza çıkması nedeniyle fazla ilgimizi çekmeyen anal neoplazilerin çeşitliliği ve farklı doğası hep kafa karıştırmıştır. Bowen / HSIL / CIS sık mıdır? Hangi vakalardan biyopsi alınmalıdır? Tedavideki karmaşa aşıldı mı? Bu konuda bilgilerin tazelenmesine her zaman ihtiyaç vardır.

Mezenter iskemi de karşılaşmak istemediğimiz ama mutlaka karşımıza çıkan tanısı da, tedavisi de zorlu bir klinik tablodur. Mezenter iskeminin kaderini değiştirmek mümkün müdür?

Kolorektal cerrahide pek kullanılmayan meshler ve implantların aslında geniş bir uygulama alanı vardır. Enfeksiyon korkusu cerrahları mesh kullanmaktan kaçınmaya itse de meshlerin çeşitleri de endikasyon alanları da artmaktadır.

18.30 - 20.00

**AÇILIŞ TÖRENİ ve KOKTEYLİ**

**ULUSAL KONGRE BİLİMSEL PROGRAM****16 Mayıs 2013 Perşembe****07.00 - 08.00 UZMANLA KAHVALTI**

- **Hemoroid ve Fissür** - Levhi AKIN
- **Fekal İnkontinans** - Sezai DEMİRBAŞ
- **Kolorektal Uluslararası Yeterlik (Board) Sınavlarına Nasıl Hazırlanılır?** - Bülent MENTEŞ, Ethem GEÇİM, Uğur SUNGURTEKİN

**08.00 - 09.20 CERRAHİ SONUÇLARIMIZI NASIL İYİLEŞTİREBİLİRİZ?**

*Bu toplantı Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek amacıyla bilimsel önerileri kapsar.*

Oturum Başkanları: Saadettin ÇETİNER, Tayfun YÜCEL

08.00 - 08.20 **Kolorektal Cerrahide Risk Değerlendirmesi** - Ayça GÜLTEKİN

08.20 - 08.40 **Kolorektal Cerrahide Antibiyotikler** - Neriman ŞENGÜL

08.40 - 09.00 **Ağrı Kontrolü** - Ersin ÖZTÜRK

09.00 - 09.20 **Hızlı İyileşme Protokolleri** - R. Haldun GÜNDOĞDU

İyi bir ameliyat tekniğine karşın kolorektal cerrahinin sonuçları başka faktörlerden etkilenebilir. Hasta ve cerrah için yüz güldürücü sonuç almak için ameliyat öncesi ve sonrası süreçte yapılması gerekenler önemlidir. Ameliyat sonrası önemli komplikasyonların çoğu aslında ameliyat öncesi komorbid faktörlerin dikkatlice araştırılması ile öngörülebilir. Ameliyat sonrası bakım planlarının standardize edilmesi de daha hızlı ve sorunsuz taburculuk sağlamaktadır.

Akılcı antibiyotik uygulaması Sağlık Bakanlığının önem verdiği konulardan biridir. Yara sınıflaması ve antibiyotik profilaksisinin kuralları belirlenmiş olsa da özellikle kolorektal cerrahide sonsuz gibi görünen mikrobiyata ve sık değişen antibiyotiğe karşı direnç sorunları bizim de devamlı güncelleme yapmamızı gerektirmektedir. Obez hastaların sayısı da giderek artmaktadır. Bu hastalar için gereken özel uygulamalar ve bakım şartları bilinmelidir. Hastanın ısıtılması, glisemik kontrolün sağlanması cerrahi enfeksiyonlara etkilidir. Drenler, irrigasyon sistemleri ve antibiyotikli sütürler cerrahi alan enfeksiyonlarını etkiler mi?

Postoperatif ağrı kontrolü pek çok nedenden dolayı önemlidir. Ağrı kontrolü yalnızca konfor açısından değil sistemik cevabı tetiklemesi ve dolaylı olarak iyileşmeyi etkilemesi açısından da önemlidir. Ağrı kontrolünde en iyi sonuç hangi yöntemle sağlanır? Opioid türevleri nasıl ve hangi dozda kullanılmalıdır?

Kısa süreli yatış protokolleri seyrek olarak uygulanmaktadır. Cerrahlar bu protokollere ya yetersiz bilgilenme ya da tekrar yatış oranının yüksek olacağı endişesiyle sıcak bakmamaktadır. Hastanın postoperatif dördüncü günden önce taburcu edilmesi çeşitli sorunlar doğurabilir. Taburculuğun hafta sonuna denk gelmesi, hastanın olumsuz tavrı ve komplikasyonlara müdahalede gecikme çözülmesi gereken sorunlardır.

**09.20 - 10.00 KOLOREKTAL CERRAHLAR İÇİN İMMÜNOLOJİ - MOLEKÜLER BİYOLOJİ**

*(Prof. Dr. Kaya ÇİLİNGİROĞLU anısına)*

Oturum Başkanları: Emin ERKOÇAK, Yılmaz BÜYÜKUNCU

09.20 - 09.40 **Kolorektal Cerrahlar İçin İmmünoloji** - Sümer YAMANER

09.40 - 10.00 **Moleküler Biyoloji: Karsinogenez** - Scott A. STRONG

İmmünolojide önemli gelişmeler olmuştur. İmmün durum değerlendirme yapmak mümkün müdür? Ameliyat sürecinde hastanın bağışıklık düzeyini bilmek bize ne kazandırır? İmmünoterapi hayal kırıklığı mı yarattı?

Kolorektal kanseri başlatan ve ilerlemesini sağlayan moleküler olay dizini giderek açıklığa kavuşmaktadır. Aslında onyıllar içinde yavaşça gelişen kolorektal kanseri anlamak için tümör hücrelerinin mikroçevresini de bilmek gerekir. Kripta tabanındaki kök hücrelerin geçirdiği normal dışı yolaçım belirlenmektedir. Hücreyi etkileyen sıradışı sinyal yolları ve inflamatuvar cevap kolorektal kanserde temel rol oynamaktadır. Kanser hücresinin invaziv ve metastatik özellik kazanması da bir dizi değişiklik sonucu (anjioenez gibi) gerçekleşir.

Kolorektal kanserin ortaya çıkışı değişik genetik yolları izleyerek gerçekleşir. Yani aynı morfolojiye sahip olsa da aslında değişik biyolojiye sahip tümörlerle karşı karşıya kalırız. DNA metilasyonu nedir?, 'Mismatch' tamir disfonksiyonu veya kromozomal instabilite sonucu hangi tablolarla karşılaşırız? Mismatch tamir geni mutasyonunda daha geniş kolektomi yapmalı mıyız? Genom analizleri bize ne sağlar? gibi soruları cevaplırsak kanser tedavisinde daha başarılı olabileceğiz.

10.00 - 10.30 Kahve molası

**10.30 - 12.30 KOLOREKTAL CERRAHİDE GÜNCEL UYGULAMALAR**

Oturma Başkanları: Metin ERTEM, Nihat YAVUZ

10.30 - 10.50 **Kolorektal Cerrahide Standartlar (Güncel durum değerlendirme)**-Feza REMZİ10.50 - 11.10 **Laparoskopik Cerrahi (Kanıt dayalı veriler değişti mi?)** - İsmail HAMZAOĞLU11.10 - 11.30 **SILSC - NOTES - NOSE (Cerrah tekniğe uygun mu?)** - Meagan COSTEDIO11.30 - 11.50 **Robotik Cerrahi (Hastaya, Cerraha, Hastaneye Faydası)** - Tayfun KARAHASANOĞLU11.50 - 12.30 **Seçilmiş Bildiriler****SS01 Rektum Kanseri Tedavisinde Laparoskopik vs Konvansiyonel Cerrahi: Kısa ve Uzun Dönem Sonuçlar**Nuri Okkabaz, Yunus Emre Altuntaş, Mustafa Öncel**SS02 Robotik Kolorektal Cerrahi: Tek Merkezden İlk Deneyimler ve Sonuçlar**Mehmet Abdussamet Bozkurt, Ali Kocataş, Mahmut Doğan, Murat Gönenç, Selin Kapan, Deniz Guzey, Ferhat Çelik, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış

Tıbbi teknolojinin geliştirdiği ürünlerden hiçbiri genel cerrahideki laparoskopik uygulamalar kadar hızlı adapte olmamıştır. Laparoskopik kolesistektominin deneysel aşamadan hemen sonra kısa sürede altın standart olması konuya ilgiyi arttırmıştır. Ancak minimal invaziv cerrahinin kolorektal cerrahiye girişi o kadar hızlı olmamıştır. Klinik çalışmalarda laparoskopik tekniklerin daha az ağrı, barsakların daha çabuk çalışması ve hastanede kalışın kısılması gibi avantajları gösterilince hızlanan bir gelişme göstermiştir. El yardımcı laparoskopik teknikler daha kolay olsa da standart laparoskopiyeye göre iki kat insizyon gerektirir ve artık yalnız eğitim vakaları için uygulanmaktadır. Tek insizyonla yapılan laparoskopi yönteminde kolesistektomi ve apandektomi sıkça uygulanmaktadır. SILS'in geleneksel laparoskopiyeye üstünlüğünü göstermek henüz mümkün olmamıştır. NOTES için ölü doğum diyenler olsa da henüz bütün kartlar açılmamıştır. Kristal küre neyi göstermektedir?

Kolorektal cerrahin kendi şartları için en uygun ameliyat yöntemine karar vermesi gerekir. Robot uygulaması rektum kanserinde pelvik diseksiyonun laparoskopik uygulamasını kolaylaştırmayı amaçlar. Pelvis içinde doğrudan laparoskopik cerrahi fiziksel ergonomik güçlükler taşır. Uzun süren laparoskopik ameliyatlarda cerrahlarda lokomotor sistem hastalıklarının artmasına neden olmuştur. Giderek artan sayıda cerrah, kolorektal kanser, pelvik taban hastalıkları ve inflamatuvar barsak hastalıkları cerrahisinde robotu kullanmaya başlamıştır. Robot yardımcı laparoskopi, ürolojide radikal prostatektomi gibi ameliyatlarda standart olsa ve jinekolojide histerektomi ve pelvik nod diseksiyonunda yaygın olarak uygulansa da robotik kolektomi ve proktektomi hakkında az sayıda yayın vardır. Laparoskopik cerrahi yapan bir cerrah için robotik cerrahinin öğrenme eğrisi 15 vaka ile sınırlıdır. Eğitici videoların seyredilmesi ve eğitimcilerden yardım alınması faydalıdır. Robotik cerrahi özellikle intersfinkterik rezeksiyon gereken distal rektum kanserinde, obez hastalarda ve intrakorporeal anastomoz yapılmasında üstündür. ABD'de 2012 yılına kadar 1400 merkezde 200,000 robot yardımcı ameliyat yapılmıştır. Ancak robotun maliyeti 2 milyon \$ civarındadır. Yıllık bakım ücreti de 150,000 \$'dır. Yılda 100 vaka yapılan bir hastanede hastabaşı kümülatif maliyet 6,000 \$ iken 200 vaka yapılırsa hastabaşı 3,000 \$'a düşmektedir (ABD verileri). Robotik cerrahinin bir diğer dezavantajı da her vakada sistemin kurulmasının uzun zaman almasıdır. Hastalar için en iyi yöntemin robot yardımcı cerrahi olup olmadığına karar vermemiz gerekir.

**Amaç**

Port yerleşimi, enerji kaynağı seçimi, zor mezenterde yaklaşım, splenik fleksura mobilizasyonu gibi teknik konulara açıklık getirmek. Obstrüksiyonda laparoskopi uygun mudur? Tek insizyon cerrahisinde hangi port nasıl kullanılır? Obez hastada fark var mı? İntrakorporeal sütür metodları gibi deneyim gerektiren durumlarda tecrübelerin paylaşılması amaçlanmıştır.

**Öğrenim hedefleri**

Çeşitli minimal invaziv cerrahi uygulamaların yapılabilirliği, güvenli olup olmadığı, hasta ve cerrah açısından avantaj ve dezavantajları ve sonuçları aktarılacaktır. Hızlı gelişen teknolojilerin açık ve tarafsız bir tartışma ortamı içinde cerrahlara sunulması hedeflenmiştir.

**12.30 - 13.15 UYDU SEMPOZYUMU**

Oturma Başkanı: Uğur SUNGURTEKİN

**Laparoskopik Kolorektal Cerrahinin Günümüzde Geldiği Yer ve Bu Değişimi Sağlayan Teknoloji** - Oktar ASOĞLU**Karmaşık Karın Duvarı Defektlerinde Biyolojik Yamalar** - Umut BARBAROS

13.15 - 14.00 Öğle Yemeği

**14.00 - 14.20 KOLOREKTAL KANSERDE TARAMA PROGRAMLARI**

Oturum Başkanları: Abdullah ZORLUOĞLU, Cevdet CHAKIROV  
Konuşmacı: Murat GÜLTEKİN (Sağlık Bakanlığı Temsilcisi)

Dünyada her yıl bir milyon kişinin kolorektal kansere yakalandığı tahmin edilmektedir. Artık koruyucu hekimliğin bir parçası olarak düşünebileceğimiz kanser için kitle tarama programları uygulanmaktadır. Japonyada mide kanseri, Batı ülkelerinde meme ve prostat kanseri için yerleşmiş programlar mevcuttur. Kolorektal kanser için de 50 yaş üzeri tüm bireyler kolonoskopi yapılması önerilmektedir. Maliyeti nedeniyle yaygın uygulama alanı bulunmasa da riskli hasta gruplarının belirlenmesi ve takibe alınması kolorektal kanseri önlemede etkili olacaktır. T.C. Sağlık Bakanlığının bu konuda başlatacağı çalışma için cerrahlara bilgilendirme konferansı yapılması amaçlanmıştır.

**14.20 - 15.20 KALITSAL KOLOREKTAL KANSER SENDROMLARI**

(Prof. Dr. Kemal ALEMDAROĞLU onuruna)

Oturum Başkanları: Abdullah ZORLUOĞLU, Cevdet CHAKIROV

14.20 - 14.40 **Ailesel Polipozis Sendromları** - Scott A. STRONG

14.40 - 15.00 **Lynch Sendromu / HNPCC** - Robert MADOFF

15.00 - 15.20 **Klinik Uygulamada Genetik Testler** - Zoran KRIVOKAPİÇ

İnsanda 1800'den fazla bilinen genetik hastalık olup bunların bazıları çok nadir görülse de bazılarının görülme oranı yüksektir. Bunların çok az bir kısmında tedavi mümkündür. Bazı bozukluklar son derece nadir olsa da bazıları daha sık görülür. Yeni ortaya çıkan gen tedavileri bu bozuklukların tümünde uygulanabilir. Minnesota Üniversitesinde kişiye özgü yeni gen transfer platformları geliştirilmiştir. Bunların arasında artritte gen tedavisi, diabetes mellitus tip 1 immünoterapileri, sistik fibroziste gen tedavisi, beyin tümörlerinde gen tedavisi, kanserde onkolitik virüs tedavisi ve T hücre-tabanlı kanser tedavisi sayılabilir.

Hereditör kolorektal kanser, bir dizi tümör supresör gende mutasyonlar oluşması ile ortaya çıkan sendromlardır. Genel olarak bu sendromlar, polipozis ve non-polipozis sendromları olarak incelenir. Polipozis sendromları içinde familial adenomatöz polipozis (FAP), MYH-ilişkili polipozis (MAP), hiperplastik polipozis (HPP) ve hamartomatöz polipozisler sayılabilir. Hereditör non-polipozis sendromları Lynch sendromu ve Familial Kolorektal Kanser tip X'den ibarettir. Polipozis sendromları klinik bulgularla rahatça tanınabilirken, HNPCC tanısı için kuşkulanan ve akla getirmek gereklidir. 'Serrated polip'lere optimal yaklaşım da bilinmelidir. Kalıtsal kanser sendromlarına genellikle geç tanı konulur veya hiç tanı konulmaz. Sonuç olarak uygun zamanda tedavileri mümkün olmaz. HNPCC'de tanı, klinik bulgular, aile hikayesi ve tümör patolojisine dayanan kuşku sonrası genetik testlerle konur. KRAS mutasyon analizi ve mikrosatellit instabilite testleri klinik kullanıma girmiştir. Genetik testlerin maliyeti yüksektir. Familial kanser sendromu tanısı konulduktan sonra yapılması gerekenler: genetik danışmanlık, genetik testler, çeşitli organların kanser taramasına alınması, profilaktik cerrahiler ve aile bireylerine danışmanlık yapmak olmalıdır. Diğer organ kanserleri de takibe alınmalıdır. Bu kalıtsal kanser sendromlarının fenotipik açılımı çok belirgin olsa da her mutasyonun genotip-fenotip açılımı her birey için anlamlı ölçüde farklıdır. Dolayısıyla bu sendroma sahip her çocuk için ayrı bir yaklaşım stratejisi oluşturulmalıdır.

**Amaç**

Kalıtsal kolorektal kanserin moleküler genetiğini anlamak, klinik yaklaşımı öğrenmek. Tüm kolorektal kanser hastalarına genetik testler yapılmalı mıdır? Genetik testlerin kesinliği ne kadardır? Hangi sendromda hangi gen mutasyonu oluşur? Genetik testler patoloji boyamaları ile yapılabilir mi? Cerrahlar genetik sendromlarla ilgili yeterli bilgi sahibi olmalı ve hasta ve ailesine genetik testler, takip ve tedavilerle ilgili yol göstermelidir. Kemoprevansiyon çalışmaları ne durumdadır? Bu konuda başvurulabilecek internet kaynakları nelerdir?

**Öğrenim Hedefleri**

Kalıtsal kanser sendromlu hastaların fark edilmesi ve gerekli genetik danışmanlık altında takip programlarının yapılması, medikal ve cerrahi tedavilerinin bilinmesi hedeflenmiştir.

**15.20 - 16.00 CERRAHLARA RADYOLOJİ SINAVI (Key Pad)**

Oturum Başkanları: Emre BALIK, Barış BAKIR

Bu oturumda salondaki katılımcıların Radyoloji alanındaki bilgi düzeyi belirlenecektir. Geniş bir hastalıklar spektrumu içinde katılımcılara sorular sorulacak ve doğru cevap veren şanslı kişiler ödüllendirilecektir.

16.00 - 16.30 Kahve Molası



- 16.30 - 18.30 KABUS SENARYOLARI HEKİM / HEMŞİRE ORTAK OTURUM**  
**İlginç Olgular Üzerinde Tartışma (Key Pad)**  
 Oturum Başkanı: Feza REMZİ  
 Tartışmacılar: Robert MADOFF, Zoran KRIVOKAPİÇ, Cemalettin ERTEKİN, Ayhan KUZU, Mustafa ÖNCEL
- 16.30 - 18.30 SÖZLÜ BİLDİRİLER (Paralel Oturum)**  
**16.30 - 18.30 1.Salon: Kolon ve Rektum Kanseri Cerrahisi**  
 Oturum Başkanları: Yusuf BÜKEY, Osman KRAND
- S01 Sağ Kolon ve Sol Kolon Kanseri Farklı mıdır? Laparoskopik Cerrahi Açık Cerrahiden Üstün müdür?**  
 Metin Keskin, Serhat Meriç, Muhammet Üçüncü, Emre Sivrikoz, Orhan Ağcaoğlu, Türker Bulut, Sümer Yamaner, Dursun Buğra, Yılmaz Büyükuncu, Necmettin Sökücü, Ali Akyüz, Emre Balık
- S02 Kolon ve Rektum Kanselerinde Ameliyat Öncesi Köprüleme ya da Palyasyon Amaçlı Stent Uygulamaları**  
İsmail Ethem Akgün, Bülent Çitgez, Esin Kabul Gürbulak, Fevzi Celayir, Uygur Demir, Adem Akçakaya
- S03 Acil ve Elektif Kolon Tümörlerinde Lenf Nodu Karşılaştırılması**  
Ahmet Rencüzoğulları, Kubilay Dalcı, Orçun Yalav, İsmail Cem Eray, Ömer Alabaz, Hüsnü Sönmez
- S04 Kolorektal Kanserin Yerleşimi veya Evresinin Semptomların Süresiyle İlişkisi Yoktur**  
Ersin Öztürk, Ayhan Kuzu, Derya Öztuna
- S05 HNPCC - Cerrahi Stratejiyi Belirlerken Takipte Gözden Kaçmaması Gerekenler**  
Latif Volkan Tümay, Osman Serhat Güner, Abdullah Zorluoğlu, Berrin Tunca, İmam Bakır Batı, Ersin Öztürk
- S06 Kolon Kanseri Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastalarda Lenf Nodu Tutulumu ile Peritümöral Lenfositik Reaksiyon, Perinöral İnvazyon ve Lenfovasküler İnvazyonun İlişkisi**  
 Tunç Eren, Mustafa Demir, Tamer Akay, İbrahim Ali Özemer, Süleyman Orman, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
- S07 Evre II-III Distal Rektum Kanseri Neoadjuvan Tedavi Sonrası Lateral Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu: Erken Dönem Sonuçlar**  
Gökhan Çipe, Hüseyin Bektaşoğlu, Fatma Ümit Malya, Merve Büşra Cengiz, Süleyman Bozkurt, Mustafa Hasbahçeci, Oğuzhan Karatepe, Mahmut Müslümanoğlu
- S08 Kolorektal Kansere Bağlı Peritoneal Metastazlarda Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi: Dokuz Eylül Üniversitesi Deneyimi**  
 Selman Sökmen, Cem Terzi, Aras Emre Canda, Çiğdem Arslan, Emre Direk, Tuğba Yavuzşen, İlhan Öztop, Mehmet Füzün
- S09 Lokal İleri Rektum Kanseri Neoadjuvan Tedaviye Patolojik Tam Yanıt**  
Cihangir Akyol, Bülent Erkek, Pınar Kara, Mehmet Ali Koç, Utku Göktuğ, Ethem Geçim, Cihan Bumin
- S10 Rektum Kanseri Cerrahisinde İntersfinkterik Rezeksiyonlar Onkolojik Sonuçları Ne Yönde Etkilemekte?**  
Metin Keskin, Emre Sivrikoz, Adem Bayraktar, Orhan Ağcaoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Ali Akyüz, Dursun Buğra, Emre Balık
- S11 Rektum Kanseri Cerrahisinde Mezorektum Bütünlüğünün Önemi Nedir? İnkomples Mezorektum Herşeyin Sonu mu?**  
Metin Keskin, Emre Sivrikoz, Adem Bayraktar, Mustafa Tükenmez, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Ali Akyüz, Dursun Buğra, Emre Balık
- S12 Lokal İleri Evre Rektum Kanseri IMRT-KT ile Total Patolojik Yanıt ve Yan Etkiler**  
Nihat Sözer, Aşlı Saran, Osman Serhat Güner, Volkan Tümay, Hatice Doruk, Zuhul Başkan, Ersin Öztürk, Bülent Orhan, Abdullah Zorluoğlu, Enis Özyar
- 16.30 - 18.30 2.Salon: Kolorektal Kanserde Evreleme-Metastatik Kolorektal Kanseri**  
 Oturum Başkanları: Mithat Kerim ARSLAN, Sinan YOL
- S13 Peritoneal Karsinomatozisi Olan Kolorektal Kanserlilerde Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulaması; Tek Merkez (GATA) Deneyimi**  
 Sezai Demirbaş, Mustafa Tahir Özer, İsmail Hakkı Özerhan, Nail Ersöz, Murat Urkan, Mustafa Emeklice, Yusuf Peker, Saadettin Çetiner
- S14 Rektum Kanseri Maniyetik Rezonans Pelvimetrik Ölçümlerin ve Tümör Volümünün Cerrahi Teknik ve Onkolojik Sonuçlar Üzerindeki Etkisi**  
Gülşen Atasoy, Selman Sökmen, Funda Obuz, Funda Dinç Elibol, Aras Emre Canda, Hülya Ellidokuz, Efendi Nasibov, Mehmet Füzün



- S15 pT2N0 ve pT3N0 Rektum Kanserli Hastalarda Tümör Tomurcuklanmasının Prognostik Önemi ve Neoadjuvan Kemoradyoterapi ile İlişkisi**  
Abdullah Haluk Şirin, Mehtat Ünlü, Selman Sökmen, Süleyman Özkan Aksoy, Aras Emre Canda, Hülya Ellidokuz, Sülen Sarioğlu
- S16 Kolorektal Hepatik Metastazlı Hastalarda Metastazektomi Deneyimimiz**  
Orhan Kalaycı, Ahmet Yazıcı, Serdar Topaloğlu, Adnan Çalık, Mithat Kerim Arslan, Kutay Sağlam, Sema Koçyiğit, Coşkun Aydın, Mustafa Öncü
- S17 Rektum Kanserinde LODDS'un Prognostik Önemi**  
Naciye Çiğdem Arslan, Selman Sökmen, Mehtat Ünlü, Gülşen Atasoy, Aras Emre Canda, Cem Terzi, Mehmet Füzün
- S18 Eş Zamanlı Rezeksiyon Uygulanan Kolorektal Kanser ve Karaciğer Metastazlı Hastalarda Risk Etkenleri. Erken Dönem Sonuçlarımız**  
Görkem Özgen, Orhan Bilge, İzzet Rozanes, Tunç Yaltı, Dursun Buğra
- S20 Senkron Karaciğer Metastazı Olan Kolorektal Kanser Hastalarında Evreli ve Eş Zamanlı Rezeksiyon Sonuçlarımız**  
Feza Yarbuğ Karakayalı, Tugan Tezcaner, Mahir Kırnap, Yahya Ekici, Ali Harman, Birkan Birben, Gökhan Moray, Mehmet Haberal
- S21 Kolorektal Kanserlerde Preoperatif Trombosit, CEA ve CA 19-9 Düzeyinin Tümör Duvar Tutulumu, Metastatik Lenf Nodu ve Uzak Metastaz ile İlişkisi**  
Yusuf Bayram Özoğul, Murat Ulaş, Fatih Sümer, Adem Yüksel, Ali Kemal Kayapınar, Erol Aksoy, Tahsin Dalgıç, İlter Özer, Metin Ercan, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu
- S22 Kolorektal Kanserli Hastalarda Tümörün Horizontal Çapı Prognozu Belirlemeye Yardımcı Olabilir mi?**  
Ahmet Ziya Balta, Yavuz Özdemir, İlker Sücüllü, Dilaver Demirel, Serhat Tolga Derici, Aytekin Ünlü, Mehmet Levhi Akın
- S23 Rektal Kanserli Hastalarda Prognostik Faktör Olarak Lenf Nodu Oranı**  
Mehmet İnce, Yavuz Özdemir, Ahmet Ziya Balta, Kazım Duma, Ergün Yücel, İlker Sücüllü, Mehmet Levhi Akın
- S24 cT4 Kolorektal Kanserli Olgularda Laparoskopik Cerrahi Kontrendike midir?**  
Atilla Kurt, Enver Kunduz, Tuğba Matlım, Kürşat Rahmi Serin, Oktar Asoğlu

16.30 - 18.30

**3.Salon: Kolon ve Rektumda Anastomozlar-Laparoskopik Kolorektal Cerrahi**

Oturma Başkanları: Levent AVTAN, Ali UZUNKÖY

- S25 Laparoskopik Cerrahi Öncesinde Kolorektal Tümörlerin Yerini Belirlemede Spot Boya ile İşaretleme**  
Fevzi Celayir, Gürkan Yetkin, İsmail Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Hakan Mustafa Köksal, Ebru Şen Oran, Mehmet Mihmanlı
- S26 Sildenafil Riskli Kolon Anastomozu Modelinde Anastomoz İyileşmesi Üzerine Etkileri**  
Tebessüm Çakır, İlter Özer, Tülay Temuçin Keklik, Uğur Erçin, Ayşe Bilgihan, Tahsin Dalgıç, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu
- S27 Pelvik Anastomoz Kaçaklarına Endoskopik (Endo- Sponge®) Tedavi Yaklaşımı ve Sonuçları**  
Metin Keskin, Onur Bayram, Ali Fuat Kaan Gök, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Necmettin Sökücü, Dursun Buğra, Emre Balık
- S28 Rekto ve Poş Vajinal Fistüllerde Tedavi Sonuçları: 77 Olgunun Değerlendirilmesi**  
Metin Keskin, Selman İbrikçi, Ecem Memişoğlu, Adem Bayraktar, Necmettin Sökücü, Dursun Buğra, Türker Bulut, Sümer Yamaner, Emre Balık
- S29 Deneysel İskemik Kolon Modeli Oluşturulan Ratlarda Tricarbonyldichlororuthenium (II) Dimer (CORM-2)'in Kolon Anastomoz İyileşmesine Etkisi**  
Ali Kemal Kayapınar, Metin Ercan, Seda Yamak, Uğur Erçin, Mehmet Akif Türkoğlu, Yusuf Özoğul, İlter Özer, Erdal Birol Bostancı
- S30 Kolorektal Kanserli Hastalarda Postoperatif Anastomotik Darlık Gelişen Olguların Klinik Özellikleri ve Yönetimi**  
Ayça Fatma Gültekin, Öge Taşçılar, Kemal Karakaya, Demet Sümer, Ali Uğur Emre
- S31 Turnbull-Cutait: Geçiktirilmiş Koloanal Anastomoz (Abdomino Perianal Pull-Through) Seçilmiş Olgularda Akla Gelmesi Gereken Ameliyat**  
Osman Serhat Güner, Latif Volkan Tümay, Abdullah Zorluoğlu, İmam Bakır Batı, Ersin Öztürk, Özgür Dandin, Barış Gülcü

- S32 Laparoskopik Cerrahi Uygulanmış Ardışık 183 Kolon Kanserli Olgunun Uzun Dönem Takip Sonuçları**  
Enver Kunduz, Kürşat Rahmi Serin, Tuğba Matlım Özel, Ethem Nezir Oral, Şule Karaman, Barış Bakır, Oktar Asoğlu
- S33 Laparoskopik Rektum Kanser Cerrahisi Uygulanmış Ardışık 289 Olgunun Değerlendirilmesi**  
Enver Kunduz, Tuğba Matlım Özel, Kürşat Rahmi Serin, Serkan Kaya, Şule Karaman, Barış Bakır, Ethem Nezir Oral, Oktar Asoğlu
- S34 Vertikal İnsizyonların Laparoskopik Sigmoid Kolon ve Rektum Kanseri Cerrahisi Üzerine Etkisi: Kıyaslamalı Bir Analiz**  
 Nuri Okkabaz, Yunus Emre Altuntaş, Yaşar Özdenkaya, Mustafa Öncel
- S35 Ülsereatif Kolit ve Familial Adenomatöz Polipozis Nedeni ile Laparoskopik Total Kolektomi Yapılan Olgularımızın Erken Dönem Sonuçları: 34 OLGU**  
 Erdal Birol Bostancı, Tahsin Dalgıç, Yusuf Özoğul, İter Özer, Murat Ulaş, Metin Ercan, Alikemal Kayapınar, Musa Akoğlu

#### 16.30 - 18.30 VİDEO BİLDİRİLER (Paralel Oturum)

##### 4.Salon

Oturum Başkanı: Kemal ALEMDAROĞLU

- V01 Tek Delikten Laparoskopik Rektopeksi**  
 Sezai Demirbaş, Mustafa Tahir Özer, Elgün İsmailov, Hasan Kaçar, Mahmut Yılmaz, Murat Urkan
- V02 Travmatik Perine Kaybında Rektus Abdominis Myokutanöz Flep ile Onarım**  
 Türker Mehmet Bulut, Metin Keskin, Utkan Aydın, Ömer Berköz, Emre Balık
- V03 Defekografi Deneyimimiz**  
Özgür Dandin, Dursun Özgür Karakaş, Tuncer Ergin, Ahmet Ziya Balta
- V04 Transanal Endoskopik Minimal İnvaziv Cerrahi (TAMIS)**  
Aras Emre Canda, Cem Terzi
- V05 Kolonoskopide Kritik Uygulamalar**  
Bahadır Ege, Sezai Leventoğlu, Hakan Bozkaya, Bülent Menteş
- V06 Rektovajinal Fistül Onarımı**  
 B. Bülent Menteş, Sezai Leventoğlu, Bahadır Ege
- V07 Abdominoperineal Rezeksiyon Sonrası Anal Bölge Rekonstrüksiyonuna Yönelik Modifiye Yapay Sfinkter Uygulaması**  
Ömer Alabaz, Okan Dalyan, Hakan Sakallı, Sinan Yavuz, Ahmet Rencüzoğulları, İsmail Cem Eray, Orçun Yalav

#### 21.00 - 22.00 PARAMEDİKAL TOPLANTI

##### Altı Üstü Atom (Tanrı Parçacığ)

Konuşmacı: Metin ERTEM

**ULUSAL KONGRE BİLİMSEL PROGRAM****17 Mayıs 2013 Cuma****07.00 - 08.00 UZMANLA KAHVALTI**

- **Kolon Kanseri Cerrahisi Açık mı, Laparoskopik mi Yapılmalıdır?** - Adil BAYKAN, Metin ERTEM
- **Appendektomi Açık mı, Laparoskopik mi, SILS mi Yapılmalıdır?** - Nihat YAVUZ
- **Saptırıcı Stoma: İleostomi mi, Kolostomi mi?** - Musa AKOĞLU, Mehmet ÖZDOĞAN

**08.00 - 10.00 REKTUM KANSERİ**

Oturum Başkanı: Ayhan KUZU

**08.00 - 08.30 Erken Rektum Kanseri**

- **Transanal Eksizyon** - Xavier SERRA-ARACIL

**08.30 - 09.00 Lokal İleri Rektum Kanseri**

- **Kısa veya Uzun Dönem Kemoradyoterapi? İntraoperatif Radyoterapi. Cerrahi - KRT Aralığı? Tam Yanıtlı Vaka** - Robert MADOFF

**09.00 - 09.30 Distal Rektum Kanseri**

- **Ekstrelevator Proktektomi ve İntersfinkterik Rezeksiyon?** - Cem TERZİ

**09.30 - 10.00 Seçilmiş Bildiriler****SS03 Rektum Kanserinde Veri Madenciliği('Data Mining') Tekniği Kullanarak Komplikasyonlar ve Onkolojik Sonuçlar Öngörülebilir mi?**

Selman Sökmen, Burak Ordin, Abdullah Haluk Şirin, Efendi Nasibov, Baha Arslan, Aras Emre Canda, Sülen Sarıoğlu

**SS04 İlk Değerlendirmede Abdominoperineal Rezeksiyon (APR) Kararı Alınan ve Sonrasında İntersfinkterik Rezeksiyon (ISR) Uygulanan Olguların Onkolojik ve Fonksiyonel Sonuçları**

Tuğba Matlım Özel, Enver Kunduz, Kürşat Serin, Oktar Asoğlu

Kolorektal cerrahide en sık uygulanan ameliyatlardan biri rektum kanseri ile ilgili olanlardır. Rektum kanserinde en uygun tedaviyi belirlemek için çabalar halen devam etmektedir. Cerrahi-dışı tedavilerin etkinliği ortaya konduktan sonra multidisipliner yaklaşım elzem olmuştur. Rektum kanserinde tedavinin planlanması temel olarak tümörün evresine dayanır. Dolayısıyla ameliyat öncesi evreleme son derece önemlidir. BT'nin lokal ve lenfatik yayılımı göstermede etkisiz kalması endoluminal görüntüleme metodlarının (ERUS) ve MR'in kullanılması ile kısmen aşılmıştır. PET taraması peroperatif evrelemede henüz kullanılmasa da giderek gelişme göstermektedir. Total mezorektal eksizyonun LAR ve APR'de yerleşmesi ile lokal nüks oranları azalmış ve fonksiyonel sonuçlar iyileşmiştir. Total mezorektal eksizyon laparoskopik veya robot yardımlı olarak da uygulanabilmektedir. Rektum kanseri ameliyatlarında, özellikle APR sonrası komplikasyonlar %60'a varmaktadır. Bu nedenle özellikle erken rektum kanserinde yeni tekniklerin uygulamaya girmesi ile lokal eksizyon tekrar gündeme gelmiştir. Ancak hasta seçimi ve evrelemesi son derece önemlidir. Adjuvan/neoadjuvan tedavinin yeri de belirlenmelidir. Lokal eksizyonun daha sonra gerekebilecek cerrahiye etkileri de değerlendirilmelidir. Lokal ileri rektum kanserinde neoadjuvan tedavi protokollerinin etkinliği ortaya konsa da hangi protokolün daha etkili olduğu tartışılmaktadır. Kolorektal kanserde palyatif amaçla rezeksiyon hangi vakalarda yapılmalıdır? Dahası tam cevaplı vakalara nasıl yaklaşılacağı sorusu ortaya çıkmıştır. Onkoloji toplantılarında artık "rektum kanserinde cerraha ihtiyaç var mıdır?" sorusu gündeme gelmektedir. Distal rektum kanserine de daha farklı yaklaşımlar gereklidir. İntersfinkterik rezeksiyon ve silindirik rezeksiyon teknikleri olumlu sonuçlar vermektedir. İleri evre rektum kanserinde ise peritoneal yayılımda ve pelvik infiltrasyonda genişletilmiş cerrahi uygulamaları ortaya çıkmıştır. Bir yandan da hedefe yönelik moleküler tedavilerin yükselişi tedavi endikasyonlarını belirlemede güçlüklerle yol açmıştır.

**Amaç**

Bu oturumlarda cerrahların rektum kanserinde en uygun tedavi kararını vermeleri için tartışmalar açılacaktır. Cerrahların radyolojik ve patolojik raporları doğru anlamaları ve multidisipliner yaklaşımlara açık olmalarının önemi ortaya konacaktır.

**Öğrenim Hedefleri**

Rektum kanserinde güncel tanı ve tedavi standartlarının bilinmesi.

10.00 - 10.30 Kahve Molası

<b>10.30 - 12.30</b>	<b>METASTATİK KOLOREKTAL KANSER</b> Oturum Başkanları: Mehmet FÜZÜN, Süphan ERTÜRK
10.30 - 11.15	<b>Karaciğer Metastazına Yaklaşım</b> - <b>Önce Karaciğer mi? Yoksa Primer Tümör mü? (RF Ablasyon, Kemoembolizasyon) -</b> Sedat KARADEMİR - <b>Yeni Kemoterapötikler Sonuçları Değiştirdi mi?-</b> Bülent KARABULUT - <b>Olğular ve Tartışma</b>
11.15 - 12.00	<b>Peritoneal Metastaz</b> - <b>Sitoredüktif Cerrahi ve Perioperatif Kemoterapi -</b> Selman SÖKMEN - <b>Hedefe Yönelik Tedaviler Cerrahiye Eşdeğer mi? -</b> Bülent KARABULUT - <b>Olğular ve Tartışma</b>
12.00 - 12.30	<b>Nüks Rektum Kanseri</b> - <b>Operabilite, Küratif Amaçlı Cerrahinin Sonuçları -</b> Oktar ASOĞLU - <b>Olğular ve Tartışma</b>



Metastatik kolorektal kanserde cerrahi uzun bir süredir kendine önemli bir yer açmıştır. Ancak yeni onkolojik tedavi modaliteleri de kullanıma girmektedir. “Onkoloji / Cerrahi tedavi sınırları”nı yeniden belirlememiz gerekmektedir. Kanıtı dayalı veriler ve somut olgular üzerinden mevcut durum açıklığa kavuşturulacaktır.

Karaciğer metastazı olan kolorektal kanserde primer tümörde acil endikasyon yoksa önce karaciğere müdahale edilmesi yaygın kabul görmektedir. Ancak karaciğer rezeksiyonu öncesi kemoterapi uygulanmasının mortalite ve morbiditeyi arttıracığı yönünde endişeler vardır. Son zamanlarda genişletilmiş karaciğer rezeksiyonları öncesi “in-situ split girişim” önerilmektedir. Kolorektal kansere bağlı peritoneal karsinomatöz’de sitoredüktif cerrahi + HIPEC bugün için en etkili tedavi olarak görünmektedir. Hasta seçiminde peritoneal karsinomatöz indeks (PKI) kaç olmalıdır? Eş zamanlı karaciğer metastazları kontrendikasyon oluşturur mu? İlaç seçimi ve uygulanması için ideal yöntem belirlenmiş midir? Bu konuda randomize çalışma var mıdır?

Rektum kanserinde lokal nüks cerrahin başarısızlığını mı gösterir? Lokal nüksü önlemede neoadjuvan radyoterapi ve total mezorektal eksizyon ne ölçüde etkilidir? Sakrumu içeren rezeksiyonlarda S3 kökünde meninksin açıldığını, S2 kökünde ise düşük ayak oluştuğunu göz önünde bulundurursak sınır neresidir? Egzantrasyon sonrası perine defekti gluteal fleple mi veya biyolojik yamalarla mı kapatılması gerekir?

#### Amaç

Metastatik kolorektal kanserde cerrahinin giderek artan yerini ortaya koymak. Onkoloji ile ortak çalışma zaruretinin kliniğe yansımaları sağlamak. Metastazlı vakalarda hasta seçim kriterlerini belirlemek. Yeni cerrahi girişim yöntemlerini açıklamak. Karaciğer metastazlı hastalarda rezeksiyon ne zaman yapılmalıdır, nasıl yapılmalıdır, sonuçları nasıldır? Radyofrekans ablasyon küratif bir işlem midir?

#### Öğrenim Hedefleri

Metastatik kolorektal kanserin tedavi edilebilirliğini anlamak, Cerrahi-Onkoloji ortak toplantılarının gerekliliğini bilmek, zor vakalarda disiplinler arası işbirliğini kurmak için yapılması gerekenler ortaya konulacaktır.

<b>12.30 - 13.15</b>	<b>UYDU SEMPOZYUMU</b> Oturum Başkanı: Ömer ALABAZ <b>Laparoskopik Kolorektal Cerrahide Yenilikler -</b> İsmail HAMZAOĞLU, Tayfun KARAHASANOĞLU, Bilgi BACA
----------------------	--



13:15 - 14:00 Öğle Yemeği

**14.00 - 15.00 DİĞER YÖNLERİ İLE KOLOREKTAL KANSER**

Oturma Başkanları: Halit OSMANOĞLU, Musa AKOĞLU

14.00 - 14.20 **Kolorektal Kanser Cerrahisinin Standartlarını Belirlemede Patoloji** - Sülen SARIOĞLU14.20 - 14.40 **Rektum Kanseri Cerrahisinde Kalite Yönetimi ve Fonksiyonel Sonuçlar** - Zoran KRIVOKAPİÇ14.40 - 15.00 **İzlem Protokolleri** - Rasim GENÇOSMANOĞLU

Çıkarılan piyesin doğru patolojik değerlendirilmesi de kritik önem taşır. Kolorektal kanser patolojisine göre kişiselleştirilmiş tedavi nedir? Histopatolojik değerlendirme yanında genomik veriler de rekürrensi belirlemede veya kemoterapinin etkinliğini öngörmeye yardımcıdır.

Rektum kanseri tedavisinin yaşam kalitesi ve fonksiyonel sonuçlarını belirleyen en önemli faktör cerrahinin kalitesidir. Low anterior rezeksiyon yaparken inferior mezenterik arterin yüksek ligasyonu rektuma ve perineye giden sempatik sinirlere (hipogastrik sinirler) hasar verebilir. Bu hasar sonucu retrograd ejakulasyon görülebilir. Parasempatik sinirler Nervi Erigentes ile taşınır ve hasarı ereksiyon sorununa yol açar. Rektum kanserinin restoratif rezeksiyonunda preoperatif radyoterapi de yapılmışsa %25'e varan inkontinens görülür. İyi bir rektum kanseri cerrahisinin ölçülebilir kriterleri var mıdır?

Kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaları kim, nasıl takip etmelidir? Takibin sonuçta cerraha veri sağlamaktan öteye hastaya bir faydası var mıdır? Gevşek ve sıkı takip protokollerinin arasında fark var mıdır? Takibin maliyeti de düşünülmeğe değer mi?

**15.00 - 16.15 İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIKLARI**

Oturma Başkanı: Feza REMZİ

15.00 - 15.15 **İmmünmodülatör ve Biyolojik Ajanların Yeri** - Sabahattin KAYMAKOĞLU15.15 - 15.30 **İleal - Poş Anal Anastomozun İdeal Cerrahi Tekniği** - Feza REMZİ15.30 - 15.45 **Crohn Hastalığında Cerrahi Tedavi** - Bilgi BACA15.45 - 16.00 **İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Minimal İnvaziv Cerrahi** - Meagan COSTEDIO16.00 - 16.15 **Displazi** - Vaka Üzerinden Tartışalım

Ülseratif kolit cerrahi yolla tedavi edilebiliyorsa niye tartışıyoruz? İleal poş-anal anastomozun ideal cerrahi tekniği nasıl olmalıdır? Ülseratif kolitte skor sistemleri ne işe yarar? SUCCESS çalışması ne getirmiştir? Ülseratif kolitte kanser riskini genetik testlerle daha erken saptayabiliyormuz? DALM tanısı nasıl konulur? DALM'da kanser riski ne kadardır? Biyolojik ajanların kullanılması ameliyat riskini artırır mı? İleal poş-anal anastomoz (İPAA) un yaşam kalitesine etkisi nasıldır? Maliyet açısından cerrahi daha avantajlı mıdır?

Crohn hastalığında aynı ülseratif kolitte olduğu gibi aminosalisilatlar, immünmodülatörler (azatioprin, 6-MP ve metotreksat) ve biyolojik ajanlar sırasıyla kullanılmaktadır. Kortizon ve siklosporin alevlenme döneminde geçici olarak uygulanmaktadır. Tüm bu anti-inflamatuvar ilaçların etki ve yan etki profilleri değişiktir. Hangi ilacın nasıl kullanıldığını güncellememiz gerekiyor. NOD2/CARD15 gen mutasyonları Crohn hastalığının kitle taramalarında kullanılabilir mi? İndeterminate kolitis'te risk nedir? Crohn striktürlerine yaklaşım nasıl olmalıdır? Crohn'da İPAA yapılır mı? İBH'da minimal invaziv cerrahi yapılabilir mi? Crohn hastalığının çok değişik manifestasyonları ve önerilebilecek en uygun tedavileri. Ve reoperatif cerrahide zorluklar nelerdir?

16.15 - 16.30 Kahve Molası

**16.30 - 17.00 DİVERTİKÜLER HASTALIK**

Oturma Başkanları : Ahmet ÖZBAL, Durkaya ÖREN

Konuşmacı : Laurent BRESLER

Akut divertikülitte yalnızca antibiyotik tedavisi önerenlerin yanında bunun da gerekli olmadığını savunanlar vardır. Perfore divertikülitte cerrahi seçenekler arasında ÜÇ AŞAMALI CERRAHİ (transvers kolostomi ve lavaj ve defektin kapatılması + sigmoid rezeksiyon ve anastomoz + stoma kapatılması), HARTMANN AMELİYATI (Sigmoid rezeksiyon ve sigmoidostomi ve rektumun kapatılması veya müköz fistül), PRİMER ANASTOMOZ (koruyucu stoma?) ve LAVAJ (laparoskopi ile) yer almaktadır. Rezeksiyon yapılan hastalarda mortalite %10 ile %30 arasında değişirken yalnız lavaj yapılanlarda %4'e kadar düşmektedir. Prospektif çalışmalar klasik yaklaşımlarımızı değiştirmemiz gerektiğini göstermektedir. Hinchey III ve IV hastalarda yaklaşımımız nasıl olmalıdır?

17.00 - 18.45

**VAKA TARTIŞMALARI**

Oturum Başkanları : Tarık AKÇAL, Serdar YÜCEYAR

17.00 - 17.15

**Kolon Volvulusu** - Selçuk ATAMANALP

17.15 - 17.30

**Presakral/Retrorektal Tümörler** - Uğur SUNGURTEKİN

17.30 - 17.45

**Rektum Yerleşimli GİST** - Acar AREN

17.45 - 18.00

**Alt GİS Kanaması** - Levhi AKIN

18.00 - 18.15

**Desmoid Tümör** - Birol BOSTANCI

18.15 - 18.30

**Fournier Gangreni** - Tuncay YILMAZLAR

18.30 - 18.45

**Kondiloma Aküminata** - İlker SÜCÜLLÜ

Kolon obstrüksiyonlarına yaklaşımda tıkanma distaline kadar total kolon rezeksiyonu, stent ile köprüleme, peroperatif manuel evakuasyon cerrahların en sık tercih ettiği metodlardır. Hangi vakada hangi ameliyat daha iyi sonuç verir?

Kloakanın kaudalinde kalan tailgut artıklarının kistlere yol açtığına inanılır. Ekstragonadal teratomlar ise primordial germ hücrelerinden kaynaklanır ve en sık sakrokoksigeal bölgeye yerleşir. Kordoma, notokord doku artıklarından çıkan malin bir kemik tümördür. Presakral benin nörojenik tümörlerde psödokapsül'ün çıkarılması gerekir mi? Dar alanda bu kadar farklı tümörlerin ortaya çıkma sebebi nedir?

Gastrointestinal stromal tümörlerin %10'u kalın barsakta görülür. GİSTler, Cajal hücreleri denilen gastrointestinal pacemaker hücrelerinden köken alırlar. Negatif mikroskopik sınırlarla anatomik rezeksiyonlar yapılır. Ancak GİST'te de en zor senaryoya hazır olmalıyız. Nüks eden tümörlere yaklaşım nasıl olmalıdır? İlaç tedavisi ile stabil metastazlarda progresyon başlarsa tutumumuz ne olmalıdır?

Alt GİS kanama için tarif edilen algoritmaların hangisini nasıl uygulamalıyız? Kaynağı belirsiz konservatif tedavi altında devam eden ısrarlı kanamalarda ne yapmalıyız?

En sık nüks eden, onkolojik tedavi sonuçları da elverişli olmayan desmoid tümörler cerrahlar için en zor hastalıklardan biridir. Hastaların nüks ve tekrarlayan ameliyatlara kaybedilmesi neredeyse kaçınılmazdır. Bu zor konunun altından belkide total barsak nakli ile kalkabiliriz.

Fournier gangreninin erken tanısı için şüphelenmek ve akla getirmek en önemli konudur. Bu polimikrobial hastalıkta anaeroblar önemli bir rol oynar. Ancak anaerobik kültürler pek sonuç vermez. Bu nedenle antibiyotik tedavisini çok iyi oluşturmak gerekir. Agresif olmayan cerrahide mortalite yüksektir. Agresif cerrahi ile de rekonstrüksiyon zordur. Hastalığın sınıflaması ve planlamasını doğru yapmalıyız.

Anal kondilomların nedeni olan insan papilloma virüsü (HPV) en sık görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyondür. Aktif seksüel hayatı olan insanların yarısından fazlasında HPV bulaş'ı olur. Çoğu geçici ve asemptomatiktir. HPV aşılı sorunu çözmeye yardımcı olur mu? Kimlerin aşılması gerekir? Tedavi edilmeyen HPV'de kanser riski nedir?

16.30-18.30

**SÖZLÜ BİLDİRİLER (Paralel Oturum)**

16.30 - 18.30

**1.Salon: Pelvik Taban - Hemoroidal Hastalık - Desmoid Tümörler - Obstrüksiyona Yaklaşım**

Oturum Başkanları: Erdoğan SÖZÜER, Çetin KOTAN

**S36 The Magnetic Anal Sphincter in Faecal Incontinence: Is Initial Success Sustained Over Time?**Marie Line Barussaud, Surendra Mantoo, Vincent Wyart, Guillaume Meurette, Paul Antoine Lehur**S37 Tıkaçıcı Defekasyon Hastalığı Olarak Rektoselin Mesh İmplant ile Transperineal Onarımı;****Tek Merkez, Uzun Dönem Fonksiyonel Sonuçları**Sezai Demirbaş, Mustafa Tahir Özer, Eyüp Duran, Muharrem Öztaş, İlker Sücüllü, Murat Urkan**S38 Defekografinin Pelvik Taban Hastalıklarının Değerlendirilmesindeki Rolü: 54 Olgunun Geriye Dönük Değerlendirilmesi**Özgür Dandin, Dursun Özgür Karakaş, Tuncer Ergin, Ahmet Ziya Balta, İlker Sücüllü**S39 Anal İnkontinens Tedavisinde Anal EMG Biofeedback (FemiScan®) Uygulamasının Erken ve Geç Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi**Bahadır Ege, Sezai Leventoğlu, Merter Gülen, B. Bülent Menteş**S40 Anterior Rezeksiyon Sendromunda Biofeedback Yararlı mı?**Tuğba Matlım Özel, Enver Kunduz, Oktar Asoğlu, Kürşat Serin**S41 Semptomatik Rektosel Tedavisinde Transperineal PGA Soft Mesh ile Onarımın Pelvik Taban Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi ve Seksüel Fonksiyonlara Etkisi**Alp Yıldız, Sezai Leventoğlu, Bahadır Ege, Bülent Menteş, Emre Karaahmetli, İlkin İsmayilov, Mehmet Oğuz



- S42 Low Anterior Rezeksiyon Sonrasında Defekatuvar Bozukluklar Tarifleyen Hastalarımızda Yeni Geliştirilen Semptoma Dayalı Skorlama Sisteminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**  
Ayça Fatma Gültekin, Öge Taşçılar, Kemal Karakaya, Demet Sümer, Şaziye Koyunlu Varlı, Ali Uğur Emre
- S43 Obstrükte Kolorektal Kanser için Acil Cerrahi Sonrası Kısa Vadeli Sonuçlar**  
Nuraydın Özlem, Kadir Yıldırım, Umut Yılmazyıldırım, Sadık Keşmer, Murat Sencer Özsoy
- S44 Polipozis Sendromları ile İlişkili Abdominal Yerleşimli Desmoid Tümörlerinde Tedavi: Tek Merkez Deneyimi ile 14 Olgunun Sonuçları**  
Metin Keskin, Ecem Memişoğlu, Emre Balık, Türker Bulut, Sümer Yamaner, Dursun Buğra, Yılmaz Büyükcü, Ali Akyüz
- S45 Anal Stenoz Cerrahisinde-Anoplastide İnce Ayar (Fine Tuning)**  
Bahadır Ege, Merter Gülen, Sezai Leventoğlu, B. Bülent Menteş
- S46 Obstetrik Travmaya İkincil Anal İnkontinens Tedavisinde Overlapping Sfinkter Onarımının Erken Dönem Sonuçları**  
Bahadır Ege, Sezai Leventoğlu, Merter Gülen, B. Bülent Menteş
- S47 Hemoroidektomi Sonrası Ağrı Tedavisinde Sıcak Su Torbası Uygulaması: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma**  
Ahmet Ziya Balta, Yavuz Özdemir, İlker Sücüllü, Ergün Yücel, Mehmet Levhi Akın

16.30 - 18.30

## 2.Salon: Apandisit - Volvulus - Stomalar - Kondilom - Hidradenit - Rektovajinal Fistüller - Yabancı Cisimler

Oturum Başkanları: Fuat ATALAY, Abut KEBUDİ

- S48 Sigmoid Volvulusun Elektif Tedavisi:46.5 yılda 104 olgu**  
Sabri Selçuk Atamanalp, Mehmet İlhan Yıldırım, Bülent Aydın, Gürkan Öztürk, Bünyami Özoğul, Abdullah Kısaoğlu
- S49 Abdominoperineal Rezeksiyon Uygulanmış Hastalarda Parastomal Herninin Saptanmasında Fizik Muayene İle Bilgisayarlı Tomografinin Karşılaştırılması**  
Bilgehan Çağdaş Sonbahar, Cihangir Akyol, Mehmet Ayhan Kuzu
- S50 Sigmoid Kolon Volvulusunda Operasyon Tipinin Hastanede Yatış Süresi, Mortalite Üzerine Etkisi**  
Nuraydın Özlem, Sadık Keşmer, Kadir Yıldırım, Umut Yılmazyıldırım, Murat Sencer Özsoy
- S51 Kolorektal Yabancı Cisimler ve Komplikasyonlarında Tedavi**  
Selim Yiğit Yıldız, Murat Kendirci, Hüseyin Berkem, Bülent Cavit Yüksel, Ali Çiftçi, Emel Canbay, Hamdi Taner Turgut
- S52 Akut Apandisit Tanısında LINTULA, RIPASA ve Alvarado Skorlamalarının Karşılaştırılması**  
Zehra Boyacıoğlu, Çağrı Tiryaki, Mustafa Celalettin Haksal, Selim Yiğit Yıldız, Hamdi Taner Turgut, Emel Canbay
- S53 Laparoskopik Apendektomi Uygulanan Non Komplike Apandisit farklı yöntemlerle Appendiks GÜDÜĞÜNÜN Kapatılmasının Etkinlik ve Güvenirliği**  
İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Bülent Çitgez, Fevzi Celayir, Uygur Demir, Mehmet Mihmanlı
- S54 Güvenli SILS Apendektomide Hasta Seçimi**  
Latif Volkan Tümay, Osman Serhat Güner, İmam Bakır Batı, Abdullah Zorluoğlu
- S55 Laparoskopik ve Konvansiyonel Apendektomide Oksidatif Stress Belirteçlerinin Karşılaştırılması: Çift Kör Randomize Klinik Çalışma**  
Ali Kağan Gökakın, Mustafa Atabey, Enver Sancakdar, Köksal Deveci, Omer Topcu, Cengiz Aydın
- S56 Fekal Diversiyon Gerektiren Fournier Gangreni Olgularında Saptırıcı Kolostomi Uygulaması ile Bağırsak Yönetim Kateteri Uygulamasının Karşılaştırılması**  
İsmail Cem Eray, Ömer Alabaz, Atılğan Tolga Akçam, Abdullah Ülkü, Cem Kaan Parsak, Gürhan Sakman, Gülşah Seydaoğlu
- S57 Perianal Kondilomda Cerrahi Tedavi Seçenekleri ve Sonuçları: 30 Olgunun Analizi**  
Metin Keskin, Sercan Yüksel, Emre Balık, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Necmettin Sökücü, Dursun Buğra
- S58 Perianal – Perineal Tutulumlu Hidradenitis Süpürativa da Cerrahi Tedavi, Cerrahi Tedavi Sonrası Rekonstrüksiyon Seçenekleri ve Sonuçları: 15 Yıllık Olgu Serisinin Sonuçları**  
Metin Keskin, Abdülmuttalip Baysal, Orhan Ağcaoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükcü, Dursun Buğra, Ali Akyüz, Emre Balık
- S59 Rektovajinal Fistül Tedavisinde Cerrahi Deneyimimiz**  
Feza Yarbuğ Karakaya, Tugan Tezcaner, Murat Kuş, Ali Ayhan, Gökhan Moray

16.30 - 18.30

**3.Salon: İnflamatuvar Barsak Hastalıkları - Perianal Fistül - Pilonidal Sinüs**

Oturum Başkanları: Recep ÇETİN, Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ

- S60 Ozonlanmış Zeytin Yağının Ratlarda Oluşturulan Akut Radyasyon Proktiti Üzerine Etkisi**  
Ayça Fatma Gültekin, Bekir Hakan Bakkal, Demet Sümer, Sibel Bektaş
- S61 Sıçanlarda Akut Kolit Modelinde Kabergolinin İyileştirici Etkisinin Gösterilmesi**  
Ayşegül Aktaş, Tayfun Yoldaş, Oytun Erbaş, Alper Uğuz, Fatih Oltulu, Altuğ Yavaşoğlu, Hüseyin Aktuğ, Cemil Çalışkan
- S62 Ülseratif Kolit Nedeniyle ile Ameliyat Edilen Hastaların Sonuçları**  
Afag Aghayeva, Bilgi Baca, İsmail Ahmet Bilgin, Çiğdem Benlice, İlknur Ergüner, Erman Aytaç, Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoğlu
- S63 Crohn Hastalığı Nedeniyle ile Ameliyat Edilen Hastaların Sonuçları**  
İsmail Ahmet Bilgin, Bilgi Baca, Afag Aghayeva, Çiğdem Benlice, İlknur Ergüner, Erman Aytaç, Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoğlu
- S64 Limberg Flep Sonrası Erken Dönemde Taburculuk Beklenen Sonuçları Etkiler mi ?**  
**324 Hastanın Kesitsel İncelemesi**  
Fatih Altıntoprak, Kemal Gündoğdu, Tolga Ergönenc, Enis Dikicier, Güner Çakmak, Yusuf Arslan, Taner Kıvılcım, Fehmi Çelebi
- S65 Anal Fistül Tedavisinde Otolog Kıkırdak Grefti ile Onarım: Öztürk Plug**  
Ersin Öztürk, Barış Gülcü, Tuncay Yılmazlar, Fikret Kasapoğlu
- S66 Kompleks Perianal Fistül Tedavisinde Sonuçlarımız**  
Doğan Gönüllü, Serkan Ahmet İlgün, Mehmet Lari Gedik, Yunus Topal, Ferda Nihat Köksoy
- S67 Anal Fistül Tedavisinde Gümüş Nitrat Solusyonun Etkisi**  
Wafi Attaallah, Davut Tuney, Ümit Uğurlu, Burak Kara, Cumhur Yeğen
- S68 Sinüs Pilonidalisin Kristalize Fenol ile Tedavisinde Uzun Dönem Sonuçlarımız**  
Osman Doğru, Said Kökçam, Kemal Arslan, Ersin Turan, Arif Atay, Barış Ayhan, Hande Köksal
- S69 Pilonidal Sinüs Cerrahi Tedavisinde “Lay Open” ve “Primer Kapama” Yöntemlerinin Uzun Dönem Sonuçları: Prospektif-Randomize Klinik Çalışma**  
Uygar Demir, Mehmet Mihmanlı, Gürhan Işıl, Pınar Yazıcı, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Ece Dilege, Tahir Atun, Emre Bozdağ, Sinan Ömeroğlu, Emre Bozkurt
- S70 Nüks Pilonidal Hastalık Tedavisinde Lay Open Ameliyatı**  
Mehmet Mihmanlı, Uygar Demir, Gürhan Işıl, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Pınar Yazıcı, Ece Dilege, Tahir Atun, Emre Bozdağ, Sinan Ömeroğlu, Emre Bozkurt
- S71 Pilonidal Sinüs Tedavisinde Üçgen Kapatım Tekniği**  
Ethem Zobacı, Metin Temel, Musa Zorlu
- S72 Perianal Fistül Hastalığında Cerrahi Öncesi Magnetik Rezonans Görüntülemenin Sonuçlar Üzerine Etkisi**  
Feza Yarbuğ Karakayalı, Tugan Tezcaner, Yahya Ekici, Nadire Dinç, Gökhan Moray

16.30 - 18.30

**VİDEO BİLDİRİLER (Paralel Oturum)****4.Salon**

Oturum Başkanı: Cavit AVCI

- V08 Kolorektal Kansere Bağlı Peritoneal Karsinomatozis: Ekstraperitoneal Yaklaşımla Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi**  
Aras Emre Canda, Cem Terzi
- V09 Tek Kesiden Laparoskopik Appendektomi Tekniği**  
Hüseyin Sinan, Mehmet Saydam, Muharrem Öztaş, Mustafa Tahir Özer, Sezai Demirbaş
- V10 Laparoskopik Total Proktokolektomi ve İleal J-Poş İleoanal Anastomoz: Ters-Saat Yönünde Disseksiyon Tekniği**  
Mehmet Fatih Can, Yaşar Subutay Peker, İsmail Hakkı Özerhan, Gökhan Yağcı
- V11 Tek Port-Dört Girişli (Octo-port ) SILS Kolon Rezeksiyonlarımız**  
Metin Ertem, Emel Özveri, Hakan Gök, Volkan Özben
- V12 Retrorektal Kitlenin Laparoskopik Eksizyonu: Olgu Sunumu**  
Gökhan Çipe, Fatma Ümit Malya, Merve Büşra Cengiz, Erkan Yardımcı, Mustafa Hasbahçeci, Naim Memmi, Hall Coşkun, Mahmut Müslümanoğlu
- V13 Lokal İleri Rektum Kanserinde Laparoskopik En Bloc Aşağı Anterior Rezeksiyon ve Histerektomi: Transvajinal Spesmen Çıkarılması, İntrakorporeal Anvil Yerleştirilmesi ve Anastomoz**  
Aras Emre Canda, Bahadır Saatli, Tayfun Bişgin, Nuri Yıldırım, Cem Terzi



**ULUSAL KONGRE BİLİMSEL PROGRAM****18 Mayıs 2013 Cumartesi****07.00 - 08.00 UZMANLA KAHVALTI**

- **Anal Apse ve Fistül Yönetimi** - Selman SÖKMEN, Bülent ERKEK
- **Kolonoskopide Tartışılmalı Konular** - Yılmaz BÜYÜKUNCU

**08.00 - 09.00 HEMOROİDAL HASTALIK - Yeni Yöntemler Konvansiyonel Cerrahiden Daha Üstün müdür?**

Oturum Başkanları : Necmettin SÖKÜCÜ, Erhan AKGÜN

08.00 - 08.15 **Hemoroidal Cerrahinin Anatomik Temeli** - Carlo RATTO

08.15 - 08.35 **Stapler Hemoroidopeksi (Tekniği, Erken ve Geç Dönem Sonuçları)**- Ömer ALABAZ

08.35 - 08.55 **Rektal Anal Onarım (THD-RAR)** - Carlo RATTO

08.55 - 09.00 **Seçilmiş Bildiri**

**SS05 Lazer Hemoroidoplasti (LHP): İleri Derece Hemoroitlerinin Tedavisinde Yeni Cerrahi Yöntem**  
Ahmet Fatin Karahaliloğlu

Her cerrahin karşılaştığı hemoroidal hastalığın tedavi standartları gözden geçirilecektir. Uygulamadaki teknik ayrıntılara önem vererek cerrahi yöntemlerin sonuçları tartışılacaktır. Hemoroidal hastalığın vasküler kan akım artışına mı yoksa anal kanalın prolabe olmasına mı bağlı olarak geliştiği otuz yıldır tartışılmaktadır. Cevabı belki de bu bölge anatomisindeki değişiklikleri inceleyerek bulabiliriz. İleri evre hemoroidal hastalıkta klasik hemoroidektomi, stapler anopeksi veya transanal hemoroidal dearteriyelizasyon işlemlerinden hangisine karar vermeliyiz? Oturumda bu tekniklerde tecrübeli cerrahların yöntemleri, sonuçları, yorumları alınacaktır.

**Amaç**

Hemoroidal hastalığa doğru yaklaşımın nasıl sağlanacağı gözden geçirilecek. Yeni cerrahi tekniklerin tanıtılması sağlanacak. Komplikasyonlardan kaçınma ve başedebilme yöntemleri sunulacak. Hemoroidal hastalıkta uzun dönem sonuçlar irdelenecektir.

**08.00 -10.15 SEMPOZYUM: STOMALAR****HEKİM / HEMŞİRE ORTAK OTURUM****08.00 -09.00 COLOPLAST Oturumu**

Oturum Başkanları : Sadık YILDIRIM, Fethiye ERDİL

- **Stoma Bölgesi İşaretleme** - Ayişe KARADAĞ
- **Stoma Açma ve Kapatma Tekniği - Temel İlkeler** - Bülent ERKEK
- **Ürün Tanıtımı**

09.00 -09.15 Kahve Molası

**09.15-10.15 CONVATEC Oturumu**

Oturum Başkanları : Şükrü ÖZER, Deniz ŞELİMEN

- **Cerrahi Komplikasyonlar** - Tahsin ÇOLAK
- **Cilt Komplikasyonları** - Linda J. STRICKER
- **Ürün Tanıtımı**

Hemşire – hekim ortak toplantısında gastrointestinal sistemde stomalar tüm yönleri ile tartışılacaktır. Stoma açılması zor vakalarda geçici bir önlem veya anastomozu korumak amacıyla sık olarak uygulanmaktadır. Ancak kolayca açılan stomanın en büyük dert haline gelmesi de mümkündür. Stoma açılması ve kapatılması esnasında optimum kriterlerin ortaya konması gerekir. İyi yapılan bir stoma bakımı ne kadar kolaysa kötü açılmış bir stomanın bakımı kronik bir sorun olarak kalır.

**Amaç**

Stoma yeri seçimi nasıl yapılır? En iyi torba hangisidir? Parastomal herni nasıl önlenir? Bütün hastalara profilaktik peristomal greft konulmalı mıdır? Stoma stenozunda cerrahi teknik. Stoma cilde ulaşmıyorsa ne yapmalıyız? Yüksek volümlü stomada ne yapmalıyız? Ağır cilt sorunlarına yaklaşım nasıl olmalıdır? sorularına cevap aranacaktır.

- 09.00 - 10.00 FEKAL İNKONTİNANS - Bir Yere Vardık mı?**  
Oturum Başkanları : Ethem GEÇİM, Enis YÜNEY
- 09.00 - 09.20 **Dolgu Maddeleri ve İmplantlar** - Carlo RATTO
- 09.20 - 09.40 **Nöromodülasyon** - Klaus MATZEL
- 09.40 - 10.00 **Yapay ve Manyetik Sfinkterler** - Robert MADOFF

Fekal inkontinens hem hasta, hem de hekim açısından en zor konulardan biridir. Endoanal ultrasonla sfinkter defektlerinin belirlenmesi tamir girişimlerine yol gösterir. Tamir edilecek sfinkterin atrofik olmaması ve innervasyonunun korunmuş olması sonucu doğrudan etkiler. Ancak sfinkter tamir metodlarının uzun dönemde kötüleşen sonuçları, daha az invaziv yolların aranmasına neden olmuştur. Yeni uygulamaların pratiğe girmesi ise her zaman mümkün olmamıştır. İnjektabl materyellerin ve implantların (PTQ, Durasphere, Coaptite, Gatekeeper) pasif fekal inkontinens kanıtı dayalı verileri var mıdır? Sakral sinir stimülasyonunun hangi vakada etkili olabileceğini önceden bilebilir miyiz? Cihazın takılması nasıl gerçekleştirilir? Sonuçları nasıldır, ne kadar süre ile takip edilmelidirler? Nöromodülasyonun nasıl etki ettiği tam olarak bilinmemektedir. Sakral stimülasyon ile beyinin frontal lobunda iradi dikkat merkezinin ve caudat nukleusun (ödül merkezinin?) da etkilendiği belirlenmiştir. Sakral sinir stimülasyonuna göre çok daha ucuz başka yöntemler var mıdır? Akupunkturda Sanyinjiao noktası olan tibial sinir stimülasyonu ile çok farklı sonuçlar bildirilmektedir. Yapay sfinkterden ne beklemeliyiz? Manyetik sfinkterin klinik sonuçları nasıldır? İnkontinens için uygulanan tedavilerin uzun dönem sonuçları nasıldır?

### Amaç

Fekal inkontinensle ilgili tedavi algoritması oluşturulmaya çalışılacaktır.

10.00 - 10.30 Kahve Molası

- 10.30 - 11.30 PELVİK PROLAPSUS - Beklentileri Yüksek Tutalım**  
Oturum Başkanları : Ali AKYÜZ, Mustafa DÜLGER
- 10.30 - 10.50 **Perineal Girişimler** - Sezai DEMİRBAŞ
- 10.50 - 11.20 **Abdominal Girişimler (Robot Uygulaması)** - Laurent BRESLER
- 11.20 - 11.30 **Seçilmiş Bildiri**  
**SS06 Genç Yaş Hastalarda Laparoskopik Rektepeksi - Uzun Dönem Takip Sonuçları**  
Sezai Demirbaş, İlker Sücüllü, Mustafa Tahir Özer, İsmail Hakkı Özerhan, Mehmet Fatih Can, Sübütay Peker, Doğan Çoşkun, Yusuf Peker

Rektal prolapsusa yaklaşım en tartışmalı konulardan biridir. Rektal prolapsus için 100 yıldır 100'den fazla cerrahi teknik tanımlanmıştır. Belirli hasta gruplarında hangi tekniğin seçilmesi gerektiği konusunda karmaşa yaşanmaktadır. Genel olarak yaşlı hastalarda perineal girişimler tercih edilir. Pelvik diseksiyonun yaratabileceği potansiyel seksüel ve üriner sorunlar nedeniyle genç erkeklerde de artık perineal girişimler tavsiye edilmektedir. Abdominal girişimlerde rektumun fiksasyonu amaçlanır. Mesh'li veya mesh'siz - anterior, posterior veya lateral fiksasyon yapılabilir. Bu ameliyatların laparoskopik olarak da uygulanabilmesi tedaviyi gününbirlik işlem haline getirmiştir.

Diğer organların prolapsusu önemli midir? Tanıda inspeksiyon yeterli midir? MR defekografi tanıda altın standart olma yolunda mı? Nonoperatif tedaviler nelerdir? Kime uygulanmalıdır? Anal serklaj'da hangi materyel seçilmelidir? Perineal ve abdominal girişim seçimi nasıl yapılmalıdır? Ventral mesh rektepeksi yeni ideal midir? Kime nasıl rezeksiyon yapılır. Yüksek riskli hastada en güvenli yöntem hangisidir? Nüks eden vakaya yaklaşım nasıl olmalıdır? Tedavi algoritması bir şakadan mı ibarettir? Staplerle transanal rektal rezeksiyonun etkili olamayacağını önceden belirleyebilir miyiz?

- 11.30 - 12.15 KABIZLIĞA CERRAHİ YAKLAŞIM - Pandorann Kutusu**  
Oturum Başkanları : Türker BULUT, Nuru Yusifoğlu BAYRAMOV
- 11.30 - 11.45 **Kabızlıkta Görüntüleme (MR defekografi yeni standart mı?)** - Barış BAKIR
- 11.45 - 12.15 **Kabızlıkta Cerrahi** - Klaus MATZEL

Kabızlığın çok sayıda klinik tabloya eşlik edebileceği bilinmektedir. Kabızlık şikayeti ile gelen bir hastanın nasıl değerlendirilmesi gerektiği konusunda hala verilmemiş cevaplar vardır. Karın ağrısı, aşırı ıkınma ve tam boşaltamama hissi gibi semptomların eşlik etmesi klinisyenin yaklaşımını zorlaştırmaktadır. Dahası, sübjektif duygulara bağlı olarak ölçülen yaşam kalitesi skalaları cerrahinin standartları arasında yer almalı mıdır? sorusu gündemde durmaktadır. “Yavaş transitli kabızlık”, “mekanik çıkış obstrüksiyonu”, “dissinerjik pelvik taban” ve “rektal hiposensitivite” gibi tablolar açıklığa kavuşturulacaktır. Tedavide sakral stimülasyon gibi sofistike metodlara başvurulmalı mıdır?

12.15 - 13.00

**TARTIŞMALI POSTER OTURUMU**

Oturum Başkanları : Durkaya ÖREN, Süphan ERTÜRK

**4. Salon****TP01 The Influence of Drug-Resistant Bacteroides Genus on Antibiotic Prophylaxis**Yusuke Watadani, Hiroki Ohge, Wataru Shimizu, Shinnosuke Uegami, Norihumi Shigemoto, Naru Kondo, Yasushi Hashimoto, Takeshi Sudo, Kenichiro Uemura, Yoshiaki Murakami, Taijiro Sueda**TP02 Açık ve Laparoskopik Yapılan Komplike Apandistlerin Maliyet Analizi**Mehmet Abdussamet Bozkurt, Ali Kocataş, Burak Kankaya, Ahmet Cem Dural, Osman Köneş, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış**TP03 Yaygın Peritonitler Sırasında İmmün Status ve Sitokin Profili Sapıklıklarına Krikonservleşdirilmiş Çift Kanının Etkisi**Novruz Hacıyev, Elena Klimova, Elman Tagıyev, Elena Lavinskaya**TP04 Sol Kolon ve Rektum Tıkanıklıklarında Pasağı Sağlamada “Kendi Kendine Genişleyen Metal Stent” (SEMS) Kullanımının Kısa ve Uzun Dönem Sonuçları**Barış Bayraktar, Onur Bayraktar, İbrahim Ali Özemir, Deniz Atasoy, Salih Bölük, Çağrı Bilgiç, Umur Kefeli, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Osman Baran Tortum**TP05 Sublevator Düzeyde Gerçekleştirilen Rektal Rezeksiyon Ameliyatlarında Anatomik Özellikler ve Cerrahi Çıkarımlar**Ali Naki Yücesoy, Mehmet Burak Kadioğlu, Esat Namal**TP06 Agresiv Pelvik Taban Cerrahisi Uygulanan Onkolojik Hastalarda Greftli Perineo-Pelvik Rekonstrüksiyon**Eray Kara, Ramazan Serdar Arslan, Cüneyt Temiz, Hakan Kerem, Semin Ayhan**TP07 Rektoselenin Cerrahi Tedavisinde Polipropilen Meshlerin Kullanımı**Solmaz Soltan İmanova, Babek Mehman Zeynalov, Pervane Rövşen Aydınova, Aynur Kamal Sefiyeva**TP08 1470 nm Diot Lazer ile Pilonidal Sinus Operasyonu**Banu Ural**TP09 LIFT: Anal Fistüllerin Tedavisinde Lift (Ligation of Inter Sphincteric Fistula Tract) Girişimi Erken Dönem Sonuçlarımız**Fevzi Celayir, Gürkan Yetkin, Ebru Şen Oran, İbrahim Erbaş, İsmail Akgün, Hakan Mustafa Köksal, Uygur Demir, Evren Peker, Nurcihan Aygün, Mehmet Mihmanlı

13.00 - 14.00

Öğle Yemeği

14.00 - 15.00

**ANAL FİSSÜR - Kim Nasıl Karar Veriyor?**

Oturum Başkanları : Bülent MENTEŞ, Necmi KURT

14.00 - 14.15

**Tedavi Algoritmaları - Akademik ve Medikolegal Yönleri - Mustafa KORKUT**

14.15 - 14.30

**Sfinkterotomi- İAS Kesisini Nasıl Belirleriz? - Sezai LEVENTOĞLU**

14.30 - 14.45

**GTN ve Botox - Uygulamaların Ayrıntıları - Hovsep HAZAR**

Nitrik oksit insanda beyin sinyalizasyonundan dokuda kan akımına kadar çeşitli süreçlerde rol oynar. Erkek ateş böceklerinin romantik ışık çakmalarında da nitrik oksit, oksijenin mitokondrialara girişini sağlayarak yardım eder.

Akut anal fissürlerin yarısı oturma banyosu ve liften zengin beslenme ile düzelir. Ancak çoğu tekrarlar ve kronikleşir. Anal fissürde yeni bir algoritmaya ihtiyaç vardır. ‘Ne yapsan gider’ metodu mu uygulanmalıdır? Kalsiyum kanal blokerleri, botulinum toksini ve lateral internal sfinkterotomiden hangisinin uygulanacağı cerrahın isteğine mi bağlı olması gerekir? Hastanın durumuna göre risk-fayda analizi yapılmalıdır. Tedaviye başlamak için topikal diltiazem en uygun seçenek olabilir. Botulinum toksin injeksiyonu hakkında sonuçlar net değildir. Lateral internal sfinkterotomi sonrası inkontinens sorunu abartılı mıdır? Anal tonusu düşük kronik fissürde ilerletici flep uygun olabilir. Lateral internal sfinkterotomi sonrası nüks eden fissürlere yaklaşım nasıl olmalıdır? Tedavi sonrası takipte nelere dikkat edilmelidir? Kontrollü dilatasyon nasıl yapılır?

**Amaç**

Anal fissür ile ilgili basit gibi görünen ancak oldukça karmaşık olan hastalık ve tedavi süreçlerinin açıklığa kavuşturulması.

- 14.45 - 16.00 PİLONİDAL SİNÜS - Zorlamaya Gerek Var mı?**  
Oturum Başkanları : Bülent MENTEŞ, Kenan ERZURUMLU
- 14.45 - 15.05 **Flep ile Rekonstrüksiyonun Cerrahi Tekniği** - Mehmet MİHMANLI
- 15.05 - 15.20 **Fenol Tedavisinde Endikasyonlar ve Teknik Ayrıntılar** - Osman DOĞRU
- 15.20 - 15.40 **EPSIT, Endoskopik Pilonidal Sinüs Tedavisi** - Piercarlo MEINERO
- 15.40 - 16.00 **Seçilmiş Bildiriler**
- SS07 Non Komplike Pilonidal Sinüslerde; Karydakis, Adipofasyal Turn-Over ve Orta Hat Kaydırılmış Adipofasyal Turn-Over Ameliyatlarının Prospektif Randomize Karşılaştırılması**  
Müjgan Çalışkan, Koray Koşmaz, İsmail Ege Subaşı, Aylin Acar, Hasan Erdem, Abdullah Şişik, Mustafa Kaya, Hasan Avcı, Süleyman Kalcan, İbrahim Atak, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu
- SS08 Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Lazer Epilasyon Kullanımının Nüks ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Prospektif Randomize Tek Kör Çalışma**  
Sami Akbulut, Rıdvan Yavuz, Salim Akdemir, Hüseyin Aghtas, Koray Karabulut, Yusuf Yagmur

Pilonidal sinüs konusunda dünyada önde gelen veriler ülkemizden çıkmaktadır. Pilonidal sinüste tedavi planı bir sınıflamaya dayanmalı mıdır? Zengin deneyim ve bilgi birikimi sonucu yeni tedavi yöntemleri ortaya konmaktadır. Şimdi tedavi protokollerinde yeni bir yol ayrımı gözükmemektedir. Örneğin pilonidal sinüste endoskopik tedavi ilk defa bu kongrede tartışılacaktır. Çok tartışmalı gözükken bu konuda tecrübelerimizi bir araya getirmeyi ve ikna edici sonuçlara ulaşmayı hedefliyoruz.

16.00 - 16.30 Kahve Molası

- 16.30 - 17.30 PERİANAL FİSTÜL - Riskleri Azaltabilir miyiz?**  
Oturum Başkanları : Neşet KÖKSAL
- 16.30 - 16.50 **Konvansiyonel Cerrahi (Fistülotomi, Seton, Flep)** - Ediz ALTINLI
- 16.50- 17.10 **VAAFT - Anal Fistül Tedavisi (Video Destekli)** - Piercarlo MEINERO
- 17.10 - 17.30 **Seçilmiş Bildiriler**
- SS09 Lazerle Fistül Trakt Ablasyonu (LAFT): Anal Fistül Tedavisinde Yeni Bir Alternatif**  
Ersin Öztürk, Barış Gülcü
- SS10 LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract) Tekniğinin Perianal Fistül Tedavisindeki Etkinliği: Erken Dönem Sonuçlar**  
Gökhan Çiçe, Erkan Yardımcı, Merve Büşra Cengiz, Fatma Ümit Malya, Mustafa Hasbahçeci, Süleyman Bozkurt, Adem Akçakaya, Mahmut Müslümanoğlu

Fistula-in-ano kolorektal cerrahların en sık karşılaştığı anorektal hastalıklardan biridir. Makatta ağrı ve akıntı hastaların temel sorunlarıdır. Perianal fistüllerin tedavisinde başarısızlık ve ortaya çıkan yeni sorunlar hasta ve hekim için can sıkıcı olabilir. Kriptoglanduler enfeksiyona bağlı fistülün çıkış yeri olan iç ağzının tıkanması veya ortadan kaldırılması tedavide hep anahtar nokta olarak düşünülmüştür. Bu amaca uygun olarak çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Fistülotomi ile iç ve dış ağızlarla fistül traktının açılması ve açık bırakılması, kollajen tıkaç ile fistülün tıkanması (sekonder trakt kalmamalı), ilerletici fleplerle iç ağzın kapatılması (özellikle kadınlarda anterior yerleşimli fistüllerde), video yardımlı fistülektomi (VAAFT), lateral intersfinkterik fistül transeksiyonu (LİFT) ile fistülün kaynağına yakın kesilmesi bu yöntemler arasında sayılabilir. Fistüloskop ile iç ağzın bulunması mümkün müdür? Hangi hastaya bu tedavilerden hangisinin tavsiye edileceği ise çok tartışmalıdır. Fistülün ortadan kaldırılması ve sfinkterin korunması nihai hedefdir. Sfinkter koruyucu anal fistül tedavileri giderek yaygınlaşmaktadır.

Yüksek anal fistüllerde plug, LİFT, flep, VAAFT ve seton seçenekleri tartışılacaktır. Fistül tıkaçının düşmesi teknik bir sorun mudur? Seton tatbikini takiben ne zaman ne yapmalıyız? Tedavi sonuçları ile ilgili hastalara ne anlatmalıyız? gibi soruların açıklığa kavuşturulması sağlanacaktır.

- 17.30 - 18.10 ÖDÜL TÖRENİ ve KAPANIŞ**
- **Hemşirelik Ödülleri**
- En iyi Poster Ödülü
  - En iyi Sunum Ödülü
- **Kolorektal Cerrahi Ödülleri**
- En iyi Poster Ödülü
  - En iyi Video Ödülü
  - En iyi Sunum Ödülü

**ULUSAL KONGRE BİLİMSEL PROGRAM****19 Mayıs 2013 Pazar**

<b>08.30 - 13.00</b>	<b>SEMPOZYUM: REKTUM KANSERİNE YAKLAŞIM ve TOTAL MEZOREKTAL EKŞİZYON</b> Program Sorumluları: Adil BAYKAN, Cem TERZİ
08.30 - 08.35	<b>Sempozyum Amacının ve Öğrenim Hedeflerinin Anlatılması - Adil BAYKAN</b>
08.35 - 08.50	<b>Evreleme - CT / MRG / USG / PET-CT - Sümer YAMANER</b>
08.50 - 09.05	<b>Lokal Eksizyon : Kime / Nasıl ? - Sümer YAMANER</b>
09.05 - 10.05	<b>Cerrahi Anatomi, Radyolojik Anatomi Rektum Kanserinin Biyolojik Davranışı Yayılım Yolları / Distal Cerrahi Sınır / Radial Sınır / Mezorektal Yayılım / Lenfatik Yayılım / Lateral Lenf Bezleri Total Mezorektal Eksizyon Tekniği; Kime / Nasıl ? - Ayhan KUZU</b>
10.05 - 10.20	Ara
10.20 - 10.35	<b>Parsiyel Mezorektal Eksizyon Tekniği; Kime / Nasıl? - Ethem GEÇİM</b>
10.35 - 10.50	<b>İntersfinkterik Rezeksiyon ; Kime/ Nasıl ? - Cem TERZİ</b>
10.50 - 11.05	<b>Abdominoperineal Eksizyon ; Kime / Nasıl ? - Ethem GEÇİM</b>
11.05 - 11.20	<b>Neoadjuvan Tedavi Protokolleri Kime ? / Hangi Protokol ? / Ne Zaman Cerrahi ?/ Klinik Yanıt / Tam Yanıt - Cem TERZİ</b>
11.20 - 13.00	<b>Vaka Sunumları - Tartışma - Adil BAYKAN</b>

Kolorektal cerrahinin hem sıklığı hem de zorluğu açısından göndemden düşmeyen total mezorektal eksizyon tekniği bu toplantıda enine boyuna tartışılacaktır. Mezorektum anatomisinin embriyolojik planlar ve fasya yapıları gözönünde tutularak tanımlanması cerrahisini doğru yapmamızı sağlar. Rektum kanserinde sağlanan önemli gelişmelere karşın lokal nüks % 5-35 arasında değişmektedir. Mükemmele ulaşamamızın nedenleri arasında hastaya bağlı faktörler ve hastalığa bağlı faktörler yanında cerraha bağlı faktörler de önemli yer tutar. Lateral pelvik lenf nodu disseksiyonu yapılmasının neoadjuvan tedaviye göre daha iyi sonuç vermediği yönünde bulgular vardır. Çıkarılması gereken lenf nodu sayısının, inferior mezenterik arterin yüksek ligasyonunun sağkalıma etkileri konusunda serilerin gözden geçirilmesi bize yapacağımız ameliyatların planlanmasında yardımcı olacaktır.

**HEMŞİRELİK KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI****15 Mayıs 2013 Çarşamba**

- 17.30 - 18.30 AÇILIŞ KONFERANSI**  
**Dünyada ve Türkiye’de Kolorektal Cerrahi Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi**  
 Oturum Başkanı: Deniz ŞELİMEN  
 Konuşmacı : Ayişe KARADAĞ
- 18.30 - 20.00 AÇILIŞ TÖRENİ VE KOKTEYLİ**

**16 Mayıs 2013 Perşembe**

- 08.00 - 10.00 KOLOREKTAL CERRAHİDE HASTA EĞİTİMİ İLKE VE UYGULAMALARI**  
 Oturum Başkanı: Güler AKSOY  
 Eğitimsiciler: Hülya BULUT, Nilay BUMEN
- 10.00 - 10.30 Kahve Molası
- 10.30 - 11.15 KOLOREKTAL KANSERLERDE TANI VE TEDAVİ**  
 Oturum Başkanı: Dursun BUĞRA  
 Konuşmacı: Ethem GEÇİM
- 11.15 - 12.30 KOLOREKTAL CERRAHİ VE YAŞAM KALİTESİ**  
 Oturum Başkanları: Nalan Özhan ELBAŞ, Hayriye ÜNLÜ  
**Yaşam Kalitesi Kavramı ve Değerlendirilmesi** - Vicki A. RUMPLER  
**Yaşam Kalitesini Artırıcı Cerrahi Girişimler** - Erdoğan SÖZÜER  
**Yaşam Kalitesini Sürdürmede Hemşirelik Yaklaşımları** - Emine İYİGÜN
- 12.30 - 14.00 Öğle Yemeği
- 14.00 - 14.45 KOLOREKTAL CERRAHİ VE BESLENME**  
 Oturum Başkanı: Fethiye ERDİL  
 Konuşmacı : R. Haldun GÜNDOĞDU
- 14.45 - 16.00 İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIKLARI**  
 Oturum Başkanları: Nevin KANAN, Nadiye ÖZER  
**İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Tanı ve Tedavi** - Serdar YÜCEYAR  
**İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı** - İkbāl ÇAVDAR  
**Hasta Deneyimleri** - Mine YILDIZ
- 16.00 - 16.30 Kahve Molası
- 16.30 - 18.30 KABUS SENARYOLARI** **HEKİM / HEMŞİRE ORTAK OTURUM**  
**İlginç Olgular Üzerinde Tartışma (Key pad)**  
 Oturum Başkanı: Feza REMZİ  
 Tartışmacılar: Robert MADOFF, Zoran KRİVOKAPİÇ, Cemalettin ERTEKİN, Ayhan KUZU,  
 Mustafa ÖNCEL



**HEMŞİRELİK KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI****17 Mayıs 2013 Cuma**

- 08.00 - 10.00 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU**  
 Oturum Başkanları: Güler AKSOY, Hülya BULUT  
**HS01 Stomalı Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi**  
Hatice Dorum, Fatma Vural  
**HS02 Sol Kolon ve/veya Rektum Cerrahisi Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarının Başlamasında Sakız Çiğnemenin Rolü**  
Burcu Duluklu, Sevilay Şenol Çelik  
**HS03 Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastalara Postoperatif Erken Dönemde İlk Su Verilmesinin Bağırsak Hareketlerine Etkisi**  
Nefise Çalışkan, Hülya Bulut  
**HS04 Stomaterapi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler ve Çözüm Önerilerine İlişkin Niteliksel Bir Çalışma**  
Zehra Göçmen Baykara, Hatice Karabulut, Aysel Ören Hin, Ayişe Karadağ  
**HS05 Stomalı Bireylerle Çalışan Bir Grup Klinik Hemşiresinin Stoma Bakımındaki Sorumluluklarına İlişkin Durum Değerlendirmesi: Nitel Bir Çalışma**  
 Zehra Göçmen Baykara, Hatice Karabulut, Ayşegül Akbaba, Belda Baydar  
**HS06 Stomalı Bireylerde Beden İmajı Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**  
 Özgül Karayurt, Aylin Durmaz Edeer, Gülseren Süler, Hatice Dorum, Deniz Harputlu, Fatma Vural, Ceylanım Üçer  
**HS07 Bağırsak Stoması Olan Bireylerde Planlı Grup Etkileşiminin Sosyal Uyuma Etkisi**  
Hatice Karabulut, Leyla Dinç  
**HS08 Stomalı Hastaların Cinsellikle İlgili Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi**  
 Deniz Harputlu, Fatma Vural, Özgül Karayurt, Gülseren Süler, Aylin Durmaz Edeer, Ceylanım Üçer, Deniz Cenan Onay  
**HS09 Stoma Bölgesinin İşaretlenmesinin Stomal ve Parastomal Komplikasyonlar Üzerine Etkisi**  
Zehra Göçmen Baykara, Sevil Güler Demir, Ayişe Karadağ, Deniz Harputlu, Aysel Kahraman, Sercan Karadağ, Aysel Ören Hin, Eylem Toğluk, Meral Altınsoy, Sonca Erdem, Rabia Cihan  
**HS10 Stoması Kapatılan Bireylerin Bağırsak Boşaltımlarıyla İlgili Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Duygu ve Düşünceleri**  
 Zehra Göçmen Baykara, Ali Ay, Emine Akar, Sezai Leventoğlu  
**HS11 İnflamatuar Barsak Hastalıklarında Stoma Deneyimimiz**  
Ebru Kırbıyık, Eylem Toğluk Yiğitoğlu, Arzu Kader Harmancı Seren, Bilgi Baca  
**HS12 Stomalı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Bir Çalışma**  
Deniz Harputlu, Ayişe Karadağ, Zehra Göçmen Baykara, Hatice Karabulut, Eylem Toğluk, Sonca Erdem, Sercan Karadağ, Emine Akar, Meral Altınsoy, Yasemin Akıl, Sezai Leventoğlu
- 10.00 - 10.30 Kahve Molası
- 10.30 - 11.15 KOLOREKTAL CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR**  
 Oturum Başkanı: Neriman AKYOLCU, İkbal ÇAVDAR  
 Konuşmacı : Vicki A. RUMPLER
- 11.15 - 12.30 YARA YÖNETİMİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR**  
 Oturum Başkanları: Fatma ETİ ASLAN, Sevinç TAŞTAN  
**Enfeksiyon Kontrolü** - Sevilay ŞENOL ÇELİK  
**Perianal Yaralarda Bakım** - Linda J. STRICKER  
**Yara Bakım Ürünleri** - Deniz HARPUTLU
- 12:30 - 13:30 Öğle Yemeği

13.30 - 14.45

**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU**

Oturum Başkanları: Sevilay ŞENOL ÇELİK, Emine İYİGÜN

**HS13 Parastomal Bölgede Kimyasal İrritan Dermatit**Meral Altunsoy, Emre Balık, Metin Keskin**HS14 Bir Olgu: Stoma ve Gebelik**Eylem Toğluk Yiğitoğlu**HS15 Kompleks Stoma Olgusu**Rabiye Cihan, Yasemin Akıl, Ömer Alabaz**HS16 Stomalı Hastalarda Sorunlar, Girişimler ve Değerlendirme: Bir Yıllık Sonuçlarımız**Emel Arıkan, Arzu İlçe, Songül Yorgun**HS17 Stoma Bakımı Eğitim Aracı Geliştirme Çalışması Örneği: İhtiyaç-Süreç ve Ürün**Ayişe Karadağ, Zehra Göçmen Baykara, Hatice Karabulut, Deniz Öztürk, Aysel Ören Hin**HS18 Kalıcı Kolostomi Açılan Hastada Erken Dönemde Gelişen Stoma Nekrozu ve Stenzun Takip Süreci**Eylem Toğluk Yiğitoğlu, Ebru Kırbıyık**HS19 Stoma ve Yara Bakım Ünitimizde Takip Ettiğimiz Subkutan Permanent Access Loop Açılan Hastalarla İlgili Klinik Deneyimimiz**Sercan Karadağ, Adem Yüksel, Tahsin Dalgıç, İlder Özer, Murat Ulaş, Dilek Bil, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu

14.45 - 16.00

**POSTER BİLDİRİ OTURUMU**

Oturum Başkanları: Fatma ETİ ASLAN, Nuray AKYÜZ

**HP01 Gastrointestinal Fistüllü Hastada Beslenme**Gülşen İnönü, Yunus Emre Altuntaş, Nuri Okkabaz, Halime Aydın, Mustafa Öncel, Aylin Acar, Selahattin Vural**HP02 Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Rektum Kanserinde Hemşirelik Bakımı**Selda Karaveli, Türkan Özbayır**HP03 Stomada Yüzeysel Nekroz**Meral Altunsoy**HP04 Vaka Yönetimi: İnsizyon Yeri Ayrılma**Meral Altunsoy, Türker Bulut, Emre Balık, Metin Keskin**HP05 Kolostomi ile Taburcu Edilen Hastaların Telefonla İzlemi**Serpil Yüksel, Emel Arıkan**HP06 Kolorektal Cerrahide İntraoperatif Hasta Güvenliğinin Sağlanması**Fatoş Çelik, Melek Öztürk Demir**HP07 Kolorektal Cerrahide Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu**Esra Demircan, Şengül Ceylan, Cihan Sütlü**HP08 Bir Asker Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kişisel Koruyucu Malzeme Kullanımı Bilgi Düzeyleri**Ahmet Cemil Ceylan, Dilaver Erkan, Bilge Gündoğdu**HP09 Yüksekten Düşmeye Nedeniyle Stoması ve Perianal Yarası Olan Bireyin Bakımı: Olgu Sunumu**Aysel Ören Hin, Emine Akar, Hülya Acarlar, Ramazan Kozan, Zehra Göçmen Baykara**HP10 Hastanın Detaylı Bilgilendirilmesinin Hasta Memnuniyeti ve Postoperatif Ağrı Üzerine Etkisi**Ahmet Okuş, Yasemin Koç, Melek Zeybek, Barış Sevinç, Nergis Aksoy, Ömer Karahan**HP11 Peristomal Cilt Sorunlarının Önlenmesinde Hemşirelik Yönetimi**Şerife Kurşun, Emel Arıkan**HP12 Stomalı Bireylerin Evde Karşılaştıkları Sorunlar**Asiye Gül, Hülya Üstündağ, Nejla Demir**HP13 Stomalı Bireylerin Sosyal Uyumlarının Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Bir Çalışma**Ayişe Karadağ, Hatice Karabulut, Zehra Göçmen Baykara, Deniz Harputlu, Eylem Toyluk, Birgül Ulusoy, Sercan Karadağ, Aysel Ören Hin, Meral Altunsoy, Yasemin Akıl, Sezai Leventoğlu**HP14 Laparoskopik Kolorektal Cerrahide Ameliyathane Hemşireliği**Özlem Kaya, Melike Duran, Pınar Ongun, Sevgi Taşdelen**HP15 Propofol Sedasyonu ile Endoskopi Yapılan Hastaların Memnuniyetinin Değerlendirilmesi**Neşe Akbaşlı, Bahadır Ege, Sezai Leventoğlu, Hakan Bozkaya, Gülce Avanoğlu, B. Bülent Mentec**HP16 Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Stoma ile İlgili Karşılaştıkları Sorunlar ile Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi**Aysel Kahraman



- HP17 Kolorektal Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Değerlendirilmesi**  
Nilüfer Yurt, Rabia Alp, Halime Aydın, Nuri Okkabaz, Metin Kement, Ali Emre Atıcı, Selahattin Vural, Mustafa Öncel
- HP18 Kolorektal Kanserli Hastalarda Stoma Öncesi ve Sonrasında Çevresel Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi**  
Halime Aydın, Rabia Alp, Nuri Okkabaz, Metin Kement, Ali Emre Atıcı, Yunus Emre Altuntaş, Selahattin Vural, Mustafa Öncel
- HP19 Kolorektal Cerrahide İntraoperatif Hemşirelik Uygulamaları**  
Gülşay Karaboga, Hatice Karadağ
- HP20 Kolostomi-İleostomili Bireylerde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kullanımı: Literatür Taraması**  
Nuran Gençtürk
- HP21 Complications in Colorectal Surgery: Risk Factors and Preventive Strategies Systematic Review**  
İmad Rasheed Abu Khader, Prof. Nurhan Bayraktar
- HP22 Ostomili Bireyler Müjde!!!! Artık Ostomi Torbam Ciltten Ayrılır mı? Düşer mi? Diye Düşünmeden Özgürce Dolaşabilirsiniz Artık Ostomi Emniyet Kılıfınız Var**  
Halime Aydın
- HP23 Ülseratif Kolitli Hastalarda Görülen Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları**  
Nuray Akyüz, Evrim Yılmaz
- HP24 Kolonoskopi Öncesi Bağırsak Hazırlığı/Temizliği ve Hemşirenin Rolü**  
Evrım Yılmaz, Nuray Akyüz
- HP25 Yetişkin Hirschsprung Hastalığı**  
Fatoş Yafay, Mehmet Özet, Hilal Durmaz, Mevlüt Yıldırım
- HP26 Peristomal Alanda Hiperplazi Olan Bir Vaka Yönetimi**  
 Ayişe Karadağ, Hatice Karabulut, Hülya Acarlar, Aysel Ören Hin

## 18 Mayıs 2013 Cumartesi

08.00 -10.15 SEMPOZYUM: STOMALAR

HEKİM / HEMŞİRE ORTAK OTURUM



08.00 -09.00 COLOPLAST Oturumu

Oturum Başkanları : Sadık YILDIRIM, Fethiye ERDİL

- Stoma Bölgesi İşaretleme - Ayişe KARADAĞ
- Stoma Açma ve Kapatma Tekniği - Temel İlkeler - Bülent ERKEK
- Ürün Tanıtımı

09.00 -09.15 Kahve Molası



ConvaTec

Realise the possibilities™

09.15-10.15 CONVATEC Oturumu

Oturum Başkanları : Şükrü ÖZER, Deniz ŞELİMEN

- Cerrahi Komplikasyonlar - Tahsin ÇOLAK
- Cilt Komplikasyonları - Linda J. STRICKER
- Ürün Tanıtımı

Hemşire – hekim ortak toplantısında gastrointestinal sistemde stomalar tüm yönleri ile tartışılacaktır. Stoma açılması zor vakalarda geçici bir önlem veya anastomozu korumak amacıyla sık olarak uygulanmaktadır. Ancak kolayca açılan stomanın en büyük dert haline gelmesi de mümkündür. Stoma açılması ve kapatılması esnasında optimum kriterlerin ortaya konması gerekir. İyi yapılan bir stoma bakımı ne kadar kolaysa kötü açılmış bir stomanın bakımı kronik bir sorun olarak kalır.

### Amaç

Stoma yeri seçimi nasıl yapılır? En iyi torba hangisidir? Parastomal herni nasıl önlenir? Bütün hastalara profilaktik peristomal greft konulmalı mıdır? Stoma stenozunda cerrahi teknik. Stoma cilde ulaşmıyorsa ne yapmalıyız? Yüksek volümlü stomada ne yapmalıyız? Ağır cilt sorunlarına yaklaşım nasıl olmalıdır? sorularına cevap aranacaktır.

10.15- 10.30 Kahve Molası

- 10.30 - 11.15** **KOLOREKTAL CERRAHİDE YASAL VE ETİK SORUNLAR**  
Oturum Başkanı: Nevin KANAN  
Konuşmacı : Zehra GÖÇMEN BAYKARA
- 11.15 - 12.30** **KOLOREKTAL CERRAHİ VE HASTA GÜVENLİĞİ**  
Oturum Başkanları: Sevgi HATİPOĞLU, Emine İYİĞÜN  
**Ameliyat Öncesi Hasta Güvenliği** - Sevinç TAŞTAN  
**Ameliyat Sırası Hasta Güvenliği** - Hayriye ÜNLÜ  
**Ameliyat Sonrası Hasta Güvenliği** - Nadiye ÖZER
- 12.30 - 14.00 Öğle Yemeği
- 14.00 - 15.00** **OLGU SUNUMLARI (STOMA-FİSTÜL-YARA)**  
Oturum Başkanları: Sevilay ŞENOL ÇELİK, Zehra GÖÇMEN BAYKARA  
Konuşmacılar: Gülnur GÜMBELEK, Meral ALTUNSOY, Yasemin AKIL, Durucan AYDIN
- 15.00-16.00** **UZMANINA DANIŞALIM (STOMA-FİSTÜL-YARA)**  
Oturum Başkanları: Fethiye ERDİL, Hülya BULUT  
Uzmanlar: Linda J. STRICKER, Deniz HARPUTLU  
Konuşmacılar: Sercan KARADAĞ, Eylem TOĞLUK YİĞİTOĞLU, Aysel ÖREN HİN
- 16.00 - 16.30 Kahve Molası
- 17.30 - 18.10** **ÖDÜL TÖRENİ ve KAPANIŞ**  
• **Hemşirelik Ödülleri**  
• En iyi Poster Ödülü  
• En iyi Sunum Ödülü  
  
• **Kolorektal Cerrahi Ödülleri**  
• En iyi Poster Ödülü  
• En iyi Video Ödülü  
• En iyi Sunum Ödülü

## 19 Mayıs 2013 Pazar

- 08.30 - 10.30** **FİSTÜL YÖNETİMİ**  
Oturum Başkanı: Meryem YAVUZ  
Eğitimci : Linda J. STRICKER
- 10.30 - 11.00 Kahve Molası
- 11.00 - 12:00** **KOLOREKTAL CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE ARAŞTIRMALAR**  
Oturum Başkanı : Nalan ÖZHAN ELBAŞ  
Konuşmacı : Meryem YAVUZ

## ULUSAL KONGRE POSTER BİLDİRİLER LİSTESİ

- P1 Kronik Konstipasyon Sebebi Olabilecek Nadir Bir Olgu “DİSSEMİNE PERİTONEAL LEİYOMYOMATOZİS”**  
Savaş Bayrak, Esra Paşaoğlu, Ekrem Çakar, Hasan Bektaş, Şükrü Çolak, Esra Bayrak
- P2 Rektal Prolapsusta Perineal Yaklaşım: Olgu Sunumu**  
Cihangir Akyol, Tevfik Eker, Akın Fırat Kocaay, Toygar Sarı, Mehmet Can Seven, Ali Ercüment Kuterdem
- P3 Lateral İnternal Sfinkterotomi'nin Anal Basıncı Düzeyine Etkisi?**  
Kemal Peker, İsmayil Yılmaz, İsmail Demiryılmaz, Abdullah İnal, Arda Işık
- P4 Rektal Prolapsus Deneyimimiz: 8 Yılda 17 Olgunun Retrospektif Analizi**  
Bahadır Celep, Mustafa Özsoy, Ahmet Bal, Taner Özkececi, Murat Yülüklü, Kasım Demir, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
- P5 Kronik Anal Fissürlü Hastalarda Açık Lateral İnternal Sfinkterotomi Etkinliğinin Anal Manometrik Tetkikle Değerlendirilmesi ve Postoperatif Kontinansa Etkisi**  
Can İbrahim Bulut, Ediz Altınlı, Ersan Eroğlu, Aziz Serkan Senger, Osman Yücel
- P6 Longo Prosedürü Hangi Amaçla Yapılmalıdır?**  
Ali Kocataş, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Gülşay Şahin, Mahmut Doğan, Cevher Akarsu, Muhammet Arif Karakaya, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış
- P7 Rektal Prolapsusta Laparoskopik Rektopeksi İle Açık Rektopeksinin Karşılaştırılması**  
Ahmet Okuş, Barış Sevinç, Serden Ay, Ömer Karahan, Nergis Aksoy, İzzet Uyanık
- P8 Hemoroid Hastalarında Anal Basıncı Düzeyi: Kontrollü Prospektif Klinik Çalışma**  
Kemal Peker, İsmayil Yılmaz, İsmail Demiryılmaz, Abdullah İnal, Arda Işık
- P9 Rektal Prolapsusta Cerrahi Tedavi Yaklaşımlarımız**  
Akın Aydoğan, Mustafa Uğur, Seçkin Akkücüçük, İbrahim Yetim, Aydın Kaplan, Muhyittin Temiz
- P10 Anal İnkontinenste Etiyolojilerine Göre Sfinkter Tamiri Sonuçları**  
Türker Mehmet Bulut, Yunus Uzman, Emre Balık, Sümer Yamaner, Dursun Buğra, Yılmaz Büyükcü, Metin Keskin
- P11 Transsfinkterik Anal Fistüllerde Cerrahi Sonrası Anal Sfinkter İşlevleri, Nüks Oranlarının ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**  
Mehmet Uçar, Aras Emre Canda, Cem Terzi, Selman Sökmen, Mehmet Füzün
- P12 Travmatik Sfinkter Yetmezliğinde Rektum Kapanma Mekanizmasındaki Fonksiyonel Değişiklikler**  
Eldar Allahverdi Aliyev, Pervane Rövsen Aydınova, Seadet Hasan Sultanova
- P13 Fekal İnkontinens Tedavisinde Anal İmplant (Gatekeeper™) Uygulanmasının Erken Dönem Sonuçları**  
Sezai Leventoğlu, Bahadır Ege, B. Bülent Menteş, Sezai Demirbaş
- P14 Radyoterapi Sonrası Gelişen Multipl İntestinal Atrezi, Mega İleumun; Rezeksiyon Çoklu Anastomozların; Stomasız Transanastomic Slikon Stentle Tedavisi (Boz Tekniği)**  
Alper Boz
- P15 J- Poş İleorektal Anastomoz Yöntemi Uygulananlarda Koruyucu İleostomi Gereklidir?**  
Mustafa Tireli, Semra Tutcu Şahin, Serdar Arslan, Levent Dinçer
- P16 Ülseratif Kolit Hastalığında Cerrahi Deneyimimiz**  
Turan Acar, Mehmet Hacıyanlı, Kürşat Yemez, Cengiz Tavusbay, Emine Özlem Gür, Özcan Dere, İbrahim Kokulu
- P17 İnce Barsak Tutulumlu Crohn Hastalığında Cerrahi Tedavi**  
Hakan Mustafa Köksal, Uygur Demir, Mustafa Fevzi Celayir, Özgür Bostancı, Cemal Kaya, Mehmet Mihmanlı
- P18 Crohn Hastalığı Zemininde Gelişen Rektum Kanseri**  
Hakan Mustafa Köksal, Cemal Kaya, Mustafa Fevzi Celayir, Özgür Bostancı, Uygur Demir, Mehmet Mihmanlı
- P19 Crohn Hastalığında Cerrahi Deneyimlerimiz**  
Özcan Dere, Turan Acar, Mehmet Hacıyanlı, Kürşat Yemez, Yusuf Kumkumoğlu, Emine Özlem Gür, İbrahim Kokulu
- P20 Kolon Makroskopisi Normal Görünümlü Kronik İshal Nedeni:Kollojenöz Kolit**  
Alper Boz, Nazif Erkan
- P21 Dev Rektum Polibine Bağlı Gelişen Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Olgusu**  
Biröl Ağca, Fazıl Sağlam, Sedat Kamalı, Hüseyin Nevzat Elmalı, Ali Durmuş, Kazım Sarı
- P22 Fundik Gland Polipleri: Vaka Sunumu**  
Mehmet Yıldız, Mehmet Saydam, Hüseyin Sinan, Bülent Öztürk, Yavuz Poyrazoğlu
- P23 Yeni Kurulan Cerrahi Endoskopi Ünitesindeki Başlangıç Deneyimlerimiz: Ardışık 142 Hastanın İncelenmesi**  
Hüseyin Sinan, Mehmet Saydam, Mehmet Yıldız, Muharrem Öztaş, Bülent Öztürk, Yavuz Poyrazoğlu
- P24 Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 5 Yıllık Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Deneyimleri: Ardışık 1951 Hastanın İncelenmesi**  
Mehmet Eser, Aylin Acar, Nuri Emrah Göret, Yunus Emre Altuntaş, Hüseyin Uzun, Önder Altın, Metin Kement, Mustafa Öncel
- P25 Kolonoskopi Raporlarında Kansere ve Benign Patolojilerin Birlikteliği, Retrospektif Analiz**  
Koray Koşmaz, Fatih Başak, Suat Aktaş, İbrahim Atak, Tolga Canbak, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

- P26 Rektumdan Protrude Kanamalı Dev Polip ile Acil Servise Gelen Bir Hastaya Ne Yapılmalı: Örnek Bir Vaka**  
Ahmet Deniz Uçar, Erdem Barış Cartı, Mehmet Yıldırım, Erkan Oymacı, Ali Coşkun, Savaş Yakan, Nazif Erkan, Levent Genç
- P27 Bir Genel Cerrahi Kliniğindeki Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopik İncelemelerinin Değerlendirilmesi**  
Yüksel Altınel, Nazan Aksoy
- P28 Akut Abdomenin Nadir bir Etiyolojisi Olarak Çekal Polip**  
Zafer Kılbaş, Yaşar Subutay Peker, Ali Harlak, Nail Ersöz, Gökhan Yağcı
- P29 Gastrointestinal Endoskopi Uygulamalarında Sedasyon Uygulama Farklılıkları: Anestezistler ve Anestezist Olmayanlar**  
Fulya Yılmaz Duran, Murat Yaşar Özkalkanlı, Fevzi Cengiz
- P30 Kolonoskopiye Bağlı Dalak Rüptürü: Olgu Sunumu**  
Barış Sevinç, Ahmet Okuş, Serden Ay, Mehmet Ali Eryılmaz, Ömer Karahan
- P31 Tek Porttan Transanal Minimal İnvaziv Cerrahi; Bir Yıllık Takip Sonucu**  
Sezai Demirbaş, Mustafa Tahir Özer, Doğukan Coşkun, Muharrem Öztaş, Eyüp Duran, Saadetin Çetiner
- P32 Laparoskopik Total Kolektomi Uygulanan Juvenil Polipozisli Olgu**  
İsmail Yaman, Hayrullah Derici
- P33 Rektal Kanama ve Kolonoskopi**  
Ahmet Serdar Karaca, Muzaffer Çapar, Rıdvan Ali
- P34 Geriatrik Hasta Grubunda Kolonoskopik Polipektomi Sonuçları**  
Salih Tosun, Süleyman Orman, Şeyma Özkanlı, Ferman Tevfik Özyalvaç, Ender Anılır, Murat Kayağ, Cengiz Madenci, İbrahim Ali Özemir, Barış Bayraktar, Gülbey Turan, Oktay Yener, Haydar Yalman
- P35 Familial Adenomatöz Polipozis (FAP); Bir Aile, Beş Kardeş, Total Proktokolektomi + J Poş + Poş-Anal Anastomoz; Tarama, Cerrahi Tedavi ve İzlem**  
Ahmet Oğuz Hasdemir, Cem Azılı, Bahadır Rüşhan Celep, Süleyman Çetinkünar, Serhat Tokgöz, Burak İrem, Tevfik Hadi Küçükpınar
- P36 Tümörü Taklit Eden Dev Saplı Kolon Lipomu**  
Hasan Abuoğlu, Cengiz Eriş, Mehmet Odabaşı, Mehmet Kamil Yıldız, Emre Günay, Erkan Özkan, Turgay Demir
- P37 Villöz Adenomun Neden Olduğu McKittrick-Wheelock Sendromu**  
Hamdi Taner Turgut, Mehmet Özyıldız, Murat Coşkun, Çağrı Tiryaki, Ali Çiftci, Musa İlgöz, Selim Yiğit Yıldız
- P38 Cerrahi Endoskopi Ünitimize Ait Alt Gastrointestinal Endoskopi Sonuçlarının Retrospektif Analizi**  
Murat Coşkun, Mehmet Özyıldız, Hamdi Taner Turgut, Faruk Gülümser, Mustafa Celalettin Haksal, Ali Çiftci, Çağrı Tiryaki, Selim Yiğit Yıldız
- P39 Kolonoskopik Perforasyonlarımızda Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarımız**  
Fevzi Celayir, İsmail Akgün, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, Hakan Mustafa Köksal, Ebru Şen Oran, Esin Kabul Gürbulak, Mehmet Mihmanlı, Adil Baykan
- P40 Kolonoskopik Polipektomi Serimizin Sonuçları**  
Bahadır Ege, Sezai Leventoğlu, Hakan Bozkaya, B. Bülent Menteş
- P41 Kolorektal Darlıklarda Kolonoskopik Uygulamalar**  
Bahadır Ege, Sezai Leventoğlu, Merten Gülen, Hakan Bozkaya, B. Bülent Menteş
- P42 Kolonda Nadir Görülen Bir Lezyon: Hibrid Schwannoma/Perinöroma**  
Görkem Özgen, Tunç Yaltı, Önder Peker
- P44 Transanal Yaklaşım ile Rektumdan Yüksek Dereceli Displazi Alanları İçeren Dev Tübülövilöz Adenom Eksizyonu - Olgu Sunumu ve Kısa Literatür Tartışması**  
Murat Çaycı, Uğur Duman, Deniz Necdet Tihan, Evren Dilektaşlı, Emrah Bayam, Hasan Çantay, Özgür Dandin
- P45 Kolonoskopi Uygulanan Hastalarda Gelişen Kolon Perforasyonlarının ve İlk 24 Saat İçerisinde Ortaya Çıkan Akut Batın Kliniğinin Literatür Eşliğinde Değerlendirilmesi**  
Deniz Necdet Tihan, Uğur Duman, Fatih Mehmet Erol, Evren Dilektaşlı, Murat Çaycı, Emrah Bayam, Erdinç Mercan, Emir Eroler, Muhammed Doğangün
- P46 Kolonoskopiye Bağlı Gelişen İatrojenik Kolon Perforasyonları ve Yaklaşımlarımız**  
Şükrü Çolak, Hasan Bektaş, Yiğit Düzköylü, Kenan Büyükaşık, Savaş Bayrak, Ekrem Çakar, Mehmet Emin Güneş
- P47 Endoskopik Olarak Çıkarılamayan Poliplerde İlk ve Tek Çözüm Cerrahi Rezeksiyon mudur?**  
Metin Keskin, Mesut Çaynak, Adem Bayraktar, Fatih Yanar, Emre Balık, Türker Bulut, Dursun Buğra, Yılmaz Büyükcüncü, Ali Akyüz, Sümer Yamaner
- P48 Transanal Lokal Eksizyon Yapılan Olgularımız**  
Aydın Yavuz, Arzu Alkan, Hüseyin Göbüt, Osman Yüksel, Nusret Akyürek
- P49 Akut Apandisit Taklit Eden Çıkan Kolon Tümörünün Perforasyonu: Olgu Sunumu**  
Erol Arslan, Mehmet İnce, Ali Kılınç, Mustafa Çakar, Sebahattin Sarı, Kenan Sağlam
- P50 Laparoskopik Apendektomide El Yapımı Kement Kullanımı**  
Burhan Mayır, Tuna Bilecik, Cemal Özben Ensari, Alper Bildi, Alkan Sakar, Mehmet Tahir Oruç, Ramazan Eryılmaz

- P51 Nadir Görülen Bir Perforasyon Nedeni: Tavuk Kemliği**  
Ali Emre Naycı, Yiğit Düzköylü, Mehmet Emin Güneş, Hasan Bektaş
- P52 Gastrointestinal Sistem Perforasyonunu Taklit Eden Retroperitoneal Abse (RPA) Olgusu**  
Savaş Bayrak, Ekrem Çakar, Hasan Bektaş, Şükrü Çolak, Ayhan Güneyi, Erdem Kınacı
- P53 Diyafragmatik Herniyi Taklit Eden Dev Sigmoid Volvulus: Olgu Sunumu**  
Tunç Eren, Süleyman Orman, Mustafa Demir, Ali Özemir, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
- P54 İzole Çekum Nekrozu: 3 Olgu Sunumu**  
Halil Erdem Güneri, Yiğit Düzköylü, Ekrem Çakar, Hasan Bektaş, Mehmet Emin Güneş
- P55 İnce Bağırsağın Karsinoid Tümörü; Olgu Sunumu**  
Zahide Kurt Yalçınkaya, Akın Kaya, Sertan Acar
- P56 İnkarsere Rektal Prolapsus**  
Fazıl Sağlam, Ali Alemdar, Ali Durmuş, Tuna Geldigitti, Nevzat Elmalı, Hakan Güven, Yavuz Eryavuz
- P57 Sterkoral Perforasyon: Olgu Sunumu**  
Ali Alemdar, Fazıl Sağlam, Ali Durmuş, Nevzat Elmalı, Mehtap Ertürk, Hakan Güven, Yavuz Eryavuz
- P58 Alt GİS Kanamasında Paradoks: Heparin Tedavisi**  
Alper Boz, Nazif Erkan
- P59 Rektumda Yabancı Cisim**  
Kemal Peker, İsmayil Yılmaz, İsmayil Demiryılmaz, Huriye Güllü
- P60 Hiperbilirubinemi: Akut Apendisit Tanısında Yeni Bir Bakış Açısı**  
İbrahim Yılmaz, Dursun Özgür Karakaş, Seçkin Yılmaz
- P61 Appendiksin Karsinoid Tümörü: Olgu Sunumu**  
İbrahim Yılmaz, Dursun Özgür Karakaş, Seçkin Yılmaz
- P62 Akut Apendisit ile Karşımıza Çıkan Karsinoid Tümör**  
Ekrem Çakar, Savaş Bayrak, Hasan Bektaş, Şükrü Çolak, Ayhan Güneyi, Emel Çakar
- P63 Open Abdomen Yönetiminde Erken Dönem Cerrahi Alternatiflerin Karşılaştırılması: Randomize Prospektif Bir Çalışma**  
Ahmet Rencuzoglu, Cem Kaan Parsak, İsmail Cem Eray, Orcun Yalav, Kubilay Dalcı
- P64 Rektal Yabancı Cismin Endobag ile Çıkarılması**  
Turgut Mustafa Hevenk, Mehmet Ali Yağcı, Yalçın Hüseyin Büyükkarabacak, Hayrettin Aydın, Sezgin Aksoy
- P65 Unutulmuş Süngere Bağlı Anorektal Fistül: Vakum Yardımlı Kapama Yönteminin Nadir Komplikasyonu**  
Ahmet Rencuzoglu, Kubilay Dalcı, Cem Kaan Parsak
- P66 Nadir Görülen Akut Karın Sebebi: Çekum Divertikülit; Olgu Serisi**  
Süleyman Kalcan, Fatih Başak, Tolga Canbak, İlyas Kudaş, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu
- P67 Ostomili ve Ostomisiz Hastaların Geriye Dönük Karşılaştırılması**  
Merve Tokoçin, Sinan Arıcı, Hüseyin Bilge, Canan Tekin, Kamil Özdoğan
- P68 Sigmoid Volvulus: Olgu Sunumu**  
Nuraydın Özlem, Kadir Yıldırım, Ercüment Ersözülü, Umut Yılmazyıldırım, Sadık Keşmer, Murat Sencer Özsoy
- P69 Madde Bağımlılarında Akut Apendisit Tablosunun Evaluasyonu, Negatif Appendektomi Oranı Nasıl Azaltılabilir?: 24 Hastanın Analizi**  
Ulvi Mehmet Meral, Oğuz Hançerlioğulları
- P70 Akut Karın Ağrısı Etiyolojisinde Nadir Bir Sebep: Primer Apendajitis Epiptoika İki Olgu Sunumu**  
Ulvi Mehmet Meral, Oğuz Hançerlioğulları
- P71 Acil Cerrahi Gerektiren Alt Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Retrospektif İncelenmesi**  
Tayfun Yoldaş, Varlık Erol, Tufan Gümüş, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut
- P72 Kolorektal Malignite Ameliyatlarında Hemostatik Enerji Cihazlarına Bağlı İyatrojenik Üreter Yaralanması: 4 Olgunun Analizi**  
Cengiz Tavusbay, Erdem Sarı, Emine Özlem Gür, Haldun Kar, İbrahim Kokulu, Mehmet Hacıyanlı
- P73 Tekrarlayan Spontan Kolon Perforasyonu**  
Gökhan Selçuk Özbalcı, Hamza Çınar, Aysu Başak Özbalcı, Tuğrul Kesicioğlu, Kağan Karabulut
- P74 Rektumda Az Görülen Bir Yabancı Cisim Olgusu**  
Yusuf Kumkumoğlu, Emir Çapkınoğlu, Erdem Sarı, Mehmet Hacıyanlı, İbrahim Kokulu, Emine Özlem Gür
- P75 İntestinal Obstruksiyona Yol Açan Jejunal Divertikülozis Olgusu**  
Tuğrul Kesicioğlu, Gökhan Selçuk Özbalcı, Hamza Çınar, Murat Derebey, İsmail Alper Tarım, Volkan Tümentemur
- P76 Abdominal Kompartman Sendromu Riski Olan Hastalarda Bogota Bag Uygulamalarımız**  
Erdem Sarı, Erdiç Kamer, Serkan Karaisli, Taner Akgüner, Mustafa Peşkersoy
- P77 Kolorektal Kansere Sekonder Gelişen Kolokolik İnvajinasyon**  
Ebubekir Gündes, Ahmet Tekin, Murat Çakır, Tevfik Küçükartallar
- P78 Nadir Acil Cerrahi Nedeni; DE GARENGET'S Herni**  
Hamdi Taner Turgut, Murat Coşkun, Mehmet Özyıldız, Çağrı Tiryaki, Ali Çiftci, Selim Yiğit Yıldız



- P79 Apandisit Bulgularını Taklit Eden İzole Çekum Nekrozu: İki Vaka Sunumu**  
Selim Temel, Serap Ereli, Aziz Mutlu Barlas, Mustafa Kemal Urhan, Mehmet Esat Duymuş, Abdullah Durhan, Reha Özgüven
- P80 Nadir Bir Gastrointestinal Kanama Nedeni: Aortoenterik Fistül**  
Abdullah Durhan, Aziz Mutlu Barlas, Mustafa Kemal Urhan, Selim Temel, Hasan Atilla Keskin, Mehmet Esat Duymuş, Fatih Aslan, Murat Bağ
- P81 Sol Amyand Herni: Nadir Bir Olgu**  
Burak Veli Ülger, Abdullah Oğuz, Eyüp Öner, Enver Ay, Sadullah Girgin
- P82 Konjenital Geniş Mezenter Defektine Bağlı İleum Volvulusu: Nadir Bir İntestinal Obstrüksiyon Nedeni**  
Canan Genç Tekin, Rıza Kutaniş, Fatih Çelebi, Barış Sana, Hüseyin Bilge, Merve Tokoçin
- P83 Nadir Rastlanan Bir İnvajinasyon Vakası: Terminal İleum ve Meckel Divertikülünün Çıkan Kolona İnvajinasyonu**  
Ramazan Yıldız, Murat Urkan, Yaşar Subutay Peker, Taner Yiğit, Abdurrahman Şimşek, Yusuf Peker
- P84 Fdg Pet Görüntülemeye Metastazı Taklit Eden Sütüre Karşı Gelişmiş Granulom Olgusu**  
Mustafa Özsoy, Bahadır Celep, Ahmet Bal, Taner Özkececi, Mustafa Kalkan, İlyas Özardalı, Kasım Demir, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
- P85 Fournier Gangreni: 38 Olgunun Cerrahi Tedavisinde Sonuçlarımız**  
Bahadır Celep, Mustafa Özsoy, Taner Özkececi, Ahmet Bal, Osman Öztürk, Ogün Erşen, Kasım Demir, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
- P86 Sağ Kolon Tümörünü Taklit Eden Bir Psödötümör Olgusu**  
Murat Karakahya, Sevil Işık, Nazan Aksoy, Köksal Bilgen
- P88 Akut Apandisit Tablosunu Taklit Eden Çekum Divertikül Perforasyonu**  
Turan Acar, Ahmet Er, Kursat Yemez, Atilla Orsel, Ozcan Dere, İbrahim Kokulu
- P89 Anal Stenozda İlerletme Flepleri Kullanarak Tedavi; Üç Vakanın Sunumu**  
Yaşar Subutay Peker, Mustafa Tahir Özer, Ali Harlak, Hüseyin Sinan, Sezai Demirbaş, Orhan Kozak, Yusuf Peker
- P90 Ateşli Silahlarla Meydana Gelen Kolon ve Rektum Yaralanmalarına Yaklaşımımız**  
Mustafa Uğur, Seçkin Akkücüçük, Akın Aydoğan, İbrahim Yetim, Aydın Kaplan, Uğraş Daban, Muhyittin Temiz
- P91 Alışılmadık Bir Akut Karın Nedeni: Çekal Volvulus**  
Ebubekir Gündes, Murat Çakır, Tevfik Küçükkartallar, Ahmet Tekin
- P92 İleus Nedeniyle Opere Edilen Tümörlerde Operasyon Sırasında ki Kontaminasyonun Post-Operatif Morbidite ve Mortaliteye Etkisi**  
Mehmet Abdussamet Bozkurt, Ali Kocataş, Süleyman Büyükaşık, Mehmet Karabulut, Kaplan Baha Temizgönül, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış
- P93 Akut Apandisit Nedeni İle Opere Edilen Hastada İnsidental Saptanan Gossipiboma**  
Ferudun Kaya, Yusuf Akif Akgün, Ertuğrul Ertaş, Buğra Kaptanoğlu, Aydın Demir, Abdullah Bulğurcu, Hilal Özer, Alper Doğu, Veysel Garani Soylu
- P94 Akut Apandisit Nedeni İle Opere Edilen Hastada İnsidental Saptanan Konjenital Transmezenterik Herni**  
Ferudun Kaya, Yusuf Akif Akgün, Abdullah Bulğurcu, Ertuğrul Ertaş, Buğra Kaptanoğlu, Aydın Demir, Hilal Özer, Alper Doğu, Veysel Garani Soylu
- P95 Acil Laparotomide Saptanan Dev Appendix Mukoseli**  
Hasan Abuoğlu, Mehmet Kamil Yıldız, Makbule Çıkrıkçıoğlu, Cengiz Eriş, Turgay Demir, Mehmet Odabaşı, Emre Günay
- P96 Kemoterapiye Bağlı İntestinal Perforasyonlar**  
Ayhan Erdemir, Fatih Ağalar, Ömer Aydın, Metin Çakmakçı, Saime Ramadan, Hüseyin Baloğlu
- P97 Akut Batın Tablosuna Neden Olan Çekumda Burkitt Lenfoma: Olgu Sunumu**  
Akın Kaya, Zahide Kurt Yalçınkaya, Sertan Acar
- P98 Nadir Bir Akut Kolon Obstrüksiyonu Nedeni: Kolon Karsinomunu Andıran Soliter Kolon Ganglionöroması Olgusu**  
Muhammet Akyüz, Erdoğan Mütevellî Sözüer, Abdül Rıdvan Kulu, Hızır Yakup Akyıldız, Abdullah Bahadır Öz
- P99 Anastomoz Kaçağının Endoskopik Olarak Fibrin Glue ile Onarılması: Olgu Sunumu**  
Kemal Peker, İsmail Demiryılmaz, İsmayil Yılmaz
- P100 Çekum Mezosuna Lokalize Yerleşimli Malign Stromal Tümör**  
Hasan Abuoğlu, Erkan Özkan, Mehmet Kamil Yıldız, Cengiz Eriş, Mehmet Odabaşı, Emre Günay
- P101 Kolon Volvuluslar: Ne Yapmalıyız?**  
Ali Coskun, Savaş Yakan, Nazif Erkan, Deniz Uçar, Erdem Barış Cartı, Mehmet Yıldırım, Erkan Oymacı, Atakan Saçlı
- P102 Nadir Rastlanılan Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Sebebi; İleocekal İntussepsiyon, Olgu Sunumu**  
Ramazan Taşkın, Ahmet Öksüz, Abdülkadir Aydın, Fatih Başak, Süleyman Kalcan, Ali Kılıç, Rahmi Kaya, Gürhan Baş
- P103 Akut Apandisit Tanısında Nötrofil/Lenfosit Oranının Yeri**  
Şahin Kahramanca, Gülay Özgehan, Duray Şeker, İsmail Emre Gökce, Gaye Şeker, Gündüz Tunç, Tevfik Küçükpınar, Hülagü Kargıcı

- P104 Akut Apendisit Tanısında MPV'nin Katkısı Olabilir mi?**  
Ali Uzunköy, Yusuf Yücel, Ahmet Şeker, Reşit Çiftçi, Alpaslan Terzi, Abdullah Özgönül
- P105 Mekanik İntestinal Obstruksiyona Neden Olan Farmakobezoar**  
Ayhan Erdemir, Fatih Ağalar, Metin Çakmakçı, Saime Ramadan, Hüseyin Baloğlu
- P106 Chilaiditi Sendrom: İki Hastanın Klinik Sonuçları**  
Alper Sözütek, Aydın Hakan Küpeli, Murat Kalın, Burhan Şaban, Süleyman Köktaş, Sezgin Topuz, Serdar Yormaz
- P107 Perfore Akut Apendisitte Nadir Radyolojik Görüntü: Pnömooperitonium**  
Mustafa İlker Akdeniz, Cengiz Titiz
- P108 Kolonoskopi Esnasında Saptanan Sigmoid Kolon Divertikülü Perforasyonu**  
Hüsnu Aydın, Fazilet Erözgen, Muhammet Rıza Küpelioglu, Mehmet Gülen, Muzaffer Akıncı, Halit Özgül, Cihad Tatar
- P109 Bezoara Bağlı Bağırsak Tıkanmaları**  
Turan Acar, Özcan Dere, İbrahim Kokulu, Kursat Yemez, Emine Özlem Gür, Yusuf Kumkumoğlu, Mehmet Hacıyanlı
- P110 Kronik İntestinal İskemi (Angina Abdominalis)/Karın Ağrılarının Ender Bir Nedeni**  
Turan Acar, Kürşat Yemez, Volkan Çakır, Salih Can Çelik, Özcan Dere, Emine Özlem Gür, Mehmet Hacıyanlı
- P111 Tuboovarian Bride Bağlı İleum Torsiyonu**  
Yüksel Altınel, Canan Yıldırım, Kadri Gulesci
- P112 Laparoskopik Apendektomi; Perfore Apendisitlerde de Etkin ve Güvenli Bir Yöntemdir**  
Murat Kalaycı, Mehmet Çağlıküleki, Tuba Gülçelik, Özcan Gökçe
- P113 Parsiyel Çekum Nekrozunda Parsiyel Çekum Rezeksiyonunun Yeri (Olgu Sunumu)**  
Emine Özlem Gür, Turan Acar, Cengiz Tavusbay, İbrahim Kokulu, Yusuf Kumkumoğlu, Emir Çapkınoğlu, Mehmet Hacıyanlı
- P114 Lipoma Bağlı İntestinal İnvajinasyon**  
Turan Acar, Ercüment Tarcan, Murat Kemal Atahan, Mehmet Hacıyanlı, Özcan Dere, Yunus Emre Danış, Evren Durak
- P115 Pankreatite Bağlı Kolon Obstruksiyonu**  
Fazıl Sağlam, Ali Alemdar, Sedat Kamalı, Birol Ağca, Giray Yavuz, Ali Durmuş, Ümit Gül Bayrakçı, Yüksel Beyaz, Hakan Güven, Kazım Sarı
- P116 Nadir Bir Akut Batın Olgusu; Rektum Intramural Hematomuna Seconder Perforasyon**  
Orhan Yağmurkaya, Eyüp Kahya, Hüseyin Aksoy, Sedat Alpaslan Tuncel, Doğan Albayrak, Serhat Oğuz, Abdil Cem İbiş, Ahmet Rahmi Hatipoğlu
- P117 Sağ Amyand Herni ve Paraziter Apendisit Birlikteliği: Nadir bir Olgu**  
Abdullah Şenlikci, Enver İlhan, Emrah Dadalı, Uğur Gökçelli, Mehmet Akif Üstüner
- P118 Karın Duvarında Nekrotizan Fasiite Neden Olmuş Amyand Herni: Olgu Sunumu**  
Mustafa Buğra Kardeşler, Varlık Erol, Tayfun Yoldaş, Cemil Çalışkan
- P119 Fournier Gangreni ile Başvuran Hastalarda Prognozu Etkileyen Faktörler**  
Tayfun Yoldaş, Varlık Erol, Gözde Ertunç, Ömer Ünalp, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut
- P120 Komplike Meckel Divertikülü ve Tedavi Yönetimi**  
Varlık Erol, Tayfun Yoldaş, Samet Cin, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut
- P121 Acil Olarak Ameliyat Edilen Kolorektal Kanselerde Hartmann Prosedürü**  
Mehmet Akif Üstüner, Enver İlhan, Orhan Üreyen, Abdullah Şenlikci, Emrah Dadalı
- P122 Önlebilir İleus Nedeni: Tümoral Tıkanıklığa Bağlı İleuslar**  
Enver İlhan, Mehmet Akif Üstüner, Orhan Üreyen, Abdullah Şenlikci, Emrah Dadalı, Uğur Gökçelli
- P123 Kovansiyonel Laparoskopik Apendektomi Deneyimimiz: 103 Olgu**  
Erdoğan Sözüer, Abdullah Bahadır Öz, Muhammet Akyüz, Hızır Akyıldız, Alper Akcan, Rıdvan Kulu
- P124 Kolorektal Cerrahi Sonrası Anastomoz Kaçağının Yol Açtığı Üç Farklı Senaryo**  
Tuğba Matlım Özel, Kürşat Serin, Enver Kunduz, Oktar Asoğlu
- P125 Kolon perforasyonları: Sebep, Tedavi ve Sonuçları**  
Soykan Arıkan, Yiğit Düzköylü, Baki Doğan, Serkan Sarı, Feyzullah Ersöz, Bekir Ferit Yalçın, Aziz Arı
- P126 Acil Kolorektal Tümör Nedeni ile Ameliyat Edilen Olgularımızın Retrospektif Analizi**  
Mehmet Özyıldız, Hamdi Taner Turgut, Murat Coşkun, Burç Yazıcıoğlu, Faruk Gülümser, Musa İlgöz, Selim Yiğit Yıldız
- P127 Nadir Bir Amyand Herni: Plastrone Apendisit**  
Ali Çiftçi, Mustafa Celalettin Haksal, Murat Coşkun, Mehmet Özyıldız, Hamdi Taner Turgut, Zehra Boyacıoğlu, Selim Yiğit Yıldız
- P128 Sağ Kolonun Divertiküler Hastalığı**  
Erdem Barış Cartı, Ahmet Deniz Uçar, Erkan Oymacı, Ali Coşkun, Savaş Yakan, Nazif Erkan, Mehmet Yıldırım
- P129 Tek Port Laparoskopik Apendektomi Deneyimimiz: 15 OLGU**  
Erdoğan Sözüer, Abdullah Bahadır Öz, Muhammet Akyüz, Alper Akcan, Hızır Akyıldız, Rıdvan Kulu
- P130 Antikolagülen Tedavi Sırasında Oluşan İntamural Hematoma Bağlı Kolonik Tıkanma: Bir Olgu Sunumu**  
Fevzi Celayir, Ebru Şen Oran, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, İbrahim Erbaş, Evren Peker, Nurcihan Aygün, Mehmet Mihmanlı

- P131 Gebede İleoçekal İnvajinasyon: Olgu Sunumu**  
Tuba Atak, Günay Uluç, Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemir, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
- P132 Laparoskopik Low Anterior Rezeksiyon Sonrası Anastomoz Kaçağının Transanal Drenaj ve Kaplı Metalik Kolon Stenti ile Tedavisi: Olgu Sunumu**  
Ali Emre Atıcı, Nuri Okkabaz, Kemal Ayvaz, Levent Kaptanoğlu, Metin Kement, Necdet Bildik
- P133 Erişkinlerde Nadir Görülen İleus Nedeni: Konjenital Aganglionik Megakolon (HIRSCHSPRUNG Hastalığı)**  
Ali Emre Atıcı, Nuri Okkabaz, Fatih Yeğen, Mehmet Eser, Levent Kaptanoğlu, Metin Kement, Selahattin Vural
- P134 Akut Apandisit Tedavisinde Görüntüleme Yöntemleri Gerçekten Yardımcı Oluyor mu?**  
Alp Yıldız, Mahir Nasirov, Engin Küçükçiler, Yiğit Keleşoğlu, Mehmet Eren Yüksel, Sezai Leventoğlu, Mehmet Oğuz
- P135 Madde Bağımlılığına Bağlı Mezenterik Vasküler Oklüzyon: Olgu Sunumu**  
Özgün Akgül, Murat Kemal Atahan, İlker Kızıloğlu, Nihan Coşgun, Bilek Taşkın, Ercüment Tarcan
- P136 Elektif Kolorektal Cerrahi Hastalarında Antibiyotikli Serum ile Yapılan Periton İrrigasyonunun Cerrahi Alan Enfeksiyonu Üzerine Etkisi**  
Elif Özçimen, Mustafa Ümit Uğurlu, Süleyman Çağlar Ertekin, Wafi Attaallah, Tolga Özmen, Şevket Cumhuriyet Yeğen
- P137 Akut Apandisitte Nötrofil/Lenfosit Oranı ve MPV'nin Tanısal Değeri**  
Çağrı Tiryaki, Zehra Boyacıoğlu, Mustafa Celalettin Haksal, Hamdi Taner Turgut, Selim Yiğit Yıldız, Emel Canbay
- P138 Tek İnsiyon Çok Portlu Laparoskopik Appendektomi**  
Emel Canbay, Selim Yiğit Yıldız, Hamdi Taner Turgut, Ali Çiftçi, Mehmet Özyıldız, Zehra Boyacıoğlu, Murat Burç Yazıcıoğlu, Murat Coşkun, Faruk Gülümser
- P139 Komplike Olmayan Akut Divertikülitte Medikal Tedavi Yeterli mi?**  
Mehmet İlhan, Onur Bayram, Şeyma Karakuş, Ali Fuat Kaan Gök, Hakan Yanar, Recep Güloğlu, Cemalettin Ertekin
- P140 Akut Appendisitlerde Ameliyat Sonrası Histopatolojik İncelemenin Önemi**  
Murat Çaycı, Deniz Necdet Tihan, Evren Dilektaşlı, Uğur Duman, Fatih Mehmet Erol, Emir Eroler, Kadir Güler, Ahmed Taha, Muhammed Doğançın
- P141 İntraoperatif İnsidental Saptanan Lenfoma Nedeniyle Hemikolektomi Uygulanan İnguinal Herni Vakası**  
Deniz Necdet Tihan, Uğur Duman, Murat Çaycı, Fatih Mehmet Erol, Emrah Bayam, Erdinç Mercan, Nur Alparslan Yümün, Yiğit Özgün
- P142 Acil Koşullarda Ostomi Açılan Travma Dışı Peritonit Olgularının Analizi**  
Kenan Büyükaşık, Hasan Bektaş, Mehmet Mehdi Deniz, Aziz Arı, Şükrü Çolak, Ekrem Çakar, Savaş Bayrak, Mehmet Emin Güneş
- P143 Çekal Divertikülit: Az Rastlanan bir Cerrahi Sorun!!**  
Şener Balas, Fatih Ağalar, Oral Saygun, Çağatay Daphan, Şebnem Ayva
- P144 Hemodiyalize Bağımlı Hastada İzole Çekum Nekrozu**  
Mustafa İlker Akdeniz, Cengiz Tirtiz, Sibel Ataman
- P145 Fekal İmpaksiyona Bağlı Spontan Kolon Perforasyonu**  
Nuraydın Özlem, Kadir Yıldırım, Alper Ceylan, Sadık Keşmer, Umur Yılmazyıldırım, Murat Sencer Özsoy
- P146 Nadir Bir Apendiks Patolojisi: Ekstraperitoneal Psödomiksoma**  
Mehmet Rafet Yiğitbaşı, Mustafa Demir, Haydar Yalman, Mehmet Sait Özsoy, Tülay Zenginkinet
- P147 Akut Apandisit Tedavisinde Konvansiyonel ve Tek İnsizyon Laparoskopik Apendektomi**  
Tugan Tezcaner, İlker Murat Arer, Feza Yarbuğ Karakayalı, Aydınca Akdur, Gökhan Moray
- P148 Apendiks Müsinöz Kist Adenomü: 5 Olgunun Sunumu**  
Tugan Tezcaner, Yahya Ekici, Murat Kuş, Feza Yarbuğ Karakayalı, Gökhan Moray
- P149 Yaygın Olmayan İnce Bağırsak Obstrüksiyon Nedeni – Obturator Herni**  
Yavuz Özdemir, Mustafa Suphi Turgut, Ahmet Ziya Balta, Ergün Yücel, İlker Sücüllü
- P150 Komplike Apandisit Tanısında Nötrofil/Lenfosit Oranının Kullanımı**  
Murat Eroğlu, Yavuz Özdemir, Ahmet Ziya Balta, Mehmet Çuhadar, Ali Osman Yıldırım, İlker Sücüllü, M. Levhi Akın
- P151 Sigmoid Volvulus'lu Hastalarımıza Uygulanan Tedavi Yöntemleri ve Sonuçları**  
Turgut Anuk, Neşet Köksal, Hasan Altun, Çağlar Bülent Bilgin, Barlas Sülü, Yusuf Günerhan
- P152 Obstetrik Anal Sfinkter Yaralanması**  
Arda Işık, Abdullah İnal, Kemal Peker, İsmayil Yılmaz, Yurdakul Deniz Fırat
- P153 Mekanik Barsak Tıkanıklığı Nedeniyle Ameliyat Edilen 124 Olgunun Retrospektif Analizi**  
Enver İlhan, Mehmet Akif Üstüner, Abdullah Şenlikci, Erdinç Sivrel, Savaş Yakan, Fevzi Cengiz
- P154 Aşağı Anterior Rezeksiyon Sonrası Anal Darlık Oluşan Olgularda Anal Dilatasyon: Sonuçlar ve Başarıyı Etkileyen Faktörler**  
Yunus Emre Altuntaş, Nuri Okkabaz, Cem Gezen, Mustafa Öncel
- P155 Kolorektal Kanselerde Prognostik Faktörler**  
Ahmet Türkoğlu, Ziya Çetinkaya, Mustafa Girgin, Refik Ayten, Burhan Hakan Kanat, Kenan Binnetoğlu
- P156 Subklavyen Kalıcı Santral Venöz Port Kateter: 613 Vaka, Genel Cerrahi Deneyimi**  
Osman Serhat Güner, Latif Volkan Tümay, İmam Bakır Batu, Abdullah Zorluoğlu



- P157 Apenndiks Müsinöz Kistadenokarsinomu**  
Tevfik Eker, Bülent Aksel, Bahri Çakabay, Ali Ekrem Ünal
- P158 2012 Yılındaki Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonuçlarımız**  
Yiğit Düzköylü, Emre Özorun, Hasan Bektaş, Mehmet Emin Güneş
- P159 Kolorektal Rezeksiyonlarda Cilt Kapatılması Öncesinde Yara Yıkanmasının Cerrahi Alan İnfeksiyonları Üzerine Etkisi**  
Ersin Öztürk, Dilek Şenol, Tuncay Yılmazlar
- P160 Kolo-Rektal ve Mide Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı**  
Hasan Avcı, Fatih Başak, Koray Koşmaz, Süleyman Kalcan, Müjgan Çalışkan Evren, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu
- P161 Kolorektal Kanserlerde Cerrahi Onkoloji Kontrol Poliklinik Uygulaması**  
Fatih Başak, Tolga Canbak, Ali Kılıç, İbrahim Atak, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu
- P162 Taşlı Yüzük Hücreli Kolo-rektal Kanser; Olgu Serisi**  
Fatih Başak, Ali Kılıç, Tolga Canbak, Süleyman Kalcan, İlyas Kudaş, Sena Cömert, Gürhan Baş
- P163 Mesaneye İnvaze Sigmoid Kolon Kanseri, Olgu Sunumu**  
Fatih Başak, Ali Kılıç, Tolga Canbak, Süleyman Kalcan, Abdullah Şişik, Gürhan Baş
- P164 İntestinal Melanom: Olgu Sunumu**  
Burak Veli Ülger, Edip Erdal Yılmaz, Mesut Gül, İbrahim Aliosmanoğlu, Bilsel Baç
- P165 Senkron Rektum ve Mide Kanseri: Olgu Sunumu**  
Cengiz Tavusbay, Erdem Sarı, Haldun Kar, Emine Özlem Gür, İbrahim Kokulu, Mehmet Hacıyanlı
- P166 Kolonun Senkron Gastro İntestinal Stromal ve Nöroendokrin Tümörü: Olgu Sunumu**  
Fatih Başak, Tolga Canbak, Mert Kaşkal, Onur Zambak, Gözde Kır, Gürhan Baş
- P167 Kolorektal Kanserde Preoperatif Nötrofil/Lenfosit Oranı TNM Evrelemesi Yönünden Belirleyici Olabilir mi?**  
Gülşay Özgehan, Şahin Kahramanca, Oskay Kaya, Köksal Bilgen, Hasan Bostancı, Hakan Güzel, Tevfik Küçükpınar, Hülagü Kargıcı
- P168 Kolorektal Onkolojik Olgularda Nutrisyon Durumunun Değerlendirilmesi**  
Ramazan Serdar Arslan, Eray Kara, Şafak Ulutürk
- P169 Fonksiyonel Uç Uca İleokolik Anastomozların Zayıf Noktası Var mı?**  
Deniz Güzey, Süleyman Büyükaşık, Kaplan Baha Temizgönül, Eyüp Gemici, Osman Köneş, Ferhat Çelik, Süleyman Bademler
- P170 Sağ ve Sol Hemikolektomiler Sonrası Anastomoz Kaçağı**  
Osman Anıl Savaş, Cihad Tatar, Hüsnü Aydın, Tamer Karşıdağ, İshak Sefa Tüzün
- P171 Radyasyon Enteritinde Etkili Bir Tedavi Yöntemi: Hiperbarik Oksijen Tedavisi**  
Nail Ersöz, Yaşar Subutay Peker, Muharrem Öztaş, Mesut Mutluoğlu, Şenol Yıldız, Yusuf Peker
- P172 Kolon ve Rektumun Primer Taşlı Yüzük Hücreli Karsinomları**  
Cengiz Tavusbay, Mehmet Hacıyanlı, Haldun Kar, Kemal Atahan, Erdiç Kamer, Emine Özlem Gür, Neşe Ekinci
- P173 Hereditör Non-polipozis Kolon kanseri:Olgu sunumu**  
Cengiz Tavusbay, Yusuf Kumkumoğlu, Mehmet Hacıyanlı, Emine Özlem Gür, İbrahim Kokulu
- P174 Kolorektal Kanserlerde Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız**  
Mustafa Özsoy, Bahadır Celep, Ahmet Bal, Taner Özkececi, Ogün Erşen, Osman Öztürk, Kasım Demir, Nazan Okur, Hasan İlyas Özarpalı, Çiğdem Tokyol, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
- P175 İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (KSM), Kolon Kanser Taramasına Başvurup GKG Kitini Geri Getirmeyenlerin Demografik Bilgilerinin İncelenmesi**  
Ayşegül Tekin, Fiğen Yılmaz, Ömer Akçağıl, Muzaffer Saraç
- P176 Primer Kolorektal Lenfoma Deneyimlerimiz**  
Murat Çakır, Ebubekir Gündeş, Tevfik Küçükkartallar, Ahmet Tekin, Halil İbrahim Taşcı, Şakir Tekin
- P177 Kolorektal Kansere Bağlı Gelişen Akut Sol Kolon Obstrüksiyonlarının Retrospektif Analizi**  
Ramazan Topçu, Barış Doğu Yıldız, Tezcan Akın, Hüseyin Berkem, Bülent Cavit Yüksel, Hakan İ. Özel, Süleyman Hengirmen
- P178 Omfolomezenterik Kanal Fistülü**  
Ramazan Serdar Arslan, Eray Kara, Gökhan Pekindil, Semin Ayhan
- P179 Multidisipliner Yaklaşımla Tedavi Edilen Kolorektal Kanser Olgularımızın Retrospektif Değerlendirilmesi**  
Mehmet Yıldırım, Erkan Oymacı, Durmuş Ali Çetin, Ali Coşkun, Savaş Yakan, Nazif Erkan, Deniz Uçar, Erdem Barış Cartı, Rüşhan Uslu
- P180 Opere Kolon Tümöründe Sister Mary Joseph Nodülü ile Ortaya Çıkan Nüks Olgusu**  
Esin Kabul Gürbulak, İsmail Ethem Akgün, Muharrem Battal, Bülent Çitgez, Ferhat Ferhatoğlu
- P181 Kolorektal Karsinomlarda Tümör Büyüklüğü Prognostik Faktör Olabilir mi?**  
Sedat Kamalı, Gülçin Harman Kamalı, Birol Ağca, Türker Acehan, Hakan Tezel, Giray Yavuz, Hakan Güven
- P182 Kolorektal Karsinomların Anatomik Lokalizasyonu Değiştirdi mi?**  
Sedat Kamalı, Gülçin Harman Kamalı, Birol Ağca, Türker Acehan, Hakan Tezel, Ali Alemdar, Yavuz Eryavuz

- P183 Pelvik Radyoterapi Uygulanmış Sıçanlarda Kolorektal Anastomoz Üzerine Sarılan Amniyotik Membranın Anastomoz İyileşmesi Üzerine Etkisi**  
Baha Arslan, Mehmet Can Yakut, Süleyman Özkan Aksoy, Ali İbrahim Sevinç, Mustafa Cem Terzi, Mehtat Ünlü, Hatice Şimşek, Hilmi Feyzi Alanyalı
- P184 40 Yaş ve Altı Hastalarda Görülen Kolorektal Kanselerin Analizi**  
Cengiz Tavusbay, Haldun Kar, Ahmet Er, Erdem Sarı, Kemal Atahan, Emine Özlem Gür, Erdinç Kamer, Mehmet Hacıyanlı
- P185 Rektum Adenokarsinomu ve Mide Gastro-İntestinal Stromal Tümör(GIST) Birlikteliği**  
Ömer Avlanmış, Muharrem Öner, Nadir Adnan Hacım
- P186 Kolonik Schwannoma**  
Muharrem Öner, Ömer Avlanmış, Nadir Adnan Hacım
- P187 Rektum Kanselerinde Çift Stapler Tekniği ile Low/Very Low Anterior Rezeksiyon Ameliyatı Yapılan Olgularda Cleveland Klinik İnkontinans Skorlamasının Değerlendirilmesi**  
Savaş Yakan, Nazif Erkan, Ahmet Deniz Uçar, Erdem Cartı, Mehmet Yıldırım, Erkan Oymacı, Ali Coşkun, Durmuş Ali Çetin
- P188 Miks Tüme Nöroendokrin-Nonnöroendokrin Kolon Tümörü, Nadir Görülen Bir Olgu**  
Muharrem Öner, Ömer Avlanmış, Nadir Adnan Hacım, Orhan Şahin
- P189 Kolorektal Kanserde İntraoperatif Radyoterapi Uygulanması**  
İlknur Ergüner, Nuran Beşe, Bülent Yapıcı, Bilgi Baca, İsmail Hakkı Hamzaoğlu
- P190 Rektum Kanserinde 6 Yıllık Cerrahi Sonuçlarımız: Tek Merkez Deneyimi**  
Süleyman Kargın, Murat Çakır, Ebubekir Gündeş, Tevfik Küçükkartallar, Yusuf Yavuz, Didem Taştekin
- P191 Perianal Bölge Hastalıklarında Endoanal USG'nin Tanısal Değeri**  
Mehmet Kamil Yıldız, Hasan Abuoğlu, Cengiz Eriş, Mehmet Odabaşı, Erkan Özkan, Emre Günay, Bülent Kaya, Ferdi Cambaztepe
- P192 Mide Nöroendokrin Tümörü ve Rektum Adenokarsinoma Birlikteliği, Nadir Görülen Bir Olgu**  
Ömer Avlanmış, Muharrem Öner, Nadir Adnan Hacım
- P193 Kolorektal Cerrahi Sonrası Erken Dönem Stoma Komplikasyonları**  
Fazilet Erözgen, Muzaffer Akıncı, Suat Benek, Ahmet Kocakuşak, Mehmet Gülen, Adem Duru, Adnan Hut, Celal Kızılkaya, Ertuğrul Gazi Alkurt, Bahri Özer, Cihad Tatar, Rafet Kaplan
- P194 Rektum Adenokarsinomlarında Lenf Nodu Tutulumuna Etkili Faktörler**  
Sedat Kamalı, Gülçin Harman Kamalı, Fazıl Sağlam, Nevzat Elmalı, Nüvit Duraker, Seracettin Eğin, Metin Yeşiltaş, Berk Gökçek
- P195 Kolonda Nadir Görülen Ekstrameduller Plazmasitom Olgusu**  
İsmail Zihni, Rafet Dinç, Sibel Canpolat, Fevzi Cengiz, Adam Uslu
- P196 İntraoperatif Pet-Prob Kullanımı ile Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Nüks Peritoneal Metastazların Saptanması**  
Selman Sökmen, Aras Emre Canda, Recep Bekiş, Emre Direk
- P197 Genç Hastalarda Kolorektal Kanser**  
Abdullah Kısaoglu, Bünyami Özoğul, Sabri Selçuk Atamanalp, Mehmet İlhan Yıldırım, Gürkan Öztürk, Özgür Hakan Bulut
- P198 Eritrosit Dağılım Genişliği (RDW) ile Kolon Kanserini Erken Tespit Etmek Mümkün mü?**  
Serden Ay, Mehmet Ali Eryılmaz, Ahmet Okuş, Ömer Karahan, Barış Sevinç, Recep Demirel
- P199 Rektosigmoid Bölgede Aynı Segmentte Adenokarsinom ve GİST Birlikteliği**  
Hakan Güzel, Şahin Kahramanca, Gülay Özgehan, Serhat Tokgöz, İbrahim Çolhan, Köksal Bilgen, Bahadır Celep
- P200 Neoadjuvan Tedavi Alan Hastalarda Total Mezorektal Eksizyon Sonrası Koruyucu İleostominin Gerekliliği**  
Murat Çakır, Süleyman Kargın, Yusuf Yavuz, Mehmet Aykut Yıldırım, Ahmet Tekin, Tevfik Küçükkartallar
- P201 Anal Malign Melanom (Olgu Sunumu)**  
Banu Ural, Hüseyin Gülay
- P202 Familial Adenomatöz Polipozisli Olguda Agresif Seyreden Desmoid Tümör: Olgu Sunumu**  
Tuba Atak, Tunç Eren, İbrahim Ali Özemir, Barış Bayraktar, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
- P203 Ameliyat Sonrası Üçüncü Yılda Gelişen Enterokütöz Fistül: Olgu Sunumu**  
Eyüp Yeldan, Mehmet Akif Üstüner, Emrah Dadalı, Enver İlhan
- P204 Spermatik Korda İnvaze Sigmoid Kolon Tümörü: Olgu Sunumu**  
Mustafa Celalettin Haksal, Murat Burç Yazıcıoğlu, Çağrı Tiryaki, Ali Çiftçi, Zehra Boyacıoğlu, Murat Coşkun, Metin Kement, Emel Canbay, Selim Yiğit Yıldız
- P205 Poliposis Coli Trajedisi; İleus+Çekum Perforasyonu→Metakron Kanser Gelişimi→Lokal Nüks. Lokal Nüks Tedavisinde Posterior Pelvik Ekzenterasyon ve Sakrektomi**  
Ahmet Oğuz Hasdemir, Cem Azılı, Bahadır Celep, Serkan Şengül, İbrahim Çolhan, Yasin Uçar, Burak İrem, Tevfik Hadi Küçükpınar

- P206 Kolorektal Kanser Riski ve Progresyonu Üzerine Survivin -31G/C Gen Varyantı Etkisinin İncelenmesi**  
Soykan Arıkan, Saime Turan, Yiğit Düzköylü, Nazlı Ezgi Özkan, Gurbet Korkmaz, Hande Karagedik, Arzu Ergen, İlhan Yaylım
- P207 Lokal İleri Kolorektal Kanserlerde Çoklu Organ Rezeksiyonunun Morbidite ve Mortaliteye Etkisi**  
Emine Özlem Gür, Cengiz Tavusbay, Emir Çapkinoğlu, Erdem Sarı, İbrahim Kokulu, Yusuf Kumkumoğlu, Turan Acar, Mehmet Hacıyanlı
- P208 Orta-Alt Rektum Tümöründe Neoadjuvan Kemoradyoterapi ile Elde Edilen Patolojik Tam Yanıt**  
Adam Uslu, Fevzi Cengiz, Halit Yetiş, Baha Zengel, İsmail Zihni, Göksever Akpınar
- P209 Rektum'da Skuamöz Hücreli Karsinom (SCC): 2 Olgu Sunumu**  
Fevzi Celayir, Gürkan Yetkin, Canan Tanık, Hakan Mustafa Köksal, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, İbrahim Erbaş, Ebru Şen Oran, Nurcihan Aygün, Mehmet Mihmanlı, Adil Baykan
- P210 Anal Bölge Kanseri: Olgu Sunumu**  
Selamet Yılmaz, Abdullah Şenlikci, Mehmet Akif Üstüner, Uğur Gökçelli, Enver İlhan
- P211 Familial Adenomatöz Polipozis Koli İlişkili Desmoid Tümörlerde Tedavi Ne Olmalı ?**  
Buğra Kardaşlar, Tayfun Yoldaş, Banu Yaman, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut
- P212 Akut Sol Kolon Obstrüksiyonunda Enteral Stent Sonrası Laparoskopik Rezeksiyon: Olgu Sunumu**  
İbrahim Atak, Fatih Başak, Ali Kılıç, Tolga Canbak, Süleyman Kalcan, Gürhan Baş
- P213 Midgutta Yer Alan Nöroendokrin Tümörler: 10 Vakanın Analizi**  
Ali Kocataş, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Burak Kankaya, Süleyman Bademler, Murat Gönenç, Osman Köneş, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış
- P214 Hindgut Yerleşimli 7 Nöroendokrin Tümörün Analizi**  
Ali Kocataş, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Murat Gönenç, Hakan Yırgın, Cevher Akarsu, Eyüp Gemici, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış
- P215 Koruyucu Stoma Olmaksızın Anterior/Low Anterior Rezeksiyon Erken Dönem Sonuçlarımız: Koruyucu Stoma Her Hastaya Gerekli mi?**  
İbrahim Ali Özemir, Barış Bayraktar, Ender Anılır, Ferman Özyalvaç, Tunç Eren, Tuba Atak, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
- P216 Kolon Kanseri Komplet Mezokolik Eksizyon; Kısa Dönem Sonuçlarımızın Değerlendirilmesi**  
Osman Yüksel, Hüseyin Göbüt, Aydın Yavuz, İlkin İsmailov
- P217 Kolorektal Kanserlerde Second Look Cerrahi**  
Hüseyin Göbüt, Osman Yüksel, Selim Keçeoğlu, İlkin İsmailov
- P218 Kolorektal Kanser Cerrahi Tedavisi Sonrası Yeniden Hasta Başvurusu: Bezmialem Genel Cerrahi Deneyimi**  
Mustafa Hasbahçeci, Merve Büşra Cengiz, Gökhan Çipe, Naim Memmi, Fatma Ümit Malya, Mahmut Müslümanoğlu
- P219 Kolorektal Kanser Cerrahisi Sadece Hastanın Değil Hasta Eşinin de Yaşam Kalitesini Olumsuz Etkilemektedir. Prospektif Çalışma**  
Gökçe Aylaz, Burcu Ayşe Yavuzarslan, Derya Öztuna, Cihangir Akyol, Bülent Ayhan Erkek, Ayhan Mehmet Kuzu
- P220 Rektum Kanseri Olgularda Aşağı Anterior Rezeksiyon Sonrası Saptırıcı İleostominin Kapatılmasını Engelleyen Faktörler**  
Nuri Okkabaz, Yunus Emre Altuntaş, Cem Gezen, Mustafa Öncel
- P221 Kolorektal Kanserlerde Prognostik Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Metastatik Lenf Nodu Oranının Klinik Önemi**  
Serhat Tolga Derici, Yavuz Özdemir, Ahmet Ziya Balta, İlker Sücüllü, Ergün Yücel, Mehmet Levhi Akın, Ali İlker Filiz, Yavuz Kurt
- P222 Cerrahi Tedavi Öncesi Nötrofil/Lenfosit Oranının Prognostik Faktör Olarak Kolorektal Kanserlerde Önemi**  
Yavuz Özdemir, Ahmet Ziya Balta, İbrahim Yılmaz, Ergün Yücel, İlker Sücüllü, Mehmet Levhi Akın
- P223 pT Evresi ve Preoperatif CEA Değeri Erken Evre Kolorektal Kanserlerde Lokal Yineleme ve Uzak Organ Metastazını Gösteren Prognostik Faktörlerdir**  
Yavuz Özdemir, Ergün Yücel, Ahmet Ziya Balta, Dursun Özgür Karakaş, İlker Sücüllü, Mehmet Levhi Akın
- P224 Sağ Kolon Tümörüne Bağlı Ameliyat Olan Hastalarımızdaki Kan Transfüzyonun Mortalite Üzerine Etkisi**  
Uygur Demir, Gürhan Işıl, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Hakan Mustafa Köksal, Pınar Yazıcı, Canan Işıl, Emre Bozdağ, Sinan Ömeroğlu, Emre Bozkurt, Mehmet Mihmanlı
- P225 Apendiks Karsinoid Tümörlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi**  
Cemal Kaya, Pınar Yazıcı, Sinan Ömeroğlu, Uygur Demir, Hakan Mustafa Köksal, Özgür Bostancı, Gürhan Işıl, Mehmet Mihmanlı
- P226 Kolon Kanseri Ender Görülen Metastaz Alanı: MEME**  
F. Didem Can Trabulus, Ekrem Çakar, Esra Canan Kelten, Rıza Umar Gürsu, Tevfik Fikret Çermikçi, Mehmet Ali Nazlı, Didem Karaçetin, Mehmet Emin Güneş, Şefika Aksoy, Esra Paşaoğlu, Acar Aren
- P227 Üç Odaklı Senkron Kolon Tümörü: Olgu Sunumu**  
Rafet Yiğitbaşı, Sait Özsoy, Ender Anılır, Tarık Artış, Barış Bayraktar, Salih Bölük, Haydar Yalman, Orhan Alimoğlu

- P228 Kanser Hastalarında Venöz Port Kullanımı: 5 Yıllık Klinik Deneyimimiz**  
Mehmet Akif Üstüner, Enver İlhan, Baha Zengel, Kemal Emre Telciler, Ömer Ertürk, Hacı Osman Tanrıverdi
- P229 Laparoskopik Olarak Rezeke Edilen Kolonik Kalsifiye Fibröz Tümör: Olgu Sunumu**  
Tuba Atak, Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemer, Sümeyra Bölük, Kıvılcım Orhun, Levent Doğanay, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
- P230 Senkron Karaciğer Metastazı Olan Rektum Kanserli Bir Olguda "Önce Karaciğer Yaklaşımı"**  
Mehmet Akif Türkoğlu, Hasan Çalış, Kürşad Çiftçi, Hakan Bozcuk, Hasan Şenol Coşkun
- P231 Single Port Laparoscopic Surgery'nin Transanal Endoskopik Mikrocerrahi için kullanımı: Vaka Takdimi**  
Serdar Karakaş, Hüseyin Yönder, Mustafa Ateş, Abuzer Dirican
- P232 Laparoskopik Apendektomi'de Klinik Deneyimimiz**  
Kemal Peker, İsmayil Yılmaz, İsmail Demiryılmaz, Abdullah İnal, Arda Işık, Hüseyin Eken, Huriye Güllü
- P233 Laparoskopik Apendektomi: Nöroma. Bir Olgu Sunumu**  
Yuksel Altınel, Canan Yıldırım, Nazan Aksoy, Kadri Güleşci
- P234 Laparoskopik Apendektomi Sonrası Konservatif Tedavi Edilen Dev Paryetal Duvar Hematomu**  
Ebubekir Gündeş, Murat Çakır, Ahmet Tekin, Tevfik Küçükkartallar, Adnan Kaynak
- P235 Robotik Gastrointestinal Cerrahi: Gerçekten Güvenilir mi?**  
Mehmet Fatih Can, Yaşar Subutay Peker, Murat Urkan, Aytekin Ünlü, Gökhan Yağcı
- P236 Kolorektal Kanserde Laparoskopik Cerrahi**  
Burhan Mayır, Alkan Sakar, Zühre Aytaç, Tuna Bilecik, Tuğrul Çakır, Mehmet Tahir Oruç
- P237 Kolorektal Kanserlerde Laparoskopik Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız**  
Taner Özkececi, Ahmet Bal, Bahadır Celep, Mustafa Özsoy, Barış Sarıpınar, Nazan Okur, Hasan İlyas Özarpalı, Çiğdem Tokyol, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
- P238 Rektal Kanserde Laparoskopik İntersfinkterik Rezeksiyon**  
Metin Ertem, Emel Özveri, Hakan Gök
- P239 Kolorektal Kanserde Laparoskopik Cerrahi Erken Dönem Sonuçlarımız**  
Mustafa Celalettin Haksal, Çağrı Tiryaki, Ali Çiftçi, Murat Burç Yazıcıoğlu, Zehra Boyacıoğlu, Hamdi Taner Turgut, Metin Kement, Emel Canbay, Selim Yiğit Yıldız
- P240 Tek Kesiden Yapılan Laparoskopik Kolektomi ile Standart Laparoskopik Kolektominin Kozmetik ve Vücut Algısı Yönünden Karşılaştırılması**  
Aras Emre Canda, Emre Balık, Sezai Leventoğlu, Emre Direk, Emre Karaahmetli, Metin Keskin
- P241 Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Deneyimlerimiz**  
Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemer, Salih Tosun, Jülide Sağıroğlu, Salih Bölük, Ender Anılır, Kıvılcım Orhun, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
- P242 Laparoskopik Sol Kolon ve Rektum Tümörlerinde Açığa Geçiş: Risk Faktörleri, Kısa ve Uzun Dönem Sonuçlar**  
Yunus Emre Altuntaş, Nuri Okkabaz, Yaşar Özdenkaya, Ali Emre Atıcı, Mustafa Öncel
- P243 Elektif Kolorektal Kanser Cerrahisinde Laparoskopiden Açık Ameliyata Geçiş Etkileyen Faktörler: Bezmialem Genel Cerrahi Deneyimi**  
Mustafa Hasbahçeci, Merve Büşra Cengiz, Gökhan Çipe, Naim Memmi, Mahmut Müslümanoğlu
- P244 Laparoskopik Kolon Rezeksiyonları: İlk Deneyimlerimiz**  
Mehmet İlhan Yıldırım, Bünyami Özoğul, Abdullah Kısaoğlu, Özgür Hakan Bulut, Nurhak Aksungur, Esra Dişçi
- P245 Üreter Yaralanması ile Sonuçlanan Laparoskopik Cerrahi Uygulan 3 Kolorektal Tümör Olgumuz:**  
Fevzi Celayir, İsmail Akgün, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, Ebru Şen Oran, Nurcihan Aygün, Evren Peker, Mehmet Mihmanlı
- P246 Laparoskopik Apendektomi Sonrası Apse Gelişimi; Sorumlu, Uzun Bırakılan Güdüğün Nekrozu mu?**  
Ahmet Oğuz Hasdemir, Burak İrem, Ali İyıldırım, Ümit Mercan, Seda Soğukpınar
- P247 Cerrahi Yöntemin Kolorektal Kanser Cerrahisinde Diseke Edilen Lenf Nodu Özellikleri Üzerine Etkisi**  
Mehmet Ali Eryılmaz, Serden Ay, Recep Demirgöl, Ahmet Okuş, Cemil Er, Ömer Karahan
- P248 Laparoskopik Kolorektal Kanser Cerrahisi: İlk Deneyimlerde Erken Dönem Sonuçlarımız**  
Hakan Teoman Yanar, Kaan Ali Fuat Gök, Mehmet İlhan, Derya Salim Uymaz, İbrahim Fethi Azamat, Kayıhan Mustafa Günay, Cemalettin Ertekin, Recep Güloğlu
- P249 SILS Sağ Hemikolektomi İlk Deneyimlerimiz**  
Beyza Özçınar, Hakan Teoman Yanar
- P250 Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Yapılan Hastalarda Piyes Ekstraksiyonunda Önceki Stoma Yerinin Kullanımı: İki Olgu Sunumu**  
Ali Emre Atıcı, Mustafa Öncel, Yunus Emre Altuntaş
- P251 Laparoskopik Kolorektal Kanser Cerrahisinde Erken Dönem Sonuçlarımız:155 OLGU**  
Erdal Birol Bostancı, Tahsin Dalgıç, Yusuf Özoğul, İlter Özer, Murat Ulaş, Metin Ercan, Alikemal Kayapınar, Musa Akoğlu
- P252 Kolorektal Kanser için Laparoskopik ve Açık Kolorektal Cerrahi Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi**  
Feza Yarbuğ Karakayalı, Yahya Ekici, Tugan Tezcaner, Nadire Dinç, Gökhan Moray



- P253 Orta ve Distal Yerleşimli Rektum Tümörlerinde Lateral Cerrahi Sınır Pozitifliğini Etkileyen Prediktif Faktörler ve Lateral Cerrahi Sınır Pozitifliğinin Sağ Kalım Üzerine Etkisi**  
Adem Bayraktar, Metin Keskin, Emre Sivrikoz, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükcü, Ali Akyüz, Dursun Buğra, Necmettin Sökücü, Emre Balık
- P254 Perianal Yerleşimli Epidermoid İnklüzyon Kisti: Olgu Sunumu**  
Özlem Öndeş Bayar, Refik Bademci, İsmail Ege Subaşı
- P255 Stapler Hemoroidopeksi Yapılan Hastalarda Klinik Deneyimimiz**  
Tuna Bilecik, Burhan Mayır, Ayşe Merter Arduçoğlu, Ramazan Eryılmaz
- P256 Pilonidal Sinüslü Olgularda Lipid Profili ve Sigara Kullanımı**  
Mehmet İnce, Halil Atılğan, Fatih Özçelik, Erol Arslan
- P257 Pilonidal Sinüs Tedavisinde Lokal Kristalize Fenol Uygulaması**  
Aykut Soyder, Kübra Eren Bozdağ, Ali Doğan Bozdağ, Şükrü Boylu
- P258 Retrorektal Kitlelerdeki Deneyimlerimiz**  
Ahmet Rencuzoglu, Kubilay Dalcı, İsmail Cem Eray, Orcun Yalav, Tolga Akçam, Gürhan Sakman, Ömer Alabaz
- P259 Fournier Gangreninde Debridman Sayısı, Maliyet ve Mortaliteye Etki Eden Faktörler**  
Şahin Kahramanca, Oskay Kaya, Burak İrem, İbrahim Dural, Tevfik Küçükpınar, Hülagü Kargıcı
- P260 Fournier Gangreninde Teşhis ve Tedavi Yöntemlerinin Analizi**  
Erkan Oymacı, Ali Coşkun, Savaş Yakan, Nazif Erkan, Deniz Uçar, Erdem Cartı, Atakan Saçlı, Mehmet Yıldırım
- P261 Simetrik Modifiye Limberg Flep mi, Limberg Flep mi, Hangisi Daha İyi ?**  
Şahin Kahramanca, Alper Bilal Özkardeş, Gaye Şeker, Gülay Özgehan, Cem Azılı, Mehmet Kılıç
- P262 Perianal Fistülü Taklit Eden Pilonidal Sinüs: Olgu Sunumu**  
İbrahim Yılmaz, Dursun Özgür Karakaş
- P263 Pilonidal Sinüs Cerrahisi Sonrası Nitrofurazone Komplikasyonu: Kontakt Dermatit**  
Dursun Özgür Karakaş, İbrahim Yılmaz, Mutlu Çayırılı, Özgür Dandin
- P264 Perianal Kondiloma Akuminata Zemininde Gelişen Squamöz Hücreli Karsinom:Olgu Sunumu**  
Hüseyin Yönder, Serdar Karakaş, Mustafa Ateş, Abuzer Dirican
- P265 Karydakıs Flep Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Standart Yöntem Olabilir mi?**  
Birrol Ağca, Erman Sobutay, Sedat Kamalı, Nevzat Elmalı, Ali Durmuş, Kazım Sarı
- P266 Hidradenitis Süpürativada Cerrahi Deneyimimiz**  
Mustafa Peşkersoy, Erdinç Kamer, Erdem Sarı, Deniz Yıldız, Ahmet Er
- P267 Harmonic-Scalpel İle Hemoroidektomi Deneyimimiz: 54 Hastanın Analizi**  
Ulvi Mehmet Meral, Oğuz Hançerlioğulları
- P268 Anal Kondilom Olgularındaki Klinik Tecrübemiz**  
Pelin Basım, Cenk Ersavaş, Yaşar Özdenkaya, Kemal Dolay, Merih Yılmaz, Mustafa Öncel
- P269 Kronik Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs Zemininde Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom: Nadir Bir Olgu**  
Aziz Mutlu Barlas, Mustafa Kemal Urhan, Selim Temel, Serap Erel, Mehmet Reha Özgüven, Fatih Aslan, Mehmet Esat Duymuş
- P270 Perianal Fistülde Nüks Sorunu,Önleme Olasılığımız Var mı?**  
Fazilet Erözgen, Muzaffer Akıncı, Suat Benek, Ahmet Kocakuşak, Celal Kızılkaya, Mehmet Gülen, Bahri Özer, Adem Duru, Ertuğrul Gazi Alkurt, Cihad Tatar, Rafet Kaplan
- P271 Perianal Bölgeye Fistülize 2 Pilonidal Sinüs Olgusu**  
Ahmet Serkan İlgün, Doğan Gönüllü, Ferda Nihat Köksoy
- P272 Komplike Olmayan Pilonidal Sinüs Hastalığının Cerrahi Tedavisinde Flep Yöntemi İle Sonuçlarımız**  
Ahmet Bal, Mustafa Özsoy, Bahadır Celep, Taner Özkececi, Barış Sarıpınar, Kasım Demir, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
- P273 Trans-Sfinkterik Fistüllerde Modifiye Gevşek Seton Tekniği**  
Metin Ertem, Hakan Gök, Emel Özveri, Volkan Özben
- P274 Stapler Hemoroidektomi Tercihi**  
Salih Tosun, Günay Uluç, Ercüment Tombalak, Cengiz Madenci, Murat Kayağ, Sümeyra Emine Bölük, Tuba Atak, Süleyman Orman, Hakan Baysal, Özgür Ekinci, Tevfik Ferman Özyalvaç, Mehmet Rafet Yiğitbaşı
- P275 Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Gold Standart Arayışı**  
Günay Uluç, Salih Tosun, Ercüment Tombalak, Cengiz Madenci, Sümeyra Emine Bölük, Fatih Büyüker, Ferman Tevfik Özyalvaç, Süleyman Orman, Hakan Baysal, Gürbey Turan, Haydar Yalman, Mehmet Rafet Yiğitbaşı
- P276 Stapler Hemoroidopeksi Yapılan Hastalarda Klinik Deneyimimiz**  
Ömer Avlanmış, Muharrem Öner, Nadir Adnan Hacım
- P277 Ekstrasfinkter Anal Fistüllerin Cerrahi Tedavisi**  
Parvana Rövşan Aydınova, Eldar Allahverdi Aliyev, Solmaz Soltan İmanova, Faiq Misir Qapaqov, Maya İsmixan Xudiyeva
- P278 Thermal Welding Sistemi ile Hemoroidektomi**  
Bülent Kaya, Suat Can Ulukent, Orhan Bat, Taşkın Aydın

- P279 Limberg Flap Tekniğinin Fonksiyonel ve Kozmetik Sonuçları**  
Orhan Bat, Kafkas Çelik, Hasan Altun, Kemal Memişoğlu
- P280 Litotomi Pozisyonunda Perianal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Spinal Anestezinin Yayılımına Oturma Süresinin Etkisi: Prospektif, Randomize, Kontrollü, Çift Kör Klinik Çalışma**  
Sevda Özkardeşler, Nilay Boztaş, Mert Akan, Şule Özbilgin, Çiğdem Arslan, Aras Emre Canda, Cem Terzi
- P281 Lazer Anal Fistül (FİLAC) Ameliyatında Fistül Traktına Lazer Probenin Yerleşirmede Yeni Bir Teknik**  
Banu Ural
- P282 Lazer Hemoroidopeksi Deneyimimiz**  
Banu Ural
- P283 Behçet Hastalığının Nadir Görülen Bir Komplikasyonu: Rektovajinal Fistül**  
Sinan Arıcı, Merve Tokoçin, Hüseyin Bilge, Kamil Özdoğan, Onur Olgaç Karagülle, Aytaç Biricik, Fatih Çelebi, Rıza Kutaniş
- P284 Anal Fissür Tedavisinde Lateral İnternal Sfinkterotomi Sonuçlarımız: Bir Yıllık Olguların Retrospektif Analizi**  
Tuba Atak, İbrahim Ali Özemir, Büşra Burcu, Tunç Eren, Oktay Yener, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
- P285 Hemoroidal Nodüllerin Akut Trombozunun Tedavisi için Aktif Cerrahi Taktikin Sonuçları**  
Ahmadova Esmira Ahmadova
- P286 Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Mecburi Hizmet; Selim Anal Bölge Hastalıklarına Cerrahi Yaklaşım Deneyimim**  
Yüksel Altınel
- P287 Anal Fissürlü Hastalarda Yaşam Kalitesi Üzerine D Tipi Kişiliğin Etkisi**  
Mustafa Şit, Edip Erdal Yılmaz, Fatih Canan, Osman Yıldırım, Mehmet Mustafa Çetin, Gülali Aktaş
- P288 Hidradenitis Süpürativa Cerrahi Tedavisi**  
Acar Aren, Mehmet Emin Güneş, Mert Mahsuni Sevinç, Hasan Bektaş, Ezgi Altınsoy, Erol Bozkurt
- P289 Stapler Hemorodektomi Deneyimlerimiz**  
Fevzi Celayir, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, Ebru Şen Oran, İsmail Akgün, Hakan Mustafa Köksal, Esin Kabul Gürbulak, Evren Peker, Nurcihan Aygün, Mehmet Mihmanlı, Adil Baykan
- P290 Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüste Sadece Metilen Mavisi ile Eksizyon Yeterli mi?**  
Süleyman Bozkurt, Ufuk Oğuz İdiz, Erhan Aysan, Gökhan Çipe, Yurdakul Deniz Fırat, Merve Büşra Cengiz, Mahmut Müslümanoğlu
- P291 Nüks Pilonidal Kist Hastalığında Cilt Dikişsiz Orta Hat Kapama Yönteminin Ereken Dönem Sonuçları**  
Hüseyin Taş, Mehmet Eryılmaz, Mustafa Öner Menteş, Taner Yiğit, Yusuf Peker
- P292 Pilonidal Sinüs Cerrahisi: Transpozisyon Flep Uygulanan Hastaların Değerlendirilmesi**  
Erdoğan Mütevellî Sözüer, Muhammet Akyüz, Hızır Yakup Akyıldız, Abdül Rıdvan Kulu, Türkmen Bahadır Arıkan, Abdullah Bahadır Öz
- P293 İntersfinkterik Fistül Traktının Bağlanması (LIFT) na İlişkin Kısa İzlem Süreli İlk Onlu Sayılardaki Deneyimimiz**  
Nuraydın Özlem, Sadık Keşmer, Kadir Yıldırım, M Sencer Özsoy, Umut Yılmazyıldırım
- P294 Anal Fissür Hastalarında Psikopatoloji**  
Özden Arısoy, Neriman Şengül
- P295 Karydakis ve Limberg Flep Tekniklerinin Karşılaştırılması**  
Ümit Sekmen, Melih Paksoy
- P296 İntersfinkterik Fistül Tedavisinde Fistülektomi ve Fistülotominin Karşılaştırılması**  
Ümit Sekmen, Melih Paksoy
- P297 Longo Hemoroidektomi Tekniğimiz ve Sonuçlarımız**  
Ümit Sekmen, Melih Paksoy
- P298 Anal Kondiloma Akümülatö Tedavisinde Argon Plazma Koter Kullanım Sonuçlarımız**  
Fevzi Celayir, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, Hakan Mustafa Köksal, Uygur Demir, İsmail Akgün, Cemal Kaya, Ebru Şen Oran, İbrahim Erbaş, Esin Kabul Gürbulak, Mehmet Mihmanlı, Adil Baykan
- P299 Kronik Anal Fistül zemininde Gelişen Anal Kanseri ve Senkron Özefagus Kanseri: Olgu Sunumu**  
Hakan Kerem, Ramazan Serdar Arslan, Gökhan Pekindil, Semir Ayhan, Eray Kara
- P300 KITOSAN Kaplı Ameliyat İpliklerinin Anastomoz Yapısına Olan Etkisi**  
Yüksel Altınel, Nesrin Uğras, Guven Ozkaya, Ahmet Fatih Isık, Ersin Ozturk, Halil Ozguc
- P301 Kolorektal Müsinöz Karsinomlarda Çevre Stroma ile Temas Eden Tümör Hücrelerinin Yüzdesinin Prognostik Anlamları**  
Sülen Sarıoğlu, Güray Aktürk, Selman Sökmen, Hülya Ellidokuz, Aras Emre Canda, Mehtat Ünlü, Abdullah Haluk Şirin, Özgül Sağol, Cem Terzi, Mehmet Füzün

# SEÇİLMİŞ SÖZLÜ BİLDİRİLER





**SS01****Rektum Kanseri Tedavisinde Laparoskopik vs Konvansiyonel Cerrahi: Kısa ve Uzun Dönem Sonuçlar**Nuri Okkabaz<sup>1</sup>, Yunus Emre Altuntaş<sup>1</sup>, Mustafa Öncel<sup>2</sup><sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>Özel Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul**Amaç:**

Bu çalışmanın amacı rektum kanseri için küratif amaçla yapılan laparoskopik ve konservatif tedavi seçeneklerinin erken ve geç dönem sonuçlarını irdelemektir.

**Gereç-Yöntem:**

2000-2013 yılları arasında rektum kanseri (dentate çizgiden itibaren <15 cm) tanısı alıp, küratif amaçlı bir cerrahi uygulanan olgular cerrahi tekniğe göre laparoskopik ve konvansiyonel grupta retrospektif olarak incelendi. Gruplar perioperatif bulgular ve uzun dönem onkolojik sonuçlar açısından kıyaslandı.

**Bulgular:**

Toplam 312 olgunun (195 [%62,5] erkek, ortalama yaş 59,5±13,5) 222'si (%71,2) laparoskopik olarak ameliyat edilmişti. Gruplar yaş, cinsiyet, Amerikan Anestezi Derneği skoru ve ek hastalık bulunması açısından homojendi. Hastalığın T ve genel evresi, rektum içindeki lokalizasyonu, dentate çizgiden uzaklığı, neoadjuvant radyoterapi alma oranları gruplar içerisinde benzerdi. Ameliyatla ilgili olarak anastomoz tekniği (elle veya staplerle) ve ileostomi yapılma oranı iki grupta benzer olmasına karşın, konvansiyonel gruptaki hastalara rezervuar oluşturma işlemi daha sıklıkla yapılmıştı (%66,3 vs %80,4, p=0,001). Ancak laparoskopik yöntemde operasyon süresi (210 [70-450] vs 240 [80-500] dk, p=0,001), intraoperatif kanama (200 [0-1800] vs 575 [50-4000] cc, p<0,001) ve transfüzyon gereksinimi (0 [0-16] vs 3 [0-14] Ü, p<0,001) azalmıştı. Ayrıca laparoskopik yöntemle sfinkter koruyucu bir operasyon yapılması olasılığı (%78,4 vs %51,7, p<0,001) artmıştı. Ameliyat sonrası komplikasyonlar, reoperasyon olasılığı ve erken mortalite oranı benzerdi, ancak laparoskopik kolda hastanede kalış süresi kısalmıştı (6 [2-66] vs 7 [3-49], p<0,001) Hastalarda çıkartılan lenf nodu sayısı, distal sınır uzaklığı ve radial sınır pozitifliği (<1 mm) benzerdi. Laparoskopik kolda 7 yıllık sağkalım olasılığı daha yüksekti (%46,1 vs %35; p=0,009).

**Sonuç:**

Laparoskopik rektum ameliyatı erken dönem bazı avantajlar taşımanın yanı sıra uzun dönem sağkalım açısından da konvansiyonel yöntemle göre daha iyi sonuçlar üretmektedir.

**SS02****Robotik Kolorektal Cerrahi: Tek Merkezden İlk Deneyimler ve Sonuçlar**Mehmet Abdussamet Bozkurt, Ali Kocataş, Mahmut Doğan, Murat Gönenç, Selin Kapan, Deniz Guzey, Ferhat Çelik, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış

Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Laparoskopik cerrahinin teknik ve ergonomik dezavantajlarının tanımlanmasını takiben, bu sınırlamaları kısmen veya tamamen ortadan kaldıracak üç boyutlu gözlem imkanı sağlayabilen ideal bir yöntemin geliştirilmesi sürecinde robotik cerrahi ortaya çıkmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2009-Şubat 2013 tarihleri arasında robotik kolorektal cerrahi uygulanan olguların tıbbi verileri gözden geçirildi. Ameliyat endikasyonları, yapılan ameliyatlara, teknik ayrıntılar, komplikasyon ve ölüm oranları, toplam yatış süreleri olgu bazında kaydedildi.

**Bulgular:**

Robotik kolorektal cerrahi uygulanan toplam 23 hastanın verilerine ulaşıldı. Tüm ameliyatlara "da Vinci" robotik sistemi ile gerçekleştirilmişti. Ondört hasta rektum kanseri, 9 hasta sol sigmoid kolon tümörü. On bir hastada (%31) komplikasyon gözlenirken, hastaların hiçbirinde ölüm gözlenmedi.

**Sonuç:**

Eğitim eğrisinin tamamlanması için gerekli süre ve maliyet, robotik cerrahinin ülkemizde rutin kullanımını kısıtlayan unsurlardır. Olgu sayımızın sınırlı olmasıyla birlikte, robotik cerrahinin belli endikasyonlarda cerraha belirgin avantaj sağladığını düşünüyoruz.

**SS03****Rektum Kanseri Veri Madenciliği('Data Mining') Tekniği Kullanarak Komplikasyonlar ve Onkolojik Sonuçlar Öngörülebilir mi?**Selman Sökmen<sup>1</sup>, Burak Ordin<sup>2</sup>, Abdullah Haluk Şirin<sup>3</sup>, Efendi Nasibov<sup>4</sup>, Baha Arslan<sup>3</sup>, Aras Emre Canda<sup>1</sup>, Sülen Sarıoğlu<sup>5</sup><sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Fen Fakültesi Bilgisayar Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir<sup>3</sup>Kemalpaşa Devlet Hastanesi, İzmir<sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Fakültesi, Bilgisayar Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir<sup>5</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir**Amaç:**

Tıbbi veri kümesi doğası gereği tamamlanmamış, belirsiz, doğrusal olmayan ve bulanık veriler içerir. Veriler arasında önceden farkedilemeyen bağıntıların ortaya konmasında doğru analiz yöntemi olarak 'Veri Madenciliği Tekniği' kullanılabilir. Bu çalışmada veri madenciliği teknikleri kullanılarak rektum kanserli hastaların komplikasyonlarını ve onkolojik sonuçlarını öngörebilmek amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Beşyüzlendört primer rektum kanserli hastanın ileriye dönük kayıt altına alınmış veri kümesi kullanıldı. Otuzaltı klinikopatolojik özellik 'input' değişken olarak seçildi. Hedef('output') değişkenler ise komplikasyon, lokal rekürens, uzak metastaz varlığı/yokluğu ve sağkalımdı. WEKA("Waikato Environment for Knowledge Analysis"; Waikato Üniversitesi, Yeni Zelanda) esnek hesaplama içerisindeki değişik veri madenciliği teknikleri("J48, SMO, Multilayer Perception, Random Forest, Bagging, Logistic, Bayesnet, Multi Scheme ve Reptree" yöntemleri) kullanılarak komplikasyon ve onkolojik sonlanımların herbiri için tahmin yapıldı. Farklı yöntemlerin öngörü doğrulukları analiz edildi ve karşılaştırıldı.

**Bulgular:**

Veri madenciliği teknikleri en güçlü öngörü değerleri ile komplikasyon ve lokal rekürens gelişimini saptayabildi: sırasıyla %93.22 ve %91.57'tür. Farklı organlara gerçekleşebilen metastazlar sınıflandığında yöntemlerin öngörebilme değeri ise %71.08'di. Genel sağkalım 1. yıl; 1-3 yıl; 5. yıla kadar ve 5 yıl üzeri olarak sınıflara ayrıldığında veri madenciliği teknikleri hepsi için %71.43 doğruluk oranında öngörebilme performansı göstermiştir.

**Sonuç:**

Kanser hücrelerinin karmaşık yapısı ve davranış biçimleri, veri madenciliği teknikleri kullanarak esnek hesaplama ile çözümlenebilir. Multidisipliner tedavi yöntemlerini, riskleri, hasta bilgilendirmesini ve klinik izlemine doğrudan etkileyen komplikasyonlar ve onkolojik sonlanımlar biyomatematiksel modelleme ile yüksek doğruluk oranında öngörülebilir.

**SS04****İlk Değerlendirmede Abdominoperineal****Rezeksiyon (APR) Kararı Alınan ve Sonrasında****İntersfinkterik Rezeksiyon (ISR) Uygulanan****Olguların Onkolojik ve Fonksiyonel Sonuçları**

Tuğba Matlım<sup>Özel</sup>1, Enver Kunduz<sup>2</sup>, Kürşat Serin<sup>1</sup>, Oktar Asoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Liv Hospital, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Çorum Bayat Devlet Hastanesi, Çorum

**Amaç:**

Aşağı yerleşimli rektum kanseri nedeniyle neoadjuvan tedavi sonrası ISR uygulanan olguların onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Bu amaçla 2003-2013 yılları arasında APR kararı alınan 104 olgu arasından neoadjuvan tedavi sonucunda cerrahi plan değiştirilerek ISR yapılan 46 olgu patolojik sonuçlar, sağkalım, lokal nüks ve fonksiyonel sonuçlar açısından değerlendirildi. Fonksiyonel sonuçlar Fekal İnkontinens Yaşam Kalitesi Anketi ( FIQL), SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve Wexner skorlama sistemi kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

2003-2013 yılları arasında ardışık ameliyat edilen 46 hastanın 16 (%34) sı kadın 30 (% 66) u erkek, ortanca yaş aralığı 56 (21-74) bulundu. Olguların 44 tanesine laparoskopik cerrahi

uygulandı. Olgular neoadjuvan tedavi öncesi % 65 i cT3, % 26 sı c T2, % 9 cT4 idi. Lenf nodu pozitifliği açısından ise % 58 i ( n: 27) cN1 idi. Patolojik evrelemede %52 si ypT3, % 16 sı ypT2, % 16 sı ypT1, %16 sı ypT0 dı. Tümörün distal sınıra uzaklığı medyan 10 mm ( 0- 45) di. İki olguda ( %4) distal sınır pozitifliği saptandı ve daha sonra APR uygulandı. Lateral sınır pozitifliği 3 ( %6,5) olguda saptandı. Hastaların medyan takip süresi 24 ay ( 2-85) olup, lokal nüks oranı % 4 ( n:2), sistemik metastaz oranı % 8 ( n:4) olarak saptandı. Fonksiyonel sonuçlar açısından Wexner skorunun ortalaması 5,34 iken, Wexner skoru < 5 olan hasta oranı ise % 71 olarak bulundu. FIQL yaşam kalitesi anketine göre olgular incelendiğinde gaita inkontinensi açısından yaşam biçimi skoru %85, inkontinensin üstesinden gelme başarısının % 77, gaita inkontinensi nedeniyle utanma skorunun % 77 hastada üçün üzerinde olduğu gözlemlendi. Medyan SF-36 Yaşam Kalitesi Skoru 82 (38-98) idi. Olguların sadece % 6,5 i stomalı yaşamı tercih edeceğini belirtti.

**Sonuç:**

Neoadjuvan tedavi ile elde edilen yanıt sonucunda cerrah ilk kararını değiştirebilir.

**SS05****Lazer Hemoroidoplasti (LHP): İleri Derece****Hemoroitlerinin Tedavisinde Yeni Cerrahi****Yöntem**

Ahmet Fatih Karahalioloğlu

Özel Çallı Meydan Tıp Merkezi, Antalya

**Amaç:**

İleri derece hemoroitlerinin tedavisinde diod lazer kullanarak yeni cerrahi yöntem tanıtılacaktır. Müdahale, basit genel veya bölgesel anestezi altında gününbirlik veya kısa süreli yatış ile gerçekleştirilebilir.

**Gereç-Yöntem:**

01/2006 ve 10/2009 tarihleri arasında toplam 332 olgu bu yeni teknik ile ameliyat edilmiş ve postoperatif takibe alınmıştır. Müdahale, 980 nm dalga uzunluğuna sahip diod lazer ile yapılmış ve özel geliştirilmiş radyal uçlar kullanılmıştır.

**Bulgular:**

Tüm büyümüş segmentler için ortalama ameliyat zamanı 17 dakikaydı. İntraoperatif ağır komplikasyonlar oluşmadı; mukoza hasara bağlı kanamalar ligasyon ile kapatıldı (% 2.7), hafif kanamalar ise kompresyon yapılarak durduruldu. Postoperatif ağır komplikasyonlar görülmedi; lazer enerjisine bağlı ağrısız ödemler sıkça oluştu (% 13), doku nekrozu bir olguda (% 0.3) mevcuttu. Diğer komplikasyonlar; anal ven trombozu(%1.5), fibromoluşumu(%7.8), apsevesubanodermal fistül gelişmesi (% 0,6) ve üriner retansiyon (% 2.1). 6 ay ve 3 yıl arasında değişen takip süre içinde kontrol edilen olguların % 5.8 'inde tekrar hemoroidal prolapsüs tespit edildi.

**Sonuç:**

Lazer hemoroidoplasti, anodermi koruyarak hemoroidal dokusunu güçlütlen ve az ağırlı ile komplikasyonu düşük şekilde doğal anatomiyi rekonstrükte eden yöntemdir.

**SS06****Genç Yaş Hastalarda Laparoskopik Rektepeksi - Uzun Dönem Takip Sonuçları**

Sezai Demirbaş<sup>1</sup>, İlker Sücüllü<sup>2</sup>, Mustafa Tahir Özer<sup>1</sup>, İsmail Hakkı Özerhan<sup>1</sup>, Mehmet Fatih Can<sup>1</sup>, Sübütay Peker<sup>1</sup>, Doğukan Çoşkun<sup>1</sup>, Yusuf Peker<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Genel Cerrahi AD, Ankara

<sup>2</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Gen Cerrahi Srv.

**Amaç:**

Kısa süreli faydaları hakkındaki raporlar sık olsa bile laparoskopik yaklaşımli rektepeksi (LR) yönteminin uzun dönem sonuçları ender olarak bildirilmiştir. Burda hepsi laparoskopik yaklaşımla tedavi edilmiş total rektal prolapsı (TRP) hastaların 5-10 yıllık fonksiyonel sonuçları olabildiğince değerlendirilmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

1998'den beri laparoskopik abdominal cerrahi yapılan TRP'lı genç hastalarda kalıcı morbidite, rekürrens, kabızlık, inkontinens ve hastaların ameliyattan tatmini parametreleri incelendi. Sonuçlar % ler ile bildirildi.

**Bulgular:**

Toplam 68 LR yapılan hastanın (biri SILS rektepeksi, 5'i rezeksiyonlu rektepeksi) yaş ortalaması 27 dir. Bu hastalardan LR sonrasında ortalama 5 yıl takip edilebilenlerden 32'sine ulaşılmıştı. Bunlardan 3'ünde(%9,4)genitoüriner morbidite ve yine 3'ünde de tekrar cerrahi gerektiren nüks TRP görüldü. İki hastada (%6,25) mukozal prolaps tespit edildi ve longo yöntemi kullanılarak peksi cerrahisi yapıldı. 10 yıllık takip sonunda ise hastalardan ancak 13 tanesi ile irtibat sağlandı. Onüç hastanın hiç birinde nüks tespit edilmedi. Beş yıl takip edilen 32 hastanın 11'inde (%34,3) kabızlık ve alakalı belirtiler ile 2 kişide (%6,3) fekal inkontinans (FI) tespit edildi. On yıl takibi için ulaşılan 13 hastanın 4'ünde (%31) kabızlık, 2 sinde (%15,4) FI (FISI-16,19) tespit edildi. Hastalara medikal tedavi ve anal egzersiz uygulaması ile çare aranmış, bir kısmı hala devam ediyordu. Beş yıl sonunda hastaların ameliyattan memnuniyeti %59,4 (19/32) idi. On üç hastada memnuniyet ise %53,8 (7/13) olarak tespit edildi.

**Sonuç:**

Bu küçük örneklem hacimli çalışma genç yaş grubu hastalarda LR nin TRP hastalığını tedavi etmede kabul edilebilir derecede düşük nüks ve morbidite-mortalite ile fonksiyonel sonuçları elde etmede uygun bir yöntem olabileceğini göstermektedir.

**SS07****Non Komplike Pilonidal Sinüslerde; Karydakıs, Adipofasyal Turn-Over ve Orta Hat Kaydırılmış Adipofasyal Turn-Over Ameliyatlarının Prospektif Randomize Karşılaştırılması**

Müjgan Çalışkan<sup>1</sup>, Koray Koşmaz<sup>2</sup>, İsmail Ege Subaşı<sup>3</sup>, Aylin Acar<sup>4</sup>, Hasan Erdem<sup>5</sup>, Abdullah Şişik<sup>2</sup>, Mustafa Kaya<sup>2</sup>, Hasan Avcı<sup>2</sup>, Süleyman Kalcan<sup>2</sup>, İbrahim Atak<sup>2</sup>, Gürhan Baş<sup>2</sup>, Orhan Alimoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medipol Mega Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Siirt Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Siirt

<sup>4</sup>Dr.Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>5</sup>Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana

**Amaç:**

Pilonidal sinüs hastalığı, en sık olarak sakrokoksigeal bölge üzerinde orta hatta yerleşen, içerisinde kıl demetlerinin bulunduğu bir veya daha fazla sinüs ağzı ile karakterize, akut ve subakut enfeksiyon atakları ile seyreden kronik bir hastalıktır. Pilonidal sinüs, ülkemizde sık görülen bir hastalıktır ve tedavisinde farklı cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimize yatırılarak opere edilen hastalarda, literatürde düşük postoperatif komplikasyonları olan Karydakıs ameliyatı, adipofasyal turn-over ameliyatı ve orta hat kaydırılmış adipofasyal turn-over ameliyatı sonrası komplikasyonların ve rekürrenslerin prospektif randomize analizi planlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Nisan 2009- Ocak 2012 tarihleri arasında 197 hastaya pilonidal sinüs nedeniyle cerrahi uygulandı. Prospektif randomize klinik çalışma verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara gününbirlik yatış yapıldı ve operasyon günü traş makinesi ile bölge temizliği yapıldı. Operasyondan yarım saat önce ve 6 saat sonra toplam 2 doz Ampisilin 1gr + Sulbaktam 500 mg intravenöz yapıldı. Tüm prosedürler lokal anestezi altında yapıldı ve Bupivacaine % 0,5 + 1:200000 Epinefrin kullanıldı. Metilen mavisi sinüs ağzından verilerek kistlerin boyanması sağlandı. Ameliyatlar, kliniğin cerrahi asistan doktorları tarafından, ilk 3 ay eğitmenlerin gözetimi altında, ardından tek başlarına uygulandı. Kist eksizyonu için yalnızca bisturi kullanıldı (koter hemostaz için kullanıldı). Kist eksizyonu ve hemostaz sonrası kavite % 0,9 izotonik NaCl ile yıkandı ve yara kenarları Povidon-iyot 10% ile tekrar temizlendi. Ardından primer kapama yöntemi olarak adipofasyal turn-over (Grup 1), orta hat kaydırılmış adipofasyal turn-over (Grup 2) veya Karydakıs flep (Grup 3) uygulandı. 1/0 Polyglactin ile fasya, 2/0 Polyglactin ile ciltaltı ve 3/0 polyglitone ile subkutan cilt yaklaştırıldı. Hastalar postoperatif 6. saatte kontrol edildi, herhangi ve şikayeti olmayan hasta naproksen 550 mg tb 2x1 verilerek taburcu edildi. Aspiratif drenaj miktarı <20 cc/gün ise 72. saatte dren çekildi. Hastaların kontrolleri 3. ve 10. gün, 1. 3. 6. 12. ve 24. ay yapıldı. Bu çalışmada, hastaların demografik verileri, hastanede yatış süresi, ten rengi, kıllanma tipi, aile öyküsü, başvuru şikayetleri, şikayetlerin başlama zamanı, orta hat ve lateraldeki sinüs sayısı, anüse en yakın sinüs mesafesi, kist boyutu, peroperatif kistin iyatojenik açılması, kistin içinde kıl demetleri olup olmadığı, drenaj miktarı ve süresi, cerrahi

teknikleri, komplikasyonlar ve nüksler değerlendirildi.

### Bulgular:

Hastaların 162'si erkek ve 35'i kadın idi (E: K oranı 4.6:1). Ortalama yaş 25.36 idi (aralık 14-56 yaş). Hastanede yatış süresi 6 saat idi. Grup 1, 2 ve 3'teki hasta sayıları sırası ile 74, 69 ve 54 idi. Ten rengi 100 hastada açık (%50.8) iken 97 hastada koyu (%49.2) idi. Hastaların 92'si kıllı (%46.8) ve 105'i kılsız (%53.2) idi. Ailede pilonidal sinüs öyküsü 57 olguda (%28.9) saptandı. Başvuru şikayetleri arasında akıntı (n=144), şişlik (n=120) ve ağrı (n=148) mevcut idi. Şikayetlerin başlama zamanı 1-6 ay arası (n=103), 6-12 ay arası (n=56) ve >12 ay (n=38) idi. Orta hat sinüs sayısı ortalama 2.2 idi ve lateraldeki sinüs sayısı ortalama 0.2 idi. Anüse en yakın ortalama sinüs mesafesi 5.2 cm idi. Ortalama kist boyutu 2 cm idi. Peroperatif 34 hastada kist iyatrojenik olarak açıldı. Hastaların 127'sinde kist içinde kıl demetleri saptandı. Drenaj miktarı <20 cc/gün olması üzerine 72. saatte dren çekildi. Komplikasyon oranları Grup 1'de %22.9 (n=17), Grup 2'de % 26.1 (n=18) ve Grup 3'de % 16.6 (n=9) saptandı. Ortalama 20 aylık (aralık 12-24 ay) takipte Grup 1'de %6.7 (n=5), Grup 2'de %4.3 (n=3) ve Grup 3'te %1.8 (n=1) nüks saptandı.

### Sonuç:

Hastalığın klinik formuna göre tedavi planlanır ve tedavi bazı olgularda oldukça zordur. Tüm tedavi yöntemlerinde nüks en büyük sorun olarak karşımıza çıkar. Bu hastalığın tedavisinde tüm olgu ve klinik formlara uygulanabilecek standart bir yöntem yoktur. Tedaviyi planlarken hastanın ihtiyaçları ve hastalığın durumu göz önüne alınarak tedavi

### SS08

#### Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Lazer Epilasyon Kullanımının Nüks ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Prospektif Randomize Tek Kör Çalışma

Sami Akbulut<sup>1</sup>, Rıdvan Yavuz<sup>1</sup>, Salim Akdemir<sup>2</sup>, Hüseyin Ağtas<sup>1</sup>, Koray Karabulut<sup>3</sup>, Yusuf Yagmur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Diyarbakır

<sup>2</sup>Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Bölümü, Diyarbakır

<sup>3</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

### Amaç:

Bu çalışmanın amacı pilonidal sinüs cerrahisi uygulanacak hastalarda lazer epilasyon kullanımının nüks, yara enfeksiyonu ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmaktır.

### Gereç-Yöntem:

2011-2012 tarihleri arasında Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesinde pilonidal sinüs cerrahisi yapılması planlanan 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar herbir grupta eşit sayıda olacak şekilde iki gruba bölündü. Hasta seçiminde basit randomizasyon tekniği uygulandı ve epilasyon uygulanacak hastalardan aydınlatılmış onam alındı. Cerrahların hangi hastanın hangi grupta olduğundan haberi yoktu. I. gruptaki hastaların intergluteal sulkuslarına (15x15 cm'lik bir alan) cerrahiden 2 hafta önce ve cerrahiden 3 hafta sonra olmak üzere toplam iki kez lazer epilasyon uygulandı. II. Gruptaki hastalara herhangi bir işlem yapılmadı. Tüm hastalara cerrahi

öncesi rutin kan tetkikleri yapıldı ve ASA riski belirlendi. Ameliyattan önceki gece tüm hastalara banyo yaptırıldı ve profilaksi için sefazolin sodyum kullanıldı. Tüm hastalar prone Jack-Knife pozisyonuna getirildikten sonra cerrahi alan elektrikli traş makinesi ile temizlendi ve ardından 10'luk povidon iyot solüsyonu ile cerrahi alan boyandı. Çalışmaya sadece spinal anestezi uygulanan hastalar dahil edildi. Cerrahi teknik olarak karidakis fleb rekonstrüksiyonu tercih edildi. Postoperatif analjezi diklofenak sodyum ile sağlandı. tüm hastalara dren konuldu. Dren cerrahiden sonraki gün rutin olarak çekildi. Dikişler tek tek matris şeklinde atıldı ve cerrahiden sonraki 15. günde alındı. Hastaların postoperatif 1. hafta, 1. ay ve 3. ay takipleri yapıldı. Hastalar iki bağımsız (biri bu çalışma ile ilgisi olmayan klinik hemşiresi idi) araştırmacı tarafından arandı ve aşağıda belirttiğimiz sorular soruldu. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, vücut kitle indeksleri (BMI), sigara kullanım durumları, şikayet süreleri, ASA skorları, hastanede kalış süreleri, yara enfeksiyonu, yara ayrışması, abse gelişimi, VAS ağrı ve memnuniyet skorları kaydedildi. Yara enfeksiyonu, ayrışma, abse, VAS ağrı ve memnuniyet skorları her üç kontrolde de ayrı ayrı kaydedildi. Kategorik ve devamlı değişkenlerin analizi için Ki-kare ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. p<0.05 değerleri anlamlı kabul edildi

### Bulgular:

Her iki grup arasında yaş, c,nsiyet, BMI, sigara kullanımı, şikayet süresi, ASA skorları arasında fark bulunmamıştır.1. hafta kontrollerinde epilasyonuz grupta VAs ağrı skoru daha başarılı iken VAS memnuniyet skoru epilasyonlu grupta daha başarılı sonuçlar vermiştir. Fakat 1. ay ve 3. ay kontrollerinde hem VAS ağrı hemde VAS memnuniyet skorları epilasyonuz grupta daha başarılı sonuçlar vermiştir. Her iki gruba ait veriler Tablo'da özetlenmiştir.

### Sonuç:

Lazer epilasyonun pilonidal sinüs cerrahisinde kullanımı ile ilgili literatürde yeterli veri yoktur ve olanların çoğu retrospektif küçük çalışma grupları şeklinde dizayn edilmiştir. Bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar lazer epilasyon kullanımının nüks ve hasta memnuniyeti üzerinde pozitif bir katkısının olmadığını göstermektedir. Bu konuda net bir yorum yapmak için çalışmamızın başka prospektif randomize çalışmalarla desteklenmesine ihtiyacı vardır.



Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Her iki gruba ait klinik ve demografik verilerinin karşılaştırılması**

Demografik ve klinik veriler	Epilasyonsuz Grup (n=30)	Epilasyonlu Grup (n=30)	p
Yaş	23±1	23±0	0.9
Cinsiyet (K/E)	8/22	7/23	0.9
BMI	25±3	25±7	0.9
Sigara (Evet/Hayır)	18/12	15/15	0.5
Şikayet Süresi (Ay)	18±4	20±5	0.4
ASA Skoru (I/II)	27/3	26/4	0.7
Hastanede kalış (gün)	2.2±0.1	2.2±0.6	0.9

**I.Hafta Kontrolleri**

Yara Enfeksiyonu (Var/Yok)	2/28	6/24	0.1
Yara Ayırışması (Var/Yok)	0/30	3/27	0.1
Abse (Var/yok)	1/29	4/26	0.1
VAS Ağrı	2.3±0.3	3.2±0.3	0.03
VAS Memnuniyet	7.2±0.2	7.9±0.2	0.01

**1.Ay Kontrolleri**

Yara Enfeksiyonu (Var/Yok)	5/25	5/25	1
Yara Ayırışması (Var/Yok)	1/29	5/25	0.07
Abse (Var/yok)	1/29	5/25	0.07
VAS Ağrı	1.1±0.2	2.5±0.2	<0.0001
VAS Memnuniyet	8.3±0.2	7.5±1.4	0.07

**3. Ay Kontrolleri**

Yara Enfeksiyonu (Var/Yok)	4/26	4/26	1
Yara Ayırışması (Var/Yok)	5/25	4/26	0.7
Abse (Var/yok)	1/29	1/29	0.6
VAS Ağrı	0.6±0.1	1.4±0.2	0.003
VAS Memnuniyet	8.1±0.1	7.8±0.1	0.06

VAS Ağrı Skoru büyüdükçe ağrının şiddeti artmaktadır VAS Memnuniyet Skoru büyüdükçe memnuniyet artmaktadır

**SS09****Lazerle Fistül Trakt Ablasyonu (LAFT):****Anal Fistül Tedavisinde Yeni Bir Alternatif**

Ersin Öztürk, Barış Gülcü

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

**Amaç:**

Anal fistül tedavisinde lazer kullanımı yeni bir yöntem olmasa da daha önce kullanılan lazerler ışınsal salınım yaptıkları için sadece önlerindeki dokuda etkilidiler. Çalışmamızda çevresel ışınım yapan yeni bir lazer probu kullanılarak tedavi edilmiş 50 hastanın verileri sunulmuştur.

**Gereç-Yöntem:**

Bu çalışma prospektif olarak takip edilmiş hastaların retrospektif analizi olup, kurumumuz etik kurulu tarafından onaylanmıştır. FiLaC(TM) (Biolitec AG, Jena, Almanya) prob kullanılarak, 1470nm dalgaboyunda lazer ışını 15 watt enerji üretecek şekilde genel anestezi altında hastaların

fistül traktlarına uygulandı ve ablasyon yapıldı. Başarı oranı, komplikasyonlar, ağrı skorları, ve normal hayata dönüş zamanı analiz edildi.

**Bulgular:**

Ortanca yaşı 41 (23-83) olan 37 erkek, 13 kadın hastaya LAFT uygulandı. Hiçbir hastada parenteral analjezik ihtiyacı olmadı. Hastalar işlemin ertesi günü şehir dışı yolculuk yapabilecek duruma gelse de normal günlük işlerine dönmeleri ortanca 7 (5-17) gün aldı. İntersfinkterik fistülü olan 10, transsfinkterik fistülü olan 34 ve yüksek transsfinkterik fistülü olan 6 hasta tedavi edildi. Ortanca takip süresi 12 (2-18) aydı. Başarı oranı %86 idi. Başarı sağlanamayan 7 hastada konzervatif yöntemlerle tedavi edildi.

**Sonuç:**

LAFT birçok genel cerrah tarafından rahatlıkla kullanılabilir, sfinkter koruyucu, güvenli, efektif bir yöntemdir.

**SS10****LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract) Tekniğinin Perianal Fistül Tedavisindeki Etkinliği: Erken Dönem Sonuçlar**

Gökhan Çipe, Erkan Yardımcı, Merve Büşra Cengiz,

Fatma Ümit Malya, Mustafa Hasbahçeci, Süleyman Bozkurt, Adem Akçakaya, Mahmut Müslümanoğlu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:**

LIFT (Ligation of intersphincteric fistula tract), perianal fistüllerin tedavisinde ilk kez 2007 yılında tanımlanmış yeni bir sfinkter koruyucu yöntemdir. Bu çalışmada LIFT ameliyatının erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2012-Mart 2013 tarihleri arasında 14 hastaya LIFT ameliyatı yapılmıştır. Fistül tipi ameliyat öncesi endoanal ultrason ile belirlenmiştir. Hastalar ameliyat sonrası ilk 1 ay haftalık daha sonra aylık olarak kontrol edilmiştir. Birinci ve 3. ay kontrollerde fizik muayenenin yanı sıra endoanal ultrason da yapılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat verileri ve postoperatif komplikasyonlar prospektif olarak kaydedilmiştir.

**Bulgular:**

Hastaların 8'i erkek, 6'sı kadındı. Ortalama yaş 41 (yaş aralığı: 24-67) idi. Hastaların 2'si transsfinkterik, 12 tanesi intersfinkterik fistül idi. Ortalama ameliyat süresi 32 (17-65) dk. idi. Ortalama takip süresi 7.4 (1-14) ay olarak hesaplandı.. Hastaların birinde yara yeri enfeksiyonu gelişti. Bir hastada da nüks oldu. Hiçbir hastada fekal inkontines olmadı.

**Sonuç:**

LIFT ameliyatı, erken dönem sonuçları göz önüne alındığında etkili ve güvenli bir yöntemdir. Bu yöntemin perianal fistül tedavisindeki rolünü tam olarak değerlendirebilmek için uzun takip süresine ihtiyaç vardır.





# **SÖZLÜ BİLDİRİLER**



**S01****Sağ Kolon ve Sol Kolon Kanseri Farklı mıdır? Laparoskopik Cerrahi Açık Cerrahiden Üstün müdür?**

Metin Keskin<sup>1</sup>, Serhat Meriç<sup>1</sup>, Muhammet Üçüncü<sup>1</sup>, Emre Sivriköz<sup>1</sup>, Orhan Ağcaoğlu<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Yılmaz Büyükcü<sup>1</sup>, Necmettin Sökücü<sup>1</sup>, Ali Akyüz<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Sağ kolon ve sol kolon yerleşimli kanserlere yapılan laparoskopik veya açık cerrahi uygulanan hastaların erken ve geç dönem sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

2005–2012 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, B Servisinde cerrahi tedavileri yapılan 199 sağ kolon ve 251 sol kolon yerleşimli kanser olgusunun prospektif ortamda oluşturulan verileri, yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, ameliyat tekniği, gaz-gaita çıkışı, oral gıda başlama zamanı, hastanede kalış süresi, morbidite, mortalite, patolojik inceleme ve takip sonuçları retrospektif olarak bilgisayar tabanlı veri ortamında SPSS istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Çalışma döneminde, çalışmaya toplam 450 hasta dahil edilmiş olup, acil, polipozis, senkron tümör olguları çalışma dışı bırakılmıştır. Sağ kolon yerleşimli 199 hastanın 143'ü (%72) ise laparoskopik, 56'sı (%28) açık yöntemle, sol kolon lezyonlarında ise 251 hastanın 188'i (%75) laparoskopik, 63'ü (%25) açık yöntemle ameliyat edildi. Gruplar arasında grup demografik veriler (yaş, cinsiyet) ve vücut kitle indeksi (vki) açısından benzerlik göstermekteydi ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (p>0.05).

İyileşme Süresi: Sağ taraf yerleşimli açık olgularda ortalama gaz deşarjı 2.9 (±1.4), dışkı pasajı 3.2 (±1.2), tam gıda başlama 4.8 (±3.4) günde gerçekleşirken, hastanede kalma süresi 10 (±4) gündü. Bu veriler laparoskopik grubunda ise sırasıyla 2.4 (±1.1), 3.5 (±1.4), 3.2 (±1.4), 8 (±6) gündü. Dışkı pasajı açısından iki grup arasında fark saptanmaz iken (p=0.146), gaz pasajı, tam gıda başlama ve hastanede kalış süresi açısından laparoskopik grup lehine anlamlı fark saptandı (p=0.045, p<0.001 ve p<0.001). Sol taraf açık olgularda ortalama gaz deşarjı 3 (±2), gaita deşarjı 4 (±2), tam gıda başlama 5 (±6) günde gerçekleşirken, hastanede kalma süresi 12 (±9) gündü. Bu veriler laparoskopik grupta sırasıyla 2 (±1), 3 (±1), 3 (±1), 7 (±4) gündü. Bu dört parametrede laparoskopik grup lehine anlamlı fark saptandı (p<0.001).

Morbidite: Sağ tarafta erken dönemde morbidite açık cerrahi yapılan grupta 6 (%11) olguda, laparoskopik cerrahi yapılan grupta ise 20 (%14) olguda görüldü (p=0.644). Laparoskopik grubunda açık cerrahiye geçiş oranı %15 (n:21)'ti. Sol tarafta ise erken dönemde morbidite açık cerrahi yapılan grupta 7 (%11) olguda, laparoskopik cerrahi yapılan grupta ise 17 (%9) olguda saptanmıştır (p=0.625). Sol taraftaki laparoskopik grubunda açık cerrahiye geçiş oranı %9.6'idi (n:18) idi.

Patoloji Bulguları: Patolojik verilere göre, sağ tarafta; tümör derinliği açısından açık ve laparoskopik grupları arasında

fark saptanmadı. Açık grupta 7 olgu (%12) T 1/ 2, 49 olgu (%88) T 3/4, laparoskopik grupta 10 olgu (%7) T 1/2, 133 olgu (%93) T 3 /4 'tü (p=0.259). Piyes uzunluğu açık vakalarda ortalama 391 (±147) mm, laparoskopik vakalarda 352 (±121) mm 'di (p=0.103). Disseke edilen lenf nodu sayısı açık cerrahi yapılan grupta 34 (±14), laparoskopik cerrahi yapılan grupta 31 (±11) 'di ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.252). Sol tarafta ise açık grupta 3 olgu (%5) T 1 veya 2, 60 olgu (%95) T 3 veya 4 iken, laparoskopik grupta 32 olgu (%17) erken evre (T 1/ 2 ), 156 olgu (%83) geç evre (T 3/4) idi (p=0.019). Piyes uzunluğu açık vakalarda ortalama 308 (±156) mm, laparoskopik vakalarda 238 (±94) mm idi (p<0.001). Disseke edilen lenf nodu sayısı açık cerrahi yapılan grupta 29 (±12), laparoskopik cerrahi yapılan grupta 26 (±13) idi (p=0.027). Ancak metastatik lenf nodu açık cerrahi yapılan grupta 1 (±2), laparoskopik cerrahi yapılan grupta 2 (±4) idi (p=0.391).

Sağkalım: 3 yıllık takibi tamamlanan 2005-2009 yıllarındaki vakalar sağ kalım analizine alındı. Sağ kolon yerleşimli grupta 3 yıllık sağkalım açık grupta %49 iken, laparoskopik grupta % 79'du. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.004). Sol tarafta ise 3 yıllık sağ kalım açık grupta %62.5 iken, laparoskopik grupta % 74'tu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.258).

**Sonuç:**

Sağ ve sol kolon yerleşimli kanserlerinin tedavisinde uygulanan laparoskopik cerrahi, erken dönemde hastalara belirgin kazanımlar sağlamaktadır. Sağ kalım analizi, sağ kolon kanserli olgulardaki 3 yıllık orta dönem takibi sonunda laparoskopik grubunun üstün olduğunu göstermiştir. Sol tarafta ise laparoskopik cerrahi erken dönemde hastalara belirgin kazanımlar sağlamaktadır. Ancak sağkalım analizlerine sağ taraftan farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir. Kesin bir kanıya varılabilmesi için uzun dönem sonuçların beklenmesi gerekmektedir.

**S02****Kolon ve Rektum Kanserlerinde Ameliyat Öncesi Köprüleme ya da Palyasyon Amaçlı Stent Uygulamaları**

İsmail Ethem Akgün<sup>1</sup>, Bülent Çitgez<sup>1</sup>, Esin Kabul Gürbulak<sup>1</sup>, Fevzi Celayir<sup>1</sup>, Uygur Demir<sup>1</sup>, Adem Akçakaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Kolon ve rektum kanserlerinin %10-20' si kısmi, %8-29' u ise tam tıkanma ile başvurmaktadır. Bu çalışmada kolon ve rektumda tıkanıcı tümörleri nedeni ile stent uyguladığımız 39 hastayı irdelemeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2007- Ocak 2013 tarihleri arasında tıkanıcı kolon ya da rektum tümörü olan hastalardan stent takılmasına uygun olduğu belirlenen 44 olgudan 39'una rektal yoldan barsak hazırlığı yapılarak stent uygulaması yapıldı. Sedasyon altında kolonoskop ile lezyon bölgesine kadar girildikten sonra gudewire (öncü tel) tıkanıklık bölgesinden geçirildi. Tomografideki tümör boyutuna uygun olarak belirlenen kendiliğinden genişleyen metal stent öncü tel üzerinden

darlığa yerleştirildi.

### Bulgular:

Olgularımızın 24'ü (%61,5) erkek, 15'i (%38,5) kadın idi. Ortalama yaş 55 (19-82) yıldı. Tümör yerleşimi 18 olguda rektum, 17 olguda sol kolon, 4 olgu da ise transvers kolonda idi. Hastalardan 11'ine palyasyon amacı ile işlem yapıldı. Bu olgulardan 2'sinde stente bağlı geç perforasyon (6. ve 8. ayda) nedeniyle laparotomi ve kalıcı kolostomi uygulandı. 1'inde ise uygulamadan 2 ay sonra stent kayarak rektumdan düştü. Olgulardan 28'ine ameliyata köprüleme amacıyla stent uygulandı.. Köprüleme amaçlı stent uygulaması yapılan hastalar 3-7 gün içerisinde barsak temizliği ve diğer hazırlıklar sonrası ameliyata alındı. 19 olgu laparoskopik olarak, 8 olgu ise açık yöntem ile ameliyat edildi. Bu hasta grubunda stent uygulamasıyla ilişkili bir komplikasyon tespit edilmedi.

### Sonuç:

Kolorektal tıkanıklığın kendiliğinden genişleyen metal stentlerle giderilmesi yaygın hastalığı olanlarda ameliyat gereksinimini ortadan kaldırmaktadır. Küratif ameliyat edilebilecek hastalarda ise barsak dekompresyonu ve barsak hazırlığına olanak tanıyarak stoma açılma gereksinimini ve acil cerrahi girişim ihtiyacını azaltır, laparoskopik cerrahiye imkan sağlayabilir.

### Olguların dağılımı

	Palyatif	Köprüleme	Toplam
Rektum	9	9	18
Sol kolon	1	16	17
Transvers kolon	1	3	4
<b>TOPLAM</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>39</b>

### S03

#### Acil ve Elektif Kolon Tümörlerinde Lenf Nodu Karşılaştırılması

Ahmet Rencüzoğulları, Kubilay Dalcı, Orçun Yalav, İsmail Cem Eray, Ömer Alabaz, Hüsnü Sönmez  
Çukurova Üniversitesi, Adana

#### Amaç:

Kolon kanserinde en sık yayılma şekli lenf nodu tutulumu şeklindedir. Tedavisinde primer tümörü drene olduğu lenfovasküler yapılar ile çıkarmak hedefdir ve bundaki başarı direkt prognoz ile ilişkilidir. Bu çalışmada amaç obstrüksiyon bulguları ile acil şartlarda opere edilen kolon tümürlü hastalar ile hastalığın evresi ve lokalizasyonu aynı olup elektif şartlarda opere edilen hastaları; rezeke edilen lenf nodları yönünden karşılaştırmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Haziran 2011 ile aralık 2012 tarihleri arasında acil şartlarda ileus tanısı ile ameliyat planlanan ve laparotomide tespit edilen obstrükte kolon malignitesi nedeniyle lokalizasyona uygun olacak şekilde rezeksiyon yapılan 21 hasta ile aynı lokalizasyonlu kolon tümörü nedeniyle elektif şartlarda ameliyat edilen 21 hasta çalışmaya dahil edildi. Acil grubun yaş ortalaması 68(51-102) iken, elektif grubun yaş ortalaması 64(38-87) idi. Metastatik vakalar çalışmaya dahil

edilmezken, her iki grupta cinsiyet, komorbiditeler yönünden fark yoktu.

#### Bulgular:

Acil cerrahi uygulanan obstrükte vakalarda tümör lokalizasyonu en sık 10 olguda (%47,6) sigmoid kolonda idi. 3 çıkan kolon, 1 transvers kolon, 2 splenik flexura, 5 inen kolon tümörü nedeniyle onkolojik prensiplere uygun olduğu düşünülen rezeksiyonlar uygulandı. Bu grupta çıkarılan lenf nodu sayısı ortalaması 13,6(7-19) iken, elektif grupta çıkarılan lenf nodu sayısı ortalaması 19,4(11-32) idi ( $p < 0,05$ ). Metastatik lenf nodu sayısının toplam lenf nodu sayısına oranı acil grupta %11,7 iken, elektif grupta %10,5 idi ( $p > 0,05$ ). AJCC kılavuzları, NCI ve ASCO olmak üzere birçok kuruluşun doğru evreleme için belirlediği 12 lenf nodu sayısının altında acil grupta 6 hasta, elektif grupta ise 1 hasta mevcuttu ( $p < 0,05$ ).

#### Sonuç:

İki grup arasında uzun dönem sonuçları bilmiyoruz ancak, doğru patolojik evreleme için gerekli lenf nodu sayıları arasında anlamlı fark tespit edildiğinden etkilenmeyeceği açıktır. Acil tümör cerrahisinde hasta hayatının kurtarılması her ne kadar ilk hedef olsa da, genel sağ kalımın uzatılması ve doğru evrelendirme için onkolojik cerrahi prensiplerin gözden geçirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

### S04

#### Kolorektal Kanserin Yerleşimi veya Evresinin Semptomların Süresiyle İlişkisi Yoktur

Ersin Öztürk<sup>1</sup>, Ayhan Kuzu<sup>2</sup>, Derya Öztuna<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Bursa

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik AD, Ankara

#### Amaç:

Kolorektal kanserlerin büyük bir bölümü ileri evrede yakalanmakta bu da prognozu olumsuz etkilenmektedir. Bu çalışmanın amacı tümör yer ve evresinin kolorektal kanser tanı zamanını nasıl etkilediğinin değerlendirilmesidir.

#### Gereç-Yöntem:

On yedi üniversite ve eğitim hastanesinde prospektif kohort bir çalışma yürütülmüştür. Yeni kolorektal kanser tanısı almış hastalara standart anket çalışması uygulanmıştır. Bu anketle hastaların semptomları, semptom süreleri (ilk doktora başvuru süresi, tanıya kadar geçen süre), tedavi, tanısal prosedürler, tümör lokalizasyonu ve evre (TNM) sorgulanmıştır

#### Bulgular:

Kolorektal kanserli 1550 hastaya anket uygulandı [ortalama yaş: 61.05 ( $\pm 13.44$ ); erkek: 912; >50 yaş hasta: 1244; kolon/rektum kanseri: 767/748; sağ/ sol kolon: 349/1190; evre 0-1-2/evre 3-4: 691/850]. Semptom süreleri sağ ve sol kolon arasında farklı değildi (50.6% vs 55.5% ilk ayda; 21.1% vs 21.0% 1-3 arasında; 28.3% vs 23.5% >3 ay;  $p=0.332$ ). Ayrıca semptom sürelerinin tümör evresi ile de ilişkisi yoktu (52.0% vs 52.6% ilk ayda; 21.0% vs 20.7% 1-3 ayda; 27.0% vs 26.7% > 3 ay;  $p=0.947$ ). Hematokezya ( $P < 0.001$ ), bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ( $p < 0.001$ ) ve perianal sıkıntı ( $p=0.001$ ) daha çok sol kolon

*Antalya*

kanseriyle alakalı iken, karın ağrısı ( $p<0.001$ ), halsizlik ( $p<0.001$ ) ve kilo kaybı ( $p=0.001$ ) daha çok sağ kolon kanseriyle alakalıydı.

#### **Sonuç:**

Tümör evresi ve lokalizasyonu ile semptom süresi arasında bir ilişki gözlenmemiştir. Bu nedenle kolorektal kanserin erken dönemde yakalanması için tarama yöntemlerinin kullanılması elzemdir.

#### **S05**

### **HNPCC - Cerrahi Stratejiyi Belirlerken Takipte Gözden Kaçmaması Gerekenler**

Latif Volkan Tümay<sup>1</sup>, Osman Serhat Güner<sup>1</sup>, Abdullah Zorluoğlu<sup>1</sup>, Berrin Tunca<sup>2</sup>, İmam Bakır Batı<sup>1</sup>, Ersin Öztürk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji Kliniği

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### **Amaç:**

HNPCC ailesine ait bireylerde mutant gen saptanmadığında gözetimin devam etmesinin gerekliliğini, ayrıca mutasyon taşıyıcılarda da HNPCC ilişkili organ tümörleri açısından gözetimin sürdürülmesini örnek olgular üzerinden göstermektedir.

#### **Gereç-Yöntem:**

1991-2012 yıllarını kapsayan 21 yıllık süreçte U.Ü. Tıp Fakültesi ve Acıbadem Üniversitesi Bursa Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde Amsterdam kriterlerine uyan kolorektal kanserli 36 olgunun yer aldığı 336 üyeli 30 ailede uygulanan cerrahi girişimler irdelenmiştir. Aile bireylerinde 111 olguda 123 kolorektal, 8 akciğer, 6 endometrium, 5 mide, 4 meme, 3 beyin, 3 larinks, 2 böbrek, 1 pankreas ve 5 çeşitli kanserler saptanmıştır. MSI ve IHC 'nin pozitif olduğu ailelerde HNPCC deki mutasyonların % 90'nını oluşturan MLH1 ve MSH2 MMR gen mutasyonları araştırılmıştır.

#### **Bulgular:**

MMR gen mutasyonu 5 ailede MLH1, 5 ailede MSH2 şeklinde saptanmıştır. Kolorektal kanser saptanmış 36 olgunun 28'ine Total Abdominal Kolektomi ve İleo-Rektal Anastomoz (TAK+ IRA), 2'sine total proktokolektomi ve uç ileostomi, 6'sına ise segmenter kolektomi yapılmıştır. Mutant gen taşıyıcı hiçbir olguya profilaktik kolektomi yapılmamıştır. HNPCC'li 8 no'lu ailede mutant gen taşıyıcı 2 olguda kolon kanseri için yapılan ameliyatlardan sonra gözetim sürdürülürken 8 ve 13 yıl sonra pankreas başı kanseri ve renal pelvis tümörü gelişmiştir. Mutant gen saptanmamış bir olguda ise gen analizinden 4 yıl sonra sağ kolon kanseri gelişmiş ve TAK- IRA şeklinde ameliyat edilmiştir.

#### **Sonuç:**

HNPCC aile üyesi olan kişilerde mutant gen saptandığında gözetim çok önem kazanır, bu olgularda profilaktik TAK-IRA bile önerilirken, mutant gen taşıyıcısı olmayan aile bireylerinin yanlış bir rehavete kapılarak gözetimden çıkarılmaması gerekir. Bu seride son 2 yıl içinde gen analizinden 4 yıl sonra mutant gen taşıyıcısı olmayan olgularımızdan birinde sağ kolon kanseri gelişmiş ve olguya TAK-IRA yapılarak diğer mutant gen negatif bireyler kolonoskopik gözetim konusunda

*VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi*

tekrar bilgilendirilip gözetim altına alınmıştır. Son 2 yılda aynı ailedeki mutant gen taşıyıcısı olan 2 hastada (kolon kanseri için yapılan ameliyatlardan sonra gözetim sürdürülürken) 8 ve 13 yıl sonra pankreas başı kanseri ve renal pelvis tümörü gelişmiştir. Bu hastalara whipple prosedürü ve üreterektomi ile birlikte nefrektomi yapılmıştır. HNPCC aile üyelerinde mutant gen saptanmış olgularda kolon dışı organlar da gözetimde tutulmalıdır. Mutant gen saptanmamış olgularda yanlış bir güven duygusuna kapılmadan bu fertlerde kolorektal kanser riskinin gelişme riskinin normal popülasyona göre çok daha yüksek olduğu akıld tutularak kolonoskopik gözetim sürdürülmelidir.

#### **S06**

### **Kolon Kanseri Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastalarda Lenf Nodu Tutulumu ile Peritümöral Lenfositik Reaksiyon, Perinöral İnvazyon ve Lenfovasküler İnvazyonun İlişkisi**

Tunç Eren<sup>1</sup>, Mustafa Demir<sup>1</sup>, Tamer Akay<sup>2</sup>, İbrahim Ali Özemir<sup>1</sup>, Süleyman Orman<sup>1</sup>, Haydar Yalman<sup>1</sup>, Rafet Yığıtbaşı<sup>1</sup>, Orhan Alimoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İst. Medeniyet Üniversitesi, Göztepe EAH, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Şirnak Silopi DH, Genel Cerrahi Kliniği

#### **Amaç:**

Kolorektal cerrahide ameliyat edilen olguların patoloji piyeslerinin değerlendirilmesi ile ortaya çıkan TNM evresi, perinöral invazyon, peritümöral lenfositik reaksiyon, lenfovasküler invazyon gibi parametrelerin bağımsız prognostik faktörler olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda perinöral invazyon, lenfovasküler invazyon ve peritümöral lenfositik reaksiyon varlığının lenf nodu tutulumu ve dolayısıyla prognoz üzerine etkisinin yanı sıra birbirleriyle ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

#### **Gereç-Yöntem:**

Genel Cerrahi Kliniğimizde 2008-2012 yılları arasında kolon kanseri tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan 71 hasta incelendi. Nüks olgular, rektum tümörü olguları, neoadjuvan tedavi almış hastalar ve çıkarılan lenf nodu sayısı 12'nin altında olan vakalar çalışmaya dahil edilmedi. Cerrahi sonrası çıkarılan tüm piyesler aynı patoloji ekibi tarafından değerlendirildi. Bu değerlendirmede tümör cinsi, TNM evresi, cerrahi sınır, perinöral invazyon, lenfovasküler invazyon ve peritümöral lenfositik reaksiyon derecesi incelendi. Patolojik evreleme AJCC (American Joint Committee on Cancer) sistemine göre yapıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

#### **Bulgular:**

Çalışmaya dahil edilen 71 hastanın 39'u erkek (%54,9) ve 32'si kadın (%45,1) idi. Yaş ortalaması  $65,07\pm 12,31$  (39-89) saptandı. Tümörlerin 18'i çıkan kolonda (%25,4), 3'ü transvers kolonda (%4,2), 8'i inen kolonda (%11,2), 42'si sigmoid kolonda (%59,2) lokalizedi. Patolojik incelemelerde 14 olguda perinöral invazyon (%10,5) ve 65 olguda ise lenfovasküler invazyon (%91,6) saptandı. Altmış dokuz olguda peritümöral lenfositik reaksiyon (%97,2) mevcut olup 53'ü hafif derecede (%74,6) ve 16'sı orta derecede (%22,6)



izlendi. Perinöral invazyon grubunda N2 evresi görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken ( $p < 0,001$ ), lenfovasküler invazyon grubu ile N evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ). N evrelerine göre peritümöral lenfositik reaksiyon grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p > 0,05$ ). Altmış üç hastada (%88,7) lenfovasküler invazyon ile peritümöral lenfositik reaksiyon birlikteliği mevcuttu ve bu iki grup arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

#### Sonuç:

Çalışmamızda belirteçlerden perinöral invazyonun mevcut olduğu gruptaki hastaların daha yüksek oranda N2 evresinde oldukları saptanmış olup perinöral invazyon, artmış lenf nodu tutulumu ile ilişkili bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Diğer yandan, lenfovasküler invazyon ile ilgili olarak anlamlı bir istatistiksel sonuca ulaşılamamış, N evrelerine göre peritümöral lenfositik reaksiyon grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ). İncelediğimiz olgularda peritümöral lenfositik reaksiyon ve lenfovasküler invazyon birlikteliğinin yüksek sıklıkta (%88,7) olduğu belirlenmiş olup bu iki parametre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Kolon kanseri cerrahisinde söz konusu belirteçlerin prognostik değerlerinin ortaya konulabilmesi amacıyla daha geniş kapsamlı, prospektif, randomize yeni çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir.

#### S07

### Evre II-III Distal Rektum Kanserinde Neoadjuvan Tedavi Sonrası Lateral Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu: Erken Dönem Sonuçlar

Gökhan Çipe, Hüseyin Bektaşoğlu, Fatma Ümit Malya, Merve Büşra Cengiz, Süleyman Bozkurt, Mustafa Hasbahçeci, Oğuzhan Karatepe, Mahmut Müslümanoğlu  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

#### Amaç:

Rektum kanserlerinde özellikle pelvik refleksiyonun altında yerleşen tümörlerde lateral pelvik lenf nodlarına metastazın %10-25 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Bu lenf nodlarında metastaz olması lokal nükslerde artış ve sağkalım oranlarında azalma ile ilişkili görülmektedir. Bu sebeple rektum cerrahisinde standart total mezorektal eksizyona ek olarak lateral pelvik lenf nodu diseksiyonu (LPLND) yapılmasının lokal rekürrens ve sağkalım üzerine etkinliği tartışılmaktadır. Ayrıca LPLND'nin cerrahi komplikasyonlar üzerine etkileri de tartışmalıdır. Evre II-III tümörlerde neoadjuvan kemoradyoterapinin lokal rekürrensi azalttığı gösterildikten sonra, bu uygulama yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, neoadjuvan tedavi alan hastalarda ayrıca LPLND yapılmasının onkolojik cerrahiye katkısını inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Burada neoadjuvan tedavi alan EvreII-III rektum tümürlü LPLND yapılan hastalarda erken dönem sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmaya EVRE II-III orta ve distal rektum tümörü olan 18-75 yaş arası hastalar dahil edildi. Hastaların hepsine standart olarak uzun dönem kemoradyoterapi yapıldı. Hastalara evrelendirme için neoadjuvan öncesi ve sonrası Magnetik

Resonans Görüntüleme ve endoultrasonografi yapıldı ve tümör lokalizasyonuna göre veya lateral pelvik lenf nodu varlığına göre sağ veya sol LPLND uygulandı. Ameliyat süresi, ameliyat sırasında kanama miktarı, patolojik evre, LPLN ile çıkarılan lenf nodu sayısı, postoperatif komplikasyonlar ve mortalite olup olmadığı kaydedildi.

#### Bulgular:

Mart 2012 - Şubat 2013 tarihleri arasında 7 kadın 4 erkek toplam 11 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 53.4 (41-75)'tür. Neoadjuvan tedavi öncesi 4 hastada görüntüleme yöntemleri ile lateral pelvik lenf nodu pozitif olarak değerlendirildiği halde neoadjuvan tedavi sonrasında görüntüleme yöntemleri ile hiçbir hastada lateral pelvik lenf nodu pozitif olarak kaydedilmemiştir. Hastaların tamamına standart total mezorektal eksizyona yanısıra lateral pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Dört hastanın LPLND açık, 7 hastanın ise laparoskopik olarak yapılmıştır. 4 hastamıza aşağı anterior rezeksiyon, 6 hastamıza intersfinkterik rezeksiyon ve 1 hastamıza Miles yapılmıştır. Ortalama ameliyat süresi 281 dakika ve ortalama kanama miktarı 245cc olarak kaydedilmiştir. Ameliyat sonrası 1 hastamızda miyokard enfarktüsüne bağlı mortalite gelişmiştir. İntersfinkterik rezeksiyon yapılan 1 hastada anastomoz ayrışması oldu ve konservatif olarak tedavi edildi. Ameliyat sırasında çıkarılan toplam lateral pelvik lenf nodu ortalama sayısı 5 (0-17) olarak bulunmuştur. Yapılan patolojik değerlendirmede hiçbir hastada lateral pelvik lenf nodunda metastaz tespit edilmemiştir.

#### Sonuç:

Rektum tümörlerinde LPLND'nun yeri tartışmalıdır. Çalışmamızın erken sonuçları neoadjuvan tedavi alan hastalarda ve LPLND yapmanın gereksiz olduğunu göstermektedir.

#### S08

### Kolorektal Kansere Bağlı Peritoneal Metastazlarda Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi: Dokuz Eylül Üniversitesi Deneyimi

Selman Sökmen<sup>1</sup>, Cem Terzi<sup>1</sup>, Aras Emre Canda<sup>1</sup>, Çiğdem Arslan<sup>1</sup>, Emre Direk<sup>1</sup>, Tuğba Yavuzşen<sup>2</sup>, İlhan Öztıp<sup>2</sup>, Mehmet Füzün<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir  
<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

#### Amaç:

Kolorektal kansere bağlı peritoneal metastazlı hastalarda sitoredüktif cerrahi(SRC) ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi(HİPEK) uygulama sonuçlarımızı değerlendirmek amaçlanmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

1996-2013 yılları arasında peritoneal karsinomatoz (PK) nedeni ile 266 hastaya SRC ve intraperitoneal kemoterapi (İPK) uygulandı. 2007 yılından sonra kliniğimizde HİPEK uygulanmasına başlanmış ve PK'lu 143 hastaya 146 SRC ve HİPEK işlemi yapılmıştır.

#### Bulgular:

Olguların %20'sinde yandaş hastalık, %15'inde malign asit vardı. %55 hastada senkron PK izlenirken, %43 hasta

## Antalya

daha önce kemoterapi almıştı. Medyan yaş 53 iken, medyan izlem süresi 21 aydır. Primer hastalık %41.7 olguda over; %37.2 olguda kolorektal kaynaklı idi. Kolorektal peritoneal karsinomatoz olan 99 olgunun 51'ine erken perioperatif intraperitoneal kemoterapi (EPIK), 48'ine HİPEK uygulandı. HİPEK uygulanan 48 hastanın 38'inde primer tümör yerleşimi kolon iken, 10'unda primer tümör yerleşim yeri rektum idi. Perioperatif dönemde 5 (%10.4) hasta kaybedildi. Cerrahi morbidite ve HİPEK'e bağlı toksisite oranları sırası ile %16.7 ve %20.8'dir. Seride ortalama rezeke edilen organ sayısı 7; ameliyat süresi 6.5 saat; hastanede kalış 13 gün ve stoma oranı %34 olarak saptandı. Ortalama izlem süresi 21 (0-60) ay olan serimizde genel sağkalım oranı 27.4 ay olarak hesaplandı.

**Sonuç:**

Kolorektal kansere bağlı peritoneal metastazı olan seçilmiş hastalarda SRC ve HİPEK yaklaşımı kabul edilebilir morbidite ve mortalite oranları ile sağkalımı uzatmaktadır.

**S09****Lokal İleri Rektum Kanseri Nöoadjuvan Tedaviye Patolojik Tam Yanıt**

Cihangir Akyol<sup>1</sup>, Bülent Erkek<sup>1</sup>, Pınar Kara<sup>2</sup>, Mehmet Ali Koç<sup>1</sup>, Utku Göktuğ<sup>1</sup>, Ethem Geçim<sup>1</sup>, Cihan Bumin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara  
<sup>2</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Ankara

**Amaç:**

Günümüzde rektum kanseri tedavisinin temelini cerrahi oluşturmakla birlikte, lokal ileri (T3-T4) ve lenf bezi tutulumu olan hastalarda nöoadjuvan kemoradyoterapi onkolojik sonuçlara olumlu etkileri nedeniyle tercih edilmektedir. Bu çalışmada Evre 2 ve Evre 3 rektum kanseri nedeniyle uzun dönem nöoadjuvan kemoradyoterapi alan hastalarda patolojik tam yanıt oranları ve bu yanıtta etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

2008-2013 yılları arasında nöoadjuvan kemoradyoterapi alan Evre 2 ve evre 3, 81 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara eş zamanlı uzun dönem kemoradyoterapi protokolü uygulandı. (Toplam 50 gy doz radyoterapi, 20-25 gün) Bu hastalara kemoradyoterapi bitiminden 6-8 hafta sonra küratif cerrahi rezeksiyon yapıldı. Alt ve orta rektum yerleşimli tümörlere total mezorektal eksizyon, üst rektum yerleşimli tümörlere ise parsiyel mezorektal eksizyon uygulandı. Cinsiyet, yaş, ek hastalıklar, tümörün dişli çizgiye olan uzaklığı, nöoadjuvan tedavi öncesi evre, yapılan ameliyat, nöoadjuvan tedavi merkezi, nöoadjuvan tedaviden itibaren cerrahi girişime kadar geçen süre, postoperatif patolojik evreleme kayıtları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:**

Çalışmaya alınan hastaların %54,3'ü (44) erkek, %45,7'si (37) kadın idi. Median yaş 60 (27-85) olarak tesbit edildi. Tümörlerin %47'sinin (38 hasta) alt rektumda, %39,5'inin (32 hasta) orta rektumda, %13,5'inin (11 hasta) üst rektumda yerleştiği gözlemlendi. 25 hastada (%30,9) patolojik tam yanıt izlendi. Patolojik tam yanıtta; cinsiyet, yaş, ek hastalıklar, tümör lokalizasyonu, nöoadjuvan tedavi öncesi evre, nöoadjuvan

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

tedavi merkezi, yapılan ameliyat, nöoadjuvan tedaviden cerrahi girişime kadar geçen sürenin istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı izlendi.

**Sonuç:**

Total mezorektal eksizyon tekniğinin doğru uygulanması ve adjuvan/nöoadjuvan tedavideki gelişmeler rektum kanserinde daha iyi onkolojik sonuçlar alınmasını sağlamaktadır. Nöoadjuvan kemoradyoterapi sonrası gelişen patolojik tam yanıtın, daha düşük lokal nüks ve daha uzun sağkalıma direk etki eden bir faktör olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir. Klinik tam yanıt olan hastalarda ise, Habr-Gama'nın başlattığı "bekle-gör" yaklaşımına çoğu merkezde endişe ile bakılmasına rağmen hergün bu yaklaşım hakkında yeni sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda nöoadjuvan kemoradyoterapi tedavisi sonrası %30,9 oranında patolojik tam yanıt bulunmuş olup, bu sonuca etki eden bir faktör istatistiksel olarak bulunamamıştır. Hastalarımızın demografik verilerinin birbirine çok benzemesi ve nöoadjuvan tedavi sonrasında geçen zamanın standart bir protokol ile belirlenmiş olmasının (6-8hafta) bu sonuca neden olduğunu düşünmekteyiz.

**S10****Rektum Kanseri Cerrahisinde İntersfinkterik Rezeksiyonlar Onkolojik Sonuçları Ne Yönde Etkilemekte?**

Metin Keskin<sup>1</sup>, Emre Sivrikoz<sup>1</sup>, Adem Bayraktar<sup>1</sup>, Orhan Ağcaoğlu<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Ali Akyüz<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Distal yerleşimli rektum kanseri olgularının cerrahi tedavisinde intersfinkterik rezeksiyon (İSR) ile abdominoperineal rektum amputasyonu (APR) yapılan hastaların erken ve geç dönem sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

2005-2012 yılları arasında distal yerleşimli 420 rektum tümörü olgusundan APR ve İSR yapılan distal yerleşimli 191 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik verileri, nöoadjuvan tedavi, ameliyat teknikleri ve tipleri, komplikasyonları, patolojik verileri ve sağ kalım analizleri prospektif olarak bilgisayar ortamında oluşturulmuş veri bankasından alınan bilgiler eşliğinde SSPS programında değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Çalışmaya dahil edilen 106 olgu erkek (%55.4), 85'i ise kadındı (%44.6). Demografik özellikler (yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi) açısından iki grup homojendi (p>0.05). Hastaların 170'ine (%89) nöoadjuvan tedavi uygulandı. Nöoadjuvan tedavi uygulanan 170 olgunun 143'üne (%84.2) uzun dönem, 27'sine (%15.8) kısa dönem tedavi uygulandı. Olguların 149'una (%78) laparoskopik cerrahi, 42'sine ise (%22) açık cerrahi uygulandı. Olguların 148'ine (%78) APR yapılırken 43'üne (%22) İSR yapıldı. Nöoadjuvan tedavi uygulanan hastaların 132'sine (%77.6) APR, 38'ine (%22.4) İSR uygulandı (p=1.000). Uzun dönem nöoadjuvan tedavi alan 143 hastanın, 33'üne (%23.1) İSR yapılırken bu oran kısa dönem tedavi alan 27 hastada sadece 5'dir (%18.5),



( $p=0.802$ ). Komplikasyon gelişen toplam 53 olgunun 38'i APR (%72) grubunda yer alırken İSR grubunda sadece 15 (%28) olguda komplikasyon geliştiği saptanmıştır ( $p=0.250$ ). Majör komplikasyon oranı İSR yapılan olgularda %14 iken, APR grubunda ise %10 olarak saptandı ( $p=1.000$ ). APR yapılan hastaların %66'sında ( $n=98$ ) tümör çapı  $< 5$  cm, %34 ( $n=50$ ) olguda ise tümör çapı  $\geq 5$  cm idi. İSR grubunda %58 ( $n=25$ ) oranında tümör çapı  $< 5$  cm iken %42 ( $n=18$ ) oranında tümör çapı  $\geq 5$  cm idi ( $p=1.000$ ). Patolojik tam yanıt oranı İSR grubunda %30 ( $n=13$ ) iken bu oran APR grubunda %14'dü ( $n=21$ ), ( $p=0.023$ ). İSR yapılan hastaların %32'sinde ( $n=14$ ); APR yapılan hastaların %26'sında ( $n=38$ ) T1 ve T2 tümör saptanırken ( $p=0.437$ ); APR yapılan hastaların %60'ında ( $n=89$ ), İSR yapılan hastaların %37'sinde ( $n=16$ ) T3 ve T4 tümör saptandı. T3 ve T4 tümörlerde APR oranı istatistiksel olarak daha yüksek olarak saptandı ( $p=0.009$ ). Abdominoperineal rezeksiyon yapılan hastaların %26'sında ( $n=39$ ) LCS pozitifliği saptanırken, bu oran intersfinkterik rezeksiyon yapılan grupta %12 ( $n=5$ ) idi. Çalışmaya dahil edilen 191 olgunun 14'ünde (%7) lokal nüks, 30'unda (%16) uzak organ metastazı gelişmiştir. APR uygulanan hastaların %8'inde ( $n=12$ ) lokal nüks saptanırken İSR uygulanan hastaların sadece %5'inde ( $n=2$ ) lokal nüks gelişimi saptandı ( $p=0.740$ ). Uzak metastaz %20 ( $n=30$ ) oranında APR grubunda saptanırken İSR uygulanan hastaların %14'ünde ( $n=6$ ) uzak organ metastazı gelişimi saptandı ( $p=0.506$ ). İSR yapılan olgularda ortalama sağ kalım süresi (ay) 52.5 ( $\pm 18,6$ ) iken APR yapılan olgularda 50.5 ( $\pm 21,3$ ) olarak saptandı ( $p=0.657$ ). Üç yıllık genel sağ kalım İSR' de %89.5, APR' de %77.9 ( $p=0.351$ ); Üç yıllık hastaliksız sağ kalım İSR' de %73.4, APR' de %68.6' idi ( $p=0.787$ ). Çoklu regresyon analizine bakıldığında da İSR ve APR yapılan hastalarda cerrahi sonrası komplikasyon ( $p=0.099$ ), lokal nüks ( $p=0.736$ ) ve uzak organ metastazı ( $p=0.659$ ), genel ( $p=0.351$ ) ve hastaliksız sağ kalım ( $p=0.787$ ) açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

### Sonuç:

Distal yerleşimli rektum tümörlerinde İSR uygun olgularda bir tedavi bir seçeneğidir. Bu olgulara İSR yapılmasının erken ve geç dönem cerrahi, onkolojik ve sağ kalım sonuçları üzerine olumsuz bir etkisi görülmemektedir. Ayrıca neoadjuvan tedavi sonrası total regresyon görülen olgularda İSR ile sfinkter koruyucu cerrahi yapma şansı artmaktadır.

### S11

## Rektum Kanseri Cerrahisinde Mezorektum Bütünlüğünün Önemi Nedir? İnkomples Mezorektum Herşeyin Sonu mu?

Metin Keskin<sup>1</sup>, Emre Sivrikoz<sup>1</sup>, Adem Bayraktar<sup>1</sup>, Mustafa Tükenmez<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Yılmaz Büyükcüncü<sup>1</sup>, Ali Akyüz<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

### Amaç:

Orta ve distal yerleşimli rektum tümörlerinde mezorektum bütünlüğünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve inkomplet mezorektumun sağ kalım üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

### Gereç-Yöntem:

2007- 2012 yılları arasında orta ve distal yerleşimli, patolojik olarak mezorektum bütünlüğüne bakılan 326 rektum tümörlü olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik özellikler (cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi (VKİ)), ameliyat tekniği, ameliyat tipi, laparoskopik rezeksiyon yapılan hastalarda rektum transeksiyonu sırasında kullanılan stapler sayısı, ameliyat süresi neoadjuvan tedavi, tümörün yerleşim yeri, tümör çapı, tümör derinliği, lenf nodu tutulumu, mezorektum bütünlüğü, lateral cerrahi sınır durumu (LCS), verileri bilgisayar ortamında kaydedilerek SSPS programında değerlendirildi.

### Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 251 olgu erkek (%77), 138'i ise kadını (%33). Olguların %67'sinde ( $n=217$ ) mezorektum komplet veya near komplet, %33'ünde ( $n=109$ ) ise inkomplet olarak saptandı. Cinsiyet ( $p=1.000$ ) ve VKİ ( $p=0.475$ ) ile mezorektum inkompletliği arasında ilişki saptanamazken 65 yaş üzeri olan olguların 54'ünde (%56) komplet, 42'sinde (%44) inkomplet, altmış beş yaş ve altı olan olguların 163'ünde (%71) komplet, 67'sinde (%29) inkomplet, mezorektum saptandı. ( $p=0.014$ ). Laparoskopik cerrahi veya açık cerrahi uygulanmasıyla mezorektum inkompletliği arasında ilişki saptanmadı ( $p=0.172$ ). APR yapılan olguların 64'ünde (%54) inkomplet, 55'inde (%46) komplet; sfinkter koruyucu cerrahi (SKC) uygulanan olguların 162'sinde (%78) komplet mezorektum, 45'inde (%22) inkomplet mezorektum saptandı. ( $p<0.001$ ). Laparoskopik aşağı anterior rezeksiyon yapılan hastalarda kullanılan endostapler sayısına bakıldığında; iki veya altında ile ikiden fazla endo-stapler kullanımı ile mezorektum bütünlüğü arasında ilişki saptanamadı ( $p=0.117$ ). Ameliyat sonrası erken dönemde inkomplet mezorektum bütünlüğü olan olgularının %29'unda ( $n=31$ ) komplikasyon gelişirken, komplet mezorektum bütünlüğüne sahip olgularının sadece %22'sinde ( $n=48$ ) komplikasyon geliştiği saptandı ( $p=0.220$ ). Neoadjuvan tedavi uygulanan 277 hastanın 182'sinde (%66) komplet, 95'inde (%34) inkomplet mezorektum bulguları mevcuttu ( $p=0.512$ ). Tümör yerleşimlerine göre değerlendirilme yapıldığında distal yerleşimli ( $< 5$  cm) olan hastaların %35'inde ( $n=88$ ), orta yerleşimli hastaların ( $\geq 5$  cm) %28'inde ( $n=21$ ) inkomplet mezorektum saptandı ( $p=0.267$ ). Tümör çapı  $< 5$  cm olan olguların %35'inde ( $n=75$ ) inkomplet, tümör çapı  $\geq 5$  cm olan olguların %27'sinde ( $n=17$ ) inkomplet mezorektum bütünlüğü mevcuttu ( $p=0.227$ ). T0,T1,T2 tümör olan olguların %33'ünde ( $n=48$ ) inkomplet, T3,T4 tümör olan olguların %33'ünde ( $n=61$ ) inkomplet mezorektum bütünlüğü gösterilirken ( $p=1.000$ ); LCS (+) olguların %45'inde ( $n=25$ ) inkomplet, LCS (-) olguların %31'inde (84) inkomplet mezorektum bütünlüğü saptandı ( $p=0.043$ ). İnkomples mezorektum olgularının 9'unda (%8.3), komplet mezorektum olgularının 5'inde (%5) lokal nüks saptanırken ( $p=0.019$ ). Uzak metastaz inkomplet mezorektum olgularının 13'ünde (%11.9), komplet mezorektum olgularının 31'inde (%14.3) de saptanmıştır ( $p=0.610$ ). İnkomples mezorektum olgularında ortalama genel sağ kalım süresi 50 ( $\pm 9$ ) ay iken, komplet mezorektum olgularında 52( $\pm 10$ ) aydı ( $p=0.007$ ); hastaliksız sağ kalım süresi inkomplet mezorektum olgularında ortalama 40 ay ( $\pm 19$ ), komplet mezorektum olgularında 43 ay ( $\pm 18$ ) olarak hesaplandı ( $p=0.341$ ). Takipler sırasında inkomplet mezorektum olgularının 15'inde (%14), komplet mezorektum

## Antalya

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

olgularının 23'ünde (%11) hastalığa bağlı mortalite gerçekleşirken (p=0.465), 3 yıllık genel sağ kalım oranı inkomplet mezorektum olgularında %80, komplet mezorektum olgularında ise %85'di. (p=0.378); 3 yıllık hastaliksız sağkalım oranları hesaplandığında ise inkomplet mezorektum olgularında %74, komplet mezorektum olgularında %76 olarak saptandı (p=0.845). Lojistik regresyon analizi ile verilerin değerlendirilmesi sonucunda SKC ile inkomplet mezorektum arasında negatif bir oran olmasının yanında (p<0.001;OR=0.20) yaş artışı (>65) ile (p=0.002;OR=2.44) inkomplet mezorektum ile pozitif oran olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:**

İnkomplet mezorektum ile yaş, APR ve lateral cerrahi sınır pozitifliği arasında anlamlı ilişki saptanırken cinsiyet, cerrahi teknik, ameliyat süresi, kullanılan endo-stapler sayısı, neoadjuvan tedavi, tümör yerleşim yeri, tümör invazyon derinliği ve tümör çapı ile mezorektum bütünlüğü arasında ilişki gösterilememiştir. İnkomplet mezorektum bütünlüğü lokal nüks için risk faktörü olarak saptanırken 3 yıllık genel sağ kalım, hastaliksız sağ kalım ve uzak organ metastazı üzerine etkisi gösterilememiştir.

**S12****Lokal İleri Evre Rektum Kanseri IMRT-KT ile Total Patolojik Yanıt ve Yan Etkiler**

Nihat Sözer<sup>1</sup>, Aslı Saran<sup>3</sup>, Osman Serhat Güner<sup>1</sup>, Volkan Tümay<sup>3</sup>, Hatice Doruk<sup>4</sup>, Zuhul Başkan<sup>2</sup>, Ersin Öztürk<sup>2</sup>, Bülent Orhan<sup>2</sup>, Abdullah Zorluoğlu<sup>2</sup>, Enis Özyar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Acıbadem Hastanesi, Radyasyon Onkoloji Bölümü

<sup>2</sup>Bursa Acıbadem Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

<sup>3</sup>Bursa Acıbadem Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü

<sup>4</sup>Uludağ Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Lokal ileri evre rektum kanserinde preoperatif radyokemoterapi (RKT), rezeke edilebilme oranını arttırmak ve sfinkter fonksiyonunu korumak amacı ile kullanılan bir tedavi yöntemidir. Preoperatif RKT uygulanmış rektum kanserli hastalar toksisite, patolojik cevap, lokal kontrol, rezektabilite ve sağkalım açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

Ağustos 2008-Ocak 2013 tarihleri arasında Acıbadem Bursa Hastanesi Radyasyon Onkolojisi kliniğinde IMRT ile tedavi gören metastatik olmayan 43 hasta değerlendirilmiştir. Eksternal RT, 1.8 Gy/gün fraksiyon dozunda, pelvik lenfatikler ve primer tümör bölgesini kapsayacak şekilde medyan 50.4Gy olarak uygulanmıştı. 43 hastaya (%100) eş zamanlı kemoterapi verilmiştir. Tüm olgular tedavi öncesi klinik olarak ve opere edilenler cerrahi sonrası patolojik olarak AJCC/TNM evreleme sistemine göre evrelendirilmiştir. Hastalar radyokemoterapi ve cerrahiye bağlı erken yan etki ve cerrahi sonrası patolojik yanıtlar açısından değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Olguların 26 (%60)'si erkek ve 17 (%40)'u kadın olup medyan yaş 57'dir (aralık 28-80). 34 olguya low anterior rezeksiyon (LAR) (%79) ve 9 olguya (%21) abdominopelvik rezeksiyon (APR) uygulanmıştır. Cerrahi sonrası 12 hastada (%28) patolojik tam yanıt elde edilmiştir. Radyokemoterapi

sırasında en sık izlenen grade 2-3 yan etkiler diare (10 olgu) ve miyelosupresyon (3 olgu).Medyan 17 ay (55-2 ay) izlenen olgulardan 6'sında uzak metastaz ve 1 olguda lokal nüks gelişmiştir. Takip süresi kısa olduğu için medyan sağkalım sürelerine henüz ulaşamamıştır.

**Sonuç:**

Elde edilen rezektabilite oranının yüksek olması nedeniyle başvuruda rezektabilite şansı az olan olgularda preoperatif radyokemoterapi tercih edilmelidir. Eksternal pelvik radyoterapi ile eşzamanlı kemoterapi uygulaması gerek genel sağkalıma ve gereksede hastaliksız sağkalıma katkı sağlayan tolere edilebilen bir tedavi yöntemidir.

**S13****Peritoneal Karsinomatozisi Olan Kolorektal Kanserlilerde Sitedüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulaması; Tek Merkez (GATA) Deneyimi**

Sezai Demirbaş, Mustafa Tahir Özer, İsmail Hakkı Özerhan, Nail Ersöz, Murat Urkan, Mustafa Emeklice, Yusuf Peker, Saadettin Çetiner

GATA Genel Cerrahi AD. Ankara

**Amaç:**

Sitedüktif cerrahi (SRC) ve Hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HIPEK) uygulaması Kolorektal kanser Peritoneal Karsinomatozisi (KRK-PK) olan seçilmiş hastalarda küratif amaçla uygulanmaktadır. Bu tedavi yönteminin 2 yıllık sonuçları tek merkez kaynaklı olarak sunulmuştur.

**Gereç-Yöntem:**

Onkoloji kliniği veya rutin takip sırasında refere edilen KRK-PK ve psödomiksoma peritonei (PMP) olan hastalar, Ocak 2010 ile Mart 2013 tarihleri arasında, ileriye doğru çalışmaya dahil edildi. Hastalar postoperatif erken morbidite-mortalite sonuçları ve 12-24 aylık tahmini yaşam süreleri ile değerlendirildi.

**Bulgular:**

Küratif amaç ile cerrahi uygulanan toplam 23 hastanın 16'sı bu bildirinin örneklem hacmini oluşturdu. Onaltı hastanın 15 si KRK-PK, 1'i PMP idi. Hastaların 8 tanesi postoperatif (PO) bir aylık sürede derin cerrahi alan enfeksiyonu, renal yetmezlik, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni ve sepsis gibi komplikasyonlara maruz kaldılar. Ameliyat edilen hastaların 2'sinde (%6,3) PO 1 aylık sürede mortalite görüldü. 12 ve 24 aylık takipler sonrasında tahmin edilen yaşam süresi ise %71 ve %54 olarak tespit edildi.

**Sonuç:**

Hasta sayısı ve deneyim az olsa da seçilmiş KRK-PK'li hastalarda SRC-HIPEK tedavisi PO erken dönem kabul edilebilir morbidite-mortalite oranı ve 1-2 yıllık yaşam süresi ile küratif amaçlı tedavi seçeneği olarak üzerinde durulması gereken bir yöntemdir.

**S14****Rektum Kanserinde Manyetik Rezonans Pelvimetrik Ölçümlerin ve Tümör Volümünün Cerrahi Teknik ve Onkolojik Sonuçlar Üzerindeki Etkisi**

Gülşen Atasoy<sup>1</sup>, Selman Sökmen<sup>1</sup>, Funda Obuz<sup>2</sup>, Funda Dinç Elibol<sup>2</sup>, Aras Emre Canda<sup>1</sup>, Hülya Ellidokuz<sup>3</sup>, Efendi Nasibov<sup>4</sup>, Mehmet Füzün<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Enstitüsü Preventif Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Fakültesi Bilgisayar Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:**

Lokal ileri rektum kanserinde manyetik rezonans (MR) pelvimetri ile ölçülen tanımlı pelvik çapların, pelvik kavite indeksinin (PKİ), tümör volümünün ve tümör volüm regresyon oranının(TVRO) cerrahi teknik ve onkolojik sonuçlar üzerindeki etkisini araştırmak

**Gereç-Yöntem:**

Lokal ileri rektum kanseri nedeniyle neoadjuvan kemoradyoterapi(KRT) alan, küratif onkolojik cerrahi uygulanan 125 rektum adenokarsinomlu hastanın ileriye dönük olarak kaydedilmiş klinikopatolojik veri kümesi kullanıldı. Uzak metastaz/peritoneal karsinomatozu/ acil cerrahi girişimi olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Preoperatif MR ile ölçülen pelvik çaplar, PKİ(Pelvik giriminterspinöz mesafe/pelvik derinlik), tümör volümü, TVRO[(Preoperatif tümör volümü=V1-KRT sonrası tümör volümü=V2x100)/V1] ile hastaların komplikasyonları ve onkolojik sonuçlarını arasındaki ilişki araştırıldı. Rektum MR incelemesi iki radyolog tarafından veriyeye çapraz-kapalı olarak yapıldı.

**Bulgular:**

Tek değişkenli analiz sonucuna göre; yaş (p= 0.010), evre(p= 0.005), lenfatik invazyon (p= 0.043), çevresel rezeksiyon sınırı(ÇRS)(p< 0.001), pelvik derinlik(p= 0.014), interasetabular uzaklık (p= 0.026), PKİ(p=0.005), KRT sonrası tümör volümü/PKİ(V2/PKİ)(p= 0.028), ve lokal nüks(p< 0.001) 5-yıllık sağkalımla ilişkili bulundu. Çok değişkenli analiz sonucuna göre; yaş (p= 0.03), ÇRS (p< 0.001) ve evre (p=0.027) bağımsız güçlü prognostik faktörler olarak saptandı. Tek değişkenli analizde, lokal nüksü belirlemede PKİ'nin küçük olması(PKİ<=90) anlamlı fark(p=0.026) oluşturmuştur. Logistik regresyon analizine göre komplikasyon gelişimini intertüberöz mesafe, sakral promontoryumdan S3-S4'e uzanan mesafe ve TVRO belirlemektedir. Lineer regresyon analizine göre kan kaybı miktarı için PKİ(p<0.001) ve pelvik derinlik(p<0.033); ameliyat süresi için PKİ(p<0.001) bağımsız belirleyici bir faktördür. Komplikasyon ve lokal nüksü belirlemede en yüksek diskriminatif analizi PKİ ve TVRO sağladı. Diskriminatif analiz sonucunda komplikasyon ve lokal nüksün doğru sınıflandırılma oranı sırasıyla %66 ve %88 olarak saptandı.

**Sonuç:**

Lokal ileri rektum kanserli hastalarda MR görüntüleme ile elde edilen pelvimetrik ve tümör volümü ölçümleri

ile hastaların komplikasyonları ve onkolojik sonuçlarını öngörülebilir. Bu ölçümler prognostik açıdan tartışılmalı evrede olan olgularda(T3N0), neoadjuvan KRT tedavi kararının alınmasında ya da alınmamasında etkili olacaktır.

**S15****pT2N0 ve pT3N0 Rektum Kanserli Hastalarda Tümör Tomurcuklanmasının Prognostik Önemi ve Neoadjuvan Kemoradyoterapi ile İlişkisi**

Abdullah Haluk Şirin<sup>1</sup>, Mehtat Ünlü<sup>4</sup>, Selman Sökmen<sup>2</sup>, Süleyman Özkan Aksoy<sup>3</sup>, Aras Emre Canda<sup>2</sup>, Hülya Ellidokuz<sup>5</sup>, Sülen Sarıoğlu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kemalpaşa Devlet Hastanesi, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

<sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>5</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Preventif Onkoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:**

Geleneksel patolojik evreleme sistemleri rektum kanserinin biyolojik davranışını tahmin etmede yetersiz kalmaktadır. Tümör tomurcuklanması esas olarak kanserin invaziv yüzünde gerçekleşmektedir ve tümörün biyolojik davranışını yansıtmaktadır. Bu çalışmada rektum kanserinde neoadjuvan kemoradyoterapinin tümör tomurcuklanmasına etkisi ve tümör tomurcuklanmasının prognostik önemi araştırıldı.

**Gereç-Yöntem:**

Klinik evrelemeye göre lokal ileri rektum kanseri kabul edilerek neoadjuvan kemoradyoterapi verilen [n=66;(n=25, T2N0) ve (n=41,T3N0)] ve erken evre rektum kanseri kabul edilerek neoadjuvan kemoradyoterapi verilmeyen [n=42; (n=12 T2N0) ve (n=30 T3N0)]pT2/pT3-N0 rektum kanserli hastaların klinikopatolojik verileri ve onkolojik sonuçları prospektif olarak değerlendirildi. İzole tek bir kanser hücresi veya beşten daha az sayıda hücreden oluşmuş kanser hücre kümesi "tomurcuklanma odağı" olarak kabul edildi. Tomurcuklanma yoğunluğunun maksimum olduğu alan seçilerek x20'lik büyütmede ve her olgu için aynı ışık mikroskobu kullanılarak değerlendirme yapıldı. Elde edilen sayı tümör tomurcuklanmasının derecesi olarak kabul edildi ve bu sayı için "yoğunluk" terimi kullanıldı. TT yoğunluğuna göre yok, az(1-5), orta(6-10), çok(>10) olarak sınıflandı.

**Bulgular:**

Ortalama izlem süresi 37.7± 24.1 aydı. Beş yıllık genel ve hastalısız sağkalım oranları sırasıyla %83.5 ve %77.5 idi. Klinik evrelemeye göre neoadjuvan KRT verilen ve verilmeyen tüm pT3N0 olgularında genel sağkalım için çok değişkenli analiz sonuçlarında TT gruplaması(OR=4.337) ve uzak metastaz(OR=5.526) bağımsız prognostik faktörlerdi. Neoadjuvan KRT verilmeyen pT3N0 olgularında, genel sağkalım için venöz invazyon(OR=11.250) bağımsız prognostik faktör olarak saptanırken; hastalısız sağkalım için ise lenf damar invazyonu(OR=5.247) bağımsız prognostik faktördü. Klinik evrelemeye göre neoadjuvan KRT verilen ve verilmeyen tüm pT2/pT3-N0 hastalarda genel sağkalım için venöz invazyon(OR=26.222) bağımsız prognostik faktör olarak saptandı. Neoadjuvan KRT verilen pT2/pT3-N0 hastalarda lenf damar invazyonu(OR=8.222) güçlü bir prognostik



## Antalya

faktör olarak izlenirken, neoadjuvan KRT verilmeyen pT2/pT3-N0 hastalarda venöz invazyon(OR=15.600) güçlü prognostik faktör olarak belirlendi. Hastalısız sağkalım için ise neoadjuvan KRT verilen pT2/pT3-N0 hastalarda TT varlığı(OR=4.401) ve ÇRS uzaklığı(OR=0.868) anlamlıydı.

**Sonuç:**

Tümör tomurcuklanması rektum kanserinde yüksek malignite potansiyelini belirlemede güvenilir bir prognostik faktördür. Neoadjuvan kemoradyoterapi bu biyolojik agresif özelliğe karşı olumlu yönde etkili olmaktadır. Özellikle biyopsi örneklerinde tümör tomurcuklanması incelenmesi nüks riski yüksek erken evre rektum kanserinde neoadjuvan kemoradyoterapi kararı alınmasında etkili olabilir.

**S16****Kolorektal Hepatik Metastazlı Hastalarda Metastazektomi Deneyimimiz**

Orhan Kalaycı, Ahmet Yazıcı, Serdar Topaloğlu, Adnan Çalık, Mithat Kerim Arslan, Kutay Sağlam, Sema Koçyiğit, Çoşkun Aydın, Mustafa Öncü

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Trabzon

**Amaç:**

Kolorektal kanserler, en sık görülen kanser türleri arasında 3. sırada yer almaktadır. Klinik seyir sırasında hastaların yaklaşık olarak % 50-60'ında senkron veya metakron uzak metastaz gelişmektedir. Bunlar arasında karaciğer metastazları önemli bir yer tutmaktadır. Kolorektal kanserlerin hepatik metastazlarının cerrahi rezeksiyonu, hastalısız sağkalım ve genel sağkalım oranlarını anlamlı düzeyde uzatmaktadır. Çalışmamızda karaciğer metastazı olan kolorektal kanserli olgularda metastazlara yönelik cerrahi tedavinin sistemik tedavi ile birlikte etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Bu çalışmada, 2007-2012 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde tedavi gören ve kolorektal kanserlere bağlı karaciğer metastazları nedeniyle metastazektomi uygulanan 20 hasta retrospektif değerlendirildi.

**Bulgular:**

Kolorektal kansere bağlı karaciğer metastazı nedeniyle karaciğer rezeksiyonu uygulanmış olan 20 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların 13 (%65)'ü erkek, 7 (%35)'si kadın olup, median yaş 63 (range 29-82) idi. Hastaların 13 ü(%65) de primer tümör kolon orjinli iken, 7 sinde (%35)primer tümör rektum fan kaynaklanmıştı. Metastazların 16 sı sağ lobda 4 i sol lobda lokalize idi. Oniki (%60) hastada metastaz senkron olarak gelişirken, 8(%40) hasta daha önce erken evre hastalığa sahip olup, takiplerinde metakron olarak metastaz gelişmişti. Senkron metastaz saptanan hastaların tamamına eşzamanlı hepatik rezeksiyon uygulandı. Metakron olarak karaciğer metastazı gelişen hastalarda primer kolorektal kanser tanısı ile metakron karaciğer metastazı gelişmesi arasındaki median süre 18 ay idi. Metakron metastaz tespit edilen 8 hastaya neoadjuvan kemoterapi sonrası rezeksiyon uygulandı. Neoadjuvan olarak en sık uygulanan kemoterapi rejimleri De Gramont+Irinotekan

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

(FOLFIRI) ve 5-FU/Lökovorin+Oksaliplatin (FOLFOX-7) rejimleri idi. Hepatik rezeksiyon olarak en sık uygulanan cerrahi tedavi tipi segmentektomi (13 hasta) (% 65), ikinci sıklıkta ise wedge rezeksiyon (5 hasta) (% 25) idi. Bir hastada karaciğer metastazında nüks gelişmesi nedeniyle rezeksiyon yapıldı. Bir hasta intraoperatif inceleme sonucu unrezektabl kabul edildi.Bir hastada pulmoner emboliden dolayı perioperatif mortalite izlendi. Ortalama operasyon süresi 206 dk(60-420 dk ), kanama miktarı 320 cc(50-1200 cc ) idi, operasyondan sonra hastanede kalış süresi yaklaşık 9 gün (6-37 gün) idi.10 hastaya kan replasmanı,19 hastaya taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Bir yıllık hastalısız sağkalım %68.4,bir yıllık sağkalım %78.2 idi.Üç yıllık hastalısız sağkalım %34.2,üçyıllık sağkalım %52.1idi. Medyan hastalısız sağkalım süresi 41 aydı.

**Sonuç:**

Kolorektal karaciğer metastazlarına yaklaşımda rezeksiyonu, sistemik tedavi ile birlikte en etkin tedavi yaklaşımıdır. Bölümümüzün sonuçları bu çalışma ile ortaya konulmuştur.

**S17****Rektum Kanserinde LODDS'un Prognostik Önemi**

Naciye Çiğdem Arslan<sup>1</sup>, Selman Sökmen<sup>1</sup>, Mehtat Ünlü<sup>2</sup>, Gülsen Atasoy<sup>1</sup>, Aras Emre Canda<sup>1</sup>, Cem Terzi<sup>1</sup>, Mehmet Füzün<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir  
<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:**

Rektum kanserinde prognozu ön görebilme ve doğru tedaviyi seçmede lenf nodlarının durumu çok önemli bir belirleyicidir. Yapılan çalışmalar örneklenen ve tutulan lenf nodu sayısının sağkalımla ilişkili olduğunu göstermiştir. Lenf nodu oranı [‘tutulan LN/çıkarılan LN’(LNO)] da prognostik rolü kanıtlanmış bir diğer faktördür. Ancak, rektum kanseri hastaları LNO'ya göre sınıflandırıldığında aynı grup içinde onkolojik sonuçları son derece heterojen olabilen birçok hasta yer alabilmektedir. Özellikle lenf nodu negatif veya yetersiz lenf nodu çıkarılan hastalarda evre göçü ‘stage migration’ riski vardır. Pozitif ve negatif lenf nodları arasındaki ‘olasılıklar oranı’ (‘odds ratio’) logaritması şeklinde tanımlanan “log odds of positive lymph nodes (LODDS)” kavramı evre göçü riskini en aza indirdiği öne sürülen çok yeni bir prognostik faktör olarak gösterilmektedir. Bu çalışmanın amacı rektum kanserinde LODDS'un prognostik rolünü araştırmaktır.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmada Ocak 2005- Aralık 2010 arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda primer rektum kanseri nedeniyle küratif rezeksiyon uygulanmış 312 hastanın ileriye dönük olarak kaydedilmiş klinikopatolojik veri kümesi kullanıldı. Dışlanma kriterleri olarak 18 yaşından küçük olmak, sitoredüktif cerrahi/intraperitoneal kemoterapi uygulanması, polipozis koli sendrom varlığı, evre 4 rektum kanseri, nüks tümörler, eşlik eden 2. primer tümör, acil koşullarda ameliyat yapılması ve hastadan onam alınamaması kabul edilmiştir. Toplam 253 hasta çalışmaya dahil edildi. Geleneksel klinikopatolojik prognostik faktörler yanı sıra hastalar LNO ve LODDS'a göre gruplandırılarak istatistiksel analizleri yapıldı. Lenf nodu oranı ve LODDS, serimizdeki

cut-off değerlere göre LNO 1 (<0.06); LNO 2 (0.06-0.22); LNO 3 ( $\geq$ 0.22) ve LODDS 1 ( $\leq$ -2.6); LODDS 2 (-2.6-1.2); LODDS 3 ( $>$ -1.2) şeklinde gruplandırıldı. Hastalara tümörün yerleşimine göre seçilen standart onkolojik cerrahi yöntem uygulandı. Kontrendikasyonlar dışında lokal ileri rektum tümörlerine neoadjuvan KRT (uzun dönem RT 45-50 Gy, 1.8-2 Gy fr; eş zamanlı KT 5-FU infüzyonu, 225 mg/m<sup>2</sup>/gün) verildi ve 6-8 hafta bekleme süresi sonunda ameliyat gerçekleştirildi. Patolojik inceleme DEÜTF Patoloji Anabilim Dalı'nda 2 patoloj tarafından yapıldı. Veri analizinde SPSS 15 kullanıldı.

#### Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 60.9(21-83), ortalama izlem süresi 48.8(1-97) ay idi. Hastaların 156'sı erkek, 97'si kadındı. Tümör yerleşimi 76(%30) hastada üst rektum, 69(%27.3) hastada orta rektum ve 108(%42.6) hastada alt rektumdu. Toplam 253 hastanın 171'i neoadjuvan KRT aldı. Seksen iki hasta doğrudan ameliyat edildi. Neoadjuvan tedavi alan hastalarda tam yanıt oranı %11.7'yd (n=20). Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 13.5(0-63), ortalama tutulan lenf nodu sayısı 1.4(0-24) olarak bulundu. Beş yıllık genel sağkalım %78.8, perioperatif mortalite %4.74'tü(n=12). Patolojik inceleme sonrası 20(%7.9) hasta evre 0, 70(%27.7) hasta evre I, 78(%30.8) hasta evre II ve 85(%33.6) hasta evre III olarak değerlendirildi. Hastaların %66'sında 10 ve üzeri lenf nodu çıkarıldı. Hastaların %67.9'u (n=172) LNO 1, %18.1'i (n=46) LNO 2, %14'ü (n=35) LNO 3 grubunda; %54.5'i (n=138) LODDS 1, %29.2'si (n=74) LODDS 2, %16.3'ü (n=41) LODDS 3 grubundaydı. Tek değişkenli analizde yaş, T, N, evre, lenfatik invazyon, venöz invazyon, perinöral invazyon, çevresel rezeksiyon sınırı, tutulan lenf nodu sayısı, LNO ve LODDS sağkalımla ilişkiliydi. Çok değişkenli analizde ise yaş (HR: 1.041, 95% CI, 1.008-1.075, p=0.014), lenf damarı invazyonu (HR:2.191, 95% CI, 1.052-4.562, p=0.036), çevresel rezeksiyon sınırı (HR: 4.298, 95% CI, 1.639-11.272, p=0.003) ve LODDS (HR:2.270, 95%CI, 1.437-3.584, p<0.001) güçlü prognostik faktörler olarak bulundu. LNO 1 grubundaki 171 hastadan 37'si LODDS 2, 2'si LODDS 3 hastaları ve bu hastalarda 5 yıllık sağkalım sırasıyla %83.8 ve %0'dı (p=0.018).

#### Sonuç:

Çalışmamızda hastalar LNO'ya göre gruplandırıldığında onkolojik sonuçlarının aynı grup içinde homojen olmadığını gördük. LNO özellikle yetersiz lenf nodu disseksiyonu yapılan ya da çıkarılan lenf nodlarının çoğunun tutulduğu hastalarda yanıltıcı olabilir. Lenf nodu pozitif rektum kanserli hastalar heterojen prognozlara sahiptir ve onkolojik sonuçlarını öngörmede TNM yeterli olmamaktadır. Çalışmamızda rektum kanserinde onkolojik sonuçlarını öngörmede LODDS, N evrelemesi ve LNO'ya göre üstün bulunmuştur. LODDS, evre saflaştırmasını sağladığı için TNM sınıflamalarında mutlaka yerini almalıdır.

#### S18

### Eş Zamanlı Rezeksiyon Uygulanan Kolorektal Kanser ve Karaciğer Metastazlı Hastalarda Risk Etkenleri. Erken Dönem Sonuçlarımız

Görkem Özgen<sup>1</sup>, Orhan Bilge<sup>2</sup>, İzzet Rozanes<sup>3</sup>, Tunç Yaltı<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### Amaç:

Karaciğere metastaz yapmış kolorektal kanserli hastalarda uygulanan eş zamanlı kolon-rektum ve karaciğer rezeksiyonu sonrası erken dönem sonuçların değerlendirilmesi.

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2004 – Ocak 2013 arasında üç özel hastanede karaciğere metastaz yapmış kolorektal kanser nedeni ile eş zamanlı kolon-rektum ve karaciğer rezeksiyonu uygulanan toplam 25 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastalar, demografik veriler, yandaş hastalık ve risk etkeni varlığı, primer tümör yerleşimi, neoadjuvan tedavi varlığı, karaciğer rezeksiyonunun genişliği, eş zamanlı radyofrekans ablasyon varlığı, ameliyat süresi, ameliyat sonrası morbidite, hastanede kalış süresi ve mortalite açısından değerlendirildi. Karaciğer rezeksiyonları hemihepatektomiden az rezeksiyon, hemihepatektomi ve genişletilmiş hemihepatektomi olarak sınıflandı. Ameliyat sonrası komplikasyonların sınıflanmasında Clavien-Dindo sınıflaması kullanıldı. Hastalar neoadjuvan tedavi varlığı ve ameliyatta radyofrekans ablasyon uygulanması açısından değerlendirildi. Neoadjuvan tedavi alan ve almayan hasta grupları ile radyofrekans ablasyon tedavisi uygulanan ve uygulanmayan hasta grupları demografik özellikler, vücut kitle indeksi, yandaş hastalık varlığı ve tümör yerleşimi açısından farklılık göstermiyordu. Bu risk gruplarında, komplikasyon oranı ve hastanede kalış süreleri risk içermeyen hasta grupları ile karşılaştırıldı. İstatistik çalışmasında t-testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

#### Bulgular:

Hastaların 17'si (% 68 ) erkek, 8'i (% 32) kadındı. Ortalama yaş 60,4, ortalama vücut kitle indeksi 27,3 olarak bulundu. Onbir hastada (% 44) yandaş hastalık vardı. Primer tümör 17 hastada (% 68) kolon, 7 hastada (% 28) rektum yerleşimli idi. Bir hastada (% 4) senkron kolon ve rektum tümörü vardı. Yirmidört hastada (% 96) tümörün histolojik tipi adenokarsinom, 1 hastada (% 4) malign melanom idi. Adenokarsinomu olan hastalarda ortalama ve ortanca CEA değerleri sırası ile 33,2 ve 16,5 ng/mL olarak bulundu. Hastaların 9'unda (%36) neoadjuvan tedavi uygulandı. Yirmidört olguda (% 96) hemihepatektomiden az rezeksiyon yapılırken, 1 hastada (% 4) genişletilmiş hemihepatektomi yapıldı. Dokuz hastada (% 36) radyofrekans ablasyon uygulandı. Ortalama ve ortanca ameliyat süreleri sırası ile 277,9 ve 240 dakika olarak bulundu. Ondört hastada (% 56) komplikasyon gelişti. Komplikasyonların dereceleri Clavien-Dindo sınıflamasına göre 2 hastada 1 (% 8), 4 hastada 2 (% 16), 5 hastada 3a (% 20), 2 hastada 3b (% 8), 1 hastada 5 (% 4) olarak dağılım gösteriyordu. Hastanede kalış süresi ortalama 13, ortanca 8 gün olarak saptandı. Neoadjuvan tedavi uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasında

## Antalya

komplikasyon gelişimi ya da hastanede kalış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,21$ ,  $p=0,05$ ). Radyofrekans ablasyon uygulanmış hastalarda karaciğer rezeksiyonu ile ilgili komplikasyon gelişme oranı daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). Mortalite % 4 ( $n=1$ ) idi.

**Sonuç:**

Literatür verilerine göre, karaciğere metastaz yapmış kolorektal kanserli hastalarda eş zamanlı kolon-rektum ve karaciğer rezeksiyonu morbidite ve mortalitede artışa yol açmaksızın uygulanabilmektedir. Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur. Düşük morbidite ve mortalite elde edilmesi için, eş zamanlı rezeksiyona uygun olguların seçilmesi uygun görülmektedir. Daha kesin verilere ulaşmak için prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**S20**

### Senkron Karaciğer Metastazı Olan Kolorektal Kanser Hastalarında Evreli ve Eş Zamanlı Rezeksiyon Sonuçlarımız

Feza Yarbuğ Karakayalı<sup>1</sup>, Tugan Tezcaner<sup>1</sup>, Mahir Kırnap<sup>1</sup>, Yahya Ekici<sup>1</sup>, Ali Harman<sup>2</sup>, Birkan Birben<sup>1</sup>, Gökhan Moray<sup>1</sup>, Mehmet Haberal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD Ankara

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Radyoloji AD Ankara

**Amaç:**

Kolorektal kanserlerin eş zamanlı karaciğer metastazlarının rezeksiyon zamanlaması tartışmalıdır. Klasik yaklaşım öncelikle primer lezyonun rezeksiyonunu takiben hepatik rezeksiyonların 2-3 ay sonrasında gerçekleştirilmesidir. Son yıllarda bu klasik yaklaşım değişmeye başlamış, kolorektal kanserli ve eşlik eden karaciğer metastazları olan hastalarda eşzamanlı rezeksiyonların iyi sonuçlar ile yapılabileceği bildirilmektedir.

**Gereç-Yöntem:**

2002-2012 yılları arasında tüm primer kolorektal adenokarsinoma ve eş zamanlı karaciğer metastazı nedeniyle ameliyat edilen, takip süresi en az 12 ay olan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Primer kanser için palyatif cerrahi geçiren, ekstrahepatik metastazları olan, acil cerrahi geçiren hastalar çalışma dışında bırakıldı. Tedavinin planlamasında onkoloji konseyi önerileri ve görüntüleme sonuçlarına göre karaciğer lezyonlarının rezektabilitesi göz önüne alındı. Major karaciğer rezeksiyonu 3 ve üstü karaciğer segmentinin çıkarılması, R0 rezeksiyon cerrahi sınırın histolojik olarak tümörsüz olması olarak tanımlandı. Majör rezeksiyonlar için en az %30 remnant karaciğer hacmi kalacak olması şartı arandı. Radyofrekans ablasyon intraoperatif USG rehberliğinde tümör etrafında en az 1 cm ablasyon sınırı ile yapıldı. Hastaların demografik, klinikopatolojik özellikleri, ameliyat teknikleri, süreleri, komplikasyonları ve uzun dönem sonuçları değerlendirildi.

**Bulgular:**

Tüm bilgilerine ulaşılan toplam 41 hasta çalışmaya alındı. 17 hastaya eş zamanlı kolorektal ve karaciğer rezeksiyonu (Grup1) yapılırken, 24 hastaya önce kolorektal rezeksiyon, evreli olarak karaciğer rezeksiyonu (Grup 2) yapıldı. Her grupta demografik özellikler benzerdi, Grup 1 de hastaların 12'si sol,

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

5'i rektum, 2'si sağ kolon kanseri iken, Grup 2'de hastaların 13'ü sol, 6'sı rektum, 3'ü sağ, 2'si ise senkron kolon kanseri idi. Grup 1 de en büyük metastaz boyutu ort.26 mm( 11-80), metastaz sayısı ort. 2,6 (1-7), Grup 2'de en büyük metastaz boyutu 30 mm (10-65), metastaz sayısı 2,2 ( 1-5) idi ( $p>0,05$ ). Grup 1'e 1 hastaya majör hepatik, 8 olguya segmental, 14 olguya wedge rezeksiyon yapılırken, Grup 2'deki 5 hastaya 5'ine majör hepatik, 12 olguya segmental, 15 olguya ise wedge rezeksiyon, 6 olguya eş zamanlı RFA uygulandı ( $p<0,05$ ). Grup 1'de ort. ameliyat süresi 305 dk, Grup 2 de ise 189 dk( $p<0,05$ ). Patoloji sonuçlarına göre Grup 1'de 13, Grup 2' de ise hastaların tamamında R0 rezeksiyon yapıldığı görüldü ( $p<0,05$ ). Hastaların ort. hastanede yatış süreleri Grup 1'de 13 (7-26), Grup'2 de 11 (7-28) gündü ( $p>0,05$ ). Her iki grupta komplikasyon görülen hasta sayıları arasında bir fark yok iken Grup'1 de toplam komplikasyon oranı daha fazla idi ( $p>0,05$ ). Her iki grupta ameliyat sırasında uygulanan kan transfüzyonu sayısı benzer olup, ameliyat sonrası 30 günde mortalite her iki grupta da izlenmedi. Her iki grup hastalarının uzun dönem takiplerine bakıldığında, Grup 1'de 5 hastada ort. 11 ayda Grup 2'de 5 hastada ort. 22 ayda karaciğerde rekürrens görüldü ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:**

Eş zamanlı karaciğer rezeksiyonlarının aynı insizyonla yapılmaya çalışılması, cerrahın ameliyat süresini uzatmamak ve iki majör cerrahinin yükünü düşünerek daha sınırlı rezeksiyondan yana tercihini kullanacak olmasa gibi faktörler, Grup 1'de karşılaştığımız R1 rezeksiyonların nedeni olabilir. Grup 2'de evreli karaciğer rezeksiyonu öncesinde hastaların kemoterapi almış olmaları da R0 rezeksiyon şansını artırmış olabilir. Ameliyat sırası ve sonrasında gelişen komplikasyonlar ve mortalite oranları açısından her 2 yöntem arasında fark olmaması, eş zamanlı rezeksiyonların seçilmiş hastalarda uygun tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir. Ancak uygun hastalarda, evreli rezeksiyonların tercih edilmesi gereken seçenek olabileceği gerçeği de göz ardı edilmemelidir.

**S21**

### Kolorektal Kanserlerde Preoperatif Trombosit, CEA ve CA 19-9 Düzeyinin Tümör Duvar Tutulumu, Metastatik Lenf Nodu ve Uzak Metastaz ile İlişkisi

Yusuf Bayram Özogul, Murat Ulaş, Fatih Sümer, Adem Yüksel, Ali Kemal Kayapınar, Erol Aksoy, Tahsin Dalgıç, İlter Özer, Metin Ercan, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:**

CEA ve Ca 19-9 kolorektal kanserlerde prognostik değeri olduğu bildirilen iki tümör belirteçidir. Uzlaş olmasa da kolorektal kanserlerde trombositoz ile klinikopatolojik özellikler ve prognoz arasında birliktelik bildiren yayınlar da vardır. Bu çalışmada kolorektal kanser olgularımızda preoperatif trombosit, CEA ve Ca 19-9 düzeyleri ile tümörün duvar tutulum derecesi, metastatik lenf nodu oranı ve uzak metastaz arasındaki ilişki araştırıldı.



**Gereç-Yöntem:**

Prospektif olarak kayıtları tutulan 976 kolorektal kanser olgularımız retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif trombosit, CEA ve Ca 19-9 değerlerinin tümörün duvar tutulum derecesi, metastatik lenf nodu oranı ve uzak metastaz ile korelasyonu araştırıldı. İstatiksel değerlendirme SPSS 11.0 programında Mann Whitney-U-testi ile yapıldı, lojistik regresyon ve Roc analizi yapıldı. P <0.05 istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Hastaların yaş ortalamaları 59,2±13,7 yıl, E/K oranı 612/364, ortalama trombosit sayısı 337047±126398,9 K/ml, ortalama CEA düzeyi 40,28±156,6 ng/mL, ortalama Ca 19-9 düzeyi 63,93±182,4 U/ml idi. Trombosit sayısı, CEA ve Ca 19-9 düzeyi ile tümör duvar tutulum derecesi anlamlıydı (p<0,05). Metastatik lenf nodu oranı ile CEA düzeyi arasındaki ilişki anlamlı bulundu (p<0.05), ancak trombosit ve Ca 19-9 düzeyi ile metastatik lenf nodu arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0,05). Uzak metastaz yönünden CEA ve Ca 19-9 düzeyi arasında anlamlı ilişki vardı (p<0,05), trombosit sayısı ile anlamlı ilişki yoktu (p>0,05). Tümör duvar tutulumunda trombosit, CEA ve Ca 19-9 arasında serozaya ulaşma yönünden en belirleyici olan trombosit sayısı idi (p<0.05). Uzak metastaz için anlamlı bulunan CEA ve Ca19-9'un karşılaştırılmasında Ca 19-9'un daha belirleyici olduğu bulundu (p<0,05). Ca 19-9 için en iyi cut off noktası 33,95 U/ml olup sensitivite %45,6, spesifite %85,1, pozitif tahmini değer %35,6, negatif tahmini değer %89,7 olarak saptandı. CEA için en iyi cut off noktası 12,55 ng/mL olup sensitivite %57,6, spesifite %77,7, pozitif tahmini değer %31,8, negatif tahmini değer %91,0 olarak belirlendi.

**Sonuç:**

Kolorektal kanserlerde tümör duvar tutulumu, metastatik lenf nodu oranı ve uzak metastaz yönünden her üçüyle de sadece CEA düzeyi ilişkili bulundu. Ancak tümörün serozaya ulaşmasında trombosit düzeyi, uzak metastazda ise Ca 19-9 seviyesi arasında daha belirgin korelasyon saptandı.

**S22****Kolorektal Kanserli Hastalarda Tümörün Horizontal Çapı Prognozu Belirlemeye Yardımcı Olabilir mi?**

Ahmet Ziya Balta<sup>1</sup>, Yavuz Özdemir<sup>1</sup>, İlker Sücüllü<sup>1</sup>, Dilaver Demirel<sup>2</sup>, Serhat Tolga Derici<sup>1</sup>, Aytekin Ünlü<sup>3</sup>, Mehmet Levhi Akın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

<sup>2</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Patoloji Servisi, İstanbul

<sup>3</sup>GATA, Genel Cerrahi Servisi, Ankara

**Amaç:**

Bu çalışmada kolorektal tümörün horizontal çapının klinik önemi değerlendirilmiş ve tümörün vertikal invazyonu ve nodal durum gibi diğer prognostik faktörlerle olan ilişkisi araştırılmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Kolon ve rektum kanseri veritabanında yer alan seçilmiş 439 kolorektal kanserli hasta çalışmaya alındı. Tümörün horizontal çapı parafinlenerek fikse edilmiş tümörün en geniş

olduğu alandaki çap olarak değerlendirildi. ROC analizi ile elde edilen eşik değere (4.5 cm) göre hastalar 2 gruba ayrıldı. Demografik verilerin analizinde student t testi ve ki-kare testi kullanıldı. Sağkalım analizleri Kaplan-Meier metodu ve Log rank testi ile yapıldı. Sağkalım üzerine etkisi olabilecek faktörlerin analizinde Cox regresyon kullanıldı.

**Bulgular:**

Yaş ortalaması 67.5±13.2 yıl olan 251 erkek ve yaş ortalaması 66±13.5 yıl olan 181 kadın hasta vardı. Ortanca genel ve hastaliksız sağkalım süreleri sırası ile 30.2 (0.1-237.1) ay ve 22.6 (0-237.1) ay idi. Tümörün vertikal invazyonu, nodal tutulum durumu, ve tümör evresi horizontal çapta artışa paralel olarak anlamlı derecede artmakta idi (p<0.001 hepsi için). Horizontal çapı düşük olan tümörlerde 5 yıllık sağkalım oranları ve genel sağkalım süreleri anlamlı derecede yüksekti (p=0.014).

**Sonuç:**

Kolorektal tümörlerde horizontal çap prognostik bir faktör olarak kullanılabilir.

**S23****Rektal Kanserli Hastalarda Prognostik Faktör Olarak Lenf Nodu Oranı**

Mehmet İnce<sup>1</sup>, Yavuz Özdemir<sup>2</sup>, Ahmet Ziya Balta<sup>2</sup>,

Kazım Duma<sup>3</sup>, Ergün Yücel<sup>2</sup>, İlker Sücüllü<sup>2</sup>, Mehmet Levhi Akın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Konya Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Konya

<sup>2</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

<sup>3</sup>Gümüşsuyu Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

**Amaç:**

Günümüzde klinik ve patolojik evreleme rektal kanserlerde önemli bir prognostik faktördür. Metastatik lenf nodu sayısı yanında lenf nodu oranının da gastrointestinal sistem kanserli hastalarda prognozu belirleyen önemli bir faktör olabileceği değerlendirilmektedir. Bu çalışmada lenf nodu oranının rektal kanserli hastalarda prognoz üzerine etkisi belirlemeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde 1996-2011 yılları arasında rektal adenokarsinoma nedeniyle total mezorektal eksizyon eklenerek ameliyat edilmiş 130 hastanın; yaş, cinsiyet, CEA, uygulanan ameliyat şekli, hastaliksız ve 5 yıllık sağ kalım oranları, lokal nüks ve uzak metastaz gibi karakteristik özellikleri ile tümörün yerleşim yeri, evresi, diferansiyasyon derecesi gibi patolojik özellikleri geriye dönük olarak incelendi. Metastatik lenf nodlarının çıkarılan toplam lenf noduna oranının (LNO) 1/12, 1/4, 1/2 ve 1 olmasına göre hastalar 4 gruba ayrıldılar. Hastaliksız ve genel sağ kalımın elde edilen LNO değerleri ile ilişkileri araştırıldı. Demografik özelliklerinin dağılımları ve ihtimal tabloları ANOVA ve ki-kare testi ile yapıldı. LNO, N evresi ve TNM evresine göre kümülatif sağkalım oranlarını hesaplamak için Kaplan Meier metodu kullanılırken, gruplar arasında sağkalım farkını hesaplamak için Log rank testi kullanıldı.

**Bulgular:**

İncelenen ortalama lenf nodu sayısı 11.5±8.1'di. Hastaların 75 tanesinde (%57.7) 12'den daha az lenf nodu çıkarılmıştı.



Değerlendirmede 76 hasta (%58.5) N0, 35 hasta (%26.9) N1 ve 19 hasta (%14.6) N2 olarak tespit edildi. LNO göre oluşturulan 4 gruptaki hasta sayıları sırası ile 87 (%66.9), 13 (%10), 17(%13) ve 13 (%10) idi. LNO1 grubunda 5 yıllık sağkalım oranı %53.8 iken, LNO2 grubunda %31.3, LNO3 grubunda %44.9 ve LNO4 grubunda % 20.8 olarak tespit edildi. LNO ile hastalısız sağkalım arasında (p<0.001) ve genel sağkalım (p<0.001) arasında istatiki olarak anlamlı fark olması LNO'nun prognostik faktör olduğunu gösterdi.

#### Sonuç:

Rektal kanserlerde LNO, hem hastalısız sağkalım hem de genel sağkalım açısından, özellikle yetersiz lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda önemli bir prognostik faktör olarak ve adjuvan tedaviye karar verirken kullanılabilir.

#### S24

### cT4 Kolorektal Kanserli Olgularda

### Laparoskopik Cerrahi Kontrendike midir?

Atilla Kurt<sup>1</sup>, Enver Kunduz<sup>2</sup>, Tuğba Matlım<sup>3</sup>, Kürşat Rahmi Serin<sup>3</sup>, Oktar Asoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Sivas

<sup>2</sup>Bayat İlçe Devlet Hastanesi Genel Cerrahi, Çorum

<sup>3</sup>Özel Liv Hastanesi, İstanbul

#### Amaç:

Bu çalışmada kolon veya rektum kanserli, T evresi 4 olan hastalarda laparoskopik rezeksiyonun uygulanabilirliği araştırılmıştır. Açığa dönüş nedenleri, organ tutulumları ve gelişen komplikasyonlar incelenerek bu tip hastalarda cerrahi öncesi operasyon tekniğinin belirlenmesine etkili faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2005-Ocak 2013 tarihleri arasında 472 kolon veya rektum kanseri tanısıyla tek cerrah tarafından laparoskopik rezeksiyon yapılan hastalardan, cT4 evreye sahip 59 (%12.5) hasta çalışmaya alınmıştır. Olgulara, 24 (41%) sfinkter koruyucu cerrahi, 14(24%) abdominoperinoeal rezeksiyon, 6(10%) sağ hemikolektomi, 5 (8%) anterior rezeksiyon, 4 (7%) intersfinkterik rezeksiyon, 3(5%) sol hemikolektomi ve 3 (5%) sigmoid rezeksiyon uygulanmıştır. Açığa geçilen ( Grup I) ve laparoskopik tamamlanan (Grup II) olgular, yaş, cinsiyet, lokalizasyon, yapılan operasyon, ASA skoru, BMI (Bazal metabolik index), tümör büyüklüğü, çıkarılan lenf nodu sayısı, operasyon süresi, tümörün patolojik evresi, komplikasyonlar, ek cerrahi girişim gereksinimi, hastalısız sağkalım yönünden karşılaştırıldı.

#### Bulgular:

Açığa dönüş gereksinimi olan hasta sayısı 13 (22%), Açığa geçiş nedenleri 4 hastada yapışıklık olması, 4 hastada invaze tümör, 3 hastada büyük tümör, 1 hastada perfore tümör ve bir hastada ureter yaralanması idi. Demografik bulgular iki grupta benzerdi ( p>0.05). Yapılan cerrahi, çıkarılan lenf nodu sayısı, tümör evresi, kitle büyüklüğü, hastalısız sağ kalım açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (p>0.05). Hastanede kalış süresi, ameliyat süresi, komplikasyon görülme oranı, ek girişim ihtiyacı grup I hastalarında anlamlı olarak daha fazlaydı (p<0.05). Sağ kalım oranı grup I hastalarında anlamlı olarak daha azdı (p<0.05).

#### Sonuç:

T4 kolorektal tümörü olan hastaların operasyon öncesi laparoskopik teknikte opere edilebileceklerini belirleyen herhangi bir parametre saptanmadı. Operasyon öncesi klinik olarak T4 olan tümörlerin 51%'i patolojik T4 olmadığı saptandı. Bu hastalar yeterli cerrahi deneyimle 78% oranda laparoskopik olarak güvenle ameliyat edilebilir.

#### Ek organ rezeksiyonu gerektiren hastalar

Ek organ rezeksiyonu	Hasta sayısı(n)	Açığa dönüş var	Açığa dönüş yok
Vagen arka duvarı	3	-	3
Batın ön duvarı	1	-	1
TAH+BSO+incebarsak	2	1	1
Koksiks	1	-	1
Sağ ooforektomi	1	-	1
TAH+BSO+Kısmi vagen	1	1	-
Sakrum	1	1	-
TAH+BSO	2	2	-
Kısmi ince barsak +sol ooforektomi	1	-	1
Sol ooforektomi	1	1	-
Mesane	3	1	2
Splenektomi+distal pankreatektomi+mide wedge rezeksiyonu+kısmi ince barsak	1	-	1
Kısmi İnce barsak	2	1	1
Sol surrenektomi+seminal vezikül	1	-	1
YOK	5	5	-

TAH+BSO:Total abdominal histerektomi+bilateral salpingooforektomi

#### Operasyon tipleri

Açığa Dönüş	Anterior	Sigmoid	Sfinkter koruyucu	Sol	Amputasyon	Sağ	Intersfinkterik	Total
YOK	1 (2.2)	2 (4.3)	19 (41.3)	2(4.3)	12(26.1)	6(13)	4(8.7)	46
VAR	4 (30.8)	1 (7.7)	5 (38.5)	1(7.7)	2 (15.4)	0	0	13

#### S25

### Laparoskopik Cerrahi Öncesinde Kolorektal Tümörlerin Yerini Belirlemede Spot Boya ile İşaretleme

Fevzi Celayir, Gürkan Yetkin, İsmail Akgün,

Esin Kabul Gürbulak, Hakan Mustafa Köksal, Ebru Şen Oran, Mehmet Mihmanlı

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Amaç:

Laparoskopik cerrahi öncesi Spot® ile tümör yerine tatuaaj pek çok klinikte sıkça kullanılmaktadır. Spot boyası steril oluşu, toksik olmaması, biyolojik uyumlu oluşu ve Hint Mürekkebi (İndian İnk) içermemesi nedeniyle tercih sebebidir. Kalıcıdır. Takip için yararlıdır. Ancak işlemin standardizasyonu farklılıklar göstermektedir. Bu çalışma ile daha az doz ile iyi bir işaretlemenin nasıl ve nerelere yapılarak sağlanabileceğini göstermeyi amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2010-Şubat 2013 yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi biriminde 55 kolorektal tümürlü hastaya laparoskopik rezeksiyon öncesi spot boya ile işaretleme yapıldı. Yaklaşık 5 cc mürekkep tümörün alt distal ucuna 4 ayrı bölgeye saline injeksiyon yöntemi ile kolonoskopik injeksiyon iğnesi kullanılarak tatuaaj

yapıldı. Ameliyat sırasında ve sonrasında piyes patolojiye gittiğinde boyanan tümörlü bölge incelendi.

#### Sonuç:

Tatuaj yapılan 55 hastanın sadece 2 (% 3.63) tanesinde yeterli boyama yoktu. Piyes açılınca boya görüldü. Sadece mukoza boyanmış serozal boyanma olmamıştı. 5 hastada (%9) ise peritoneal yüzeyde karın duvarında noktasal tarzda boya saçılmaları olmasına rağmen tümör yeri tam boyanmıştı. Ama sonuçta 53 hastada (% 96.4) etkili ve tam boyanma sağlanmıştı. Sport boya yapılırken injeksiyon iğnesi kolona tam dik olarak saptanmamalıdır. Verilecek olan 30-40 derecelik açı ile mukozal altına injeksiyon güvenli olarak yapılır. Eğer dik olarak injeksiyon yapılırsa bizim 5 hastamızda olduğu gibi seroza geçilir ve batin içine saçılmalar olur. Açının bundan az olması ya da submukozal injeksiyonun yeterince sağlanamaması ise boyanın intralüminal kalmasına ve serozanın boyanmasına engel olup, perop tümör lokalizasyona izin vermez.

## S26

### Sildenafilin Riskli Kolon Anastomozu Modelinde Anastomoz İyileşmesi Üzerine Etkileri

Tebessüm Çakır<sup>1</sup>, İlter Özer<sup>1</sup>, Tülay Temuçin Keklik<sup>1</sup>, Uğur Erçin<sup>3</sup>, Ayşe Bilgihan<sup>2</sup>, Tahsin Dalgıç<sup>1</sup>, Erdal Birol Bostancı<sup>1</sup>, Musa Akoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi

<sup>3</sup>Bilecik Devlet Hastanesi

#### Amaç:

Yıllar içerisinde cerrahi teknik ve tedavilerdeki gelişmelere rağmen anastomoz kaçakları halen görülmekte ve ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Amacımız ratlarda deneysel eksik ve tam kolon anastomozlarında sildenafilin anastomoz iyileşmesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesidir.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışma için 64 adet wister albino cinsi rat kullanıldı. Ratlar randomize olarak kontrol+tam anastomoz, sildenafil+tam anastomoz, kontrol+eksik anastomoz ve sildenafil+eksik anastomoz şeklinde 4 gruba eşit sayıda (n=16) ayrıldı. Yara iyileşmesini değerlendirmek üzere her bir gruptaki ratların yarısı post operatif 3. gün, diğer yarısı ise 7. gün sakrifiye edildi. Sildenafil preoperatif 2 gün, operasyon günü ve postoperatif 2 gün olmak üzere toplam 5 doz 10mg/kg olmak üzere oral gavaj ile verildi. Anastomoz iyileşmesinin değerlendirilmesi için patlama basıncı ölçümü, doku malondialdehyte, glutatyon, hidroksiprolin düzeyleri, histopatolojik inceleme, kollajen yüzdesi ve kollajen maturite oranı (sirius kırmızı ile boyama tekniği) değerlendirilmesi kullanıldı.

#### Bulgular:

Sildenafil kullanılan ve yarım anastomoz yapılan ratlarda post op 7. günde patlama basıncı kontrol grubuna göre yüksek izlendi (p=0,010). Sildenafil ayrıca yarım anastomoz yapılan ratlarda 3. günde MDA değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma sağlamıştır (p<0,001). GSH ve hidroksiprolin değerleri açısından gruplar benzerdi. İnflamasyon skoru sildenafil grubunda tam anastomoz yapılan ratlarda hem 3. hemde 7. günde düşük bulunmuştur. Nötrofil skoru ise sildenafil

grubunda tam anastomoz yapılan ratlarda 3. günde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p=0,005). Neovaskülarizasyon, fibroproliferasyon, neovaskülarizasyon, histiosit, lenfosit, dev hücre infiltrasyonu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Matür kollajen oranı sildenafil kullanılan grupta 3. günde yarım anastomoz grubunda daha yüksekti (p=0,010), 7. güne gelindiğinde hem tam hem yarım anastomoz grubunda matür kollajen oranı daha yüksek olarak izlendi (p=0,007, p=0,010). Kollajen yüzdesi de tüm gruplarda sildenafil kullanılan ratlarda daha yüksek olmakla birlikte bu değer tam anastomoz yapılan grupta 7. günde istatistiksel anlamlılığa ulaştı (p<0.001).

#### Sonuç:

Sildenafil kullanımı patlama basıncı, doku MDA düzeyi, nötrofil, epitelizasyon ve inflamasyon skorları, kollajen yüzdesi ve kollajen maturitesi açısından anastomoz iyileşmesine olumlu yönde etki etmiştir. Kullanılan eksik anastomoz modeli bu etkilerin önemli bir kısmının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

## S27

### Pelvik Anastomoz Kaçaklarına Endoskopik (Endo- Sponge®) Tedavi Yaklaşımı ve Sonuçları

Metin Keskin<sup>1</sup>, Onur Bayram<sup>1</sup>, Ali Fuat Kaan Gök<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Necmettin Sökücü<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

#### Amaç:

Rektum cerrahisi sonrası gelişen en önemli komplikasyonların başında anastomoz kaçakları gelmektedir. Görülme sıklığı %1-10 arasında değişmektedir. Gelişen anastomoz kaçakları striktür veya fibrozis ile iyileşmektedir. Bu süreç içinde gelişen pelvik sepsis nedeniyle hastanede uzamış yatış süresi yanı sıra morbidite ve mortalite oranlarında artış saptanmaktadır. Distal yerleşimli kolorektal- poş anal anastomoz kaçaklarında son yıllarda endoskopik tedavi yöntemleri (Endo Sponge®) popülerize olmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde yapılan Endosponge® uygulaması gerektiren olguların sonuçlarının irdelenmesi amaçlandı.

#### Gereç-Yöntem:

Mart 2009-2013 tarihleri arasında proktotomi sonrasında erken veya geç dönemde anastomoz ayrışması saptanarak Endo-SPONGE® uygulanmış on beş olgu çalışma kapsamına alındı. Hastalar demografik veriler, tanı, yapılan cerrahi, işlem zamanı, işlem sayısı, erken ve geç dönem anatomik ve fonksiyonel sonuçları bilgisayar ortamındaki veri bankasından geriye dönük olarak değerlendirildi.

#### Bulgular:

Olguların 8'i (%55) kadın ve 7'si (%45) erkekti. Ortalama yaş 55.4 idi (24-72). On üç olgu (%85) rektum tümörü tanısıyla, 2 olgu (%15) familial polipozis koli tanısıyla ameliyat edildi. On bir olguya (%75) aşağı anterior rezeksiyon, 3 olguya (%18) total proktokolektomi ve poş anal anastomoz, 1 olguya (%7) transanal lokal eksizyon yapıldı. Hastaların 8'ine (%55) ameliyat sonrası erken dönemde 7'sine (%45) ise stoma kapatılması öncesinde yapılan kontrol endoskopide saptanan

Antalya

anastomoz ayrışmaları nedeniyle geç dönemde Endosponge® uygulaması yapıldı. Hasta başına ortalama uygulama sayısı 2.2 idi (1-5). Endosponge® uygulaması iki hastada pelvik sepsisinin ilerlemesi ve kanama nedenleriyle sonlandırılması gerekmiştir. Bu iki olguya Hartmann ameliyatı yapılmıştır. Transanal lokal eksizyon sonrası gelişen ayrışma ise uygulamalar sonrasında tam iyileşme sağlanmıştır. Diğer 12 olgunun 5'inde (%42) lümen bütünlüğü sağlanarak stomaları kapatılabilmektedir. Yedi olgunun (%58) stoması, Endosponge® uygulamaları sonrası stoması kapatılabilecek duruma getirilmiştir ancak üç olgunun (%25) stomaları kapatılmadan sistemik hastalık nedeniyle kaybedilmiştir.

**Sonuç:**

Rektum cerrahisi sonrası görülen kaçaklar erken dönem pelvik sepsis ve buna bağlı mortaliteyle sonuçlanabilir. Uzun dönemde ise anastomoz striktürleri gibi problemlere neden olabilirler. Endosponge® tedavisi, hastaların rekonstrüktif cerrahi girişim ihtiyacını ortadan kaldırmakta ve pelvik sepsisi kontrol etmekte, hastanede kalış süresini kısaltmanın yanı sıra kalıcı stoma olasılığını azaltmak yönünden iyi bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir.

**S28****Rekto ve Poş Vajinal Fistüllerde Tedavi Sonuçları: 77 Olgunun Değerlendirilmesi**

Metin Keskin<sup>1</sup>, Selman İbrikçi<sup>1</sup>, Ecem Memişoğlu<sup>1</sup>, Adem Bayraktar<sup>1</sup>, Necmettin Sökücü<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı*  
<sup>2</sup>*Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

**Amaç:**

Rekto-poşvajinal fistüller entero-atmosferik ve entero-enterik fistüller kadar yüksek mortalite ve morbiditeye sahip olmasalarda hasta konforu açısından rahatsızlık verici ve sosyal yaşamı kısıtlayıcı bir hastalıktır. Travma, inflamatuvar bağırsak hastalığı, enfeksiyon, radyoterapi ve maligniteler en sık etyolojik faktörlerdir. Bu çalışmanın amacı 2000 Ocak-2013 Ocak yılları arası İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı B Servisine tedavi gören 77 vajinal fistüllü hastanın etyolojik faktörleri, tedavi ve sonuçlarının değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

Rekto-poş vajinal fistül ile kliniğimize başvuran 77 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelenerek etyolojik faktörler, tedavi yöntemleri ve sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Çalışmaya dahil edilen 77 olgunun yaş ortalaması 43.1 yıldır (17-85). Olguların 66'sında (%85) rektovajinal, 11'inde (%15) ise poşvajinal fistül mevcuttu. Daha önceden geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü olan hastalarda fistüle bağlı şikayetlerin ortaya çıkma süresi cerrahi girişimden sonra ortalama 15 aydır (1-100). Kırk sekiz hastanın (%62) fistülleri iyatrojenik nedenliydi. Etiyolojide % 51 selim patolojiler (n:40), %49( n:37) olguda ise habis nedenler saptandı. Habis etyolojik faktörlere 24 olguda (%82) pelvik radyoterapi tedavisi de eşlik etmekteydi. Hastaların 67'sine (%87) cerrahi girişim uygulandı. Cerrahi

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

tedavi uygulanan hastaların 45'sinde (%67) girişim fistülün onarımına yönelik olurken 22 (%33) olguya palyatif girişimler (stoma) gerçekleştirilmiştir. Hastanede kalış süresi ortalama 12,3 gün (2-40 gün) olarak saptandı. Habis nedenlerden dolayı gelişen fistülere yönelik tedavide başarı %34,7 (n:13) iken selim olgularda bu oran %92'dir (n:37). Genel olarak vajinal fistüllerin onarımına yönelik cerrahi tedavilerin başarı oranı serimizde %65 olarak bulunmuştur.

**Sonuç:**

Rekto-poş vajinal fistüllerde fistülün etyolojisi, radyoterapi öyküsü, inflamatuvar barsak hastalığı tedavisi ve sonucu belirleyen önemli etkenlerdir. Cerrahi tekniklerde gelişmelere paralel olarak selim etyolojik faktörlerde fistülün kapatılmasına yönelik cerrahi tedavilerin başarıları yüksek olmakla beraber habis nedenlerde hala başarı oranı düşüktür.

**S29****Deneyel İskemik Kolon Modeli Oluşturulan Ratlarda Tricarbonyldichlororuthenium (II) Dimer (CORM-2)'in Kolon Anastomoz İyileşmesine Etkisi**

Ali Kemal Kayapınar<sup>1</sup>, Metin Ercan<sup>1</sup>, Seda Yamak<sup>2</sup>, Uğur Erçin<sup>3</sup>, Mehmet Akif Türkoğlu<sup>4</sup>, Yusuf Özoğlu<sup>1</sup>, İlter Özer<sup>1</sup>, Erdal Birol Bostancı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, Ankara*

<sup>2</sup>*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara*

<sup>3</sup>*Bilecik Devlet Hastanesi, Biyokimya Bölümü, Bilecik*

<sup>4</sup>*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya*

**Amaç:**

Kolon duvarında oluşan iskemi anastomoz iyileşmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Amacımız iskemik kolon modeli oluşturulmuş ratlarda CORM-2'nin anastomoz iyileşmesi üzerine olan etkilerini ortaya koymaktır.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmada ağırlıkları 180-220 gr arasında 60 adet Wistar albino cinsi dişi rat kullanıldı. Ratlar randomize olarak sham (transseksiyon - anastomoz), kontrol (iskemi + transseksiyon - anastomoz) ve deney (iskemi + transseksiyon - anastomoz + CORM-2) grubu (n=20) olarak üçe ayrıldı. Her grupta kendi içerisinde sakrifikasyon günlerine göre erken sakrifiye (ES) (postoperatif 3. gün) ve geç sakrifiye (GS) edilen (postoperatif 7.gün) gruplar olmak üzere 2 alt gruba (n=10) ayrıldı. Postoperatif 3. ve 7. günlerde relaparotomi yapılan ratlara doku örnekleri alındıktan sonra sakrifikasyon uygulandı. Anastomoz iyileşmesinin değerlendirilmesi mekanik (anastomoz patlama basıncı), biyokimyasal (hidroksiprolin, malondialdehit ve glutatyon) ve histopatolojik parametreler (Modifiye Verhofstad / Ehrlich-Hunt Skorlama Sistemi) kullanılarak yapıldı. İstatistiksel değerlendirmede SPSS for Windows 15 paket programı kullanıldı. p<0,05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:**

ES ve GS deney gruplarının anastomoz patlama basıncı kontrol grubuna göre yüksek idi. ES edilen deney ve sham grupların malondialdehit düzeyi kontrol grubunda göre düşük idi. GS edilen deney ve sham gruplarının glutatyon düzeyi kontrol grubuna göre yüksek idi. ES ve GS edilen deney ve kontrol

gruplarında PMNL infiltrasyonu sham grubuna göre yüksek idi. GS edilen deney grubunda MNL infiltrasyonu kontrol grubuna göre düşük bulundu. GS edilen kontrol grubunda mukoza epitelinin gelişimi hem sham hem de deney grubuna göre düşük bulundu. GS deney grubunda neoangiogenez kontrol ve sham grubuna göre yüksek bulundu. ES edilen deney ve sham gruplarının hidroksiprolin düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek idi.

#### Sonuç:

İskemik kolon modeli oluşturulmuş ratlarda CORM-2 anastomoz iyileşmesini olumlu yönde etkilemektedir.

### S30

#### Kolorektal Kanserli Hastalarda Postoperatif Anastomotik Darlık Gelişen Olguların Klinik Özellikleri ve Yönetimi

Ayça Fatma Gültekin, Öge Taşçılar, Kemal Karakaya, Demet Sümer, Ali Uğur Emre

Bilent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

#### Amaç:

Postoperatif anastomotik darlıklar çoğu zaman kolorektal rezeksiyonların komplike hale gelmesine neden olmaktadır. Literatürde kolorektal anastomotik darlık (KRAD) oranları %0-30 arasında bildirilmiş olup, darlık gelişmesine neden olabilecek risk faktörleri orataya konmaya çalışılmıştır. Anastomotik darlık tespit edildikten sonra ise tedavide endoskopik ve cerrahi çeşitli yaklaşımlar tarif edilmiştir. Bu çalışmada, kolorektal kanser nedeniyle opere olan hastalarda anastomotik darlık gelişen olguların risk faktörleri açısından klinik-operatif özelliklerinin ve darlık sonrası yönetimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışma, Ocak 2006- Aralık 2012 tarihleri arasında kolon ve rektum kanseri nedeni ile opere olan hastalardan, KRAD tespit edilen olguların tıbbi kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri yanında, operatif kayıtları, radyoterapi durumu ve darlık için uygulanan endoskopik ve cerrahi işlem kayıtları değerlendirilmiştir.

#### Bulgular:

Çalışma periyodu içinde 8 hastaya KRAD tanısı konmuştur. Hastaların 7'si erkek 1 tanesi kadın olup yaş ortalaması 59.13 olarak tespit edilmiştir. Uygulanan rezeksiyon tipleri anterior rezeksiyon (n=1), low anterior rezeksiyon (LAR) (n=5) ve extended LAR (n=2) olup, operasyon tekniği olarak tüm hastalarda inferior mezenterik arter ve ven bağlanmış, splenik fleksura diseke edilerek tam kolonik mobilizasyon sağlanmıştır. Anastomozlar stapler ile gerçekleştirilmiştir. Hastalarda anastomoz seviyesi anal girimden sonra ortalama 4.25 cm olarak tespit edilmiştir. Saptırıcı ileostomi sadece 3 hastada açılmış olup, postoperatif komplikasyon olarak 1 hastada anastomoz kaçağı ve 1 hastada brid ileus meydana gelmiştir. Dört hasta neoadjuvan radyoterapi sonrası operasyona alınmıştır (Tablo 1). Operasyon sonrası KRAD tespit edilme süresi ortalama 9.88 aydır (2-39 ay). Darlık ile ilgili en sık semptom barsak hareketlerinde güçlük olarak

tariflenmiştir. Altı hastada endoskopik balon dilatasyon, 2 hastada ek olarak buji dilatasyon uygulanmıştır. Ortalama 5.38 seans sonrasında, ortalama 4.62 mm olan darlık çapının ortalama 10 mm'ye kadar genişletildiği tespit edilmiştir. Endoskopik dilatasyona yanıt alınmayan hastalardan birinde transanal cerrahi genişletme uygulanmış, diğerinde ise kalıcı stomaya geçilmiştir (Tablo 2).

#### Sonuç:

Bu çalışmada, malignite nedeniyle rezeksiyon yapılan hastalarda postoperatif KRAD gelişen olguların klinik ve operatif teknik kaynaklı risk faktörleri ve darlık tespit edildikten sonraki yönetimleri incelenmiştir. Malignite nedeniyle gerçekleştirilen kolorektal rezeksiyonlarda, KRAD için risk faktörlerinin öngörülerek bu faktörlerden kaçınılması veya riskleri azaltmaya yönelik tedbirler alınması ve darlık tespit edildikten sonraki tedavi seçeneklerinin uygun şekilde değerlendirilmesi, anastomotik darlık gibi hasta yaşam kalitesini anlamlı derecede düşüren bir komplikasyonla mücadelede başarı oranını arttıracaktır.

**Tablo 1:** Kolorektal anastomotik darlıklı hastalarda operatif özellikler ve radyoterapi çeşidi.

	Hasta No: 1	Hasta No: 2	Hasta No: 3	Hasta No: 4	Hasta No: 5	Hasta No: 6	Hasta No: 7	Hasta No: 8
Operasyon	LAR	Extended LAR	LAR	Ant. Rezeksiyon	LAR	Extended LAR	LAR	LAR
Kolonik Mobilizasyon	+	+	+	+	+	+	+	+
Anastomoz Tekniği	Stapler	Stapler	Stapler	Stapler	Stapler	Stapler	Stapler	Stapler
Anastomoz Seviyesi (cm)	4	3	5	6	4	3	5	5
Saptırıcı Ileostomi	-	+	+	-	+	-	+	-
Postoperatif Komplikasyon	-	-	-	-	-	Anastomoz Kaçağı	Brid ileus	-
Radyoterapi	Adjuvan	Neoadjuvan	Neoadjuvan	Adjuvan	Adjuvan	Neoadjuvan	Adjuvan	Neoadjuvan

LAR: Low Anterior Rezeksiyon

**Tablo 2:** Hastalarda tespit edilen kolorektal anastomotik darlıkların özellikleri ve yönetimi

	Hasta No: 1	Hasta No: 2	Hasta No: 3	Hasta No: 4	Hasta No: 5	Hasta No: 6	Hasta No: 7	Hasta No: 8
Postoperatif Görülme Zamanı (ay)	9	6	8	4	2	3	39	8
Semptom	Barsak Hareketlerinde Güçlük	Stoma Kapatılması Öncesi Kontrol	Stoma Kapatılması Öncesi Kontrol	Barsak Hareketlerinde Güçlük	Stoma Kapatılması Öncesi Kontrol	Barsak Hareketlerinde Güçlük	Barsak Hareketlerinde Güçlük	Stoma Kapatılması Öncesi Kontrol
Darlığın Çapı (mm)	6	4	5	4	5	4	3	6
Dilatasyon Tipi	Balon	Balon	Balon	Balon+Buji	Balon	Balon+Buji	Balon+Buji	Balon
Dilatasyon Seans Sayısı	5	4	5	6	4	6	8	5
Dilatasyon Sonrası Çap (mm)	12	16	13	7	9	5	5	13
Sonuç	Endoskopik Dilatasyon	Endoskopik Dilatasyon	Endoskopik Dilatasyon	Endoskopik Dilatasyon	Endoskopik Dilatasyon	Cerrahi Genişletme	Kalıcı Stoma	Endoskopik Dilatasyon



**S31****Turnbull-Cutait: Geçiktirilmiş Koloanal Anastomoz (Abdomino Perianal Pull-Through) Seçilmiş Olgularda Akla Gelmesi Gereken Ameliyat**

Osman Serhat Güner<sup>1</sup>, Latif Volkan Tümay<sup>1</sup>, Abdullah Zorluoğlu<sup>1</sup>, İmam Bakır Batı<sup>1</sup>, Ersin Öztürk<sup>2</sup>, Özgür Dandin<sup>3</sup>, Barış Gülcü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>Bursa Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Orta- aşağı rektal kanserlerde sfinkter koruyucu cerrahi tercih edildiğinde anastomoz kaçığının olası sorunlarını aşmak için %100'e varan oranlarda saptırıcı stoma açılmaktadır. Geçiktirilmiş Abdomino Perianal Pull-through koloanal anastomoz (Turnbull-Cutait) ile anastomoz kaçığı ve bununla ilgili sorunları gidermek amaçlanmaktadır.

**Gereç-Yöntem:**

Mart 2006-Aralık 2012 tarihleri arasında Acıbadem Üniversitesi Bursa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde orta ve distal yerleşimli rektum kanserlerinde Turnbull-Cutait ameliyatı yapılan 13 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiş, erken ve geç postoperatif komplikasyonlar, onkolojik özellikler, takip ve hastaliksız sürvi oranları incelenmiştir. Yaşam kalitesi SF-12 skoru ve Wexner İnkontinans skalası ile fonksiyonel sonuçlar ise anal manometri ve dekografi ile değerlendirilmiştir. Olguların on tanesinde Neoadjuvan kemo-radyoterapi almıştır. Preop evreleme toraks-abdomen CT, pelvik phase array MR, endoskopi ile yapıldı. Tümör yerleşimi dentat çizgiden itibaren 0,5-7 cm'ler arasında idi. Tüm olgularda standart TME uygulandı. Peranal dentat çizgi düzeyinde yapılan rezeksiyondan sonra,transvers kolona kadar serbestleştirilmiş olan kolon segmentleri (IMA aort çıkışından, IMV ise hemen pankreas altından kesilerek) önüsten dışarıda 7-8 cm.lik bir segment kalacak şekilde dışarıya alındı. Bu segment 10 günlük TPN uygulamasından sonra anal girim düzeyinden kesilerek koloanal anastomoz matüre edilmiştir.

**Bulgular:**

Orta- aşağı yerleşimli 13 rektal kanserli olgu yapılan Turnbull-Cutait ameliyatı sonrası ortalama 30.3 ay (3-77) takip edildi. 1 olgu 14 ay sonra ex oldu. Hastaliksız sürvi 28,3 ay idi. Posteratif erken komplikasyonlar: 1 olguda eksteriyorize kolon segmentinde nekrozu gelişti ancak pelvik sepsis, anastomoz kaçığı ve perianal fistül görülmemiştir. Geç komplikasyonlar: 2 olguda ciddi rektal boşalma problemi (aşırı fregmantasyon) nedeni ile 6. ve 11. aylarda kolostomi açıldı. 1 olguda anastomoz darlığı nedeniyle 8. ayda balon dilatasyon uygulandı. Wexner inkontinans skalasında; ortalama değer 7,6 (4-11) Ortalama SF 12 skoru 26.8 3er olguya anal manometri ve defekografi yapılabilir. Tüm bu sonuçlarla Turnbull-Cutait ameliyatının fonksiyonel sonuçlarının tatminkar olabildiği gözlemlendi.

**Sonuç:**

Orta- aşağı rektum kanserlerinde, saptırıcı ostomiye gerek kalmaksızın anastomoz kaçığını azaltan bir yöntem olarak Turnbull-Cutait ameliyatı bir seçenek olarak akla gelmeli ve bununla ilgili teknik bilgi edinilmelidir.

**S32****Laparoskopik Cerrahi Uygulanmış Ardışık 183 Kolon Kanserli Olgunun Uzun Dönem Takip Sonuçları**

Enver Kunduz<sup>1</sup>, Kürşat Rahmi Serin<sup>2</sup>, Tuğba Matlım Özel<sup>2</sup>, Ethem Nezi Oral<sup>3</sup>, Şule Karaman<sup>3</sup>, Barış Bakır<sup>4</sup>, Oktar Asoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bayat Devlet Hastanesi, Çorum

<sup>2</sup>Özel Liv Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Özel Liv Hastanesi Onkoloji Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>Özel Liv Hastanesi Radiyagnostik Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Bu çalışmada 2005 - Mart 2013 tarihleri arasında kolon kanseri nedeniyle laparoskopik girişim yapılan 183 olgunun sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2005- Mart 2013 tarihleri arasında tek cerrah tarafından laparoskopik teknikle ameliyat edilmiş 213 kolon olgusundan, kolon kanseri sebebiyle ameliyat edilen 183 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgular prospektif olarak toplanan demografik, ameliyat patolojik inceleme, mortalite ve morbidite nedenleri, hastanede kalış süreleri, açığa geçiş oranları, vücut kitle indeksi, en uzun kesi boyu, pasaj ve gıda başlama süreleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Olguların ortanca yaşı 58 idi (30-88). Olguların 93 (%51) erkek, 90 (%49) kadındı. Tümör lokalizasyonlarına göre olguların dağılımı sırasıyla; sigmoid kolon %46, sol kolon %16, sağ-transvers kolon %34, çok odaklı %4 (n:6) idi. Olguların ortanca vücut kitle indeksi 25.9 (20.8-33) idi. Ameliyat oral gıda alımı ortanca 2.0 (1-19 gün), gaz 2.0 (0-19 gün) gayta pasajı 2.2 (1-19 gün) günlerde gerçekleşmiştir. Ortanca kesi uzunluğu 5.2 (5-7) cm'di. Hastanede kalış süresi ortancası 6.5 gündü. 16 (%8.7) olguda açığa dönüldü. Erken dönemde mortalite olmadı. 28 olguda (%15) komplikasyon görülürken, en sık yara yeri enfeksiyonu (%4.3) saptandı. Altı olguda (%3.2) anastomoz kaçığı saptandı. Ortanca piyes uzunluğu 27.4 cm (10-118) iken ortanca tümör çapı 5.0 cm (1-11.5) idi. Diseke edilen lenf nodu sayısı ortanca 29.5 adet (2-94) olarak saptandı. Olguların medyan takip süresi 37 (0-94) aydı. Üç olguda (%1.6) lokal nüks, 7 olguda (%7.1) uzak nüks, 1 olguda da (%0.5) hem lokal hem de uzak nüks tespit edildi.

**Sonuç:**

Laparoskopik cerrahi kolon kanseri tedavisinde etkin bir tedavi yöntemidir.

**S33****Laparoskopik Rektum Kanseri Cerrahisi Uygulanmış Ardışık 289 Olgunun Değerlendirilmesi**

Enver Kunduz<sup>1</sup>, Tuğba Matlım Özel<sup>2</sup>, Kürşat Rahmi Serin<sup>2</sup>, Serkan Kaya<sup>3</sup>, Şule Karaman<sup>3</sup>, Barış Bakır<sup>4</sup>, Ethem Nezih Oral<sup>3</sup>, Oktar Asoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bayat İlçe Devlet Hastanesi, Çorum

<sup>2</sup>Özel Liv Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Özel Liv Hastanesi, Onkoloji Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>Özel Liv Hastanesi, Radiodiagnostik Kliniği, İstanbul

<sup>5</sup>Özel Liv Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Rektum kanserli olgulara uygulanan laparoskopik cerrahinin onkolojik sonuçlarını gözden geçirilmesi.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2005 – Mart 2013 tarihleri arasında tek cerrah tarafından laparoskopik yöntemle cerrahi tedavisi yapılmış ardışık 289 rektum kanserli olgunun verileri prospektif olarak elde edilmiş ve SSPS 16 ortamında değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Toplam 289 olgunun %57 erkek, %43'ü kadın olup, hastaların ortanca yaşı 55 yıldır (22-88). Olguların vücut kitle indeksinin ortanca değeri %25 (20-45) 'dir. Olguların 180'ine ( %62) neoadjuvan tedavi uygulanırken, 109 (%38) olgu neoadjuvan tedavi gereksinimi göstermemiştir. Ortanca takip süresi 36 (0-97) aydır. Tümör yerleşimine göre hastaların % 47'i distal, % 28'i proksimal ve %25'i orta yerleşimlidir. Olguların 234'una (%81) sfinkter koruyucu cerrahi, 55 (%19) olguya ise abdominoperineal rektum amputasyonu uygulanmıştır. Ameliyat oral gıda alımı ortanca 2 (1-12) gün, gaz 2 (0-11) gayta pasajı 2 ( 0-12) günlerde gerçekleşmiştir. Hastanede kalış süresi 7 ( 1-32) gündür. Diseke edilen lenf nodu sayısı 24 (4-98) dür. Hastaların %88'inde mezorektum komplet ve near komplet olarak değerlendirilmiştir. Ortanca 36 ay takip süresinde Lateral cerrahi sınır pozitifliği % 4.4, lokal nüks oranı % 5.5, sistemik yayılım % 8.9 'dur. Genel sağkalım oranı % 86.3 iken hastalısız sağ kalım % 81.6 'dır.

**Sonuç:**

Rektum kanserinin cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntem güvenle uygulanmaktadır.

**S34****Vertikal İnsizyonların Laparoskopik Sigmoid Kolon ve Rektum Kanseri Cerrahisi Üzerine Etkisi: Kıyaslamalı Bir Analiz**

Nuri Okkabaz<sup>1</sup>, Yunus Emre Altuntaş<sup>1</sup>, Yaşar Özdenkaya<sup>2</sup>, Mustafa Öncel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Özel Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:**

Laparoskopik kolorektal cerrahi, özellikle rektum lokalizasyonlu operasyonlar teknik olarak güç prosedürlerdir. Daha önce laparotomi yapılan olgularda bu ameliyatın

etkinliği tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı daha önce vertikal bir insizyonla laparotomi yapılmış olgularda laparoskopik sigmoid kolon veya rektum kanseri cerrahisinin güvenilirliğini incelemektir.

**Gereç-Yöntem:**

2006-2013 yılları arasında laparoskopik olarak ameliyat edilen sigmoid kolon veya rektum kanserli olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Vertikal insizyon dışında kesisi olan hastalar dışlandı. Demografik ve hasta ilintili bilgiler ve perioperatif enformasyon daha önce insizyonu olan ve olmayanlar arasında kıyaslandı.

**Bulgular:**

Vertikal insizyon dışındaki kesisi (pfannenstiel [n=27], McBurney [n=20], subkostal [n=10] ve flank [n=1]) olanlar dışlanıp, 245 hasta (166 erkek [%68,3], ortalama yaş 59,9±13,6) çalışmaya dahil edildi. 20 olguda (%8,2) orta hat (n=16) veya paramedian (n=4) insizyonu vardı. Bu olguların 6'sında ek olarak pfannenstiel (n=4) veya McBurney (n=2) insizyonu vardı. Bu olgularda ilk trokar veress kullanarak (n=15) veya kapalı yöntemle (n=4); göbekten (n=7), epigastrik bölgeden (n=5), sağ alt kadrandan (n=4), sağ üst kadrandan (n=2) veya suprapubik (n=1) trokar yerlerinden uygulandı. Kadınlarda (%13,9 vs %5,4, p=0,023) ve ileri yaşta (66,4±10,5 vs 59,3 ±13,6, p=0,024) daha önce insizyon olma olasılığı artıyordu. Ancak tümör lokalizasyonu, tümör evresi, neoadjuvant radyoterapi oranı, Amerikan Anestezi Derneği skoru, operasyon türü gruplar arasında benzerdi. Operasyon süresi, intraoperatif kanama, perioperatif transfüzyon gereksinimi, çıkarılan lenf bezi sayısı, açığa dönüş, komplikasyon, reoperasyon ve erken mortalite oranları ve hastanede kalış süresi gruplarda benzerdi.

**Sonuç:**

Daha önce vertikal insizyonu olan sigmoid kolon ve rektum kanseri olgularında laparoskopik cerrahi sonuçları insizyonu olmayanlara benzerdir.

**S35****Ülseratif Kolit ve Familial Adenomatöz Polipozis Nedeni ile Laparoskopik Total Kolektomi Yapılan Olgularımızın Erken Dönem Sonuçları: 34 OLGU**

Erdal Birol Bostancı, Tahsin Dalgıç, Yusuf Özoğul, İter Özer, Murat Ulaş, Metin Ercan, Alikemal Kayapınar, Musa Akoğlu  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

**Amaç:**

Kliniğimizde ülseratif kolit (ÜK) ve familial adenomatöz polipozis (FAP) için laparoskopik total kolektomi yapılan olguların erken dönem sonuçlarını bildirmektir.

**Gereç-Yöntem:**

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğine başvuran ülseratif kolit(ÜK) ve familial adenomatöz polipozis (FAP) tanısı olan hastalardan laparoskopik total kolektomi yapılan 34 olgunun demografik özellikleri, intraoperatif ve postoperatif bulguları ve erken dönem sonuçları bildirilmiştir.



**Bulgular:**

34 hastanın 20'si erkek ve 14'ü kadın olup yaş ortalaması 39+15.4 idi. 21 (%61.7) hasta tedaviye dirençli ülseratif kolit, 13 (38.3) hasta FAP nedeni ile opere edildi. 18(%53) hastaya total kolektomi +İPAA, 9(%26.5) hastaya total kolektomi+uç ileostomi ve 7(%20.5) hastaya total kolektomi+İRA ameliyatı uygulandı. Bir (%2.9) hastada adezyon sebebiyle konversiyona geçildi. 26 (%76.3) hastada hiçbir postoperatif komplikasyon görülmezken, 5(%14.5) hastada yara enfeksiyonu, 2 hastada ileus (%5.8), 1(%2.9) hastada anastomoz kaçağı tespit edildi. İki (%5.9) hasta reopere edildi. İki (%5.9) hastada (bir hasta MRSA pnömonisi ve bir hasta açıklanamayan sepsis tablosu nedeni ile) mortalite görüldü. Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi ortalama 9.9+6.4 gün idi. Operasyon süresi ortalama 355+106 dakika idi. Kanama miktarı ortalama 224+312 ml olarak bulundu.

**Sonuç:**

Laparoskopik total kolektomi ameliyatları kompleks işlemlerdir. Bu ameliyatlar laparoskopik cerrahide deneyimli ve bu tip ameliyatları açık girişimle sık olarak yapmış olan merkezlerde uygulanabilir.

**S36**

### The Magnetic Anal Sphincter in Faecal Incontinence: Is Initial Success Sustained Over Time?

Marie Line Barussaud<sup>1</sup>, Surendra Mantoo<sup>2</sup>, Vincent Wyart<sup>2</sup>, Guillaume Meurette<sup>2</sup>, Paul Antoine Lehur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de Chirurgie Digestive, University Hospital of Poitiers, France  
<sup>2</sup>Clinique de Chirurgie Digestive et Endocrinienne, Institut des Maladies de l'Appareil Digestif (IMAD), University Hospital of Nantes - Hotel Dieu, France

**Aim:**

In the short-term magnetic anal sphincter (MAS) implantation is safe and efficient to correct faecal incontinence (FI). In this report we demonstrated that initial results stand the test of time and patient satisfaction remains high in the middle term.

**Method:**

Data of 23 women (median age 64 [35-78]) implanted with MAS device between December 2008 and September 2012 were reviewed from a prospective database. Assessment was based on significant improvement of incontinence scores (Cleveland Clinic Incontinence Score: CCF-IS), Faecal Incontinence Quality of Life (FIQoL) score and patient satisfaction 6, 12, 24 and 36 months after surgery.

**Results:**

Two patients were explanted for complications. Median follow-up was 17.6 months. Median preoperative CCF-IS Score was 15.2 and dropped to 6.9, 7.7, 7.8 and 5.3 at 6, 12, 24 and 36 months respectively. The median FIQoL score significantly (p<0.001) improved from 1.97 preoperatively, to 3.19, 3.11, 2.92 and 2.93 at the same time periods respectively. The CCF-IS and FIQoL scores were coherent in 91%. Sixteen of the 23 patients were satisfied but only 14 would have recommended the MAS to others. Lack of improvement was the main reason for dissatisfaction.

**Conclusion:**

Good initial results tend to remain stable over time and a large majority of the patients are satisfied after MAS implantation.

**S37**

### Tıkayıcı Defekasyon Hastalığı Olarak Rektoselin Mesh İmplant ile Transperineal Onarımı; Tek Merkez, Uzun Dönem Fonksiyonel Sonuçları

Sezai Demirbaş<sup>1</sup>, Mustafa Tahir Özer<sup>1</sup>, Eyüp Duran<sup>3</sup>, Muharrem Öztaş<sup>4</sup>, İlker Sücüllü<sup>2</sup>, Murat Urkan<sup>5</sup>

<sup>1</sup>GATA Genel Cerrahi AD, Ankara

<sup>2</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

<sup>3</sup>Elazığ Asker Hastanesi

<sup>4</sup>Hakkari Asker Hastanesi

<sup>5</sup>Eskişehir Hava Hastanesi

**Amaç:**

Tıkayıcı defekasyon hastalığı (TDH) - rektosel tespit edilen hastalar için transperineal mesh onarımı (TPMO) bilinen tedavi yöntemidir. Bu cerrahi sonrasında uzun dönem takip edilebilen hastalarda fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinin araştırılması amacıyla çalışma yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Cerrahi kliniği arşivinde 2005 yılından beri TPMO yapılan TDH olan kişilerin dosya arşiv bilgilerinden retrospektif olarak faydalanıldı. Kabızlık değerlendirmesi için hastanın evakuasyon profili ile birlikte el yardımı, haftada defekasyon sayısı ve kabızlığa eşlik eden bulgular sorgulandı. Rome II kriterleri ve Kabızlık skorlaması kullanıldı. Perineal muayene ve değerlendirme sırasında POP-Q sınıflaması kullanıldı. Tetkik safhasında translabial USG ile beraber kolon transit zamanı (KTZ) ve Defekografi her hastaya yapıldı. Gerek görüldüğünde ise MR görüntüleme ile değerlendirildi. Hastaların ameliyat sonrası değerlendirmeleri yine kabızlık skorlaması, SF-36 anketi ile yapıldı.

**Bulgular:**

2005 yılından itibaren rektosel tespit edilen 36 kadın hastaya TPMO uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 43 yıldı. Bu hastaların hepsi, POP-Q sınıflamasına göre <2 evre hastalardı. Rektosel büyüklüğü defekografi ile hastaların %77sinde >4 cm idi. Cerrahi regional anestezi altında yapıldı. Rektovaginal bölge diseke edildi. Rektosel fitiklaşmasının en üst noktasına kadar ulaşıp vicryl mesh yerleştirildi. Her hastaya minik vakum dren konuldu, idrar sondası beş güne kadar tutuldu. Per-postoperatif antibiyotik profilaksisi ve medikal tedavi (Nidazol-500 mg/gün doz, analjezik ve estriol vaginal krem) verildi. Ameliyat sonrası 6-8nci haftalarda cerrahi geçiren hastalara tekrarlanan kabızlık skorlaması hastaların %77sinde düzeldi. Disparanü hastaların yalnız % 13 ünde tespit edildi. SF-36 anketi sonuçları ile hastaların %66sında yaşam kalitesinde düzelmeye tespit edildi. 2010 yılında ortalama takip süresi 37 ay olan 19 hastaya ulaşıldı. Kabızlık skorlaması SF-36 yaşam kalite anketi ve disparanü değerlendirildi. Hastaların %57,9unda düşük skorla normale yakın defekasyon yapabilme ve fakat %15,8inde de disparanünün devam ettiği ama %47,3ünde SF-36 ile yaşam kalitesinde düzelmeye de devam ettiği değerlendirildi.

**Sonuç:**

Literatür değerlendirmesi ile çalışmamızın karşılaştırması sonunda rektosel de TPMO kronik kabızlığı önlemede uygun ve yaşam kalitesini düzeltme etkisi yüksek bir tedavi yöntemi olarak değerlendirildi. Bu çalışmanın eksik olarak bilinen iki yönü ise örneklem hacminin küçük ve takip süresinin kısa olması ile retrospektif olarak incelenmiş olmasıdır.

**S38**

### Defekografinin Pelvik Taban Hastalıklarının Değerlendirilmesindeki Rolü: 54 Olgunun Geriye Dönük Değerlendirilmesi

Özgür Dandin<sup>1</sup>, Dursun Özgür Karakaş<sup>2</sup>, Tuncer Ergin<sup>3</sup>, Ahmet Ziya Balta<sup>4</sup>, İlker Sücüllü<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Bursa

<sup>2</sup>Ağrı Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Ağrı

<sup>3</sup>Bursa Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, Bursa

<sup>4</sup>Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

**Amaç:**

Posterior pelvik taban hastalıkları rektosel, rektal prolapsus, enterosel, sigmoidosel, peritoneosel, anismus, pelvik desensus ve intususepsiyonu içermekte, sıklıkla pelvik ağrı, fekal inkontinans, inkomplet defekasyon, persistan rektal dolgunluk ve obstrüktif konstipasyona neden olmaktadır. Posterior pelvik hastalıkların tanısında anorektal manometri, konvansiyonel defekografi, manyetik rezonans (MR) defekografi, elektromyografi (EMG) ve endorektal ultrasonografi (ERUS) kullanılmaktadır. Defekografi; 1953 yılında ilk kez Walden tarafından tarif edilen, rektumdan baryum verilmesini takiben defekasyonun gerçek zamanlı değerlendirilmesi ile pelvik kemik yapılar ile ilişkili olarak rektum ve anal kanal morfolojisini gösteren radyolojik yöntemdir. Defekografi basitçe rektuma nişastalı 150-200 mL baryum verilerek, hasta istirahatte iken, sfinkterleri istemli kasarken, ıkınma sırasında, defekasyon sırasında ve sonrasında dinamik görüntülenmesi esasına dayalıdır. Defekografinin en sık endikasyonları arasında konstipasyon, yetersiz dışkılama, fekal inkontinans, mukus dışkılama, pelvik ağrı ve huzursuzluk yer almakla birlikte pelvik cerrahi geçiren hastaların takibinde de önemli bir yöntemdir. Bu çalışmada defekografi yapılan hastaların değerlendirilmesi ve tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

01 Ocak 2012- 15 Mart 2013 tarihleri arasında Bursa Asker Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine başvuran ve defekografi yapılan 54 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Defekografi yapılan hastaların; yaş, cinsiyet, başvurudaki şikâyetleri, geçirilmiş ameliyatları, doğum sayıları ve defekografi sonuçları geriye dönük incelendi. Maliyeti ve elde edilme güçlüğü nedeniyle hazır baryum hamuru yerine uygun yoğunlukta patetes nişastası ve baryum sülfat süspansiyonu karışımını tercih ettik. Ayrıca hazır defekografi konsolu yerine ise sağlam, uygun boyut ve çapta (45 cm yüksekliğinde, 35 cm genişliğinde) plastik çöp kutusu üzerine klozet oturağı yerleştirilerek aynı işlevi gören bununla birlikte çok daha ucuz ve kolay elde edilebilir bir konsol düzeneği kullandık.

**Bulgular:**

Defekografi yapılan 54 hastanın 11'i (%20,4) erkek, 43'ü (%79,6) kadındı. Yaş ortalaması tüm hastalarda 44,78±13,77, kadınlarda 43,72±12,41, erkeklerde ise 48,91±18,27 (Ortalama± Standart Sapma) olarak saptandı. Hastalar en sık kabızlık (%72,2) ve dışkılama güçlüğü (%68,5) şikâyeti ile başvurdu. Hastaların başvurudaki şikâyetleri Tablo I'de verilmiştir. Geçirilmiş ameliyat öyküsü olarak en sık jinekolojik ameliyatlar (%38,9) saptandı. Hastaların geçirilmiş ameliyat öyküsü Tablo II'de verilmiştir. 43 kadın hastanın doğum sayıları incelendiğinde; %14 kadının hiç doğum yapmadığı, %11,6 kadının 1, %42 kadının 2, %20,9 kadının 3, %6,9 kadının 4 ve %4,6 kadının 5 doğum yaptığı saptandı. Defekografi bulguları olarak en sık rektosel (%74), ikinci en sık mukozal intususepsiyon (%61) saptanırken rektosel ile mukozal intususepsiyon birlikteliği ise %51,8 olarak saptandı. Hastaların defekografi bulguları Tablo II'de verilmiştir.

**Sonuç:**

Defekografi pelvik taban ve anorektal bileşke hastalıklarının tanısında ve bu hastalıklara uygulanan tedavilerin etkinliğinin belirlenmesinde etkin tanı yöntemlerinden birisidir. Floroskopi cihazı olan her merkezde kolaylıkla yapılabilmesinin yanında ucuz, güvenli ve minimal invazivdir. Bununla birlikte çeşitli nedenlerden dolayı ülkemizde büyük şehirlerde bile defekografi yapan merkez sayısı oldukça kısıtlıdır. Özellikle doğum yapmış, yaşlı ve obstetrik operasyon hikayesi olan bayanlarda sıkça görülen kabızlık ve beraberinde gelişen anal fissür, hemoroid gibi rahatsızlıkların önemli bir kısmının pelvis tabanı ve anorektal bölgedeki problemlerden kaynaklandığını göstermektedir. Ülkemizde hemoroid, anal fissür, kabızlık gibi rahatsızlıkların tedavisine harcanan yüksek bütçeler ve iş gücü kaybı hesaba katıldığında bu rahatsızlıklara neden olan asıl problemlerin ortaya konması oldukça önem arz etmektedir. Belirginleşmiş hemoroid pakelerinin ameliyatla alınması veya anal fissürü olan hastaya cerrahi bir işlem yapılması asıl sorunu çözmemişken ek birçok sorunun da kapısını aralayabilmektedir. Defekografinin video olarak kaydedilmesi ve gerektiğinde tekrar izlenmesi doğru tanının konulmasında cerraha fayda sağlamaktadır. Sonuç olarak özellikle bu konu ilgilenen klinisyenler bu tetkik sayesinde, 15 dakika gibi kısa bir sürede, pelvik taban ve anorektal bileşke hastalıklarının tanısını doğru bir şekilde koyabilecek; bu sayede doğru tedavi, azami hasta memnuniyeti ve düşük maliyet ile sonuca ulaşabileceklerdir.

**Tablo 1**

Şikâyeti	Toplam (n:54)	Kadın (n)	Erkek (n)
Kabızlık	39 (%72)	33	6
Dışkılama güçlüğü	37 (%68,5)	32	5
Makatta ağrı	23 (%42,6)	16	7
Makatta kanama	16 (%29,6)	11	5
Makatta şişlik	15 (%27,7)	11	4
Karında şişkinlik	12 (%22,2)	12	0
Karın ağrısı	8 (%14,8)	8	0
İnkontinans	3 (%5,5)	1	2
Vajene bası	2 (%3,5)	2	0
Makatta sarkma	1 (%1,8)	0	1
İshal	1 (%1,8)	1	0
İlişki esnasında ağrı	1 (%1,8)	0	1
Kabızlık + Dışkılama güçlüğü	29 (%53,7)	25	4
Dışkılama güçlüğü + Makatta ağrı	15 (%27,7)	11	4
Makatta ağrı + kanama	15 (%27,7)	10	5
Kabızlık + Makatta ağrı	14 (%25,9)	9	5
Kabızlık + Makatta şişlik	13 (%24)	10	3

Hastaların başvurudaki şikâyetleri

**Tablo 2**

Bulgular	Toplam (n:54)	Kadın (n)	Erkek (n)
Rektosel	40 (%74)	40	0
Mukozal intususepsiyon	33 (%61,1)	29	4
Mukozal prolapsus	9 (%16,6)	2	7
Enterosel	5 (%9,2)	5	0
Anal spazm	5 (%9,2)	4	1
Puborektal kas dissinerjisi	5 (%9,2)	5	0
Pelvik tabanda alçalma	3 (%5,5)	5	0
İnkontinans	3 (%5,5)	1	2
İrritabl barsak sendromu	3 (%5,5)	1	2
Total rektal prolapsus	1 (%1,8)	0	1
Rektosel + Mukozal intususepsiyon	28 (%51,8)	28	0

Hastaların defekografi bulguları

### S39

#### Anal İnkontinens Tedavisinde Anal EMG Biofeedback (FemiScan®) Uygulamasının Erken ve Geç Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bahadır Ege<sup>1</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>2</sup>, Merter Gülen<sup>2</sup>,

B. Bülent Menteş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Kuru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gastrointestinal Cerrahi Merkezi, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

#### Amaç:

Fekal inkontinens tedavisinde anal EMG biofeedback (FemiScan) ile tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi. uygulamanın olası etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmaya 2010-2012 yılları arasında fekal inkontinens nedeniyle kliniğimize baş vuran 46 hasta dahil edildi. Anal EMG biofeedback gün aşırı 3 hafta, 30 dakika süre ile anal

prob ve kulaklık aracılığıyla hastaya uygulandı. Birinci ayda prosedür tekrar edildi. İşlem öncesi ve sonrası hastanın anal EMG biofeedback sonuçları pelvik taban kasları averaj aktivitesi ( $\mu$ V) şeklinde elektronik ortamda kaydedildi. Anal manometre (istirahat ve sıkma basınçları), pudental sinir terminal motor latency değerleri, fekal inkontinens skoru (Cleveland clinic score-CCIS), fekal inkontinens yaşam kalitesi indeksi (FIQLI) skoru uygulama öncesi ve sonrası değerlendirildi.

#### Bulgular:

Hastaların 27'si (%58) kadın, 19'u (%42)'si erkekti. Hastaların yaş ortalaması 56,4'dü(30-80). Anal inkontinans nedeni kadın hastaların zor vajinal doğum erkek hastalarda ise geçirilmiş anal cerrahiydi. FemiScan tedavisi sonrası hastaların pelvik taban kasları averaj aktivitesinde yaklaşık 3.2 kat artış görüldü. CCIS uygulama öncesi 12.8 iken sonrasında 3.3'e geriledi. FIQLI skoru (yaşam biçimi, davranış, depresyon, utanma) işlem sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme gösterdi. Hastanın anorektal fizyolojik testlerinde de belirgin bir düzelme tespit edildi.

#### Sonuç:

Anal kanala yerleştirilen, bilgisayar destekli, ses komutlu yüzeysel EMG probu ile yapılan pelvik taban biofeedback tedavisi noninvaziv bir yöntem olup erken ve geç dönem sonuçları anal inkontinens tedavisinde efektif bir yöntem olarak kullanılabileceği yönünde cesaret vermiştir.

### S40

#### Anterior Rezeksiyon Sendromunda Biofeedback Yararlı mı?

Tuğba Matlım Özel<sup>1</sup>, Enver Kunduz<sup>2</sup>, Oktar Asoğlu<sup>1</sup>, Kürşat Serin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Liv Hospital, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Çorum Bayat Devlet Hastanesi, Çorum

#### Amaç:

Aşağı yerleşimli rektum kanserleri olgularında ultra low anterior rezeksiyon sonrası görülen anterior rezeksiyon sendromu tedavi yönetimi açısından cerrahları en çok zorlayan sorunlardan birisidir. Bu çalışmamızda biofeedback çalışmasının anterior rezeksiyon sendromu tedavisindeki yararını araştırdık.

#### Gereç-Yöntem:

2003-2013 yılları arasında distal yerleşimli rektum kanseri tanısıyla sfinkter koruyucu cerrahi yapılmış hastalar arasından anterior rezeksiyon sendromu nedeniyle biyofeedback tedavisini kabul eden 8 hastaya Femiscan marka EMG temelli interaktif temelli biyofeedback cihazı ile hergün sabah ve akşam olmak üzere dörder tur yapıldı. Turlar arası dinlenme periyodu 45 sn sürdü. Her tur sekiz kez 5 saniyelik kasılma ve 10 sn dinlenme şeklinde planlandı. Toplam seans süresi dokuz dakika kırkbeş saniye sürdü. Egzersiz periyodlarının % 80 ininde istenilen aktiviteyi gerçekleştirilen olguların seansları başarılı kabul edildi. Olgular sırt üstü yatar vaziyette, bacakları gövdeden biraz yuksekte iken çalışmalarını gerçekleştirildi.

#### Bulgular:

Tablolar halinde gösterilmiştir.

**Sonuç:**

Anterior rezeksiyon sendromlu olgularda biyofeedback çalışması seçkin tedavi yöntemidir.

## Biyofeedback olgularında tedavi cevabı

olgu	çalışma süresi	Sfinkter fonksiyonu Başlangıç değeri (uV)	Sfinkter fonksiyonu Sonuç değeri (uV)	Tedavi öncesi Wexner skoru	Tedavi sonrası Wexner skoru
olgu1	1	7	14	11	4
olgu2	1	8,4	15,9	15	2
olgu3	1	7,3	13,6	13	3
olgu4	1	19,6	22,7	11	6
olgu5	3	30,2	42	10	3
olgu6	3	20,7	27	12	6
olgu7	1	17	28,3	13	4
olgu8	2	21,9	25	14	4

olguların çalışma öncesi ve sonrası sfinkter basıçlarını elektriksel cevaplarında ve wexner skorlarında belirgin artış gözlenmiştir.

## Biyofeedback olgularında tedavi cevabı

Hasta ismi	Tedavi öncesi yaşam biçimi skoru	Tedavi sonrası yaşam biçimi skoru	Tedavi öncesi üstesinden gelme skoru	Tedavi sonrası üstesinden gelme skoru	Tedavi öncesi depresyon skoru	Tedavi sonrası depresyon skoru	Tedavi öncesi utanma skoru	Tedavi sonrası utanma skoru
Olgu1	1,6	4	2,1	2,6	2,7	3,2	1,3	3
olgu2	1,6	3,9	2	3,2	2,7	3,4	1,3	3,2
olgu3	1,8	4	2,2	3,8	2,4	3,6	1,6	4
olgu4	2	3,6	2,1	3,4	2	3,8	1	3
olgu5	2	3,8	1,8	3,6	1,8	3,2	1	3,2
olgu6	1,4	3,2	2	3,4	1,8	3	1	3
olgu7	2	3,6	2,4	3,2	2	3,4	1,8	3,8
olgu8	1,6	3,8	1,9	4	1,2	4	1	3,6

Biyofeedback tedavisi uygulanan olgularda tedavi öncesi ve sonrası yapılan fekal inkontinens değerlendirme anket sonuçlarında belirgin düzelme izlendi.

**S41**

### Semptomatik Rektosel Tedavisinde Transperineal PGA Soft Mesh ile Onarımın Pelvik Taban Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi ve Seksüel Fonksiyonlara Etkisi

Alp Yıldız<sup>1</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>1</sup>, Bahadır Ege<sup>2</sup>, Bülent Mentese<sup>1</sup>, Emre Karaahmetli<sup>1</sup>, İlkin İsmayilov<sup>1</sup>, Mehmet Oğuz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Özel Kuru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

**Amaç:**

Semptomatik rektosel transperineal PGA (poliglikolik asit) soft mesh ile onarımın pelvik taban hastalığına spesifik yaşam kalitesine (PFDI-20, PFIQ-7) ve seksüel fonksiyonlar (PISQ-12) üzerine etkilerinin araştırılması planlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2005- Ekim 2011 yılları arasında ardışık 282 kadın hasta prospektif olarak irdelendi. Semptomatik multikompartmental prolapsusu, üriner inkontinensi olan ve anal sfinkter cerrahisi uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara levatoroplasti ya da perineorafı gibi ek onarım yapılmadı. Pre- postoperatif rektosel evresi, pre- ve postoperatif semptom skoru, postoperatif komplikasyon, takip süresi, postoperatif objektif iyileşme, pre- ve postoperatif 6.ayda hastalığa özgü yaşam kalitesi için PFDI-20 (Pelvik taban sıkıntı ölçeği),

PFIQ-7 (Pelvik taban etki anketi) ölçekleri, seksüel aktiviteleri değerlendirmek için PISQ-12 (Pelvik organ prolapsusu/ıdrar inkontinensi cinsel fonksiyon sorgulaması) ölçeği kullanılarak önceden hazırlanmış standart formlara kaydedildi. İstatistiksel analizde Pearson's chi-square, Wilcoxon signed ranks test ve Student t testleri kullanıldı. Takipler telefon ve yüz-yüze görüşmelerle yapıldı.

**Bulgular:**

Ortalama 23.47±20.11 (6-72) aylık takiplerde preoperatif semptomatik evre 2 128 hasta ve evre 3 154 hastanın ortalama semptom skorunun 9.58±2.06'dan, postoperatif 6. ayda ortalama 1.96±0.71'e azaldığı izlendi (p <.0001). Postoperatif 27 (%9.5) hastada minimal komplikasyon görülürken mesh erozyonu ve reddi saptanmadı. Anatomi onarımın objektif değerlendirilmesinde 12 hastada (%4.2) anatomik iyileşme saptanmasına rağmen postoperatif semptomlarının azaldığı gözlemlendi (p =.007). PFDI-20 ve PFIQ-7 skorları ile pelvik tabana spesifik yaşam kalitesi değerlendirildiğinde postoperatif 6.ayda belirgin olarak düzelme olduğu saptandı (sırasıyla; p <.0001, p <.0001). Seksüel olarak aktif olan 104 hasta (%36.2) PISQ-12 ile değerlendirildiğinde de postoperatif dönemde seksüel fonksiyonlarında belirgin düzelme olduğu gözlemlendi (p <.0001). Özellikle dispareni olan hastaların %92.3'ünde postoperatif 6. ayda şikayetlerinin tamamen geçtiği tespit edildi (p <.0001). Prospektif tek kollu vaka serisi olması bu çalışmanın limitasyonudur.

**Sonuç:**

Semptomatik rektosel transperineal PGA soft mesh ile onarım, tıkayıcı defekasyon bozukluğu semptomlarının eliminasyonunda, postoperatif pelvik tabana ait yaşam kalitesini arttırmada etkili, seksüel fonksiyonlarda düzelme (özellikle dispareni) sağlayan, komplikasyon ve nüks oranı düşük bir yöntemdir.

**S42**

### Low Anterior Rezeksiyon Sonrasında Defekatuvar Bozukluklar Tarifleyen Hastalarımızda Yeni Geliştirilen Semptoma Dayalı Skorumla Sisteminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Ayça Fatma Gültekin<sup>1</sup>, Öge Taşçılar<sup>1</sup>, Kemal Karakaya<sup>1</sup>, Demet Sümer<sup>1</sup>, Şaziye Koyunlu Varlı<sup>2</sup>, Ali Uğur Emre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

<sup>2</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Stoma Terapi Ünitesi, Zonguldak

**Amaç:**

Radyoterapi protokollerinin gelişmesi ve total mezorektal eksizyon tekniğinde tecrübe kazanılması daha aşağı yerleşimli rektum kanserlerine müdahale edilebilmesine olanak sağlamıştır. Ancak bu durum hastalarda postoperatif ortaya çıkan fekal inkontinans, urgency ve frequency gibi semptomlarla karakterize Low Anterior Rezeksiyon Sendromunun (LARS) tanımlanması ile sonuçlanmıştır. LARS ile etkin şekilde mücadele edebilmek için sendromun ciddiyetini ortaya koyabilecek skorlama sisteminin geliştirilmesi esastır. Bu çalışmada, low anterior rezeksiyon (LAR) sonrasında



## Antalya

defekatuvar bozukluklar tarifleyen hastalarımızda son dönemde geliştirilen semptomaya dayalı skorlama sisteminin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2007-Aralık 2011 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında rektum kanseri tanısı ile opere olan hastaların tıbbi bilgilerine hastane işletim sistemi ve kliniğimize bağlı stoma terapi ünitesi kayıtlarından ulaşılmıştır. Skorlama için geliştirilen anket telefon aracılığıyla hastaların kendisine veya hastayla birinci derecede ilgilenen yakınlarına uygulanmıştır.

**Bulgular:**

Çalışma periyodu içinde rektum kanseri tanısı ile 128 hasta opere edilmiştir. Onyediyi hasta abdominoperineal rezeksiyon uygulanması ve 18 hastanın da çalışma periyodu içinde ex olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Kayıtları incelenen 93 rektum kanseri hastasının, ancak 35 tanesine telefonla ulaşılabilmiş ve anket uygulanabilmiştir. Anketi cevaplandıran hastaların 12'si kadın 23'ü erkek olup yaş ortalaması 59,89 (35-83) olarak tespit edilmiştir. Rektum kanseri tanısı olan hastaların tümör lokalizasyonları anal girimden ortalama 8.83 (5-16) olarak saptanmıştır. Uygulanan cerrahiler anterior rezeksiyon (n=6), LAR (n=21) ve extended LAR (n=8) şeklinde olmuştur. Hastaların 21 tanesine saptırıcı ileostomi açılmış ve 29 hasta da neoadjuvan veya adjuvan radyoterapi almıştır. Patolojik değerlendirmede, T2 (11) ve T3 (n=18); N0 (n=23) ve N1 (n=12) olduğu görülmüştür. Anket dâhil olan hastaların postoperatif ortalama 22,41. aylarında (10-42 ay) olduğu saptanmıştır. LARS Skorlaması için anket yapılan hastaların karakteristikleri ve operatif özellikleri Tablo 1 de verilmiştir. Tablo 2' de ise hastaların 5 sorudan oluşan ankete verdikleri cevaplar ve cevaplara göre LARS Skorları bulunmaktadır. Buna göre 18 hastada; 7.06 (0-19) skor ile LARS olmadığı, 8 hastada; 24,87 (21-29) skorla Minor LARS ve 11 hastada; 34.36 (30-42) major LARS olduğu görülmüştür.

**Sonuç:**

LAR sonrasında defekatuvar bozukluklar tarifleyen hastalarda semptomaya dayalı skorlama sistemi, direkt sendroma yönelik semptomları sorgulaması nedeniyle sendromun mevcudiyetinin ortaya konmasında etkili bir sistem olarak günlük pratikte kullanılması mümkündür.

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Tablo 1:** LARS Skorlaması İçin Anket Yapılan Hastaların Karakteristikleri ve Operatif Özellikleri

Özellikler	Hasta Sayısı (n=35)
Cinsiyet	
•Kadın	12
•Erkek	23
Operasyon tarihindeki yaş ortalaması (yıl)	59,89 (35-83)
Anal girimden uzaklık (cm)	8.83 (5-16)
T Evresi	
•T1	1
•T2	11
•T3	18
•T4	5
N Evresi	
•N0	23
•N1	12
•N2	-
Operasyon	
•Anterior Rezeksiyon	6
•Low Anterior Rezeksiyon	21
•Extended Low Anterior Rezeksiyon	8
Saptırıcı İleostomi	21
Radyoterapi/Kemoterapi	29
Postoperatif Süre (ay)	22,41 (10-42)

**Tablo 2:** LARS Anketi ve Skorlama

Sorular	Hasta Sayısı (n=35)
Gaz çıkışının kontrol edemediğiniz günler var mı?	
•Hayır, hiç	18
•Evet, haftada birden az	10
•Evet, haftada birden fazla	7
İstemsiz olarak hiç sıvı dışkı kaçırdığımız olur mu?	
•Hayır, hiç	8
•Evet, haftada birden az	17
•Evet, haftada birden fazla	10
Ne kadar sıklıkta büyük tuvaletinizi yapıyorsunuz?	
•Günde 7 defadan fazla (24 saatte)	6
•Günde 4-7 defa (24 saatte)	12
•Günde 1-3 defa (24 saatte)	12
•Günde bir kereden az (24 saatte)	5
Büyük tuvaletinizi yaptıktan sonraki bir saat içinde tekrar tuvalete gitmek zorunda kaldığımız oluyor mu?	
•Hayır, hiç	18
•Evet, haftada birden az	11
•Evet, haftada birden fazla	6
Tuvalete koşturacak kadar güçlü büyük tuvalete yetişme ihtiyacı oluyor mu?	
•Hayır, hiç	14
•Evet, haftada birden az	11
•Evet, haftada birden fazla	10
LARS Skoru	
•LARS Yok	18
•Minor LARS	8
•Major LARS	11
LARS Skoru için puanlama	
•LARS Yok	7.06 (0-19)
•Minor LARS	24,87 (21-29)
•Major LARS	34.36 (30-42)

**S43****Obstrükte Kolorektal Kanser için Acil Cerrahi Sonrası Kısa Vadeli Sonuçlar**

Nuraydın Özlem, Kadir Yıldırım, Umut Yılmazyıldırım,  
Sadık Keşmer, Murat Sencer Özsoy

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı,  
Samsun

**Amaç:**

Tıkayıcı kolorektal kanser serimizdeki post op mortalite ve komplikasyon oranlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizdeki hasta verileri 2008-2013 yılları arasında retrospektif olarak toplanmıştır. Tıkayıcı rektosigmoid tümöre sahip tüm hastalarımızda, kolonun tümürlü kısmı rezeke edilmiştir. Acil veya elektif ile ilgili vakalar, operasyon öncesi muayeneler, cerrahi tedaviler, histo-patolojik bulgular ve operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyonlar kayıt altına alındı. Operasyon sonrası mortalite hastanede yattığı süre zarfında ölen hastalar için tanımlanmıştır.

**Bulgular:**

635 hasta kolorektal cerrahiye alınmıştır. Bu hastalardan 194(30.5%)'ü acil olarak operasyona alınmıştır. Acil operasyona alınan 55 hasta ise ölmüştür. 194 hastadan 24 ünün rektosigmoid bölgede tıkayıcı tümörü vardı. Bu 24 hastanın 5 inde (%20) perforasyon mevcuttu. Bu acil operasyona alınan hastaların ortalama yaşı 73,7 (45-101) idi. Elektif operasyona alınan hastaların ortalama yaşı ise 67,8 (31-88) idi. Tümöral obstrüksiyona sahip hastaların ortalama hastanede kalış süresi 12,7 gündü. Anastomoz kaçığı riskinden dolayı; anastomoz yapılmayan hastaların hastanede kalış süresi anastomozla sahip hastalara oranla belirgin kısaydı. Acil operasyona alınan hastaların çoğunda anastomoz olmaksızın rezeksiyon gerçekleştirilmiştir(%55). Bu hastalarda bazı komplikasyonlar gelişmiştir; yara enfeksiyonu, anastomoz kaçığı, eviserasyon, kolostomi güdük nekrozu, intraabdominal abse sayılabilir. Bu 24 hastanın 3 ünde(%12,5) ölüm gerçekleşmiştir. Sol kolon obstrüksiyona sahip hastalarda, mortalite oranı, hartmann prosodürü yapılanlarda %15 iken, primer anastomozlu segmental rezeksiyonda ise %9 olarak saptanmıştır. Acil operasyonlar, hasta yaşının artması ve ileri evre tümörler mortalite oranını belirgin arttırmıştır. Ayrıca acil operasyonlar, hasta yaşının artması ve erkek cinsiyet olması (8/10) komplikasyon artışına da yol açmıştır.

**Sonuç:**

Acil operasyona alınan hastalar (%30,5), elektif olarak alınan hastalara kıyasla daha yaşlı ve onların tümör evreleri daha yüksektir. Hartmann prosedüründe anastomoz kaçık riskinin daha az olmasından dolayı öncelikle hartmann prosedürü tercih edilmiştir. Norveç serilerinde, hartmann prosedürü uygulanan hastaların %25 de, % 19 oranında mortalite gelişmiştir. Bizim serilerimizde de benzer oranlar saptanmıştır. Hartmann prosedürü, yüksek komplikasyon ve mortalite ile ilişkilidir, bu diğer çalışmalarda da gösterilmektedir. İleri yaş olma da yüksek komplikasyon riskini arttırmaktadır. Acil operasyon da yine yüksek komplikasyon ve mortalite ile ilişkili bulunmuştur ve mümkün olduğunca bundan kaçınılmalıdır. Eğer acil operasyon gerekli ise de, rezeksiyon ve primer anastomoz

tercihi haklı gibi görünmektedir. Fakat optimal tedavi hala bir sorun oluşturmakta ve ileri araştırma gerekmektedir.

**S44****Polipozis Sendromları ile İlişkili Abdominal Yerleşimli Desmoid Tümörlerinde Tedavi: Tek Merkez Deneyimi ile 14 Olgunun Sonuçları**

Metin Keskin<sup>1</sup>, Ecem Memişoğlu<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Yılmaz Büyükcüncü<sup>1</sup>, Ali Akyüz<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Desmoid tümör nadir rastlanan ekstraabdominal, intraabdominal yerleşim gösteren bir yumuşak doku tümördür. Lokal agresif seyir gösterip çevre yapıları infiltrate etme eğilimleri olup , uzak metastaz yapmamaktadırlar. Desmoid tümörler etyolojisi belli olmayan sporadik olgular şeklinde veya ailevi neoplastik sendromlarla ([ FAP] ailevi polipozis koli, Gardner sendromu vs.) birlikte görülürler. Çalışmamızda, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. B Servisinde tedavi edilen 14 desmoid tümör olgusunun sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

1999-2013 tarihleri arasında kliniğimizde desmoid tümör tanısı alan, tedavisi yapılan 14 hastanın demografik verileri, semptomları, tümörün yerleşim yeri, eşlik eden sendromlar, yapılan girişimler ve sonuçları geriye dönük olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Hastaların yaş ortalaması 37 (20-51) olup; 9 (%65) kadın, 5 (%35) erkekti. On dört desmoid tümör olgusunun 12'sine (%86) polipozis sendromlarına eşlik ederken, 2 (%14) olgu ise sporadik olarak oluşmuştu. Polipozis sendromlu 10 hastadan 5'ine (%50) restoratif proktokolektomi, 5'ine (%50) ise total kolektomi ve ileorektal anastomoz ameliyatları yapılmıştır. Polipozisli hastaların 8'inde (%57) desmoid tümör polipozis tanısı sonrası saptanmış olup; polipozis tanısı ile desmoid tümör tespiti arasında geçen ortalama süre 20,5 aydı (2-48). Dört hastada (%28) ise polipozis tanısı desmoid tümör tanısından sonra konulmuştur. Tümörün yerleşimleri, 10 (% 72) batın içi, 2 (%14) batın duvarı, 2 (%14) hastada hem batın içi hem batın duvarı olarak saptanmıştır. Desmoid tümör saptanan hastaların sadece 7'sine (%50) cerrahi eksizyon yapılabilirken bu hastaların hepsinde tümör nüksü saptandı ve bu hastalardan 5'i (%36) desmoid tümör komplikasyonlarına bağlı (kanama, perforasyon) olarak kaybedildi. Desmoid tümürlü diğer 7 (%50) olgu ise tanı konulduğu dönemde cerrahi tedaviye uygun değildi. Cerrahi girişim yapılamayan hastalara onkolojik tedaviler denenmesine rağmen başarı elde edilemedi. Desmoid tümürlü hastaların 8'inde (%58) takipleri sırasında mortalite izlendi. Sağ olan 6 (%42) hastanın 4'ü (%29) hastalıklı olarak takip edilirken sadece 2 (%13) hasta hastaliksız olarak takip altındadır. Mortalite izlenen hastalarda desmoid tümör tanısı sonrası survi ortalama 64 (8-156) ay olarak saptanmıştır. Serideki cerrahi tedavi uygulanamayan olgulardan biri multivisseral rezeksiyon ve organ transplantasyonu kararı alınarak, transplantasyon merkezine sevk edilmiş ve sonuç beklenmektedir.



Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Sonuç:**

Desmoid tümör primer tedavi cerrahi olup total olarak kitlenin eksizyonu hedeflenmelidir. Ancak bu tümörlerin büyük bir kısmı tanı konulduğu anda cerrahi eksizyona uygun durumda değildir ve bu tümörlerin nüks, mortalite ve morbidite oranları yüksektir. Cerrahi eksizyona uygun olmayan olgularda kemoterapi ve radyoterapi ile geçici palyasyon sağlanırken son yıllarda bu hastalar için multivisseral organ nakli deneyimli merkezlerde uygulanmaktadır.

**S45****Anal Stenoz Cerrahisinde-Anoplastide İnce Ayar (Fine Tuning)**

Bahadır Ege<sup>1</sup>, Merter Gülen<sup>2</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>2</sup>, B. Bülent Menteş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Koru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gastrointestinal Cerrahi Merkezi, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Anal striktür olarak da adlandırılan anal stenoz, anormal darlıkta, nonelastik anal açıklıktır. Yetişkinlerde anal stenozun %90'ı hemoroidektomi sonrası gelişir. Defekasyonda ağrı ve kanama anal stenozlu hastalarda en başlıca yakınmadır. Cerrahi tedavinin amacı normal sfinkter mekanizması ve mukokutanöz bileşkeyi yeniden oluşturarak normal anal fonksiyonu yeniden kazandırmaktır. Bu çalışmadaki amaç anal stenoz tedavisinde kalibre edilmiş anoplasti sonuçlarının irdelenmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmaya 2010-2013 yılları arasında anal stenoz nedeniyle kalibre edilmiş diamond flap anoplasti uygulanan 14 hastanın prospektif hazırlanmış standart formları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, anal stenoz nedenleri, geçirdiği cerrahi sayısı, anal stenozun evrelemesi (Milson ve Mazier), anal kalibrasyon derecesi (mm), Cleveland Clinic İnkontinens Skoru, yaşam kalitesi indeksi (SF-36) önceden hazırlanmış formlara kaydedildi. Postoperatif komplikasyonlar, semptomların rahatlama oranı ve işe dönüş süresi değerlendirildi.

**Bulgular:**

Hastaların 10'i (%72) erkek, 4'ü (%28) kadındı. Yaş ortalaması 44.6 (aralık, 22-63)'idi. Hastaların tamamında geçirilmiş hemoroid cerrahisi öyküsü mevcuttu ve hastaların 2'sinde başarısız anoplasti öyküsü mevcuttu. Ortalama geçirilmiş cerrahi sayısı 2.1+/-1,8 (aralık, 1-4) olarak saptandı. Milson ve Mazier evrelemesine göre hastaların 3'ünde (%22) orta, 11'unda (%78) şiddetli anal stenoz tespit edildi. Anal kalibrasyon pre-, intra- ve postoperatif 3. ayda ortalama sırasıyla 6.8+/-2,4 mm (4-13), 26+/-12,2 mm (24-28), 24.2+/-11,3 mm (21-26) olarak ölçüldü. Preoperatif ve postoperatif 3. ayda CCIS sırasıyla 2, 3,2, 2,8 saptandı. İşe dönüş süresi ortalama 13 gün (10-16) olarak bulundu. Postoperatif uzun süreli takiplerde komplikasyon saptanmazken, hastaların tamamı bol lifli diyetle laksatif kullanmadan normal ağrısız defekasyon yapabiliyordu.

**Sonuç:**

Anal stenoz tedavisinde kalibre edilmiş anoplasti rafine bir yöntem olup minimal morbidite, iyi fonksiyonel sonuçlar

ve uygulanabilirliği nedeniyle tercih edilebilir bir yöntem olabileceği kanısındayız.

**S46****Obstetrik Travmaya İkincil Anal İnkontinens Tedavisinde Overlapping Sfinkter Onarımının Erken Dönem Sonuçları**

Bahadır Ege<sup>1</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>2</sup>, Merter Gülen<sup>2</sup>, B. Bülent Menteş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Koru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gastrointestinal Cerrahi Merkezi, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Obstetrik travmaya ikincil gelişen anal inkontinensin cerrahi tedavisinde overlapping sfinkter onarımının fonksiyonel sonuçlarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmaya 2010-2012 yılları arasında obstetrik travmaya ikincil anal inkontinens nedeniyle overlapping sfinkteroplasti uygulanan 10 hastanın prospektif hazırlanmış standart formları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, anal inkontinens nedenleri, semptom süresi, geçirdiği cerrahi sayısı, vajinal doğum sayıları, pre-postoperatif anal inkontinens skorları (Cleveland Clinic İnkontinens Skoru-CCIS), fekal inkontinens yaşam kalitesi indeksi (FIQLI) irdelendi. Postoperatif komplikasyonlar, semptomların rahatlama oranı ve normal yaşama dönüş süresi değerlendirildi.

**Bulgular:**

Yaş ortalaması 39.3'dü. Median takip süresi 11,5 aydı (range, 24-6). Hastaların tamamında geçirilmiş zor vajinal doğum öyküsü vardı. Ortalama vajinal doğum sayısı 1.3 (1-3) olarak saptandı. Bu hastaların 2'sinde başarısız anal sfinkter onarım öyküsü vardı. İki hastada epizyotomiye bağlı gelişmiş rektovajinal fistül anal inkontinense eşlik ediyordu. Hastaların ortalama semptom süresi 3.8 (range, 1-10) yıldır. Ortalama CCIS preoperatif: 14.3+/-4,2, postoperatif 1. ayda 4.8 +/-1,2 ve 3. ayda 5.2+/-2,3 olarak bulundu. Preop ve postop FIQLI sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Normal yaşama dönüş süresi ortalama 18 gün (10-26) olarak saptandı. Postoperatif uzun süreli takiplerde komplikasyon saptanmazken, hastaların tamamı postoperatif dönemde biofeedback programına alındı.

**Sonuç:**

Anal inkontinens tedavisinde overlapping sfinkter onarımı deneyimli merkezlerde iyi fonksiyonel sonuçlar nedeniyle güvenilir bir cerrahi seçenektir.

**S47****Hemoroidektomi Sonrası Ağrı Tedavisinde Sıcak Su Torbası Uygulaması: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma**

Ahmet Ziya Balta, Yavuz Özdemir, İlker Sücüllü, Ergün Yücel, Mehmet Levhi Akın

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

**Amaç:**

Hemoroidektomi sonrası ağrının, gelişen sfinkter spazmı sonucunda olduğu düşünülmektedir. Sıcak suyun etkisiyle sfinkter basıncını düşürmek ve gelişen ağrı şikayetini azaltmak ya da engellemek amacıyla farklı şekillerde sıcak su kullanımını önerilmektedir. Ancak bu uygulamalar, genellikle en erken ameliyattan 1 gün sonra uygulanabilmekte ve teknik olarak hastalar için oldukça zahmetli olabilmektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde, standart tek kullanımlık eldivenlerin sıcak su ile doldurulup her iki gluteus kalçalar arasına yerleştirilmesi uygulaması oldukça kolay olan ve hemoroidektomi sonrası gelişen ağrı tedavisinde benzer rol oynayabilecek bir yöntemdir. Bu çalışmada, hemoroidektomi sonrası oluşan ağrı üzerine, erken dönem sıcak su torbası uygulamasının etkileri, duş ile sıcak su uygulaması yöntemiyle karşılaştırılarak incelenmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde, grade 3-4 hemoroid nedeni ile ameliyat planlanmış, ardışık 30 hasta çalışmaya alındı. Bir gruba ameliyat sonrası erken dönem sıcak su torbası uygulaması ve ameliyat sonrası 1. günden itibaren normal duş ile sıcak su uygulaması verilirken diğer gruba ameliyat sonrası 1. günden itibaren sadece normal duş ile sıcak su uygulaması verilerek gruplar randomize edildi. Bütün hastalara Milligan Morgan hemoroidektomi uygulandı ve ameliyat sonrası dönemde standart antibiyotik ve analjezik tedavisi verildi. Defekasyon ve normal günlük aktiviteler esnasında ağrı skorlarına, ameliyat sonrası 1., 3., 7., 14. ve 28. günlerde vizüel analog skorlama ile bakıldı. Ek analjezik ihtiyacı ayrıca kayıtlandı.

**Bulgular:**

İki grup arasında yaş, cinsiyet ve çıkarılan hemoroid pake sayıları açısından farklılık bulunmadı. Ameliyat sonrası erken dönemde sıcak su torbası kullanılan grupta defekasyon esnasında ve dinlenme anında ağrı skorlarının belirgin olarak ( $p<0.05$ ) daha düşük olduğu saptandı. Ayrıca ek analjezik kullanma ihtiyacının da yine sıcak su torbası kullanılan grupta belirgin olarak ( $p<0.05$ ) daha az olduğu görüldü.

**Sonuç:**

Bu çalışma, hemoroidektomi sonrası sıcak su torbası uygulamasının özellikle ameliyat sonrası erken dönemde ortaya çıkan ağrıların azaltılmasında faydası olabileceğini göstermektedir.

**S48****Sigmoid Volvulusun Elektif Tedavisi: 46.5 yılda 104 Olgu**

Sabri Selçuk Atamanalp, Mehmet İlhan Yıldırğan, Bülent Aydın, Gürkan Öztürk, Bünyami Özoğul, Abdullah Kısaoğlu  
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

**Amaç:**

Sigmoid volvulusunda detorsiyon sonrası nüks, olguların % 3-44'ünde görülür. Bu çalışmanın amacı, endoskopik olarak detorsiyone edilen sigmoid volvuluslu hastalarda elektif cerrahi tedavinin sonuçlarını irdelemektir.

**Gereç-Yöntem:**

Haziran 1966 ile Ocak 2013 arasındaki 46,5 yılda tedavi edilen toplam 952 sigmoid volvulus olgusunun kayıtları retrospektif olarak irdelendi.

**Bulgular:**

Nonoperatif detorsiyon, 686 hastaya (% 72,1) uygulandı. Başarılı olan 529 hastadan (% 77,1) 480'ine (% 90,7) elektif cerrahi tedavi önerildi. Tedaviyi kabul eden 104 hastadan (% 21,7) 92'sine (% 88,5) açık, 11'ine (% 10,6) laparoskopik yardımcı ve 1'ine (% 1,0) de laparoskopik sigmoid rezeksiyon ve anastomoz yapıldı. Hiçbir hasta kaybedilmedi. Tamamı açık cerrahi grubunda olmak üzere 13 hastada (% 12,5) komplikasyon görüldü. İşlem sonrası ortalama yatış süresi açık cerrahi uygulanan hastalarda 10,0 gün, laparaskopi yardımcı cerrahi uygulananlarda 6,4 ve laparoskopik cerrahi uygulananlarda da 6,0 gündü. Ortalama 23,8 yıllık izleme süresi içinde izlenen 66 hastada nüks görülmüdü.

**Sonuç:**

Nonoperatif yöntemlerle detorsiyone edilen sigmoid volvuluslu hastalarda temel strateji, ASA 1-3 hastalarda elektif sigmoid rezeksiyon ve anastomoz olmalı, laparoskopik veya laparaskopi yardımcı işlemler tercih edilmelidir.

**S49****Abdominoperineal Rezeksiyon Uygulanmış Hastalarda Parastomal Herninin Saptanmasında Fizik Muayene İle Bilgisayarlı Tomografinin Karşılaştırılması**

Bilgehan Çağdaş Sonbahar, Cihangir Akyol, Mehmet Ayhan Kuzu  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Abdominoperineal rezeksiyon uygulanan kalıcı kolostomili hastalarda oluşan parastomal herni tanısında fizik muayene ile bilgisayarlı tomografinin spesifitesini karşılaştırmaktır.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmamıza 2007-2012 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde aşağı rektum kanseri sebebiyle abdominoperineal rezeksiyon uygulanmış ve 1 yılını dolduran, 84 hasta dahil edildi. Çalışmamızdaki hastalar prospektif olarak değerlendirildi. AÜTF hastanelerinde kullanılan AviCenna Hastane Bilgi Yönetim Sistemi taranarak hastaların telefon numarası bilgilerine ulaşıldı.

Abdominoperineal rezeksiyon cerrahisi sonrası post operatif 1.yılıni dolduran hastalar kontrole çağırıldı. Hastaların anamnezleri alındı; yaş, cinsiyet, boy,kilo,tümör evresi, patoloji sonucu, kemo-radyoterapi alıp almadığı, post operatif kaçınıcı ayda olduğu,sigara kullanım öyküsü, ek hastalıkları (diabet,hipertansiyon, intraabdominal asit, koah, kronik kabızlık,prostatizm) sorgulandı, sürekli kullandığı ilaçlar not edildi,tam fizik muayene yapıldı. Daha sonra hastalara abdominopelvik bilgisayarlı tomografi çekildi, tüm hastaların tomografi görüntüleri aynı uzman radyolog tarafından değerlendirildi ve bilgisayarlı tomografide parastomal herni taraması yapıldı.

#### Bulgular:

Hastaların yaş, cinsiyet, ortalama takip süreleri, sigara kullanımını, BMI degerleri, KOAH, DM, HT gibi ek hastalıklarına göre dağılımı demografik veriler olarak kayıt edildi. Çalışma bulguları olarak; fizik muayene ile 84 hastanın 20 tanesinde (%23.8) parastomal herni saptandı,aynı 84 hastanın bilgisayarlı tomografi tetkikinde 8 hastada daha tanı konarak parastomal hernili hasta sayımız 28e yükselerek oran %33.3 oldu.Ayrıca 84 hastanın, bilgisayarlı tomografi kullanılarak kolostomi açılım yerlerinin pararektus/transrektus oluşu saptandı. 84 hastanın 55 tanesinin(%65.47) kolostomisi transrektus,29 tanesinin (%34.52) kolostomisi pararektus olarak açılmıştır. BT ile saptanan 28 hastanın; 11 tanesinin (%39.3) kolostomisi pararektus, 17 tanesinin (%60.7) kolostomisinin ise transrektus olarak açıldığı saptandı. Bir başka değişle 55 adet transrektus açılan kolostominin 17 tanesinin (%30.9), 29 adet pararektus açılan kolostominin ise 11 adetinde (%37.93) parastomal herni saptandı. Bilgisayarlı tomografi ile saptanan 28 adet parastomal hernili hastanın 18 adeti (%64.2) subkutanöz tip, 5 adeti (%17.9) parastomal tip, 5 adeti (%17.9) intrastomal tip olarak belirlendi. Hiçbir hastada intersitisyal tip parastomal herniye rastlanmadı.

#### Sonuç:

Aşığı rektum kanseri cerrahisinde yapılan abdominoperineal rezeksiyon cerrahisi sonrası hastaların kalıcı kolostomisi olmaktadır. Stomalı bireyler fizyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere pek çok problemle karşılaşabilmektedir. Stomalı hastaların sık karşılaştıkları problemlerden biride parastomal hernilerdir. Parastomal herniler hastaların beden görünümelerini ve kendine güvenlerini etkiler, ayrıca stoma torbası vs. gibi bakım araçlarının kullanımını engelleyerek hastanın fiziksel konforunu bozar. Daha önemlisi intestinal obstrüksiyon veya strongülasyona sebebiyet vererek mortalite ve morbidite üzerinde rol oynar. Bu sebeple parastomal herni, hastaların kontrol aşamasında gözden kaçmaması gereken bir komplikasyondur. Tanı için normal fizik muayenenin yanında tuşe ile intrastomal fizik muayene yapılması gerekebilir, ayrıca tanıya yardımcı yöntem olarak bilgisayarlı tomografi tetkiki kullanılabilir. Maliyet açısından ek yük getirmesine rağmen fizik muayene ile saptanamayan küçük fıtıklara erken tanı konulmasında bilgisayarlı tomografi faydalı bir tetkiktir.

#### S50

### Sigmoid Kolon Volvulusunda Operasyon Tipinin Hastanede Yatış Süresi, Mortalite Üzerine Etkisi

Nuraydın Özlem, Sadık Keşmer, Kadir Yıldırım, Umut Yılmazyıldırım, Murat Sencer Özsoy  
Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Sigmoid kolon volvulusu, gelişmiş ülkelerde tüm barsak obstrüksiyonlarının %5'ini oluştururken gelişmekte olan ülkelerde %50'sini oluşturur. İki operasyon tipinin hastanede kalış, mortalite üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık

#### Gereç-Yöntem:

2008 yılından beri kliniğimizde acil sigmoid kolon volvulusu nedeniyle operatif tedavi alan yaş ortalaması 64.9(20-83) olan 21 hastadan 15 i erkek 6 sı kadındı. İntraoperatif sigmoid kolon dolaşım bozukluğu olup olmadığı kaydedildi. Hastaların hartman yada rezeksiyon anastomoz alıp almadıkları, operatif süreleri, hastanede yatış süreleri mortalite bakıldı.

#### Bulgular:

Serimizdeki 21 hastadan 9 (% 42.8) unun sigmoid kolonu dolaşım bozukluğu gösteriyordu. Dolaşım bozukluğunun mortalite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktu. Hastaların 15'i (%71 ) rezeksiyon+hartman, 6 (%29) sı rezeksiyon+anastomoz aldı. Hartman prosedürü alanlardan 6 sinin kolostomisi kapatıldı; 2 hartmanlı hasta izlemenden çıktı, 3 hartmanlı hasta kapatılmayı bekliyor. Hastanede kalış süresi hartman alanlarda ortalama 8.1 gün idi. Kolostomi kapatılması süresi dahil edildiğinde hartman alanlar için ortalama hastanede kalış süresi 17.2'e çıkmaktaydı. Rezeksiyon primer onarım alanlarda 9.5 gün idi. Rezeksiyon+primer anastomoz ile hartman alıp kolostomisi kapatılanların hastanede kalış süreleri açısından istatistiksel anlamlı (0.04=p) fark vardı. Operatif süre rezeksiyon+hartman alanlarda ortalama 114 dakika, rezeksiyon+anastomoz alanlarda 132 dakika idi. Hartmanlı hastaların operatif sürelerine kolostomi kapatılmasını eklediğimizde operatif süreyi 266 dakikaya çıkarmaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlı kazanmaktaydı. (tablo1) Postop kaybedilen hasta sayısı 4 (%18) olup hepside hartman prosedürü almıştı. Rezeksiyon anastomoz alanlarda mortalite 0 hartman alanlarda mortalite % 26.6 idi Operasyon tipi mortalite üzerinde istatistiksel anlamlı fark oluşturmamaktaydı (p=0.2) (tablo2)

#### Sonuç:

Sigmoid kolon volvulusu 70 li seksenli yaşların hastalığıdır. Genç hastalarda olduğunda datedavie gecikmesi yaşanmamalıdır. Ortalama hasta yaşımız literatürden biraz genç idi. Sigmoid kolonun nekroze olup olmaması yüksek ölüm ile ilişkili olmadığını savunan araştırmacılar vardır biz ise nekrozun ölüm oranları üzerine istatistiksel anlamlı etki yapmadığını saptadık. Operasyon seçiminin etkisi açık berrak değildir; yaşamı etkilediğine dair çok az veri vardır. Akcan ve ark nın hastalarının %33' ü rezeksiyon+hartman, % 67si rezeksiyon+primer anastomoz almıştı, Ahmad rezeksiyon+hartman %85,rezeksiyon artı primer anastomoz, %15 yapmıştı. Ören ve ark çok büyük bir seri de sigmoid kolon volvulusunda

Hasta stabilse anastomoz gerginliksiz olucaksa rezeksiyon primer anastomozun ilk seçim olduğunu savundu. Operasyon seçiminde bizde birinci sırayı rezeksiyon +hartman prosedürü almıştı. Ulaşamadığımız için hastaların intraoperatif verileri belkide kötü (stabil hasta değil yada gerginliksiz anastomoz) olduğu için hartman seçildi. Operatif seçimde ağırlığın hartmanda olmasının bir diğer sebebi cerrah tercihi idi. Merkezimiz devlet hastanesinden eğitim araştırma hastanesine dönüşmesiyle rezeksiyon anastomoz oranlarımız artmıştı. Öyleki araştırmanın ilk yarısında rezeksiyon+hartman oranımız %100 iken son yarımda bu oran %50 e inmişti Operatif süre rezeksiyon+hartman alanlarda ortalama 114 dakika, rezeksiyon+anastomoz alanlarda 132 dakika idi. Hartmanlı hastaların operatif sürelerine kolostomideki operatif süreyi(ortalama 137dk) eklediğimizde ise 266 dk tutmaktadır. Rezeksiyon+hartman alan hastalar rezeksiyon+anastomoz alanlara göre istatistiksel anlamlı daha fazla operatif süre ve hastanede kalış süreleri yaşamaktadırlar. Atamanalp ve ark. yaşlı gurupda ortalama hastanede kalma süresinin 14,9±8,5 gün iken daha genç gurupda bu sürenin 11,3± 7,6 gün olduğunu saptamıştır. Bizim hastanede kalma sürelerimiz daha kısa idi. Araştırmamızda total mortalite % 18 iken hepsi hartman alanlarda gerçekleşti. Literatürde bu oran %5-14 arasında idi. Atamanalp ve ark dünyada bildirilmiş en büyük serilerinde acil cerrahi mortalitenin yaş gurupları ortalaması arttıkça %19 dan %40 a çıktığını saptamışlardır. Kassi ve ark savunduğu gibi serimizde ölen 4 hastanın 3 ünün yaşı 80 inin üzerinde idi. Sigmoid volvulusa cerrahi yaklaşımda operasyon tipi tartışması devam edecek görünmektedir. Serimizde her ne kadar rezeksiyon+hartman prosedürü ağırlıklı olarak uygulanmış olsada,biz koşullar izin verdikçe rezeksiyon anastomozun yağılması savunuyoruz.

operatif süre

	rezeksiyon+hartman	rezeksiyon+primer anastomoz
ilk operasyon süresi	114	132
tamamlayıcı (kokostomi kapatılması) süre	137	-
toplam süre	251	132

iki farklı operasyon süreleri (rezeksiyon+primer anastomoz, rezeksiyon+hartman kolostomi kapatılması toplamı) p=0,04 operasyon çeşidi/ ölüm oranları

	şifa	ölüm	toplam
rezeksiyon+ hartman	11	4	15
rezeksiyon+ primer anastomoz	6	0	6
toplam	17	4	21

operasyon tipi, mortalite üzerine istatistiksel anlamlı fark oluşturmamakta (p=02)

## S51

### Kolorektal Yabancı Cisimler ve Komplikasyonlarında Tedavi

Selim Yiğit Yıldız<sup>1</sup>, Murat Kendirci<sup>2</sup>, Hüseyin Berkem<sup>3</sup>, Bülent Cavit Yüksel<sup>3</sup>, Ali Çiftçi<sup>1</sup>, Emel Canbay<sup>1</sup>, Hamdi Taner Turgut<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Edirne Devlet Hastanesi

<sup>3</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Kolorektal yabancı cisimler cerrahi pratikte nadir karşılaşılan bir problemidir. Etiyolojik faktörler arasında anal erotizm ilk sırada yer almaktadır. Çalışmada bu ilginç klinik sorunda tanı, tedavide anal yada abdominal yolun seçiminde etki eden faktörlerin aktarılması amaçlanmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

1998-2013 yılları arasında 30 hastaya ait veriler prospektif olarak toplanmıştır. Hastalara ait demografik özellikler, tanısız bulgular, yerleşim yeri, tip, çıkarma yöntemi ve girişim sonrası dönem incelenmiştir

#### Bulgular:

30 hastanın tamamı ilk kez bir hastane acil servisine başvurmuşlardı. Kabul sırasında 15(%50) hastada yüksek oranda alkol alımı tespit edildi. Çıkarım işlemi için tüm hastalar hastaneye yatırıldı. Rektal yabancı cisimlerin büyük kısmı (30/27) 2/3 distal rectum yerleşimli idi. Ameliyathanede, uygun anestezi altında 27 (%91) hastada transanal çıkarım uygulanmıştır. Laparotomi proksimal rektum yerleşimli 2, ve grade III ve IV rektal yaralanma olan 5 hastada uygulanmıştır

#### Sonuç:

Doğru tanı ve lokalizasyon için dikkatli bir fizik ve rektal muayene esastır. Sfinkter gevşemesi olmaksızın tekrarlayan kuvvetli müdahaleler yabancı cisimin proksimale doğru yer değiştirmesine ve rektal perforasyon gibi istenmeyen komplikasyonlara yol açabilir. Ameliyathanede uygun anestezi ile sağlanan yeterli kas gevşemesi rektal yabancı cisimin transanal yolla çıkarımı için teknik avantajlar sağlar. Buna bağlı olarak cerrahi dışı başarı oranı artar. Distal rektum yerleşimli yabancı cisimlerin çıkarılmasında transanal yol daha uygun bir yöntem iken proksimal ve geniş çaplı cisimlerde tedavi abdominal cerrahiye sıklıkla ihtiyaç göstermektedir.

## S52

### Akut Apendisit Tanısında LINTULA, RIPASA ve Alvarado Skorlamalarının Karşılaştırılması

Zehra Boyacıoğlu, Çağrı Tiryaki, Mustafa Celalettin Haksal, Selim Yiğit Yıldız, Hamdi Taner Turgut, Emel Canbay

Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Kocaeli

#### Amaç:

Akut apandisit (AA) cerrahi pratiğimizde sık karşılaştığımız hastalıklardan biri olup, doğru ve erken tanı ile de mortalite ve morbiditesi oldukça düşüktür. Genellikle hastanın bulguları ve fizik muayeneyi esas alan tanı yöntemimiz ile hem morbidite hem de negatif laparotomi oranlarımız yüksek olduğundan bazı skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Bu çalışmada akut apandisit ön tanısı alan hastalarda Alvarado, Ripasa ve Lintula



skorlama sistemlerinin tanısal değerliliğinin araştırılması planlanmıştır.

### Gereç-Yöntem:

Kocaeli-Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Travma Servisimize başvuran Genel Cerrahi Kliniğimize kabul edilen akut apandisit ön tanısı olan 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastalara Alvarado, Ripasa ve Lintula skorlaması uygulanmıştır. Klinik değerlendirme sonucunda da apendektomi uygulanmıştır. Her skorlama sisteminin duyarlılığı, özgüllüğü, negatif tahmin değeri ve pozitif tahmin değeri ve akut apandisit tanısı açısından anlamlılığı belirlenmiştir.

### Bulgular:

Çalışmaya alınan hastaların 40'ı kadın 60'ı erkekti. Yaş ortalaması 34,8±12,09 (17-66) olarak bulundu. Çalışmaya katılan hastaların apendiks piyesleri histopatolojik olarak değerlendirildiğinde 100 hastanın dokuzunda (%9) apendiks salim olduğu ve 91 hastada apandisit olduğu saptandı. Histopatolojik olarak apandisit saptanan hastaların 58'i erkek, 33'ü ise kadındı. Alvarado skoru apendiks salim olan 9 hastanın 7'sini (%77) öngörebilirdi. Ancak Alvarado skorunun akut apandisit olarak öngördüğü 37 hastanın 35'ünde (%94,5) akut apandisit olduğu saptandı. RIPASA skorlama sistemi apendiks salim olan hastaların 9'unun 2'sinde (%22) normal olarak değerlendirildi. RIPASA skorlama sisteminin akut apandisit olarak öngördüğü 92 hastanın 85'inde (%92,5) akut apandisit saptandı. Lintula skorlama sisteminin negatif laparotomiye 9 hastanın 3'ünde (%33) öngörebilirdi. Lintula skorlama sisteminin akut apandisit olarak öngördüğü 81 hastadan 75'inde (%92,5) akut apandisit saptandı. Skorlama sistemlerinin özgüllüğü, negatif tahmin değeri ve pozitif tahmin değeri sırasıyla Alvarado skorlama sistemi için % 61,9, % 81,8, % 6, %97,8, Ripasa Skorlama sistemi için %93,8, %56,2, %9,2 ve % 92,8, Lintula skorlama sistemi için ise %85, %60, %8,4, %93,8 olarak bulundu. Skorlama sistemleri akut apandisit tanısı ile karşılaştırıldığında Korelasyon analizi ile Ripasa skorlama sisteminin akut apandisit tanısı ile anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

### Sonuç:

Sonuçlarımız, Ripasa skorlama sistemi akut apandisit tanısı açısından Alvarado ve Lintula skorlamasına göre daha anlamlı olduğunu desteklemektedir. Daha büyük çalışma grubunda yapılacak çalışmalar akut apandisit tanısında skorlama sistemlerinin tanısal önemini belirleyecektir.

### S53

## Laparoskopik Apendektomi Uygulanan Non Komplike Apandisit Farklı Yöntemlerle Apendiks Gütüğünün Kapatılmasının Etkinlik ve Güvenirliği

İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Bülent Çitgez, Fevzi Celayir, Uygur Demir, Mehmet Mihmanlı  
Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

### Amaç:

Çalışmamızın amacı laparoskopik apendektomilerde polimerik klips, endoloop ve intarkorporeal düğümlemenin

apendix güdüğü kapatılmasındaki etkinliği ve güvenilirliğini irdelemektir.

### Gereç-Yöntem:

Ocak 2009 ile Aralık 2012 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 408 laparoskopik apendektomi uygulanan hastadan, 276 non komplike apandisit olgusu retrospektif olarak irdelenerek çalışmaya alındı. Hastalar yaş, cinsiyet, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası morbidite ve mortalite açısından kıyaslanarak değerlendirildi.

### Bulgular:

Polimerik klips kullanılan grup I (n=98) olguların 38'i erkek, 40'ı kadın idi ve yaş 33,5 (19-51) idi. Endoloop kullanılan grup II'de (n=66) 36 erkek, 30 kadın olgu, yaş 30,8 (17-48) bulundu. Grup III (n=112) intrakorporeal (polyglactin) bağlama uygulanan olguların ise 61'i erkek, 51'i kadın iken yaş 31,6 (18-55). Pnömooperiton oluşturulmasından tüm port yerlerinin cilt dahil kapatılmasına kadar geçen ameliyat süresi grup I'de (polimerik klips) 41,2 (30-65)dk, grup II'de (endoloop) 52,3 (35-70)dk, grup III'de (intrakorporeal bağlama) ise 60,7(35-80) dk olarak bulundu. Hastanede kalış süreleri grup I'de 2,2 (1-3) gün, grup II'de 2,2 (1-4) gün, grup III'de ise 2,3 (1-12) gün idi. Apendix taban çapı grup I'de 9,8mm (6-11mm), grup II'de 9,9mm (5-16mm), grup III'de 9,8mm (5-14mm) bulundu. Grup I, II ve III arasında hastanede kalış süresi, intaroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Grup I, II. Grup I (polimerik klips)'deki ameliyat süresi grup II ve grup III'den daha kısa olarak bulundu ( $p=0,001$ ). Seride mortalite görülmedi.

### Sonuç:

Laparoskopik apendektomilerde apendix güdüğü kapatılmasında standart olarak kullanılan endostapler ve endoloop yanında polimerik klipsler hızlı ve güvenli bir kapatma sağlarken, intrakorporeal bağlama tekniği de hızdan ödün veren ancak diğer kapatma yöntemleri kadar güvenli bir kapatma sağlayan tekniktir.

### Gruplara göre dağılım

	Grup I (polimerik klips) n=98	Grup II (Endoloop) n=66	Grup III (İntrakorporeal bağlama) n=112
Cinsiyet E/K	38/40	36/30	61/51
Yaş	33,5 (19-51)	30,8 (17-48)	31,6 (18-55)
Ameliyat süresi (dk)	41,2 ±5,1(30-65)	52,3±6,5 (35-70)	60,7±7,4 (35-85)
Hastanede kalış süresi (gün)	2,2±0,4 (1-3)	2,2±0,4 (1-4)	2,3±0,5 (1-12)
İntraoperatif komplikasyon	-	1	2
Postoperatif komplikasyon	-	-	1

**S54****Güvenli SILS Apendektomide Hasta Seçimi**

Latif Volkan Tümay, Osman Serhat Güner, İmam Bakır Batı, Abdullah Zorluoğlu

Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

SILS apendektomi tekniğinin uygulama sonuçlarımız ve uygulanabilirliğini etkileyen faktörler araştırıldı.

**Gereç-Yöntem:**

Mart 2012 –Mart 2013 tarihleri arasında Bursa Acıbadem Hastanesi genel cerrahi kliniğine ardışık başvuran, akut apendisit öntanımlı SILS apendektomi yapılan 37 hasta retrospektif olarak irdelendi. Hastaların demografik özellikleri, vücut kitle indeksleri (VKİ), ameliyat süreleri, ameliyat sonrası hastanede kalış süreleri, ameliyat sonrası komplikasyon gelişimi, ameliyat öncesi radyolojik olarak ölçülen apendiks yarı çapı ve patolojik tanıları incelendi. Bulgular ameliyat süresi ve yatış sürelerine olan etkileri açısından değerlendirildi. İstatistiksel incelemede SPSS programı kullanıldı. P>0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

**Bulgular:**

Toplam 37 hastaya (16 erkek ve 21 bayan) SILS apendektomi yapıldı. Ortalama yaş 30,4 ±7,7 yıl (18-47), vücut kitle indeksleri ortalama 22.5±3,5 kg/m<sup>2</sup> ( 16- 30) bulundu. Ameliyat süresi insizyon başlangıcından cildin kapatılmasına kadar geçen süre olarak kaydedildi. Ortalama ameliyat süresi 44.5 ± 11,6 dk ( 25-75) olarak saptandı. Radyolojik (USG, BT) olarak apandiks çapı ort. 8,2 ± 2,6 mm ( 6-15) ölçüldü. Tüm ameliyatlar başarıyla tamamlandı. Hiçbir ameliyatta ilave port kullanımına ve açık cerrahiye geçiş ihtiyacı duyulmadı. Hastaların hastanede ortalama kalış süreleri 1.5± 1 gün (12 saat-4 gün) olarak saptandı. Yatış süresi umbilikal ve omuz ağrısı nedeni ile 6 hastada 2 güne uzadı. Perfore apendisit olan 1 olgu subileus nedeni ile 4 gün hospitalize edildi. Hiçbir hastada yara problemi saptanmadı. Patolojik incelemede 28 hastada akut, 1 hastada perfore apendisit saptanırken 7 hastada reaktif lenfoid hiperplazi ve 1 hastada endometriozis saptandı. VKİ, apandiks çapı ve patoloji sonuçları ile operasyon süresi ve hastanede yatış süresi ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,07).

**Sonuç:**

Konvansiyonel laparoskopiden SILS tekniğine geçişte daha dar alanda çalışmanın verdiği zorluklar yanında gerek kozmetik faydaları, gerek robotik cerrahiye geçiş aşamasındaki önemi bilinmektedir. Tekniğe geçiş sürecinde hasta seçiminin nasıl olması gerektiği retrospektif incelendiğinde artmış VKİ, apendisit varlığı ve artmış apendiks çapı ile operasyon süresi ve hastanede yatış süreleri arasında korelasyon saptanmamıştır. Buna göre SILS apendektomi, laparoskopik apandektomi deneyimi olan cerrahlar tarafından akut apendisit varlığında ve en azından VKİ < 30 olan hastalarda önemli morbidite artışı yapmaksızın, makul sürelerde, ek trokar ihtiyacı olmaksızın yapılabilir.

**S55****Laparoskopik ve Konvansiyonel Apendektomide Oksidatif Stress Belirteçlerinin Karşılaştırılması: Çift Kör Randomize Klinik Çalışma**

Ali Kağan Gökakın<sup>1</sup>, Mustafa Atabey<sup>1</sup>, Enver Sancakdar<sup>2</sup>, Köksal Deveci<sup>2</sup>, Omer Topcu<sup>2</sup>, Cengiz Aydın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya ABD

**Amaç:**

Akut karın ağrısı nedeni ile yapılan cerrahi girişimlerin en sık nedeni akut apandisttir. Laparoskopik apendektomi (LA) ve konvansiyonel apendektominin (KA) avantaj ve dezavantajları halen aktif araştırmaların konusudur. Oksidatif stres, hücreler içinde çeşitli mekanizmalar sonucu ortaya çıkan oksidanlar ile buna karşı oluşan anti oksidan mekanizmalar arasındaki dengesizlik durumu olarak bilinir. Abdominal cerrahinin oksidatif stresi artırdığı bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı komplike olmamış akut apendisit nedeniyle LA veya KA yapılan hastalarda oksidatif stress ve inflamasyon markerlerinin serum düzeylerini karşılaştırmaktır.

**Gereç-Yöntem:**

Toplam 100 hasta KA ve LA gruplarına randomize edildi. Pre ve post operatif 24. Saatte Levels leukocyte, C-reactive protein, Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF), Vascular Endothelial Growth Factor Receptor Antagonist -1 (Flt-1), Total Anti-oxidan status (TAS), Total oxidative stress (TOS) and oxidative stress index (OSI) ölçümleri yapıldı. Demografik parametreler kaydedildi.

**Bulgular:**

Oksidatif stress belirteçleri LA grubunda anlamlı oranda düşük bulundu.

**Sonuç:**

Bu çalışmanın sonuçları komplike olamamış apandisitte laparoskopik cerrahinin daha az oksidatif strese neden olduğunu desteklemektedir.

**Hastalar**

	LA	KA	p
N	50	50	
Erkek Cinsiyet n(%)	27 (58.9)	28 (56)	0.68
Yaş (mean ± SD) (yıl)	26.1 ±9.8	31.8 ±16.5	0.35
ASA grading I	29	34	0.46
Gradde II	18	16	0,46
Operative time (mean ± SD) (minutes)	48.5±13.8	33.4±13.3	0.001



**Demografik veriler**

	LA	KA	p
WBCs (/mm <sup>3</sup> )	14281±4369	13639±2941	0.523
preoperative	12599±4146	13524±1198	0.268
24.hour			
CRP (mg/dl)	26.4±2.6	25.8±3.2	0.424
preoperative	20.3±2.4	22.9±2.9	0.031
24.hour			
VEGF	1417.2±51.5	1319.4±71.1	0.083
preoperative	976.3±43.6	1129.2±67.2	0.138
24.hour			
FIt-1	58.2±1.3	61.1±2.4	0.983
preoperative	64.4±11.7	57.9±18.6	0.047
24.hour			
TAS (mmol/l)	4.1±0.6	3.7±1.3	0.501
preoperative	3.2±0.6	3.1±0.8	0.172
24.hour			
TOS (mmol/l)	101.8±11.5	100.1±9.7	0.772
preoperative	49.9±5.3	77.8±6.4	0.017
24.hour			
OSI (arbitrary unit)	2136.9±139.1	1780±138.3	0.508
preoperative	1640.4±125.2	1746±113.8	0.002
24.hour			

**S56**

### Fekal Diversiyon Gerektiren Fournier Gangreni Olgularında Saptırıcı Kolostomi Uygulaması ile Bağırsak Yönetim Kateteri Uygulamasının Karşılaştırılması

İsmail Cem Eray<sup>1</sup>, Ömer Alabaz<sup>1</sup>, Atılğan Tolga Akçam<sup>1</sup>, Abdullah Ülkü<sup>1</sup>, Cem Kaan Parsak<sup>1</sup>, Gürhan Sakman<sup>1</sup>, Gülşah Seydaoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana  
<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Bilim Dalı, Adana

**Amaç:**

Bu çalışmada, Fournier gangreni hastalarında gayta kontaminasyonunu engellemek amacıyla uygulanan saptırıcı kolostomi yöntemi ile bağırsak yönetim kateteri (BYK) yöntemlerinin prognoz ve maliyet etkinliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Mart 2002 ile Şubat 2009 yılları arasında Fournier Gangreni tanısı almış, ciddi perianal enfeksiyonu olup, debritleme sonrası rektum yaralanması olmayan ve sfinkterleri korunan 48 hasta çalışmaya alındı. Olgular fekal diversiyon amaçlı kolostomi yapılanlar (Kolostomi grubu) ile kolostomi yerine bağırsak yönetim kateteri kullanılanlar (BYK) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar, yaş, predispozan faktörler, hastanede yatış süresi, mortalite, ek cerrahi gereksinimi ve maliyet açısından karşılaştırıldılar. Kolostomi açılan hastalar, kolostomi kapama veya kolostomi komplikasyonları için tekrar yatırıldılar. Bu süre, ilk yatış süresine eklenerek toplam yatış süresi hesaplandı.

**Bulgular:**

İki grup arasında yaş ortalaması açısından fark yoktu. Fournier hastalığına eşlik eden hastalık oranı kıyaslandığında iki grup arasında anlamlı fark yoktu. (p<0,537). İlk ameliyat

sonrası ortalama yatış süresi kolostomi grubu için 30,8±18,8 gün olarak bulunmuşken, BYK grubu için 21,8±16,4 gün olarak saptanmıştır (p=0,324). Kolostomi kapanması veya komplikasyonları nedeniyle hastanede geçen sürelerin eklenmesiyle hesaplanan toplam yatış süresi kolostomi grubunda 40,5±23,4 gün iken BYK grubunda 25,6±13,4 gün olarak saptanmıştır (p=0,018). Kolostomi grubunda uygulanan ortalama ameliyat sayısı 2,6±1,1 iken, BYK grubunda ortalama 1,9±0,2'dir (p=0,015). (Tablo 1) Maliyet hesabı yapıldığında, ilk yatış ve taburcu edilmiş dönemindeki ilk toplam maliyet gruplar arasında fark göstermezken (p=0,357), kolostomi komplikasyonları için harcanan giderler, kolostomi kapama ameliyat maliyeti ve kolostomi kapatılana kadar geçen sürede kullanılan kolostomi malzemeleri ve yatış maliyeti hesaplanarak elde edilen son toplam maliyet BYK grubunda anlamlı düzeyde az olduğu gözlemlendi (p=0,0006) Mortalite, kolostomi grubunda 8, BYK grubunda 1 hasta olmak üzere toplam 9 hastada gelişti. Gruplar arasında mortalite açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı (p=0,117). Uygulanan diversiyon yöntemlerine ait komplikasyonlara bakıldığında, kolostomi grubunda 5 hastada komplikasyon gelişirken (%15,6), BYK grubunda ise katetere bağlı bir komplikasyon gözlenmemiştir. Kolostomi grubunda gelişen komplikasyonlar; bir hasta kolostomi nekrozu, bir hastada kolostomi prolapsusu, bir hastada parastomal herni ve iki hastada insizyonel herni idi.

**Sonuç:**

Yapmış olduğumuz bu çalışma bize saptırıcı kolostomi gereken, anal sfinkterleri sağlam ve rektumda yaralanması olmayan hastalarda kolostomi yerine barsak yönetim kateterinin kullanılmasıyla hem hastanın, hem hasta yakınlarının, hem sağlık kuruluşunun, hem de ülke ekonomisinin ciddi bir yükten kurtulacağını düşündürmektedir.

**Gruplara göre hastaların demografik ve klinik karakteristikleri**

	KOLOSTOMİ (n=32)	BAĞIRSAK YÖNETİM KATETERİ (n=16)	P
YAŞ	52,5 (16-73)	56 (17-85)	0,342
CİNSİYET	ERKEK 24 DIŞI 8	ERKEK 10 DIŞI 6	0,369
KOMORBİDİTE	YOK 19 VAR 13	YOK 8 VAR 8	0,537
TOPLAM OPERASYON SAYISI	2,6 ±1,1	1,9 ±0,2	0,015
YATIŞ SÜRESİ	30,8 ±18,8	21,8±16,4	0,123
TOPLAM YATIŞ SÜRESİ	40,5 ±23,4	25,6±13,4	0,018
KOMPLİKASYON	YOK 27(%84,4) VAR 5 (15,6)	YOK 16(%100) VAR 0 (%0)	0,154
PROGNOZ	ŞİFA 24 EX 8	ŞİFA 15 EX 1	0,117

**Maliyet analizi**

	KOLOSTOMİ	BAĞIRSAK YÖNETİM KATETERİ	P
İLK YATIŞ MALİYETİ	7887,0±4794,0	6695±2462,7	0,357
KOLOSTOMİ MALZEMELERİ İÇİN EK MAALİYET	1391,2 ±1390,0	-	
KOLOSTOMİ KAPAMA İÇİN EK MALİYET	1732 ±1411,8	-	
TOPLAM MALİYET	10950 ±5571,4	6695,6±2462,7	0,006

**S57****Perianal Kondilomda Cerrahi Tedavi****Seçenekleri ve Sonuçları: 30 Olgunun Analizi**

Metin Keskin<sup>1</sup>, Sercan Yüksel<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Necmettin Sökücü<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Kondiloma aküminata erkek ve kadınlarda sık olarak görülün ve cinsel ilişki yoluyla bulaşan bir hastalıktır. Kaynak olan human papilloma (HPV) virüsün çeşitli suşları bulunmaktadır. Bu suşların bazıları (HPV 16,18,31,33,35,39,45) malignite potansiyeli taşımaktadır. Hastalığın medikal tedavilerinin yanı sıra cerrahi tedavi seçenekleri de bulunmaktadır. Çalışmamızda perianal yerleşimli kondiloma aküminata nedeniyle cerrahi tedavi gerektiren hastaların cerrahi tedavi teknikleri ve sonuçları açısından değerlendirilmesi planlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Nisan 1996 ve Ekim 2012 tarihleri arasında kliniğimizde cerrahi tedavi gören 30 perianal kondilom olguların demografik verileri, uygulanan cerrahi teknikler ve sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Hastaların 17 (%56)'si erkek, 13 (%34)'ü kadındı. Ortalama yaş 34.5 (21-56)'di. Hastalar ortalama şikâyet süresi 24 (1-180) aydı. Lezyonların yerleşim yeri 18 (%60) hastada yalnız perine, 7 (%23) hastada perine ve anal kanal, 2'sinde (%7) perine ve skrotum, 2'sinde (%7) yalnız anal kanalda, 1 (%3) hasta ise perine ve kasık bölgesindeydi. Hastaların tümünde HIV ve hepatit serolojileri negatifti. Tüm hastalara genel anestezi altında anal eksplorasyon yapıldı. Kitle formasyonu oluşturan 9 (%30) olguya eksizyon yapılırken, diğer 21 (%70) olguya elektro koagülasyon işlemi yapıldı. Eksizyon yapılan 9 olgunun 5'ine sekonder iyileşme sonrası deri greftlemesi yapıldı. Diğer olgular sekonder iyileşmeye bırakıldı. Greftleme için ortalama bekleme süresi 35 (30-75) gündü. Koteterizasyon yapılan olgular aynı gün taburcu edildi. Eksizyon yapılan olguların ortalama hastanede kalış süresi 3.8 (1-25)gündü. Hastaların hiç birinde cerrahi girişime ait komplikasyon izlenmedi. Üç (%10) hastada 1 kez nüks, 1 (%3) hastada 3 kez nüks nedeniyle tekrarlayan cerrahi girişim uygulandı. Eksizyon yapılan hastaların piyeslerinin histopatolojik incemesinde, 1 (%3) olguda insitu skuamöz hücreli karsinom, 1 (%3) olguda da ağır displazik değişim saptandı. Diğer ekسیون yapılan olgularda malignite veya maligniteye öncül lezyon saptanmadı.

**Sonuç:**

Kondiloma aküminataya bağlı siğiller genellikle selimdir ama bazen ilerleyerek aşırı büyük boyutlara ulaşabilir ve Buschke Loewenstein tümörüne neden olabilir. Ayrıca ciddi perianal hijyen problemlerine neden olabilirler. Habis transformasyon potansiyeli nadir olmakla birlikte bulunmaktadır. Ufak kondilomlara elektro-koterizasyon, büyük boyutta olanlara eksizyon yapılmalıdır. Cerrahi tedavinin sonrası kür şansı yüksek ve nüks oranı düşük olmasına rağmen hastaların yakın takibi gerekmektedir. Eksizyon yapılan hastalarda geniş doku defektleri kısmi kalınlıklı cilt greftlemesi ile erken dönemde kapatılabilmektedir.

**S58****Perianal – Perineal Tutulumlu Hidradenitis Süpürativa da Cerrahi Tedavi, Cerrahi Tedavi****Sonrası Rekonstrüksiyon Seçenekleri ve Sonuçları: 15 Yıllık Olgu Serisinin Sonuçları**

Metin Keskin<sup>1</sup>, Abdülmuttalip Baysal<sup>1</sup>, Orhan Ağcaoğlu<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Yılmaz Büyükcüncü<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Ali Akyüz<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Hidradenitis suppurativa, apokrin ter bezlerinin kronik, süpüratif bir hastalığıdır. Akıntı ve kötü koku nedeniyle geniş hidradenitis süpürativa ciddi bir toplumsal sorun oluşturmasının yanı sıra kronik süreç içinde malignite potansiyeli olan selim bir hastalıktır. Hidradenitis süpürativa nedeniyle cerrahi tedavi uygulamalarımız ve de uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Haziran 1997 ile Aralık 2012 arasında 38 hastanın tıbbi kayıtları demografik veriler, yapılan cerrahi girişimler, yara bakımı, yara rekonstrüksiyon tekniklerinin, erken ve geç dönem sonuçları geriye dönük olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Olguların 35'i (%92) erkek, 3'ü (%8) kadın ve yaş ortalaması 46 (20-72) idi. Hastaların şikâyetleri başladıktan sonra tanı konulma süresi ortalama 62 aydı (4-250). Üç (%8) olguda perianal bölgeyle beraber aksilla tutulumu, 1 (%3) olguda inguinal bölge tutulumu mevcuttu. Tüm hastalara kas fasıyasına kadar, 2 cm makroskopik cerrahi sınır elde edilecek şekilde total cerrahi eksizyon yapıldı. Otuz iki (%85) hastada yara eksizyon sonrası sekonder iyileşme ile yara rekonstrüksiyonu sağlanırken 4 (%10) hastada split-thickness skin graft (STSG) uygulaması ile tersiyer yara iyileşmesi sağlandı. Sadece 2 (%5) hastaya ise eksizyon sonrası rotasyon flepleri ile yara rekonstrüksiyonu sağlanmıştır. Rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalardan 4'üne (%10) hastaya saptırıcı kolostomi açıldı. Dört (%10) olguya yara iyileşmesini hızlandırmak için erken dönemde VAC (Vacuum Assisted Closure) uygulaması yapıldı. Sekonder iyileşmeye bırakılan 5 (%12,5) hastada nüks nedeniyle yeniden sınırlı eksizyonlar yapılması gerekti. Hastanede kalış süreleri ortalama 9 (1-34 gün) gündü. Sekonder iyileşmeye bırakılan hastalarda tam yara iyileşmesi için geçen ortalama süre 12,5 hafta iken, gecikmiş cilt grefti uygulana hastalarda iyileşme 8 hafta, rotasyon flebi uygulanan hastalarda bu süre 2 hafta olarak saptandı. Eksize edilen piyesin histolojik patolojik inceleme sonrası hastaların 3'ünde (%7,5) skuamöz hücreli karsinom (SCC) saptandı. SCC saptanan hastalarda birine 6. ayında nüks sonrası abdominoperineal ampütasyonu yapılırken SCC saptanan hastaların ikisi hastalık nüksü ve sistemik hastalık nedeniyle cerrahi tedaviden ortalama 7 ay sonra kaybedilmiştir. SSC hastalarından birisinin halen radyoterapi tedavisi devam etmektedir.

**Sonuç:**

Konservatif tedavi yöntemlerinin geç dönemde perianal/perineal hidradenitis suppurativa üzerinde etkisi azdır. Bu

Antalya

nedenle hastalığın cerrahi tedavisi hem apse ve fistüle bağlı akıntı, koku problemlerini ortadan kaldırmakta, hem de skuamöz hücreli karsinom gelişimini önlemektedir. Total eksizyon sonrası yara yönetimi için, hastaya göre farklı yöntemler kullanılabilir ve multidisipliner bir ekip çalışmasını gerekli kılar. SCC insidansı düşük olmakla beraber, hidradenitis süpurativanın nın en ciddi komplikasyonudur.

**S59****Rektovaginal Fistül Tedavisinde Cerrahi Deneyimimiz**

Feza Yarbuğ Karakayalı<sup>1</sup>, Tugan Tezcaner<sup>1</sup>, Murat Kuş<sup>1</sup>, Ali Ayhan<sup>2</sup>, Gökhan Moray<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD Ankara

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Kadın ve Doğum Hastalıkları AD Ankara

**Amaç:**

Rektovaginal fistül (RVF) nadir görülen ve tedavisi zor olan cerrahi bir hastalıktır. Etiyolojide en sık obstetrik ve iyatrojenik nedenler, kriptoglandüler ve inflamatuvar barsak hastalıkları rol alır. Cerrahi tedavi ile başarılı sonuç oranı %50'lere ulaşmakta, ancak tekrarlayan cerrahi müdahaleler ile %80'lere ulaşmaktadır. Bu çalışmada, RVF'li hastalara uygulanan cerrahi yöntemlerin etkinliğini belirlemek amacı ile, kliniğimizde bu tanı ile ameliyat edilen tüm hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde, 2006-2012 yılları arasında RVF tanısı alan hastalar iyileşme sonuçları, seton veya stoma kullanımı, daha önce geçirmiş oldukları cerrahiler, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve inkontinens açılarından değerlendirildi. Yerleşim yerine göre RVF'ler iki ayrı grup altında incelendi. Rektum 2/3 üstü ile posterior vajen kafı arasındaki fistüller yüksek yerleşimli, bunun altında yerleşim gösterenler ise alçak yerleşimli RVF'ler olarak kabul edildi.

**Bulgular:**

Kliniğimizde, 2006-2012 yılları arasında görüntüleme yöntemleri ve fizik muayene ile 22 hastaya RVF tanısı konuldu. Hastaların ortanca yaşı 43 (20-61), ortanca takip süreleri 16 ay (3-40) idi. RVF etiyojisinde, 11 hastada radyoterapi tedavisi, 2 hastada divertikülit, 3 hastada obstetrik nedenler, 2 hastada kriptoglandüler hastalık, 4 hastada ise geçirilmiş cerrahiler saptandı. Yüksek yerleşimli RVF'si olan 12 hastaya fistül ligasyonu ve kolon rezeksiyonu yapıldı ve bu hastalarda tam iyileşme sağlandı. Alçak yerleşimli RVF'si olan 10 hastanın 2'sinde beraberinde anterior sfinkter defekti de tespit edildi. Alçak yerleşimli RVF'li hastaların 6'sında ilk cerrahi tedaviyi takiben nüks görüldü ve bu hastaların 5'inde etyolojik neden radyoterapi idi. Bu grupta yer alan 10 hastaya toplam 16 RVF ameliyatı uygulandı. Bunlar; 2 olguda epizyoproktotomi, 5 olguda rektal ilerletme flebi, 5 olguda transvaginal onarım, 4 olguda ise pull through/ koloanal anastomoz idi. Alçak yerleşimli RVF'li hastaların da 1'i hariç hepsinde tam iyileşme sağlanabildi. Takiplerinde 4 hastada minör inkontinens görüldü. Her iki grup hastada, 4 olguda drenaj amaçlı seton, 11 olguda ise diversiyon amaçlı stoma oluşturuldu.

**Sonuç:**

Yüksek yerleşimli RVF'lerde fistül ligasyonu ve kolon

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

rezeksiyonu ile çok başarılı sonuçlar elde etmek mümkün iken, alçak yerleşimli RVF'lerin özellikle radyoterapiye sekonder gelişenlerinde tedavi çok zordur ve genellikle tekrarlayan cerrahi müdahaleler gerektirmektedir. Bu konuda daha kesin yorum yapılabilmesi için daha fazla hasta sayısı içeren çalışmalara gereksinim olmakla birlikte, çalışmamızda özellikle bu hasta grubunda pull through/koloanal anastomoz ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

**S60****Ozonlanmış Zeytin Yağının Ratlarda Oluşturulan Akut Radyasyon Proktiti Üzerine Etkisi**

Ayça Fatma Gültekin<sup>1</sup>, Bekir Hakan Bakkal<sup>2</sup>, Demet Sümer<sup>1</sup>, Sibel Bektaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

<sup>2</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Zonguldak

<sup>3</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

**Amaç:**

Pelvik radyoterapinin en yaygın komplikasyonu olan radyasyon proktiti için optimal tedavi yöntemi halen tanımlanmamıştır. Günümüzde ozonlanmış yağların etkinliği, diabet veya ateroskleroza bağlı gelişen ülserlerde ve travma ve yanıklar sonrasında meydana gelen yaralarda gösterilmiştir. Bu çalışmada radyasyon proktiti oluşturulan ratlarda ozonlanmış zeytinyağının (OzZY) topikal kullanımının akut dönemde etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Otuz beş Wistar Albino rat 3 gruba ayrıldı: kontrol grubu, radyasyon (R)+saline (1 mL) grubu ve R+ozonlanmış zeytinyağı (OzZY) (1 mL) grubu. Tek fraksiyon 17.5 Gy ışınlama sonrasında saline ve OzZY günde 2 kez olacak şekilde rektal yolla uygulandı. Her ratta günlük olarak proktit bulguları takip edildi. Klinik bulgular; 0: semptom yok, 2: diyare, 4: aşikar kanama olacak şekilde skorlandı. Her gruptan 7 rat 5 ve 10. günlerde sakrifiye edildi. Mukozal değişiklikler patolojik olarak değerlendirildi. Sonuçlar 0'dan 4'e hafif ve çok şiddetli olarak derecelendirildi.

**Bulgular:**

Diğer gruplarla karşılaştırıldığında 10. günde sakrifiye edilen R+saline grubundaki ratların %74,1 oranında grade 4 klinik semptom skoru gösterdiği tespit edildi. OzZY tedavisinin aşikar kanamayı önlediği tespit edildi. Klinik semptom skorları açısından R+Saline ve R+OzZY grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Patolojik incelemeye göre radyasyonun indüklediği mukozal hasar en yoğun olarak 10. gün R+saline grubunda % 85,7 oranında grade 3 ve % 14, oranında da grade 4 olarak izlendi. OzZY verilen ratlarda grade 4 patolojik bulgulara rastlanmadı. 10. gün R+ OzZY grubunda hafif inflamasyon ve önemsiz kriptik değişikliklerin olduğu grade 1 patolojik bulguların olduğu tespit edildi.

**Sonuç:**

Bu çalışmada OzZY tedavisinin ratlarda akut radyasyon proktiti semptomlarını ve patolojik bulgularını azalttığı gözlenmiştir.



**S61****Siçanlarda Akut Kolit Modelinde Kabergolinin İyileştirici Etkisinin Gösterilmesi**

Ayşegül Aktaş<sup>1</sup>, Tayfun Yoldaş<sup>1</sup>, Oytun Erbaş<sup>2</sup>, Alper Uğuz<sup>1</sup>, Fatih Oltulu<sup>3</sup>, Altuğ Yavaşoğlu<sup>3</sup>, Hüseyin Aktuğ<sup>3</sup>, Cemil Çalışkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:**

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) gelişiminde tümör nekrozis faktör- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), interlökin (IL)-1 ve IL-8 gibi birçok inflamatuvar sitokin görev almakla birlikte, vasküler endotelial büyüme faktörünün (VEGF) hastalığın gelişiminde ve ilerlemesinde önemli etkisi olduğu bilinmektedir. Ülseratif kolit (ÜK) modelinde VEGF ve VEGF-R 2 nin kolon mukozasında arttığı bilinmektedir. Bu nedenle VEGF reseptör blokerleri ve VEGF ekspresyonunu azaltıcı ilaçlar ÜK tedavisinde yeni yaklaşımlar arasındadır. Kabergolin dopamin 2 reseptör analogu etkisi olan ergot derivativesidir. Kabergolin VEGF sekresyonunu azaltarak hipofiz adenomlarının küçülmesine neden olmaktadır. Kabergolin ayrıca VEGF azaltıcı etki ile endometriyozis ve Ovaryan hiperstimulasyon sendromu (OHSS) gibi temel patofizyolojisinde VEGF nin sorumlu olduğu hastalıkların tedavisinde umut vericidir. Ayrıca kabergolinin anti-inflamatuvar etkileri vardır. Bu çalışmada kabergolinin VEGF azaltıcı özelliği ile deneysel kolit modelinde iyileştirici etkisi gösterilmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

Bu çalışmada 8 haftalık, 200-220 gram ağırlıkta 21 adet albino siçan kullanıldı. %4 lük asetik asitin rektal yoldan verilmesi ile deneysel kolit modelleri oluşturuldu. 14 adet siçan iki gruba ayrıldı. Grup1:(tedavi edilmeyen grup) oral yoldan 4 ml su verildi. Grup2:(kabergolin grubu) oral yoldan 100 $\mu$ g/kg/gün kabergolin 5 gün süre ile orogastrik tüp ile uygulandı. 5. gün sonunda siçanlar sakrifiye edilerek histopatolojik inceleme için rektum dahil splenik fleksuraya kadar kolon çıkarıldı. Materyaller makroskopik, histopatolojik ve VEGF immün ekspresyonunun derecesine göre 3 ayrı skorlama sistemi ile değerlendirildi.

**Bulgular:**

Tedavi edilmeyen ÜK'li siçanların kolon ve rektum mukozasında şiddetli hemoraji, nekrotik alanlar ve fibrozis izlenmiştir. VEGF immün ekspresyonu normale göre artmıştır. Kabergolin tedavisi alan ÜK'li siçanlarda nekrotik alanlar, hemoraji (p<0,05) ve VEGF ekspresyonu (p<0,001) tedavi edilmeyen gruba göre azalmıştır.

**Sonuç:**

Ülseratif kolit patofizyolojisinde ve gelişiminde etkili olduğu bilinen VEGF ekspresyonunun azaltılmasını sağlayan ve anti-inflamatuvar etkisinin olduğu bilinen kabergolinin ÜK tedavisinde iyileştirici etkisi gösterilmiştir. Literatürde kabergolin ve ülseratif kolit ile ilgili çalışma bulunmaması nedeni ile de yeni çalışmalar için yol gösterici olacaktır.

**S62****Ülseratif Kolit Nedeniyle ile Ameliyat Edilen Hastaların Sonuçları**

Afag Aghayeva<sup>1</sup>, Bilgi Baca<sup>1</sup>, İsmail Ahmet Bilgin<sup>1</sup>,

Çiğdem Benlice<sup>2</sup>, İlknur Ergüner<sup>3</sup>, Erman Aytac<sup>2</sup>,

Tayfun Karahasanoğlu<sup>3</sup>, İsmail Hamzaoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Cleveland Clinic, Digestive Disease Institute, Colorectal Surgery Department, Ohio

<sup>3</sup>Maslak Acıbadem Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

**Amaç:**

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında medikal tedavi alanındaki gelişmelere rağmen cerrahi tedavi bir seçenek olarak devam etmektedir. Akut şiddetli kolit varlığında ise bazen hayat kurtarıcı olmaktadır. Bu çalışmada multidisipliner ortamda takip ettiğimiz cerrahi tedavi uygulanan hastaların sonuçlarını değerlendirdik.

**Gereç-Yöntem:**

Multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilen ülseratif kolitli hastalar retrospektif olarak incelendi. Ameliyat olan hastaların preoperatif, operatif ve postoperatif verileri değerlendirildi.

**Bulgular:**

Mart 2000 ve Aralık 2012 arasında ülseratif kolit nedeniyle 835 hasta değerlendirildi. Hastaların %11.7 (n=98)'sine cerrahi tedavi uygulandı. Ameliyat endikasyonları; medikal tedaviye cevapsızlık (n=75), medikal tedavi komplikasyonları (n=6) ve hastalık komplikasyonlarıydı (n=17). Restoratif proktokolektomi (RPK) yapılan 90 hastanın 75'i elektif, 15'i acil olarak yapıldı. Hastaların 5'ine total proktokolektomi ve uç ileostomi 3'üne de subtotal kolektomi, ileostomi ve distal müköz fistül uygulandı. Acil olarak yapılan ameliyatlardan 7'si iki aşamalı, 8'i üç aşamalı olarak uygulandı. Laparoskopik rezeksiyon hastaların %50 (n=49)'sine uygulandı. Ülseratif kolit nedeni ile cerrahi yapılan 98 hastanın %20 .4 (n=20)'ünde postoperatif komplikasyon gelişti. Mortalite oranı %3 (n=3)'dü. Ortalama takip süresi 66 (1-153) ay olan hastaların %11.2 (n=11)'sinde ameliyat sonrası ortalama 2 yıl sonra Crohn benzeri hastalık saptandı. Geç dönem kolorektal komplikasyon %20,4 (n=20) hastada saptandı ve bunların %14 (n=3)'i direkt olarak Crohn benzeri hastalık ile ilişkiliydi. Hastaların %4 (n=4)'ünde poşit gelişti. Hastaların üçünde ileal poşun çıkarılması gerekti.

**Sonuç:**

Multidisipliner yaklaşımla ülseratif kolitli hastalarda cerrahi tedavi, komplikasyon oranını azaltırken uzun dönemde fonksiyonel sonuçları kabul edilebilir hale getirmektedir.

**S63****Crohn Hastalığı Nedeniyle ile Ameliyat Edilen Hastaların Sonuçları**

İsmail Ahmet Bilgin<sup>1</sup>, Bilgi Baca<sup>1</sup>, Afag Aghayeva<sup>1</sup>,  
Çiğdem Benlice<sup>2</sup>, İlknur Ergüner<sup>3</sup>, Erman Aytacı<sup>2</sup>,  
Tayfun Karahasanoğlu<sup>3</sup>, İsmail Hamzaoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

<sup>2</sup>*Cleveland Clinic, Digestive Disease Institute, Colorectal Surgery Department, Ohio*

<sup>3</sup>*Maslak Acıbadem Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul*

**Amaç:**

Crohn hastalığı; basit ülseröz luminal hastalıktan komplike fistülize veya stenoza hastalığa kadar değişik klinik spektruma sahip olan kronik inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Komplike hastalıkta multidisipliner yaklaşım tedavi sırasında meydana gelebilecek komplikasyonları azaltmaktadır. Bu çalışmada, cerrahi tedavi uygulanan hastaların sonuçları sunuldu.

**Gereç-Yöntem:**

Crohn hastalığı tanılı hastalar retrospektif olarak incelendi. Ameliyat olan hastaların preoperatif, operatif ve postoperatif verileri değerlendirildi.

**Bulgular:**

Mart 2000 ve Şubat 2013 tarihleri arasında Crohn hastalığı tanısı ile 689 hasta tedavi edildi. Hastaların %23.5 (n=162)'ine cerrahi tedavi uygulandı. Bunların %77 (n=126)'sine rezeksiyon uygulandı. Hastaların % 37.7 (n=48) 'si laparoskopik olarak tedavi edildi. Stenoza, fistülizan ve perforan hastalıklar için rezeksiyon yüzdeleri sırasıyla %64.2 (n=81), %22.8 (n=29) ve %8,6 (n=11)'ydi. Hastaların üçünde (%2) sağ kolon kanseri, ikisinde (%1,5) toksik kolit ve birinde (%0,7) piyojenik karaciğer apsesi saptandı. Hastaların %8.6 (n=11)'sında Crohn benzeri hastalık saptandı. Hastaların %21.6 (n=35)'sı perianal hastalık nedeniyle tedavi edildi. Bu hastaların 31' ine seton drenajı sonrasında bazı hastalara definitif tedavi seçenekleri (mukozal ilerletme flebi, fistül plug uygulama, LIFT prosedürü ve ileostomi/kolostomi) uygulandı. Ortalama takip süresi 45 (1-155) aydı. Toplam cerrahi girişim sayısı ise 266'ydi. Rekürren hastalık nedeniyle iki hastaya reoperasyon yapıldı. Komplikasyon oranı %11.7 (n=19) ve mortalite oranı %2.4 (n=4) olarak saptandı.

**Sonuç:**

Crohn hastalığına multidisipliner yaklaşım, daha az cerrahi ve medikal komplikasyonun yanı sıra daha doğru tedavi stratejisi sağlamaktadır.

**S64****Limberg Flep Sonrası Erken Dönemde Taburculuk Beklenen Sonuçları Etkiler mi ? - 324 Hastanın Kesitsel İncelemesi**

Fatih Altıntoprak<sup>1</sup>, Kemal Gündoğdu<sup>2</sup>, Tolga Ergönenc<sup>3</sup>,  
Enis Dikicier<sup>2</sup>, Güner Çakmak<sup>2</sup>, Yusuf Arslan<sup>2</sup>, Taner Kıvılcım<sup>2</sup>,  
Fehmi Çelebi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

<sup>2</sup>*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

<sup>3</sup>*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği*

**Amaç:**

Bu çalışmada Limberg flep transpozisyonu (LF) uygulanan pilonidal sinüs (PS) hastalarının sonuçlarının değerlendirilmesi ve erken dönemde taburcu edilen hastaların kısa ve uzun dönem sonuçlarının literatür bilgileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2007-Ocak 2013 tarihleri arasında PS tanısı ile LF uygulanan hastaların kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Çeşitli nedenlerden dolayı 21 hasta inceleme dışı bırakıldıktan sonra kalan 324 hastanın kayıtları ayrıntılı olarak incelendi ve sonuçlar literatür sonuçları ile karşılaştırıldı.

**Bulgular:**

Hastaların 84.5%'i erkek, 15.5%'i kadın ve yaş ortalaması 28.1 (16-70) idi. Hastaların 96.2%'si (n=312) ameliyattan 24 saat sonra taburcu edildi. Parsiyel yara ayrışması, lokalize flep nekrozu, hematoma, yara enfeksiyonu ve seroma oranları sırasıyla 4.0%, 2.1%, 1.5%, 3.3% ve 3.7% olarak belirlendi. Çalışma hayatına dönüş süresi ortalama 18.3 (13-30) gün olarak bulunurken, ortalama 33.1 (6-72) aylık takipte recurrence oranı 3.9% olarak bulundu. Ameliyat bölgesinde günlük aktiviteleri etkilemeyen his kaybı oranı 6.5%, günlük aktiviteler sırasında gerginlik hissi ve/veya ağrı oranı 11.7%, kozmetik sonuçtan memnun olmama oranı ise 12.6% olarak bulundu.

**Sonuç:**

LF uygulanan ve postoperatif 24. saatte taburcu edilen PS hastalarının erken ve geç dönem sonuçları literatür bilgileri ile uyumludur. Postoperatif dönemde hematoma veya flep nekrozu gibi komplikasyonlarla karşılaşılmayan hastaların erken dönemde taburcu edilebileceğini düşünüyoruz. Hastaların erken dönemde taburcu edilmesi cerrahi teknikte değişiklik yapmadan, 'ideal tedavi' ilkelerinden taviz vermeden ve beklenen kısa ve uzun dönem sonuçlarda değişikliğe neden olmadan maliyetlerin azaltılmasına yardımcı olacaktır.



**S65****Anal Fistül Tedavisinde Otolog Kıkırdak Grefti ile Onarım: Öztürk Plug**

Ersin Öztürk<sup>1</sup>, Barış Gülcü<sup>1</sup>, Tuncay Yılmazlar<sup>1</sup>, Fikret Kasapoğlu<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa  
<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bursa

**Amaç:**

Bu otolog kıkırdak grefti kullanılarak tedavi edilen 7 anal fistüllü hastanın sunumudur.

**Gereç-Yöntem:**

Çoklu rekürrens cerrahisi geçirmiş anal fistüllü hastalara onamları alındıktan sonra hastanın burun veya kulağından alınan kıkırdak dokusu selüloz kağıda sarılarak rulo haline getirildi ve hazırlanıp fırçe ile küretlenmiş fistül traktuna yerleştirildi. Hastalar ameliyat sonrası dönemde takip edildi. Başarı, rekürrens ve kontinens durumları incelendi.

**Bulgular:**

Yedi hastanın altısı başarıyla tedavi edilirken, bir hastada işlem başarısız oldu.

**Sonuç:**

Otolo kıkırdaktan yapılan Öztürk plug, rekürren fistül cerrahisinde başarıyla kullanılabilecek bir alternatiftir.

**S66****Kompleks Perianal Fistül Tedavisinde Sonuçlarımız**

Doğan Gönüllü<sup>1</sup>, Serkan Ahmet İlgün<sup>2</sup>, Mehmet Lari Gedik<sup>1</sup>, Yunus Topal<sup>1</sup>, Ferda Nihat Köksoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Shakoğlu Devlet Hastanesi, Çayel

**Amaç:**

Perianal fistül tedavisinde nüks oranları çok değişken olup, özellikle kompleks fistüllerde seçilen cerrahi yonteme bağlı olarak kür ve nüks arasında genellikle ters bir ilişki vardır. Çalışmamızda kompleks perianal fistüllerde kliniğimizizin sonuçları irdelenmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde ocak 2008-şubat 2013 tarihleri arasında perianal fistül nedeni ile opere edilen 54 hastanın dosyaları taranmış, verilerine tam ulaşılan 47 hasta (%87) içerisindeki kompleks fistüllü olan 22 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Hastaların rutin takip protokolümüz gereğince 1., 6., ve 12. ayda yapılan kontrollerinde elde edilen bilgiler retrospektif olarak incelenmiş, telefonla aranarak son durumları öğrenilerek minimal de olsa şikayet bildiren hastalar değerlendirilmek üzere kliniğimize davet edilmiştir.

**Bulgular:**

Komplike anal fistüllü 22 hastanın 18'i erkek (%81.2) ve 4'ü kadın (%18.1) olup, yaş ortalamaları 43.1, hastanede yatış ortalamaları 2.4 gün olarak saptanmıştır; takip süreleri 6-48 ay arasında değişmektedir. Modifiye Parks sınıflandırmasına göre komplike fistüller, hastaların 14'ünde (%63.3) transsfinkterik, 6'sında (%27.2) suprasfinkterik, 2'sinde (%9)

ekstrasfinkteriktir. Bunların 8'inde (%36.3) perianal abse anamnezi saptanmış, tüm hastalara pelvik MR görüntülemesi yapılmıştır. Rektoskopik incelemelerde 9 hastada (%40.9) iç ağız görülmüş veya stile yardımı ile traktus belirlenebilmiş, diğerlerinde ise peroperatuar hidrojen peroksit ile iç ağız tespit edilmeye çalışılmıştır. Hastaların 2'sine (%9) "sadece seton", 7'sine (%31.8) "açık fistulotomi ve seton", 9'una (%40.9) "fistulektomi ve seton", 4'üne (%18.1) ise "sadece fistulotomi" uygulanmıştır. Hastaların 3'ünün (%13.6) ortalama 30 ayda nüks ettiği; nükslerin, suprasfinkterik (1), ekstrasfinkterik (1), yüksek transsfinkterik (1) fistüllerde olduğu ve bunlara "parsiyel fistulotomi ve seton" uygulandığı anlaşılmıştır. İnkontinans saptanmamıştır.

**Sonuç:**

Kompleks anal fistül nedeni ile ameliyat edilen hastalarda %13,6 oranında nüks saptanmış, nüks edenlerde "parsiyel fistulotomi ve seton" uygulandığı belirlenmiş ve hiçbir hastada inkontinans gözlenmemiştir.

**S67****Anal Fistül Tedavisinde Gümüş Nitrat Solusyonun Etkisi**

Wafi Attaallah<sup>1</sup>, Davut Tuney<sup>2</sup>, Ümit Uğurlu<sup>1</sup>, Burak Kara<sup>1</sup>, Cumhur Yeğen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD

**Amaç:**

Anal fistül tedavisinde günümüzde kullanılan yöntemler cerrahi yöntemlerdir. Cerrahiye bağlı inkontinans gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Komplikasyon oranlarını düşürebilmek için cerrahi olmayan yöntem ile fistül tedavisini araştırdık. Bu çalışmada anal fistül traktının gümüş nitrat solusyonunu ile irrigasyonun etkisi araştırıldı.

**Gereç-Yöntem:**

Anal fistül tanısı ile ardışık başvuran toplam 64 hasta çalışmaya alındı. Fistül traktına gümüş nitrat (AgNO<sub>3</sub>) solusyonu (%1'lik) verildi. Hastalar haftalık takip edildi. Akıntı miktarı, sıklığı ve fizik muayene bulguları kaydedildi. Bazı hastalara bir defa gümüş nitrat uygulanırken bazılarında da birden fazla uygulama yapıldı. Takipte fistülün iyileşmesi klinik bulgular ve pelvik MR çekilerek kontrol edildi.

**Bulgular:**

Çalışmaya alınan 64 hasta, ortanca 6 ay (2-10 ay) izlendi. Oniki (%19) hastada daha önce fistül cerrahisi uygulanmışken 52 (%81) hastada cerrahi uygulanmamıştı. Fistül traktına uygulanan AgNO<sub>3</sub> solusyonunun hastaların toplam olarak %95 (n=61)'inde yarar sağladığı görüldü. İlk AgNO<sub>3</sub> uygulamasından sonra % 17(n=11) hastada tam iyileşme sağlanırken tekrarlanan uygulamalardan sonra bu oranın % 48'e (n=31) ulaştığı görüldü. Kısmi iyileşme % 47 (n=30) hastada izlendi. MR ile radyolojik iyileşme % 86 oranında görüldü.

**Sonuç:**

Anal fistül tedavisinde AgNO<sub>3</sub> solusyonu uygulandığında % 95 oranında yarar sağladığı gösterilmiştir. Uyguladığımız yöntemin basit, ucuz, komplikasyonsuz olması, geleneksel

*Antalya*

tedavi yöntemlerine göre daha az girişimsel, ayaktan uygulanabilmesi ve iyi sonuç vermesi nedeni ile tedavide ilk yöntem olarak kullanılabilir.

## S68

### Sinüs Pilonidalisin Kristalize Fenol ile Tedavisinde Uzun Dönem Sonuçlarımız

Osman Doğru, Said Kökçam, Kemal Arslan, Ersin Turan, Arif Atay, Barış Ayhan, Hande Köksal  
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Amaç:

Sinüs pilonidalisin konservatif tedavisinde uyguladığımız, kristalize fenol yönteminin uzun dönem sonuçlarını ortaya koymak üzere, 1995-2012 yılları arasında bu yöntem ile tedavi ettiğimiz hastaların sonuçlarını derleyerek tartışmak istedik.

#### Gereç-Yöntem:

Hastalara ait tüm demografik bilgiler yanında, BMI, kıllanma durumu, ten rengi, mesleği gereği uzun süre oturma, başvuru anında hastalığın akut yada kronik olması, sinüs delik sayısı ve yönüne ait bilgilerde sorgulanarak kaydedildi.

#### Bulgular:

1995-2012 yılları arasında toplam 700 hastaya sinüs pilonidalis sebebiyle kristalize fenol uygulandı. 224 (%32) hastaya ulaşılamayarak takipten çıktı ve 476 (%68) hasta tam olarak takip edilebildi. Takipte kalan hastaların 444'ü (%93.3) erkek, 32'si (%6.7) kadın, ortalama yaş 27.92±9.12 (13-71) idi. Hastaların 214'ü (%45) esmer, 262'si (%55) açık tenli olup kıllanma 52'sinde (%10.9) hafif, 258'inde (%54.2) orta, 166'sında (%34.9) aşırı idi. Ortalama BMI 26.39±3.77 (16-43) idi. Başvuruda 89 (%18.7) hasta akut, 387 (%81.3) hasta kronik durumda idi. Aile anamnezi hastaların 128'inde (%26.9) pozitif, 348'inde (%73.1) negatifti. Sinüs yönleri hastaların 355'inde (%74.6) sefalad, 68'inde (%14.3) sakral, 32'inde (%6.7) çoklu, 21'inde (%4.41) kaudal, ortalama delik sayısı 2.61±1.85 (1-12) idi. Ortalama takip süresi ise 41.05±35.60 ay (12-203) idi. Takipteki 476 hastadan 115'inde (%24,2) nüks gözlemlendi. Bu hastalardan 51'i (%10.7) tekrar fenol tedavisini kabul etti, tedavisi bu şekilde yapıldı ve şu anda problemi yok. Geri kalan 64 (%13.4) hasta ise tekrar tedaviyi kabul etmedi ve takipten çıktı. Böylece uzun dönemde 476 hastanın nüksleri tekrar fenol ile tedavi edilenlerle birlikte 412'sinde (%86) başarılı sonuç alındı. Nüks, ten rengi koyu, kıllanması aşırı, sinüs delik sayısı fazla olanlarda anlamlı olarak daha yüksek idi ( $p<0.05$ ). Mesleği gereği fazla oturma, BMI, aile anamnezi, akut ve kronik durum ve sinüs yönü açısından nüks eden ve etmeyen hastalarda anlamlı fark tesbit edilemedi ( $p>0.05$ ).

#### Sonuç:

Uzun dönem takibin getirdiği bazı güçlüklerle rağmen sinüs pilonidalisin kristalize fenol ile tedavisinin, uzun dönem sonuçlarında oldukça başarılıdır ve her türlü sinüs pilonidalis vakasında ilk tercihte yer almaktadır diyebiliriz.

*VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi*

## S69

### Pilonidal Sinus Cerrahi Tedavisinde “Lay Open” ve “Primer Kapama” Yöntemlerinin Uzun Dönem Sonuçları: Prospektif-Randomize Klinik Çalışma

Uygur Demir<sup>1</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>, Gürhan Işıl<sup>1</sup>, Pınar Yazıcı<sup>1</sup>, Cemal Kaya<sup>1</sup>, Özgür Bostancı<sup>1</sup>, Ece Dilege<sup>2</sup>, Tahir Atun<sup>3</sup>, Emre Bozdağ<sup>1</sup>, Sinan Ömeroğlu<sup>1</sup>, Emre Bozkurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Özel Amerikan Hastanesi, İstanbul

<sup>3</sup>Özel Hayat Hastanesi, Siirt

#### Amaç:

Pilonidal sinus cerrahi tedavisinde geç dönem rekürrens ve postoperatif komplikasyon oranları yüksektir. Bu nedenle henüz optimal tedavi stratejisinde fikir birliği söz konusu değildir. Biz burada kliniğimizde ameliyat edilen pilonidal sinus hastalarında “lay open” ve primer tamir yöntemlerinin uzun dönem sonuçlarını karşılaştırmalı inceledik.

#### Gereç-Yöntem:

Kliniğimizde Haziran 2009 ile Haziran 2010 yılları arasında pilonidal hastalık nedeniyle ameliyat edilen hastalara randomize olarak lay open (grup A) ve primer kapama yöntemi (grup B) uygulandı ve tüm datalar prospektif olarak kaydedildi. Hastaların demografik verileri, vücut kitle indeksi (BMI), sinüs tipi ve hacmi, intergluteal kleft derinliği (IGKD), operasyon süresi ve tipi, postoperatif komplikasyon, tam iyileşme süresi, sosyal hayata geçiş, memnuniyet ve yaşam kalitesi değerlendirildi. Hastaların 3 yıllık uzun dönem nüks oranları değerlendirildi. Bu tür onarımlara uygun olmayan ve nüks nedeniyle ameliyat edilen hastalara çalışma dışı bırakıldı.

#### Bulgular:

Yaş ortalaması 39,50 (18-61) olan toplam 121 hasta çalışmaya alındı (Grup A: 60, Grup B: 61). Her iki grupta erkek cinsiyet anlamlı yüksekti ( $p<0.05$ ). Her iki grupta BMI, IGKD ve sinus hacmi (24,91 ve 24,38; 14,79 ve 14,76 mm; 4,17 ve 5,2 cc, sırasıyla) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Grup A'da ortalama operasyon süresi (22.6 ve 35.7dk) ve işe dönüş süreleri (10.17 ve 16.6 gün) istatistiksel anlamlı olarak daha kısa bulundu ( $p<0,001$ ). Grup A'da sosyal faaliyetler daha erken ve rahat bir şekilde olurken memnuniyet düzeyleri anlamlı yüksek izlendi ( $p<0,001$ ). Grup B' de yara yeri iyileşme süresi Grup A'ya göre anlamlı düzeyde daha kısa saptandı (13,89 ve 25,93 gün) ( $p<0,001$ ). Çalışmamızda ortalama 36 (33-45) aylık takip döneminde 5 hastada [Grup A: 1 hasta (%1.6), Grup B: 4 hasta (%6.7)] nüks izlenmiş olup gruplar arası anlamlılık bulunmamıştır ( $p=0.36$ ).

#### Sonuç:

Lay open ameliyatı, gerek kısa operasyon ve işe dönüş süresi, gerekse hasta konforu ve memnuniyeti açısından primer kapama yöntemine göre daha avantajlı bir prosedürdür. Nüks açısından iki cerrahi prosedür değerlendirildiğinde daha düşük oran saptanmakla birlikte istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Çalışmamızda lay open grubunda literatüre göre daha düşük nüks oranları gözlemlenmiştir. Bu konuda daha geniş hasta serileri ve daha uzun takip süreleri yol gösterici olabilir.

**S70****Nüks Pilonidal Hastalık Tedavisinde Lay Open Ameliyatı**

Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>, Uygur Demir<sup>1</sup>, Gürhan Işıl<sup>1</sup>, Cemal Kaya<sup>1</sup>, Özgür Bostancı<sup>1</sup>, Pınar Yazıcı<sup>1</sup>, Ece Dilege<sup>2</sup>, Tahir Atun<sup>3</sup>, Emre Bozdağ<sup>1</sup>, Sinan Ömeroğlu<sup>1</sup>, Emre Bozkurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Özel Amerikan Hastanesi, İstanbul

<sup>3</sup>Özel Hayat Hastanesi, Siirt

**Amaç:**

Pilonidal hastalık, sıklıkla sakrokoksigeal alanda görülen, kronik inflamatuvar bir hastalık olup, cerrahi tedavi sonrası %15.5 oranında kadar ulaşan nüks oranları bildirilmektedir. Hastalığın tedavisinde, nüks olan olguların tedavisi için flep ameliyatları önerilmekle birlikte, ideal tedavi yöntemi tarif edilmemiştir. Amacımız lay open tekniğinin nüks pilonidal hastalıktaki etkinliğini ortaya koymaktır.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde Haziran 2009 ile Aralık 2010 yılları arasında nüks pilonidal hastalık nedeniyle ameliyat edilen hastaların sonuçları değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, operasyon süresi ve, postoperatif komplikasyon, tam iyileşme süresi, sosyal hayata geçiş, memnuniyet ve yaşam kalitesi skorları kaydedildi.

**Bulgular:**

Hasta sayısı 18 idi. Hastaların 17'si erkek, 1'i kadın ve yaş ortalaması 30.6(17-53) idi. Sinüs hacmi ortalama 5,7cc(1-20cc) idi. Ameliyat sonrası nüks oluşmasına kadar geçen süre ortalama 13,1 ay (1-48 ay). Ortalama operasyon süresi 13.8 dakikaydı (10-18dakika). Ameliyat sonrası ortalama ağrı VAS skalasına göre 0.8 olup, 6 hasta hiç ağrı tariflemeyen iken, 10 hasta hafif ağrı (analjezik ihtiyacı olmayan) tariflemiştir, 2 hasta orta düzeyde ağrı tariflemiş ve analjezik ihtiyacı olmuştur. Lay open uygulanan hastalarda sosyal faaliyetler rahat yatma ortalama 1.4 gün, rahat oturma ortalama 3.1 gün, işe dönüş süreleri ortalama 10.6 gün(10-20gün) olarak saptandı. Hastaların yara kapanma süreleri ortalama 22.5 gündür(7-50gün). Çalışmamızda ortalama 36 aylık (33-45 ay) takipte nüks saptanmamıştır.

**Sonuç:**

Lay open, lokal anestezi altında uygulanabilen, gerek kısa ameliyat, hastanede kalış ve işe dönüş süreleri, gerekse hasta konforu ve memnuniyeti açısından uygun bir ameliyattır. Flep ameliyatlarına göre minimal invaziv bir teknik olan lay open tekniğinin, nüks pilonidal sinüslü hastaların tedavisinde iyi bir alternatif olduğu kanaatindeyiz. Serimizde uzun dönem sonuçlarında nüks saptanmamış olup, daha geniş vaka serileri yol gösterici olabilir.

**S71****Pilonidal Sinus Tedavisinde Üçgen Kapatım Tekniği**

Ethem Zöbacı<sup>1</sup>, Metin Temel<sup>2</sup>, Musa Zorlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi, Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ÇORUM

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi, Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği ÇORUM

**Amaç:**

Pilonidal sinüslerin tedavisi için birçok cerrahi yöntem tanımlanmış olmasına rağmen, yüksek nüks oranları nedeniyle henüz ideal bir tedavi yöntemi mevcut değildir. Pilonidal sinüslerin tedavisi etkilenecek yumuşak dokunun geniş olarak çıkarılması ve oluşan defektin lokal flepler ile kapatılması kabul edilen yaklaşımdır. Özellikle geniş bir alanı etkileyen ve/veya tekrarlamış komplike sinüslerde normalden daha geniş bir cerrahi eksizyon yapıldığından mevcut lokal flep seçenekleri yetersiz kalabilmektedir. Bu çalışmada pilonidal sinus cerrahi tedavisine yönelik geliştirilmiş olan yeni bir kapatım yöntemi ile defekt kapatımı yaptığımız 24 hastadaki sonuçlarımızı sunmak istiyoruz.

**Gereç-Yöntem:**

Kasım 2011- Mart 2013 arasında kronik pilonidal sinus ile kliniğimize başvuran 19-38 yaşlarında toplam 24 (14'ü erkek, 10'u kadın) hastada cerrahi çıkarım sonrası oluşmuş geniş sakral defektler, yeni bir kapatım yöntemi olan "Mutaf Üçgen Kapatım Tekniği" ile onarılmıştır. Bu yöntemde pilonidal sinüsün metilen mavisi enjeksiyonu sonrası, sağlam sınırlar korunarak çıkarılması ile oluşan defekt bir üçgen biçimine dönüştürülmekte ve defektin uzun kenarına komşu olarak, eşit olmayan Z-plasti prensibi ile planlanan 2 adet fasyokutan flep kaldırılmaktadır. Fleplerin biri defekt bölgesini, diğer flep ise donör alanının kapatımında kullanılmaktadır.

**Bulgular:**

Eksizyon sonrası oluşan defekt büyüklüğü ortalama 9.0 cm2 (6,0–11.5 cm2) olup, bütün olgularda sağlıklı ve iyi vaskülarize lokal derinin kullanımı ile gergin olmayan bir primer kapatım sağlanmıştır. Bütün hastalar drenlerinin çekilmesini takiben postoperatif birinci günde mobilize edilmiştir. Hastaların hastanede kalma süreleri 1 gün olup, ortalama takip süresi 8 aydır. Hastaların hiçbirinde flep nekrozu, insizyon hattında maserasyon, enfeksiyon, yara iyileşme problemleri ve nüks izlenmemiştir.

**Sonuç:**

Pilonidal sinüs, sıklıkla sakrokoksigeal bölgede görülen, intergluteal sulkustaki kıl foliküllerinin kronik, tekrarlayan enfeksiyonu ile karakterize ve hasta için oldukça rahatsızlık verici bir hastalıktır. Pilonidal sinüsler özellikle gençlerde ve erkeklerde sık görülür. Hastalık yaşam konforunu bozduğu gibi, yetersiz tedavi sonrası sıklıkla nüksle sonuçlanır. (1,2) Günümüzde ideal bir tedavi yöntemi üzerinde birlik sağlanamamıştır(3). Pilonidal sinüs hastalığı için, birçok cerrahi ve konservatif tedavi metodları açıklanmıştır. Ancak bunların hiçbirisi nüks riskini ortadan kaldıramamıştır. (4,5) Nüks riskini azaltmak için sıkça kullanılan sekonder yara iyileşmesi seçeneği operasyon sonrası dönemde orijinal hastalığın yarattığı sorundan daha büyük oranda hasta

yaşamında kısıtlamalara yol açabilmekte ve cerrahinin morbiditesi, hastalığın kendisinin önüne geçebilmektedir. Primer kapatımın mümkün olmadığı durumlarda hastayı ve cerrahi sekonder iyileşmenin handikaplarından kurtarabilecek tek çözüm, lokal flep yöntemlerinin kullanımınıdır. Şimdiye kadar pilonidal sinüslerin tedavisi için bir çok lokal flep yöntemi tanımlanmışsa da bütün bu özellikleri taşıyan bir yöntem henüz mevcut değildir. Prof. Mutaf tarafından tanımlanan bu yeni teknik, mevcut yöntemlerden farklı olarak, Z- plasti manevrası sağlanan ekstra doku releksasyonu ile geniş defektlerin kapatımında bile sutur hatlarında gerginliğe yol açmadan kapatım sağlamaktadır. Defekt kapatımı için gerekli olan dokuyu sadece bir yönden çalan Limberg flep ve diğerlerinden farklı olarak bu teknik kapatımda kullanılan doku birden çok yönden alınmaktadır. Bu durum, dog-ear oluşumunu önlediği gibi gerginliği de etkin olarak azaltmaktadır. Kapatım hattında gerginliğin azaltılması yanı sıra intergluteal sulkusun flep dokusu ile düzleştirilmesi ve yarada ölü boşluk bırakmama ile elde edilen sıfır nüks oranı tekniğin en önemli avantajıdır. Bunun yanı sıra erken mobilizasyon süresi hastaların kısa zamanda işlerine ve normal hayatlarına dönmelerine izin veriyor olması da diğer olumlu hususlar olarak göze çarpmaktadır.

## S72

### Perianal Fistül Hastalığında Cerrahi Öncesi Magnetik Rezonans Görüntülemenin Sonuçlar Üzerine Etkisi

Feza Yarbuğ Karakayalı, Tugan Tezcaner, Yahya Ekici, Nadire Dinç, Gökhan Moray  
Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD Ankara

#### Amaç:

Perianal fistül hastalığı farklı cerrahi teknikler ile tedavi edilebilen, anatominin yeterli değerlendirilemediği durumlarda komplikasyonlar ile seyredilebilen bir cerrahi hastalıktır. Son yıllarda Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) perianal fistüllerin, sfinkter kompleksi ve diğer pelvik taban yapılarıyla ilişkisini ve abse birlikteliğini değerlendirmede yüksek doğruluk oranları ile cerrahi planlamada önemli bir görüntüleme yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız ameliyat öncesi MRG kullanılmasının fistül traktüsünün doğru haritalanması, ameliyat sonrası inkontinens ve rekürrens üzerine etkilerini araştırmaktır.

#### Gereç-Yöntem:

Kliniğimizde Aralık 2010-Ekim 2012 tarihleri arasında fizik muayene ile perianal fistül tanısı konan 15 hastaya ameliyat öncesi görüntüleme olarak MRG yapıldı. Bu hastaların sonuçları prospektif olarak değerlendirildi ve kliniğimizde MRG uygulanmadan perianal fistül cerrahisi uygulanan 21 hastanın sonuçları ile karşılaştırıldı. MRG bulgularının yorumlanmasında St. James's Üniversitesi MRG sınıflama sistemi kullanıldı ve buna göre perianal fistüller 5 grade içinde değerlendirildi. Cerrahi bulgularına göre ise hastalar eksternal sfinkter ile bağlantısına göre, basit fistül grubu ve kompleks fistül grubu olarak 2 gruba ayrıldı. Cerrahi bulguların görüntüleme sonuçları ile karşılaştırılması amacı ile MRG grade 1-2 olanlar basit fistül, 3-5 grade olanlar ise kompleks fistül olarak değerlendirildi. Ameliyat sonrası hastaların

6 ay içinde tekrar cerrahi bir girişim ihtiyacı olması nüks olarak değerlendirildi. Hastaların iyileşme sonrası kontinens durumları CCIS formu ile değerlendirildi

#### Bulgular:

Çalışmaya alınan hastaların ort. yaşları 41, ort. takip süreleri 17 ay idi. Ameliyat öncesi MRG uygulanan hastaların 9'unda Grade 1-2, 4 ünde Grade 3, 2 sinde ise Grade 4 perianal fistül saptanırken 1 hasta hariç hepsinde MRI ve cerrahi bulgular uyumlu idi. MRG uygulanmayan hastaların cerrahi bulgularına göre 14' ünde basit, 7' sinde kompleks perianal fistül saptandı ve gruplar arası fistül sınıflamasında istatistiksel bir fark gözlenmedi. MRG yapılan hastaların 9'una fistülotomi, 4'üne seton, 2'sine henley yöntemi uygulanırken, MRG yapılmayanların ise 12'si fistülotomi, 9'u seton ile tedavi edildi. Takip süresinde MRG yapılmayan grupta 5 hasta da nüks görülürken, yapılan grupta nüks izlenmedi ( $p<0,05$ ). Her iki grup hastanın CCIS sonuçları açısından istatistiksel bir fark yoktu.

#### Sonuç:

Perianal fistül cerrahisi öncesi uygulanan MRG, fizik muayene ile belirlenemeyen sekonder traktus ve abselerin görüntülenmesi sağlayarak nüksü azaltmaktadır. Ancak MRG'nin pahalı bir yöntem olması nedeni seçilmiş hastalarda kullanılması gerekmekte ve tedaviye katkısının gösterilmesinde daha fazla hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.





**TARTIŞMALI  
POSTER  
BİLDİRİLER**



Antalya

**TP01****The Influence of Drug-Resistant Bacteroides Genus on Antibiotic Prophylaxis**

Yusuke Watadani, Hiroki Ohge, Wataru Shimizu, Shinnosuke Uegami, Norihumi Shigemoto, Naru Kondo, Yasushi Hashimoto, Takeshi Sudo, Kenichiro Uemura, Yoshiaki Murakami, Taijiro Sueda  
*Institute of Biomedical and Health Sciences Surgery, Hiroshima University, Japan*

**Purpose:**

To clarify the problems which confront us with the use of prophylactic agents for colorectal surgery in the era of drug-resistant Bacteroides genus.

**Methods:**

Between 2004 and 2010, 391 strains of Bacteroides genus (B.fragilis 38.1%, B.thetaiotaomicron 7.1%, others 54.7%) were identified in various cultures at the Hiroshima University Hospital. The resistance of the different Bacteroides types was tested to commonly used prophylactic agents in colorectal surgery; cefmetazole (CMZ), flomoxef (FMOX), and clindamycin (CLDM). In addition, 155 patients who underwent abdominal surgery for Crohn's disease during the same period were identified, and surgical site infection (SSI) rates were evaluated in these patients.

**Results:**

Resistance of B.fragilis and B.thetaiotaomicron to CLDM were elevated at a rate of 16.7% in 2004 to 40.7% in 2010, and 50.0% in 2004 to 85.7% in 2010 respectively, which indicated that CLDM is no more useful for anti-anaerobic bacterial agent. In contrast, resistant rates of B.fragilis to CMZ and FMOX were 0~23.3% and 6.7~33.3% respectively, which was meant to sustain susceptibility. Non-fragilis including B.thetaiotaomicron were highly resistant to CMZ and FMOX at a rate of 22.5~42.9% and 21.4~40.5% respectively, which clarified that these two agents decreased their effects on non-fragilis group. Annual SSI rates of patients with Crohn's disease did not change with mean 23.2%, which suspected that patients did not affected by antibiotic resistant anaerobes in fecal flora.

**Conclusions:**

Our data suggested that we have no need to switch our commonly used prophylactic antibiotic agents at the moment. There is, however a progression towards drug-resistant Bacteroides genus and prospective surveillance for antibiotic susceptibility of Bacteroides genus is therefore recommended.

**TP02****Açık ve Laparoskopik Yapılan Komplike Apandistlerin Maliyet Analizi**

Mehmet Abdussamet Bozkurt, Ali Kocataş, Burak Kankaya, Ahmet Cem Dural, Osman Köneş, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış  
*Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

Apandektomi cerrahi kliniklerde en sık yapılan cerrahi operasyondur. Apandistin perfore olması, apse birlikteliği,

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

gangrenöz olması gibi durumlar komplike apandist olarak tariflenir. Çalışmamızda komplike apandistlerde açık ve laparoskopik prosedürün maliyet analizini inceledik.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2012 ile Ocak 2013 tarihleri arasında hastanemiz acil kliniğine başvurup akut apandist ön tanısı ile ameliyata alınan ve komplike apandist saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar cinsiyet, ameliyatın laparoskopik veya açık yapılması, hastanede yatış süresi ve maliyet yönünden incelendi.

**Bulgular:**

124 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılan hastaların 81'i (%65,3) erkek, 43'ü (%34,6) bayandı. Hastaların 45'i (%36) açık, 79'u (%64) laparoskopik olarak opere edildi. Hastanede kalış süresi açık grupta ortalama 3 gün iken, laparoskopik grupta 2,6 gündü. Açık apendektomi grubunda yaklaşık maliyet 555 tl iken laparoskopik grupta 892 tl idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

**Sonuç:**

Açık apendektomi komplike apandistlerde maliyet avantajı sağlasa da laparoskopik grubun hastaya sağladığı diğer avantajlar operasyon seçimini etkilemeli ve laparoskopik prosedürün maliyetini düşürülmeye çalışılmalıdır.

**TP03****Yaygın Peritonitler Sırasında Immün Status ve Sitokin Profili Sapıklıklarına Kriokonservleştirilmiş Cift Kanının Etkisi**

Novruz Hacıyev<sup>1</sup>, Elena Klimova<sup>2</sup>, Elman Tagiyev<sup>1</sup>, Elena Lavinskaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azerbaycan TİBB Universiteti, Bakü

<sup>2</sup>Ukrayna TEA-nın Genel ve Ertelenmez Cerrahi Enstitüsü, Kharkiv

**Amaç:**

Araştırmanın amacı bağışıklık sapıklıklarının etkin tanzimi amacıyla kriokonservleştirilmiş plasental kandan kullanılmak.

**Gereç-Yöntem:**

Yaygın peritonitler sırasında immün status değişiklikler müşahade edildiğinden immunokorreksiya karmaşık tedavinin önemli bir parçasını oluşturur. Fakat, bu amaçla kullanılan bağışıklık preparatlar gözlenen derin immunsupressiya halini gideremiyor.

**Bulgular:**

Araştırmalar yaygın peritonite göre cerrahi müdahale geçirmiş MPI-III (Mannheim Peritoneal İndeks) ile değerlendirmiş ağır derecesinde olan 7 hasta üzerinde yapıldı. Hastalara immün sistemde ve organizmanın sitokin profilinde yaşanan derin bozuklukları ayarlamak amacıyla işlemden sonra dönemde bazis kompleks tedavi önlemleri kompleks çerçevesinde venadaxiline bir defa 20 × 106 miktarda kriokonservleştirilmiş hücre aktarılmıştır. Yapılmış tedavinin etkinliği dinamiğine kanda hücre (CD3+, CD4+, CD8+, CD4+/CD8+) ve humoral bağışıklık (devreden immün kompleks - DİK, Jg A, M ve G), ayrıca sitokin profili kriterlerine (İFN $\gamma$ , İL-1, İL-2, İL-4 ve İL-10) göre değerlendirilmiştir. Ameliyata kadar kanda norm karşılaştırıldığında CD3+ miktarı %50,2 (p<0,001) azalmıştır, bu azalma işlemden

sonra dönemde de devam ediyor. İşlemden sonra dönemin 3. (kriokonservleştirilmiş plasentar kan tehcirinin ise 1.) sutkası CD3+ önceki süreye göre %16,7 (p<0,01) yükselir. CD4+ miktarı da ameliyata kadar norma göre %56,0 (p<0,001) düşük olur. Kriokonservleştirilmiş hücre transplantasyonundan sonra CD4+ miktarı yükselmeye başlamıştır. CD8+ - limfositlerde kriokonservleştirilmiş plasentar kan hücreleri pozitif etki göstermiştir. Öyle ki, göçürülmüş plasentar kandan sonra CD8+ miktarı 18,7±0,5% olmuştur (norm - 18,8±0,6%). Aynı zamanda CD4+/CD8+ oranı ameliyata kadar %27,0 (p<0,001) düşük düzeyde olur. Plasentar kandan kullanmak CD4+/CD8+ oranına da olumlu etkilemiştir. Ameliyata kadar kanda IFN $\gamma$  konsantrasyonu norm ile müqaisədə 6,0 kez (p<0,001) yüksek olur, işlemden sonra ilk günler %22,1 düşüş görülmektedir. Fakat kriokonservleştirilmiş plasentar kanın köçürülmesinden sonra daha esnek olarak azalmaya başlar ve transplantasyonun 5'inci günü normalden toplam %15,8 fazla oluyor. Ayrıca, kriokonservleştirilmiş plasentar kan hücrelerinin köçürülmesinden 5 sutka sonra ameliyata kadarki gösterge kıyasla İL-1 91,6% (p<0,001) azalıyor - 101,6±12,8 pq/ml 'den 30,5±3,6 pq/ml 'ye iniyor. Ameliyattan önce İL-2 miktarı normalden 3,0 kez (p<0,001) yüksek heddlerde oluyor. İşlemden sonra dönemin 1. sutkası İL-2 seviyesi biraz artarak - 72,3±9,8 pq/ml olur (norm - 6,2±0,5 pq/ml). Yapılan tedaviden sonra İL-2 miktarı önemli ölçüde azalır ve plasentar kan hücreleri transplantasyonundan 5 sutka sonra normalden toplam 10,0% fazla olan noktaya iner. İltihabeylehine olan sitokin İL-4 miktarı ameliyata kadar yüksek olmuştur - 17,9±1,3 pq/ml, fakat kriokonservleştirilmiş plasentar kanla transfüzyon İL-4 düzeyi işlemden sonra dönemin 7. sutkasında ilk göstericilə kıyasla 80,7% (p<0,001) indirmiştir. Yapılmış araştırmalar göstermiştir ki, ameliyata kadar iltihabeylehine olan sitokin İL-10 miktarı normalden 25,1% az olmuştur. Bazis dahiliye fonunda kriokonservleştirilmiş plasentar kan hücrelerinin aktarılması İL-10 miktarını norma yakınlaştıra bilmiştir. İşlemden sonra dönemde ölüm olmamıştır.

#### Sonuç:

Alınan sonuçların karşılaştırmalı analizi göstermiştir ki, geleneksel konservatif terapi ile birlikte kriokonservleştirilmiş plasentar kanın aktarılması kısa süre içinde vücudun bağışıklık statü ve sitokin profili göstericilerinde olan derin bozuklukları giderir. Bizim elde ettiğimiz sonuçlar yaygın peritonitler sırasında bazis tedavi fonunda kriokonservleştirilmiş plasentar kanın uygulamasının etkili bir yöntem olduğunu söylemeye esas veriyor.

#### TP04

### Sol Kolon ve Rektum Tıkanıklıklarında Pasajı Sağlamada “Kendi Kendine Genişleyen Metal Stent” (SEMS) Kullanımının Kısa Ve Uzun Dönem Sonuçları

Barış Bayraktar<sup>1</sup>, Onur Bayraktar<sup>2</sup>, İbrahim Ali Özemer<sup>1</sup>, Deniz Atasoy<sup>4</sup>, Salih Bölük<sup>1</sup>, Çağrı Bilgiç<sup>1</sup>, Umut Kefeli<sup>5</sup>, Haydar Yalman<sup>1</sup>, Rafet Yiğitbaşı<sup>1</sup>, Osman Baran Tortum<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>İMÜ Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>TDV 29 Mayıs Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>5</sup>İMÜ Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Kliniği, İstanbul

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2008 ve Ocak 2013 tarihleri arasında acil serviste kolorektal tıkanıklık nedeni ile SEMS uygulanmış 57 hasta çalışmaya dahil edildi. Endoskopi ve floroskopik altında TTS ve non-TTS stent uygulama sonrası elektif operasyona kadar komplikasyonlar, postoperatif komplikasyonlar, palyasyon amaçlı uygulamada komplikasyonlar, stoma gereksinimi, klinik başarı ve teknik başarı oranları incelendi.

#### Bulgular:

Stent takılan 57 hastanın 39'u erkek, 18'i kadındı. Kolorektal karsinoma bağlı tıkanıklığı olan 49 hastanın tümör yerleşim yerleri, 5'inde inen kolon, 11'inde sigmoid kolon, 15'inde rektosigmoid bölge, 18 inde rektum olarak saptandı. Hastaların 8'inde tıkanıklık nedeni kolona dıştan basıydı. Kolorektal kanser hastalarının 16'sının evre 2, 21' evre 3, 12 sinin evre 4 olduğu saptandı. SEMS sonrası cerrahi tedavi uygulanan 40 hastanın 6' sına Laparoskopik cerrahi, 34 üne konvansiyonel cerrahi uygulandı. Teknik başarı oranı % 96.1, klinik başarı oranı %98.3 olarak bulundu. Stentleme sonrası görülen kısa dönem komplikasyonlar (taburculuktan birinci aya kadar olan süre), 2 hastada migrasyon (% 1.14), 5 hastada karın ağrısı (% 2.85), 3 hastada enfeksiyon (% 1.71) olarak tespit edildi. Geç dönem komplikasyonlar, 2 hastada gayta ile tıkanıklık (% 1.14), 1 hastada stent üzerinden tümör migrasyonuna bağlı tıkanıklık (% 0.57), 3 hastada migrasyon (% 1.71), 3 hastada tenezm (% 1.71) olarak saptandı. Stoma, kolorektal malignite hastalarından SEMS konulup, sonrasında irezektabilite nedeni ile opere edilemeyen 9 hastanın 3'üne açıldı. Dıştan bası nedeni ile SEMS uygulanan hastalarının hepsi metastatik hastalık sonucu vefat etti. Ortalama takip süresi 6 ay (28 gün-11 ay). SEMS uygulanan kolorektal malignite hastalarının 7'si (% 3.43) metastatik hastalığa bağlı vefat etti. Takip edilen 42 hastanın 4'ü ile adjuvan kemoterapi sonrası irtibat kurulamadı, hastaların 38' i onkoloji ve cerrahi kliniklerince takip edilmektedir.

#### Sonuç:

Akut sol tarafı kolorektal tıkanıklıklarda intraluminal lüminal malignitelerde azalmış stoma gereksinimi, elektif ameliyata hazırlamada etkili olması ile acil cerrahi karşısında iyi bir alternatif seçenektir. Ekstraluminal malignitelerde ve inoperabl intraluminal malignitelerde ise azalmış stoma gereksinimi sayesinde yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Antalya

**TP05****Sublevator Düzeyde Gerçekleştirilen Rektal Rezeksiyon Ameliyatlarında Anatomik Özellikler ve Cerrahi Çıkarımlar**Ali Naki Yücesoy<sup>1</sup>, Mehmet Burak Kadioğlu<sup>2</sup>, Esat Namal<sup>3</sup><sup>1</sup>Ali Naki Yücesoy - Batı Bahat Hospital<sup>2</sup>Mehmet Burak Kadioğlu - Batı Bahat Hospital<sup>3</sup>Esat Namal - Bağcılar Devlet Hastanesi**Amaç:**

Distal rektal kanser cerrahisi; rektumun diğer bölgelerinde yerleşmiş kanserlere göre postoperatif dönemde ki yüksek lokal nüks yüzdesi, kalıcı kolostomi oranlarının ve sfinkter kusurlarının daha yüksek olması nedeni ile kendine özgü özelliklere sahiptir. Distal rektum cerrahisindeki farklılıkların en önemli nedenlerinden birisi, distal rektumun anatomik yapısı tarafından oluşturulur. Bu sunumda sublevator düzeyde distal rektum üzerinde gerçekleştirilen rektal rezeksiyon ameliyatlarının ortak anatomik ve cerrahi özellikleri sunulacaktır.

**Olgu:**

Kliniğimizde, distal rektumda lokalize rektum kanseri bulunan hastalarda, sublevator girişimler kullanılarak rektal rezeksiyon ameliyatları gerçekleştirilmiştir. Bütün ameliyatlar supralevator ve sublevator olmak üzere iki fazda gerçekleştirilmiştir. Supralevator fazda rektosigmoid disseksiyon ve total mesorektal eksiyon işlemleri abdominal insizyon kullanılarak gerçekleştirildi. Sublevator düzeyde rektal erişim, kadınlarda transvaginal yol erkeklerde ise transperineal yol kullanılarak gerçekleştirildi. Gerçekleştirdiğimiz ameliyat teknikleri ve konu üzerindeki görüşlerimizi içeren makaleler çeşitli dergilerde yayınlandı. Bu yayınları sonuç bölümünün altında bulabilirsiniz.

**Sonuç:**

Distal rektal kanser cerrahisinde, güncel cerrahi teknikler Rudolph Schiessel tarafından 1994 yılında tarif edilen intersfinkterik disseksiyon tekniği üzerinde kurgulanmıştır. APPEAR prosedürü, halen dünyada yaygın kabul gören sublevator cerrahi girişim tekniği olarak görünmektedir. Ancak APPEAR prosedürü ile ilgili olarak şu ana kadar yayınlanmış makalelerin hiçbirisinde, girişimin anatomik ve cerrahi özellikleri hakkında bir görüş mevcut değildir. Sublevator girişimlerle distal rektum üzerinde gerçekleştirilen cerrahi girişimler ortak cerrahi ve anatomik özelliklere sahiptir. Sublevator düzeyde gerçekleştirilen cerrahi girişimlerde cevaplanması gereken sorular şunlardır:

- a.) Sublevator rektal rezeksiyonlarda hangi tip cerrahi rezeksiyon tekniği uygulanır?
- b.) Sublevator rektal rezeksiyonlarda uygulanan rektal disseksiyon tekniği hangisidir?
- c.) Sublevator rektal rezeksiyonların distal rektal kanser tedavisine katkısı nedir?

Sublevator düzeyde gerçekleştirdiğimiz ameliyatlar ve konuyla ilgili görüşlerimizi içeren yayınlar:

- 1.) Yücesoy AN, Bülbül E, Bahat R. Transvaginal low anterior resection for rectal cancer. Tech Coloproctol 2008; 12: 83

- 85

**VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi**

- 2.) Yücesoy AN, Kadioğlu B. Abdomino-transsphincteric low anterior resection for distal rectal cancer in a male patient. Tech Coloproctol 2012; 16: 179 -181
- 3.) Yücesoy AN, Kadioğlu B. A modified posterior pelvic exenteration technique in a woman (A simplified method with using transvaginal way). Ind Jour Surg 2012; 74:409-411
- 4.) Yücesoy AN. Laparoscopic rectal cancer surgery (views). British Journal Surgery 2011
- 5.) Yücesoy AN - Superstaging in colorectal cancer (views). British Journal Surgery 2012

**TP06****Agresiv Pelvik Taban Cerrahisi Uygulanan Onkolojik Hastalarda Greftli Perineo-Pelvik Rekonstrüksiyon**Eray Kara<sup>1</sup>, Ramazan Serdar Arslan<sup>1</sup>, Cüneyt Temiz<sup>2</sup>, Hakan Kerem<sup>3</sup>, Semir Ayhan<sup>4</sup><sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa<sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa<sup>4</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Kliniği, Manisa**Amaç:**

Anorektal ve sakral tümörlü olgularda primer yaklaşım agresiv cerrahidir. Abdominoperineal rezeksiyon, sakrektomi ve multivissser amputasyon gibi major cerrahi sonrası pelvik tabanda oluşan defektler zaman içerisinde sorun olmaktadır. Sakral ve perineal herni onarımı halen cerrahi bir problemdir. Bu çalışmada pelvik tabanda multivissser rezeksiyonlu geniş pelvik taban defektli hastalarda greftli rekonstrüksiyon uygulanan hastalar sunulmuştur.

**Olgu:**

2011-2013 yılları arasında yaş ortalaması 48 olan 4 erkek hasta opere edildi. 2 hasta rektum tümörü, 2 hasta sakral kordoma idi. Sakral kordoma nedeniyle parsiyel sakrektomi operasyonu uygulanan 2 olguya ve anorektal kanser nedeniyle abdominoperineal rezeksiyon + koksiksektomi uygulanan 2 olgunun operasyon sonrası pelvik tabanda oluşan defektin greftli rekonstrüksiyonu uygulandı. Postop sorunsuz taburcu edilen olguların adjuvan KT veya KRT uygulandı. Postoperatif takipleri devam eden olgularda nüks saptanmadı.

**Sonuç:**

Abdominoperineal, sakral veya kombine pelvik cerrahi girişimler onkoloji hastalarda uygulanabilmektedir. Bu hastalarda adjuvan tedavi sonrası yara yeri komplikasyonları siktir. Pelvik taban herniyasyonu ise en sık olanlardan biridir. Agresiv pelvik taban cerrahisi uygulanan onkolojik hastalarda herniyasyonu önlemek amacıyla greftli rekonstrüksiyon tekniklerinin uygulanmasının yararlı olacağı kanısındayız.



**TP07****Rektoselenin Cerrahi Tedavisinde Polipropilen Meshlerin Kullanımı**

Solmaz Soltan İmanova<sup>1</sup>, Babek Mehman Zeynalov<sup>1</sup>,  
Pervane Rövsen Aydınova<sup>1</sup>, Aynur Kamal Sefiyeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azərbaycan Tıp Universiteti, I. Cerrahi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Bakü  
<sup>2</sup>Merkezi Gömrük Hastanesi, Bakü

**Amaç:**

Rektosele bayanların 15-43% -de gorule bilen hastalıktır. Cerrahi tedavi daha çok orta ve yaşlı bayanlarda gerekir.

**Gereç-Yöntem:**

Bu çalışmada 1 sayılı klinik hastahane ve I cerrahi hastalıklar Ana Bilim Dalında 2005-2012 ci yıllar arası Grade III Rectosele nedeni ile tedavi almış 280 bayan hasta üzerinde ayrılmıştır. Hastalık süresi 4-30 yıllar arasında değişmiştir. Hastalara rectoromanoskopi, transrektal USM, irrigoskopi tetkikleri yapılmış ve ameliyat önerilmiştir.

**Bulgular:**

Cerrahi ameliyat yöntemlerine göre hastalar 2 gruba ayrılmıştır. I grupta olan hastalara standart levatorplasti ameliyatı yapılmış, II grupta olan 59 hastada m.levator ani üzerine polipropilen mesh dikilmiştir. Mesh yara olusuna uygun formada kesilerek rectovaginal duvara absorble sapla dikilmiştir. Ameliyattan sonraki dönem fesadsiz kecmiş, gundelik yara pansumani yapılmıştır. Hastalarda aktivite ameliyattan bir gün sonra başlamış, yatış süresi 3-4 gün olmuştur. Perinede yaraya kosmetik dikişler atıldığı için sonradan alınmamıştır. Her iki grup hastalarda ameliyattan sonraki dönem fesadsiz olmuştur.

**Sonuç:**

I grup hastalarda sonuçlar normal değerlendirilmiştir. II grup hastalarda ise sonuçlar iyi değerlendirilmiş, bağırsak fonksyonları erken başlamış, nuks olmamıştır. Ameliyattan önceki şikayetler tamamen kecmiş, I hastada yara infeksiyonu nedeni ile 3 ay sonra mesh çıkarılmıştır. Sonuç olarak:

1. Rectovaginal duvara polipropilen meshlerin uygulanması üzerine aparılan tedavinin iyileşme üzerine olumlu etkileri olduğu söylenilebilir.
2. Absorble sapların kullanımı yaraların erken iyileşmesi sonucuna sebep ola bilir.

**TP08****1470 nm Diot Lazer ile Pilonidal Sinus****Operasyonu**

Banu Ural

Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:**

Pilonidal sinus hastalığı özellikle genç erkeklerde görülen ve gerek ameliyat öncesi, gerekse ameliyat sonrası yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen bir durumdur. Cerrahi olarak birçok yöntem tanımlanmış olup bu yöntemlerin birbirlerine karşı üstünlükleri konusunda literatürde farklı yayınlar bulunmaktadır. Bu pilot çalışmada amaç 1470 nm. Diot Lazer

ile Pilonidal sinus traktusunun oblitere edilmesi yönteminin ameliyat sonrası ağrı komplikasyon,operasyon süresi, nuks ve hastanın yaşam kalitesi açısından 1 yıllık sonuçlarını bildirmektir.

**Olgu:**

Bu pilot çalışmada Mart 2012 -Mart 2013 Tarihleri arasında pilonidal sinus nedeni ile başvuran 6 hastanın sonuçları değerlendirildi.Hastalardan 2 tanesi pilonidal sinus absesi ile başvurmuştu. Bu hastalarda lazer uygulaması drenajdan 8 hafta sonra gerçekleştirildi.Diğer vakalar non-komplike pilonidal sinus tespit edilen ve aynı hat üstünde pilonidal sinus ostiumları maksimum 3 adet olan vakalardı.Pilonidal sinus traktusu stile ile kanule edildikten sonra traktus kürete edilip SF ile irrije edildi. Daha sonra 1470 nm. diot lazer ile ortalama 450 joule enerji (1pulse:6 sn,15 watt /6sn 'de 1 pulse =90 joule ) verilerek traktus oblitere edildi. 30 sn lokal buz uygulandı.1 yıllık takip sonuçları değerlendirildi.

**Sonuç:**

Çalışmaya dahil edilen hastaların özellikleri olarak yaş ortalaması 23 ve cinsiyet 1K/5 E.Ortalama ameliyat süresi 12 dk.bulunmuştur Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi 4,5 saat. Komplikasyon veya nuks gelişmemiştir. Hastanın ağrısız yürüme, tuvalete gitme ve işe başlama zamanı 1,5 gündür. Hastalar kozmetik olarak mükemmel sonuç bulduklarını ifade etmişlerdir.

**TP09****LIFT: Anal Fistüllerin Tedavisinde Lift (Ligation of Inter Sphincteric Fistula Tract)****Girişimi Erken Dönem Sonuçlarımız**

Fevzi Celayir, Gürkan Yetkin, Ebru Şen Oran, İbrahim Erbaş, İsmail Akgün, Hakan Mustafa Köksal, Uygur Demir, Evren Peker, Nurcihan Aygün, Mehmet Mihmanlı  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:**

Lift anal fistül tedavisinde yeni uygulanmaya başlayan ve giderek artan oranda yapılmaya başlayan bir ameliyat tekniğidir.Erken sonuçları yüz güldürücü olsa da literatür verileri kesin çıkarımlar için yetersizdir.Çalışmamızda LİFT girişimi erken dönem sonuçlarımızı inceledik.

**Gereç-Yöntem:**

Ağustos 2012 - Şubat 2013 7 hasta komplike anal fistül tanısıyla ameliyata alındı.Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara dijital rektal muayene,rektosigmoidoskopi ve pelvik faz MR görüntüleme yapıldı.İntersfinkterik,nuks,atnalı ya da transsfinkterik tüm fistüller LİFT için uygun görüldü.Fistül traktusunun yeterince epitelize olmadığını düşündüğümüz 2 vakada önce seton uygulandı,8 hafta sonra LİFT uygulandı.Birden fazla fistül dış ağzı olan bir hasta da fistül lokalizasyonlarına göre 2 fistül için LİFT,bir fistül için seton sonrası LİFT uygulandı. İzlem süresi kısa olduğu için nuks sadece post operatif birinci ayda değerlendirildi.Ayrıca yara iyileşmesi,fekal inkontinans ve konfor incelendi.

**Bulgular:**

7 hastanın 1 kadın, 6'sı erkekti. Ortalama yaş ...idi. Akdın hasta (67 yaş) multiple fistüller vardı. Aynı seansta

*Antalya**VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi*

2 fidstüle LİFT,1 tanesine 8 hafta sonra seton sonrası LİFT uygulandı. 1 erkek hasta (60 yaş) 2.nüks.tü.Diğer 5 hasta intersfinkterik fistül olup ilk ameliyatları idi. Tüm hastalar postoperatif 1.gün sonunda taburcu edildiler.1. ve 2 hafta kontrollerinde yara iyileşmesi normaldi.Fekal inkontinans saptanmadı. 1.ayın sonunda yaraları tam olarak iyileşmiş,hiçbirinde fekal inkontinans yoktu. Hepsi bu ameliyatı konforlu ve diğer hastalara önerilebilir buldular.

**Sonuç:**

Her ne kadar izlem süremiz net sonuçlar vermek için kısa da olsa LİFT ameliyatı sfinkterleri koruyucu olması,yara iyileşmesinin çabukluğu,konforu ve literatürdeki daha uzun izleme sahip çalışmaların nüks oranlarının düşüklüğü bu girişimi önerilebilir yapmaktadır.



# **POSTER BİLDİRİLER**





**P1****Kronik Konstipasyon Sebebi Olabilecek Nadir Bir Olgu “DİSSEMİNE PERİTONEAL LEİYOMYOMATOZİS”**

Savaş Bayrak<sup>1</sup>, Esra Paşaoğlu<sup>2</sup>, Ekrem Çakar<sup>1</sup>, Hasan Bektaş<sup>1</sup>, Şükrü Çolak<sup>1</sup>, Esra Bayrak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

<sup>3</sup>Istanbul Eyüp Devlet Hastanesi Anestezi Ve Reanimasyon Kliniği

**Amaç:**

Cerrahi poliklinik pratiğinde kabızlık oldukça sık rastlanan bir şikayettir. Çok sayıda, farklı sebebe bağlı olabilir. Kesin tanımını yapmak zordur. Genellikle yüksek içerikli diyetten sonra haftada 3’ den az dışkılama olarak kabul edilir. Metabolik ve endokrin bozukluklar, yanlış diyet, nörolojik problemler, Hirschsprung Hastalığı, pelvik taban hastalığı, ilaçlar ilk akla gelen konstipasyon sebebidir. Daha önce ileus sebebiyle bir kez de opere edilen (Eksploratif laporotomi+fekalom çıkarılması+milking), premenapozal, sistemik başka bir hastalığı bulunmayan, elektif şartlarda hazırlanıp konsültasyonları yapılan, rezeksiyon sonrası çıkan patoloji raporunda oldukça nadir rastlanan bir klinikopatolojik durum olan Dissemine Peritoneal Leiomyomatozis’le(DPL) karşılaştırılması üzerine de konuyla ilgili literatür incelemeyi uygun gördük.

**Olgu:**

49 yaşında, premenapozal, hiç doğum yapmamış kadın hasta.Karında şişkinlik hissi ve çocukluktan beri kabızlık şikayeti var.Hasta, çocukluk çağından beri yaklaşık 7-10 günde bir, sıklıkla da bir laksatif yardımıyla defekasyon yaptığını, aralıklı olarak ciddi karın ağrılarının olduğunu belirtiyor.Anamnez derinleştirildiğinde yaklaşık 1 yıl önce ileus sebebiyle opere olduğu öğrenilen hastanın fizik muayenesinde göbek üstü ve altı insizyon hattı,Mc. Burney insizyon hattı izleniyor. Rektal tuşede özellik yok. Yapılan tetkiklerinde; Çift kontrast kolon grafisinde; sigmoid kolon proksimalinde yaklaşık olarak 7\*8 cm lik segmentte lümen çapında daralma ve şüpheli mukozal düzensizlik alanları izlenmektedir.(Spastik segment?,intralüminal kitle?,). Diğer kolon segmentlerinde ise anatomide bozulma (genişleme,uzama,haustrasyon silinmesi) gözlenmiş olup endoskopik tetkik önerilmiş. Endoskopi:Gastroskopi:Pangastrit Kolonoskopi: Anal kanaldan çekuma kadar yapılan incelemede çekum, çıkan kolon, hepatik fleksura, transvers kolon, splenik fleksura, inen kolon, sigmoid kolon rektum lümeni ileri derecede dilate gözlendi, motilite gözlenmedi. Retrofleksiyonda rektum ve anal kanal muayenesi normaldi. Tanı; Dilate kolon(irritabl barsak send?). Kolonoskopik biyopsi:Fokal aktif kolit, lamina propria eozinofil lökositlerin sayısında hafif artış, epitelde düzenli yapı. Kontrastlı Üst ve Alt Batın BT:Rektum, sigmoid kolon seviyesine kadar barsak duvar kalınlığında artış ve kontrast tutulumu izlenmektedir. Kolonoskopik tetkik önerilir. Ek bir tomografik patolojik bulgu yok. Kolon transit zamanı ölçümü uzamış olarak izlenen hastaya yapılan defakografide bir patolojiye rastlanılmamıştır. Laboratuvar değerlerinde bir özellik izlenmedi. Tümör markerları normal sınırlar içerisinde olup hormon profili özellik göstermemiştir. İki yıl önceki ameliyat

epikrizinde(ileus sebebiyle opere edilmiş); kolonun ileri derecede dilate ve uzun olduğu, çok miktarda bağırsak lümenini tıkayan fekolomların bulunduğu belirtilmiş. Bu fekolomların parçalanarak anüsten dışarı alındığı ve ek bir patolojik lezyona rastlanmadığı belirtilmiş. Hastaya kronik kabızlık sebebiyle, ameliyat onamı alınarak,cerrahi prosedüre uygun olarak subtotal kolektomi +ileorektal anastomoz yapıldı. Peroperatif;kolon anslarının ileri derecede elonge, dilate olduğu gözlendi. Kolon mezosunda yaygın nodüler ve polipoid tümoral oluşumlar izlendi. Parietal ve pelvik periton,ince bağırsak mezosu,uterus ve overler makroskopik olarak doğal izlendi. Hastada erken ve geç dönem cerrahi komplikasyon izlenmemesi üzerine post operatif 9.gün cerrahi şifa ile taburcu edildi. Patolojik Bulgular: Makroskopik bulgular:6cm uzunlukta, 4cm genişlikte distal ileumun devamında 68cm uzunlukta, en geniş yerinde10cm genişlikte çekum, çıkan kolon ve transvers kolonu içeren rezeksiyon materyali. Mezenterik yağ dokusunda en büyüğü 10x4x2,5cm ölçüsünde bir kısmı yuvarlak- oval, bir kısmı düzensiz şekilli, birbiriyle birleşen ve ince fibröz bantlarla barsak duvarı ile bağlantı gösteren elastik-sert kıvamlı multipl nodüler oluşumlar dikkati çekti. Kesitleri gri-beyaz renkli, lifsel görünümdeydi. Kolon mukozası düzenli, ancak duvarı yer yer 1,5cm kadar kalınlaşmış ve kıvamı sertleşmiştir.

Mikroskopik Bulgular: Muskularis propriada disorganize, düzensiz, yer yer ayrılmış düz kas demetleri görülmüştür. Mezenterik yağ dokusundaki lezyonlar birbirini çaprazlayan demetler oluşturan, oval-fusifiform nükleuslu, eozinofilik sitoplazmalı, iğsi hücrelerden oluşmakta idi. Lezyonların sınırları düzensiz olup çevre yağ-bağ dokusu ile keskin bir sınır oluşturmamakta idi. Mitoz, nükleer atipi, nekroz görülmedi. Ki-67 oranı %1 olarak değerlendirildi. Yapılan immunhistokimyasal çalışmada Düz kas Aktini(+), Desmin(+), Östrojen reseptörü(+), Progesteron respötörü(+) olarak saptanmıştır. Morfolojik görünüm ve immunhistokimyasal çalışma sonuçları leiomyomatozis peritonei disseminata ile uyumlu bulunmuştur.

**Sonuç:**

Dissemine Peritoneal Leiomyomatozis(DPL) Taubert ve arkadaşları tarafından tanımlanan oldukça nadir rastlanan bir hastalıktır.Gebe olanlarda gebelik takiplerinde tespit edilir. Gebe olmayanlarda ise en sık semptomlardan biri pelvik bası hissidir. Hastalığın patogenezinde; peritoneal yüzeylerde mültisentrik metaplazi alanlarından köken alan benign düz kas proliferasyonları sorumlu tutulmaktadır. Hormonal etkilerde bu hastalıkla ilişkilendirilmiştir. Gebelik, oral kontraseptif kullanımı, yüksek östrojen ve veya progesteron oranı tanı anında tespit edilebilir. Kronik konstipasyon; konjenital bozukluklar, motilite bozuklukları, pelvik bölgedeki defekasyon mekanizmalarındaki bozukluklar, yaşlılıktaki spesifik problemler, kronik skar oluşturan divertikülitler ve neoplastik hastalıklar sonucu olabilir. Ayırıcı tanı yapılabilmesi içinde bir çok laboratuvar tetkikine, görüntüleme yöntemine ihtiyaç duyulur. Kronik konstipasyon sebebi olabilecek başka bir hastalığı saptanamayan hastanın ameliyatı sonrası patolojik tanısının DPL tespit edilmesi üzerine literatür incelemesine gerek duyulmuştur.Bu çalışmalarda hastalığın sık görüldüğü popülasyonlar, yaş gurupları ve nadir görülen malign değişim üzerinde durulmuştur. Düz kas proliferasyon

anomalisi olan bu hastalıkta bağırsağın anatomik, fizyolojik yapısında ki bozulmalar elonge, uzun, hipokinetik bir bağırsakla karşılaşmamıza neden olabileceği, dolayısıyla kronik konstipasyona sebep olarak düşünülmüştür. Oldukça nadir rastlanan bu hastalığın kronik kabızlık sebeplerinden biri olup olmadığının gösterilmesi için ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

## P2

### Rektal Prolapsusta Perineal Yaklaşım: Olgu Sunumu

Cihangir Akyol, Tevfik Eker, Akın Fırat Kocaay, Toygar Sarı, Mehmet Can Seven, Ali Ercüment Kuterdem  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Tam kat rektal prolapsus olgularının birçoğu cerrahi işlem gerektirir. Abdominal cerrahi prosedürleri ve genel anesteziyi tolere edemeyecek hastalarda lokorejyonel anestezi ile perineal girişimler gündeme gelmektedir. Bu olgu sunumunda konservatif yaklaşımların başarısız olduğu bir irredüktabl rektal prolapsus vakası tartışılmaktadır.

79 yaşında kadın hasta son 24 saattir makattan dışarı çıkan kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnezde, 6 aydır konstipasyonun eşlik ettiği giderek artan şekilde makattan dışarı çıkan ancak kendisi tarafından elle içeri itilebilen kitlesinin bulunduğu, ancak son 1 gündür kitlenin içeri itilemediği belirtildi. Yapılan muayenesinde distal kısmında 2 cm'lik saplı polip bulunan barsak segmentinin anal kanaldan yaklaşık 30 cm dışarıya çıkmış olduğu ve bu segment üzerinde mukozal ödem ve hipereminin geliştiği saptandı. Lokal ılık uygulama, hipertonic şeker solusyonu uygulanmasından sonra redüksiyon denendi ancak başarılı olunamadı. Rejyonel anestezi altında perineal rektosigmoidektomi (Altmeier perosedürü) operasyonu yapıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 7. günde taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucunda tubuler adenom saptanan hasta postoperatif 6. ayında nüks olmadan takip edilmektedir. Tam kat rektal prolapsusun akut döneminde, rektumun aşırı ödemli olması dolayısı ile redüksiyon her zaman mümkün olmayabilir. Beslenme bozukluğunun olmadığı durumlarda elle redüksiyonun kolaylaştırılabilmesi amacıyla lokal ödemin azaltılması için sıcak ve hipertonic şeker solusyonları uygulanması veya prolabe olan kitle üzerine elastik bandaj uygulanması gibi çok değişik yöntemler literatürde tarif edilmiştir. Bunların denenmesi sonrası hastanın prolabe olan kitlesinin redükte edilmesi hastaya elektif tedavi şansını kazandırır. Beslenme bozukluğunun bulunduğu durumlarda elle yerine koyma işlemi denenmemeli, operasyon planlanmalıdır. Abdominal yolla yapılan cerrahi tedavi girişimleri genel anestezi gerekliliği nedeni ile yaşlı hastalarda komplikasyon riskini artırmaktadır. İlk olarak Mikulicz'in 1889'da tarif ettiği ancak 1960'larda Altmeier'in popularize ettiği perineal rektosigmoidektominin nüks oranları %0-50 arasında bildirilmesine rağmen, gerek rejyonel anestezi altında uygulanabilirliği nedeni ile yaşlı ve yüksek risk grubu hastalarda ve strangüle/inkarsere prolapsuslarda ideal tedavi seçeneğidir. Bu prosedüre levatoroplasti eklenmesi nüks oranlarını %10'ların altına düşürebilmektedir.

## P3

### Lateral İnternal Sfinkterotomi'nin Anal Basınç Düzeyine Etkisi?

Kemal Peker<sup>1</sup>, İsmayil Yılmaz<sup>1</sup>, İsmail Demiryılmaz<sup>2</sup>, Abdullah İnal<sup>1</sup>, Arda Işık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Erzincan  
<sup>2</sup>Ibni Sina Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri

#### Amaç:

Kronik anal fissür en sık görülen anorektal hastalıklardan biridir. Anal fissür tanısı konduktan sonra topikal-medikal uygulamalardan cerrahi sfinkterotomiye kadar uzanan birçok tedavi seçeneği bulunmaktadır. Fissür tedavisinde amaç, anal sfinkterdeki spazmı azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Biz bu çalışmamızda anal fissür nedeni ile Sfinkterotomi yapılarak tedavi edilen hastalardaki, anal sfinkter basınç düzeylerindeki değişim oranını tespit etmek istedik.

#### Gerçek-Yöntem:

Çalışmaya 42 hasta dahil edildi. Hastaların %73,8 (N=31)'isi erkek iken %26,2 (N=11)'i bayan idi. Hastaların yaşları (21-64) aralığında değişmekte olup ortalaması 34,9 yıl idi. Hastalardan 2 grup oluşturuldu. Birinci grup 21 hastadan oluşan kontrol grubu iken, ikinci grup anal fissür nedeni ile sfinkterotomi yapılmış 21 hastadan oluşmakta idi. Her iki grubun istirahat halindeki anal basınç düzeyleri rektal yolla manometrik olarak ölçüldü.

#### Bulgular:

Çalışma neticesinde Kontrol grubunun anal sfinkter basınç düzeyi 51,35 mmHg olarak tespit edilirken, sfinkterotomi yapılmış olan grupta bu oran 32,67 mmHg idi. Gruplar arası yapılan ikili karşılaştırmada aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu p <0.001.

#### Sonuç:

Ağrı ve kanama ile seyreden anal fissürlerin 2/3'ü topikal tedavi ile düzelmektedir. Ancak medikal tedaviye direçli olgular için en iyi tedavi yöntemi lateral internal sfinkterotomidir. Sfinkterotomi Anal bölgede basınç düzeyini düşürmekte ve oluşan spazmı çözerek tedaviyi sağlamaktadır.

## P4

### Rektal Prolapsus Deneyimimiz:

#### 8 Yılda 17 Olgunun Retrospektif Analizi

Bahadır Celep<sup>1</sup>, Mustafa Özsoy<sup>1</sup>, Ahmet Bal<sup>1</sup>, Taner Özkececi<sup>1</sup>, Murat Yüklüklü<sup>1</sup>, Kasım Demir<sup>2</sup>, Sezgin Yılmaz<sup>1</sup>, Yüksel Arıkan<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Afyon  
<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği, Afyon

#### Amaç:

İlk kez Eberes Papirus tarafından tanımlanan Rektal prolapsus, rektumun tamamının veya bir kısmının tüm katları ile anüsten dışarıya çıkmasına verilen addır. Toplumdaki gerçek sıklığı bilinmemekle birlikte erişkin çağlarda kadınlarda, pediatrik yaş grubunda ise erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Etiyopatogenezinde birçok faktör tanımlanmış olmasına rağmen ana faktörün pelvik anatomik çatıdaki yetmezliğin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Halen ideal cerrahi teknik bilinmemektedir. Bu çalışmamızda rektal prolapsus nedeniyle

ameliyat edilen hastalardaki cerrahi tedavi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Afyon Kocatepe tıp fakültesi genel cerrahi ana bilim dalında rektal prolapsus Aralık 2004 ile Aralık 2012 Tarihleri arasında rektal prolapsus tanısı konulan 17 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verilerinin yanı sıra uygulanan cerrahi prosedürler, ameliyat sonrası komplikasyonları ve ameliyat sonrası takip süreleri incelendi.

#### Bulgular:

Çalışmaya alınan hastaların 6'sı erkek (% 35) geriye kalan 11 hasta (%64) kadın idi. Hastaların ortalama yaşı 49 (Min: 31 Max: 77) olarak saptandı. Hastaların 13 tanesinde (%76) başvuru esnasında gaz ve gaita tutama şikâyetleri mevcuttu. Hastaların Alteimer'in tanımladığı sınıflandırma doğrultusunda 4 hasta (%23) evre 2, 13 hasta (%76) ise evre 3 olarak değerlendirildi. Hastaların özgeçmişleri incelendiğinde erkek hastalarda pelvik cerrahiye veya travmaya maruz kalmadığı saptandı. Bununla birlikte kadın hastaların 7'sinde 2 veya daha fazla normal doğum öyküsü bulunmakta idi. Hastaların ameliyat öncesi asa skoruna bakıldığında 3 hasta ASA 1, 9 hasta ASA 2, 4 hasta ASA 3 ve 1 hasta ASA 4 olarak değerlendirildi. Uygulanan cerrahi prosedürler içerisinde en fazla Notores tekniği uygulanmıştır. Ortalama hastanede kalış süresi 7 gün olarak saptanmıştır. 2 hastada ilk yıl içerisinde nüks saptanmış ve nüks saptanan hastalar rezeksiyonlu cerrahi prosedürler ile tedavi edilmiştir. Hastaların ortalama takip süresi 20 aydır. Hastaların hiçbirinde mortaliteye rastlanmamıştır.

#### Sonuç:

Rektal prolapsus için halen en uygun cerrahi teknik kesinlik kazanmamakla birlikte serimizde nüks oranı % 11 'dir. Nükslerden sorumlu tutulan başlıca etken cerrahi teknikle yetersizliktir. Literatür bilgileri doğrultusunda komplikasyon oranları en fazla olan ancak nüks oranı en düşük olan cerrahi teknik rezeksiyonlu prosedürler gibi görülmektedir. Bizim serimizde öncelikle rezeksiyon dışı prosedürler uygulanmıştır. Ancak nüks olduğu durumlarda ise rezeksiyonlu prosedürler düşünülmelidir.

#### Klinik tedavi sonuçlarımızın özetleri

KLİNİK SONUÇLARIMIZ	
Hasta Sayısı	17
Cerrahi Teknik	
Notaras	7
Ripstein	5
Rezeksiyonlu Prosedürler	5
Hastanede Kalış Süresi	7
Nüks	2
Morbidite	
Cerrahi Alan Enfeksiyonu	2
Ateletezi	1
Mortalite	0

#### P5

### Kronik Anal Fissürlü Hastalarda Açık Lateral Internal Sfinkterotomi Etkinliğinin Anal Manometrik Tetkikle Değerlendirilmesi ve Postoperatif Kontinansa Etkisi

Can İbrahim Bulut<sup>1</sup>, Ediz Altunlu<sup>2</sup>, Ersan Eroğlu<sup>1</sup>, Aziz Serkan Senger<sup>1</sup>, Osman Yücel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>TC Haydarpaşa Numune EA Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>TC İstanbul Bilim Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

#### Amaç:

Son on yılda, fissür etiyojisi lokal sepsis ve kostik irritasyondan çok yüksek sfinkter istirahat basınçları ve anodermal kan akımındaki düşme ile açıklanmaktadır. Çalışmamızda kronik anal fissürlü hastalarda uygulanan açık lateral internal sfinkterotominin etiyojide yer alan yüksek anal sfinkter basıncını düşürmedeki etkinliği ve postoperatif kontinansa olan etkisi değerlendirildi.

#### Gereç-Yöntem:

Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2011-12 yıllarında, kronik anal fissür tanısı ile açık lateral internal sfinkterotomi (LİS) operasyonu uygulanan hastalar retrospektif olarak dahil edildi. Preoperatif ve postoperatif anal manometri cihazı (Menfis Biomedica Dynosmart) ile ölçülen basınç değerleri ve post operatif Wexner skorları karşılaştırıldı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15,0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart sapma, Minimum, Maksimum) kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov testi ve grafiksel teknikler kullanıldı.

#### Bulgular:

Preoperatif dönemde karşılaştırıldığında postoperatif dönemde maksimal istirahat basıncında ortalama % 35,53' lük, ortalama istirahat basıncında ortalama % 33' lük, ortalama sıkma basıncında ortalama % 25,48' lik bir düşüş saptandı, sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıydı. Preoperatif dönemde tam kontinansa sahip (Wexner skoru:0) olan hastalarda açık lateral internal sfinkterotomi sonrası inkontinans oranı cinsiyetler arası farklılık olmaksızın ortalama 2 aylık dönemlerde % 10 olarak tespit edilmiştir.

#### Sonuç:

Benzer hasta popülasyonlarında anal manometri ile ölçülen değerlerde belirgin farklılıklar olup bu toplumsal farklılık ve kullanılan anal manometri cihazlarının farklılığı ile açıklanabilir. Lateral internal sfinkterotomi çok masum bir işlem olmayıp, zaman içinde belirli bir inkontinansa neden olmaktadır.

**P6****Longo Prosedürü Hangi Amaçla Yapılmalıdır?**

Ali Kocataş, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Gülşay Şahin, Mahmut Doğan, Cevher Akarsu, Muhammet Arif Karakaya, Mustafa Uygar Kalaycı, Halil Aliş  
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Staplerle hemoroidopeksi prolobe olmuş semptomatik pililerin tedavisinde tercih edilen tedavi olarak akla gelse de benign anorektal hastalıklarda artan sıklıkta kullanılmaktadır. Biz kliniğimizde longo yapılan hastaları etyolojileri yönünden inceledik.

**Gereç-Yöntem:**

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde Ocak 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında Longo yöntemi ile opere edilen hastalar çalışmaya dahil edildi.Hastalar preoperatif olarak etyolojik tanılarına göre sınıflandı.

**Bulgular:**

27 hasta çalışmaya dahil edildi. Etiyolojik incelemede 12 hastanın grade 4 hemoroid hastalığı, 5 hastada internal mukozal intussepsiyon, 3 hastada rektal mukozal prolapsus, 7 hastada ise rektosel nedeniyle longo operasyonu gerçekleştirildi.

**Sonuç:**

Uzun dönem sonuçları hakkında yeterli bilgi olmasa da, Longo yöntemi 4° derece internal hemoroidlerin ve mukozal prolapsusların tedavisinde olduğu kadar rektosellerin tedavisinde de erken iyileşme ve yüksek hasta memnuniyeti sağlayan mükemmel bir alternatiftir.

**P7****Rektal Prolapsusta Laparoskopik Rektepeksi İle Açık Rektepeksinin Karşılaştırılması**

Ahmet Okuş<sup>1</sup>, Barış Sevinç<sup>2</sup>, Serden Ay<sup>2</sup>, Ömer Karahan<sup>2</sup>, Nergis Aksoy<sup>2</sup>, İzzet Uyanık<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi- Genel Cerrahi

<sup>2</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Genel Cerrahi

**Amaç:**

Rektal prolapsus genellikle ileri yaş hastalığı olup yaşla görülme sıklığı artmaktadır. Rektal prolapsusta çok sayıda ameliyat tanımlanmıştır ancak abdominal yaklaşım ile rektepeksinin genel olarak nüks oranı daha düşük olduğu bildirilmektedir. Abdominal rektepeksi açık ve laparoskopik olarak yapılabilir. Bu çalışmada rektal prolapsusta abdominal yaklaşımda laparoskopik rektepeksi ile açık rektepeksinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde rektal prolapsus nedeni ile opere edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastane veri tabanından hastaların demografik özellikleri, yapılan ameliyat, komplikasyonlar, yatış süresi ve maliyet kaydedildi. Laparoskopik ve açık abdominal rektepeksi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar telefon ile aranarak veriler doğrulandı, şikayetleri (nüks, konstipasyon ve inkontinans) sorgulandı.

Hastalar laparoskopik ve açık rektepeksi olarak iki gruba ayrılarak veriler karşılaştırıldı.

**Bulgular:**

Hastaların 15'i kadın, 8'i erkek olup yaş ortalaması 55 (27-83) idi. Hastaların 11'ine açık rektepeksi ve 12'sine laparoskopik rektepeksi yapılmış idi. Hastaların 5'inde (%22) preop inkontinans mevcut idi. 4 (%80) hastada tedavi sonrası inkontinansın düzeldiği gözlemlendi. Psikotik bozukluğu olan bir olguda ise inkontinans düzelmedi. Konstipasyon ise 14 olguda (%61) mevcut idi ve tedavi sonrası 11 (%78) olguda konstipasyon düzelmiş olup 3 olguda düzelme gözlenmedi. Ortalama takip süresi 18 (2-39) ay olup hiçbir hastada mortalite ve takipte nüks gözlenmedi. Gruplar karşılaştırıldığında laparoskopik rektepeksi grubunda hastanede kalış süresi daha kısa (2,4-4,1gün) ve morbidite daha düşük idi. Maliyet açısından iki grup arasında fark tespit edilmedi.

**Sonuç:**

Rektal prolapsusta laparoskopik rektepeksi açık rektepeksi kadar etkindir. Hastanede kalış süresinin kısa, morbiditesinin daha az olması nedeni ile ilk tercih edilecek tedavi metodu gibi görülmektedir.

**Tablo 1:** İki grup arasındaki verilerin karşılaştırılması

	Açık Rektepeksi (n=11)	Laparoskopik Rektepeksi (n=12)	p değeri
Yaş	50,2(14,7)	57,8(18,7)	0,332
Cinsiyet (E/K)	3/8	5/7	0,876
Konstipasyon	8	6	0,510
İnkontinans	3	3	0,876
Yatış Süresi(gün)	4,1	2,4	0,014*
Morbidite(Komplikasyon)	5	0	0,013*
Maliyet (TL)	1860	1950	0,691
Takip süresi (ay)	19,5(3-39)	17,0(2-20)	0,108
Nüks	0	0	

p<0,05 anlamlı kabul edildi.

**P8****Hemoroid Hastalarında Anal Basınç Düzeyi: Kontrollü Prospektif Klinik Çalışma**

Kemal Peker<sup>1</sup>, İsmayil Yılmaz<sup>1</sup>, İsmail Demiryılmaz<sup>2</sup>, Abdullah İnal<sup>1</sup>, Arda Işık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Erzincan

<sup>2</sup>İbni Sina Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri

**Amaç:**

Hemoroidler; anüs etrafındaki damar yumakları içeren mukoza yastıkçıklarıdır. Hemoroid hastalığında; kan, damar yumaklarında göllendiğinden deri katlantıları ele gelecek şekilde şişerler. Kanama, ağrı ve kaşıntı hastayı rahatsız eder. Anal yastıkçıklar ve içerdikleri damarlar bağ dokusu lifleri ile mukoza-altı tabakasına tutunurlar. Hastalığın histopatolojisi, kabızlık, ishal, yaşlılık ve diğer nedenlerin lifleri gevşetmesi, ıkmakla artan venöz basıncın yastıkçıkları genişletmesidir. Biz bu çalışmamızda Hemoroid hastalığı ile anal basınç düzeyi arasındaki ilişkiyi anlamaya çalıştık.



Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmaya 72 hasta dahil edildi. Hastaların %77,8 (n=56)'isi erkek iken %22,2 (n=16)'ı bayan idi. Hastaların yaşları (17-57) aralığında değişmekte olup ortalaması 30,2 yıl idi. Hastalardan 2 grup oluşturuldu. Birinci grup 36 hastadan oluşan kontrol grubu iken, ikinci grup grade 3-4 hemoroid hastalığı olan 36 hastadan oluşmakta idi. Heriki grubun istirahat halindeki anal basınç düzeyleri rektal yolla manometrik olarak ölçüldü.

**Bulgular:**

Çalışma neticesinde Kontrol grubunun anal sfinkter basınç düzeyi 50,67 mmHg olarak tespit edildi. Hasta grubunda bu oran 52,17 mmHg idi. Gruplar arası ikili karşılaştırmalarda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı p= 0,351

**Sonuç:**

Bu bilgiler doğrultusunda Hemoroid hastalarında anal istirahat basınç düzeylerinin fizyolojik sınırlarda olduğunu söyleyebiliriz

**P9****Rektal Prolapsusta Cerrahi Tedavi****Yaklaşımlarımız**

Akın Aydoğan, Mustafa Uğur, Seçkin Akkçük, İbrahim Yetim, Aydın Kaplan, Muhyittin Temiz

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Hatay

**Amaç:**

Rektal prolapsus, cerrahi yöntem konusunda tartışmaların devam ettiği bir hastalıktır. Bu çalışmada rektal prolapsus nedeniyle abdominal ve perineal yaklaşımla cerrahi tedavi uygulanan hastalar incelenmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

2009-2012 yılları arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde rektal prolapsus tanısı ile opere edilen 20 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait demografik ve fizik muayene bulguları, uygulanan cerrahi yöntemler incelendi.

**Bulgular:**

En sık başvuru şikayeti makatta sarkma ve kabızlıktı. Hastaların medyan yaşı 48 di. Hastaların 12'si kadın ve 8'i erkekti. Fizik muayene-de 3 hastada mukozal prolapsus 17 hastada tam kat prolapsus mevcuttu. 13 hastaya transabdominal yaklaşımla meshli rektapeksi, 2 hastaya transabdominal yaklaşımla sigmoid rezeksiyon ve rektapeksi, 3 hastaya perianal yaklaşımla Delorme ameliyatı ve 1 hastaya Tiersch ameliyatı yapıldığı görüldü. Delorme uygulanan hastaların tümünde mukozal prolapsus olduğu görüldü. Tiersch yapılan hastanın ise yandaş hastalıklarının bulunduğu ve 91 yaşında olduğu görüldü. Postoperatif mortalite, nüks gözlenmedi. Perineal ve abdominal yaklaşımla ameliyat edilen hastalar arasında hastanede yatış süresi açısından anlamlı fark yoktu.

**Sonuç:**

Rektal prolapsus tanısı ile ameliyat edilen hastalarda ameliyat tekniğine hastanın yaşı, hastaya ait risk faktörleri, prolapsusun tam kat yada mukozal olması ve cerrahin tecrübesine göre karar verildiği anlaşıldı. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında

uygulanacak abdominal ve perineal yaklaşımlara ait erken dönem sonuçlar benzerdir. Literatürde hastalığın %80 oranında kadınlarda %40 erkeklerde görüldüğü bildirilirken, ülkemizde yapılan çalışmalarda hastalığın ortalama %60 oranında kadınlarda görüldüğü saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da rektal prolapsusun %60 oranında kadınlarda %40 erkeklerde görüldüğü tespit edildi. Bu konunun daha geniş serilerle ve prospektif çalışmalarla araştırılmasının uygun olacağı görüşüdeyiz.

**P10****Anal İnkontineste Etiyolojilerine Göre Sfinkter Tamiri Sonuçları**

Türker Mehmet Bulut<sup>1</sup>, Yunus Uzmay<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Yılmaz Büyükcüncü<sup>1</sup>, Metin Keskin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD  
<sup>2</sup> Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Anal inkontinens şikayeti ile başvuran hastaların etiyolojilerine göre sfinkter tamiri sonuçları araştırıldı.

**Gereç-Yöntem:**

1998-2008 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı B servisinde sfinkter tamiri yapılan 52 hastanın takip sonuçları güncellenerek incelendi. Yaş ortalaması 38 yıl olan hastaların %79'u kadın idi. Hastalar inkontinens etiopatogeneze göre obstetrik (25 vaka9, travmatik (14 vaka), yatrogenik (10 vaka) ve idiyopatik (3 vaka) olarak ayrılarak incelendi. Ameliyat öncesi 15 olgunun stoması vardı, ameliyat sürecinde 8 hastaya daha stoma açıldı, dolayısıyla hastaların %44'ü stomalı idi. Tamir sonrası 19 vakanın stomaları kapatılmıştır. Stomalı olmak veya olmamak yara enfeksiyonu oranını etkilememekle birlikte yara detaşmanı ve enfeksiyonu kontinensi doğrudan etkiledi. Bir vakada anal kanal çepeçevre ciltten ayrışarak tümüyle retrakte oldu. Kontinens bozulan iki vakaya geç dönemde tekrar stoma açıldı.

**Bulgular:**

Ameliyat sonrası geç dönemde Wexner skoru 8'in altına düşen hastalar başarılı kabul edildi.

Etyolojiye göre sfinkter tamir sonuçları (hasta sayısı)  
Etyoloji Wexner > 8 Wexner <= 8 OR [%95 CI] p-değeri  
Obstetrik 7 18 2.77 [0.87-8.78] 0.097  
Travmatik 9 5 0.26 [0.07-0.93] 0.055  
İatrojenik 4 6 1.02 [0.25-4.17] 1.000  
İdiopatik 1 2 1.38 [0.12-16.26] 1.000  
Travmatik grup dışında obstetrik, yatrogenik veya idiyopatik etiyoloji ile başvuran hastalarda sfinkter tamiri benzer başarı oranları gösterdi.

**Sonuç:**

Travmatik sfinkter yaralanmaların başarı oranı düşüktür. En iyi sonuç obstetrik yaralanmalarda alınmıştır. Travmatik olgular hariç %60 civarında olumlu kontinens düzeyine ulaşılmıştır. Sfinkter tamirinde yetersiz disseksiyon da aşırı disseksiyon da sonucu olumsuz etkiler. İnkontinens olgularında cerrahi girişim öncesi noninvaziv yöntemler denenmelidir.



**P11****Transsfinkterik Anal Fistüllerde Cerrahi Sonrası Anal Sfinkter İşlevleri, Nüks Oranlarının ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Mehmet Uçar, Aras Emre Canda, Cem Terzi, Selman Sökmen, Mehmet Füzün

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir*

**Amaç:**

Anal fistül tıp tarihinin ilk dönemlerinden beri bilinen ve tedavi arayışları süren bir hastalıktır. Tedavi başarısını değerlendirmede iki parametre arasındaki denge önemlidir: nüks ve inkontinens gelişimi. Bu çalışmada transsfinkterik anal fistül nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastalarda tedavi sonuçlarını ve anorektal işlevleri değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Temmuz 1993-Ağustos 2010 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalında transsfinkterik fistül nedeniyle tedavi edilen hastalardan 52'si çalışmaya dahil edildi. Hastalar sadece gevşek seton uygulanan (Grup 1) ve fistülotomi ve/veya gevşek seton uygulanan (Grup 2) hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Hastalarda tedavi sonuçları (iyileşme ya da nüks gelişimi) ve anorektal işlevler (Wexner inkontinens sorgu anketi, anorektal manometri, "fecal incontinence quality of life scale" [FIQL] yaşam kalitesi anketi) değerlendirildi.

**Bulgular:**

Çalışmaya katılan 52 hastanın 13'ü (%25) kadın, 39'u (%75) erkek idi. Ortalama yaş 49 (dağılım; 27-73) idi. Ameliyat sonrası ortalama izlem süresi 52 (dağılım; 9-227) ay idi. Hastaların 31'inde yüksek transsfinkterik, 21'inde alçak transsfinkterik fistül nedeni ile cerrahi işlem (40'na fistülotomi ve/veya gevşek seton, 12'sine sadece gevşek seton) uygulanmıştı. Hastaların 44'ünün ilk kez fistül cerrahisi geçirdiği, 8'inin nüks sonrası tedavi edildiği belirlendi. Semptomatik inkontinensin sadece gevşek seton uygulanan hastaların %25(n=3)'ünde fistülotomi ve/veya gevşek seton uygulanan hastaların %50(n=20)'sinde geliştiği saptandı. 36(%69.1) hastada iyileşme sağlandığı, 16 (%30.9) hastada ise iyileşme olmadığı ya da nüks gelişimi olduğu görüldü. Transsfinkterik fistülün yüksek ya da alçak oluşuna göre anorektal manometri, Wexner skoru ve FIQL anket sonuçları arasında farklılık izlenmedi. Fistülotomi yapılmayan sadece gevşek seton kullanılan ve fistülotomi ve/veya gevşek seton yapılan hastalar karşılaştırıldığında anal kanal dinlenim basınçları sırasıyla 72 mmHg ve 63 mmHg (P=0.05), sıkma basınçları 139 mmHg ve 112 mmHg (P=0.02). FIQL skorlarının fistülotomi yapılan hastalarda daha kötü olduğu saptandı (P=0.04). İyileşen ve iyileşmeyen ve/veya nüks olan iki grup karşılaştırıldığında; ortalama Wexner skoru (P=0.04) iyileşen grupta anlamlı olarak yüksek bulundu.

**Sonuç:**

Transsfinkterik fistüllerde yapılan cerrahi sonrası özellikle fistülotomi yapılan hastalarda sadece gevşek seton konulan hastalara oranla iyileşme oranları daha yüksek iken inkontinens gelişme oranının arttığı ve bunun yaşam kalitesinde azalma

ile sonuçlandığı anorektal manometri, inkontinens ve yaşam kalitesi sorgulama anketleri kullanılarak objektif bir şekilde gösterilmiştir.

**P12****Travmatik Sfinkter Yetmezliğinde Rektum Kapanma Mekanizmasındaki Fonksiyonel Değişiklikler**

Eldar Allahverdi Aliyev<sup>1</sup>, Pervane Rövsen Aydınova<sup>1</sup>, Seadet Hasan Sultanova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azərbaycan Tıp Universiteti, I Cerrahi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Bakü

<sup>2</sup>Azərbaycan Tıp Universiteti, I Mama-Jinekoloji Ana Bilim Dalı, Bakü

**Amaç:**

Travmatik sfinkter yetmezliğinde rektum kapanma mekanizmasındaki fonksiyonel değişiklikleri fizioloji yöntemlerle mükayeseli öyrenmek.

**Gereç-Yöntem:**

Bu çalışmaya 2000-2012 yılları Bakü İsaylı hastanesinde travmatik sfinkter yetmezliği tanısı ile 206 hasta tedavi olunmuştur. Hastalardan 91-i erkek, 115'i kadın olmakla yaş gurubu 15 - 66 aralığında değişmiştir. Bizler bu hastaları 3 alt grupta değerlendirdik: 1.gurup-sfinkterde yapılan cerrahi tedaviden kaynaklanan sfinkter yetmezliği 2.gurup-doğumdan sonra... 3.gurup-travma sonucu sfinter yaranlanması...

Hastalık süresi tüm hastalarda 1-10 yıl arasında değişmiş, bu süre içerisinde hastalarda istemsiz gaita inkontinansı görülmüş ve yaşam konforu olumsuz etkilenmiştir. Tüm hastalar preoperatrf değerlendirilerek, klinik ve laboratuvar sonuçları incelendi. Hastalarda rektumun kapayıcı mekanizmasının durumunu değerlendirmek için özel muayine yöntemlerinden faydalandı. Bunun için sfinkterometri; anal manometri ve elektromiyografi araçları ile anal refleksler değedendirildi. Sfinkterometri: tarafımızdan yenilenmiş yaylı sfinkterometri kullanıldı. Bu cihazla yapılan muayene sırasında sfinkter fonksiyonel durumunu öğrenmek kolaylaşmış ve muayene süresi kısalmış; daha doğru veriler elde edilmiştir.

**Bulgular:**

Hastaların şikayetleri ve muayene sonucuna göre sfinkter yetersizliği derecelerine uygun olarak ayrılmıştır. 1.derece sfinkter yetmezliğinin en büyük nedeni rektumun distal bölgesinde yapılan ameliyatlardan sonra ortaya çıkmıştır. Anal sfinkterlerin fonksiyonlarının bozulması daha çok anorektal travmadan sonra ortaya çıkmıştır. Bu hastalar alt gurup olarak 3.derece sfinkter yetmezliği gurubunun da büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Travmatik sfinkter yetmezliği olan tüm hastalara sfinkterometri yapıldı, yalnız 8 hastada sfinkterometri mümkün olmadı bunun nedeni rektumun ve anal kanalda stürüktür gelişmiş olması. Sfinkterometrinin sonucunda statistik olarak sfinkter yetmezliği nedenleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak sfinkter yetmezliğinin derecelerine uygun tüm göstergelerin verileri azalmıştır. Daha çok tonus ve maksimum gücün (P>0.5) verileri serbest kapanması ile anlamlı fark vardır. Sfinkterometrinin göstercileri sfinkter yetmezliğinin dereceleri klinik bulgularıyla uygun değişmiştir. Rektumun kapayıcı mekanizmasının kaslarının kapanma faaliyetinin

## Antalya

en derin değişiklik anorektal bölgeden travmaya uğramış hastalarda görülmüştür. Birinci derece travmadan sonra sfinkter yetmezliğinin tonik ve maksimum gücü az değişmiştir Ancak büyük travma geçirmiş hastalarda, dış sfinkterin kası İle birlikte iç sfinkter kasları zarar gördüğünden sfinklerometrinin verileri ameliyattan sonraki, sfinkter yetmezliğinin aynı derecesi olan hastalara göre daha çok azalmıştır. Doğumdan sonra rektumun kapayıcı mekanizmasının zarar görmesi neticesinde öne çıkan 1 ve 2 derece anal sfinkter yetmezliği olan hastalarda dış sfinkterin defekti olmasına bakılmadan tonusun göstergesi az değişmiştir. Ancak doğum yapan kadınlarda doğum anında derin yırtılmalar olunca 3. derece anal inkontinans gözlenilmiş ve tonus özellikle ön arka istikamette belirgin zayıflamıştır. Travmatik sfinkter yetersizliğinde anal sfinkter kaslarının kasılma yeteneğinin manometrik incelenmesi her 3 alt grupta yapılmıştır. (Tablo 1) Çalışmanın sonucunda tüm alt guruplarda 1 derece sfinkter yetersizliği olgularında kontrol gurubu ile kıyaslandığında belirgin statistik fark yoktur. Bu veriler sfinkteromanometrinin sonuçları ile uygun gelmiştir. 2 derece anal inkontinanslı hastaların tüm alt guruplarında iç sfinkter bölgesinde basınç az miktarda değişim gösterir-azalır. bu da iç sfinkterin dış sfinkterden derin yerleşmesinden dolayı fonksiyonlarının etkilenmediğini gösterir. buna uygun olarak travmatik sfinkter yetmezliğinde dış sfinkter fonksiyonu bozulduğundan dış sfinkter halkasının kas defektini ortadan kaldıran cerrahi operasyonlardan fayda görebilir. Rektumu kapayıcı aparat kaslarının tonusu ve serbest kasılmaları nedeniyle travmatik sfinkter yetersizliği olan hastalarda düzgün değerlendirmenin yapılabilmesinde elektromyografi büyük rol oynar. (Tablo 2) Dış sfinkter kaslarının elektriksel duyarlılığı biyopotansiyel amplitüdünün azalması sfinkter yetersizliği derecesiyle ilgilidir. (P<0.05) her sfinkter yetersizliğinin derecesi ile yetersizliğin çeşidi arasında istatistiksel önemli bir fark bulunmamıştır. Tonik ve serbest elektrik akımının azalması travma sonucunda kas dokusu basıncının değişmesi ile ilgilidir. Elektromiyografi ile skar dokusunun sınırındaki değişimin belirlenmesi mümkün olmuştur. Bu tonik ve serbest kasılmanın elektrik iletiminin tam azalması ve ya hiç olmamasına karşılık gelmiştir. Toplam 206 hastanın 17-de elektromiyografi yardımı ile kas defekti aşkar olmuştur (%86.4) anal refleksler travmatik sfinkter yetersizliği olan hastalarda canlı kabul edilmiştir. Bu dış sfinkten yüzeyel porsiyonunun çevresel kasılması ile birlikte sağlam kalmış kasların bir kısmının kasılması ile mümkün olmuştur. Anal reflekslerin durumu ilk olarak sfinkter yetersizliğinin derecesi ile uyumludur. Sfinkter yetersizliğinin derecesi artıkça anal refleks zayıflamış ve bazen de dış sfinkten reflektör yanıtı hiç olmamıştır. Travmatik sfinkter yetersizliği olan hastalarda fizyolojik muayenelerin sonucu gösterdi ki bağırsak içeriğinin inkontinansının esas patogenetik mekanizması anal sfinkter kaslarının kasılma yeteneğinin bozulmasıdır. Sonuçta anal kanalda sakin durumda rektumun kapayıcı aparatının reflektör ve serbest reaksiyonlara karşı direnç sonrası azalmıştır. Daha çok dış sfinkten ve pelvik tabanı kaslarının zarar gördüğü belirlenmiştir. İç sfinkter ancak 2. ve 3. derece sfinkter yetersizliği olduğunda skar dokusu meydana geliyor ve düz kas dokusunun gevşemesi, skar dokusunun düz kas dokusunun arasına girmesi sonucu zarar görmüştür. Dış sfinkterlerin reflektör değişiklikleri sınır yollarının zarar görmesi reseptör

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

zonada oluşan değişiklikler kas liflerinin harabiyeti sonucu oluşmuştur. Buna bağlı reflektör cevabın amplitüdü ve süresi azalmış dahili iç sfinkten normal relaksasyonu anında sfinkter yetmezliğinin nedeni olmuştur. Rektumun kapayıcı aparatının dokuların elastikiyet yeteneğinin azalması kas ve birleştirici doku liflerinde meydana gelen skar ve dejeneratif değişikliğe bağlı ve eski haline dönmeye zorlanmıştır.

**Sonuç:**

Travmatik sfinkter yetmezliğinde rektum kapanma mekanizmasındaki fonksiyonel değişiklikleri araştırma da elektromiyografi müayine yöntemi daha informativ olmuştur.

Travmatik sfinkter yetmezliği olan hastalarda anal kanalda basıncın değişmesi (su sütunu ile)

Anal yetmezliğin derecesi	Anal yetmezliğin gurupları	Dış sfinkterin basıncı	İç sfinkterin basıncı	Serbest basılma (dış sfinkter)
I	Ameliyattan sonra	33,9±4,8	58,1±5,2	64,2±7,6
	Doğusdan sonra	37,3±4,2	46,9±6,3	59,3±8,2
	Travmadan sonra	28,9±11,3	42,6±10,3	46,9±6,1
II	Ameliyattan sonra	22,3±4,1	42,7±7,6	40,7±5,8
	Doğusdan sonra	24,1±4,7	43,5±6,3	38,2±7,8
	Travmadan sonra	19,4±6,2	31,8±9,1	42,1±8,4
III	Ameliyattan sonra	11,7±3,9	32,2±12,1	23,2±6,7
	Doğusdan sonra	9,6±3,7	41,2±9,6	21,2±7,7
	Travmadan sonra	9,5±4,1	21,7±4,9	16,3±8,5

Travmatik sfinkter yetmezliği olan hastalarda dış sfinkter kasının elektrik iletkenliğinin göstergeleri

Yetmezliğin derecesi	Yetmezliğin növü	Elektrik faaliği, mV-la Sakit halde: Serbest yığılma
I	Ameliyattan sonra	26,4±5,7-107,3±12,5
	Doğusdan sonra	31,5±6,1-126,2±16,4
	Travmadan sonra	30,5±7,2-132,1±16,5
II	Ameliyattan sonra	22,2±4,3-103,5±12,4
	Doğusdan sonra	22,5±6,1-93,7±9,6
	Travmadan sonra	21,5±4,3-89,3±15,7
III	Ameliyattan sonra	10,1±3,7-64,2±10,5
	Doğusdan sonra	18,5±5,1-76,8±9,2
	Travmadan sonra	13,5±3,6-64,4±8,5

**P13****Fekal İnkontinens Tedavisinde Anal Implant (Gatekeeper™) Uygulanımının Erken Dönem Sonuçları**

Sezai Leventoğlu<sup>1</sup>, Bahadır Ege<sup>2</sup>, B. Bülent Menteş<sup>1</sup>, Sezai Demirbaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Ankara

<sup>2</sup>Özel Koru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi AD, Ankara

**Amaç:**

Fekal inkontinens (FI) prevalansı %1-21 olarak rapor edilmektedir. Çalışmanın amacı Gatekeeper™'ın fekal inkontinens semptomlarında ve yaşam kalitesi (FIQLI) üzerine etkinliğinin erken dönem sonuçlarını bildirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

Gatekeeper™ anal implant, ince sert poliakrilonitril silindirik olup intersfinkterik alana implantasyonu takiben 24 saat sonra kalın, kısa ve yumuşak hale gelmektedir. En az 6 ay süre ile fekal inkontinens hikayesi olan, Cleveland Klinik İnkontinens Skoru (CCIS) <12 olan hastalar çalışmaya alındı. 3 hastaya sedasyon ile birlikte lokal anestezi altında anal implant uygulandı. Her hastaya 4 implant intersfinkterik alana yerleştirildi. Hastalara tedavi öncesi ve sonrası CCIS, Endoanal ultrasonografi (EUS), anal manometri ve FIQLI ölçüğü önceden hazırlanmış standart formlara kaydedilerek prospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Ortalama takip süresi 4.6±1.52 aydı. Hiçbir hastada komplikasyon ve infeksiyon gelişmedi. Tedavi öncesi CCIS'unda (9.3±1.52), sonrası 4. hafta (2.66±1.15) ve 3.ay (2.3±0.57) ile karşılaştırıldığında belirgin derecede azalma/düzelme saptandı. Fekal inkontinens yaşam kalitesi postoperatif 3.aydaki preoperatif dönemle kıyaslandığında yaşam kalitesinde ve sağlık durumunda belirgin düzelme olduğu tespit edildi. Limitasyon: Prospektif tek kollu vaka örnekleme olup 3 vakanın erken sonuçlarının verilmesi bu çalışmanın limitasyonudur.

**Sonuç:**

Gatekeeper™ anal implant güvenli ve etkili olabileceği düşünülmektedir. Başlangıç değerlendirmesindeki sonuçlar vaka sayısının ve takip süresinin artması ile hastaların hem semptomlarında hem de yaşam kalitesinde düzelme olacağı yönünden cesaretlendirmektedir.

**P14**

### **Radyoterapi Sonrası Gelişen Multipl İntestinal Atrezi, Mega İleumun; Rezeksiyon Çoklu Anastomozların; Stomasız Transanastomic Slikon Stentle Tedavisi (Boz Tekniği)**

Alper Boz

*Özel Ortaca Yücelen Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Muğla*

Batın ve pelvis organlarının tümör tedavisi için ışınlanmasında istenmeyen bir takım yan etkiler oluşur. Batın ışınlanmasında toplam 400 rad ve üzeri ışınlamalar ince barsakda kalıcı hasar meydana getirir. Geç dönem zararları villüs epitelyum zararı, tüm katlarda ileusa yol açabilecek striktür oluşumu, serozal ve mukozal izlenen vasküler değişiklikler, serozal fibrin eksudasyonlar oluşur. 37 yaşında 4 yıl önce endometrial kanser nedeniyle histerektomi uygulanmış hastamız kt ve rt almış. Tedavi sonrası 4 ay sonra şiddetli karın ağrısı, şişlik şikayeti meydana gelmiş. Hastanın bozulan durumu jinekolojik kanseriyle ilişkilendirilmiş. Palyatif tedaviler verilmiş. Son bir yılda sürekli karın ağrısı, kusma şikayeti olan hastada rutin kan tetkiklerinde belirgin patoloji saptanmamış. Kaşektik hasta ileus tablosuyla tarfımıza başvurdu. Hastaya acil laparotomi yapıldı. Gözlemlerde jejunum ve ilium segmenlerinin yaklaşık 10 cm çapında dilate olduğu, duvarının kalınlaştığı, tüm barsak segmentlerinin gato oluşturduğu görüldü. Mega ileumun pelvik bölgede yoğun yapışıklık nedeniyle devamlılığının takibi yapılamadı. Yoğun bridler ayrıştırıldı. 3 alanda incecik

barsak rezeksiyonu yapıldı. Distal ince barsak stumfu kapatıldı. Proksimal barsak çıkan kolona anastomoz edildi. Postop 6.gün ince barsak fistülü, peritonit tablosu gelişen hasta tekrar operasyona alındı. Gözlemlerde dilate ince barsak segmentlerinin küçüldüğü serozal dikişlerin bir alanda açıldığı ve kaçak oluştuğu izlendi. İnce barsak eksploasyonu imkansız hale gelen hasta da jejunostomi açılacak serbest barsak olmadığından; kaçak anastomoz tamiri yapılmadan önce 22 french slikon sonda proksimaldeki anastomozların içinden geçirildi. Altta problemlili anastomozdan 15.cm sonrasında enterotomiyle çıkarılıp tüp jejunostomi yapıldı. Postop dönemde jejunostomiden yaklaşık günde 1,5 litre ince barsak mai drene edildi. Postop 10.gün tüp intermittan kapatmalarla hasta toleransı izlendi. Oral alımı tolere ettiği görülünce 15. gün pasaj devamlılığı olan hastanın dreni çekildi. Hastanın 1 yıl sonra ilk kez rektal gayta çıkışı olması hepimizi sevindirdi. İleus kliniğinde çoğu zaman cerrahın yorumuna kalan ameliyatları için çoklu anastomozlarda buteknik kurtarıcı olabilir belkide yeni bir yöntem (Boz Tekniği) olarak tanımlayabiliriz. Bu yöntemde alışılmadık aksine anastomoz proksimalinden değil distalinden ince barsak dekompresyonu yapılması ile farklıdır. Aşağıda pasajın akibeti hakkında sonradan enterostomi kapatılması operasyonunun risklerini ortadan kaldırmıştır.

**P15**

### **J- Poş İleorektal Anastomoz Yöntemi Uygulananlarda Koruyucu Ileostomi Gereklidir?**

Mustafa Tireli, Semra Tutcu Şahin, Serdar Arslan, Levent Dinçer  
*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa*

**Amaç:**

J-poş ileorektal anastomoz ameliyatlarında ileostomi yapılmasının yararını araştırmak.

**Gereç-Yöntem:**

13 ü kolitis ülserozalı, 7 si polipozis kolili 20 hasta total proktokolektomi ve J-poş ileorektal anastomoz yöntemiyle tedavi edilmiştir. Hastaların 9 unda ( 6 kolitis ülseroza, 3 polipozis koli) ameliyata koruyucu ileostomi eklenmesine karşılık; 11 olguda ( 7 kolitis ülseroza, 4 polipozis koli) ileostomi yapılmamıştır.

**Bulgular:**

Ameliyat sonrası devrede ileostomi yapılan 9 olgudan birinde (% 11.1) intestinal fistül gelişmiş, bunun sonucu oluşan pelvik apse cerrahi drenaj yapılarak tedavi edilmiş, hasta sorunsuz iyileşmiştir. Ameliyata ileostomi eklenmeyen 11 hastadan 4 ünde (% 36.7) ince barsak fistülü gelişmiştir. Bu hastalardan ikisi ileostomi yapılmasını gerektirmiş; iki hastada konservatif tedavi uygulanmıştır. Bu dört hasta da iyileşerek klinikten ayrılmışlar, ancak konservatif tedavi uygulanan hastalardan biri taburcu edildikten 20 gün sonra abdominal kaynaklı sepsis bulguları ile kliniğimize başvurmuş ve yapılan bütün tedavilere rağmen kaybedilmiştir. Komplikasyon gelişen hastalarımızın hiçbirinde poş kaybı olmamıştır.

Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Sonuç:**

Total proktokolektomiden sonra yapılan J-poş ilerektal anastomoz ameliyatına koruyucu ileostomi eklenmesi yararlı bir uygulamadır. İleostomi intestinal fistül sıklığını azaltmasının yanı sıra, oluşabilecek bir intestinal fistülün tedavisine de olumlu katkılarda bulunabilir.

**P16****Ülseratif Kolit Hastalığında Cerrahi Deneyimimiz**

Turan Açar, Mehmet Hacıyanlı, Kürşat Yemez, Cengiz Tavusbay, Emine Özlem Gür, Özcan Dere, İbrahim Kokulu  
*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği B Grubu*

**Amaç:**

Ülseratif kolit, başlıca semptomları ishal, karın ağrısı, rektal kanama, kilo kaybı ve tenezm olan, sistemik semptomları olabilen, remisyon ve alevlenmelerle seyreden mukozal inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Etiyopatolojisi kesin bir şekilde aydınlatılamamıştır. En sık rektum tutulumu mevcuttur. Tedavisi tıbbi ve cerrahidir. Bu çalışmada 2. Genel Cerrahi(B grubu) kliniğimizde Ülseratif Kolit nedeniyle opere edilen olgular analiz edildi.

**Olgu:**

Hastaların, yaş cinsiyet bilgileri, yapılan operasyonları, operasyon sonrası patoloji sonuçları ve gelişen komplikasyonları, mortalite oranları sunuldu. Acil hastalar kanama ya da toksik kolit/perforasyon nedeni ile, elektif olgular tıbbi tedaviye yanıtızlık ya da tıbbi tedavi komplikasyonu ve malignite endikasyonu ile opere edildi.Kliniğimizde ocak 2000 - ocak 2013 tarihleri arasında acil (5 hasta) ve elektif(15 hasta) opere edilen,Ülseratif Kolit tanılı hastalardan 7 kadın,13 erkek olmak üzere toplam 20 hastanın yaş ortalaması 37,65 (18-65). Bu hastalardan 13'ünde total proktokolektomi+ İleal poş anal anastomoz + koruyucu lup ileostomi(TPK + IPAA + KLİ), 2 hastada total kolektomi ileorektal anastomoz koruyucu ileostomi,5 total proktokolektomi + uç ileostomi,ameliyatı uygulandı.Bu hastalardan 3 tanesinin patoloji raporu ülseratif kolon zemininde gelişen adenokarsinom olarak raporlandı. Hastaların ortalama cerrahi serviste kalış süreleri 14 (7-43) gün.IPAA larda ortalama defekasyon sayısı 5 (4-7).3 hastamızda anostomoz kaçağı,1 hastamızda anostomoz darlığı,1 hastamızda ileostomiden fazla sıvı kaybı nedeniyle ABY,1 hastada da pulmoner emboli komplikasyonu gelişti. Mortalite oranımız %10.

**Sonuç:**

Ülseratif kolit hastaları genellikle komplike hastalar olup, cerrahisi özellikle acil olgularda yüksek komplikasyon oranlarına sahiptir. Ancak IPAA, anal kontinensin sağlanması, normale yakın defekasyon sayıları ile tatmin edici sonuçlar alınabilen, uygun hastalarda tercih edilmesi gerekli operasyondur.

**P17****İnce Barsak Tutulumlu Crohn Hastalığında Cerrahi Tedavi**

Hakan Mustafa Köksal, Uygur Demir, Mustafa Fevzi Celayir, Özgür Bostancı, Cemal Kaya, Mehmet Mihmanlı  
*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

Crohn hastalığı tedavisi içerisinde cerrahi girişimler komplikasyonlar geliştiğinde devreye girmektedir. Kolon ve ince barsak hastalığında cerrahi yaklaşımlarında farklılıklar olabilmektedir. Kolon tutulumunda hastalıklı olan bölümler tamamı ile çıkartılırken, ince barsak tutulumunda koruyucu cerrahi ön plana geçmektedir. Tekrarlayan ataklar ve kısa barsak sendromu riski önemli bir etkidir. Bu amaçla ince barsak tutulumlu ve obstrüksiyonla ameliyat ettiğimiz olgularımızı sonuçları ile birlikte değerlendirdik.

**Gereç-Yöntem:**

2007-2012 yılları arasında ince bağırsak tutulumlu olan ameliyat ettiğimiz olgularımızı geriye dönük hasta kayıtları kullanılarak değerlendirdik. Sadece kolorektal tutulumlu hastalarımızı çalışmamıza dahil etmedik. Halen takipte olan olgularımızı ameliyat öncesi, sonrası tedavi ve sonuçlarını irdeledik.

**Bulgular:**

Ameliyat ettiğimiz 15 Crohn hastalığı olgularımızdan 8 tanesinde sadece ince barsak tutulumu mevcuttu. Kadın 5 olguya karşılık 3erkek hasta vardı. Ortalama yaş 35,4 (18-50) idi. Üç Olguda internal abse ve fistül mevcuttu, rezeksiyon anastomoz uygulandı. İki olguda fibrotik darlık nedeni ile rezeksiyon-anastomoz ve ardışık striktüroplastiler uygulandı. Üç olguda ise bütün ince barsaklar serbestlendikten sonra lumen açıklığının sağlandığı görülünce ek işlem yapılmasına gerek kalmaksızın ameliyatları sonlandırıldı. Ortalama takip süresi 43 (24-66) aydır. 2 olgumuz ileus kliniği nedeni ile hastaneye yattı. Hiçbir olgumuzda tekrar cerrahi müdahale gereksinimi olmadı.

**Sonuç:**

Crohn hastalığında komplikasyonlar nedeni ile cerrahi tedavi gündeme gelmektedir. Rezeksiyon olmaksızın striktüroplasti ve ince barsak anslarının serbestlenmesi ve medikal tedavi ortalama 43 aylık takipli olgularımızda istenen cevabi sağlamıştır. İnce barsak tutulumlu olgularda, koruyucu cerrahi yaklaşım ileride gelişebilecek kısa barsak sendromunu önlemek açısından önemlidir.

**P18****Crohn Hastalığı Zemininde Gelişen Rektum Kanseri**

Hakan Mustafa Köksal, Cemal Kaya, Mustafa Fevzi Celayir, Özgür Bostancı, Uygur Demir, Mehmet Mihmanlı  
*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

İnflamatuvar barsak hastalığı zemininde kolorektal kanseri gelişmesi bilinen ve hastalarda takibi yapılan bir durumdur. Crohn hastalığında daha az görülmektedir. Olgumuz kolorektal- perineal tutulumlu Crohn hastalığı olan ve takiplerinden rektum kanseri gelişen bir hastadır.



**Olgu:**

Olgumuz 1962 doğumlu kadın hasta. 1998 yılında Uterus kanseri nedeni ile histerektomi/bilateral salpingo-ooferektomi ameliyatı geçirmiştir. Daha sonra Crohn hastalığı tanısı konmuş, 2004 yılından beri perianal fistülleri nedeni ile 6 kez cerrahi tedavi yapılmıştır. Bu süreç boyunca salofalk ve imuran tedavisi görmüş. Rektumda gelişen striktür nedeni ile 2010 yılında kolostomi açılmasına karar verilmiş ve açılmış. Takiplerinde rektum, kolostomi ve anal yolla endoskopik olarak kontrol edilmiştir. Gastroenteroloji kliniğinde kolonik tutulum nedeni ile yatırılarak tedavileri yapılmıştır. 2011 yılında yapılan endoskopide rektum darlığı içinden alınan biyopside adenokarsinom gelişmesi üzerine kliniğimize tekrar sevk edilmiştir. Değerlendirmelerde sistemik hastalık tespit edilmemiştir. Olgumuza rektum kanseri nedeni ile abdominoperineal rezeksiyon uygulanmıştır.

**Sonuç:**

Kolorektal tutulumlu Crohn hastalığında kolonik tutulum gastroenterologlar tarafından cerrahi tedavisi için daha liberal bir şekilde cerrahlara refere edilmektedir. Cerrahisinin zorluğu ve morbiditesi sebebi ile rektal tutulum varlığı tedavide gecikmelere sebep olmaktadır. Rektal tutulumlu Crohn hastalığında adenokarsinom gelişme olasılığı her zaman akılda tutulması gereken bir durumdur.

**P19****Crohn Hastalığında Cerrahi Deneyimlerimiz**

Özcan Dere, Turan Acar, Mehmet Hacıyanlı, Kürşat Yemez, Yusuf Kumkumoğlu, Emine Özlem Gür, İbrahim Kokulu  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, B Grubu

**Amaç:**

Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerini tutabilen iltahabi bir hastalıktır. En sık terminal ileum tutulumu görülür. Cerrahi eksplorasyon esnasında görülen gros makroskopik bulgular barsak serozasında gri beyaz eksudatif alanlar, hastalıklı barsak alanları arasında sağlam bağırsak segmentleri, çevre organlara internal fistüller, bağırsak mezosunda kalınlaşma ve büyümüş lenf nodları görülebilir. En sık görülen komplikasyonlar; perforasyon, fistül ve obstruksiyondur. Cerrahi en sık obstruksiyon nedeni ile gerekmektedir. Bu çalışmada 2. Genel Cerrahi(B grubu) kliniğimizde Ocak -2006 ve Ocak 2013 tarihleri arasında Crohn Hastalığı komplikasyonları nedeni ile opere edilmiş 11 hastayı inceledik.

**Olgu:**

Hastaların yaş, cinsiyet, operasyon bulguları, operasyon sonrası patoloji sonuçları, incelendi. Bu çalışmada kliniğimizde Ocak -2006 ve Ocak 2013 tarihleri arasında Crohn Hastalığı komplikasyonları nedeni ile opere edilmiş hastaların 8'i kadın 3'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması 45.5 (33-71) idi. Hastaların 6 tanesi akut intestinal obstruksiyon (AİO), 3'ü eksternal enterokutan fistul (EF), 2'si internal fistül (IF) nedeni ile opere edildi.EF nedeni ile opere edilen 2 hastaya ve AİO nedeni ile opere edilen tüm hastalara sağ hemikolektomi + ileotransversostomi uygulandı. EF nedeni ile opere edilen bir hastaya ise Fistülektomi + primer tamir uygulandı. IF nedeni ile opere edilen hastalara ise segmenter ince barsak

rezeksiyonu + ucuca anastomoz uygulandı. Patoloji sonuçları ise Crohn ile uyumlu inflamatuvar barsak hastalığı olarak sonuçlandı ve hiçbir olguda malignite saptanmadı. Hastaların ortalama yatış süreleri 19 gün ( 5-47 gün ) idi. Hastaların bir tanesi nüks hastalık nedeni ile opere edilmiş olup operasyon sonrasında mortal seyretmiştir.

**Sonuç:**

Kliniğimizde en sık operasyon sebebi olan Crohn komplikasyonu literatur ile uyumlu olarak akut intestinal obstruksiyondur. Crohn tanılı hastalarda uygulanacak cerrahi, ince bağırsaklar yaygın olarak tutulabileceğinden,tüm hastalıklı segmentlerin çıkarılması değil gastrointestinal pasajın sağlanmasıdır. Gereksiz geniş rezeksiyonlarda kısa bağırsak sendromu oluşabilir. Kısa bağırsak sendromunun gelişmesini önleyecek yöntemlerden biri strikturoplastidir. Ancak çok nadir seçilmiş hastalarda uygulanmaktadır. Nüks olgularda mortalite artmaktadır. Kliniğimizde opere edilen hastalarda takip süresi içinde yeni fistül gelişimi saptanmamış olup,gastrointestinal pasajın devamlılığını sağlamak amacı ile gereksiz rezeksiyonlardan kaçınıldığı için kısa barsak sendromu oluşmamış, morbidite üzerine olumlu etkileri olmuştur.

**P20****Kolon Makroskopisi Normal Görünümlü****Kronik İshal Nedeni:Kollojenöz Kolit**

Alper Boz<sup>1</sup>, Nazif Erkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ÖzelOrtaca Yücelen Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği, Muğla

<sup>2</sup>İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Pratikte kronik ishal, çoğu zaman dahili veya enfeksiyöz bölümlerde uzun süre araştırıldıktan sonra labaratuvar olarak patoloji tespit edilemeyen hastalarda zorlukla tanı konur. Kollojenöz kolit 100000 de 4-6 insidansla karşımıza çıkan nadir bir patolojidir. Mikroskopik kolit alt grubunda incelenir. Lenfositik kolitden ayrı değerlendirilmek gerekir. Kollajenöz kolit kolonoskopide çoğu zaman bulgu vermez. Bazen mukozada hafif hiperemik alanlarla karşımıza çıkar. İnflamatuvar barsak hastalıklarında gözlenen ülser, kanama, frajil mukoza izlenmez. Tanı için kolon proksimal segmentlerinden biyopsiler yapılmalıdır. 4-6 Haftayı geçen ishal nedeniyle dahiliye servisinden yönlendirilen 67 yaşında bayan ve 27 yaşında erkek hastalarımızın kolonoskopik biyopsileri sonunda kollojenöz kolit tespit edilmiştir. Ortak şikayetler şiddetli ishal, karın ağrısı, gaz ve şişkinlik, tenezm hissi olarak tespit edildi. Biopsi sonrası tedaviye hastalarda budenosid 9 mg, difenoksilat (lomotil3\*1) 6 hafta kullanıldı. Daha sonra dozlar azaltılarak 9 hafta sonunda tedavi sonlandırıldı. Lomotil kliniğe göre devam edildi. Biyopsilerde mukuslu kolumnar epitel, bazal laminada kalınlaşma kollojen bandı, lamina propriada belirgin artış gösteren lenfoplazmositer yangısal hücre artışı, kapiller damar proliferasyonu izlendi. Tanıda barsak lamina kolojen bandınının 10 mikrona yaklaşması tespit edilir. Literatürde remisyon takibinde bandın 5 mikron altına indiğini söylenmektedir.Hastalarımızın kronik ishal nedeniyle sıkıntılı bir dönem sonrası normal bir konfora kavuşması hekim olarak bizleride çok mutlu etmektedir. Sonuç olarak nedeni tam olarak belirlenememiştir. Nsai ilaç kullanımı, kolesterol ilaçları, antiidiabtikler, otoimmün hastalık beraberlikleriyle



Antalya

ilişkilendirildiği bildirilmektedir. Bu hastalığın tanısında klinisyen ve patoloğ işbirliği, haberleşmesi tanıda yanlış negatiflikleri azaltacaktır. Kollojenöz kolitin ishalde ayırıcı tanıda düşünülmesi; hastane hastane dolaşan, çare arayan, psikolojileri bozulmuş hastalara yardımcı olmanın mutluluğunu yaşatacaktır.

**P21****Dev Rektum Polibine Bağlı Gelişen Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Olgusu**

Birol Ağca, Fazıl Sağlam, Sedat Kamalı, Hüseyin Nevzat Elmalı, Ali Durmuş, Kazım Sarı

*S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Amaç:**

Kolorektal polipler daha çok semptom veremeyen ve sık karşılaşılabilen sorunlardan birisidir. Çoğunlukla farkedildikleri esnada tanı ve tedavileri olabilmekte, dev boyutlara ulaşmalarında takiplerle azaltılabilmektedir. Olgumuzda ise intestinal obstrüksiyon aşamasına kadar ciddi bir semtom verememesi dikkate değer olduğundan bu çalışmayı sunuyoruz.

**Olgu:**

57 yaşında erkek hasta, bir kaç gündür devam eden kabızlık, karın ağrısı şikayetleri ile doktora başvurmuştur. Hastaya tetkik aşamasında yapılan rektosigmoidoskopide anal kanadan itibaren başlayıp proksimal rektuma devam eden üzeri düz mukozdan kabarık ve endoskopun neredeyse geçişine izin vermeyecek kadar büyük boyutlara ulaşan dev rektal polipe rastlanmıştır. Yapılan biyopsilerde tübülövilöz adenom ve high grade displazi gelmesi üzerine olgu sub ileus ön tanısı ile servise yatırıldı. Yapılan BT de yine rektum duvarından örijin alan yaklaşık 8x6 cm çapında lümeni ileri derece daraltan geniş tabanlı kitle rapor edildi. Hastamız endoskopik olarak bu lezyonun çıkarılamayacağı düşüncesiyle ameliyata alındı. Hastaya ameliyatta very low anterior rektum rezeksiyonu ileo rektal anastomozu talkiben koruyucu ileostomi açılıp ileus hali giderildi. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta 6. günde taburcu edildi.

**Sonuç:**

Kolorektal poliplerin büyüdükçe malignite riski artmaktadır. Kolorektal poliplerin tedavisi polibin büyüklüğünün yanı sıra ilerde olabilecek olan komplikasyonlarında hesaba katılarak planlanmalıdır. Kolonoskopik eksizyon geniş tabanlı, ilerde darlık gelişebilme potansiyeli olan olgularda dikkatle seçilerek planlanmalıdır. Rezeksiyon ve anastomoz seçeneğinde akılda tutulmalıdır.

**P22****Fundik Gland Polipleri: Vaka Sunumu**

Mehmet Yıldız, Mehmet Saydam, Hüseyin Sinan, Bülent Öztürk, Yavuz Poyrazoğlu

*Ankara Mevki Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, ANKARA*

**Amaç:**

Fundik Gland Polipleri (FGP), genellikle multipl, hemen daima normal mide mukozasından gelişen ve çok nadiren semptomlara yol açan, polipoid lezyonlardır. Bu bildirideki amacımız; endoskopisini ve takibini yaptığımız vakayı paylaşmak istedik.

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Olgu:**

Kırkdokuz yaşında bayan hasta, yaklaşık 5-6 aydır olan, midede yanma ve sırtta ağrı şikayetleri ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın endoskopisinde fundusta ve corpusta olmak üzere, boyutları 3mm ile 5 mm arasında değişen multipl sesil polipler gözlemlendi. Biopsi sonucu Fundik Gland Polipleri olarak raporlandı.

**Sonuç:**

FGP'lerin görülme sıklığı artmaktadır. Bu durumu; PPI kullanımının artması, H.Pylori infeksiyon prevalansının azalması ve üst GİS endoskopisinin yaygın kullanımıyla yüksek bir ilişkisi mevcuttur. Mide de FGP'i olan hastaların kolorektal epitelyal tümör bulunma olasılığının arttığı belirtilmektedir (2). Seifert'e göre bu oran çoğu adenom olmak üzere kolorektal tümör saptanma oranı %50 olarak bildirilmektedir (3). Fundik gland poliplerinin kolorektal tümörlere yol açıp açmadığına karar vermek için prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır. Sonuç olarak, FGP'lerin, kolorektal tümörler ve Familial adenomatöz lezyonlar ile ilişkisi olduğu düşünüldüğünden, üst gis endoskopisi sonrası FGP saptanan hastalara, mutlaka kolonoskopik eveluasyon, yapılması gerekmektedir.

**P23****Yeni Kurulan Cerrahi Endoskopi Ünitesindeki Başlangıç Deneyimlerimiz: Ardışık 142****Hastanın İncelenmesi**

Hüseyin Sinan, Mehmet Saydam, Mehmet Yıldız, Muharrem Öztaş, Bülent Öztürk, Yavuz Poyrazoğlu  
*Ankara Mevki Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, ANKARA*

**Amaç:**

Son iki dekattır gastrointestinal endoskopide önemli gelişmeler yaşanmış ve günümüzde artık endoskopi üniteleri, genel cerrahi servislerinin çok önemli bir parçası olmaya başlamıştır. Hem alt gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi, hem de üst GİS endoskopisi; kolorektal, özefagus, mide ve duodenum patolojilerini saptamada altın standart yöntemler olmuşlardır. Endoskopi ile lezyonun tanınmasının yanı sıra, lezyondan biyopsi alınması ve gerektiği hallerde terapötik girişimlerin uygulanması da mümkündür (1,2). Amacımız; Ankara Mevki Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Mart 2012-Mart 2013 tarihleri arasında yapılan üst ve alt GİS endoskopi tetkiklerinin bulgularını analiz etmektir.

**Gereç-Yöntem:**

Hastalar, tüm endoskopik incelemelerin 6-8 saat öncesinde katı ve 4 saat öncesinde sıvı besin almamışlardı. Üst GİS endoskopisi sırasında, gerek duyulduğunda sedatif olarak midazolam 1-5 mg İV yapıldı. Olası komplikasyonlara karşı antidot olarak flumazenil ünitemizde hazır olarak bulunduruldu. Lokal orofarengeal anestezi Xylocain %10 sprey ile sağlandı. Alt GİS endoskopisi endikasyonu konulan ve diğer kliniklerden alt GİS endoskopisi için refere edilen hastalar, işlemden üç gün önce bol miktarda tanesiz sıvı gıda ile beslendi. İşlemden bir önceki akşam, iki adet 250 cc sennoside (Saat 19.00-21.00), ve işlem öncesi gece bir adet, işlem öncesi sabah bir adet olmak üzere iki adet 135 cc sodyumdihidrojenfosfat ile bağırsak hazırlığı yapıldı.

İşlem öncesinde hastalar kan basıncı, nabız, satürasyon yönünden monitörize edildi. Alt GİS endoskopisi sırasında, sedasyon amaçlı midazolam 1-5 mg İV olarak ve analjezi amaçlı petidin hidroklorür 50 mg İV olarak uygulandı. Tüm endoskopik incelemeler, Fujinon EG-530WR-WL marka cihaz ile gerçekleştirildi. Endoskopik bulgular retrospektif olarak değerlendirildi.

#### Bulgular:

Çalışmaya alınan 142 hastadan, 126'sı (%88,7) erkek, 16'sı (%11,3) kadın olup yaş ortalaması 34,3 idi (aralık, 18-83). Yapılan tüm GİS endoskopilerin 92'si (% 64,8) üst GİS endoskopisi, 50'si (% 35,2) alt GİS endoskopisi idi. Hastaların 13'ünde (% 9,2) komorbid hastalık (Hipertansiyon, Diabetes Mellitus) mevcuttu. Kolonoskopilerin 3 tanesi yetersiz temizlik ve teknik zorluklar sebebiyle rektosigmoidoskopi olarak tamamlandı. Kolonoskopi yapılan hastaların %93,75'in de bağırsak mukozasının net olarak görüntülediği, hastaların başarılı bağırsak temizliği yaptıkları saptandı. Kolonoskopi yapılan 50 hastadaki endikasyonlar; 38'inde (%76) alt GİS semptomlarının varlığı, 2'sinde (% 4) açıklanamayan karın ağrısı semptomları, 10'ünde (% 20) tarama amaçlı (Ailede kolon ca hikayesi, ülseratif kolit, kilo kaybı) yapıldı. Bütün kolonoskopi incelemeleri elektif olarak yapıldı. Kolonoskopi sonuçlarımız Tablo 1'de görülmektedir. Kolonoskopi sonrası, hastaların hiçbirinde komplikasyon gelişmedi. Poliipilerin hepsi diminutif polip olarak raporlandı. Kardeş olan 2 hastada Familial Adenomatöz Polipozis saptandı. Üst GİS endoskopisi uygulanan 92 hastadaki endikasyonlar; 85'i (%92,4) üst GİS semptomlarının varlığı, 3'ünde (%3,2) açıklanamayan karın ağrısı, 4'ünde (% 4,4) tarama amaçlı yapıldı. Kırkiki (% 45,2) hastadan biyopsi alınmış ve 1 (% 1,08) hastadan polipektomi yapılmıştır. Polipektomi yapılan hastanın patoloji sonucu Fundik Gland Polibi olarak raporlandı. Diğer hastaların biopsi sonuçları Helikobakter Pylori enfeksiyonu, Gastritis, Ülser, vb. olarak raporlandı. Malign veya premalign herhangi bir patoloji sonucu raporlanmadı. Üst GİS endoskopisi sonuçlarımız Tablo 2'de gösterilmiştir.

#### Sonuç:

Günümüzde cerrahlar endoskopi sayesinde, preoperatif dönemde, GİS'in anatomik yapısı ve varyasyonlarına daha hakim olmakta ve postoperatif dönemde ise kendi hastalarının takiplerini daha efektif yapabilmektedirler. Ancak GİS ile ilgilenen bir ünite cerrahın, diğer disiplinler ile işbirliği içinde olması kuşkusuz bireysel çalışmalara göre daha etkili olacaktır. Kurumumuzun genç popülasyona hizmet vermesinden dolayı, endoskopi sonuçları da buna paralel olarak benign GİS patolojileriyle sonuçlanmıştır. Sonuç olarak; alt ve üst GİS endoskopisini tanıda rutin olarak kullanmanın yanı sıra polipektomi dışındaki yeni tedavi alanlarında da kullanmak amaçlarımız arasında olacaktır.

#### Alt GİS Endoskopi Sonuçları

Normal Kolonoskopi	20 (%40)
Polip	3 (%6)
Beningn Anorektal Patolojiler	18 (%36)
Enflamatuvar Patolojiler	3 (%6)
Divertikulozis Koli	1 (%2)
FAP	2 (%4)
Soliter Rektal Ülser	3 (%6)

FAP: Familial Adenomatöz Polipozis

#### Üst Gis Endoskopi Sonuçları

Normal Endoskopi	4 (%4,3)
Gastrit	27 (%28,3)
Duodenit	5 (%5,4)
Reflü Özefajit	4 (%4,3)
Reflü Özefajit+AÖS gevşekliliği	4 (%4,3)
Hiyatal Herni	11 (%11,9)
Gastroduodenit	1 (%2,1)
Özefajit+Gastrit	23 (%24)
Duodenal Ülser	4 (%4,3)
Gastrit Ülser	2 (%2,2)
FGP	1 (%1,08)

FGP: Fundik Gland Polibi AÖS: Alt Özefajial Sfinkter

## P24

### Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 5 Yıllık Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Deneyimleri: Ardışık 1951 Hastanın İncelenmesi

Mehmet Eser, Aylin Acar, Nuri Emrah Göret, Yunus Emre Altuntaş, Hüseyin Uzun, Önder Altın, Metin Kement, Mustafa Öncel  
Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### Amaç:

Bu çalışmada, kliniğimizde 2005-2010 yılları arasında yatarak veya ayakta tetkik amaçlı uygulanan alt gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi sonuçlarının retrospektif olarak literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlandı.

#### Gereç-Yöntem:

2005-2010 yılları arasında cerrahi endoskopi ünitemizde alt GİS endoskopisi (kolonoskopi veya fleksibl rektosigmoidoskopi - FRS) uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların endoskopi ve patoloji raporları Statistical Package for the Social Sciences 17 (SPSS 17) veri tabanına kaydedildi. Hastaların demografik verileri, endoskopi endikasyonu, sedasyon yapılıp yapılmadığı ve bağırsak hazırlığının yeterliliği, total kolonoskopi yapılan hastalarda çekuma ulaşıp-ulaşılamadığı, saptanan patolojiler ve gelişen komplikasyonlar retrospektif olarak değerlendirildi.

#### Bulgular:

Cerrahi endoskopi ünitesinde 1951 hastaya alt GİS endoskopisi

yapıldı. Hastaların 1065'i (% 54,6) erkek ve 886'sı (% 45,4) kadındı. Yaş ortalaması 53,2 ( aralık 11-97 yaş) idi. Hastaların 1414'üne (% 72,5) total kolonoskopi ve 537'sine (% 27,5 ) fleksible rektosigmoidoskopi (FRS) uygulandı. Kolonoskopi yapılan hastaların % 41,4'ünde ve FRS yapılan hastaların ise % 28,7'sinde patolojik herhangi bir bulgu saptanmadı. Kolonoskopi yapılan hastalarda en sık (% 17) polip, ikinci sıklıkta ise (% 12,8) kolorektal kanser saptandı. FRS yapılan grupta ise en sık (%37,3) selim anorektal hastalık, daha az sıklıkta sırayla kolorektal kanser (% 12,7) ve polip(% 7,5) tespit edildi. Komplikasyon olarak 1 (%0,05) hastada iatrojenik kolon perforasyonu gelişti.

#### Sonuç:

Bu çalışmada, malignite ve polip tespit etme oranları literatürle benzerdir. Düşük morbidite ve mortalite oranları, merkezimizde alt GIS endoskopilerin güvenli bir şekilde yapıldığını göstermektedir.

#### P25

### Kolonoskopi Raporlarında Kanser ve Benign Patolojilerin Birlikteliği, Retrospektif Analiz

Koray Koşmaz, Fatih Başak, Suat Aktaş, İbrahim Atak, Tolga Canbak, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

#### Amaç:

Kolonoskopi gastroenteroloji ve genel cerrahi kliniklerinde sıklıkla uygulanan tanısal ve terapötik bir tetkik yöntemidir. Bu çalışmada genel cerrahi kliniği tarafından uygulanan kolonoskopi sonuçlarının veritabanı vasıtasıyla incelenmesi ve sonuçların irdelenmesi amaçlanmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Mayıs 2007-Şubat 2013 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde gerçekleştirilen kolonoskopi uygulamaları veritabanında kayıt altına alındı. Tanısal veriler incelendi. Sık rastlanılan tanımlar üzerinden oluşturulan anahtar kelimeler taramada kullanıldı. Raporlardaki kanser şüphesi şeklindeki ifadeler kanser grubunda değerlendirildi. Kanser saptanma durumları ve eşlik eden benign karakterdeki tanımların durumu incelendi.

#### Bulgular:

Çalışma döneminde 1657 kolonoskopi işlemi gerçekleştirildi. Kolon temizliği açısından değerlendirildiğinde; yetersiz temizlik 298 (%17,9), kirli 212 (12,7) raporda görüldü. Normal kolonoskopi 439 (%26,4) raporda saptandı. Sık rastlanılan tanımlar ile ilişkili anahtar kelimeler incelendiğinde sırasıyla; hemoroid 498 (%30), polip 470 (%28,3), divertikül 135 (%8,1), anal fissür 127 (%7,6), kanser 94 (%5,6) raporda saptandı. Nadir görülen durumlar sırasıyla; kolit 25 (%1,5), volvulus 14 (%0,8), rektal ülser 7 (%0,4), anjiodisplazi 6 (%0,3) raporda saptandı. Sık rastlanılan durumlardaki kanser birlikteliği sırasıyla polip %8,5 (n:40), kolit %8 (n:2), divertikül %2,9 (n:4), hemoroid %1 (n:5) raporda görüldü. Diğer taraftan Kanserle birlikte tespit edilen patolojiler sıklık sırasına göre; polip %42,5 (n:40), hemoroid %5,3 (n:5) ve divertikül %4,2 (n:4) raporda tespit edildi.

#### Sonuç:

Kanser en sık polip olgularında birliktelik göstermekle birlikte hemoroid olgularında da azımsanamayacak düzeyde birliktelik görülmüştür. Çalışmamızda hemoroid olgularının %1'inde kanser, kanser olgularının %5'inde hemoroid birlikteliği mevcuttur. Sonuç olarak hemoroid olgularında kanser birlikteliğinin olabileceğini unutmamak gerektiği kanısındayız.

#### P26

### Rektumdan Protrude Kanamalı Dev Polip ile Acil Servise Gelen Bir Hastaya Ne Yapılmalı: Örnek Bir Vaka

Ahmet Deniz Uçar<sup>1</sup>, Erdem Barış Cartı<sup>1</sup>, Mehmet Yıldırım<sup>1</sup>, Erkan Oymacı<sup>2</sup>, Ali Coşkun<sup>1</sup>, Savaş Yakan<sup>1</sup>, Nazif Erkan<sup>1</sup>, Levent Genç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi*

<sup>2</sup>*İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi*

#### Amaç:

Beklenmeyen şikayet ve muayene bulguları ile acil servise gelen dışarıya sarkmış kanayan rektal kitlesi olan bir hastada mümkün ise lokal eksizyon sonrası ileri tetkik yaklaşımının da doğru bir tercih olabileceğini belirtmek.

#### Olgu:

Acil servise gelen 87 yaşında bir erkek hasta 6 yıldır rektal kanama ve kabızlık şikayeti tarifliyor. 2 saat önce makatından dışarıya şiddetli ıkınma sonrası bir kitlenin çıktığını söylüyor. Fizik muayenede rektumdan dışarıya protrude olmuş karnıbahar görünümünde yaklaşık 10X10 cm boyutunda kanamalı bir kitle ile karşılaşıldı. Rektal tuşede bu kitlenin mukozaya 2-3 cm. lik bir sapla bağlı olduğu görüldü. Hastaya spinal anestezi altında lokal eksizyon yapıldı. Servisteki takibinde ek sorunu olmayan hasta 3. gün kolonoskopi randevusu alınarak taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu tübülovillöz adenom zemininde gelişmiş adenokarsinom (pT1) olarak geldi. Yapılan kolonoskopide 8. cm. de rezeksiyon skarı, rektum 18, 20, 25. cm. lerde polipler saptandı. Bu lezyonların biopsi sonuçları benign geldi. Sistemik taramasında patoloji saptanmayan hastaya onkoloji konseyi kararı ile ileri cerrahi planlanmadı ve hasta takip planına alındı.

#### Sonuç:

Rektal kanama ya da kitle ile acil servise başvuran hastalarda erken yapılabilecek sınırlı cerrahi hem hastanın o anki acil şikayetlerini geçirebilir hem de daha ileriye ertelenen cerrahi işlemlerin daha büyük ve riskli olması ihtimalini ortadan kaldıracaktır.

**P27****Bir Genel Cerrahi Kliniğindeki Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopik İncelemelerinin Değerlendirilmesi**Yuksel Altınel<sup>1</sup>, Nazan Aksoy<sup>2</sup><sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ordu<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ordu**Amaç:**

Genel cerrahi uygulamaları içerisinde endoskopik girişimler giderek yaygınlaşmaktadır. Kolonoskopi kolorektal patolojilerin tanı, tedavi, tarama ve izlemi amaçlı kullanılmaktadır. Çalışmanın amacı kolonoskopi ve sigmoidoskopi yapılan hastalarda elde edilen sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ekim 2011 ve Mart 2013 tarihleri arasında genel cerrahi uzmanı tarafından gerçekleştirilen 430 alt gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi, hasta dosyalarından retrospektif olarak incelendi. Barsak alışkanlığı değişikliği, kabızlık, makatından kan gelme, alt abdominal ağrı şikayeti olan hastalar incelendi. Barsak temizliğine engel klinik bulgusu olmayan tüm hastalara barsak temizliği yapıldı ve işlem öncesi «bilgilendirilmiş onay» belgesi alındı. Hastalar sol yan pozisyona alınarak işleme başlandı. İşlem sırasındaki sedasyon amaçlı midazolam 0,1 mg/kg, Feniramin hidrogen maleat iv., analjezi amaçlı metamizol sodyum i.v., Hiyosin - N - butilbromür iv uygulandı. İncelemeler, Olympus kolonoskopi cihazı ile gerçekleştirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, endoskopi endikasyonu, saptanan bulgular, tanısal işlemler, patolojik veriler, komplikasyon ve tedavi sonuçları açısından değerlendirildi.

**Bulgular:**

412 (%96) hastaya kolonoskopi 18(%4) hastaya fleksible sigmoidoskopi uygulandı. Hastaların 290 (%67) kadın, 140(%33)erkek idi. Yaş ortalaması 52,31 (17-92) olarak saptandı. 50 yaş üzeri 231 hasta(%54), 50 yaşının altında 199 (%46) hasta mevcuttu. 41(%10) hastaya punch biyopsi tanı amaçlı yapıldı. 17 (%4) hastaya polipektomi yapıldı. 58 (%14) hastaya invaziv girişim yapıldı. Malign neoplazi (n:10) saptanan 3 hastaya cerrahi müdahalede bulunuldu.

Rektal kanama:45 (%10)

Kabızlık:213 (%50)

Alt abdominal ağrı:130 (%30)

Tarama:22 (%5)

Barsak alışkanlıklarında değişiklik:18 (%4)

Cerrahi sonrası takip:2 (%1)

Kolonoskopi bulguları:

Divertikülozis:28 (%7)

Sesile,saplı Polip:37 (%9)

Hemoroid:22 (%5)

Normal kolonoskopi:322 (%74)

Kolorektal kanser:8 (%2)

Kolit:13 (%3)

İşlem yapılan hastaların histopatolojik sonuçları:

Yüksek dereceli displazi:2(%4)

Adenocancer:8 (%13)

Düşük dereceli displazi:26(%45)

Orta dereceli displazi:2(%4)

Non spesifik kolit:12(%20)

İskemik nekroz:1(%2)

Hiperplastik polip:5(%8)

İnflamatuvar polip:2(%4)

Çekum sesile polip yüksek dereceli hiperplazi olan bir hastaya sağ hemikolektomi, rektum adeno ca olan bir hastaya LAR+preventif ileostomi, FAP ve rektum adeno cancer olan bir hastaya total proktokolektomi ve end ileostomi yapıldı. İskemik kolit vakasına Hartman prosedürü uygulandı. Diğer tanısı konan kolorektal kanser hastalarına başka merkezlerde müdahalede bulunulmuş. Kliniğimizde yapılan bir kolonoskopi sonrası yaklaşık 24 saat sonra divertikülozis saptanmış hastada perforasyon (%0,2) gelişti ve primer onarım yapıldı. Postoperatif takibinde problemi olmayan hasta taburcu edildi. Bir hasta da sigmoid kolondan polipektomi sonrası kanama (%0,2) görüldü, medikal tedavi ile takip edildi, başka bir komplikasyon izlenmedi.

**Sonuç:**

Sonuç olarak bu çalışma normal kolonoskopi oranı fazla olması kolonoskopi endikasyonlarının daraltılması gerektiğini, ayrıca genel cerrahi uzmanlarının da gastroenterologlar gibi güvenle kolonoskopi yapabileceğini ortaya koymaktadır. Kolorektal kanser gibi kolorektal bölge ile ilgili cerrahi işlem gerektirecek hastalarda preoperatif lokalizasyon ve cerrahi sonrası kontrol amaçlı kolonoskopinin işlemleri gerçekleştirecek cerrah tarafından yapılmasının önemini bir kez daha hatırlatmaktadır. Ayrıca kolonoskopi sonrası gelişebilecek komplikasyonlara yönelik tedavi yaklaşımlarının yönetimi dahi genel cerrahi uzmanları tarafından başarıyla yapılmaktadır.

**P28****Akut Abdomenin Nadir bir Etiyolojisi Olarak Çekal Polip**

Zafer Kılbaş, Yaşar Subutay Peker, Ali Harlak, Nail Ersöz, Gökhan Yağcı

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Günlük pratiğimizde radyolojik görüntüleme yöntemleri, akut abdomenin değerlendirilmesinde daha sık kullanılmakta. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve ultrasonografi, akut abdomenin klinik sunumu (Alvarado Skoru) appendisit ile uyumu olmadığında daha da önem kazanmakta. Bu vaka sunumunda nadir rastlanan çekal polibin neden olduğu appendisiti taklit eden appendiks mukoseli ile ilgili tecrübemizi paylaşmayı hedefledik.

**Olgu:**

36 yaşında erkek hasta sağ alt kadranda ağrısı ve bulantı ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede rebound tespit edilirken defans yoktu. Rutin biyokimya ve hemogram normal olarak tespit edildi. Ultrasonografide 2 cm çapında kompresyona yanıtız appendiks ce çekal ödem tespit edildi. Değerlendirme süresi içinde hastanın klinik tablosunda anlamlı gerileme gözlemlendi. Muhtemel appendiks tümörlerini dışlamak amacıyla BT çekildi ve çekumun arka duvarında 25 mm çapında kitle tespit edildi. Ayırıcı tanı için kolonoskopi uygulandı ve appendiks orifisi komşuluğunda 2x3 cm



Antalya

ebtalarında polip tespit edildi. Geniş tabanlı olması nedeniyle polipektomi uygulanmadan biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme, malignite içermeyen hiperplastik polip olarak sonuçlandı. Hastaya polibi de içeren parsiyel çekum rezeksiyonu ve appendektomi uygulandı. Histopatoloji cerrahi sınırı temiz "müsinöz tümör" olarak raporlandı. Hasta komplikasyonsuz olarak postoperratif 4. günde taburcu edildi.

**Sonuç:**

Akut abdomenin değerlendirilmesinde ve tanısının doğrulanmasında radyolojik yöntemler değerlidir. Özellikle klinik ve laboratuvar bulgularının uyumsuz olduğu vakalarda ileri radyolojik görüntüleme yöntemleri ile negatif laparatomiler ve ikinci basamak cerrahiler azaltılabilir.

**P29****Gastrointestinal Endoskopi Uygulamalarında Sedasyon Uygulama Farklılıkları: Anestezistler ve Anestezist Olmayanlar**

Fulya Yılmaz Duran<sup>1</sup>, Murat Yaşar Özkalkanlı<sup>1</sup>, Fevzi Cengiz<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:**

Sedoanaljezi eşliğinde yapılan endoskopik girişimlerde hekim daha rahat çalışmakta, hasta memnuniyeti daha iyi olmakta, işlemin tekrarının gerektiği durumlarda işlemin hasta tarafından kabul edilebilirliği daha kolay olmaktadır. Dünyada anestezistler ve anestezist olmayanlar endoskopik işlemler sırasında sedoanaljezi uygulamasını gerçekleştirmektedirler. Sedoanaljezi için birçok ilaç kombinasyonu uygulanabilmesine rağmen, hekimler farklı uygulamalar yapmaktadırlar. Anestezist ve anestezist olmayanların endoskopi/kolonoskopi sırasında uyguladığı sedoanaljezi rejimlerinin farklılıklarını ve oluşan major hemodinamik yan etkileri karşılaştırmaktır.

**Gereç-Yöntem:**

Cerrahi Endoskopi Ünitesinde anestezist ve anestezist olmayanların endoskopi/kolonoskopi sırasında uyguladığı sedoanaljezik ilaçlar, dozları, işlem süreleri ve major hemodinamik yan etkileri retrospektif olarak araştırıldı.

**Bulgular:**

Hastaların yaş ortalaması Grup1'de (Anestezistler) 54.82 ±17.02, Grup 2' (Anestezist olmayanlar) de 52.00±15.47 dir (p<0.05). Gruplarda hastaların bayan ve erkek cinsiyetlerine göre dağılımları sırasıyla Grup 1'de 162-138; Grup 2' de 154-146'dir (p=0.567). Ortalama işlem süresi Grup1' de 14.42 ± 8.5, Grup 2'de 15.21± 8.6 dakikadır (p= 0.265). Her iki grupta hastaların tamamına midazolam, % 44.3'ne flumazenil, % 21'ine meperidin, %1.4'ne ketamin, % 47'ne propofol, % 47'ne fentanil uygulanmıştır. Uygulanan ortalama dormicum dozu Grup1'de 1.4±.68 mg, Grup 2'de 2.8 ± 0.87 mg'dır (p<0.05). Hastaların derlenmesi için uygulanan flumazenil miktarı Grup2'de Grup 1'e göre yüksek bulunmuştur (p<0.05). Endoskopi, kolonoskopi, endoskopi+kolonoskopi, rektosigmoidoskopi, PEG açılması ve özefagus stent uygulanan hasta sayıları sırasıyla Grup 1' de 101-139-31-24-4-1 iken, Grup 2'de 105-125-34-30-6-0' dir (p=0.594). Grup 1'de 178 hastaya, Grup 2'de 193 hastaya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

ek işlem uygulanmıştır (p=0.239). Grup 2'de 2 hastada işlem sırasında derin bradikardi nedeniyle atropin (1 mg) ve derin hipotansiyon nedeni ile efedrin (10 mg) uygulanmasına gereksinim oldu (p=0.157).

**Sonuç:**

Bu çalışmada anestezist olmayan hekimlerin endoskopi uygulamalarında ağırlıklı olarak midazolam kullandıkları ve buna ek olarak kombinasyonu meperidin ve ketamin ile sağladıkları saptandı. Anestezi doktorları ise midazolamı daha düşük dozda kullanırken kombinasyonu propofol ve fentanil ile sağlamaktaydı. Midazolam uygulamasının anestezist olmayan hekimlerce daha yüksek doz kullanılması nedeniyle bu grupta flumazenil kullanımı daha yüksek saptandı. Anestezi hekimlerince uygulanan sedasyon sırasında derin hipotansiyon ve derin bradikardi ikiyeşer olguda görülmüştür. Yakın takip ve monitorizasyon yardımı ile bu olgularda hemodinamik stabilite sağlanmıştır. Literatürde propofolün anestezistler ve anestezist olmayanlar tarafından kullanımı halen tartışmalı olmasına rağmen, bizim hastanemizde anestezist olmayanlar propofol kullanımından kaçınmışlardır. Endoskopi uygulamalarında anestezist olmayanlar hekimler benzodiazepin ağırlıklı kombinasyonları kullanmakta, derlenme için flumazenil ile antagonize etmektedir. Anestezi doktorları tarafından yapılan sedasyonda ağırlıklı olarak propofol kullanılmakta ve antagonizasyona gerek kalmamaktadır. Oluşabilecek hemodinamik istenmeyen olaylar sebebi ile yakın monitorizasyon gereklidir.

**P30****Kolonoskopiye Bağlı Dalak Rüptürü: Olgu****Sunumu**

Barış Sevinç, Ahmet Okuş, Serden Ay, Mehmet Ali Eryılmaz, Ömer Karahan

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Kolon ve rektum hastalıkları tanı ve tedavisinde kolonoskopi altın standarttır. Kolonoskopi düşük komplikasyon oranına sahip güvenli bir yöntem olarak kabul görmektedir. kolonoskopiye bağlı dalak rüptürü nadir olarak bildirilen ancak ciddi bir komplikasyondur.

**Olgu:**

Elli yedi yaşında erkek hasta, halsizlik ve rektal kanama yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. hastanın kolonoskopisinde sigmoid kolonda tümöral kitle saptandı. diğer kolon kısımlarında patolojik bulguya rastlanmadı. hasta kolonoskopiden 8 gün sonra karın ağrısı ve distansiyon şikayetiyle tekrar hastaneye başvurdu. hastada peroperatif dalak rüptürü ve buna bağlı kanama tespit edildi. hastaya splenektomi ve tümör için subtotal kolektomi yapıldı. postoperatif 6. günde sıkıntısız olarak taburcu edildi.

**Sonuç:**

Kolonoskopi genel olarak güvenli bir tanı ve tedavi yöntemidir. Splenik rüptür çok nadir olarak rapor edilmiş bir komplikasyondur. Kolonoskopi sonrası karın ağrısı gelişen hastalarda splenik rüptür akla getirilmesi gereken ciddi bir komplikasyondur.



**P31****Tek Porttan Transanal Minimal İnvaziv Cerrahi; Bir Yıllık Takip Sonucu**Sezai Demirbaş<sup>1</sup>, Mustafa Tahir Özer<sup>1</sup>, Doğukan Coşkun<sup>2</sup>,  
Muharrem Öztaş<sup>1</sup>, Eyüp Duran<sup>3</sup>, Saadetin Çetiner<sup>1</sup><sup>1</sup>GATA Genel Cerrahi AD, Ankara<sup>2</sup>Asker Hastanesi, Hakkari<sup>3</sup>Asker Hastanesi, Elazığ**Amaç:**

Transanal minimal invaziv cerrahi rektal poliplerde artık sık olarak klinik kullanıma girmektedir. sıklıkla seçilmiş hastalarda uygulana bu yöntem için ilk uygulama sunumumuzu takiben artmış hasta serisini ve takip sonuçlarını bildirmek amacıyla bildiri hazırlandı.

**Olgu:**

2011 yılından bu tarafa 7 hatastaya uygulandı. Hastalar seçilirken polibin geniş bir sap ile tutunmuş olması (sesil), gastroenterologun çıkaramıyacağı kadar büyük olması, adenomatöz karakterde olsa bile invaziv kanser durumu olmaması, hastanın genel fiziki durumunun iyi olmaması ve hastanın abdominal cerrahiye istememesi kriterleri dikkate alındı. altı hastada 7 cerrahi prosedür uygulandı.hastaların yaş ortalaması 61,6 yıl idi. Beş hastanın biyopsi tanısı adenom (düşük derece displazi) ve birinin tanısı ise carsinoid tm idi. Hastalara EAUS ve MRI görüntüleme yapıldı. Cerrahi aynı cins tek port ve konvansiyonel laparoskopik aletler ile bitirildi. Ameliyat sırasında kanama 50 ml den az oldu. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 4,2 gün idi. Her hastaya antibiyotik (nidazol 500mgX2/gün) uygulandı. Hiç bir hastada ameliyat sonrasında olağan NSAİİ analjezisi dışında ek analjezik ihtiyacı olmadı. Hastalar ortalama 12,4 ay (1-22 ay) takip edildi. Bir hastada rezeksiyon yerinde adenom-rektal polip nüks etti. aynı yöntem ile tekrar cerrahi uygulandı.

**Sonuç:**

Tek delikten minimal invaziv cerrahi seçilmiş hastada özellikle rektal poliplerde deneyimli merkezlerde uygulanması kolay, hasta için ameliyat sonrası dönemi konforlu ve görece ekonomiktir. Bu sınırlı sayıda hasta ile yukarıda bildirilenler güçlü olarak dile getirilmese bile zaman ile hem çalışma kalitesi iyileştikçe hemde uygulanan hasta sayısı artkça yöntem ve komplikasyonlar hakkında daha yeterli bilgi elde edilinecektir.

**P32****Laparoskopik Total Kolektomi Uygulanan Juvenil Polipozisli Olgu**İsmail Yaman, Hayrullah Derici

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D.

**Amaç:**

Juvenil polipozis (JP) genellikle kolon ve rektumda, nadiren de mide ve ince barsakta juvenil (hamartamatöz) poliplerle karakterize olan, 100.000-160.000 kişide bir görülen oldukça nadir bir sendromdur. JP tanısını koyabilmek için; kolonda bazı kaynaklara göre 3 ya da daha fazla bazı kaynaklara göre 5 ya da daha fazla juvenil polip bulunmalı veya gastrointestinal traktın diğer bölgelerinde juvenil polipler bulunmalı veya ailesinde juvenil polipozis bulunan bir bireyin kendisinde herhangi bir sayıda juvenil polip bulunmalıdır.

Bu bildiride kanlı, mukuslu diyare ve karın ağrısı şikayetleri ile başvuran tüm kolon ve rektumda multipl juvenil polipler saptanarak JP tanısı konulan, laparoskopik total kolektomi ve ileorektal anastomoz uygulanan 24 yaşındaki kadın hastanın sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:**

Yirmidört yaşında kadın hasta, beş yıldır ara ara olan, son altı aydır sürekli hale gelen kanlı, mukuslu ishal ve karın ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde dedesinin kalın barsak hastalığı nedeniyle 40'lı yaşlarda öldüğünü fakat tanı hakkında bilgileri olmadığını ifade etti. Fizik bakıda solukluk ve taşikardi mevcuttu. Rektal tuşede multipl, yumuşak ekzoftik kitleler mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde Hgb: 10.1 g/dl, MCV: 76 fl, Htc: 34% olması dışında bulgu saptanmadı. Kanama kaynağı açısından kolonoskopi yapıldı. Tüm kolon ve rektumda en büyüğü 4x2 cm olan multipl polipler mevcuttu. Büyük, kanamalı, üzerindeki mukozanın daha düzensiz görünümde olduğu 10 tanesine polipektomi uygulandı. Kolonda diffüz polipozis saptanması üzerine aynı zamanda gastroduodenoskopi yapıldı ve olağan olduğu görüldü. Kolonoskopik polipektomi sonuçları juvenil polip olarak raporlandı. Hastaya boyun, meme ultrasonografisi, üst karın tomografisi çekildi ve patoloji saptanmadı. Semptomatik ve çıkarılamayacak kadar çok polipi bulunan hastaya diffüz kolon tutulumlu JP ön tanısıyla ameliyat önerildi. Kolonoskopi tekrarları ve rektumda 6-7 cm'lik alanda polipektomiler uygulanarak bu alan polipten arındırıldı. Ameliyata alınan hastaya laparoskopik total kolektomi ve altıncı cm' e ileorektal anastomoz uygulandı. Patoloji sonucunda tüm kolon ve çıkarılmış rektum segmenti boyunca yayılmış, en büyüğü 3.5 cm, makroskopik olarak villöz görünümde olan, 100'den fazla hamartomatöz polipler saptandı. Ameliyat sonrası dönemde günde 7-8'i bulan ishal atakları dışında sorun yaşanmayan hasta difenoksilat+atropin sülfat (Iomotil tablet 3x1) başlanarak, yıllık muayene, rutin kan tetkikleri, tiroid ultrasonografisi, rektoskopi ve üç yılda bir gastroduodenoskopi önerilerek altıncı günde şifa ile taburcu edildi. Hasta ameliyat sonrası sekizinci ayında ve sorunsuzdur.

**Sonuç:**

JP'te kolon ve rektumda, nadiren de mide ve ince barsakta histopatolojik olarak doğrulanmış juvenil polipler mevcuttur. Hastalar genellikle üçüncü dekada rektal kanama, anemi, karın ağrısı ve diyare bulguları ile başvurur ve polipler bu dönemde saptanır. 45 yaşından sonra gelişme riski düşük olasılıklıdır. Rozen ve arkadaşlarının JP'li 10 aileyi içeren çalışmasında ortalama tanı yaşı 26.1 idi. Hastamız 24 yaşında idi ve beş yıldır devam eden, son altı aydır artış gösteren kanlı, mukuslu ishal ve karın ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Kolonoskopide tüm kolon ve rektumda en büyüğü 4x2 cm olan multipl polipler mevcuttu ve polipektomi sonuçları ile juvenil polip oldukları histopatolojik olarak doğrulandı. Gastrointestinal traktta multipl juvenil poliplerin görüldüğü durumlar klinik ve genetik olarak heterojendir ve juvenil polipler bazen Peutz-Jeghers veya PTEN hamartomatomatöz tümör sendromları (Bannayan-Riley-Ruvalcaba ve Cowden sendromu) gibi çeşitli genetik sendromların bir parçası olarak karşımıza çıkabilir. Bu sendromlarda makrosefali, mental retardasyon, pigmente lekeler, tiroid, pankreas ve

meme kanseri gibi ek bulgu ve riskler mevcuttur. Juvenil polipozis sendromu tanısını koyabilmek için ek bulgular dikkatle araştırılarak ve mümkünse genetik tarama yapılarak diğer sendromların bir parçası olmadığı doğrulanmalıdır. Hastamızda genetik tarama yapılamadı. Fizik muayenesinde makrosefali, mental retardasyon, hiperpigmentasyon mevcut değildi. Tiroid, meme ultrasonografisi ve üst karın tomografisinin olağan olduğu saptandı. JP'li hastalarda juvenil poliplerin veya aradaki mukozanın adenom veya karsinom alanları içerdiği ve malignite potansiyelini anlamlı olarak arttırdığı bildirilmektedir. Başta kolorektal kanser olmak üzere mide, incebarsak ve pankreas kanseri riskinde artış mevcuttur ve yaşam boyu gastrointestinal kansere yakalanma riski %39-70'tir. Hastamızın kolonoskopik polipektomi ve ameliyat sonu patoloji raporlarında adenom veya karsinom gelişimi saptanmamıştır. Malignite potansiyelleri nedeniyle hastalar ve birinci derece akrabalarına tekrarlayan rutin fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, alt ve üst gastrointestinal endoskopiler yapılmalıdır. Taramalar esnasında saptanan polipler çıkarılmayacak kadar büyük ya da çoksa veya displastik değişiklikler ya da invaziv kanser varsa poliplerin yerleşimine göre gastrektomi, ince barsak rezeksiyonu veya kolektomi yapılmalıdır. Diffüz kolorektal polipozis varlığında rektumdaki poliplere göre total kolektomi + minimal rektal içerikli ileorektal anastomoz veya proktokolektomi + J poş ileoanal anastomoz uygulanmalıdır. Kalıntı rektal pošta rekürrens oranı yüksek olduğundan takip eden endoskopik taramalar yeni polipler saptanmayana kadar yıllık olarak yapılmalıdır. Hastamızın kolonoskopisinde polipozis saptanması üzerine aynı anda gastroduodenoskopi yaparak üst gastrointestinal sistem de tarandı ve polipsiz olduğu teyid edildi. Hastayla ameliyat seçenekleri tartışıldı ve ameliyata alınan hastaya laparoskopik total kolektomi ve ileorektal anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrasında sorun gelişmeyen hastaya takipte yıllık muayene, rutin kan tetkikleri, tiroid ultrasonografisi, rektoskopi ve üç yılda bir gastroduodenoskopi önerildi.

### P33

#### Rektal Kanama ve Kolonoskopi

Ahmet Serdar Karaca<sup>1</sup>, Muzaffer Çapar<sup>2</sup>, Rıdvan Ali<sup>2</sup>

<sup>1</sup>T.C.Sağlık Bakanlığı THSK Kanser Daire Başkanlığı

<sup>2</sup>Bartın Devlet Hastanesi

#### Amaç:

Bu çalışmada rektal kanama nedeniyle kolonoskopi yaptığımız hastaların sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

2008-2012 tarihleri arasında rektel kanama nedeniyle kolonoskopi yapılmış olan 2356 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Polipektomi ve biopsi yapılan hastaların histopatolojik inceleme sonuçları da değerlendirilmedi. Bulgular: 4 yıl içinde kolonoskopik inceleme yapılan 2356 hastadan 787 ( % 33.2) hasta rektal kanama nedeniyle müracaat etmişti. 659 (% 27.9) hastaya konstipasyon, 424 (% 17.9) hastaya kilo kaybı ve anemi tetkiki 117 (% 4.9 ) hastaya diare, 329 (% 13.9) hastaya ise daha önce polipektomi veya kolorektal kanser ameliyatı sonrası takip amaçlı kolonoskopi yapıldı. Rektal kanama nedeniyle başvuran 787 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastaların 456'sında

(% 58) hemoroidal hastalık, 149'sında (%19) kolon veya rektumda polip, 86'sında (% 11) divertiküler hastalık, 62'inde (% 8 ) kolon veya rektum tümörü, 23'ünde (% 3) inflamatuvar barsak hastalığı, 11 hastada ise kolonoskopik inceleme normal bulundu.

#### Sonuç:

Kolonoskopinin rektal kanamalarda, hem kanayan lezyonun gözle görülebilmesine olanak sağlaması, hemde malignite şüphesi olan olgularda histopatolojik tanının sağlanabilmesi avantajları içerdiğinden önemli bir tetkik olduğunu düşünmekteyiz.

### P34

#### Geriatrik Hasta Grubunda Kolonoskopik Polipektomi Sonuçları

Salih Tosun<sup>1</sup>, Süleyman Orman<sup>1</sup>, Şeyma Özkanlı<sup>2</sup>, Ferman Tevfik Özyalvaç<sup>1</sup>, Ender Anılır<sup>1</sup>, Murat Kayağ<sup>1</sup>, Cengiz Madenci<sup>1</sup>, İbrahim Ali Özemer<sup>1</sup>, Barış Bayraktar<sup>1</sup>, Gülbey Turan<sup>1</sup>, Oktay Yener<sup>1</sup>, Haydar Yalman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH Genel Cerrahi ABD, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH Patoloji ABD, İstanbul

#### Amaç:

Geriatrik hasta grubunda kolonoskopide rastlanan polip insidansını ve polipektomi sonuçlarının patolojik sonuçlarını araştırmak.

#### Gereç-Yöntem:

Bir yıllık süreç içinde 65 yaş üstü hastaların kolonoskopi sonuçları retrospektif olarak incelendi. Endoskopik görüntüler, polip varlığı, polipektomi sayısı incelendi ve patolojik sınıflandırılması yapıldı. Rektal muayenede veya kolonoskopide kitle saptanan hastalar, multipl polipozisli hastalar, inflamatuvar bağırsak hastalığı mevcut olan hastalar ve aktif kanamalı hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

#### Bulgular:

Cerrahi Endoskopi ünitemizde 01.01.2012-31.12.2012 tarihleri arasında toplam 1295 adet kolonoskopik girişim yapılmıştı. Hastalar 6 endoskopist tarafından kolonoskopik incelemeye tabi tutulmuşlardı. Olguların 364 ünün 65 yaş üstü hastalar olduğu saptandı. Hastaların 246 sı erkek, 118 i kadını ve 115 hastaya polipektomi uygulanmıştı. Polipektomi uygulanan hastalardan 52 si kadın 63 ü erkekti. Histopatolojik incelemede; 39 hastada displazi görülmediği; 68 hastada low grade displazi, 6 hastada high grade displazi, 2 hastada da intra mukozal karsinom saptandığı görüldü.

#### Sonuç:

Kolorektal adenomatöz poliplerin sporadik ve herediter kanserlerin öncül lezyonları oldukları, geriatrik hasta grubunda polip sayısının ve malignite potansiyelinin arttığı bilinmektedir. Bu çalışmada geriatrik hasta grubunda polip yüzdesi %32 olarak saptandı. Saptanan poliplerin %66'sı adenomatöz polip idi ve %59 inde low grade displazi, %5 inde high grade displazi, %2 sinde ise intra mukozal karsinom saptandı. Biz, özellikle geriatrik gruptaki hastalardaki prekanseröz lezyonların teşhis ve tedavisinde kolonoskopinin, zaman zaman ek hastalıklar ve riskler göz ardı edilerek yapılması gerektiği düşüncesindeyiz.

**P35****Familiyal Adenomatöz Polipozis (FAP); Bir Aile, Beş Kardeş, Total Proktokolektomi + J Poş + Poş-Anal Anastomoz; Tarama, Cerrahi Tedavi ve İzlem**

Ahmet Oğuz Hasdemir<sup>1</sup>, Cem Azılı<sup>1</sup>, Bahadır Rüçhan Celep<sup>2</sup>, Süleyman Çetinkınar<sup>3</sup>, Serhat Tokgöz<sup>1</sup>, Burak İrem<sup>1</sup>, Tefik Hadi Küçükpınar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon

<sup>3</sup>Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana

**Amaç:**

FAP kolon ve rektumda mutlak kansere dönecek olan adenomatöz poliplerin varlığı ile karakterli, hastaların %30'unda ikincil tümör gelişimiyle seyreden familial bir hastalıktır. Bu çalışmada FAP'in tarama, cerrahi tedavi ve izlemine ilişkin sorunların tartışılması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Bu çalışmada 1997-2013 yılları arasında FAP tanısı ile, aynı cerrah(AOH) tarafından opere edilen 5 kardeş (4'ü kadın 1'i erkek) hasta sunulmaktadır. Hastaların tanısı kolonoskopide 100'den fazla polip görülmesi ve aile öyküsünün varlığı ile kondu. Hastalara rektal mukozektomi, total proktokolektomi, ileal J poş, poş-anal anastomoz, saptırıcı ileostomi operasyonu uygulandı. Hastaların 3-5 ay sonra ileostomisi kapatıldı. Hastaların anal kontinans, üriner kontinans, seksüel fonksiyonları değerlendirildi, ikincil tümör araştırması yapıldı.

**Bulgular:**

Hastaların yaş, cinsiyet, izlem süreleri ve patoloji sonuçları Tablo 1.'de özetlenmiştir. Bir hastada kısmi poş-anal anastomoz ayrışması gelişti. Darlık olmaksızın sekonder iyileşti. Hastalarda gaz ve gaita kontinansı tamdı. Başlangıçta 4-7 kez/gün olan defekasyon sıklığı 2-3 kez/güne geriledi. Hastaların gaita dolgunluk hissini yaşadıklarını, tuvalete yetişme sorunlarının olmadığı saptandı. Hastalarda sık tuvalete gitme isteğinin, acilen tuvalete gitme ihtiyacının olmadığı, inkontinans veya idrar retansiyonu gelişmediği öğrenildi. Erkek olan hastada ereksiyon ve ejakulasyon normaldi. Üçüncü kardeş ameliyattan 4 yıl sonra çocuk sahibi oldu. Diğer kardeşlerin fertiliteleri değerlendirilemedi. İzlem sırasında herhangi bir tümör gelişimi gözlenmedi.

**Sonuç:**

FAP'li hastanın bilgilenmesi, bilinçlenmesi, ameliyat olmadığı durumda kolorektal kanser gelişmesinin kaçınılmaz olacağı vurgulanması önemlidir. Hastalığın tarama incelemelerinin kaç yaşında başlaması gerektiği; hangi cerrahi yöntemin, kaç yaşında uygulanması; cerrahi sonrası nasıl bir izlem gerektiği vb. mutlaka yanıtlanması gereken sorulardır. Her ne kadar FAP'in cerrahi tedavisinde fonksiyonel sonuçlar kabul edilebilir gibi görünse de; kendisini tamamen sağlıklı gören bir bireyin yaşam konforunun bir daha geri dönmek üzere bozulduğu bir cerrahi girişim için ikna edilmesi zor ve iyi yönetilmesi gereken bir süreçtir. Diğer aile bireylerinin tarama ve izlemi FAP'li hastanın en az tedavisi kadar

önemlidir. Hastanın çocuk sahibi olma isteği ile çocuklarının hastalıklı olma olasılığı, kanserden korunmayı sağlarken infertil kalma olasılığının yüksekliği gibi çelişkili nedenler hastanın tedavi için geç kalmasına neden olabilmektedir. Genlerle geçiş gösteren hastalıkların tedavisi bulunana kadar, bu hastalıkların tarama, tedavi ve izlemi multidisipliner (gastroentereolog, pediyatrist, psikiyatrist, genetik uzmanı, cerrah vb.) olmalıdır.

**Tablo 1.** Hastaların yaş, cinsiyet, izlem süresi ve patolojik değerlendirilmesi

Yaş	İzlem	Patoloji
39K	7 Ay	Adenomatöz polipozis + Fleksura hepatika (T3N0M0) ve sigmoid kolonda İki ayrı odakta Adenokarsinom (T3N1M0)
21E	7 Yıl	Adenomatöz polipozis
28K	8 Yıl	In situ Adenokarsinom + Adenomatöz polipozis
22K	9 Yıl	Adenomatöz polipozis
27K	13 Yıl	Adenomatöz polipozis

**P36****Tümörü Taklit Eden Dev Saplı Kolon Lipomu**

Hasan Abuoğlu, Cengiz Eriş, Mehmet Odabaşı, Mehmet Kamil Yıldız, Emre Günay, Erkan Özkan, Turgay Demir S.B. Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Lipomlar mezenşimal orijinli benign tümörlerdir. Gastrointestinal sistemde nadiren görülürler. Kolon lipomları gastrointestinal sistemin nadir görülen benign non-epitelyal tümörlerindedir. Genellikle asemptomatikler ancak büyük olanlar karın ağrısı, ishal, kabızlık, kanama ve intususpsiyona sebep olabilirler ve kolonoskopi, çift kontrast baryumlu kolon grafisi ve bilgisayarlı tomografi ile tespit edilirler. Kolonun benign tümörleri arasında adenomatöz poliplerden sonra ikinci sıklıkta rastlanmakta ve en çok çıkan kolon ile çekumda görülmektedirler. Çoğunlukla submukozal yerleşimli olmakla birlikte nadiren subserozal yerleşim de gösterebilirler. Büyüklükleri değişken olup, pediküllü veya sesil olabilirler.

**Olgu:**

65 yaşında erkek hasta karın sağ alt ve sağ üst kadranda ağrı, ishal şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde, bir yıl önce başlayan karın ağrısı şikayetine son bir aydır ishal şikayeti de eklenmiş, hastanın fizik muayenesinde palpasyonla karında özellikle sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu rektal tuşesinde özellik yoktu. Çekilen Bilgisayarlı tomografisinde (BT) kolon hepatik fleksura seviyesinde duvar kalınlaşması olduğu, sonrasında yapılan kolonoskopik incelemede transvers kolon proksimaline kadar gidildiği fakat lümeni tama yakın obstrükte eden sınırları düzgün bezoar görünümünde kitle nedeni ile daha ileri gidilemediği ayrıca kitlenin sertliği nedeni ile biyopsi alınamadığı belirtilmekteydi. Kolon tümörü düşünülerek laparotomi yapılan hastaya sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi yapıldı. Piyes incelendiğinde kolon hepatik fleksura seviyesinden başlayan tabanı geniş ve sert yaklaşık 12 cm uzunluğunda, sapı distalde lümeni tama yakın obstrükte eden dev bir polipoid lezyon olduğu sap kısmının yer yer nekroze olduğu gözlendi.



Antalya

Patolojik incelemede benign lipomatöz lezyon olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hasta 6. günde şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:**

Kolon lipomlarının karın ağrısı ve ishal başta olmak üzere birçok bulgu ile kendini gösterebildiği, abdominal patolojilerin ayırıcı tanısında; BT ve kolonoskopik incelemenin akılda tutulması gereken tetkikler olduğu ancak yine de tam olarak tanının konulmasında yeterli olamayabileceği akılda tutulmalıdır.

**P37****Villöz Adenomun Neden Olduğu McKittrick-Wheelock Sendromu**

*Hamdi Taner Turgut, Mehmet Özyıldız, Murat Coşkun, Çağrı Tiryaki, Ali Çiftci, Musa İlgöz, Selim Yiğit Yıldız*  
*Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli*

**Amaç:**

McKittrick-Wheelock sendromu, hipersekretuar rektosigmoid villöz adenomların nadir görülen bir komplikasyonudur. Bu sendrom ilk olarak 1954 yılında tanımlanmıştır. Literatürde yaklaşık 50 vaka bildirilmiştir. Burada, açıklanamayan diyare, akut böbrek yetmezliği ve ciddi hipopotasemi ile ortaya çıkan McKittrick-Wheelock sendromlu bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:**

66 yaşında bayan hasta dış merkeze diyare ve genel durum bozukluğu ile başvurmuş, prerenal azotemi saptanıp 3 kez diyalize alınan hasta ileri tetkik ve değerlendirme amaçlı hastanemize yönlendirilmişti. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde üre: 155 mg/dl, kreatinin:2.1 mg/dl, sodyum:133 mEq/L, potasyum:2.3 mEq/L, arter kan gazında pH: 7.57, HCO<sub>3</sub>: 46.2 mEq/L pCO<sub>2</sub>:51.1 mmHg olarak saptanan hastaya izotonik mayi ve potasyum replasmanı başlandı. Takiplerinde laboratuvar değerleri normale yaklaşan hastanın potasyum ihtiyacı 240 mEq/gün seviyesinde idi. Etiyolojiye yönelik yapılan batın ultrasonunda rektosigmoid kolonda diffüz simetrik duvar kalınlaşması izlendi. Lezyonu açıklamak için yapılan kolonoskopide distal rektum yerleşimli mukozası papiller tarzda lümen uzanım gösteren lezyon izlendi. Lezyondan alınan biopsiler, epitelde düşük dereceli displazi ile birlikte tübülovillöz adenom olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya very low anterior rezeksiyon ve koloanal anastomoz uygulandı. Çıkarılan materyal histopatolojik olarak villöz adenom olarak raporlandı. Cerrahi sonrası laboratuvar değerleri üre: 40 mg/dl, kreatinin: 0.4 mg/dl, sodyum: 144 mEq/L, potasyum: 3.7 mEq/L olarak saptandı. Takiplerinde hastanın potasyum ihtiyacı ortadan kalktı.

**Sonuç:**

Kolonik villöz adenomlar genellikle rektum ve rektosigmoid bölgede yerleşirler. Villöz adenomların yaklaşık %3'ü sekretuar karakter gösterirler. Sekretuar villöz adenomlarda sekretuar olmayanlardan farklı olarak sulu diyareyi açıklayabilecek artmış mukus üretimi mevcuttur. Bu üretimden anormal kompozisyondaki goblet hücrelerinin ve adenomdan artmış prostoglandin E<sub>2</sub>'nin sorumlu olduğu belirtilmiştir. Hastamızda olduğu gibi potasyum ihtiyacı günlük 240mEq seviyesine kadar artabilmektedir. Tedavide ilk yaklaşım sıvı

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

elektrolit düzensizliğini ortadan kaldırmak olmakla birlikte esas tedavi cerrahi olmalıdır.

**P38****Cerrahi Endoskopi Ünitimize Ait Alt Gastrointestinal Endoskopi Sonuçlarının Retrospektif Analizi**

*Murat Coşkun, Mehmet Özyıldız, Hamdi Taner Turgut, Faruk Gülümser, Mustafa Celalettin Haksal, Ali Çiftci, Çağrı Tiryaki, Selim Yiğit Yıldız*

*Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli*

**Amaç:**

Endoskopik incelemeler, kolorektal adenom ve karsinomların erken tanısı ile kolorektal kanser insidansını ve mortalitesini azaltmada büyük potansiyele sahiptirler. Kolonoskopi kolorektal patolojileri saptamada altın standart yöntemdir. Bu retrospektif çalışmadaki amaç bir eğitim araştırma hastanesinin yeni kurulan genel cerrahi endoskopi ünitesine ait 3 yıllık sonuçların değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

2010-2012 yılları arasında genel cerrahi kliniğine başvuran hastalara alt gastrointestinal sistem şikayeti nedeniyle yada kontrol amaçlı barsak hazırlıklarının yapılmasını takiben kolonoskopi veya rektosigmoidoskopi işlemi uygulandı.

**Bulgular:**

Toplam 1107 hastanın 631 ne kolonoskopi, 476 sına rektosigmoidoskopi işlemi uygulandı. Hastaların 559 u kadın 548 i erkektir. Yapılan endoskopik işlemler sonucunda 179 unda herhangi bir patoloji saptanmazken, sıklık sırasıyla 331 inde hemoroid, 182 sinde polip, 69 unda anal fissür ve 45 inde malign hastalık tespit edildi.

**Sonuç:**

Üçüncü basamak bir sağlık merkezinde cerrahi endoskopi ünitesi varlığı kolorektal hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde ciddi katkılar sağlamaktadır. Ünitimizde yapılan bu endoskopik işlemler sonrası %25 hastada patoloji bulunmamakla beraber sıklık sırasına göre hemoroid, polip ve anal fissür tespit edilen en sık patolojilerdir. Kolorektal malignite ise en sık rektosigmoid bölgede tespit edilmiştir.

**P39****Kolonoskopik Perforasyonlarımızda Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarımız**

*Fevzi Celayir<sup>1</sup>, İsmail Akgün<sup>1</sup>, Gürkan Yetkin<sup>1</sup>, Mehmet Uludağ<sup>1</sup>, Hakan Mustafa Köksal<sup>1</sup>, Ebru Şen Oran<sup>1</sup>, Esin Kabul Gürbulak<sup>1</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>, Adil Baykan<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

*<sup>2</sup>Özel Medistate Hastanesi*

**Amaç:**

Kolonoskopi kalın barsak hastalıklarının tanı ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Ancak bazen çok az da olsa işlem sırasında perforasyon olabilmektedir. Bu çalışmamızda stent uygulamalarımız hariç perforasyon gelişen olgularımızı irdeledik.

**Gereç-Yöntem:**

2000-2012 yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesi'nde uzman doktorlar (kursiyerler dahil) tarafından kolonoskopi yapılan 7985 hastanın yedisinde işlem sırasında kolonik perforasyon gelişti. Bu hastalardaki tanı,tedavi yaklaşımlarımız, morbidite ve mortalite oranlarımızı inceledik

**Bulgular:**

Kolonoskopi yapılan hasta sayısı: 7895 İşlem yapılan hasta sayısı (Polipektomi sayıları)=Erkek:2800/Kadın:2801 Perforasyon gelişen hasta sayısı:7 Kadın/erkek oranı: 4214/3771 4.2/3.7 Perforasyon yeri ve uzunluğu: 1 tanesi çekum geri kalanları rektum ve sigmoidde idi. Konservatif tedavi edilen hastalar: 1 Acil ameliyata alınan hastalar: 6 Primer onarım: 6 Rezeksiyon anastomoz: Yok

**Sonuç:**

Kolonoskopilerde perforasyon görülme insidansı %0.016'dan daha azdır. Ancak terapötik Kolonoskopiler de bu oran %5'lere yükselir. fleksible rektosigmoidoskopide ise bu oran %0.027 ile %0.088 arasındadır.Rektumun retroversiyon ile görülmesinde oluşan perforasyon oranı %0.01 civarındadır.(1) Bizim oranımız %0,075 idi.

Kolonoskopi sırasındaki perforasyonlar 3 yolla oluşur: 1-Kolonoskop ya da biyopsi forseplerinin neden olduğu direk perforasyonlar. 2-Aşırı hava insuflasyonu sonucunda gelişen baro travmalar 3-Girişimsel işlemler sırasında oluşan perforasyonlar. (2) Özellikle 20 mm üzerindeki poliplier,koter kullanımı, Endoskopik mukozal rezeksiyonlar veya endoskopik submukozal diseksiyonlar sırasında.75 yaş üzeri hastalarda barsak duvarı mekaniksel kuvveti zayıflamış olduğundan perforasyon riski 4-6 kat daha artmıştır.(3).Perforasyon en sık rektosigmoid bölgede olur.Antimezenterik barsak yüzeyi endoskopun şaftı tarafından yırtılır.(4)Tedavide endoskopik klipler,konservatif yaklaşımlar olsa da bizim tercihimiz erken cerrahi olmuştur.Primer onarım ya da rezeksiyonlu anastomoz ya da rezeksiyon ostomi cerrahi uygulamalarımız olmuştur.Cerrahi alan enfeksiyonu en sık morbidite nedenidir. Sonuçta Kolonoskopi işlemi sırasında düşük de olsa perforasyon riski olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

**P40****Kolonoskopik Polipektomi Serimizin Sonuçları**

Bahadır Ege<sup>1</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>2</sup>, Hakan Bozkaya<sup>3</sup>, B. Bülent Menteş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Kuru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gastrointestinal Cerrahi Merkezi, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Adenomatöz kolon polipleri 50 yaş üzeri popülasyonda erkeklerde %25 kadınlarda % 15 oranında bulunur. Kolon kanseri geliştirme riski nedeniyle poliplierin polipektomi ile uzaklaştırılması gerekmektedir.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmaya 2010-2012 yılları arasında 1770 hastaya yapılan kolonoskopide polip tespit edilen 317 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, kolonoskopi endikasyonları, patoloji sonuçları, kolonoskopi süresi ve komplikasyon gelişip gelişmediği prospektif olarak hazırlanmış formlara kaydedildi.

**Bulgular:**

Kolonoskopide polip tespit edilen 317 hastanın 193'ü (%61) erkek 124'ü (%39) kadın hastalardı. Polip tespit edilen hastaların yaş ortalaması 55.25'di. Kolonoskopi yapılan 50 yaş üzeri hastaların %32'sinde polip bulundu. Polip tespit edilen popülasyonun %70'i 50 yaş üstündeydi. Elli yaş üstü popülasyonda adenomatöz polip oranı erkekte %32 kadında %19 olarak bulundu. Poliplierin 135'i 1 cm'den küçük, 184'ü 1-3 cm ve 2'si 3-5 cm arasındaydı. Polipektomi yapılamayan 2 adet 4 cm polip laparoskopik cerrahi prosedürlerle eksize edildi. Polipektomi yapılan 2 hastada in-situ kanser gözlemlendi. Postpolipektomi komplikasyonu yaşanmadı.

**Sonuç:**

Kolonoskopik polipektomi uygun teknik, donanım ve tecrübeli ekiplerce başarılı bir şekilde yapılabilir.

**P41****Kolorektal Darlıklarda Kolonoskopik****Uygulamalar**

Bahadır Ege<sup>1</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>2</sup>, Merter Gülen<sup>2</sup>, Hakan Bozkaya<sup>3</sup>, B. Bülent Menteş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Kuru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gastrointestinal Cerrahi Merkezi, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Kolonik darlığa yol açan nedenler iltihabi barsak hastalıkları, malign lezyolar, divertiküler hastalık, radyoterapi ve anastomozla bağlı olabilmektedir. Hastalarda defekasyon gücünün, karında şişlik ve ağrı şikayetleri belirgindir.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmaya 2010-2012 yılları arasında kolorektal darlık nedeniyle kolonoskopik girişim yapılan 20 hasta dahil edildi. İşleme alınan hastaların demografik özellikleri, kolonik darlığın nedeni, yapılan girişim, her hasta için yapılan işlem sayısı, işlem süresi ve komplikasyonlar standart formlara kaydedildi ve görüntülü kayıtları alındı.

**Bulgular:**

Hastaların 7'si (%35) erkek, 13'ü (%65) kadındı. Yaş ortalaması 56,8'idi. Hastaların 10'unda radyoterapiye bağlı darlık, 7'inde anastomoz hattı darlığı, 1'inde iskemik kolijie bağlı darlık ve 2'sinde malign kitleyle bağlı darlık mevcuttu. Malign kitle dışındaki kolonik darlıklarda balon dilatasyon uygulanırken malign lezyona bağlı darlıkta preoperatif kolonik stent uygulaması yapıldı. Ortalama balon dilatasyon sayısı 2.3 (1-3) olarak bulundu. Yapılan balon dilatasyonu ve kolonik stent uygulamalarında komplikasyon gelişmedi.



**Sonuç:**

Kolonik darlıklarda balon dilatasyonu ve kolonik stent uygulaması fonksiyonel sonuçları olan, efektif ve güvenilir bir yöntemlerdir.

**P42****Kolonda Nadir Görülen Bir Lezyon: Hibrid Schwannoma/Perinöroma**

Görkem Özgen<sup>1</sup>, Tunç Yaltı<sup>1</sup>, Önder Peker<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Amerikan Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

**Amaç:**

Benign bir periferik sinir kılıfı tümörü olan hibrid schwannoma/perinöroma, gastrointestinal sistemde nadir olarak bulunur. Bu olgu sunumunda, çıkan kolon yerleşimli bir hibrid schwannoma/perinöroma olgusu ışığında literatür verilerini tartışmayı amaçladık.

**Olgu:**

Kırkbeş yaşında erkek hasta, rektal kanama şikayeti ile başvurdu. Bilinen herhangi bir yandaş hastalığı yoktu. Kolonoskopik incelemede çekumda ileoçekal valvin karşısında yerleşmiş, üzerinde erozif ve eritemli alanlar bulunan submukozal polipoid lezyon saptandı. Biyopsi alınmadı. Endoskopik olarak çıkarılamayacağı düşünüldüğünden lezyon SPOT boya ile işaretlendi. Laparoskopi yardımıyla kolotomi ile polip eksizyonu uygulandı. Ameliyatta, çıkan kolon proksimalinde işaretli alan görüldükten sonra çekum ve çıkan kolon serbestleştirildi. Karın sağ alt kadrana yapılan 5 cm uzunluğundaki kesiden kolon dışarı alındı, kolotomi yapılarak lezyon eksize edildi ve kolondaki açıklık kapatıldı. Dren konmadı. Ameliyat sırasında yapılan donmuş kesit incelemesi sonucu işsi hücreli mezenkimal tümör olarak bildirildi. Cerrahi sınırlarda tümör saptanmadı. Ameliyat sonrası izlemi sorunsuz seyreden hasta ameliyat sonrası 2. günde evine gönderildi. Parafin kesit incelemesi sonucunda mukoza ve muskularis mukozayı infiltrate etmiş hibrid schwannoma/perinöroma tanısı kondu. Cerrahi sınırlarda tümör saptanmadı. İmmünohistokimyasal incelemede CD34, s-100, EMA ve NSE (+), CD117, DOG1, SMA ve Desmin (-) bulundu.

**Sonuç:**

Hibrid schwannoma/perinöroma nadir olarak gastrointestinal sistemde görülebilir ve gastrointestinal tümörlerin ayırıcı tanısında yer almalıdır. Uygun tedavi seçeneği cerrahidir. Mukoza ya da muskularis mukozaya infiltrasyon gösterebilse de temiz cerrahi sınırlarla çıkarılması yeterlidir, lenf disseksiyonuna gerek yoktur. Henüz herhangi bir nüks bildirilmemiş olmasına rağmen, olguların nadir görülmesi nedeni ile cerrahi sonrası yakın takip yapılması önerilmektedir.

**P44****Transanal Yaklaşım ile Rektumdan Yüksek Dereceli Displazi Alanları İçeren Dev Tübülövilöz Adenom Eksizyonu - Olgu Sunumu ve Kısa Literatür Tartışması**

Murat Çaycı<sup>1</sup>, Uğur Duman<sup>1</sup>, Deniz Necdet Tihan<sup>1</sup>,

Evren Dilektaşlı<sup>1</sup>, Emrah Bayam<sup>1</sup>, Hasan Çantay<sup>1</sup>, Özgür Dandin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Bursa

**Amaç:**

Kolonik adenomlar en sık rektosigmoid bölgede bulunurlar. En sık görülen adenomlar tübüler adenomlardır. Villöz komponente sahip olan ya da pür villöz yapıda olan adenomlar da bu bölgede saptanabilir. Neoplastik transformasyon riski nedeniyle tüm bu adenomatöz polipoid lezyonların kolonoskopik eksizyonu şarttır. Ancak kolonoskopik eksizyonu mümkün olmayan ve displastik odaklar içeren dev kolonik adenomlarda halen açık cerrahi eksizyon uygulanmaktadır. Ancak transanal yolla ulaşılabilecek rektum kökenli adenomlarda transanal lokal eksizyon şansı zorlanmalıdır.

**Olgu:**

Yetmiş üç yaşında erkek hasta, genel cerrahi polikliniğine ara ara olan rektal kanama şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede rektal tuşede dev, kısmen mobil, yumuşak karakterli polipoid kitle saptandı. Kolonoskopide dentat çizginin yaklaşık 5. cm proksimalinde 10 cm çapında dorsal litotomide saat 12 hizasında saplı adenomatöz kitle saptandı. Kitle kolonoskopik olarak eksize edilemedi, ancak kitleden çoklu biyopsiler alındı. Displazi saptanan kitlenin transanal yolla eksize edilmesine karar verildi. Spinal anestezi altında kitle sapı ile birlikte eksize edildi. mukozal defekt onarıldı. Ameliyat materyalinin patolojik incelemesinde tübülövilöz adenom tanısı konuldu. Fokal displazi alanları görülmekle beraber sap kısmında herhangi bir displastik değişiklik saptanmadı. Hasta ameliyat sonrası 3. gününde kontrole gelmek üzere önerilerle taburcu edildi.

**Sonuç:**

Kolon polipleri arasında en sık görülen hiperplastik polipler - adenomdan 10 kat fazla - olmasına rağmen, klinikte en sık semptom verenler adenomatöz poliplerdir. Sıklıkla saplı ve diminütif olsalar da zaman zaman oldukça büyük boyutlara erişebilirler. Adenomların yaklaşık %10'u ağır displazi gösterirler. Genellikle 1 cm'in altında olanlarda habaset riski çok düşüktür. Ancak habaset riski polip çapı ve zaman ile dramatik bir ilişki gösterir ve bazı kaynaklara göre 2 cm'den büyük tübülövilöz adenomlarda karsinom riski %20'nin üzerindedir. Dolayısıyla 0.5 cm'den büyük saplı poliplerin kolonoskopik polipektomi ile çıkartılması, 2 cm'den büyük poliplerin ise kolonoskopik olarak eksize edilemedikleri durumlarda mutlaka açık cerrahi yöntemlerle segmenter rezeksiyon uygulanarak çıkartılması gerekmektedir. Distal yerleşimli adenomlarda eğer transanal eksizyon mümkünse güvenle tercih edilebilecek bir yöntemdir.

**P45****Kolonoskopi Uygulanan Hastalarda Gelişen Kolon Perforasyonlarının ve İlk 24 Saat İçerisinde Ortaya Çıkan Akut Batın Kliniğinin Literatür Eşliğinde Değerlendirilmesi**

Deniz Necdet Tihan, Uğur Duman, Fatih Mehmet Erol, Evren Dilektaşlı, Murat Çaycı, Emrah Bayam, Erdinç Mercan, Emir Eroler, Muhammed Doğançün  
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

**Amaç:**

Kolonoskopi, gerek genel cerrahi, gerek gastroenteroloji kliniklerinde oldukça sık uygulanan girişimsel bir işlemdir. Perforasyon riski, endoskopi merkezleri ve endoskopistin deneyimine bağlı olarak değişmekle birlikte, oldukça azdır. Ancak perforasyon veya işlem sonrası akut batın bulguları gelişen hastalarda ivedilikle gerekli onarımın yapılması ve peritonit kaynağının kontrol altına alınması gerekmektedir. Bu retrospektif çalışmada, hastanemiz genel cerrahi kliniğinin deneyimlerini, kısa literatür bilgisi eşliğinde paylaşmak istedik.

**Gereç-Yöntem:**

Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Cerrahi Endoskopi Ünitesi'nde Ocak 2011 - Mart 2013 tarihleri arasında yapılan 948 kolonoskopi değerlendirildi. Hastalardan ikisinde (%0.21) işlem esnasında perforasyon saptandı. Bir (%0.1) hastada ise işlem sonrası 6. saatte akut batın kliniği gelişti. Bu 3 (%0.32) hastaya kolonoskopi sonrası laparotomi uygulandı. Rektosigmoidoskopi yapılan hastaların hiç birinde kayıtlara geçen perforasyon ve/veya akut batın kliniği gelişmediği için çalışma kapsamına alınmamıştır.

**Bulgular:**

Hastaların ikisinde işlem esnasında görülen perforasyon, laparotomide de saptandı. Her iki hastada da perforasyon, peritoneal refleksiyonun üzerinde, sigmoid kolon düzeyinde idi. Bir hastada kolon ön yüzden, periton içerisine, diğer hastada ise sigmoid kolonun mezenterik yüzünden perforasyon geliştiği saptandı. Perforasyon alanı her iki hastada da primer olarak onarıldı. Her iki hasta, ameliyat sonrası 5. gün sorunsuz taburcu edildi. İşlem sonrası 6. saatte akut batın bulguları gelişen hastaya ise perforasyon ön tanısı ile laparotomi eksploratris uygulandı. Ancak herhangi bir perforasyon saptanmadı. Hasta ameliyat sonrası 2. gün taburcu edildi. Kolon antimezenterik yüzde perforasyonu olan 56 yaşındaki kadın hastada kolonoskopik tanı non-spesifik kolit idi. Mezenterik yüzde serbest perforasyon gelişen 67 yaşındaki erkek hastanın kolonoskopik değerlendirmesinde ise patoloji saptanmadı. Kolonoskopi esnasında perforasyon lehine bulgu saptanmamasına rağmen işlem sonrası akut batın bulguları geliştiği için laparotomi uygulanan 42 yaşındaki erkek hastanın kolonoskopik değerlendirmesinde de patoloji saptanmadı.

**Sonuç:**

Kolon duvarı ve mukozasının, kolon lümeninin direkt görüş altında değerlendirilmesini sağlayan minimal invazif bir girişim olan kolonoskopi, pek çok kolon

patolojisinin değerlendirilmesinde altın standarttır. Görece güvenli bir işlemdir ve major komplikasyon (kanama ve perforasyon) oranı yaklaşık %0.2'dir. Çalışmada sunulan seride de perforasyon oranı, güncel literatür verileri ile uyusmaktadır. Şüphesiz ki kolonda mukozal veya mural bir patoloji varsa (divertikül, kanser, inflammatuar barsak hastalığı, vs), işlem esnasında perforasyon riski artmaktadır. Kolonoskopide mukozal değerlendirmenin iyi yapılabilmesi için lümen verilen hava, hastaların çoğunda işlem esnasında ve sonrasında kolik ağrılara neden olabilmektedir. Kolonoskopi sonrası erken dönemde gelişen karın ağrılarında bu durumun göz önüne alınması ve laparotomi kararının dikkatli verilmesi önemlidir. Yine de kolonik perforasyon şüphesi varsa, cerrahi girişim konusunda çok çekimsiz kalınmaması ve optimal değerlendirme sonrası erken dönemde cerrahi onarımın planlanmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

**P46****Kolonoskopiye Bağlı Gelişen İatrojenik Kolon Perforasyonları ve Yaklaşımlarımız**

Şükrü Çolak, Hasan Bektas, Yiğit Düzköylü, Kenan Büyükaşık, Savaş Bayrak, Ekrem Çakar, Mehmet Emin Güneş  
SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Kolonoskopi alt gastrointestinal sistemde tanı ve tedavi amaçlı en sık kullanılan girişimsel yöntemdir. Ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Bu çalışmada kolonoskopik incelemeye bağlı iatrojenik kolon perforasyonu gelişen hastaların tanı, tedavi ve takip sonuçları incelenmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2005-Şubat 2013 tarihleri arasında endoskopi ünitemizde yapılan toplam 27028 kolonoskopik incelemelere bağlı iatrojenik perforasyon gelişen 9 hasta retrospektif değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, endoskopi bulguları, kolon perforasyonlarının tanısı ile ameliyata alınma zamanı, uygulanan tedavi ve takip sonuçları incelendi.

**Bulgular:**

Dokuz hastanın 3'ü erkek, 6'sı kadın olup yaş ortalaması 66 idi. Hastaların 4'ü yatan, 5'i ayakta olup kolonoskopi isteme endikasyonları anemi tetkik(4 hasta), kabızlık-karın ağrısı(2 hasta), subileus(1 hasta) ve mükerrer polipektomi(1 hasta) idi. Hastaların 3'ünde geçirilmiş jinekolojik ameliyat öyküsü, 5'inin kolonoskopi raporunda divertikül olduğu saptanmış. Perforasyonların 2'si proksimal rektumda, 5'i rektosigmoid bölge-distal sigmoid kolonda ve 1'i sigmoid kolon proksimalinde olmuştu. Polipektomi çıkan kolonda yapıldığından ve hasta ameliyat edilmediği için yer çıkan kolon olarak düşünüldü. Hastaların 6'sında perforasyon işlem esnasında fark edildi ve hastalar hemen ameliyata alındı. Diğer 3 hasta 6, 8 ve 14 saat sonra karın ağrısı, cilt altında amfizem ve ateş şikayetleri ile çekilen ayakta direkt karın grafilerinde diafragma altında serbest hava saptanarak tanı konuldu. Hastaların 6'sında primer kolonorafı, 1'ine kolonorafı ve kolostomi, 1'ine kolonorafı ve ileostomi yapıldı. Polipektomi yapılan hasta antibiyoterapi ile tedavi edildi. Üç hastada minor komplikasyon ve ileostomi yapılan hastada fistül gelişti. Fistül kendiliğinden kapandı. Primer kolonorafı yapılan bir hasta erken postoperatif dönemde kaybedildi.

Antalya

**Sonuç:**

İatrojenik kolon perforasyonları ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olurlar. Divertiküller, geçirilmiş karın içi cerrahi, yandaş hastalıklar, kolonik obstrüksiyon, ileri yaş, kadın cinsiyeti ve sigmoid kolonun kıvrımlı anatomik yapısı perforasyon için risk faktörleridir. Halen altın standart kabul edilmiş bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Son zamanlarda artan bir şekilde kolonoskopi sırasında fark edilen küçük perforasyonlar endoskopik olarak klipslenerek kapatılmaktadır.

**P47****Endoskopik Olarak Çıkarılamayan Poliplerde İlk ve Tek Çözüm Cerrahi Rezeksiyon mudur?**

Metin Keskin<sup>1</sup>, Mesut Çaynak<sup>1</sup>, Adem Bayraktar<sup>1</sup>, Fatih Yanar<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Yılmaz Büyükcüncü<sup>1</sup>, Ali Akyüz<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı*  
<sup>2</sup>*Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

**Amaç:**

Kolonoskopi sırasında polip saptanarak polipektomi yapılamayan hastalara yaklaşım ve sonuçların değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Endoskopi Ünitesi'nde 2007-2012 tarihleri arasında yapılan kolonoskopi kayıtları incelenerek başka bir birimde veya ünitemizde kolonoskopi sırasında polip saptanarak polipektomi yapılamamış olan hastaların demografik verileri, ilk kolonoskopinin yapıldığı birim, polip yerleşim yeri, polip boyutu, polipektomi yapıp -yapılamaması, varsa yapılan ameliyat ve patoloji sonuçları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Endoskopi Ünitesinde 2007-2012 yılları arasında toplam 9378 kolonoskopi işlemi ve bu işlemler esnasında 1870 polipektomi yapılmıştır. İlk endoskopisi dış bir birimde yapılan ve polip tespit edilerek polipektomi yapılamayan 96 (%80) hasta ile ünitemizde ilk kolonoskopide polipektomi yapılamayan 24 (%20) hasta olmak üzere toplam 120 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 60 (25-85) olup hastaların 61'i (%49) erkek, 59'u (%49) kadındır. Başka birimlerde polipektomi yapılamayan 96 hastanın 64'si (%67) endoskopik polipektomi yapılabilirken, geri kalan 32 hastaya (%33) endoskopik polipektomi yapılması mümkün olmamıştır. Polipektomi yapılan hastaların ortalama polip boyutu 17.6 mm'dir (2-60mm). Polipler yerleşim yerlerine göre sınıflandırıldığında; 9'u (%14) sağ kolon, 27'si (%42) sol kolon, 28'i (%44) rektum yerleşimlidir. Polipektomi yapılan olguların histopatolojik incelemesine bakıldığında ise 18 olguda (%29) karsinom, 11'inde (%17) displazi saptanmıştır. Polipektomi yapılamayan 56 (dış birimden 32, kendi ünitemizden 24) olguda polipler yerleşim yerlerine göre sınıflandırıldığında; 14'ü (%25) sağ kolon, 16'sı (%28) sol kolon, 26'sı ise (%47) rektum yerleşimliydi. Polipektomi yapılamayan bu 56 olgunun 46'sına (%83) kliniğimizde cerrahi girişim uygulandı. Kolon yerleşimli olguların tamamına açık veya laparoskopik kolektomi yapıldı. Rektum yerleşimli nedeniyle ameliyat edilen 24 olgunun %58'sine (14/24) radikal cerrahi, %42'sine (10/24) trans anal girişimler yapılmıştır.

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Ameliyat sonrası yapılan histopatolojik incelemede ortalama polip boyutu 46.4 mm (2-100 mm) olarak saptanmıştır. Kolon yerleşim polip nedeniye ameliyat edilen 22 hastanın 6'sında (%27) invaziv karsinom saptanırken, geri kalan 16'sında (%73) adenom saptanmıştır. İnvaziv karsinom saptanan 6 olgunun 2'sinde (%33) lenf nodu metastazı tespit edilmiştir. Rektum yerleşim polip nedeniyle radikal cerrahi uygulanan 14 hastanın 8'inde (%58) karsinom 6'sında (%42) adenom saptanırken, karsinom saptanan 8 hastanın 2'sinde (%25) lenf nodu metastazı tespit edilmiştir. Transanal lokal ekzizyon uygulan 10 hastanın patolojik değerlendirmeleri sonucunda 4 hastada (%40) adenom, 4 hastada (%40) karsinom, 1 hastada (%10) malign melanom ve 1 hastada (%10) ise nöroendokrin tümör gelişimi saptanmıştır.

**Sonuç:**

Kolorektal karsinomlarının %85 - 90'ı adenom zemininden gelişmektedir. Bu yüzden kolonoskopide saptanarak polipektomi yapılamayan olgulara deneyimli merkezlerde tekrar polipektomi işlemi denenmelidir. Deneyimli merkezlerde de polipektomi yapılamayan olgular invaziv karsinom gibi kabul edilerek, radikal cerrahi girişim uygulanmalıdır.

**P48****Transanal Lokal Eksizyon Yapılan Olgularımız**

Aydın Yavuz, Arzu Alkan, Hüseyin Göbüt, Osman Yüksel, Nusret Akyürek

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:**

Rektum ve anal kanal adenomlarının tedavisinde seçilmiş olgularda transanal lokal ekzizyon primer tedavi şekli olarak uygulanabilmektedir. Bu çalışmanın amacı transanal lokal ekzizyon yapılan olguların endikasyonları, patoloji sonuçları ve takip-tedavi protokollerinin ortaya konulmasıdır.

**Gereç-Yöntem:**

2011-2013 yılları arasında transanal lokal ekzizyon yapılan 14 hasta çalışmaya alındı. Hastalar 3 grupta değerlendirildi; benign hastalık için rezeksiyon yapılan hastalar, küratif rezeksiyon yapılan hastalar, sekonder cerrahi gerektiren hastalar.

**Bulgular:**

Hastaların yaş ortalaması 45 (32-65) idi. Hastaların 9'u kadın, 5'i erkek idi. 8 hastaya benign, 6 hastaya malign nedenlerle lokal ekzizyon yapıldı. Benign lezyonların çoğunluğunu tübülovillöz adenom ve hiperplastik polip oluşturmakta idi. Malign olan 6 hastanın 2'si adenokarsinom, 2'si nöroendokrin tümör idi. Bu 4 hastaya yapılan rezeksiyonun yeterli olduğu düşünüldü. Diğer 2 hastada ise işlem öncesi yapılan ultrasonografi ve magnetik rezonans görüntülemelerinde invazyon bulgusu olmamasına rağmen patoloji raporunda derin submukozal invazyon tespit edilmesi üzerine aşağı anterior ve abdominoperineal rezeksiyon yapıldı. Ortalama takip süresi 12 (2-23) ay idi.

**Sonuç:**

Transanal lokal ekzizyon anal vergeden itibaren ilk 8 cm içinde yerleşmiş olan lezyonlarda kolaylıkla uygulanabilen bir yöntemdir. Benign olgularda semptomların azaltılması ve tanının kesinleştirilmesi için iyi bir tedavi seçeneği olarak



uygulanabilir. Malign olgularda ise olguların bu işlem öncesi iyi değerlendirilerek transanal lokal eksizyona alınması gerekir.

#### P49

### Akut Apendisit Taklit Eden Çıkan Kolon Tümörünün Perforasyonu: Olgu Sunumu

Erol Arslan<sup>1</sup>, Mehmet İnce<sup>2</sup>, Ali Kılınç<sup>1</sup>, Mustafa Çakar<sup>1</sup>, Sebahattin Sarı<sup>3</sup>, Kenan Sağlam<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Konya Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Srv.

<sup>3</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyoloji Servisi

#### Amaç:

Akut batının yaşa ve cinsiyete bağlı olarak enfeksiyon, iske mi, tıkanıklık ve perforasyondan kaynaklanan birçok nedeni vardır. Özellikle genç yaşta, batın sağ alt kadr an ağrısı ile başvuran hastalarda akut apandisit mutlaka ekarte edilmelidir. Ayrıca daha az sıklıkla görülen ve tanısı zor olan divertikülit, tümör perforasyonu vb. gibi hastalıkların da sağ alt kadr an ağrısına neden olduğu unutulmamalıdır. Akut apandisit taklit eden ve daha önce tanısı konulmamış çıkan kolon perfore adenokarsinomlu bir vakayı sunduk.

#### Olgu:

Kırk üç yaşında erkek hasta 2 gün önce başlayan karın ağrısı ve ateş ile 15 gün önce başlayan halsizlik, yorgunluk ve çarpıntı şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ve aile hikâyesinde herhangi bir hastalık yoktu. Yapılan fizik muayenesinde, tansiyon arterial; 110/60 mmHg, nabız; 104/dk. ve ateş; 38.4°C'di. Batın sağ alt kadr anda rebound ve defans mevcut, kalp sesleri normal fakat taşikardik olarak saptandı. Acil yapılan batın ultrasonografisinde, karaciğerde kistik ve nekrotik kitleler, batın tomografisinde; çıkan kolonu ve etrafındaki yağlı dokuları tutan, lenfatik, peritoneal ve karaciğer metastazı olan, peritona ve retroperitona perfore kitle (Tümör?) saptandı (Şekil). Hasta acil olarak ameliyata alındı ve ekplorasyonda da; çekumda yaklaşık 8x5cm.lik kitle, çekum ve çıkan duvarında yaygın inflamasyon ve perfore alanlar görüldü. Ayrıca etraf dokulara yapışıklıklar ve karaciğer metastazı da saptandı. Bundan dolayı hastaya sağ hemikolektomi + uç ileostomi+ drenaj ameliyatı uygulandı ve karaciğerden biopsiler alındı. Patolojik bulgularında, çıkan kolon ve karaciğerden alınan biopsilerde az differensiyel adenokarsinoma saptandı. Hasta taburcu edildikten yaklaşık 3 ay sonra ileostomisi kapatılıp kemoterapiye başlandı.

#### Sonuç:

Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran genç erkek hastalarda akut apandisit yanında diğer enfeksiyon hastalıkları olabilir. Ancak kolonda tümöre bağlı tıkanıklık ve perforasyonların da olabileceği akılda tutulmalıdır. Eğer akut batında fizik muayeneye ek olarak düz filmler ve US ile kesin tanı konulamazsa; hızlı ve efektif olan BT kullanılabilir.

#### P50

### Laparoskopik Apendektomide El Yapımı Kement Kullanımı

Burhan Mayır<sup>1</sup>, Tuna Bilecik<sup>1</sup>, Cemal Özben Ensari<sup>1</sup>, Alper Bildi<sup>2</sup>, Alkan Sakar<sup>1</sup>, Mehmet Tahir Oruç<sup>1</sup>, Ramazan Eryılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi

#### Amaç:

Laparoskopik apendektomide el yapımı kement kullanımının değerlendirilmesi.

#### Gereç-Yöntem:

Akut apandisit tanısıyla el yapımı kement kullanılarak laparoskopik apendektomi yapılan hastalar dahil edildi. Hasta dosyalarından retrospektif olarak cinsiyet, yaş, operasyon bilgileri, ameliyat sonrası gelişen enfeksiyöz komplikasyonlar kayıt edildi. Operasyonda göbek altından açık teknikle 10 mm trokar konularak pnömoperitonyum oluşturuldu. Daha sonra bu trokardan girilen kamera eşliğinde biri orta hatta supra pubik yerleşimli 5 mm, biri sol alt kadr andan yerleşimli 10 mm trokar girildi. Hastaya 15-20 derece trendelenburg pozisyonu verildi ve 10-15 derece sola eğim verildi. Apendiks mezosu ve arteri damar mühürleme cihazları ile kesildi. 3/0 vicryl ile 2 adet kement hazırlandı. Kement apendiks uç kısmından geçirilerek güdüğe oturturuldu ve düğüm itildi. Diğer kement ilk kementin üstüne arada 1-2 mm kalacak şekilde konularak düğüm itildi. Kementlerin üstünden apendiks kesildi. Apendiksöl alt kadr andaki trokar yerinden dışarı alındı.

#### Bulgular:

Çalışmaya 64 hasta dahil edildi. Bu hastaların 26'sı (%41) bayan, 38'i (%59) erkek idi. Hastaların yaşları 13-60 (ort:30) arasında idi. Hiçbir hastada açık cerrahiye geçilmedi. Hastaların tümüne ameliyat sonrası 8. saate oral gıda başlandı. Tüm hastalar ameliyat sonrası 1. gün taburcu edildi. Ameliyat sonrası dönemde bir hasta kesi yeri enfeksiyonu, iki hasta da intraabominal abse saptandı.izlendi. Bu iki hastada tekrar opere edildi. İki hastada da douglas boşluğunda apse saptanarak gerekli tedavi uygulandı. Bu hastalarda apendiks güdüğü ve çekum sağlam olarak izlendi ve bu bölgede apse izlenmedi. Hiçbir hastada apendiks güdük kaçağı izlenmedi.

#### Sonuç:

Laparoskopik apendektomide maliyetin açık apendektomiye göre yüksek olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. Bu amaçla bazı cerrahlar tarafından maliyetleri azaltmaya yönelik olarak gerek trokar sayısı gerekse kullanılan malzeme ile ilgili bir takım değişikliklere gidilmiştir. Farklı operasyon tipleri içinde maliyeti belirleyen en önemli unsur apendiks güdüğünün kapatılma yöntemidir. Stapler ile güdük kapatılması kolay bir yöntem olmakla birlikte diğer yöntemlere göre maliyeti yüksek bir uygulamadır. Endoloop kullanımı ise staplere göre maliyeti daha düşük bir yöntemdir yaygın olarak uygulanmaktadır. Safavi ve ark. endoloop kullanarak yaptıkları lap ap. ile stapler kullanarak yaptıkları lap ap karşılaştırdıklarında sonuçların benzer olduğunu ama maliyetin endoloop kullanılan hastalarda daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bazı yazarlar çeşitli kliplerle apendiks güdüğünün kolay ve ucuz olarak kapatılabileceğini bildirmişlerdir. Partecke ve ark. emilmeyen polimerik klip kullanımının güvenli ve staplere göre çok daha ucuz olduğunu bildirmişlerdir. Fakat

bu klipler apendiks güdük çapı 1 cm.in üzerindeki hastalarda uygun değildir. Rickert ve ark. ları özel yapılmış titanyum klip kullanarak apendiks güdük çapı 2 cm.ye kadar olan hastalarda da güdüğün güvenli ve düşük maliyetli kapatılabileceğini bildirmişlerdir. Arcovedo ve ark.ları dışarıda kement hazırlayıp bunu içeri iterek apendiks güdüğünü kapattıkları hastalar ile stapler ile güdük kapatıkları hastaları karşılaştırmışlar. Sonuçta dışarıda kement hazırladıkları 63 hastanın birinde intraabdominal abse izlenmiş. Yazarlar bu yöntemin güvenli ve maliyet olarak daha uygun olduğunu bildirmişlerdir. Yıldız ve ark.ları bizim çalışmamızda kullandığımız gibi el yapımı kement ile hazır endoloop uygulamasını karşılaştırmışlardır. 57 el yapımı kement uygulanan hastanın birinde ve 41 endoloop kullanılan hastanın birinde intraabdominal abse geliştiğini, el yapımı kement uygulamasının maliyet olarak daha uygun olduğunu bildirmişlerdir. Cerrahi uygulamalarda en önemli sonuç başarı ve komplikasyon oranlarıdır. Bizim çalışmamızda apendiks çapı ne olursa olsun tüm hastalarda el yapımı kement uygulanabilmiştir. Hiçbir hastada güdük kaçağı görülmemiştir. Sadece 2 hastada intraabdominal abse gelişmiştir. Bu iki hastada reoperasyonda douglasta yoğun abse izlenmiş, apendiks güdüğünün sağlam olduğu, bu bölgede abse izlenmediği ve güdükteki düğümlerin yerinde olduğu görülmüştür. Laparoskopik apendektomi sonrası intraabdominal abse gelişim oranı açık apendektomiye göre daha yüksektir ve bu oran % 9' a kadar yükselebilmektedir. Bu durum muhtemelen güdük kapatılma yöntemine bağlı değil, lokal peritonitin laparoskopik olarak yeterli tedavi edilememesine bağlıdır. Çalışmalarda farklı apendiks güdük kapatma yöntemi ile abse gelişimi arasında oranlar benzerdir. Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer olarak 61 hastanın sadece 2'sinde intraabdominal abse ve birinde kesi yeri enfeksiyonu gelişmiştir.

## P51

### Nadir Görülen Bir Perforasyon Nedeni: Tavuk Kemiği

Ali Emre Naycı, Yiğit Düzköylü, Mehmet Emin Güneş, Hasan Bektaş

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Yabancı cisimlerin yutulması ile meydana gelen gastrointestinal patolojiler özellikle erişkinlerde tamda gecikmeye ve mortalite-morbiditede artışa neden olmaktadır. Burada acil karın ağrısı şikayeti ile başvuran, peroperatuvar olarak tavuk kemiklerine bağlı ileal perforasyon olduğu anlaşılan 27 yaşında kadın hastayı sunmayı amaçladık.

#### Olgu:

27 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta acile 2 gündür devam eden yaygın karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede batında dört kadranda defans mevcuttu, rektal tuşe gayta bulaştı,rutin tetkiklerinde lökositöz haricinde özellik yoktu.çekilen direk grafisi ve tomografisi ileus ile uyumluydu(foto 1).Tomografide ayrıca ileum düzeyinde şüpheli yabancı cisim görüldü (foto 2). Ameliyatta orta hat insizyonu ile batına girildi.Eksplorasyonda Douglas'ta az miktarda mayii,jejenum ve ileumda ödemli görünüm mevcuttu.Diğer batın organlar salimdi.Bu sırada ileoçekal valve 15 cm mesafede 2 adet,arka yüzde ve mezenterde 4 adet

1cm den küçük perforasyon odağı tespit edildi.3 adet tavuk kemiği perforasyon yerlerinden dışarı alındı.(foto 3,4,5.). Proksimal ileum ve jejunum milking yöntemiyle tarandı, 3 adet daha kemik tespit edildi.Yaklaşık 10 cm lik ileum segmenti proksimal ve distalinden tutularak klemplendi ve rezeke edildi.Uç ileostomi açılarak operasyon sonlandırıldı.

#### Sonuç:

Gastrointestinal yabancı cisimler erişkinlerde nadir rastlanan ve klinikte tanı konması zor olan durumlardır.Çoğu zaman radyolojik tetkiklerle tanı konamaz. Hastamızı postoperatuvar dönemde sorguladığımızda iki gün önce kemikleriyle beraber tavuk yediği tespit edildi. Şüphe edilen vakalarda özellikle ülkemizde bu ihtimal akılda tutulmalı ve hasta öyküsü ve onamı bu doğrultuda alınmalıdır.

## P52

### Gastrointestinal Sistem Perforasyonunu Taklit Eden Retroperitoneal Abse (RPA) Olgusu

Savaş Bayrak, Ekrem Çakar, Hasan Bektaş, Şükrü Çolak, Ayhan Güneyi, Erdem Kınacı

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

#### Amaç:

Retroperitoneal abseler(RPA), eğer infeksiyon hemotejen yayılma ile oluştuysa primer veya komşu organdaki infeksiyon ile ilişkiyise sekonder olarak sınıflandırılır. Renal ve gastrointestinal kanaldan orjin alan infeksiyonlar sıklıkla retroperitoneal abselerin altta yatan nedenleri olarak karşımıza çıkarlar. Burada gis perforasyonunu taklit eden retroperitoneal abse(RPA) olgusu sunulmuştur.

#### Olgu:

53 yaşında kadın hasta. 3 gündür şiddetli karın ağrısı,bula nti,kusma,şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde; Hipertansiyon, İnsüline bağlı diabetes mevcut. Fizik muayene bulguları; Batında yaygın hassasiyet, defans, rebound mevcut. Ek bir fizik muayene bulgusu izlenmedi. Labaratuvar:WBC:30.27,hg:10.7g/ dl, hct; %34.8, glukoz; 441mg/dl,ALP;231U/dl.Adbg de bilateral serbest hava izlendi. Hastanın yapılan muayene ve tetkikleri sonrası gis perforasyonu ön tanısıyla akut batın düşünülerek ameliyata alındı. Explorasyonda yaklaşık 250 cc seropürülan mayi mevcuttu. Aspire edildi. İntra abdominal organlarda patoloji izlenmedi. Explorasyon devamında sağ parakolik alanda retroperiton kaynaklı hava kabarcıklarının olduğu izlendi. Bu bölgeye yapılan insizyonla retroperitona girildi. Kokusuz, seropürülan karakterde abse mayi aspire edildi. Yaklaşık 30\*15\*10 cm lik ebadlarda abse poşu drene edildi. Bu drenajdan serolojik ve mikrobiyolojik inceleme için materyal alındı. Hemostaz sonrası retroperitona ve vinslowa dren konarak operasyon sonlandırıldı. Post operatif erken cerrahi komplikasyon gelişmeyen hastada kontrol görüntüleme yöntemlerinde abse poşunun gerilemesi, hastanın klinik ve labaratuvar bulgularının düzelmesi üzerine 10.gün, kolonoskopik inceleme, diabetes kontrolü ve medikal tedavisi düzenlenerek şifa ile taburcu edildi. Hastanın kolonoskopik işlemi yapıldı,bir patoloji izlenmedi. Boyalı mikroskopik incelemede her hangi bir patojen tespit edilmedi.



**Sonuç:**

RPA lerin tedavisi uygun antibiyotik ve uygun drenajı içerir. Bir çok rapor Bt kılavuzluğunda yapılan drenajın etkin olduğunu gösterir. Son zamanlarda yapılmış olan bir çalışmada, abselerin %86'sı bu yaklaşım ile çözülmüştür. En sık karşılaşılan semptomlar, karın veya yan ağrısı (%60-75), ateş titreme (%30-90), kırgınlık (%10-22), kilo kaybı (%12). Diyabet her türlü ağır enfeksiyon için predispozan bir durumdur. Bir çalışmada spinal epidural abseli vakaların %30-40'ında etken üretilemediği ve bu hastaların %15-46'sında diyabetin predispozan faktör olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Olgumuzda diafragma altında serbest havanın görülmesi olgunun ön planda gis perforasyonu olarak değerlendirilmesine yol açmıştır. Dolayısıyla acil şartlarda akut batın fizik muayene bulgusu da olması sebebiyle ek bir görüntüleme yöntemine başvurulmamıştır. Dolayısıyla hasta daha az invaziv bir yöntem olan bt eşliğinde drenaj şansını kaybetmiştir. Özellikle diyabet tanısının hastayı değerlendirirken akıldan tutulması doğru tanı için gereklidir.

**P53****Diyafragmatik Herniyi Taklit Eden Dev Sigmoid Volvulus: Olgu Sunumu**

Tunç Eren, Süleyman Orman, Mustafa Demir, Ali Özemer, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu

*İst. Medeniyet Üniversitesi, Göztepe EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

Sigmoid volvulus, gelişmekte olan ülkelerde akut kalın bağırsak obstrüksiyonu nedenlerinin %50'sinden sorumludur. Volvulusun en sık tutulum yeri sigmoid kolon olup ülkemizde yüksek lifli diyet tüketimi ve kabızlık sıklığı nedeniyle hastalığın görüldüğü endemik bölgelerdendir. Volvulus, sigmoid kolonun kendisinin ve mezenterinin etrafında dönmesi neticesinde oluşur ve en önemli predispozan faktör dar tabanlı uzamış mezenter varlığı ile kolonun uzun oluşudur. Nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlığı olan yaşlılarda daha sık görülmekle birlikte gençlerde ve çocuklarda da ortaya çıkabilmektedir. Başlıca semptomları karın ağrısı, distansiyon, kabızlık ve kusmadır. Fizik muayene, düz karın grafisi ve bilgisayarlı tomografi tanı koydurucudur. Bu bildiride; solunum sıkıntısı ve sırt ağrısı şikayetleri ön planda olan, bilgisayarlı tomografi görüntülerinde ise sigmoid kolonun sol akciğeri tama yakın kollabe ettiği izlenen, diyafragmatik herniyi taklit eden nadir bir sigmoid volvulus olgusu ve tedavi yönetimi aktarılmaya çalışılmıştır.

**Olgu:**

Uzun dönemdir kabızlık şikayeti bulunan, son iki gündür gaz ve gaita çıkışı olmayan 70 yaşındaki erkek hasta hastanemiz acil polikliniğine karında şişkinlik, sırt ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Geçirilmiş ameliyat hikayesi olmayan hastanın ilk fizik muayenesinde karında distansiyon mevcut olup defans ya da rebound tespit edilmedi. Rektal tuşede kitle palpe edilmedi. Sol akciğerde solunum sesleri azalmıştı ve belirgin dispnesi mevcuttu. Lökosit sayımı 13000/mm<sup>3</sup> olan hastanın biyokimyasal parametreleri normaldi. Ayakta çekilen düz toraks ve karın grafilerinde hava-sıvı seviyelerinin mevcut olduğu, sol kolonun ileri derecede dilate olduğu ve sol hemitorakta 3. kaburga seviyesine dek uzandığı tespit edildi. Olası sol diyafragma hernisi ve/veya gastrointestinal sistem

malignitesi düşünülerek kontrastlı toraks ve tüm abdomen bilgisayarlı tomografi tetkiki yapılan hastada sigmoid kolonun aşırı derecede dilate olduğu, sol akciğeri kollabe ettiği, karına ve arkus aorta seviyesine kadar uzandığı, kendi mezenterisi etrafında döndüğü ve whirl sign oluşturduğu izlendi. Acil servise sigmoid volvulus ön tanısıyla yatırılan hastaya i.v. hidrasyon başlandı, nazogastrik dekompresyon uygulandı. Rektal tüp tatbik edilen hastada deşarj gözlenmedi. Takibinde karın ağrısı, solunum sıkıntısı, distansiyonu, lökositozu artan (15000/mm<sup>3</sup>), ateşi 37.8°C ölçülen, defans ve rebound bulguları gelişen hasta; akut karın sendromu tanısıyla acil ameliyata alınarak laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda dilate sigmoid kolonun saat yönünün tersine, kendi mezenterisi etrafında 270° döndüğü ve strangülasyona ilerlemekte olduğu, sol hemidiyafragmanın ise paralitik görünümde ve belirgin yükselmiş olduğu görüldü. Volvulus detorsiyone edildi, sigmoid rezeksiyon ve uç uca anastomoz uygulandı. Postoperatif takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 7. gününde taburcu edildi.

**Sonuç:**

Sol hemidiyafragmayı paralize ederek sol hemitoraksı kaplayan dev sigmoid volvulusun başarıyla tedavi edilmiş olduğu olgumuz, nadir görülen bir prezentasyon şeklini teşkil etmektedir. Literatürde; klinik çalışmaların yetersizliği nedeniyle sigmoid volvulus için tedavi yönetimi halen tartışmalıdır. Esnek sigmoidoskopi yardımıyla non-operatif redüksiyon ve rektal tüp uygulaması birincil tedavi yöntemi olmalıdır. Nüks oranlarının yüksekliği nedeniyle detorsiyone edilen olgular için elektif şartlarda cerrahi rezeksiyon ve anastomoz önerilmektedir. Kolonoskopi, bağırsak mukozasının iskemi açısından değerlendirilebilmesi imkanını sunar. Non-operatif tekniklerin başarısız olduğu durumlarda cerrahi tedavi endikasyonu doğmaktadır. Gangren ve iskemi varlığında Hartmann ameliyatı seçilecek tedavi yöntemidir. Viabilite şüphesi olmayan olgularda ise rezeksiyon ve anastomoz önerilmektedir.

**P54****İzole Çekum Nekrozu: 3 Olgu Sunumu**

Halil Erdem Güneri, Yiğit Düzköylü, Ekrem Çakar, Hasan Bektaş, Mehmet Emin Güneş

*S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:**

Sadece çekumu etkileyen iskemik kolit oldukça nadir rastlanan bir durumdur. Bu yüzden sağ alt kadran ağrılarının ayırıcı tanısında hemen akla gelmez. Burada akut batın nedeniyle acil şartlarda opere edilen ve izole çekum nekrozu bulunan 3 vakamızı sunmayı amaçladık.

**Olgu:**

Olgu 1: Altmış yaşında kadın hasta 3 gündür devam eden karın ağrısı nedeniyle acile başvurdu. Özgeçmişinde KBY dışında özellik yoktu. Operasyonda çekumda izole nekroz gözlemlendi, diğer batın içi organlar salımdı (Foto.1). Sağ hemikolektomi+terminal uç ileostomi+transvers kolona müköz fistül uygulandı. Postoperatif 5.günde sepsis nedeniyle kaybedildi. Olgu 2: Altmış üç yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı, kusma nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde abdominal aort anevrizması nedeniyle

Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

operasyon ve hipertansiyon mevcuttu. Operasyonda çekum lateral duvarında 5x7 cm'lik nekroz gözlemlendi (Foto.2). Sağ hemikolektomi+distal ileum rezeksiyonu+çifte namlu ostomi yapıldı.Postoperatif 5.günde hasta sepsis nedeniyle kaybedildi.Olgu 3: Seksen beş yaşında kadın hasta karın ağrısı,bulantı,kusma nedeniyle başvurdu.Özgeçmişinde hipertansiyon,konjestif kalp yetmezliği,atriyal fibrilasyon mevcuttu.Operasyonda çekumda izole nekrotik alan saptandı (Foto.3).Sağ hemikolektomi uygulandı,relaparotomi ihtimaline karşı sadece cilt kapatıldı.Postoperatif 10.günde kalp yetmezliği nedeniyle hasta kaybedildi.

**Sonuç:**

Çekumun iskemik nekrozu özellikle hemodiyaliz hastalarında ve mezenter arter embolisine zemin hazırlayan atriyal fibrilasyonlu hastalarda daha siktir ve acil cerrahi müdahale gerektirir. Mortalite ve morbiditesi yüksek olup sağ alt kadran ağrısı ile başlayan yaşlı hastalarda akıldan tutulmalıdır.

**P55****İnce Bağırsağın Karsinoid Tümörü; Olgu****Sunumu**Zahide Kurt Yalçınkaya<sup>1</sup>, Akın Kaya<sup>1</sup>, Sertan Acar<sup>2</sup><sup>1</sup>Hendek Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü Hendek/Sakarya<sup>2</sup>Hendek Devlet Hastanesi Anestezi Ve Reanimasyon Kliniği Hendek/Sakarya**Amaç:**

Karsinoid tümörler gastrointestinal sistemin nonpankreatik iyi differansiyenöroendokrin tümörleridir. Sıklıkla gastrointestinal traktın enterokromaffin hücrelerinden gelişirler. En sık ileum, rektum, mide ve apendixte lokalizedirler. %20-25 oranında ekstraintestinal lokalize olup bronşlarda görülebilirler. Çoğunlukla asemptomatik olup insidental olarak laparotomi esnasında saptanırlar veya sekonder olarak karsinoid sendromun explorasyonunda saptanabilirler.

**Olgu:**

62 yaşında bayan olgumuz; yaklaşık iki gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz gaita çıkaramama şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Yapılan muayenede tüm kadranlarda yaygın hassasiyet dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Ayakta direk batın grafisinde bir kaç adet hava sıvı seviyesi saptandı. Hemogram, biyokimyasal analizlerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Batın ultrasonografisi normal olarak rapor edildi. Tümör markerlerinde sadece patolojik olarak CA-125:72 (0-35) saptandı. Batın BT'de batın orta hattın sağında abdominal aorta bifurkasyon seviyesinde mezenterik yağlı doku içinde spiküler kenarlı mezenter yağ dokusu içine invazyon gösteren 5\*2.5 cm boyutlarında solid kitle lezyonu görüldü. Olguya bu bulgularla Subielus+Batında kitle ön tanılarıyla operasyon planlandı. Eksplorasyonda arteria mezenterika superior köküne invazyon yaratan ince bağırsak mezosundan başlayarak ince bağırsak duvarında parsiyel obstürüksiyona neden olan yaklaşık 7-8cm lik kitle lezyonu saptandı. Olguya kitle rezeksiyonu ile birlikte parsiyel ince bağırsak rezeksiyonu uç uca anostomoz uygulandı. Ancak arteria mezenterika inferior kökündeki kitle invazyon nedeni tam olarak rezeke edilemedi, bu bölgeye metalik klipler kondu. Postoperatif dönemde hastada herhangi bir sorun yaşanmadı. Hasta postop 7. gün taburcu edildi. Operasyon

sonrası hastanın patoloji sonucu nöroendokrinkarsinom olarak rapor edildi. Neoplastik hücrelerde sinoptofizin ve kromoganın ile pozitif boyama mevcuttu. Makroskopik olarak tanımlanan ince bağırsak duvarındaki alandan ve mezodaki 5\*3\*2 cm lik alandan örneklenen parçalarda birbiri ile bağımsız iki odak halinde nöroendokrin karsinom alanı görüldü. Bağırsak duvarındaki lezyon çevre yağ dokuya infiltrate ve 9 adet lenf nodundan bir tanesinde tümör metastazı saptandı. Patoloji sonucunun nöroendokrinkarsinom gelmesi üzerine hastaya PET-CT çekildi.PET-CT sonucunda batında L3-L4 vertebralar seviyesinde operasyon loju orta hat komşuluğunda metalik stapler ve bu seviyede düzensiz sınırlı yumuşak doku danstesindeki kitlede geç görüntüleme FDG tutulumunda artış izlendi. Rezüdie ve nüks kitle açısından şüpheli olarak değerlendirildi. Boyunda troid bezi sol lobda FDG tutulumu göstermeyen kalsifik nodül ve sağ lobda yoğun metabolizma artışı gösteren hipodens nodülün histopatolojik verifikasyonu önerildi. Bu nodülden yapılan ince iğne aspirasyon biopsi sonucunun kuvvetli malignite şüphesi gelmesi üzerine hastaya bilateral total tiroidektomi uygulandı. Patoloji sonucu nodüler hiperplazi olarak sonuçlandırıldı. Olguya çekilen oktreoid sintigrafisi normal olarak değerlendirildi. Yapılan onkoloji konseyinde olguya somatostatin analogu başlandı. Olgunun postop 6. ayda yapılan tetkiklerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

**Sonuç:**

Karsinoid tümörlerin %67'si sindirim sisteminde yer alır. GIS'de en çok yerleşim yeri ince bağırsak (%42), rektum (%27), mide (%9) ve appendix (%5) görülür. (5) İnce bağırsaktaki bu tümörler çoğunlukla tesadüfi olarak saptanmakla birlikte hormonal aktiviteye bağlı sindirim bozuklukları veya abdominal kitleye bağlı kanama, obstrüksiyon, mezenterik infarktüs gibi bir komplikasyon çıkmasıyla tanı konabilirler. (10) Karsinoid tümörlerin tedavisinde iki amaç vardır. Öncelikli amaç tümörün bütün eksizyonunu gerçekleştirmek veya tümör hacmini minimize etmek, ikinci amaç somatostatin analoglarıyla tümörün semptomatik tedavisini başlatmaktır. Buanalogların kanıtlanmış bir antitümör etkisi olmamakla birlikte karsinoid sendrom semptomlarını azaltırlar. (13) Metastatik olmayan olguların tedavisi kitlenin tamamıyla eksizyonuna dayanır. Amaç mikroskopik açıdan R0 rezeksiyon elde etmektir. Bu hastaların yaşam ömrünü 5 seneye çıkarmada kullanılabilecek tek çözüm yoludur.(5,6,9) Eğer temiz bir eksizyon uygulandı ise hastaların postop dönemde sadece gözlemi yeterlidir. (2) İnce bağırsak karsinoid tümörlerinde temiz rezeksiyon ile 5 yıllık yaşam ömrü %65-75 oranına çıkarılabilir.(2,3) Küçük bağırsak karsinoidleri genellikle küçük boyuttadırlar ve ilerlemeleri yavaştır. İnce bağırsak karsinoid tümörü olan hastalara sunulan tedavi agresif olmalı ve multidisipliner olarak planlanmalıdır. Tıbbi tedaviler bazı semptomları kontrol edebilir aynı zamanda yaşam kalitesini yükseltmeyi sağlar.

**P56****İnkarsere Rektal Prolapsus**

Fazıl Sağlam, Ali Alemdar, Ali Durmuş, Tuna Geldigitti, Nevzat Elmalı, Hakan Güven, Yavuz Eryavuz  
*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Amaç:**

İnkarsereyasyonlu total rektal prolapsusta tedavi alternatiflerini ortaya koymak.

**Olgu:**

Atmışdokuz yaşında bayan hasta strangüle rektal prolapsus şikayeti ile Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Cerrahi Servisine başvurdu. Tam bir muayene ve araştırmadan sonar non-operatif yöntemlerle düzelmeyen hastaya perineal yaklaşımla proktosigmoidektomi (Altemeier) ameliyatı yapılarak altıncı günde komplikasyonsuz taburcu edildi.

**Sonuç:**

Bu olgu sunumu inkarsereyasyonlu veya strangulasyonlu rektal prolapsus hastalarında Altemeier ameliyatının çok iyi sonuç sağlayan ilk tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.

**P57****Sterkoral Perforasyon: Olgu Sunumu**

Ali Alemdar, Fazıl Sağlam, Ali Durmuş, Nevzat Elmalı, Mehtap Ertürk, Hakan Güven, Yavuz Eryavuz  
*Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi*

**Amaç:**

Fekalomların bası etkisine bağlı oluşan ve hayatı tehdit eden kolon perforasyonları "Sterkoral Perforasyon" olarak tanımlanır. Erken tanımlanmasının sonuca etkisi hayatı önem taşımaktadır.

**Olgu:**

Acil cerrahi servisimize ani başlayan ve giderek şiddetlenerek yayılan alt karın ağrısı ile baş vuran ve ameliyatta tanımlanan 68 yaşında bir erkek hastayı sunacağız.

**Sonuç:**

Literatürlerde olgu sunumları olarak bildirilen bu komplikasyon erken tanımlanmaz ise ölümlerle sonuçlanabilir.

**P58****Alt GİS Kanamasında Paradoks:****Heparin Tedavisi**

Alper Boz<sup>1</sup>, Nazif Erkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Ortaca Yücelen Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Muğla  
<sup>2</sup>İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Barsakların metabolik gereksinimi, oksijen ve enerji sunumunun üzerine çıktığında mezenterik dolaşım yetersizliği durumu mezenterik iskemide adı verilmektedir. İskemik kolit ise, mezenterik iskeminin kalın barsağın dolaşımındaki yetersizlikle kendini göstermiş olduğu formudur. İskemik kolit yaşlı popülasyonda kalın barsağın görülen en sık hastalığı olup, farklı nedenlere bağlı kolonik iskemide ve nekroz sonucunda ortaya çıkan çeşitli klinik sendromlardan oluşmaktadır. Nekroz olmadan yalnızca iskemide seyrettiğinde reversibl kolopati; iskemide ve nekroz mukoza ve submukozayla sınırlı kaldığında transient kolit; iskemide transmural olup nekroza

ilerlediğinde fulminan kolit olarak isimlendirilir. İskemik kolit tüm mezenterik iskemide olgularının yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Hastaneye yatışların 2-3/1000'inde iskemik kolit tanısı konulmaktadır. 72 yaşındaki bayan hastamız yaygın karın ağrısı, kaşeksi, alt GİS kanaması nedeniyle çok kez araştırılmış. Kolon tm vs tespit edilememiş. Melana bulantı, kusma, derin anemi, yüksek ateş şikayeti ile hastanemize başvurdu. Yapılan Batın Bt de ana vasküler yapılar, mezenterik damar köklerinde yaygın kalsifiye plaklar izlendi. Kolonoskopide siyanotik, koyu gri veya siyah renkte mukoza, mukozal ödem, eritem, lümeninde mukozal debrisler izlendi. İnen kolon, sigmoid kolon bx yapıldı. Biyopside mukozal ve submukozal hemoraji ve ödem, mukozada parsiyel nekroz ve ülserler, iskemik kolit histolojisi tespit edildi. Özgeçmişinde diyabet, hipertansiyon, KAH 1 olan hastaya tedavide hidrasyon antibiyoterapi, eritrosit süspansiyonu, taze donmuş plazma, kan şekeri regülasyonu, parenteral nütrisyon uygulandı. Takipde klinik olarak düzelmeyen, genel durumu bozulan hastaya 20000 IU günlük dozda heparin tedavisi başlandı. Heparinizasyon 2. günü vitaller stabil hale geldi. 5. günden sonra koyu renkli dışkılama, kanama kliniği durdu. Oral gıda başlandı. Genel durumu düzelen hasta 8. gün düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hastamızda yaygın mezenterik arterial dolaşım bozukluğu sebebiyle kilo kaybının olduğu tümör düşünülmediği belirtildi. Ancak daha sonra takibi bırakan hasta yakınları ve hastayı başka bir merkeze aynı şikayetlerle götürmüş. Kolonoskopide subtotal kolon değerlendirilmesi yapılmış. Kolon tamamının tıkaçlı divertikül, kolon tm açısından exploratris laparotomiyle değerlendirilebileceği söylenmiş. Ameliyata karar verilmiş. Laparotomide belirgin bir patoloji tespit edilememiş. Hastanın post operatif birinci haftada çoklu organ yetmezliği nedeniyle kaybedildiğini öğrendik. İleri yaş hastalarda tedavilerde kar zarar hesabı yapılarak defansif davranmanın yararlı olacağını düşünmekteyiz. İskemik kolit nedenine yönelik emboli, plak, diyabet regülasyonu, aort cerrahisi sonrası tedbirler sonrası vb nedenler ortadan kaldırıldıktan sonra kontrol edemediğimiz, yaş nedeniyle cerrahi planlayamadığımız, çaresiz kaldığımız hastalarda heparinizasyon seçeneğini meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

**P59****Rektumda Yabancı Cisim**

Kemal Peker<sup>1</sup>, İsmayil Yılmaz<sup>1</sup>, İsmayil Demiryılmaz<sup>3</sup>, Huriye Güllü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Erzincan

<sup>2</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Erzincan

<sup>3</sup>İbni Sina Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri

**Amaç:**

Rektal yabancı cisimler geç başvuru, objelerin ve yaralanmanın çeşitliliği nedeniyle tanı ve tedavisi zor olan bir durumdur. Hastanın ciddi bir yaklaşımla tanı, tedavi ve takibinin yapılması hayati önem taşımaktadır. Bu olguda 74 yaşında rektumda yabancı cisim nedeniyle başvuran erkek bir hastayı sunduk.

**Olgu:**

74 yaşında erkek hasta, kliniğimize 1 haftadır devam eden gayta yapamama şikâyeti ile müracaat etti. Yapılan abdominal



muayenede batında minimal distansiyon ile birlikte, derin palpasyonda hafif hassasiyet tespit edildi. Hastanın anamnezinden, konstipasyon nedeni ile müracaatından bir gün önce, anüsünü yabancı bir cisim ile uyardığı ve yabancı cismin rektuma kaçtığı öğrenildi. Yapılan rektal tuşede özellik yoktu. Laboratuvar değerlerinde özellik tespit edilmeyen hastada çekilen Direkt Batın Grafisinde(DBG) batında pelvik düzeyde yabancı cisim imajı görüldü. Bu haliyle tespit edilen cismin endoskopik olarak çıkarılması planlandı. Yapılan barsak temizliğini takiben hastaya endoskopi işlemi yapıldı. Ancak mevcut cisim forseps ile çıkarılmadı. Takiben yapılan lavman işlemi sonrası çekilen DBG cismin anal çıkıma doğru ilerlediği görüldü. 4 saatlik takip sonrası yapılan rektal tuşede yabancı cisim palpe edildi. Takiben hastaya sedasyon anestezisi uygulanarak rektuma anal spekulum yerleştirildi ve bir adet koçer klemp kullanılarak yabancı cisim(ucuna plastik bir aparat yerleştirilerek kayması kolaylaştırılan Calcium Sandoz kutusu) anüsten dışarıya alındı. Takiplerinde problem tespit edilmeyen hasta taburcu edildi.

**Sonuç:**

Rektal yabancı cisim olgularında, yabancı cismin özellikleri biliniyor ve komplikasyon düşünülüyor ise cismin anal çıkıma doğru hareketini artırmak açısından, rektal lavman yapılarak bir süre takip edilebilir. Bu şekilde çıkarılmayan rektal yabancı cisimler için cerrahi yaklaşımlar düşünülebilir.

**P60****Hiperbilirubinemi: Akut Apendisit Tanısında Yeni Bir Bakış Açısı**

İbrahim Yılmaz<sup>1</sup>, Dursun Özgür Karakaş<sup>2</sup>, Seçkin Yılmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gelibolu Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Çanakkale

<sup>2</sup>Ağrı Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Ağrı

<sup>3</sup>Gelibolu Asker Hastanesi Biyokimya Servisi Çanakkale

**Amaç:**

Akut apandisit vakaları Genel Cerrahi Uzmanlarının en sık karşılaştıkları vakalar olmasına rağmen tanısında halen hastalığa spesifik bir biyokimyasal marker bildirilmemiştir. Literatürde akut apandistte hiperbilirubineminin perforasyon göstergesi olarak değerlendirildiği birkaç çalışma bulunmasına rağmen, tanısında kullanılabileceğine dair bir çalışma olup hiperbilirubineminin akut apandisit tanısında %88 oranında spesifik bir marker olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı; hiperbilirubineminin akut apandisit tanısındaki rolünün değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

Retrospektif olarak iki ayrı merkezde yapılan ve histopatolojik olarak akut apandisit olarak tanı alan 76 apendektomi vakası değerlendirilerek preoperatif beyaz küre, granülosit yüzdesi ve bilirubin değerleri araştırıldı. Sarılık öyküsü, preoperatif HbsAg (+) ve perforasyon apandisit vakaları çalışmaya dahil edilmemiştir.

**Bulgular:**

Hepsi erkek, yaş ortalaması 21.4 olan 76 apendektomi vakası değerlendirildi. Preoperatif olarak; hastaların 62(%83) isinde beyaz küre yüksekliği, 8(%10.5) vakada beyaz küre normal olmasına rağmen granülosit yüzdesinde artış, 8(%10.5) hastada izole total bilirubin yüksekliği ve toplamda vakaların

28(%36.8) inde total bilirubin yüksekliği tespit edilmiştir.

**Sonuç:**

Akut batın tanısında spesifik bir biyokimyasal parametre yoktur. Başta E.Coli endotoksini olmak üzere endotoksemi hemoliz, hepatik uptake azalması ve sitokin ilişkili safra tuzu transport mekanizmasının bozulması ile serum bilirubin seviyelerinde artışa neden olur. Akut apandisit vakalarında intraperitoneal sıvı kültürlerinde E.Coli en çok üreyen bakteridir. Hiperbilirubinemi akut apandisit tanısında spesifik bir test olmayıp yardımcı tanı testi olarak değerlendirilebilir. Ucuz, basit ve kolay uygulanabilir bir test olması nedeniyle serum bilirubin değerleri akut apandisit tanısında diğer tetkikler ve klinik bulgular ile birlikte değerlendirilmesiyle negatif apendektomi vaka sayılarının azalacağı değerlendirilmektedir.

**P61****Appendiksin Karsinoid Tümörü: Olgu Sunumu**

İbrahim Yılmaz<sup>1</sup>, Dursun Özgür Karakaş<sup>2</sup>, Seçkin Yılmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gelibolu Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Çanakkale

<sup>2</sup>Ağrı Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Ağrı

<sup>3</sup>Gelibolu Asker Hastanesi Biyokimya Servisi, Çanakkale

**Amaç:**

Apendiksin kanserleri nadir görülen ve tüm gastrointestinal sistem kanserlerin %0,4'ünü oluşturan kanserlerdir. En sık karsinoid tümör (%50-77) görülmektedir. Karsinoid tümörler genellikle asemptomatiktir ve akut apandisit nedeni ile yapılan apendektomilerde saptanmaktadır. Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran, fizik muayenesinde sağ alt kadranda ağrı (+), rebound (+), defans (-), biyokimyasal tetkiklerinde lökosit değerleri 16.000 / mm<sup>3</sup> saptanan, akut batın tanısı ile apendektomi operasyonu uygulanan 20 yaşında erkek hasta sunulmuştur.

**Olgu:**

Akut batın tanısı ile operasyona alınan hastanın peroperatif eksplorasyonunda apendiksin ödemli ve inflame olduğu, karsinoid tümöre ait herhangi bir patoloji olmadığı gözlemlendi ve apendektomi uygulandı. Postoperatif patoloji sonucu kas tabakasına infiltrat, serozal invazyon olmayan, cerrahi sınırları sağlam, 4 mm çapında ve orta yerleşimli karsinoid tümör olarak raporlandı. 5 Hidroksiindol asetik asit (5HIAA) seviyeleri normal ölçülen ve Bilgisayarlı Batın Tomografisinde metastaz saptanmayan hastada apendektomi kür olarak kabul edildi ve rutin kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

**Sonuç:**

Apendektomi sonrası sıklıkla saptanan karsinoid tümörlerde apendektomi genellikle yeterli iken, 2 cm büyük ve goblet tip karsinoidlerde ileri cerrahi gerekmektedir. Apendiks karsinoid tümörleri %2'den daha az sıklıkla karaciğer metastazı yapmakta ve sıklıkla da 2 cm den büyük karsinoidler metastaza neden olmaktadır. Karsinoid sendrom ileal karsinoidlerde sık görülürken apendiks karsinoidinde nadir görülmektedir. 5 Hidroksiindol asetik asit (5HIAA) özellikle karaciğer metastazın olduğu durumlarda hastalığın takibinde kullanılmaktadır. 5HIAA seviyeleri normal olmasına rağmen yaygın hastalık da olabilmektedir. Sonuç olarak bir Genel Cerrahi uzmanının meslek hayatı boyunca yapacağı apendektomi

sonrası postoperatif patolojinin karsinoid tümör gelebileceği unutulmamalı, karsinoid tümör tanısı konan hastalarda mutlaka SHIAA ve metastaz araştırılmalı ve karsinoidin boyutu ve yerine göre cerrahi tekrar gözden geçirilmelidir.

## P62

### Akut Apandisit ile Karşımıza Çıkan Karsinoid Tümör

Ekrem Çakar<sup>1</sup>, Savaş Bayrak<sup>1</sup>, Hasan Bektaş<sup>1</sup>, Şükrü Çolak<sup>1</sup>,

Ayhan Güneyi<sup>1</sup>, Emel Çakar(Hem.)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Özel İstanbul Göz Hastanesi

#### Amaç:

Akut apandisit acil cerrahi pratiğinde ameliyat gerektiren en sık tablodur. İnsanların yaşamları boyunca karşılaşma ihtimalleri %7'dir. Akut apandisit'in en sık sebebi ise obstrüksiyon olup; buna neden olan faktörler ise fekalitler, yabancı cisim, safra taşı, çekum tümörü veya apandiks'in primer tümörü olabilir. Burada akut apandisit kliniği oluşturan karsinoid tümörü olgusu sunulmaktadır.

#### Olgu:

N.A 19 bayan, yaklaşık 2(iki) gün önce başlayan karın ağrısı, iştahsızlık şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda defans(+), rebound(+); laboratuvar testlerinde Hgb:12,1 Hct:41, WBC: 21100, PLT: 218000, BHCG:(-), görüntüleme yöntemlerinde abdominal CT 'de sağ paracekal alanda barsak ansıları ödematöz görünümde olup bu seviyede çekum lokalizasyonunda serbest sıvı dikkati çekmektedir. Çekum ve apandiks ile uyumlu alanda kör sonlanan barsak ansında duvarda kalınlaşma mevcuttur. Douglasta yaygın serbest sıvı mevcut, gastrointestinal sistem perforasyonu açısından klinikle değerlendirme önerilir. Preoperatif kadın doğum konsültasyonunda jinekopatoloji düşünülmemesi üzerine akut batın ön tanısı ile operasyona alındı. Eksplorasyonda apandiks yaklaşık 6 cm uzunlukta, 2 cm genişlikte izlendi; akut, hiperemik proksimal ucundan perforasyon olarak gözlemlendi. Eksplorasyon devamında apandiks çekum komşuluğunda yaklaşık 3 \* 3\* 2 cm'lik kitle palpe edildi. Douglasta sağ parakolik alanda perforasyon mai ile uyumlu koleksiyon gözlemlendi. Apendiks ve kitlenin unblok ve makroskopik cerrahi sınır negatif olacak şekilde wedge rezeksiyon uygulandı ve usulünce operasyon tamamlandı.

#### PATOLOJİ

Tümör çapı; 3,5 \* 2,5 \* 2 cm, cerrahi sınır; tümör proksimal cerrahi sınırı 1 cm mesafede bulunmaktadır. Olgu mezoapandiksinvazyonu gösterdiğinden WHO (2000) sınıflamasına göre; iyi diferansiye nöroendokrin karsinom grubuna girmektedir. ENET'e göre; tümör çapı 2 cm'den büyük olduğundan evre 3 ( pT3), AJCC'ye göre ise; çap 4 cm'den küçük olduğundan evre 2 (pT2) olarak değerlendirilmiştir.

#### Sonuç:

Apendiks tümörleri bazı hallerde apandiks lümenini bir fekalit gibi tıkıyarak akut apandisit oluşumuna yol açabilir. Cerrah akut apandisit ön tanısı ile opere ettiği her hastada akut apandisit tablosu mevcut olsa bile dikkatli bir çekum ve mezo değerlendirmesini gözardı etmemelidir. Apendiks'te sert, sarı ve yumruya benzeyen bir kitlenin görülmesi durumunda apandiks karsinoidinden şüphelenilmelidir.

## P63

### Open Abdomen Yönetiminde Erken Dönem Cerrahi Alternatiflerin Karşılaştırılması: Randomize Prospektif Bir Çalışma

Ahmet Rencuzoglu, Cem Kaan Parsak, İsmail Cem Eray,

Orcun Yalav, Kubilay Dalcı

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı*

#### Amaç:

Abdominal Kompartman Sendromu (AKS); sınırlı bir anatomik alana sahip abdomende basıncın akut ve patolojik artışı ile karakterize olup, tedavi edilmediği takdirde yüksek oranda mortaliteyle sonuçlanan klinik bir durumdur. İntraabdominal basıncın progresif yükselmesi sonucu ortaya çıkan bu sendromun etkileri sistemik olarak ortaya çıkar. AKS'nin tedavisi, artmış karın içi basıncın düşürülmesidir. Dekompresif laparotomi kararını vermede en önemli kriter hastanın klinik tablosudur. Grade 3 ve 4 hastalarda dekompresif laparotomiye takiben postoperatif karın içi basıncın tekrar yükselmesini engellemek için karın kapatılmaz, açık abdomen uygulanır. Bu çalışmada dekompresif laparotomi uygulanmış evre 3 ve 4 AKS'li hastalara geçici karın kapatılmasında kullanılan Vacuum-assisted closure (VAC) ve Bogota bag yöntemlerinin randomize prospektif değerlendirilmesi amaçlandı.

#### Gereç-Yöntem:

Bu çalışmaya şubat 2007 ile eylül 2010 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Yoğun Bakımı'na travma, geçirilmiş cerrahi sonrası ya da medikal takiplerinin izlemi sırasında Abdominal Kompartman Sendromu gelişmiş ve tedavilerinin bir parçası olarak dekompresif laparotomi uygulanmış 40 hasta dahil edildi. Hastalar ardışık randomizasyon yöntemi ile VAC ve Bag olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Sonuçlar gruplar arasında randomize prospektif olarak klinik, laboratuvar, morbidite ve mortalite yönünden karşılaştırılarak değerlendirildi.

#### Bulgular:

Her iki gruptaki hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, yandaş hastalıkları gibi demografik özellikleri arasında anlamlı fark yoktu. Abdominal Kompartman Sendromu gelişen hastalarda etiyolojik faktörler arasında en sık neden 12 hastada (% 30) görülgastrointestinal sistem perforasyonu idi. İnsizyon eninin ölçümlerinde VAC grubunda daha anlamlı bir azalma vardı. Hastanın primer fasya kapatılması için uygun hale gelmesi için geçen zaman VAC grubunda 16,9 gün iken, Bogota bag'li grupta 20,5 gün idi. İntraabdominal basıncı düşürme değerlendirildiğinde; her iki grupta 1,4 ve 7.günlerde benzer oranlarda düşme saptanırken, postoperatif 14. günde VAC grubunda anlamlı olarak daha fazla düşme saptandı. Mortalite gelişen hasta sayısı 12 (% 30) iken, 5(% 12,5) hastaVAC grubuna, 7 (% 17,5)hastabogota bag grubuna aitti.

#### Sonuç:

Bulgulara dayanarak geçici karın kapama yöntemi olarak VAC uygulamasının maliyeti yüksek olsa da belirgin avantajları olduğu kanaatindeyiz.



**P64****Rektal Yabancı Cismin Endobag ile Çıkarılması**

Turgut Mustafa Hevenk, Mehmet Ali Yağcı,  
Yalçın Hüseyin Büyükkarabacak, Hayrettin Aydın, Sezgin Aksoy  
*Ünye Devlet Hastahanesi, Ünye/Ordu*

**Amaç:**

Rektosigmoid yerleşimli yabancı cisimlere Acil Servislerde rastlama oranı gittikçe artmaktadır. Bu cisimlerin rektumda bulunmasının nadir yolu ağız yoluyla yutulan cisimlerin rektumda takılması, daha sık sebebi ise anal yoldan rektuma itilmeleridir. Anal yoldan rektuma gönderilen yabancı cisimler seksüel (gönüllü veya seksüel saldırı) ya da non seksüel (zihinsel özürülük, medikal tedavi komplikasyonu, suç amaçlı) olarak gerçekleşmektedir. Bu olgu sunumunda Genel Cerrahi Uzman ve Asistan Doktorlarının tedavi yaklaşımları, olayın adli boyutu, tedavide kullanılabilir yöntem ve araçlar konusunda bilgilerinin tazelenmesi amaçlanmıştır.

**Olgu:**

30 yaşındaki erkek hasta karında şişe olduğu ifadesi ile Acil Sevise müracaat etti. Hastanın düz karın grafilerinde şişe biçimindeki yabancı cisim görüldü. Direkt karın grafilerinde ve iv kontrastlı tüm batın BT incelemelerinde batın içi serbest sıvı ve içi boş organ perforasyon bulgusu saptanmadı. Rektal tuşede şişenin tabanının sakrum konkavitesine oturduğu ve şişenin uç kısmının batın palpasyonunda ele geldiği saptandı. Yabancı cismin yüksek lokalizasyonu ve büyüklüğü nedeniyle hastaya genel anestezi altında ameliyathane ortamında müdahale edilmesine karar verildi. Laparotomi gerekebileceği düşünülerek hastaya preoperatif acil laboratuvar tetkikleri yapılarak genel anestezi altında litotomi pozisyonunda yatırıldı. Gerekli saha temizliği ve örtümünü takiben kayganlaştırıcı jel ile anal kanal dilate edildi. Sağ el rektal tuşe ile, sol el batın suprapubik bölgeden palpasyonla bimanüel olarak laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında kullanılan endobag açılarak rektal yoldan gönderildi, şişenin dibi endobag içine alınarak sıkıştırıldı. Dikkatli traksiyon ile şişe rektal yolla batın dışına alındı. Hasta uyandırılarak servise alındı. Çıkarılan yabancı cisim kolluk kuvvetlerine tutanak ile teslim edildi. Postop 1. günde hastanın gaz ve gayta çıkışı oldu. Karın ağrısı ve periton iritasyon bulgusu gelişmedi. Düz karın grafilerinde patoloji saptanmadı. 24 saatlik gözlem sonrası hasta psikiyatri konsültasyonu yapılarak sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

**Sonuç:**

Yol açabileceği komplikasyonlar gözönünde bulundurulduğunda özellikle büyük ve yukarı yerleşimli rektal yabancı cisimlere açık batın cerrahisi gerekebileceği düşünülerek gerekli hazırlıklar tamamlanarak genel anestezi altında ve ameliyathane şartlarında müdahalede bulunulması daha uygundur. Rektal tuşede ele gelen ve anal yoldan çıkarılması planlanan hastalarda bu cisimlerin kırılması halinde mukozayı nispeten hasardan koruyacak endobag ile çıkarılması denenebilir. Bu olayın adli sürecin bir parçası olabileceği de gözönünde bulundurularak çıkarılan yabancı cismin kolluk kuvvetleri haberdar edilerek teslim edilmesi tercih edilmeli, hastanın psikiyatri muayenesi mutlak yapılmalıdır.

**P65****Unutulmuş Süngere Bağlı Anorektal Fistül: Vakum Yardımlı Kapama Yönteminin Nadir Komplikasyonu**

Ahmet Rencuzoglu, Kubilay Dalcı, Cem Kaan Parsak  
*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

**Amaç:**

Kompleks perineal yaraların yönetimi özellikli ve zordur. Bu alanda Vakum Yardımlı Kapama (VAK) yönteminin kullanımı son birkaç yılda giderek poplarite kazanmıştır. VAK cihazının bu bölge yaralarının yönetiminde avantajları olsa da yaranın doğrudan inspeksiyonuna izin vermediğinden komplikasyonlar kaçınılmaz olmaktadır. Burada VAK cihazının unutulmuş süngerinin migrasyonuna bağlı olarak gelişen anorektal fistül olgusu sunduk.

**Olgu:**

23 yaşında bir erkek hasta genel cerrahi kliniğine perianal akıntı şikayeti ile başvurdu. 3 yıl önce bomba patlaması sonucu açık perineal yarası olan ve çok sayıda debridman ve 3 hafta boyunca VAK ile tedavi edilen hasta iyileşme sonrası taburcu edilmiş. Fizik muayenesinde anal wedgin 2 cm distalinde saat 9 hizasında fistül ağzı saptandı. Fistül ağzından oksijenli su verilerek endoanal ultrasonografi yapıldı fistül ağzından verilen oksijenli suyun sfinkter yapılarının lateralindeki trakt içinden proksimale doğru ilerlediği ve puborektal adele hizasında bir poş içine dolduğu izlendi. Basınçlı verilmesine rağmen iç ağzı izlenmedi. Operasyona alınan hastada trakt eksize edildikten sonra puborektal adele ve pelvik taban kaslarını erode etmiş VAK süngeri ile uyumlu yabancı cisim çıkarıldı. Medialde rektum duvarına yapışık olduğu izlendi

**Sonuç:**

VAK tekniği komplike yarab iyileşmesinde oldukça avantajlı bir yöntem olsa da yaranın doğrudan inspeksiyonuna izin vermediğinden hekimlerin bu hastaların takibinde fazladan dikkat etmesi ve olası komplikasyonları akılda tutması gereklidir.

**P66****Nadir Görülen Akut Karın Sebebi: Çekum Divertikülit; Olgu Serisi**

Süleyman Kalcan, Fatih Başak, Tolga Cambak, İlyas Kudaş,  
Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu  
*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

Çekum divertikülü sıklıkla asemptomatik olan, komplike olduğunda akut apandisit benzeri semptom ve bulgularla prezente olabilen etyolojisi tam olarak bilinmeyen klinik bir durumdur. Bu çalışmada nadir akut batın kliniğine sebep olan çekum divertikülit olgularının analizi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimize 2009-2012 tarihleri arasında akut karın tablosu ile başvuran ve tanısında çekum divertikülit saptanan hastalar retrospektif olarak çalışmaya alındı.

**Bulgular:**

Çalışma döneminde toplam 6 hasta çekum divertiküliti tanısı aldı. Hastaların 4'ü erkek, 2'si kadın olup yaş ortalaması 34 (yaş aralığı: 24-43) bulundu. Hastaların özgeçmişlerinde hiçbirinde kronik hastalık ve ameliyat hikayesi tespit edilmedi. Hastaların beyaz küre değerleri 5850 ile 17400/mm<sup>3</sup> arasında olup, ayakta direk karın grafilerinde özellik tespit edilmedi. Tüm batın ultrasonografik değerlendirmelerde: üç hastada akut apandisit, iki hastada perfore apandisit, bir hastada akut divertikülit rapor edildi. Tüm hastalar akut karın ön tanısıyla opere edildi. Dört hastada Mc-Burney insizyonu, 2 hastada diagnostik laparoskopi sonrası göbek altı median insizyonla ameliyat tamamlandı. Beş hastada apendiksin salim bulunup, çekum üzerinde divertiküler yapı tespit edildi ve divertikülektomi ve appendektomi yapıldı. Bir hastada çekumda kitle tespit edilip, divertikül, tümöral kitle ayırımı yapılamadı ve hastaya sağ hemikolektomi uygulandı. Hastaların ortalama yatış süresi 4,5 gün (2-6 gün) idi ve ameliyat sonrası erken dönem takipleri sorunsuz seyretti. Histopatolojik incelemede 3 hastada gerçek divertikül zemininde gelişen akut perfore divertikülit, diğer üç hastada ise gerçek divertikül zemininde gelişen akut divertikülit ile uyumlu bulgular tespit edildi. Apendiks histopatolojileri ise; üç hastada lenfoid hiperplazi, iki hastada akut fokal apandisit, bir hastada ise akut süpüratif apandisit şeklinde idi.

**Sonuç:**

Çekum divertikülü 6. gebelik haftasında çekumun dışarı itilmesinden kaynaklanır. Çekal divertikül ilk kez 1912 yılında Potier tarafından tanımlanmıştır. Çekum divertikülitlerinin pre-operatif tanısı sadece vakaların %1'inde konulabilmektedir. Vakaların %90'ında hasta operasyona akut apandisit tanısıyla alınmaktadır. Divertiküler hastalığın perfore çekum tümörü veya akut apandisitten ayırımı güçlük arz eder. Rapor edilen intraoperatif doğru tanı oranı %65 ile %89 arasındadır. Bizim hastalarımızın tümü ameliyat öncesi akut apandisit tanısıyla operasyona alındı. Bir hastamızda ameliyat esnasında perfore çekum tümörü düşünüldüğünden sağ hemikolektomi yapıldı. Çekum divertikülitinin semptom ve bulguları akut apandisite benzediği için ameliyat öncesi tanı koymak zordur. Komplike olmayan durumlarda divertikülektomi ve insidental apendektomi tercih edilen tedavi yöntemidir. Diagnostik laparoskopi tanı ve insizyon seçiminde yardımcıdır. Perforasyon gelişimi ile komplike olan veya ameliyat esnasında tümör şüphesi bulunan hastalarda sağ hemikolektomi önerilen bir tedavi seçeneğidir.

**P67****Ostomili ve Ostomisz Hastaların Geriye Dönük Karşılaştırılması**

Merve Tokoçin, Sinan Arıcı, Hüseyin Bilge, Canan Tekin, Kamil Özdoğan

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:**

Anterior rezeksiyon uygulanmış hastalarda koruyucu ostomi gerekliliğinin değerlendirilmesi.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak - Aralık 2012 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde rektum tümörü nedeniyle anterior rezeksiyon uygulanan, koruyucu ostomili

(n:42) ve ostomisz (n:60) hastaların; sekonder enfeksiyon, insizyonel herni, fistül, striktür, anastomoz kaçağı, hastanede kalış süresi retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Erken ameliyat sonrası dönemde koruyucu ostomi uygulanmayan 2 olguda evisserasyon ve 5 olguda anastomoz kaçağı saptanmıştır. Geç dönem komplikasyonlar değerlendirildiğinde; koruyucu ostomi uygulanan 1 olguda anastomozda striktür, ostomi uygulanmayan 2 olguda cilde fistülizasyon saptandı. Her iki grupta 1'er olguda insizyonel herni nedeniyle herni tamiri uygulandı. Her iki grup arasında hastanede kalış süreleri arasında anlamlı fark saptanmadı.

**Sonuç:**

Koruyucu ostomi uygulanmayan olgularda; cilde fistülizasyon, anastomoz kaçağı ve evisserasyon oranlarında diğer gruba göre yükseklik saptanmış fakat istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır.

**P68****Sigmoid Volvulus: Olgu Sunumu**

Nuraydın Özlem, Kadir Yıldırım, Ercüment Ersözlü, Umur Yılmazyıldırım, Sadık Keşmer, Murat Sencer Özsoy  
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

**Amaç:**

Sigmoid volvulus, sigmoid kolonun kendi mezenteri etrafında donmesidir. Sigmoid kolon volvulusu kısa sürede tanı konulup, uygun tedavi gerektiren, aksi halde yüksek oranda morbidite ve mortalite ile sonuçlanan bir barsak tıkanıklığı nedenidir. Sigmoid volvulusda mortalite oranı gangren gözlenmeyen olgularda %6-24, gangren saptanan olgularda ise %11-80 arasında bildirilmektedir. Bu olguda vurgulamak istediğimiz; akut intestinal obstrüksiyon düşünülen hastada erken tanı ve tedavi morbitide ve mortaliteyi azaltmaktadır.

**Olgu:**

Olgu yirmioç yaşında erkek, karında ağrı, aşırı distansiyon, kusma ile başvurdu. Operasyon öyküsü yok. Mental retarde, kronik konstipasyon ve bir haftadır gaz-gaita çıkışı yok. Hastada karında distansiyon ve ağrı mevcuttu. Generalize hassasiyet, barsak sesleri normaaktif ve timpanizm tespit edildi. Rektal tuşede rektum boştu. Direkt karın grafisinde 'ters U' görünümü, hastrasyonlar silinmiş, hava-sıvı seviyesi ve dilate kolon segmenti izlendi (Resim 1) laboratuvarında özellik yoktu. Hastamıza endoskopik detorsiyon yapılmadı, acil ameliyata alındı, çekum malrotasyonunda olan hastaya subtotal kolektomi + ileorektal anastomoz uygulandı. Post op dokuzuncu gün taburcu edildi.

**Sonuç:**

Sigmoid volvulusda hastaneye başvuru süresinin uzunluğu morbidite ve mortalite için prediktif faktördür. Hastaneye erken başvuru, preoperatif yoğun resusitasyon, uygun antibiyotik ve cerrahi ile beraber postoperatif metabolik destek morbidite ve mortalite oranlarını azaltacaktır. Uygun vakalarda sigmoid volvulus hastalarında denemesi gereken tedavi yönteminin endoskopik detorsiyon olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak akut intestinal obstrüksiyonlarda erken tanı ve tedavi morbitide ve mortaliteyi azaltmaktadır.

**P69****Madde Bağımlılarında Akut Apendisit Tablosunun Evaluasyonu, Negatif Appendektomi Oranı Nasıl Azaltılabilir?: 24 Hastanın Analizi**

Ulvi Mehmet Meral, Oğuz Hançerlioğulları  
İzmir Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

**Amaç:**

Genel cerrahi pratiğinde büyük önemi olan akut apandisit tablosunun madde bağımlılarındaki yönetimini ve cerrahi gereksinimlerini paylaşmak istedik.

**Olgu:**

Ocak 2010 ile Mart 2013 yılları arasında hastanemize karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve aynı zamanda madde bağımlılığı tanısı olan ve tedavi gören 24 hastanın hastanede yatış süresi, cerrahi tedavi gereksinimi ve preoperatif skorlama açısından değerlendirildi. Değerlendirmeye alınan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. 24 hastanın yaş ortalaması 21,7(19-24) idi. Hastaların tamamı erkekti. Başvuru anında birincil şikayet karın ağrısı idi. Hastaların 12'sinde (%50) bulantı kusma da bulunuyordu. Muayenede 3 hasta hariç hastaların tümünde bilateral alt kadranda hassasiyet ve rebound pozitifliği vardı. Hastalar ortalama 3,2(2,8-8) yıldır keyif verici madde yada ilaç kullanmakta olup ort. 13(7-22) gündür sürekli kullandıkları maddeleri alamadıklarını belirttiler. Hastaların tümü kliniğe yatırıldı ve yatış esnasında Alvorado skoru ile değerlendirildi. Değerlendirme neticesinde 4 hasta Alvorado skor >7 saptanarak ameliyata alındı. İntraoperatif bakıda; üç hastada appendikte hafif hipervaskularite varken bir hastada akut apandisit tablosu vardı. Dört hastaya appendektomi uygulandı, bu hastalardan gross apandisit görüntüsünde olmayan üçünde meckel divertikülünün varlığını araştırmak için ileumun son kısmı explore edildi ancak Meckel gözlenmedi. Patolojik inceleme bulguları intraoperatif bulgularla paralel olarak dört hastanın üçünde lenfoid foliküler hiperplazi birinde akut supuratif apandisit saptandı. Konservatif tedavi(oral kısıtlama, hidrasyon, famotidin) verilen hastaların tamamının karın ağrısı ort. 48 (24-96) saat içerisinde geriledi.

**Sonuç:**

Akut batın ikinci basamak perifer hastanelerde cerrahi kliniklerin erken dönemde çözülmesi gereken en önemli tablosudur. Karın ağrısı ile başvuran hastalarda akut apandisit tanısı için Alvorado skoru sık kullanılan bir algoritmadır. Genç yaş grubunda ülkemizde de sık gözlenen bir sağlık problemi olan madde kötüye kullanımı ve kullanmama durumunda gözlenen çekilme semptomları birçok hastalığın ayırıcı tanısında bulunmaktadır. Genç yaş grubunda fazla sayıda başvuru olan ve görüntüleme yöntemlerinin her zaman etkin kullanılmadığı ikinci basamak hastanelerde, madde kötüye kullanımının doğurduğu sonuçların akut apandisiti taklit ettiği ve negatif appendektomi sayısını artırdığı akılda tutulmalıdır. Alvorado skorunun madde bağımlısı hastalarda etkinliğinin araştırılması ve negatif appendektomilerin azaltılmasında kullanılabilirliğinin değerlendirilebilmesi için prospektif ve geniş vaka serilerinden oluşan çalışmalara ihtiyaç vardır.

**P70****Akut Karın Ağrısı Etyolojisinde Nadir Bir Sebep: Primer Apendajitis Epiploika İki Olgu Sunumu**

Ulvi Mehmet Meral, Oğuz Hançerlioğulları  
İzmir Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, İzmir

**Amaç:**

Karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda saptanabilecek nadir bir tablo olan apendajitis epiploika tanısı alan iki hastanın bilgilerini paylaştık.

**Olgu:**

Olgu 1 20 yaşında erkek hasta iki gündür süren karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Ağrı keskin, artma azalma göstermeyen, özellikle sol alt kadranda lokalize idi. Hastanın yandaş hastalığı yoktu. Hemogramında beyaz küre 11200/mm<sup>3</sup> olup diğer tüm laboratuvar tetkikleri normal saptandı. Batın USG'de patoloji gözlenmemesi üzerine hastaya IV/Oral opaklı BT planlandı. BT görüntülerinin epiploik apendajitis ile uyumlu raporlanması üzerine hasta kliniğe yatırıldı. IV 2x400 mg. Siprofloksasin, 3x500 mg. Metronidazol ve 2x25 mg. Deksketoprofen Trometamol tedavisinin yanında sulu diet verildi. 24 saatin sonunda ağrısı gerilemeye başlayan hastanın 3 günün sonunda şikayetleri tamamen kayboldu.

Olgu 2 21 yaşında erkek hasta üç gündür devam eden sol alt kadranda ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hemogramında beyaz küre 14300/mm<sup>3</sup> saptandı. Diğer laboratuvar bulguları normal saptanan hastanın batın USG'sinde sol alt kadranda inflamatuvar değişiklikler gözlenmesine rağmen kesin tanı konulamadı ve batın BT çekildi. Batın BT'de sigmoid kolona komşu yağlı planlarda kirlenme ile heterojen dansite artışı bulunan 1x2 cm lezyon gözlemlendi. Bu hastaya da IV 2x400 mg. Siprofloksasin, 3x500 mg. Metronidazol ve 2x25 mg. Deksketoprofen Trometamol tedavisi başlandı. Ağrısı gerilemeye başlayan hastanın beşinci gün sonunda tüm şikayetleri geriledi. Hastaya 3 ay önce kliniğimizde appendektomi uygulanmış, patoloji sonucu akut supuratif apandisit şeklinde raporlanmıştı.

**Sonuç:**

Epiploik apendajitis akut karın ayırıcı tanısında nadir bir sebeptir. Kolonun serozal yüzeyinde bulunan appendices epiploica'ların fokal enflamasyonu ile karakterize olan bu tablo, cerrahi gerektirmeksizin antibiyoterapi ve antiinflamatuvar ilaçlarla gerilemektedir. Özellikle karın sol tarafta ağrı şikayeti ile başvuran hastalarda epiploik apendajitis'in akla gelmesi, cerrahi tedavi gereksinimi olan akut apandisit ve divertikülit gibi hastalıklarla benzer semptomlar göstermesi nedeniyle önemlidir.

**P71****Acil Cerrahi Gerektiren Alt Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Retrospektif İncelenmesi**

Tayfun Yoldaş, Varlık Erol, Tufan Gümüş, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:**

Bu çalışmada kliniğimizde, akut alt gastrointestinal sistem (GIS) kanaması nedeniyle acil cerrahi uygulanan hastaların



preoperatif ve postoperatif dönemdeki verilerinin irdelenmesi amaçlandı.

#### Gereç-Yöntem:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında alt GİS kanaması nedeni ile takip ve tedavi uygulanan 29 hasta retrospektif olarak incelendi.

#### Bulgular:

Nisan 2008 – Nisan 2012 tarihleri arasında alt GİS kanaması tanısı alan 29 hasta retrospektif olarak incelendi. Ortalama yaş 62,4 olarak belirlendi. 12 (%41,3) hasta kadın, 17 (%58,7) hasta ise erkek cinsiyette idi. Bütün hastalar dışkılama sırasında kanama şikayeti ile başvurdu. Rektal tuşede 3 (%10,3) hastada melena, 26 (%89,7) hastada ise hematokezya tespit edildi. Tanı amaçlı bilgisayarlı tomografi (11 hasta), endoskopi (9 hasta), anjiyografi (9 hasta) ve kolonoskopi (20 hasta) tetkiklerinden faydalanıldı. Bütün hastalar kanama nedeniyle opere edildi. Preoperatif, intraoperatif ve postoperatif değerlendirmeler sonucu 8 (%27,6) hastada kanamanın ince barsak kaynaklı olduğu, 21 (%72,4) hastada ise kolon kaynaklı olduğu belirlendi. Sekiz hastaya kan transfüzyonu uygulanmaz iken 21 hastaya ortalama 7,3 ünite (1-16 ünite) (eritrosit süpsansiyonu ve tam kan) transfüzyonu uygulandı. Mortalite oranı %10,3 (3 hasta) olarak belirlendi.

#### Sonuç:

Alt gastrointestinal sistem kanamaları, Treitz ligamentinin distalindeki patolojilerden kaynaklanan kanamalar şeklinde tanımlanır. Genellikle gaitada hematokezya varlığına yol açmakla birlikte nadiren melenaya da neden olabilirler. Erişkinlerde en sık kanama nedenleri divertikülozis, vasküler ektazi, kolon kanseri, polipler, soliter ülser, ülseratif kolit, iskemik kolittir. Masif kanama sonucu mortalite oranı yaklaşık %10-15 olduğundan, tanı çalışmaları başlarken intravenöz sıvı desteği ve kan transfüzyonu başlatılmalı ve olabildiğince hızlı bir şekilde kanama odağı tespit edilerek müdahale edilmelidir.

## P72

### Kolorektal Malignite Ameliyatlarında Hemostatik Enerji Cihazlarına Bağlı İyatrojenik Üreter Yaralanması: 4 Olgunun Analizi

Cengiz Tavusbay, Erdem Sarı, Emine Özlem Gür, Haldun Kar, İbrahim Kokulu, Mehmet Hacıyanlı  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Amaç:

Son zamanlarda kolorektal cerrahi ameliyatlarında disseksiyon ve damar kapatılması, yüksek teknolojik cihazlar ile yapılmaktadır. Bu cihazların kullanımının ameliyat süresinin kısaltılması, güvenlik gibi pek çok faydası mevcuttur. Ancak bu cihazların kullanımı, bazı ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Üreter sistemin iyatrojenik yaralanmaları bu komplikasyonların başında gelir ve zamanında müdahale edilmezse ciddi morbidite sebebidir. Bu konuya dikkat çekmek için kolorektal cerrahi esnasında enerji aleti kullanımıyla meydana gelen 4 üreter yaralanma olgusunu paylaştık.

#### Olgular:

**Olgular-1:** 56 yaşında kadın hasta orta rektum kanseri. Preoperatif dönemde neoadjuvan radyoterapi aldı. Disseksiyon esnasında sağ üreterin tümöre yakın komşulukta seyrettiği saptandı. künt ve keskin disseksiyonlarla rektum ve tümöral kitleden kurtarılmaya çalışıldı.bu esnada kullanılan enerji aletinin (LIGASURE) lateral marja komşu olduğu ve üreterin medial kısmının termal ısıdan etkilenmiş olduğu ve hafif beslenme bozukluğu saptandı. Üroloji ekibi tarafından segmenter üreter eksizyonu ve double j katater üzerinden absorbable sutur ile primer tamir yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta sorunsuz taburcu edildi. 3 ay sonra üreter stenozu gelişen hasta yeniden kateterize edildi. Daha sonra kateteri çekilen hasta halen izlemde olup, yapılan ultrasonografik tetkikte bir patoloji saptanmamıştır. **Olgular-2:** 31 yaşında erkek hasta orta rektum kanseri. Preoperatif dönemde neoadjuvan radyoterapi aldı. Hastanın laparoskopik rektum cerrahisi esnasında kullanılan bir çeşit bipolar koter ile (LIGASURE) sol üreter tam kat kesisi meydana geldi. İyatrojenik yaralanma perop fark edildi. Üroloji ekibi tarafından 3 cm'lik üreter segmenti eksizyonu ve double j katater üzerinden absorbable sutur ile primer tamir yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta sorunsuz taburcu edildi. **Olgular-3:** 59 yaşında erkek hasta senkronize mide+ rektum kanseri. Preoperatif dönemde neoadjuvan radyoterapi aldı. Pelviste ileri derecede fibrozisi olan hastanın önce gastrektomisi yapıldı. Ardından yapılan pelvik disseksiyonlar esnasında sağ üreterin ultrasonik enerji aleti ile (HARMONIC SCALPEL) tam kat kesilmiş olduğu görüldü. Üroloji ekibi tarafından segmenter üreter eksizyonu ve double j katater üzerinden absorbable sutur ile primer tamir yapıldı. Postoperatif dönemde erken dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta sorunsuz taburcu edildi. 1 yıl sonra aynı üreter kısmında strüktür ve buna bağlı hidronefroz gelişti. Hasta metastatik hastalık nedeni ile kaybedildi. **Olgular-4:** 59 yaşında erkek hasta. Sigmoid kolon Ca nedeniyle opere edilen hastada; sigmoid kolon ortalarında serozayı aşmış, lümeninde tama yakın obstrüksiyon yapan ve sol pelvis yan duvarına yapışık yaklaşık 4x4 cm boyutlarında tümöral lezyon izlendi. Olguya sigmoid kolon rezeksiyonu ve uç uca anastomoz ameliyatı uygulandı. Ameliyat sırasında disseksiyon ve hemostatik olarak (LIGASURE) kullanıldı. Hastanın postoperatif 10. Günden itibaren insizyon yerinden inatçı akıntısının olması üzerine yapılan tetkiklerde bunun idrar vafında olduğu saptandı. Üroloji kliniğince yapılan eksplorasyonda; üreterin iliak çapraz seviyesinden komplet nekroze olduğu saptanarak, Double-J stent takılması + üreteroüreterostomi operasyonu uygulandı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta postoperatif 21. Günde taburcu edildi.

#### Sonuç:

Özellikle malign kolorektal lezyonların gerek açık ve gerekse laparoskopik cerrahi tedavisi sırasında hemostatik amaçlı enerji cihazlarının kullanımı sırasında üreter yaralanmasının engellenmesi önemlidir. Kullanılan enerji cihazlarının damar mühürleme-kesme, çevre dokuya yayılım özelliklerinin bilinmesi, ameliyat sırasında titiz bir disseksiyon yapılarak normal üreter peristaltizminin görülmesi, özellikle lokal ileri evre olduğu düşünülen olgularda preoperatif üreteral kateterizasyon ve çeşitli kimyasallar ile üreterlerin boyanması

Antalya

gibi yöntemler ile üreter trasesinin ortaya konulması alınacak önlemlerin başında gelir. Cerrahin deneyimi arttıkça üriner yaralanma olasılığı azalmakla birlikte kompleks patolojileri olan tümörlerde bu olasılık her zaman vardır. Renal fonksiyonları korumak ve morbiditeyi azaltmak açısından üreter yaralanmalarında erken tanı önemlidir

### P73

#### Tekrarlayan Spontan Kolon Perforasyonu

Gökhan Selçuk Özbalcı<sup>1</sup>, Hamza Çınar<sup>1</sup>, Aysu Başak Özbalcı<sup>2</sup>, Tuğrul Kesicioğlu<sup>1</sup>, Kağan Karabulut<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Ana Bilim Dalı

#### Amaç:

Spontan kolon perforasyonu: Tümör, divertikülozis, travma gibi kolon perforasyonuna neden olabilecek herhangi bir sebep olmaksızın kolonun ani olarak perforasyonuna denir ve nadir olarak görülür. Spontan kolon perforasyonu ilk kez 1827 yılında Sir Bejamin Brodie tarafından tanımlanmıştır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte sterkorale ülseler, kortizon tedavisi, hipotiroidi, rektal prolapsus, konstipasyon ve psikiyatrik rahatsızlıkların neden olabileceği düşünülmektedir. Spontan kolon perforasyonu genellikle yaşlı, inaktif ve kronik kabızlık sorunu olan kişilerde görülür. Tekrarlayan spontan kolon perforasyonu literatürde sadece birkaç adet olgu sunumu şeklinde bildirilmiş nadir bir durumdur. Olgumuz eşliğinde nadir görülen bu durumu sizlere takdim etmeyi amaçladık.

#### Olgu:

63 yaşında erkek hasta, 8 saat önce başlayan karın ağrısı şikayetiyle acile başvurdu. Hastada yaygın karın ağrısı, defans ve rebound mevcuttu. Hastanın anamnezinden, 6 yıl önce transvers kolon perforasyonu nedeniyle ameliyat olduğu anlaşıldı. Beyaz küresi yüksek ve ateşi 37.8 santigrat derecedeydi. Karın grafisinde, diyafram altı serbest hava tespit edildi. Hastaya batın tomografisi çekildi ve rektosigmoid bileşke düzeyinde serbest hava tespit edildi. Hasta acil olarak ameliyata alındı. Rektosigmoid bileşkenin antimezenterik yüzünde 2x1 cm'lik perforasyon tespit edildi. Perforasyon primer olarak onarıldı ve proksimalinden kolostomi açıldı. Ameliyat sırasında ve sonrasında yapılan tetkiklerde, perforasyonu açıklayacak herhangi bir sebep ortaya konulamadı. Hastanın 6 yıl önceki perforasyonu da göz önünde bulundurularak olgunun tekrarlayan spontan kolon perforasyonu olduğu düşünüldü.

#### Sonuç:

J.A. Berry, 1894 yılında spontan kolon perforasyonunu kendi arasında sterkorale ve idiopatik perforasyon olmak üzere iki tipe ayırmıştır. Sterkorale perforasyon tüm kolon perforasyonlarının yaklaşık %3.2'sini oluşturur. Sterkorale perforasyon genellikle kronik kabızlığı olan kişilerde, rektosigmoid bileşke düzeyinde oluşan taşlaşmış gaytaya bağlı olarak gelişir. İdiopatik perforasyon sterkorale perforasyona göre oldukça nadir görülür ve prognozu daha iyidir; çünkü gayta bulaşı çok daha az olur. Spontan kolon perforasyonu tanısı, hastaların sadece %10'unda ameliyat öncesi ortaya konulabilir. Akut peritonit bulgusu olan ve karın grafisinde diyafram altında serbest hava bulunan hastalarda, ayırıcı tanıda spontan kolon perforasyonunda akla getirilmelidir. Spontan kolon perforasyonunun tedavisi

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

prensipleri kolonun diğer perforasyonlarıyla aynıdır. Spontan kolon perforasyonunda uygulanacak olan cerrahinin şekli perforasyondan itibaren geçen zamana, peritonitin derecesine, hastanın genel durumuna ve lezyonun yerine bağlı olarak değişir. Spontan kolon perforasyonunun tedavisinde primer onarım, kolostomi, primer onarıma ek olarak proksimal kolostomi ve Hartman tipi cerrahiler uygulanabilir. Mortalite, peritoneal bulaşa bağlı olarak değişmekle birlikte spontan kolon perforasyonunda ameliyat sonrası sürvi %60 lardadır. Spontan kolon perforasyonu nadir bir durumdur ve mortaliteyi en aza indirmek için zaman kaybetmeksizin tanı koymak gerekir. Erken tanı koyabilmek için karın ağrısıyla başvuran, kronik kabızlık öyküsü olan yaşlı hastalarda ayırıcı tanıda akıldan bulundurulmalıdır.

### P74

#### Rektumda Az Görülen Bir Yabancı Cisim

#### Olgusu

Yusuf Kumkumoğlu, Emir Çapkınoğlu, Erdem Sarı, Mehmet Hacıyanlı, İbrahim Kokulu, Emine Özlem Gür  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

#### Amaç:

Rektumda yabancı cisim vakaları günümüzde sıklığı artan anorektal acillerdendir. Rektumda cam bardak olgumuzu az görülmesi nedeniyle postoperatif izlemlerle beraber sunduk.

#### Olgu:

53 yaşında erkek hasta son 1 haftadır olan kabızlık, karın ağrısı şikayetleri ile 2. basamak bir sağlık merkezine başvurmuş. Yapılan kolonoskopide rektosigmoid bölgede lümeni çepeçevre saran kitle izlenmiş, proksimale geçilememiş. Biopsi alınmış, histopatolojik incelemede fibrin doku içerisinde polimorfonükleer hücreler görülmüş. Batın tomografisinde rektumda diffüz duvar kalınlaşması, perirektal yağ planları içerisinde büyüğü 10mm multipl lenf nodları saptanmış. Ardından ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize yönlendirilen hastanın yapılan fizik muayenesinde batında distansiyon saptanmadı, hassasiyet saptanmadı. Rektal tusede lümeninde kitle saptanmadı ancak rektum duvarına dışarıdan basan sertlik hissedildi. Hastanın operasyon öncesi proksimal kolon segmentlerini değerlendirmek üzere hastanemizde yapılan kolonoskopisinde anal kanal girişinden 10 cm'de kırık cam bardak ile uyumlu yabancı cisim, distalinde muhtemelen hastanın kendi çabası sonucu oluşan 4 cm çapında submukozal hematoma mevcuttu. Kolonoskopik olarak çıkartılamayan bardak, genel anestezi altında litotomi pozisyonunda çıkartılmaya çalışıldı ancak kırık kenarlarının rektum duvarına zarar verme ihtimali nedeniyle göbek altı median insizyonla batına girildi ve rektosigmoid bileşke hizasından yapılan kolotomi ile bardak çıkarıldı. Kolon açıklığı primer kapatıldı. Postoperatif 1. gün sulu gıdaya geçildi. Takibinde yara yeri enfeksiyonu ve ardından evisserasyon gelişti. İnsizyon tekrar suture edilerek yara bakımlarına devam edildi. Hastanın yakınları tarafından terk edilmesi ardından suikid ihtimaline karşı psikiatri servisinde yardım alındı. Hasta 8. gün şifa ile taburcu edildi. Taburculuk sonrası takiplerinde yara yeri enfeksiyonu ve insizyonda dehisens gelişen hasta tekrar yatırıldı ve 4 seanslık vac uygulaması ardından yara suture edilerek kapatıldı.



**Sonuç:**

Rektumda yabancı cisim olgularında kolonoskopi,cismin çıkartılmasında kullanılabilir.Ancak bizim olgumuzda kolonoskopi başarısız olduğu için cisim kolotomi ile çıkartıldı.Kolotomi yapılmış olan vakalarda post operatif yara enfeksiyonu görülebilir ve bunun sonucunda yara kapanma defektleri oluşabilir.

**P75****İntestinal Obstruksiyona Yol Açan Jejunal Divertikülozis Olgusu**

Tuğrul Kesicioğlu, Gökhan Selçuk Özbalcı, Hamza Çınar, Murat Derebey, İsmail Alper Tarım, Volkan Tümentemur  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

**Amaç:**

İntestinal divertikülozis,ince barsak duvarındaki zayıf noktalardan mukoza ve submukozanın kese şeklinde ve çok sayıda herniasyonu olarak tanımlanır.Otopsi serilerinde % 0.3 ile 1.3 arasında rastlanır.Genellikle asemptomatik seyredir; fakat çok az bir kısmında divertikülozise bağlı komplikasyonlar gelişebilir.Jejunal divertikülozise bağlı intestinal obstruksiyon gelişen olgumuz eşliğinde nadir olarak görülen bu durumu sizlere sunmayı amaçladık.

**Olgu:**

67 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 gündür devam eden karın ağrısı ve kusma şikayetiyle acile başvurdu.Fizik muayenede, karın distandı ve yaygın hassasiyet mevcuttu.Beyaz küresi yüksekti.Hastanın 1 yıldır yemeklerden sonra hazımsızlık şikayeti mevcuttu.Karın grafisinde ince barsak düzeyinde yaygın hava sıvı seviyesi mevcuttu.Batın tomografisinde ince barsaklarda dilatasyon ve yaygın ince barsak divertikülleri vardı.Hastanın şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine hasta ameliyata alındı.Jejunal seviyede çok sayıda dev divertikül mevcuttu(Resim 1).Jejunal seviyede adhezyon bandı tespit edildi ve bandın proksimalinde kalan ince barsak segmentlerinin ileri derecede dilate olduğu görüldü.Adezyon bandı eksize edildi ve pasajın rahatlıkla yapılabildiği görüldü. Karın içerisinde başka bir patolojiye rastlanmadı. Ameliyat sonrasında hastanın gaz gayta çıkışı mevcut olup hasta postoperatif 7. gün taburcu edildi.

**Sonuç:**

İnce barsak divertikülozisi nadir bir durumdur ve yaklaşık %80 oranında jejunumda görülür. Jejunal divertikülozis, ilk kez 1794 yılında Somerling tarafından tanımlanmıştır ve olguların yarısından fazlası asemptomatiktir.Asemptomatik olgular, rutin kontrastlı tetkiklerde yada başka nedenlerle yapılan laparotomi veya laparoskopide rastlantısal olarak tespit edilir.İnce barsak divertikülozisi genellikle yaşlılarda ve erkeklerde daha sık görülür.İnce barsak divertikülozisinde etiyoloji tam olarak bilinmemekle birlikte, ince barsak düz kaslarındaki motor bozukluk suçlanmaktadır. Jejunal divertikülozisli hastaların büyük bir kısmında yemeklerden sonra hazımsızlık şikayetleri ortaya çıkar; fakat sadece %10'unda obstruksiyon,kanama,diverti külit ve perforasyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. Jejunal divertikülozisteki obstruksiyonların %2.3 ile 4.6'sına ise cerrahi müdahale gerekebilir.Tanı aşamasında

karın grafisi,baryumlu enema çalışmaları ve karın tomografisi gibi çeşitli tetkiklerden yararlanır.Jejunal divertikülozisin tedavi şekli hastalığın semptomlarına göre belirlenir. Perforasyon, kanama,obstruksiyon gibi komplikasyonlarda acil cerrahi müdahale gerekebilir; fakat asemptomatik hastalarda cerrahiye gerek yoktur. İnce barsak divertikülozislerinde klinik semptomlar non-spesifik olduğu için zamanında tanı koymak güçtür; fakat mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek için erken tanı şarttır. Bu tip olguları atlamamak için, akut ve kronik karın semptomları olan hastalarda ayırıcı tanıda ince barsak divertikülozisi de akılda bulundurulmalıdır.

**P76****Abdominal Kompartman Sendromu Riski Olan Hastalarda Bogota Bag Uygulamalarımız**

Erdem Sarı, Erdiç Kamer, Serkan Karaisli, Taner Akgüner, Mustafa Peşkersoy  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:**

Peritonitlerde gelişen paralitık ileusa bağlı gerginlik ve intraabdominal sıvı birikimi, intraabdominal hipertansiyona neden olur. Bunun sonucu organizmada başta kardiyovasküler ve renal sistem olmak üzere birçok fizyolojik denge olumsuz etkilenir. Bu da zaten kritik olan hastanın multiorgan yetmezliğine gidişini kolaylaştırır. Çalışmamızda intraabdominal sepsis nedeniyle tedavi edilen bazı olgularımızda uyguladığımız geçici kapama yöntemlerinden biri olan "Bogota Bag" tekniği ile ilgili tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4.Genel Cerrahi Kliniği olarak 2003-2013 yılları arasında sekonder peritonit nedeniyle opere edilen ve bogota bag uygulanan hastaları retrospektif olarak inceledik.

**Bulgular:**

Olguların 9'u erkek (%56), 7'si kadındı (% 44). Ortalama yaş 53.6 idi. Oluşan intraabdominal enfeksiyonun nedeni 10 (%62.5) olguda gastrointestinal perforasyon sonrası gecikmiş yaygın peritonit, 2 (%12.5)olguda ise postoperatif peritonit, 3 (%18.7) olguda şiddetli pankreatit ve 1 (%6.2) olguda ateşli silah yaralanmasına bağlı organ yaralanması idi. Bogota bag uygulanan hastaların cildi %75 i deri grafiti ile (VAC uygulamalı yada uygulamasız), %25 i ise primer kapatıldı.Fasia tamirleri ikinci bir seasta greft konularak yapıldı. Litaratürde bogota bag uygulanan hastalarda primer fasya kapatılması %59-%80 olguda yapılabildiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda yaşayan hastaların %12 si hastalar yattığı süre içinde primer fasya kapatımı uygulanabilmiştir.

**Sonuç:**

Sekonder peritonitli hastaların karın içi enfeksiyonlarının kontrolünde birçok cerrahi yöntem uygulanmaktadır. Bogota Bag dışındaki geçici kapatılması yöntemlerinden özellikle geçmişte yaygın olarak uygulanan sütür ya da cerrahi aletlerle sadece cildin kapatılması yeterli dekompresyon sağlayamamaktadır. Bu hastalarda abdominal kompartman

*Antalya*

sendromu gelişme riski yüksektir. Kolay ve sıklıkla tercih edilen bir teknik olan bogota bag uygulaması aynı zamanda da maliyet uygun bir yöntemdir.

## P77

### Kolorektal Kansere Sekonder Gelişen Kolokolik İnvajinasyon

Ebubekir Gündes, Ahmet Tekin, Murat Çakır, Tevfik Küçükkartallar

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya*

#### Amaç:

İnvajinasyon erişkinlerde nadir olup, % 85'den fazla çocukluk çağında görülmektedir. Çocuklarda barsak tıkanmalarının en sık sebeplerinden biri olan invajinasyon genellikle idiyopattır. Hastalığa özgü bulgularının olmaması ve şikayetlerin değişken olması nedeniyle preoperatif dönemde tanısının konması oldukça zordur. İnvajinasyon genellikle ödematöz veya hipertrofiye olmuş ve genişlemiş peyer plaklarından kaynaklanmaktadır. Benign sebepler adenomatöz polip ve lipomlardan meckel divertikülü gibi yapısal bozukluklara kadar çeşitli sebepler olabilmektedir. Malign sebepler arasında adenokarsinoma, lenfoma ve metastatik hadiseler yer almaktadır. Yetişkin intusepsiyonlarının tümör kaynaklı olanlarında özellikle kalın barsak lokalizasyonunda ise %84 den fazlası adenokarsinom olmaktadır. Bu çalışmada büyük malign bir polip dokusunun neden olduğu erişkin invajinasyon vakası literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilmiştir.

#### Olgu:

Altmış beş yaşında erkek hasta, bir haftadır aralıklı karın ağrısı ve makattan kırmızı renkli kanama yakınmaları ile acil serviste görüldü. Yapılan fizik muayenesinde; genel durumu ortaydı. Karın muayenesinde, minimal distansiyon, sol alt kadranda hassasiyet ve kitle saptandı. Rektal tuşede rektum boş olup hemakezyası mevcuttu. Ateşi, 36,3 °C olarak ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde: CRP: 25 mg/L, Beyaz küre: 14200 /mm<sup>3</sup> ve Hemogloblin:10,8 g/dL olup biyokimya değerleri ise normaldi. Ayakta düz karın grafisinde, hava-sıvı seviyeleri vardı. Hastaya yapılan batın tomografisinde; invajinasyona ait olabilecek target görünümü izlendi. Hastaya sıvı-elektrolit replasmanı yapılarak operasyona alındı. Operasyonda, göbek üstü altı median insizyonla batına girildi. Yapılan eksplorasyonda batın içerisinde asit yoktu. Eksplorasyona devam edildiğinde sigmoid kolona uyan alanda kolo-kolik invajinasyon saptandı. Palpasyonda invajinasyona büyük bir kitlenin sebep olduğu saptanması üzerine manüel redüksiyon denenmedi. Anterior rezeksiyon işlemi uygulandı. Piyes açıldığından invajinasyona 8x5 cm boyutlarında dev polipoid bir kitlenin sebep olduğu görüldü. Patolojik inceleme sonucunda, kötü differansiye stage 2 adenokarsinom olarak saptandı.

#### Sonuç:

İnvajinasyon primer olarak çocukluk çağı hastalığı olmakla birlikte nadir olarak %0.1 yetişkinde de görülebilmektedir. Anatomik olarak intussusceptum'un sabitlenme yerine göre (ileokolik, kolo-kolik, enteroenteral, jejunogastrik), intussusceptum'un yönüne göre (antegrade, retrograde), etiyolojik nedene göre (tümör ile ilişkili,

*VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi*

cerrahi sonrası, çeşitli nedenler ya da idiyopatik) olmak üzere birçok invajinasyon sınıflaması tanımlanmıştır. İnvajinasyon etyopatogenezi henüz tam olarak bilinmemektedir, ancak intestinal sistem lümenindeki bir irritan veya duvardaki bir lezyonun barsak peristaltizmini arttırarak invajinasyona neden olduğu düşünülmektedir. Etiyolojide rol alan faktörler göz önüne alındığında çocukluk çağında % 90 olgu idiyopatik iken erişkinlerde bu oran %10'dur. Erişkinde invajinasyon %55 ince barsak, %45 kalın barsakta meydana gelmektedir. İnce barsak invajinasyonlarında neden genellikle lipoma, leiomyoma, hemanjiom, nörofibroma, adezyonlar, meckel divertikülü, lenfoid hiperplazi, travma, Çöliak hastalığı, Henoch-Schonlein purpurası gibi benign lezyonlardır. İnce bağırsakta invajinasyona yol açan patolojiler genelde benign iken, kalın bağırsak patolojileri bizim olgumuzda olduğu gibi genellikle maligndir. Diğer en sık görülen invajinasyon nedenleri meckel divertikülü, inflamatuvar barsak hastalıkları, lenfoma, karsinoid tümör ve postoperatif invajinasyonlardır. Erişkinlerde intestinal invajinasyonlar her iki cinsiyette benzer oranlarda ve sıklıkla 6. ile 7. dekatlar arasında görülür. Olgumuz erkek olup 65 yaşında idi. Yetişkinlerde görülen intusepsiyon vakalarının sadece % 2'sinden azında pediatrik hastalarda görülen kusma, rektal kanama ve karın ağrısından oluşan klasik triad görülmektedir. Çoğu çalışmada en sık bulgu karın ağrısı ve buna eşlik eden bulantı, kusma ve konstipasyondur. Bu ağrı sıklıkla subakut; ya da kroniktir ve bir yıl ya da sonrasında obstrüktif semptomlar gelişmektedir. Erişkinlerde özellikle akut tabloyla gelen hastalarda mekanik barsak tıkanıklığı bulguları belirgindir. Kronik semptomlar belirten hastalarda ise nonspesifik bulgular görülür ve bu da tanıda zorluklara neden olur. İnvajinasyonu preoperatif dönemde tespit etmek oldukça zordur. Çünkü hastalar genellikle hastalığa özgü olmayan ileus bulguları ile müracaat etmektedir. Tanı için preoperatif dönemde ultrasonografi oldukça faydalıdır. Ultrasonografik inceleme esnasında target lezyon veya psödo kidney görünümünün olması invajinasyon lehinedir. Yapılan çalışmalar ultrasonografiye ek olarak preoperatif dönemde yapılan CT'lerin vakaların % 80'inde başarılı sonuçlar verdiğini göstermiştir. Hastamızda da BT'de invajinasyon? olarak rapor edildi. Hastamız invajinasyon ön tanısıyla ameliyata alındı, operasyonda invajinasyona sigmoid kolondaki tümöral bir kitlenin sebep olduğu görüldü. İnvajinasyonlarda yetişkinlerde önerilen tedavi kalın barsakta olanlarda malign nedenler olabileceği için segmental barsak rezeksiyonudur. Literatürlerde belirtildiği gibi biz de olgumuza segmenter kolon rezeksiyonu uyguladık. İnce barsak invajinasyonlarında malign lezyon oranı daha düşüktür ve tedavi yaklaşımı benzerdir. Rezeksiyondan önce redüksiyon denenmelidir. Bu işlem geniş barsak rezeksiyonunu ve kısa barsak sendromunu önleyecektir. Sonuç olarak erişkinde invajinasyon; çocuk yaş grubuna göre daha az görülmesine karşın, geniş bir etiyolojik yelpazesi ve değişken klinik tablosu olduğundan, özellikle akut karın tablosuyla karşılaşan her hekim ayırıcı tanıda invajinasyon tanısını da göz önünde bulundurmalıdır. Yetişkinlerde invajinasyon düşünüldüğünde bunun habis bir tümöre bağlı olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle operasyonda yapılacak rezeksiyonun onkolojik prensiplere uygun yapılması önerilir.

**P78****Nadir Acil Cerrahi Nedeni; DE GARENGEOT'S Herni**

Hamdi Taner Turgut, Murat Coşkun, Mehmet Özyıldız, Çağrı Tiryaki, Ali Çiftçi, Selim Yiğit Yıldız  
Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli

**Amaç:**

De Garengeot's herni, ilk defa 1731'de femoral herni kesesi içinde apendix bulunması olarak tanımlanmıştır. Femoral herni kesesi içinde insidental apendix bulunma sıklığı %0.9, apendisit bulunma sıklığı ise %0.08-0.13 arasındadır. Literatürde günümüze kadar 90'dan daha az vaka bildirilmiştir. Sunduğumuz olgu ile acil yaklaşımlarda De Garengeot's herninin akılda tutulması ile uygun ve erken tedavinin önemi vurgulanmıştır.

**Olgu:**

83 yaşında bayan hasta birgün önce akşam başlayan karın ağrısı, sağ kasıkta şişlik, bulantı ve kusma şikayetleri ile dış merkeze başvurusu sonrası yapılan laboratuvar tetkikleri sonrası hastanemize yönlendirilmiş. Acil'de yapılan muayenesinde genel durum orta, bilinç açık oryante ve koopere olan hastanın vital bulgularında arteriyel tansiyonu 100/70 mmHg, nabız 98/dk, solunum sayısı 16/dk, ateşi 36,7 santigrat derece idi. Batın muayenesinde geçirilmiş mide ve kolesistektomi operasyonlarına sekonder supraumbilikal orta hat kesi insizyonu skar izi izlendi. Batın solunuma katılıyor, barsak sesleri normoaktif olan hastada sağ inguinal bölgede strangule femoral herni ile uyumlu fiske, hiperemik, ısı artışı olan 3x3 cm'lik alan izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde lökositozu olmayan hastanın biyokimyasal tetkiklerinde patoloji yoktu. Hasta acil değerlendirmenin ardından acil şartlarda opere edildi. Peroperatif femoral herni kesesi içinde apendisit hali izlenen hastada abse yada gangren izlenmedi. Fıtık kesesi içinden apendektomi ve daha sonra V prolen mesh hernioraphi uygulanan hasta postoperatif dönemde genel cerrahi kliniğinde takibe alındı. Postoperatif dönemde insizyon hattı altı lokalizasyonda seroma gelişmesi nedeniyle yatışı uzayan hastada yara yeri enfeksiyonu gözlenmedi. Hasta postoperatif 10. günde şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:**

De Garengeot's herni oldukça nadir rastlanılan bir acil durumdur. Ayırıcı tanı için bilgisayarlı tomografi gibi ileri radyolojik tetkiklere ihtiyaç duyulmaktadır. Tedavide amaç acil müdahale ile apendektominin tamamlanması ve herni kesesinin redüksiyonu ile birlikte herninin tamiridir. Herni tamirinde prostetik mesh kullanılması tartışmalı olsa da abse ve gangren oluşmamış vakalarda literatürde uygulanmıştır. Bizde vakamızda sunduğumuz gibi acil operasyonla apendektomi sonrası herni kesesinin redüksiyonunu ve sonrasında poliprolen sentetik mesh ile herni tamirini uyguladık. Seçilmiş vakalarda prostetik mesh kullanımının morbidite ve mortaliteyi artırmadığı düşüncesindeyiz.

**P79****Apandisit Bulgularını Taklit Eden İzole Çekum Nekrozu: İki Vaka Sunumu**

Selim Temel, Serap Erel, Aziz Mutlu Barlas, Mustafa Kemal Urhan, Mehmet Esat Duymuş, Abdullah Durhan, Reha Özgüven

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

**Amaç:**

Genelde mezenter iskemi tıkayıcı tipte olup etkilenen lezyon sol kolonda, sıklıkla sigmoid kolondadır. Çekumun iskemik nekrozu iskemik kolitin oldukça nadir görülen bir alt tipidir. Acile sağ alt kadranda ağrı ve akut batın bulguları ile başvuran iki hastayı sunmak istedik.

**Olgu:**

İlk hastamız herhangi bir kronik hastalığı olmayan iki sene önce geçirdiği appendektomi ameliyatı sonrası tekrar akut batın gelişen ve re-laparotomi yapılarak çekumda izole hemorajik nekroz tanısı ile segmenter rezeksiyon uç yan anastomoz yapılan 46 yaşında bir kadın hasta idi. İkinci hasta ise hemodiyaliz sırasında şiddetli bir hipotansif atak sonrasında akut batın bulguları ortaya çıkan, spontan çekum nekrozu gelişmiş kronik böbrek yetmezliği olan 71 yaşındaki bir erkek hasta idi. Her iki hastanın acil şartlarda yapılan ameliyatlarında çekumdan 5 cm çıkan kolon tarafında, lateral duvarda yaklaşık 3 cm boyutunda nekroza giden enflame ödemli barsak dokusu tespit edilip çekum rezeksiyonu ve uç yan ileokolostomi yapıldı. Hastaların postoperatif döneminde ve birinci takip yılı sonunda herhangi bir problem gözlenmedi.

**Sonuç:**

Yalnızca çekumu tutan iskemik kolit oldukça nadir olup Tip 1 grubunda kendiliğinden bir sebebe bağlı olmadan, Tip 2' de ise çekal iskemi travma yada diyaliz sonrası hipotansiyona bağlı oluşabilmektedir. Sağ iskemik kolit ender görülse de özellikle yaşlı diyaliz hastalarında sağ alt kadranda ağrısı ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

**P80****Nadir Bir Gastrointestinal Kanama Nedeni: Aortoenterik Fistül**

Abdullah Durhan<sup>1</sup>, Aziz Mutlu Barlas<sup>1</sup>, Mustafa Kemal Urhan<sup>1</sup>, Selim Temel<sup>1</sup>, Hasan Atilla Keskin<sup>2</sup>, Mehmet Esat Duymuş<sup>1</sup>, Fatih Aslan<sup>1</sup>, Murat Bağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:**

Aortoenterik fistül aortik anevrizma ile barsak lümeni arasında spontan olabildiği gibi prostetik implantlar ile anevrizma tedavisi sonrası sekonder olarak da gelişebilir. Sekonder aortoenterik fistül abdominal aorta anevrizması sonrası gelişen önemli bir gastrointestinal kanama nedenidir. Cerrahi tedavi hemen yapılmazsa mortalite oldukça yüksektir. Endovasküler anevrizma onarımı (EVAO) sonrası da bu komplikasyon meydana gelebilmektedir. EVAO sonrası gelişen sekonder aortoenterik fistülün nadir bir tipi olan aorta-sigmoid fistülün cerrahi tedavisi sunuldu.



**Olgu:**

Acil polikliniğinden hemotekazy ve karın ağrısı nedeni ile dahiliye kliniğine devredilen 48 yaşında kadın hastanın 5 yıl önce dış merkezde aort anevrizması nedeni ile EVAO uygulandığı öğrenilmiştir. Dahiliye kliniğinde 17 gün takip edilen hastaya çok sayıda kan transfüzyonları yapılmıştır. Kolonoskopide kanama odağı tespit edilemedi. Yatışından iki hafta sonra yapılan kolonoskopide 20.cm lezyon dieulafoylu lezyonu tespit edilip skleroterapi ile kontrol sağlandığı belirtilmesine rağmen hastanın kanamasının artması ve hemodinamisinin bozulması üzerine konsülte edildi. Hasta acil olarak ameliyata alındı. Gözlemlerde sigmoid kolon ve ve aorta arasında fistül olduğu gözlemlendi. Fistülün aortadaki stent greftin migrasyonu nedeniyle olduğu tespit edildi. Sentetik greft eksize edildi, PTFE greft ile sağ aksillofemoral ve femorofemoral bypass işlemi uygulandı. Multiorgan yetmezliği nedeni ile hasta postoperatif birinci gün kaybedildi.

**Sonuç:**

Aorta enterik fistül aort cerrahisinin ender ve hayatı tehdit eden komplikasyonlardandır. Erken tanı hayat kurtarıcı önem taşımaktadır. Aortik endoprotezi olan hasta gastrointestinal kanama ile veya sepsis bulguları ile başvurduğunda fistül varlığı göz önünde bulundurulmalıdır.

**P81****Sol Amyand Herni: Nadir Bir Olgu**

Burak Veli Ülger, Abdullah Oğuz, Eyüp Öner, Enver Ay, Sadullah Girgin

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Diyarbakır

**Amaç:**

Amyand Herni'si ilk kez 1736'da Kral II. Geroge'un cerrahi olan Claudius Amyand tarafından tanımlanmıştır. Fıtık kesesinin içinde Appendiks vermiformis'in bulunduğu inguinal herni olarak tarif edilmiştir. Inguinal hernilerin %1'inin Amyand Hernisi olduğu saptanmıştır. Appendiks'in sağ yerleşimli olması, ayrıca inguinal hernilerin de daha çok sağ tarafta oluşması nedeniyle, Amyand hernileri'nin çoğu sağ tarafta görülür. Vakaların ancak %0,13'ünde appendiks'in enflame olduğu saptanmıştır. Bu vakaların preoperatif tanısı oldukça zordur ve inkarsere veya strangule herni ile karışabilmektedir. Biz, kliniğimize sol inguinal herni tanısıyla yatırılan ve operasyon esnasında Amyand Hernisi tanısı konulan bir vakayı sunacağız.

**Olgu:**

Yetmiş dört yaşında bir erkek hasta, sol kasıkta beş yıldır olan, son iki aydır büyüyen ve ağrıya neden olan şişlik şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Sol inguinal herni tanısıyla ameliyat edilen hastanın, indirekt fıtık kesesinin içinde Appendiks vermiformis'in olduğu izlendi. Preoperatif çekilen Akciğer grafisinde kalp gölgesi ve mide fundus gazı hastanın sol tarafında izlendiği için situs inversus olmadığı düşünüldü. Sol tarafta Amyand herni oluşması çekumun aşırı mobilize olmasına bağlandı. Appendiks normal görünümde idi. Appendiks redukte edilip, hernisi mesh ile onarıldı. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi.

**Sonuç:**

Amyand Hernisi tanısını koymak zordur. Çoğu vakada,

appendiks ancak kese açıldıktan sonra fark edilir. Eğer appendiks enflame ise, inkarsere veya strangule fıtıkla karışabilir, veya akut skrotum tablosu oluşturabilir. Tedavisinin düzenlenmesi amacıyla yaptıkları sınıflamada, Losanoff ve ark., Amyand hernisini 4 tipe ayırmışlardır. Bu sınıflamaya göre Tip 1 hernilerde appendiks normal, Tip 2 hernilerde akut appendisit mevcut ancak enflamasyon kesede sınırlı, Tip 3 hernilerde akut appendisit peritonit'e neden olmuş, Tip 4 hernilerde ise, akut appendisit ile beraber başka abdominal patolojiler de mevcuttur. Bizim hastamızın Tip 1 hernisi vardı. Bu grup hastalar için, hastanın yaşına ve komorbiditesine göre, ya reduksiyon veya appendektomi, sonrasında mesh ile fıtık onarımı önerilmektedir. Ancak, sol taraftaki Amyand herniler için, ileride akut apandisit oluşursa tanısı atlanabileceğinden, appendektomi öneren yazarlar da vardır. Bizim hastamızda, sol Amyand hernisi vardı ve appendiks enflame değildi. Biz, hastanın 74 yaşında olmasını göz önüne alarak, akut apandisit gelişme ihtimalinin nisbeten az olduğu düşüncesiyle appendektomi yapmadık. Fıtığı için mesh ile onarım ihtiyacı olan hastada, kontaminasyon riski de, appendektomi yapmamamızın diğer bir nedeniydi. Nadir görülen bir fıtık olduğu gibi, preoperatif tanısının da çok zor olması nedeniyle, Amyand hernileri'nin tanısı çoğu zaman ancak ameliyat sırasında konulmaktadır. Bu yüzden tedavi yöntemine de ameliyat sırasında karar vermek gerekmektedir. Tedavi yönteminin seçiminde, Appendiks'in enflame olup olmadığı, hastanın yaşı ve komorbiditesinin olup olmadığı gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

**P82****Konjenital Geniş Mezenter Defektine Bağlı İleum Volvulusu: Nadir Bir İntestinal Obstrüksiyon Nedeni**

Canan Genç Tekin, Rıza Kutaniş, Fatih Çelebi, Barış Sana, Hüseyin Bilge, Merve Tokoçin

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Ender görülen konjenital mezenter defektine bağlı ileum volvulusu sebebiyle intestinal obstrüksiyon tablosuyla başvuran hastanın klinik değerlendirmesini ve cerrahi yaklaşımını sunmayı amaçladık.

**Olgu:**

17 yaşındaki kaşektik görünümlü hasta acil servise 3 gün önce başlayan yaygın karın ağrısı, kusma ve gaz gaita çıkaramama şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde akraba evliliğinden prematüre doğum tespit edildi. Geçirilmiş abdominal operasyon hikayesi yoktu. Hastanın iştahsızlık ve ara ara kusma şikayetleri vardı, taşikardik ve hipotansifti. Fizik muayenesinde batın distandüydü, tüm kadrandalarda hassasiyet mevcuttu. Nazogastrik aspirasyonda 1500 ml intestinal mayii geldiği gözlemlendi. Laboratuvar incelemesinde WBC:18.000 mm<sup>3</sup>, CRP:157 mg/L'ydi. Üre, kreatinin değerlerinde artış ve elektrolit imbalansı (Na:130 mmol/L, K:6.6 mmol/L) gözlemlendi. ADBG'sinde ince bağırsak tipi hava sıvı seviyeleri vardı. Kontrastlı batın BT'si; batın sağ orta kadranda mezenterik bölgede volvulus ile uyumlu girdap bulgusu olarak raporlandı. İntestinal obstrüksiyon ve ince bağırsak volvulusu ön tanısıyla sıvı replasmanı sonrası

acil operasyona alındı. Eksplozasyonda tüm ince bağırsak segmentlerinin dilate ve ödemli olduğu gözlemlendi, çekum mobildi, halka tarzında geniş bir mezenter defektinin olduğu ve tüm ince bağırsakların superior mezenterik ven ve arter etrafında çember şeklinde dizildiği görüldü. Çemberin ortası tamamen boştu. Ek olarak terminal ileumun ileoçekal valvin 15 cm proksimalinde kendi etrafında saat yönünde 360 derece 3 defa döndüğü gözlemlendi. Detorsiyon sonrası ince bağırsaklarda iskemi, nekroz, perforasyon gibi geri dönüşsüz değişiklikler olmadığı için herhangi bir rezeksiyon yapılmadı. Mezenter defekti 2/0 nonabsorbabl materyal ile tamir edildikten sonra retorsiyonu engellemek için literatürde nobble operasyonu olarak adlandırılan prosedürle ince bağırsaklar seromuskuler dikişlerle doğal ans yapısını yeniden oluşturmak için akordion şeklinde fikse edildi. Postoperatif izlemi sorunsuz seyretti ve hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi.

#### Sonuç:

Nadir görülen konjenital mezenter defekti (%0.1) %70 oranında ince bağırsaklarda olmakla birlikte, %53'ünü ileoçekal bölümündeki defektler oluşturur. Bu defektler sıklıkla küçük olmakla birlikte çok nadir de olsa bu olgudaki gibi büyük defektler de görülebilmekte, tanı genellikle radyolojik olarak konulmaktadır. Olgumuzda da klinik gözlem ve çekilen bilgisayarlı tomografideki girdap görünümü bize ince bağırsak volvulusunu düşündürdü. İntestinal obstrüksiyon bulguları nedeniyle sıvı ve elektrolit replasmanını takiben hasta acil operasyona alındı. Literatürde cerrahi tedavi; zamanında laparotomiyle rezeksiyondan kaçınma, detorsiyon, mezenter defektinin tamiri olarak tartışılmaktadır. Olgumuzda da bu işlemlere ilaveten yeniden torsiyonu engellemek amacıyla nobble operasyonu (ince bağırsakların fiksasyonu) yapılmıştır. Preoperatif tanısı zor olan bu durum klinikte çok nadir de olsa karşımıza çıkmaktadır. Anamnezinde ara ara intestinal obstrüksiyon bulguları olan, geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü olmayan genç hastalarda mezenterik defekt ve buna bağlı volvulus akılda tutulmalı, teşhiste batın tomografisinden faydalanarak gecikmeden cerrahi girişim yapılmalıdır. Akut duruma neden olan patolojinin düzeltilmesiyle birlikte volvulusun tekrarlamasını engelleyecek prosedürler eklenmelidir.

#### P83

### Nadir Rastlanan Bir İnvajinasyon Vakası: Terminal İleum ve Meckel Divertikülünün Çıkan Kolona İnvajinasyonu

Ramazan Yıldız, Murat Urkan, Yaşar Subutay Peker, Taner Yiğit, Abdurrahman Şimşek, Yusuf Peker  
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

#### Amaç:

İnvajinasyon genelde çocukluk çağı hastalığı olup yetişkinlerde nadirdir. Meckel divertikülü invajinasyonu ise her iki grupta da oldukça nadirdir. Bu vaka sunumunda terminal ileum ve meckel divertikülünün çıkan kolona invajine olduğu (enterokolik invajinasyon) hastayla ilgili tecrübelerimizi paylaşmayı hedefledik.

#### Olgu:

17 yaşında bayan hasta karın ağrısı ve bulantı ile kliniğimize

başvurdu. Ağrı sağ alt kadranda lokalize olarak değerlendirildi ve fizik muayenede ele gelen kitle hissedildi. Ayakta direk batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri tespit edildi. Beyaz küre ve D-Dimer seviyeleri anlamlı olarak yüksek tespit edildi. Abdominopelvik tomografi ile plastrone appendisit ötanısı kondu ve laparotomi uygulandı. Eksplozasyon sonrasında terminal ileum ve meckel divertikülünün çıkan kolona invajine olduğu görüldü. Redüksiyon zorlu olduğu için ve nekroz olduğu için, hastaya terminal ileum ve çekal rezeksiyonla birlikte, ileokolik anastomoz yapıldı.

#### Sonuç:

Enterokolik invajinasyon, invajinasyon tiplerinden birisidir ve aynı zamanda meckel divertikülünün komplikasyonudur. Yetişkinlerde intussepsiyonun en sık nedeni maligniteler olsa da, genç yetişkinlerde meckel divertikülü gibi benign etiyojiler de akılda bulundurulmalıdır.

#### P84

### Fdg Pet Görüntülemeye Metastazı Taklit Eden Sütüre Karşı Gelişmiş Granulom Olgusu

Mustafa Özsoy<sup>1</sup>, Bahadır Celep<sup>1</sup>, Ahmet Bal<sup>1</sup>, Taner Özkececi<sup>1</sup>, Mustafa Kalkan<sup>1</sup>, İlyas Özardal<sup>3</sup>, Kasım Demir<sup>2</sup>, Sezgin Yılmaz<sup>1</sup>, Yüksel Arıkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Afyon

<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği, Afyon

<sup>3</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Kliniği, Afyon

#### Amaç:

Kolorektal kanser, kansere bağlı ölüm nedenleri sıralamasında halen ilk üçteki yerini korumaktadır. Hastaların sağ kalım sürelerini etkileyen birden fazla etken bulunmakla birlikte cerrahi rezeksiyonun başarısı ve tümörün tanı anındaki yayılım derecesi en bilinenleridir. Tümörün yayılım derecesini ve cerrahi tedavi sonrasında hastaların takiplerinde görüntüleme teknikleri en fazla faydalanılan yöntemdir. Bilgisayarlı tomografi (BT) tanı ve takipte sıklıkla kullanılmasına rağmen halen takip döneminde yeterli etkinliğe sahip değildir. Son yıllarda bu boşluğu Pozitron Emisyon Tomografi (FDG-PET) doldurmuştur. Kanser hücrelerinin artmış glikoz kullanması prensibinden yola çıkan PET ve PET/CT özellikle rekürren veya metastatik kolorektal kanserli olguların izleminde ve tedaviye yanıtlarının takibinde oldukça sık kullanılmaktadır. Bu makalede sütüre karşı yabancı cisim reaksiyonunun PET/CT' de aktivite tutarak metastatik hastalığı taklit etmesinden kaynaklanan agresif cerrahi uygulanmış olgu sunmak amaçlanmıştır.

#### Olgu:

57 yaşında erkek hasta, barsak alışkanlığındaki değişiklikler nedeniyle tetkik edilirken sigmoid kolonda lümeni tama yakın tıkayan tümör saptanmış. Uzak organ metastazı saptanmayan hastaya 13 ay önce küratif anterior rezeksiyon operasyonu uygulanmış. Serum karsinoembriyonik antijen cerrahinin arkasından 50 ug/L den 0,9 ug/L değerine düşmüş. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesinde tümörün serozaya ulaştığı (T4) ve diseke edilen 10 adet lenf nodunun 3'ünde (N1) metastaz saptanmış. T4N1Mo olarak kabul edilen hastaya adjuvan kemoterapi (5-Fluorouracil, Lökoverin ve Oxaliplatin) verilmiş. Adjuvan kemoterapisi tamamlanan hastanın kontrollerinde CEA değerinde yükselme (CEA 10



ug/L) saptanmış. 13 ay boyunca asemptomatik olan hastada CEA yüksekliğini açıklamak amacıyla karın tomografisi ve kolonoskopi incelemesi yapıldı. Kolonoskopide anastomoz hattı ve terminal ileuma kadar diğer kolon segmentleri olağan olarak saptandı. Karın tomografisinde ise sol ana iliak damar üzerine oturmuş 10 \* 8 mmlik lenf nodu dışında patolojik bulguya rastlanmadı (Resim 1). Bu bulgular ışığında hastaya PET/CT çekilmesine karar verildi. PET/CT'de sadece sol iliak damar üzerine oturmuş lenf nodunda aktivite tutulumu olduğu saptandı. (SUV mak. 3,3) Lenf nodundaki aktivite artışı metastatik hastalık olarak değerlendirilerek operasyona karar verildi. Eski insizyondan karına girildiğinde lokal nüks veya uzak organ metastazına ait bir bulguya rastlanmadı. Preoperatif tarif edilen lokalizasyondaki tüm lenf nodları temizlendi (Resim2). Hastada ameliyat sonrası majör cerrahi sorunla karşılaşılmadan şifa ile taburcu edildi. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesinde sütür materyaline karşı oluşmuş yabancı cisim reaksiyon dokusu saptadı ve herhangi bir tumoral infiltrasyona rastlanmadı (Resim 3).

#### Sonuç:

Malign olguların takibinde benign nedenlerinde de FDG tutulumu göstererek FDG PET/BT de nüks veya metastatik hastalığı taklit edebileceği akılda tutulmalıdır. Benzer tabloda başvuran hastalarda cerrahi kararı verilmeden önce hastadan ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Gerektiğinde tomografi bulguları gözlen geçirilmeli ve mümkünse biyopsi alınarak tanı doğrulanmalıdır.

#### P85

### Fournier Gangreni: 38 Olgunun Cerrahi Tedavisinde Sonuçlarımız

Bahadır Celep<sup>1</sup>, Mustafa Özsoy<sup>1</sup>, Taner Özkeçeçli<sup>1</sup>, Ahmet Bal<sup>1</sup>, Osman Öztürk<sup>1</sup>, Ogün Erşen<sup>1</sup>, Kasım Demir<sup>2</sup>, Sezgin Yılmaz<sup>1</sup>, Yüksel Arıkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Afyon  
<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği, Afyon

#### Amaç:

Fournier gangreni, genital bölgenin ve perinenin nadir görülen, acil müdahale edilmediği takdirde ölümcül olabilen nekrotizan fasiittir. Fournier gangreninde mortalite oranları %70'lere kadar çıkabilmektedir. Neden olan mikroorganizmalar ürogenital ve kolorektal florayı oluşturan bakterilerdir. Kültürlerde en sık izole edilen ajanlar Escherichia coli, streptokoklar, stafilokoklar ve proteustur. Hastaların çoğunda malnütrisyon, hipertansiyon ve obesite gibi eşlik eden ko-morbiditeler mevcuttur. Bu çalışmamızda kliniğimizde opere edilen fournier gangreni tablosundaki hastaları sunmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmaya Haziran 2004 ile Kasım 2012 yılları arasında Afyon Kocatepe Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde tedavi edilen ve verilerine tam olarak ulaşılabilen 38 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verilerinin yanı sıra eşlik eden hastalık, hastalığın primer başlangıç yeri, şikâyetlerin ortalama süresi, kültür sonuçları, uygulanan cerrahi prosedürü ve sayısı ile mortalite oranları retrospektif olarak incelendi.

#### Bulgular:

Çalışmaya dâhil edilen 38 hastanın 24'ü (%63) erkek, 14'ü (%37) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 56,5 (min:29 mak: 81) dir. 38 hastanın 20'sinde (%52,6) daha önce tanı konmuş sistemik hastalık hikâyesi mevcut idi. Eşlik eden ko-morbiditeler içerisinde en sık diabetes mellitus saptandı. 21 hastada (%55) primer odak genital bölge iken 17 hastada (%45) perine olarak bulundu. Şikâyetlerin başlangıcından doktora başvuruncaya kadar geçen süre ise ortalama 3 gündü. Hastalara hastanede yattığı süre boyunca en az 3 kez debridman uygulanmıştır. En fazla debridman sayısı ise 36 olarak saptanmıştır. Bunun yanında 17 hastaya diversiyon amaçlı kolostomi açılmıştır. Kültürde en fazla saptanan mikroorganizmalar E.coli ve S. aerus olmuştur. Hastaların 18'ine (%47) kan replasmanı uygulanırken; ortalama hastanede kalış süresi 24 gündür. 10 hasta sepsis ve multiorgan yetmezliğine bağlı kaybedilmiştir. Mortalite oranımız % 26,3'tür.

#### Sonuç:

Fournier Gangreni yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip acil cerrahi uygulanması gereken bir hastalıktır. Radikal cerrahi debridman tedavinin temel taşı olmasına rağmen yoğun bakım desteği, ciddi antibiyotik tedavisi, parenteral besleme diğer öğelerdir. Mortalite ve morbidite oranları ancak multidisipliner çalışma koşulları sağlanırsa düşürülebilir.

#### P86

### Sağ Kolon Tümörünü Taklit Eden Bir Psödotümör Olgusu

Murat Karakahya<sup>1</sup>, Sevil Işık<sup>1</sup>, Nazan Aksoy<sup>2</sup>, Köksal Bilgen<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Ordu  
<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Ordu

#### Amaç:

Akut apandisit ön tanısıyla acil laparotomi yapılan ve sağ kolonda kitle saptanarak sağ hemikolektomiye gidilen bir olgunun sunumu ve ayırıcı tanısının tartışılması amaçlandı.

#### Olgu:

Yaklaşık 2 gündür bulantı, iştahsızlık, sağ alt kadranda ağrısı olan 19 yaşındaki erkek hasta akut apandisit ön tanısıyla hospitalize edildi. Fizik muayenede batında sağ alt kadranda defans ve hassasiyet mevcuttu. Acil abdominal USG incelemesinde periappendiküler, pericekal minimal serbest mayinin ve mezenterik lenfadenopatinin eşlik ettiği, anteroposterior dış çapı 15 mm olan, non-komprese, immobil tubuler yapı olduğu saptandı, akut apandisit olarak rapor edildi. Eksplozasyonda appendiksin yaklaşık 2,5 cm kalınlığında, erektil ve hiperemik olduğu ve çekumda yaklaşık 4x4 cm boyutunda bir kitle ile devamlılık gösterdiği tespit edildi. Gözlemde en büyüğü 2 cm olan multiple mezenterik lenf nodu saptandı. Mevcut kitlenin malign olduğu düşünülerek sağ hemikolektomi yapıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir problem yaşanmayan hasta 5. gün taburcu edildi. Hastanın rezeksiyon materyalinin patolojik inceleme sonucu apendiksten çekuma yayılan mukozal ülserasyonların eşlik ettiği submukozadan serozaya kadar non-kazeifiye granülomlar ile karakterize granülatöz enfeksiyon olarak raporlandı.

**Sonuç:**

Çekum ve appendiksin psödötümörlerinin çok nadir görülmesinin yanında makroskopik olarak malign kitleler ile benzerlik göstermesi, özellikle frozen incelemesinin yapılmadığı olgularda sağ hemikolektomi gerektirebilir. Postoperatif dönemde bu hastalarda dokuda non-kazeifiye granülom oluşturan başta Crohn hastalığı, sarkoidoz, Yersinia pseudotuberculosis enfeksiyonu gibi nedenler araştırılmalıdır.

**P88****Akut Appendisit Tablosunu Taklit Eden Çekum Divertikül Perforasyonu**

Turan Acar, Ahmet Er, Kursat Yemez, Atilla Orsel, Ozcan Dere, İbrahim Kokulu

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:**

Kolon kaynaklı divertiküller sigmoid kolonda antimezenterik yüzde yerleşirler. Toplumda oldukça sık görülür. Buna mukabil, çıkan kolonda veya çekumda divertikül görülmesi nadirdir. Sağ kolon divertiküllerinden gelişen inflamasyon, klinikte kendini ates, sağ alt kadranda ağrısı, periton iritasyonu bulguları ve lokostoz ile gösterir. Bu tablo hemen her klinisyene ilk anda akut apandisit düşündürür. Gerçek patolojinin tanısı coğunlukla ameliyat esnasında konur. Bu yüzden bu tür olguların daha dikkatli incelenmesi gerekmektedir.

**Olgu:**

45 yaşında erkek hasta. Daha öncesinde operasyonu ve kronik hastalığı yok. Hasta 3 gündür karın ağrısı, bulantı kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda defans, rebound saptandı. Lokostozu mevcut. USG de; batın sağ alt kadranda bağırsak ansları arasında sıvama şeklinde serbest sıvı mevcut. Bu bulgularla hasta acil operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda appendiksin sağlam olduğu, çekum antimezenterik yüzde divertikül perforasyonu bulunduğu ve bu alandan plastrona neden olmuş apse formasyonunun bulunduğu gözlemlendi. Bu halde hastaya sağ hemikolektomi ve ileotransverstomi yapıldı.

**Sonuç:**

İzole çekum divertikülleri nadir görülen bir lezyon olması ve tanı açısından taşıdığı zorluklar nedeniyle sağ alt kadranda ağrısıyla gelen hastalarda ayırıcı tanıları içerisinde olmalıdır. Uygulanacak cerrahi yöntem, olgunun durumu ve ameliyat bulguları değerlendirilerek karar verilmelidir.

**P89****Anal Stenozda İlerletme Flepleri Kullanarak Tedavi; Üç Vakanın Sunumu**

Yaşar Subutay Peker, Mustafa Tahir Özer, Ali Harlak, Hüseyin Sinan, Sezai Demirbaş, Orhan Kozak, Yusuf Peker  
*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:**

Anal stenoz genellikle anal ölgeye uygulanan cerrahi girişimlerden sonra ortaya çıkan bir komplikasyon olarak görülür. Stenozun durumuna ve cerrahın tercihinine göre; diamond, house ve V-Yplasti gibi farklı teknikler uygulanabilir. Bu çalışmanın amacı; hemoroidektomi sonrası anal stenoz

gelişmiş olan 2 hastada ve anal kondilom nedeniyle geniş ekzizyon yapılan ve postoperatif anal stenoz oluşma riski olan 1 hastada uygulanan farklı flep tamir yöntemlerini literatür bilgisi ışığında tartışmaktır.

**Olgu:**

Kliniğimizde 2011-2012 yıllarında 3 hastaya anal bölgeye ilerletme flebi uygulandı ve postoperatif sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Vaka 1: 1 yıl önce bir başka merkezde hemoroidektomi ameliyatı olan 42 yaşında erkek hasta defekasyon zorluğu nedeniyle müracaat etti. Muayenede anal kanal darlığı bulundu ve anal orifis çapı 9mm olarak saptandı. Transanal ultrasonografide internal ve eksternal anal sfinkterler sirküler olarak tam ve 6 mm kalınlığında ölçüldü. Hastaya bilateral diamond flep anoplasti uygulandı.

Vaka 2: 4 yıl önce hemoroidektomi hikayesi olan 21 yaşında erkek hastaya 3 yıl önce perianal abse drenajı ve 2 yıl önce perianal fistül cerrahisi uygulanmış. Zorlu defekasyon tanımlayan hastanın fizik muayenesinde anal kanal çapı 10 mm olarak ölçüldü. Transanal USG de sfinkter defekti yoktu ve hastaya tek taraflı house flep uygulandı.

Vaka 3: 22-yaşında erkek hastaya condyloma accuminata nedeniyle geniş cerrahi ekzizyon uygulandı ve sonrasında hasta anal stenoz açısından yüksek riskli olarak değerlendirilerek profilaksi amacıyla V-Y plasti uygulandı. Hastalarda postoperatif komplikasyon gelişmedi. Anal darlığı olan iki hastada anal stenoz bulguları gerilerken profilaksi yapılan hastada anal darlık gelişimi önlenildi. 6 ay sonra ki kontrol muayenelerinde de patolojik bulgulara rastlanmadı.

**Sonuç:**

Anal cerrahi komplikasyonu olarak ortaya çıkan ağır anal stenozlarda medikal tedaviye yanıt yoksa, farklı cerrahi teknikleri denenebilir. Uygulanacak cerrahi teknik hastanın mevcut durumuna ve cerrahın kendi tecrübesine bağlı olarak değişebilir. Ancak operasyon öncesi mutlaka dikkatli bir muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılarak anal sfinkterlerin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Uygun seçilmiş hastalarda anal stenozun cerrahi tedavisi başarılı sonuçlar vermektedir.

**P90****Ateşli Silahlarla Meydana Gelen Kolon ve Rektum Yaralanmalarına Yaklaşımımız**

Mustafa Uğur, Seçkin Akkücüük, Akın Aydoğan, İbrahim Yetim, Aydın Kaplan, Uğraş Daban, Muhyittin Temiz  
*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Hatay*

**Amaç:**

Ateşli silahlarla meydana gelen yaralanmalarda en sık yaralanan organların başında kolon gelmektedir. Rektum yaralanmaları ise gerek çevre yapılarıdaki yaralanmalar gerekse cerrahi yaklaşım teknikleri açısından ayrı bir önem taşımaktadır. Bu yazıda 2011-2012 yıllarında Suriye' deki iç savaş sırasında ateşli silahlarla meydana gelen kolon ve rektum yaralanmalarına yaklaşımımızı sunduk.

**Gereç-Yöntem:**

2011-2012 yılları arasında Mustafa Kemal Üniversitesi

*Antalya*

Genel Cerrahi Kliniğine Suriye' deki iç savaş sırasında ateşli silah yaralanması nedeni ile getirilen hastalardan kolon ve rektum yaralanması olan 54 hasta geriye yönelik olarak değerlendirildi. Bu hastalarda yapılan onarım şekli, kolostomi yada ileostomi açılıp açılmadığı ve mortalite değerlendirildi.

**Bulgular:**

2011-2012 yılları arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğine ateşli silah yaralanması olan toplam 116 hasta başvurdu. Bunlardan 44' ünde (%37.9) kolon, 9' unda (%7.7) rektum, 1 hastada (%0.8) hem kolon hem rektum yaralanması tespit edildi. Kolon yaralanması olan 20 hastaya (%45.4) primer onarım, 17 hastaya (%38.6) kolon rezeksiyonu ve anastomoz, 7 hastaya (%15.9) kolon rezeksiyonu ve uç kolostomi (3 hasta) yada uç ileostomi (4 hasta) yapıldı. Kolon yaralanması olan 44 hastadan 13' üne (%29,5) kolostomi, 9' una (%20.4) ileostomi açıldı. Primer kolon onarımı yapılan 20 hastadan 5' ine; kolon rezeksiyonu ve anastomoz yapılan 17 hastadan 8' ine sapırtıcı kolostomi yada ileostomi açıldı. Rektum yaralanması olan 6 hastaya rektum rezeksiyonu, 4 hastaya primer onarım yapıldı. Rektum yaralanması olan 10 hastaya da kolostomi açıldı. Kolon yaralanması olan 5 hastada erken dönemde kanama nedeni ile, 6 hastada ise geç dönemde septik komplikasyonlar nedeni ile mortalite görüldü. Rektum yaralanması olan 1 hastada erken dönemde kanama nedeni ile mortalite görüldü. Kolonla birlikte en sık yaralanan organ incebarsaklardı (25 hasta). Rektumla birlikte yaralanan en sık organ sakrum ve pelvik kemiklerde meydana gelen fraktürlerdi (6 hasta).

**Sonuç:**

Ateşli silah yaralanmalarına bağlı kolon ve rektum travmalarında mortalite başlıca kanama ve sepsise bağlı olarak görüldü. Kanama nedeniyle görülen mortalite genellikle başka organ yaralanmalarının eşlik ettiği (karaciğer, büyük damarlar, duodenum) hastalarda görüldü. Savaşın başka bir ülkede olması, hastaların kliniğimize getirilmeden önce başka sağlık merkezlerine götürülmesi gibi nedenlerle hastalar kliniğimize yaralanmadan yaklaşık 6 saat sonra getirilmiştir. Buda karın içindeki fekal kontaminasyonun artmasına neden olmuştur. Primer onarımda karşılaşılan önemli güçlüklerden birisi de yüksek hızlı savaş silahlarına bağlı olan yaralanmalarda oluşan blast etkisidir. Bu durumda primer tamir oranını düşürmüştür. Septik komplikasyonlar nedeni ile kaybedilen hastalar incelendiğinde bunlardan 1 hastada primer onarım 4 hastada rezeksiyon, anastomoz ve kolostomi açıldığı, 1 hastada ise pnömoni geliştiği görüldü. Bu da bize penetran kolon yaralanmalarında primer onarımın uygun hastalarda güvenli olduğunu düşündürmektedir.

**P91****Ahşılmadık Bir Akut Karın Nedeni: Çekal Volvulus**

*Ebubekir Gündeş, Murat Çakır, Tevfik Küçükkartallar, Ahmet Tekin*

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya*

**Amaç:**

Çekal volvulus akut intestinal obstrüksiyonun nadir bir sebebi olarak, çekum ve terminal ileumun kendi mezenterleri etrafında

*VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi*

ve aksial planda dönmesidir. Hastalığa özgü bulgularının olmaması ve çok nadir olmasından dolayı preoperatif dönemde tanısının konması oldukça zordur. Operasyon öncesi tanıda özellikle bilgisayarlı tomografi (BT) çok yararlıdır. Hastalarda başarılı tedavi, erken tanı ve zamanında yapılan müdahaleye bağlıdır. Akut karın bulgularının mevcudiyeti olan hastaya vakit geçirilmeden cerrahi işlem uygulanmalıdır. Bu çalışmada çekal volvulusa bağlı gelişen akut karın vakası literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilmiştir.

**Olgu:**

Altmış yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine iki gündür süren şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz-gaita yapamama nedeniyle başvurdu. Öz geçmişinde alkol bağımlısı olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde; genel durumu ortaydı. Karın muayenesinde, dinlemekle barsak sesleri hipoaktif olmakla birlikte yer yer metalik sesler duyulmaktaydı. Belirgin distansiyon, yaygın hassasiyet ve ribaund mevcuttu. Hastanın biyokimyasal parametreleri normal, beyaz küre sayısı ise 24000/mm<sup>3</sup> idi. Hastanın çekilen ayakta direkt batın grafisinde kolonik segmentlerde dilatasyon ve yer yer hava-sıvı seviyeleri izlenmekteydi. Yapılan BT'de ince barsak ansları belirgin dilate görünümde, yaygın hava sıvı seviyelenmeleri izlenmekte ve çekum normal lokalizasyonda olmadığı görüldü. İleoçekal bölgede batın sol üst kadran düzeyine doğru yer değiştirmiş olduğu ve mevcut tablonun çekal torsiyona bağlı olabileceği düşünülmüştür. Hastanın mevcut fizik muayene, laboratuvar değerleri ve radyolojik tetkikleri göz önüne alınarak hastaya acil laparotomi planlandı. Hastaya sıvı-elektrolit replasmanı yapılarak operasyona alındı. Operasyonda, göbek üstü altı median insizyonla batına girildi. Yapılan eksplorasyonda çekumun torsiyone, ileri derecede dilate, ödemli ve hiperemik olduğu görüldü. Çekum detorsiyone edildikten sonra anterior yüzünde geniş bir alanda nekroz olduğu görüldü. Volvulusun proksimalindeki ince barsak segmentlerde de dilatasyon olduğu gözlemlendi. Hastaya genişletilmiş sağ hemikolektomi ve ileostomi açılması işlemi uygulandı. Hastanın gerek barsak temizliğinin olmayışı, barsak duvarlarının ileri derecede ödemli olması ve hastada hipoalbuminemi olması nedeniyle anastomoz yapılmadı. **Sonuç:** Kolon volvulusu gelişmiş ülkelerde kanser ve divertiküler hastalıktan sonra 3. sıklıkta görülen kolon obstrüksiyonu sebebidir. Çekum volvulusu çekumun normal fiksasyonunun olmamasına bağlı çekum, distal ileum ve proksimal kolonun aksiyel eksen çevresinde dönmesi sonucu ortaya çıkan acil bir cerrahi durumdur. Çekal volvulus gelişim sürecinde çekal mezenterin arkadaki pariyetal periton ile uygunsuz birleşmesine bağlı anormal mobilitenin sonucudur. Literatürde, sık gerçekleştirilen sayısız ameliyatla birlikte bazı minimal invaziv işlemlerden sonra karşılaşılan nadir bir komplikasyon olarak tanımlanmıştır. Çekum volvuluslu hastalar kolonun tüm volvuluslarında olduğu gibi mekanik kalın barsak obstrüksiyonu tablosu (distansiyon, gaz-gaita çıkaramama, bulantı-kusma ve karın ağrısı) belirgindir ve barsak canlılığı bozulursa tabloya periton irritasyon bulgularında eklenir. Hastamızda kolon obstrüksiyonunu düşündürecek semptom ve bulgular mevcuttu. Çekal volvulusu direkt grafilerde saptanabilen radyolojik bulgular çekum dilatasyonu, hava-sıvı seviyeleri, ince bağırsak dilatasyonu, distal kolonda gaz görülmemesi ve dilate

çekumun yanında dilate ince bağırsak ansları saptanmasıdır. Akut karın tablosu bulunan hastalarda daha yaygın kullanılan görüntüleme yöntemi BT olduğundan çekal volvulus tanısında önemli yer tutmaktadır. Kuş gagası işareti torsiyon noktasında tıkalı ansların sivri konverjans görünümüne verilen addır. Girdap işareti iç içe geçmiş çekum ve distal ileum ansları ile birlikte şişmiş damarların yarattığı görüntü olarak tanımlanır ve girdabın sıklığının çekum rotasyonunun derecesini gösterdiği düşünülür. Bizim olgumuzda da ince barsaklarda dilatasyon ve hava sıvı seviyeleri olup ileoçekal bölgenin sol üst kadrana doğru yer değiştirmiş olduğu görüldü. BT incelemede çekum volvulusu tanısı kondu. Strangülasyon söz konusu ise rezeksiyon zorunludur. Endoskopik detorsiyonun başarı oranı düşüktür. Laparotomi ve detorsiyondan sonra rezeksiyon, çekopeksi, çekostomi ve çekostomi ile birlikte çekopeksi uygulanabilir. Rezeksiyondan sonra nüks oranı belirgin derecede düşüktür. Biz hastamıza çekumda geniş bir alanda nekroz bulunmasından dolayı sağ hemikolektomi ve ileostomi işlemi yapıldı. Geri kalan barsak duvarlarında ödem olması ve hastada hipoalbuminemi olması nedeniyle anastomoz yapmadık.

#### Sonuç:

Sonuç olarak çekal volvulus kolonik volvulusların nadir görülen bir tipi olsa da; kalın barsak obstrüksiyon bulguları ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Kolonun aşırı mobilizasyonuna izin veren uzun veya dar tabanlı mezenterle sahip olması volvulus için esas predispoze faktördür. Kolonik volvuluslu hastalarda başarılı tedavi, erken tanı ve zamanında yapılan mudahaleye bağlıdır. Akut karın bulgularının mevcudiyeti olan hastaya vakit geçirilmeden cerrahi işlem uygulanmalıdır. Cerrahi işlemde tercih edilen yöntem hastanın genel durumu, karın içerisinin kontaminasyonu ve kolonik segmentlerdeki iskemik durum göz önüne alınarak karar verilir.

#### P92

### İleus Nedeniyle Opere Edilen Tümörlerde Operasyon Sırasında ki Kontaminasyonun Post-Operatif Morbidite ve Mortaliteye Etkisi

Mehmet Abdussamet Bozkurt, Ali Kocataş, Süleyman Büyükaşık, Mehmet Karabulut, Kaplan Baha Temizgönül, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Aliş  
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### Amaç:

İleus etyolojisinde pek çok nedenin bulunduğu; ameliyat olan hastalarda genellikle bridin, ameliyat olamayan hastalarda ise tıkaçıcı tümörlerin sebep olduğu bir durumdur. Biz çalışmamızda ileus nedeniyle opere edilen hastalarda perop gelişen perforasyonun post op morbidiye etkisini inceledik.

#### Gereç-Yöntem:

Hastanemiz Acil servisine başvurup ileus ön tanısı ile operasyona alınan ve tümör saptanan 31 hasta çalışmaya dahil edildi. Operasyon sırasında perforasyon gelişen grupta, gelişmeyen grup yaş, cinsiyet, yapılan ameliyat seçimi ve post op komplikasyonlar yönünden karşılaştırıldı.

#### Bulgular:

Olguların 7'sinde perforasyon görülürken 24'ünde perforasyona rastlanmadı. Perforasyon gelişen 2 olguda yara yeri enfeksiyonu gelişirken 1 olgu mortal seyretti. Perforasyon gelişmeyen olgulardan 4 hastada mortalite, 3 hastada anastomoz kaçağı ve 4 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti.

#### Sonuç:

Operasyon sırasında perforasyon gelişmesi ile post operatif komplikasyonlar arasında ilişki bulunmasa da bu duruma aynı zamanda perforasyon gelişen hastalarda anastomoz gibi işlemlerden kaçınmakta sebep olabilir.

#### P93

### Akut Apendisit Nedeni İle Opere Edilen Hastada İnsidental Saptanan Gossipiboma

Ferudun Kaya, Yusuf Akif Akgün, Ertuğrul Ertaş, Buğra Kaptanoğlu, Aydın Demir, Abdullah Bulğurcu, Hilal Özer, Alper Doğu, Veysel Garani Soylu  
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

#### Amaç:

Gossipiboma vücut içinde yer alan, pamuk yapıdan oluşan bir kitleyi tanımlamakta kullanılan bir terimdir. En sık nedeni operasyon sırasında unutulmuş, yapısında pamuk içeren tamponlardır. Erken dönemde karın içi abse gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmekle birlikte, yıllarca asemptomatik kalıp yalancı tümör görüntüsü vererek insidental olarak da saptanabilir. Biz bu yazımızda yaklaşık 3 gündür karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile acil servise başvuran, 2 yıl önce sezaryen operasyonu geçiren 23 yaşında kadın hastada apendektomi esnasında insidental olarak gossipiboma saptanan hastayı sunuyoruz.

#### Olgu:

Yirmüç yaşında kadın hasta acil servise üç gündür olan karın ağrısı, bulantı ve iştahsızlık şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Öyküsünde; iki yıl önce sezaryen operasyonu dışında sistemik bir hastalığı olmadığı öğrenildi. Laboratuvar testlerinde hafif lökositoz ve nötrofil dışı anormallik yoktu. Hastaya direkt batın grafisi ve bunu takiben abdominal ultrasonografi yapıldı. Batın grafisinde herhangi bir bulguya saptanmadı. Yapılan abdominal ultrasonografide; sağ alt kadranda mezenter eko artışı ve çekum duvarında kalınlık artışı izlenmiş olup, paraçekal alanda ödematöz görünüm ile en geniş yerinde 22x10 mm ölçülen mayi koleksiyonları izlenmiştir. Mevcut klinik ve radyolojik bulgularla hastaya akut apandisit ön tanısı ile laparotomi kararı alındı. Eksplozasyonda apendiks hiperemik ödemli ve flegmoneydi. Hastaya apendektomi yapıldı. İleoçekal valvden yaklaşık 30-40 cm proksimalde ince barsaklar arasında yaklaşık 10x15 cm' lik kapsüle kitle mevcuttu. Kitle barsak arasında keskin ve küt disseksiyonlar ile ayrıldı. Kitle açıldığında içinde reaksiyonel mayi ve tampon saptandı, çıkartılarak operasyona son verildi. Hastanın postoperatif takibinde komplikasyon gelişmedi ve ikinci gün taburcu edildi. Dokunun histopatolojik değerlendirmesi lenfoid hiperplazi gösteren apendiks dokusu ve yabancı cisim tipi iltihabi granülasyon dokusu olarak rapor edildi.



Antalya

**Sonuç:**

Gossipiboma vücut içinde yer alan, pamuk yapıdan oluşan bir kitleyi tanımlamakta kullanılan bir terimdir. Karın içi cerrahi girişim sonrası 1/3000-1/5000 arası değişen oranlarda görülebileceği bildirilmekle birlikte yasal, tıbbi sorunlar ve bazı hastaların asemptomatik olabilmeleri nedeniyle bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmektedir Erken dönemde karın içi abse gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmekle birlikte, yıllarca asemptomatik kalıp yalancı tümör görüntüsü vererek rastlantısal olarak da saptanabilir. Önerilen tedavi seçeneği cerrahi olmakla birlikte asıl önemli nokta, hataya düşmemek için gerekli önlemleri almaktır. Ameliyata başlamadan önce tampon ve kompres sayımı tam olarak yapılmalıdır. Ameliyat esnasında işaretiz tamponların kullanılmamasına dikkat edilmelidir. Ameliyat personeli değişiklik sırasında sayım konusunda uyarılmalıdır. Kesi kapatılırken cerrah, kullanılan tüm tampon ve kompreslerin cerrahi alandan uzaklaştırıldığına emin olmalı ve sayım istemelidir. Şüphelenilen olgularda kesi kapatılmadan önce cerrahi alan tekrar gözden geçirilmeli ve gerekirse direkt grafi ile kontrol edilmelidir.

**P94****Akut Apendisit Nedeni İle Opere Edilen Hastada İnsidental Saptanan Konjenital Transmezenenterik Herni**

Ferudun Kaya, Yusuf Akif Akgün, Abdullah Bulğurcu, Ertuğrul Ertaş, Buğra Kaptanoğlu, Aydın Demir, Hilal Özer, Alper Doğu, Veysel Garani Soylu  
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:**

Konjenital internal herni yetişkinlerde barsak obstrüksiyonunun nadir bir nedenidir ve genellikle komplikasyonlar ile prezente olur. Bütün İnce barsak tıkanmalarının nedenleri arasında internal hernilerin insidansı %0,6 ile %5,8 arasında değişmektedir. Transmezenenterik hernilerin bütün internal herniler arasındaki insidansı ise %5-10 dur. Konjenital mezenterik hernilerde diğer hernilerde olduğu gibi obstrüksiyona, strangülasyona neden olabilmektedir. Bu yazımızda akut apandisit nedeni ile opere edilen hastada insidental saptanan konjenital mezenterik herniyi sunduk.

**Olgu:**

Yirmiyedi yaşında erkek hasta periumbilikal başlayan karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastada bulantı mevcuttu ama kusma yoktu. Ağrı akut başlangıçlıydı ve şiddetliydi. Ağrı daha sonrasında periumbilikal bölgeden sağ alt kadrana lokalize olmaya başladı. Daha öncesinde herhangi bir operasyonu yada yandaş hastalığı yoktu. Fizik muayenede hasta letarjik, kan basıncı 110/70 mm Hg ve ateşi 38 dereceydi. Sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Hasta dehidrateydi. Barsak sesleri aktıfı. Hastanın beyaz küresi yüksekti(14000).abdominal usg de barsak anlası arasında serbest mayi saptandı. Hasta daha sonrasında akut apandisit ön tanısıyla operasyona alındı. apendiks hiperemik ödemli, flegmoneydi ve akut apandisit ile uyumluydu. Apendektomi yapıldı. gözlemlerde ileoçekal valvin proksimalinde yaklaşık 90 ile 120 cm arasında 30 cm lik barsak segmentinin geniş bir transmezenenterik defektten herniye olduğu gözlemlendi. Herniye olan barsak segmentinin dolaşımı normaldi, persitalizmi

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

mevcuttu. Herniye barsak ansı redükte edildi ve mezenterdeki defekt 2/0 ipekle tek tek sütüre edildi. Postop birinci gün barsak sesleri aktif olan hastaya oral başlandı. Hasta orali tolere etti. Hasta postop üçüncü gün taburcu edildi.

**Sonuç:**

Konjenital mezenterik herni genellikle çocukluk çağında görülmektedir, yetişkinlerde barsak obstrüksiyonunun nadir bir nedenidir ve genellikle komplikasyonlar ile ortaya çıkar. Tanısal radyoloji yada laboratuvar bulgusu olmaması nedeniyle transmezenenterik herni tanısını koymak zordur. Hastada lökositoz ve metabolik asidoz olması barsak strangülasyonunu düşündürür fakat normal sınırlarda da olabilir. Literatürdeki vakalar genellikle hastaneye barsak obstrüksiyonu yada strangülasyonu semptomlarıyla başvururlar ve genellikle barsak rezeksiyonu ve anastomozu ihtiyacı olur. Ancak bizim vakamızda hasta acil servise akut apandisit semptomlarıyla başvurdu. Hastada barsak obstrüksiyonuna dair bir bulgu saptanmadı ve rezeksiyon yapılmadı. Transmezenenterik herninin tanısı zordur ve tanı genellikle cerrahi olarak konulmaktadır. İnternal herniler erken tanı ve akut barsak tıkanıklığı ile karşımıza çıkabildikleri gibi, bizim vakamızda olduğu gibi bazen klinik süreç belirgin değildir. Spesifik bulgu ve belirtilerin olmaması nedeni ile tanısı karmaşıktır. Bu nedenle nadir de olsa böyle vakaların olabileceği akılda tutulmalıdır.

**P95****Acil Laparotomide Saptanan Dev Appendix Mukoseli**

Hasan Abuoğlu<sup>1</sup>, Mehmet Kamil Yıldız<sup>1</sup>, Makbule Çıkrıkçıoğlu<sup>2</sup>, Cengiz Eriş<sup>1</sup>, Turgay Demir<sup>1</sup>, Mehmet Odabaşı<sup>1</sup>, Emre Günay<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Apendiks mukoseli nadir görülür (Tüm apendektomi yapılanlarda 0.3%) ve appendix lümeninde musinöz sekrosyonların birikmesiyle karakterizedir. Apendiks vermiformis tümörlerinin büyük bir kısmı akut apandisit nedeniyle ya da başka bir sebeple yapılan laparotomilerde tespit edilmektedir. Bu tümörler gelişmiş görüntüleme yöntemlerine rağmen operasyondan önce nadiren tanı alabilirler. Genellikle 50 yaş üstünde görülmekte ve kadınlarda daha fazla saptanmaktadır. Bu çalışmada akut apandisit nedeniyle apendektomi yapılan ve low grade müsinoz neoplazm tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:**

Kırk bir yaşında erkek hasta 2 gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle acil cerrahi kliniğimize başvurdu. Klinik öyküde daha önce hiçbir şikayetin olmadığı fakat 2 gün önce başlayan ağrı şikayetin son 1 gündür daha da artarak devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve derin palpasyonda rebound mevcuttu. Laboratuvar incelemelerde lökosit 12.200 uL (4000-10000) bulundu. Batın ultrasonografisinde (USG) sağ alt kadranda lokalize serbest sıvısı olduğu tespit edildi. Hastada akut batın düşünülerek laparotomi amaçlı interne edildi. Laparotomide retroçekal bölgeden çıkan apendiks yaklaşık 1cm kadar ilerledikten



sonra, retroperitoneal alana geçmekte ve burada yaklaşık 10\*5 cm büyüklüğünde serozal yüzeyi inflame görünümde hafif sert kitlesel lezyon olarak sonlanmaktaydı. Kitle perfore edilmeden appendix kökü bağlanarak eksize edildi. Patolojik incelemede low grade müsinöz neoplazm olarak tanısı kondu. Operasyon sonrası takiplerinde sıkıntı yaşamayan hasta postoperatif beşinci günde taburcu edildi.

**Sonuç:**

Apendiks mukoseli özellikle genç hastalarda çok nadir tespit edilir. Sağ alt kadranda ağrı şikayeti ve fizik muayenede ele gelen kitle tespit edilen hastalarda düşünülmesi gerekir. Şüphe halinde hastalardan ileri görüntüleme yöntemleri istenmesi ve görüntüleme saptanan sağ alt kadrana lokalize kitlelerde appendix mukoseli de olabileceği akıldaki tutulmalıdır.

**P96****Kemoterapiye Bağlı İntestinal Perforasyonlar**

Ayhan Erdemir<sup>1</sup>, Fatih Ağalar<sup>1</sup>, Ömer Aydın<sup>2</sup>, Metin Çakmakçı<sup>1</sup>, Saime Ramadan<sup>3</sup>, Hüseyin Baloğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Anadolu Sağlık Merkezi, Genel Cerrahi Departmanı, Gebze/Kocaeli

<sup>2</sup>Anadolu Sağlık Merkezi, Radyoloji Departmanı, Gebze/Kocaeli

<sup>3</sup>Anadolu Sağlık Merkezi, Patoloji Departmanı, Gebze/Kocaeli

**Amaç:**

Birçok yeni kemoterapi ilaçları gastrointestinal sistem üzerine toksik etkiye sahiptir. Hastanemizde kemoterapi almakta iken gelişen akut batın kliniği olan iki hastanın literatür ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Olgu:**

1. Olgu: hasta. Metastatik küçük hücreli akciğer ca tanısı ile taxoter 75mg/m2 tedavisi almakta iken tedavinin 8. günü gelişen aksiler 38,1 C olan ateşi oldu. Akut batın bulguları olan hastaya yapılan acil laparotomide sağ kolonda iskemi ve perforasyon saptandı. Sağ hemikolektomi yapılan hasta sorunsuz postop takipten sonra onkoloji kliniğine verildi.  
2. Olgu: 59Y Kadın hasta. Malign plevral effuzyon sonrası metastatik küçük hücreli akciğer kanseri tanısı konarak Sisplatin 50mg/m2 ve Etoposid 100mg/m2 başlandı. Tedavinin onuncu gününde aniden başlayan (VAS 9) sağ alt kadranda ağrısı ile yapılan tetkiklerde akut batın saptanarak acil laparotomi yapıldı. Sağ kolonda iskemi saptanarak genişletilmiş sağ hemikolektomi yapıldı. Postop süreci sorunsuz geçiren hasta onkoloji tedavi için devr edildi.

**Sonuç:**

Mortalite oranları yüksek olan bu klinik tablolardan, kemoterapi düzenleyen hekimlerin şüphelenmesi gerekir. Zaman kaybetmeden ileri tetkik ve tedavinin başlanması gerekir.

**P97****Akut Batın Tablosuna Neden Olan Çekumda****Burkitt Lenfoma: Olgu Sunumu**

Akın Kaya<sup>1</sup>, Zahide Kurt Yalçınkaya<sup>1</sup>, Sertan Acar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hendek Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü Hendek/Sakarya

<sup>2</sup>Hendek Devlet Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği Hendek/Sakarya

**Amaç:**

Burkitt lenfoma sıklıkla ektranodal tutulumun olduğu yüksek

malignite potansiyeline sahip nonhodgkin lenfoma türüdür. (1) Burkitt lenfomalı olgulara çoğunlukla çocukluk ve adolesan dönemde tanı konmakla birlikte az bir gruba orta yaş grubunda tanı konabilir. Endemik form sıklıkla Afrika'da özellikle yüz kemikleri, çene, maksilla ve orbitada görülür. Sıklıkla genç çocuklarda EBV ve Malaria enfeksiyonunu takiben görülür. Sporadik form lenfoid dokunun mevcut olduğu barsak kısmından gelişir. Sıklıkla kitle terminal ileum veya Waldeyer halkasında saptanır. Nadiren abdominal organlarda; mezenterde, distal ileum ve çekumda görülürler. Progresif hastalıkta sıklıkla kemik iliği tutulumu görülür.(6-8)

**Olgu:**

25 yaşında erkek olgumuz yaklaşık 4 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Yapılan muayenede sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve ele gelen kitle saptandı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökositöz dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Çekilen Batın USG'de sağ alt kadranda barsak anslarında ödematöz değişiklikler ve anslar arasında minimal serbest sıvı izlendi. Batın BT'de sağda çekum lökazasyonunda yumuşak doku dansiteleri ve plastrone appendisit düşündürücü bulgular saptandı. Olgu plastrone appendisit ön tanısı ile IV antibiyoterapi amaçlı interne edildi. Takibinde sorun yaşanmaması üzerine bir hafta sonra eksterne edildi. Olguya 3 hafta sonra elektif appendektomi planlandı. 3 hafta sonra yapılan muayenede plastrone appendisit muayene bulgularının tekrar ettiği görülerek median et inferior insizyon ile explorasyon planlandı. Explorasyonda mezoda mezopil lenf nodları ve ileoçekal bölgede barsak pasajını kısmen daraltan yaklaşık 10 cm lik tümöral kitle görüldü. Olguya sağ hemikolektomi ve uçuca anastomoz uygulandı. Postop herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgu 6. günde taburcu edildi. Postop patoloji raporu: İleoçekal valvdeki 11.5\*7.5\*7 cm, çekumdaki 3.5\*3.5\*0,8 cm ve çevre yumuşak dokudaki 5,5\*4\*2 cm, 3\*3,5\*2,5 cm ölçülerindeki kitlelerden hazırlanan kesitlerde barsak duvarını tam kat tutan ve çevre yağ dokuda kitle oluşturan, nispeten monoton nükleuslu bir kısmı belirgin nükleollü sık mitotik figürler içeren atipik hücrelerden oluşan tümöral doku izlenmektedir. Tümör hücreleri arasında çok sayıda makrofaj bulunmaktadır. Neoplastik hücrelerde CD20 diffüz pozitif boyanma saptanmıştır. CD10 genelde negatif olmakla birlikte fokal pozitiflik saptanmıştır. BCL-1, BCL-2, CD3 ve CD5 ile boyanma olmamıştır. IgM(-), KI67 %100'e yakındır. Tanı: Burkitt lenfoma Mezodaki lenf nodlarında reaktif değişiklikler görülmüştür. Postop dönemde olgu bu patoloji sonucu ile birlikte ileri tetkik ve tedavi amaçlı hematoloji kliniğine sevk edildi. Burada postop 6 ay boyunca interne edilerek kemoterapi uygulaması yapıldı. Olgu şu an postop 1. yılında, takiplerinde herhangi bir sorunu yok.

**Sonuç:**

Sporadik Burkitt lenfoma insidansı 10 yaş altı çocukluk grubunda milyonda bir, 10-20 yaş grubunda milyonda 0.7, 20-30 yaş grubunda milyonda 0.6, 30 yaş ve üzeri grupta oldukça nadir görülür.(9,10) Burkitt lenfoma agresif, yüksek malignite potansiyeline sahip abdomendeki B-cell hücrelerinin hızla büyümesi ile gelişen nonendemik lenfoma türüdür. Hastalar intussepsiyon, akut batın tablolarıyla karşımıza

çıkabilirler. Diğer durumlarda tanı koymak oldukça zordur. Sporodik form çoğunlukla retroperitoneal, pelvik veya mezenterik kitlenin neden olduğu gerginlik, ağrı ve karın şişkinliği gibi subjektif şikayetlere yol açar. Bazı hastalarda tümör büyümesi intusepsiyona neden olarak sekonder barsak tıkanıklığı yapabilir; obstrüksiyon, kanama ve akut apandisit tablosuna neden olabilir.(6,10) Bizim hastamızda kitle büyüklüğü plastrone apandisit tablosunu taklit ederek cerrahi planlamamızı hızlandırmıştır. Burkitt lenfoma erkeklerde kadınlara nazaran daha sık görülür. (10,12-15) Erişkin yaş grubunda tanı konan hastaların %33-50'si 20 yaştan büyüktür. (10,25) Bazı yayınlarda geniş cerrahi rezeksiyon yapılan hastalar için 2-5 yıllık sürvi hızı (%58-89) iken parsiyel rezeksiyon uygulananlarda bu hız (%40-45) bulunmuştur.(10,15,16) Bizim düşüncemize göre bu tür olgularda sürvi hızını arttırmak için geniş cerrahi rezeksiyon uygulanmalı ve postop dönemde olgunun takip ve tedavisi hematologlarla koordineli, hızlı ve sürekli yapılmalıdır.

## P98

### Nadir Bir Akut Kolon Obstrüksiyonu Nedeni: Kolon Karsinomunu Andıran Soliter Kolon Ganglionöroması Olgusu

Muhammet Akyüz, Erdoğan Müteveli Sözüer, Abdül Rıdvan Kulu, Hızır Yakup Akyıldız, Abdullah Bahadır Öz Erçiyas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

#### Amaç:

İyi diferansiye olan ve yavaş büyüyen bir nöroektodermal neoplazi olan ganglionöromalar, sempatik sinir sisteminin gelişmekte olan sinir hücrelerinden kaynaklanır. Çoğunlukla sempatik ganglionlar ve adrenal dokudan kaynaklansa da vücudun pek çok bölgesinde görüldüğü rapor edilmiştir. Gastrointestinal sistemde nadir olarak görülürler. İntestinal ganglionöromalar üç gruba ayrılır. En sık görülen tipi soliter polipoid tiptir ve mukoza ile submukoza tutulmuştur. Genellikle asemptomatiktir ancak nadiren rektal kanamaya sebep olabilir. Akut kolon obstrüksiyonuna neden olan ve kolon karsinomunu taklit eden bir soliter ganglionöroma olgusu sunmak istedik.

#### Olgu:

Yaklaşık 1 haftadır kabızlığı olan ve 2 gündür gaz-gayta çıkışı olmayan 55 yaşında erkek hasta bulantı, kusma, karın ağrısı ve şişkinlik şikayetleri ile acil serviste değerlendirildi. Bilinen komorbid hastalığı olmayan hastanın daha önce geçirilmiş operasyon öyküsü de yoktu. Fizik muayenesinde abdominal distansiyon ve yaygın hassasiyet mevcuttu. Rektal tuşede rektum boştu. Hastanın lökosit sayısı ve biyokimyasal parametreleri normaldi. Direkt karın grafisinde incebağırsak seviyeleri ile birlikte çıkan kolon ve transvers kolon dilate görünümdeydi. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide inen kolon proksimalinde lümeni tamamen tıkayan tümöral kitle mevcuttu. İleal anslarda seviyeler ve kitlenin proksimalinde kalan kolon anslarında en geniş yerinde 14 cm'e varan dilatasyon mevcuttu. Bilgilendirilmiş onamı alınan hasta acil ameliyata alındı. Orta hat insizyonla karına girildiğinde inen kolon proksimalinde yaklaşık 6 cm'lik segmenti tutan, serozayı tutmuş olduğu düşünülen, lümeni tamamen tıkayan

tümöral kitle mevcuttu. Proksimal kolon yaklaşık 15 cm çapındaydı, duvarı incelmış, yer yer serozada açılmalar meydana gelmişti. Kolon karsinomu düşünülen hastaya sol hemikolektomi ve Hartmann kolostomi yapıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 8. günde taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu kolonik ganglionöroma olarak rapor edildi. Diseke edilen lenf nodlarının tamamı reaktifti. Tümöral dokunun mikroskopik incelemesinde, S-100 ile pozitif boyandığı, mukozal alanların korunduğu, ancak muskuler tabaka ve serozanın tutulduğu görüldü. Hasta MEN-II-b açısından tetkik edildi ve negatif olarak değerlendirildi.

#### Sonuç:

İntestinal ganglionöromalar üç grupta incelenir. En sık karşılaşılan grup, mukoza ve submukozanın tutulduğu, genellikle asemptomatik olan, soliter polipoid ganglionöromadır. Ganglionöromatöz polipozis, matür mukozal ganglion hücrelerinden köken alan en az 20 poliple karakterizedir. Familial adenomatöz polipozis ile karışabilir. Difüz ganglionöromatozis ise gastrointestinal pleksuslardan kaynaklanan, geniş alanlara yayılabilen, nodüler lezyonlar ya da poliplerden oluşan gruptur. İleum segmentlerini tutmaz. Gastrointestinal ganglionöromalar en sık MEN-II-b olmak üzere, nörofibromatozis, Cowden Hastalığı, tüberoz skleroz, juvenil polipozis gibi sendromlarla birlikte olabilir. Bazı yazarlar kolon karsinomu ile ilişkilendirse de ilişkileri kanıtlanmamıştır. İntestinal ganglionöromanın nadir olması ve çok farklı semptomlarla ortaya çıkabilmesi nedeni ile tedavi şekli standart değildir. Tedavi ganglionöromanın tipi, boyutu ve yerleşimine göre, polipektomiden kolektomiye kadar değişebilir. Hastaların tanı sonrası sendromlar açısından araştırılması önerilse de benign natürleri nedeni ile buna karşı çıkanlar da mevcuttur. Sunulan olgu non-polipoid, non-mukozal soliter bir ganglionöroma olarak üç grubun da dışında özellikler sergilemiştir. Literatür tarandığında kolon kaynaklı obstrüksiyona neden olmuş ganglionöroma olgusu da saptanmamıştır. İntestinal ganglionöromaların değişken prezentasyonları ve tedavi standartlarının oluşmaması nedeni ile her olgunun, kendi özgün bulguları ve klinik durumuna göre tedavi edilmesi gereklidir.

## P99

### Anastomoz Kaçağının Endoskopik Olarak Fibrin Glue ile Onarılması: Olgu Sunumu

Kemal Peker<sup>1</sup>, İsmail Demiryılmaz<sup>2</sup>, İsmayil Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Erzincan  
<sup>2</sup>İbni Sina Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri

#### Amaç:

Yüzyıllardır cerrahlar dokuları onarmak için farklı malzemelerden yapılmış sütürleri kullanmaktadırlar. Ancak, bu materyallerin yabancı cisim reaksiyonu ve enfeksiyon gibi bazı dezavantajları mevcuttur. Bunlarla birlikte, operasyon sahasında skar dokusu oluşturdukları gibi maliyeti de arttırmaktadırlar. Diğer bir yandan, bu yöntemlerle onarım beceri, tecrübe ve daha fazla zaman gerektirmektedir. Oysaki doku yapıştırıcıları konvansiyonel yöntemlere bir alternatif olup bazı avantajları da mevcuttur. Bu çalışmamızda Kolorektal anastomoz kaçağını Fibrin glue ile onardığımız bir olgumuzu taktim etmek istedik.

**Olgu:**

20 yaşında erkek hasta Familial Polipozis Koli nedeni ile opere edilerek, Total proktokolektomi ileal Poş-Anal anastomoz yapıldı. Postoperatif 5. günde batındaki mevcut drenen intestinal muhteva gelmeye başladı, ateşi olan hastanın aynı zamanda beyaz beyaz küreside yükselmeye başladı. Anastomoz kaçağı olarak değerlendirilen hastaya medikal tedaviye devam edildi ve postoperatif 13.günde kliniği normalleşen hastadaki mevcut fistül kontrollü hale geldi. Medikal tedavisine devam edilen hastaya postoperatif 20. günde yapılan endoskopide anastomoz hattındaki fistül ağzı tespit edildi. Bu esnada endoskopik kanaldan gönderilen kateterden verilen metilen blue'nun drenen geldiği gözlemlendi. Postoperatif 45. günde yenilenen endoskopide fistül ağzının genişlediği görüldü. Biopsi kanalından gönderilen aparat yardımı ile fistül ağzı debride edildi takiben fistül ağzına 4 ml fibrin glue enjekte edildi ve fistül ağzı klipslenerek daraltıldı. Takip eden günlerde drenen drenajı kesilen hastaya işlem sonrası 10.günde tekrar endoskopi yapıldı. Endoskopide fistül ağzının tamamen kapandığı görüldü. Postoperatif 6. ayda endoskopi işlemi tekrarlandığında hastada herhangi bir patoloji olmadığı görüldü.

**Sonuç:**

Endoskopik olara ulaşılabilecek lokalizasyonlardaki anastomoz kaçaklarının onarılmasında Fibrin Glue kullanılması bir seçenek olabilir.

**P100****Çekum Mezosuna Lokalize Yerleşimli Malign Stromal Tümör**

Hasan Abuoğlu, Erkan Özkan, Mehmet Kamil Yıldız, Cengiz Eriş, Mehmet Odabaşı, Emre Günay

S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Leiomyosarkoma (LMS) gastrointestinal kanalın nadir görülen mezenkimal tümürüdür. İnterstiyel "pacemaker" hücresi olan Cajal hücrelerine fenotipik olarak benzeyen hücrelerden ya da onların öncül hücrelerinden köken aldıkları düşünülmektedir. Histomorfolojik bulguları değişkendir ve tanıda morfoloji yanısıra immunhistokimyasal ve ultrastrüktrel bulgular önem kazanmaktadır. Geçmişte leiomyom, sellüler leiomyom, leiomyosarkom, epitelooid leiomyosarkom, leiomyoblastom ve schwannom olarak tanımlanan bir çok tümörün gelişen tanı teknikleri yardımıyla bugün için GİST olarak sınıflandırıldığını görmekteyiz. Günümüzde GİST'lerin tüm Gİ mezenkimal tümörler içindeki oranının %80 dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir. GİST'ler, genellikle erişkinlerde, 5-7. dekada görülür, çocuklarda nadirdir. En sık midede ve ince barsakta yerleşirler, daha az oranda rektum, özofagus, omentum, ve mezenterde rastlanır. En sık rastlanan başvuru şikayeti Gİ kanamadır. Tıkanma bulguları, tümör rüptürü ya da ağrı da görülebilir. Küçük tümörler solid, subserozal, intramural veya nadiren polipoid intraluminal kitleler oluştururlar, büyük tümörler genellikle musküler tabakadan dışarı doğru büyüyen kitleler yaparlar, ancak lümenle de ilişkili olabilirler. LMS karaciğere sık metastaz yapar ve prognozu kötüdür. GİST tanısında kaydedilen en büyük aşama, Cajal hücrelerinin

bir transmembran tirozin kinaz reseptörü olan KIT ekspresyonu ettiğinin bulunması ve bu tümörlerin gelişiminde KIT genindeki mutasyonların rolünün ortaya konmuş olmasıdır. Tümörde, KIT tirozin kinaz reseptörünün, onkojenik aktivasyonu sonucu artan ekspresyonunun gösterilmesi, bugün için tanıda altın standart kabul edilmektedir. KIT proteini, dokuda CD-117 antijeni kullanılarak, immunhistokimyasal yöntemle gösterilebilmektedir.

**Olgu:**

57 yaşında bayan hasta acil polikliniğimize sağ alt kadranda ağrısı ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ alt kadranda palpasyonla ele gelen yaklaşık 10 cm büyüklüğünde kitlesel lezyonu ve derin palpasyonla aynı bölgede hafif hassasiyeti mevcuttu. Bilgisayarlı Tomografisinde batın sağ alt kadranda, çekum medialı ile terminal ileum arasında lokalize 8x5 cm boyutlarında, lobüle konturlu, içerisinde hipodens kistik alanlar barındıran, heterojen kontrast tutmuş kitlesel lezyon izlenmişti. Sağ iliokolik arter çevresinde en büyüğü 15x10 mm boyutlarında, 5-6 adet LAP izlendi. Çekumda ve assendan kolon proksimal kesiminde multiple divertiküller izlenmekteydi. Karaciğer lokalizasyonu, büyüklüğü normaldi. Laparotomide çekumda yaklaşık 8\*5 cm lik solid kitlesel lezyon görüldü ve sağ hemikolektomi yapıldı. Histolojik incelemede çekum mezosundan köken alan 8\*7\*6 cm büyüklüğünde histolojik grade 2, SMA ve desmin pozitif, Kİ67 tümör hücrelerinde %2-3 oranında pozitif, S100 nonspesifik boyanmış leiomyosarkom tanısı konuldu.

**Sonuç:**

Gastrointestinal stromal tümörler yüksek prevalansa sahip, etiopatogenezine, tanısına, tedavisine ve prognozuna ilişkin araştırmaların artan bir hızla sürdüğü ve moleküler tıbbın geleceğine ilişkin önemli bir model olarak kabul edilebilecek tümörlerdir. Nadir görülen gastrointestinal stromal tümörlerde küratif veya palyatif amaçlı geniş cerrahi rezeksiyonlar yapılmalıdır.

**P101****Kolon Volvuluslar: Ne Yapmalıyız?**

Ali Coskun, Savaş Yakan, Nazif Erkan, Deniz Uçar, Erdem Barış Cartı, Mehmet Yıldırım, Erkan Oymacı, Atakan Saçlı

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:**

Kolon volvulusları kalın barsak obstrüksiyonlarının yaygın nedenlerinden birisidir ve gelişmiş ülkelerde % 1-5, gelişmekte olan ülkelere yaklaşık % 20-30'inden sorumludur. Kolonun herhangi bir bölümünde oluşabilir, fakat en sık sigmoid ve çekumda görülür. Tanı ve tedavisi hala tartışmalıdır. Bu retrospektif çalışmada kolon volvulusları demografik, epidemioloji, predispozan faktörler, volvulus tiplerinin tanısı ve tedavi opsiyonları tartışılmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde 2000-2012 yılları arasında kolon volvulusu olarak tanı ve tedavisi yapılan 18 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir.



**Bulgular:**

Çalışmamıza 12(%66.6)'u erkek, 6(%33.4)'si kadın olmak üzere toplam 18 hasta dahil edilmiştir. Erkek/kadın oranı 2:1 idi. Ortalama yaş 65 (20-90) idi. 2 hastada çekum volvulusu, 16 hastada sigmoid volvulus vardı. Konstipasyon en sık yandaş hastalıktı. Hastalardaki en yaygın klinik bulgular, karın ağrısı, karında hassasiyet, distansiyon ve gaz gaita çıkaramama idi. Tanı, düz karın grafileri, kontrast enema, BT ile konuldu. Beş hastaya endoskopik dekompresyon uygulandı, ancak bu hastalara da daha sonra elektif cerrahi tedavi yapıldı. Çekum volvuluslu iki hastadan birisi sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi ile diğeri, çekum detorsiyonu ve çekopeksi ile tedavi edildi. Ayrıca 2 sigmoid volvuluslu hastaya da detorsiyon ve kolopeksi uygulandı. Sigmoid volvuluslu hastaların 11'ine sigmoid rezeksiyon proximal uç kolostomi (Hartmann ameliyatı) ve 2 hastaya sigmoid rezeksiyon uç uca anastomoz uygulandı. Bir sigmoid volvuluslu hastaya, sigmoid rezeksiyon proximal uç kolostomi ve distal müköz fistül ameliyatı yapıldı. Kolostomiler ortalama 6-8 ay sonra kapatıldı. Sigmoid volvuluslarda komplikasyon oranı çekum volvuluslardan daha fazlaydı. 4 hastada yara enfeksiyonu, 2 hastada solunum yolu enfeksiyonu ve 2 hastada üriner enfeksiyon vardı.

**Sonuç:**

Kolon volvulusları özellikle sigmoid volvulus, yaşlı, konstipasyonu ve nörolojik bozuklukları olan hastalarda daha sık görülür. Tanının kısa sürede konulmaması halinde yüksek morbidite ve mortalite oranları ile seyreden bir akut batın nedenidir. Düz abdominal grafiler, sigmoid kolon volvuluslarının tanısında çoğunlukla yeterli iken çekum volvuluslarının tanısında yetersizdir. BT ve MRI tanının kesinleştirilmesinde ve diğer patolojilerin araştırılmasında yararlıdır. Cerrahi tedavide seçilecek yöntemde hastanın genel durumu, ilgili barsak segmentinde nekroz olup olmaması rol oynar. Sigmoid volvulusların non-operative tedavisi yüksek rekürrens oranları ile birliktedir. Erken elektif cerrahi yüksek mortalite oranları ile birlikte rekürrens önler. Uzun sigmoid kolonun rezeksiyonu, altın standarttır.

**P102****Nadir Rastlanılan Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Sebebi; İleoçekal İntussepsiyon, Olgu Sunumu**

Ramazan Taşkın<sup>1</sup>, Ahmet Öksüz<sup>1</sup>, Abdülkadir Aydın<sup>1</sup>, Fatih Başak<sup>2</sup>, Süleyman Kalcan<sup>2</sup>, Ali Kılıç<sup>2</sup>, Rahmi Kaya<sup>2</sup>, Gürhan Baş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Mekanik intestinal obstrüksiyon, gastrointestinal pasajın geçişinin engellenmesi olup acil cerrahi başvurularının geniş bir kısmını oluşturur. İntussepsiyon birbirini takip eden iki barsak segmentinin birbiri içine geçmesi sonucu oluşan bir mekanik intestinal obstrüksiyon sebebidir. Genelde çocuklarda idiyopatik olarak görülen intussepsiyon, erişkinlerde nadir görülür. İnce barsak intussepsiyon etiyojisinde benign neoplazm, inflamatuvar lezyon, adezyon ve Meckel divertikülü bulunurken; kalın barsak intussepsiyon

etiyojisinde daha çok maligniteler yer alır. Bu çalışmada amacımız yetişkin hastada mekanik intestinal obstrüksiyona sebep olan intussepsiyon olgusunu sunmaktır.

**Olgu:**

İki gündür devam eden karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile acil cerrahi kliniğine müracaat eden 54 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde: batın sağ alt kadranda akut batın bulguları ve distansiyon tespit edildi. Laboratuvar tetkikleri lökositoz dışında normal sınırlarda idi. Ayakta direk karın grafisinde hava sıvı seviyeleri görülen hastaya batın tomografisi çekildi ve ileoçekal bölgede intussepsiyon ile uyumlu hedef tahtası görüntüsü tespit edildi. Eksploratris laparotomide ileoçekal intussepsiyon ve içeri giren ileum mezosu nedeniyle terminal ileumda nekrotik alan görüldü ve hastaya sağ hemikolektomi uygulandı. Peroperatif yapılan piyes değerlendirmesinde intussepsiyon sebebi olarak ileum distalinde 2 cm'lik submukozal kitle tespit edildi. Histopatolojik incelemede bu kitlenin lipom olduğu rapor edildi. Postoperatif 11. gün şifa ile taburcu edilen hastanın 6. ay takibinde herhangi bir sorun olmadığı görüldü.

**Sonuç:**

İntussepsiyon tanısı için en değerli tanı aracı sunulan olguda olduğu gibi bilgisayarlı tomografide görülen hedef tahtası bulgusudur. Erişkin hastada nadir görülen intussepsiyon, akut batın bulgusu olan hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Acil poliklinik veya Aile Sağlığı Merkezlerinde hasta değerlendirmesi yapan hekimler; bu klinik tablo ile başvuran hastalarda intussepsiyon olabileceğini de düşünmeli ve gereğinde ileri tetkik için yönlendirme yapmalıdırlar.

**P103****Akut Apendisit Tanısında Nötrofil/Lenfosit Oranının Yeri**

Şahin Kahramanca, Gülay Özgehan, Duray Şeker, İsmail Emre Gökce, Gaye Şeker, Gündüz Tunç, Tevfik Küçükpınar, Hülagü Kargıcı

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

**Amaç:**

Akut apandisit (AA) acil cerrahi kliniklerinde en sık rastlanılan akut karın nedenidir. AA'te asıl olan, tanının komplikasyonlar gelişmeden konarak, küratif tedavinin yani apendektominin yapılmasıdır. Bu nedenle operasyon endikasyonu geniş tutulmakta ve negatif apendektomi oranları yüksek rakamlara (%10-25) çıkmaktadır. Bu durum da birçok morbiditeyi etkileyen faktörü beraberinde getirmektedir. Bu yüzden negatif apendektomi (NA) oranlarını azaltabilmek için yeni prediktif belirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLR) maligniteler, akut koroner sendrom ve akut inflamatuvar yanıtta, inflamasyonun derecesini ve vücudun inflamasyona yanıtını değerlendirmede kullanıma girmiştir. AA da bu oranın tanısalla amaçlı kullanımının faydalı olabileceğini belirten yayınlar vardır. Klinikler arasında farklılık göstermekle birlikte %25'lere kadar ulaşan NA oranlarını aşağılara çekme ve AA tanısını atlama düşüncesinden yola çıkarak, AA tanısıyla opere edilen hastaların dosyalarını tarayıp, NLR'nin AA tanısındaki yerini araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Yerel etik kurul onayı alındıktan sonra Ocak 2005 - Şubat 2013 tarihleri arasında AA ön tanısıyla opere edilen 1184 hastanın dosyaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, cinsiyet, preoperatif dönemde bakılan Nötrofil/Lenfosit oranları ve ameliyat bulguları kaydedildi. Çalışmamıza; başvuru anından 1 hafta öncesine kadar enfeksiyon öyküsü olan veya enfeksiyon bulgusu saptanan, akut intoksikasyonlu, koroner arter hastalığı, serebrovasküler obstrüksiyon veya herhangi bir malignite öyküsü ve hematolojik hastalıklara sahip olan, son 1 ay içinde kan transfüzyonu yapılan,immünsupresif tedavi alan ve negatif apendektomi yapıp ek karın içi patoloji saptanan 117 hasta çalışma dışı bırakılarak 1067 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar negatif apendektomi (NA) saptananlar Grup 1 ve pozitif apendektomi(PA) saptananlar Grup 2 olmak üzere 2 ana grup altına toplandı. Grup 2'deki hastalara komplike apandisit (KA) Grup 2a ve non komplike apandisit (NKA) Grup 2b olmak üzere 2 alt gruba ayrıldı. Verilerin analizi, SPSS 17 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma veya ortanca olarak, kategorik değişkenler için ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Student's t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği MannWhitney U testi ile incelendi. Kategorik değişkenler Pearson'un Ki-Kare testiyle değerlendirildi. CutOff değerleri RocCurve analiz yöntemi ile hesaplandı ve p<0,05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:**

Çalışmaya 1067 hasta dahil edildi. İntraoperatif ve histopatolojik incelemeler sonucu 170 hastada akut apandisit bulgusu saptanmadı. Kalan 897 hastada apandisit hali mevcut idi. PA grubuna alınan hastaların 144'ünde perforasyon, plastron ya da periapendiküler apse saptandı ve KA alt grubu olarak adlandırıldı (%16,1). Yedi yüz 53 hastada ise NKA saptandı. Çalışmaya dahil edilen 1067 hastanın yaş ortalaması 31,22±11,9 olarak saptandı. En genç hasta 15, en yaşlı hasta 85 yaşında idi. Kadın/Erkek oranı ise 1/1,99 olarak tespit edildi. Negatif apendektomi oranımız %15,93 idi. Negatif ve pozitifapendektomi gruplarındaki hastaların yaş ortalamaları sırasıyla 32,3±13,28 ve 31±11,61 olarak saptandı. NA ve PA grupları arasındaki cinsiyetler incelendiğindeKadın/Erkek oranları sırasıyla 79/91 ve 278/691 olarak tespit edildi.NLR'e bakıldığında NA grubunda NLR için ortalama değer 5,89±5,22 (min:1.00, max:26.60, med:4.08 ) iken, PA grubunda 8.10±7.00 (min:0.12, max:77.50, med:6.18) olarak tespit edildi ve iki grup arasında anlamlı fark saptandı (p<0,001). NLR için RocCurve analizi ile CutOff değeri: 4.69, Sensitivite: % 65.3, Spesifite: %54.7 olarak tespit edildi. Grup 2a ve Grup 2b arasındaki ortalama yaş değerleri sırasıyla 36.7±14.65 ve 29.9±10,61 olarak tespit edildi. KA ve NKA grupları arasındaki cinsiyetler incelendiğinde Kadın/Erkek oranları sırasıyla 51/93 ve 227/526 olarak tespit edildi. Grup 2a ve Grup2b arasındaki NLRincelendiğinde KA grubunda NLR için ortalama değer 9.85±8.65 (min:0.73, max:77.50, med: 8.00) iken, NKA grubunda 7.77±6.59 (min:0.12, max:67.00, med:6.00) olarak tespit edildi ve iki grup arasında anlamlı fark tespit edildi (p<0,001). NLR için Cut-Off değeri: 5.74, Sensitivite: %70.8, Spesifite: %39.5olarak hesaplandı.

**Sonuç:**

AA tedavisinin cerrahi olduğunun kabulüyle başlayan tarihsel gelişimdeAA tanısında NA oranlarını aşağı çekme ve operasyon kararında gecikmemek adına birçok belirteç kullanılmıştır. ÇalışmamızdakullandığımızNLRdayenibelirteçlerarasındadır. Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması literatür ile uyumlu olarak 31,22±11,9 ve Kadın/Erkek oranımız 1/1,99 olarak saptanmıştır. Menteş ve arkadaşlarının çalışmalarında NA oranları %11 olarak bulunmuş olup çalışmamızda %15,9 saptanmıştır. İshizuka ve arkadaşları gangrenöz apandisitte NLR için cut-off değerini 8, Sensitiviteyi %72,5 ve spesifiteyi %62 olarak, Yazıcı ve arkadaşları ise AA tanısında NLR için cut-off değerini 3,5, sensitivitesini %90, spesifitesini %88 olarak saptamışlardır. Bizim çalışmamızda AA tanısında cutoff: 4.685 olarak, sensitivite: % 65.3, spesifite: %54.7, KA ile NKA ayırımında cutoff değeri: 5.74, sensitivite: %70.8, spesifite: %39.5 olarak hesaplandı. Sonuç olarak NLR'in hem AA tanısında, hem de KA ile NKA ayırımında yüksek sensitivitesi ile klinik kullanımda yer alabileceği kanaatindeyiz.

**Gruplar arası hasta popülasyonu**

Tanı	Yaş	Kadın/Erkek Oranı	Hasta sayısı
Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar	31,22±11,9	1/1,99	1067
Komplike Apandisit	36,7±14,65	1/1,82	144
Non Komplike Apandisit	29,9±10,61	1/2,31	753
Negatif Apendektomi	32,3±13,28	1/1,15	170

**Gruplar arası NLR istatistiği**

Grup	Mean	Std. Dev.	Min.	Max.	Med.	p değeri	Cut Off	Sens.	Spes.	PPV	NPV
PA	8,1	7,00	0,12	77,5	6,18	p<0,001	4,685	%65,3	%54,7	%88,4	%23
NA	5,89	5,22	1,00	26,6	4,08						
KA	9,85	8,65	0,73	77,5	8,00	p<0,001	5,740	%70,8	%39,5	%15,5	%89,7
NKA	7,77	6,58	0,12	67,0	6,00						

p değeri, cut off, sensitivite, spesifite, PPV ve NPV sütunlarındaki ilk değerler PA-NA grupları arası, ikinci değerler de KA-NKA grupları arası değerlerdir.

**P104****Akut Apandisit Tanısında MPV'nin Katkısı Olabilir mi?**

Ali Uzunköy, Yusuf Yücel, Ahmet Şeker, Reşit Çiftçi, Alpaslan Terzi, Abdullah Özgönül

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

**Amaç:**

Akut apandisit çok sık rastlanan acil cerrahi operasyon olmakla birlikte, hala %20-30 kadar olguda tanı koymada güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bunun sonucu negatif laparotomi oranlarında artış veya tanıda gecikmeye bağlı morbidite ve mortalite oranlarında artışlar gözlenmektedir. Klinik öykü, fizik muayene, klasik laboratuvar bulguları (lökosit, CRP, vd) ve görüntüleme yöntemlerine (ultrasonografi, tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme) rağmen tanı konulamayan %10-20 kadar olgu bulunmaktadır. Bu durum yeni arayışlara yol açmıştır. Son yıllarda mean platelet volüm (MPV)'ün akut apandisit



tanısı ve kliniğinin şiddetini belirlemede faydalı olabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmamızda akut apandisit nedeniyle opere edilen olgularımızda, MPV'ün tanıya katkısı araştırıldı.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmaya 80 alındı. Akut apandisit dışı ilave patolojisi bulunan ve hematolojik hastalığı olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Akut apandisit ön tanısıyla opere edilen 52 olgu ve aynı demografik özelliklere sahip 22 sağlıklı kontrol gurubu çalışmaya dahil edildi. Preoperatif dönemde alınan venöz kan örneklerinde lökosit, CRP ve MPV çalışıldı. Sonuçlar T testi ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi.  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

#### Bulgular:

Gruplar arasında demografik bulgular açısından istatistiksel bir fark gözlenmedi ( $p > 0.05$ ). Akut apandisit grubunda sonuçlar; lökosit sayısı:  $14.1742 \pm 5.26498$ , CRP:  $5.0620 \pm 8.43384$ , MPV:  $7.5831 \pm 1.14511$  idi. Kontrol grubunda sonuçlar; lökosit sayısı:  $8.0536 \pm 1.39270$ , CRP:  $0.5600 \pm 0.73430$ , MPV:  $7.8886 \pm 0.74333$  idi. Akut apandisit ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında, lökosit sayısı ( $p = 0.000$ ), CRP ( $p = 0.000$ ) ve MPV ( $P = 0.02$ ) değerleri açısından gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

#### Sonuç:

Akut apandisit tanısında şüphede kalınan olgularda mean platelet volüm değerlerinde azalma, tanıya katkı sağlayabilecek, ilave zaman ve maliyet gerektirmeyen bir yöntemdir. Akut apandisit tanısı yanında enflemasyonun şiddetini belirlemede (gangren ve perforasyon) prediktif olabilir. Bu amaçla çalışmamız devam etmektedir.

#### P105

### Mekanik İntestinal Obstruksiyona Neden Olan Farmakobezoar

Ayhan Erdemir<sup>1</sup>, Fatih Ağalar<sup>1</sup>, Metin Çakmakçı<sup>1</sup>, Saime Ramadan<sup>2</sup>, Hüseyin Baloğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Anadolu Sağlık Merkezi Genel Cerrahi Departmanı, Gebze/Kocaeli

<sup>2</sup>Anadolu Sağlık Merkezi, Patoloji Departmanı, Gebze/Kocaeli

#### Amaç:

Bezoar, gastrointestinal sistemde sert, katı, tekrarlayıcı yabancı cisimlerdir. Materyalin orjinine göre sınıflandırılmaktadır. Farmakobezoar, ilaçlar tarafından oluşan yabancı cisimlerdir. Nadir görülürler, ancak komplikasyonlara neden olabilirler. Obstruksiyona neden olmaları çok nadirdir. Nadir görülen olgunun demonstratif olması ve literatür ile birlikte değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### Olgu:

73y, Erkek hasta. İki haftadır var olan karın ağrısı ve kusma yakınması mevcut. Özgeçmişinde diabetik nefropatiye bağlı KBY nedeni ile hemodiyaliz görmekte. İnsülin bağımlı diabet ve esansiyel hipertansiyon tanıları var. Sol renal kitle nedeni ile sol radikal nefrektomi ameliyatı olmuş. Sistemik hastalıkları nedeni ile günde yaklaşık yirmi adet ilaç içmekte (Adalat chrono tb 2x30 mg, Alfamet tb 4x250mg, Pantpas tb 1x1, Pritor tb 1x1, Nac 600 ef tb 1x1, Clexane 1x40mg sc, Combivent inh 3x1, Eprex 3000 U 3/7, Redoxan amp. 1/7, Carnitene amp.1/7, Epargriseovit amp. 1/15, Phos-ex tb

3x2, Antepsin tb 3x1, Cardura 4mg tb 1x1, Enapril 10mg tb 1x1, Coraspin 100mg tb 1x1, Folbioltb 1x1, Neurontin 100mg tb 1x1). Muayenede karında distansiyon saptandı. Defans, rebound yoktu. Laboratuvar incelemede WBC 21000/mm<sup>3</sup>, Üre 52mg/dl, Kreatinin 3.73mg/dl, Na 137mmol/l, K 4.5mmol/l, Hgb 14.4g/dl, Plt. 419000/mm<sup>3</sup>. Batın BT tetkikinde; Sol nefrektomize hastada, sağ böbrek boyutlarında atrofi. İntestinal anlarda belirgin dilatasyon ve hava - sıvı seviyelenmeleri, çekumda ve asendan kolonda hepatik fleksuraya dek devam eden dilatasyon (çekum en geniş yerinde 8cm) saptandı (Resim 1-2-3). Laparotomide az miktarda asit, çıkan kolonda 3cm çaplı kitle palpe dildi. Eksplozasyonda batın içi başka bir patoloji saptanmadı. Sağ hemikolektomi yapıldı. Patoloji; Çıkan kolon; adenokarsinom, grade 2. Perikoliklenfnodu; 1 adet, karsinom metastazı. Perikolik lenf nodları; 16 adet, tümör negatif. Apendiks; normal mukoza. pT4N1 olarak raporlandı. Reaksiyonel sıvıda malign hücre görülmedi. Tümöral kitlenin proksimalinde kullanılan ilaçların obstruksiyona yol açan farmakobezoar saptandı (Resim 4-5). Postop süreçte pnömoni ve yara yeri enfeksiyonları olan hasta uygun antibiyotik ve yara bakımı ile tedavi edildi.

#### Sonuç:

Farmakobezoar nadir görülür ve tanısı güçtür. Tanıda şüphelenmek önemlidir. İleri yaş, kolonun anatomik ve/veya fonksiyonel hastalığı olanlarda, çok çeşitli ilaç kullanan kişilerde, mekanik intestinal obstruksiyon kliniği var ise akıldan bulundurulmalıdır.

#### P106

### Chilaiditi Sendrom: İki Hastanın Klinik Sonuçları

Alper Sözütek, Aydın Hakan Küpeli, Murat Kalın, Burhan Şaban, Süleyman Köktaş, Sezgin Topuz, Serdar Yormaz  
Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Kahramanmaraş

#### Amaç:

Chilaiditi sendromu (CS), kolonun segmental olarak karaciğer ile diyafragma arasına interpoze olması nedeni ile gastrointestinal semptomlara yol açan klinik bir durumdur. İlk olarak 1910 yılında bir radyolog olan Demetrius Chilaiditi tarafından tanımlanmıştır. İnsidans %0,28 olarak bildirilmektedir. Hastaların çoğu asemptomatik olduğundan rutin tetkiklerde insidental saptanmaktadır. Tipik radyolojik bulgusu direkt grafide sağ diyafragma altında kolonik gaza bağlı serbest havanın saptanmasıdır. Bu nedenle, cerrahi müdahale gerektiren pnöperitoneuma neden olan intestinal perforasyondan veya subfrenik abse ile karışabilmektedir. Bununla birlikte, CS' de intestinal obstruksiyon, perforasyon, iskem gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Çalışmamızda, literatürde yeterli verinin olmadığı göz önünde bulundurularak CS' li iki hastamızın klinik sonuçlarını sunmayı ve literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

#### Olgu:

1) 72 yaşında erkek hasta, beş yıldır devam eden sağ üst kadran ağrısı ve kabızlık şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları normaldi. Direkt grafide diyafragma altı serbest hava saptandı. Diyafragma hernisi ve diğer patolojik hastalıkları ekarte etmek

için istenen BT'de CS ile uyumlu bulgular saptandı. Hospitalize edilen hastanın semptomları konservatif yöntemlerle kontrol altına alındı. Gelişebilecek olası komplikasyonlar nedeni ile takipleri aylık yapılmaktadır. 2) 64 yaşında erkek hasta, üç gündür devam eden şiddetli sağ üst kadranda ağrısı ve kusma nedeni ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayene bulguları normal olan hastanın laboratuvar değerlerinde lökositoz (14) mevcuttu. Direkt grafi ve BT, CS ile uyumluydu. Konservatif tedaviye rağmen klinik bulguları gerilemeyen hastaya inkarasyon ön tanısı ile laparoskopik uygulandı. Laparoskopik sağ kolopeksi uygulandı. Ameliyat sonrası 4.gün hasta sorunsuz taburcu edildi.

**Sonuç:**

CS, radyolojik bulguları nedeni ile gereksiz cerrahi müdahaleyi önleme amaçlı diğer acil cerrahi hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması gereken klinik bir durumdur. Genellikle asemptomatik, insidental saptanır. Hastaların çoğu konservatif yöntemlerle (yatak istirahati, enema, laksatif, sıvı resüsitasyonu) tedavi edilebilmekte iken, şiddetli semptomları bulunan veya komplike durumlarda cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Nekroz veya perforasyon gibi komplikasyonların olmadığı durumlarda kolopeksi uygulanabilir bir tedavi olmakla birlikte komplike durumlarda rezeksiyon kaçınılmazdır.

**P107****Perfore Akut Apendisitte Nadir Radyolojik****Görüntü: Pnömo peritonium**

Mustafa İlker Akdeniz, Cengiz Titiz  
Mersin Devlet Hastanesi, Mersin

**Amaç:**

Pnömo peritoneum radyolojik olarak periton boşluğunda serbest hava görünümüdür. Çoğu zaman cerrahi müdahale gerektiren karın içi organ perforasyonunu düşündürür. Pnömo peritoneum peptik ülser perforasyonunda çok sık görülen bir radyolojik bulgudur. Ancak diğer gastrointestinal hastalıklarda da nadir olarak görülebilir. Bu nadir durumlardan biri olan perfore akut apandisitte pnömo peritoneumun saptandığı olgu sunumudur.

**Olgu:**

42 Yaşında erkek hasta 1 gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Hasta geldiğinde Vücut ısısı: 38,2 C WBC: 19200/mm<sup>3</sup> Hb: 12 g/dl idi. Biyokimya değerleri normal tespit edildi. Fizik Muayenede batın distandü, tüm kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Akciğer ve ayakta çekilen batın grafisinde diafram altında serbest hava görüntüsü mevcuttu. Bu bulgular doğrultusunda acil olarak ameliyata alındı. Akut batın nedeniyle yapılan laparotomide, apandisit perforasyonu saptandı. Apendektomi ve batın temizliğinin ardından dren konularak operasyona son verildi. Ek problemi olmayan antibiyotik tedavisi verilen hasta 3 gün sonra dreni çekilerek taburcu edildi.

**Sonuç:**

Perfore apandisitte pnömo peritoneum nadir bir görüntüdür. Literatürde bu radyolojik görüntü %7-8 olarak bildirilmiştir. Pnömo peritoneum oluşumunda barsak gazları veya bakteriyel aşırı çoğalmanın rol oynadığı düşünülmektedir. Sonuç olarak X-Ray görüntüleme pnömo peritoneum görülen hastada perfore akut apandisit de akla gelmelidir.

**P108****Kolonoskopi Esnasında Saptanan Sigmoid Kolon Divertikülü Perforasyonu**

Hüsnü Aydın, Fazilet Erözgen, Muhammet Rıza Küpelioglu, Mehmet Gülen, Muzaffer Akıncı, Halit Özgül, Cihad Tatar  
Haseki Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Kolonoskopi esnasında saptanan sigmoid kolon divertikülü perforasyonuna yaklaşımlar.

**Olgu:**

Dahiliye servisinde anemi nedeniyle tetkik edilen 46 yaşındaki erkek hasta, karın ağrısı şikayetlerinin artması üzerine tarafımızca değerlendirildi. Hastanın posterior farenks skuamöz hücreli karsinom, nedeniyle üç yıl önce opere olarak 3 kür kemoterapi, 15 seans radyoterapi aldığı belirtildi. Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta masif plevral efüzyonu mevcuttu. Batın tomografisinde; kolonda multipl divertiküller mevcuttu. Biyokimyasal parametrelerinde anormallik saptanmadı. Hemoglobin; 8.3 g/dl Hemotokrit; 27.4 % idi. Ön planda akut batın düşünülmeden hastaya kolonoskopi planlandı. Hastanın kolonoskopsinde anal kanaldan itibaren 40. cm' de divertikül zemininde perforasyon olduğu görüldü. Akciğer grafisinde diafragma altında serbest hava saptanmadı. Düz karın grafisinde kolonik gaz gölgeleri mevcuttu. Acil operasyon kararı alındı. Operasyonda sigmoid kolonda 2 cm.' lik divertikül zemininde gelişmiş perforasyon tespit edildi. Apse veya peritonit tablosu yoktu. Batın içi tümör saptanmadı. Divertikülektomi ve Rafi ile onarım yapıldı. Operasyon sonrası gaz gayta deşarjı olan, oral gıdayı tolere eden hasta Dahiliye servisine devredildi.

**Sonuç:**

Kolonoskopi, günümüzde kolorektal patolojileri saptamada altın standart yöntemdir. Teşhis amaçlı kolonoskopilerin yaklaşık %0.2 sinde kolon perforasyonuna rastlanılmaktadır. Yayınlanan geniş kolonoskopi serilerinde barsak perforasyonu oranı tanınal kolonoskopiler için %0,03-%0,05, tedavi amaçlı kolonoskopilerde %0,073-%2 arasındadır. Kolonoskopik perforasyonlar % 64 rektosigmoid, %13 çekum, %8 transvers kolon, %7 inen kolon, %7 çıkan kolon, %1 ileumda gözlenmektedir. Otopsi çalışmalarında gösterilmiştir ki intraluminal basınç 210 mm Hg basıncın üstünde perforasyon gelişmektedir; rutin kolonoskopide bu kadar yüksek basınçlara çıkılmaz. Kozarek ve ark. rutin diagnostik kolonoskopi esnasında ortalama basınç değerlerinin 8 ile 57 mm Hg arasında olduğunu ölçmüşlerdir ve maximum 240 mm Hg basınca çıkmışlardır. Kolonoskopiye bağlı barsak delinmeleri ya işlem sırasında ince barsak, omentum gibi karın içi organların görülmesiyle ya da gecikmeyle fark edilir. Bu hastalarda sıkı takip gerekir. Medikal tedavide hastanın oral alımı kısıtlanması, İV sıvı replasmanı, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi önerilir. Hastada peritonit bulguları varsa laparotomi yapılmalıdır. Kolonoskopik yada radyolojik olarak kanıtlanmış büyük perforasyon varlığı, jeneralize peritonit, sepsis cerrahi girişimin kesin endikasyonlarıdır. Bizim hastamızda kolonoskopi esnasında karın içi organların görülmesi nedeniyle, akut batın bulguları olmamasına ve diafragma altı serbest hava saptanmamasına rağmen operasyon kararı verildi.

**P109****Bezoara Bağlı Bağırsak Tıkanmaları**

Turan Acar, Özcan Dere, İbrahim Kokulu, Kursat Yemez, Emine Özlem Gür, Yusuf Kumkumoğlu, Mehmet Hacıyanlı  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Bezoar hayvan ya da bitki materyallerinin mide veya ince barsaklarda birikerek yumak şeklinde kitle oluşturmalarıdır. Bezoarlar, fitobezoar (fiberli lifli gıdalardan oluşan taşlaşmış artıklar), trikobezoar (saç ve kıllardan oluşan topaklaşmalar), laktobezoar (süt topu) gibi değişik şekillerde adlandırılır. Mekanik ileusun nadir sebeplerindedir. Klinik değerlendirmede kendilerine has bulguları yoktur. Direk grafilerde tanı konulması zordur. Bilgisayarlı tomografinin yaygın olarak kullanılmaya başlanmasından sonra bezoara bağlı ileus tanısının konulması daha mümkün hale gelmiştir. Bu olgu sunumunun amacı; bezoara bağlı intestinal obstrüksiyon nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalardaki görüntüleme ve tedavi yöntemlerini analiz etmektir.

**Olgu:**

44 yaşında bayan hasta 7 gündür devam eden karın ağrısı, şişkinlik ve bulantı- kusma şikayetleri ile hastanemizin acil servisine başvurdu. Özgeçmişinde DM + HT+ HPL+ mevcut. Fizik muayenesinde; batın tüm kadranda hassasiyet ve distansiyon, batın alt kadranda ise defans ve rebound mevcut. Beyaz küresinin 14990/mm<sup>3</sup> olması dışında laboratuvar değerleri normal idi. Ayakta direk batın grafisinde, ince bağırsak anslarına ait basamaklanma şeklinde hava-sıvı seviyelenmeleri mevcuttu. Batın USG; ince bağırsaklarda yaygın dilatasyon ve sıvı distansiyonları izlenmektedir. Kolonik anslar kollabe görünümündedir. Bulgular mekanik ince bağırsak obstrüksiyonu açısından anlamlıdır, şeklinde bildirildi. Batın BT si nin; ince barsak anslarında yaygın genişleme, valvula conniventes belirginleşmeleri ve hava - sıvı seviyelenmeleri dikkati çekmektedir (ileus görüntüsü), şeklinde yorumlanması üzerine hasta acil operasyona alındı. Operasyonda; treitzdan itibaren yaklaşık 200. cm de bezorla uyumlu, mobil, 4\*4 cm boyutunda yabancı cisim ve proksimalinde kalan incebağırsaklarda yaygın dilatasyon gözlemlendi. Enterotomi yapıldı bezoar çıkartılıp incebağırsak segmenti çift planda suture edildi.

**Sonuç:**

Bezoarların en sık sebebi geçirilmiş mide-duodenum cerrahisidir. Laparotomisi olmayan hastalarda ise en önemli nedenler, ağız-diş bozuklukları ve diyabettir. Kesin tanı konmasında karın BT oldukça duyarlıdır. Uygulacak tedavi ise cerrahidir. Bezoar parçalanarak çekuma doğru sıvazlanabilir. Bunun mümkün olmadığı, ince barsakta dolaşım bozukluğu saptanmayan durumlarda enterotomi, saptanan olgularda ise etkilenen barsak segmentinin rezeksiyonu uygulanır.

**P110****Kronik İntestinal İskemi (Angina Abdominalis)/ Karın Ağrılarının Ender Bir Nedeni**

Turan Acar<sup>1</sup>, Kürşat Yemez<sup>1</sup>, Volkan Çakır<sup>2</sup>, Salih Can Çelik<sup>1</sup>, Özcan Dere<sup>1</sup>, Emine Özlem Gür<sup>1</sup>, Mehmet Hacıyanlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

**Amaç:**

Kronik mezenter iskemisi, intestinal hipoperfüzyondan kaynaklanan kronik postprandiyal karın ağrısı olarak tanımlanır. Büyük mezenterik arterlerde stenoza sekonder gelişen ölüme yol açabilen bir hastalıktır. % 85 olguda darlık superior mezenterik arter veya dallarından ikisinden stenoz vardır. Semptomlar kollateral damarların durumuna göre değişir. Kronik karın ağrısı, kilo kaybı ve sitofobi sık karşılaşılan klinik özelliklerdir. Hastalığın sebebi genellikle arteriyosklerozdur. Tanı sıklıkla tomografik anjiyografi, manyetik rezonans anjiyografi ve doppler ultrasonografi ile konabilir. Tanıda altın standart konvansiyonel anjiyografidir. Tedavide cerrahi bypass ve endovasküler balon anjiyoplastisi yapılabilir. Tedavi edilmediğinde ölüme kadar gidebilen ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Olgu sunumunda karın ağrısına neden olan bu ender durum ele alındı.

**Olgu:**

54 yaşında erkek hasta. Daha öncesinde 6 kez anjio yapıp, stent konulmuş, KOAH ve geçirilmiş SVO öyküsü mevcut. 75 mg klopidogrel kullanıyor. Hastada yaklaşık 1 aydır özellikle yemeklerden sonra artan non spesifik karın ağrısı mevcut. Fizik muayenesinde; vital bulguları stabil, özellikle sol üst kadranda olmak üzere batın tüm kadranda hassasiyet mevcut, defans, rebound yok. Lokositozu yok, bilyokimyasal parametreleri normal, d-dimer ve fibrinojen yüksek. Abdominal usg olagan, batın BT sı olagan, BT anjiyografide dalak enfarktı şüphesi mevcut. Bu bulgularla hasta girişimsel radyolojiye konsulte edildi. Hastaya superior mezenterik anjiyografi çekildi. 'Çöliak arter ve proksimal dalları, renal arterler normal kalibrasyonda ve patenttir. SMA selektif kataterizasyonunda orifis bölgesinde lümeninde %50'nin üzerinde stenoz yaratan düzensiz yüzeysel kısa segment aterosklerotik plak oluşumu dikkati çekmiştir. Distal SMA dalları olagan görünümündedir,' olarak raporlandı. Hastaya bu haliyle; stenoz alanına stent uygulaması yapıp, balon anjiyoplasti uygulanmıştır.

**Sonuç:**

Çöliak trunkus ve mezenterik arter stenozlarına sekonder gelişen mezenterik iskemisinin tedavisi endovasküler yolla başarılı şekilde yapılmaktadır. Barsakları besleyen mezenterik arterlerde ve çöliak trunkusta yaygın kolleteral vasküler yapılar mevcuttur. Klinik ancak iki damarın anlamlı stenozunda ortaya çıkar. Tanıda renkli doppler USG'nin yeri vardır. Ancak bu hastalarda çoğunlukla barsak yapılarında yaygın gaz distansiyonu nedeniyle değerlendirme suboptimal olabilir. Bu nedenle klinik kuvvetli şüphe halinde mezenterik anjiyografi istenmelidir. Mezenterik arterin proksimalindeki stenozlara PTA ve stent implantasyonunda komplikasyon oranı cerrahiye göre oldukça düşüktür.



**P111****Tubeoovarian Bride Bağlı İleum Torsiyonu**Yüksel Altınel<sup>1</sup>, Canan Yıldırım<sup>2</sup>, Kadri Gulesci<sup>3</sup><sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp<sup>3</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji**Amaç:**

Karın içi yapışıklıklar cerrahi girişimler sonrasında görülebilen, morbidite, mortalite ve maliyet artışına neden olan olaylardan biridir. Yapışıklıklar sonucunda ise barsak tıkanıklığı, kronik ağrı, infertilite, sonraki cerrahi girişimleri zorlaştırma gibi sonuçları vardır. Cerrahiden sonra farklı derecelerde yapışıklık görülmesinden dolayı, yapışıklığı önleyici yada azaltıcı materyaller ve laparoskopik ameliyatlara denmektedir. Bu olgumuz ile laparoskopik başlanıp pflanenstiel insizyon ile devam eden bir sağ over kist rupturu operasyonu geçiren hastanın, yaklaşık bir yıl sonra, uterin tubanın distalindeki fimbrial kısmında oluşan brid ve buna sekonder terminal ileal ansların torsiyone olup, nekroz gelişmesini nadir görülen bir intraabdominal yapışıklık olarak ortaya koymayı amaçladık.

**Olgu:**

32 yaşında bayan hasta yaklaşık bir haftadır ara ara gelen kolik tarzda karın ağrısı atağı şikayeti ile acil servise başvurmuştu. Yaklaşık bir yıl önce laparoskopik başlanıp pflanenstiel insizyon ile devam eden bir sağ over kist rupturu operasyonu geçiren hastanın ADBG, AKC grafisinde özellik yok. FM: sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Hastanın gaz çıkışı ve defekasyonu mevcut. Bulantı ve birkaç kez kusması olmuş. WBC:12.000 ateş 37,3°C TA:120/70 mmHg. Abdominal BT; sağ kolon ve çekumda öncelikle ödemi düşündürülen kalınlaşma, sağ alt kadranda serbest sıvı olarak belirtilmişti. Takibinde WBC: 18.000 olması ve akut batın bulguları gelişmesi üzerine acil operasyona alındı. Hastada ayırıcı ön tanı olarak şüpheli perfore apandisit, plastrone? düşünülmesi üzerine ve operasyon insizyon yeri belirlemek amacıyla, laparoskopik olarak umblikus üstünden insizyon ile trokar girilmesi takiben pnomoperitoneum oluşturularak 30 derece kamera ile ince barsak anslarında iskemi saptanması üzerine açığa geçilme kararı alındı. GÜAM insizyon yapıldı. Gözlemlerde reaksiyone serbest sıvı ve uterin tubanın distalindeki fimbrial kısmında oluşan brid ve buna sekonder terminal ileal ansların torsiyone olup iskemi, nekroz gelişimi saptandı. Bridektomi yapıldı. Terminal ileuma 20cm distalden yaklaşık 40-50 cmlik nekrotik ileum segmenti rezeke edilerek lineer staplerler ile yan yan anastomoz yapıldı. Postoperatif takiplerinde sorun yaşanmayan, hemodinamisi stabil, oral alımı iyi olan hasta taburcu edildi.

**Sonuç:**

Laparoskopik cerrahi teknikleri ile intraabdominal yapışıklıkları önlemeye ve azaltmaya çalışsak dahi, ne yazık ki oluşumuna engel olamamaktayız. Çok nadir olsada, geçirilen minimal invaziv overian cerrahi müdahaleye sekonder artan fibrozis ve sonucunda oluşan intraabdominal adezyon bandı, eski operasyon lojunda komşu organ ileal barsak anslarında torsiyon ve nekroz oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Neyazık ki hala kesin olarak adezyon oluşumuna engel olabilecek bir madde bulunamamıştır.

**P112****Laparoskopik Apandektomi; Perfore Apandisitlerde de Etkin ve Güvenli Bir Yöntemdir**

Murat Kalaycı, Mehmet Çağlıküleççi, Tuba Gülçelik, Özcan Gökçe

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

**Amaç:**

Laparoskopik apandektominin perfore apandisitlerde de güvenle uygulanabileceğini göstermek.

**Gereç-Yöntem:**

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında, mart 2007-nisan 2013 tarihleri arasında akut apandisit nedeniyle laparoskopik apandektomi uygulanan 110 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. LA uygulanan olgular; yaş, cins, operasyon süresi, patolojileri, hastanede kalış süresi, eşlik eden hastalıklar, eşlik eden ameliyat, BMI, analjezi ihtiyacı, komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

**Bulgular:**

LA uyguladığımız 110 olgunun 69'u E, 41'i K idi. Olguların yaşları 15-79 arasında değişmekte olup, ortalama yaş: 31.8 idi. Ameliyat süresi 20 dk ile 1 saat 40 dk arasında olup ortalama süre 46.3 dk olarak bulundu ( Apandektomi yanında yapılan ameliyatlarda dahil olmak üzere). Hastanede kalış süreleri 1 ile 3 gün arasında olup ortalama süre 1.6 gün olarak bulundu. 110 apandisit olgumuzun patolojileri incelendiğinde 57'si perfore, 8'i gangrene 1'i kataral diğerleri flegmonöz apandisit olarak saptandı. Hastaların ortalama BMI(24-30arasında)26.7 idi. Hastaların 2'sinde laparoskopik apandektomi ile birlikte laparoskopik kolesistektomi, 4'ünde umbilikal herni onarımı, 3'ünde over kistektomi, 1'inde myomektomi, 3'ünde pelvik abse drenajı uygulanmıştır. Hastaların 2'sinde yandaş hastalık olarak HT, 2'sinde D.M, 1'inde Koah, 1'inde talasemi, 1'inde geçirilmiş MI+bypass, 1'inde chron, 1'inde siroz bulunmakta idi. Ameliyat sonrası, hastalarda ortalama visuel ağrı skalası VAS:2 'dir. Ameliyat edilen hastaların takip süresi 1 ay ile 69 ay arasında olup ortalama takip süresi:30.9 aydır. Tüm vakalarda apandiks mezozunun diseksiyonu damar mühürleme sistemi kullanılarak yapılmıştır. Apandiks güdüğünde 2 adet endoloop kullanılmıştır. Tüm apandiks piyesleri kesi yerinden endobag içersinde çıkartılmıştır. Antibiyotik profilaksisi seftriakson ve metranidazol ile yapılmış, perfore vakalarda ameliyat sonrası da devam edilmiştir. Tüm vakaları deneyimli uzman hekimler yapmıştır.

**Sonuç:**

LA uygulanan hastaların hiçbirinde (gangrene ve perfore olanlar da dahil) ameliyat sonrası dönemde batın içi abse, koleksiyon, yara yeri enfeksiyonu vb komplikasyon gözlenmemiştir. Bu sonuçlarda apandiks piyesinin endobag ile kesi yerine temas etmeden çıkartmanın, tüm vakaların deneyimli cerrahlar tarafından yapılmasının etkin olduğu kanaatine varılmıştır. Ayrıca damar mühürleme sistemlerinin enflame mezoda güvenle kullanılabileceğini de göstermesi açısından anlamlıdır.



**Apandiks Patolojileri**

Perfore Apandisit	57
Gangrene Apandisit	28
Flegmanöz Apandisit	24
Kataral Apandisit	1
Toplam	110

**P113****Parsiyel Çekum Nekrozunda Parsiyel Çekum Rezeksiyonunun Yeri (Olgu Sunumu)**

Emine Özlem Gür, Turan Acar, Cengiz Tavusbay, İbrahim Kokulu, Yusuf Kumkumoglu, Emir Çapkinoğlu, Mehmet Hacıyanlı  
*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:**

Parsiyel çekum nekrozu (PÇN), sebebi tam olarak bilinmeyen, çoğunlukla ileri yaşlarda görülen, nadir bir durumdur. Literatürde bildirilen az sayıda olgudan, etiyojide kronik kalp hastalıklarının rol oynadığı ve diyaliz hastalarında sık olarak görüldüğü bildirilmiştir. PÇN düşünülen hastalarda nekroze barsak segmentlerinin erken rezeksiyonu, mortaliteyi azaltmada rol oynar. Biz bu çalışmada PÇN nedeniyle opere edilen 2 olguyu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

**Olgu:**

OLGU 1: 57 yaşında erkek hasta, 1 gün önce başlayan ve gittikçe artan karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın yakın zamanda geçirilmiş BYPASS, pankreatit, ve mide kanaması öyküsü vardı. Kumadin, concor ve beloc kullanan hasta, fizik muayene ve laboratuvar bulguları sonucunda, akut karın ön tanısıyla acil operasyona alındı. Operasyonda PÇN'na bağlı perforasyon saptanan hastaya lineer stappler ile parsiyel çekum rezeksiyonu yapıldı. Hasta postoperatif 7. Gün şifa ile taburcu edildi. OLGU 2: 64 yaşında erkek hasta, yaklaşık 24 saattir devam eden karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 3 ay önce koroner anjiyografi olduğu ve aort anevrizması olduğu öğrenildi. Hastada ayrıca diabetes mellitus ile hipertansiyon hikayesi vardı ve pilavix, diamikron ve beloc kullanıyordu. Hasta akut karın öntanısı ile operasyona alındı ve operasyonda PÇN saptanması üzerine ilk olgudaki gibi lineer stappler ile parsiyel çekum rezeksiyonu yapıldı. Hasta potoperatif 9. gün şifa ile eksterne edildi.

**Sonuç:**

Çekumun iskemik nekrozu iskemik kolitin nadir bir varyasyondur. Akut karın olan, kardiyak hastalık geçmişi olan, ileri yaşlı hastalarda akut karın bulguları varlığında PÇN akla getirilmesi gereken bir patolojidir. PÇN saptanan hastalarda geniş rezeksiyon yerine lineer stappler ile parsiyel çekum rezeksiyonu güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

**P114****Lipoma Bağlı İntestinal İnvajinasyon**

Turan Acar, Ercüment Tarcan, Murat Kemal Atahan, Mehmet Hacıyanlı, Özcan Dere, Yunus Emre Danış, Evren Durak  
*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:**

İnvajinasyon, distal intestinal segmentin proksimal segmentin içine girerek tıkanıklığa neden olmasına denir. Yetişkin popülasyonda nadir görülmesine karşın, küçük çocuklarda en sık intestinal obstrüksiyon nedenidir. İdiyopatik invajinasyon altı- yirmi dört ay arasındaki çocuklarda görülür. Bu yaş grubunun üstündekilerde tetikleyici patolojik bir nedenin olduğu daima düşünülmelidir. Bu olgu sunumunda, hastanemiz acil servisine başvuran invajinasyon tanısı konulan bir hastadaki tanı ve tedavi sonuçlarının incelenmesi amaçlandı.

**Olgu:**

43 yaşında erkek hasta 4 gündür karın ağrısı, bulantı-kusma, şişkinlik şikayetleriyle hastanemiz acil servisine başvuruyor. Özgeçmişinde ek hastalığı yok. Devamlı kullandığı ilaç yok. Fizik muayenesinde; batında yaygın distansiyon, hassasiyet, defans, rebaundu mevcut. Rektal tuşesi boş. Beyaz küresinin 12.700 mm<sup>3</sup> olması haricinde diğer laboratuvar parametreleri olağan. Ayakta direk batın grafisinde; intestinal anlarda yaygın hava sıvı seviyeleri mevcut. Batın USG; batın içi tüm kadrarlarda barsak kalibrasyonları artmış ve anslar aperistaltiktir. Lümende ileri-geri hareket izlenmekte olup anslar arasında ve batın tüm kadrarlarda minimal sıvı izlenmiştir. Sağ alt kadranda yaklaşık 13 cm çaplı invajinasyonla uyumlu pseudokidney (yalancı böbrek görünümü) görünümü izlenmiş olup ileo-anal invajinasyon lehine değerlendirilmiştir, şeklinde belirtildi. Batın BT de ise; ince barsak ansları dilate olup hava sıvı seviyelenmeleri göstermektedir, terminal ileum düzeyinde invajinasyon olabilir, şeklinde yorumlanmasa üzerine hasta acil operasyona alındı. Operasyonda; incebağırsakların ileri derecede dilate olduğu ileoçekal valvden itibaren 15. cm deki ansın invajine olduğu ve içerdeki ansın çıkan kolon ortalarına kadar ilerlediği gözlemlendi. Bu düzeydeki ileal segmentte serozal açılmalar mevcuttu. İlk olarak repozisyon denendi fakat mümkün olmayınca hastaya rezeksiyon ve anostomoz yapıldı. Hastanın patoloji; lipoma bağlı intusepsiyon ve buna bağlı iskemik değişiklikler olarak raporlandı.

**Sonuç:**

Sonuç olarak erişkinde invajinasyon; çocuk yaş grubuna göre daha az görülmesine karşın, geniş bir etiyojolojik yelpazesi ve değişik klinik tablosu olduğundan, özellikle akut karın tablosuyla karşılaşan her hekim ayırıcı tanıda invajinasyon tanısını da göz önünde bulundurmalı ve ameliyatta seçilmiş olgular dışında invajinasyona uğramış barsak ansı enblok çıkarılmalıdır.

**P115****Pankreatite Bağlı Kolon Obstruksiyonu**

Fazıl Sağlam, Ali Alemdar, Sedat Kamalı, Birol Ağca, Giray Yavuz, Ali Durmuş, Ümit Gül Bayrakçı, Yüksel Beyaz, Hakan Güven, Kazım Sarı

*Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastrointestinal Sistem Cerrahisi Ünitesi*

**Amaç:**

Akut pankreatitte seyrek görülen kolonun tıkanık, iskemi, nekroz ve fistül gibi komplikasyonlarını erken tanımlayarak gerekli tedavi ile mortaliteyi azaltmak.

**Olgu:**

Akut pankreatitte kolonda; mekanik tıkanıklık, iskemik nekroz, kanama ve fistül gibi komplikasyonlar seyrek görülür. Pankreasın gövdesi ve kuyruğunda oluşan ciddi enflamasyona ikincil gelişen kolon tıkanıklığı sıklıkla splenik fleksura ve transvers kolonda görülür. Acil cerrahi servisine 29 yaşında bayan hasta karında şişkinlik ve dışkılama zorluğu şikâyeti ile başvurdu. Diyabet öyküsü olan hasta üç ay önce pankreatit tanısı ile hastanede tedavi görmüş. Muayene, laboratuvar ve radyolojik inceleme sonucu mekanik bağırsak tıkanıklığı ve akut karın tanısı konan hasta ameliyat edilerek ameliyat sonrası 10. Gün taburcu edilen hasta 20 gün sonra pankreas fistülü nedeniyle tekrar hasta haneye yatırılarak tedavi edildi.

**Sonuç:**

Akut pankreatit sonrası intestinal obstruksiyon seyrek görülse de daima akıldan tutulmalıdır.

**P116****Nadir Bir Akut Batın Olgusu; Rektum Intramural Hematomuna Seconder Perforasyon**

Orhan Yağmurkaya<sup>1</sup>, Eyüp Kahya<sup>1</sup>, Hüseyin Aksoy<sup>1</sup>, Sedat Alpaslan Tuncel<sup>2</sup>, Doğan Albayrak<sup>1</sup>, Serhat Oğuz<sup>1</sup>, Abdil Cem İbiş<sup>1</sup>, Ahmet Rahmi Hatipoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Edirne

<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Edirne

**Amaç:**

Uzun süreli oral antikoagulan kullanımı % 10-30 oranında hemorajik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Rektumun intramural hematomu ve perforasyonu oral antikoagulan kullanımının oldukça nadir bir komplikasyondur. Neden çoğu zaman aşırı doz oral antikoagulan alımı veya kanama eğilimine neden olan başka risk faktörlerinin olmasıdır. Yazımızda antikoagulan kullanımına bağlı gelişen, rektum perforasyonu ile komplike olmuş, rektum intramural hematomu olgusu sunulmuştur.

**Olgu:**

83 yaşında erkek hasta yaygın karın ağrısı şikâyeti ile acil servisimize değerlendirildi. Ağrısının iki gündür olduğu ve son beş gündür de rektal aralıklı kanaması olduğunu ifade etti. Kronik atrial fibrilasyon nedeniyle uzun süredir oral antikoagulan ilaç kullandığı öğrenildi. Genel durumu da bozuk olan hastanın yapılan muayenesinde; batında yaygın hassasiyet ve istemli defans mevcuttu. Laboratuvar testlerinde; Hg; 11.1 gr/dl, Hct; 32.8, INR; 4.06 idi. Çekilen tüm abdomen

tomografisinde; rektosigmoid bölgede barsak duvarında hematoma ve batın içi serbest hava tespit edildi (Şekil 1). Yoğun destek tedavisinin ardından (sıvı ve antibiyotik desteği, elektrolit imbalansının düzeltilmesi vb. ) hasta operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda rektosigmoid bölgeden başlayıp anal kanala kadar uzanan intramural hematoma, proksimal rektum üzerinde 2 cm' lik perforasyon alanı ve batın içi 500 cc kadar hemorajik mayi olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Perforasyon alanından Hartman kolostomi açıldı.

**Sonuç:**

Rektum intramural hematomu birçok hastada abdominal veya rektal travma sonrasında meydana gelir. Kolonoskopik biyopsinin komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilir. Ayrıca son günlerde oldukça popüler hale gelen stapler hemoroidopeksinin komplikasyonu olarak da rektum intramural hematomu ile karşılaşılabilir. Spontan rektum intramural hematomu daha çok uygunsuz antikoagulan kullanımı ile ilişkilidir ve hastaların başvuru nedeni çoğu zaman müphem ve lokalize edilemeyen karın ağrısı ve rektal kanamadır. Koagülasyon parametrelerindeki anormallikler, alkolizm, pankreatik hastalıklar, Henoch-Schönlein purpurası gibi çeşitli hastalıklar eşlik edebilmektedir. Oral antikoagulan kullanan, koagülasyon parametrelerinde anormallikler olan ve karın ağrısı şikâyeti ile başvuran akut karın sendromlu hastalarda, olaya rektal kanamanın da eşlik etmesi durumunda, tanıda rektum intramural hematomu düşünülmelidir.

**P117****Sağ Amyand Herni ve Paraziter Apendisit Birlikteliği: Nadir bir Olgu**

Abdullah Şenlikci, Enver İlhan, Emrah Dadalı, Uğur Gökçelli, Mehmet Akif Üstüner

*SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*

**Amaç:**

Burada inkarsere inguinal herni tanısıyla acil olarak ameliyat edilen ve herni kesesi içerisinde parazite ikincil gelişmiş akut apandisit saptanan olguyu sunduk.

**Olgu:**

83 yaşında erkek hasta sağ kasıkta şişlik ve ağrı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Bilinen sağ inguinal herni öyküsü olan hastanın yapılan fizik bakışında redükte olmayan sağ inguinal hernisi mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı 13500/ mm<sup>3</sup> idi. Olgunun PA akciğer grafisinde ve ayakta direkt batın grafisinde özellik yoktu. Yüzeysel doku US'de ise intestinal ans içeren herni kesesi izlendi. Hastaya acil ameliyat planlandı. Eksplorasyonda sağ inguinal herni içerisinde inkarsere durumda yaklaşık 20 cm lik ileum ansı ve ödemli akut apandisit görünümünde apendiks gözlemlendi. Olguda ek olarak hidrosel mevcuttu. Olguya apendektomi yapıldı ve apendiks lümeninde taenia olduğu gözlemlendi. Ek olarak fitik onarımı Lichtenstein prosedürü ve hidroseli içinde Winkelman prosedürü uygulandı. Histopatoloji sonucu ise parazite bağlı akut apandisit olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası problemi olmayan olgu 3. günde taburcu edildi.

**Sonuç:**

İnkarsere inguinal herni en sık gözlenen acil cerrahi hastalıklardan biridir. Genellikle herni kesesi içinde omentum veya ince barsak yer alır. Nadir de olsa mesane, over, fallop tüpü, Meckel divertikülü gibi diğer batın içi organlar da gözlenebilir. Apendiksin inflame yada nonenflame şekilde inguinal herni içerisinde bulunmasına Amyant herni denir. Paraziter enfestasyonlar, akut apandisit oluşumunun nadir nedenlerinden biridir. En sık gözlenen parazit enterobius vermikularistir. İkinci sıklıkta gözlenen parazit ise tenyadır. Sonuç olarak inkarsere inguinal herni operasyonunda bazen amyant herni ve paraziter akut apandisit gibi beklenmedik intraoperatif bulgular gözlenebilir.

**P118****Karın Duvarında Nekrotizan Fasiite Neden****Olmuş Amyand Herni: Olgu Sunumu**

Mustafa Buğra Kardeşler, Varlık Erol, Tayfun Yoldaş, Cemil Çalışkan

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir*

**Amaç:**

Bu olgu sunumunda, karın duvarında nekrotizan fasiite neden olmuş Amyand Herni tanısıyla opere edilen hastanın sunulması amaçlandı.

**Olgu:**

67 yaşında erkek hasta, 20 gündür devam eden karın ağrısı, ateş, karın cildinde şişlik ve genel durum bozukluğu şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilateral inguinal herni dışında yandaş hastalığı olmayan hastanın, geçirilmiş operasyon ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenede ateş, taşikardi, karın cildinde sağ alt kadranda nekroz alanı olduğu gözlemlendi. Hastanın karın muayenesinde şişliğin olduğu yerde hassasiyet bulunmakla birlikte diğer kadrarlarda palpasyonda karın hassasiyeti yoktu. Kan laboratuvar değerlerinde lökosit: 18.000 mm<sup>3</sup>, CRP:23 mg/dl olarak belirlendi. Diğer rutin kan değerlerinde patoloji saptanmadı. Karın bilgisayarlı tomografisi; “bilateral inguinal herni kesesi, sağda karın duvarında 20X10 cm boyutlarında apse ile uyumlu sıvı koleksiyonu” şeklinde rapor edildi. Eksplorasyonda karın cildinde apse poşu, sağ karın duvarında nekrotizan fasiit, sağda inguinal herni kesesinde çekum, terminal ileum ve apendiksin inkarsere olduğu tespit edildi. Redüksiyon sonrası apendiksin inflamasyona sekonder perfore olduğu ve buna bağlı olarak fitik kesesinden karın cilt altına kraniale doğru apeleşme ve nekrotizan fasiite neden olduğu belirlendi. Hastaya apendektomi, apse drenajı ve debridman uygulandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi ve 7. gün şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:**

Klinik olarak Amyand herni ve buna bağlı apendiks inflamasyonu, strangule ya da inkarsere herni ile karışabilmektedir. Tanıda gecikme hayatı tehdit edici septik komplikasyonlara sebep olabilir. Preoperatif olarak tanınması zordur ve şüphe durumunda acil karın eksplorasyonu gerekmektedir.

**P119****Fournier Gangreni ile Başvuran Hastalarda Prognozu Etkileyen Faktörler**

Tayfun Yoldaş, Varlık Erol, Gözde Ertunç, Ömer Ünalp, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir*

**Amaç:**

Fournier Gangreni hızlı seyirli, agresif debridman gerektiren ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Bu çalışmada, kliniğimizde tedavi edilmiş Fournier Gangrenli hastalar retrospektif olarak irdelenerek prognozda etkili olan faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 1990 Aralık 2012 yılları arasında Fournier Gangreni tanısı ile kliniğimize kabul edilen 112 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, yandaş hastalığı, etiyojisi, yapılan cerrahi tipi ve postoperatif mortalite nedenleri araştırılarak kaydedildi.

**Bulgular:**

Fournier Gangreni nedeniyle kliniğimize kabul edilen 112 hastanın 82'si (%73,2) erkek 30'u (%26,8) kadındı. Ortalama yaş 57,5 (17-82) olarak belirlendi. En sık eşlik eden yandaş hastalığın diyabetes mellitus (%52) olduğu tespit edildi. Hastaların %45,5'ine (51 hasta) diversiyon uygulandı. Mortalite oranımız %17 olarak tespit edildi.

**Sonuç:**

Fournier Gangren'li hastaların tedavisinde başarı, yeterli bir cerrahi debridman ile birlikte uygun ve multidisipliner yaklaşım ile elde edilebilir. Prognozu kötü etkileyen faktörlerin hastanın diyabetik olması ve hastaneye geç müracaat etmesi olduğu belirlendi.

**P120****Komplike Meckel Divertikülü ve Tedavi Yönetimi**

Varlık Erol, Tayfun Yoldaş, Samet Cin, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir*

**Amaç:**

Bu çalışmada kliniğimizde akut karın nedeniyle opere edilip, Meckel divertikülünün (MD) inflamasyonu sonucu gelişen komplikasyonlar ile karşılaşılan hastalardaki tedavi seçenekleri ve hasta yönetiminin literatür ile karşılaştırılarak irdelenmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Ekim 2007-Ekim 2012 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında akut karın ve mekanik bağırsak tıkanıklığı nedeni ile opere edilen ve etiyojik neden olarak peroperatif ve histopatolojik olarak meckel divertikülü tespit edilen 14 hasta retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:**

Meckel divertikülü ve buna bağlı komplikasyonlar nedeni ile opere edilen 14 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalarda

radyolojik olarak abdominal bilgisayarlı tomografide mekanik bağırsak obstrüksiyonu, meckel divertikülü ve peridivertiküler abse ile uyumlu patolojiler ve direk karın grafisinde serbest hava olduğu rapor edildi. MD komplikasyonu (tıkanıklık, divertikülit, perforasyon) tanılı 14 hastadan 3'üne (%21,4) divertikül eksizyonu, 1 (%7,1) hastaya sağ hemikolektomi + ileotransversostomi ve 10 (%71,5) hastaya parsiyel ince barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz uygulandı.

#### Sonuç:

MD omfalomezenterik kanalın ince bağırsaktaki körelmiş bir kalıntısıdır. İnce bağırsağın 3 katmanında içeren gerçek divertiküler konjenital bir anomalidir. Ülserasyon, kanama, ince bağırsak tıkanıklığı, divertikülit, perforasyon gibi komplikasyonlar görülebileceğinden rastlantısal olarak saptandığında cerrahi eksizyon uygulanmalıdır. Meckel divertikülüne bağlı komplikasyonlar radyolojik ve klinik olarak spesifik bulguya sahip değildir. Gecikmiş tanı ölümcül septik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Meckel divertikülü ile ilişkili komplikasyonlar, özellikle preoperatif dönemde kesin tanıya ulaşılamamış hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Komplike divertikül varlığında ise acil cerrahi müdahale uygun yaklaşım olacaktır.

#### P121

### Acil Olarak Ameliyat Edilen Kolorektal Kanserlerde Hartmann Prosedürü

Mehmet Akif Üstüner, Enver İlhan, Orhan Üreyen, Abdullah Şenlikci, Emrah Dadalı

*SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*

#### Amaç:

Bu çalışmada acil olarak ameliyat edilen kolon ve rektum kanserlerinin cerrahisinde Hartmann prosedürünün uygulanması tartışıldı.

#### Gereç-Yöntem:

Kolon rektum kanseri nedeniyle acil olarak ameliyat edilen toplam 29 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların 23(%79)'ü erkek, 6(%21)'sı kadın idi. Bütün olgularda ameliyat nedeni tümoral tıkanıklığa bağlı ileus idi. Hastanede kalış süresi ortalama 22(aralık 1-150) gündü. Yandaş hastalık olarak en fazla koroner arter hastalığı yer alırken ikinci sırada böbrek yetmezliği gelmekteydi. Tümör yerleşimi 9(%31) olguda inen kolon, 9(%31) olguda sigmoid kolon, 6(%20.6) olguda rektum, 2(%6.9) olguda çekum, 1(%3.1) olguda transvers kolon, 1(%3.1) olguda senkron sigmoid ve çıkan kolon, 1(%3.1) olguda senkron inen kolon ve çıkan kolon idi. 12(%41.3) olguya sol hemikolektomi, 5(%17.2) olguya sigmoid kolon rezeksiyonu, 3(%10) olguya Miles ameliyatı, 3(%10) olguya total kolektomi, 2(%6.8) olguya sağ hemikolektomi, 3(%10.3) olguya aşağı anterior rezeksiyon, 1(%3.1) olguya transvers kolon rezeksiyonu uygulandı. 6(%20.6) olgu gastrointestinal fistül nedeniyle tekrar ameliyat edildi. Toplam 5(17.2) olgu ex oldu, 5(%17.2) olguda yara yeri enfeksiyonu, bir olguda ise evisserasyon gelişti. Acil olarak ameliyat edilen bu olguların 15(51.7)'ine Hartmann prosedürü uygulandı. ASA skoru olarak, dört olgu ASA 2, altı olgu ASA 3 ve beş olgu ASA 4 idi. Hartmann prosedürü uygulanan olguların üçünde kolostomi ağız

komplikasyonlarına bağlı, birinde ise iyatrojenik ince barsak yaralanmasına bağlı ameliyat sonrası gastrointestinal fistül gözlenirken, birinde ise kolostomi kapatılması sonrası gastrointestinal fistül gelişti. Toplam 4(%26.7) olgu ameliyat sonrası dönemde ex oldu.

#### Sonuç:

Acil olarak ameliyat edilen kolon ve rektum kanserlerinde Hartmann prosedürü hastanın aciliyeti göz önüne alındığında ameliyat süresini ve anestezi süresini kısaltması nedeniyle halen kolay uygulanabilir güvenli bir yöntemdir. Ancak morbiditesi ve mortalitesi halen yüksektir.

#### P122

### Önlebilir İleus Nedeni: Tümoral Tıkanıklığa Bağlı İleuslar

Enver İlhan, Mehmet Akif Üstüner, Orhan Üreyen, Abdullah Şenlikci, Emrah Dadalı, Uğur Gökçelli

*SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*

#### Amaç:

Bu çalışmada kolorektal kanser nedeniyle acil ve elektif olarak ameliyat edilen olgularda morbidite ve mortalite oranlarını karşılaştırmak amaçlandı.

#### Gereç-Yöntem:

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Genel Cerrahi Kliniğinde 2008-2013 yılları arasında acil ve elektif olarak ameliyat edilen olguların dosya ve elektronik kayıtları retrospektif olarak incelendi. Acil olarak ameliyat edilen olgular Grup I, elektif olarak ameliyat edilenler ise Grup II olarak sınıflandırıldı.

#### Bulgular:

Toplam 98 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 74.6 (aralık 58-90) idi. Grup I deki olguların 23(%79)'ü erkek, 6(%21)'sı kadın idi. Ameliyat nedeni tümoral tıkanıklığa bağlı ileus idi. Hastanede kalış süresi ortalama 22(aralık 1-150) gündü. Yandaş hastalık olarak en fazla koroner arter hastalığı yer alırken ikinci sırada böbrek yetmezliği gelmekteydi. Tümör yerleşimi 9(%31) olguda inen kolon, 9(%31) olguda sigmoid kolon, 6(%20.6) olguda rektum, 2(%6.9) olguda çekum, 1 olguda transvers kolon, 1 olguda senkron sigmoid ve çıkan kolon, 1 olguda senkron inen kolon ve çıkan kolon idi. 12(%41.3) olguya sol hemikolektomi, 5(%17.2) olguya sigmoid kolon rezeksiyonu, 3 (%10) olguya Miles ameliyatı, 3(%10) olguya total kolektomi, 2 (%6.8) olguya sağ hemikolektomi, 3 olguya aşağı anterior rezeksiyon, 1 olguya transvers kolon rezeksiyonu uygulandı. 6(%20.6) olgu gastrointestinal fistül nedeniyle tekrar ameliyat edildi. Toplam 5(17.2) olgu ex oldu, 5(%17.2) olguda yara yeri enfeksiyonu, bir olguda ise evisserasyon gelişti. Grup II deki olguların 43(%63)'ü erkek, 26(%37)'sı kadın idi. Yaş ortalaması 68,2(aralık 39-91). Hastanede kalış süresi ortalama 16,8(aralık 7-36)gündü. Yandaş hastalık olarak ilk sırada koroner arter hastalığı yer alırken bunu hipertansiyon izlemekteydi. Tümör yerleşimi 6(%8,7) olguda inen kolon, 18 (%26) olguda sigmoid kolon, 27(%39) olguda rektum, 9 (%13) olguda çekum, 2(%3.3) olguda transvers kolon, 7(%10) olguda çıkan kolonda idi. Ameliyat tipi olarak 11(%16)



olguya sol hemikolektomi, 6(%8,7) olguya sigmoid kolon rezeksiyonu, 16 (%23) olguya Miles ameliyatı, 3 (%3,4) olguya total kolektomi, 15 (%21) olguya sağ hemikolektomi, 16(%23) olguya aşağı anterior rezeksiyon, 2 (%2,9) olguya subtotal kolektomi uygulandı. Toplam 6(%8,7) olgu gastrointestinal fistül nedeniyle tekrar ameliyat edildi, Toplam 3(%4,34) olgu ex oldu, 10(%14,5) olguda yara yeri enfeksiyonu, bir olguda ise evisserasyon gelişti.

#### Sonuç:

İleus nedeniyle acil olarak ameliyat edilen hastaların önemli bir kısmını tümöral tıkanıklıklar a sahip hastalar oluşturmaktadır. Çalışmamızda da görüldüğü gibi acil olarak ameliyat edilen kolorektal kanserli hastalarda morbidite ve mortalite oranları elektif olarak ameliyat edilenlere göre yüksektir. Kolonoskopik taramalarla bu hastalar daha önceden taranıp elektif olarak ameliyat edilirse mortalite ve morbidite oranları önemli ölçüde azalacaktır.

### P123

#### Kovansiyonel Laparoskopik Apendektomi

##### Deneyimimiz: 103 Olgu

Erdoğan Sözüer, Abdullah Bahadır Öz, Muhammet Akyüz, Hızır Akyıldız, Alper Akcan, Rıdvan Kulu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

#### Amaç:

Apendektomi acil cerrahi de en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biridir. Laparoskopik apendektomi (LA) şüpheli ya da klinik olarak ispatlanmış akut apandisit olgularında gittikçe artan sıklıkta uygulanmaktadır. LA açık yapılan olgular ile karşılaştırıldığında daha az hastanede kalma süresi, daha hızlı normal aktivasyona dönme, daha az yara yeri enfeksiyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kliniğimizde LA yapılan olguların sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde Genel Cerrahi Anabilim Dalında Ocak 2009- Şubat 2013 tarihleri arasında akut apandisit tanısı ile LA yapılan 103 olgu (56 erkek, 47 kadın) retrospektif olarak taranmıştır. Görüntüleme yöntemleri olarak ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi kullanıldı. Standart uygulama olarak tüm hastalara umblikus altından 1 adet 10 mm lik port, suprapubik ve sol alt kadrana sırası ile birer adet 5 mm ve 10 mm lik giriş yeri olan toplamda 3 port uygulanmıştır.

#### Bulgular:

Olgu parametreleri Tablo 1 de özetlenmiş olup akut apandisit tanısı ile 103 olguya LA uygulandı. Ortalama yaş 32 (17-71) idi. Ameliyat süresi ortalama 41 dakika(20-70) idi Sekiz olguda açık işleme geçildi. İki olguda over kist rüptürü tespit edilmiş olup laparoskopik olarak Kadın Doğum Anabilim Dalı tarafından müdahale edildi ve apendektomi yapılmadı. On üç olguda perfore apandisit hali olup 5 olguda yaygın intraabdominal apse nedeni ile açık işleme geçildi. Açık işleme geçilen diğer 3 olgunun nedeni sırası ile çok yapışık olması, tanısız amaçlı ve çekumda iatrojenik yaralanmadır. Hastanede kalma süresi ortalama 1,5 gün olup (1-10). On olguda port yerinde enfeksiyon ortaya çıktı. Beş olgu perfore apandisiti olan olgular idi. Bir olguda ise taburcu edildikten 1 hafta sonra

pelvik apse nedeni ile tekrar ameliyata (açık işlem) alındı ve apse drene edildi. Apendiks kökü hemoklips ( 93 olgu) ve PDS (8 olgu, endoloop ile ) ile bağlandı.

#### Sonuç:

Laparoskopik apendektomi açık apendektomiye alternatif olarak son yıllarda giderek yaygın şekilde uygulanan bir yöntemdir. Laparoskopik yöntem karın bulguları şüpheli akut apandisit olgularında daha büyük insizyon kullanmadan diğer cerrahi patolojilerin tespit edilmesi ve müdahale edilmesi, daha iyi karın eksplorasyonuna izin vermesi açısından avantajlıdır.

Tablo 1. Parametreler

Parametreler	n:103
Cinsiyet ( erkek/kadın)	56/47
Yaş ortalaması	32
Ameliyat süresi (ortalama dakika)	41
Hastanede Kalış süresi (gün)	1,5
Port yeri enfeksiyonu	10
Farklı cerrahi patoloji	2
Açık işleme geçme	8
Negatif apendektomi	15
Perfore apandisit	13
Reoperasyon	1
Mortalite	yok

### P124

#### Kolorektal Cerrahi Sonrası Anastomoz

##### Kaçığının Yol Açtığı Üç Farklı Senaryo

Tuğba Matlım Özel<sup>1</sup>, Kürşat Serin<sup>1</sup>, Enver Kunduz<sup>2</sup>, Oktar Asoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Liv Hospital, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Çorum Bayat Devlet Hastanesi, Çorum

#### Amaç:

Kolorektal cerrahi sonrası önemli mortalite ve morbidite nedeni olan anastomoz kaçağı olgularında farklı yaklaşımların tartışılmasını amaçladık.

#### Olgu:

Her üçü de ilk ameliyatları dış merkezde yapıldıktan sonra başvuran, Sağ kolon tümörü nedeniyle sağ hemikolektomi yapılan ve ameliyat sonrası 3. gününde anastomoz kaçağı gelişen, Sağ kolon kanserine bağlı gelişen ikinci batın içi nüksü sebebiyle ileorektal anastomoz yapılan ve ameliyat sonrası sekizinci gününde anastomoz kaçağı ve rektovajinal fistül gelişen ve FAP nedeniyle Total Proktokolektomi yapılar anastomoz kaçağı nedeniyle ileostomisi kapatılmayan 3 farklı olgunun cerrahi yönetim süreçleri ele alındı. İlk olguda acil ileostomi açılarak batın içi sepsis tablosunun gerilemesi beklendi. Ancak ileostomi kapatılması planlanan hastanın anastomoz hattında fistülünün devam ettiği görüldü. Hastaya endoskopik yolla klip denendi. Fistül laparoskopik yöntemle kapatıldı ve aynı seansta ileostomisi kapatıldı. Sağ kolon kanserine bağlı ikincil batın içi nüksü sebebiyle batın ön duvar nüks rezeksiyonu + kısmı ince barsak rezeksiyonu + mesane kubbe rezeksiyonu + ileorektal anastomoz rezeksiyon ve reanastomoz yapılan olguda AS 8. Gün kontrollü anastomoz kaçağı ve bunu takiben rektovajinal fistül gelişti. İki kez endoskopik yolla ileal poş güdüğüne klip konularak müdahale edildi. Ancak rektovajinal

fistülü devam eden hasta transanal TEM ile tedavi edildi. FAP nedeniyle cerrahi girişim sonrası anatomoz kaçığı nedeniyle stoma açılan ancak daha sonra anastomoz hattında darlık gelişen ve metal stent konulan hastaya tekrar rezeksiyon ve ileoanal poş uygulandı.

#### Sonuç:

Kolorektal cerrahinin kabusu olan anastomoz kaçaklarıyla başa çıkmak için her hastaya, hastanın ve anastomoz kaçığının tipine göre farklı çözüm ve yaklaşımlar gerekir.

### P125

#### Kolon perforasyonları: Sebep, Tedavi ve

#### Sonuçları

Soyskan Arıkan, Yiğit Düzköylü, Baki Doğan, Serkan Sarı, Feyzullah Ersöz, Bekir Ferit Yalçın, Aziz Arı  
S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Kolon perforasyonları akut karın nedenleri arasında nispeten nadir rastlanan, mortalite ve morbiditesi yüksek seyredabilen tablolardır. Bu çalışmada kliniğimizde çeşitli nedenlerle kolon perforasyonu gelişen hastalarımızı sunmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Kliniğimizde 2009-2013 yılları arasında çeşitli nedenlerle kolon perforasyonu oluşan ve tarafımızca tedavi edilen 23 hastanın dosyaları geriye dönük olarak araştırıldı.

#### Bulgular:

Erkek hastaların (n:13) yaş ortalaması 52,9 (17-85), kadınların (n:10) yaş ortalaması 65,1 (34-86) idi. Tüm hastalar cerrahi metodla tedavi edilmiş olup en sık yapılan operasyon primer tamir + loop kolostomi idi. Mortalite oranı %34,7 (n:8) olarak ölçülmüştü. Hastalarda en sık semptom karın ağrısı olup buna lökositoz ve direkt grafide serbest hava eşlik etmekteydi. En sık perforasyon nedeni malignite olup tümörlü olgulardan 4 tanesinde perforasyon tümör yerinde, 3 tanesinde ise tümör proksimalindeydi. Altı hastada perforasyon nedeni kolonoskopi olup en sık lokalizasyon distal sigmoid kolondu. Dört hastada karın ameliyatı esnasında komplikasyon olarak meydana gelmişti ve en sık operasyon laparoskopik kolesistektomi idi. İki hastada divertikülit perforasyonu görülmüştü. Dört hastada ise etyolojik faktör yabancı cisimdi, bunlardan 2 tanesine makattan maruz kalınmıştı, 2 tanesi ise yutulmuştu.

#### Sonuç:

Kolonik perforasyonlar geniş bir gruptur. Uygulanacak tedavi şekli ve prognozda hastanın genel durumu, perforasyonun teşhis ve tedavi zamanı, fekal peritonitin varlığı ve etyolojik faktörler önemli yer tutar. Kolonoskopi yapılmış hastalarda perforasyon ihtimali her zaman akılda tutulmalıdır.

### P126

#### Acil Kolorektal Tümör Nedeni ile Ameliyat Edilen Olgularımızın Retrospektif Analizi

Mehmet Özyıldız, Hamdi Taner Turgut, Murat Coşkun, Burç Yazıcıoğlu, Faruk Gülümser, Musa İlgöz, Selim Yiğit Yıldız  
Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli

#### Amaç:

Bu çalışmada kolorektal tümör nedeni ile acil şartlarda ameliyat edilen hastaların analizi amaçlandı.

#### Gereç-Yöntem:

2011 Kasım ile 2013 Ocak tarihleri arasında kliniğimize kabul edilen operasyon öncesi veya operasyon sonrası malignite tanısı konan acil şartlarda opere olan hastaların demografik özellikleri, tümör yerleri, uygulanan ameliyatlara, gelişen komplikasyonlar ve patoloji sonuçları retrospektif olarak incelendi.

#### Bulgular:

Belirtilen 14 ay içinde kliniğimizde 16 hasta kolorektal malignite nedeni ile acil olarak ameliyat edildi. Hastaların yaş aralığı 41-85 yıl olup ortalama 60.4 idi. Hastaların 8'i erkek, 8'i kadın idi. 15 hastada komorbid hastalık öyküsü mevcuttu. Tüm hastalar obstrüksiyon veya perforasyona sekonder peritonit bulguları nedeniyle opere edildiler. Tümörün yerleşim yerleri: Çekum (1), Çıkan kolon(1), Transvers kolon (3), İnen kolon (1), Sigmoid kolon (2), Rektosigmoid (4), Rektum(3) ve Kolonda çok odaklı senkron tümör(1) şeklinde idi. Rektum yerleşimli tümörü olan hastalardan bir tanesi rektum kanseri idi ve hastada frozen pelvis olması nedeniyle loop kolostomi uygulandı. Diğer 2 rektum kanseri vakası üst rektum yerleşimli idi ve low anterior rezeksiyon ve Hartman kolostomi yapıldı. Rektosigmoid yerleşimli tümörü olan 4 hastanın tamamına Anterior rezeksiyon ve Hartman kolostomi yapıldı. İnen kolon yerleşimli tümör nedeniyle sol hemikolektomi uygulanan hastaya aynı zamanda loop ileostomi uygulandı. Transvers kolon tümörü saptanan 3 hastanın 1 tanesine ilk operasyonda transvers kolektomi, 2 tanesine proksimalden loop kolostomi yapıldı. Loop kolostomi uygulanan 2 hasta daha sonra reopere edilerek transvers kolektomi operasyonu yapıldı. Çıkan kolon ve çekum yerleşimli tümör saptanan 2 hastaya da sağ hemikolektomi uygulandı. Senkron tümör tesbit edilen hastaya subtotal kolektomi ve uc ileostomi yapıldı. Operasyon sırasında 2 hastada tümöre bağlı perforasyon ve batin içi gaita kontaminasyonu tespit edildi. Postoperatif dönemde hastalar 7-20 gün hastanede yatarak tedavi gördükten sonra taburcu oldu. Postoperatif takipleri sırasında 5(%31.25) hastada yara yeri enfeksiyonu, 1(%6.25) hastada medikal tedavi ile kontrol edilebilen intraabdominal kanama ve 1(%6.25) hastada da evisserasyon gelişti. Transvers kolon yerleşimli tümör nedeniyle önce loop kolostomi, 2. seansda transvers kolektomi uygulanan ve takiplerinde komorbid KOAH nedeniyle evisserasyon gelişen hasta multiorgan yetmezliğinden kaybedildi. Patolojik inceleme sonrasında 6 hastada lenf nodu metastazı tesbit edildi (3 hasta T3N1M0-evre 3B, 3 hasta T3N2M0-evre 3C). 8 hastada tümör serozayı invaze etmiş ancak lenf nodu tutulumu yoktu(Evre 2A). 2 Hasta metastaz nedeniyle evre 4 idi. Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 7,5 idi.

**Sonuç:**

Kolon tümörlerine bağlı acil olgular genellikle ileri evre tümörlerin neden olduğu obstruksiyon veya perforasyon nedeniyle opere edilmektedir. İleri yaşlarda sık karşılaşılacakla beraber yandaş hastalıkların katkısı ile hastanede kalış zamanında uzama ve yüksek morbiditeyle seyretmektedirler.

**P127****Nadir Bir Amyand Herni: Plastrone Apendisit**

Ali Çiftci, Mustafa Celalettin Haksal, Murat Coşkun, Mehmet Özyıldız, Hamdi Taner Turgut, Zehra Boyacıoğlu, Selim Yiğit Yıldız

*Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli*

**Amaç:**

Kasık fitıkları içerisinde % 1 oranında görülen amyand herni, fitik kesesinin içerisinde appendix vermiformisin bulunma durumu için kullanılan terimdir. Biz bu olgumuzda inkarsere inguinal herni nedeniyle operasyona alınan ve fitik kesesi içerisinde plastrone apendisit saptadığımız hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:**

61 yaşında erkek hasta 1 haftadır mevcut olan ağrılı sağ kasıkta şişlik nedeniyle acil servisimize başvurdu. Hastanın 2 gündür gaz-gaita çıkışı yoktu. Ancak bulantı ve kusma tariflemiyordu. Fizik muayenede sağ inguinal bölgede hassasiyet ve inkarsereyone mevcuttu. Ayrıca sağ alt kadranda hassasiyet ve defans-rebaund pozitif idi. Laboratuvar testlerinde hemogram ve biyokimyasal parametrelerde patoloji yoktu. Batında distansiyon olmadığı için ADBG çekilmedi. Hastanın bilinen sistemik bir hastalığı yoktu. Hasta acil şartlarda spinal anestezi altına ameliyata alındı. Kese içeriği açıldığında omentumun apendixi sardığı ve bir gato oluşturduğu görüldü. Keskin ve künt disseksiyonla apendix mobilize edilerek apendektomi uygulandı. Herni tamirinde prolen mesh ile Lichtenstein onarım tercih edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon saptanmayan hasta 2. günde şifayla taburcu edildi.

**Sonuç:**

Batın ön duvarında gelişen herniler en sık kasık bölgesinde bulunur ve inguinal herniler olarak adlandırılır. Herni kesesinin içerisinde sigmoid kolon, çekum, apendix ve omentum başta olmak üzere çeşitli karın içi organlar bulunabilir. Kasık fitıkları içerisinde % 1 oranında görülen amyand herni, fitik kesesinin içerisinde appendix vermiformisin bulunma durumu için kullanılan terimdir. Çoğu vakada apendix normal iken, çok az sayıda vakada akut apendisit ve perfore apendisit bulunabilir. Özellikle inkarsere vakalarda bu oran daha fazladır. Fitik kesesi içinde akut apendisit görülme oranı % 0.1 dir. Apendisit primer bir patoloji mi yoksa herniasyon sonucu oluşan dolaşım bozukluğu sonucunu oluşturduğu konusunda sağlanmış bir konsensus yoktur. Literatürde fitik kesesi içerisinde apendix vermiformis ve akut apendisit bulunmasını bildiren yayınlar mevcut iken, plastrone apendisit ile ilgili yayına rastlamadık. Apendix vermiformis içeren klasik amyand herni tanısında BT ve USG fayda sağlarken, özellikle inkarsere vakalarda hastalar acil şartlarda ameliyata alınıp preoperatif tanı araştırılması yapılmamaktadır. Biz de vakayı inkarsere inguinal herni nedeniyle acil olarak ameliyata

aldık ve preoperatif tanıya gitmedik. Plastrone apendisit varlığında literatürde yeterli bilgi olmadığından tedavi yaklaşımının nasıl olacağı bilinmemektedir. Olgumuzda omentum tarafından çepeçevre sarılan apendix keskin ve künt disseksiyonla mobilize edildiği için apendektomi yapılmıştır. Fitik tamirinde mesh ile onarımı öneren yayınlar olmasına rağmen, enfeksiyon riski nedeniyle mesh kullanımını red eden yayınlarda bulunmamaktadır. Bizim vakamızda da perforasyon olmadığı ve apendixin omentum tarafından sarıldığı için mesh takviyeli gerginliksiz onarım tercih edildi. Hastada postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonu ve mesh enflamasyonu dahil herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Sonuç olarak amyand herni çok nadir görülen bir herni tipidir. Hastalar genellikle inguinal herni nedeniyle elektif ve acil şartlarda ameliyata alındığı için preoperatif tanısı zordur. İnguinal herni nedeniyle operasyon planlanan daha çok yaşlı erkeklerde amyand herni akılda tutulmalıdır. Cerrahi tedavide herni tamiri ve apendektomi aynı insizyondan yapılmalı, kontaminasyon yokluğunda herni tamiri için gerginliksiz mesh onarım tercih edilmelidir. Vakamızda olduğu gibi komplikasyonsuz mobilizasyon şansı olan plastrone apendisit vakalarında da aynı seansta apendektomi yapılmalı, apendixin mobilizasyonunun komplikasyonsuz mümkün olmadığı vakalarda geleneksel yaklaşım benimsenmelidir.

**P128****Sağ Kolonun Divertiküler Hastalığı**

Erdem Barış Çarlı, Ahmet Deniz Uçar, Erkan Oymacı, Ali Coşkun, Savaş Yakan, Nazif Erkan, Mehmet Yıldırım  
*Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi*

**Amaç:**

Sağ kolon divertikülitisi özellikle asya toplumunda yaygın bir hastalıktır. Sol kolon divertikülitinin aksine erkek ağırlıklı bir hastalıktır ve hastalıkla ilişkili yaş grubu sol kolon divertikülitine göre çok daha gençtir. Divertiküller sol kolon divertiküllerinin aksine çoğunlukla gerçek divertiküllerdir. Benzer semptom ve bulgular nedeniyle sağ kolon divertikülitini apandisitden ayırmak zordur. Yinede uzamış sağ alt kadranda ağrısı, sistemik inflamatuvar cevabın sınırlı olması, daha az bulantı, kusma ve ağrının direk sağ alt kadranda başlamış olması ayırıcı tanıda önemlidir. Bilgisayarlı tomografinin kullanımının artması ile pre operatif tanı artmıştır. Pre operatif tanı zorluğu nedeni ile tanımlanmış net bir tedavi stratejisi yoktur. Komplike olmayan sağ kolon divertikülitinde antibiyoterapi ile semptomatik tedavi kabul görmüş yöntemdir. Fakat preoperatif tanı güçlüğü nedeni ile antibiyoterapi ile semptomatik tedavi kısıtlıdır. Akut apandisit ön tanısı nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalarda insidental olarak sağ kolon divertikülitine rastlanabilir. Apendektomi, divertikulektomi, sağ hemikolektomi seçilebilecek cerrahi tedavilerdir. Laparotomi sırasında gözlemlenen kolonik adenokarsinomla karşılaştırılabilir. Bu hastalarda sağ hemikolektomi endikedir. Semptomatik tedavi sonrası relap oranı %3-15 olarak bildirilmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

2008-2013 arasında hastanemiz Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvurmış preoperatif veya apendektomi nedeni operasyon önerilmiş ve perioperatif tanı almış toplam 11 sağ kolon divertikülitli hasta tanı, tedavi



ve takipleri açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

### Bulgular:

2008-2013 arasında hastanemiz Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvurmuş preoperatif veya apendektomi nedeni operasyon önerilmiş ve perioperatif tanı almış toplam 11 sağ kolon divertikülitli hasta mevcuttur. Bu hasta grubunun 7 (%63.6) si erkek, 4 (%36.4) ü kadındır. Ortalama yaş 43.2 dir. Bu hastaların hepsinin başvuru sırasında sağ alt kadranda ağrısı mevcuttur. 11 hastanın sadece 2 (%18.1) sine lökositoz mevcuttur. 11 hastanın hiçbirinde ağrı migrasyonu öyküsü yoktur. 11 hastanın tümünde iştahsızlık mevcut iken, bulantı, kusma sadece 2 (%18.1) hastada vardır. Bu 11 hastanın 4 (%36.4)'ü preoperatif bilgisayarlı tomografi ile tanı almıştır. Kalan 7 (%63.6) hasta yanlış tanı apendektomi nedeniyle operasyon sırasında sağ kolon divertikülitini tanı almıştır. Bu 7 hasta nın 2 (%28.5) sine sağ hemikolektomi uygulanmış, 3 (%43) hastaya apendektomi yapılmış, 2 (%28.5) hastaya ise ek cerrahi girişim uygulanmamıştır. Sağ hemikolektomi uygulanan 2 hasta dışında, 9 hastayada semptomatik tedavi uygulanmıştır. Oral gıdaları kesilmiş, iv hidrasyon uygulanmış, 2 li antibyoterapisi verilmiş ve ek cerrahi girişime ihtiyaç olmadan ortalama 5.6 gün de taburcu edilmiştir. Sağ hemikolektomi uyguladığımız 2 hasta post op mortalite ve morbidite gelişmeden şifa ile taburcu edilmiştir. Semptomatik tedavi uygulanmış 9 hastanın ortalama 34 aylık takibinde 1 (%11.1) hasta takibinin 6. ayında benzer semptomlar ile gelmiş sağ kolon divertikülitini düşünülerek semptomatik tedavi edilmiştir. Bu hastaya elektif cerrahi rezeksiyon önerilmiş fakat hasta kabul etmemiştir.

### Sonuç:

Sağ kolon divertikuler hastalığı batı toplumlarında daha az sıklıkla görülmektedir. Cerrahi spesimen incelemelerinde Amerika ve Avrupada yaklaşık %1-2 görülmekteyken Asyada bu oran %43-50 ye kadar çıkmaktadır. Sağ kolon divertikülü olan çoğu hasta asemptomatik olmasına rağmen hastalar divertikülosiz komplikasyonlarına maruz kalabilirler; kana ma, divertikülit, peridivertikuler abse, perforasyon gibi. Sağ kolon divertikülitini nedeniyle hastaneye başvurmuş hastaların yaklaşık %70 den fazlası preoperatif apendisit tanısı alarak operasyona alınmış hastalardır. Bizim hastalarımızdan 7'si (%63.6' sı )perioperatif tanı almıştır. Bu 7 hastanın hiçbirine preoperatif bilgisayarlı tomografi çekilmemiştir. Preoperatif tanı alan 4 hastanın tümü bilgisayarlı tomografi ile tanı almıştır. Bilgisayarlı tomografinin sağ kolon divertikülitini için sensitivite ve spesivitesini %98 lerde olarak tanımlayan raporlar mevcuttur. Fakat maliyeti nedeniyle sağ alt kadranda ağrısı ile başvuran tüm hasta grubuna bilgisayarlı tomografi çekmek maliyet-yarar açısından düşünüldüğünde gereksizdir. Bir çok çalışma göstermiştir ki antibyoterapi ile konservatif tedavi komplike olmayan sağ kolon divertikülit hastalarında iyi sonuçları olan uygun tedavi yöntemidir. Konservatif tedavi sonrası rekürens oranı %3-15 olarak bildirilmiştir. Bizim hasta grubumuzda da konservatif tedavi edilen 9 hastanın ortalama 34 aylık takibinde 1 hasta (%11.1) takibinin 6. ayında rekürens ile tekrardan hastanemize başvurmuş ve konservatif olarak tedavi edilmiştir. Perioperatif olarak tanı alan komplike olmayan sağ kolon divertikülitinde, divertikülektomi önerilen tedavi yöntemlerinden biridir. Fakat inflame olan divertikülit dışında multisentirite gözden kaçması nedeni, rekürens oranı

konservatif tedavi edilen hasta grubuyla yaklaşık aynıdır. Sağ hemikolektomi rekürens önlemesi ve histopatolojik tanı sağlanması gibi avantajları ile seçilebilecek diğer bir cerrahi seçenektir. Dezavantajı ise diğer cerrahi prensiplerden daha fazla mortalite ve morbiditeye neden olması ve ileocekal valvin eksize edilmesi ile oluşan fizyolojik değişikliklerdir. Bizim hasta grubumuzda perioperatif tanı alan 7 hastanın 2 (%28.5) sine sağ hemikolektomi uygulanmıştır. Bu 2 hastadan 1' ine kolon malignitesi ekarte edilmemesi nedeni, diğer hastaya ise cerrahin tercihi nedeni sağ hemikolektomi uygulanmıştır. Sağ hemikolektomi uygulanan 2 hastada da mortalite ve morbidite görülmeden şifa ile taburcu edilmiştir. Laparoskopik cerrahinin gelişmesi ile sağ kolon divertikülitini ve apandisit ayrımı laparoskopik explorasyon ile daha rahat yapılabilmekte ve laparoskopik teknik avantajı ile apandisit, divertikülektomi, sağ hemikolektomi uygulanabilmektedir.

### P129

#### Tek Port Laparoskopik Apendektomi Deneyimimiz: 15 OLGU

Erdoğan Sözüer, Abdullah Bahadır Öz, Muhammet Akyüz, Alper Akcan, Hızır Akyıldız, Rıdvan Kulu  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

#### Amaç:

Laparoskopik cerrahinin bir çok abdominal cerrahi işlemlerde üstün sonuçları gösterilmiştir. Son zamanlarda laparoskopik apendektomide tek port kullanımına olan ilgi artmıştır. Çalışmamızda tek port apendektominin uygulanabilirliğini, güvenilirliğini ve kozmetik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde Genel Cerrahi Anabilim Dalında Ocak 2009- Şubat 2013 tarihleri arasında akut apandisit tanısı ile tek port apendektomi yapılan 15 hasta (11 erkek, 4 kadın) retrospektif olarak taranmıştır. Görüntüleme yöntemleri olarak ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi kullanıldı. Standart uygulama olarak tüm hastalara umblikus içinden 1 adet 10 mm ve 2 adet 5 mm lik giriş yeri olan tek port uygulanmıştır. Apendiks kökü hemoklips ile kapatılmış olup dışarıya endobag ile alındı

#### Bulgular:

İki olgu perfore apandisit, diğerleri ise perfore olmayan apandisit idi. Ortalama ameliyat süresi 45 dakika (25-80), hastanede kalış süresi 1,5 gün (2-7) idi. Olguların hiçbirinde açığa geçmek gerekmedi. İki hastada port giriş yerinde enfeksiyon gelişti, bu olgular perfore apandisiti olan olgulardı. Bir olguda klinik akut apandisit olan fakat ameliyat esnasında over torsiyonu tespit edilen hastaya salpingo ooferektomi de yapıldı. Taburcu edilen bir olguda ameliyattan 72 saat sonra gelişen ateş, karın ağrısı ve ileus olması üzerine tekrar ameliyata alındı. Güdük açılması ve pelvik apse tespit edildi. Apse drenajı ve güdük primer sutur ile kapatıldı, hasta 10.gün şifa ile taburcu edildi.

#### Sonuç:

Son yıllarda ameliyat sonrası karın duvarında daha az iz kalması yönünde hastalardan yoğun istekler gelmektedir. Tek port laparoskopik apendektomi klasik laparoskopik



Antalya

apendektomi gibi güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir. Tecrübe ve deneyimin artmasıyla daha yaygın olarak kullanılacağını düşünmekteyiz

**P130**

### **Antikolagülen Tedavi Sırasında Oluşan İntramural Hematoma Bağlı Kolonik Tıkanma: Bir Olgu Sunumu**

Fevzi Celayir, Ebru Şen Oran, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, İbrahim Erbaş, Evren Peker, Nurcihan Aygün, Mehmet Mihmanlı

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Amaç:**

Çeşitli sebeplerle antikoagülen tedavi başlanan hastalarda çok ender de olsa oluşan bir intramural hematom sonucunda kısmi ya da tam ince barsak veya kolonik tıkanma meydana gelebilir. Literatüre de daha çok duodenal ya da ince barsak segmental hematomları ile karşılaşılır. Tedavi de konservatif yaklaşım önce gelir. Burada antikoagülen tedavi sonrasında kolonda gelişen intramural hematoma bağlı bir ileus olgumuzu sunacağız.

**Bulgular:**

78 yaşında kadın hasta şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil cerrahi polikliniğine karın ağrısı, yaklaşık 4 gün dışkıda ağrısız kırmızı kanama ve sonrasında 2 gündür gaz gaita çıkaramama şikayetleri ile başvurdu. Vital bulguları stabildi. Yapılan muayene batın distandı, barsak sesleri hiperaktifti. Rektal tuşe de ele gaita bulaşmadı. Çekilen grafilerde sol kolonda kesilen ince barsak ve kolonik gazı mevcuttu. Hastanın anemnezinde geçirilmiş serebrovasküler olay nedeniyle 2 yıldır antikoagülen tedavi aldığı (Kumadin 4mgr oral) söyledi. INR, PT ve aPTT uzamıştı. Abdominal Usg de sol kolonda ödem, kitle ? saptandı. Abdominal tomografi yapıldı. Gene sol kolonda uzun bir kolon segmentinde düzgün duvar kalınlaşması, lümen içi kitle saptandı. Hasta yatırıldı. Oral alımı kesildi. Nasogastrik sonda takıldı. Sıvı verildi. Ertesi gün için kolonoskopi planlandı. Kolonoskopide sol kolonda uzun bir segmente lümeni tamamen tıkayacak derecede submukozal uzun segment (yaklaşık 15 cm) hematoma tespit edildi. Barsak istirahatinin devamı, oral antikoagülenin kesilmesi, 5 gün süreyle K vit verilmesi planlandı. Hastanın bu tedavinin başlamasından 3 gün sonra gaz çıkışı oldu. Haftasında barsak hareketleri normale dönen hasta kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

**Sonuç:**

Uzun yıllardan beri derin ven trombozu, serabrovasküler olaylar atrial fibrilasyon gibi hastalıklarda oral antikoagülenler kullanılmaktadır. Warfarin'in aşırı kullanımına bağlı kanamalar % 7.6 oranında görülmektedir. Oysa ince barsak intramural hematomlarının görülme sıklığı % 0.04 tür. Kolonik olma olasılığı ise çok daha azdır. İyi bir anemnez alınması çok önemlidir. Ayakta direkt karın grafisi, abdominal usg, bilgisayarlı tomografi, baryum enema ya da kolonoskopi yapılarak tanı kesinleştirilir. Tanı konduktan sonra öncelikle antikoagülen tedavi kesilir. Oral alım kesilip barsak dinlendirilir. Taze donmuş plazma ve K vitamini başlanarak ilk 72 saate çoğu hasta belli bir düzelme sağlanma amaçlanır.

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Tam bir düzelme hematomun tamamen rezorbsiyonu ile sağlanır. Bu da yaklaşık 3 haftada olur (10.gün-2.ay) Cerrahi tedavi eskiden önerilse de günümüzde bu seçenek açılmayan ileus ya da barsak nekrozu ve peritonite giriş söz konusu olduğunda kullanılmalıdır. Antikoagülen tedavinin yeniden başlatılması için hastaya bu tedaviden elde edeceği kar ve zarar anlatımı yapılır ve ona göre bir tutum belirlenir. Sonuç olarak antikolagülen tedavi sırasında oluşan intramural hematoma bağlı kolonik tıkanmada ilk seçenek olarak konservatif tedaviyi öneriyoruz.

**P131**

### **Gebede İleoçekal İnvajinasyon: Olgu Sunumu**

Tuba Atak, Günay Uluç, Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemer, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu

*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi A.B.D., İstanbul*

**Amaç:**

Gebelik döneminde intestinal obstrüksiyonlar %0.067-0.0015 oranında görülmekte olup %6'sında sebep invajinasyonlardır. Gebelerde tanının zor ve sıklıkla geç konulması nedeniyle ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Preoperatif tanı ileri gebelik haftalarında giderek büyüyen uterus nedeniyle oldukça zordur. Erken cerrahi tedavi ile fetomaternal morbidite ve mortalitede azalma sağlanabilmektedir. Bu yazıda, 10 haftalık gebeliği olan preoperatif ultrasonografi ile ileoçekal invajinasyon tespit edilen 25 yaşında bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:**

Yirmibeş yaşında 10 haftalık gebelik öyküsü bulunan hasta 3 gündür şiddeti artarak devam eden karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil cerrahi polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet, rebound ve yaklaşık 3x3 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Ultrasonografisinde sağ alt kadranda invajinasyon ile uyumlu bulgular ve serbest sıvı tespit edildi. Laparotomide ileal ansların çekuma invaje olduğu görüldü (Resim 1). Deinvajinasyon sonrası terminal ileumun 10 cm proksimalinden başlayan yaklaşık 40 cm'lik ince barsak segmentinde nekroz saptanması üzerine rezeksiyon ve uç uca anastomoz uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 8. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede transmural nekroz tespit edildi. Klinik izlemde bebeğin sorunsuz doğduğu öğrenildi.

**Sonuç:**

İnvajinasyon gebede çok ciddi komplikasyonlara neden olabilen, genellikle acil cerrahi girişim gerektiren ve nadir görülen bir durumdur. Tüm barsak obstrüksiyonlarının %6'sını oluşturmaktadır. Etyolojide kolon karsinomu, Meckel divertikülü, submüköz lipom, Peutz Jegher polipleri, leiomyom, nörofibrom, adenom, ektopik pankreas dokusu gibi değişik durumlar yer almaktadır. İdiopatik invajinasyon genellikle ileoçekal bölgede gözlenmekte olup bu durumdan aşırı hareketli (serbest) ileum ve çekum sorumlu tutulmuştur. Tanıda bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme ve çift kontrastlı grafiler kullanılmaktadır. BT'de barsakların teleskopik olarak birbiri içerisine girerek oluşturdukları hedef tahtası görünümü tipiktir. Tanıdaki gecikme veya geç başvuru sadece anne hayatını değil aynı zamanda fetus hayatını da riske eden bir durum olduğundan erken tanı son derece önem kazanmaktadır.

Gebede görüntüleme yöntemlerinin ultrasonografi ve MR ile sınırlı oluşu ve birçok hastanede MR bulunmaması durumu zorlaştıran diğer faktörlerdir. Ultrasonografinin tecrübeli ellerde yapılması tanı şansını artıran bir durumdur. Erişkinde invajinasyonların tanısı preoperatif dönemde %30.7 oranında konulabilmekte olup bizim olgumuzda da tanı ultrasonografik inceleme ile preoperatif dönemde konuldu. Tedavisinde erken dönemde yapılan cerrahi girişim önemlidir. Deinvajinasyonun yeri mukozal harabiyete bağlı olarak venöz embolizme, ödemli barsak duvarında perforasyona neden olabileceği ve bunun sonucunda maligniteye sekonder bir durumsa tümör hücrelerinin ekilebileceği düşüncesiyle tartışmalıdır. Sıklıkla rezeksiyon ve anastomoz tedavisi önerilmektedir. İnvajinasyon; semptomları gebelik nedeniyle maskelenebilecek bir klinik durumdur. Tanıda şüphe son derece önemlidir. Olası gecikmeler hem anne hem de bebeğin hayatını tehdit edebilmektedir. Bu nedenle nadir görülse de gebelerde akut karın tespit edildiğinde ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

### P132

#### Laparoskopik Low Anterior Rezeksiyon Sonrası Anastomoz Kaçağının Transanal Drenaj ve Kaplı Metalik Kolon Stenti ile Tedavisi: Olgu Sunumu

Ali Emre Atıcı, Nuri Okkabaz, Kemal Ayvaz, Levent Kaptanoğlu, Metin Kement, Necdet Bildik  
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

#### Olgu:

Rektum kanseri nedeni ile yapılan aşağı anterior rezeksiyonlar sonrası gelişebilen anastomoz kaçakları, multipl pelvik abse ve yaygın peritonite neden olarak ölüme yol açabilen ciddi bir klinik durum olarak önemini korumaktadır. Bu durumda pelvik drenaj, peritoneal debridman, fekal diversiyonu kapsayan Hartmann prosedürü, cerrahi tedavi için en etkili seçenek olarak gözükmektedir. Fakat bu operasyon sonrasında da stomanın tekrar kapatılmama riskinin olması, cerrahi morbidite ve mortalite oranlarının kaydadeğer bir biçimde yüksek olması farklı tedavi seçeneklerini gündeme getirmiştir. Biz burada rektosigmoid kanser nedeni ile laparoskopik aşağı anterior rezeksiyon yapılan ve postoperatif takiplerinde anastomoz kaçağı gelişen, transanal drenaj ve kaplı metalik stent ile tedavi ettiğimiz 55 yaşında erkek hastayı sunuyoruz. Hasta ameliyat sonrası 6. gününde pelvik dreninden intestinal içerik gelmesi üzerine tetkik edildi. Batında minimal distansiyon ve pelvik hassasiyet dışında muayene bulgusu yoktu. Laboratuvar değerlerinden lökosit değeri anlamlı derecede yüksekti (19.000). Pelvik ultrasonografide herhangi bir kolleksiyon saptanmadı. Rektosigmoidoskopide 5. cm de anastomoz hattı ve hattın arka duvarında (posterior) 5 mm'lik ayrışma saptandı. Hastaya ameliyathane şartlarında ve sedasyon altında transanal yolla anastomoz açıklığından pelvik drenaj uygulandı. Postoperatif 15.günde 60 mm uzunluğunda 20 mm çapında, distal çapı 36 mm olan, istendiğinde çıkarılabilen kaplı metalik kolonik stent uygulandı. Pelvik drenajı kesilen ve klinik olarak düzelen hasta postoperatif 18. günde taburcu edildi. Postoperatif 1. ayda kolonik stent transanal yolla çıkarıldı. Hasta postoperatif 2. ayda yaşamına sorunsuz bir şekilde devam etmektedir. Biz

aşağı anterior rezeksiyon sonrası anastomoz kaçağı saptanan, yaygın peritonit yada sepsisi olmayan ve durumu stabil olgularda, Hartmann prosedürünün olası komplikasyonları göz önünde bulundurulduğunda, transanal drenaj ve kolonik stent uygulamasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

### P133

#### Erişkinlerde Nadir Görülen İleus Nedeni: Konjenital Aganglionik Megakolon (HIRSCHSPRUNG Hastalığı)

Ali Emre Atıcı, Nuri Okkabaz, Fatih Yeğen, Mehmet Eser, Levent Kaptanoğlu, Metin Kement, Selahattin Vural  
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

#### Olgu:

Konjenital aganglionik megakolon nöral krestten köken alan nöroblastların gestasyonun onikinci haftasındaki kraniokaudal migrasyon defektine bağlı gelişen barsakların motor fonksiyon bozukluğudur. Genellikle bebeklik ve erken çocukluk döneminde fonksiyonel barsak tıkanıklığına ve komplikasyonlarına yol açar. Yetişkin hastalarda nadiren görülmektedir. Biz burada acil servisimize karında şişkinlik, bulantı kusma, kabızlık yakınmaları ile başvuran, mekanik barsak obstruksiyonu tanısı ile kolon rezeksiyonu yapılan, patolojik incelemesi Hirschsprung hastalığı ile uyumlu (aganglionik kolon segmenti) olarak gelen yirmi yaşındaki bayan hastamızı sunuyoruz. Hastanın özgeçmişinde konstipasyon, sık olarak laksatif ve purgatif kullanımı, karın şişliği, 5 yıl ve 1 yıl önce olmak üzere iki kez mekanik barsak obstruksiyonu tanısı ile, farklı merkezlerde, sırasıyla ekploratris laparotomi ve laparoskopik bridektomi öyküsü mevcuttu. Batın grafisi ve tomografisinde transvers çapı yaklaşık 20 cm'e ulaşan kolonik segment saptandı. Laboratuvar bulgularında bir özellik saptanmadı. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif beşinci günde taburcu edildi. Hasta ameliyat sonrası takibinin 6. ayında yaşamını sorunsuz bir şekilde sürdürmektedir. Hirschsprung yada aganglionik megakolon hastalığı kronik konstipasyon öyküsü olan ve mekanik barsak obstruksiyonu ile acil servise başvuran erişkin hastalarda nadir bir sebep olarak düşünülmelidir.

### P134

#### Akut Apendisit Tedavisinde Görüntüleme Yöntemleri Gerçekten Yardımcı Oluyor mu?

Alp Yıldız, Mahir Nasirov, Engin Küçükdiler, Yiğit Keleşoğlu, Mehmet Eren Yüksel, Sezai Leventoğlu, Mehmet Oğuz  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Ankara

#### Amaç:

Akut apandisit ön tanısı ile acil servise başvuran hastalara klinik yanı sıra tanısal testlerin uygulanması ve bunların postoperatif sonuçlarıyla irdelenmesidir. Hastalar ve Yöntem: Ocak 2008 ile Ağustos 2012 yılları arasında akut apandisit nedeni ile apendektomi yapılmış olan 598 hastanın prospektif hazırlanmış standart formları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Demografik özellikleri, beyaz küre, preoperatif ultrasonografi (US), preoperatif bilgisayarlı tomografi (BT), postoperatif histopatoloji sonuçları irdelendi. Görüntüleme yöntemleri histopatolojik

sonuçlar ile karşılaştırıldı. İstatistiksel analizde Pearson's Chi-square test kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

#### Sonuç:

Hastaların yaş ortalaması  $37.7 \pm 15.0$  (16-85) olup, %37.3'ü (223) kadındı. Hastaların %47'sine görüntüleme yöntemi (%40 karın US) uygulandı. Ultrason sonucu negatif gelen 79 hastanın 15'ine BT istendi. BT negatif gelmesine rağmen 4 hasta patolojisi apandisit ile uyumluydu. US negatif olmasına rağmen direkt ameliyata alınan hastaların %28inde patoloji sonucu normal olarak bulundu. Bir hasta apandiks mukoseli ile uyumlu bulundu. US pozitif (161 hasta) olmasına rağmen 22 hastaya BT istendi. BT pozitif gelen hastaların birinde apandiks nöroendokrin tümörü bulundu. US pozitif olup BT istenmeyen hastaların %3.6'sında patolojisinde normal apandiks, %1.4'ünde ise apandiks tümörü saptandı. Ultrasonografi sonuçları histopatolojik tanı ile uyumlu olarak bulundu ( $p < 0.0001$ ). Akut apandisit tanısı konulup direkt BT istenen hastaların (42) %12 si negatif sonuca rağmen patoloji sonucu %80inde pozitif bulundu. BT sonuçları histopatolojik tanı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak uyumlu olmadığı saptandı ( $p = 0.555$ ) Tartışma: Akut apandisit cerrahi kararı öncelikle klinik değerlendirme ile verilmelidir. Görüntüleme yöntemi desteği istenecekse ultrasonografi bu konuda yardımcı olacaktır. Hastalara gerekmedikçe BT çektilmemelidir.

#### P135

### Madde Bağımlılığına Bağlı Mezenterik Vasküler Oklüzyon: Olgu Sunumu

Özgün Akgül, Murat Kemal Atahan, İlker Kızıloğlu, Nihan Coşgun, Bilek Taşkın, Ercüment Tarcan

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### Olgu:

33 yaşındaki erkek hasta akut mezenter iskemi öntanısıyla dış merkezden yönlendirilen hasta acil serviste görüldü. 10 yıl boyunca extacy, esrar, kokain kullanımı, 6 yıl önce delici kesici alet yaralanması nedeniyle eksploratif laparotomi uygulanan, 2 ay önce koroner stent öyküsü olan hastada batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Toraks ve batin tomografisinde torakal aortada trombus görüldü. Başka patoloji saptanmadı. Hasta akut batin öntanısıyla operasyona alındı. Eksplorasyonda herhangi bir patoloji saptanmadı. Operasyon sonlandırılıp takibe alındı. Postoperatif 8. gün hasta tedaviyi reddederek hastaneden ayrıldı. Madde kullanımı sonrası aynı gün akşam acil servise akut batin hali ile tekrar başvurdu. Hasta acil operasyona alındı. Eksplorasyonda Treitz'tan itibaren 30. cm'den başlayan, transvers kolonun ortasına kadar tamamen nekroze ve multi perfere olduğu izlendi. Totale yakın ince bağırsak rezeksiyonu, sağ hemikolektomi ve uç jejenostomi yapıldı. Hastaya destek tedavisi uygulandı. Hasta postoperatif 30. gün tekrar operasyona alındı ve jejenokolostomi uygulandı. Hasta postoperatif 18. gün taburcu edildi.

#### Sonuç:

Mezenterik vasküler oklüzyon (MVO) tüm gastrointestinal hastalıkların %1-2'sini oluşturmakla birlikte insidansı belirgin olarak artmaktadır. Bağırsaklara gelen oksijen miktarının ani azalması veya kesilmesi sonucunda meydana gelir. Bu,

mezenterik arteriyel akımın veya venöz drenajın oklüzyonu veya şok durumunda gelişebilir. Madde bağımlılığı, MVO'nun nadir görülen nedenlerindedir. Bu yazıda hastanemize başvuran madde kullanımına bağlı gelişen MVO'lu hasta takdim edilerek bu konudaki literatür gözden geçirilmiştir.

#### P136

### Elektif Kolorektal Cerrahi Hastalarında Antibiyotikli Serum ile Yapılan Periton İrrigasyonunun Cerrahi Alan Enfeksiyonu Üzerine Etkisi

Elif Özçimen, Mustafa Ümit Uğurlu, Süleyman Çağlar Ertekin, Wafı Attaallah, Tolga Özmen, Şevket Cumhuriyet Yeğen  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

#### Amaç:

Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE), spesifik bir prosedürün uygulandığı alanda meydana gelen postoperatif enfeksiyonları içerir. Peritoneal irrigasyonun etkileri ve antibiyotikli serum ile peritoneal irrigasyonun etkileri üzerine birçok çalışma yapılmış olmakla birlikte antibiyotikli serum ile yapılmış olan peritoneal irrigasyonun kolorektal cerrahi hastalarındaki CAE üzerindeki etkilerini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmamızda, elektif kolorektal cerrahi esnasında uygulanan antibiyotikli serum ile periton irrigasyonunun postoperatif önemli komplikasyonlardan biri olan CAE üzerine etkisi ve diğer risk faktörleri değerlendirilmiştir.

#### Gereç-Yöntem:

Bu çalışmada 1 Haziran 2012 -31 Aralık 2012 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde elektif şartlarda kolorektal cerrahi ameliyatı yapılan olgular değerlendirilmiştir. Hastalar peroperatif periton lavajı antibiyotikli serum (2 gr Ampisilin-Sulbaktam ve 500 mg Metronidazol 500 ml serum fizyolojik içinde) veya antibiyotiksiz serum ile 3 dakika lavaj yapılanlar olarak iki grupta incelenmiştir.

#### Bulgular:

Elektif kolorektal cerrahi yapılan hastaların ortalama yaşları  $60 \pm 11.28$  olup, toplam 72 hasta (43 erkek, 29 kadın) değerlendirilmiştir. Hastaların 37'sine (%51.4) serum fizyolojik ile periton irrigasyonu uygulanırken 35'ine (%48.6) antibiyotikli (2 gr Ampisilin/Sulbaktam ve 500 mg Metronidazol - 500 ml içinde) serum ile periton irrigasyonu uygulanmıştır. Hastaların %38.9'unda postoperatif 30 gün içinde cerrahi alan enfeksiyonu geliştiği gözlemlenmiştir. CAE gelişen hastaların %39,3'ü antibiyotik yıkama yapılan grupta iken, %60.7' si serum fizyolojik ile yıkama yapılan grupta idi. Postoperatif yara yeri enfeksiyonu olan grupta peroperatif alınmış olan anastomoz kültüründe extended spectrum  $\beta$ -lactamase (ESBL) + E.Coli pozitiflik oranı yara yeri enfeksiyonu olmayan gruptan anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha yüksek tespit edilmiştir.

#### Sonuç:

Karın duvarı kapatılmadan önce yapılan periton irrigasyonunun antibiyotikli serum ile yapılması daha düşük CAE gelişimi ile ilişkilendirilebilir. Kolorektal cerrahi sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonları üzerine etkili risk faktörlerini ortaya koymak üzere daha kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.



**P137****Akut Apendisitte Nötrofil/Lenfosit Oranı ve MPV'nin Tanısal Değeri**

Çağrı Tiryaki, Zehra Boyacıoğlu, Mustafa Celalettin Haksal, Hamdi Taner Turgut, Selim Yiğit Yıldız, Emel Canbay  
Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Kocaeli

**Amaç:**

Akut apandisit tanısı genellikle fizik muayene ile konulmaktadır. Bu çalışmada total beyaz küre sayıları (WBC), C-reaktif protein (CRP) nötrofil/lenfosit oranları (NLR) ile mean platelet volümü (MPV)'nin tanısal değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Kocaeli-Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Kliniğine sağ alt kadranda ağrısı nedeniyle başvuran 100 hasta bu çalışmaya alındı. Akut apandisit tanısı konulan ve ameliyata alınan hastaların değerlerinin tanısal değeri patolojik inceleme sonucu apandisit tanısı kesinleşen hastalarda WBC, CRP, NLR ile MPV değerleri saptandı ve istatistiksel anlamlığı araştırıldı.

**Bulgular:**

Histopatolojik olarak apandisit tanısı alan hastalar (n=88) ile normal appendiks tanısı alan hastalar (n=12) WBC, CRP, NLR ve MPV açısından karşılaştırıldı. WBC sayısı akut apandisit hastalarında 13.1, normal olanlarda ise 11.4 (p=0.081), CRP sayısı akut apandisit tanısı olanlarda 57.4, normal olanlarda 28.2 (p=0.05), NLR oranları akut apandisit olanlarda 1.96, normal olanlarda 1.08 (p=0.00), MPV sayısı ise akut apandisit olanlarda 7.84, normal olanlarda 7.65 (p=0.521) olarak bulundu.

**Sonuç:**

Çalışmamız, NLR sonuçlarının akut apandisit tanısı açısından spesifik olabileceğini, WBC, CRP ve MPV gibi diğer enflamasyon kriterlerinin ise akut apandisit tanısı için spesifik olmadığını desteklemektedir.

**P138****Tek İnsiyon Çok Portlu Laparoskopik Apendektomi**

Emel Canbay, Selim Yiğit Yıldız, Hamdi Taner Turgut, Ali Çiftçi, Mehmet Özyıldız, Zehra Boyacıoğlu, Murat Burç Yazıcıoğlu, Murat Coşkun, Faruk Gülümser  
Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Kocaeli

**Amaç:**

Akut apandisit klinik pratiğimizde sık karşılaştığımız acil hastalıklardan birisidir. Tek insizyondan yapılan laparoskopik apendektomi teknikleri tanımlanmıştır. Burada biz tek insizyondan çok portlu laparoskopik apendektomi tekniğimizi ve sonuçlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Akut apandisit tanısı diagnostic laparoskopi ile kesinleşen 18 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Ameliyat öncesi, ameliyat ile bilgiler ve ameliyat sonrası bulguları değerlendirildi.

**Bulgular:**

Tek insizyon çok portlu apendektomiyi 18 hastanın 17'sinde başarı ile gerçekleştirdik. Bir hastada ek bir torakar daha yerleştirmemiz gerekti. Açığa dönüş olmadı. Ortalama ameliyat süresi 56.7 dakika idi. Ortalama hastane kalış süresi de 1 gündü. Bir hastamız ameliya sonrası parolitik ileus ile servisimize kabul edildi ve laparotomi yapıldı. Herhangi bir patoloji bulunmadı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:**

Sonuçlarımız, tek insizyon çok portlu tekniğimizin akut apandisitli hastaların apendektomileri açısından güvenli ve uygulanabilir olduğunu desteklemektedir. Daha büyük çalışma gruplarında yapılacak bizim yöntemimizin diğer tek insizyon yöntemler ve çok portlu teknik ile karşılaştırılması burada sunulan erken sonuçlarımızı daha iyi yorumlamıza yardımcı olacaktır.

**P139****Komplike Olmayan Akut Divertikülitte Medikal Tedavi Yeterli mi?**

Mehmet İlhan, Onur Bayram, Şeyma Karakuş, Ali Fuat Kaan Gök, Hakan Yanar, Recep Güloğlu, Cemalettin Ertekin  
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:**

Akut divertikülit tanısıyla yatırılarak takip ve tedavi edilen komplike olmayan olgularda medikal tedavinin etkinliğinin belirlenmesi.

**Gereç-Yöntem:**

İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi servisinde Ocak 2007 – Aralık 2012 tarihleri arasında akut divertikülit tanısıyla yatırılarak takip ve tedavi edilen olguların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm olguların tanısı fizik muayene ve laboratuvar bulgularına dayanarak, üç kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisi ile konuldu.

**Bulgular:**

Akut divertikülit tanısıyla takip edilen 57 olgunun 8'i komplike olması nedeniyle çalışmaya alınmadı. Komplike olmayan 49 olgunun ortalama yaş 56.7 idi (30 – 90). Olguların 29'u erkek (%59.1), 20'si kadındı (%40.9). Ortalama hastanede kalış süresi 4.3 gün idi (1 – 10). Olguların çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografisinde, 6 olgu Hinchey sınıflamasına göre Hinchey II, 43 hasta Hinchey I olarak skorlandı. Tüm olgulara intravenöz antibiyotik olarak ampisilin – sulbaktam verildi. Komplike 8 olgunun 4'üne perkütan abse drenajı uygulandı. Bu olguların 3'ü erkek 1'i kadındı. Ortalama yaş 69.7'ydü (52-80). Bu 4 olgunun ortalama hastanede kalış süresi 13 gündü (7-19). Komplike diğer 4 olguya cerrahi girişim uygulandı. Bu olguların 2'si erkek 2'si kadındı. Yaş ortalaması 59.7 idi (33-75). Ortalama hastanede kalış süresi 10.5 gündü (6-20).

**Sonuç:**

Komplike olmayan akut divertikülit olgularında kısa dönem hastanede yatış ile intravenöz antibiyotik tedavisi güvenli ve yeterlidir.



**P140****Akut Appendisitlerde Ameliyat Sonrası Histopatolojik İncelemenin Önemi**

Murat Çaycı, Deniz Necdet Tihan, Evren Dilektaşlı, Uğur Duman, Fatih Mehmet Erol, Emir Eroler, Kadir Güler, Ahmed Taha, Muhammed Doğançün  
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

**Amaç:**

Literatürde bildirildiği üzere, özellikle genç yaş grubunda en sık yapılan karın ameliyatı appendektomidir. Akut appendisit gelişiminde temel fizyopatoloji, çeşitli etiyolojik nedenlere bağlı olarak appendiks lümeninde gelişen obstruksiyonudur. Appendektomi esnasında spesmen makroskopik olarak normal görünebilir, ancak altta yatan patolojinin tam olarak ortaya konulabilmesi histopatolojik inceleme ile mümkündür. Bu özellikle appendiküler karsinoid tümörlerde, mukosel ve diğer neoplazmlarda önemlidir

**Gereç-Yöntem:**

Amacımız Mart-Aralık 2012 tarihleri arasında akut appendisit tanısı nedeni ile appendektomi yapılan 431 hastanın patolojik verilerindeki farklılıklar ve histopatolojik değerlendirmenin önemini değerlendirmektir.

**Bulgular:**

Çalışmamızda 431 appendektomi materyali incelenmiştir. 414 hastamızda (%96,03) patolojik spesmen akut inflamme appendiksle uyumlu gelmiştir. Akut inflame appendiks gurubuna süpüratif, flegmenöz ve gangrenöz appendisitler dahil edilmiştir. 17 hastamızda (%3,93) farklı patolojiler saptanmıştır. Diğer saptanan patolojiler ise bir hastada (% 0,23) intraluminal parazit (Enterobius vermicularis), 1 hastada (% 0,23) appendiks mukoseli, 1 hastada (% 0,23) fibröz obliterasyon, 1 hastada (% 0,23) kronik appendisit, 3 hastada (% 0,69) appendiks karsinoid tümörü ve 10 hastada (% 2,32) lenfoid hiperplazi saptanmıştır.

**Sonuç:**

Dünya genelinde akut appendisit kliniği ile çok sık karşılaşılmakta ve appendektomi yaygın olarak yapılmaktadır. Ameliyat spesmeni intraoperatif olarak incelenmekte, çoğu kez makroskopik olarak normal görünen spesimde histopatolojik değerlendirme ile farklılıklar ortaya konulabilmektedir. Bu durum özellikle lezyon boyutu ile tümör davranışı, operasyon şeklini değiştiren neoplastik durumlarda önemlidir. Sonuç olarak sadece makroskopik incelemeye güvenilmemeli, şüphe duyulan olgularda intraoperatif frozen çalışılmalı veya postoperatif patoloji sonucu takip edilmelidir.

**P141****İntraoperatif İnsidental Saptanan Lenfoma Nedeniyle Hemikolektomi Uygulanan İnguinal Herni Vakası**

Deniz Necdet Tihan<sup>1</sup>, Uğur Duman<sup>1</sup>, Murat Çaycı<sup>1</sup>, Fatih Mehmet Erol<sup>1</sup>, Emrah Bayam<sup>1</sup>, Erdi Mercan<sup>1</sup>, Nur Alparslan Yümün<sup>1</sup>, Yiğit Özgün<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa  
<sup>2</sup>Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Polikliniği, Bursa

**Amaç:**

Nüks inguinal herni ön tanısıyla ameliyata alınan ve ameliyat esnasında inguinal herninin yanı sıra testis, segmenter ince barsak ve sağ kolon tutulumu olan malignite nedeniyle orşiektomi, kısmi ince barsak rezeksiyonu ve sağ hemikolektomi yapılan ve patoloji sonucu non-Hodgkin lenfoma gelen hastadan edindiğimiz tecrübeleri paylaşmak istedik.

**Olgu:**

Yetmiş dokuz yaşında erkek hasta, sağ inguinal bölgede ve skrotumda şişlik nedeniyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Anamnezde hastanın başka bir şikayeti olmadığı saptandı. Laboratuvar bulguları normal olan, fizik muayenede ve yapılan tetkiklerinde sol nüks inguinal herni saptanan hasta, gerekli hazırlıkları takiben ameliyata alındı. Eski insizyon skarından yapılan girişimde hastanın nüks inguinal hernisi olduğu, ancak testis volümünün arttığı ve kord elemanlarının ödemli ve kalın olduğu görüldü. Fıtık kesesi açılınca batın içerisinden bol miktarda seröz vasıflı mayii gelmesi üzerine kese içerisinden batına parmakla girilerek ulaşılabilen intraperitoneal alana digital muayene yapıldı. Batın içerisinde barsak dokusuna komşu sert kitle lezyon saptanması üzerine laparotomi kararı alındı. Laparotomide ileoçekal bileşkenin 100 cm proksimalinde yaklaşık 10 cm'lik ince barsak segmentinin mezosunun kalın, ödemli ve frajil olduğu, sağ kolonun mezosunda ve duvarında kalınlık artışı olduğu ve sağ kolonun yaygın yapışıklıklar ile gato oluşturduğu görüldü. İnce barsak mezosundan alınan insizyonel frozen biyopsi sonucunun malignite ile uyumlu gelmesi üzerine hastaya, lenfoma ön tanısıyla, orşiektomi ve genişletilmiş radikal sağ hemikolektomi uygulandı. Ameliyat piyeslerinin histopatolojik incelemesi sonucu hastada testis, ince barsak ve sağ kolonu tutan diffüz B hücreli non-Hodgkin malign lenfoma saptandı. Takiplerinde sorunu olmayan hasta ameliyat sonrası 6. günde kemoterapisi planlanmak üzere önerilerle taburcu edildi.

**Sonuç:**

Primer gastrointestinal sistem lenfomasının en sık tuttuğu organ midedir. Bunu sırasıyla ince barsak ve kolon takip eder. Ancak nodal kaynaklı lenfomanın ektranodal tutulum olarak kolon ve diğer gastrointestinal lümenli organları tutması da olasıdır. Olguda bahsedildiği gibi uzun süre subklinik seyredebilirler ve başka nedenlerle yapılan tetkik yada girişimler esnasında farkedilebilirler. Primer gastrointestinal lenfomanın tedavisi hala tartışmalıdır; bazı yazarlar önce kemoterapinin uygulanmasını savunurlarken, bazı yazarlar ise kemoterapiden önce radikal cerrahinin denemesi gerektiğini

belirtmektedirler. Olgudakine benzer bir durumda, laparotomi esnasında - primer nodal ya da ekstranodal - lenfoma ile tutulmuş lümenli gastrointestinal organ varlığı saptanırsa radikal cerrahinin aynı seansta uygulanması ve takiben hastanın iyi planlanmış bir adjuvan kemoterapi protokolüne alınmasının en uygun yaklaşım olacağını düşünmekteyiz. Benzer olguların çok merkezli olarak retrospektif incelenmesi, en doğru algoritmaların belirlenmesine yardımcı olacaktır.

## P142

### Acil Koşullarda Ostomi Açılan Travma Dışı Peritonit Olgularının Analizi

Kenan Büyükaşık, Hasan Bektaş, Mehmet Mehdi Deniz, Aziz Arı, Şükrü Çolak, Ekrem Çakar, Savaş Bayrak, Mehmet Emin Güneş *Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

#### Amaç:

Peritonite neden olabilen, travma dışı bir grup heterojen hastalık, ciddi morbidite ve mortalite ile seyredabilen akut batın sendromuna yol açabilirler. Bu çalışmada travma dışı etkenlere bağlı, akut batın tanısı alan ve acil olarak ostomi açılan olgular, peritonitin yaygınlığı, etiyolojik etkenler ve ameliyat sonrası gelişen morbidite ve mortalite oranları açısından analiz edilmiştir.

#### Gereç-Yöntem:

Bu çalışmamızda, 2010 - 2013 tarihleri arasında travma dışı etkenlere bağlı olarak gelişen ve ostomi uygulanan toplam 105 akut batın olgusunun dosyaları geriye dönük olarak incelenmiştir. Dosya verilerinden hastaların demografik özellikleri, radyolojik ve laboratuvar bulguları, etiyolojik etken ve lokalizasyonu, peritonitin yaygınlık derecesi, uygulanan ostomi türü ve ameliyat sonrası gelişen mortalite ve morbidite oranları araştırılmıştır. Mortalite ve morbidite riskinin belirlenmesinde, Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) skorlaması ve Mannheim Peritonit İndeksi (MPI) kullanılmıştır.

#### Bulgular:

Olguların 59'u erkek, 46'sı kadındı. Yaş ortalaması 64.83 (en genç 25 - en yaşlı 87) dir. Peritonite neden olan en sık etken 58 olgu ile (%55.23) özellikle rektosigmoid bölgede olmak üzere kolon tümör obstrüksiyonu ve perforasyonu, 12 olguda (%11.42) divertikül perforasyonu, 9 olguda (%8.57) sigmoid kolon volvulusu, 8 olguda (%7.61) geçirilmiş tümör operasyonuna sekonder anastomoz kaçağı, 7 olguda (%6.66) brid, 4 olguda (%3.80) mezenter iskemi, 3 olguda (%2.85) jinekolojik etkenler, 3 olguda (%2.85) boğulmuş herni, 1 olguda (%0.95) Ogilvie sendromu tesbit edilmiştir. Ayakta direkt batın grafisi ve Bilgisayarlı tomografi çekilen olguların 93 (%88.57) ünde pnömoperitoneum saptanırken 86 sında (%81.9) batın içi serbest sıvı izlendi. Olguların 27 sinde (%25.71) morbidite ve 3 ünde (%2.85) mortalite gelişti. Morbidite ve mortalite gelişen tüm olguların ASA skoru 2 den ve MPI skoru 23 ten yüksekti. Mortalite gelişen tüm olgularda etiyolojik etken anastomoz ayrışması olarak belirlendi.

#### Sonuç:

Travma dışı etkenlere bağlı gelişen Akut Batın sendromu ve peritonit heterojen bir grup hastalığı kapsar. Gelişen yoğun bakım şartlarına rağmen hala yüksek mortalite ve morbidite

oranlarına sahiptirler. Anastomoz ayrışması ciddi mortalite oranına sahiptir. Elektif koşullarda opere edilen, ASA skoru yüksek ve anastomoz uygulanan olgularda cerrahi prensiplere uyulması önemlidir.

## P143

### Çekal Divertikülit: Az Rastlanan bir Cerrahi Sorun!!

Şener Balas<sup>1</sup>, Fatih Ağalar<sup>2</sup>, Oral Saygun<sup>3</sup>, Çağatay Daphan<sup>3</sup>, Şebnem Ayva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Anadolu Sağlık Merkezi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul  
<sup>3</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

#### Amaç:

Acil cerrahi pratiğinde girişimlerin büyük çoğunluğu sağ alt kadranda ağrısı nedeniyle yapılmaktadır. Tanısal teknolojilerdeki gelişmelere rağmen ameliyat öncesi tanı koyma halen problem olmaya devam etmektedir. Batı toplumlarında çekal divertikülit oldukça nadir görülmektedir ve bununla beraber başağım metodları henüz netlik kazanmamıştır. Bu sunumda acil bir laparatomide karşılaşılmış bir çekal divertikülit vakası üzerinden literatürdeki tedavi metodları tartışılması amaçlanmıştır.

#### Olgu:

38 yaşında bayan hasta acil serviste karın ağrısı nedeniyle muayene edildi. ağrısı 2 gün önce başlayarak giderek artmış ve sağ alt kadranda lokalize olmuş. İştahsızlık ve bulantısı olmuş. Hastanın muayenesinde ateşi 37.5 °C nabızı 88/ dk. ve sağ alt kadranda peritonit bulguları mevcuttu. Jinekolojik muayenesi normal olarak bulundu. Laboratuvar çalışmalarında beyaz küresi 13400 mm<sup>3</sup> hb 12.5gr/dl ve diğer biokimyasal bulguları normal olarak izlendi. Abdominal ultrasonda perçekal inflamasyon ve sağ alt kadranda minimal serbest sıvı tespit edildi. Hasta akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alındı. Mc Burney insizyonu ile yapılan eksplorasyonda Appendix Vermiformis normal olarak izlenirken çekum anteromedialinde ileo çekal valfden 2 cm uzaklıkta enflamasyon ve mikroperfore bir divertikülit izlendi. Hastaya ileoçekal rezeksiyon ve ileokolik anastomoz yapıldı hasta post operatif 6. gün taburcu edildi. Patolojik inceleme psödivertikülit ile uyumlu bulundu.

#### Sonuç:

Çekal divertikülit tarihsel süreçte 1900 lerin başından beri bilinsede ameliyat öncesi tanımlanması halen cerrahi pratiği zorlamaktadır. usg ve abdominal bt nin literatürde tanısal değerleri oldukça yüksek görülsede pratiğe yansımamaktadır. Yönetimi için literatürde önerilen değişik metodlar, konservasyondan divertiküektomiye, ileo çekal rezeksiyona kadar uzanmaktadır. Acil cerrahi yaşamına laparoskopinin dahil olması ile birlikte konservatif yaklaşımın artacağı rezeksiyonların ise kolon kanseri ile karışık durumlar ve komplike vakalarda uygulanacağını düşünmekteyiz.

**P144****Hemodiyalize Bağımlı Hastada İzole Çekum Nekrozu**Mustafa İlker Akdeniz<sup>1</sup>, Cengiz Tirtiz<sup>1</sup>, Sibel Ataman<sup>2</sup><sup>1</sup>Mersin Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Mersin<sup>2</sup>Mersin Devlet Hastanesi, Patoloji, Mersin**Amaç:**

Akut mezenter iskemi; süperior mezenter arterin(SMA) en sık emboli daha az olarak da trombozla tıkandığı yada non-okluziv iskemi denen ve SMA'nın akımının yavaşladığı durumlarda oluşan akut batın tablosudur. Diyaliz non-okluziv iskemi yapan nedenler arasındadır. Çekumun iskemik hemorajik nekrozu iskemik kolitin oldukça nadir görülen bir çeşididir. Bu bildiride izole çekum nekrozu saptanan hemodiyalize bağımlı KBY'li hasta sunulmuştur.

**Olgu:**

60 yaşında hemodiyalize giren KBY'li erkek hasta acil servise 1 gün önce başlayan ve şiddeti giderek artan karın ağrısı ile başvurdu. Ateş, kusma ve ishal şikayeti yoktu. TA:90 / 50 Nabız:100 idi. Fizik muayenede batın sağ alt kadranda hassasiyet, rebound ve defans mevcuttu. Laboratuvar çalışmasında WBC:18.500/mm<sup>3</sup>,Hb:14g/dl, Üre:100mg/dl, Kreatin:8,1mg/dl idi.EKG sinüs taşikardisi dışında patoloji yoktu. Ayakta direkt batın grafisi normal olarak saptandı. Özgeçmişinde hasta 8 yıldır haftada 3 kez hemodiyalize giriyordu. Daha önce bilinen iskemik kalp hastalığı yoktu. Hastaya akut apandisit ön tanısıyla sağ paramedian kesi ile laparotomi yapıldı. Gözlemlerde izole çekum nekrozu saptanması üzerine kesi büyütülerek sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi yapıldı. Yapılan ameliyatın patolojik incelemesinde yaygın nekroz ve kanama alanları tespit edildi. Postoperatif takipte diyalize giren hasta hipotansif seyretti. Dopamin infüzyonu başlanan hastada hemodinamik instabilite nedeniyle postoperatif 5.gün exitus oldu.

**Sonuç:**

Çekumun iskemik nekrozu iskemik kolitin nadir bir varyasyonudur. Hemodiyaliz hastalarında daha sık görülür ve spesifik olmayan belirtileri ile acil cerrahi müdahale gerektirir. Özellikle yaşlı hastalarda klinik anamnez ve muayene sonucunda çekum nekrozu ayırıcı tanıda düşünülmeli ve erken müdahalede bulunulmalıdır.

**P145****Fekal İmpaksiyona Bağlı Spontan Kolon Perforasyonu**Nuraydın Özlem, Kadir Yıldırım, Alper Ceylan, Sadık Keşmer, Umut Yilmazyıldırım, Murat Sencer Özsoy

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

**Amaç:**

Konstipasyon ve fekal impaksiyon özellikle yaşlı hasta grubunda sıkça görülebilmektedir. Genellikle yaşlılarda hareketsizlik, sağlıksız diet alışkanlıkları ve yetersiz hidrasyon gibi nedenlerle fekal impaksiyon gelişebilmektedir. Fekal impaksiyona bağlı kolon perforasyonu ise, oldukça nadir görülen bir durumdur. Burada literatürde de oldukça nadir görülen fekal impaksiyona bağlı kolon perforasyonu olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:**

Hastanemiz acil servisine karın ağrısı ve karında şişkinlik şikayetleriyle başvuran yaklaşık bir haftadır defekasyonu olmayan 89 yaşında bayan hastanın; yapılan fizik muayenesinde genel durumu düşkün, karın muayenesinde distansiyon, hassasiyet, defans ve rebound vardı. Barsak sesleri hipoaktif, rektal tuşede taşlaşmış gaita vardı. Bakılan tetkiklerinde, üre-kreatinin yüksekliği ve elektrolit imbalansı vardı. Beyaz küre normal aralıktaydı. Acil serviste çekilen karın tomografisi sonucunda perforasyon saptandı. Hastaya ameliyat planlandı. Yapılan laparotomide sigmoid kolonda taşlaşmış feçes ve sigmoid ön yüzünde perforasyon alanı mevcuttu. Karında yaygın dışkı kirliliği mevcuttu. Sigmoidektomi+Hartmann prosedürüyle kolostomi uygulandı. Operasyon sonlandırıldı. Hasta postoperatif 8gün yoğun bakım ünitemizde takip edildi, sonrasında servise alındı, ameliyattan 14 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:**

Sonuç olarak, fekal impaksiyon ihmal edilmemesi gereken, prognozunda kolon perforasyonu gibi morbidite ve mortalitesi yüksek klinik tabloya yol açabilen bir durumdur.

**P146****Nadir Bir Apendiks Patolojisi: Ekstraperitoneal Psödomiksoma**Mehmet Rafet Yiğitbaşı<sup>1</sup>, Mustafa Demir<sup>1</sup>, Haydar Yalman<sup>1</sup>, Mehmet Sait Özsoy<sup>1</sup>, Tülay Zenginkinet<sup>2</sup><sup>1</sup>Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe EAH, Patoloji Kliniği, İstanbul**Amaç:**

Psödomiksoma peritonei karın içinde müsinoz sıvı birikimi ile karakterize, geniş bir patolojik ve klinik davranış yelpazesine sahip nadir görülen bir hastalıktır. Görülme insidansı her yıl yapılan bir milyon laparotomide 1-2'dir. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (kadın/erkek 2-3:1). Apendiksin müsinoz epitelyal tümörleri başta olmak üzere, overler, kolon, mide, pankreas ve diğer batın içi organlardan köken alabilirler. Ekstraperitoneal psödomiksoma; intraperitoneal bir yayılım olmaksızın müsinoz sıvı koleksiyonunu ifade eder ve tanımlandığından bu yana uluslararası literatürde şimdiye dek kayıtlı toplam 35 vaka bildirilmiştir. Biz bu çalışmamızda tanı ve tedavisinde gecikme yaşanmış, oldukça nadir görülen bir ekstraperitoneal psödomiksoma olgusunu ve tedavi yönetimini paylaşmayı amaçladık.

**Olgu:**

Daha önceden bilinen herhangi bir hastalığı bulunmayan, 77 yaşındaki kadın hasta kliniğimize karın ağrısı, bulantı şikayetleri ile başvurdu. Şikayetlerinin yaklaşık 4 yıldır mevcut olduğunu ve birçok merkeze başvurduğunu ifade eden hastanın anamnezinde nonoperatif yaklaşımla takip edilen apandisit öyküsü olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde sağ lomber bölgeden başlayıp batın sağ alt kadrana doğru uzanan hassasiyet, ağrı, ele gelen şişlik tespit edildi. Hastanın defans ve reboundu yoktu. Yapılan rektal tuşede özellik saptanmadı. Laboratuvar analizlerinde tam kan sayımı, biyokimyasal parametreleri normal olarak değerlendirildi. Görüntüleme yöntemlerinden yapılan Tüm



Abdomen Ultrasonografide; pelvis sağ yarısında batın sağ alt kadrana doğru uzanan yaklaşık 93x136x150 mm boyutlarında multiloküle yapıda, lobule konturlu, kalın ve ekojen duvarlı, internal ekolar içeren kistik karakterde lezyon tespit edildi. Sağ böbrek pelvikalisiel sistemde grade 1 ektazi mevcuttu. Radyoloji Kliniği'nce önerilen Tüm Abdomen MR tetkikinde; sağ böbrek alt polü medialinde psoas kası ile ilişkili görünümde L2 düzleminden başlayarak pelvik bölgeye uzanım gösteren, sağ iliak kanat medialinden inferiora inguinal kanal düzlemine kadar uzanan, kistik multiloküle, içinde septasyonlar bulunan kitlesel lezyon görüldü. Apendiks mukoseli, retroperitoneal kist, psoas apsesi, lenfanjiom, ürinom, kistik tümör ön tanıları mevcut olan hasta tekrar değerlendirildi. Lezyonun septalarında ve cidarında vaskülarite izlendiğinden kistik tümörler ön planda düşünüldü. Cerrahi eksplorasyon kararı alındı. Ameliyat öncesinde Üroloji Kliniği'nce hastaya sağ üreteral J stent takıldı. Gibson insizyonu katlar geçildi, preperitoneal alana ulaşıldığında, superiorda sağ böbrek alt polü seviyesinden başlayıp sağ inguinal kanal düzlemine dek uzanan jel kıvamında, septalı, kistik lezyon tespit edildi. Kistik lezyonun ekstraperitoneal yerleşimli olduğu gözlemlendi ve bu yapılar eksize edildi, eksplorasyonun devamında kist kavitesinin tabanında, çekumun ekstraperitoneal bölümü ile birleşen, ucundan perfore tübüler yapı apendiks olarak değerlendirildi. Apendektomi uygulanarak çekum açıklığı kapatıldı. Hasta ameliyat sonrası 5.gününde cerrahi şifa ile taburcu edildi. Takibinde patoloji sonucu low grade müsinöz düşük rekürrens riskli neoplazi şeklinde rapor edildi. Piyesin tamamında apendiks dahil müsin gölleri mevcuttu. Yapılan onkolojik takibinde adjuvan kemoradyoterapi uygulanmadı. Rekürrens açısından yakın takibimizde bulunan hasta ameliyat sonrası 8.ayda olup şu an için aktif bir yakınması yoktur, rekürrens gözlenmemiştir.

### Sonuç:

Psödomiksoma peritonei ilk kez 1884 yılında Werth tarafından, over kaynaklı bir tümörden gelişen jöle kıvamındaki maddeye karşı gelişen olağan dışı peritoneal reaksiyon şeklinde tanımlanmıştır. Coppini ise 1950 yılında ilk kez apendiksüler orijinli psödomiksoma retroperitonei vakasını literatüre sunmuştur. Psödomiksoma çoğunlukla apendiksün müsinöz tümörlerinden kaynak alan tümör hücrelerinin peritoneal alana veyahut retroperitoneal mesafeye yayılımıyla oluşmaktadır. Ekstraperitoneal psödomiksoma karın ağrısı, bel ağrısı, ele gelen kitle yakınmaları ile klinikte karşımıza çıkabilmektedir. Hastalarda kilo kaybı, ateş, apse formasyonu gelişebilmektedir. Tanı genellikle klinik şüphe sonrası görüntüleme yöntemleri ile konulmaktadır. Ayırıcı tanıları arasında apendiks mukoseli, retroperitoneal kist, psoas apsesi, lenfanjiom, ürinom, kistik tümörler akıld tutulmalıdır. Abdomen Ultrasonografisi ve Tüm Abdomen BT tanı koydurucudur. MR ve PET, ayırıcı tanıları belirlemede ve ilerlemiş metastatik hastalıklarda etkindir. Psödomiksomanın başlıca tedavisi cerrahidir. Debulking cerrahisi ve bu sayede müsinöz yapının tam olarak uzaklaştırılması esastır. Psödomiksomanın orijin aldığı organ da rezeke edilmeli ve gereklilik halinde bunu adjuvan kemoterapi izlemelidir. Günümüzde ise teknoloji gelişimine paralel olarak sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi ( HIPEC) uygulanması tedavide tercih edilmektedir. Uygulanan sistemik kemoterapinin progresif, rekürren ve yüksek gradeli tümörlerde palyatif

etkinlik gösterdiği düşünülmektedir. Hastalara ilişkin bildirilen 5-yıllık sağkalım oranları %11-%75 arasında değişmektedir. Ekstraperitoneal psödomiksomaya ilişkin adjuvan kemoterapinin sağkalım üzerine etkinliğini ortaya koyan yeterli çalışmalar mevcut değildir. Bununla birlikte prognoz psödomiksoma peritonei' e göre daha iyi olduğu öngörülmektedir. Çünkü vital abdominal yapılar bu olgularda patolojiden etkilenmemektedir. Psödomiksomalı hastalar rekürrens ve progresyon açısından sıkı kontroller, fizik muayene, BT ve serum tümör belirteçleri ile yakından takip edilmelidir.

### P147

#### Akut Apendisit Tedavisinde Konvansiyonel ve Tek İnsizyon Laparoskopik Apendektomi

Tugan Tezcaner, İlker Murat Arer, Feza Yarbuğ Karakayalı, Aydınca Akdur, Gökhan Moray  
Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD Ankara

#### Amaç:

Laparoskopi, uygulandığı ameliyat çeşitlerinin artması ve başarılı sonuçları ile hızla geniş cerrah kitleleri tarafından birçok ameliyat yöntemi için ilk basamak tercih edilir hale gelmiştir. Akut apandisit tedavisi için laparoskopik apendektomi de daha az ameliyat sonrası ağrı, daha az yara yeri enfeksiyonu ve daha iyi kozmetik sonuçlar ile yine yaygın olarak uygulanmaktadır. Son yıllarda geliştirilen tek insizyon laparoskopi tekniği ile laparoskopiyeye göre dahi daha iyi kozmetik sonuçlar, tek porttan tüm karın bölgelerine ulaşabilme, spesmen çıkarılması için başka insizyona gerek duyulmaması gibi başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Bu çalışmada, aynı dönem ardışık olarak yapılan laparoskopik ve tek insizyon laparoskopik apendektominin klinik sonuçları ve yaşam kalitesine etkisini karşılaştırmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Kliniğimizde Ocak 2011 ile Eylül 2012 tarihleri arasında ardışık olarak laparoskopik apendektomi (LA) ve tek insizyon laparoskopik apendektomi (SILA) yapılan hastalar yaş, cinsiyet, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, vücut kitle indeksi (VKİ), Alvarado skoru ve sayısal sözel ağrı skorları (SSAS) açısından prospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın ilk yarısındaki akut apandisit tanısıyla ameliyata alınan ardışık tüm hastalara LA uygulanırken; ikinci yarısındaki ardışık tüm hastalara SILA uygulanmıştır. Sadece genel anestezi veya laparoskopinin kontraendike olduğu hastalar, onam vermeyen hastalar ve ameliyat sırasında akut apandisit dışında başka patolojiler saptanarak tedavi edilen hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Ameliyat sonrası 3. ay yaşam kalitesi, Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi (GIQLI) ile ölçülerek değerlendirilmiştir. Sonuçlar ortanca(en düşük ve en yüksek değer) olarak verildi. Veri analizi yapılırken iki grup olan değişkenlerin kendi birimi cinsinden aldığı değerler karşılaştırılırken bağımsız 2 grup t testi kullanılmıştır. Üç grup veya daha fazla grubu olan değişkenlerin kendi birimi cinsinden aldığı değerler karşılaştırılırken tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. İki kesikli değişken karşılaştırılırken parametrik olmayan yöntemlerden ki kare ve fisher exact test analizi kullanılmıştır. p<0.05 değeri istatistiksel anlamlı kabul edildi. Test analizleri için SPSS (version 16.0; Chicago, IL, USA) programı



Antalya

kullanıldı.

### Bulgular:

Belirtilen tarihlerde akut apandisit tanısıyla ardışık 45 hastaya LA, sonraki dönemde 44 hastaya SILA tekniği uygulandı. Hastaların 45'i (%50.6) kadın ve yaş 37 (18-64) idi. Her iki grup arasında yaş, Alvarado skoru, şikayet süresi, serum lökosit ve CRP düzeyi, VKİ ve ASA skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Akut apandisit ameliyat sırasında da doğrulanmış tüm hastaların ameliyatı başladıkları yöntem ile gerçekleştirildi. Ameliyat süresi laparoskopik grupta 60.0 dakika (30-150) ve SILA grubunda 60.0 dakika (15-120) olarak hesaplandı (p=0,417). Hastanede kalış süresi laparoskopik grupta ortalama 28.39 saat (13-102) ve SILA grubunda ortalama 25.23 (16-144) saattir (p=0,508). Tek komplikasyon LA grubta 1 (%2,3) hastada gözlenen mesane hematomu idi. LA grubta 12 saat SSAS skorları ortalama 2,62 (0-7) 1.hafta ortalama 2,52 (0-5) iken, SILA grubunda 12. saatte 3,43 (1-7), 1. haftada ise 2,9 (1-5) idi, iki grup arasında SSAS skorları açısından istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmedi (12. Saat SSAS için P=0.131, 1. hafta SSAS için P=0.866). Ameliyat sonrası 3. ayda bakılan GIQLI skorları açısından da her iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı.

### Sonuç:

Yüksek maliyet ve öğrenim güçlüğü dezavantajları olmakla beraber konvansiyonel laparoskopik cerrahiye benzer klinik sonuçlar, yaşam kalitesi ve daha iyi görsel kozmetik sonuçlar ile SILA, akut apandisit olgularında güvenle ve başarı ile uygulanabilecek bir cerrahi yöntemdir.

## P148

### Apendiks Müsinöz Kist Adenomu:

#### 5 Olgunun Sunumu

Tugan Tezcaner, Yahya Ekici, Murat Kuş, Feza Yarbuğ Karakayalı, Gökhan Moray

*Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD Ankara*

### Amaç:

Apendiks müsinöz neoplazileri, az görülen ve çoğunlukla değişken kafa karıştırıcı klinik tablo ile ortaya çıkar. Akut apandisit benzeri tablodan asemptomatik veya rastlantısal başka bir neden ile yapılan laparotomilerde görülen tabloya kadar geniş yelpazede karşılaşılabılır. Apendiks mukoselleri, anormal müsinöz sekresyonlara bağlı olarak apendiks lümeninin dilatasyonu ile ortaya çıkan kitlelerdir. Anormal müsin birikimi retansiyon, mukozal hiperplazi, kist adenom ya da kistadenokarsinoma bağlı olabilir. Tanıda önemli olan öncelikle klinik şüphe duymaktır. Ultrasonografi ve abdomen bilgisayarlı tomografisi, yararlı radyolojik tanı yöntemleridir. Kolonoskopi sırasında da, düzgün sınırlı submukozal lezyon olarak saptanabilir. Uygun tedavi ve komplikasyonlardan kaçınma, ameliyat öncesi tanı sayesinde olabilir. Burada apendiks müsinöz kist adenomu saptanan 5 farklı klinik tabloya sahip 5 hastanın sunulması ve olgular üzerinden tanı ve tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

### Olgular:

Olgular: 1:56 yaşında erkek dış merkeze sağ alt kadran ağrısı nedeniyle başvurdu. Yapılan bilgisayarlı tomografide çekum

### VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

ile komşu 135\*79\*72 mm boyutlarında kistik kitle saptandı. Hastaya yapılan kolonoskopide herhangi bir patoloji saptanmadı. Eksplozasyonda, apendiksten köken alan kistik kitle görüldü ve kitlenin çekuma kadar uzandığı belirlendi. Hastaya sağ hemikolektomi ve ileokolostomi yapıldı. Yapılan histopatolojik incelemede, 130 mm boyutunda apendiks müsinöz kist adenomu saptandı. Hasta ameliyat sonrası 6. Günde taburcu edildi. Hastanın 11 aylık takibinde sorunu yok. Olgular: 2: 62 yaşında erkek hasta 10 gündür olan sağ alt kadran ağrısıyla acil servise başvurdu. Hastanın karın muayenesinde akut karın bulguları saptandı. Lökositoz ve CRP yüksekliği olan hastaya yapılan abdomen tomografide; akut perforate apandisit ve apendiks etrafında abse görüldü. Hasta acil laparotomiye alındı. Sağ alt kadranda barsakların ve omentumun konglomere olduğu; apendiks etrafında püye görülüp boşaltıldı ve apendektomi yapıldı. Hastanın patolojisi plastron formasyonu ve 19 mm en büyük boyutu olan müsinöz kist adenom olarak raporlandı. Hasta ameliyat sonrasında 3.gün taburcu edildi.13 aylık takibinde hastada herhangi bir sorun yok. Olgular: 3: 84 yaşında erkek hasta, hemotoloji bölümüne anemi nedeniyle başvurdu ve etyolojisini araştırmak için yapılan abdomen tomografide apendiks ucunda yerleşimli 23\*10 mm boyutunda müsinöz patoloji saptandı. Hastaya açık apendektomi yapıldı. Patoloji sonucu müsinöz kist adenom olarak geliyor. Hasta ameliyat sonrası 1. günde önerilerle taburcu edildi. Hastanın 14 aylık takip süresince nüksü yok. Olgular: 4: 76 yaş erkek sigmoid kolon kanseri nedeniyle ameliyat edilmiş ve 2 yıldır izlemde olan hastanın yapılan kontrol tomografisinde apendikste 26 mm tübüler dilatasyon saptandı. Eksplozasyonda, apendiks orjinine yerleşmiş kistik kitle görüldü. Hastaya sağ hemikolektomi ve ileokolostomi yapıldı. Patoloji sonucu 26 mm boyutunda apendiks kist adenomu olarak raporlandı. Hasta ameliyat sonrası 5. Günde taburcu edildi.19 aylık takipte hastada nüks görülmedi. Olgular: 5: 52 yaş kadın hasta, ameliyattan 2 ay önce plastrone apandisit tanısı ile antibiyoterapi tedavi edildi ve elektif olarak apendektomi yapılmak planlandı. Hastaya laparoskopik apendektomi yapıldı. Patoloji sonucu 1 cm boyutunda müsinöz kist adenom olarak raporlandı. Hasta ameliyat sonrası 1. günde taburcu ediliyor. Hastanın 6 aylık takibinde nüksü yok.

### Sonuç:

Apendiks müsinöz kist adenomları nadir görülmekte ancak başka patolojileri taklit edebilmektedirler. USG de kitle görüntüsü veren tüm olgularda apendiks neoplastik lezyonları akıldan tutulmalıdır.

## P149

### Yaygın Olmayan İnce Bağırsak Obstrüksiyon Nedeni – Obturator Herni

Yavuz Özdemir, Mustafa Suphi Turgut, Ahmet Ziya Balta, Ergün Yücel, İlker Sücüllü

*GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul*

### Amaç:

Obturator herni seyrek olarak görülen bir pelvik herni tipi olup rölatif olarak yüksek morbidite ve mortalite ile birlikte. Erken dönem semptomları spesifik değildir ve hastaların %90'dan fazla bir kısmı ince bağırsak obstrüksiyonu ile prezente olmaktadır. Genellikle bilgisayarlı tomografi taramasında veya obstrüksiyona bağlı acil operasyon

enasında tespit edilmektedir. Bu yazıda BT ile tanısı konmuş ve acil cerrahi ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş bir hasta sunulmaktadır.

#### Olgu:

82 yaşında bayan hasta, kriptojenik organize pnömoni nedeni ile Göğüs Hastalıkları Servisinde tedavi almakta iken bulantı, kusma ve kolik tarzda karın ağrısı gelişmesi üzerine konsülte edildi. Hikayesinde hipertansiyon, osteoporozis, serebrovasküler oklüzyona bağlı sol hemiparezi mevcuttu. Hastaya 64 yıl önce apendektomi uygulanmıştı. Fizik muayenede belirgin hassasiyet ve defans bulgusunun eşlik etmediği distansiyon mevcuttu. Howship-Romberg belirtisi sol hemiparezi nedeni ile yoktu. Beyaz küre sayısı  $20.1 \times 10^9/L$  ve açlık kan şekerinin 186 mg/dL olması dışında laboratuvar testleri normal sınırlar içerisindeydi. BT'de sol obturator kanaldan kaynaklanan ince bağırsak obstrüksiyonu mevcuttu. Eksplozasyonda sol obturator kanala Richter tipinde sıkışmış, üzerinde nekrozun oturmadığı ince bağırsaklar mevcuttu. Obturator herni tek tek sütürler ile onarılarak kapatıldı. Cerrahi yara iyileşmesi problemsiz olan hasta postoperatif 4. günde Göğüs Hastalıkları Servisine nakledildi.

#### Sonuç:

Obturator herni seyrek görülen, ancak önemli bir intestinal tıkanıklık nedenidir. Preoperatif dönemde hastanın değerlendirilmesi aşamasında BT önemli bir rol oynamaktadır. Erken tanı ve cerrahi tedavi ile morbidite ve mortalite oranları minimum seviyede tutulabilir.

#### P150

### Komplike Apandisit Tanısında Nötrofil/Lenfosit Oranının Kullanımı

Murat Eroğlu<sup>1</sup>, Yavuz Özdemir<sup>2</sup>, Ahmet Ziya Balta<sup>2</sup>, Mehmet Çuhadar<sup>2</sup>, Ali Osman Yıldırım<sup>1</sup>, İlker Sücüllü<sup>2</sup>, Mehmet Levhi Akın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Acil Tıp Servisi, İstanbul  
<sup>2</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

#### Amaç:

Akut apandisit, pratikte en sık karşımıza çıkan acil cerrahi nedeni olup tanı çoğunlukla klinik bulgulara göre konmaktadır. Tanıda gecikme perforasyona ve bazı septik komplikasyonlara neden olabilir. Tanıya yardımcı olması amacıyla bazı laboratuvar tetkikleri kullanılmaktadır. Beyaz küre sayısında artış akut apandisit için sensitif ve spesifik değildir ve operasyon kararı verilmeden önce kullanılabilir. Bu çalışmada akut apandisitte görülen inflamasyonun şiddetini belirlemede nötrofil/lenfosit oranının (NLO) beyaz küre sayısına üstünlüğünün olup olmadığını araştırmayı planladık

#### Gereç-Yöntem:

Akut apandisit ön tanısı ile kliniğimizde operasyona alınmış 153 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ameliyat öncesi tam kan sayımı profili kaydedildi ve çıkarılan spesimenin histopatolojik incelemesi ile tanı konfirme edildi. Patoloji raporlarına göre tanı; normal, akut apandisit ve komplike apandisit (gangrenöz veya perforasyonlu) olarak gruplandı. NLO için eşik değer 8 olarak hesaplandı.

#### Bulgular:

Ocak 2012 ile Şubat 2013 tarihleri arasında akut apandisit ön tanısı ile operasyona alınmış 153 hastada (14 kadın, 139 erkek) ortalama yaş 22 (17-83 yaş) idi. Histopatolojik inceleme sonucunda negatif apendektomi oranı %8.5 (13 hasta) idi. Komplike apandisit açısından değerlendirildiğinde ROC eğrisi altında kalan alan NLO için 0.923 iken, formüldeki nötrofil oranı için 0.881 ve beyaz küre sayısı için 0.667 idi. NLO için eşik değer 8 olarak bulundu ve bu değere göre yapılan hesaplamada sensitivite %100 ve spesifite %81.6 olarak tespit edildi.

#### Sonuç:

Bu çalışmanın sonuçları NLO'nun beyaz küre sayısı ve parçalı hücre hakimiyet oranına göre komplike apandisit tanısını koymada daha faydalı olduğunu göstermektedir.

#### P151

### Sigmoid Volvulus'lu Hastalarımıza Uygulanan Tedavi Yöntemleri ve Sonuçları

Turgut Anuk, Neşet Köksal, Hasan Altun, Çağlar Bülent Bilgin, Barlas Sülü, Yusuf Günerhan

Kafkas Üniv. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars

#### Amaç:

Mekanik barsak tıkanıklığının nedenleri arasında olan volvulus en sık sigmoid kolonda görülmektedir. Yaşlı ve yandaş sistemik rahatsızlığı bulunan hastalarda daha sık görülmesi tedaviyi ve mortaliteyi etkilemektedir. Bu sunumun amacı sigmoid volvulus nedeniyle tedavi edilen hastaların sonuçlarını irdelemektir.

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2005 -Mart 2013 tarihleri arasında Kafkas Üniv. Tıp Fakültesi ve İğdır Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde sigmoid volvulus tanısıyla tedavi edilen 36 hasta yaş, cins, uygulanan tedavi, nüks, morbidite ve mortalite açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

#### Bulgular:

Sigmoid volvulus nedeniyle tedavi uygulanan hastaların ortalama yaşı 60 (22-82) olup 30'u erkek (%83), 6'sı kadın (%17) idi. Hastalar ilk başvuruda yapılan tedaviye göre 3 gruba ayrılmıştır. 5 hastaya (%13,8) endoskopik detorsiyon, 14 hastaya (%38,9) laparotomi+detorsiyon+sigmoidopeksi, 17 hastaya (%47,3) sigmoid kolon rezeksiyonu (anastomozlu ya da Hartman kolostomi) uygulanmıştır. Endoskopik detorsiyon uygulanan 5 hastanın 4'ünde (%80)nüks gözlenmiş, 1 hastanın 12 aylık takibinde nüks saptanmamıştır. Detorsiyon+sigmoidopeksi yapılan hastaların takiplerinde nüks gözlenmemiştir. Rezeksiyon uygulanan hastaların 4'ünde (%12,9) komplikasyon gelişmiştir. (Kolostomi ayrışması, intraabdominal abse, yara enfeksiyonu, akut böbrek yetmezliği). Rezeksiyon ve anastomoz yapılan 1 hasta (%2.7) akciğer embolisi nedeniyle ex olmuştur.

#### Sonuç:

Sigmoid volvulus tanısı konan hastalarda başlangıçta endoskopik detorsiyon denenmeli ve sonrasında yüksek nüks oranları nedeniyle elektif cerrahi uygulanmalıdır. Uygun hastalarda rezeksiyon tercih edilen yöntem olmakla birlikte

Antalya

yaşlı, yandaş sistemik rahatsızlıkları olan ve anestezi açısından yüksek riskli hastalarda detorsiyon ve sigmoidopeksi alternatif bir yöntem olarak düşünülmelidir.

**P152****Obstetrik Anal Sfinkter Yaralanması**

Arda Işık, Abdullah İnal, Kemal Peker, İsmayil Yılmaz,

Yurdakul Deniz Fırat

Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Erzincan

**Amaç:**

Doğum sırasında ki anal sfinkter yaralanmaları, efektif tedavi edilmez ise anal inkontinansın önemli nedenidir.

**Olgu:**

25 yaşında multipar kadın epizyotomi sırasında tam kat eksternal anal sfinkter kesisi ile perioperatif değerlendirildi. Eksternal anal sfinkter lasere uçları overlap şeklinde sütüre edildi. Postoperatif laksatif, geniş spektrumlu antibiyotik ile eksterne edildi. 6 aylık takip sonrası inkontinans gözlenmedi.

**Sonuç:**

Epizyotomi gerekli ise mediolateral insizyon, ortahat insizyonundan daha az risklidir. Eğer yaralanma tespit edilmiş ise perioperatif onarım komplikasyon riskini azaltır.

**P153****Mekanik Barsak Tıkanıklığı Nedeniyle Ameliyat Edilen 124 Olgunun Retrospektif Analizi**

Enver İlhan, Mehmet Akif Üstüner, Abdullah Şenlikci, Erdinç Sivrel, Savaş Yakan, Fevzi Cengiz

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:**

Acil Servise başvuran acil karın olgularının büyük bir bölümünü mekanik barsak tıkanıklıkları(MBT) oluşturmaktadır. Bu çalışmada MBT tanısıyla ameliyat edilen olguları etyoloji, morbidite ve mortalite yönünden değerlendirdik.

**Gereç-Yöntem:**

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 2008-2013 yılları arasında MBT nedeniyle ameliyat edilen olguların dosya ve elektronik kayıtları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:**

Toplam 124 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların 81(%65.3)'i erkek, 43(%34.7)'ü kadın idi. Yaş ortalaması 66.3(aralık 32-90) idi. Yandaş hastalık olarak en sık koroner arter hastalığı eşlik ediyordu. Hastanede ortalama kalış süresi 10.7(1-150) gündü. Olguların 30(%24.2)'unda inkarsere inguinal herni, 29(%23.4)'unda tümör, 18(%14.5)'inde inkarsere umbilikal herni, 12(%9.7)'sinde inkarsere femoral herni, 7(%5.6)'sinde brid ileus, 6(%4.9)'sında inkarsere insizyonel herni, 6(%4.9)'sında volvulus, 5(%4.0)'inde inkarsere epigastrik herni, 3(%2.4)'ünde divertikül, 2(%1.6)'sinde internal herniasyon, 1(%0.8)'inde invajinasyon, 1(%0.8)'inde safra taşı, 1(%0.8)'inde Crohn hastalığı, 1(%0.8)'inde

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

bezoar, 1(%0.8)'inde pylor stenozu, 1(%0.8)'inde inkarsere diafragma hernisi MBT'na neden olmuştu. Ameliyat sonrası dönemde 7(%5.6) olguda gastrointestinal fistül, 6(%4.9) olguda yara yeri enfeksiyonu, 5(%4) olguda evisserasyon, 2(%1.6) olguda pnömoni gelişti. Toplam 13(%10.5) olgu ex oldu. Bu olgulardan beşi tümör, dördü inkarsere herni, biri brid, biri Meckel divertikülü, biri internal herniasyon, biri Crohn hastalığına bağlı MBT nedeniyle ameliyat edilmişlerdi.

**Sonuç:**

MBT sık görülen ve acil ameliyat endikasyonu olan acil cerrahi bir hastalıktır. En sık görülen sebeplerin başında inkarsere inguinal herniler ve tümörler gelmektedir. Yaş ve ek hastalıklar morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır.

**P154****Aşağı Anterior Rezeksiyon Sonrası Anal Darlık Oluşan Olgularda Anal Dilatasyon: Sonuçlar ve Başarıyı Etkileyen Faktörler**Yunus Emre Altuntaş<sup>1</sup>, Nuri Okkabaz<sup>1</sup>, Cem Gezen<sup>1</sup>, Mustafa Öncel<sup>2</sup><sup>1</sup>Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>Özel Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul**Amaç:**

Aşağı anterior rezeksiyon sonrası oluşan anal darlıkta dilatasyon ilk başvurulacak yöntemdir. Ancak hangi hastalarda başarı olasılığının arttığı konusu tartışmalıdır. Bu çalışma anal dilatasyon uygulanan olgularda başarıyı etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

**Gereç-Yöntem:**

Tek bir ekip tarafından 2008 ve 2013 yılları arasında anal dilatasyon uygulanan olgular retrospektif olarak derlendi. Hemoroidektomi (n=3) ve lokal eksizyon sonrası (n=1) sonrası anal darlık gelişenler dışlandı. Darlığın ortadan kaybolması başarı olarak kabul edildi.

**Bulgular:**

27 hasta (20 erkek (%74,1), ortalama yaş 53,9±10,4) hasta derlendi. Anal dilatasyon 20 olguda (%74,1) başarılı sonuç üretti. Bu hastalarda ortalama 1,1±0,4 seanslık uygulama (1 hastada 3 dilatasyon seansı) gerekti. 2 hastada (%10) replasman gerektiren hematokezya (n=1) ve hematüri (n=1) gelişti. 19 hastada stoma kapatıldı, 1 hasta stoma kapatılması için beklemededir. Dilatasyonun başarısız olduğu olgularda (n=7; %25,9) ortalama 1,9±0,9 seanslık uygulama yapıldı. Bu olguların 2'sinde (%28,6) re-rezeksiyon sonrası stoma kapatılması başarıldı. Grupların yaş ve cinsiyet özellikleri benzerdi. İlk ameliyatlarda göz önüne alınınca Amerikan Anestezi Derneği skoru, ek hastalık varlığı, tümör evresi, tümörün dentate çizgiden uzaklığı, neoadjuvant radyoterapi alması, operasyonun laparoskopik veya konvansiyonel yolla yapılması, anastomozun elle veya stapler kullanılarak tamamlanması, bir rezervuar uygulanması, anastomoz kaçığı gelişmesi ve genel komplikasyon olasılığı gruplar arasında benzerdi (her biri için p>0,05). Dilatasyon öncesi yapılan değerlendirmede ilk operasyondan



dilatasyona kadar geçen süre ve darlık mesafesi gruplar arasında benzerdi.

### Sonuç:

Aşağı anterior rezeksiyon sonrası oluşan anal darlıklarda dilatasyon başarılı sonuçlar vermekte ve sonrasında stoma kapatma işlemi yapılabilmektedir. Çalışmamız hangi hastalarda başarı olasılığının arttığına dair net bir sonuç vermemektedir. Bu nedenle ekibimizce yapılan dilatasyon işlemlerinde başarının öngörülemediği düşünülebilir.

## P155

### Kolorektal Kanserlerde Prognostik Faktörler

Ahmet Türkoğlu<sup>1</sup>, Ziya Çetinkaya<sup>2</sup>, Mustafa Girgin<sup>2</sup>,

Refik Ayten<sup>2</sup>, Burhan Hakan Kanat<sup>3</sup>, Kenan Binnetoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

<sup>2</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

<sup>3</sup>Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Elazığ

### Amaç:

Kolorektal kanserler dünyada dördüncü sıklıkta görülmektedir. Son yarım yüzyıl içerisinde yapılan çalışmalarda pek çok faktörün kolorektal kanserli hastalarda sağ kalım ile ilişkisi olduğu öne sürülmüştür. Ancak ülkemizde kanserlerde sağ kalım ile ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışmada kolorektal kanser nedeniyle opere ettiğimiz hastalarda sağ kalımla ilişkili faktörleri inceledik.

### Gereç-Yöntem:

Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1994 ve 2005 yılları arasında kolorektal kanser tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan 154 hastanın klinik kayıtları, patoloji ve ameliyat raporları geriye dönük olarak incelendi. Bunların içinden 126 hastanın verileri incelemeye değer bulundu. Hastalarda sağ kalıma etki eden prognostik faktörleri araştırmak amacıyla; yaş, cinsiyet, tümörün yerleşim yeri, histolojik tip, patolojik evre, tümörün evresi (TNM sınıflaması), barsak duvarı penetrasyonunun derecesi (T evresi), lenf nodu tutulumu (N), metastaz (M), tümör boyutu, cerrahi sınır, başvuruda obstrüksiyon veya perforasyon varlığı (elektif/acil operasyon), CEA düzeyi (N: 0-6 ng/ml), cerrahinin tipi (primer tümörün çıkarılıp çıkarılmadığı), tümörün makroskopik tipi, operasyon sonrası anastomoz kaçığının varlığı, birinci derecede kolorektal kanser aile öyküsü, sigara kullanım öyküsü, alkol kullanım öyküsü, FAP varlığı, senkron tümör varlığı ve yara enfeksiyonu varlığı prognostik parametreler olarak belirlenip değerlendirildi. Adı geçen prognostik faktörlerin 5 yıllık ve 10 yıllık sağ kalım üzerine etkileri araştırıldı. Sağkalım süreleri ay olarak hesaplandı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için MedCalc programı kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, genel sağkalım ve hastalısız sağkalım analizleri ile sağkalım eğrilerinin elde edilmesinde Kaplan-Meier yöntemi kullanıldı ve Log-rank testi ile karşılaştırma yapıldı. Log-rank testi ile p değeri 0,25'in altında olan prognostik faktörler çok değişkenli analize alındı. Çok değişkenli analiz Cox-regresyon testi ile yapıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirildi.

### Bulgular:

Hastaların 72(%57,1)'si erkek, 54(%42,9)'ü kadın idi.

Hastaların yaş ortalaması 57,5±15,2 idi. Medyan takip süresi 44,5 ay, medyan genel sağ kalım 60 ay ve medyan hastalısız sağ kalım 40 ay idi. 29 (%23,0) hastada metastaz ve/veya lokal nüks geliştiği belirlendi. Metastatik hastalarda medyan genel sağ kalım 10 ay olarak bulundu. Tek değişkenli analizde yaş, histolojik tip, patolojik evre, tümörün evresi, barsak duvarı penetrasyonu, lenf nodu tutulumu, uzak organ metastazı, cerrahi sınır, preoperatif CEA düzeyi ve uygulanan cerrahinin tedavi GSK süreleri ile anlamlı ilişkisi bulundu. Çok değişkenli analizde ise tümörün evresi, barsak duvarı penetrasyonu, bölgesel lenf nodu tutulumu ve uzak organ metastazı GSK süreleri ile anlamlı ilişkisi bulunan bağımsız prognostik parametreler olarak bulundu. Tek değişkenli analizde patolojik evre, tümörün evresi, barsak duvarı penetrasyonu, bölgesel lenf nodu tutulumu, uzak organ metastazı, cerrahi sınır, preoperatif CEA düzeyi ve uygulanan cerrahinin HSK süreleri ile anlamlı ilişkisi bulundu. Çok değişkenli analizde tümörün evresi, barsak duvarı penetrasyonu, uzak organ metastazı ve cerrahi sınır HSK süreleri ile anlamlı ilişkisi bulunan bağımsız prognostik parametreler olarak bulundu.

### Sonuç:

Çalışmamızda da görüldüğü gibi, kolorektal kanserli hastaların gidişatının tam olarak tahmini oldukça güç bir klinik sorundur. Bizim çalışmamız, retrospektif ve göreceli olarak az sayıda hasta ile yapılmıştır. Bu nedenle, belirlenen konularda güncel klinik uygulamayı etkileyecek kesin sonuçların çıkarılması için çok daha fazla sayıda hastayı içeren prospektif çalışmanın yapılması gerekmektedir.

Genel sağ kalıma etkili tek değişkenli ve çok değişkenli faktörler

Prognostik faktörler	Tek değişkenli analiz p değeri	Çok değişkenli analiz p değeri
Yaş	0,029	0,1894
Yerleşim yeri	0,1038	0,9994
Histolojik tip	0,0002	0,06432
Patolojik evre	0,0001	0,09024
Tümörün evresi	<0,0001	0,003631
T evresi	<0,0001	<0,0001
N evresi	<0,0001	0,00611
Metastaz	<0,0001	0,04283
Cerrahi sınır	0,0085	0,2509
Preoperatif CEA düzeyi	0,0197	0,2020
Cerrahi Tedavi	0,0001	0,3414
Aile öyküsü varlığı	0,1998	0,3119
Alkol Kullanımı	0,0850	0,5179

p<0,05

Hastalısız sağ kalıma etkili tek değişkenli ve çok değişkenli faktörler

Prognostik faktörler	Tek değişkenli analiz	Çok değişkenli analiz
Yaş	0,1343	0,8686
Yerleşim yeri	0,1865	0,7198
Histolojik tip	.....	.....
Patolojik evre	< 0,0001	0,1279
Tümörün evresi	<0,0001	0,005354
T evresi	<0,0001	<0,0001
N evresi	<0,0001	0,1177
Metastaz	<0,0001	0,01428
Cerrahi sınır	0,0226	0,03022
Polipozis Koli Varlığı	0,1836	0,2158
Cerrahi Tedavi	<0,0001	0,4182
Aile öyküsü varlığı	0,1612	0,1462
Alkol Kullanımı	0,1039	0,1454
Preoperatif CEA düzeyi	0,0051	0,3215

p<0,05



**P156****Subklavyen Kalıcı Santral Venöz Port Kateter: 613 Vaka, Genel Cerrahi Deneyimi**

Osman Serhat Güner, Latif Volkan Tümay, İmam Bakır Batı, Abdullah Zorluoğlu

Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

**Amaç:**

Bu retrospektif çalışmanın amacı perkütan cerrahi teknik ile takılan kateterlerin erken ve geç komplikasyonları araştırmak, genel cerrahi de az yapılan bir girişimdeki tecrübe ve sonuçlarımızı paylaşmak.

**Gereç-Yöntem:**

Mart 2006- Aralık 2012 tarihleri arasında Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde total implante edilebilir kalıcı subklavyen port kateter takılan 613 kanser hastasına ait klinik ve demografik veriler retrospektif olarak incelendi. Kateterlerin tamamı ameliyathanede sedasyon ve lokal anestezi altında subklavyen vene perkütan seldinger tekniği ile floroskopik kontrol yapılarak yerleştirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 603'üne poliüretan Chemosite (Autosuture Schweiz, Switzerland) kalıcı port kateteri takılırken geriye kalan 10 hastaya Braun Access port systems (Braun, Germany) takıldı. İmplantasyon işlemi sonrası tüm hastalara rutin X-ray thorax grafisi çekildi. Kanama, hematoma, pnömotoraks gibi erken komplikasyon gelişmeyen hastalar aynı gün içerisinde taburcu edildiler. Komplikasyonlar erken ve geç dönem olarak iki ana başlıkta incelendi. Pnömotoraks, hemotoraks, arter yaralanması, hava embolisi gibi bulgular erken dönem komplikasyonlar başlığı altında toplanırken kateter diskonneksiyonu, kateter rüptürü, kateter migrasyonu, venöz trombozis, sistemik veya lokal enfeksiyon ve ilaç ekstrevasasyonu gibi bulgular geç dönem komplikasyonlar başlığı altında toplandı.

**Bulgular:**

Bu çalışmada 2006 ile 2012 yılları arasında kliniğimizde total implante edilebilir subklavyen venöz port kateter takılan 316 erkek ve 297 kadın olmak üzere toplam 613 kanser hastasının verileri incelenmiştir. Hastalara ait yaş, cinsiyet, primer kanser tipi, izlem süresi, kateter kalış süresi, operasyon süresi, erken ve geç komplikasyonlar ve izlem süresi ile ilgili veriler Tablo-1'de özetlenmiştir.

**Sonuç:**

Kalıcı santral venöz port kateter yerleştirilmesi tüm cerrahların düşük komplikasyon oranları ile rahatlıkla yapabileceği minor bir cerrahi girişimdir. Gelişecek komplikasyonları yönetmede; iyi hasta takibi ve multidisipliner yaklaşım çok önemlidir. Onkolojik cerrahi ile ilgilenen genel cerrahların port kateter takmasının, hastalarının primer operasyon sonrasındaki kemoterapi dönemlerinde de sahiplenildiğinin bir ifadesi olduğuna inanmaktayız.

**P157****Apendiks Müsinöz Kistadenokarsinomu**

Tevfik Eker<sup>1</sup>, Bülent Aksel<sup>2</sup>, Bahri Çakabay<sup>2</sup>, Ali Ekrem Ünal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Appendiks mukoseli, lümende mukus birikimine bağlı oluşan distansiyonla karakterize nadir görülen bir durumdur. Genellikle asemptomatiktir ve ameliyat öncesi nadiren tanı koyulur. Eğer tedavi edilmezse, rüptüre olabilir ve bu durumda intraabdominal yayılım sonucu psödomiksoma peritonei denen mortalitesi yüksek tabloya sebep olur. Seçilecek cerrahi türü appendix boyutlarına ve histolojisine bağlıdır. Basit mukosellerde ve müsinöz kistadenomlarda appendektomi tercih edilirken; müsinöz kistadenokarsinomlarda sağ hemikolektomi önerilmektedir.

**Olgu:**

68 yaşında erkek hasta, 4 haftadır sağ alt kadranda var olan ağrı şikayeti nedeni ile başvurdu. Hikayesinde karın ağrısı dışında bir özellik yoktu. Vital bulguları; Arteriyel kan basıncı 130/80 mm/Hg, nabız sayısı 80/dk, ateş 36.8 oC. Yapılan palpasyonda herhangi bir palpabl lenf nodülü saptanmadı. Karın muayenesinde sağ alt kadranda 8 cm'lik mobil kitle palpe edildi. Hepatosplenomegali saptanmadı. Laboratuvar değerlerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. CEA, Ca19-9 ve Ca 72-4 düzeyleri normal olarak saptandı. Abdominal USG'de sağ alt kadranda umblikus arasında 115x35mm boyutunda tübüler kistik kitle saptandı. Bilgisayarlı tomografi tetkikinde ise sağ alt kadranda çekum medialinde 80x34 mm boyutunda ince duvarlı kistik lezyon saptandı.

**Sonuç:**

Operasyon sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 6.günde taburcu edildi. Hastanın çıkarılan piyesinin patolojik incelemesi apendiks düşük gradeli müsinöz kistadenokarsinomu olarak raporlandı.

**P158****2012 Yılındaki Kolorektal Kanser Cerrahisi****Sonuçlarımız**

Yiğit Düzköylü, Emre Özoran, Hasan Bektaş,

Mehmet Emin Güneş

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Bir eğitim araştırma hastanesinde son 1 yıl içerisinde malignite nedeniyle yapılan kolorektal cerrahi sonuçlarımızın bildirilmesi.

**Gereç-Yöntem:**

Belirtilen sürede kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların retrospektif analizi.

**Bulgular:**

Son 1 yılda toplam 106 hasta kolon-rektum lokalizasyonlu kanser nedeniyle opere edildi. Bu operasyonların 91'i elektif, 15'i acil şartlarda opere edildi. Kadın hastaların(n:41) yaş ortalaması 66.4 (47-87), erkek(n:65) hastalarının 61.2 (25-88) olarak saptandı (grafik 1,2). Yapılan operasyon çeşitlerine

baktığımızda en sık yapılan operasyonlar 26'şar tane ile sağ hemikolektomiydi ve low anterior rezeksiyondur. Bunları 24 tane ile sol hemikolektomi takip etmekteydi. FAP zemininde gelişen adenokanser nedeniyle 5 hastaya subtotal kolektomi, 1 hastaya ise total kolektomi uygulanmıştı (grafik 3). Postoperatif patolojik inceleme sonuçlarına baktığımızda 7 hastada cerrahi sınır pozitifliği görülmüştü, disseke edilen lenf nodu sayısı ise ortalama 15.2'ydi (2-30) (grafik 4). Operasyonların 21 tanesi laparoskopik, 85 tanesi ise açık olarak yapılmıştı.

#### Sonuç:

Operasyonlar sayı ve çeşitlilik açısından tatminkar olsa da laparoskopik cerrahi oranının düşüklüğünün sebebi teknik yetersizlik ve malzeme eksikliği olarak görüldü. Tümör lokalizasyonu en sık sol kolon ve rektosigmoid alanda olup literatür ile uyumluydu.

#### P159

### Kolorektal Rezeksiyonlarda Cilt Kapatılması Öncesinde Yara Yıkamasının Cerrahi Alan Enfeksiyonları Üzerine Etkisi

Ersin Öztürk, Dilek Şenol, Tuncay Yılmazlar

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

#### Amaç:

Kolorektal rezeksiyonlar sonrasında görülen cerrahi alan enfeksiyonları (CAE) halen önemli bir nazokomiyal enfeksiyondur. Bu çalışmada kolorektal rezeksiyonlarda cilt kapatmadan hemen önce uygulanan yara irrigasyonunun CAE sıklığına etkisi araştırılmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Kliniğimizde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen ve rutin yıkamanın yapılmadığı dönem ile (Grup1; 2006-2007) rutin yıkamanın yapıldığı dönemden (Grup2; 2010-2011) bir kısım hastalar retrospektif olarak karşılaştırılmıştır. CAE gelişen hastalar, hastane enfeksiyon hastalıkları kontrol komitesi kayıtlarından tespit edilmiştir. Ameliyat başlarken kenarı ayrılan ve steril pedlere sarılan monte tampon ve cilt pensetleri ameliyat sonunda el değmeden, yeni açılmış 1 litre salinle yaranın yıkamasında ve cildin kapatılmasında kullanılmıştır. Cilt kapama için vaka sonunda açılan steril zimba kullanılmıştır. İki grupta CAE gelişen hastalar; yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, yandaş hastalık varlığı, sigara kullanma durumu, ASA skoru, malignite varlığı, beslenme durumu, hastaneden kalış süresi, steroid veya immünsüpresyon kullanma oranı ve kan transfüzyonu açısından karşılaştırılmıştır. Her iki gruptaki CAE sıklığı ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

#### Bulgular:

Grup 1'de 412, grup 2'de 468 hasta vardı. Her iki grupta CAE gelişen hastalar arasında risk faktörleri açısından fark yoktu. CAE sıklığı irrigasyon yapılmayan grupta %11,6 iken irrigasyon yapılan grupta bu oran %7,4'e düşmüştü (p=0,03).

#### Sonuç:

Kolorektal rezeksiyonlar sonrasında cilt kapatılması öncesi uygulanan yara irrigasyonu CAE oranlarının azaltılmasında etkili bir yöntemdir.

#### P160

### Kolo-Rektal ve Mide Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı

Hasan Avcı, Fatih Başak, Koray Koşmaz, Süleyman Kalcan, Müjgan Çalışkan Evren, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu  
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### Amaç:

Kolo-rektal ve Mide kanserli hastalarda Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi (TAT) kullanımını araştırdı.

#### Gereç-Yöntem:

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde takip ve tedavi edilen 209 kanser hastası ve yakınlarına TAT kullanımı ile ilgili belirlenen sorular soruldu ve alınan cevaplar dökümanete edildi.

#### Bulgular:

Toplam 209 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların % 41.6'sı (n=87) kadın, % 58.4'ü (n=122) erkek, yaş ortalaması 63,3, yaş aralığı 30-105 idi. Hastaların 95'inde (% 45.5) kolon kanseri, 77'sinde (% 36.8) mide kanseri, 36'sında (% 17.2) rektum kanseri ve 1'inde (% 0.5) kolon ve rektum kanseri tanısı mevcut idi. Toplam 191 (% 91.4) hasta opere edilirken 18 (% 8.6) hasta opere olmadı. Hastaların 95'inde (% 45.5) herhangi bir TAT kullanım hikayesi yok iken, 114 hastanın (%54.5'i) TAT kullandığı tespit edildi. Kanser yerleşim yerlerine göre TAT kullanımını değerlendirildiğinde; Mide kanseri hastalarının %59.7'sinde, kolon kanseri hastalarının %53.7'sinde, rektum kanseri hastalarının %44.4'ünde TAT kullanımı tespit edildi, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. TAT kullanımında %60.5 (n=59) oranında bitkisel tedavinin, %39.5 (n=45) oranında ise vitaminlerin tercih edildiği tespit edildi. Hastaların TAT kullanım amaçları; hastalığa şifa sağlamak (59), standart tedaviye destek olmak (9) ve bağışıklık sistemini güçlendirmek (23) olduğu tespit edildi. Eğitim seviyesi yüksek ve genç yaş grubu hastaların TAT kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken (p<0.05), cinsiyet ve hastalık evresi ile TAT kullanım oranları arasında istatistiksel anlamlı farklılık görülmüdü.

#### Sonuç:

Kanser hastalarının yarısından fazlasında bitkisel tedavi yöntemlerinin ağırlıklı olduğu TAT kullanımı mevcuttur. Dünyada geleneksel olarak değerlendirilen alternatif tedavi uygulamalarına artan talep ülkemizde de görülmektedir. Onkolojik tedavi alan hastalarda bitkisel ilaç kullanımı ile ilgili soruların sorulması, tedaviyi planlayan doktorların kanser tedavisi alan hastalarda alternatif tedavi kullanma sıklığının farkında olması gerekmektedir.

#### P161

### Kolorektal Kanserlerde Cerrahi Onkoloji Kontrol Poliklinik Uygulaması

Fatih Başak, Tolga Canbak, Ali Kılıç, İbrahim Atak, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu  
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### Amaç:

Hastanemizde genel cerrahi kliniğinde tedavi gören kanser hastalarının takibi amacıyla cerrahi onkoloji kontrol polikliniği

2009 yılında oluşturulmuştur. Bu çalışmada Kolorektal kanser olgularımızın Cerrahi Onkoloji Kontrol Polikliniği takiplerinin erken sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

#### Gereç ve Yöntem:

Cerrahi onkoloji kontrol polikliniğinde; klinik içi eğitim toplantılarında kolorektal kanserli hastaların takipleri için geliştirilen takip protokolü uygulandı. Kolorektal kanserler için takip dönemleri ameliyat sonrası ilk yıl için üç ayda bir, ikinci yıl için altı ayda bir, sonraki dönemlerde yıllık kontroller olarak belirlendi. Takip dönemlerinde rutin laboratuvar tetkikleri ve tümör marker değerleri alındı. Karaciğer ve Akciğer metastaz değerlendirmesi için bilgisayarlı tomografi tercih edildi. Şüpheli bulunan veya tekrar ameliyat gerektiren durumlarda pozitron emisyon tomografisi tercih edildi. Kolonoskopi takip dönemleri planlandı ve ailesel kanser durumlarında aile taraması hakkında bilgiler verildi. Takip dönemlerinde bilgilendirme ve psikolojik destek açısından gerekli girişimler yapıldı ve hastaların beslenmesi ile ilgili gerekli destekler diyetisyen ile işbirliği içerisinde gerçekleştirildi. Hastanemiz onkoloji kontrol polikliniğine Ekim 2010 – Şubat 2013 tarihleri arası (29 ay) başvuruları prospektif olarak oluşturulan bir veritabanında kayıt altına alındı. Bu dönemde kontrol polikliniğine aktif olarak takip altında olan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, patolojik raporları, kontrol tetkikleri, ek tedavi durumları ve survileri irdelendi.

#### Bulgular:

Çalışma döneminde kolorektal kanser nedeniyle 152 hasta ameliyat edildi ve bu hastalardan 132'si (%86,4) cerrahi onkoloji kontrol polikliniğine aktif olarak müracaat etti. Hastaların 81'i erkek, 51'i kadın (Erkek/kadın:1,58) olup yaş ortalaması 62,2 (28-93) bulundu. Takip edilen hastaların kontrol polikliniğine toplam başvuru sayısı 664'dür. Hastaların ortalama başvuru sayısı 5,03 olup, başvuru sayısı aralığı 1-20'dir. Takiplerde 4 (%3,03) hastada nüks kolon kanseri ve 5 (%3,78) hastada ise karaciğer metastazı saptanıp tekrar ameliyat yapıldı. Takip süremiz ortalama 15,9 ay olup, takip aralığı 0,4-68,2 aydır. Bu süre içerisinde toplam 10 hasta mortalite ile sonuçlanmış olup bu hastalarda yaşam süresi ortalama 15,6 aydır (aralık 0,9-40,5 ay). 15,9 aylık takip süresinde mortalite oranımız %7,5'dür.

#### Sonuç:

Onkoloji hastalarının kontrol polikliniklerinde takipleri ile daha düzenli onkolojik kontrollerinin sağlanması, nüks veya metastaz durumlarının erken zamanda saptanması ve gerekli müdahalelerin yapılması, gereğinde beslenme desteği ihtiyacının saptanması ve uygun desteklerin verilmesi, hasta ve yakınlarının daha iyi bilgilendirmesi ve gereğinde psikolojik destek verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır. Onkoloji hastalarından önemli bir grubunu oluşturan Kolorektal kanserli hastaların takibinde ve kontrollerinde cerrahi kliniklerine büyük görev düşmektedir.

#### P162

### Taşlı Yüzük Hücreli Kolo-rektal Kanser; Olgu Serisi

Fatih Başak, Ali Kılıç, Tolga Canbak, Süleyman Kalcan, İlyas Kudaş, Sena Cömert, Gürhan Baş

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### Amaç:

Taşlı yüzük hücreli kanserler sıklıkla genç yaşta popülasyonunda görülmekte olup diğer kanser tiplerine göre daha agresif seyir gösterir. Kolorektal taşlı yüzük hücreli kanser nadir olup literatürde görülme sıklığı tüm kolorektal kanserlerin %0,1-0,6'sını oluşturmaktadır. En sık yerleşim yerleri rektum ve sağ kolondur. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen ve tanısında taşlı yüzük hücreli kanser saptanan olguların analizini sunmaktır.

#### Gereç-Yöntem:

Kliniğimiz 2011-2012 yılları arasında kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen hastalar incelendi. Patolojik incelemede taşlı yüzük hücreli kanser saptanan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, kanser yerleri, patolojik evreleri ve detayları, takipleri ve survi durumları irdelendi.

#### Bulgular:

Çalışma dönemi içerisinde 132 kolorektal kanser ameliyatı yapıldı ve patolojik incelemede 3 (%2,27) hastada taşlı yüzük hücreli kanser saptandı. Hastaların tümü erkek cinsiyet olup yaş ortalaması 40,3 (29-47) bulundu. Kanser lokalizasyonları sırasıyla: rektum, inen kolon ve çekum idi. Patolojik evreler 2 hastada 3b, 1 hastada 3c, histolojik evreler 2 hastada az ve 1 hastada orta derece diferansiye idi. Hiçbir hastada lenfatik invazyon görülmez iken, 1 hastada vasküler invazyon görüldü. Tümör boyutları değerlendirildiğinde; ortalama boyutun 8cm, boyut aralığının 4,5-15cm olduğu görüldü. Takiplerinde bir hastada kemik metastazı saptandı ve 613.günde mortalite ile sonuçlandı. Diğer iki hastanın son takipleri (ortalama takip: 371 gün, 302-441) itibariyle hayatta olduğu görüldü.

#### Sonuç:

Taşlı yüzük hücreli kanser, kolorektal kanserler içerisinde nadir görülmektedir. Sıklıkla genç yaşta ve ileri hastalık evresinde tespit edilmektedir.

#### P163

### Mesaneye İnvaze Sigmoid Kolon Kanseri, Olgu Sunumu

Fatih Başak, Ali Kılıç, Tolga Canbak, Süleyman Kalcan, Abdullah Şişik, Gürhan Baş

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### Amaç:

Kolovezikal fistül, en sık divertikülite bağlı gelişmekle birlikte kolon kanserlerine bağlı da gelişebilmektedir. Fistül gelişmesinden önceki dönem invazyon dönemi olup, bu çalışmada henüz kolovezikal fistül gelişmemiş ancak mesane invazyonu yapan sigmoid kolon kanseri olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:**

68 yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı ve kabızlık şikayetiyle başvurdu. Tetkikler sonrası mekanik intestinal obstrüksiyon, divertikülit ön tanıları ile takip altına alındı. Kolonoskopi değerlendirmesinde sigmoid kolonda lümeni tama yakın tıkayan malign karakterli kitle görüldü. Bilgisayarlı tomografide mesaneye invazyon yapan sigmoid kolon tümörü tespit edildi. Mesane içinde hava görüntüsü yoktu. Hasta mesane fistülü açısından sorgulandı. İdrar tetkikinde ve hasta şikayetlerinde fistül düşündürülen herhangi bir bulgu saptanmadı. Laparotomi yapıldı. Sigmoid kolondaki kitlenin mesaneyi invazyon yapan bölge komşuluğundan mesane açıldı ve mukozal invazyon görüldü. Kısmi mesane rezeksiyonu ve sigmoid rezeksiyon yapıldı. Takiplerinde sorun yaşanmayan hasta postoperatif 12.gün taburcu edildi. Patolojik inceleme T4bN0 (evre 2c) orta derecede diferansiye adenokarsinom saptandı. Mesane rezeksiyon piyesi incelemesinde seroza, muskularis propriası ve lamina propriyanın invaze olduğu görüldü.

**Sonuç:**

Kolorektal kanserlerden özellikle rektum ve sigmoid kolon kanserlerinde çevre doku invazyonu açısından mesane akılda tutulmalıdır. Görüntüleme ve endoskopik incelemeler preoperatif dönemde her zaman tanı koydurucu olmayıp şüpheli vakalarda ameliyat planlaması buna göre yapılmalıdır.

**P164****İntestinal Melanom: Olgu Sunumu**

Burak Veli Ülger, Edip Erdal Yılmaz, Mesut Gül, İbrahim Aliosmanoğlu, Bilsel Baç

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., Diyarbakır*

**Amaç:**

Malign Melanom'lar, Gastrointestinal tümörler içerisinde %1-3'lük bir oran oluşturur. Çoğu metastatik tümör dır ve ağızdan anüse kadar tüm gastrointestinal sistem tutulabilmektedir. Metastatik melanomlar genellikle tıkanma, intususepsiyon ve batın içi kitle ile tespit edilirler. Nadir gözlenen bir batın içi kitle nedeni olduğu için, opere edilen malign melanomlu bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:**

Otuz beş yaşında bayan hasta, altı ay önce geçirdiği sezeryan ameliyatından sonra ara ara olan karın ağrıları, bulantı kusma, kilo kaybı yorgunluk şikayeti ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenede pflanenstiel insizyon skarı mevcuttu. Palpasyonda göbek altından sağ alt kadrana doğru uzanan 10x6 cm boyutlu, fiske kitle palpe edildi. Pelvic MR'da, Sağ adneksiyel alanda, yaklaşık 9x5,5 cm boyutlarında solid ve kistik komponenti olan kitle lezyonu izlendi. Laboratuvar bulgularında özellik yoktu. Over ile ilişkisi kesin olarak tanımlanmayan kitle nedeniyle, gerekli hazırlıklardan sonra ameliyata alındı. Eksplozasyonda ileoçekal valv'in yaklaşık 50 cm proksimalinde ekstraluminal yerleşimli 9x6 cm boyutunda kitle saptandı. Kitlenin sağ over ve salfenks'e, Appendiks vermiformis'e ivaze olduğu gözlemlendi. Sağ salfengo-ooferektomi + segmental ileum rezeksiyonu ve appendektomi yapıldı. Hasta postoperatif 7. gününde taburcu edildi. Kitlenin patolojik incelemesi sonucu Malign Melanom olduğu rapor edildi.

**Sonuç:**

Melanom nöroektodermal kökenli melanositlerden oluşur. Gastrointestinal sisteme metastazı nadir olmakla beraber ince barsaklarda (%50), kolon (%25) ve anorektal bölgede (%25) oranındadır. Otopsilerde melanomlu hastaların %25 oranında ölüm nedenin melanom olarak tespit edilmesine karşın hayat boyu tanı alan hasta sayısı %1-4'dür. Metastatik melanomlar ince barsakta generalize yerine daha çok lokal olarak barsak tutulumu göstermekte olup daha çok multiple polipoid tiptedir. İnce barsaklarda belirli bir büyüklüğü ulaşmadan semptom vermez. Gastrointestinal metastatik melanomlarında rezeksiyonla semptomlarda rahatlamada elde edilebilir. Metastatik gastrointestinal malign melanomları genellikle ekstraluminaldir. Görüntüleme yöntemlerini gastrointestinal malign melanomların tespitinde çok güvenilir değildirlir. Batın içi kitle nedeniyle ameliyat edilen hastalarda, nadir de olsa Malign Melanom'un karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

**P165****Senkron Rektum ve Mide Kanseri:Olgu sunumu**

Cengiz Tavusbay, Erdem Sarı, Haldun Kar, Emine Özlem Gür, İbrahim Kokulu, Mehmet Hacıyanlı

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Amaç:**

Gastrointestinal sistemde (GİS) saptanan primer bir tümörden bağımsız olarak gelişen senkron gastrointestinal tümörler nadir olarak görülürler ve çoğu intraoperatif eksplozasyon esnasında tespit edilir. Senkron tümörlerin preoperatif tanısı, doğru tedavi seçiminde hayati öneme sahiptir. Bu hasta grubuna dikkat çekmek için preoperatif dönemde senkron mide+rektum kanseri tanısı konulmuş bir olgunun tanı ve tedavi süreci irdelendi.

**Olgu:**

Kilo kaybı ve kronik karın ağrısı şikayeti ile başvuran, soy geçmişinde malignite öyküsü olmayan hastaya eş zamanlı üst ve alt GİS endoskopisi planlandı. Sedasyon anestezisi altında yapılan üst GİS endoskopisinde midenin antrum kısmında tümöral kitle ve hemen sonrasında yapılan kolonoskopisinde rektum 7.-10. cm'ler arasında senkron tümöral kitle görüldü, her iki kitleden biyopsiler alındı. Histopatolojik incelemede her iki biyopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlandı. Evreleme için çekilen tomografisinde mide antrum düzeyinde lümeni daraltan irregüler duvar kalınlaşması görüldü ancak bu düzeyde çevre yağ planları normal olarak değerlendirildi. Rektum tümörünün ise preop değerlendirmesinde perirektal yağ dokusuna doğru da spiküler invazyon ile uyumlu lineer dansiteler gözlemlendi. Sol perirektal alanda milimetrik lenf nodları tespit edildi. Endosonografik incelemede bazı alanlarda seroza sınırı aşarak çevre yağ planlara ışınal invazyon tespit edildi(T4 N1).Hasta tümör konseyine danışıldı ve rektum tümörü için neoadjuvan kemoradyoterapi uygun görüldü. Neoadjuvan tedavi ardından hastaya aynı seansta distal gastrektomi ve low anterior rezeksiyon ve koruyucu ileostomi operasyonu yapıldı. Postoperatif erken dönemi sorunsuz geçen hasta postoperatif 10 günde taburcu edildi. Adjuvan



Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

kemoterapi aldı. Ancak ilk ameliyatından 15 ay sonra peritonitis karsinomatoza nedeni ile kaybedildi.

**Sonuç:**

Senkron tümörlerin tanısı zordur ve çoğu kez intraoperatif eksplorasyonda fark edilirler. Senkron tümörlerde her iki tümöründe aynı seansta rezeksiyonunun prognozu arttırdığı kabul edildiğinden, mümkün olduğunca eş zamanlı operasyon uygulanmalıdır.

**P166****Kolonun Senkron Gastro İntestinal Stromal ve Nöroendokrin Tümörü: Olgu Sunumu**

Fatih Başak<sup>1</sup>, Tolga Canbak<sup>1</sup>, Mert Kaşkal<sup>1</sup>, Onur Zambak<sup>1</sup>, Gözde Kır<sup>2</sup>, Gürhan Baş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

Gastrointestinal Stromal Tümörün (GIST), gastrointestinal sistem kaynaklı adenokanserlerle senkron birlikteliği literatürde bildirilmiştir. Aynı şekilde GIST tümörün, gastrointestinal Nöroendokrin Tümör (NET) ile birlikteliği çok nadir görülmekte olup literatürde mide GIST ve NET birlikteliği saptanan 4 olgu bildirilmiştir ancak kolon GIST'i ve NET'inin senkron olduğu vaka literatürde bildirilmemiştir. Bu çalışmada ileus bulgusuyla acil opere edilen ve patolojik incelemede senkron kolon GIST'i ve NET'i tespit edilen olgunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:**

86 yaşında erkek hasta üç gündür devam eden karın ağrısı ve tuvalete çıkamama şikayetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde geçirilmiş miyokard enfarktüsü, parkinson hastalığı, dekompanse kronik kalp yetmezliği ve kronik lenfödem tanıları mevcuttu. Radyolojik ve klinik değerlendirmede GİS perforasyonu düşünülen hasta acil ameliyat edildi. Laparotomide perfore hepatik fleksura tümörü, karsinomatoz peritonei ve karaciğer metastazı saptandı ve hastaya sağ hemikolektomi, uç ileostomi ve müköz fistül ameliyatı yapıldı. Postoperatif 5. günde kardiyopulmoner yetmezlik sebebiyle hasta mortalite ile sonuçlandı. Hastanın patolojik incelemesinde sağ fleksura düzeyinde 15cm boyutlu GIST (TNM evresi: T4N0) ve senkron olarak çekum düzeyinde 0,9cm boyutlu iyi diferansiye NET (TNM evresi: T1N1) rapor edildi.

**Sonuç:**

Sunulan olgunun çoklu kronik hastalık öyküsü mortalite ile seyretmesinde en önemli faktörler olarak değerlendirildi. Hastanın kronik hastalıklarının mevcudiyeti ve GIST'in 15 cm'lik boyuta ulaşmaya kadar belirgin bulgu vermemesi tanıyı geciktirmiştir. Ayrıca olguda çok nadir görülen bir senkron tümör birlikteliği bulunmaktadır. Bu tür senkron tümörlerde tipe göre tedavinin birlikte verilmesi önerilmektedir. Patolojik detaylarla değişmekle birlikte; NET için genellikle cerrahi tedavi, GIST için cerrahi ve sonrasında imatinib tedavisi önerilmektedir. Bu tür hastaların takip ve tedavi planlaması multidisipliner değerlendirme ile yapılmalıdır.

**P167****Kolorektal Kanserde Preoperatif Nötrofil/Lenfosit Oranı TNM Evrelemesi Yönünden Belirleyici Olabilir mi?**

Gülşay Özgehan<sup>1</sup>, Şahin Kahramanca<sup>1</sup>, Oskay Kaya<sup>1</sup>, Köksal Bilgen<sup>2</sup>, Hasan Bostancı<sup>1</sup>, Hakan Güzel<sup>1</sup>,

Tevfik Küçükpınar<sup>1</sup>, Hülagü Kargıcı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ordu

**Amaç:**

Nötrofil/Lenfosit oranı (NLO) son yıllarda sistemik inflamatuvar yanıtın bir gösterge parametresi olarak birçok klinik tabloyu yorumlamak amacı ile kullanılmaktadır. Öte yandan konakçının tümör hücrelerine karşı gösterdiği inflamatuvar yanıt ve sonuçta gelişen olaylar giderek artan bir ilgi odağını oluşturmaktadır. Tüm dünyada kanser ölümleri içinde üçüncü sırada yer alan kolorektal kanserin prognozunu belirlemek, tedavi süreci içinde alınacak yanıtı değerlendirmek ve ortaya çıkabilecek olası komplikasyonların farkında olmak büyük önem arz etmektedir. Kolorektal kanser tanısı alan ve cerrahi tedavi amacıyla yatırılan hastalara ait veriler geriye dönük olarak taranarak NLO'nun hastalık evresini preoperatif dönemde belirlemede ve delayısı ile yapılması planlanan tedaviyi yönlendirmede ne derecede etkili olabileceğini araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Yerel etik kurul onayı alındıktan sonra Ocak 2006 ile Ocak 2011 tarihleri arasında tersiyer referans hastanesi genel cerrahi kliniğine kolorektal kanser tanısı ve cerrahi tedavi amacıyla yatırılmış hastalara ait kayıtlar geriye dönük olarak tarandı. Yatış tarihinden itibaren bir hafta öncesini içine alan zaman diliminde enfeksiyon bulguları olan, koroner arter hastalığı veya serebrovasküler iskemik hastalığı olan, bilinen ilave malignitesi olan, hematolojik problemi olan, immun supresyonu olan, işlem öncesi son bir ayda kan transfüzyonu yapılan ve tümör ileusu nedeniyle acilen opere edilen toplam 82 hasta çalışma dışında bırakıldı. Geriye kalan 206 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, aile öyküsü, preoperatif NLO, intraoperatif ameliyat bulguları, uygulanan cerrahi teknik ve postoperatif dönemdeki patoloji raporları kayıt altına alındı. Verilerin analizi, SPSS paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma veya ortanca olarak, kategorik değişkenler için ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Student's t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile incelendi. Kategorik değişkenler Pearson'un Ki-Kare testiyle değerlendirildi ve p<0,05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:**

Hastaların yaş ortalaması 60,88 olup en genç hasta 24 en yaşlı hasta ise 88 yaşında idi. Çalışmaya dahil edilen 206 hastanın 79 (%38,3)'u kadın 127 (%61,7)'si ise erkekti. Bu hastalar içinde aile öyküsü pozitif olan 11 (%5,3) kişi vardı. Tümör lokalizasyonu olarak; 47 (%22,8) sağ kolon, 5 (%2,4) transvers kolon, 40 (%19,4) sol kolon ve sigmoid, 104 (%50,5) rektum, 3 (%1,5) anal kanal yerleşimi saptandı, 7 (%3,4) olguda ise

senkron yerleşimli birden çok odak vardı. TNM evreleme sistemi göre hastaların 35 (%17)'i Evre I, 65 (%31,5)'i Evre II, 78 (%37,9)'i Evre III ve 28 (%13,6)'sı Evre IV idi. Operasyona alınan hastalardan 47 (%22,8)'sine sağ kolon rezeksiyonu ve uç yan ileotransversostomi, 110 (%53,4)'una sol kolon rezeksiyonu ve anastomoz, 7 (%3,4)'üne total kolektomi ve ileorektal anastomoz yapılırken 28 (%13,6)'sine abdomino perineal rezeksiyon ya da Hartman prosedürü uygulandı, 14 (%6,8) hastaya ise ileri evre nedeniyle tümör rezeksiyonu yapılmadan proksimal ostomi yapıldı veya biyopsi gibi tanısal cerrahi işlemler uygulandı. Postoperatif ilk altı ay içinde 12 (%5,8) hastanın yaşamını yitirdiği saptandı. Çalışma grubuna alınan hastaların preoperatif NLO ile lenf nodu tutulumu ve metastaz varlığı karşılaştırıldı. Yaşamını yitiren 12 hastanın NLO hayatta kalanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0,047$ ). Kolondaki tümörün invazyon derinliği açısından bakıldığında NLO, T3-T4 olan hastalarda T1-T2 olan hastalara göre anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,010$ ). Buradaki eşik değer 2,375 idi (Sensitivite: %66,2; Spesivite:%52,9; PPV:%72,9; NPV:%45). Lenf nodu tutulumu açısından incelendiğinde NLO lenf nodu pozitif olan hastalarda, negatif olanlara göre anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,001$ ). Bu kıyaslama için bulunan eşik değer 3,240 idi (Sensitivite: %66; Spesivite:%66; PPV: %67,3; NPV %64,7). Ancak N1 ve N2 tutulumu açısından bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktu ( $p=0,849$ ). Metastaz açısından bakıldığında da NLO metastazı olan hastalarda, olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,004$ ). Buradaki eşik değer ise 3,475 idi (Sensitivite:%64,3; Spesivite:%38,8; PPV:%14,2; NPV:%87,3).

#### Sonuç:

Tümör tarafından tetiklenen konakçı immun yanıtı karmaşık bir tabludur. Tümörün invazyonu ve metastaz yapması tümör hücrelerinin intrinsek özellikleri yanında tümörün yerleştiği konakçıya ait çevresel faktörlere de bağlıdır. İlk kez bir patoloğ olan Rudolf Virchow yaklaşık 150 yıl önce malign doku içindeki lökositleri keşfetti. Ancak son yıllarda konakçının tümöre immün yanıtı ve bunun prognostik değeri önem kazandı. CRP düzeyi ve lökosit sayısı yüksekliği sistemik inflamatuvar yanıtı gösteren ve en çok çalışılan parametrelerdir ancak birçok sebepten etkilenirler. Öte yandan karmaşık bir mekanizma ile nötrofil sayısının artması ve lenfosit sayısının azalması önemli bir kötü prognoz kriteridir. NLO basitçe kan sayımından hesaplanabilir ve malign tümörlerde mortalite, kemoterapiye yanıt, tekrarlama olasılığını belirleme gibi amaçlarla birçok araştırmaya konu olmuştur. Yaptığımız çalışmada NLO yüksekliği ile tümör büyüklüğü (T), lenf nodu tutulumu (N) ve metastaz (M) arasında istatistiksel olarak anlamlı paralellikler saptadık. Böylece; preoperatif dönemde bakacağımız NLO'nun operasyon sırasında nasıl bir tümörle karşılaşacağımız konusunda bize bir fikir verebileceği sonucuna vardık.

Kolorektal Kanserlerde TNM Evrelemesi ile Nötrofil/Lenfosit Oranı İlişkisi

Kolon Kanseri N/Lf Oranı	P değeri	Cut Off	Sensitivite	Spesivite	PPV	NPV
Lenf Nodu Tutulumu (N0-N1)	$p<0,001$	3,24	%66,0	%66,0	%67,3	%64,7
Metastaz Varlığı (M0-M1)	$p:0,004$	3,48	%64,3	%38,8	%14,2	%87,3
İnvazyon Derinliği (T12-T34)	$p:0,010$	2,38	%66,2	%52,9	%72,9	%45,0

## P168

### Kolorektal Onkolojik Olgularda Nutrisyon Durumunun Değerlendirilmesi

Ramazan Serdar Arslan, Eray Kara, Şafak Ulutürk

Celal Bayar Üniversitesi Tıp fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

#### Amaç:

Genel cerrahi kliniğinde interne edilen kolorektal karsinomlu hastaların nutrisyonel durumunun saptanması ve erken dönem destek tedavisinin başlanması planlandı.

#### Gereç-Yöntem:

2009-2013 yılları arasında genel cerrahi kliniğinde kolorektal karsinom tanısıyla interne edilen olgular yatış anında NRS-2002 ve Subjektif global değerlendirme yöntemleri kullanılarak nutrisyonel durumları araştırıldı.

#### Bulgular:

Kolon ca tanılı 55, rektum ca tanılı 45 olgu çalışmaya alındı. Kolon ca nedeniyle çalışmaya alınan 14 olguda hafif orta derecede malnutrisyon, 3 olguda ağır malnutrisyon; rektum ca nedeniyle çalışmaya dahil edilen 5 olguda hafif orta malnutrisyon 2 olguda ağır malnutrisyon saptanmış olup diğer olguların beslenme durumlarının iyi olduğu saptandı.

#### Sonuç:

Kolorektal karsinomlu tanılı olguların başvuru anında beslenme durumları iyi olmakla birlikte total parenteral nutrisyon uygulanan tüm olgularda nutrisyon skorlarında anlamlı düzelleme saptanmıştır.

## P169

### Fonksiyonel Uç Uca İleokolik Anastomozların Zayıf Noktası Var mı?

Deniz Güzey, Süleyman Büyükaşık, Kaplan Baha Temizgönül, Eyüp Gemici, Osman Köneş, Ferhat Çelik, Süleyman Bademler  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, İstanbul, Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

İntestinal lümen çap farklılığı, enterik anastomozlarda seçilecek anastomoz tekniğini belirleyen önemli bir etkidir. Bu farklılık özellikle İleokolik anastomozlarda belirginleşir ve bu nedenle değişik metotlar tarif edilmiştir. Çalışmamız, kliniğimizde uygulanan ve daha sonra kaçak tespit edilen "fonksiyonel uç-uca", ileokolik anastomozlarını tespit etmeyi amaçladı.

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2011 ile temmuz 2012 tarihleri arasında ileokolik anastomoz yapılmış ve klinik takibi süresince anastomoz kaçağı tespit edilen hastaların ameliyat notları retrospektif olarak değerlendirilerek, kaçak bölgesi topografik olarak tespit edildi.

#### Bulgular:

Kliniğimizde bu süre içinde malign etiyojiye veya travma, Crohn hastalığı ve vasküler nedenlere bağlı benign etiyojiye sahip olan 355 hastaya ince veya kalın barsak operasyonu yapılmış olup, bunlardan 42'sinde çift stapler tekniği ile fonksiyonel uç-uca anastomoz gerçekleştirildi. Çalışma kapsamına alınan olgularda demografik yapı ve ko-

morbidite dikkate alınmadı. Vasküler etiyojolojiye sahip olan hastalar ayrı tutulmak üzere benign nedenlerle gerçekleştirilen ameliyatlarda 1, malign nedenlerle gerçekleştirilen ameliyatlarda 5 anastomoz kaçığı tespit edildi. Anastomozlar dar açılı tekniğine göre yapılmıştı ve anastomoz kaçıkları stapler hatlarının keşiştiği topografik bölgede oluşmuştu.

#### Sonuç:

Kolorektal kanser veya Crohn hastalığında sıklıkla uygulanan ileokolik anastomoz teknikleri için değişik varyasyonlar tanımlanmıştır. El ile gerçekleştirilen teknikler, gelişen stapler teknolojisi sonucunda daha az sıklıkla uygulanır olmuştur. Çift stapler tekniği ile yapılan fonksiyonel uç-uca anastomozlar hızlı ve pratik bir metottur. Meta analizler birbirlerine karşın belirgin bir üstünlüğü olmadığını belirtmesine rağmen, stapler tekniğinin daha az kaçığa neden olduğunu belirten yayınlar mevcuttur. Stapler uygulanmasına rağmen bazı noktaların ek dikiş ile desteklenmesi veya imbrike edilmesi gerekmektedir. Bazı yazarlar ise geniş açılı tekniğinin uygulanmasının komplikasyon oranını azaltabileceğini önermişlerdir. Kliniğimizde tespit edilen kaçıklar stapler hatlarının keşiştiği topografik bölgede gerçekleşmiştir ve bu bölgeye ihtimamla yaklaşmak gerekmektedir.

#### P170

### Sağ ve Sol Hemikolektomiler Sonrası

#### Anastomoz Kaçığı

Osman Anıl Savaş, Cihad Tatar, Hüsnü Aydın, Tamer Karşıdağ, İshak Sefa Tüzün

*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul*

#### Amaç:

Kolon rezeksiyonları sonrasında anastomoz kaçığı en çok korkulan komplikasyonların başında gelmektedir. Fark edilmesi ve gereken önlemlerin alınması hasta hayatı için çok önemlidir. Bu çalışmada kaçık oluşumunun önlenmesi için yapılacakların belirlenmesi ve ameliyat yöntemlerinin geliştirilmesi adına öncelikle kaçıkların hangi prosedürlerde (sağ hemikolektomi-sol hemikolektomi), yaş aralıklarında, cinsiyetlerde olduğunu tespit etmek ve literatürle aramızdaki farklılıkları ve benzerlikleri ortaya koymak için 2007 ile 2012 yılları arasında yapılmış sağ ve sol hemikolektomili hastaları retrospektif olarak inceledik.

#### Gereç-Yöntem:

2007 ile 2012 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde elektif şartlarda hemikolektomi yapılmış 69 olgudaki anastomoz kaçıklarını etkileyen faktörler (yaş, cinsiyet, yapılan ameliyat) retrospektif olarak değerlendirildi.

#### Bulgular:

Toplam 69 olguya hemikolektomi yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 62,6 olup 27 ile 81 arasında değişmektedir. Hastaların 34'ü (%49,2) kadın, 35'i (%50,8) erkekti. Yirmidokuz hastaya (%42) sağ hemikolektomi, 40 hastaya (%58) sol hemikolektomi uygulandı. Beş hastada (%7,2) anastomoz kaçığı tespit edildi. Dört hastada (%5,7) sağ hemikolektomi sonrası, bir hastada (%1,5) sol hemikolektomi sonrası kaçık oluştu. Kaçık tespit edilen hastaların dördü (%80) kadın, biri (%20) erkekti.

#### Sonuç:

Fistül gelişen hastalar 55 ile 58 yaşları arasındaydı (ortalama yaş 59). Sağ hemikolektomilerde sol hemikolektomilerden, kadın hastalarda erkek hastalardan daha fazla kaçık olduğu görüldü. Toplam kaçık oranının %7,2 ve yaş ortalamasının 59 olması literatürle benzerlik gösterdi. Kadın hastalarda erkek hastalardan daha yüksek oranda kaçık görülmesinin (%5,7-%1,5) ve sağ hemikolektomilerdeki kaçık oranlarının sol hemikolektomilerden fazla olmasının (%5,7-%1,5) literatürden farklılık gösterdiği tespit edildi.

#### P171

### Radyasyon Enteritinde Etkili Bir Tedavi

#### Yöntemi: Hiperbarik Oksijen Tedavisi

Nail Ersöz<sup>1</sup>, Yaşar Subutay Peker<sup>1</sup>, Muharrem Öztaş<sup>1</sup>, Mesut Mutluoğlu<sup>2</sup>, Şenol Yıldız<sup>2</sup>, Yusuf Peker<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara  
<sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sualtı Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

#### Amaç:

Hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT), geniş kullanım alanı olan bir tedavi yöntemidir. Yara iyileşmesin olan katkısından dolayı radyasyon enteriti de HBOT'nin endikasyonlarından birisidir. Bu vaka sunumunda rektal karsinom tanısı ile neoadjuvan KRT alan ve sonrasında medikal tedaviye dirençli radyasyon enteriti gelişen hastayla ilgili deneyimimizi paylaşmayı hedefledik.

#### Olgu:

60 yaşında bayan hastaya rektal adenokarsinom nedeniyle neoadjuvan kemoradyoterapi planlandı. Hastaya kemoradyoterapiyi tamamladıktan sonra nötropeni ve ishal (günde 14 defaya kadar) ile bulantı şikayetleriyle şiddetli radyasyon enteriti tanısı kondu. Mikrobiyolojik tetkiklerden anlamlı sonuçlar elde edilemedi. Abdominopelvik BT yaygın barsak ödemi ile tanıyı destekledi. Uygulanan medikal tedavinin hastaya yararı olmadı. Bu durum, hastanın planlı rektal cerrahi tedavisini de geciktirmekteydi. Son çare olarak hastaya HBOT planlandı. 120 dakika boyunca 2.4 ATA altında uygulanan 10 kür HBOT sonucunda hastanın semptomları tamamen geriledi. Klinik tabloda kigerileme BT'de barsak ödeminin gerilemesi ile de teyit edildi ve HBOT'nin tedavi edici etkisi BT ile gösterildi.

#### Sonuç:

HBOT yüksek basınçlı odalarda yüksek konsantrasyonda oksijen sağlamaktadır. Gastrointestinal mukoza gibi yüksek mitoz aktivitesi olan dokulara radyoterapinin toksik etkisi, HBOT ile sağlanan yüksek doz basınçlı oksijen ile detoksifiye edilmektedir. HBOT'nin radyasyon enteritinde tedavi edici etkisinin yanında uygulanan rezeksiyon-anastomoz cerrahisinin de komplikasyon oranının barsak duvar ödeminin azaltarak düşürdüğü düşünülmektedir. Ödematöz barsak duvarında yapılan rezeksiyon anastomoz sonrasında yüksek morbidite ve mortalite gelişebilir.



**P172****Kolon ve Rektumun Primer Taşlı Yüzük Hücreli Karsinomları**

Cengiz Tavusbay<sup>1</sup>, Mehmet Hacıyanlı<sup>1</sup>, Haldun Kar<sup>1</sup>, Kemal Atahan<sup>1</sup>, Erdiç Kamer<sup>1</sup>, Emine Özlem Gür<sup>1</sup>, Neşe Ekinci<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği  
<sup>2</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

**Amaç:**

Primer kolorektal taşlı yüzük hücreli karsinom nadir olarak görülür ve oldukça kötü prognoza sahiptir. Bu çalışmada kliniğimizde opere edilen ve taşlı yüzük hücreli karsinom tanısı almış olguya ait klinik verilerimizin sunulması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

2007-2013 yılları arasında hastanemizde opere edilen ve histopatolojik tanısı "taşlı yüzük hücreli karsinom" olan toplam 21 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgulara ait demografik ve klinik veriler, erken ve geç komplikasyonlar, evrelendirmeleri ek tedaviler ve sonuçlarına ait bilgiler kaydedildi.

**Bulgular:**

Hastaların 12'si erkek, 8'i kadın olup yaş ortalaması 54,1 idi(18-84). Tümör 6 olguda sol kolonda, 5 olguda sağ kolonda(1 olguda appendikste), 5 olguda sigmoid kolon, 3 olguda rektum, 1 olguda ise transvers kolonda lokalizasyon göstermekte idi. Postoperatif erken dönemde 5 hastada komplikasyon gelişti. Olguların önemli bir kısmına adjuvan tedavi verildi.

**Sonuç:**

Primer kolorektal taşlı yüzük hücreli karsinom nadir görülür. Ancak tanı konulduğunda sıklıkla geç evrededir. Prognozun diğer kolorektal kanserlere nazaran daha kötü olması nedeniyle yeni neoadjuvan tedavilere gereksinim olduğu kanısındayız.

**P173****Hereditör Non-polipozis Kolon kanseri:Olgu sunumu**

Cengiz Tavusbay, Yusuf Kumkumoğlu, Mehmet Hacıyanlı, Emine Özlem Gür, İbrahim Kokulu  
 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, B Blok

**Amaç:**

Hereditör non polipozis kolon kanseri (HNPCC), otozomal dominant geçişli bir kanser predispozisyon sendromudur. Bütün kolorektal kanserlerin %4-6'sını oluşturur. 50 yaş altında rastlanılan kolorektal kanserlerin ise, %30-40 kadarından sorumludurlar. HNPCC hastalarında yaşam içerisinde kolorektal kanser riski yaklaşık %80'dir. Hastalık; DNA tamir genlerindeki (MMR-mismatch repair) germline mutasyonlardan veya MSI instabilitesine (MSI) sahip tümörlerden kaynaklanır. Olgularda; kolorektal kanserlerin yanısıra vücudun diğer organ ve sistemlerinde de malignite gelişimi gözlenir. Hastalık tanısı, Amsterdam Klinik Kriterleri kullanılarak veya moleküler genetik testler ile MMR genlerinin bir veya birkaçında germline mutasyonların saptanması yoluyla konur.

Sunulan olgu 31 yaşında ilk tanı konulduğunda lokal olarak ileri evrede olan bir kolon kanseri olan genç bir hastadır. Amaç bu olgulara dikkat çekmek ve genç yaşlarda ortaya çıkan kolon kanserlerinde tam bir genetik taramanın ve hastanın yakın aile bireylerinin taranmasının önemini vurgulamaktır.

**Olgu:**

31 yaşında erkek hasta. Soy geçmişinde; genç yaşlarda kolorektal Ca öyküsü olan birden fazla 1. derece akrabalarının olduğu saptandı. Hasta karın ağrısı ve kabızlık yakınmaları nedeniyle gittiği hekimin yaptırdığı tetkiklerde Sağ kolon tümörü saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Hastaya genişletilmiş sağ hemikolektomi ameliyatı uygulandı. Postoperatif dönemde bir sorunu olmayan hasta 10. gün taburcu edildi. Hereditör non polipozis kolon kanseri tanısı Amsterdam II kurallarına göre konuldu. Hastanın patoloji sonucu indifferan Adeno Ca olarak rapor edildi. Hastaya adjuvan kemoterapi başlandı. Hasta halen takip ve kontrol altındadır.

**Sonuç:**

Genç yaşlarda ortaya kolon kanserlerinin hereditör non polipozis kolon kanseri olasılığı akılda tutularak, yakın aile bireylerine tarama yapılması oldukça önem taşır. Bu hastaların tedavisinden sonra diğer sistem ve organlarında da ek maligniteler görülme olasılığı yüksek olduğundan mutlaka ömür boyu yakın takipte bulundurulmaları gerekir.

**P174****Kolorektal Kanserlerde Cerrahi Tedavi****Sonuçlarımız**

Mustafa Özsoy<sup>1</sup>, Bahadır Celep<sup>1</sup>, Ahmet Bal<sup>1</sup>, Taner Özkececi<sup>1</sup>, Ogün Erşen<sup>1</sup>, Osman Öztürk<sup>1</sup>, Kasım Demir<sup>2</sup>, Nazan Okur<sup>3</sup>, Hasan İlyas Özarpalı<sup>4</sup>, Çiğdem Tokyol<sup>4</sup>, Sezgin Yılmaz<sup>1</sup>, Yüksel Arıkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Afyon

<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği, Afyon

<sup>3</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Afyon

<sup>4</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, Afyon

**Amaç:**

Gastrointestinal sistemin en sık karşılaşılan tümörlerinden olan kolorektal kanserler, kansere bağlı ölümlerde de 3. Sırada yer almaktadır. Cinsiyet ayrımı göstermemekle birlikte en sık 5. Dekatta saptanır. Ülkemizde diğer gelişmiş ülkelerdeki gibi rutin tarama programları olmadığından tanı genellikle ileri evrede konulmakta bu nedenle ülkemizdeki sağ kalım oranları belirgin daha düşüktür. Bu çalışmamızda kliniğimizde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen hastalardaki cerrahi tedavi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık

**Gereç-Yöntem:**

Afyon Kocatepe Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2004 ile Aralık 2012 yılları arasında kolorektal kanser tanısı konularak konvansiyonel teknik ile ameliyat edilen hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verilerinin yanı sıra başvuru esnasında hastaların şikâyetleri, kolonoskopide yerleşim yeri, eşlik eden hastalık, ASA skoru, uygulanan cerrahi prosedür, kanserin evresi, disseke edilen lenf nodu ve lenf nodunda metastazın varlığı, kan transfüzyonu, morbidite ve mortalite oranları incelendi.



**Bulgular:**

Çalışmaya hasta dosyası, ameliyat verileri ve patoloji sonuçlarına tam olarak ulaşılan 234 hasta dâhil edildi. Hastaların ortalama yaşı 61 (Min: 29, Max: 87) olarak saptandı. Çalışmaya alınan 234 hastanın 127 (%54,3) erkek iken 107 (% 45,7) kadın olarak saptandı. Başvuru esnasında en sık karşılaşılan şikâyetler kanama (%25,5), karın ağrısı (%15,9) olarak saptandı. (Tablo 1) 109 hastada (%46,4) eşlik eden hastalık saptanmakla birlikte en sık rastlanan komorbidite diabetes mellitus idi. En sık rektum kanseri saptanırken (%38,9) ikinci sırada çekum kanseri (% 20,9) saptandı. En sık uygulanan cerrahi prosedür ise low anterior (%27,2) rezeksiyondur. Bunu sağ hemikolektomi (%23,8) takip etmektedir. Kanserın lokalizasyonu, evresi, patolojik evresi ve uygulanan cerrahi prosedürler tabloda özetlenmiştir. (Tablo 2) 64 hastada (%29,4) cerrahi ile ilişkili morbiditeye rastlanmakla birlikte 13 hasta (%5,5) çeşitli nedenlerle kaybedilmiştir. Mortalite nedenleri tabloda özetlenmiştir.

**Sonuç:**

Kolorektal kanserlerde tedavi prosedürleri multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Hastaların halen sağ kalım sürelerini belirleyen en önemli unsur cerrahi tedavi olmakla birlikte cerrahi ile ilişkili mortalite oranları %2ler civarında olduğu belirtilmektedir. Tarama programları, multidisipliner çalışmalar ile komplikasyon oranları optimal seviyeye çekilebilir.

**Başvuru Şikâyetleri**

Başvuru Şikâyetleri	Sayı	Yüzde Değeri (%)
Karın Ağrısı	53	22,8
Kabızlık	35	15,1
Barsak Alışkanlığındaki Değişiklik	12	5,2
İleus	22	9,5
Anemi	5	2,2
Karında Kitle	4	1,7
Hematokezya	87	36,6
Kilo Kaybı	16	6,9
Toplam	234	100

**Mortalite nedenleri ve sayısı**

Mortalite nedenleri	Sayı	Yüzde (%)
Pnomoni ve solunum yetmezliği	4	30
Konjestif kalp yetmezliği	1	7
Anastamoz kaçacağına bağlı sepsis	5	38
Akut böbrek yetmezliği sonrası multiorgan yetmezliği	1	7,6
Masif pulmoner emboli	2	15
Toplam	13	100

**P175**

### İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (KSM), Kolon Kanseri Taramasına Başvurup GGK Kitini Geri Getirmeyenlerin Demografik Bilgilerinin İncelenmesi

Aysegül Tekin, Figen Yılmaz, Ömer Akçağıl, Muzaffer Saraç  
İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire  
Başkanlığı Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğü, İstanbul

**Amaç:**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (KSM), kolon kanseri taramasına başvurup GGK kitini geri getirmeyenlerin demografik bilgilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

İBB KSM' lere son üç yılın Ocak ve Şubat aylarında başvuran 50-69 yaş arası kadın ve erkeklere kolon kanseri tarama hizmeti uygulanmaktadır. Bu hizmet, insan hemoglobinine duyarlı tek adımlık gaitada gizli kan (GGK) kart testi ile yapılmaktadır. GGK kiti kullanımına yönelik uygulamalı eğitim verilmektedir. Uygulanması tarif edilen materyalin evde ekstraksiyon tüpüne konularak merkeze getirilmesi istenmektedir. Getirilen GGK kiti sağlık çalışanı tarafından değerlendirilip, veriler elektronik ortamda kayıt altına alınmaktadır. Tarama hizmetinde sonucu pozitif çıkanlar bir üst kuruma yönlendirilirken, negatif çıkanlar bir yıl sonra taramaya davet edilmektedir.

**Bulgular:**

Çalışmaya katılan grubun %93'ünü (n:9931) kadın, %7'sini (n:756) erkek oluşturmaktadır. 2003 yılından itibaren KSM'ler de rahim ağzı kanseri ve meme kanseri taraması yapıyor olması, kadınların kolon kanseri taramasına katılımı artırmıştır. Kolon kanseri taramasına başvurup, GGK kiti verilen kişilerin demografik özelliklerine göre kiti getirmeme durumunu gösteren bulgular tablolar halinde gösterilmiştir. Taramaya başvurup, kitini getirmeyenlerin yıllara göre yaş dağılımına bakıldığında zaman hem erkek hem de kadın katılımcılarda anlamlı bir farklılık yoktur. 2012 yılında kiti getirmeyen erkek katılımcıların yaş dağılımları arasında en fazla %9'luk bir fark görünürken, kadınlarda bu oran %5'dir (Tablo 1) 2011 yılında kitini getirmeyen erkek katılımcıların eğitim dağılımlarına bakıldığında, okuma yazma bilmeyenlerin oranı %31 iken, üniversite mezunu olanlar %25'dir. Okuma yazma bilmeyen katılımcıları, %6'lık bir fark ile üniversite mezunları takip etmektedir. 2012 yılına bakıldığında, kiti geri getirmeyenler arasında, okuma yazma bilmeyenler birinci sırada yer alırken, 2013 yılında ilk sırayı üniversite mezunları almaktadır (Tablo 2). 2011 ile 2013 yıllarında kiti getirmeyen kadın katılımcıların eğitim dağılımlarına bakıldığında, üniversite mezunlarının yüzdesinin fazla olduğu belirlenmiştir. 2012 yılında ise, okuma yazma bilenlerin oranı % 28 iken, üniversite mezunları %27'dir. Okuma yazma bilmeyenler ile üniversite mezunları arasında %1'lik bir fark görülmektedir (Tablo 2).

**Sonuç:**

Çalışmamız İBB Kadın ve Sağlığı Merkezlerinde, son üç yılın Ocak ve Şubat aylarında kolon kanseri taramasına başvurup

GGK kitini geri getirmeyenlerin demografik özelliklerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Yapılan araştırmanın sonucunda, kiti getirmeyen her iki grubun (kadın-erkek) yıl dağılımına göre yaşlarına bakıldığı zaman anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yaş dağılımı ne olursa olsun kiti getirmeme yüzdesi hem kadın hem de erkek katılımcılarda paralellik göstermektedir (Tablo1). Katılımcıların yıl dağılımına göre eğitimlerine bakıldığı zaman farklılık görülmektedir. 2011 ile 2012 yıllarında kiti getirmeyen erkek katılımcılardan, okuma yazma bilmeyenler ilk sıradayken, 2013 yılında ilk sırayı üniversite mezunları almaktadır. Üç yılın ortalamasına bakıldığında ise, üniversite mezunu (%26,6) ile okuma yazma bilmiyor (%27) arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (fark %0,3). Üniversite mezunları ile okuma yazma bilmeyenler arasında anlamlı bir farklılık olmaması da dikkat çekici bir sonuçtur (Tablo 2). Yıl dağılımında, kadın katılımcıların eğitim durumu, erkek katılımcılara göre farklılık göstermektedir. 2011 ile 2013 yıllarında, kiti getirmeyen kadın katılımcılardan, üniversite mezunları ilk sıradayken, 2012 yılında ilk sırayı okuma yazma bilenler almaktadır. 2012 yılında okuma yazma bilen ile üniversite mezunları arasında %1'lik bir fark olup, anlamlılık ifade etmemektedir. Üç yıl ortalamasına bakıldığında ise, üniversite mezunu (%39) ile okuma yazma bilen (%32) arasında %7'lik bir fark ile anlamlı bir sonuç göstermemiştir. 2013 yılında üniversite mezunu olan kadın ve erkek katılımcılar ilk sırayı alarak, benzerlik göstermektedir (Tablo 2). Eğitim düzeyinin yüksekliği GGK kitini geri getirmede pozitif etki göstermemiştir. Tarama bilincini artırabilmek ve önemini vurgulamak için farkındalık eğitimleri planlanmalıdır.

**Tablo 1.** Taramaya başvuranların GGK kitini getirmeme durumunun yaş ve cinsiyete göre yıl dağılımı

YAŞ	ERKEK			KADIN		
	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
50-54	20	21	26	35	31	37
55-59	21	16	22	33	29	39
60-64	22	21	26	31	26	38
65-69	17	12	23	33	30	37

Bulgularda yer alan Tablo 1

**Tablo 2.** Taramaya başvuranların GGK kitini getirmeme durumunun eğitim ve cinsiyete göre yıl dağılımı

EĞİTİM	ERKEK			KADIN		
	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
Okuma Yazma Bilmiyor	31	50	0	14	10	12
Okuma Yazma Biliyor	25	0	0	40	28	28
İlköğretim	21	19	23	5	3	3
Lise	15	12	16	27	12	15
Üniversite	25	22	33	53	27	37

Bulgular kısmında yer alan Tablo 2

## P176

### Primer Kolorektal Lenfoma Deneyimlerimiz

Murat Çakır, Ebubekir Gündeş, Tefvik Küçükkartallar, Ahmet Tekin, Halil İbrahim Taşcı, Şakir Tekin

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

#### Amaç:

Bu çalışmada primer kolon lenfoması nedeniyle opere edilen on hastadaki kliniğimizin cerrahi yaklaşımını, tümörlerin özelliklerini ve klinik prezentasyonlarını ortaya koymayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2006- Aralık 2012 yılları arasında kliniğimizde opere edilen primer kolorektal lenfomalı on hastanın verileri geriye yönelik incelendi. Bu çalışmada olgular yaş, başvuru şikayeti, tümör lokalizasyonu, tanı anındaki evreleri, uygulanan cerrahi, patolojik özellikler, tümör boyutu, operasyon sonrası nüks açısından incelendi. Hastaların yaşam durumlarına ilişkin son verileri telefon edilerek güncellendi.

#### Bulgular:

Belirtilen süre esnasında 1034 kolorektal kanserli vaka taranmış ve bunların 12'si kolorektal yerleşimli lenfoma idi. Bunlardan sadece 10 hasta dawson kriterlerini sağlıyordu. Sekiz hasta erkek, iki hasta kadındı. Tanı esnasında median yaş 66 (50- 84) idi. Başvuru esnasında en sık karşılaşılan şikayet karın ağrısı ve bağırsak alışkanlığında değişme idi. Yapılan karın muayenelerinde en sık abdominal distansiyon ve batında yaygın hassasiyet tespit edildi. Akut karın tanısı ile üç hasta acil şartlarda opere edildi. Operasyonda bir hastada ileoçekal invajinasyon, bir hastada çekum perforasyonuna neden olan kitle ve bir hastada ise sigmoid kolonda obstrüktif kitle tespit edildi. Bu hastaların ikisine sağ hemikolektomi birine de hartman işlemi uygulanmıştır. Diğer yedi hastaya ise kolonoskopi yapıldı ve doku tanısı için biyopsi alındı. En sık görülen lokalizasyon çekum (%60), bunu takiben sigmoid kolon (%30) ve rektum (%10) geliyordu. B hücreli lenfoma en sık görülen tip idi (n=8). Acil şartlarda opere edilen hastalara operasyon sonrasında olmak üzere tüm hastalara toraks, abdomen ve pelvik tomografi çekilmiş ve herhangi bir metastaz bulgusuna rastlanmamıştır. Tümörün sigmoid ve rektumda yerleşimli olduğu 2 hasta cerrahi kabul etmemiş ve bunlara sadece kemoterapi verilmiştir. Kemoterapotik ajan seçimi tümörün patolojisine göre yapılmıştır. Kemoterapi sonrasında hiçbir hastada komplikasyon görülmemiştir. Elektif şartlarda cerrahi uygulanan beş hastanın üçüne sağ hemikolektomi, ikisine de anterior rezeksiyon işlemi uygulandı. Operasyon sonrası cerrahiye bağlı komplikasyon olarak; iki olguda cerrahi alan enfeksiyonu ve bir olguda anastomoz kaçağı gelişti. Cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastalar antibiyotik ve günlük pansumanlar ile tedavi edildi. Anastomoz kaçağı gelişen hasta tekrar opere edilerek ileostomi ve mukus fistülü açıldı. Takiplerinde sepsis gelişen bu hasta postoperatif beşinci gün kaybedildi.

#### Sonuç:

Buhastalığınınadirdörülmesiklinikçalışmalarızorlaştırmaktadır ve en uygun tedavi yöntemi belirlenmemektedir. Çoğu yazar

kolorektal karsinomlarda kullanılan kemoterapisiz ya da kemoterapi ile birlikte yapılan cerrahi tedavi yöntemlerini önermektedir. Cerrahi müdahale hastalığın tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Lokalize hastalığı olanlara küratif maksatlı cerrahi önerilebilir, palyatif cerrahi prosedürler obstrüksiyon ve diğer semptomları düzeltmede kullanılabilir. Bununla beraber perforasyon, kanama ve fistülü olan hastalarda da cerrahi tedavi yöntemi önem arz etmektedir. Biz çalışmamızda operable ve genel durumu iyi hastalara başlangıç tedavi olarak cerrahi uyguladık. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen iki hasta kemoterapiye yönlendirildi. Yapılan çok merkezli bir çalışmada sadece kemoterapi verilen hastaların sonuçları kemoterapi ile beraber, ya da kemoterapisiz yapılan cerrahiye göre daha kötü olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte bu sonuç kemoterapi alan hastaların çoğunluğunun, daha kötü prognostik olan T hücreli tipe sahip olması nedeni ile açıklanabilmektedir. Çekum yerleşimli lenfoması olan bir hastaya sağ hemikolektomi uyguladık, fakat bu hasta anastomoz kaçağı sonrası sepsis nedeni ile ölmüştür. Bu nedenle cerrahinin sunduğu faydalar ve risklerde sebep olduğu artış bilinmemektedir. Böylece kolonik lenfomada en iyi tedavi yönteminin ne olduğu sonucuna varılamamıştır. Gastrointestinal sistem lenfomalarında kullanılan kemoterapinin bildirilen komplikasyonlarından biri barsak perforasyonuna neden olan tümör nekrozudur. Barsak duvarını invaze eden ve zayıflatan transmural yayılımı olan tümör kemoterapi sonrası nekroz ve barsak perforasyonuna yol açabilmektedir. Kombine kemoterapi ve cerrahi tedavinin zamanlaması hakkında hala bir fikir birliği yoktur. Kim ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kolorektal lenfomali 95 hastadan sadece tedavi olarak kemoterapi alan 23 hastanın hiç birinde kemoterapi esnasında perforasyon görülmemiştir. Dolayısıyla kemoterapi ve barsak perforasyonu arasında sağlam bir korelasyon yoktur. Primer kolorektal lenfomalarda cerrahinin primer tedavi olduğuna dair kanıtlar güçlü değildir. Cerrahi tedavi yüksek riskli ise, hasta cerrahi tedavi istemiyor ve küçük de olsa kemoterapi esnasındaki perforasyon riskini kabul etmişse kemoterapi primer tedavi yöntemi olarak kabul edilebilir. Bizim çalışmamızın bazı sınırlamaları var. Bu az sayıda hasta ile yapılmış olan retrospektif bir çalışmadır. Hastalığın nadir olması prospektif bir çalışmanın yapılabilirliğini zorlaştırmaktadır. Yapılacak bir meta analiz çalışma bu konuda yardımcı olacaktır. Sonuç olarak primer kolon lenfoması nadir bir hastalıktır. Öncelikle cerrahinin mi kemoterapinin mi önerileceği hala bilinmemektedir. Birçok tartışmalı konu da hala kesinleşmemiştir ve daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

### P177

#### Kolorektal Kansere Bağlı Gelişen Akut Sol Kolon Obstrüksiyonlarının Retrospektif Analizi

Ramazan Topçu<sup>1</sup>, Barış Doğu Yıldız<sup>2</sup>, Tezcan Akın<sup>2</sup>, Hüseyin Berkem<sup>2</sup>, Bülent Cavit Yüksel<sup>2</sup>, Hakan İ. Özel<sup>2</sup>, Süleyman Hengirmen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Turhal Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

#### Amaç:

Kolorektal tümörlere bağlı akut mekanik barsak tıkanıklığı bulguları gösteren olgularda acil koşullarda uygulanan rezeksiyon primer anastomoz sonuçlarının değerlendirilmesi

ve bu sonuçların Hartmann kolostomi uygulanan hastaların sonuçlarıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Ağustos 2005 – Mart 2011 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Cerrahi Servisine yatırılan kolorektal kansere bağlı akut sol kolon obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat edilen 84 hasta çalışmaya alındı ve retrospektif olarak incelendi. Hastaların tümü acil serviste değerlendirilip acil ameliyathanede opere edilmiştir. Hastaların tedavisinde Hartmann kolostomi ve rezeksiyon-primer anastomoz cerrahi prosedürleri kullanıldı. Unrezektabl olup loop kolostomi yapılanlar ile rezeksiyon ve primer anastomoz sonrası stoma yapılanlar çalışmaya alınmadı. Barsak temizliği yapılmadan operasyona alındı ve intraoperatif rezeksiyon sonrası tüm hastalara manuel dekompresyon yapıldıktan sonra ya primer anastomoz ya da hartman kolostomi yapıldı.

#### Bulgular:

Stoma açılan grupta postoperatif yoğun bakım ihtiyacı olan hasta sayısı 25, ventilatör ihtiyacı olanların sayısı 16 idi ve stoma revizyonu yapılan hasta sayısı 3 idi. Kardiyopulmoner morbidite sayısı 10, reoperasyon 9, mortalite sayısı 13 olduğu saptandı. Anastomoz yapılan grupta ise postoperatif yoğun bakım ihtiyacı olan hasta sayısı 13, ventilatör ihtiyacı olanların sayısı 4 ve anastomoz yapılanların 2'sinde anastomoz kaçağı olduğu görüldü. Yeniden operasyona giren hasta sayısı 2 idi. mortalite sayısı 5 olduğu saptandı. Her iki grup arasında postoperatif yoğun bakım ihtiyacı, ventilatör ihtiyacı, reoperasyon ve mortalite açısından p değerleri <0,05 olup istatistiksel olarak anlamlı idi.

#### Sonuç:

Kolorektal kansere bağlı akut sol kolon obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat edilecek hastalara; genel durumu iyi olan, komorbiditesi ve ASA skoru düşük seçilmiş hastalara cerrahinin tecrübesine dayanarak intraoperatif manuel dekompresyon yapılarak rezeksiyon-primer anastomoz yapılmasını önermekteyiz.

### P178

#### Omfalomezenterik Kanal Fistülü

Ramazan Serdar Arslan<sup>1</sup>, Eray Kara<sup>1</sup>, Gökhan Pekindil<sup>2</sup>, Semin Ayhan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Manisa

<sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Kliniği, Manisa

#### Amaç:

Omfalomezenterik kanal embriyonal dönemde midgut ile vitellin kese arasındaki bağlantıyı sağlayan yapıdır. Fetal yaşamın 7-9. Haftalarında involüsyona uğrayarak kaybolur. İnvolüsyon sürecindeki bozukluklar Meckel divertikülü, umbliko-enterik fistül, omfalomezenterik kist ve gibi omfalomezenterik kanal kalıntılarının oluşmasına neden olur. Burada umblikustan kötü kokulu akıntı, pubisten umblikusa doğru orta hatta uzanan sertlik yakınmasıyla başvuran ve umblikustaki fistül ağzından alınan biopsi sonucu "adenokanser" olarak raporlanan bir olguyu sunmaktayız.

**Olgu:**

75 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 aydır umblikus pubis arasında ele gelen kitle ve 10 gündür umblikustan kötü kokulu akıntı yakınmasıyla başvurdu. Muayenede umblikustan fekaloit tarzda akıntılı lezyon + batın orta hatta kitlesel lezyon saptandı. Fistül ağzındaki lezyondan yapılan insizyonel biopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlanan olguya kontrastlı batın tomografi çekildi. Tomografide sigmoid kolonda kitlesel lezyon mesane + periumblikal uzanım olarak raporlandı. Kolonoskopide sigmoid kolonda ülserovejetan kitle saptanan olgunun biopsi sonucu "adenokanser" olarak raporlandı. Hastaya anterior rezeksiyon, urakus fistül eksizyonu, parsiyel sistektomi, double j katater takılması operasyonu uygulandı.

**Sonuç:**

Omfalomezenterik kanalın tümöral invazyonu sonucunda embriyolojik traktüs boyunca yayılım görülebilmektedir. Hastaya uygulanacak onkolojik cerrahide traktüsü içine alan geniş bir rezeksiyonun uygulanması gerekmektedir.

**P179**

### Multidisipliner Yaklaşımla Tedavi Edilen Kolorektal Kanser Olgularımızın Retrospektif Değerlendirilmesi

Mehmet Yıldırım<sup>1</sup>, Erkan Oymacı<sup>1</sup>, Durmuş Ali Çetin<sup>1</sup>, Ali Coşkun<sup>1</sup>, Savaş Yakan<sup>1</sup>, Nazif Erkan<sup>1</sup>, Deniz Uçar<sup>1</sup>, Erdem Barış Cartı<sup>1</sup>, Rüçhan Uslu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi, İzmir

**Amaç:**

Kolorektal kanserlerin cerrahi tedavilerinin yanında mültidisipliner yaklaşım ile adjuvan tedavi yapılması güncel tedavinin temel taşı oluşturmaktadır. Bu yaklaşımla düşük morbidite ve mortalite yanında olguların hastalısız sağ kalım oranları uzun olmakta, metastaz oluşumunda da metastaza yönelik tedavi yapılarak surveye uzatılabilmektedir. Bu yazıda mültidisipliner yaklaşım ile tedavi edilen kolorektal kanser olgularımız retrospektif olarak incelenmektedir.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2008-Haziran 2012 yılları arasında İzmir Bozyaka EAH genel Cerrahi kliniğinde ameliyat edilen 80 kolorektal kanser olgusu onkoloji konseyinde değerlendirilmiştir. Olgular; demografik özellikleri, tümör yerleşimi, ameliyat tipi, tümör evresi, adjuvan tedavi açısından retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:**

Olguların yaş ortalaması 65 olup, K/E oranı 1/1.1 dir. Tümör yerleşimi rektumda 31(%38), sigmoid kolonda 14(%17), rektosigmoid 8(%10) olguda görülürken, kolon yerleşimi 27(%33) olguda görüldü. 4 olgu senkron, 1 olgu triple tm içeriyordu. Rektum kanseri olgusunun 17(%21)'ne AR, 10(%12)'na Miles op, 1 olguya total kolektomi yapılırken, sağ kolon yerleşimli 18(%22) olguya sağ hemikolektomi yapıldı. Evre I, II, III ve IV de olgu sıklığı %17, %28, %70 ve %10'du. Rektum tümörlü olgularda 5-117 arası (LN tutulumu: N0: %16, N1: %6, N2: %16), kolon tm li olgularda 7-61 arası lenf nodu (LN tutulumu: N0: %27, N1: %16, N2: %17) çıkarıldı. Evre I de %8 olgu izlem grubuna alınırken, KT %3, KT+RT %1 olguda, Evre II de izlem %12, KT %6, RT %2 ve KT+RT %6 olguda

uygulandı. Evre III'de KT %28, KT+RT %11, Evre IV'de KT %10, KT+RT %1 olguya uygulandı. Evre 3'de 3 olguda (AR yapılmış olan) 24 ay içinde uzak metastaz (karaciğer), Evre 4 bir olguda ilave kemik met ortaya çıktı. Karaciğer metastazlarına RF+ KT yapıldı.

**Sonuç:**

Rektum ve sigmoid kolon tümörleri en sık kanser lokalizasyonu olmaya devam etmektedir. Olguların yarısından fazlası lenf nodu tutulumu ile birlikte dir. Postoperatif adjuvan tedavi yüksek yaşam süresi ile birlikte dir. Uzun yaşam beklentisi için kolorektal kanser olgularının multidisipliner yaklaşım ile tedavisi gerektiği kanısındayız.

**P180**

### Opere Kolon Tümöründe Sister Mary Joseph Nodülü ile Ortaya Çıkan Nüks Olgusu

Esin Kabul Gürbulak, İsmail Ethem Akgün, Muharrem Battal, Bülent Çitgez, Ferhat Ferhatoğlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Sister Mary Joseph nodülü olarak isimlendirilen umbilikusun metastatik malignitesi çok nadir görülmektedir. Primer tümörün uzak metastazı olarak kabul edilmektedir. Umbilikal metastazın bulunması ilerlemiş neoplastik hastalığın işareti olup kötü prognostik faktördür. Biz burada kolon tümörü nedeniyle opere edilmiş bir kadın hastada 7 ay sonra göbekte ortaya çıkan ve histopatolojik olarak kanıtlanmış adenokarsinom metastazı olgusunu bildirmektediriz.

**Olgu:**

46 yaşında kadın hastaya yapılan kolonoskopide sigmoid kolonda sesil polip saptanarak polipektomi yapıldı. Patoloji sonucu adenokarsinom olarak geldi. Hastaya laparoskopik sigmoid rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucunda 1,5x1 cm çapında, subserozaya infiltre adenokarsinom saptandı. Çıkarılan 15 adet lenf nodundan 13'ünde karsinom metastazı bulundu. Adjuvan kemoterapi sonrası postoperatif 7. ayda göbekte deliği içinde ağrısız renk ve şekil değişikliği şikayeti ile başvurdu. Lezyondan yapılan ince iğne aspirasyon biopsisinde malign hücrelere rastlandı. Yapılan kolonoskopi ve sistemik taramada umbilikustaki lezyon dışında, intraabdominal nüks yada uzak organ metastazı lehine bulguya rastlanmadı. Laparoskopik trokar girişlerinin hiç biri umbilikustan yapılmadığından, ve rezeke edilen kolon segmenti suprapubik Phannensteil insizyonundan çıkarıldığından, port yeri metastazı düşünülmedi. Umbilikus eksizyonu yapılan hastanın patolojisi umbilikusta adenokarsinom metastazı ile uyumlu geldi. Umbilikal metastaz şeklinde ortaya çıkan nüks olarak değerlendirilen hasta onkolojiye yönlendirildi.

**Sonuç:**

Kolorektal tümörlerin nüksleri lokal, uzak ve kombine nüksler olarak üç grupta belirebilir. Lokal nüks, daha önceki tümör yatağında yada tümöre komşu bölgede görülürken uzak nüksler yayılım sonucu tümör dışı bölgelerde ortaya çıkar. Sister Mary Joseph nodülü intraabdominal malignitelerin umbilikusa metastaz yapmış formudur. Hastalığın ilk bulgusu olarak ortaya çıkabilen bu lezyon, umbilikusta düzensiz yapıda bir nodül ile karakterizedir. Ağrılı yada ağrısız olabilir, ülserasyon



yada kanlı, pürülan veya seröz bir akıntı bulunabilir veya subkutan dokuda bir endurasyon şeklinde ortaya çıkabilir. Sağkalım süresi tanının konulma zamanına ve tedavi türüne bağlı değişmekle birlikte, intraabdominal malignitenin rezeke edilemediği hastalarda ortalama yaşam süresi 11 aydır. Bizim olgumuzda umbilikustaki lezyon postoperatif 7. ayda ortaya çıkan metastaz olarak değerlendirildi. Trokar girişlerinin hiç biri umbilikustan yapılmadı ve umbilikusa en yakın trokar giriş yeri olan umbilikusun 2 cm superiorundaki bölge salim idi. Rezeke edilen kolon piyesi, içine yara koruyucu (Alexis) yerleştirilmiş olan Phannensteil insizyonundan batın dışına alındığı için, tümörlü kolon segmentinin yara yeri veya umbilikus ile teması gerçekleşmedi. Bu nedenle trokar yeri metastazı olasılığından uzaklaşılacak olgu umbilikal bölgede ortaya çıkan nüks ile uyumlu bulundu. Umbilikusta yeni ortaya çıkan renk değişikliği, ülserasyon, akıntı ve nodüler lezyonlarda, özellikle hastada malignite öyküsü varsa, umbilikusa metastaz olasılığı akla gelmeli ve biopsi yapmaktan kaçınılmamalıdır.

### P181

#### Kolorektal Karsinomlarda Tümör Büyüklüğü Prognostik Faktör Olabilir mi?

Sedat Kamalı<sup>1</sup>, Gülçin Harman Kamalı<sup>2</sup>, Birol Ağca<sup>1</sup>, Türker Acehan<sup>2</sup>, Hakan Tezel<sup>2</sup>, Giray Yavuz<sup>1</sup>, Hakan Güven<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SB Okmeydanı EA Hastanesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>SB Okmeydanı EA Hastanesi Patoloji

#### Amaç:

Kolorektal adenokarsinomlarda TNM evresi önemli bir prognostik faktördür. Evreleme tümörün organ duvarındaki katlara yayılım seviyesi (T) ve lenf nodlarına (N) yayılımına göre yapılır. Lenf nodu metastazı varlığı ve sayısı evrelemenin en önemli bileşenidir. Preoperatifgörüntüleme yöntemleri ile metastatik lenf nodundan şüphelenilse bile gerek mikrometastazlar gerekse de kolonun her bölümünde sağlıklı sonuçlar vermemesi sorun teşkil eder. Günümüzde görüntüleme yöntemleri ile tümör kitlesinin büyüklüğü daha hassas olarak ölçülebilir hale gelmiştir. Eğer tümör büyüklüğü ile evrelemenin bileşenleri arasında bağlantı kurulabilirse: büyüklüğü ölçülebilen tümörlerin prognozu hakkında daha fazla bilgimiz olabilir.

#### Gereç-Yöntem:

Bu çalışmada SB Okmeydanı EA Hastanesinde 2006-20112 yıllarında ameliyat olmuş ve kayıtlarına ulaşılabilmiş 318 kadın 434 erkek toplam 752 kolorektal adenokarsinomlu hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendiğinde ortalama tümör büyüklüğü 5,21 cm (0,8-20 cm SD.2,25) bulundu. 'T' evreleri tümör büyüklüğü açısından karşılaştırıldığında; her evrenin (T1:2,61cm-T2:3,87cm -T3:5,30cm -T4:6,43cm p<0,0001)farklı tümör büyüklüğüne sahip olduğu görüldü. Lenf nodu tutulumuna göre incelendiğinde (N0:4,9cm, N1:5,2cm, N2:5,6cm) özellikle N0 olgularla N1-2 olgular arasında (MannWhitney U p:0,027 ve p:0,001) büyüklük açısından anlamlı fark olduğu izlendi. T1 ve T2 arasındaki çap farkı istatistiksel anlam taşımıyordu.

#### Bulgular:

Hastalar tümör lokalizasyonlarına göre (sağ kolon, transvers kolon, sol kolon, sigmoid kolon ve rektum) incelendiğinde

özellikle rektum bölgesinde tümör boyutunun nodal tutulum gösteren tümörlerde anlamlı ölçüde büyük olduğu görüldü (p<0,001)

#### Sonuç:

Meme ve mide kanserlerinde olduğu gibi bazı kanserlerde tümör boyutu değerlendirmelerde önemli hale gelmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda 3,8 ve 4,5 cm gibi cutoff değerlerinden bahsedilmektedir. Günümüzde gelişmiş görüntüleme yöntemleri ile tümör büyüklükleri daha doğru ölçülebilmektedir. Prognostik faktörler olan T ve N evrelemesinin yanısıra tümör büyüklüğünün değerlendirilmeye alınması hastaları daha doğru değerlendirmemize yardımcı olacaktır.

### P182

#### Kolorektal Karsinomların Anatomik Lokalizasyonu Değişti mi?

Sedat Kamalı<sup>1</sup>, Gülçin Harman Kamalı<sup>2</sup>, Birol Ağca<sup>1</sup>, Türker Acehan<sup>1</sup>, Hakan Tezel<sup>1</sup>, Ali Alemdar<sup>1</sup>, Yavuz Eryavuz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SB Okmeydanı EA Hastanesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>SB Okmeydanı EA Hastanesi Patoloji

#### Amaç:

Son çalışmalar kolorektal kanserli hastalarda lezyon lokalizasyonlarının eskisine göre sağ tarafa kaydığını düşündürmektedir. Bu çalışmamızda hastanemizdeki kolorektal kanserlerin anatomik yerleşiminin bilinen lokalizasyonlardan farklı olup olmadığını belirlemeğe çalıştık.

#### Gereç-Yöntem:

Hastanemizde kolorektal kanser nedeni ile 2006-2012 yılları arasında ameliyat edilen hastalardan kayıtlarına ulaşabildiklerimizin bilgilerini değerlendirdik. Çekumdan sol fleksuraya kadar olan tümörler sağ taraf, diğerleri sol taraf olarak sınıflandırıldı. Ve hastaların verileri karşılaştırıldı

#### Bulgular:

752 hastadan 209 (%27,8) sağ; 543 (%72,2) sol taraf tümörü idi. Taraflar arasında kadın erkek oranı açısından ( p:0,19), lenf nodu tutulumu açısından (p:0,36), 'T' evresi açısından (p:0,1) fark görülmedi.

#### Sonuç:

Kolorektal karsinomların anatomik dağılımı hastanemizde de diğer yerlerden farklı değildir. Tümör dağılımında cinsiyet, 'T' evresi ve lenf nodu açısından fark yoktur. Bu bulgularımızla kolorektal malignite düşünülen hastalara başlangıç uygulaması olarak sigmoidoskopi ile başlanması kolonoskopinin seçilmiş hastalara uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

**P183****Pelvik Radyoterapi Uygulanmış Sıçanlarda Kolorektal Anastomoz Üzerine Sarılan Amniyotik Membranın Anastomoz İyileşmesi Üzerine Etkisi**

Baha Arslan<sup>1</sup>, Mehmet Can Yakut<sup>2</sup>, Süleyman Özkan Aksoy<sup>3</sup>, Ali İbrahim Sevinç<sup>4</sup>, Mustafa Cem Terzi<sup>4</sup>, Mehtat Ünlü<sup>5</sup>, Hatice Şimşek<sup>6</sup>, Hilmi Feyzi Alanyalı<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Kemalpaşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Bornova Türkan Özlühan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>3</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>5</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>6</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

<sup>7</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onolojisi Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:**

Çalışmada, pelvik radyoterapi (RT) uygulanmış olan sıçanlarda kolon rezeksiyonu ve primer anastomoz sonrası anastomoz hattı üzerine sarılan amniyotik membranın (AM), anastomoz iyileşmesi üzerine olan etkisinin incelenmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışma başında 56 adet erkek Wistar Albino sıçanı dört ana gruba (I. Grup, sol kolon rezeksiyonu ve primer anastomoz; II. Grup, anastomoz sonrası AM; III. grup preoperatif fRT; IV. grup, preoperatif RT ve AM grubu) dağıtıldı. RT operasyondan sekiz ve dört gün önce toplam 20 Gy olacak şekilde genel anestezi altında uygulandı. İlk operasyonda tüm sıçanlara 1 cm'lik sol kolon rezeksiyonu ve primer anastomoz yapıldı. Gruplardaki tüm sıçanların yarısı üçüncü, diğer yarısı da yedinci günde analitik işlemler için genel anestezi altında reopere edildi. Vücut ağırlığı, abdominal yara iyileşmesi, intraabdominal adezyonlar, anastomoz komplikasyonları, anastomoz patlama basıncı, anastomoz patlama yeri kaydedildi. Histopatolojik inceleme için anastomoz hattı çıkarılarak patoloji laboratuvarına gönderildi. İstatistiksel veriler SPSS Data Editor For Windows Version 15.0 ile toplandı. Dört grup arasında Kruskal Wallis Varyans Analizi yapıldı, fark var ise farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Analizi uygulandı. Barsak patlama yeri açısından anlamlı fark olup olmadığı Ki Kare Analizi ile değerlendirildi.

**Bulgular:**

Takip edilen komplikasyonlarda gruplar arası istatistiksel bir fark görülmedi. Üçüncü gün grupları adezyon skoru ortalaması AM uygulanan gruplarda istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunurken (p<0.05) yedinci gün gruplarında anlamlı fark yoktu. Üçüncü ve yedinci gün gruplarında AM uygulanan gruplarda anastomoz patlama basıncı uygulanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek izlendi (p<0.05). AM uygulanmayan radyoterapili ve radyoterapisiz gruplarda ise anlamlı istatistiksel fark izlenmedi. Üçüncü gün gruplarında AM uygulanan deneklerin sadece birinde anastomoz hattından patlama izlenirken (p<0.05), AM uygulanmayan gruplarda ise anastomoz hattından patlama izlendi. Yedinci gün gruplarında ise bu karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlı değildi. Histopatolojik değerlendirmede üçüncü gün gruplarında hiçbir parametrede istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi. Yedinci

gün gruplarında ise nekrozun ve inflamatuvar eksudanın istatistiksel anlamlı olarak radyoterapili gruplarda fazla olduğu ve AM uygulanan grupta ise anlamlı yüksek olduğu görüldü (p<0.05). Yedinci gün grupları arasında granülasyon dokusu ve fibroblast miktarı ise radyoterapisiz AM'li grupta anlamlı yüksekti (p<0.05). Yedinci gün grupları arasında makrofaj miktarı ise AM'in uygulandığı her iki grupta da anlamlı düşük izlendi (p<0.05).

**Sonuç:**

Bu çalışmanın kaynaklandığı temel yıllardır çeşitli onarım tekniklerinde kullanılan AM'in preoperatif uygulanan RT'nin barsak anastomozu üzerine süregelen etkilerini azaltabileceği öngörüsüydü. Çalışmada yer alan gruplarda yara ve anastomoz komplikasyonlarının anlamlı farklılık göstermemesi ve klinik sonuçların benzer olmasına rağmen anastomoz patlama basınçlarının ister RT'li ister RT'siz gruplarda olsun AM ile artırıldığı izlendi. Ancak RT sonrası invivo bulgular ile invitro bulguların olumlu olarak örtüşmediği saptandı. Amniyotik membranın doku adezyonu iyi olduğu görülmekle beraber içeriğinin ne kadarının anastomoz üzerinde etkili olduğunun da ortaya konması gerekliliği görüşü ortaya çıktı. Uzun yıllar yara iyileşmesinde başarı ile kullanılan antibakteriyel ve düşük immüjenite özelliğine sahip inflamasyon ve skar oluşumunu azalttığı, anjiyogeneze izin vererek yara iyileşmesini hızlandırdığı bilinen AM'in ister RT'li ister RT'siz ancak yüksek riskli hastalarda kolon anastomozlarında erken dönem anastomoz kaçığına önlem olarak kullanılabilceğini düşünüyoruz. Bu sayede hastalara ilave sosyal ve cerrahi morbidite ilave eden saptırıcı stomanın da uygulanmaması sağlanabilir. Bu spekülasyonun ileride gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini ise kullanılan AM'in miktarının belirlendiği ve kullanıldığında ise uzun dönem sonuçlarına etkisinin ne olduğunun gösterildiği deneysel çalışmalar belirleyecektir.

**P184****40 Yaş ve Altı Hastalarda Görülen Kolorektal Kanserlerin Analizi**

Cengiz Tavusbay, Haldun Kar, Ahmet Er, Erdem Sarı, Kemal Atahan, Emine Özlem Gür, Erdiç Kamer, Mehmet Hacıyanlı

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Son zamanlarda 40 yaş ve altı hastalarda kolorektal kanser insidansının arttığı görülmektedir. 2007-2013 yılları arasında kliniğimizde kolorektal kanser nedeniyle opere edilen, 40 yaş ve altı hastalara ait demografik ve klinik verileri, tümörlerin histolojik özelliklerini ve sonlanımlarına ait bilgileri sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Mart 2007-Mart 2013 yılları arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanesi Genel Cerrahi ünitesinde kolorektal kanser nedeni ile opere edilen hasta sayısı 372 olup, bunların 16'sının (%4,3) yaşı 40 yaş veya daha altı idi. Bu hastalardan 13'i erkek(%81.2), 3'ü kadın (%18.8) olup yaş ortalaması 31,7(18-40) idi.

Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Bulgular:**

Toplam 16 hastanın 9'unda(%56.2)Lynch sendromunun tanı kriterleri mevcuttu. Tümör 7 hastada rektumda, 4 hastada sigmoid kolon, 4 hastada sağ kolon, 1 hastada ise sol kolonda lokalize idi.Histopatolojik olarak 8 hastada adenokarsinom, 6 hastada musinöz karsinom ve 2 hastada da taşlı yüzük hücreli karsinom saptandı. 11 hasta elektif koşullarda ameliyat edildi, acil olarak opere edilenlerin sayısı 6 idi. 8 hasta metastatik yada lokal ileri evre malignite nedeni ile kaybedildi. 7 hasta takip altındadır. Yabancı uyruklu bir hastamıza ise ulaşılammıştır.

**Sonuç:**

Bu çalışma bize 40 ve altı yaşlarda görülen kolorektal kanserlerin daha ziyade genetik olduğunu göstermektedir. Hastaların yaşam sürelerine bakıldığında ciddi farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıkların başta tümörün biyolojik davranışı olmak üzere, ilk tanı anındaki evresi, hastanın genel durumu gibi bir çok faktöre bağlı olduğu kanısındayız.

**P185****Rektum Adenokarsinomu ve Mide Gastro-İntestinal Stromal Tümör(GIST) Birlikteliği**Ömer Avlanmış<sup>1</sup>, Muharrem Öner<sup>2</sup>, Nadir Adnan Hacım<sup>1</sup><sup>1</sup>Özel Çamlıca Erdem Hastanesi<sup>2</sup>Özel Erdem Hastanesi**Amaç:**

GIST sindirim sisteminin en sık görülen mezenkimal tümördür. Son yıllarda GIST tedavisi dramatik bir şekilde değişmiştir fakat diğer gastro-intestinal tümörlerle birlikte olması cerrahi için özel bir durum teşkil eder. GIST ve diğer gastrointestinal tümör birlikteliğinde tanı genellikle cerrahi sırasında tesadüfen konulur.

**Olgu:**

Bizim iki adet olgumuz bulunmaktadır. İlk olgu 77 yaşında, mide corpus lokalizasyonlu GIST ve Rektum lokalizasyonlu adenokarsinom olan erkek hasta; ikinci olgu 71 yaşında, mide kardial lokalizasyonlu GIST ve Rektum lokalizasyonlu adenokarsinom olan erkek hastadır. Her iki hastanın tanısı ameliyat öncesi dönemde konulmuştur. Her iki hastanın da immunohistokimyasal inceleme sonrası GIST(c-kit, vimentin, SMA, s-100, CD34) ve adenokarsinom olduğu ortaya çıkarılmıştır.

**Sonuç:**

Son yıllarda GIST ve kolorektal adenokarsinom birlikteliği yapılan bildirilerle artmaktadır. Bize göre GIST rastlanan her olguda cerrahlar ameliyat öncesi ve ameliyat sırasında muhtemel gastrointestinal başka bir tümör olasılığını da akılda tutmalıdır. Hastaya doğru tanı konulması hastanın prognozuna ciddi şekilde etki yapmaktadır.

**P186****Kolonik Schwannoma**Muharrem Öner<sup>1</sup>, Ömer Avlanmış<sup>2</sup>, Nadir Adnan Hacım<sup>2</sup><sup>1</sup>Özel Erdem Hastanesi<sup>2</sup>Özel Çamlıca Erdem Hastanesi**Amaç:**

Gastrointestinal schwannomalar sindirim duvarının nöral pleksusunun schwann hücrelerinden gelişen iyi huylu sinir

kılıfı tümörleridir. Gastrointestinal mezenkimal tümör olarak sınırlandırılırlar ve sıklıkla midede bulunurlar. İzole olarak kolonda schwannom nadir olarak bildirilmiştir. Kadın erkek oranı eşittir ve ortalama yaş 50-65 dir. Ortalama tümör çapı çeşitli 0,9-10 cm olarak değişmektedir. Bazı hastalar tamamen asemptomatik olmakla birlikte semptomlar (karın ağrısı, kanlı dışkılama, kabızlık, GGK + liği) görülebilir.

**Olgu:**

Bizim olgumuz 57 yaşında erkek hasta, hastada son bir ay içerisinde gelişen karın ağrısı, karında şişlik, barsak alışkanlığında değişiklikler mevcuttu. Yapılan muayenesinde sağ alt kadranda ele gelen kitle mevcuttu. Yapılan BT de çekum lokalizasyonlu 53x48 mm boyutlarında kitle imajı, kolonoskopide çekumda submukozal kitle görüldü. Hastaya Gastrointestinal mezenkimal tümör ?, adenokarsinom? ön tanılarıyla laparoskopi yardımıyla sağ hemikolektomi yapıldı. Çıkarılan piyesin patolojik incelemesi sonucu submukozal kolonik schwannom olarak rapor edilmiştir.

**Sonuç:**

Gastrointestinal schwannom ve GIST' ler endoskopik olarak benzer görünümündedirler. Her iki tümör de gastrointestinal traktın duvarında lokalizedirler ve benzer büyüme patterni gösterirler. Ayırıcı tanı olarak gastrointestinal duvar kitlelerinde GIST, lejyona, adenokarsinom, leiomyom, inflamtuar miyofibroblastik tümör ve metastatik melanom düşünülmelidir. Bu sebeple schwannomun doğru olarak tanı konulması, malign veya malignite potansiyeli olan tümörlerden ayrılmasında önemlidir. Yayınlanmış bütün patoloji serilerinde schwannomlar biyolojik olarak iyi huyludur ve hastalar mükemmel prognoz gösterirler.

**P187****Rektum Kanserlerinde Çift Stapler Tekniği ile Low/Very Low Anterior Rezeksiyon****Ameliyatı Yapılan Olgularda Cleveland Klinik İnkontinans Skorlamasının Değerlendirilmesi**Savaş Yakan, Nazif Erkan, Ahmet Deniz Uçar, Erdem Cartı, Mehmet Yıldırım, Erkan Oymacı, Ali Coşkun, Durmuş Ali Çetin  
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği**Amaç:**

Anal inkontinans gaz ve/veya gaitanın istem dışı kontrolsüz olarak anüsten dışarı kaçırılmasıdır.Bu durum haftada 1 defa gaz kaçırmaktan gaz ve gaitanın hergün kaçırılmasına kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilmektedir. Bu çalışmamızda rektum kanseri nedeniyle çift stapler tekniği kullanılarak low/very low anterior rezeksiyon uygulanan olgularımızın anal inkontinans açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2008-Ocak 2013 yılları arasında İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde rektum kanseri nedeniyle çift stapler tekniği kullanılanlar low/very low anterior rezeksiyon yapılan 30 olgu Cleveland klinik inkontinans skorlaması kullanılarak operasyon sonrası takiplerinde inkontinans varlığı retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Olguların 17(%57)'si erkek 13(%43)'ü kadın olup yaş ortalaması 62(39-82) bulunmuştur.7(%23) olguya very low anterior rezeksiyon, 23(%77) olguya low anterior rezeksiyon operasyonu uygulanmıştır. Olguların TNM evrelemesi kullanılarak yapılan evrelendirmesinde 7(%23) olgu Evre 1, 8(%27) olgu Evre 2, 10(%33) olgu Evre 3, 5(%17) olgu Evre 4 olarak saptanmıştır. Olguların Cleveland klinik inkontinans skorlaması kullanılarak yapılan kontinans değerlendirilmesinde 24(%80) olguda tam kontinans (0 puan), 2(%7) olguda iyi kontinans (1-7 puan), 4(%13) olguda orta kontinans (8-14 puan) saptanmıştır.

**Sonuç:**

Çift stapler tekniği ile yapılan low/very low anterior rezeksiyon ameliyatlarımızda %87 oranında tam-iyi kontinans olduğu görülmüştür. Tarihi kontrol grubu ile karşılaştırıldığında %30'lara varan inkontinans oranı mevcudiyeti görülmüştür. Bu açıdan incelendiğinde low/very low anterior rezeksiyon uygulanan olgularda çift stapler tekniği kullanımının inkontinans açısından güvenilir bir yöntem olduğu kanısındayız.

**P188****Miks Tipte Nöroendokrin-Nonnöroendokrin Kolon Tümörü, Nadir Görülen Bir Olgu**

Muharem Öner<sup>1</sup>, Ömer Avlanmış<sup>2</sup>, Nadir Adnan Hacım<sup>2</sup>, Orhan Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Özel Erdem Hastanesi

<sup>2</sup>Özel Çamlıca Erdem Hastanesi

**Amaç:**

Kolorektal nöroendokrin tümörler sindirim sisteminin nöroendokrin hücrelerinden gelişen nadir tümörleridir. Patogenezi tam olarak anlaşılacakla birlikte son zamanlarda gelişen immunohistokimyasal metodların da yardımı ile epitelyal kolorektal tümörlerde endokrin komponent tanımlanmaktadır.Biz inen kolonda adenokarsinom komponentleri içeren, nadir görülen bir kolorektal nöroendokrin tümör olgusu sunacağız.

**Olgu:**

49 yaşında kadın hasta genel cerrahi polikliniğine rektal kanama ve makadda ağrı şişlik şikayetleri ile başvurdu. Yapılan muayenesinde grade IV internal hemoroid ve anal fissür mevcuttu. Kolonoskopide inen kolon seviyesinde proksimale geçiş izni vermeyen lümeni çevreleyen mukozası ödemli ve düzensiz alan izlendi ve biopsiler alındı.Biyopsi sonucu nöroendokrin tümör olarak rapor edildi. Hastaya sol hemikolektomi uygulandı. Piyesin patolojik incelemesi sonucu nöroendokrin komponentinin %80'ini oluşturduğu miks tipte nöroendokrin-nonnöroendokrin tümör olarak rapor edildi.

**Sonuç:**

Kolorektal nöroendokrin karsinoma tüm kolorektal malignitelerin %0,1-3,9'nu oluşturur. Bu hastada tümörün immunohistokimyasal tetkiki sonucu nöroendokrin komponentinin kromogranin ile zayıf, synaptophysin ile diffüz kuvvetli boyanma gösterdiği, Ki-67 proliferasyon indeksinin ortalama % 70 bulunduğuna ve adenokarsinom ile

birlikte olan miks tipte nöroendokrin- nonnöroendokrin tümör olarak rapor edildiği görüldü.Kolonik endokrin hücreler çok hızlı büyüme gösterdiğinden dolayı genellikle hastalar tanı esnasında ileri evrededir ve kötü prognoz gösterirler. Bizim hastamızda da lenfatik,venöz ve perinöral invazyon görüldü ve incelenen 25 adet lenf ganglionundan 16 tanesi malign olarak rapor edildi. Bu tip hastalarla ilgili olarak kabul edilmiş bir protokol yoktur.Hasta ilerlemiş kolorektal kanser olarak kabul edildi ve oksaliplatin,5-florourasil ve lökovirin kombinasyonu adjuvan kemoterapi olarak uygulanıyor. Hasta postoperatif 2.ayında takibi devam ediyor.

**P189****Kolorektal Kanserde İntraoperatif Radyoterapi Uygulanması**

İlknur Ergüner<sup>1</sup>, Nuran Beşe<sup>2</sup>, Bülent Yapıcı<sup>3</sup>, Bilgi Baca<sup>4</sup>, İsmail Hakkı Hamzaoglu<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul; Maslak Acıbadem Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümü, İstanbul

<sup>3</sup>Maslak Acıbadem Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Medikal Fizik Uzmanı

<sup>4</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul;Maslak Acıbadem Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

**Amaç:**

Lokal ileri ve nüks kolorektal kanserlerde optimum onkolojik cerrahi uygulansa bile lokal nüks riski bulunmaktadır. Radyal cerrahi sınır pozitifliği de hastanın lokal nüks oranını etkilemektedir. Lokal ileri veya nüks kolorektal kanserlerde bazı olgularda intraoperatif radyoterapi (IR) etkin bir tedavi olarak uygulanmaktadır. Bu bildiride kliniğimizde yeni uygulamaya başladığımız kolorektal kanserlerde intraoperatif radyoterapi uygulamasının teknik detaylarını sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Kolorektal kanser nedeni ile ameliyat edilen rezeksiyon sonrası cerrahi sınırı pozitif olan hastalara LIAC cihazı ile intraoperatif radyoterapi uygulandı

**Bulgular:**

Kasım 2012- Ocak 2013 tarihleri arasında sol kolon kanseri (n=1), nüks rektum kanseri (n=1) ve sigmoid kolon kanseri (n=1) nedeni ile toplam 3 erkek hasta ameliyat edildi. Ortanca yaş değeri 51 (45-55) idi. Bir hastaya sol hemikolektomi, distal pankreatektomi, splenektomi, diğer iki hastaya aşağı anterior rezeksiyon uygulandı. Rektum tümörü nedeni ile opere edilen hastada sakrum invazyonu nedeni ile Ro rezeksiyon sağlanamadı. Sol kolon kanseri nedeni ile opere edilen hastada pankreas, dalak ve sol kolon arasında kapalı perforasyon mevcuttu. Sigmoid kolon kanseri olan hastanın T4 tümörü mevcuttu ve pelvik girime yapışık idi. Ortalama hastanede kalış süresi 10 (7-19) gündü. Hastaların birinde pankreatik fistül gelişti. Fistül 1 ay sonra spontan kapandı. Ortalama takip süresi 3 ay olan hastaların takip ve tedavileri sorunsuz olarak devam etmektedir.



Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Sonuç:**

Nuqs ve lokal ileri T4 tumoru olan kolorektal kanserli hastalarda intraoperatif radyoterapi seçenekler arasındadır.

**P190****Rektum Kanserinde 6 Yıllık Cerrahi****Sonuçlarımız: Tek Merkez Deneyimi**

Süleyman Kargın<sup>1</sup>, Murat Çakır<sup>1</sup>, Ebubekir Gündes<sup>1</sup>,  
Tevfik Küçükartallar<sup>1</sup>, Yusuf Yavuz<sup>1</sup>, Didem Taştekin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Konya

**Amaç:**

Kolorektal kanserler tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Halen en çok görülen ve çok ölümlere yol açan 3. kanser türüdür. Rektal kanserlerin tedavisinde cerrahi çok önemli olmasına rağmen son zamanlarda cerrahi ve medikal tedavilerdeki gelişmeler multidisipliner yaklaşımları ön plana çıkarmıştır. Bu çalışmada rektum kanserinde kliniğimizin altı yıllık verileri retrospektif olarak değerlendirilmiş ve rektum kanserine yaklaşım, postoperatif takip, lokal kontrol ve sağ kalım verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2005- Mayıs 2012 yılları arasında rektum kanseri nedeniyle genel cerrahi kliniğimizde cerrahi tedavi uygulanan 238 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Operasyon sonrası 182 hastanın takiplerine ulaşıldı. Çalışmaya üst, orta ve alt rektum yerleşimli, küratif amaçlı cerrahi uygulanan hastalar alındı. Hastaların demografik özellikleri, neoadjuvan tedavi durumu, tümörün anal verge olan uzaklığı, tümör çapı, tümörün patolojik özellikleri, Astler and Collers sınıflamasına göre evresi, postoperatif kemoterapi ve radyoterapi, lokal nüks, metastaz ve sağ kalım parametreleri toplandı.

**Bulgular:**

Hastaların 135 (%56, 7)'i erkek, 103 (%43, 3)'ü kadın olup medyan yaş 61. 1 (24- 84) olarak bulundu. Tümör yerleşimi benzer dağılım göstermekteydi. En sık yapılan cerrahi 192 (% 80, 7) hastaya uygulanan aşağı anterior rezeksiyon + total mezorektal eksizyon (AAR + TME ) işlemiydi. Uygulanan operasyonlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Peroperatif görülen komplikasyonlar; 10 (% 4, 2) hastada sakral ven kanaması, 6 (% 2, 5) hastada vajen yaralanması, 6 (% 2, 5) hastada mesane yaralanması, 5 (% 2, 1) hastada üreter yaralanması ve 1 (0, 4) hastada ise iliak arter yaralanması saptandı. Postoperatif görülen komplikasyonlar; 20 (% 8, 4) hastada cerrahi alan enfeksiyonu, 14 (% 5, 9) hastada evantrasyon, 9 (% 3, 7) hastada anastomoz kaçağı, 2 (% 0, 8) hastada tromboemboli, 1 (% 0, 4) hastada evisserasyon ve 1 (% 0, 4) hastada ise parastomal herni saptandı. Postoperatif erken dönemde 12 (% 5) hastada mortalite izlendi. Vakaların histopatolojik açıdan değerlendirilmesi sonucu; 207 (% 87) hastanın patoloji sonucu adenokarsinom olarak geldi (Tablo1). Ortalama tümör çapı 4, 7 (1- 16) cm idi. Proksimal cerrahi sınır 5-8 cm arasında değişmekteydi. Distal cerrahi sınır 169 (% 71) hastada 2 cm üzerinde iken 69 hastada 2 (% 29) cm altında idi. Ancak 1cm'den daha yakın tümör sınırı yoktu. Tümörlerin 189'unda grade bilgisine ulaşılabildi. Bunların 58 (% 30, 7)'i grade 1,

129 (% 68, 2)'ü grade 2 ve 2 (% 1, 1)'si ise grade 3 idi. 131 (% 55) hastada metastatik lenf nodu sayısı 0 (N0), 56 (% 23, 5) hastada 1-3 (N1), 51 (% 21, 5) hastada ise 4'den fazla (N2) olarak tesbit edildi. Neoadjuvan tedavi görmeyen hastalarda minimal 12 adet lenf nodu çıkarılmıştı. Hastaların uzun dönem takip sonuçları tablo-2 de görülmektedir.

**Sonuç:**

Kolorektal kanserler batı dünyasında halen en çok görülen ve kansere bağlı en çok ölüme yol açan kanserler arasındadır. Genellikle 7. dekatta siktir. 40 yaşın altında görülme oranı %2-4 tür. Bizim serimizde de hastaların klinik özellikleri literatürle benzerlik göstermekteydi. 40 yaş altı hasta oranımız %7.5 olup literatürün biraz üzerindeydi. Rektum tümörlerinin tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Neoadjuvan kemoradyoterapinin tümör regresyonu sağlama, sfinkter koruyucu işlemlerde artışa yol açması ve evre küçültücü özelliği sayesinde tümör rezektabilitesinde artış gibi yararları kanıtlandı. Kliniğimizde neoadjuvan tedavi planladığımız 19 hastaya neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi planladık. Opere ettiğimiz hastalarımızdan 3'ünde tümör radyolojik olarak tamamen ortadan kalktı. 8 hastamızda ise evre küçültücü olarak tümör rezektabl hale getirildi. 3 hastamızda tümör boyutunda anlamlı küçülme sağlanarak sfinkter korucu işlem yapıldı. 5 hastada ise anlamlı tümör regresyonu görülmedi. Bu hastalardan 3 ü inoperabl kabul edilerek kolostomi açıldı. 2 hasta ise küratif rezeksiyon ve karaciğer metastazektomi yapıldı. Rektum kanserinde tedavinin en önemli basamağı cerrahidir. Cerrahi lokal eksizyondan abdomino perineal rezeksiyona kadar geniş bir yelpaze içerir. Küratif rezeksiyon için kabul edilen teknik "total mezorektal eksizyon (TME)" dur. Martling ve ark. TME sonrası %96 'lara varan temiz cerrahi rezeksiyon marjı elde edildiğini göstermiştir. Kliniğimizde hastaların %80,7 aşağı anterior rezeksiyon + TME ve %19,3'üne miles operasyonu uygulandı (Tablo1). Çalışmamızda da vakaların %87 sinin patoloji sonucu adenokarsinom olarak geldi. Tümör lokalizasyonu en çok alt rektum (%34) da görüldü. Buna rağmen miles ameliyatımızın oranının (%15,1) aynı derece yüksek olmaması kliniğimizin daha çok sfinkter koruyucu cerrahiye eğiliminin olmasındandır. Ancak temel prensibimiz onkolojik olarak yeterli cerrahi uygulamaktır. Rektum kanserlerinde cerrahi sonrası adjuvan tedavinin belirlenmesinde evreleme önemlidir. Evre 1 tümörler için sadece cerrahi yeteriyken lokal ileri evre tümörlerde adjuvan kemoradyoterapi lokal nüksü ve hastalısız sağkalımı önemli oranda etkilemektedir. Kliniğimizde evrelemede Astler ve Coller sınıflama sistemini kullanmaktayız (Tablo1). Sonuç olarak rektum kanserleri multidisipliner yaklaşımla daha etkin tedavi edilebilmekte ve yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır. Hastalığın lokal ve bölgesel kontrolü açısından pre- veya postoperatif eş zamanlı kemoradyoterapi uygulamaları ve total mezorektal eksizyonun tedavide kullanılması daha üstün sonuçlar ortaya çıkarmaktadır.

**Tablo-1:**Hastaların Klinik Özellikleri

Klinik Özellikler	Hasta Sayısı n= 238	%
Lokalizasyon	Üst Rektum	81 %34.1
	Orta Rektum	63 %26.4
	Alt Rektum	94 %39.5
Operasyonlar	AAR +TME	140 %58.8
	Miles Op.	38 %16
	AAR + TME	33 %13.8
	+Kor.İleostomi	
	Lap. AAR + TME	19 %7.9
	Pull Through	7 %2.9
Patolojik Tanı	Lap.Miles op.	1 %0.4
	Adenokarsinom	207 %87
	Müsinöz Adenokarsinom	26 %11
	Melanom	3 %1.2
	Taşlı Yüçük H.li	1 %0.4
	Karsinom	1 %0.4
	GİST	1 %0.4
Stage (Asler ve Coller)	A	3 %1.2
	B1	43 %18.1
	B2	102 %42.8
	C1	15 %6.3
	C2	75 %31.5

**Tablo-2:**Uzun Dönem Sonuçları

Parametre	n= 182	N (%)
Metastaz (n= 56)	Karaciğer	40 (%22)
	Akciğer	29 (%16)
	Kemik	20 (%11)
Nüks		14 (%7)
Mortalite		36 (%19.7)
Ortalama takip süresi (ay)		27 (6-80)

**P191****Perianal Bölge Hastalıklarında Endoanal USG'nin Tanısal Değeri**

Mehmet Kamil Yıldız<sup>1</sup>, Hasan Abuoğlu<sup>1</sup>, Cengiz Eriş<sup>1</sup>, Mehmet Odabaşı<sup>1</sup>, Erkan Özkan<sup>1</sup>, Emre Günay<sup>1</sup>, Bülent Kaya<sup>2</sup>, Ferdi Cambaztepe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Endoanal ultrasonografi (EUS) anorektal bölge hastalıklarında önemli bir tanı aracıdır. Anorektal malignitelerin evrenmesi, anal inkontinans, perianal fistül ve apse gibi benign patolojilerde EUS sıklıkla kullanılır. Kliniğimizde EUS uyguladığımız hastaları sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde benign ve malign anorektal hastalıklar nedeni ile EUS yapılan hastaların bilgileri incelendi. Hastaların yaş,cinsiyet preoperatif şikayetleri, EUS bulguları, rektosigmoidoskopi, Pelvik MR tetkikleri kayıt edildi. Sonuçlar SPSS 17 programı ile değerlendirildi.

**Bulgular:**

Çalışma periodunda toplam 17 hastaya EUS uygulandı. Hastaların 9'u kadın 8'i erkek idi. Hastaların yaş aralığı 26-80 arasında idi (Ortalama:49.8). EUS, hastaların 5'inde

rektum kanseri evrelemesi, 8'inde sfinkter fonksiyonlarının değerlendirilmesi, 3'ünde benign kitle değerlendirilmesi, 1'inde perianal apse şüphesi ile yapıldı. Rektum kanseri nedeni ile yapılan EUS incelemeleri patolojik sonuçlar ile uyumluydu. Anal sfinkter değerlendirilmesi anal inkontinans şikayeti olan hastaların 7'sinde internal ya da eksternal sfinkterde defekt şeklinde görüntüledi.

**Sonuç:**

EUS rektal tümörlerin evrelemede ve anal sfinkterlerin değerlendirilmesinde önemli bir tanı aracıdır.

**P192****Mide Nöroendokrin Tümörü ve Rektum Adenokarsinoma Birlikteliği, Nadir Görülen Bir Olgu**

Ömer Avlanmış<sup>1</sup>, Muharrem Öner<sup>2</sup>, Nadir Adnan Hacım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Özel Çamlıca Erdem Hastanesi

<sup>2</sup>Özel Erdem Hastanesi

**Amaç:**

Midede görülen malign neoplazmların tamamına yakını adenokarsinomlar oluşturur. Nöroendokrin tümörler % 1'den azını teşkil eder. Midede bulunan entrokromafin-like (ECL) hücreler gastrinin etkisi ile asit salınımını sağlayan histamini salgırlar. Dolaşımdaki gastrin salınımının sürekli yüksek olduğu durumlarda yüksek differansiyasyon derecesine rağmen bölünme yeteneğini koruyan ECL hücrelerinde mitotik aktivite artarak önce diffüz sonra mikronodüler hiperplazi ortaya çıkar. Bu durum midenin nöroendokrin tümörleri için öncü lezyon olarak kabul edilir. Midenin nöroendokrin tümörleri diğer organlarına nazaran sessiz seyredir. Barsak nöroendokrin tümörlerinin aksine klasik karsinoid sendrom nadir olarak izlenir. Biz olgumuzda rektum adenokarsinomu ile mide nöroendokrin tümörünün birlikteliğini tespit ettik ve sunmaya karar verdik.

**Olgu:**

63 yaşında olan erkek hasta rektal kanama, anemi, epigastik ağrı ve kilo kaybı nedeniyle başvurduğu gastroenteroloji polikliniğinden, kolonoskopi ve gastroskopi sonuçları ile cerrahi polikliniğine gönderildi. Hastanın yapılan kolonoskopisinde rektumda 12 cm'de, gastroskopisinde korpusunda diminitif tarza polipoid kitleler tespit edildi. Yapılan patolojik inceleme sonucu rektumda adenokarsinom ve mide korpusunda iyi differansiye nöroendokrin tümör olarak rapor edildi. Hastaya rektum tümörü nedeni ile low-anterior rezeksiyon yapıldı ve midedeki lezyon için polipektomi yeterli görüldü ve takip kararı alındı. Hastanın yaklaşık 1 yıl sonra yapılan kontrol gastroskopisinde midede yaygın korpus ve fundus lokalizasyonunda yaygın polipoid lezyonlar görüldü, yapılan patolojik incelemede nöroendokrin tümör gelmesi üzerine hastaya total gastrektomi yapıldı. Çıkarılan midenin patolojik inceleme sonucu yaygın ECL hiperplazisi ve polipoid lezyonlarda iyi differansiye nöroendokrin tümör grade I olarak rapor edildi.

**Sonuç:**

Midenin nöroendokrin tümörleri nadir görülen neoplazilerdir. Biz bu hastada rektum tümörü ile birlikte görülmesi sebebiyle ilginç bir olgu olarak düşündük ve yayınladık. Midenin

nöroendokrin tümörlerinin tedavisinde 2 cm' in altındaki birden fazla olmayan poliplerin polipektomi ile tedavisi önerilir. Bizim olgumuzda hasta polipektomi ile takip edildi. Yapılan takipleri sonucu 1 yıl sonra midede yaygın polipler görülmesi sonucu total gastrektomi kararı alındı. Biz mide nöroendokrin tümörlü hastalarda uygun vakalarda polipektomi yapılmakta birlikte hastanın prognozu açısından yakın takibinin yapılması gerektiğini ve cerrahi tedavinin de uygun endikasyonlarda uygulanmalı olduğunu düşünüyoruz.

### P193

#### Kolorektal Cerrahi Sonrası Erken Dönem Stoma Komplikasyonları

Fazilet Erözgen, Muzaffer Akıncı, Suat Benek, Ahmet Kocakuşak, Mehmet Gülen, Adem Duru, Adnan Hut, Celal Kızılkaya, Ertuğrul Gazi Alkurt, Bahri Özer, Cihad Tatar, Rafet Kaplan  
*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

#### Amaç:

Karsinom tanısıyla kolorektal cerrahi operasyon geçiren hastalarda çeşitli endikasyonlarla ostomi açılmaktadır. Bu ostomilerin bir kısmı kalıcı, bir kısmı da geçici olarak yapılmaktadır. Ancak gerek geç dönemde, gerekse erken postoperatif dönemde reoperasyon gerektirebilecek komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Bizde kliniğimizde postoperatif erken dönemde operatif olarak tedavi etmek zorunda kaldığımız sorunları paylaşmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

2008 ocak-2012 ocak ayları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma hastanesi genel cerrahi kliniğinde kolorektal kanser tanısı ile opere olmuş toplam 162 hastadan 46 hastaya stoma açılmıştır.

#### Bulgular:

46 hastanın 17 tanesine geçici ileostomi, 15 hastaya miles operasyonu nedeniyle end kolostomi, 14 hastaya ise loop kolostomi operasyonu uygulanmıştır. Bu hastaların 4 tanesinde postoperatif erken dönemde stoma komplikasyonu gelişmiştir. (ilk haftada) Postoperatif 3. günde miles operasyonu bir hastada retraksiyon gelişmiş stoma loju serbestleştirilerek tekrar stoma revizyonu gerçekleştirilmiştir. 2 hasta da postoperatif 7-8. günlerde ostomi nekrozu olmuş, birinde batın açılarak ostomi revize edilmiştir. 1 hastada postoperatif 5. güne kadar devam eden stoma etrafı kanama kan replasmanı ve anestezi altında kanama kontrolü ile tedavi edilmiştir.

#### Sonuç:

Bu tip erken komplikasyonların varlığı literatürde mevcut olmakla birlikte sadece stoma retraksiyonu için %1-8 gibi bir oran verilmektedir. Bizim serimizde gelişen komplikasyonlar terminal sigmoidostomilerde gözlenmiş (162/4) hastaların 65 yaş üzeri ve komorbid hastalıklara sahip kişilerde oluştuğu tespit edilmiştir.

### P194

#### Rektum Adenokarsinomlarında Lenf Nodu Tutulumuna Etkili Faktörler

Sedat Kamalı<sup>1</sup>, Gülçin Harman Kamalı<sup>2</sup>, Fazıl Sağlam<sup>1</sup>, Nezhat Elmali<sup>1</sup>, Nüvit Duraker<sup>1</sup>, Seracettin Eğin<sup>1</sup>, Metin Yeşiltaş<sup>1</sup>, Berk Gökçek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SB Okmeydanı EA Hastanesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>SB Okmeydanı EA Hastanesi Patoloji

#### Amaç:

Rektum adenokarsinomlarında lenf nodu tutulumu önemli prognostik faktörlerden birisidir. Tedavi seçiminde yön belirleyicidir. Bu çalışmada hastanemizde ameliyat edilen hastalarda lenf nodu tutulumuna etki eden özellikleri belirlemeğe çalıştık.

#### Gereç-Yöntem:

SB Okmeydanı EA hastanesinde 2006-20112 yıllarında ameliyat olmuş ve kayıtlarına ulaşılabilen, en az 12 adet lenf nodu çıkartılmış, rektum adenokarsinom tanısı almış 166 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.

#### Bulgular:

63 kadın (%38), 103 erkek (%62) hastanın yaş ortalaması 62,7 yıl (22-93 SD14,3) dı. Bu hastalarda tümörün en uzun boyutu ortalama 48,7 mm (15-160 SD 20,2) ölçülmüş olup median 16 lenf nodu (12-36) eksize edilmişti. Hastaların 86 tanesinde (%51,8) lenf nodu tutulumu görülmüştü. 11 hastada (%6,6) tümör perfore olmuştu. Tümörlerin 19 u (%11,4) iyi diferansiyeli, 136 sı (%81,9) orta diferansiyeli ve 11 i (%6,6) kötü diferansiyeli tümörlerdi. 150 tümörde (%90) müsin görünümü %50'den az, 16 sında (%10) %50'den çoktu. 30 hastada (%18,1) rektumun diğer bölümlerinde polip izlenirken, tümör dokusunda sinir invazyonu 37 hastada (%22,3), lenfovasküler invazyon 43 hastada (%25,9) saptanmıştı. Lenf nodu tutulumu ile ilişkili faktörler tek tek araştırıldığında; hastanın yaşı, tümörün 'T' evresi, hücre diferansiyasyonu (grade), müsinöz komponentin %50 çok bulunması, perforasyon varlığı, diğer rektum mukozasında polip varlığı gibi faktörlerin lenf nodu tutulumunda etkili olmadığı görüldü. Ancak tümörün en uzun boyu (MannWhitneyU p:0,032), sinir ve lenfovasküler tutulumun (Khikare p<0,0001) lenf nodu tutulumunda etkili olduğu bulundu. Tüm bu faktörlerin birlikte değerlendirildiği lineer regresyon analizi ile de tümör boyu ve sinir-lenfovasküler invazyonun bağımsız olarak lenf nodu tutulumunda etkili olduğunu gördük.

#### Sonuç:

Bir çok çalışmada hücre diferansiyasyon tipi, müsin komponentinin fazla olması, sinir-lenfovasküler invazyon varlığı kötü prognostik faktörler olarak bildirilmiştir. Tümör boyutu bu faktörler arasına eklenebilir, bunun için yapılacak sağ kalım çalışmaları destekleyici olacaktır.

**P195****Kolonda Nadir Görülen Ekstramedüller Plazmasitom Olgusu**İsmail Zihni<sup>1</sup>, Rafet Dinç<sup>1</sup>, Sibel Canpolat<sup>2</sup>, Fevzi Cengiz<sup>1</sup>, Adam Uslu<sup>1</sup><sup>1</sup>İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği  
<sup>2</sup>İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği**Amaç:**

Kolonda nonobstrüktif kitle nedenleri arasında çok nadir görülen, sıklıkla akla pek gelmeyen nedenlerden biri de ekstramedüller plazmasitomlardır. Plazmasitomlar plazma hücrelerinin anormal proliferasyonu sonucunda oluşurlar. Sistemik tutulum varlığında multipl miyelom olarak adlandırılırlar. Nadir olarak ise (%4) ekstramedüller alanlarda görülürler, sıklıkla üst solunum yolunu tutarlar. Ekstramedüller plazmasitomlar nadir olarak gastrotintestinal sistemi tutarlar. Bu olguda gastrotintestinal kitleye neden olan nadir görülen ekstramedüller plazmasitomların nadir tutulum şekli olan inen kolonda plazmasitoma olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:**

54 yaşında erkek hasta karın ağrısı, halsizlik nedeni ile hastanemiz acil servisine başvurmuştur. Olgunun hikayesinde ağrının 4 aydır olduğu ve karın sol yan tarafına yayılım gösterdiği, barsak alışkanlıklarında değişiklik olmadığı, rektal kanamasının olmadığı ve hastaneye başvurusu öncesinde bilindik bir sağlık problemi olmadığını öğrenildi. Fizik muayenesinde barsak sesleri normoaktif, palpasyonla; batında defans-rebound saptanmadı, sol alt kadranda yaklaşık 10 x 5 cm boyutlarında düzgün sınırlı kitle palpe edildi, rektal tuşede normal gaita bulaşı saptandı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar hemogloblin 9.7 mm3, hemotokrit 29.9 mm3, platelet 440 mm3, kalsiyum 13.9 mg/dl, fosfor 2.5mg/dl idi. Çekilen ayakta direk batın grafisinde hava-sıvı seviyesi saptanmadı, batın ultrasonunda batın içinde sol lomber bölgede sol böbrek alt polüne yakın 11 x 6 x 4.5 cm. boyutlarında, lobule konturlu, içerisinde gaza ait lineer ekojenitelerin izlendiği heterojen kitle tespit edilmiştir. Batın tomografisinde bu kitle splenik fleksura distalinde 13-14 cm uzunlukta bir segmentte çevre yağ dokusuna infiltrate eden annuler tarzda duvar kalınlaşmasına yol açan malign kitle olarak değerlendirilmiştir. Çekilen toraks ve tüm batın tomografisinde kemik yapılar normal olarak değerlendirildi. Acil patoloji saplanmayarak poliklinik takibine alınan hastanın yapılan kolonoskopide inen kolon distalinde yaklaşık 6-7 cm'lik bir segmenti annuler tarzda saran enflame ülser polipoid kitle tespit edilmiştir. Kitleden alınan biopsinin iminohistokimyasal (İHK) incelemesinde sitokeratin (zayıf, fokal +), EMA(-), CD3(-), CK7(-), CK20(-), LCA(-), CD20 (-), CD99(-), sinoptafizin(-), kromogranin(-) tespit edilmiş ve inceleme sonucu "İndiferan maling" tümör olarak rapor edilmiştir. Metastaz taramalarında patoloji saptanmayan hastanın tümör belirteçlerinden Karsinoembriyonyonik Antijen ve CA-19-9 normal idi. Elektif ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda batın sol alt kadranda karın duvarına invaze olmuş, Treitz ligamanından itibaren yaklaşık 60 cm de ve ileoçekal valve 100 cm proksimalde ince bağırsakları içine alan, inen kolonu tutmuş, omentum majusta kitle yapmış, yaklaşık 20x20 cm boyutlarında tümöral kitle tespit edildi. Sol told

fasyası açıldığında kitlenin psoas kasını penetre ettiği ve retroperitoneal alanı doldurduğu saptandı. R0 rezeksiyon sonrası ince barsak ve inen kolon barsak anastomozları yapıldı. Ameliyat sonrası anastomoz kaçağı gelişen hasta sepsis nedeni ile postop 35. günde exitus oldu. Çıkarılan spesmenin patolojik incelemesinde kitlenin submukozal yerleşimli plazma hücreli miyelom olduğu, boyutlarının 19x 14.5x 9 cm, 55 lenf düğümünden 4'ünde tutulum izlendiği ve cerrahi sınırların salim olduğu raporlanmıştır. İHK incelemede CD38(+), CD138 (+), CD3(-), lambda(+), kappa(+), NSE fokal(+), Ki67 %2(+), CD99(-), CyclinD1(-), CK20(-), CD20(-), LCA(-), CD5(-), kromogranin (-) olarak bildirilmiştir.

**P196****İntraoperatif Pet-Prob Kullanımı ile Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Nüks Peritoneal Metastazların Saptanması**Selman Sökmen<sup>1</sup>, Aras Emre Canda<sup>1</sup>, Recep Bekiş<sup>2</sup>, Emre Direk<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir  
<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir**Amaç:**

Peritoneal metastazların preoperatif radyolojik olarak saptanması güçtür. PET-prob ile ameliyat sırasında, preoperatif radyolojik incelemelerde gösterilememiş tümör nodülleri saptanabilir ve hastalık yayılımı yeniden skorlanabilir. Bu çalışmada rektum kanserine bağlı nüks peritoneal karsinomatoz nedeni ile ameliyat ettiğimiz iki olguda intraoperatif PET-prob uygulama deneyimimizi sunmaktayız.

**Olgu:**

Birinci olguda preoperatif PET-BT ile 6 nüks peritoneal metastaz saptanmışken intraoperatif PET-prob kullanımı sonucu 9 odak bulduk. Bu hastada PET-prob kullanımı ayrıca preoperatif PET-BT ile tanımlanan lezyonların bulunmasını kolaylaştırdı. İkinci olgu PET-prob yardımı ile preoperatif PET-BT de karın duvarında tanımlanan alanın tam lokalize edilmesi sağlandı. Ayrıca bu hastada daha önce tanımlanmayan karaciğer metastazları intraoperatif olarak PET-prob yardımı ile saptandı.

**Sonuç:**

Nüks peritoneal karsinomatoz hastalarında, geçirilmiş cerrahilere bağlı oluşabilecek karın içi yapışıklıklar da göz önüne alındığında, intraoperatif PET-prob kullanımı lezyonların lokalize edilmesi ve tedavi planlamasında yardımcı bir yöntem olarak kullanılabilir.

**P197****Genç Hastalarda Kolorektal Kanser**Abdullah Kısaoğlu, Bünyami Özoğul, Sabri Selçuk Atamanalp, Mehmet İlhan Yıldırım, Gürkan Öztürk, Özgür Hakan Bulut  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum**Amaç:**

Kolorektal kanser insidansı 7. dekatta pik yapmakla birlikte vakaların %2-8'ini genç hastalar oluşturmaktadır. Kolorektal



*Antalya*

kanserler genç hastalarda genellikle daha ileri evrelerde tespit edilirler, musinöz komponent oranı daha yüksektir ve daha kötü prognoz gösterirler. Çalışmamızda son 6 yılda kliniğimizde kolorektal kanser tanısıyla opere edilen 40 yaş ve altı hastalar değerlendirildi.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmamızda Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Ocak 2007-Şubat 2013 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısı ile opere edilen 40 yaş veya altı toplam 28 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tümör lokalizasyonu, evresi, operasyon tipi ve patolojik özellikler retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:**

Hastaların 17'si (%60.7) erkek, 11'i (%39.3) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 31.7 yıl olup en genç hastanın yaşı 19 yıl idi. Hastaların başvuru anındaki en sık tespit edilen şikayetleri rektal kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklik, kronik karın ağrısı ve şişkinlik idi. Hastaların 25'inde kolonoskopi ile lezyon yeri tespit edilerek elektif cerrahi yapılmış, üçü ise radyolojik olarak ve fizik muayenede kolon obstrüksiyonu bulguları nedeni ile acil opere edilmişti. Operasyon sonrası histopatolojik olarak doğrulanan kolorektal tümörlerin yerleşim yerleri incelendiğinde; çekum ve çıkan kolonda 12 (%42.8) hasta, hepatik fleksura ve transvers kolonda 1 (%3.6) hasta, splenik fleksura ve inen kolonda 1 (%3.6) hasta ve sigmoid kolon, rektosigmoid ve rektumda 14 (%50.0) hasta tespit edildi. Tümör evresine göre yapılan değerlendirmede Evre I'de 1 hasta (%3.6), Evre II'de 2 hasta (%7.2), Evre III'te 10 hasta (%35.7) ve Evre IV'te 15 hasta (%53.5) mevcut idi. Hastaların 10'una low anterior rezeksiyon, 1'ine hartmann prosedürü, 1'ine sol hemikolektomi, 1'ine transvers kolektomi, 12'sine sağ hemikolektomi, 1'ine abdomino-perineal rezeksiyon işlemi uygulandı. İki hastada ise frozen pelvis olduğundan dolayı rezeksiyon yapılamamış kolostomi açılmıştır. Patoloji raporları incelendiğinde 1 hastada Burkitt lenfoma ve 11 hastada (%39.3) müsinöz tümör varlığı tespit edildi. Postoperatif erken dönemde 2 hastada yara enfeksiyonu gelişti, mortalite görülmedi.

**Sonuç:**

Genç kolorektal kanserli hastalarda müsinöz tümör oranları daha yüksektir. Rektal kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklik, kronik karın ağrısı ve şişkinlik gibi şikayetlerle müraacaat eden hastalara, genç olsalar dahi, kolorektal kanser şüphesi ile sigmoidoskopi ve/veya kolonoskopi yapılmalıdır.

**P198****Eritrosit Dağılım Genişliği (RDW) ile Kolon Kanserini Erken Tespit Etmek Mümkün mü?**

Serden Ay<sup>1</sup>, Mehmet Ali Eryılmaz<sup>1</sup>, Ahmet Okuş<sup>2</sup>, Ömer Karahan<sup>1</sup>, Barış Sevinç<sup>1</sup>, Recep Demirgöl<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Eritrosit dağılım genişliği (RDW) kan sayımında olan standart parametrelerden bir tanesidir. Sistemik inflamasyonda, kardiyometabolik olaylarda artış gösterdiği daha önceki çalışmalarda kanıtlanmıştır. Sistemik inflamasyona yol açan

*VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi*

solid tümörlerle ilişkisine ait çok az çalışma vardır. Biz bu çalışmada kolonun malign ve benign lezyonlarında RDW'nin ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2010- Ocak 2013 yılları arasında kliniğimizde histopatolojik olarak tanı konulmuş 115 kolon polipi (grup 1) ve 30 kolon kanseri (grup 2) olan hasta retrospektif olarak tarandı. Anemisi, hematolojik hastalığı, aktif enflamasyonu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların RDW, ortalama eritrosit hacmi (MCV), Hemoglobin (Hgb) ve Platelet (Plt) ölçümleri kaydedilerek kolonun benign ve malign lezyonlarıyla olan ilişkisi değerlendirildi.

**Bulgular:**

İki grup da yaş ve cinsiyet yönünden benzerdi. RDW anlamlı bir şekilde kolon kanseri olan hastalarda kolon polipi olan hastalara oranla yüksekti (p=0,01). MCV ve Plt değerleri bakımından her iki grupta da istatistiksel olarak fark yoktu (p>0,05).

**Sonuç:**

RDW solid tümörlerde önceden uyarıcı bir biyomarker olarak kullanılabilir. Ucuz ve kolay ölçülen RDW parametresi ile kolon malignitelerinin ilişkisini gösteren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**P199****Rektosigmoid Bölgede Aynı Segmentte Adenokarsinom ve GİST Birlikteliği**

Hakan Güzel<sup>1</sup>, Şahin Kahramanca<sup>1</sup>, Gülay Özgehan<sup>1</sup>, Serhat Tokgöz<sup>1</sup>, İbrahim Çolhan<sup>2</sup>, Köksal Bilgen<sup>3</sup>, Bahadır Celep<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Kurtalan Devlet Hastanesi, Siirt.

<sup>3</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ordu

<sup>4</sup>Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon

**Amaç:**

Kolorektal maligniteler, erkeklerde akciğer ve prostat, kadınlarda ise akciğer ve meme kanserinden sonra en sık görülen kanserlerdir. Etiyolojisinde coğrafi yerleşim, yaş, yağdan zengin ve posalı yiyeceklerden fakir diyet ve ailesel polipozis sendromları gibi birçok faktör rol oynamaktadır. Kolorektal kanserlerin çoğu sigmoid kolon ve rektumda yerleşir. Gastro intestinal stromal tümörler (GİST), gastrointestinal sistemi tutan, barsak duvarında bulunan intestinal pace maker hücrelerinin (interstisyel Cajal hücreleri) veya bu hücrelerin prekürsörlerinin neoplastik transformasyonundan kaynaklanan mezenkimal tümörlerdir. GİST görülme insidansı 2/100000 olup, görülme sıklığı 60 yaşta pik yapar. En sık yerleşim yerleri sırasıyla mide (%50), ince barsaklar (%20-30) ve kolorektal bölgedir (%5-10). Sigmoid kolonda kitle nedeniyle opere edilen ve bilgilerimiz ışığında literatürdeki ilk aynı rektosigmoid segmentteki adenokarsinom ve GİST birlikteliği saptanan hastayı sunacağız.

**Olgu:**

Yaklaşık 3 aydır ishal ve kilo kaybı, 1 haftadır defekasyon ilişkisiz parlak kırmızı renkte rektal kanama şikayeti olan 57 yaşındaki erkek hastanın yapılan kolonoskopisinde anal

kanalın 20. cm'de lümeni parsiyel kaplayan infiltre kitlenin biyopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlandı. Preoperatif dönemde hastanın Hgb değeri 14,4 gr/dl olup diğer kan parametreleri normal idi. Rektosigmoid tümör tanısıyla operasyona alınan hastada refleksiyonun 10 cm üzerinde yaklaşık 4x4 cm'lik ve bu kitlenin 2-3 cm distalinde yaklaşık 10x10 cm'lik senkron tümör saptandı. Hastaya mezorektal eksizyonla low anterior rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik incelemede rektosigmoid bileşkede adenokarsinom ve tümöral odağın 1 cm distalinde GİST saptandı. Hasta postoperatif 10. günde problemsiz taburcu edildi. Hastanın üç yıllık takibinde nüks bulgusu saptanmadı.

#### Sonuç:

GİST sıklığı gastro intestinal sitem (GİS) malignitelerinin ancak % 0,1-3'ü kadardır. GİS'de özefagustan anüse kadar birçok yerleşimde bulunabilirler. Benign ve malign karakter gösterebilirler. Malign özellikte olanlar en sık hematogen ve direkt yayılımla metastaz yaparlar. Prognozunda mitotik aktivite, nekroz varlığı ve tümör boyutu direkt etkilidir. Mezenkimal tümör grubunda yer alan GİST'in diğer mezenkimal tümörlerden ayırıcı tanısında son yıllarda birçok moleküler ve radyolojik yöntem kullanılmaya girmiştir. Sturgeon ve arkadaşları çalışmalarında en sık şikayetin karın ağrısı ve kanama olduğunu bildirmişlerdir. İncelediğimiz olgunun da ana semptomu taze kırmızı rektal kanama idi. Efstathios ve arkadaşları ile Agaimy ve arkadaşlarının da bildirdikleri üzere, çok nadir olmakla birlikte GİST, ek GİS malignitesi ile senkron tümör olarak insidental saptanır. Bizim olgumuzda da GİST insidental olarak saptanmış olup hastamızın yaşı literatür ile uyumlu tespit edilmiştir. Sonuç olarak GİS malignitesi saptanmış ileri yaştaki hastalarda preoperatif ve intraoperatif dönemde senkron GİST olasılığı akıldan tutularak şüpheli durumlarda ayrıntılı inceleme yapılmalıdır. Genelde senkron GİST'ler insidental saptandığından ve tedavi protokolleri tamamen farklı olduğundan histopatolojik preparatların incelenmesinde de özen gösterilmelidir.

#### P200

### Neoadjuvan Tedavi Alan Hastalarda Total Mezorektal Eksizyon Sonrası Koruyucu İleostominin Gerekliliği

Murat Çakır, Süleyman Kargın, Yusuf Yavuz, Mehmet Aykut Yıldırım, Ahmet Tekin, Tevfik Küçükkartallar  
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

#### Amaç:

Son elli yıldır rektum kanseri tedavisinde cerrahi ve adjuvan kemoradyoterapi(KRT) kullanımındaki gelişmeler bu hastalığın tedavisinde büyük ilerlemeler sağlanmıştır. Neoadjuvan KRT nin tümör regresyonu sağlama, sfinkter koruyucu işlemlerde artışa yol açması ve evre küçültücü özelliği sayesinde tümör rezektabilitesinde artış gibi yararları kanıtlandı. Neoadjuvan tedavilerdeki tüm gelişmelere karşın hastaların KRT alan hastalarda cerrahi sonrası komplikasyonlar ise hala tartışmalıdır. Klinik pratikte rektum kanserlerinde yaygın olarak kullanılan "total mezorektal eksizyon(TME)" prosedürünün lokal nüksü azalttığı ancak anastomoz kaçacağını artırdığı düşünülmür. Çoğu cerrahlar ise TME yapılan hastalara koruyucu ileostomi gerektiğine

inanmaktadırlar. Buna rağmen rektum kanserinde TME sonrası koruyucu ileostominin gerekliliği halen tartışmalıdır. Bu çalışmamızın amacı rektum kanseri için neoadjuvan KRT sonrası küratif cerrahi uygulanan hastaların koruyucu ileostominin gerekliliğinin araştırılmasıdır.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmamızda Ocak 2008 –Temmuz 2012 yılları arasında Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde rektum kanseri tespit edilen ve neoadjuvan KRT sonrası küratif olarak low anterior rezeksiyon ve TME uygulanan 19 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri rektum kanseri nedeniyle neoadjuvan kemoterapi, radyoterapi ya da herikisini de alan ve elektif şartlarda low anterior rezeksiyon + TME uygulanan hastalar idi. Neoadjuvan tedaviden 6-8 hafta sonra hastalar yatırıldı. Operasyondan iki gün önce lüfuziyet rejimi, purgatif özellikli süspanسیون ve mekanik barsak temizliği yapıldı. Operasyondan 45 dakika önce profilaktik olarak sefazolin+metronidazol kombinasyonu uygulandı. Hastalara klasik yöntemle low anterior rezeksiyonu ve TME işlemi uygulandı. Anastomoz sonrası tüm hastalara hava-su testi yapıldı. Operasyonlar farklı cerrahlar tarafından gerçekleştirildi. Bu nedenle cerrahın tercihine göre bazı hastalara koruyucu ileostomi açıldı. Hastalar koruyucu ileostomi açılması durumuna göre iki gruba ayrıldı. Grupların karşılaştırmalı istatistiksel analizinde nominal değerler için ki kare bağımsızlık testi; Sayısal değerler için Mann Whitney U testi kullanıldı. P<0.05 anlamlılık olarak kabul edildi

#### Bulgular:

Cerrahi öncesi 9 hastaya sadece radyoterapi; 10 hastaya ise eş zamanlı kemoradyoterapi verildi. Neoadjuvan tedavi sonrası LAR +TME planladığımız 19 hasta çalışmaya dahil edildi. 10 hastaya LAR+TME; 9 hastaya LAR+TME+koruyucu ileostomi işlemi yapıldı. İleostomi açılan hastaların yaş ortalaması 62.3(50-73) ve hastalardan 7'si erkek 2'si kadındı. İleostomi açılmayan grupta ise yaş ortalaması 59.8(45-75); hastalardan 7'si erkek 3'ü kadındı. Hastaların 14'ü ASA 1-2; 5'i ASA 3 olarak operasyona alındı. Operasyonda 7 hastada kanama nedeniyle ortalama 1.7 ünite kan kullanıldı. 1 hastada ise üreter yaralanması nedeniyle üreter onarımı ve double J kateter yerleştirilmesi yapıldı. Pre-postoperatif döneme ait bilgiler Tablo-1 de verilmiştir. Postoperatif 7 hastamızda komplikasyon gelişti. Koruyucu ileostomi açılmayan grupta iki hastada anastomoz kaçığı görülürken 4 hastada yara yeri enfeksiyonu 1 hastada postop ileus gelişti (tablo 2). 1 hasta reopere edilerek koruyucu ileostomi açıldı. Gruplar arasında postoperatif morbidite açısından anlamlı fark gözlenmedi (p>0.05). Postoperatif sepsis gelişen 1 hasta postoperatif 33.gün kaybedildi. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi her iki grupta 8.1 gün olarak bulundu. Piyeslerin immünhistokimyasal incelemesinde 17 hastanın sonucu adenokarsinom 2 hastanın müsinoz adenokarsinom olarak geldi.

#### Sonuç:

Rektum kanserinin temel tedavisi cerrahidir ve hastaların yaklaşık yarısı sadece cerrahi tedavi ile şifa bulabilir. Hastaların diğer yarısı ise yüksek lokal-bölgesel ve sistemik nüks riski nedeniyle neoadjuvan ya da adjuvan tedavilere ihtiyaç duyarlar.

Ancak neoadjuvan KRT sonrası cerrahi, komplikasyonlar nedeniyle hem cerrahın hem de hastaların korkusu olmaya devam etmektedir. Birçok yazar tarafından rektum kanserinde küratif rezeksiyon sonrası yapılan koloanal anastomozlarda anastomoz kaçağının önlenmesi için koruyucu ileostomi gerekliliği savunulmasına rağmen bu konu halen tartışmalıdır. Bu yazarlar neoadjuvan KRT nin anastomoz kaçağı için risk faktörü olduğunu düşünmektedirler. Biz bu çalışmamızda neoadjuvan KRT sonrası kliniğimize başvuran ve küratif cerrahi sonrası ileostomi açılan ve açılmayan hastaların klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık. Hastalarımızın sosyodemografik, klinik ve preoperatif özellikleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Rektum kanseri için yapılan ve TME ile birlikte küratif rezeksiyonlar sonrası yapılan anastomozlarda postoperatif anastomoz kaçağının önlenmesinde koruyucu ileostominin etkisi çok azdır. Gastinger ve ark. hastalarının %10.1 inde anastomoz kaçağı nedeniyle sekonder ileostomi gerektiğini; Mortalite oranlarının koruyucu ileostomi olanlarda %0.9; stomasız olanlarda %2 olarak rapor etmiştir. Ancak bazı çalışmalarda ise saptırıcı ileostomi yapılan hastalarda yapılmayanlara göre anastomoz kaçağının azaldığını desteklemektedir. Bizim çalışmamızda anastomoz kaçağı koruyucu ileostomi açılmayan grupta iki hastada gelişti. 1 hastada erken dönemde sekonder ileostomi gerekti. Ancak ileostomi açılan gruba göre morbidite açısından anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ). Buna rağmen ileostomi açılan grupta ortalama ameliyat süresinde artış gözlemlendi. Her iki grupta da hastanede kalış süreleri benzerdi. Literatürde rektum kanseri için küratif rezeksiyon sonrası koruyucu ileostominin gerekli olduğu bazı durumlar belirtilmektedir. Bunlar; Yüksek riskli hastalar ki bu grupta ASA3 ve 4 hastalar, acil cerrahi, koloanal anastomoz sonrası tam olmayan halka görülmesi ve hava-su testinin pozitif olması olarak sayılabilir. Nitekim TME yapılması, steroid kullanımı neoadjuvan tedavi, major intraoperatif hemoraji ve intrasfinkterik anastomoz yapılması anastomoz kaçağı için risk faktörleri olarak sayılabilir. Kliniğimizde rektum kanseri için koloanal anastomoz yaptığımız hastalara rutin olarak hava-su testi yapmaktayız. Hava-su testi pozitifliği, anastomoz sonrası tam halka görülmemesi, comorbid hastalığın olması, acil durumlar ve yüksek riskli hastalara koruyucu ileostomi planlıyoruz. Ancak neoadjuvan tedavi ya da TME yapılmasının anastomoz kaçağı için risk artışına yol açmadığı kanaatindeyiz. Sonuç olarak rektum kanserlerinde neoadjuvan tedavi sonrası küratif rezeksiyon uygulanan hastalarda güvenli anastomoz sonrası koruyucu ileostominin gerekliliği için daha geniş serilere ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

**Tablo-1:** Koruyucu ileostomi açılması durumuna göre hastaların operasyona ait veriler

		LAR+TME	LAR+TME+ ileostomi	P
Lokalizasyon	Üst	3	2	
	Orta	4	4	
	Alt	3	2	
ASA Skoru	1-2	7	7	
	3	3	2	
Ort Ameliyat Süresi /Dk.		148 dak.	163 dak.	$p>0.05$
Perop. Morbidite	Var	2	5	
	Yok	8	4	$p>0.05$
Postop. Morbidite	Var	3	4	
	Yok	5	5	$p>0.05$
Ort. Hastanede kalış süresi/ Gün		8.1	8.1	$p>0.05$

## P201

### Anal Malign Melanom (Olgu Sunumu)

Banu Ural, Hüseyin Gülay

Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD

#### Amaç:

Anorektal yerleşimli malign melanom ender görülen ve agresif seyirli bir tümördür. Bu bölgedeki malignitelerin %0.8-1'ini, tüm malign melanomların ise %0.7'sini oluşturur.

#### Olgu:

Bu çalışmada, rektal kanama ve dışkılamada zorlanma yakınması ile hastanemize başvuran 72 yaşında bir kadın anorektal malign melanom olgusu bildirilmekte. Abdominopelvik BT'de anal kanal düzeyinde solda ve posterior da en kalın yerinde 3.5 cm ölçülen asimetrik duvar kalınlaşması ve KC segment 3'de 2cm. metastatik kitle saptandı. Olgunun rektal biyopsisi malign melanom olarak rapor edildi. Miles operasyonu ve KC segment 3'deki lezyona enükleasyon uygulandı. Hasta halen KT almaktadır.

#### Sonuç:

Hasta halen takibimizde olup kemoterapi almaktadır.

## P202

### Familiyal Adenomatöz Polipozisli Olguda Agresif Seyreden Desmoid Tümör: Olgu Sunumu

Tuba Atak, Tunç Eren, İbrahim Ali Özemir, Barış Bayraktar, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi A.B.D.

#### Amaç:

Familiyal adenomatöz polipozis (FAP); gastrointestinal sistemde özellikle kolon ve rektumda çok sayıda adenomatöz poliplerin bulunması ile karakterize bir hastalık olup eş zamanlı veya sonrasında desmoid tümör ile birlikte görülebilmektedir. Bu yazıda, familiyal adenomatöz polipozis nedeniyle total kolektomi ve ileal J poş-anal anastomoz uygulaması sonrasında klinik takibi sırasında agresif büyüyen desmoid tümör tespit edilen 31 yaşında erkek olgunun sunulması amaçlanmıştır.

#### Olgu:

Otuzbir yaşında erkek hasta makattan kanama şikayetiyle başvurdu. Soygeçmişinde annesinde FAP nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Kolonoskopik incelemede inen kolon ve sigmoid kolonda daha fazla olmak üzere tüm kolon boyunca, değişik çaplarda ve çok sayıda polip izlendi. Poliplerden alınan biyopsilerin yüksek dereceli displazi olarak gelmesi üzerine total kolektomi, ileal J poş – anal anastomoz ile koruyucu loop ileostomi uygulandı ve iki ay sonra ileostomisi kapatıldı. Takibinin 10. ayında karında 14x23x27 cm boyutunda kitlesel lezyon tespit edildi. Tru-cut biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde desmoid tümör olarak değerlendirildi. Debulking cerrahisi uygulanan hasta postoperatif adjuvan imatinib tedavisi aldıktan dört ay sonra karın dışına uzanım gösteren kanamalı kitle şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede karının sağ kadrantlarını dolduran cilt dışına taşmış yaklaşık 45x50 cm boyutlarında eksülser kanamalı kitlesel lezyon görüldü. Cerrahi tedavi istemeyen hasta



onkolojik tedaviye yönlendirildi. Total kolektomi sonrası takibinin 23. ayında hasta ex oldu.

#### Sonuç:

FAP; otozomal dominant geçiş gösteren kalıtsal bir hastalık olup görülme sıklığı 1:10000'dir. Kolonda 100'den fazla polip görülmesi FAP tanısı için yeterlidir. Desmoid tümörler (DT) muskuloaponevrotik yapıların fibroblastik proliferasyonu ile karakterize, histolojik olarak selim, sıklıkla lokal invaziv tümörler olup rezeksiyon sonrasında yüksek nüks oranlarına (%20-30) sahiptirler. Genel olarak, DT sıklığının kadınlarda ve reproduktif çağda daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca oral kontraseptif kullanımı ve gebelikte sıklık artmaktadır. FAP'lı olgularda kolektomi sonrası 10 yılda kümülatif DT gelişme oranı %16 olup sıklıkla 1. ve 3. yıl içerisinde ortaya çıkmaktadır. FAP'ta mortalitenin en önemli iki nedeni kolorektal kanserler ve DT'dir. DT, FAP'lı hastaların %10-20'sinde görülmekte olup bu oran normal populasyona göre 852 kat daha fazladır. Esas tedavisi güvenli sınırlarla total rezeksiyondur. Ancak rezeksiyon sonrası DT nüksü %60-85 oranında bildirilmektedir. Daha az invaziv cerrahi prosedürler daha az komplikasyon ve daha az nüks oranı ile ilişkili iken agresif cerrahi girişimler daha fazla morbidite ile ilişkilidir. Obstrüksiyona neden olan durumlarda sıklıkla bypass prosedürleri tercih edilmektedir. DT'lerin neoplastik dokularında östrojen reseptör sayısı normal dokulara nazaran daha yüksek olduğu için tamoksifen tedavisine olumlu yanıt alınmaktadır. Ayrıca non-steroid antiinflamatuar ilaçların (sulindak, indometasin) tümör boyutunu küçültmede yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Semptomatik, irrezektabl ve agresif seyirli tümörlerde sitotoksik kemoterapotik ilaçlar (doksorubisin, karboplatin) tercih edilmelidir. Tümör rezeksiyonunun inkomplet olduğu olgularda tedaviye radyoterapi eklenmelidir. İmatinib de bir başka tedavi modalitesi olarak kullanılabilir. FAP tespit edilen kişiler desmoid tümör gibi kolon dışı maligniteler açısından mutlaka değerlendirilmeli ve klinik izlemede akılda tutulmalıdır.

#### P203

### Ameliyat Sonrası Üçüncü Yılda Gelişen

#### Enterokütöz Fistül: Olgu Sunumu

Eyüp Yeldan, Mehmet Akif Üstüner, Emrah Dadalı, Enver İlhan SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, zmir

#### Amaç:

Geç oluşan, malign hastalığa veya radyasyona bağlı fistüllerin spontan kapanma olasılığı çok düşüktür. Çalışmamızda kolon kanseri ameliyatı sonrası üçüncü yılda enterokütöz fistül gelişen olguyu sunduk.

#### Olgu:

67 yaşında erkek hasta, dört yıl önce akut apendisit ön tanısıyla explorasyon sırasında çekumda tümöral kitle, ciltte metastaz saptanması üzerine olguya kemoradyoterapi uygulanmış. Kemoradyoterapi sonrası olguya sağ hemikol ektomi+ileotransversostomi ve ciltten metastaz eksizyonu yapıldı. Histopatoloji sonucu kolon adenokarsinomu olarak rapor edildi. TNM sınıflaması pT3N0M0 idi. Cilt eksizyon materyalinin histopatolojisi ise granülasyon dokusu olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası üçüncü yılında cilt eksizyonu

alanında düşük debili gastrointestinal fistül gelişen hasta, son altı ayda iki kez subileus nedeniyle interne edildi. Kolonoskopi ve abdominal CT normaldi. Subileus tablosu medikal tedaviyle geriledi. İlerleyen zamanda fistülü kapanmayan hasta tekrar ameliyat edildi. Eksploreyonda ileotransverstomi hattında tümör rekurrensi olduğu, bu bölge ve proksimalindeki ileal ansların king oluşturularak batın sağ alt kadrana penetre olduğu ve burdan cilde fistülize olduğu görüldü. Anastomoz hattı ve batın sağ alt kadrandan intraoperatif biyopsi yapılarak "frozen section" çalışıldı ve sonuç malign olarak bildirildi. Olguya nüks tümör rezeksiyonu ve fistül traktı eksizyonu uygulandı. Histopatoloji sonucu kolon adenokarsinomu olarak rapor edildi. Olgu Onkoloji Konseyi'nde görüşüldü ve kemoterapi kararı alındı.

#### Sonuç:

Kolon rektum kanser ameliyatı geçirmiş, radyoterapi tedavisi almış hastalarda uzun süre sonra meydana gelen ve spontan kapanmayan düşük debili fistüllerde tümör rekürrensine bağlı fistül oluşumu da akılda tutulmalı ve görüntüleme yöntemleri normal olsa bile eksploreyasyon düşünülmelidir.

#### P204

### Spermatik Korda İnvaze Sigmoid Kolon

#### Tümörü: Olgu Sunumu

Mustafa Celalettin Haksal<sup>1</sup>, Murat Burç Yazıcıoğlu<sup>1</sup>, Çağrı Tiryaki<sup>1</sup>, Ali Çiftçi<sup>1</sup>, Zehra Boyacıoğlu<sup>1</sup>, Murat Coşkun<sup>1</sup>, Metin Kement<sup>2</sup>, Emel Canbay<sup>1</sup>, Selim Yiğit Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Amaç:

Bu çalışmanın amacı oldukça nadir görülen bir durum olan spermatik korda invaze kolon tümörlü bir hastayı sunmaktır.

#### Olgu:

Karın ağrısı ve makattan kanama şikayetleriyle polikliniğimize başvuran 56 yaşında erkek hastanın yapılan kolonoskopisinde sigmoid kolonda anal vergeden itibaren 25. cm. de başlayan ve lümeni çepeçevre saran ülserevejetan tümöral lezyon saptandı. Bu lezyondan alınan biopsilerin sonucu adenokarsinom olarak geldi. Çekilen batın tomografisinde sigmoid kolonda 7x8 cm. boyutunda kitle tespit edildi ve T3 olarak raporlandırıldı. Ameliyata laparoskopik olarak başlandı. Perop sigmoid kolonda yaklaşık 10x10 cm.lik tümörün batın ön duvarına ve sol spermatik korda invaze olduğu görüldü. Laparoskopik olarak tamamlanan ameliyatta anterior rezeksiyon+ sol spermatik kord rezeksiyonu+ sol orşiektomi uygulandı. Operasyon süresi yaklaşık 240 dakika idi. Operasyon sırasında 200cc kadar kanama oldu ve perop kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulmadı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastada 3. gün oral gıdaya geçildi ve hasta 5. gün taburcu edildi. Piyesin patolojik incelemesinde distal cerrahi sınır 6 cm. idi ve tamamı reaktif 32 lenf nodu çıkarıldığı tespit edildi.

#### Sonuç:

Spermatik korda invaze kolon tümörü oldukça nadir görülen bir durumdur. Bizim vakamızda da olduğu gibi bu tür durumlarda ameliyatın laparoskopik olarak tamamlanabileceği kanaatindeyiz.



Antalya

**P205****Poliposis Coli Trajedisi; İleus+Çekum Perforasyonu→Metakron Kanser Gelişimi→Lokal Nüks. Lokal Nüks Tedavisinde Posterior Pelvik Ekzenterasyon ve Sakrektomi**Ahmet Oğuz Hasdemir<sup>1</sup>, Cem Azılı<sup>1</sup>, Bahadır Celep<sup>2</sup>, Serkan Şengül<sup>3</sup>, İbrahim Çolhan<sup>4</sup>, Yasin Uçar<sup>5</sup>, Burak İrem<sup>1</sup>, Tevfik Hadi Küçükpınar<sup>1</sup><sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon<sup>3</sup>Alanya Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya<sup>4</sup>Kurtalan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Siirt<sup>5</sup>Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara**Amaç:**

Dünyada her yıl bir milyon insan kolorektal kanser(KRK) tanısı almaktadır. Kolorektal tarama programlarıyla hastaların riskleri belirlenip, erken tanı ve tedavisi sağlanabilir. Daha önce KRK rezeksiyonu yapılan hastalarda ise metakron primer kanser %1,5-3 oranında gelişmektedir. İkincil kanserlerin erken tanısı için hastanın yakın takibi ve kolonoskopik tetkiki gereklidir. Yüksek risk altındaki hastalara koruyucu ekstensif girişimler (proktokolektomi vb.) planlanabilir. Bu çalışmada polipozis koli zemininde primer sağ kolon ve metakron primer rektum kanseri gelişen bir hasta sunuldu. Hastanın takip ve tedavisinin hemen her aşamasında hasta ve/veya hekim kaynaklı eksiklikler barındıran bu sürecin sorgulanması amaçlandı.

**Olgu:**

43 yaşında kadın hasta perinedeki yaradan kanlı akıntı, insizyon yerinden barsak içeriği ve vaginasından idrar gelmesi yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın öyküsünde; hastaya 2004 yılında sağ kolon tümörüne bağlı (adenokarsinom) çekum perforasyonu nedeniyle acil olarak sağ hemikolektomi ve ileostomi yapıldığı, ileostomisinin 2005 yılında kapatıldığı ve hastanın 6 kür FUFA kemoterapisi aldığı; daha sonraki takiplerinde kolonda multipl polip saptanması üzerine hastaya total kolektomi ileorektal anastomoz (Mart 2008) operasyonu yapıldığı; Ocak 2010'da rektumda metakron ikinci primer rektum kanseri (iyi diferansiye adenokarsinom) gelişmesi üzerine abdominoperineal rezeksiyon yapıldığı öğrenildi. Bu ameliyatta tümörün çevre vasküler dokulara invazyonu nedeniyle R0 rezeksiyon sağlanamadığı ameliyat notundan anlaşıldı. Bu operasyonu takiben hastanın kemoradyoterapi (4 kür FOLFOX kemoterapisi) aldığı, sonrasında da insizyon yerinden düşük debili entero-kutanöz fistül ve uretra-vaginal fistül geliştiği öğrenildi. Hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın mart 2011'de tarafımızca yapılan muayenesinde; nüks pelvik kitle, enterokutanöz fistül, üetrovaginal fistül saptandı. Hastanın vaginal muayenesinde posterior vagen duvarını infiltre eden sakruma invazyon gösteren fiks kitle tespit edildi. Hastanın 18 fdg PET-CT'sinde pelvis içersinde SUVmax'ı 15,9 olan kitle saptandı. Uzak metastaza ait olabilecek tutulum yoktu. Hastaya pelvik lokal nükse yönelik olarak S3 seviyesinin hemen altından sakrektomiyi içeren posterior pelvik ekzenterasyon ve pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Karın ön duvarına fistüleize barsak segmenti çıkartılarak primer anastomoz yapıldı. Üetrovaginal fistül onarıldı. Postoperatif

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

perine insizyonunda yara enfeksiyonu dışında komplikasyon gelişmeyen hasta 10. Gün taburcu edildi.Çıkarılan piyesin histopatolojik incelemesinde; kitlenin müsinöz adenokarsinom olduğu, perine cildine ve vagen posterior duvarına invazyon gösterdiği, sakruma invazyon göstermediği, lenfatik metastazın olmadığı rapor edildi. Hasta 6 kür FOLFİRİ kemoterapisi aldı. Kontrollerinde hastanın üetrovaginal fistülünün yeniden nüks ettiği görüldü. Kalıcı idrar sondasıyla hayatına devam etti. Temmuz 2012'de hastada karaciğer, akciğerde, her iki adrenal bezde multipl metastazlar ve sol inguinal bölge mesane posteriorunda nüks saptandı. Eylül 2012'de multipl beyin metastazları gelişen hasta radyoterapi aldı. Hasta kasım 2012'de exitus oldu.

**Sonuç:**

Kolorektal kanserli hastaların cerrahi tedavi sonrası kolonoskopi ile polip ve metakron kanser gelişimi yönünden izlenmesi gereklidir. Acil girişim nedeniyle stoma açılan hastalarda kolon ve rektumun endoskopik değerlendirilmesi yapılmadan stoma kapatılmamalıdır. Polipozis koli saptanan hastalarda koruyucu tedavi yöntemi olarak restoratif proktokolektomi ileal poş-anal anastomoz ya da total kolektomi ileorektal anastomoz seçilebilir. Rektum korunduğu hastalarda, metakron kanser gelişme riski nedeniyle, endoskopik olarak rektumun sıkı takibi zorunludur. Rektum kanserinin tedavisinde mezorektal eksizyon standart tedavi yöntemidir. Preoperatif görüntüleme yöntemleriyle geniş radial yayılım saptanan hastalarda öncelikle neoadjuvan kemoradyoterapi ile tümörün küçültülmesi ve sonrasında radikal cerrahi girişimin planlanması düşünülmelidir. Rektum kanseri tedavisinde mezorektal eksizyon ve radyoterapi lokal nüks oranlarını azaltmaktadır. Rektal kanserlerde lokal nüksün tedavisi çoğu zaman genişletilmiş (ekzenteratif) rezeksiyonlardır. Kombine organ rezeksiyonlarını gerektirir. Sakrum invazyonu olan hastalarda sakrektomi ile piyesin unblok çıkartılması cerrahi tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. İyi seçilmiş hastalarda lokal nükse yönelik cerrahi girişimler hem sağkalıma katkıda bulunmakta hem de iyi bir palyasyon sağlamaktadır.

**P206****Kolorektal Kanser Riski ve Progresyonu Üzerine Survivin -31G/C Gen Varyantı Etkisinin İncelenmesi**Soykan Arıkan<sup>1</sup>, Saime Turan<sup>2</sup>, Yiğit Düzköylü<sup>1</sup>, Nazlı Ezgi Özkan<sup>2</sup>, Gurbet Korkmaz<sup>2</sup>, Hande Karagedik<sup>2</sup>, Arzu Ergen<sup>2</sup>, İlhan Yaylım<sup>2</sup><sup>1</sup>S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, Moleküler Tıp Anabilim Dalı**Amaç:**

17q25 kromozomal bölgesinde lokalize survivin geninin promotör bölgesi üzerinde tanımlanmış olan -31G/C varyantının, aşırı ekspresyon ile ilişkili olduğu ve çok çeşitli malignansileri içeren kanser türlerinde hastalık gelişimi, nüksü ve prognozu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda survivin -31G/C varyantlarının kolon kanser riski ve progresyonu üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmaya, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Klinikte tanı konulan 16 kadın, 28 erkek, toplam 44 kolorektal kanserli olgu (57.4±2.2 yaş) ile yine aynı klinikte tetkik edilen ve kronik hastalık veya malignite bulgusu saptanmayan 29 kadın 32 erkek olmak üzere 61 sağlıklı kontrol (58.7±3.4 yaş) olgusu dahil edildi. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol kanlarından tuz-çöktürme metodu ile elde edilen DNA'larda, Polymerase Chain Reaction –Restriction Length Polymorphism (PCR-RFLP) metodu kullanılarak survivin -31G/C gen varyantları değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Sunulan çalışmada survivin -31G/C gen varyantlarına ait hasta grubu genotip dağılımlarında CC, CG ve GG genotip frekansları sırasıyla % 13.6, % 45.5, % 40.9, kontrol grubunda ise % 11.5, % 41,0, % 47.5 olarak saptanmış olup, risk açısından genotip dağılımlarında gruplararası istatistiksel fark saptanmamıştır. Survivin -31G/C gen polimorfizmi CG genotip frekansı, nod metastazı varlığı durumundaki hastalarda, olmayanlara göre daha yüksek oranda gözlemlenmiş olup, aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p=0,01; OR:2.410 %95 CI:1.210-4.800).

**Sonuç:**

Çalışmamızın ön verileri doğrultusunda, survivin -31G/C gen varyantlarına Türk popülasyonunda kolon kanser progresyonu üzerine potansiyel bir marker olarak düşünülebileceği kanısına varılmıştır. İleriye yönelik olarak hasta sayısının artırılmasıyla istatistiksel olarak daha anlamlı sonuçlar elde edeceğimiz düşüncesindeyiz.

**P207****Lokal İleri Kolorektal Kanserlerde Çoklu Organ Rezeksiyonunun Morbidite ve Mortaliteye Etkisi**

Emine Özlem Gür, Cengiz Tavusbay, Emir Çapkınoğlu, Erdem Sarı, İbrahim Kokulu, Yusuf Kumkumoğlu, Turan Acar, Mehmet Hacıyanlı

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:**

Kolorektal kanser tüm dünyada ve ülkemizde sık görülen kanser türlerinden biridir. Etraf organları atake etmiş kolorektal kanserlerin R0 rezeksiyon prensiplerine göre çıkarılmasının hastaliksız ve genel yaşama katkısı halen tartışmalı bir konudur. Etraf organları invaze etmiş kolorektal kanserlerde agresif çoklu organ rezeksiyonundan sonra morbidite ve mortalite oranlarına etkisi de bazı çalışmalarda araştırılmıştır. Biz de bu çalışmamızda kolorektal kanser nedeniyle çoklu organ rezeksiyonu uygulamanın morbidite ve mortaliteye etkisini araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde 2007-2012 yılları arasında kolorektal kanser nedeniyle opere edilen ve klinik olarak lokal ileri (T4) olan hastalar değerlendirildi. Bu hastalar çoklu organ rezeksiyonu uygulananlar ve sadece kolon ve/veya rektum rezeksiyonu yapılanlar olarak 2 gruba ayrıldı. Gruplar yaş, cinsiyet, hastanede kalış süreleri, patolojik sonuçlar, postopretatif

mortalite ve morbidite açısından karşılaştırıldılar. Ayrıca çoklu organ rezeksiyonu yapılan grupta rezeke edilen organlar incelendi. Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Son 5 yıllık periyotta kliniğimizde kolorektal kanser tansısı ile 202 hasta opere edildi. Acil olarak opere edilen, kanser dışı ya da adenokarsinom dışı sebeplerden opere edilen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınan 202 hastanın 38'i klinik olarak T4 tümördü (%18.8). T4 tümör nedeniyle opere edilen hastaların 18'ine çoklu organ rezeksiyonu uygulanmıştı (%47.3). İlave olarak en çok rezeke edilen organ over olarak bulundu (7 hasta), ikinci sıklıkta rezeke edilen organ ince barsaktı (5 hasta). Rezeke edilen diğer organların dalak, uterus, mesane ve pankreas olduğu görüldü. Çoklu rezeksiyon uygulanan hastaların yaş ortalaması 65.3(40-82) idi ve %66.6'sı kadındı. Sadece kolon rezeksiyonu yapılan hastaların ise yaş ortalaması 58.2 (30-83) idi ve %45'i kadındı. Her iki grupta yaş ortalamaları istatistiksel olarak farklı değildi ancak çoklu organ rezeksiyonu uygulanan grupta kadın hastaların oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti. Çoklu rezeksiyon uygulanan hastaların 4'ünde morbidite görülürken (%22.2), mortalite 2 hastada (%11.1) görüldü. Tek organ rezeksiyonu uygulanan grupta ise morbidite 1 hastada (%5) mortalite de 1 hastada(%5) görüldü. Morbidite ve mortalite oranları çoklu organ rezeksiyonu uygulanan grupta daha yüksek olarak bulundu. Hastanede kalış sürelerine bakıldığında çoklu organ rezeksiyonu uygulanan grupta ortalama yatış süresi 8.8 gün bulunurken diğer grupta ortalama yatış süresi 5.7 gün olarak bulundu. Yatış süresi çoklu organ rezeksiyonu uygulanan grupta anlamlı olarak yüksekti.

**Sonuç:**

Sonuç olarak lokal ileri evre (T4) kolorektal tümörlerde, gerektiği durumlarda çoklu organ rezeksiyonu güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir. Hastanede kalış süresinin uzaması ve morbiditedeki artış kabul edilebilecek düzeydedir. Daha sağlıklı verilere ulaşmak için bu konuda daha geniş serilerin yer aldığı çalışmalar planlanmalıdır.

**P208****Orta-Alt Rektum Tümöründe Neoadjuvan Kemoradyoterapi ile Elde Edilen Patolojik Tam Yanıt**

Adam Uslu, Fevzi Cengiz, Halit Yetiş, Baha Zengel, İsmail Zihni, Göksever Akpınar

*İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*

**Amaç:**

Neoadjuvan kemoradyoterapi (NKRT) lokal nüksü azaltmak amacıyla rektal kanser için tercih edilen tedavi yöntemidir. Teknik olarak neoadjuvan tedavi için iki farklı yaklaşım mevcut olup sonuçta %10-25 oranında patolojik tam yanıt (pTY) sağlanabilmektedir. Bu çalışmada, orta ve aşağı rektum kanseri nedeni ile uyguladığımız NKRT rejimimizi ve sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Servisimizde 2003–2013 yıllarında tedavisi yapılmış rektum kanserli hastaların prospektif toplanmış verileri retrospektif

olarak derlendi. Çalışmaya orta ve alt rektum yerleşimli multidisipliner olarak Ege Üniversitesi Tıbbi Onkoloji çatısı altında (Cerrahi, Patoloji, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Radyoloji) ameliyat öncesi NKRT planlanan hastalar dahil edilmiştir. Dış merkezde neoadjuvan tedavi uygulanmış ya da ameliyat olmuş hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. NKRT protokolümüz uzun dönem olarak planlanmış olup; 45-50 Gy dozluk radyoterapinin ilk ve son beş günü eş zamanlı iki doz 5 fluoro-urasil/leucovorin (5 FUFA) kemoterapi ardından üçüncü kür 5 FUFA 4-6. haftada verilerek 6-8. hafta da total mezorektal eksizyon tekniği ile operasyon uygulanmıştır. Tüm ameliyatlarda dört kişilik cerrahi ekip tarafından yapılmıştır.

### Bulgular:

Alt ve orta rektum kanseri nedeniyle NKRT uygulanan 68 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların 37 (%54,4)'si kadın olup, ortalama yaş 60,4(30-81)'dür. Ameliyat öncesi klinik TNM sınıflamasında 9 (%13,2) hasta cT2, 54 (%79,3) hasta cT3, 5 (%7,5) hasta cT4 idi. Hastaların 26 (%38,2)'sinde lenf düğümü metastazı izlenmezken (cN0), 42 hastada (%61,8) lenf düğümü metastazı saptandı (cN+). Tümörün yerleşim yeri hastaların %55,9'unda alt rektum, %44,1'ünde orta rektum idi. NKRT sonrası pTY (ypT0N0) hastaların 13 (%19,1)'ünde izlendi. pTY kolonoskopik biopsi sonrası tespit edilen bir hasta ileri yaş ve ek hastalıklar nedeni ile ameliyat edilmeyip takip edilmektedir. Diğer 46 (%67,6) hastada NKRT'ye orta veya minimal, 9 (%13,3) hastada kötü yanıt izlenmemiştir. NKRT sonrası izlenecek cerrahi prosedür de değişiklik yapılmamıştır.

### Sonuç:

Rektal kanseri doğasına özgü heterojen hasta popülasyonu ve onkolojik seyir izler. Günümüzde NKRT lokal nükste etkisi kanıtlanmış ve klinik algoritmada yerini almıştır. Literatürde NKRT sonrası tümör boyutunda küçülmeye bağlı küratif rezeksiyon, sfinkter koruyucu cerrahi yapılabilirliği ve iyi onkolojik sonuçlar sağlandığı vurgulanmaktadır. Tümörün prognozuna göre hastaya özgü doğru tedavinin geliştirmeye çalışıldığı günümüzde uyguladığımız NKRT rejimi ile hastalarımızda yüksek pTY elde edilmiştir. pTY'lı hastalarımızın uzun dönem sonuçlarının düşük lokal nüks ve uzak metastaz ile hastalısız sağkalım sağlayacağı inancındayız.

## P209

### Rektum'da Skuamöz Hücreli Karsinom (SCC): 2 Olgu Sunumu

Fevzi Celayir<sup>1</sup>, Gürkan Yetkin<sup>1</sup>, Canan Tanık<sup>2</sup>, Hakan Mustafa Köksal<sup>1</sup>, Mehmet Uludağ<sup>1</sup>, İsmail Akgün<sup>1</sup>, İbrahim Erbaş<sup>1</sup>, Ebru Şen Oran<sup>1</sup>, Nurcihan Aygün<sup>1</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>, Adil Baykan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

<sup>3</sup>Özel Medistate Hastanesi

### Amaç:

Rektumun primer skuamöz hücreli karsinomu tüm rektal maligniteler içerisinde % 0.1-0.2 gibi çok ender görülme oranına sahiptir. Asıl büyük çoğunluğu adenokanserler oluşturur. Anal SCC'den ayrımı önemlidir.Tedavi de cerrahi asıldır.Son yıllarda kemo radyoterapi de tedavide önem kazanmaktadır.

### Gereç-Yöntem:

Olgu 1: 63 yaşında kadın hasta.3 yıldır makattan sarı akıntı ve zaman zaman olan kabızlık şikayetleri var. Kolonoskopide anal girimden 7-8 cm de lümen uzanım gösteren 4-5 cm uzunlukta ülserovegatan kitle mevcut. Pelvik faz MR,ERUS uygulandı.T3N1 olarak belirlendi. Biopsi de rektal SCC olarak gelen hastaya Low anterior rezeksiyon + TAH+BSO koruyucu ileostomi yapıldı.Piyesin incelemesi sonucunda Primeri rektum kaynaklı orta derecede diferansiye skuamöz hücreli karsinom geldi. Olgu 2: 45yaşında erkek hasta.2 aydır rektal kanama,dışkılama da değişiklik şikayeti mevcut.Rektal tuşede hemen anal werge de ülserovegatan kitle palpe ediliyor.Erus da sfinkter tutulumu mevcut.Abdominoperineal rezeksiyon yapıldı.biopsi sonucu skuamöz hücreli karsinomdu.

### Bulgular:

Rektal SCC çok ender görülen ve yakınlanan vakalrdır. İlk kez 1919 da Schmidtmann tarafından çekumda lokalize bir SCC yayımlanmıştır.İlk rektal SCC ise 1933 de Raiford tarafından yayımlanmıştır (1).her 1000 rektal malinitenin 1-2 tanaesinde saptanır. (2) patolojik olarak 3 önemli özellik tanıyı kolaylaştırır.

Bunlar:

1-Başka organlardan olabilecek metastazların ekarte edilmesi  
2-Barsakla bağlantılı skuamöz hücre tabanlı fistül traktüsü olmaması  
3-Anal kanaldan kaynaklanmadığının gösterilmesi (3)  
Diğer rektum kanserlerine benzer bulgular verilir. En sık görülenler rektal kanama,abdominal ağrı, barsak alışkanlıklarının değişimi ve kilo kaybıdır.Semptomlar haftalar ve aylar arasında olabilmektedir.(4) Kadınlarda daha siktir.Kolonoskopik biopsiler alınmalıdır.Pelvik faz MR görüntüleme ve ERUS yapılmalı evre doğru saptamalıdır. Biopsilerde immunohistokimyasal çalışmalar patolojik için ayırıcı tanıyı kolaylaştırır.Ortalama 5 yıllık sürvi % 32 dir. Kesin tedavi cerrahidir.Cerrahi yöntemin seçimi tümörün boyutuna,karakteristiğine, yerleşimine,invazyon derinliğine,lokal ve uzak metastaz varlığına,alışkanlıkları ve komorbid hastalıklarına göre belirlenir (5).

### Sonuç:

Eğer hasta için cerrahi ağır ve riskli ise kemoradyoterapi primer tedavi olarak kullanılabilir.Diğer durumlarda kötü diferansiye tümör,nodal hastalık ve uzak metastaz varlığında cerrahiye sekonder olarak eklenebilir (6). Yeni tedavi seçimleri için geniş çalışma sonuçlarına gereksinim olsa da,kemoradyoterapi alanındaki yenilikler rektal SCC tedavisinde yeni yaklaşımlara yönelmemizi sağlayabilirler.

## P210

### Anal Bölge Kanser: Olgu Sunumu

Selamet Yılmaz, Abdullah Şenlikci, Mehmet Akif Üstüner,

Uğur Gökçelli, Enver İlhan

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

### Amaç:

Anal kanal ve anus çevresinde malign tümörlere seyrek rastlanır. Kolorektal neoplazmların yalnızca % 1-4'u bu



bölgede yerleşir. Klinik olarak nadir gözlenirler. En sık görülen tümörler epidermoid kanserlerdir. Anal bölgede ağrı şikayetiyle polikliniğe başvuran ve anal kanal squamöz hücreli karsinomu olan olguyu sunduk.

#### Olgu:

55 yaşında kadın hasta anal bölgede ağrı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Olguda benign nedenlerden dolayı kolesistektomi ve histerektomi öyküsü mevcuttu. Fizik bakıda heriki taraf inguinal bölgede palpabl patolojik lenf nodları mevcuttu. Rektal tuşede anal kanalda sert kitle palpe edildi. Kolonoskopide anal kanal giriminde dentat çizgi üzerinde yaklaşık 3-4 cmlik segmentte devam eden mukazadan çökük ülserle kitle gözlemlendi. Histopatoloji sonucu squamöz hücreli karsinom ile uyumlu olarak rapor edildi. Hastanın inguinal bölgeye yapılan yüzeyel doku US'de sağ inguinal bölgede 2 ve 1,5 cm çapında 2 adet, sol inguinal bölgede yaklaşık 1 cm çapında 1 adet, ovoid yapısını ve yağlı hilusunu kaybetmiş patolojik morfolojide lenf bezleri izlendi. Sol inguinal bölgede yaklaşık 1 cm çapında yağlı hilusu bulunan, ovoid yapıda reaktif özellikte birkaç adet lenf bezi izlenmiştir. Toraks CT'de sağ alt lob superior, üst lob anterior, orta lob lateral segmentlerde subpleval ve parankimal nodüller izlenmiştir. "Malignite öyküsü bilinen olguda lezyonlar metastaz kuşkusu taşımaktadır" şeklinde değerlendirildi. Batın CT'de metastaz ile uyumlu görünüm izlenmedi. Pelvik MRG'de anal kanaldan başlayarak rektum proksimal bölüme kadar yaklaşık 8 cm devam eden ve mezorektal fasyaya oturan tümörle kitle gözlemlendi. Mezorektum içinde ve mezorektum dışında multipl lenfadenopatiler izlendi. Tümör markırları olağandı. Olgu Onkoloji Konseyi'nde değerlendirildi. Toraks CT'de tesbit edilen lenfadenopatiler için takip önerildi. Kemoradyoterapi planlanan olgu Radyasyon Onkolojisine yönlendirildi.

#### Sonuç:

Anal bölge tümörleri nadir görülen tümörlerdir. Tedavisindeki farklılıklar nedeniyle tümörün türünün belirlenmesi önemlidir.

#### P211

### Familiyal Adenomatöz Polipozis Koli İlişkili Desmoid Tümörlerde Tedavi Ne Olmalı ?

Buğra Kardaşlar, Tayfun Yoldaş, Banu Yaman, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi, İzmir

#### Amaç:

Desmoid tümörler (DT) Familiyal Adenomatöz Polipozis Koli'li (FAP) hastalarda görülebilen kolon dışı yerleşimli lezyonlardır. Bu tümörler histolojik olarak benign olup uzak metastaz yapmazlar ancak lokal olarak agresif davranırlar. Kliniğimizde FAP nedeniyle opere ettiğimiz ve takibinde DT gelişen 3 olguyu sunmayı amaçladık.

#### Olgu:

OLGU-1: 33 yaşında erkek hasta, FAP nedeniyle kliniğimizde Aralık 2008'de total prokto-kolektomi, ileoanal j poş ameliyatı yapıldı. Hastanın rutin kontrolleri sırasında karın ultrasonunda superior mezenter arter ventralinde mezenter orjinli 7 cm çaplı solid tümör gözlemlendi. Bunun üzerine çekilen bilgisayarlı tomografide pankreas inferiorunda yerleşmiş mezo köküne ve duodonuma yakın 9 cm'lik kitle

gözlemlendi. Medikal onkoloji ile görüşülerek Tamoksifen tedavisi başlandı. Hastanın Ocak 2013' de yapılan kontrollerinde kitlenin progresyon göstermediği rapor edildi. OLGU-2: 42 yaşında erkek hasta FAP nedeniyle kliniğimizde Nisan 2007'de total prokto- kolektomi, ileoanal j poş ameliyatı yapıldı. 2011 yılında karın ağrısı nedeniyle tetkik edilen hastada sol alt kadranı ve pelvis girimini dolduran 14 cm boyutunda kitle tespit edildi. Hastaya palyatif kitle eksizyonu, parsiyel ince barsak rezeksiyonu uç uca anastomoz uygulandı. Postoperatif dönemde tamoksifen tedavisi alan hastanın Şubat 2013' deki tomografisinde stabil bulgular gözlemlendi. OLGU-3: 51 yaşında erkek hasta FAP nedeniyle kliniğimizde Haziran 2007' de total prokto- kolektomi, ileoanal j poş ameliyatı yapıldı. 2011 yılında karın duvarında hızlı büyüyen kitle yakınması ile baş vuran hastanın tomografisinde karın duvarında 16, 9 ve 7 cmlik kitleler görüldü. Ocak 2012' de kitle eksizyonu+ dual mesh ile onarım uygulandı. 1 yıl sonraki kontrol tomografide nüks yada yeni gelişen lezyon saptanmadı.

#### Sonuç:

FAP ilişkili desmoid tümörlerin tedavi seçenekleri tartışmalıdır. Ekstra abdominal ve karın duvarında yerleşmiş lezyonlarda cerrahi tedavi ilk aşamada düşünülürken, yerleşim yeri cerrahi için riskli tümörlerde farmakolojik ve sitotoksik tedavi seçenekleri ön plana çıkmaktadır.

#### P212

### Akut Sol Kolon Obstrüksiyonunda Enteral Stent Sonrası Laparoskopik Rezeksiyon: Olgu Sunumu

İbrahim Atak, Fatih Başak, Ali Kılıç, Tolga Canbak, Süleyman Kalcan, Gürhan Baş

Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Akut sol kolon obstrüksiyonu sıklıkla maligniteye bağlı meydana gelmekte, cerrahi tedavi yüksek morbidite ve mortalite ile birlikte seyretmektedir. Bu hastaların yönetiminde obstrükte kolonun önce enteral stent ile dekomprese edilmesi ardından elektif cerrahi uygulanması son zamanlarda popülerite kazanmaktadır. Bu yazıda kolonik stent sonrası elektif laparoskopik anterior rezeksiyon yapılan rektosigmoid tümörlü bir olgunun sunulması amaçlanmaktadır.

#### Olgu:

75 yaşında kadın hasta yaklaşık 5 gündür devam eden karın ağrısı gaz gaita yapamama şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. İncelemede karın distandü görünümde idi. Palpasyonda yaygın hassasiyet mevcuttu. Rektal digital muayenede ampulla boştu. Laboratuvar incelemede Wbc:10.180/mm<sup>3</sup> Hb:12.3 g/dL, Hct: %38.3 idi. Biyokimyasal parametreleri normal sınırlardaydı. Ayakta direkt karın grafisinde kolonik hava sıvı seviyesi mevcuttu. Karın bilgisayarlı tomografide rektosigmoid bölgede lümenle tama yakın tıkanmaya sebep olan yaklaşık 7-8 cm lik segment boyunda devam eden tümörle kitle tespit edildi. Rektosigmoidoskopide anal wergden 20. cm de endoskopun geçişine izin vermeyen ülserovegetan kitle görüldü. Guide klavuzluğunda hastaya 24 mm çapında 10 cm'lik kendiliğinden genişleyebilen metalik stent endoskopik



Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

olarak yerleştirildi. İşleme bağlı komplikasyon olmadı. Stent takılmasından hemen sonra hastadan gaz ve gaita deşarjı, kliniğinde dramatik bir iyileşme oldu. Stent işleminden 7 gün sonra laparoskopik anterior rezeksiyon uygulandı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçen hasta 4. gün taburcu edildi.

**Sonuç:**

İşlemin kendine özgü komplikasyonları olmakla birlikte akut sol kolon obstrüksiyonlarının ilk tedavisinde endoskopik stent uygulaması semptomların gerilemesi akut perforasyonun önlenmesi, elektif ve minimal invazif cerrahiye olanak sunması açısından uygulanabilir bir yöntemdir.

**P213****Midgutta Yer Alan Nöroendokrin Tümörler:  
10 Vakanın Analizi**

Ali Kocataş, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Burak Kankaya, Süleyman Bademler, Murat Gönenç, Osman Köneş, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Aliş  
*Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

Nöroendokrin tümörleri yerleşim yerlerine göre foregut, midgut ve hindgut olarak sınıflandırabiliriz. Biz kliniğimizde midgutta yer alan nöroendokrin tümörleri sunmak istedik.

**Gereç-Yöntem:**

Hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak-2009-Ocak 2013 tarihleri arasında opere edilen ve midgut yerleşimli nöroendokrin tümörü olan hastalar demografik veriler, tümörün yerleşim yeri, uygulanan tedavi, patoloji sonuçları ve post operatif izlemleri yönünden incelendi.

**Bulgular:**

Çalışmaya 10 hasta dahil edildi. Tümörlerin 4'ü duodenum, 4'ü apendiks, 1'i jejunum ve biride sağ kolonda yer alıyordu. Apendikte yer alanlara apendektomi, duodenumda yer alanlardan 1'ine segmenter rezeksiyon, 1'ine wedge rezeksiyon yapıldı. Diğer 2 hasta karaciğer metastazları nedeniyle inoperable kabul edildi. Sağ kolondaki tümöre sağ hemikolektomi jejunumdaki tümöre segmenter rezeksiyon yapıldı.

**Sonuç:**

Midgut yerleşimli tümörlerde tedavi protokolleri diğer tümörlere yapılanlarla benzerlik gösterir.

**P214****Hindgut Yerleşimli 7 Nöroendokrin Tümörün  
Analizi**

Ali Kocataş, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Murat Gönenç, Hakan Yırgın, Cevher Akarsu, Eyüp Gemicci, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Aliş  
*Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

Nöroendokrin tümörleri foregut, midgut ve hindgut olarak sınıflandırabiliriz. Biz kliniğimizde nöroendokrin tümör olarak opere edilen ve hindgutta yer alan tümörleri sunmak istedik.

**Gereç-Yöntem:**

Hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak-2009-Ocak 2013 tarihleri arasında opere edilen ve hindgut yerleşimli nöroendokrin tümörü olan hastalar demografik veriler, tümörün yerleşim yeri, uygulanan tedavi, patoloji sonuçları ve post operatif izlemleri yönünden incelendi.

**Bulgular:**

Çalışmaya 7 hasta dahil edildi. Tümörlerin 4'ü rektum 2'si inen kolon 1'i sigmoid kolonda yer alıyordu. Rektumda ve inen kolonda yer alan tümörlerin tamamı endoskopik polipektomi ile tedavi edildi. Sigmoid kolondaki tümöre ise anterior rezeksiyon yapıldı.

**Sonuç:**

Hindgut yerleşimli tümörlerde tümör çapına bağlı olarak tedavi yaklaşımları farklılık göstermekte olup 1 cm altındaki tümörler endoskopik olarak tedavi edilebilir.

**P215****Koruyucu Stoma Olmaksızın Anterior/  
Low Anterior Rezeksiyon Erken Dönem  
Sonuçlarımız: Koruyucu Stoma Her Hastaya  
Gerekli mi?**

İbrahim Ali Özemer, Barış Bayraktar, Ender Anılır, Ferman Özyalvaç, Tunç Eren, Tuba Atak, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu  
*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

Anterior rezeksiyon(AR) ve özellikle de Low anterior rezeksiyon(LAR) gerektiren kolorektal kanserlerde uygulanacak olan anastomoza koruyucu stoma açılıp açılmaması cerrahlar için halen bir tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bu hasta grubunda erken dönemde hayati tehlike oluşturabilecek en önemli komplikasyon anastomoz kaçağıdır(AK). Bu çalışmada kolorektal kanser nedeniyle opere edilen ve koruyucu stoma olmaksızın AR veya LAR uygulanan hastalarımızın erken dönem sonuçlarını literatür eşliğinde sunmaktayız.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2010-2012 tarihleri arasındaki 3 yıllık süreçte kolorektal kanser deneniyle AR veya LAR uygulanan 111 hasta çalışmaya dahil edildi. Koruyucu stoma açılmış olan 19 hasta «1.Grup», koruyucu stoma açılmadan sadece AR/LAR uygulanan 92 hasta ise «2.Grup» olarak adlandırıldı. Her iki grupta yer alan hastaların morbidite ve mortalite oranlarını retrospektif olarak tespit edilerek karşılaştırıldı.

**Bulgular:**

Preoperatif radyoterapi uygulanmış, stapler halkaları tam olmayan veya anastomoz yapılan kolon segmentinde gerginlik saptanan 19 hastaya peroperatif koruyucu stoma açılmış. 1.Gruptaki hastalardan 4'ünde (%21.1) AK'ı geliştiği görüldü. Bunların da 2'si reopere edildi, 1'i medikal tedavi ile düzelterken, «Very LAR» uygulanan 1 hastada AK'ı nedeniyle perkütan drenaj uygulandı, ancak eşzamanlı gelişen pnömoni sonucu mortalite gelişti. Yine 1.Gruptaki 3(%15.8) hastada yüzeysel cerrahi alan enfeksiyonu gelişerek, bunlardan da

birinde eviserasyon saptandı. 2.Grupta ise 2(%2.2) hastada AK'ı tespit edildi. Bunlarda biri reopere edilip stoma açılmasına rağmen mortal seyrederken, diğer hasta medikal tedavi ile düzelmeye gösterdi. 2.Grupta yer alan hastalardan 1'i ise myokard enfarktüsü sonucu mortal seyretti. 11(%11.9) hastada yüzeysel cerrahi alan enfeksiyonu saptanıp, bunlardan 2'sinde eviserasyon gelişti.

**Sonuç:**

Çalışmamızda koruyucu stoma açılan 1.Grup hastalarda yüksek AK'ı oranlarını, kliniğimizde koruyucu stomayı peroperatif problem yaşadığımız veya preoperatif radyoterapi uygulanmış hastalarda uygulamış olmamıza bağlamaktayız. Bunun yanısıra 2.Gruptaki hastalarda %2.2 gibi düşük bir oranda AK'ı saptanmış olması seçilmiş vakalarda herhangi bir koruyucu stoma olmaksızın da AR/LAR'u güvenle uygulayabileceğimizi göstermektedir.

**P216****Kolon Kanseri Komplet Mezokolik Eksizyon; Kısa Dönem Sonuçlarımızın Değerlendirilmesi**

Osman Yüksel, Hüseyin Göbüt, Aydın Yavuz, İlkin İsmailov  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Günlük pratikte kolon kanseri için uygulanan kolonik rezeksiyonun sınırı, kolonu besleyen arterin kökünden bağlanması ve diseke edilen lenfnodu grubunun lokalizasyonu, cerrahlar ve hastaneler arasında farklılık göstermektedir. Son yıllarda kolon kanserleri için uygulanan komplet mezokolik eksizyon tekniği bu farklılıkların azaltılması için uygulanması gereken bir yaklaşımdır. Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan komplet mezokolik eksizyon tekniğinin kısa dönem sonuçlarını tartışmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Son 3 yılda kliniğimizde sağ veya sol kolon yerleşimli tümörü olan ve komplet mezokolik eksizyon yapılan 21 hasta bu çalışmaya alındı. Literatürde tarif edilen komplet mezokolon eksizyonu ve santral vasküler ligasyon tekniği uygulandı. Hastaların çoğunluğu özellikle son 2 yıl içinde ameliyat edilen hastalardan oluşmakta idi. Hastalara ait demografik özellikler, tümörün lokalizasyonu, tümörün evresi, çıkarılan spesmen kalitesi, görülen cerrahi komplikasyonlar ve ölüm oranları değerlendirildi.

**Bulgular:**

Hastaların yaş ortalaması 58 (30-72) idi. 15 hasta erkek, 6 hasta kadın idi. 12 hastanın tümörü sağ kolon yerleşimli (%40 çekum, %35 çıkan kolon ve %25 hepatik fleksura) iken, 9 hastanın tümörü sol kolon (%60 sigmoid kolon, %30 inen kolon ve %10 splenik fleksura) yerleşimli idi. Tümörler genellikle T3 tümörlerden oluşmakta idi. 19 hastada çıkarılan spesmen planlarının yeterli olduğu gözlemlendi. Erken dönemde görülen komplikasyonlar (%17.5) genellikle yara problemleri, akciğer komplikasyonları ve venöz tromboz idi. Hastaların takip sürelerinin kısalığı nedeniyle sağkalım analizi yapılamadı.

**Sonuç:**

Günümüzde kolon kanseri için standart cerrahi olarak kabul edilen komplet mezokolon eksizyonu ve santral vasküler ligasyon tekniği düşük sayılabilecek morbidite ile uygulanabilmektedir. Merkezler arasındaki farklılığın ortadan kaldırılması ve olguların bir havuzda toplanarak sonuçların gelecek dönemlerde ortaya konulması, kolon kanserlerine ülkemizdeki yaklaşımın ortaya konulması açısından önemli olacaktır.

**P217****Kolorektal Kanselerde Second Look Cerrahi**

Hüseyin Göbüt, Osman Yüksel, Selim Keçeoğlu, İlkin İsmailov  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Kolorektal kanserli hastalarda tedavi ve takip yöntemleri içerisinde yer alan second look cerrahi semptomatik veya asemptomatik hastalarda uygulanabilmektedir. Özellikle peritoneal karsinomatozis için yüksek risk taşıyan hastalarda bu yöntemin uygulanması görülmeyen veya ortaya konulamayan metastazların erken tanısı ve tedavisinde etkin olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı semptomatik veya asemptomatik olarak second look cerrahisi ve/veya intraperitoneal kemoterapi uyguladığımız olguların değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

2010-2013 yılları arasında peritoneal karsinomatozis için yüksek risk taşıyan ve second look cerrahisi uygulanan 7 hasta geriye dönük olarak analiz edildi. Hastalara ve tümöre ait özellikler, uygulanan peritonektomi şekli ve intraperitoneal kemoterapi uygulamaları incelendi.

**Bulgular:**

Yaş ortalaması 52 (37-55) olan hastaların 4'ü kadın, 3'ü erkek idi. İlk cerrahisinde 2 hastada komşu organ invazyonu, 2 hastada tümörün perforasyonu, 1 hastada mezokolon üzerinde serbest tümör implantı, 1 hastada serozayı aşmış müsinöz hücreli tümör ve 1 hastada pT3 taşlı yüzük hücreli tümör nedeniyle second look uygulandı. Dört hastada peritoneal karsinomatozis bulundu ve peritonektomi ile birlikte intraperitoneal kemoterapi uygulandı. 3 hastada ise komplet abdominal eksplorasyonda rekürrens görülmemesi üzerine sistemik kemoterapiye devam edildi. Ortalama takip süresi 10 (2-24) ay idi. Peritoneal rekürrens 3 hastada makroskopik olarak tespit edilirken 1 hastada mikroskobik olarak tespit edildi. 1 hastaya komplet peritonektomi yapılırken 3 hastaya sınırlı peritonektomi uygulandı. 2 hastaya HIPEC uygulanırken 2 hastaya EPIK uygulandı.

**Sonuç:**

İlk ameliyatında yüksek risk grubunda değerlendirilen hastaların tedavi ve takip programında second look cerrahi düşünülmesi gereken bir yaklaşım şeklidir. Bu hastalarda gelişen peritoneal implantların erken tanısında yaşanan zorluklar bu hastalara yaklaşımda arayışlara neden olmaktadır. Second look cerrahisi ile bu hastaların değerlendirilmesi hastalarda sağkalım sürelerinin arttırılmasını sağlayabilir. Bu yaklaşımın değerlendirilmesi için çok merkezli ve ileriye yönelik çalışmaların yapılması gereklidir.

**P218****Kolorektal Kanser Cerrahi Tedavisi Sonrası Yeniden Hasta Başvurusu: Bezmialem Genel Cerrahi Deneyimi**

Mustafa Hasbahçeci, Merve Büşra Cengiz, Gökhan Çipe, Naim Memmi, Fatma Ümit Malya, Mahmut Müslümanoğlu  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:**

Kolorektal cerrahi sonrası hasta bakımı ve tedavi kalitesinin bir göstergesi olarak yeniden hastane başvurusunu etkileyen parametreler ve bu durumun morbidite ve mortaliteye olan etkisi detaylı olarak tanımlanmamıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Kasım 2010-Şubat 2013 dönemi arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda kolorektal kanser nedeniyle rezeksiyon yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Taburculuk sonrası ilk 30 gün içerisinde gerçekleşen hastane yatışları, yeniden başvuru olarak değerlendirildi. Cerrahi tedavi yapılan hastalar yeniden başvurusu olan ve olmayanlar olmak üzere iki grupta incelendi. Hastalar demografik veriler (yaş, cinsiyet), cerrahi tedavi bulguları (başvuru ve ameliyat şekli, yapılan rezeksiyon ve ostomi durumu), ilk yatışta gerçekleşen komplikasyonlar ve toplam yatış süresi açısından karşılaştırıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olması anlamlı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Yaş ortalaması 59.9±13.5 yıl olan 66'sı kadın (%35.3) toplam 187 hastaya kolorektal kanser cerrahisi yapıldı. Hastaların 26'sında (%13.9) acil şartlarda cerrahi tedavi gerçekleştirildi. Açık ameliyat, laparoskopik ameliyat ve laparoskopiden açığa geçiş sırası ile 89 (%47.6), 85 (%45.4) ve 13 (%7) hastada gerçekleşti. Hastalara en sık aşağı anterior rezeksiyon (% 37.4), sağ hemikolektomi (%24.6) ve anterior rezeksiyon (%21.4) ameliyatları uygulandı. Ortalama yatış süresi 8.6 gün olup, 28 hastada (%15) ilk yatış süresinde komplikasyon gelişti. En sık intraabdominal apse (%28.6) ve anastomoz problemleri (%21.4) görüldü. Taburculuk sonrası ortalama 11.6±8.2 gün sonra gerçekleşen yeniden başvuru oranı %9 (n=17) idi. Anastomoz problemleri (n=3), eviserasyon (n=3) ve intraabdominal apse (n=2) en sık tespit edilen cerrahi komplikasyonlardı. Yeniden başvuru ile erkek cinsiyet (p=0.033), laparoskopiden açığa geçiş (p=0.009), eş zamanlı kolorektal dışı ameliyat gerekliliği (p=0.048), ilk yatış esnasında komplikasyon gelişmesi (p=0.025) ve tümörün T evresi (p=0.046) arasında doğru orantı, ameliyatın laparoskopik yapılması (p=0.009) ile ters orantı tespit edildi.

**Sonuç:**

Kolorektal kanser cerrahi tedavi sonrası yeniden hasta başvurusu önemli bir oranda görülebilmektedir. Özellikle tümör özellikleri nedeniyle laparoskopiden açığa geçilen, eş zamanlı başka organ rezeksiyonu gerektiren ve ilk yatışta komplikasyon gelişen erkek hastalarda, yeniden başvuru olasılığı açısından taburculuk esnasında yeterli değerlendirme yapılmalıdır.

**P219****Kolorektal Kanser Cerrahisi Sadece Hastanın Değil Hasta Eşinin de Yaşam Kalitesini Olumsuz Etkilemektedir. Prospektif Çalışma**

Gökçe Aylaz<sup>1</sup>, Burcu Ayşe Yavuzarslan<sup>1</sup>, Derya Öztuna<sup>2</sup>, Cihangir Akyol<sup>1</sup>, Bülent Ayhan Erkek<sup>1</sup>, Ayhan Mehmet Kuzu<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara  
<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Kolorektal kanser cerrahisi hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Fakat aynı yaşamı paylaşan hasta eşinin yaşam kalitesi ve cinsiyet ayırımına göre farklılıkları daha önce çalışılmamıştır. Bu prospektif çalışmanın amacı kütatifikolorektal kanser cerrahisi yapılan hastaların ve eşlerinin yaşam kalitelerinin aynı zamanda değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmaya Ankara Üniversitesi'nde ameliyat olan 100 kolorektal kanserli hasta (33 abdominoperineal rezeksiyon, 33 aşağı anterior rezeksiyon, 34 sol hemikolektomi) ve bu 100 hastanın eşleri alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması (±standart sapması:SS) 57.4 (±12.3) olup; hastaların %56'sı erkektir. Çalışmaya alınan hastalara ve hasta eşlerine ameliyat öncesi, postoperatif 8-9 ay ve son olarak 15-18 ay olmak üzere üç kere, Kısa Form-36 (SF-36 = Medical Outcome Study 36-item Short Form Survey) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (World Health Organization-Disability Assessment Schedule II=WHO-DAS-II) doldurulmuştur. Ameliyat öncesi değerleri ile postoperatif 15-18 aydeğerleri arası yüzde değişimler (YD) hesaplanarak, aralarındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı (r) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca elde edilen YD değerlerinin hasta eşinin cinsiyetine göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:**

Çalışma sonucunda hem WHO-DAS-II ölçeğinin hem de SF-36 ölçeğinin alt boyutlarında hasta ve eşlerinin yaşam kalitelerinin benzer yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır [r (p); min: 0.210 (p<0.05); max: 0.509 (p<0.01)]. WHO-DAS-II ölçeğinin tüm alt boyutları açısından kadın eşlerin yaşam kalitelerinin daha fazla değişim gösterdiği (örn: WHO-DAS-II ölçeğinin "yaşam faaliyetleri" alt boyutu ortalaması (±SS), erkek eş için -45(±96) iken, kadın eş için -100(±111) olup; p=0.007 olarak bulunmuştur) ve benzer incelemeler SF-36 ölçeği için de yapıldığında, klinik anlamlılığın WHO-DAS-II kadar belirgin olmamakla beraber, bazı alt boyutlarda mevcut olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:**

Kolorektal kanser cerrahisi, sadece hastanın değil eşinde yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özellikle kadın eşler daha fazla etkilenmektedir. Ameliyat nedeni ile hasta ve eşinin yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmelerden birlikte korunmaları için önlemler alınmalıdır.

**P220****Rektum Kanserli Olgularda Aşağı Anterior Rezeksiyon Sonrası Saptırıcı İleostominin Kapatılmasını Engelleyen Faktörler**Nuri Okkabaz<sup>1</sup>, Yunus Emre Altuntaş<sup>1</sup>, Cem Gezen<sup>1</sup>, Mustafa Öncel<sup>2</sup><sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>Özel Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul**Amaç:**

Bu çalışmanın amacı stomanın kapatılmasının başarılamadığı olgularda bunun nedenlerini ve sonuçlarını araştırmaktır.

**Gereç-Yöntem:**

2002-2013 yılları arasında tek cerrahi ekip tarafından ameliyat edilmiş olgular retrospektif olarak derlendi. Son 1 yıl içerisinde opere edilen hastalar dışlandı. Demografik bilgilerle perioperatif ve onkolojik değişkenlerin stoma kapatılma üzerine etkileri araştırıldı.

**Bulgular:**

Toplam 179 olgunun (115 [%64,2] erkek, ortalama yaş 59,4±12,5) sadece 120'sinin (%66,7) stoması 8,5±4,2 ay içinde kapatılabildi. Stoması kapatılmama nedenleri şunlardı: Ölüm (n=21; %35,6), metastatik hastalık ve kemoterapinin devam etmesi (n=14; %23,7), anastomoz darlığı (n=10; %16,9), hastanın isteği (n=6; %10,2), genel durum düşüklüğü ve yandaş hastalıklar (n=5; %8,5) ve lokal rekürens (n=3; %5,1). Yaş, cinsiyet, ameliyat öncesi ek hastalık bulunması, tümörün üst, orta ve alt rektumda bulunması ve neoadjuvant radyoterapi verilmesinin stomanın kapatılmasının üzerine bir etkisi yoktu (her birisi için p>0,05). Ancak stoması kapatılmayanlarda Amerikan Anestezi Derneği (ASA) skoru daha yüksekti (p=0,032). Ameliyata ait değişkenlerden operasyon süresi, ek organ rezeksiyonu yapılması, senkron karaciğer metastazına yönelik rezeksiyon uygulanması, intraoperatif kanama miktarı, perioperatif transfüzyon gereksinimi ve ameliyatın laparoskopik veya konvansiyonel yöntemle yapılmasının stoma kapatılması üzerine etkisi gösterilemedi (p>0,05). Stoması kapatılmayanlarda anastomoz kaçağı (%25,4 vs %3,3, p<0,001) ve yara yeri enfeksiyonu (%6,8 vs %0,8; p=0,041) daha sık gelişmişti. Bu olgularda reoperasyon oranı daha fazlaydı (%5,1 vs %0; p=0,035) ve hastanede kalış süresi daha uzundu (12,7±11,1 vs 7,5±4,9 gün; p=0,001). İki grupta tümör boyutu ve kanserin evresi benzerdi (p>0,05), ancak stoması kapatılmayanlarda 5 yıllık sağkalım oranı daha düşüktü (%28,6 vs %70,6; p<0,001)

**Sonuç:**

Aşağı anterior rezeksiyon sonrası stomanın kapatılmama olasılığı sanılandan daha yüksektir. En sık gerekçe ilerleyen hastalık nedeniyle hastanın kaybedilmesi veya onkolojik tedavinin devam ettirilmesiyle anastomoz sorunlarıdır. Anastomoz kaçağı, yara yeri enfeksiyonu, reoperasyon gereksinimi ve yüksek ASA skoru stomanın kapatılmamasındaki risk faktörleridir. Bu hastalarda 5 yıllık sağkalım belirgin bir şekilde kötüdür.

**P221****Kolorektal Kanserlerde Prognostik Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Metastatik Lenf Nodu Oranının Klinik Önemi**

Serhat Tolga Derici, Yavuz Özdemir, Ahmet Ziya Balta, İlker Sücüllü, Ergün Yücel, Mehmet Levhi Akın, Ali İlker Filiz, Yavuz Kurt

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

**Amaç:**

Kolorektal kanserlerde, yaş, tümör yerleşim yeri, tümör evresi, ameliyat öncesi karsinoembriyonik antijen (CEA) değeri ve metastatik lenf nodu oranının genel sağkalım ve hastaliksız sağkalım üzerine olan etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde Eylül 1991 ve Aralık 2011 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeni ile opere edilmiş 479 hasta geriye dönük olarak çalışmaya dahil edildi. Olgular ameliyat esnasındaki yaşlarına göre 3 gruba, primer tümör yerleşim yerine göre 3 gruba, evresine göre 4 gruba, ameliyat öncesi dönemdeki serum CEA değerlerine göre 2 gruba ve metastatik lenf nodu sayısının toplam çıkarılmış lenf nodu sayısına oranına göre 4 gruba ayrıldı. Gruplar arası tanımlayıcı istatistiksel analizler için ki-kare ve Kruskal-Wallis parametrik olmayan testi ile Tek Değişkenli Analiz testi kullanıldı. Yaşam analizleri Kaplan-Meier yöntemi ve log rank testi kullanılarak yapıldı. Yaşam süresi, bölgesel nüks ve uzak metastaz üzerine etkili faktörler Çoklu Değişkenli Analiz ve Cox Regresyon Analizi ile değerlendirildi.

**Bulgular:**

Tüm hasta grubunda 5 yıllık sağkalım oranının %48.5 olduğu görüldü. Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak serum CEA değerinin, metastatik lenf nodu oranının ve tümör evresinin hem hastaliksız sağkalım hem de genel sağkalım üzerine etkisinin olduğu, hasta yaşının genel sağkalım üzerine etkisinin olduğu ancak hastaliksız sağkalımı etkilemediği ve tümör yerleşim yerine göre yapılan sınıflamanın hem genel hem de hastaliksız sağkalım üzerine etkisinin olmadığı görüldü. Çok değişkenli analizlerde ise tümör evresi ve metastatik lenf nodu oranının genel sağkalım üzerine etkili olduğu, serum CEA değeri ve tümör evresinin ise hastaliksız sağkalım üzerine etkili olduğu görüldü.

**Sonuç:**

Kolorektal kanserli hastalarda metastatik lenf nodu oranının, hastalığın prognozunun belirlenmesinde kullanışlı bir parametre olduğu değerlendirildi.



Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**P222****Cerrahi Tedavi Öncesi Nötrofil/Lenfosit Oranının Prognostik Faktör Olarak Kolorektal Kanselerde Önemi**Yavuz Özdemir<sup>1</sup>, Ahmet Ziya Balta<sup>1</sup>, İbrahim Yılmaz<sup>2</sup>, Ergün Yücel<sup>1</sup>, İlker Sücüllü<sup>1</sup>, Mehmet Levhi Akın<sup>1</sup><sup>1</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul  
<sup>2</sup>Gelibolu Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Çanakkale**Amaç:**

Karsinogenez üzerinde inflamasyonun etkileri hakkında kanıtlarda görülen artış sonucunda sistemik inflamatuvar cevabın kolorektal kanserlerde prognostik öneme sahip olabileceği fikri doğmuştur. Bu fikirden yola çıkarak inflamasyonun bir göstergesi olan preoperatif dönemde alınmış olan hemogramdaki nötrofil/lenfosit oranının (NLO) kolorektal kanserli hastalarda sağkalım üzerine etkisinin olup olmayacağını değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 1999 ile Aralık 2012 tarihleri arasında tek bir merkezde kolorektal kanser nedeni ile opere edilmiş toplam 281 hasta retrospektif olarak incelendi. NLO ile sağkalım üzerine etkisi olduğu bilinen prognostik faktörlerin sağkalım üzerine etkisi Kaplan Meier metodu ve Cox regresyon analizi kullanılarak araştırıldı. NLO için eşik değer ROC eğri analizi sonucunda 2.2 olarak tespit edildi.

**Bulgular:**

Cerrahi tedavi öncesi NLO eşik değerinde olan hasta sayısı 193 (%68.7) idi. Tek değişkenli analizlerde yüksek preoperatif NLO ( $p = 0.001$ ), patolojik N evresi ( $p < 0.001$ ) ve TNM evresi ( $p < 0.001$ ) kısa sağkalım oranları için belirteçler olarak tespit edildi. Çok değişkenli analizler sonrası ilerlemiş patolojik TNM evresi ( $p = 0.001$ ) ve yüksek preoperatif NLO değeri ( $p = 0.005$ ) kötü sağkalım oranları ile ilişkili olarak tespit edildi.

**Sonuç:**

Cerrahi tedavi öncesi NLO'nun yüksek olması kolorektal kanserli hastalarda sağkalım üzerine etkili bir prognostik faktör olarak değerlendirilmektedir.

**P223****pT Evresi ve Preoperatif CEA Değeri Erken Evre Kolorektal Kanselerde Lokal Yineleme ve Uzak Organ Metastazını Gösteren Prognostik Faktörlerdir**Yavuz Özdemir<sup>1</sup>, Ergün Yücel<sup>1</sup>, Ahmet Ziya Balta<sup>1</sup>, Dursun Özgür Karakaş<sup>2</sup>, İlker Sücüllü<sup>1</sup>, Mehmet Levhi Akın<sup>1</sup><sup>1</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul  
<sup>2</sup>Ağrı Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Ağrı**Amaç:**

Bu çalışmada erken evre kolorektal kanserli hastalarda uzak organ metastazı ve lokal yineleme gelişmesi üzerine etkili olabilecek faktörleri araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Patolojik inceleme sonucunda lenf nodu tutulumu olmayan 246

kolorektal kanser hastası çalışmaya dahil edildi. Çalışmanın primer sonlanım noktaları olarak lokal yineleme görülmesi veya uzak organ metastazı tespit edilmesi belirlendi. Lokal yinelemesi veya uzak organ metastazı olan hastalar (Grup-1), diğer hastalar (Grup-2) ile karakteristik ve patolojik özelliklerine göre karşılaştırıldı. Demografik değişkenler student t testi ve ki-kare testi kullanılarak analiz edildi. Sağkalım analizleri için Kaplan Meier Metodu ve Log rank testi kullanıldı. Sağkalım üzerinde etkisi olabilecek faktörler Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

**Bulgular:**

Çalışmada 141 erkek ve 105 bayan hasta vardı ve ortalama yaş  $67.1 \pm 12.6$  yıl idi. Bu hastaların 39'unda (%15.9) tedavi başarısızlığı (19 hastada lokal yineleme ve 29 hastada uzak organ metastazı) gözlemlendi. Gruplarda ortalama sağkalım süreleri sırası ile  $43.9 \pm 5.1$  ay  $53.7 \pm 3.8$  ay idi. Gruplar arasında preoperatif CEA değeri ( $p=0.04$ ), çıkarılmış toplam lenf nodu sayısı ( $p=0.02$ ), ortalama sağkalım süreleri ( $p<0.001$ ) ve ortalama hastaliksız sağkalım süreleri ( $p<0.001$ ) açısından anlamlı fark mevcuttu. Cox regresyon analizi sonrası hastanın pT evresi ( $p=0.04$ ) ve preoperatif CEA değerinin ( $p=0.01$ ) lokal yineleme/uzak organ metastazı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edildi.

**Sonuç:**

Tümörün bağırsak duvarında vertikal penetrasyonu ve ameliyat öncesi CEA değeri lokal yineleme/uzak organ metastazı üzerine etkili prognostik faktörlerdir.

**P224****Sağ Kolon Tümörüne Bağlı Ameliyat Olan Hastalarımızdaki Kan Transfüzyonun Mortalite Üzerine Etkisi**Uygur Demir<sup>1</sup>, Gürhan Işıl<sup>1</sup>, Cemal Kaya<sup>1</sup>, Özgür Bostancı<sup>1</sup>, Hakan Mustafa Köksal<sup>1</sup>, Pınar Yazıcı<sup>1</sup>, Canan Işıl<sup>2</sup>, Emre Bozdağ<sup>1</sup>, Sinan Ömeroğlu<sup>1</sup>, Emre Bozkurt<sup>1</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup><sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul**Amaç:**

Sağ kolon tümörü tanısı konan hastalarda anemi sık karşılaşılan bir sorundur, dolayısıyla bu hasta grubunda kan transfüzyonuna sıklıkla ihtiyaç duyulabilmektedir. Biz de, bu çalışmada sağ kolon tümör rezeksiyonu uygulanan hastalardaki kan transfüzyonu sıklığını araştırdık.

**Gereç-Yöntem:**

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine 2008-2013 yılları arasında sağ kolon tümörü nedeni ile acil ve elektif şartlarda opere olan 192 hastanın verilerini geriye dönük inceledik. Yaş, cinsiyet, transfüzyon (tx) esnasındaki hemogloblin (Hb) değeri, yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış süresini, toplam eritrosit (ES) transfüzyonu sayısını ve mortaliteyi kaydettik. Veriler Ortalama±Standart Sapma olarak ifade edildi.

**Bulgular:**

192 hastanın yaş ortalamaları  $61,21 \pm 14,12$ 'dir. Erkek/Kadın oranı, 101/91'dir. Ortalama yoğun bakımda yatış

günü 2,52±5,49'dur, hastanede yatış günü 12.97±14.52'dir. 86 hastaya hiç tx uygulanmamıştır. Tx yapılan 106 hastaya ortalama 3,71±3,35 ES verilmiştir. 46 hastaya <3Ü ES (8 hasta exitus), 19 hastaya 3Ü ES (10 hasta exitus) ve 41 hastaya >3Ü ES (14 hasta exitus) transfüze edilmiştir. Total hasta sayısında mortalite %29,17 iken, tx uygulanan hastalarda mortalite %30,19 saptanmıştır. 4Ü ES verilen hastalarda mortalite %20, >=6Ü ES verilen hastalarda mortalite %47,37 saptanmıştır.

#### Sonuç:

Sağ hemikolektomi uygulanan hastalarda ES tx sıklığı ortalama 2,04±3,1 olarak saptandı. Kan kullanımı ile genel mortalite arasında anlamlı fark bulunamadı, ancak ES sayısındaki artış ile mortalitenin arttığı görüldü. Diğer cerrahi prosedürlerde de olduğu gibi doğru endikasyonla uygulanmış kan transfüzyonunun mortaliteyi arttırmadığı, buna karşın masif kan transfüzyonunun mortaliteyi arttırdığı görülmüştür.

#### P225

### Apendiks Karsinoid Tümörlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Cemal Kaya, Pınar Yazıcı, Sinan Ömeroğlu, Uygur Demir, Hakan Mustafa Köksal, Özgür Bostancı, Gürhan Işıl, Mehmet Mihmanlı  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Amaç:

Kliniğimizde rastlantısal olarak apendektomi sonrası saptadığımız karsinoid tümörlerinde tedavi sonuçlarını değerlendirmek

#### Gereç-Yöntem:

Bu çalışmaya Ocak 2006 ile Eylül 2012 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğt. ve Arş. Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde apendektomi sonrası karsinoid tümör saptanan 4'ü kadın (17-42 yaş arası), 5'i erkek (21-53 yaş arası) olmak üzere 9 hasta dahil edilmiştir. Hastalar histopatolojik, laboratuvar ve klinik olarak değerlendirildi.

#### Bulgular:

Patoloji piyeslerinde tümör çapı; 5 hastada 1 cm nin altında (0.3-0.8 cm), 3 hastada 1-2 cm arasında (1.1-1.3 cm), 1 hastada ise 2.4 cm olarak gelmiştir. Hastaların hibirisinde lenf nodu pozitifliği saptanmadı. Bütün hastalara operasyon sonrası abdominal tomografi ve geniş kan tahlilleri yapıldı. Hastaların hiçbirinde apendiks dışı bir tutulum saptanmadı. 2 cm nin altındaki tüm hastalarda lenfovasküler ve perinöral invazyon olmaması, cerrahi sınırların sağlam olması ve immünohistokimyasal faktörlerin düşük risk oluşturması (Ki 67 %2'nin altında) nedeniyle apendektomi dışında ek girişim yapılmadı. Tümör çapı 2 cm'nin üzerindeki tek hastada ise aynı zamanda apendiks mezosuna invazyon olması nedeniyle sağ hemikolektomi uygulandı. Hastaların takibinde herhangi sağ patolojik bulguya rastlanmadı.

#### Sonuç:

Apendiks karsinoid tümörlerinin tedavisinde literatürde çapı 1 cm'den küçük ve apendikte sınırlı vakaların tedavisinde apendektomi yeterli iken, iki cm'den büyük tümörlerin tedavisinde ise sağ hemikolektomi yapılmaktadır. Çapı 1-2 cm arasındaki tümörlerin tedavisi tartışmalıdır, bu hasta grubunda

tedavi protokolü belirlemede hastaya özel değerlendirme yapılmasının ve immünohistokimyasal parametrelerin de değerlendirilmesi görüşündeyiz.

#### P226

### Kolon Kanserinin Ender Görülen Metastaz

#### Alanı: MEME

F. Didem Can Trabulus<sup>1</sup>, Ekrem Çakar<sup>1</sup>, Esra Canan Kelten<sup>2</sup>, Rıza Umar Gürsu<sup>3</sup>, Tevfik Fikret Çermiççi<sup>4</sup>, Mehmet Ali Nazlı<sup>3</sup>, Didem Karaçetin<sup>5</sup>, Mehmet Emin Güneş<sup>1</sup>, Şefika Aksoy<sup>1</sup>, Esra Paşaoğlu<sup>2</sup>, Acar Aren<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

<sup>2</sup>Patoloji Bölümü

<sup>3</sup>Radyoloji Bölümü

<sup>4</sup>Nükleer Tıp Bölümü

<sup>5</sup>Onkoloji Bölümü

#### Amaç:

Kolorektal kanserin en sık metastaz alanı; karaciğer ve akciğerdir. Meme glandına metastaz oldukça seyrek görülür. Kolon kanserinin meme dokusuna metastaz yaptığı olağan dışı bir vaka sunuldu. Bu vaka ile kolon kanserinin ender de olsa meme dokusuna metastaz yapabileceği konusunda klinik farkındalık oluşturmak amaçlandı. Erken ve doğru tanı ile gereksiz cerrahi girişimlerin önlenilebileceği ve doğru sistemik kemoterapi rejimlerine yönlenebileceği vurgulandı.

#### Olgu:

28 yaşında kadın hasta; sol memesinde kızarıklık, sertleşme ve ağrı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde sol memenin tamamını dolduran ve meme cildinde granüler kabarıklık, kızarıklık, ödem ve kabalaşmaya sebep olan sert kitle tesbit edildi. Her iki aksillada lenf bezleri sert ve konglomerat şeklinde ele gelmekte idi. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 1 yıl önce taşlı yüzük hücreli kolon kanseri tanısı ile geçirilmiş subtotal kolektomi operasyonu mevcuttu(pT3N2bM0). MRI'da meme parankiminde, cildinde diffüz ve cooper ligamanlarda heterojen kontrast tutulum gösteren; inflamatuvar meme kanseri, granülatöz mastit ile uyumlu görünüm mevcuttu. PET'de sol meme cilt, ciltaltı, parankimde, sağ meme cildine uzanım gösteren ve her iki aksillada, servikal, suprainfraklaviküler, sol inguinal bölgede izlenen lenf nodlarında artmış FDG tutulumu metastatik patoloji lehine yorumlandı. İnsizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesi; taşlı yüzük hücreli karsinom infiltrasyonu olarak değerlendirildi. İmmünohistokimyasal boyama panelinde CK7(-), CK20(-), CEA diffüz(+), CDX2(+), ER(-), GCDFP15(-), MMC(-), MUC2 ve MUC5AC ile diffüz pozitif boyanma primer kolon taşlı yüzük hücreli karsinomun memeye metastazı ile uyumlu bulundu. FORFİRİ+Bevacizumab 14 günde bir toplam 12 kür kemoterapi planlandı. Bilateral pleval ve peritoneal efüzyonları nedeniyle gelişen solunum sıkıntısı, sol toraksa tüp drenaj ile giderildi. İkinci kemoterapi sonrası gelişen kardiyopulmoner arrest sonucu hasta kaybedildi.

#### Sonuç:

Meme dokusuna metastaz oldukça ender görülür ve meme tümörlerinin %3'ünü oluşturur. En çok diğer memeden metastaz görülürken, meme-dışı alanlardan metastaz oranı %0.5'dir. Erkeklerde meme-dışı alanlardan metastaz oranı göreceli olarak daha fazladır (erkeklerde %23.3, kadınlarda

## Antalya

%0.46). Malin lenfoma, lösemi ve malin melanom en çok görülen non-epitelyal metastazları oluştururken; epitelyal maligniteler arasında akciğer, over, böbrek, tiroid, serviks, mide, kolon ve prostat sayılabilir. Primer meme kanserinden ayırtedilmesinde histopatolojik ve immunohistokimyasal tanı yöntemleri kullanılır. Primer meme kanserinin aksine tedavide cerrahinin yeri yoktur, kolon kanserine yönelik sistemik kemoterapi kullanılır. Sonuç olarak bu vaka ile; özgeçmişinde geçirilmiş kötü differansiye kolon kanseri hikayesi olan her hastada, memede yeni gelişmiş patolojik durumun kolon kanserinin memeye metastazı da olabileceğine farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

## P227

## Üç Odaklı Senkron Kolon Tümörü: Olgu

## Sunumu

Rafet Yiğitbaşı, Sait Özsoy, Ender Anılır, Tarık Artıç, Barış Bayraktar, Salih Bölük, Haydar Yalman, Orhan Alimoğlu  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## Amaç:

Multipl senkron tümörler tüm kolorektal kanserler içinde nadir görülen durumlardandır. Üç ayrı odak halinde izlenen ve intestinal obstruksiyona neden olan senkron kolon tümörü olgusunu sunmayı amaçladık.

## Olgu:

Yetmiş beş yaşında erkek hasta bir aydır devam eden halsizlik, karın ağrısı, iştahsızlık yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Aile öyküsünde kolon kanseri mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde hipokrom mikrositer anemi mevcuttu. CA 19-9: 20 ng/ml, CEA: 6.3 ng/ml idi. Kolonoskopi'de anal kanal'dan yaklaşık 70. cm'de lümeni tama yakın tkayan ülserovejetan kitle gözlemlendi. Proksimale geçilemedi. Biyopsiler alındı. Patolojik tanı orta derecede diferansiye adenokarsinom idi. Senkron tümör taraması açısından PET-CT yapıldı ve splenik fleksura yerleşimli, transvers kolon sol ve sağ paramedian yerleşimli, sigmoid kolon yerleşimli olmak üzere 4 adet malignite bulguları gösteren kitlesel lezyon şüphesi mevcuttu. Operasyona alınan hastaya yapılan eksplorasyon'da splenik fleksura'da, transvers kolon ortasında ve hepatic fleksura'da serozaya atake eden tümöral kiteller saptandı. Rektosigmoid köşe distal sınır kabul edilerek subtotal kolektomi uygulandı. Hasta ameliyat sonrası 7. gün şifa ile taburcu edildi. Spesimenin patoloji sonucunda; splenik fleksura'da 3.5x5x2 cm'lik T3 N0 iyi diferansiye, transvers kolon ortasında 4x1 cm'lik T3 N0 orta diferansiye, hepatic fleksura'da 2.5x2 cm'lik T3 N0 orta diferansiye tümöral lezyonlar izlendi. Ayrıca çekum'da submukozal lipom, diğer kolon segmentlerinde düşük dereceli tübüler adenom ve tübülovillöz adenom görüldü. Lenf nodları değerlendirildiğinde 79 adet lenf nodunda 1 adet karsinom metastazı, 78 adet reaktif hiperplazi (T3 N1 M0) saptandı

## Sonuç:

Kolorektal kanserler içerisinde senkron tümör görülme oranı %2 - %5 arasında değişmekte, erkeklerde daha sık görülmektedir. Senkron tümörler en sık 2 odak olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatüre bakıldığında sigmoid kolon ve rektumda daha sık karşımıza çıkmaktadır ancak olgumuzda transvers kolon'da ve splenik fleksura'da 3 odaklı senkron tümörler bulunması nadir görülen bir durum olarak değerlendirilmiştir. Cerrahi

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

tedavi açısından bakıldığında tümörlerin yerleşim yerine göre iki ayrı segment rezeksiyonu veya subtotal kolektomi uygulanabilmektedir. Olgumuzda farklı segmentlerde 3 odaklı senkron tümör saptanması nedeniyle subtotal kolektomi tercih edilmiştir. Ailede adenomatöz polipozis, herediter non-polipozis kolorektal kanser öyküsü olan hastalarda senkron tümör olasılığının artmış olduğu bilinmeli, preoperatif kolonoskopi ile mümkünse tüm kolon değerlendirilmelidir. Kolonoskopinin tam yapılamadığı durumlarda PET yardımcı olabilir. Senkron tümör olasılığına karşı kapsamlı bir intraoperatif değerlendirme yapılmalıdır.

## P228

## Kanser Hastalarında Venöz Port Kullanımı:

## 5 Yıllık Klinik Deneyimimiz

Mehmet Akif Üstüner<sup>1</sup>, Enver İlhan<sup>1</sup>, Baha Zengel<sup>1</sup>, Kemal Emre Telciler<sup>2</sup>, Ömer Ertürk<sup>3</sup>, Hacı Osman Tanrıverdi<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>SB Afyon Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>SB Hakkari Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>4</sup>SB Bitlis Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

## Amaç:

Uzun süre kemoterapi planlanan kanser hastalarında damarsal erişim yolu büyük önem taşımaktadır. Damarsal portlar, intravenöz kemoterapi yapılan hastalarda, hastayı periferik damar yolu vasıtasıyla yapılan tedavinin lokal yan etkilerinden korumakta ve hastanın sosyal yaşamının rahatlatılması ve evde tedavisinin devamına kolaylık sağlamaları sebebiyle önem taşımaktadır. Port kateter ile uzun süreli intravenöz tedaviler rahatlıkla uygulanabilmektedir. Biz burada son beş yılda kliniğimizdeki venöz port kateter uygulamalarını sunduk.

## Gereç-Yöntem:

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 2008-2013 yılları arasında kemoterapi uygulaması amacıyla intravenöz port kateter takılan kanser olgularının dosya ve elektronik kayıtları retrospektif olarak incelendi.

## Bulgular:

Toplam 68 olguya kemoterapi uygulaması amacıyla venöz port kateter takıldı. Olguların 28(%41.2)'i kadın, 40(%58.8)'i erkek idi. İşlem ameliyathane koşullarında olgular monitörize edilerek lokal anestezi altında gerçekleştirildi. Yaş ortalaması 63.5(45-83) idi. 37(%54.4) olguda kolorektal, 15(%22.1) olguda mide, 8(%11.8) olguda meme, 4(%5.8) olguda pankreas, 2(%2.9) olguda özafagus, 1(%1.5) olguda karaciğer, 1(%1.5) olguda tiroid kanseri öyküsü vardı. Port kateter uygulama yeri olarak 64(%94.1) olguya subklavyen ven üzerinden kateter takılırken, 4(5.9) olguya femoral ven üzerinden kateter takıldı. Uygulama sonrasında 7(%10.3) olguya port revizyon işlemi yapıldı. Aynı gün içinde gelişen kanama ve hematom nedeniyle 3 (%4.4) olguya hemostaz uygulandı. Lokal enfeksiyon nedeniyle 3(%4.4) olguda port kateter çıkartıldı. Femoral ven üzerinden port kateter uygulanan 1(%1.5) olguda uygulama sonrası dördüncü haftada derin ven trombozu gelişti ve port kateter çıkartıldı. Uygulama esnasında 3(%4.4) olguda ritim bozukluğu oluştu. Hiç bir olguda pnömotorax ve/veya hemotorax görülmedi. Uygulamaya bağlı mortalite görülmedi.



**Sonuç:**

Bütün kanser hastalarında olduğu gibi kolorektal kanserli hastalarda da cilt altına yerleştirilen intravenöz port kataterler kemoterapi uygulaması için güvenle kullanılabilir. Deneyimli kişilerce portun takılması, tesbitinin iyi yapılması, uygulamadan sonra görüntüleme yöntemleri ile kontrollerin yapılması ve port katater bakımının titizlikle uygulanması önem arz etmektedir.

**P229****Laparoskopik Olarak Rezeke Edilen Kolonik****Kalsifiye Fibröz Tümör: Olgu Sunumu**

Tuba Atak<sup>1</sup>, Barış Bayraktar<sup>1</sup>, İbrahim Ali Özemer<sup>1</sup>, Sümeyra Bölük<sup>1</sup>, Kıvılcım Orhun<sup>1</sup>, Levent Doğanay<sup>2</sup>, Haydar Yalman<sup>1</sup>, Rafet Yiğitbaşı<sup>1</sup>, Orhan Alimoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İMÜ Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

**Amaç:**

Kalsifiye fibröz tümör(KFT) benign fibröz bir lezyon olup patolojik olarak oldukça nadir rastlanan bir antitedir. Tedavide lokal eksizyon tercih edilen yaklaşımdır. Bugüne dek literatürde sadece bir kolon yerleşimli KFT olgu bildirilmiştir. Bu yazıda laparoskopik anterior rezeksiyon sonrası KFT tespit edilen 60 yaşında erkek olgunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:**

Karın ağrısı ve kabızlık şikayetleri ile başvuran 60 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde ve rektal dijital muayenede özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde hemogram, biyokimya ve tümör belirteçleri normal tespit edildi. Kolonoskopide inen kolonda mukozası düzgün görünümde, geniş tabanlı yaklaşık 4 cm'lik polipoid kite tespit edildi. Yapılan multipl biyopsilerinde malignite tespit edilmedi. Görüntüleme olarak çekilen bilgisayarlı batın tomografisinde inen kolonda serozal tabakayı aşmayan submukozal yerleşimli kütleli lezyon saptandı. Laparoskopik anterior rezeksiyon uygulandı. Postoperatif dönemde myokard enfarktüsü geçiren olgu 6. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede kalsifiye fibröz psödötümör lehine değerlendirildi. Takibinin 30. ayında olan olguda nüks tespit edilmedi.

**Sonuç:**

KFT ağrısız, benign, yumuşak doku veya submukozal lezyonlar olarak ortaya çıkmaktadır. Etyolojisi bilinmemektedir. Histopatolojik incelemede hyalinize kollagen, psammamatöz ya da distrofik kalsifikasyon ve seyrek lenfoplazmositik infiltrasyonla karakterizedir. Spesifik bir semptomu ve endoskopik görüntüsünün olmayışı nedeniyle gastrointestinal tümörler, heterotopik pankreas, karsinoid tümörler, lipomlar ve reaktif nodüler fibröz tümörlerden ayırmak oldukça zordur. Malign transformasyon gösterilmediği için tedavisinde lokal eksizyon yeterlidir. İnkomplet rezeksiyonlarda nüks olabileceği için lokal eksizyon yapılamıyorsa minimal invaziv cerrahi tekniklerle rezeksiyon uygulanabilir.

**P230****Senkron Karaciğer Metastazı Olan Rektum Kanserli Bir Olguda “Önce Karaciğer Yaklaşımı”**

Mehmet Akif Türkoğlu<sup>1</sup>, Hasan Çalıış<sup>2</sup>, Kürşad Çiftci<sup>1</sup>, Hakan Bozcuk<sup>3</sup>, Hasan Şenol Coşkun<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya  
<sup>2</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya  
<sup>3</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

**Amaç:**

Kolorektal kanserli olguların % 20-25'i senkron hepatik metastazla başurmaktadır. Ancak bu hastaların % 10-20'si cerrahi rezeksiyona uygun olmaktadır. Senkron kolorektal karaciğer metastazlarının standart tedavisinde primer tümör rezeksiyona uygunsa karaciğer cerrahisi yapılabilmektedir. Ancak nadir hasta grubu bu tedavi yaklaşımından fayda görmektedir. Çünkü genellikle primer tümörün tedavisi sonrasında senkron karaciğer metastazı progresyon göstermektedir. Kolorektal kanserli hastalarda da prognozu belirleyen gerçekte karaciğer metastazlarıdır. Biz olgumuzda “önce karaciğer yaklaşımı” yöntemini tartışmayı amaçladık.

**Olgu:**

Dışkılama alışkanlığında değişiklik nedeniyle tetkik edilen 64 yaşındaki erkek olguda rektosigmoid bölge 10. cm 'de lümeni tama yakın obstrükte etmiş ülserovejetan tümöral lezyon gözlemlendi. Biyopsi sonucu adenokarsinomla uyumlu gelmesi üzerine evreleme açısından çekilen abdominopelvik tomografide rektosigmoid bölgede 5.5 cm uzunluğunda lümeni belirgin daraltan diffüz duvar kalınlık artışı izlendi. Bu alanın sol lateral komşuluğunda çok sayıda lenfadenopati ve beraberinde karaciğer sağ lob inferolateralde yaklaşık 4x3.5 cm boyutlu metastazla uyumlu soliter lezyon raporlandı. Hastaya izole sağ posterior sektorektomi ve loop ileostomi ameliyatı yapıldı. Postoperatif 3 kür kemoterapi alan hastanın 3 ay sonraki kontrol pozitron emisyon tomografisinde karaciğerde herhangi bir lezyon gözlenmedi. Bunun üzerine rektum primer tümöre yönelik aşağı anterior rezeksiyon uygulandı. Postoperatif sorunsuz taburcu edildi.

**Sonuç:**

Lokal ileri evre rektal kanserli hastaların yaklaşık %30'unda senkron karaciğer metastazları bulunmaktadır. Kemoradyoterapi süresinin en az 6 hafta olduğunu ve hiçbir komplikasyon gelişmediğini varsayarsak karaciğer metastazlarına yönelik cerrahi, yaklaşık 3 ay süresince ertelenecektir. Yüksek komplikasyon riski olan bu işlemlerde bu sürecin daha da uzayabileceği ve sonuçta prognozu etkileyebileceği düşünülmektedir. “Önce karaciğer yaklaşımı” majör hepatektomiye takiben kemoterapi, daha sonra rektal primer tümörün rezeksiyonunu içermektedir. Primer tümörün rezeke edilmesiyle birlikte postoperatif immün bozukluğa ve yine primer tümörün indüklediği anjiogenezis inhibisyonunun ortadan kalkmış olmasına bağlı karaciğer metastazlarında büyümenin daha hızlı olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. İdeal hasta ileri rektal kanserli ve senkron karaciğer metastazı olan hastalar olup obstrüksiyon, kanama ve perforasyon gibi komplikasyonların nadir bulunduğu evre IV kolorektal kanserlerdir. Amaç primer tümörün lokal



Antalya

tedavisi ile metastatik hastalığın geciktirilmemesidir. Bu yöntemin literatürel olarak morbidite ve mortalite oranları sırasıyla %19 ve %0 olup 3 yıllık sağ kalım %83'dür. İleri evre senkron hepatik metastazlı rektal primer tümöre sahip olgularda "önce karaciğer yaklaşımı" düşük morbidite ve mortalite oranlarıyla kabul gören bir prosedürdür.

**P231**

### Single Port Laparoscopic Surgery'nin Transanal Endoskopik Mikrocerrahi için kullanımı: Vaka Takdimi

Serdar Karakaş, Hüseyin Yönder, Mustafa Ateş, Abuzer Dirican  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi A.D, Malatya

Transanal endoskopik mikrocerrahi(TEM), seçilmiş rektum lezyonları için minimal invaziv bir girişimdir. Bu işlem özelleşmiş cerrahi aletlerle yapılmaktadır. Bu çalışmada 66 yaşındaki bayan hastada rektumda anal kanaldan itibaren 8. cmde yerleşimli yüksek-grade displastik bir lezyonun Single Port Laparoscopic Surgery'nin TEM için kullanımı (SILSTEM) vasıtasıyla eksizyonunu sunmayı amaçladık. Genel anestezi altında Single Port Laparoscopic Surgery (SILS) için kullanılan tek port anal kanala uygulanıp, perianal bölgeye ipek dikişlerle sabitlendi. Rektum karbondioksit ile insüfle edildi. Standart ve iki açılı laparoskopik cerrahi aletler yardımı ile, rektumdaki 3x3 cm flat lezyonun tam kat rezeksiyonu gerçekleştirildi. Hasta komplikasyonsuz postoperatif birinci günde taburcu edildi. Patolojisi, fokal yüksek dereceli displazi olarak raporlanan rezeksiyon materyalinin cerrahi sınırı negatif olarak rapor edildi. Sonuç olarak, SILSTEM seçilmiş rektal lezyonların eksizyonunda güvenli ve kullanılabilir bir yöntem olduğunu düşünüyoruz.

**P232**

### Laparoskopik Apendektomi'de Klinik Deneyimimiz

Kemal Peker<sup>1</sup>, İsmayil Yılmaz<sup>1</sup>, İsmail Demiryılmaz<sup>3</sup>, Abdullah İnal<sup>1</sup>, Arda Işık<sup>1</sup>, Hüseyin Eken<sup>1</sup>, Huriye Güllü<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Erzincan  
<sup>2</sup>İbni Sina Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri  
<sup>3</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Erzincan

**Amaç:**

Apendektomi en sık yapılan acil karın ameliyatıdır. Laparoskopik apendektomi yöntemi günümüzde artan bir şekilde kullanılmaktadır. Laparoskopik cerrahi tanı ve tedavi açısından önemli avantajlara sahiptir. Çalışmamız da Laparoskopik apendektomi hakkındaki klinik deneyimimizi paylaşmayı amaçladık

**Gereç-Yöntem:**

Retrospektif klinik çalışmaya Ağustos 2012- Ocak 2013 tarihleri arasında Laparoskopik olarak apendektomi yapılan hastalar dâhil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve post operatif komplikasyonları değerlendirildi

**Bulgular:**

Apendektomi yapılan 21 erişkin hastanın (17 si erkek iken 6 tanesi bayan) idi Hastaların yaşları 13-34 Aralığında olup,

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

ortalaması 21,4 idi. Operasyon süresi ortalaması 47 dakika idi. 17 hastada dren kullanıldı. Hastaların hastanede ortalama kalış süreleri 1,6 gündü. Çalışmaya dâhil edilen tüm hastalar akut süperatif apendisit vakaları olduğundan hiçbir hastada yara yeri veya intra abdominal enfeksiyon gelişmedi.

**Sonuç:**

Laparoskopik cerrahide kesi yeri enfeksiyonlarının daha az olması, ameliyat sonrası ağrı azlığı, hızlı iyileşme ve hastaların günlük hayatlarına daha erken dönmeleri gibi avantajları ile birlikte güvenli bir yöntem olduğunda, göz önüne alındığında apendektomi operasyonlarında laparoskopinin birinci seçenek olması gerektiği kanısındayız.

**P233**

### Laparoskopik Apendektomi: Nöroma.

#### Bir Olgu Sunumu

Yüksel Altınel<sup>1</sup>, Canan Yıldırım<sup>2</sup>, Nazan Aksoy<sup>3</sup>, Kadri Güleşci<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ordu  
<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Ordu  
<sup>3</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ordu  
<sup>4</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji, Ordu

**Amaç:**

Laparoskopik apendektomi deneyimi sonucu patolojik inceleme ile apendiks nöroma tanısı konulan hastanın klinik değerlendirmesi araştırıldı.

**Olgu:**

63 yaşında erkek hasta KAH mevcut, yaklaşık bir haftadır karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan FM'de sağ alt kadranda minimal hassasiyeti vardı. Laboratuvar incelemesinde lökosit değeri normal olarak saptandı. Çekilen USG: sağ böbrek orta zonda 22x19 mm kist izlendi. Klinik takibinde problemi olmayan hasta medikal tedavi ile taburcu edildi. Taburculuğu takiben bir hafta içinde çekilen kontrol BT: apendiks duvarı hafif kalın, apendiksın çekuma açıldığı alanda şüpheli kalınlaşma izlenmesi üzerine sefuoksim aksetil ve ornidazol antibiyoterapisi düzenlenerek yaklaşık altı hafta sonra laparoskopik apendektomi yapıldı. Suprapubik, umblikus altı iki adet 10mm bir adet 5 mm trokar ile batına girildi. Extrakorporal düğüm apendix güdüğü bağlarken ters düğüm olması üzerine sağ alt kadranda dördüncü trokar ile apendix dışarı alınarak bağlandı kesildi. Hastada olası bir plastron apandisit hali düşünülmüştü. Postoperatif ikinci gün oral alımı takiben klinik problemi olmaması üzerine taburcu edildi. Patoloji nöroma, fibroz obliterasyon olarak bildirdi. Akut apandisit hastalığında, apendiks mukozal bariyeri bir kez bozulduğunda, apendiks duvarında sekonder enfeksiyona bağlı bakteri invazyonu ve inflamasyon başlar. Antibiyotiklerin uygulamasıyla inflamasyon kontrol altına alınabilir, mukoza tamiri olur ve apendektomi yapılmadan iyileşme ile sonuçlanabilir. Ayrıca plastron gelişimi, organizmanın enflemasyonu kendi imkanları ile sınırlandırdığını gösterir. Gecikmiş plastron apandisitli hastalar yoğun antibiyotik ve destek tedavisi ile yakın takipte tutulabilirler. Akut dönem atlatıldığında 6-8 hafta sonra elektif

koşullarda apendektomi yapılır. Çok nadir olarak, apendiks stromasında bulunan nöroendokrin hücrelerinin proliferasyonu ve bunun sonucunda da nöral dokuda hiperplazinin tetiklendiği apendiks nöroması oluşmaktadır. Oblitere apendikte, tekrarlayan küçük iltihabi atakların apendiks stromasında bulunan nöroendokrin hücrelerinin proliferasyonuna neden olarak akut apandisit tablosuna yol açtığı öne sürülmektedir. Bu olgu sunumu laparoskopik apendektomi ile tedavi edilen bir apendiks nöroma tanımlamaktadır.

#### Sonuç:

Apendiks stromasında bulunan nöroendokrin hücrelerinin proliferasyonu sonucu nöral dokuda hiperplazinin tetiklendiği ve apendiksiyal nöroma oluştuğu ve akut apandisiti veya plastron apandisiti nadiren taklit edebileceği gözlemlendi. Cerrahi seçenek olarak laparoskopik yaklaşım, trokar giriş yerleri açısından farklılık gösterse de, cerraha kolaylık ve deneyim sağlamaktadır.

#### P234

### Laparoskopik Apendektomi Sonrası Konservatif Tedavi Edilen Dev Paryetal Duvar Hematomu

Ebubekir Gündeş, Murat Çakır, Ahmet Tekin,

Tevfik Küçük kartallar, Adnan Kaynak

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

#### Amaç:

Laparoskopi günümüzde birçok cerrahi yöntemde başarılı ve güvenli şekilde uygulanabilen bir tekniktir. Güncel çalışmalarda laparoskopik apendektomi, enfeksiyon, hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı gibi komplikasyonlar ve özellikle genç bayanlarda tanısal faydaları açısından değerlendirildiğinde açık apendektomiye üstün olduğu tespit edilmiştir. Laparoskopik apendektomi, kabul edilen bir prosedür olmasına rağmen deneyimli cerrahlarda dahi komplikasyonlar görülebilmektedir. Tanı ya da tedavi laparoskopik işlemler sonrası karın duvarı damar yaralanmaları görülebilir ancak büyük karın duvarı hematomları çok nadiren oluşur. Trokarlar yerleştirilirken epigastrik damarların yaralanması sonucu oluşur ve genellikle prognozu iyidir. Apendektomi sonrası hastanın kliniğinde bozulmaya neden olan preperitoneal bölgeye kanaması olan olguyu sunmayı amaçladık.

#### Olgu:

Kırk dokuz yaşında kadın hasta, 12 saat önce göbek çevresinde başlayan, sonra sağ alt kadrana yayılan karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. İştahsızlığı olan hastanın ateşi yoktu. Batın muayenesinde sağ alt kadranda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet, rebound ve müsküler defans mevcuttu. Rektal muayenede özellik yoktu. Rutin kan incelemesinde beyaz kürenin 17.200/mm<sup>3</sup> olması dışında özellik yoktu. Batın ultrasonografide sağ alt kadranda minimal sıvı ve konprese olmayan 8mm çapında kör sonlanan apendisitle uyumlu lezyon tarif edildi. Apandisit tanısı konan hastaya laparoskopik apendektomi işlemi uygulandı. Trokarlar kamera kontrolü altında çekildi ve kanama olmadığı görüldü. Operasyondan 4 saat sonra hipotansiyon ve taşikardisi gelişen hasta yoğun bakıma alındı. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'dan 8 gr/dl'ye düştüğü tespit edildi. Mevcut direninden kanama

olmaması üzerine acil yatak başı Ultrasonografi(US) yapıldı. US'de batın içinde kanama olmadığı belirtildi. Ancak karın içi gaz nedeniyle değerlendirmenin supoptimal şartlarda olduğu belirtildi. Hastaya 2 Ünite Eritrosit süspansiyonu verildi. Hemoglobin değerleri 9 gr/dl'ye yükseldi. Yapılan batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) rektus kası altında paryetal periton üzerinde yerleşmiş 13x12x10 cm lik büyük hematoma saptandı. Hemoglobin değerini 10 gr/dl çıkarmak için 1 ünite daha eritrosit süspansiyonu verildi. Hastanın durumu 24 saat sonra stabil hale geldi ve 48 saat sonrada taburcu edildi.

#### Sonuç:

Karın duvarı hematomu ile ilgili literatürde bildirilmiş çok sayıda yayın mevcuttur. Genişleyen karın duvarı hematomu künt karın travması sonrası oluşabilir. Spontan karın duvarı hematomları ise karın duvarı kaslarının aşırı gerilimine, damar duvar zayıflığına, ya da antikoagülan kullanımına bağlı oluşabilir. Laparoskopik cerrahi sonrası trokar bölgesinden kanama nispeten sık görülen bir komplikasyondur. Ancak tekrar acil cerrahi girişime ya da karın duvarında dev hematoma neden olabilecek hemoperitoneumlar çok nadir görülür. Karın boşluğu içerisine kanama ya da dev karın duvarı hematomu, kan transfüzyonuna, hastanede kalış süresini uzatmaya ve acil cerrahi girişime neden olabilir. Daha önce rapor edilen yayınlarda trokar yerleştirilirken gelişen minör ya da kendini sınırlayan kanamalar % 0.21 oranında bulunmuştur. Major vasküler yaralanmalarda çok azda olsa rapor edilmiştir. Bunların çok azı inferior epigastrik arter yaralanmasıdır. Olgumuzda inferior epigastrik arter yaralanmasının olduğunu düşünmekteyiz. Karın duvarı damar yaralanmalarını azaltmak için; karın duvarı ve kan damarlarının seyri iyi bilinmeli, obez olmayan hastalarda transsülünasyon yapılmalı, doku travmasını azaltmak için trokar dik açı ile girilmeli, işlemi yapabilecek en küçük trokar seçilmelidir. Olgumuzda 3 trokar giriş deliği kullandık. Göbek üstü kameranın yerleştirildiği 10mm'lik, sağ alt kadranda yerleştirilen 10mm'lik çalışma trokarı ve simfizis pubis üzerinden yerleştirilen 5mm'lik traksiyon trokarıdır. Kanama sağ inguinal bölgeden yerleşen trakardan olmuştur. Hastamız obez olduğu için translüminasyondan yararlanılamadı. Karın duvarı kanamaları çeşitli yöntemlerle kontrol altına alınabilir. Trokar giriş yerine derin sütürler konması veya bu alandan ilerletilen Foley sonda şişirilerek hemostaz sağlanabilir. Bu yöntemler başarısız olursa kanayan alanın eksplorasyonu gereklidir. Operasyon esnasında kanama fark edilmeyebilir çünkü trokar ve pnömoperitoneum bu kanamayı tamponize edebilir. Karın duvarında hematoma oluşması ya da trokar kenarından karın boşluğuna kan damlaması kanamayı düşündürür. Operasyon esnasında hematoma görüldüğü ve trokar kenarından karın içerisine kanayan bir odak görülmeydi. Kanama fasya altına periton üzerine olduğu için muayene bulgusu vermemiştir. Laparoskopik apendektomi sonrası, karın duvarında gelişen dev hematomların tedavisinde konservatif, selektif arter embolizasyonu ya da cerrahi işlemler kullanılabilir. Biz hastamızın hemodinamik açıdan stabil olması ve hematomun tespitinden sonra büyümemesinden dolayı konservatif olarak tedavi etme kararı aldık. Hematomun enfekte olmasını engellemek amaçlı geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Sonuç olarak trokarlar karın duvarı damar yaralanmalarına neden olabilir. Aktif kanama kendini sınırlamadan önce büyük boyutlarda karın duvarı hematomuna neden olabilir. Bu aktif

Antalya

kanama erken dönemde BT ile gösterilebilir. Laparoskopik cerrahide trokar yaralanmaları önlenabilir komplikasyonlardır. Hemodinamik açıdan stabil olan ve hematomu büyümeyen hastalar ikincil bir cerrahi işleme gerek duyulmadan başarılı bir şekilde konservatif tedavi edilebilir.

**P235****Robotik Gastrointestinal Cerrahi: Gerçekten Güvenilir mi?**

Mehmet Fatih Can, Yaşar Subutay Peker, Murat Urkan, Aytekin Ünlü, Gökhan Yağcı

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Devam etmekte olan tartışmalarda birisi de, maliyetleri karşılaştırıldığında; Major Robotik Gastrointestinal Cerrahi'nin (RGC), Konvansiyonel Laparoskopik Cerrahi'ye (KLC) üstünlükleridir. Bu çalışmadaki amacımız, güncel çalışmaları da inceleyerek RGS'nin maliyet - etkinlik durumunu değerlendirmektir.

**Gereç-Yöntem:**

Robotik gastrik, karaciğer, pankreas ve kolorektal cerrahi maliyet-etkinlik analizi yapan çalışmalar "Pubmed" kullanılarak tarandı. İlgili makalaların referanslarına çapraz kontrol uygulandı.

**Bulgular:**

Toplamda 15 çalışma incelendi. Bunlarda; 3'ü meta-analiz, 8'i randomize çalışma ve diğer geriye kalanlar da düşük kanıt seviyeli çalışmalardı. 12 çalışma, direkt gastrektomi, karaciğer-pankreas rezeksiyonu ve kolorektal cerrahi maliyet-etkinlik analizi yapan çalışmaladı. Çalışmaların dağılımı, belirtildiği gibiydi: 4 çalışma kolorektal cerrahi olgu serisi, 2 çalışma kolorektal cerrahi meta-analizi, 3 çalışma üst gastrointestinal sistem cerrahisi olgu serisi, 1'i meta-analiz olan 2 çalışma anatomik bölge ayırmaksızın maliyet-etkinlik çalışması, ve diğer ilgili olgu serileri. Bu çalışmaların maliyet-etkinlik açısından detaylı incelemesinde, 11 çalışma RGC'nin hiçbir üstünlüğünün olmadığını belirterek açıkça RGC'ye karşı çıkmaktadır. 3 çalışma gri bölgede durmakta ve rgs2nin bazı avantajlarının yanında dezavantajlarının da olduğunu altını çizmektedir. 1 çalışma ise, RGC'nin yaygın kullanımını önermektedir.

**Sonuç:**

İncelenen çalışmaların ortak görüşü, RGC'nin asıl avantajının KLC'ye göre daha olumlu sonuçlar doğurabilecek olan cerraha sağladığı konfordur, ancak yüksek maliyet nedeniyle bu avantajı tartışma konusudur. Ancak RGC, dar-derin yerleşimli cerrahi alanlara yapılacak girişimlerde yüksek cerrahi güvenliği sayesinde ilk tercih sebebi olabilir.

**P236****Kolorektal Kanserde Laparoskopik Cerrahi**

Burhan Mayir, Alkan Sakar, Zühre Aytaç, Tuna Bilecik, Tuğrul Çakır, Mehmet Tahir Oruç

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:**

Günümüzde laparoskopik cerrahi yaklaşımlar bir çok alanda geniş uygulama alanı bulmakta ve kolelitiazis, gastroözsofageal

**VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi**

reflü hastalığı gibi bazı hastalıklarda altın standart olarak uygulanmaktadır. Kolorektal cerrahi girişimlerde de laparoskopik uygulamalar giderek artan sıklıkla yapılmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde laparoskopik kolorektal cerrahi uygulanan hastalara ait sonuçlar verilmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde laparoskopik olarak kolorektal cerrahi girişim uygulanan hastalar retrospektif olarak incelenerek klinik ve patolojik veriler analiz edildi.

**Bulgular:**

Toplam 30 hastaya laparoskopik kolorektal cerrahi uygulandı. Hastaların 18'si (%60) erkek, 12'si (%40) kadın idi. Hasta yaşları 37-81 (ort:60,7) arasında idi. Hastaların tümü kolorektal tümör tanısıyla opere edildi. Tümörlerin 3'ü çekumda, 4'ü sağ kolonda, 2'si hepatic fleksurada, 1'i transvers kolonda, 1'i splenik fleksurada, 14'ü rektosigmoid bölgede, ve 5'i rektumdaydı. Hastaların 8'ine anterior rezeksiyon, 11'ine aşağı anterior rezeksiyon, 10'una sağ hemikolektomi, 1'ine sol hemikolektomi uygulandı. Bir hastaya eş zamanlı karaciğer metastazektomi, bir hastaya salpingooferektomi uygulandı. Çıkarılan lenf nodu sayısı 0-30 (ort:10,9) idi. Hastanede operasyon sonrası yatış süresi ortalama 10,7 (4-26) gün idi. Hastaların 6'sında (% 20) operasyon açık yöntemle tamamlanmıştır. Açığa dönme nedenleri 4 vakada koşu organ tutulumu olması, 1 vakada stapler uygulamasında teknik problem oluşması, 1 vakada hemostaz sağlanamamasıdır. Bir (%3,3) hastada ureter yaralanması oldu. Takiplerde bir (%3,3) hastada anastomoz kaçağı izlendi. Hiçbir hastada mortalite görülmedi.

**Sonuç:**

Bu çalışmada kliniğimizde laparoskopik kolorektal cerrahi uygulanan hastalar retrospektif olarak analiz edilmiştir. Sonuçlarımız literatürde bildirilmiş diğer serilerle benzer şekildedir. Laparoskopik kolorektal cerrahi güvenli, düşük morbidite ve mortalite ile uygulanabilecek bir yöntemdir.

**P237****Kolorektal Kanselerde Laparoskopik Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız**

Taner Özkececi<sup>1</sup>, Ahmet Bal<sup>1</sup>, Bahadır Celep<sup>1</sup>, Mustafa Özsoy<sup>1</sup>, Barış Sarıpınar<sup>1</sup>, Nazan Okur<sup>2</sup>, Hasan İlyas Özarpalı<sup>3</sup>, Çiğdem Tokyol<sup>3</sup>, Sezgin Yılmaz<sup>1</sup>, Yüksel Arıkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Tıp fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği Afyon / Türkiye

<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Tıp fakültesi, Radyoloji Kliniği Afyon / Türkiye

<sup>3</sup>Afyon Kocatepe Tıp fakültesi, Patoloji Kliniği Afyon / Türkiye

**Amaç:**

Gastrointestinal sistemin en sık karşılaşılan tümörlerinden olan kolorektal kanserler, kansere bağlı ölümlerde de 3. Sırada yer almaktadır. Cinsiyet ayrımı göstermemekle birlikte en sık 5. Dekatta saptanır. Kolorektal kanserlerin temel tedavi seçeneği cerrahidir. Cerrahi tedavi prosedürleri arasında son yıllarda açık cerrahiye alternatif olarak laparoskopik girişimler ön plana çıkmaktadır. İlk kez Jacobb ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen laparoskopik kolorektal girişimlerde özel deneyim ve beceri gerektirmesi, disseksiyon gücüğü temel kontrendikasyon olarak bilinmektedir. Bu çalışmamızda kliniğimizde kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik cerrahi



ile ameliyat edilen hastalardaki cerrahi tedavi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

### Gereç-Yöntem:

Afyon Kocatepe Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Haziran 2009 ile Şubat 2013 yılları arasında kolorektal kanser tanısı konularak laparoskopik teknik ile ameliyat edilen hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verilerinin yanı sıra başvuru esnasında hastaların şikâyetleri, eşlik eden hastalık, ASA skoru, uygulanan cerrahi prosedür, kanserin evresi, disseke edilen lenf nodu ve lenf nodunda metastazın varlığı, kan transfüzyonu, morbidite ve mortalite oranları incelendi.

### Bulgular:

Çalışmaya hasta dosyası, ameliyat verileri ve patoloji sonuçlarına tam olarak ulaşılan 42 hasta dâhil edildi. Hastaların ortalama yaşı 59,2 (Min: 19, Max: 82) olarak saptandı. Çalışmaya alınan 42 hastanın 23 (%54,8) erkek iken 19 (% 45,2) kadın olarak saptandı. Başvuru esnasında en sık karşılaşılan şikâyetler karın ağrısı (%23,8), kabızlık (%21,4) olarak saptandı. 18 hastada (%42,8) eşlik eden hastalık saptanmakla birlikte en sık rastlanan komorbidite diabetes mellitus ve kronik obstruktif akciğer hastalığı idi. En sık rektum (%35,7) ve çekum (%35,7) kanseri saptandı. En sık uygulanan cerrahi prosedür ise laparoskopik low anterior (%35,7) rezeksiyondur. Bunu laparoskopik low anterior rezeksiyon sağ hemikolektomi (%23,8) takip etmektedir. Kanser lokalizasyonu, evresi, patolojik evresi ve uygulanan cerrahi prosedürler tabloda özetlenmiştir (Tablo 2). Ameliyat piyesin patolojik incelemesinde ortalama 11 lenf nodu disseke edildi ve lenf nodu pozitifliği ise ortalama 2 olarak saptandı. Peroperatif ortalama 1,3 ünite kan replasmanı uygulanmıştır. Cerrahi sonrasında 3 hastada (%7,1) morbiditeye rastlanmakla birlikte 1 hasta (%2,3) pnomoni ve sepsis nedeniyle kaybedildi.

### Sonuç:

Kolorektal kanserlerde tedavi prosedürleri multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Hastaların halen sağ kalım sürelerini belirleyen en önemli unsur cerrahi tedavi olmakla birlikte laparoskopik kolorektal kanserler deneyimli merkezlerde başarıyla uygulanabilmektedir.

### Başvuru Şikâyetleri

Başvuru Şikâyetleri	Sayı	Yüzde Değeri (%)
Karın Ağrısı	10	23,8
Kabızlık	9	21,4
Barsak Alışkanlığındaki Değişiklik	9	21,4
İleus	2	4,8
Anemi	2	4,8
Hematokezya	7	16,7
Kilo Kaybı	3	7,1
Toplam	42	100

### P238

## Rektal Kanserde Laparoskopik İntersfinkterik Rezeksiyon

Metin Ertem, Emel Özveri, Hakan Gök

Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

### Amaç:

Hasta ve hekimin endikasyonda beraber karar vereceği nadir cerrahi uygulamalardan birisidir. Artmış nüks riski ve inkontinens olasılıkları hastayla birlikte verilecek kararın zorluğunu oluşturmaktadır. Rektum kanserinde cerrahi prensiplere uygun olarak sfinkterlerin korunarak intersfinkterik rezeksiyon yapılması planlandı.

### Olgu:

27 yaşında erkek ve 48 yaşında kadın olmak üzere toplam 2 hastaya laparoskopik inter-sfinkterik rezeksiyon uygulandı. Hastaların vücut kitle indeksi (BMI) 19,4 ve 37,5 kg/m<sup>2</sup> idi. Her iki hasta neoadjuvan kemo-radyoterapi aldı. Rezeksiyon kriterlerimiz: 1- Tümörler anal kanal yerleşimli idi. 2- Hastalığın lokal yayılımı ve sfinkter ile ilişkileri pelvik MRI ve rektal endo-US ile belirlendi. 3- Tümör çapı 1< cm idi. 4- Histolojik grade biyopsi ile belirlendi (G I - II). 5- Preoperatif sfinkter fonksiyonları hastalara sorularak ve parmakla yapılan muayene ile değerlendirildi. Her iki hastada klinik olarak bulgu saptanmadı. Uzak metastaz varlığı akciğer grafisi ve tüm batın CT ile değerlendirildi ve patoloji saptanmadı. 6- Tümörün anal girime uzaklığı lateral pozisyonunda hastada kolonoskopi ile ölçüldü. Preoperatif endoanal ultrasonografide her iki hastada anal kanal duvarında kalınlaşma saptandı. Eksternal sfinkterler normaldi. İnternal sfinkterlerin 1/3 üst bölümünü içine alan ve sınırları belirsiz tümör infiltrasyonu saptandı. Pelvik MRI'da mezorektumda lenf tutulumu gözlenmemiştir. Ameliyata Lloyd-Davies pozisyonunda başlandı. 4 trokar girişi kullanıldı. diseksiyon ligasure 5 mm ile yapıldı. İnterior mesenterik kök bağlanarak mezorektal rezeksiyon prensiplerine uyularak pelvik tabana inildi. sol trokar girişinden pelvik boşluğa uzanan bir adet dren ve sağ trokar girişinden loop ileostomi gerçekleştirilerek laparoskopiyeye son verildi. Hasta bacakları litotomi pozisyonuna getirilerek anal bölgeye çalışılmak üzere geçildi. Star anal ekartör kullanılarak her iki olguda internal sfinkter üst 1/2 liflerini içine alacak şekilde intersfinkterik mesafeye girilerek anal kanal ve rektum rezeksiyonu pelvik boşluğa girilerek tamamlandı. Rezeksiyon alt sınırı için frozen section yapıldı. Salim sınırlarda olduğu gözlendikten sonra (makroskopik ve mikroskopik) kolo-anal anastomoz tek tek eriyebilen dikişlerle gerçekleştirildi. Hastalar postop 4. gün taburcu edildi. Postoperatif anal manometrede her iki hastada anal dinlenme sfinkter basınçları düşük, sıkma basınçları ve defekasyon paterni normal saptandı. RAIR+ ve öksürük esnasında sfinkter basınçlarında yükselme ve artmış yeni rektum duyarlılığı tespit edilmiş olup kolostomi kapatılması uygun görülmüştür. Klinik olarak sorunsuz olan hastaların ileostomileri postoperatif 3 ve 4.haftada erken olarak kapatıldı. İleostominin erken kapatılmasındaki amaç volümlü sıvı kaybının daha erken sonlandırılması ve anal kanalda darlık oluşmadan kullanılmaya başlanmasıdır. İleostomi kapatılmasından sonra her iki hastaya 4 hafta süreyle nefes ve anal sıkma egzersizleri uygulandı.



Antalya

**Sonuç:**

Hastalar 1 yıl ve 8 aylık takip sürelerini tamamladılar. Genç erkek olan hastamızda tuvalete zor yetiştirme dışında takip süresince hastalıkta tekrarlama gözlenmedi.

**P239****Kolorektal Kanserde Laparoskopik Cerrahi Erken Dönem Sonuçlarımız**

Mustafa Celalettin Haksal<sup>1</sup>, Çağrı Tiryaki<sup>1</sup>, Ali Çiftçi<sup>1</sup>, Murat Burç Yazıcıoğlu<sup>1</sup>, Zehra Boyacıoğlu<sup>1</sup>, Hamdi Taner Turgut<sup>1</sup>, Metin Kement<sup>2</sup>, Emel Canbay<sup>1</sup>, Selim Yiğit Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:**

Günümüzde kolorektal kanserde laparoskopik yöntemler daha sık uygulanmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde kolorektal kanserler nedeniyle laparoskopik yöntem kullanarak opere ettiğimiz hastaları inceledik.

**Gereç-Yöntem:**

Aralık 2012 ile Mart 2013 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısıyla laparoskopik olarak opere edilen tüm hastalar retrospektif olarak demografik bulgular, peroperatif ve postoperatif değişkenler açısından değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Toplam 7 kolorektal kanserli hastaya (4[%57,1] kadın, ortalama yaş 53±19,4) laparoskopik yöntemler uygulandı. Tümör yerleşimleri şu şekildeydi: rektum (n=2, %28,5), sigmoid kolon (n=1, %14,3), transvers kolon (n=1, %14,3), çekum (n=1, %14,3), apendix (n=2, %28,5). Bütün hastalar laparoskopik tamamlandı. Laparoskopik olarak tamamlanan toplam 7 hastada low anterior rezeksiyon (n=2, %28,5), anterior rezeksiyon (n=1, %14,3), sağ hemikolektomi (n=3, %42,8), genişletilmiş sağ hemikolektomi (n=1, %14,3) uygulandı. Ortalama operasyon süresi 184,3±58,6 dk idi. Laparoskopik olguların (n=1) birinde (%14,3) T4 tümör olması nedeniyle sol spermatik kord rezeksiyonu uygulandı. Bu hastalarda oral gıdaya geçiş ve taburcu olma süreleri 3,1±0,9 ve 7,7±5,5 idi. Postoperatif 1 hastada pulmoner emboli gelişti.

**Sonuç:**

Serimiz kolorektal kanserde laparoskopik cerrahinin etkin ve güvenli yapılabileceğini göstermektedir ama hasta sayımız kısıtlı ve artırılması gerekmektedir.

**P240****Tek Kesiden Yapılan Laparoskopik Kolektomi ile Standart Laparoskopik Kolektominin Kozmetik ve Vücut Algısı Yönünden Karşılaştırılması**

Aras Emre Canda<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>2</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>3</sup>, Emre Direk<sup>1</sup>, Emre Karaahmetli<sup>3</sup>, Metin Keskin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:**

Bu çalışmada sağ hemikolektomi için standart laparoskopik kolektomi (LK) ile tek kesiden laparoskopik kolektomi

**VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi**

(TKLK) uyguladığımız hastalarda kozmetik sonuçların ve vücut algısının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Mart 2009 - Ocak 2012 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültelerinde LK ve TKLK uygulanan hastalar belirlendi. Hastane kayıtlarından hastaların demografik özellikleri ve tedavi bilgileri, ameliyat bilgileri ve onkolojik takip bilgileri çıkarıldı. Çalışmaya katılım için "Aydınlatılmış Onam" alındıktan sonra hastalara daha önce başka çalışmalarda validasyonları yapılmış olan fotoğraf serisi ve vücut algısı anketlerinin Türkçe çevirileri uygulandı.

**Bulgular:**

Bildiri hazırlandığı sırada anket kayıtları tamamlanmış olan 35 hastanın analizi yapıldı. Ortalama yaş 64 (dağılım, 36-85) idi. Hastaların 19'u erkek, 16'sı kadın idi. 27 hastada kanser nedeni ile ameliyat yapılmıştı. Gruplar arasında demografik özellikler, VKİ, kolektomi endikasyonu, ve açık cerrahiye dönüş açısından farklılık izlenmedi. LK uygulanan hastaların 10'unda intrakorporeal anastomoz yapılırken, TKLK uygulanan hastaların tümünde ekstrakorporeal anastomoz yapılmıştı. Her iki grupta da komplikasyon oranları benzer olarak izlendi. Ortalama hastanede kalış süresi 9.1 (dağılım; 5-20) gün olarak belirlenirken gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. 3 hastada (TKLK grubunda 2, LK grubunda 1) insizyonel herni gelişti. Gruplar arasında fotoğraf serisi ve vücut algısı anketleri sonuçları açısından farklılık izlenmedi. Gruplar arasında onkolojik sonuçlar açısından erken dönemde farklılık izlenmedi.

**Sonuç:**

TKLK ve LK arasında erken dönem onkolojik sonuçlar, vücut imajı ve kozmetik sonuçlar arasından fark izlenmemiştir.

**P241****Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Deneyimlerimiz**

Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemer, Salih Tosun, Jülide Sağıroğlu, Salih Bölük, Ender Anılır, Kıvılcım Orhun, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu  
İMÜ Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:**

İMÜ Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2011- Mart 2013 tarihleri arasında Laparoskopik kolon cerrahisi uyguladığımız vakaları sonuçlarını sunduk.

**Gereç-Yöntem:**

Kolorektal kanser veya benign patoloji nedeni ile laparoskopik rezeksiyon uygulanan hastaların preoperatif, operatif, postoperatif dönemdeki bulguları irdelenmiştir.

**Bulgular:**

Laparoskopik kolon cerrahisi nedeni ile opere edilen 23 (8K, 15 E), hastanın yaş ortalaması 61,6 (31-83) idi. BMI ortalama 26,7 olarak ölçüldü. En sık başvuru sebepleri karın ağrısı (%41), rektal kanama (%36) ve konstipasyon

(%18) olarak saptandı. Tümör yerleşim yerleri çekumda 4 hastada, sağ kolonda 1 hastada, hepatik fleksurada 1 hastada, transvers kolonda 1 hastada, splenik fleksurada 1 hastada, rektosigmoid bölgede 3 hastada, sigmoid kolonda 4 hastada ve rektumda 5 hastada saptandı. Hastaların 3'ünde iki senkron tümör mevcuttu. Bunlardan distal rektum ve sağ kolonda adenokarsinom saptanan hastada Familiyal adenomatozis koli mevcuttu. Diğer hastada ise inen kolon ve rektosigmoid bölgede adenokarsinom saptandı. Ülseratif kolit nedeni ile 1 hastaya restoratif total proktokolektomi ve koruyucu loop ileostomi uygulandı. Laparoskopik anterior rezeksiyon 4 hasta, laparoskopik low anterior rezeksiyon 4 hasta, very low anterior rezeksiyon 1 hasta, lap sağ hemikolektomi 4 hasta, hand asisted laparoskopik sağ hemikolektomi 1 hasta, laparoskopik sol hemikolektomi 2 hasta, laparoskopik miles 2 hastaya uygulandı. Koruyucu loop ileostomi kısmi tıkanıklık nedeni ile kolon ileri derecede dilate ve gayta ile dolu olan 1 hastaya ve neoadjuvan tedavi görmüş distal rektum tümörlü 1 hastaya açıldı. Ağır KOAH sebebi ile saturasyonu düşen 1 hastada açığa geçilerek low anterior rezeksiyon uygulandı. Anastomozlardan 10 tanesi ekstra korporal, 12 tanesi intra korporal yapıldı. Vasküler pedikülleri kapatma yöntemi olarak 1 hasta haricinde hepsinde hemolog klip kullanıldı. Disseksiyonda ise damar mühürleme cihazı ve/veya ultrasonik makas kullanıldı. Ortalama ameliyat süresi 271 dk (150-360 dk), ortalama kanama miktarı 151 ml (50-450 ml) olarak tespit edildi. Erken komplikasyon 3 hastada yara yeri enfeksiyonu, 1 hastada anastomoz kaçağı olarak gözlemlendi. Postoperatif 1.günde gelişen pnömoni ve sepsis sonucu YBÜ'nde laparoskopik low anterior rezeksiyon ve koruyucu ileostomi açılan neoadjuvan tedavi gören hasta vefat etti. Postoperatif geç komplikasyon olarak 1 hastada insizyonel herni gözlemlendi. Ortalama hastanede yatış süresi 6,7 gün (5-18 gün) olarak saptandı. VAS ağrı skoru ortalama 8,04 (6-9) olarak saptandı. Çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 16,9 (10-36) olarak bulundu. Hastaların 8 inde metastatik lenf nodu saptandı. Tümör hastalarının 15'inde patoloji adenokarsinom, 4 ünde müsinöz adenokarsinom, 2'sinde tubulovillöz adenom, 1'inde kalsifik fibröz psödötümör saptandı. Ülseratif kolit hastasında ise kronik aktif kolit saptandı. Serozal invazyon hastaların 7'sinde mevcuttu. Distal ve proksimal sınırdaki tümör hiçbir hastada tümör saptanmazken, 1 hastada radyal cerrahi sınırda tümör saptandı. Lenfovasküler invazyon 5 hastada, perinöral invazyon 7 hastada mevcuttu. Hastaların 8'ine postoperatif KT ve/veya RT uygulandı. Port sayısı 17 hastada 5 adet, 4 hastada 4 adet olarak girildi. Jel port bir hastada kullanıldı. Ortalama takip süresi 15 ay (1-26 ay) olarak tespit edildi. Hastaların kontrollerinde 6.ay fizik muayene, bilgisayarlı tomografi ve tümör belirteçleri bakılarak, 12. ay fizik muayene, kolonoskopik inceleme ve tümör belirteçleri bakılarak yapıldı. Kontrollerin 6. ve 12. ayında hastalarda patolojik bir bulgu saptanmadı.

#### Sonuç:

Laparoskopik kolon cerrahisi uygun ekipmanla deneyimli merkezlerde güvenle yapılmaktadır. Özellikle laparoskopik cerrahi, sol kolon ve sigmoid kolon ve rektum lezyonlarında onkolojik olarak kendini kabul ettiren, sağ kolon lezyonlarında total mezokolik eksizyon prensiplerine uygunluk bakımından seçilmiş vakalarda yapılması önerilmektedir. El yardımcı cerrahisinde belli merkezlerde artmış oranda özellikle sağ

kolon kaynaklı malignitelere oranda uygulanmaya başlaması lenf nodu disseksiyonunda laparoskopik cerrahide, daha fazla mezokolon yani lenf nodu sayılarına kısa sürede ulaşılması bakımından önemli hale gelmektedir.

#### P242

### Laparoskopik Sol Kolon ve Rektum Tümörlerinde Açığa Geçiş: Risk Faktörleri, Kısa ve Uzun Dönem Sonuçlar

Yunus Emre Altuntaş<sup>1</sup>, Nuri Okkabaz<sup>1</sup>, Yaşar Özdenkaya<sup>2</sup>, Ali Emre Atıcı<sup>1</sup>, Mustafa Öncel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Özel Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### Amaç:

Laparoskopik sol kolon ve rektum tümörlerinde açığa geçiş sorunu için risk faktörlerini ve bu durum oluşan olgulardaki kısa ve uzun dönem sonuçları irdelemek

#### Gereç-Yöntem:

2006-2013 yılları arasında tek cerrah tarafından opere edilen sol kolon ve rektum tümörlü hastalar retrospektif olarak değerlendirilip, laparoskopik olarak tamamlanan ve açığa dönülenler olarak 2 grupta incelendi. Açığa dönüş için risk faktörleri, ameliyat sonrası erken dönem sonuçlar ve 5 yıllık sağkalım oranları kıyaslandı.

#### Bulgular:

329 olgu (200 [%60,8] erkek, ortalama yaş 60,6±12,9) derlendi. 45 olguda (%13,7) açığa dönüş nedenleri şunlardı: T4 tümör varlığı (n=16, %35,6), lojistik nedenler (n=6, %13,3), tümör perforasyonu (n=6, %13,3), ansın ulaşamaması (n=4, %8,9), anatomik varyasyonlar (n=3, %6,6), yapışıklıklar (n=2,% 4,4), kanama (n=2,% 4,4) ve dahili nedenler, rezektabel karaciğer metastazı farkedilmesi, dilate bağırsaklar, bağırsak yaralanması, mesane yaralanması ve cerrahi sınır yakınlığı (her biri için n=1, %2,2). Gruplar arasında cinsiyet, yaş, Amerikan Anestezi Derneği (ASA) skoru, daha önce geçirilmiş batın operasyonu oranı, tümörün yerleşim yeri, dentate çizgiden uzaklığı (rektum yerleşimli tümörlerde) ve neoadjuvant radyoterapi verilme oranı (orta ve alt rektum tümörlerinde) benzerdi. Açığa geçilenlerde operasyon süresi, ek organ rezeksiyonu oranı, intraoperatif kanama miktarı ve transfüzyon gereksinimi anlamlı derecede daha fazlaydı (p<0.001). Toplam komplikasyon oranı (%24,3 vs %37,8; p=0,056) açığa geçilenlerde fazla olmasına rağmen fark anlamlı değildi. Reoperasyon ve erken mortalite oranları benzerdi, ancak açığa dönülenlerde hastanede kalış süresi (6 vs 8, p<0,001) uzamıştı. Onkolojik açıdan çıkarılan lenf bezi sayısı ve tümör evreleri benzer olmasına karşın, 5 yıllık sağkalım olasılığı açığa dönülenlerde daha kötüydü (%61,5 vs %43,4, p=0.021)

#### Sonuç:

Açığa dönüş önemli bir sorun olarak durmaktadır. Serimizde en sık neden T4 tümörlerdir. Açığa dönüş bazı perioperatif bulguları ve 5-yıllık sağkalım oranını olumsuz olarak etkilemektedir.

**P243****Elektif Kolorektal Kanser Cerrahisinde Laparoskopiden Açık Ameliyata Geçiş Etkileyen Faktörler: Bezmialem Genel Cerrahi Deneyimi**

Mustafa Hasbahçeci, Merve Büşra Cengiz, Gökhan Çipe, Naim Memmi, Mahmut Müslümanoğlu  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:**

Kolorektal kanser cerrahi tedavisinde laparoskopiden açık ameliyata geçiş etkileyen parametreler ve laparoskopiden açık ameliyata geçmenin perioperatif dönemde daha fazla morbidite ve mortalite sebebi olduğu tartışmalı bir konudur.

**Gereç-Yöntem:**

Kasım 2010-Şubat 2013 dönemi arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda kolorektal kanser nedeniyle elektif laparoskopik rezeksiyon cerrahisi yapılması planlanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar laparoskopi ve laparoskopiden açığa geçiş olmak üzere iki grupta incelendi. Hastalar demografik veriler (yaş, cinsiyet), cerrahi tedavi bulguları (yapılan rezeksiyon ve ostomi durumu), postoperatif morbidite ve mortalite, toplam yatış süresi ve patolojik TNM evreleri açısından karşılaştırıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olması anlamlı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Yaş ortalaması 60.3±12.6 yıl olan, 30'u kadın (%30.6) toplam 98 hastaya laparoskopik kolorektal kanser tedavisi planlandı. Toplam 13 hastada (%13.3) ameliyat, laparoskopiden açık ameliyata geçilerek tamamlandı. Rektum (N=73) ve kolon (N=25) cerrahisi yapılan hastalar için açığa geçiş oranı sırası ile %9.6 (n=7) ve %24 (n=6) olarak saptandı (p=0.088). Rektum tümörleri için dar pelvis (n=5), lokal ileri tümör (n=1), ileus (n=1); kolon tümörleri için lokal ileri tümör (n=4) ve tümör çapı (n=2) açık ameliyata geçiş sebebi olarak belirlendi. Laparoskopiden açığa geçiş ile yaş, cinsiyet, tümör yerleşimi, yapılan ameliyat, tümörün T ve N evresi ve tümör çapı arasında anlamlı bir ilişki gösterilemedi (bütün parametreler için p>0.05). Ameliyatın laparoskopiden açığa geçilmesi ile komplikasyon (p=0.341) ve yatış günü (p= 0.642) açısından bir farklılık saptanmadı.

**Sonuç:**

Kolorektal kanser cerrahi tedavisinde, preoperatif dönemde ameliyatın laparoskopik zorluk derecesini belirlemek her zaman mümkün olmamaktadır. Laparoskopiden açık ameliyata geçişin postoperatif morbidite ve yatış günü açısından olumsuz bir etkisi gösterilememiştir.

**P244****Laparoskopik Kolon Rezeksiyonları: İlk Deneyimlerimiz**

Mehmet İlhan Yıldız, Bünyami Özoğul, Abdullah Kısaoğlu, Özgür Hakan Bulut, Nurhak Aksungur, Esra Dişçi  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum

**Amaç:**

Laparoskopik kolon cerrahisi 1990'lı yıllarda başladı ve son yıllarda açık cerrahiye karşı bir seçenek olarak sunuldu.

Hekimler ve hastalar tarafından tercih edilen bir yöntem olan laparoskopik kolon cerrahisi, laparoskopi yöntemlerini iyi kavramış olmayı ve kolon-rektum cerrahisinde deneyimi gerektirmektedir.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2011-Ocak 2013 tarihleri arasında kliniğimizde uygulanan 56 laparoskopik kolon ameliyatlarındaki ilk deneyimlerimizi, ameliyat bulgularını, histopatolojik bulguları ve ameliyat sonrası komplikasyonlarımızı inceledik.

**Bulgular:**

Hastalarımızın 32'si kadın ve 24'ü erkek olup yaş ortalaması 56 (32-78) yıl idi. Hastaların 50'sinde kolon-rektum malignensisi, 4'ünde uzun sigmoid kolon ve 2'sinde FAP vardı. Üç hastada kitlesel lezyon batın içi yapışıklıklar nedeniyle eksplere edilemediği için, 1 hastada ise diseksiyon esnasında sağ üreter yaralanması olduğu için açık operasyona geçildi. Açığa geçilen 3 hastada tümör rektumda idi. Laparoskopik tamamlanan hastaların 38'inde 4 trokar, 14'ünde ise 3 trokar kullanıldı. Tümör yerleşimi olarak 18 hastada rektumda, 4 hastada rektosigmoid kavşakta, 16 hastada sigmoid kolonda, 2 hastada sol kolonda, 3 hastada hepatik fleksurada ve 3 hastada çekumda idi. Hastaların 8'ine Milles operasyonu, 14'üne low anterior rezeksiyon, 20'sine (4'ü uzun sigmoid kolon) sigmoid kolon rezeksiyonu, 2 hastada sol hemikolektomi ve 6 hastada sağ hemikolektomi yapıldı. FAP olan 2 hastaya total koledoktomi-ileoanal J poş-ileostomi yapıldı. Milles operasyonu dışında hiçbir hastada stoma açılmadı ve anastomoz kaçağı görülmedi. Postoperatif dönemde 3 hastada atelektazi, 2 hastada ise yaklaşık 3 cm olan insizyonda yara enfeksiyonu gelişti. Yara yeri enfeksiyonu gelişen hastalardan 1'inde takipler esnasında insizyonel herni gelişti. Mortalitemiz olmadı. Hastaların ortalamaya yatış süresi 5.8 gün idi. 45 hastanın patolojisi adenokarsinom 1 hastanın ise GİS stromal tümör, 4 hastada ise iskemik sigmoid kolon olarak rapor edildi. Çıkarılan lenf nodu sayısı ortalaması 13 (4-29) idi.

**Sonuç:**

Laparoskopik kolon cerrahisi deneyimli ellerde uygulanabilen bir yöntem olmakla birlikte hasta açısından daha az ağrı ve daha iyi kozmetik sonuçlara neden olmaktadır.

**P245****Üreter Yaralanması ile Sonuçlanan Laparoskopik Cerrahi Uygulan 3 Kolorektal Tümör Olgumuz:**

Fevzi Celayir, İsmail Akgün, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, Ebru Şen Oran, Nurcihan Aygün, Evren Peker, Mehmet Mihmanlı  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Rektum ve kolonun onkolojik ameliyatlarında laparoskopik cerrahi teknikler giderek daha fazla kullanılmaktadır. Daha konforlu bir post operatif dönem sunması ve kısa hastanede kalış süreleri nedeniyle hastalar tarafından daha çok istenmektedir. Ancak öğrenim eğrisi uzundur ve peroperatif gelişebilecek komplikasyonlar için dikkatli olunmalıdır. Bu bildiride üreter yaralanması ile sonuçlanmış 3 olgu ( 2 rektum, bir sigmoid tm) incelendi.



**Gereç-Yöntem:**

2 hastaya ön aşağı rezeksiyon, sigmoid tm'li bir hastaya ise segmenter rezeksiyon uygulandı.

**Bulgular:**

Ocak 2011 ile Şubat 2013 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniklerinde..... hastaya rektum ve/veya sigmoid tümörü nedeni ile laparoskopik cerrahi girişim uygulandı. Olgu 1: 65 yaşında erkek hasta. Sigmoid tm nedeniyle laparoskopik sigmoid rezeksiyon uygulandı. Ameliyattan 3 gün sonra başlayan sol yan ağrısı mevcut. USG normal. BT'de sol üreterde ektazi. Lokal anestezi ile üroloji tarafından kateterizasyonu başarıyla olmadı. İVP yapıldı. Üreterden alt 1/3 kısımda daralma, aşağı çok az kontrast geçişi mevcuttu. Genel anestezi ile 2 gün sonra tekrar denendi. Başarılı olunamadı. Bunun üzerine girişimsel radyoloji ile nefrostomi kateteri yerleştirilip hasırta 3 ay sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Olgu 2: 58 yaşında erkek hasta. Rektosigmoid tm nedeniyle laparoskopik aşağı ön rezeksiyon ameliyatı yapıldı. Postoperatif 2. günde sağ lomber ağrısı oldu. Çekilen grafi de sağ üreter kesisi bulguları mevcuttu. Sağ nefrostomi uygulandı. Olgu 3: 48 yaşında kadın hasta. Sigmoid tm. Laparoskopik sigmoid rezeksiyon uygulandı. Ameliyat sırasında sağ üreter kesisi fark edildi. Gene ameliyat sırasında üroloji ile birlikte primer tamir edildi.

**Sonuç:**

Kolorektal tümörlerde laparoskopik cerrahi deneyimi geliştikçe karşılaşılabilecek komplikasyonlarda azalacaktır.

**P246****Laparoskopik Apendektomi Sonrası Apse Gelişimi; Sorumlu, Uzun Bırakılan GÜDÜĞÜN Nekrozu mu?**

Ahmet Oğuz Hasdemir<sup>1</sup>, Burak İrem<sup>1</sup>, Ali İyıldırım<sup>1</sup>, Ümit Mercan<sup>1</sup>, Seda Soğukpınar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

**Amaç:**

İlk kez 1983 yılında Semm tarafından yapılan laparoskopik apendektomi(LA) ameliyatın süresi, maliyeti, komplikasyon oranları gibi nedenlerle yaygınlaşmamıştır. LA'de açık cerrahi girişime göre yara enfeksiyonu oranı daha az iken, karın içi apse görülme oranı daha fazla olduğu bildirilmektedir. LA'de apse oluşumundan, çoğu zaman güdük kapatma yöntemleri sorumlu tutulmaktadır. Bu çalışmada LA sonrası apendiks güdüğünün uzun bırakılmasına ve bu güdüğün nekroze gitmesine bağlı olarak gelişen pericekal apse olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:**

19 yaşında kadın hasta karın ağrısı bulantı, kusma ve iştahsızlık yakınmasıyla acil servise başvurdu. Hastanın on gün önce dış merkezde LA operasyonu geçirdiği, ameliyat sonrası antibiyotik ve analjezik kullandığı, son dört gündür karının sağ alt kısmında çok şiddetli ağrısının olduğu öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan

hastanın sistem sorgusu normaldi. Fizik muayenesinde; genel durum iyi, bilinç açık, kopere, oryante. Baş-boyun: Doğal, lenfadenopati yok. Solunum sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, ral yok, ronküs yok. Kalp ritmik, S1(+), S2(+) ek ses yok. Abdomen: Laparoskopik trokar giriş yeri skarları mevcut, enfeksiyon bulguları yok. Batında yaygın hassasiyet (+), sağ alt kadranda defans (+), rebound (+). Ürogenital sistem: Doğal. Ekstremiteler: Doğal. Hastanın abdominal tomografisinde; batın sağ alt kadranda, barsak ansları ve omentumla çevrili, yaklaşık 30x28 mm boyutların, periferik kontrast tutan apse ile uyumlu koleksiyon alanı ve komşuluğunda milimetrik hava dansiteleri, barsak ansları arasında ve Douglas'da serbest sıvı izlendi. Aynı gün göbekaltı laparotomi yapılan hastanın karın eksplorasyonunda; yapışıklıklar ayrıldığında, sağ alt kadranda pericekal yerleşimde apse odağı görüldü. Drene edildi. Apendiks güdüğünün XL Hem-o-lok clip ile kapatıldığı 1,5 cm appendix güdüğünün distalde nekroze olduğu görüldü. Nekroze apendiks güdüğü klip altında çift bağlanıp kesilerek eksize edildi. Abse loju ve batın drene edilerek operasyona son verildi. Postoperatif 4. gün taburcu edilen hastanın bir ay sonra kontrolünde herhangi bir yakınması yoktu, komplikasyon saptanmadı.

**Sonuç:**

LA sırasında apendiks güdüğünün güvenle kapatılması, lümen içeriğinin kontaminasyonunu önlemek açısından stratejik öneme sahiptir. Yöntemin ucuz, kolay ve hızlı uygulanabilir olması idealdir. Uygun vakalarda klip uygulamaları klip cinsinden bağımsız olarak bu kolaylığı sağlamaktadır. Endo-stapler, endo-loop ve basit bağlama teknikleri maliyet ve/veya teknik zorluklar nedeniyle klip uygulamalarının gerisinde kalmaktadır. LA serilerinde karın içi apse oranları %0,4-1,1 arasında değişmektedir. Apse oluşmasını önlemek için, güdük kapatmada hangi yöntem uygulanırsa uygulansın, lümeden kaçak olmamalı, kontaminasyon temizlenmeli, iskemik, nekrotik doku bırakılmamalıdır. Sunduğumuz olguda olduğu gibi, apendiks güdüğünün uzun bırakılması ve güdüğün nekroze gidecek şekilde kapatılması apse oluşmasına neden olabilir. Önceki yayınlarda, apse oluşumunda bu durumun göz önüne alınmadığı düşüncesindeyiz.

**P247****Cerrahi Yöntemin Kolorektal Kanser Cerrahisinde Diseke Edilen Lenf Nodu Özellikleri Üzerine Etkisi**

Mehmet Ali Eryılmaz<sup>1</sup>, Serden Ay<sup>1</sup>, Recep Demirgöl<sup>1</sup>, Ahmet Okuş<sup>2</sup>, Cemil Er<sup>3</sup>, Ömer Karahan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Özel Medline Konya Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Laparoskopik kolorektal cerrahinin artmasıyla birlikte laparoskopik ve açık cerrahiye karşılaştıran bir çok çalışma yapılmaya başlanmıştır. Karşılaştırma parametrelerinden bir tanesinde yeterli sayıda lenf nodunun çıkartılıp çıkartılmadığıdır. Yerinde bir kolorektal kanser evrelemesi için kılavuzların tavsiyesi 12 den aşağı lenf nodu çıkartılmaması gerektiği yönündedir. Literatürde kolorektal rezeksiyonların yalnızca %48'inde bu sayıya ulaşıldığı bildirilmiştir. Biz çalışmamızda



Antalya

laparoskopik kolorektal cerrahi ile açık cerrahinin lenf nodu diseksiyonu sayısı ve özellikleri üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde Ocak 2011- ocak 2013 tarihleri arasında kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastalara ait dosyalar retrospektif olarak tarandı. Hastalar açık cerrahi ve laparoskopik cerrahi uygulananlar olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, cins, ameliyat öncesi tanıları, tümör evreleri, yapılan ameliyatın şekli, çıkarılan lenf nodu sayısı ve lenf nodlarında metastazın olup olmadığı kaydedildi. Gruplar lenf nodu özellikleri açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:**

Toplamda 55 hastaya kolorektal kanser cerrahisi uygulanmıştı. Bunların 17 (%31)' sine laparoskopik, 38(%69)' ine açık kolon cerrahisi uygulanmıştı. Hastaların yaş ortalaması 63,9±12,9 idi. Gruplar yaş, cinsiyet ve tümör evresi yönünden benzerdi. Laparoskopik cerrahide çıkartılan lenf nodu sayısı ortalama 7,2±4,8 iken açık cerrahide bu oran 10,7±5,1 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0,05). Metastatik lenf nodları değerlendirildiğinde ise iki grup arasında fark yoktu. Çıkartılan lenf nodu sayısına bakıldığında sağ kolon, sol kolon ve rektum kanseri arasında anlamlı bir fark yoktu.

**Sonuç:**

Laparoskopik kolorektal cerrahi de çıkartılan lenf nodu sayısı açık cerrahiye göre daha az gibi görünmesine rağmen açık cerrahide de kılavuzlarda önerildiği üzere 12 lenf nodu sınırına ulaşmamıştır. Yerinde cerrahi evreleme yapılabilmesi için cerrah ve patoloğun beraber çalışması gerekmektedir.

**P248****Laparoskopik Kolorektal Kanser Cerrahisi: İlk Deneyimlerde Erken Dönem Sonuçlarımız**

Hakan Teoman Yanar, Kaan Ali Fuat Gök, Mehmet İlhan, Derya Salim Uymaz, İbrahim Fethi Azamat, Kayıhan Mustafa Günay, Cemalettin Ertekin, Recep Güloğlu  
*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:**

Bu çalışmanın amacı kolorektal kanserli olgulara uygulanan laparoskopik rezeksiyonların erken dönem sonuçlarını bildirmektir.

**Gereç-Yöntem:**

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde 2009-2012 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısıyla yatırılan ve laparoskopik rezeksiyon yapılan 79 olgu değerlendirilmiş ve erken dönem sonuçlar bildirilmiştir.

**Bulgular:**

Yetmişdokuz olgudan 36' sı erkek, 43' ü kadın, ortalama yaş 60 (25-96), ortalama hastanede kalış süresi 9 (5-29) gün idi. Otuzüç olguda sol kolon, 32 olguda rektum, 14 olguda sağ kolon yerleşimli tümör mevcuttu. Üç olguda (%3.8) açık cerrahiye geçildi. On olguda (%12) ameliyat sonrası komplikasyon görüldü. En sık görülen komplikasyon yara yeri

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

infeksiyonuydu. Bir olgu anastomoz kaçağı nedeniyle yeniden ameliyat edildi. Serimizin ortanca izlem süresi 13.5 (3-40) ay olup, bu süre esnasında bir olguda lokal nüks görüldü(T4a). Port yerinde, insizyon yerinde ve pelviste nüks saptanmadı. Ameliyat sonrası erken dönemde hiçbir olguda mortalite görülmedi.

**Sonuç:**

Laparoskopik kolorektal kanser cerrahisi, laparoskopik ve açık kolorektal cerrahi girişimlerde deneyimli merkezlerde güvenle ve yeterli etkinlikle yapılabilir. İzlemede olguların hiçbirinde laparoskopiyeye ait olumsuz bir etki görülmemiştir.

**P249****SILS Sağ Hemikolektomi İlk Deneyimlerimiz**

Beyza Özçınar, Hakan Teoman Yanar  
*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

**Amaç:**

Son yıllarda umbilikal bölgeden tek insizyon ile yapılan laparoskopik kolorektal cerrahi hem skar sayısını azaltmak hem de kozmetik daha iyi sonuç elde edilmesini sağlamak amacı ile kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, tek delikten yaptığımız ilk üç SILS sağ hemikolektomi vakalarımızı bildirmektir.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2011 ve Aralık 2012 tarihleri arasında İTF Acil Cerrahi Kliniğinde 3 olguya SILS sağ hemikolektomi ameliyatı yapılmış ve bu vakaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

**Bulgular:**

3 vakanın hepsi kadın ve ortalama yaş 42 yıl idi. İki hastaya sağ kolon tümörü tanısı ile bir hastaya da apandis nöroendokrin tümörü tanısı ile SILS sağ hemikolektomi ameliyatı yapıldı. Tüm rezeksiyonlar tek insizyondan batın içerisinde yapılırken, anastomozlar göbekteki insizyondan el portu yerleştirilmesini takiben kolon segmentlerinin batın dışına alınması sonrası lineer stapler yardımı ile yapıldı ve anastomoz yapılan kolon segmenti tekrar batın içerisine itildi. Ameliyat süresi açık cerrahi veya standart laparoskopik cerrahi ile karşılaştırıldığında farklılık göstermezken, hastaların tümünün 2. günde gaz deşarjı oldu ve herhangi bir komplikasyon yaşanmadan ilk 7 gün içerisinde taburcu edildi.

**Sonuç:**

SILS kolektomi standart laparoskopik kolon cerrahisi deneyimi olan ellerde cerrahi sonrası komplikasyon oranlarını arttırmadan, daha az skar ve daha iyi kozmetik sonuçlar ile güvenle yapılabilmektedir.

**P250****Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Yapılan Hastalarda Piyes Ekstraksiyonunda Önceki Stoma Yerinin Kullanımı: İki Olgu Sunumu**Ali Emre Atıcı<sup>1</sup>, Mustafa Öncel<sup>2</sup>, Yunus Emre Altuntaş<sup>1</sup><sup>1</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul<sup>2</sup>Medipol Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul**Olgu:**

Laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası piyes ekstraksiyonu için (abdominoperineal rezeksiyon yapılan hastalar haricinde) ek abdominal insizyona ihtiyaç duyulması genel kabul görmüştür. Bunun dışında nadiren de olsa daha minimal invaziv teknikler veya doğal açılım (NOTES) yolları kullanılarak piyes ekstraksiyonları bildirilmiştir. Çalışmamızdaki amacımız daha önce bir nedenle (mekanik barsak obstrüksiyonu, v.s) yapılmış olan saptırıcı stoma yerini piyes ekstraksiyonu için tanımlamaktır (ek bir abdominal insizyona gerek olmaksızın ya da stoma yerini genişletmeksizin). Biz burada rektum ve rektosigmoidal tümör nedeni ile daha önceki laparotomilerinde rezeksiyonu başaramayan ve saptırıcı kolostomi yapılmış iki olgumuzu (80 yaşında erkek olgu ve diğeri 73 yaşında bayan olgu) sunuyoruz. Her iki hasta da dış merkezden refere edilmişlerdi ve her iki hastaya da sırasıyla laparoskopik aşağı anterior rezeksiyon ve laparoskopik anterior rezeksiyon ameliyatları yapıldı. Piyes ekstraksiyonu için önceki stoma yerleri kullanıldı ve aynı zamanda da aşağı anterior rezeksiyon yapılan hastamızda saptırıcı ileostomi yeri olarak kullanıldı. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmeyen her iki hastamız da postoperatif 6. günlerinde taburcu edildiler. Biz laparoskopik kolorektal cerrahi yapılan ve daha önce bir nedenle stoma açılmış hastalarda piyes ekstraksiyonu için ek bir abdominal insizyona gerek kalmaksızın önceki stoma yerinin kullanılabilceğini düşünmekteyiz.

**P251****Laparoskopik Kolorektal Kanser Cerrahisinde Erken Dönem Sonuçlarımız:155 OLGU**Erdal Birol Bostancı, Tahsin Dalgıç, Yusuf Özogül, İlter Özer, Murat Ulaş, Metin Ercan, Alikemal Kayapınar, Musa Akoğlu  
*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği***Amaç:**

Kliniğimizde yapılan laparoskopik kolorektal kanser ameliyatlarımızın erken dönem sonuçlarını bildirmektir

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde Ağustos 2000 -Şubat 2013 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeni ile laparoskopik cerrahi yapılmış 155 hasta değerlendirilmiş ve erken dönem sonuçları sunulmuştur

**Bulgular:**

155 hastanın 103 (%66.5)'si erkek ve 52(%33.5) tanesi kadındı. Yaş ortalamaları 57±13.4 idi. 88(%56,9) olgu rektum kanseri ve 66 olgu (%42.5) kolon kanseri ve 1 olgu rektum+sağ kolon kanseri (%0.6) idi. Laparoskopik olarak 47 olguya LAR, 25 olguya abdominoperineal rezeksiyon, 19 olguya sağ hemikolektomi, 18 olguya anterior rezeksiyon, 17 olguya sigmoid rezeksiyon, 10 olguya kolostomi açılması, 5 olguya segmenter kolon rezeksiyonu, 7 olguya sol kolektomi,

5 olguya total kolektomi ve 2 olguya transvers kolektomi yapıldı. uygulandı.5 hastada (%3.2) açık cerrahiye geçildi. Nedenleri kanama ve anatomik zorluk idi. Postoperatif komplikasyon 29 (%18.7) hastada gelişti. Bunlar en sık kısmi intestinal obstrüksiyon ve yara yeri enfeksiyonu idi. 5(%3,2) hastada anastomoz kaçağı saptandı. Diğer komplikasyonlar ise, rektal kanama, intraabdominal abse, ince barsak fistülü ve ostomi komplikasyonu idi. Küratif amaçla kolorektal laparoskopik girişim uygulanan malign olgularda çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 18±12.2, tümör büyük çapı ortalama 23±24.9 cm, ortalama ameliyat süresi 232±84.5 dakika ve ortalama hastanede kalış süresi 10±5.9 gün idi. Postoperatif erken dönemde mortalite görülmedi.

**Sonuç:**

Bizim laparoskopik kolorektal kanser serimizin çoğunluğunu daha kompleks kabul edilen laparoskopik rektum cerrahisi oluşturmaktadır. Erken dönemde laparoskopik cerrahi ile ilgili olumsuz bir etki saptanmamıştır. Kolorektal cerrahi ve laparoskopi ameliyatlarında deneyimli bir merkezde tüm kolorektal girişimleri laparoskopik olarak güvenli bir şekilde yapmak mümkündür.

**P252****Kolorektal Kanser için Laparoskopik ve Açık Kolorektal Cerrahi Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi**

Feza Yarbuğ Karakayalı, Yahya Ekici, Tugan Tezcaner, Nadire Dinç, Gökhan Moray

*Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD Ankara***Amaç:**

Sindirim sisteminin cerrahi hastalıklarında minimal invaziv cerrahi; ameliyat sonrası az ağrı, hastanede kalış ve günlük aktivitelere dönüş süresinin daha kısa olması, düşük morbidite oranları ve iyi kozmetik sonuçları nedeniyle tercih edilen yöntem olmuştur (1). Bununla birlikte kolorektal cerrahide laparoskopik yaklaşımların adaptasyonu, beceri eğitim ve cerrahi ekipman gereksinimi nedeniyle beklenenden daha yavaş olmuştur. Ayrıca anastomoz ve/veya spesmenin dışarı alınması abdominal insizyona gerektirmesi de açık cerrahi ile karşılaştırıldığında diğer laparoskopik yaklaşımlara göre daha az avantajı olduğunu göstermiştir(2). Günümüzde laparoskopik kolorektal cerrahi benign hastalıkların cerrahi tedavisinde tartışılmaz üstünlükleri nedeniyle kabul edilmiş bir yaklaşım olmakla beraber kolorektal kanserlerin tedavisinde uygulanması onkolojik sonuçlar nedeniyle tartışmalı kalmıştır(3). Benign hastalıkların aksine kolorektal kanserlerde laparoskopi, longitudinal ve çevresel cerrahi sınır, çıkarılan lenf nodu sayısı, rekürrens, sağkalım ve hastaliksız sağkalım gibi onkolojik prensipler açısından duyulan endişe nedeni ile daha yavaş kabul görmüştür. Fakat kolorektal kanser tedavisinde laparoskopik cerrahinin sonuçlarını inceleyen çok sayıda çalışma yayınlanmış, CLASSICC(4), COST(5), COLOR(6) ve Barcelona (7) gibi çok merkezli prospektif çalışmalarda açık ve laparoskopik cerrahinin benzer onkolojik sonuçlara ulaşıldığı bildirilmiştir. Biz de bu çalışmada son 3 yılda kolorektal kanser için kliniğimizde aynı zaman diliminde yapılan açık ve laparoskopik cerrahinin kısa dönem klinik ve onkolojik sonuçlarının karşılaştırılmasını amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Kliniğimizde, Ocak 2010 ile Ocak 2013 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik veya açık rezeksiyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Prospektif olarak kaydedilen tüm veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, ASA skoru, tümör lokalizasyonu ve yapılan ameliyat tipi kaydedildi. Ameliyat verileri; ameliyat süresi, ameliyat şekli, spesmen çıkış yeri, ameliyat sırası komplikasyon, ameliyat sonrası erken dönem komplikasyon, mortalite, ameliyat sonrası ağrı (ameliyat sonrası 1. ve 7. gün sayısal sözel ağrı skorları {SSAS}) hastanede kalış süresi olarak belirlendi. Onkolojik sonuçlar ise; tümör evresi, çıkarılan lenf nodu sayısı, metastatik lenf nodu sayısı, lokorejyonel nüks, trokar yeri nüksü, uzak metastazlar olarak kaydedilerek incelendi. Rektum kanserli olgularda rezeksiyon sonrası R durumunun değerlendirilmesi çevresel cerrahi sınırdaki patolojik incelemede tümör varlığına göre yapıldı (9). Veriler değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel veriler ortalama± standart sapma olarak; homojen dağılım göstermeyen değerler ortanca ve çeyrek değerler ile tanımlandı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılması için Mann-whitney U varyans analizi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak için Spearman ve Pearson korelasyon testleri kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

**Bulgular:**

Belirtilen tarihlerde 120 hastaya kolorektal kanser cerrahisi uygulandı. 68 hastaya açık kolorektal (AR) rezeksiyon yapılırken, 59 hastaya Laparoskopik rezeksiyon (LR) planlanırken 7 hastada açığa dönülmesi (%11.8) ile 52 hastaya LR uygulandı. Her iki grupta yaş, cinsiyet, takip süresi, BMI ve ASA durumları açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 1). LR grupta açığa dönme nedenleri; 3 vakada geçirilmiş cerrahiler, 2 vakada teknik problemler, 1 vakada sağ kolon tümörünün duodenum, 1 vakada ise sol kolon tümörünün böbrek invazyonu idi. LR grupta T4 tümörü olan 8 sol kolon/rektum kanseri olan olguda küratif rezeksiyonun sağlanması amacı ile suprapubik trokar deliği genişletilerek [5- 13 (median 11,5 cm)] rezeksiyon sınırları genişletildi ve bu hastalara TAH+BSO, parsiyel mesane ve üreter rezeksiyonları yapıldı. AR grubunda hastaların 25'i sağ, 26'sı sol, 14'ü rektum, 3'ü çok odaklı kolon kanseri iken, LR grubunda 17'si sağ, 12'si sol, 21'i rektum, 2'si çok odaklı kolon kanseri idi ve gruplar arası tümör lokalizasyonu açısından istatistiksel bir fark görülmedi. Her iki grupta 4'er hastaya abdominoperineal rezeksiyon yapıldı ve AR grupta hastaların 25'e sağ hemikolektomi, 11'e sol hemikolektomi, 12'sine aşağı anterior, 13'üne sigmoid rezeksiyon, 3'üne subtotal kolektomi yapılırken, LR grupta ise 17'sine sağ hemikolektomi, 19'una aşağı anterior, 5'ine sigmoid rezeksiyon, 5'ine sol hemikolektomi, 2'sine subtotal hemikolektomi yapıldı (Tablo 2)( $p > 0.05$ ). Ameliyat süresi AR grupta 132 (65-420) dakika iken, LR grupta 176 (85-480) dakika idi; LR grubun ameliyat süresi anlamlı olarak daha uzundu (Tablo 2) ( $p = 0.003$ ). Her iki grupta major komplikasyonlara bakıldığında Major komplikasyonlar AR grupta 7 olguda görülürken LR grupta 3 olguda görüldü (Tablo 2) ( $p = 0.091$ ).; LR grupta 1 hastada inferior mezenterik venin mühürlenmesinde teknik hataya bağlı olarak kanama, aynı hastada uzamış ileus, 1 hastada anastomoz kaçağı izlenirken; AR grubunda 1 hastada anastomoz kaçağı, 1 hastada perkütan olarak drene edilen intraabdominal abse ve 5 olguda yara yeri enfeksiyonu izlendi ve gruplar arası erken

dönem komplikasyonlar açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışma grubunda ilk 30 günde AR grupta 1 hastada mortalite görüldü. Uzun dönem sonuçlara baktığımızda ise AR grupta 4 hastada insizyonel herni gözlemlendi. LR grupta 1 hastada 3 ay sonra rektovajinal fistül, 4 hastada parastomal herni gelişti. Hastanede kalış süresi, LR grubunda anlamlı olarak daha kısa iken (LC grup; ortanca 5 gün, AC grup ortanca 7 gün,  $p < 0.001$ ), iki grup arasında, ameliyat sonrası 1. ve 7. gün SSAS skorları açısından laparoskopik grubu lehine anlamlı farklılık vardı (1. gün SSAS için  $P < 0.001$ , 7. gün SSAS için  $P < 0.001$ ) (Tablo 2). Oral alıma başlama ve gaita pasajının başlaması LR grubunda anlamlı olarak daha kısa idi ( $P < 0.001$  ve  $P < 0.001$ ). İnsizyon uzunluğu AR grubunda 28 (18-30)cm iken LR grubunda 11.7 (10-13) cm idi ( $p < 0.001$ ). Ek organ rezeksiyonu AR grupta, LR gruba göre anlamlı olarak daha fazla idi ( $p = 0.009$ ). Koruyucu stoma açılma oranı açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p = 0.325$ ). Onkolojik sonuçların değerlendirilmesi Tablo 3'de gösterilmiştir. Laparoskopik grupta çıkarılan lenf nodu sayısı 17 (7-45), açık cerrahi grubunda ise 14 (6-62) idi, gruplar arasında bir fark yoktu ( $p = 0.207$ ). LR grubunda rezeke edilen spesmen uzunluğu 25.5cm (18-85) ve tümör boyutu 4 cm (0.8-14) idi; AR grubunda rezeke edilen spesmen uzunluğu 20.5 cm (14-88) ve tümör boyutu 3.5 cm (0.9-11) idi ( $p = 0.84$  ve  $p = 0.38$ ) iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Rektum kanserli hastalarda R durumu açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p = 0.438$ ). AR ve LR gruplarında patolojik N evrelemeleri arasında anlamlı fark yoktu ( $p = 0.187$ ); fakat AR grubunda anlamlı olarak patolojik T evresi daha ileri olan hasta sayısı daha fazla idi ( $p = 0.008$ ). Uzun dönem takip sonuçlarına göre ortalama 23 ayda AR grupta 1 hastada lokorejyonel nüks görüldü. LR grupta ise nüks saptanmadı. AR grupta 2 hastada uzak metastaz görüldü. LR grupta ise 1 hastada uzak metastaz görüldü. Her iki grup arasında uzun dönem takipte lokorejyonel nüks ve uzak metastaz açısından gruplar arası fark gözlenmedi ( $p = 0.178$ ).

**Sonuç:**

İlk çalışmalarda daha uzun ameliyat süresi olmasına karşın laparoskopik cerrahinin ameliyat sonrası ağrı, peristaltizmin geri dönüşü, hastanede kalış süresi, komplikasyon oranı ve normal hayata dönüş açısından açık cerrahiye üstünlüğü bildirilmiştir(4). Son dekadın başlangıcındaki ilk yayınlarda; onkolojik kriterleri güvenle analiz etmek için yeterli olmayan izlem sürelerine rağmen başarılı sonuçlar elde edilmiş; fakat kolorektal kanser tedavisinde laparoskopik cerrahi kullanımını tavsiye etmede çekingen davranılmıştır. Sadece COST(3) çalışmasının 2002' deki ön raporunda; cerrahi sonuçları ve postoperatif yaşam kalitesi açısından laparoskopik cerrahinin kolorektal kanserlerde tercih edilmemesi gerektiği belirtilmiştir. Artan kanıtlara rağmen kolorektal kanserlerde laparoskopik cerrahinin kullanımı halen tartışmalıdır. Lenfadenektomi fizibilitesi, lokal ve port girişi yerinde rekürrens riski, uzun süreli hayatta kalım oranları halen laparoskopik cerrahinin kabul görmesini sınırlamaktadır. Diğer taraftan son yayımlar laparoskopik cerrahide onkolojik ilkeleri riske atmadan az ağrı, daha az morbidite, hızlı normal hayata dönüş ve erken hastaneden ayrılmayı sağlama açısından daha iyi sonuçlar bildirilmiştir(8). Vignali ve arkadaşlarının 2012'de yayınladıkları çalışmada 70 T4 kolon kanserli hastada laparoskopik ve açık cerrahi karşılaştırılmış; ikisi arasında fizibilite ve onkolojik sonuçlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır(11). Allaix ME ve arkadaşlarının yine 2012'de yayınladıkları çalışmada T4 kolon kanserli 167 hastada yine laparoskopik ve açık cerrahi karşılaştırılmış; laparoskopik cerrahinin açık cerrahi kadar güvenli rezeksiyon ve temiz



cerrahi sınır sağlamada etkin olduğu her ikisinde benzer sağkalım oranları olduğu belirtilmiştir (12). Laparoskopik kolorektal cerrahide 3 yıllık deneyimimizde, literatür sonuçlarında belirtildiği gibi, erken dönem teknik sonuçların açık cerrahiye üstün olduğunu, onkolojik sonuçların ise açık cerrahi ile benzer olduğunu gözlemledik. Hasta sayımız az olmakla beraber, ileri evre tümörlü hastalarda suprapubik insizyonun genişletilmesinin, yeterli onkolojik sonuçların alınmasını sağladığını, laparoskopik cerrahinin avantajlarını ortadan kaldırmadığını söyleyebiliriz.

**Tablo 1.** Hastaların demografik özellikleri

	AR(n=68)	LR(n=52)	p
YAŞ	69.5 (25-89)	60.5 (25-85)	0.270
CİNSİYET (E/K)	37/31	24/28	0.533
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22(18-30)	21(16-25)	0.738
ASA			
I veya II	55(%80.9)	47(%91.2)	0.251
III veya IV	13(%19.1)	5(%8.8)	
TÜMÖR LOKALİZASYONU			
Sağ	25(%36.8)	17(%32.6)	0.692
Sol	26(%38.2)	12(%23.2)	
Rektum	14(%20.6)	21(%40.2)	
Çok odaklı	3(%4.4)	2(%1.8)	

**Tablo 2.** Ameliyatların klinik sonuçları.

	AR	LR	p
AMELİYAT TİPİ			
Sağ hemikolektomi	25(%36.7)	17(%32.6)	0.196
Sol hemikolektomi	11(%16.1)	5(%9.6)	
Sigmoid rezeksiyon	13(%19.1)	5(%9.6)	
Aşağı anterior rezeksiyon	12(%17.6)	19(%36.5)	
Subtotal kolektomi	3(%4.5)	2(%3.8)	
Abdominoperineal rezeksiyon	4(%5.9)	4(%7.9)	
Ameliyat süresi(dk)	132 (65-420)	176 (85-480)	0.003
VAS1/VAS7	6(4-7)/3(1-5)	4(2-7)/2(1-4)	<0.001/<0.001
Gaita pasajı(gün)	4(2-8)	2.8(1-5)	<0.001
Oral alım(gün)	4(2-11)	2.5(2-4)	<0.001
Kesi uzunluğu(cm)	28(18-30)	6.2	<0.001
Hastanede kalış süresi(gün)	7(5-30)	5(4-10)	<0.001
Major komplikasyon (n)	7(%10.2)	3(%5.7)	0.091
Koruyucu Stoma	35(%51.5)	32(%61.8)	0.325
Ek organ rezeksiyonları	16(%23.5)	1(%1.9)	0.009

**Tablo 3.** Onkolojik sonuçlar.

	AR	LR	p
R durumu RO/R1	11/6	16/5	0.438
pT durumu			
T1	5(%7.3)	9(%17.3)	0.008
T2	3(%4.4)	4(%7.6)	
T3	48(%70.5)	30(%57.6)	
T4	12(%21.8)	9(%17.3)	
pN durumu			
N0	39(%57.3)	30(%57.6)	0.187
N1	18(%26.4)	16(%30.7)	
N2	7(%16.3)	6(%11.7)	
Tümör çapı (cm)	3.5 (0.9-11)	4 (0.8-14)	0.380
Piyes uzunluğu (cm)	20.5 (14-88)	25.5 (18-85)	0.840
Diseke edilen lenf nodu sayısı	14 (6-62)	17 (7-45)	0.207

**P253****Orta ve Distal Yerleşimli Rektum Tümörlerinde Lateral Cerrahi Sınır Pozitifliğini Etkileyen Prediktif Faktörler ve Lateral Cerrahi Sınır Pozitifliğinin Sağ Kalım Üzerine Etkisi**

Adem Bayraktar<sup>1</sup>, Metin Keskin<sup>1</sup>, Emre Sivriköz<sup>1</sup>, Sümer Yamaner<sup>1</sup>, Türker Bulut<sup>1</sup>, Yılmaz Büyükuncu<sup>1</sup>, Ali Akyüz<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Necmettin Sökücü<sup>1</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:**

Orta ve distal yerleşimli rektum tümörlerinde lateral cerrahi sınır pozitifliğini etkileyen prediktif faktörlerin belirlenmesi ve lateral cerrahi sınır pozitifliğinin sağ kalım üzerine olan etkisini araştırmak hedeflenmiştir.

**Gereç-Yöntem:**

2005- 2012 yılları arasında orta ve distal yerleşimli 420 rektum tümörlü olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik özellikler, vücut kitle indeksi (VKİ), neoadjuvan tedavi, tümörün yerleşim yeri, ameliyat tekniği, ameliyat tipi, laparoskopik aşağı anterior rezeksiyon yapılan hastalarda rektum transeksiyonu sırasında kullanılan stapler sayısı, ameliyat süresi tümör çapı, tümör derinliği, lenf nodu tutulumu, mezorektum bütünlüğü, lateral cerrahi sınır durumu ve hastaların 3 yıllık sağ kalım analizleri için gerekli bilgiler bilgisayar ortamında prospektif olarak kaydedilerek, retrospektif olarak SSPS programında değerlendirildi.

**Bulgular:**

Olguların 232'si erkek (%55), 188'i ise kadındı (%45). Ortalama yaş 58 (19-91) idi. Olguların 69'unda (%16) LCS pozitif saptandı. Demografik özellikler ve vücut kitle indeksi ile LCS pozitifliği arasında ilişki saptanmadı (p>0.05). Laparoskopik cerrahi uygulanan 327 hastanın %17'sinde (n=56), açık cerrahi uygulanan 93 hastanın %14'ünde (n=13) LCS pozitifliği saptandı (p=0.529). Lateral cerrahi sınır pozitifliği APR yapılan hastaların %26'sında (n:39), SKR yapılan hastaların ise sadece %11'inde mevcuttu (n:30) (p<0.001). LCS pozitifliği ile ameliyat süresi arasındaki ilişki irdelendiğinde; ameliyat süresi 120 dakikanın altında olan hastaların 26'sında (%18), ameliyat süresi 120 dakika ve üzerinde saptanan hastaların 43'ünde (%16) LCS pozitif olarak saptandı (p=0.579). Laparoskopik aşağı anterior rezeksiyon uygulanan hastalarda kullanılan endostapler sayısının LCS üzerine etkisine bakıldığında; iki veya altında olmasıyla, ikinin üstünde olmasının LCS pozitifliği üzerine etkisi saptanmadı (p=0.606). Neoadjuvan tedavi uygulanan hastalarının 55'inde (%16), neoadjuvan tedavi uygulanmayan hastaların 11'inde (%15) LCS pozitifliği saptandı (p=0.489). Tümör yerleşimine göre değerlendirme yapıldığında distal yerleşimli olan hastaların %16'sında (n:49), orta yerleşimli hastaların %18'inde (n:20) LCS pozitif olarak saptandı (p=0.656). Tümör çapı <5 cm olan olguların %20 (n:52), tümör çapı ≥ 5 cm olan olguların %18'inde (n:17) LCS pozitifliği mevcuttu (p=0.879). T1 ve T2 tümör olan olguların %7'sinde (13), T3 ve T4 tümör olan olguların %24 'ünde (n:56) LCS pozitifliği saptandı (p<0.001). N(-) olan olguların %13 'ünde (n:37), N(+) olan olguların %23'ünde (n:32) LCS



## Antalya

pozitifliği saptandı (p=0.018). Mezorektum bütünlüğünün değerlendirilmesi sonucunda komplet veya near komplet olan olguların %16'sında (n:39), inkomplet olan olguların %23'ünde (n:32) LCS pozitif saptandı (p=0.021). Çalışmaya dahil edilen 420 olgunun 25'inde (%6) lokal nüks, 67'sinde (%16) uzak organ metastazı ve hastalığa bağlı 66'sında (%16) mortalite saptanmıştır. LCS pozitif olan hastaların 8'inde (%12), LCS negatif olan hastaların 17'sinde (%5) lokal nüks görülmüştür (p=0.046). LCS pozitif olan hastaların 19'unda (%27) uzak organ metastazı gelişirken, LCS negatif olan hastaların 48'inde (%14) uzak organ metastazı geliştiği saptanmıştır (p=0.007). LCS pozitif olan hastaların 19'unda (%27) takipleri sırasında hastalığa bağlı mortalite saptanırken LCS negatif olan olguların 47'sinde (%13) mortalite saptanmıştır (p=0.005). Üç yıllık genel sağ kalım oranları LCS negatif olgularda %85 iken pozitif olan olgularda ise %78 olarak saptandı (p=0.242). Hastalısız sağ kalımda ise bu oran %80 ve %58'di(p=0.005). Lojistik regresyon analizi yapılan değerlendirmede APR (p<0.001, OR=4.10) ve T3,T4 tümörün (p=0.006,OR=2.55) LCS pozitifliği üzerinde tek başına risk faktörü olduğu saptandı.

**Sonuç:**

LCS pozitifliği ile APR, T3,T4 tümör, patolojik N (+) tümör) ve inkomplet mezorektum arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Demografik özellikler, cerrahi teknik, ameliyat süresi, kullanılan endo-stapler sayısı, neoadjuvan tedavi, tümör yerleşim yeri ve tümör çapı ile LCS pozitifliği arasında istatistiksel olarak ilişki saptanamamıştır. LCS pozitifliği; lokal nüks, uzak organ metastazı, mortalite için risk faktörü olarak saptanmıştır. LCS pozitifliği 3 yıllık genel sağ kalım üzerine etkisi bulunmazken, 3 yıllık hastalısız sağ kalımı anlamlı olarak azaltmaktadır.

**P254****Perianal Yerleşimli Epidermoid İnküzyon Kisti: Olgu Sunumu**

Özlem Öndeş Bayar, Refik Bademci, İsmail Ege Subaşı  
Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Siirt

**Amaç:**

Perianal kitlenin ayırıcı tanısını yaparken nadir bir olgu olan perianal epidermoid inküzyon kistini sunmayı amaçladık.

**Olgu:**

23 yaşında bayan hasta perianal bölgede ağrısız kitle şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Öyküde kitlenin 3 aydır mevcut olduğu öğrenildi. Hastanın anamnezinde bekar olduğu, doğum öyküsünün, travma öyküsünün ve ameliyat öyküsünün olmadığı öğrenildi. Hastanın perianal bölgede ele gelen kitle dışında şikayeti mevcut değildi. Fizik muayenede anal kanal lateral komşuluğunda 2\*1cm yumuşak, düzgün sınırlı,oval, mobil, ağrısız olan üzeri sağlam deri ile örtülü kitle palpe edildi. Digital rektal muayene de anal kanal lateral komşuluğunda düzgün sınırlı mobil kitle hissedildi. Hastaya USG uygulandı. Yüzeysel USG de cilt altı dokuda sınırlı sınırları net seçilen 20\*10 mm lik heterojen iç yapıda solid lezyon (lipom? Abse?) olduğu izlendi. Litotomi pozisyonunda saat 7-10 hizasında anokütan kesi ile cilt altındaki kitle histopatolojik tanı için tamamen eksize edildi. Çıkarılan kitlenin 1.8\* 0.8 cm boyutlarında sarımtırak renkte

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

dış yüzü düzgün görünümde kesitlerde bir iki sıra silindirik ve skuamöz epitelyum ile döşeli lamellöz keratinöz materyal içeren, ince fibröz cidara sahip kistik oluşum izlendi. Patolojik tanı perianal epidermoid inküzyon kist olarak geldi.

**Sonuç:**

Bizim olgumuzda olduğu gibi cilt altı yüzeysel perianal bölge yerleşimli epidermoid kistlere literatür de Türkiye de bir tane olguya rastladık. Anal ve perianal bölge selim hastalıkları yanında habis hastalıklarının da ayırıcı tanısında bu bölgenin epidermoid kistlerinin de akla getirilmesi gerekir.

**P255****Stapler Hemoroidopeksi Yapılan Hastalarda Klinik Deneyimimiz**

Tuna Bilecik, Burhan Mayır, Ayşe Merter Arduçoğlu, Ramazan Eryılmaz

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, Antalya

**Amaç:**

Bu çalışmanın amacı grade 3 ve 4 hemoroidal hastalığı olanlarda stapler hemoroidopeksinin erken dönem sonuçlarını değerlendirmektir.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak2009-Ocak2013 tarihleri arasında 3 ve 4. derece hemoroidal hastalık tanısı konan ve stapler hemoroidopeksi yapılan 30 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm veriler prospektif olarak toplanıp retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların postoperatif dönemde analjezik gereksinimleri, hastanede kalış süreleri, ameliyat süreleri, komplikasyon ve nüks açısından durumu değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Hastaların 19'sı kadın, 11'ü erkek olup yaş ortalamaları 32(27-52) dir. Olguların en sık başvuru şikayeti kanama idi. 18 hastada 3.derece, 12 hastada 4.derece hemoroid mevcuttu. Postoperatif hastanede kalış süresi ortalama 1,5 gün (1-10 gün). 5 hastada postoperatif narkotik analjezik gereksinimi oldu. Ancak 1 hastada postoperatif dönemde 8.saatte kanama izlendi. 1 hastada rektum perforasyonu gelişti. 2 hastada erken dönemde nüks izlendi.

**Sonuç:**

Stapler Hemoroidopeksi konvansiyonel yöntemlere kıyasla daha az ağırlı olmasına karşın uzun dönem sonuçları halen tartışmalıdır.

**P256****Pilonidal Sinüslü Olgularda Lipid Profili ve Sigara Kullanımı**

Mehmet İnce<sup>1</sup>, Halil Atılğan<sup>2</sup>, Fatih Özçelik<sup>3</sup>, Erol Arslan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Konya Asker Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, Konya

<sup>2</sup>Beytepe Asker Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, Ankara

<sup>3</sup>Gata Biyokimya Bölümü, Ankara

<sup>4</sup>Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Pilonidal sinus hastalığı (PSH), özellikle puberte sonrası genç erişkinlerde, ikinci dekadın sonunda daha sık görülür. PSH'nın puberteden sonra arttığı ve 40 yaşından sonra nadir

görüldüğü gözlenmiştir. Bu durum özellikle puberte sonrası artan seks hormonlarının pilosebase bezleri etkileyerek salgularının artmasına neden olmalarıyla açıklanmaktadır. Çalışmamızda PSH olan hastaların obesite ile olan ilişkisinden dolayı kardiyovasküler risk açısından da bir bakış yapılması gerekeceğini değerlendirerek lipid profillerini ve sigara kullanımlarını araştırmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmamıza PSH olan 26 ve 42 kontrol olmak üzere toplam 68 olgu alınmıştır. Tüm olguların vücut kitle indeksleri (VKİ), kan lipid seviyeleri ve sigara kullanımları araştırıldı.

#### Bulgular:

PSH grubu ve kontrol grubunun sırasıyla yaş ortalaması 21,7±1,3 yıl, 34,5±5,7 yıl (p<0.001), VKİ ortalaması 25,7±1,5 kg/m<sup>2</sup>, 26,0±2,5 kg/m<sup>2</sup> (p=0,6) idi. PSH olan grup ve kontrol grubu sırasıyla Total-kolesterol (TK) 163,8±29,0 mg/dl, 193,6±31,0 mg/dl, Düşük dansiteli lipoprotein-Kolesterol (DDL-K) 103,6±28,7 mg/dl, 128,5±27,5 mg/dl ve Yüksek dansiteli lipoprotein-Kolesterol (YDL-K) 41,0±9,0 mg/dl, 48,0±10,5 mg/dl değerleri arasında anlamlı fark vardı (p<0.006), fakat ve Trigliserid (TG) 94,3±47,9 mg/dl, 83,9±46,3 mg/dl değerleri arasında fark saptamadık (p=0.3). Sigara kullanımı PSH olan grupta 22/26 (%84,6), kontrol grubunda 16/42 (%38,1) olguda saptandı (p<0.001).

#### Sonuç:

PSH olan olgularda TK, DDL-K ve YDL-K değerlerini daha düşük, fakat sigara kullanımının daha fazla olduğunu saptadık. Pilonidal sinüs grubunda sigara kullanımının artmış olması YDL-K değerinin düşüklüğü için bir etkindir, fakat PSH olan olgularda total kolesterol değerini düşüren bir etken olup olmadığını belirlemek için daha fazla olgunun katıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

#### P257

#### Pilonidal Sinüs Tedavisinde Lokal Kristalize Fenol Uygulaması

Aykut Soyder<sup>1</sup>, Kübra Eren Bozdağ<sup>2</sup>, Ali Doğan Bozdağ<sup>1</sup>, Şükrü Boylu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın

<sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Aydın

#### Amaç:

Günümüzde Pilonidal sinüs (PS) tedavisinde minimal invaziv ve düşük nüks oranlarına sahip cerrahi dışı uygulamalar daha sık tercih edilmektedir. Çalışmamızda poliklinik şartlarında gerçekleştirilen kristalize fenol uygulamasının PS tedavisindeki etkinliğinin belirlenmesi hedeflendi.

#### Gereç-Yöntem:

2012 yılı ilk altı aylık dönemde pilonidal sinüs tanısı alan ardışık 30 olgu çalışmaya dahil edildi. Tüm olgulara kristalize fenol tedavisi uygulandı. Olgular ilk ay haftada bir kez, sonraki dönemde ise ayda bir kez kontrole çağrıldılar ve bu kontrollerde gerekli olduğunda kristalize fenol tedavisi tekrarlandı. Olgular tedavinin bitiminden sonra 3, 6 ve 12. ayda nüks açısından değerlendirildi. Olgulara ait [yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (BMI)], hastalığa ait [sinüs sayısı, sinüs formu (akut-kronik),

hastalık süresi, daha önce PS cerrahisi uygulananlar] ve uygulanan tedaviye ait (kristalize fenol uygulama sayısı, nüks, komplikasyonlar) veriler değerlendirildi.

#### Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 11 olgu (%36.7) daha önce PS hastalığı nedeniyle en az bir kez cerrahi uygulanmış nüks olguydu. Toplamda 30 olguya 125 kez kristalize fenol tedavisi uygulandı. 7 (%23.3) olguda 3 kez uygulama yeterli olurken, 23 (%76.7) olguya da 4 veya 5 kez uygulama yapıldı. Olgular ortalama 9,23±1.6 (6-12) ay takip edildi ve bu sürede üç olguda (%10) nüks görüldü. Nüks saptanan üç olgunun ikisine tekrar kristalize fenol tedavisi uygulandı ve bu olgularda 8±1.4 (7-9) aylık takip sürecinde nüks izlenmedi. Nüks saptanan üçüncü olguda ise tercihi doğrultusunda cerrahi girişim (limberg flep) uygulandı. Tedavi sürecinde üç olguda (%10) uygulama bölgesinde sellülit saptandı. Toplamda başarı oranının %96.7 olduğu görüldü.

#### Sonuç:

PS hastalığında kristalize fenol tedavisi kolay uygulanması ve yüksek başarı oranları ile dikkati çekmektedir. Aynı zamanda nüks ve akut olgularda da güvenilir kullanımı yanında nüks saptanan kristalize fenol uygulanmış olgularda yine kristalize fenol uygulanabilmesi PS tedavisinde tercih edilme sebebi olabilir.

#### P258

#### Retrorektal Kitlelerdeki Deneyimlerimiz

Ahmet Rencuzoglu, Kubilay Dalcı, İsmail Cem Eray, Orcun Yalav, Tolga Akçam, Gürhan Sakman, Ömer Alabaz Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

#### Amaç:

Retrorektal ya da presakral lokalizasyonlu kitleler, nadir görülmesine rağmen karşılaşıldığında uygun şekilde cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Hatalı tanı konması ya da uygunsuz cerrahi tedavi edilmesi, büyük kısmı benign olmakla beraber malign de olabilen retrorektal kitlelere ait komplikasyonlara yol açabilmektedir. Karşılaştığımız retrorektal kitlelerin özelliklerini ve uygulanan cerrahi alternatif seçimlerimizi sunmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2010-aralık 2011 tarihleri arasında retrorektal kitle tanısı ile opere ettiğimiz 7 hastanın bulguları çalışmaya alındı. Hastaların semptomları, uygulanan preoperatif tanılarda testler, cerrahi prosedür, histopatolojik sonuçlar değerlendirildi

#### Bulgular:

Hastaların 5'i kadın, 2'si erkekti ve yaş ortalaması 49( 33-61) idi. 3 hasta asemptomatik olup çeşitli nedenlere bağlı çekilen radyolojik tetkikler sonucunda rastlantısal olarak saptandı. Uzun süredir bazen ayaklara vuran bel ve perineal ağrı 4 hastada mevcuttu. Semptomatik olan 1 hastada daha önceden perianal fistül, asemptomatik grupta bir hastada inen kolonda Gastrointestinal stromal tümör (GİST) nedeniyle operasyon öyküsü mevcut idi. Hastaların 6 sında rektal muayene ile kitle palpe edildi. Bütün hastalara preoperatif dönemde pelvik MRI ile retrorektal kitlelerin özellikleri tespit edildi. Kitle lokalizasyonu 6 hastada S3 seviyesi ve altında iken, 1 hastada

Antalya

S3 seviyesinin üzerinde idi. Endoanal ultrasonografi 5 hastaya uygulanarak kitlelerin görüntülenmesi yapıldı. Preoperatif biyopsi olası tümörün farklı planlara yayılımı, kanama ve enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı tercih edilmedi. S3 ve S3 üzeri lokalizasyonlu kitleler transperineal yaklaşım ile, S3 üzeri lokalizasyonlu kitle ise abdominal ve perineal kombine yaklaşım ile total olarak eksize edildi. Histopatolojik olarak ortalama boyut 3,8( 2,9-6,1) cm iken, 4 olgu epidermoid kist, 1 olgu dermoid kist, 1 olgu leiomyom, 1 olgu GİST olarak rapor edildi. 4 olgunun 1 yıllık takiplerinde lokal nüks dahil, komplikasyon gelişmedi.

**Sonuç:**

Retrorektal lokalizasyonlu kitleler nadir insidansa sahip olsada, preoperatif görüntülenmenin özellikle Endoanal ultrasonografi ile yapılması ile elde edilen lokalizasyon ve boyut verileri, özellikle S3 altı lokalizasyonlu kitlelerle uygun cerrahi alternatifin seçilmesine olanak sağlamıştır.

**P259****Fournier Gangreninde Debridman Sayısı, Maliyet ve Mortaliteye Etki Eden Faktörler**

Sahin Kahramanca, Oskay Kaya, Burak İrem, İbrahim Dural, Tefik Küçükpınar, Hülagü Kargıcı

*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara*

**Amaç:**

Jean-Alfred Fournier tarafından ilk olarak skrotumda tanımlanan ancak bugün perine ve peri anal bölgenin nekrotizan fasciiti olarak adlandırılan bu hastalık, genel cerrahide karşılaşılan mortalitesi ve morbiditesi en yüksek non-travmatik acil hastalıklardandır. Etyopatogenezinde genelde geçirilmiş travma veya cerrahi sonrası enfeksiyon vardır. Elli ile altmış yaş arası görülme sıklığı fazladır. Sinsi başlangıçlıdır, ancak çok gürültülü bir seyri, agresif bir cerrahisi vardır ve %50'lere varan mortalite oranları bildirilmiştir. Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLR) ve Platelet/Lenfosit Oranı (PRO), maligniteler, akut koroner sendrom ve akut enflamatuvar yanıtta, enflamasyonun derecesini ve vücudun enflamasyona yanıtını değerlendirmede günümüzde yerini almakta olan belirteçlerdir. Fournier Gangreni (FG) tanısı konularak acil opere edilen hastalarda debridman sayısı, maliyet ve mortalite oranını etkileyen faktörleri ve NLR ile PLR'nin FG prognozu ile olan ilişkisini saptamayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Ankara'da Travma ve Acil merkezi olarak kabul edilen merkezimizde, acil servise Ocak 2006 – Ocak 2013 tarihleri arasında perineal bölgede ağrı, şişlik ve akıntı şikayetleri ile başvuran ve genel cerrahi servisine konsülte edilerek FG tanısı alıp acil opere edilen 68 hasta çalışmaya dahil edildi. Debridman sayısı bir olanlar Grup 1, iki ve daha fazla olanlar ise Grup 2 olarak iki ana grupta incelendi.

**Bulgular:**

Toplam 68 hastada Kadın/Erkek oranı 5/12, yaş ortalaması 53.13±15.36 idi ve hastaların 15'i 65 yaş ve üzerinde olup geriatric hasta grubunda idi. Hastaların başvuru anındaki ortalama şikayet süreleri 5.93±4,54 gündü. Hastaların 19'unda

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

FG'ne predispozan faktör, 22'sinde de diabetes mellitus (DM) öyküsü vardı. Tüm hastalardan operasyonda yara ve doku kültürü alındı, 20 hastada kültürde üreme saptanırken 48 hastada üreme olmadı. Ortalama hastanede kalış süresi 15.37±14.05 gündü. Hastaların 53'üne debridman ve negatif basınçlı yara tedavisi ürünleri uygulanırken, 15'ine koruyucu kolostomi açıldı. Ortalama maliyet 8376±9627 TL idi. Uygulanan işlemler sonrası 5 hasta ex oldu (%0,074). Grup 1 ve 2'de Kadın/Erkek oranı sırasıyla 2/7, 14/27 idi ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p:0,291). Yaş ortalamaları sırasıyla 51.33±16.05, 54.32±14.96 olarak saptandı ve gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı (p:0.437). Grup 2'de DM öyküsü olan hasta sayısı anlamlı derecede yüksek idi (p:0,012). Grup 2'deki hastalarda kültür pozitifliği oranı anlamlı derecede yüksek idi (p:0,007). Grup 2'de predispozan faktör öyküsü olan hasta sayısı Grup 1'e oranla anlamlı derecede yüksek saptandı. (p:0,012). Başvuru anındaki şikayet süreleri arasında fark saptanmadı (p:0,128). Gruplar arasında preoperatif dönemdeki Fournier Severity Index (FSI) skorları arasında anlamlı fark saptanmadı (p<0.001). Hastanede kalış süreleri ve maliyet Grup 2'de anlamlı derecede yüksekti (p<0.001). NLR ve PLR Grup 2'de anlamlı derecede yüksek saptandı (p<0.001). NLR ve PLR için RocCurve analizi ile hesaplanan Cut-Off değerleri sırasıyla 8.595 ve 198.1 idi. Sensitivite, spesifite, pozitif prediktif değer ve negatif prediktif değerleri NLR için sırasıyla %70.73, %70.37, %78.38 ve %61.29 iken PLR için sırasıyla %75.61, %74.07, %81.58 ve %66.67 olarak saptandı. Kolostomi ihtiyacı ile NLR ve PLR arasındaki ilişki incelendiğinde, sırası ile istatistiksel anlamlı sonuç saptandı (p:0,002 ve p:0,038).

**Sonuç:**

FG, genital bölgedeki idiyopatik nekrotizan fasciitin mortalite oranı %50'lere varan formudur. Travma öyküsü ya da ürogenital enfeksiyon gibi predispozan faktöre maruz kalan ileri yaşta erkek popülasyonda sık görülür. Hastalığın prognozunun değerlendirilmesinde FSI sık kullanılan skorlama sistemidir. Literatürde birçok çalışmada mortalite ile FSI arasındaki korelasyon gösterilmiştir. Çalışmamızdaki yaş ortalamamız ve cinsiyet dağılımımız literatürle uyumludur. Mortalite oranımızın erken tanı ve tedavi protokollerine bağlı olarak literatürde belirtilen oranların altında olduğunu görmekteyiz. DM hastalığı ve predispozan faktör öyküsü olan kültür pozitif hastalarda debridman sayısı, hastanede kalış süresi ve maliyet literatürle uyumlu olarak çalışmamızda yüksek saptanmıştır. FSI ile karşılaştırılan debridman sayısı, mortalite, maliyet ve hastanede kalış süresi çalışmamızda anlamlı çıkmamakla birlikte, literatürde ilk olarak değindiğimiz NLR ve PLR parametrelerinin hastalığın seyrinde prognostik değer olarak kullanılabilecek ölçüde değerli belirteçler olduğu sonucuna vardık.

## Tüm Hastalardaki Değerler

Parametreler	Sayı	Oran
Toplam Hasta Sayısı	68	
Kadın/Erkek Oranı	20/48	0,416
Yaş Ortalaması	53.13±15.36	
Geriatrik Popülasyondaki Hasta	15/68	0,22
Predispozan Faktör Öyküsü Olan Hasta	19/68	0,28
DM Öyküsü Olan Hasta	22/68	0/32
Kültürde Üreme Olan Hasta	20/68	0,29
Hastanede Kalış Süresi (gün)	15.37±14.05	
Maliyet (TL)	8376±9627	
Ex Olan Hasta	5/68	0,074

## Debridman Sayısına Göre Oluşturulan Gruplar Arası Değerler

Parametreler	Grup 1	Grup 2	P değeri
Hasta Sayısı	27	41	
Kadın/Erkek Oranı	6/21	14/27	p:0,291
Yaş Ortalaması	51.33±16.05	54.32±14.96	p:0.437
Predispozan Faktör Öyküsü Olan Hasta	3/27	16/41	p:0.012
DM Öyküsü olan	4/27	18/41	p:0.012
Şikayet Süresi (gün)	6,33±3,6	5,66±5,1	p:0.128
Kültürde Üreme Olan Hasta	3/27	17/41	p:0.007
Hastanede Kalış Süresi (gün)	6,78±6,71	21,02±14,79	p<0.001
Maliyet (TL)	3502,93±3337,32	11585,71±11019,69	p<0.001
FSI	2,22±1,58	3,07±2,18	p<0.001
NLR	7,69±10,63	14,48±9,3	p<0.001
PLR	182,45±162,68	304,44±200,82	p<0.001

## P260

## Fournier Gangreninde Teşhis ve Tedavi Yöntemlerinin Analizi

Erkan Oymacı<sup>1</sup>, Ali Coşkun<sup>2</sup>, Savaş Yakan<sup>2</sup>, Nazif Erkan<sup>2</sup>,

Deniz Uçar<sup>2</sup>, Erdem Cartı<sup>2</sup>, Atakan Saçlı<sup>2</sup>, Mehmet Yıldırım<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

## Amaç:

Fournier Gangreni, yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, nadir ancak hızlı ilerleyen, perine ve eksternal genital organların sinerjistik enfeksiyonuna bağlı nekrotizan fasiitisedir. Fournier gangreninde gecikmiş tanı ve müdahale, yetersiz debridmanlar, yandaş hastalıkların varlığı, diyabetin kontrol edilememesi, gangrenin yaygınlığı ve sinerjistik enfeksiyonlar prognozunu kötüleşmesine neden olur ve mortaliteden sorumludur. Bu çalışmamızda kliniğimizde Fournier Gangreni nedeni ile teşhis ve tedavi uygulanan olgular retrospektif olarak irdelenmiştir.

## Olgu:

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel

Cerrahi Kliniğinde 2011–2012 yılları arasında Fournier gangreni nedeni ile tedavi edilen 8 hastanın dosya verileri cinsiyet, yaş, yakınma süreleri, etyolojik ve risk faktörleri, kliniğimize başvurma süreleri, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, Fournier Gangren Şiddet İndeksi (FGSI), yapılan debridman sayıları, diversiyon gerekliliği, uygulanan tedavi protokolü, mortalite ve hastanede yatış süreleri açısından retrospektif olarak incelenmiştir. Olgularımızın 5'i erkek, 3'ü kadın olup, yaş ortalaması 54.1 (42-73) idi. Hastaların başvurudaki yakınma süreleri ortalama 6.3 (2-12) gün olarak saptandı. Hastaların 6'sında (%75) yandaş hastalık olarak Diabetes Mellitus mevcut olup, 2 hastamızda kolon rektum tümörü ve hipertansiyon mevcut idi. İnfeksiyon kaynağı olarak 6 olguda (%75) perianal abse, 1 olguda (%12.5) Bartholin absesi, 1 olguda da (%12.5) postoperatif insizyon yerinde abse tesbit edildi. Yara örneklerinden yapılan kültür sonuçlarında en sık olarak E.coli, S.aureus ve Acinetobacter üremiştir. Olguların Fournier Gangren Şiddet İndeksi (FGSI) ortalaması 4.3 (2-8) olarak hesaplanmıştır. Tüm olgularımıza nekrotik dokuların geniş debridmanı, ardışık debridmanlar, sıvı resüsitasyonu, kültür-antibiyoqram sonucuna göre ikili antibiyoterapi, lokal pansumanlar ve uygun olgularda VAC (Vacuum Aspirated Closure) tedavisi uygulanmıştır. 6 olguya (%75) sapıtıcı kolostomi uygulanmıştır. Yaşayan 5 olgumuzun 3'ünde defektler primer kapama ile onarılmış, 1 olgu sekonder iyileşme ile kapanmış ve 1 olgunun da halen tedavisi devam etmektedir. Mortalitemiz 3 olgu ile %37 olup, mortal seyreden bu hastalarımız KOAH, hipertansiyon ve malign tümör gibi yandaş hastalıklara sahip idiler. Hastanede yatış süresi ortalama 25.5 gün (2-57) olarak belirlenmiştir.

## Sonuç:

Fournier gangreninde erken tanı ve agresif cerrahi debridman, uygun antibiyoterapi ile birlikte hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyen faktörlerdir. Fournier Gangren Şiddet Endeksi (FGSI) skoru yüksek olan hastalarda, söz konusu faktörlerin prognoz açısından önemi daha da artmaktadır.

## P261

## Simetrik Modifiye Limberg Flep mi, Limberg Flep mi, Hangisi Daha İyi ?

Şahin Kahraman<sup>1</sup>, Alper Bilal Özkardaş<sup>2</sup>, Gaye Şeker<sup>1</sup>,

Gülşay Özgehan<sup>1</sup>, Cem Azılı<sup>1</sup>, Mehmet Kılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

## Amaç:

Pilonidal sinüs hastalığı (PS) en sık sakrokoksigeal bölgede görülür. Geçmişte konjenital olduğu düşünülmüşse de, günümüzde edinsel olduğu kabul edilmektedir. Tedavisinde her geçen gün nüks oranlarını ve maliyeti düşürmek amacıyla birçok tedavi modalitesi geliştirilmektedir. Bu yöntemler arasında; Bascom operasyonu, V-Y flep, Gluteus maximus muskulo kutan flep, Z-plasti, Karydakıs flep, Limberg eksizyon ve Rhomboid flep rotasyonu, fenol enjeksiyonu, insizyon ve küretaj, eksizyon ve primer kapama, eksizyon ve açık bırakma, eksizyon ve marsupiyalizasyon bulunmaktadır. Tüm bu yöntemlerin amacı PS'te tam kür sağlamaktır. PS cerrahisi sonrası nüks etyolojisinde en önemli neden natal cleftin orta hatta kalmasıdır. Nüks en sık olarak insizyonların alt



uçunda ve intergluteal sulkusta görülmektedir. Çalışmamızda, pilonidal sinüs vakalarında, tarafımızdan tanımlanmış olan “Simetrik Modifiye Limberg Flep Rotasyonu” yöntemi ile natal clefti tam anlamıyla orta hattın kaydırılarak uzun dönem nüks oranlarını düşürmeyi amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Ocak 2010-Ocak 2011 yılları arasında kuyruk sokumunda ağrı, akıntı ve şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurup pilonidal sinüs tanısı alarak opere edilen 202 hasta çalışmaya dahil edildi. Uyguladığımız teknikte, standart olarak uygulanan Limberg Flep Rotasyonundan farklı olarak, eşkenar dörtgen şeklinde çıkarılacak sinüs komponentinin üst ve alt köşelerini, orta hattın lateralinde sekonder orifisi olan PS hastalığında orifisin olduğu tarafa, orifisi orta hatta olan PS vakalarında ise cerrahin tercihinine bırakmak şartıyla orta hattın yaklaşık 1 cm kaydırma yöntemi esas alınarak 103 hastaya Simetrik Modifiye Limberg Flep Rotasyonu (SMLFR) uygulanırken, 99 hastaya Limberg Flep Rotasyonu (LFR) uygulandı. SMLFR uygulanan hastalar Grup 1, LFR uygulanan hastalar Grup 2 olarak sınıflandırıldı. Her iki gruptaki hastaların tamamında flep altına 7F Jackson-Pratt dren yerleştirilip 7 gün dren takibi yapılarak drenaj miktarları kaydedildi. Hastalar taburcu edilirken oral yoldan Ciprofloksasin 500 mg 2x1 ve Ornidazol 500 mg 2x1 pozolojide antibiyoterapi reçete edildi. Hastaların post operatif dönemdeki drenaj miktarları ve nüks sonuçları karşılaştırıldı.

#### Bulgular:

Toplam 202 hastada Kadın/Erkek oranı 28/174 olup ortalama yaş 27,21±6,97 idi. Hastaların %81,7'sinde ağrı ve akıntı şikayeti varken, %18,3'ünde aktif şikayet yoktu. Yüz yirmi bir hastada preoperatif enfeksiyon saptandı (%59,9). Operasyona alınan hastaların 15'i nüks vaka idi (%7,4). Hastaların takip süresi 24-36 ay arasında olup ortalama 29,85±3,43 ay idi. Grup 1 ve Grup 2'deki yaş ortalamaları sırasıyla 27,8±7,93 ve 26,61±5,78 olarak saptandı ve gruplar arasında istatistiksel fark bulunamadı (p:0,226). Her iki grupta da erkek cinsiyet baskın olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı (0,603). Preoperatif nüks saptanan olgulara uygulanan cerrahi teknikler arasında fark yoktu (0,728). Preoperatif dönemde enfeksiyon bulgusu olan hastalar incelendiğinde uygulanan cerrahi yöntemler açısından gruplar arasında fark saptanmadı (p:0,931). Bir haftalık dren takipleri karşılaştırıldığında Grup 1 ve Grup 2'deki drenaj miktarları sırasıyla 61,89±35,11 ml ve 45,97±24,68 ml olarak tespit edildi ve drenaj miktarı SMLFR uygulanan grupta anlamlı derecede yüksek idi (p:0,002). Toplam 7 hastada nüks saptandı (%3,5). Nüks saptanan hastalardaki ortalama takip süresi 27,57 ay idi. Grup 1 'de 1 hastada, Grup 2'de ise 6 hastada nüks mevcuttu ve gruplar arasında anlamlı fark bulundu (p:0,048).

#### Sonuç:

Yıllar içinde gelişen tedavi protokolleri, hastalığın etyopatogenezi üzerine geliştirilen hipotezlere uygun olarak köklü değişiklikler göstermiştir. Günümüzde daha çok intergluteal sulkusu ortadan kaldırmaya yönelik cerrahi girişimler uygulanır hale gelmiştir. Terk edilme noktasına gelen eksizyon ve primer kapama (%10-30 oranında nüks) ile marsupiyalizasyon (%1-6 oranında nüks) yöntemleri kozmetik, psikolojik ve medikal sorunların yanında yüksek

nüks nedeniyle iş gücü kaybı ve ekonomik maliyete yol açmaktadır. Bu nedenle PS hastalığında esas olan, kabul edilebilir nüks oranları, iş gücü kaybı ve maliyete uygun cerrahi tedaviyi uygulama prensibinden yola çıkarak, birçok cerrahi teknik geliştirilmiştir. Son yıllarda sıklıkla kullanılan LFR uygulamasının literatürde %1-5 oranında nüks ettiği bildirilmiştir. Bizim de çalışmamızda LFR uygulanan hastalarda %6,06 oranında nüks saptandı. SMLRF uygulanan hastalarda ise bu oran %0,9 olarak tespit edildi. Uyguladığımız SMLRF tekniğindeki drenaj miktarının LFR uygulanan hastalardan yüksek olmasının sebebinin, sinüs eksizyonunu takiben rotasyon yaptırılacak flebin 1 cm daha uzağa kaydırılması için, flebin sabit noktasının gluteal kastan daha fazla serbestleştirilmesi gerekliliği olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak SMLRF uygulamasının üç yıllık takip sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, nüks oranındaki azlık nedeniyle pratikte daha yaygın olarak kullanılabilecek cerrahi yöntemler arasında girebileceği kanaatindeyiz.

#### P262

#### Perianal Fistülü Taklit Eden Pilonidal Sinüs:

#### Olgu Sunumu

İbrahim Yılmaz<sup>1</sup>, Dursun Özgür Karakaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gelibolu Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Gelibolu/Çanakkale

<sup>2</sup>Ağrı Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Ağrı

#### Amaç:

Pilonidal sinüs hastalığı, cilt altı yumuşak dokuda biriken kıl ve kıl folikülleri nedeni ile oluşan kronik bir yabancı cisim reaksiyonu ile karakterize hastalıktır. En sık sakrokoksigeal bölgede gözlenirken, daha az sıklıkta umbilikal, interdigital (berber hastalığı), aksiller ve perianal bölgede gözlenmektedir. Sakrokoksigeal bölgeden başlayan ve perianal bölgeye uzanabildiği gibi, perianal bölgede görülen pilonidal sinüs orifisleri perianal fistül olarak değerlendirilebilmektedir. Pilonidal sinüste perianal bölgedeki sinüs orifisleri arasında fistül traktı mevcut olup rektoskopide orifis saptanmaz. Perianal fistülü taklit eden pilonidal sinüs olgusu sunulmuştur.

#### Olgu:

Yirmi yaşında erkek hasta, genel cerrahi polikliniğine makat etrafından farklı 3 bölgeden kanlı, pürülan akıntı ve ele gelen lezyonlar nedeni ile başvuran hastanın yapılan muayenesinde sakrokoksigeal bölgede bir adet inaktif sinüs orifisi, perianal bölgede diz dirsek pozisyonunda saat 7, 9 ve 11 hizasında anal kanal sol lateralinde anal girimden sırasıyla 2,3 ve 5 cm uzaklıkta 3 adet serohemorojik ve pürülan akıntılı orifis saptandı. Hasta perianal fistül ayırıcı için rektoskopi yapılarak iç orifis olmadığı görüldü. Stile ile yapılan muayenede sakrokoksigeal bölgedeki orifisinin fistül traktı ile perianal bölgeye doğru uzandığı tespit edildi. 3 orifis ile bağlantısı ortaya konulamadı. Metilen mavisini ve sonrasında batikon ile sakrokoksigeal orifisinden enjekte edildiğinde hem metilen mavisinin hemde batikonun perianal bölgedeki tüm orifislerden geldiği ve rektoskopide kirlenme olmadığı tespit edilmesi üzerine hasta pilonidal sinüs olarak değerlendirildi. Perianal bölgeye yakın sinüs traktları olduğu için flep kaydırma yöntemlerinin anal sfinterlere zarar verebileceği değerlendirilerek, sakrokoksigeal bölgedeki sinüs dokusu unblok ve sinüs traktları minimal sağlam doku ile eksizye edildi. Ameliyat esnasında tüm orifislerin birbirleriyle

ve sakrokoksigeal bölgedeki sinus orifisi ile bağlantılı olduğu görüldü. Doku defekti lateralden cilt altı ile serbestleştirilerek, Karyadakis flep şeklinde primer kapatıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hastanın takiplerinde patoloji saptanmadı ve şifa ile hasta taburcu edildi.

#### Sonuç:

Pilonidal sinus sıklıkla sakrokoksigeal bölgede görülürken nadir de olsa perianal bölgeye uzanan fistüllere neden olabileceği ve perianal fistül ile ayırıcı tanısının yapılması gerkebilir. Ayırıcı tanıda; fizik muayenede sakrokoksigeal bölgede orifisler ve rektoskopide internal fistül orifislerinin değerlendirilmesi, mevcut sinus orifisinden metilen mavisi verilerek orifislerin birbirleriyle bağlantılarının değerlendirilmesi, görüntüleme yöntemlerinde ise ultrasonografi, endoanal ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme kullanılabilir.

#### P263

### Pilonidal Sinüs Cerrahisi Sonrası Nitrofurazone Komplikasyonu: Kontakt Dermatit

Dursun Özgür Karakaş<sup>1</sup>, İbrahim Yılmaz<sup>2</sup>, Mutlu Çayırılı<sup>3</sup>, Özgür Dandin<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ağrı Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

<sup>2</sup>Gelibolu Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

<sup>3</sup>Ağrı Asker Hastanesi Dermatoloji Servisi

<sup>4</sup>Bursa Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

#### Amaç:

Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) cerrahi sonrası en sık komplikasyonlardandır. CAE korunmada antibiyotik profilaksisi en sık kullanılan modalitedir. Topikal antibiyotiklerin en önemli avantajları sistemik emiliminin böylece yan etkilerinin az olması ve lokal yara yerinde yüksek konsantrasyonlarda etki göstermesidir. Avantajları yanında kontakt dermatit, anafilaksi ve Steven-Johnson sendromu gibi ciddi dezavantajları da vardır. Cerrahi kliniklerinde topikal antibiyotik olarak nitrofurazone, mupirosin ve fusidik asit sık kullanılırken, rifamisinin ampul formunda topikal antibiyotik olarak kullanılmaktadır.

#### Olgu:

Yirmibir yaşında erkek hasta pilonidal sinüs ameliyatı sonrası yaklaşık iki ay kadar nitrofurazone ile pansuman yaptırması sonrasında ameliyat yerinde yanma hissi, kaşıntı ve akıntı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde kontakt dermatit ile uyumlu lokal egzematöz lezyon saptandı. Hastanın kontakt dermatiti serum fizyolojik pansumanı ile geriledi.

#### Sonuç:

Topikal antibiyotikler CAE profilaksi olarak değil tedavi amaçlı kullanılmalıdır. Pilonidal sinüs cerrahisi normalde temiz kontamine yara sınıfında yer alır ve enfeksiyon riski %5-10' dur. Bu nedenle topikal antibiyotikler apse varlığında kullanılmalıdır. Pilonidal hastalığın bakteriyolojik incelemesinde Stafilokokcus albus, Stafilococcus aureus, Beta-hemolitik Streptococcus, Non-hemolitik Streptococcus, Escherchia coli, Protueus, Aerobacter. aerogenes and Pseudonomas spp. saptanmış olup Pseudonomas spp. dışındaki mikroorganizmalara nitrofurazone etkili olmaktadır. Povidone iodine solüsyonu postoperatif dönemde pansuman ve CAE

açısından tek başına yeterli olacaktır. Gerektiğinde topikal antibiyotik olarak kısa süreli ve yan etkilerine dikkat edilerek nitrofurazone veya daha az duyarlaştırıcı olan mupirosin veya rifamisinin kullanılmalıdır.

#### P264

### Perianal Kondiloma Akuminata Zemininde Gelişen Squamöz Hücreli Karsinom:Olgu Sunumu

Hüseyin Yönder, Serdar Karakaş, Mustafa Ateş, Abuzer Dirican  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı / Malatya

#### Amaç:

Human Papilloma Virüsün neden olduğu kondiloma akuminata, anogenital bölgede seksüel yolla gelişen en sık enfeksiyondur. Bu çalışmada amacı, perianal bölgede gelişen bir kondiloma akuminata zemininde gelişen squamöz hücreli kanser olgusunu ve tedavi sonuçlarını sunmaktır.

#### Olgu:

35 yaşında erkek hasta, perianal kaşıntı ve ele gelen kitle şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde jack-nife pozisyonunda perianal bölgede, saat 3 hizasında yaklaşık 6x6 cm'lik ciltten kabarık sert, ülsere lezyon olduğu görüldü. Lokal anestezi altında hastaya insizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu karsinoma in situ rapor edilmesi üzerine operasyon kararı alındı. Spinal anestezi altında jack-knife pozisyonunda kitle koter yardımı ile eksize edildi. Eliptoid hazırlanan cilt flebi proksimalinden kaldırılarak defekt alanına ilerletildi. Hemostaz sağlanarak cilt altına bir adet hemovak dren konuldu. Hasta postoperatif bir gün takip edildi. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın dreni çekildi ve profilaktik oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi. Hastanın patoloji raporu, cerrahi sınırları negatif, kondilom zemininden gelişen squamöz hücreli karsinom olarak bildirildi.

#### Sonuç:

Perianal kondiloma akuminata zemininde gelişen skumöz hücreli karsinom, cerrahi rezeksiyon sonrası kür sağlanabilen bir hastalıktır. Cerrahi komplikasyon riski, lezyonun yerleşim yerine bağlı olmakla birlikte oldukça düşüktür.

#### P265

### Karyadakis Flep Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Standart Yöntem Olabilir mi?

Birol Ağca<sup>1</sup>, Erman Sobutay<sup>2</sup>, Sedat Kamalı<sup>1</sup>, Nevzat Elmalı<sup>1</sup>, Ali Durmuş<sup>1</sup>, Kazım Sarı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Çankırı İlgaz Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Pilonidal sinüs hastalığı hakkında çok fazla sayıda çalışma olup her çalışmada kullanılan teknikler karşılaştırılıp altın standart bulunmaya çalışılmaktadır. Bugün için pilonidal sinüs tedavisinde flep tekniklerinin primer kapama yönteminden daha az nükle daha umut verici olduğu yönünde çalışmalar ağırlık kazanmıştır. Flep teknikleri de daha çok rhomboid ve karyadakis teknikleri olup bu konuda çalışmalar yapılmaktadır. Literatüre katkı amacıyla ve farklı bir pencereden bakarak

Antalya

kliniğimizde prospektif olarak yapılan bir flep karşılaştırma çalışması burada sunulmuştur.

**Gereç-Yöntem:**

Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde yapılan Ocak 2010 yılı ile Mayıs 2012 yılları arasında yapılan bu çalışmada 56 hasta çalışmaya dahil edilerek 28 olguya Rhomboid(Limberg) flep,28 olguya ise Karydakıs flep teknikleri uygun şartlar sağlanarak uygulandı.

**Bulgular:**

Olguların 30'u kadın(%53),26'sı(%47) erkekti.Erken dönem komplikasyonlar ve hastanede yatış süreleri göz önüne alındığında anlamlı bir fark bulunmayan bu iki yöntemde Limberg flep uygulanan 2 olguda ameliyat sonrası 12. ve 16. Aylarda nuks gelişmiş olup Karyadakis flepte takip edilen 24 ay boyunca nuks saptanmadı.

**Sonuç:**

Pilonidal sinüs cerrahisinde flep teknikleri; primer eksizyon ve kapama yöntemlerinin yüksek nükse neden olmasından dolayı giderek önemini arttırmaktadır.Rhomboid flep yöntemi olan Limberg flep ile tedavide başarılı sonuçlar alınırken Karyadakis flep te özellikle nuks olgularda ve priemer tedavide öncelik verilmesi gereken bir teknik olduğunu düşünmekteyiz.

**P266****Hidradenitis Süpürativada Cerrahi****Deneyimimiz**

Mustafa Peşkersoy, Erdinç Kamer, Erdem Sarı, Deniz Yıldız, Ahmet Er  
*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*

**Amaç:**

Hidradenitis supurativa (HS) sinüs formasyonu, fibrozis ve sklerozise eğilim ile giden kronik süpüratif bir hastalıktır. Koltuk altı, göbek, perine, kasıklar ve gluteal bölgede gibi apokrin bezlerinin bulunduğu yerlerde görülebilir. Cerrahi tedavide basit drenajdan geniş eksizyon ve fleplere kadar birçok teknik tariflenmiştir. Nükslerin önlenmesi için çoğu kez aksiller ve perianal bölgede cilt ve cilt altı dokunun komple eksizyonu gerekmektedir. Tamamen temizlenen sahanın rekonstrüksiyonu için greftler ya da çeşitli flep teknikleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada yaygın hidradenitis supurativa olgularında tedavi yöntemleri ve sonuçlarını içeren deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği'nde yaygın perineal/perianal ve/veya gluteal hidradenitis supurativa tanılılarıyla Ocak 2007 ile Aralık 2012 yılları arasında takip ve tedavi edilen 13 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:**

Hastaların tümü erkek (100%) olup ortalama yaş 45.6 olarak hesaplandı. 9 (%69.2) hastanın yaraları sekonder iyileşmeye bırakıldı. Dört (%30.8) hastada rotasyon flepleri ile primer yara kapatılması uygulandı. Greftleme yapılmış olan bu 2 (%15.4)

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

hastaya saptırıcı kolostomi uygulandı. Total eksizyon sonrası sekonder iyileşmeye bırakılan hastalarda tam yara iyileşmesi için geçen süre ortalama 14.4 (9.0-24) hafta olarak hesaplandı. Ortalama 5 yıllık takip süresinin sonunda 3 (%23.1) nüks olgusu saptandı.

**Sonuç:**

Hidradenitis supurativa, cilt ve ciltaltı yağlı dokunun kronik ve tekrarlayıcı bir inflamatuvar hastalığıdır. Tedavisi hastalığın evresi ve tekrarlama sıklığına göre değişebilmektedir. HS oldukça geniş bir alanı tutabilen bir hastalık olması nedeniyle uygulanacak olan cerhi girişimde oldukça geniş olabilmektedir. Cerrahi sonrası hidradenitis supurativaya ait nüks oranları %17 ile % 67 arasında değişmektedir. Nükslerin nedeni hemen daima birincil ameliyatlarda yapılmış olan yetersiz rezeksiyonlardır. Bizim çalışmamızda ortalama 5 yıllık takip süresinin sonunda 3 (%23.1) hastada nüks saptadı. Ayrıca anal bölgeye yakın lezyonlarda en önemli sorun fekal kontaminasyon riskinin yüksek olması ve sonuçta oluşan yara yeri komplikasyonlarını fazlalığıdır. Bütününden bazı olgularda geçici stoma açılması gerekebilir. Sonuç olarak, HS kronik bir hastalık olup kişisel hijyen ve sosyal sorunlar yaratan bir hastalıktır. Hastalığı tedavisinde radikal geniş eksizyonların yapılması, oluşan defektin sekonder yada değişik yöntemler ile kapatılması önerilmektedir.

**P267****Harmonic-Scalpel İle Hemoroidektomi****Deneyimimiz: 54 Hastanın Analizi**

Ulvi Mehmet Meral, Oğuz Hançerlioğulları  
*İzmir Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, İzmir*

**Amaç:**

Bu çalışmada; pratikte hasta grubumuzun önemli bir yüzdesini oluşturan hemoroidal hastalık tanısı olan ve cerrahi tedavisinde harmonic-scalpel(Ultrascion) kullandığımız hastaların sonuçlarını paylaşmak istedik.

**Gereç-Yöntem:**

2007-2013 yılları arasında ikinci basamak perifer hastanemizde grade 2-3 hemoroid tanısı olarak cerrahi tedavi endikasyonu konulan ve hemoroidektomide harmonik-scalpel(Ultrascion) kullanılan 54 hasta; retrospektif olarak hastanede yatış süresi, ameliyat süresi, alınan pake sayısı ve erken postoperatif komplikasyonlar yönünden değerlendirildi.

**Bulgular:**

Değerlendirmeye alınan 54 hastanın yaş ortalaması 20,4(18-33) idi. Hastaların 51'i(%94) erkek 3'ü(%6) bayandı. 41 hastada iki pake, 6 hastada üç pake, 7 hastada ise bir pake eksize edildi. Ameliyat süresi ort. 22 (18-32) dk. idi. 12 hasta tromboze hemoroid tablosu ile ameliyata alındı. 3 hastada ameliyat sonrası aynı gün içerisinde kanama saptandı, bunlardan 1 tanesine lokal anestezi altında sütür ile kanama denetimi uygulanması gerekti.3 hastada ameliyat sonrası dönemde (24-48 saat) enfeksiyon saptandı, IV kinolon+metronidazol tedavisi ile tablo geriledi. Hastalardan en erken taburcu edilenler bir gün sonra(%11) en geç taburcu edilenler ise altı gün sonra(%18) taburcu edildi. Çoğunluk hasta grubu 3-4. Günlerde taburcu edildi.

**Sonuç:**



Hemoroid tedavisinde günümüzde birçok farklı alternatif bulunmaktadır. Kanama kontrolünün kolay sağlanması, ucuz olması, postoperatif ağrının daha az olması, kolay uygulanabilir olması, anestezi gereksiniminin olmaması gibi etmenler nedeniyle ideal hemoroid tedavi yöntemi arayışı devam etmektedir. Harmonic-scalpel (ultrasonic), oluşturduğu yüksek frekanslı ultrasonik enerji ile dokuyu ayıran ve damar lümeni içerisinde protein denatürasyonu ile koagülasyon (sealing) sağlayan bir cihazdır. Bu yöntem; diğer hemoroidektomi yöntemlerinin birçoğuna göre pahalı sayılabilecek olmasının yanında kolay uygulanan, intraoperatif kanamanın daha az olduğu, ameliyat süresini nispeten kısaltan bir yöntemdir. Hemoroidektomi tedavisi için seçilmiş olgularda güvenle kullanılabilecek bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

## P268

### Anal Kondilom Olgularındaki Klinik Tecrübemiz

Pelin Basım, Cenk Ersavaş, Yaşar Özdenkaya, Kemal Dolay, Merih Yılmaz, Mustafa Öncel  
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

#### Amaç:

Anal kondiloma akuminatum anorektum ve genital alanın cilt ve muköz membranlarını tutan bir HPV türüdür. Gelişmiş ülkelerde en sık rastlanan cinsel yolla bulaşan hastalık olup, uygulanan tedavi, ne olursa olsun, nüks oranları yüksektir. Çalışmamızın amacı kliniğimizde anal kondilom nedeniyle cerrahi yöntemle tedavi edilen hastalarda kısa dönem sonuçlarla ilgili bir inceleme yapmaktır.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmamızda Temmuz 2012 ile Ocak 2013 tarihleri arasında kliniğimizde anal kondiloma tanısıyla opere edilen 13 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastalar cinsiyet, yaş, cinsel aktivite, cinsel korunma metodu, partnerde hastalık varlığı, partnerin tedavi alıp almadığı, şikayetlerin süresi, tutulum yerleri, tutulum derecesi, operasyon tipi, medikal tedavi kullanımı, hasta eğitimi ve nüks açılarından incelenmiştir. Tüm veriler hasta görüşmelerinden ve hastane tıbbi kayıt sisteminden elde edilmiştir. Hastalar en uzun 6 ay, en kısa 2 ay süreyle takip edilmiştir. Hastalar operasyon sonrası düzenli aylık kontrollere çağırılmış ve operasyon bölgesi nüks açısından incelenmiştir.

#### Bulgular:

Kliniğimizde Temmuz 2012 ile Ocak 2013 tarihleri arasında toplam 13 hastaya anal kondiloma akuminatum teşhisi konmuş ve tedavi edilmiştir. Hastaların tümünde cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hastaların 7'si kadın (% 53,8) 6'sı erkektir (%46,1). Hastaların yaş ortalaması kadınlarda 28,5(±0,9), erkeklerde ise 31,9(±1,1)'dir; her 2 grup beraber incelendiğinde yaş ortalaması 30,8'(±1)'dir. 1 kadın hasta dışındaki tüm hastalar cinsel olarak aktiftir (%92,3). Hastaların 3'ü (%23,7) partnerinde de son 1 yıl içerisinde benzer şikayetler olduğunu ifade etmiştir, 2 hasta partnerinin tedavi olduğunu belirtirken, 1 hastanın partnerine çalışma sırasında topikal tedavi verilmiştir. Hastaların 8'inde (%61,5) lezyon perianal bölgeye sınırlı iken 5 hastada (%38,4) lezyonlar anal kanal içerisinde de mevcuttur. Ortalama şikayet süresi 2.8(±0.3) ay olup 1 kadın hasta daha önce kriyoterapi

metoduyla tedavi olduğunu bildirmiştir. 12 (%92,3) hastaya elektrokoterizasyon ile tedavi uygulanmış olup, 1 hastaya lokal eksizyon ve elektrokoterizasyon yapılmıştır. Tüm hastalara operasyon sonrası 1. haftadan itibaren imikimod içeren topikal preparat uygulaması önerilmiş ve hastalıkla ilgili genel bilgiler verilmiştir. Hastaların yalnızca 1'inde (%7,6) erken dönemde (ilk 1 ay içerisinde) kondilom nüksü görülmüş olup halihazırda bu hastaya medikal tedavi ile müdahale edilmiştir.

#### Sonuç:

Anal kondiloma akuminatum tüm toplumlarda en sık görülen cinsel yolla bulaşan hastalık olup genel popülasyonda genital HPV enfeksiyonunun prevalansını tahmin etmek ve belirlemek oldukça zor olmakla birlikte cinsel olarak aktif olan popülasyonun yaklaşık %1'inde genital siğillerin mevcut olduğu düşünülmektedir. Tedavinin ana amaçlarını genital siğiller nedeniyle gelişen fiziksel ve psikosozyal stres faktörlerinin yok edilmesi oluşturmaktadır. Kondiloma akuminatumun medikal ve cerrahi tedavisinde literatürde pek çok ajan ve yöntem rapor edilmiştir. Cerrahi eksizyon ve elektrokoterizasyon bunlardan en yaygın uygulananlarındandır. Yaygın ve anal kanal tutulumu olan kondilomlarda laser, elektrokoagülasyon ve cerrahi eksizyon veya bunların kombinasyonları düşünülmelidir. Cerrahi eksizyonda da prensip sağlam mukoza adacıkları bırakmaktır. Medikal tedavi ile kombine tedavilerde nüks oranları daha az görülmektedir. Çalışma grubumuzdaki hastalarda elektrokoterizasyonla medikal tedavi ardışık olarak uygulandığında yeterli takip süresine erişilmemekle beraber erken dönem nüks oranları literatürle kıyaslandığında daha düşük görünmektedir. Kondiloma akuminatum hastaları daha sıklıkla genel cerrahi polikliniklerine başvurduklarından, tüm cerrahların tedavi yöntemleri konusunda ayrıntılı bilgi sahibi olması gerektiğini düşünmekteyiz.

## P269

### Kronik Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs Zemininde Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom: Nadir Bir Olgu

Aziz Mutlu Barlas, Mustafa Kemal Urhan, Selim Temel, Serap Erel, Mehmet Reha Özgüven, Fatih Aslan, Mehmet Esat Duymuş

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

#### Amaç:

Malign dejenerasyon, kronik pilonidal hastalıkta çok nadir oluşur. Malign değişikliğin bulguları hızlı büyüme ve ülser tümörde ağrıdır. Erkeklerde daha sıktır. Pilonidal sinüs zemininde karsinom genellikle 15 yıl içinde gelişir. Kanama şikayetiyle acile başvurup pilonidal sinüs hastalığı zemininde gelişmiş skuamöz hücreli karsinom tanısı ile cerrahi rezeksiyon yaptığımız bir olgumuzu sunuyoruz.

#### Olgu:

Acile gluteal bölgede durmayan kanama tanısı ile başvuran 52 yaşındaki erkek hastanın 15 yıldır pilonidal sinüs hastalığı olduğu son bir yıldır kalçasında büyüyen zaman zaman kanamalı kötü kokulu lezyon yakınması olduğu, cerrahi tedavi olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sakrum üzerinde 15x15 cm boyutlarında ülserovejetan kitle mevcuttu.



## Antalya

Her iki gluteal bölgede kronik komplike sinüs ile uyumlu multipl sinüs ağızlarından kirli kötü kokulu akıntıları ve aktif kanaması vardı. Lezyondan alınan insizyonel biopsi sonucu iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinom geldi. Yapılan PET incelemesinde saptanan inguinal bölgedeki şüpheli tutulum rezeksiyon sonrası normal olarak tespit edildi. Onkolojinin de önerileriyle hastaya negatif cerrahi sınırlar amaçlanarak geniş rezeksiyon uygulandı. Postoperatif patolojisi raporu iyi diferansiye yassı hücreli karsinom, cerrahi sınırlar negatif olarak geldi. Defekt açık bırakıldı, 4 hafta negatif basınçlı yara tedavisi ile takip edildi. Kontrakte ve granüle olan alan alan deri grefti kapatıldı. Hasta onkoloji bölümünün takibindedir.

**Sonuç:**

İleri yaşlarda görülen kronik pilonidal sinüsün malignite riski taşıdığı göznünde bulundurulmalı ve biyopsi sonrası malign tanı alan hastalarda negatif sınırların sağlandığı geniş cerrahi eksizyon planlanmalıdır.

**P270****Perianal Fistülde Nüks Sorunu, Önleme Olasılığımız Var mı?**

Fazilet Erözgen, Muzaffer Akıncı, Suat Benek, Ahmet Kocakuşak, Celal Kızılkaya, Mehmet Gülen, Bahri Özer, Adem Duru, Ertuğrul Gazi Alkurt, Cihad Tatar, Rafet Kaplan  
*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi*

**Amaç:**

Perianal fistül operasyonlarında çeşitli ameliyat teknikleri kullanılmakta, ancak %20 lerde dolaşan nükslerin ve inkontinans probleminin önüne geçilememektedir. Günümüzde fibrin glue, plug gibi yöntemlerde klasik cerrahiye alternatif olarak sunulmaktadır. Biz bu çalışmamızda perianal fistüllerin yerleşim yerlerini, kullandığımız klasik cerrahi yöntemleri, preoperatif tanıda en etkin yöntemin hangisi olmasını gerektiğini paylaşmak istedik.

**Gereç-Yöntem:**

2009 Ocak-2010 Aralık ayları arasında kliniğimizde perianal fistül tanısı ile opere olmuş 58 vakayı inceledik. Verilerin geriye dönük kullanıldığı bu çalışmada 24 ay boyunca kliniğimizde yapılan operasyonların 24 ay ile 46 ay arasındaki takipleri sonucu elde edilen veriler değerlendirildi. Operasyonun şeklinin seçimi, operasyonu yapacak cerraha ve preoperatif sfinktere göre fistülün bulunduğu noktaya bakılarak karar verildi. Hastalar postoperatif ağrı, kaşıntı, akıntı, kanama, defekasyonda artış yada azalma ve inkontinans gibi şikayetleri yönünden üç aylık periyotlarla aranarak ve gerektiğinde klinik muayeneleri yapılarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Hastaların 43 tanesine endoskopi yapılmış, 33 tanesine pelvik kontrastlı MRG istenmişti. 1 hasta preop ERUS (endorektal ultrason) yaptırabilmişti. Preop tanı yöntemlerinden yararlanarak 29 hastaya iç ağız tespit edilebildi: 42 erkek, 16 kadın vaka mevcuttu, yaş ortalaması 43.7 yıl (20 yaş-73 yaş) Preop iç ağız endoskopi 2 hastada gözlenebilirken pre op iç ağızın tespit edildiği 27 vaka MRG ile tanınmıştı. MRG+endoskopi olan hasta sayısı 24 idi. Dış ağız jinekolojik pozisyonda en çok saat 6 (15 hasta) hizasındaydı. Hiç dış ağızın gözlenmediği saat 10 yönüydü. Ameliyat tipi olarak

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

fistülotomi 24, fistülektomi 7, seton 10, sfinkterotomi ile kombine 11, sinüs eksizyonu 2, setonla fistülotomi 4 vakaya uygulanmıştı. Bu vakalardan 12 tanesi nüksü, 1 hastanın 4. nüksü, 4 hastanın 3. nüksü, 7 hastanın 2. nüksü idi. Hastaların 1 tanesinde Behçet, 1 tanesinde diabet öyküsü vardı. Hiçbir hastaya daha önce perianal abse drenajı yapılmamıştı. Klinik serimizde en çok fistülektomi, fistülotomi ve seton yöntemi teknik olarak seçilmişti. Nüks vaka 58/12 (%20) idi.

**Sonuç:**

Fistül trakt eksizyonunu, fistülotomi gibi iyileşme süreci kısa olan operasyonlar sonrası şikayetlerin devamı daha fazla iken seton sonrası yara iyileşme süreci uzun ancak devam eden şikayetlerin daha az olduğu tespit edildi. Toplamda anal fistülün tekrarlaması oranı yüksek bulundu.

**P271****Perianal Bölgeye Fistülize 2 Pilonidal Sinüs Olgusu**

Ahmet Serkan İlgün<sup>1</sup>, Doğan Gönüllü<sup>2</sup>, Ferda Nihat Köksoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Ishakoğlu Çayeli Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Rize*

<sup>2</sup>*Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:**

Perianal bölgeye fistülize 2 adet pilonidal sinüs hastalığı olgusunu literatür verileri eşliğinde sunmayı amaçladık

**Olgu:**

Vaka 1: 27 yaşında, erkek hasta sakrokoksigeal bölgede ve perianal bölgede akıntılı lezyonlar nedeni ile başvurdu. Anamnezinde 1 yıl önce başka bir hastanede p. sinüs nedeni ile elektif olarak opere edilmiş, daha sonra birkaç kez aynı bölgede abse gelişmesi üzerine drenaj uygulanmış. Yapılan fizik muayenede sakrokoksigeal bölgede intergluteal sulkus ve yakınında akıntılı pürülan sinüs ağızları olan "komplike pilonidal sinüs hastalığı" ve perianal bölgede, anal girime 3 cm uzaklıkta diz dirsek pozisyonunda saat 3 hizasında, akıntılı fistül ağzı mevcut olup bu fistül ağızından muayene amacı ile sokulan stilenin presakral bölgeye doğru ilerlediği, rektumla ilişkisinin olmadığı tespit edildi. Rektoskopide özellik saptanmadı. Sonuçta perianal bölgeye fistülize "kompleks sakrokoksigeal sinüs" teşhisi ile ameliyata alındı. Perianal bölgedeki fistüle fistülektomi uygulandı ve presakral bölgedeki komplike pilonidal sinus alanı eksize edilerek, defekt rhomboid flep ile kapatıldı. Hastanın 2 yıllık takiplerinde nüks saptanmadı. Vaka 2: 22 yaşında erkek hasta birkaç senedir kuyruk sokumundan kötü kokulu akıntı ve son bir senedir ortaya çıkan makatından pürülan akıntı nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sakrokoksigeal bölgede akıntılı sinüs ağızları ve perianal bölgede anal girime 1 cm mesafede, diz dirsek pozisyonunda saat 2 hizasında akıntılı orifis tespit edildi. Çekilen pelvik MR da; intergluteal oluk cildinden başlayarak vertikal seyirli anal kanal posterolateraline devam eden kraniyokaudal uzanımı yaklaşık 4 cm, genişliği 5 mm olan fistül traktı saptandı. Rektoskopide özellik saptanmadı. Presakral bölgedeki pilonidal sinus minimal olarak eksize edilerek fenol uygulandı, perianal fistüle ise seton uygulandı. Postop iki ay takip edilen perianal fistül bölgesindeki akıntı kesildi, presakral bölgedeki açık bırakılan yara sekonder olarak kapandı. Hasta postoperatuar 5. ayda olup nüks yoktur.

**Sonuç:**

Perianal bölgeye fistülize pilonidal sinus hastalığı nadir görülen bir durumdur. Perianal fistülle kolaylıkla karışabilir. Ayırıcı tanıda fizik muayenin yanı sıra, fistülografi, pelvik MR ve rektoskopi kullanılabilir. Tedavide fistül traktını ve pilonidal hastalığın eksizyonu ve sekonder iyileşmeye bırakılması ya da total subkutanöz fistülektomi+pilonidal hastalığın eksizyonu ve fleple onarımı kullanılabilir cerrahi yöntemler arasındadır.

**P272**

### **Komplike Olmayan Pilonidal Sinüs Hastalığının Cerrahi Tedavisinde Flep Yöntemi İle Sonuçlarımız**

Ahmet Bal<sup>1</sup>, Mustafa Özsoy<sup>1</sup>, Bahadır Celep<sup>1</sup>, Taner Özkececi<sup>1</sup>, Barış Sarıpınar<sup>1</sup>, Kasım Demir<sup>2</sup>, Sezgin Yılmaz<sup>1</sup>, Yüksel Arıkan<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Afyon  
<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği, Afyon

**Amaç:**

İlk kez Anderson tarafından 1847 yılında tarif edilen pilonidal sinüs hastalığı en sık sakrokoksijal bölgede saptanmakla birlikte boyun, parmak arası, meme gibi lokalizasyonlarda da görülebilir (1). Pilonidal sinüs hastalığında cerrahi dışı tedavi seçenekleri bulunmaktaysa da tedavinin temelini halen cerrahi oluşturmaktadır. Pilonidal sinüs hastalığında henüz ortak kabul edilen cerrahi prosedür oluşmamıştır. Uygulanacak cerrahi prosedür çoğunlukla kişisel deneyimlere göre tercih edilmektedir. Son yayınlarda sinüs alanı eksizyonu ve oluşan defektin cilt flepleri kapatılması önerilmektedir. Bu çalışmada son 5 yıl içerisinde kliniğimizde flepli prosedürler ile ameliyat edilen hastalarımızdaki deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2008 ile Aralık 2012 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde sinüs pilonidal hastalığı nedeniyle flep kullanılarak defektin 129 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların demografik verileri, uygulanan cerrahi prosedürler, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve nüks oranları incelendi.

**Bulgular:**

Çalışma, verilerine tam olarak ulaşılan 129 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenerek yapılmıştır. 129 hastanın 120'si erkek (%93) iken 9 hasta (%7) kadın idi ve hastaların ortalama yaşı 27,2 (Min: 16 Maks: 78) olarak saptandı. 108 hastanın ASA skoru 1 iken 22 hastada 2 ve üzeri olarak saptandı. Sinüs pilonidal hastalığına ek olarak 3 hastada perianal fistül saptanırken 1 hastada hemoroid saptanarak cerrahi tedavi uygulanmıştır. Cerrahi prosedür olarak sinüs alanı eksize edildikten sonra defekt 92 hastada V-Y plasti, 23 hastada rhomboid flep, 10 hastada limberg flep ve 4 hastada karydakıs flep yöntemi ile kapatılmıştır. Tüm hastalara dren konulmuştur ve ameliyat sonrası ortalama 6. günde çekilmiştir. (Min: 5 Maks: 8) Mortaliteye rastlanmamakla birlikte 5 hastada (%3,8) cerrahi sonrası komplikasyon gelişmiştir. 5 hastanın 3'ünde cerrahi alan enfeksiyonu saptanırken, 2 hastada flep nekrozu saptanmış ve cerrahi olarak revize edilmiştir. Hastanede kalış süresi ortalama 2,4 gündür (Min: 2 Maks:6). Takipte 4 hastada (%3,1) nüks saptanmıştır. 4 hastanın 2'sine

rhomboid, 1'ine limberg ve 1'ine de karydakıs flep yöntemi uygulanmış idi. V-Y plasti uygulanan hasta grubunda ise nüks rastlanmamıştır.

**Sonuç:**

Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde flepli yöntemler günümüzde sıklıkla kullanılmaya başlanmış ve serilerde nüks oranları %1 civarında olduğu belirtilmektedir. Serimizde V-Y plasti uygulanan hastalarımızda nüks ve komplikasyona rastlanmamıştır. Gerek uygulanmasındaki kolaylık gerekse ameliyat sonrası başarı oranları nedeniyle V-Y plasti yönteminin diğer tekniklere oranla biraz da olsa üstün olduğunu düşünmekteyiz.

**P273**

### **Trans-Sfinkterik Fistüllerde Modifiye Gevşek Seton Tekniği**

Metin Ertem, Hakan Gök, Emel Özveri, Volkan Özben  
Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

**Amaç:**

Geçmiş dönemlerde uygulanan sıkı seton tekniği sonrasında bildirilen yüksek inkontinans oranları nedeniyle gevşek seton tekniği gittikçe daha fazla uygulanmaktadır. Özellikle trans-sfinkterikkomplikefistüllerdeilkuygulanacak yöntem olmalıdır. Gevşek seton tekniğinde amaç sfinkter fonksiyonlarının korunması ve fistülün komplike olmasının önüne geçilmesidir. Bu yöntemle sürekli açık tutulan fistül traktı ile bölgedeki enfeksiyon kontrol altına alınırken, açılıp kapanabilen fistül traktının daha komplike fistül gelişimi engellenmektedir.

**Olgu:**

Bu çalışmamızda son 5 yıl içinde anal fistül tanısıyla toplam 53 hasta opere edilmiştir. 14 hastaya intersfinkterik fistül nedeniyle sıkı seton, 27 hastaya basit fistül nedeniyle fistülotomi ve 12 hastaya transsfinkterik fistül nedeniyle gevşek seton uygulandı. Gevşek seton tekniği uyguladığımız hastalar retrospektif olarak irdelenmiştir. Trans-sfinkterik fistül tanısıyla gevşek seton uygulanan 12 hastanın 3'ü kadın, 9'u erkek olup ortalama yaş 42 (29-59) idi. Hastalarda inflamatuvar barsak hastalığı saptanmadı. Ameliyatta litotomi pozisyonundaki hastalarda fistül dış ağzından verilen metilen mavisi ile fistül iç ağzı bulundu. Metilen mavisi verilerek boyanmış olan fistül traktı eksternal sfinkterlere kadar olan çıkartıldı. Geriye kalan fistül traktının eksternal ve internal sfinkteri içine aldığı stile ile ortaya konuldu ve bu yol Nelaton 8Fr/CH lateks sonda ile dönülerek gevşek seton uygulandı. Uzun süre bu bölgede bırakılacak olan nelaton sondanın hastayı rahatsız etmemesi için ( gerek tuvalet temizliği, gerekse oturma rahatlığı için ) sonda ağzının tarafımızdan modifiye edildiği şekilde uygulanması post-operatif süreçte hasta konforu sağlamaktadır. Hastalar taburcu olduktan sonra birinci hafta ve sonra iki hafta aralıklarla takip edildiler. Gevşek setonlu tüm hastalarımızda 3 ay sonra kalıcı cerrahi işlem uygulanmıştır. Seton çıkarılarak iç fistül ağzını örtmek için mukozal ilerletme flebi, dış ağzı örtmek için house flap tarzında ilerletme flebi uygulandı. Post-operatif takipte hastalarımızda nüks saptanmamıştır.

**Sonuç:**

Sonuç olarak komplike anal fistüllerde ilk tercih edilecek

Antalya

yöntem gevşek seton olmalıdır. Hasta konforu düşünüldüğünde uyguladığımız bu basit modifikasyon ile özellikle oturmada rahatsızlıklar ve tuvalet temizliğindeki şikayetler ortadan kaldırmaktadır.

**P274****Stapler Hemoroidektomi Tercihi**

Salih Tosun, Günay Uluç, Ercüment Tombalak, Cengiz Madenci, Murat Kayağ, Sümeyra Emine Bölük, Tuba Atak, Süleyman Orman, Hakan Baysal, Özgür Ekinci, Tevfik Ferman Özyalvaç, Mehmet Rafet Yiğitbaşı  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH Genel Cerrahi ABD, İstanbul

**Amaç:**

Hemoroid cerrahisinde stapler hemoroidektomi yönteminin ağırlığını ve erken komplikasyonlarını araştırmak.

**Gereç-Yöntem:**

İki yıllık süreçte yapılan hemoroidektomi vakaları retrospektif olarak incelendi. Olgu sayısı, uygulanan cerrahi yöntem, hastanede kalış süresi araştırıldı.

**Bulgular:**

Hastanemizde 01.01.2011 ile 31.12.2012 arasında opere olan hemoroidektomi vakaları 149 idi. Standart yatış süresi 1 gündü. Uygulanmış olan cerrahi yöntemler; Milligan-Morgan yöntemiyle hemoroidektomi, Ferguson yöntemiyle hemoroidektomi, LigaSure veya Harmonic Scalpel ile hemoroidektomi ve stapler hemoroidektomi idi. Bu hastalardan 24 üne (%16) stapler hemoroidektomi uygulandığı görüldü. Bu grupta mortalite ve erken morbiditeye (abondan kanama, apse, fissür, yırtık) rastlanmadı. Hastalara ek girişim (lateral internal sfinkterotomi, sentinel pili eksizyonu, bakiye doku eksizyonu) yapılmadığı, rektuma kanama önleyici materyal (rektal spongostan, tampon) konulmadığı, ek sütür uygulanmadığı görüldü.

**Sonuç:**

Stapler hemoroidektomi; kısa öğrenme eğrisi ile kolayca uygulanabilmesi, ileri derecedeki hemoroidlerde operasyon süresini kısaltmasının yanında daha az ağrı ve erken işe başlama süresiyle avantajlı bir yöntemdir. Getirdiği ek maliyet ve hazırlık sürecine rağmen biz, stapler hemoroidektominin uygun ve seçilmiş vakalarda daha çok tercih edilmesinin cerrahi başarıyı arttıracığını düşünmekteyiz.

**P275****Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Gold Standart****Arayışı**

Günay Uluç, Salih Tosun, Ercüment Tombalak, Cengiz Madenci, Sümeyra Emine Bölük, Fatih Büyüker, Ferman Tevfik Özyalvaç, Süleyman Orman, Hakan Baysal, Gürbey Turan, Haydar Yalman, Mehmet Rafet Yiğitbaşı  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe E.A.H. Genel Cerrahi A.B.D., İstanbul

**Amaç:**

Pilonidal sinüs vakalarında seçilecek cerrahi yöntem kararında, ekstrem vakalar haricinde, bir standart oluşturmak.

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**Gereç-Yöntem:**

Bir yıllık süre içinde opere olmuş pilonidal sinüs vakaları retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, operasyon yöntemi ve anestezi tipine göre gruplandı.

**Bulgular:**

Hastanemizde toplam 225 hasta pilonidal sinüs nedeniyle opere olmuştu. Hastalardan 189'u erkek, 35'i kadındı. Hastaların yaş ortalaması 27.9 du (15-64 yaş aralığında). 6 hasta haricinde bütün hastalar rejyonel anestezi ile opere olmuştu. Operasyon yönteminin incelenmesinde 3 Limbergplasty, 4 sekonder iyileşmeye bırakılan olgu haricinde 218 olguya primer kapatma uygulanmıştı(%96.8).

**Sonuç:**

Pilonidal sinüs hastalığı daha çok genç popülasyonu etkileyen bir durumdur. Bizim primer kapatma yöntemini tercih etmemizde; cerrahi olarak daha az diseksiyon gerekliliği, kapalı ve daha küçük bir yara yeri ortaya çıkması, postoperatif asimetrik skar gelişimi olmaması, daha az ölü boşluğa yolaçması, postoperatif pansuman ve kontrol ihtiyacının daha az olması etkili olmuştur. Hastalarda operasyon sonrası konfor, rekürrens, günlük yaşama adaptasyon gibi faktörler farklı gruplar halinde değerlendirildiğinde, pilonidal sinüs cerrahisinde uygulanan yöntemlerin birbirine ayrı ayrı üstünlükleri ortaya çıkmaktadır. Biz cerrahi yöntemi tercih ederken, bütün faktörlerin bir arada değerlendirilmesi gerektiğini; ekstrem vakalar haricinde, primer kapatma tedavisinin standart uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

**P276****Stapler Hemoroidopeksi Yapılan Hastalarda Klinik Deneyimimiz**

Ömer Avlanmış<sup>1</sup>, Muharrem Öner<sup>2</sup>, Nadir Adnan Hacım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Özel Çamlıca Erdem Hastanesi

<sup>2</sup>Özel Erdem Hastanesi

**Amaç:**

Bu çalışmanın amacı hemoroidal hastalığın cerrahi tedavisinde stapler hemoroidopeksi sonuçlarının değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

Grade II-III İnternal hemoroidi bulunan 132 hasta stapler hemoroidopeksi yöntemiyle tedavi edildi. Hastaların hastanede kalış süreleri, operasyon süresi, postoperatif ağrısı, komplikasyonlar ve normal aktivitelere dönüşü ile nüks açısından değerlendirildi. Hastaların izlem süresi 2,5 yıldır.

**Bulgular:**

Hastaların 2 tanesinde postoperatif 3. ve 9. saatte olmak üzere kanama gözlemlendi(%1,5). Bu hastalarda kanama ameliyathane şartlarında sütüre edilerek kontrol altına alındı. 1 hastada intraoperatif stapler sütür hattında kısmi ayrışma olduğu görüldü.(%0,7) Ayrışan kısım 3/0 polisorb dikiş materyali ile tek tek onarılarak işlem sonlandırıldı. Başka komplikasyon görülmedi. Postoperatif ortalama hastanede kalma süresi 1 gün olarak hesaplandı. 90 hasta postoperatif ilk 24 saat içinde analjezik ihtiyacı duydu.(%68) Daha sonraki dönemde analjezik ihtiyacı duymadılar. Tüm hastaların postoperatif 1. Haftalarında yapılan anorektal muayenelerinde sütür hattında

patoloji saptanmadı. Hastaların ortalama 5 gün sonra normal aktivitelere döndüğü saptandı. Ortalama 2,5 yıllık takipte nüks izlenmedi.

#### Sonuç:

Stapler hemoroidopeksi uygulaması diğer hemoroid ameliyat yöntemlerine(Milligan- Morgan, Ferguson, Parks) göre maliyetli bir yöntem olmasına rağmen; postoperatif ağrının az olması, hastanede kalış süresinin, işe dönüş süresinin kısa olması ve maliyetin her geçen sene azalması sebebiyle önerilen bir yöntemdir. Uygulaması ciddi bir tecrübe gerektirmeyen, kolaylıkla uygulanabilen bir yöntemdir. Gelecekte hemoroid tedavisinde altın standart olmaya adaydır.

### P277

#### Ekstrasfinkter Anal Fistüllerin Cerrahi Tedavisi

Parvana Rövşan Aydınova<sup>1</sup>, Eldar Allahverdi Aliyev<sup>1</sup>, Solmaz Soltan İmanova<sup>1</sup>, Faiq Misir Qapaqov<sup>1</sup>, Maya İsmixan Xudiyeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azərbaycan Tıp Universiteti, I Cerrahi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Bakü  
<sup>2</sup>I Sayılı Şehir Hastanesi, Bakü \*

#### Amaç:

Anal füstül-anus ve rektum bölgesinin en sık görülen ve en problemlili hastalıklarından biridir. Anorectal abselerden sonra oluşarak, cilt (dışağız) ve bağırsaq arasında (iç ağız) normalde olmaması gereken bir bağlantının oluşmasına fistül denir. Fistüller Parks ve arkadaşlarının klasifikasyonuna göre 4 tıpa ayrılır: intrasfinkterik, transsfinkterik ve suprasfinkterik. Anal fistüllerde kendiliyinden iyileşme olmaz. Tedavi görmemiş anal fistüllerde yeni abselerin ve buna bağlı olarak yeni yan-kör küçük tünellerin gelişmesi, yanı hastalığın basitten komplike haline dönüşme riski çok-çok daha fazladır. Anal fistüllerin tedavisi yalnız cerrahidir. Fistül operasyonlarına bağlı problemlerden dolayı bir çok cerrahın önu diyer operativ işlemlerle mukayise edildiyinde zarar görmekdedir. Mükemmel diyaknostika ve cerrahi yöntemlerin geniş uygulanmasına baxmayaraq anal fistüllerle bağlı cerrahi tedaviden sonra nüks ve anal inkontinans riski çoğunluk teşkil edir. Bizler bu çalışmada ekstrasfinkter fistüllerin cerrahi tedavisinde internal sfinkterotomiya aparmadan kesici seton uygulamakla tedavi sonuçlarını araştırtık.

#### Gereç-Yöntem:

2010 aralık 2013 tarihleri arasında kliniğe baş vuru yapmış fistül tipi ekstrasfinkterik olan 12 hasta olgusu araştırıldı. Çalışmaya alınan olgular yaş, cinsiyet, baş vuru yakınmaları, daha önce fistül tedavisi girişimleri, hastanede kalış süresi, amaliyat sonrası komplikasyon görülme oranları klinik ve manometrik bulgular, normal aktivitelere donme zamanlari araştırıldı. Fistül tanısı konulurken kompleks fistüllerde pelvik MR incelenmesi yapıltı.

#### Bulgular:

Çalışmaya alınan hastalardan 9-u erkek, 3-ü kadın olmakla 5-i daha önceden cerrahi tedavi görmüş hastalardı. Hastaların 8-de yanaşı olarak yanaşı olarak yan-kör abse gibi boşluklar olmuştur. Hastaların 6-na daha önceden gevşek seton uygulanmış 3-5 ay saklatıktan sonra gevşek kesici ile evez edilmiştir. Kesici setonun uygulanma süresi 3-8 hafta olmuştur.

Hastaların 2-de hafif sfinkter yetmezliyi bulunmuştur. Bu hastalar sıvı necisi tutamaktan şikayetlenmiştir. Anal inkontinans olan hastalarda hareketsiz 123±40 sm H2O sütun seviyyesinden 90±29 sm H2O seviyyesine kadar, güc veren zaman ise 276±64-den 191±56 sm H2O sm seviyyesine kadar azalmıştır.

#### Sonuç:

Ekstrasfinkter fistüller dikkatli bir değerlendirme ile alternatif işlemler gerektirir. Ekstrasfinkter anal fistüllerde internal sfinkterotomiya aparmadan kesici seton uygulamakla anal inkontinans ve nüks riskinin karşısı alına bilmektetir.

### P278

#### Thermal Welding Sistemi ile Hemoroidektomi

Bülent Kaya, Suat Can Ulukent, Orhan Bat, Taşkın Aydın  
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Hemoroidal hastalık cerrahi pratiğinde sık görülen bir patolojidir. Evre III ve IV hemoroidal hastalığın tedavisinde cerrahi ön plandadır. Milligan Morgan (açık) ve Ferguson(kapalı) hemoroidektomi teknikleri hala sıklıkla uygulanmaktadır. Hemoroid cerrahisinde yeni bir uygulama olduğunu düşündüğümüz thermal welding sistemi ile opere ettiğimiz olgularımızı sunmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Thermal welding sistemi (TWS) steril bir forseps (ENTceps), ayak pedalı ve üniversal güç kaynağından (UPS) oluşmaktadır. Dokuyu kesmek için cerrah dokuyu forsepsin uçları arasında tutup sıkıştırır. Dokunun içerisindeki protein molekülleri denatüre olur ve birbirlerine sıkıca yapışırlar. Aletin uçları arasında hedeflenen ısı çoğunlukla dokunun merkezinde etkili olur ve çevre dokular ısıdan minimal etkilenir. Biz evre III ve IV hemoroidal hastalığı olan 3 hastamızı bu teknik ile opere ettik. Hastaların demografik bulguları, preoperatif semptomlar, operasyon bulguları, postoperatif takip bulguları kayıt edildi.

#### Bulgular:

Evre III ve IV hemoroidal hastalığı olan 3 hasta TWS kullanılarak opere edildi. Hastaların 1 inde tek hemoroid pakesi diğerlerinde 3 hemoroid pakesi mevcuttu. Tüm hastalar spinal anestezi altında opere edildi. Ameliyat süresi 15-25 dk arasında değişmekteydi ( Ortalama 20 dk). Perop kanama ölçülemeyecek miktarda (3-5 cc) idi. Postoperatif dönemde hiçbir hastada idrar retansiyonu görülmedi. Postoperatif erken dönemde Diklofenak Sodyum 2x1 (IM) yeterli analjezi sağladı. Hastalar ilk 24 saat içerisinde taburcu edildi.

#### Sonuç:

Literatürde thermal welding sistemi ile hemoroidektomi bildiğimiz kadarı ile bildirilmemiştir. Bu çalışmamızda, kısıtlı hasta sayısı olmasına rağmen thermal welding sisteminin güvenle kullanılabileceğini gördük. Ancak sistemin hemoroid cerrahisindeki etkinliğini ortaya koymak için geniş hasta sayıları ile yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



Antalya

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

**P279****Limberg Flap Tekniğinin Fonksiyonel ve Kozmetik Sonuçları**Orhan Bat<sup>1</sup>, Kafkas Çelik<sup>2</sup>, Hasan Altun<sup>2</sup>, Kemal Memişoğlu<sup>2</sup><sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Genel Cerrahi Kliniği<sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Genel Cerrahi Kliniği**Amaç:**

Pilonidal sinüs gluteal bölgenin kronik bir hastalığıdır. Bu çalışmada Limberg Flap yönteminin fonksiyonel ve kozmetik sonuçları retrospektif olarak incelendi.

**Gereç-Yöntem:**

Haziran 2010 ile Haziran 2012 tarihleri arasında Pilonidal sinüs tanısı ile opere edilen 62 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, operasyon bulguları, postoperatif komplikasyonlar, gluteal bölgede insizyon hattı şikayetleri, nüks durumları ve ameliyat memnuniyetleri kayıt edildi.

**Bulgular:**

Hastaların 52'si erkek 10'u kadın idi. Ortalama yaş 27.09±7.42 (16-49 arası) idi. Hastalarda ortalama takip süresi 15.32±5.60 (6-25 ay arası) olarak bulundu. Postoperatif dönemde 13 hastada yara yeri enfeksiyonu 2 hastada yara ayrışması tespit edildi. En sık görülen şikayet yara yerinde ağrı idi (12 hasta). Hastaların ortalama memnuniyet değeri 2.35±0.95 olarak bulundu.

**Sonuç:**

Limberg flap yönteminin fonksiyonel ve kozmetik sonuçları tartışmaya açıktır. Bu konuyla ilgili daha geniş prospektif çalışmalar gerekli görünmektedir.

**P280****Litotomi Pozisyonunda Perianal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Spinal Anestezinin Yayılımına Oturma Süresinin Etkisi: Prospektif, Randomize, Kontrollü, Çift Kör Klinik Çalışma**Sevda Özkardeşler<sup>1</sup>, Nilay Boztaş<sup>1</sup>, Mert Akan<sup>1</sup>, Şule Özbilgin<sup>1</sup>, Çiğdem Arslan<sup>2</sup>, Aras Emre Canda<sup>2</sup>, Cem Terzi<sup>2</sup><sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir**Amaç:**

Saddle blok uygulamalarında, lokal anesteziklerin yayılımı ile ilişkili olarak hastaların ne kadar süre oturtulması gerektiği hala kesinlik kazanmamıştır. Amacımız litotomi ve 15° baş aşağı eğim pozisyonunda yapılan elektif perianal cerrahi olgularında 1 ml hiperbarik %0.5 bupivakain kullanarak uygulanan subaraknoid bloğun sefalik yayılımına oturma süresinin etkisini araştırmaktır.

**Gereç-Yöntem:**

ASA I-II, 18-65 yaş arası 99 olgu çalışmaya alındı. Oturur pozisyonunda 1 ml hiperbarik %0,5 bupivakain uygulamasını takiben 1. ve 2. gruptaki hastalar sırasıyla 5 ve 10 dakika

oturtuldu; 3. gruptakiler ise hemen operasyon masasına yatırıldı ve pozisyon verildi. Pozisyonu takiben S4 düzeyine erişim zamanı 5, 10, 15, 20 ve 60. dakikalardaki sensoriyal ve motor blok düzeyleri ile blok düzeyi S4 üzerinde olan olgularda S4'e gerileme süresi kaydedildi.

**Bulgular:**

Demografik verilerin benzer olduğu 1., 2. ve 3. grupta S4'e erişim zamanı sırasıyla 3.6±1.6, 5.2±2.3, 3.5±1.6 dk(P=0.125) ve S4'e gerileme zamanı 131.1±39(70-223), 126.9±42.2(60-208), 138.1±39(70-215) dk(P=0.524) idi. Operasyon sonunda grup 1'de sadece 2 olguda motor blok geliştiği saptandı(P=0.144). Üç grupta da derlenmede izlenme süreleri farklı değildi (P>0.005). Olguların hiçbirinde atropin ve/veya efedrin gereksinimi olmadı.

**Sonuç:**

Saddle blok uygulamalarında oturma süresinin düşük doz lokal anestezinin yayılımına etkisinin olmadığı gözlenmiştir.

**P281****Lazer Anal Fistül(FİLAC)Ameliyatında Fistül Traktına Lazer Probenun Yerleştirmede Yeni Bir Teknik**

Banu Ural

Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi

**Amaç:**

FİLAC (Fistüle Laser Closure) Operasyonunda Fistül Traktusunu Doğru Kateterize Etmek

**Sonuç:**

Anal fistül onarımı cerrahi becerileri ve teknik birçok gelişmelere rağmen hala zordur Anal fistüle plug uygulama veya fibrin yapıştırıcı olarak bilinen yöntemler uzun vadede başarılı olamamıştır. Cerrahi başarısızlık için temel nedenleri atlanmış ve tedavi edilmemiş bir iç orifis, intersfinkterik alanın yetersiz drenajı, gözden kaçabilen yan fistül traktusları ve fistül traktusunda iyi temizlenmiş epitel veya granüler doku kalıntıları vardır. Bu nedenlerle fistülün tam ekizyonu ve takiben sfinkter kas onarımı kısmen daha uzun vadeli çözümler sağlasa da bu yöntemin ana dezavantajı olguların% 20-30 unda sfinkter onarım hatası nedeniyle inkontinans gelişmesidir. Ayrıca anal fistüllerin ortalama % 30 'u cerrahi sonrası nüks eder. Bu nedenle, sfinkter koruyucu cerrahi için yeni bir teknik geliştirildi. Cerrahi başarısızlığın en önemli nedenlerinden biri fistül epitelin kalıntıları olduğu bilinmektedir. Bu sorunu aşmak için, hem fistül epitelini yok etmek ve fistül içindeki yabancı cisimleri yok etmek için radyal enerji yayan lazer probu («FİLAC™», biolitec, Almanya) kullanılarak yeni bir teknik geliştirildi. Bu yöntem yapılan birçok çalışmada çok umut verici yeni bir tekniktir. Gözlemlenen iyileşme oranı yüksektir. Sfinkter kasta minimal travma nedeniyle, gözlemlenebilir işleme bağlı komplikasyon olmadan iyi kısa dönem fonksiyonel sonuçlar vardır. Bu teknikte fistül traktının kateterizasyonu ve özellikle komplike fistüllerde lazer probunun fleksibl olması nedeni ile fistül traktına doğru yerleştirilmesi çoğu zaman zor olabilmektedir. Biz bu aşamada kolaylık sağlayacağımızı düşündüğümüz bir teknik yaklaşımı sunmak istiyoruz.

**P282****Lazer Hemoroidopeksi Deneyimimiz**

Banu Ural

Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:**

Hemoroid cerrahisinde lazer tekniği mümkündür. Son 5 yılda popüler olan bir yöntemdir. Lazer cihazındaki gelişmelerle daha fazla uygulanmaya başlanmıştır. Kısaca LHP adını verdiğimiz Lazer Hemoroidoplasti minimal invazif oluşu, postop minimal ağrı, anal stenoz oluşmaması, hastanın günlük hayata dönüşünün çabuk oluşu gününbirlik cerrahi uygulama, postop hayat kalitesinin yüksek oluşu gibi avantajları nedeni ile ümit vadetmektedir. Biz bu çalışmada Lazer Hemoroidoplasti deneyimimizi aktarmak istemekteyiz.

**Gereç-Yöntem:**

Bu çalışmada olgular Şubat 2011 ve Mart 2013 tarihleri arasında Başkent Üniv.Zübeyde Hanım Uygulama ve Arş. Merkezi Genel Cerrahi Birimi'nde 1470 nm diyot lazer ile üçüncü ve dördüncü derece hemoroid hastalığı olan, daha önce herhangi bir hemoroid cerrahisi geçirmemiş 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların yaş ortalaması, kontinens durumları, operasyon süresi, postop kanama olup olmadığı, işe dönüş süreleri, ağrı, postop hayat kalitesi değerlendirildi. Tüm hastalar spinal anestezi altında litotomi pozisyonunda opere edildi. Anüse yerleştirilen anoskop yardımı ile ortaya konulan internal hemoroid pakesine anodermden yerleştirilen LHP fiber tel submukozal oluşturulan tünelden ulaştırılarak pake içine 1470 nm, 13 watt diode laser probe ile pulse mode (3 sn'de bir 8 watt =24 joule ) (enerji x zaman) lazer enerji uygulandı.

**Bulgular:**

Hastaların yaş ortalaması 48 (21-76) idi. Cinsiyet 6K/6E. VAS(Visual analog skala (0-10)) ile ağrı durumu değerlendirildiğinde ağrı skoru ortalama 1,8 saptandı. Ortalama operasyon süresi 15 dk. Kontinens skorlaması 0 idi. (CLEVELAND CONTİNENS SKOR 0=mükemmel kontinens, 21=total inkontinens ) İşe dönüş süresi 2,8 gündü. Postop kanama durumu değerlendirildiğinde kanama ilk 3 günde minimaldi. Postop hayat kalitesi değerlendirildiğinde tüm hastalar tam memnuniyet bildirdiler.

**Sonuç:**

Lazer hemoroidoplasti postop ağrısız oluşu, kanama oranının düşük oluşu, iyi kontinens, işe dönüş süresinin kısa oluşu, operasyon süresinin kısa oluşu ve gününbirlik cerrahi prosedür olması, postop hasta memnuniyetinin ve hayat kalitesinin yüksek oluşu nedenleri ile klasik hemoroid tedavilerine alternatif olabileceğini düşünüyoruz.

**P283****Behçet Hastalığının Nadir Görülen Bir Komplikasyonu: Rektovajinal Fistül**

Sinan Arıcı, Merve Tokoçin, Hüseyin Bilge, Kamil Özdoğan, Onur Olgaç Karagülle, Aytaç Biricik, Fatih Çelebi, Rıza Kutaniş Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

**Amaç:**

Behçet Hastalığı sistemik bir hastalık olup altta yatan patolojinin her çapta damarı ilgilendirdiği bir vaskülitir.

Behçet hastalarında yaklaşık %50'sinde karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon gibi Gastrointestinal şikayetler olsa da; ince ve kalın barsaklarda ülseratif değişikliklerin görülme oranı %1'dir. Behçet hastalığında rektovajinal fistül çok nadir görülen bir komplikasyon olup, literatürde 2005 yılına kadar 7 olgu rapor edilmiştir.

**Olgu:**

16 yaşında kadın hasta vajinal kötü kokulu akıntı ve vajenden gaita gelmesi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde Behçet Hastalığı tanısı mevcut olup hastanın hikayesinde travma, geçirilmiş operasyon veya ek bir hastalığı bulunmamaktaydı. Fizik muayenede genital bölgede ödem, vajinal akıntı mevcuttu. Hasta virgo olduğu için vajinal muayene yapılamadı, rektal muayenede anal girimden 5.cm'de fistül orifisi palpe edildi. Hastaya rektosigmoidoskopi yapıldı; anal girimden itibaren 5.cm'de fistül orifisi görüldü. Hastanın çekilen alt batın MR'ında Douglas'ta ve pelvik bölgede serbest sıvı saptandı ve rektum ve vajenin yakın komşulukta olduğu izlendi. Bu görünüm rektovajinal fistül lehine değerlendirildi.

**Sonuç:**

Rekto-vajinal fistül, rektum ön duvarı ile, vajinanın arka duvarı arasında anormal epitelyal bağlantı sonucu oluşan ve hastaya çok fazla sosyal sıkıntı hissi veren bir hastalıktır. Etiyolojide; obstetrik nedenler, inflamatuvar barsak hastalığı (özellikle Crohn hastalığı), vaskülitler, malignite, radyasyon, divertikülit, yabancı cisim, enfeksiyon, konjenital anomaliler, travma ve pelvik-perineal-rektal cerrahi yer alır.

**P284****Anal Fissür Tedavisinde Lateral İnternal Sfinkterotomi Sonuçlarımız: Bir Yıllık Olguların Retrospektif Analizi**

Tuba Atak, İbrahim Ali Özemir, Büşra Burcu, Tunç Eren, Oktay Yener, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Genel Cerrahi A.B.D., İstanbul

**Amaç:**

Anal fissür anal kanalda dentat çizgiden anal verge kadar uzanan anal kanal mukozasındaki longitudinal defektir. Sıklıkla 3-4. dekadlarda ve her iki cinsten eşit oranda görülmektedir. Bu yazıda anal fissür nedeniyle lateral internal sfinkterotomi (LİS) uygulanan olguların retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2012 ile Ocak 2013 tarihleri arasında, anal fissür nedeni ile LİS uygulanan 56 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, preoperatif semptomlar, operasyon ayrıntıları, postoperatif komplikasyonlar ve hasta memnuniyetleri kayıt edildi.

**Bulgular:**

Hastaların 17'si erkek (%30.4) ve 39'u kadın(%69.6) ve ortalama yaş 41.02±11.8(aralık: 22-68 ) idi. Bir hasta (%1.8) genel, 4 hasta spinal(%7.1) ve 51 hasta (%91.1) maske ve sedasyon anestezi ile opere edildi. Nöbetçi pili 21 hastada(%37.5) tespit edildi. Ortalama ameliyat süresi 11 dakika (5-35) ve ortalama yatış süresi 1.39(aralık 1-2 gün) idi. Postoperatif 1. gün ameliyat memnuniyet skalasında 23

Antalya

hasta(%41.1) mükemmel, 14 hasta(%25) iyi, 8 hasta(%14.3) orta ve 11 hasta (%19.6) kötü olarak değerlendirdi. Klinik takipte 16 hastada dışkılama sonrasında ağrı(%28.6), 1 hastada nöks(%1.8), 4 hastada(%7.1) geçici gaz inkontinansı(6 aydan kısa süren), 7 hastada(%17.9)kalıcı gaz inkontinansı(6 aydan uzun süren) tespit edildi. Yaşam kalitesini bozacak kadar gaz ve gaita inkontinansı biri erkek ve diğeri 6 kez vajinal doğum öyküsü olan kadın hasta olmak üzere toplam 2(%3.5) hastada tespit edildi. Ortalama takip süresi 9.02±2.6 ay idi.

**Sonuç:**

LİS günümüzde anal fissür hastalığı için en sık uygulanan cerrahi yöntemdir. Cerrahi sonrası görülen kalıcı ya da geçici inkontinans, hastaların sosyal hayatını olumsuz yönde etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren depresif etkili bir komplikasyondur. Bazı serilerde LİS sonrası %30'lara varan inkontinans oranları belirtilmektedir. Bizim serimizde de inkontinans %17.9 gibi yüksek oranlarda bulundu. LİS, medikal tedavinin hasta tarafından düzenli uygulanmasına rağmen başarının sağlanamadığı veya mevcut şikayetleri nedeniyle hayat kalitesi ciddi anlamda bozulan kişilerde uygulanmalı ve cerrahinin getireceği morbiditeler hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmalıdır.

**P285****Hemoroidal Nodullerin Akut Trombozunun Tedavisi için Aktif Cerrahi Taktikin Sonuçları**Ahmadova Esmira Ahmadova*Azerbaijan Medical University, surgical department 1***Amaç:**

İndividual aktif cerrahi taktikleri ile akut hemoroidal trombozun cerrahi tedavi sonuçlarını analiz etmektir.

**Gereç-Yöntem:**

18 ile 82 yaş arasında değişen akut hemoroidal trombozu olan 93 hasta çalışmanın kapsamına alınmıştır. II derecesi ve ATH III derecesi ile bazı 27 tutulan hastalar - 21 olguda Ben derecesi, 45 hastanın ATH ile hasta alındı. Hastaların Sınav genel kan testleri, haemocoagulation devletinin tarama ve lipid peroksidasyon yanı sıra rektal mukoza antioksidan koruması dahildir.

**Bulgular:**

Acil cerrahi (yattıkları gün sonra ilk üç gün içinde) konservatif tedavi unsuccessfulness görünümünde 51 hasta üzerinde yapıldı. Cerrahi müdahale için yöntemler tercih hastalığın şiddeti derecesi tespit edildi. 16 hasta üzerinde - A semiclosed hemoroidektomi 51 hasta, kapalı hemoroidektomi 32 üzerinde gerçekleştirilmiştir. 3 olguda tromboz III derece semptomları olan, Milligan-Morgan tarafından bir klasik hemoroidektomi uygulandı. Erken cerrahi müdahaleler (başvuru gününden itibaren 5 ila 7 gün) 21 hasta üzerinde yapıldı. Ssemiclosed hemoroidektomi 13 hastada, kapalı hemoroidektomi gerçekleştirilen - 2 ve 6 hastada tromboz III derecesi ile, klasik Milligan-Morgan yöntemi ile opere edilmiştir. Gecikmiş operasyonlar (9 ila 11 gün yattıkları gün sonra) ATH I derecesi ile 21 hastada uygulandı. Kapalı hemoroidektomi yöntemi bu durumlarda uygulanmaktadır. Lipid peroksidasyonu ve antioksidan koruma düzeltilmesi amacıyla, III derece trombozlu hastalarda, Tioktatsid ilaç kullanımı ile antioksidan

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

tedavisi almış. Postoperatif dönemde komplikasyon 18 olguda gözlemlendi: Perianal ödem - 3 at, dışkılama eyleminde zorluk - - 3 at, dışkı, kan 3'te, anal kanal ağrı - 3 de, akut anal fissür - 1, anal kanal skatrisyel darlık - 2 at, anal sfinkter yetersizliği - 1 hasta da.

**Sonuç:**

Aktif cerrahi taktikler Uygulama hemoroid ve komplikasyon riski akut tromboz olan hastaların cerrahi tedavi sonuçları daha da kötüye değil abartılı. Tromboz III derecesi olan hastaların tedavisinde Thioctasid antioksidan Uygulama, akut enflamasyon işaretler azalma teşvik radikal işlemi gerçekleştirmek için bir fırsat oluşturur, komplikasyonları ve hastaların rehabilitasyonu erken sonuçlarının frekans azalmaya yol açar.

**P286****Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Mecburi Hizmet; Selim Anal Bölge Hastalıklarına Cerrahi Yaklaşım Deneyimim**Yüksel Altınel*Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi***Amaç:**

Perianal apse, kronik anal fissür, hemoroidal hastalık ve perianal fistül, selim anorektal hastalıklar olarak en sık klinik deneyimlerimizde rastladığımız ve cerrahi teknik seçimlerimizde kısmi farklılıklar yaşadığımız hastalıklardandır.

**Gereç-Yöntem:**

Ekim 2011- Mart 2013 arasında Ordu üniversitesi eğitim araştırma hastanesinde mecburi hizmet görev sırasında, poliklinik ve acil takıplerimde peri anal apse, perianal fistül, Grade 3-4 hemoroidal hastalık, kronik anal fissur teşhisi koyduğum ve cerrahi karar aldığım hastaları inceledim. 61 hastada uyguladığım cerrahi teknik sonuçlarını ve rekürrens oranını değerlendirdim.

**Bulgular:**

Pilonidal sinus: 7 erkek hasta;rezeksiyon+drenaj+primer onarım, 2/7 (%30) cilt suturunda acılma olması üzerine sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hemoroidal hastalık: 12/6 erkek, 6 kadın MİLİGAN MORGAN Perianal apse: 9 erkek / 8 kadın, DRENAJ Perirektal apse: 3/1 erkek, 2 kadın DRENAJ +Rezeksiyon, bir sonraki seansta; SETON Kronik anal fissur: 16/2 erkek, 14 kadın LATERAL İTERNAL SFİNKTEROTOMİ 1/16 (%6) Kadın hastaya internal sfinktere reeksizyonu uygulandı. Perianal fistül: 2 erkek 3 bayan 1-intersfinkterik : 3 SETON 2-superfisyal : 2 FISTULOTOMİ/ FİSTULEKTOMİ Komplikasyon: yara enfeksiyonu/pilonidal sinus: %3 Rekürrens: LIS/%1 Postoperatif poliklinik takiplerinde hastalarda henüz bir rekürrens ile karşılaşmadı. Seton uyguladığım hastalarda henüz tam bir iyileşme saptanmadı. Bir erkek hastamda perirektal apseye sekonder drenaj sonrası mevcut çift taraflı seton uygulaması takiben Lift proseduru planlandı. 1 opere LIS uygulanan bayan hastaya aynı insizyondan internal sfinktere reeksizyonu uygulandı.

**Sonuç:**

Bir eğitim araştırma hastanesinde mecburi hizmet görevi sırasında, selim anorektal bölge hastalıklarına karşı cerrahi müdahalede bulunduğum hasta sayısı itibari ile cerrahi teknik yaklaşım klinik sonuçlarım yaklaşık birbuçuk yıllık takip sırasında herhangi bir ciddi komplikasyon ile karşılaşılmadı. Rekürrens oranı klinik tecrübelerime göre önemli bir oranda düşük olarak değerlendirildi.

**P287****Anal Fissürlü Hastalarda Yaşam Kalitesi Üzerine D Tipi Kişiliğin Etkisi**

Mustafa Sit<sup>1</sup>, Edip Erdal Yılmaz<sup>1</sup>, Fatih Canan<sup>2</sup>, Osman Yıldırım<sup>3</sup>, Mehmet Mustafa Çetin<sup>4</sup>, Güllü Aktaş<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

<sup>2</sup>İzzet Baysal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bolu

<sup>3</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bolu

<sup>4</sup>Ağrı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ağrı

<sup>5</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

**Amaç:**

Hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi gastrointestinal hastalığı olan hastalarda tedavi için önemli bir faktördür. D tipi kişilik olumsuz etkiler ve sosyal inhibisyonun içice olması olarak tanımlanır. Biz anal fissürü olan hastalarda D Tipi kişiliğin yaygınlığını ve aynı zamanda D Tipi kişiliği olan anal fissür hastalarında hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Hiçbir Psikiyatrik hastalığı olmayan 100 anal fissürlü ve 100 kontrol hastası çalışmaya dahil edildi. D Tipi Ölçeği (DS14) ve Genel Sağlık Anketi Kısa Formu-36 (SF-36) veri toplama için kullanılmıştır.

**Bulgular:**

Anal fissür sendromlu hastalar sağlıklı kişilere göre SF-36 fiziksel rol ve bedensel ağrı boyutları konusunda düşük performans gözlendi (P<0,05). Otuz üç Anal fissürlü (% 33) ve 16 kontrol (16%) hastalarında DS 14 skoru cut off değerinin üzerinde tespit edildi (p <0.05). D tipi kişiliğe sahip hastalar D tipi kişiliği olmayan hastalara göre bedensel ağrı yüksek iken yaşam kalitesi üzerine sosyal rollerin etkisi düşük puan olarak bulunmuştur.

**Sonuç:**

D Tipi kişilikle ilişkili olarak Anal fissürlü hastalarda bedensel ağrı ve sosyal rollerde hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri değerlendirirken D tipi kişilik yapısı önemli bir husus olabilir. Çok boyutlu bir yaklaşım anal fissür ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde önemli olabilir; çünkü D tipi kişiliği olan bir alt grup psikolojik tedavilerden yarar görebilir.

**P288****Hidradenitis Süpürativa Cerrahi Tedavisi**

Acar Aren<sup>1</sup>, Mehmet Emin Güneş<sup>1</sup>, Mert Mahsuni Sevinç<sup>1</sup>, Hasan Bektaş<sup>1</sup>, Ezgi Altınsoy<sup>1</sup>, Erol Bozkurt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği  
<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

**Amaç:**

Hidradenitis süpürativa cilt ciltaltı dokusunun kronik bir hastalığı olup medikal ve basit drenajla tedavisi sık nökslerle sonuçlanır. Bu çalışmada özellikler perianal ve aksiller bölgede yerleşen ve gelişen bu gibi olgularda eksizyon ve flep uygulamaları gibi etkin yöntemlerle kliniğimizin deneyimlerini paylaşmayı amaçladık

**Gereç-Yöntem:**

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği 2008-2013 yılları arasında İleri dercede hidrozadeniti olan 7 olgu retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:**

Ortalama yaşları 38 olup (25-60)olguların tümü erkekti. Geniş eksizyonlar ve flep uygulandı.Olgularda bazı bölgeler sekonder iyileşmeye bırakıldı.Hiçbir hastada kolostomi uygulanmadı. Anal stenoz gelişmedi.Takiplerinde rekürrens görülmedi.

**Sonuç:**

Konservatif tedavi yöntemleri bu gibi olgularda genellikle başarısız olmaktadır,olgularımızda da görüldüğü üzere özellikle perianal geniş eksizyon ve flep uygulamaları ile tam iyileşme sağlamak mümkün olmaktadır.

**P289****Stapler Hemorodektomi Deneyimlerimiz**

Fevzi Celayir<sup>1</sup>, Gürkan Yetkin<sup>1</sup>, Mehmet Uludağ<sup>1</sup>, Ebru Şen Oran<sup>1</sup>, İsmail Akgün<sup>1</sup>, Hakan Mustafa Köksal<sup>1</sup>, Esin Kabul Gürbulak<sup>1</sup>, Evren Peker<sup>1</sup>, Nurcihan Aygün<sup>1</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>, Adil Baykan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Özel Medistate Hastanesi

**Amaç:**

Hastanemiz genel cerrahi kliniğinde son iki yılda yapılan stapler hemoroidopeksileri inceledik.

**Gereç-Yöntem:**

Ocak 2011- şubat 2013 tarihleri İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde hemoroidal hastalık tanısı konan 25 hasta da stapler hemoroidopeksi (Longo) ameliyatı yapıldı. Bu hastalar retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:**

Hastaların ortalama yaşı 29 idi. 20 hasta erkekti (% 80). 15 hastada (% 60) Grade III, 10 hastada (%40) Grade IV hemoroid pakeleri vardı. 5 hastada Grade III ve IV hemoroid pakelerine ek olarak mukozal rektal prolapsus da mevcuttu. Ameliyat kararı verilmeden önce tüm hastalara fleksible rektosigmoidoskopi yapılarak olası maligniteler ekarte edildi. Hastalara ameliyattan önceki gün kolon temizliği yapıldı. 13 hasta spinal (% 52) geri kalan 12 hasta (% 48) genel naestezi altında ameliyat edildi. Hastalar jack-knife



Antalya

pozisyonunda ameliyat edildiler.Ortalama ameliyat süresi 22 dakika (+/- 11 ) idi. Postoperatif erken dönemde müdahale gerektirecek kanama görülmedi.Geceyi rahat geçiren hastalar post operatif 1.günün sonunda taburcu edildiler. 1 hastada satinalma politikaları yüzünden kullanılmak zorunda kalan ucuz stapler,çakma sırasında şaftının kırılması nedeniyle hastayı ve cerrahın zor durumda bıraktı.Başka bir firmanın kaliteli stapleri ile kesme zımbalama işlemi tekrarlandı. 1 hastada 5 gün olan Hgb düzeyini 2-3 lere indiren endoskopi kontrol altına alınmayan kanama,ameliyathane de sütür ile durduruldu. 1 hastada ise 3-4 ay günde 3 kez kuvvetli non-steroit anti inflamatuvar ilac alınmasını ancak yanıt veren şiddetli rektal ağrılar oldu, sonraları ağrı azaldı. Postoperatif erken dönemde nüks tespit edilmedi. (2.ay, 6.ay, 12.ay ve 20.ay )

**Sonuç:**

Özellikle grade III ve IV hemoroidlerde Stapler hemoroidopeksi kolay öğrenilen ve tekniğine uygun yapılırsa hastalar tarafından kolay tolere edilebilen bir ameliyattır.Preoperatif kolon temizliği yaptırılması,genel anestezi uygulanması,Jack-knife pozisyonu ve kaliteli stapler kullanılması;cerrahın bu ameliyatı güvenli ve rahat bir şekilde yapmasına önemli ölçüde katkıda bulunur.Uzun dönem sonuçları için daha çok çalışmanın sonuçlarını beklemek doğru olacaktır.

**P290****Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüste Sadece Metilen Mavisini ile Eksizyon Yeterli mi?**

Süleyman Bozkurt, Ufuk Oğuz İdiz, Erhan Ayşan, Gökhan Çipe, Yurdakul Deniz Fırat, Merve Büşra Cengiz, Mahmut Müslümanoğlu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:**

Bu çalışmanın amacı Sakrokoksigeal pilonidal sinüs (SPSD) de sadece metilen mavisini (MM) ile işaretlenmiş tractların ve kistlerin çıkartılarak, bu kistlerin etrafındaki dokudan yapılan yeni bir eksizyonla enfamasyon ve granülasyon dokusu olup olmadığını ve sadece metilen mavisini ile işaretlenmiş kistlerin çıkarılmasının yeterli olup olmadığını araştırdık.

**Gereç-Yöntem:**

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine kasım 2012 ile mart 2013 tarihleri arasında başvuran ve pilonidal sinüs tanısı alan hastalardan randomize olarak 33 hasta seçilmiştir. Sakrokoksigeal bölgedeki sinüs dış metilen mavisini verilmesini takiben sinüslerin hepsini içerecek şekilde ve sinüslerin hemen kenarlarından eksizyon yapıldı (grup 1). Perikistik alan tüm kenarlardan ve tabandan en az 2 mm olacak şekilde tekrar insizyon yapılarak eksize edildi (grup 2). Gruplar enfamasyon ve granülasyon dokularının bulunup bulunmaması açısından mikroskopik olarak incelendi.

**Bulgular:**

Grup 1 de bakılan kriterlerin ortalama ve median değerleri grup 2 ye göre daha yüksektir. Sadece kesitlerde çok sayıda kıl şaftı varlığı kriterinde grup 2 de median değer 0 olarak bulunmuş olup, 33 hastanın sadece 5 inde mikroskopik olarak 3 üzerinden 1 puan almış diğerlerinde bu kriter hiç

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

gözlenmemiştir. Grup 2 de bakılan diğer kriterlerin hepsinin mikroskopik olarak varlığı gösterilmiştir.

**Sonuç:**

SPSD de altın standart tedavi üzerinde uzlaşmamış olup sadece metilen mavisini boyaması ile çıkarılması, sinüs etrafında bulunan granülasyon dokusu postoperatif yara iyileşme bozuklukları ve rekürrensinin sebeplerinden biri olabilir.

**P291****Nüks Pilonidal Kist Hastalığında Cilt Dikişsiz Orta Hat Kapama Yönteminin Erken Dönem Sonuçları**

Hüseyin Taş<sup>1</sup>, Mehmet Eryılmaz<sup>2</sup>, Mustaf Öner Menteş<sup>3</sup>, Taner Yiğit<sup>3</sup>, Yusuf Peker<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Beytepe Asker Hastanesi, Ankara

<sup>3</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:**

Daha çok genç erkek popülasyonu etkileyen bir hastalık olan Pilonidal kist hastalığının cerrahi tedavisinde birçok teknik başarıyla uygulanmasına rağmen nüks oranları hala yüksektir. Bu çalışmamızda, daha önce primer pilonidal kist hastalığının cerrahi tedavisinde başarıyla uygulanan ve ulusal-uluslararası kongrelerde sunulan cilt dikişsiz orta hat kapa yöntemi bu kez değişik cerrahi yöntemlerle tedavi edilmesine rağmen nüks eden pilonidal kist hastalarına uygulandı. Nüks nedeni olarak sayılan hemorajik birikim, seroma ve poş oluşumu, ayrıca cilt sütür yerlerindeki reaksiyon sonrası oluşan sinüsleri önleyen cilt dikişsiz orta hat kapama yönteminin uygulandığı nüks pilonidal kist hastaların erken dönem sonuçlarını bu çalışma ile sunmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:**

Prospektif randomize karşılaştırmalı bu çalışmamızda, beş yıllık dönem içinde (Ocak 2006-Ocak 2011) önceki cerrahi tedavilerinde primer kapama (n:50) ve çeşitli flep kaydırma (n:68) yöntemleri uygulanan ancak nüks eden ve bu nedenle genel cerrahi polikliniğine başvuran toplam 118 nüks pilonidal kist hastası (105erkek + 13kadın) lokal (n:55) ve sipanal (n:63) anestezi altında primer kapama (Grup I, n:58) ve cilt sütürsüz orta hat kapama (Grup II, n:60) yöntemleri ile ameliyat edildi. Hastaların yaş ortalamaları 26.5 + 3.2 yıl, ortalama şikayet süreleri 18 + 10 ay idi. Tüm hastaların pilonidal kisti ve eşlik eden sinüs ağızları elipsoid bir insizyonla çıkartıldı. Daha sonra Grup I hastaların cilt altı 2/0 poliglaktik asit, cildi 2/0 polipropilen ile iki kat üzerinde primer olarak kapatıldı. Dikişleri 15 gün sonra alındı. Grup II hastalara ise No:00 poliglaktik asit ile postsakral fasyanın orta kısmından başlayarak ilk yara dudağından subkutan çıkıp karşı yara dudağına subkutan girip tekrar postsakral fasyanın orta kısmından çıkıp düğümü faysa üzerine oturarak tek kat üzerinde sütür konuldu. Bu teknik yara dudaklarını ayrı bir cilt sütürüne gerek duymadan ve cilt altı poş bırakmadan postsakral fasyaya üzerinde orta hatta birleştirme imkanı sağlamaktadır. Böylece cilt yüzeyinde ayrı bir insizyon ve sütür olmadığı için anatomik yapı normal görünümünü korumaktadır.

**Bulgular:**

Tek kat sütür olması ve cilde sütür atılmaması nedeniyle Grup II hastalarda hem ameliyat süresi (Grup I: 30 dk, GrupII: 20 dk) ve ameliyat sonrası mobilizasyon süresi daha kısa (Grup I: 6 saat, Grup II: 4 saat) hem de maliyeti daha az idi. Günlük aktiviteye ortalama dönüş süresi Grup II de daha kısa idi (Grup I: 15 + 1 gün, Grup II: 11 + 1.5 gün). Erken dönem komplikasyonları Grup I: %15.51 (n=9), Grup II: %3.33 (n=2) idi (p<0.05). Hastaların ortalama izlem süreleri 32 + 8 ay idi. Rekürrens Grup I: %13.79 (n=8), Grup II: %1.66 (n=1) olarak saptanmıştır (p<0.05).

**Sonuç:**

Ameliyat süresi, ameliyat sonrası mobilizasyon süresi ve günlük aktiviteye dönüş süresinin kısa olması, ayrıca maliyetinin düşük olması, nüksün az olması nedeniyle cilt dikişsiz orta hat kapama yönteminin nüks pilonidal kist hastaların cerrahi tedavisinde alternative bir yöntem olacağını değerlendirmekteyiz.

**P292****Pilonidal Sinüs Cerrahisi: Transpozisyon Flep Uygulanan Hastaların Değerlendirilmesi**

Erdoğan Mütevelli Sözüer, Muhammet Akyüz,

Hızır Yakup Akyıldız, Abdül Rıdvan Kulu,

Türkmen Bahadır Arıkan, Abdullah Bahadır Öz

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

**Amaç:**

Pilonidal sinüs sakrokoksigeal bölgenin sık karşılaşılan kronik bir hastalığıdır. Birçok cerrahi tedavi yöntemi tanımlanmış olmasına rağmen, yüksek nüks oranları nedeniyle ideal standart tedavi arayışı sürmektedir. Basit eksizyon teknikleri yüksek morbidite ve tekrarlama oranlarına sahiptir. Eksizyon-primer onarım sonrası nüks oranları yaklaşık olarak %4-42, rhomboid eksizyon-limberg flep onarımı sonrası %0-3 olarak bildirilmiştir. Uygulanan tedavi yöntemlerinin çeşitli avantaj ve dezavantajlara sahip olması, herhangi birinin diğerlerine göre belirgin üstünlük sağlayamamış olması, yeni yöntemlerin geliştirilmesi nedeniyle, hastalığın tedavisi ve etiyojisi hakkındaki tartışmalar devam etmektedir. Bu çalışma kliniğimizde pilonidal sinüs eksizyonu sonrası transpozisyon flep operasyonu yapılan hastaların klinik ve prognostik olarak değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışmaya 2004-2012 yılları arasında pilonidal sinüs tanısı ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yatırılarak cerrahi tedavi uygulanan 355 hastadan transpozisyon flep operasyonu yapılan 80 hasta dahil edildi. Transpozisyon flep operasyonu yapılan 80 hastanın; operasyon prosedürü, operasyon süresi,yaşı, cinsiyeti, semptomları ve süreleri, post operatif nüks oranları, dren kullanımı ve yatış süresi retrospektif olarak araştırıldı.

**Bulgular:**

Transpozisyon flep uygulanan 80 hastanın yaş ortalaması 26.61(17-58), bunlardan 2'si (%2.5) kadın idi. Flep yapılan olguların semptomatik özelliklerinin dağılımına bakıldığında olguların %80'inde (n=64) akıntı, %56.2'sinde (n=45) ağrı ve %13.7'sinde (n=11) şişlik görülmüştü. Hastaların ortalama

şikayet süresi 24 (1-60) ay idi. 80 hastanın %18.7'sine(n=15) «Sinüs eksizyonu+V-Y plasti» ve %86.3'üne (n=65) «Sinüs eksizyonu+Limberg flep rotasyonu» yapılmıştı. Limberg flep rotasyonunun ortalama operasyon süresi 75 (60-90) dakika olarak kayıt edilmişti. Bu hastaların %72,3'ünde (n=47) dren kullanılmıştı. Ortalama hastanede yatış süresi 3.5 (2-5) gün, erken yara yeri komplikasyonu %6.1 (n=4) olarak kaydedilmişti. Hastaların üçünde yara yeri enfeksiyonu birinde ise yara yeri ayrışması gözlenmişti. Olguların % 6.1'inde (n=4) nüks görülmüştü (sırasıyla 6ay-1 yıl-1,5 yıl-3 yıl sonra). V-Y plasti yapılan hastaların tamamı erkekti ve ortalama operasyon süresi 70 (50-100) dakika olarak kayıt edilmişti. Bu hastaların 8'inde (%53.3) dren kullanılmıştı. Ortalama hastanede yatış süresi 3 (2-6) gündü. Sadece bir hastaya çift taraflı V-Y plasti yapıldı. Sadece 1 (% 6.6) vakada 5 yıl sonra nüks gözlemlendi.

**Sonuç:**

Pilonidal sinüs, genç erkek hastalarda daha sık görülen ve birçok tedavi seçeneği olmasına rağmen hangi cerrahi tekniğin uygulanması gerektiği konusunda fikir birliği sağlanamamış bir hastalıktır. Pilonidal sinüs eksizyonu sonrası, geniş defekt oluşacağı düşünülen veya geniş defekt oluşan hastalarda, defektin sağlam dokularla, gergin olmadan kapatılabilmesi ve sütür hatlarının ortada kalmasının önlenmesi sebebiyle limberg flep rotasyonu ve V-Y plasti tercih edilebilir. Aynı zamanda her iki teknik de düşük nüks oranları, kısa hastanede yatış süreleri ve düşük komplikasyon oranlarıyla basit, kolay uygulanabilir ve güvenli yöntemlerdir.

**P293****İntersfinkterik Fistül Traktının Bağlanması (LIFT) na İlişkin Kısa İzlem Süreli İlk Onlu Sayılardaki Deneyimimiz**

Nuraydın Özlem, Sadık Keşmer, Kadir Yıldırım, M Sencer Özsoy, Umut Yılmazyıldırım

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

İntersfinkterik fistül traktının bağlanması anal fistüllerde yeni sfinkter koruyucu bir tekniktir. Anal fistüllü hastalardaki sonuçları araştırmak üzere bu pilot çalışma dizayn edildi.

**Gereç-Yöntem:**

Son 3.5 ayda kliniğimize başvuran ardışık onbir hastanın on iki intersfinkterik fistülü olan hasta (11erkek median yaşı 32(21-60) lift prosedürü ile tedavi edildi, bunu prospektif olarak ortalama 1.4ay (1/3-3.5) hafta klinik inceleme izledi. İki hasta nüks olgu idi bir hastada iki fistül vardı.bir hastaya önce drenaj setonu ardından lift yapıldı

**Bulgular:**

Prosedürün süresi 63(24-105)dk idi. Bir hastada fistül dış ağzından subkütan kanama oldu yatak başı kontrol edildi. bunun dışında morbidite yoktu. İzlem de kaşıntı, minimal kanama, seroz akıntı li dışında hepsinde vardı. Bir persistan fistul oluştu (%8.3). Fekal inkontinens bildirilmedi.

**Sonuç:**

Lift diğer sfinkter koruyucu tekniklere üstün yada onla kıyaslanabilen kısa ve orta sürede iyileşme ile kendini gösteriyor.

Rekürrensi hastalarda LIFT in nihai rolünü saptamak için Daha Uzun izlemli daha büyük çalışmalara gereksinim var. Onkelen ve ark göre external anal sfinkteri kateden bir transfinktirik fistüllü hastalarda seçilecek tedavi hala fistülotomidir çünkü basit etkin ve minimal inkontinens riskli bir prosedürdür ancak veriler özellikle anterior fistüllü kadınlarda ve azalmış anal sfinkter fonksiyonlu hastalarda olmak üzere external anal sfinkterin 1/3 ünün kesilmesini izleyerek bozulmuş inkontinans riskinin önemsiz olmadığından dolayı önermektedirler. Gösterilmiştir ki lift ümitveren sfinkter koruyucu bir tekniktir. Bizde kliniğimizde rutin ardışık hastalara tekil operasyon olarak fistulotomi fistülektomi yaparken bu yöntemlerin %50 leri geçebilen sfinkter fonksiyon kaybına yol açtığından bunlar yerine lift yaptık telefon interviewlerinde poliklinik muayenelerinde herhangi bir dereceden kontinens bildirilmedi (Rockwood Fecal Incontinence Severity Index skoru) nüks saptanmadı. Tüm hastalar henüz fistül dış açıklığı kapanmadığı için oradan seroz akıntudan yakındı ve fizik incelemede gözlemlendi. Sileri ve arkadaşları semptomların 9 hafta ile 32 ay arasında sonlanabildiğini bildirdiler. Hasta memnuniyeti onlu skala ile araştırıldığında ortalama 7.4 idi. İzlem süremiz çok kısa olup 5ay en kısa izlem süresi gibi görünmektedir. İzlem süreleri 19.5 ay a kadar çıkabilmektedir. Primer iyileşme onkelen ve ark hastalarında %82 bildirilmişti. Bizim iyileşme oranımızı bildirmek için hem serimizi çok küçük görüyoruz hemde sonuçlar çok erken olacaktır. Daha uzun süre izlem ve daha fazla hasta sayısı olmalıdır. Otörler lift tekniğinin avantajlarını var sayarlar ki

- 1)anal sphincter korunuyor
- 2)daha kısa iyileşme süresi ile sonlanan minimal doku yaralanması
- 3)küçük skar
- 4)prosedür daha önce opere edilmiş hastalarda uygulanabilir.
- 5)Prosedür reoperasyon gereksinimini zora sokmaz rekürrent olgularda

Otörler başta lifti sadece nüks olgularda kullanırken şu anda tüm olgularda kullanmaktadırlar. Otörler uzun süreli nüksü olası görmüyorlar çünkü tam iyileşmeden sonra gerçek nüksün olamayacağını düşünüyorlar. Prosedür ekonomik bulunmuş çünkü iyileşme zamanı kısa özelleşmiş yada pahalı material gerekmez

## P294

### Anal Fissür Hastalarında Psikopatoloji

Özden Arısoy<sup>1</sup>, Neriman Şengül<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bolu

<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

#### Amaç:

Anal fissür (AF) sık görülen ağrılı perianal durumlardan biridir. Ancak, AF'nin patofizyolojisi net değildir ve muhtemelen multifaktöriyeldir. Bu çalışmanın amacı, AF etyopatolojisinde psikolojik faktörlerin rolünü araştırmaktır.

#### Gereç-Yöntem:

Yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 33 AF hastası ile 20 Sağlıklı kontrol (SK) yapılandırılmış klinik psikiyatrik görüşme (SCID) ve depresyon- kaygı-stres düzeyini ölçen Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve son 1 aydaki stres düzeyini

ölçen Algılanan Stres Ölçeği ile karşılaştırılmıştır.

#### Bulgular:

AF hastalarının %93,5'inde ağrı, %96,6'nda kanama, %66,7'sinde kabızlık, %54,5'inde kaşıntı şikayeti mevcuttu. Hastaların %95,2'sinde fissür kronikti; %86,4'ünde primerdi; %6,7'sinde fissür posterior, %23,8'inde antetior ve posterior, %9,5'inde de anterior yerleşimliydi. Hastaların %23,5'inde İrritabl Barsak Sendromu vardı. AF hastalarının şu anki psikiyatrik hastalık oranı %25 ve yaşam boyu psikiyatrik hastalık oranı %56 idi ve bu oranlar SK'den anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p= 0,01 ve p=0,00). Halen psikiyatrik hastalık eş tanısı olanların (6/33), 3'ünde depresyon, 2'sinde depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu, 1'inde de depresif mizaçlı uyum bozukluğu tespit edildi. Genel olarak, AF hastalarının Hamilton depresyon puanı (p=0,00), Hamilton anksiyete puanı (p=0,00), Hastane depresyon puanı (p=0,00), Hastane anksiyete puanı (p=0,00) ile algılanan stres puanı (p=0,02) da SK'den anlamlı olarak yüksek bulundu. Fakat ölçek puanları anal fissür hastalık süresi ve anal fissür semptom tipi ve sayısı ile ilişkili değildi

#### Sonuç:

Anal fissür hastaları normal popülasyondan farklı psikopatolojik profile sahip olabilir.

## P295

### Karydakıs ve Limberg Flep Tekniklerinin

#### Karşılaştırılması

Ümit Sekmen<sup>1</sup>, Melih Paksoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Fulya Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Pilonidal sinus hastalığı toplumumuzda %5-10 sıklıkla görülen bir hastalıktır. Tedavisi sonrası yüksek nüks oranlarıyla son yıllarda değişik cerrahi teknikler ön plana çıkmış, flepli teknikler arasında karydakıs ve limberg teknikleri oldukça popüler olmuşlardır. Bu çalışmamızda amaç bu iki tekniği birbirleriyle karşılaştırmaktır.

#### Gereç-Yöntem:

Hastanemizde 2010-2012 yılları arasında ameliyat olmuş 65 pilonidal sinus hastası çalışmamıza dahil edilmiştir. Bu hastaların ortalama yaşı 24 (+/- 4,5), erkek kadın oranı %80 (52/13) idi. Hastalarımızın 44'ün de karydakıs (grup 1), 21'in de ise limberg flep tekniği (grup 2) tercih edilmiştir. Hastalarımız ameliyat süreleri, ameliyat sonrası komplikasyonlar (enfeksiyon, seroma, ağrı, uyuşma), nüks oranları ve kozmetik sonuçları açısından birbirleriyle karşılaştırılmışlardır. Kozmetik sonuçları açısından hastalar, insizyon şekillerinden memnuniyetleri, aynı uzunlukta ancak farklı şekilde bir insizyonu tercih edip etmeyeceği konularında sorgulanmışlardır. Sonuçlar SPSS Chi-square istatistiksel analizi ile değerlendirilmiştir.

#### Bulgular:

Grup 1 ortalama ortalama ameliyat süresi (dk) grup 2 ye göre daha kısadır. (33- 48, p=0,001). Ameliyat sonrası komplikasyonlar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Hastalık nüksü her iki grupta

1 er adet görülmüş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmemiştir (p=0,09). Grup 1 kozmetik sonuçları grup 2 ye göre istatistiksel anlamlı olarak daha iyidir ve bunlar sırasıyla %100-%57;p=0,01, %7,5-%53;p=0,001 dir.

#### Sonuç:

Sonuç olarak ameliyat tedavi etkinliği açısından sonuçlarımız literatüre paralel olarak iki grubu birbirleriyle benzer görmektedir. Ancak ameliyatın kozmetik sonuçları bu değerlendirmede tercihi etkileyen ana faktör olarak karşımıza çıkmış ve karydakis tekniğini öne çıkarmıştır. Literatürde bu değerlendirmeyi yapan çalışma sayısı azdır, ancak sonuçlarını irdelediğimiz bu çalışmamızın ışığında biz tüm hastalarımızda yeterince güvenli ve daha kozmetik bir teknik olan karydakis tekniğini tercih etmekteyiz.

#### P296

### İntersfinkterik Fistül Tedavisinde Fistülektomi ve Fistülotominin Karşılaştırılması

Ümit Sekmen<sup>1</sup>, Melih Paksoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Fulya Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Anorektal hastalıklar arasında üst sıralarda yer alan perianal fistülün cerrahi tedavisinde bazı teknikler tercih edilmektedir. İntersfinkterik yerleşimli fistüllerin tedavisinde en sık tercih edilen fistülektomi ve fistülotomi tekniklerini birbirleriyle karşılaştırdık.

#### Gereç-Yöntem:

Hastanemizde 2010-2013 yılları arasında cerrahi tedavi edilen 26 perianal fistül hastası çalışmamıza dahil edildi. Bu hastaların 19 üne fistülotomi (grup 1), 7 ine ise fistülektomi (grup 2) tercih edilmiştir. Ameliyat sonuçları ameliyat süreleri, ameliyat sonrası 1. gün ağrı skorları, nüks sayıları, sfinkter yetmezliği ve 15. gün sonunda semptomları (ağrı,akıntı,kanama) açısından birbirleriyle karşılaştırılmışlardır. Sonuçlar SPSS Chi-square istatistiksel analizi ile değerlendirilmiştir.

#### Bulgular:

Ameliyat süreleri grup 2 içerisinde anlamlı olarak daha uzundur (18<33; p=0,001). Ağrı skor ortalaması grup 2 içerisinde anlamlı olarak daha yüksektir (4,2<6,5 P=0,01). Her iki grupta birer hastada nüks tespit edilmiştir. Hiçbir hastamızda klinik sfinkter yetmezliği semptom veya bulgusu tespit edilmemiştir. 15 gün sonunda grup 1 içerisinde %70, grup 2 içerisinde ise %63 hasta tamamen asemptomatiktir (p=0,1).

#### Sonuç:

Bir çok cerrah fistülotomide daha fazla sfinkter yaralanması yapacağı görüşüyle fistülotomi yerine fistülektomiye tercih etmektedir. Bizim çalışmamızda sfinkter yaralanması objektif olarak ölçülmemiştir. Literatür de bu konuda usg ile yapılan sfinkter hasarı değerlendirme sonuçları fistülektomi aleyhinedir ancak bizim çalışmamızda fonksiyonel sonuçları açısından gruplar arasında fark tespit edilmemiştir. Tedavi etkinlik sonuçları benzer olan bu 2 grup arasında özellikle operasyon sonrası ağrı skorlarının daha düşük olması, daha kısa ameliyat süresine sahip olması sebebiyle fistülotomi daha avantajlı görünmektedir.

#### P297

### Longo Hemoroidektomi Tekniğimiz ve Sonuçlarımız

Ümit Sekmen<sup>1</sup>, Melih Paksoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Fulya Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç:

Longo tekniği hemoroid tedavisinde özellikle son yıllarda etkinliği birçok çalışmada gösterilmiş ancak hala tartışılmalı bir tekniktir. Bizim çalışmamızda longo tekniği ile tedavi edilen hastalarımızın sonuçlarını ortaya çıkardık.

#### Gereç-Yöntem:

2010-2012 yılları arasında longo tekniği ile tedavi edilen 41 hemoroid hastası çalışmamıza dahil edildi. Ortalama yaş 42, kadın erkek oranı ise % 68 (17/25) idi. Tüm hastalara longo hemoroidektomi 3 hastamıza da ek olarak hemoroid pake eksizyonu uyguladık. Ortalama ameliyat süresi 22 dk, ortalama hastanede kalış süreleri ise 1.2 gün idi.

#### Bulgular:

Tüm ameliyatlarda genel anestezi altında, jinekolojik pozisyonda yapıldı. Şeffah eksplorasyon probu yerleştirilerek (dentat hattın prob altında kalmasına özen gösterilerek) 26 mm 0 numara prolen ile dentat hattın 3-4 cm proksimalinde olacak şekilde submukozal siküler dikiş 360 derece dönülerek longo amilini kavrayacak şekilde bağlandı. Longo kapatılıp doku yeterince sıkıştırıldıktan sonra 30 saniye, cihaz ateşlenip kesildikten sonra 1 dakika beklenerek açıldı. Anastomoz hattı dentat hattın 1 cm proksimali içinde kalacak şekilde standart rezeksiyon-anastomoz yapıldı. Anastomoz hatında kanama mevcut ise vicryl ile dikiş kondu. Anal spongostan yerleştirilmesini takiben operasyon sonlandırıldı. Cerrahi tedavi gerektiren erken dönem ameliyat komplikasyonları tromboze hemoroid (1hastada), fekalom (1hastada) idi. Bunlar dışında 2 hastamızda ortalama ağrı skoru 6 dan büyük olan ağrı görüldü. Literatürde belirtilen idrar retansiyonu, fistül, apse, prolapsus semptomları, darlık, anastomoz ayrışması, proktit ve inkontinans hiçbir hastamızda görülmedi.

#### Sonuç:

Uzun dönemli en önemli komplikasyonunun nüks olduğu bazı yayınlarda bildirilen bu tekniğin bu yönünü değerlendirecek uzun süreli sonuçlarımız yoktur. Literatürde bu konuda uyarıcı olabilir ancak yeterli kanaat oluşturacak çalışmalara bizce henüz sahip değiliz. Dentat hat yada distalini içine alan anastomozlarda ameliyat sonrası şiddetli ağrı ve darlık riski yüksektir. Ayrıca his kaybıyla hastalara akıntı, prolapsus ve kaşıntı hisleri oluşturabilir. Ek olarak pake eksizyonunun ameliyat sonrası ağrı skorunu arttırdığını gözlemledik. Ağrı skoru yüksek 2 hastamızda, ağrı sebebinin pake eksizyonu olduğunu değerlendirdik. Klinik tecrübemizde ameliyat esnasında bazen cerrahi rahatsız eden, tromboze olabileceği riskini hissettiren ameliyat sonundaki hemoroid pakesinin zaman içerisinde solduğu, ek cerrahi girişime gerek bırakmadığı görüşündeyiz. Son 17 vakamızda sadece longo hemoroidektomi uygulamaktayız ve klinik sonuçlarımız longo tekniğini güvenli olduğunu göstermektedir.



**P298****Anal Kondiloma Akümülatı Tedavisinde Argon Plazma Koter Kullanım Sonuçlarımız**

Fevzi Celayir<sup>1</sup>, Gürkan Yetkin<sup>1</sup>, Mehmet Uludağ<sup>1</sup>, Hakan Mustafa Köksal<sup>1</sup>, Uygur Demir<sup>1</sup>, İsmail Akgün<sup>1</sup>, Cemal Kaya<sup>1</sup>, Ebru Şen Oran<sup>1</sup>, İbrahim Erbaş<sup>1</sup>, Esin Kabul Gürbulak<sup>1</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>, Adil Baykan<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği  
<sup>2</sup>Özel Medistate Hastanesi

**Amaç:**

Anal kondilom human papillomavirus (HPV) ile oluşan seksüel yolla bulaşan virütik bir hastalıktır. Anal ve servikal skuamöz hücreli kanserinde en sık nedenidir. Tedavisi soğuk, topikal uygulama ya da cerrahi olarak ortadan kaldırılmasıdır. Cerrahi koterizasyon ameliyatın ana unsurudur. Gelişen teknoloji sayesinde Argon plazma koter de kullanılmaya başlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

2007-2012 yılları arasında Şişli Etfal EAH genel polikliniğimize başvuran 12 anal kondilomlu hastada ameliyat sırasında sadece argon plazma koter ile koagülasyon yapıldı. Bu çalışmada anal kondümların tedavisinde argon plazma koter kullanım sonuçlarımızı irdeledik.

**Bulgular:**

Diğer tedavilere yanıt vermeyen 12 hasta (9 erkek, 3 kadın) Anal kondilom tanısıyla dermatoloji polikliniğinden genel cerrahi polikliniğine gönderilen hastalar ameliyata alındı. Ameliyat öncesi rektosigmoidoskopi rektumda tutulum olmadığı ortaya kondu. Ameliyat için Spinal Anestezi altında Jack-Knife pozisyon tercih edildi. Argon Plazma Koter (Valleylab) ile kondilomatöz lezyonlar yakıldı. Postop 1.gün hastalar taburcu edildi. Oturma banyosu önerildi. Postop 2.hafta ve 1.ayda kontrole çağrıldılar. Yara iyileşmesi tamdı. başka kondilomatöz odak görülmedi.

**Sonuç:**

Argon Plazma koter Temassız olarak yüksek frekanslı monopolar bir akımı lezyona iletir. İyonize olan argon gazı sayesinde 3-5 mm derinliğinde tanjeantsiyel bir kesi ve koagülasyon sağlanabilir. Bu sayede diğer termal koter yöntemlerine göre daha az hasar daha çabuk yara iyileşmesi görülür. Derinlik kontrolü homojen olduğundan ağrı ve kanama daha az, ameliyat sonrası konfor fazladır. Teknik altyapı imkan verdiğinde endoskopik olarak da uygulanabildiğinden rektum içindeki kondilomlarda da güvenle kullanılabilir. Bizim için tek zorluk argon gazının bitmesi, yeniden temin güçlüğü olmuştur.

**P299****Kronik Anal Fistül zemininde Gelişen Anal Kanseri ve Senkron Özefagus Kanseri: Olgu Sunumu**

Hakan Kerem<sup>1</sup>, Ramazan Serdar Arslan<sup>2</sup>, Gökhan Pekindil<sup>3</sup>, Semir Ayhan<sup>4</sup>, Eray Kara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Manisa

<sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Kliniği, Manisa

<sup>4</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Kliniği, Manisa

**Amaç:**

Kronik anal fistül zemininde gelişen anal kanser oldukça

seyrektiler. Bu lezyonlar genellikle daha benign lezyonlar olan perianal abse veya fistül ile karıştırılırlar. Burada kronik anal fistül zemininden gelişen ve cerrahi olarak tedavi edilen bir anal kanser olgusunda adjuvan kemoterapi sırasında dispeptik yakınmaları sebebiyle yapılan özefagogastroskopisinde özefagus kitlesel lezyon saptanan ve biopsi sonucu karsinom gelen bir olguyu sunmaktayız

**Olgu:**

58 yaşında erkek hasta, 6 yıldır anal bölgede kitle ve akıntılı sertlik şikayetleri ile başvurdu. Anorektal muayenede, prone pozisyonunda saat 5 hizasında 2 adet fistül dış orifisi saptandı. Pelvik MRI'da, anorektal bölgeden sağ iskiorektal plana uzanım gösteren enflamatuvar doku ve abse formasyonu gözlemlendi. Rijid sigmoidoskopide herhangi bir patoloji saptanmadı. Anoderm ile anal kanaldaki fistül traktuslarından alınan 2 farklı biyopsi örneklerinin histolojik inceleme sonucu "adenokarsinom" geldi. Hastaya abdominoperineal rezeksiyon (APR) + parsiyel koksiks eksizyonu ve perineal rekonstrüksiyon için bilateral gluteal fold fasyokutanöz rotasyonel flep uygulandı. Hasta postop 10. gün taburcu edildi. Ek olarak adjuvan kemoterapi protokolü uygulandı. Kemoterapinin 3 küründe dispeptik yakınmaları olan olguya özefagogastroskopi uygulandı. Kesici dişlerden itibaren 37. cm'de özefagusta tespit edilen lezyon biopsisi skuamöz karsinom olarak raporlandı. Yapılan PET CT tetkikinde akciğerde multiple metastaz saptanması üzerine sistemik KT uygulandı.

**Sonuç:**

Kronik anal fistül sık görülen bir hastalık olmasına rağmen anal fistül zemininden gelişen perianal adenokarsinom oldukça seyrektiler. Erkeklerde 2 kat fazla ve lezyonların yaklaşık %75 oranında alt rektumdadır. En sık semptomlar anal ağrı ve perianal dolgunluktur. Rektal mukozanın sıklıkla tutulmamasından dolayı anal kanama ve obstrüksiyon nadirdir. Tanı ve tümörün preoperatif evrelemesi için MRI, tüm vücut CT ve anal kanalın endorektal USG incelemesi yapılmalıdır. Kolondaki senkronize tümörler için kolonoskopik inceleme oldukça yardımcıdır. Anal adenokarsinomun küratif tedavisi için geniş cerrahi rezeksiyon ilk tercihtir. Her iki iskiorektal fossa ve üzerindeki cildi eksize edecek şekilde yapılan bir APR önerilmektedir. Radikal cerrahi olarak APR primer tedavi seçeneği olmakla birlikte kombine kemoterapi de bu hastalar için umut verici sonuçlara sahiptir. Tümörün genellikle iyi diferansiye olması ve yavaş büyümesi, ayrıca lenf nodu metastazlarının az olması nedeniyle APR sonrasında prognoz genellikle iyidir.

**P300****Kitosan Kaplı Ameliyat İpliklerinin Anastomoz Yapısına Olan Etkisi**

Yüksel Altınel<sup>1</sup>, Nesrin Ugras<sup>2</sup>, Guven Ozkaya<sup>3</sup>, Ahmet Fatih Isık<sup>4</sup>, Ersin Oztürk<sup>1</sup>, Halil Ozguc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biostatistik Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>4</sup>Uludağ Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi, Tekstil Mühendisliği Bölümü, Bursa

**Amaç:**

Kitosan, kitin'in deasetilasyonu ile elde edilen lineer bir aminopolisakkarittir. Kitin ise, kabuklu deniz hayvanlarının kabuklarında çok miktarda mevcut olan ve yeryüzünde

selülozdan sonra en fazla bulunan doğal bir biyopolimerdir. Kitosan çok etkili bir adsorbent olduğu için kullanım alanları genelde bu amaca yöneliktir. Biyoyoumluluğu, antimikrobiyal aktivitesi, diğer materyallerle kompozit olusturabilmesi, hücresel tutunmaya ve çoğalmaya olanak sağlaması hemostatik gibi özellikleri mevcuttur. Kitosan, yara iyileşmesi prosesinde; polimorfonükleer hücre (PMN) ve makrofajların aktivasyonu, fibroblast aktivasyonu, sitokin üretimi, dev hücre migrasyonu ve kollajen sentezinin stimülasyonu gibi asamalarda önemli rol oynamaktadır. Ayrıca, mikroorganizmalara karşı koruyucu etki göstermekte ve doku oluşumunu simüle etmektedir. Bizde çalışmamızda vicryl ve PDS (polydixanone) monofilament iplikleri kitosan ile kaplayarak intraabdominal adezyon ve anastomoz yapısı üzerine olabilecek olumlu etkilerini araştırdık.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmada 96 adet Wistar Albino türü dişi sıçan kullanıldı. Sıçanlar ortalama 4 aylıktı ve 300-350 gr ağırlığındaydı (ortalama 322 gr). Çalışma süresince, 1964 Helsinki Deklerasyonu'nda yer alan laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanımına dair kurallar titizlikle uygulanmıştır. Genel anestezi sağlamak için intramusküler 100 mg/kg Ketamine (Ketalar®, Parke Davis and Co. Inc.) ve Xylazin (Rompun®, Bayer Ag, Leverkusen, Germany) uygulandı. Operasyon sahası povidon iyot ile antisepsi sağlandı. 5/0 VİCRYL, 5/0 PDS iplikler, daha önce asetik asit solusyonu ile hazırlanan %2 lik kitosan solusyonunda 30 dakikalık bekleme süresinden sonra 30 derecelik fırında kurutulularak, sterilize edilmiş ve hazırlanmıştır. Cerrahi teknik olarak; ileoçekal valfin distali seviyesinde 3 cm'lik tam kat kesi yapıldıktan sonra, tek kat ve contiyyu olarak enterotomi hattı suturasyonla kapatıldı. Deney grupları; grup 1; kontrol (sadece ileoçekal bölge gazlı bez ile travmatize edildi), grup 2; batın içi ileoçekal bölgeye gazlı bez ile travmatize edildikten sonra sadece kitosan konuldu, grup 3; 5/0 VİCRYL iplik ile, grup 4; 5/0 PDS iplik ile, grup 5; 5/0 Kitosan kaplı VİCRYL iplik ile, grup 6; 5/0 Kitosan kaplı PDS iplik ile enterotomi hattı primer contiyyu suture edildi. Postoperatif 7. ve 14. günlerde rastgele seçilen sekiz sıçan sakrifiye edilerek ilk olarak anastomoz hattı intraabdominal adezyon değeri ölçülmesi ve daha sonra anastomoz hattı eksize edilerek, fibroblastik aktivite, vaskülarizasyon, inflamasyon ve kollajen düzeylerinin patolojik incelemesi yapıldı. Tüm gruplardaki deneklerin histopatolojik incelemeleri de Ehrlich-Hunt modeline göre yapıldı. Adezyon skoru incelemesi primer cerrah tarafından Diamond klasifikasyonuna göre değerlendirildi.

#### Bulgular:

Postop ilk 24 saat içinde anesteziye bağlı PDS grubunda bir tane, kitosan kaplı Vicryl grubunda bir tane exitus mevcuttu. Anastomoz kaçığına bağlı, PDS iplik grubunda bir sıçan, Vicryl grubunda bir tane exitus mevcuttu. 7. ve 14. günlerdeki adezyon değerleri karşılaştırmasında, iplik grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. İplik gruplarının adezyon değeri kitosan ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (  $p < 0,05$ ). Histopatolojik olarak anastomoz hattı iplik reaksiyonu değerlendirmesinde, 14. günde kitosan kaplı Vicryl grubu 'nun, Vicryl iplik grubu ile karşılaştırmasında fibroblast sayısında ( $p=0,009$ ) ve vaskülarizasyon değerinde ( $p=0,009$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede azalma

saptandı ( $p < 0,05$ ). Kitosan kaplı Vicryl grubu 'nun 14. günde ki vaskülarizasyon değeri, kitosan kaplı PDS iplik grubunun 14. günde ki vaskülarizasyon değerine ( $p=0,038$ ) göre anlamlı olarak daha az olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). Histopatolojik olarak gruplar arasında, anastomoz hattında, inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve kollejen birikimi açısından istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı.

#### Sonuç:

Çalışmamızda Vicryl ve PDS iplikleri kitosanla kaplamanın intraabdominal adezyonu azaltma üzerine herhangi bir değişiklik yaratmadığı saptandı. Vicryl ipliğinin kitosanla kaplanmasıyla fibroblast sayısında ve vaskülarizasyonda istatistiksel olarak anlamlı bir azalmaya yol açmada, klinik olarak anastomoz kaçığına yol açmadığı gözlemlendi.

#### P301

### Kolorektal Müsinöz Karsinomlarda Çevre Stromayla Temas Eden Tümör Hücrelerinin Yüzdesinin Prognostik Anlamları

Sülen Sarioğlu<sup>1</sup>, Güray Aktürk<sup>1</sup>, Selman Sökmen<sup>2</sup>, Hülya Ellidokuz<sup>3</sup>, Aras Emre Canda<sup>2</sup>, Mehtat Ünlü<sup>1</sup>, Abdullah Haluk Şirin<sup>4</sup>, Özgül Sağol<sup>1</sup>, Cem Terzi<sup>2</sup>, Mehmet Füzün<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üni Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD  
<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üni Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD  
<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üni Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü  
<sup>4</sup>Kemalpaşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi

#### Amaç:

Kolorektal müsinöz karsinomlar (MK) kötü prognoza sahiptir. Tümör hücrelerinin stromayla veya ekstrasellüler müsin ile ilişkisi [çevre stromayla temas eden tümör hücrelerinin yüzdesi (ÇSTTHY)] tükrük bezi karsinomları için prognostik bir marker olarak tanımlanmıştır. Biz bu özelliğin kolorektal MK'larda prognostik önemini değerlendirdik.

#### Gereç-Yöntem:

59 kolorektal MK'lu hastanın H&E boyalı kesitlerinden kamera yardımıyla görüntüler elde edildi. 140 noktalı bir grid bilgisayar ekranı üzerine yerleştirildi. Müsin içinde yüzen tümör hücreleri üzerine ve çevre stromaya temas eden tümör hücreleri üzerine düşen noktalar 100 hücre sayısına ulaşılan dek sayıldı ve ÇSTTHY klinikopatolojik prognostik parametreler ile birlikte istatistiksel olarak analiz edildi.

#### Sonuç:

ÇSTTHY için median değer %70 idi ve 30 vaka bu değer altında bir değere sahipti. Düşük ve yüksek ÇSTTHY değeri olan vakalar arasında genel sağkalım açısından belirgin bir farklılık mevcuttu ( $p=0,048$ ). İlk grup için, ilk yılda hastaların %67,6'sı, ikinci yılda %63,4'ü sağ iken; diğer grup için bu sırasıyla %66,2 ve %33,5 idi. Tükrük bezi karsinomlarının aksine, kolorektal MK'larda yüksek ÇSTTHY değeri kötü prognostik bir marker olarak görünmektedir.

# **VIDEO BİLDİRİLER**





**V01****Tek Delikten Laparoskopik Rektopeksi**

Sezai Demirbaş, Mustafa Tahir Özer, Elgün İsmailov,  
Hasan Kaçar, Mahmut Yılmaz, Murat Urkan  
GATA Genel Cerrahi AD Ankara

**Amaç:**

Tek delikten laparoskopik kolektomi yapılmasından sonra rektopeksi yapılması ile ilgili teknik ve sonuçları bildiren not yada rapor henüz oldukça nadirdir. Bu video sunumu tek delikten laparoskopik yaklaşım ile rektopeksinin emniyetli yapılması için deneyimli bir kolorektal ekibin cerrahi teknik yaklaşım hakkında bilgi vermesi amacıyla sunulmuştur.

**Olgu:**

Bildirilen minimal invaziv yöntem kullanılarak yapılan 2 posterior rektopeksi olgusunun birinin video sunumudur. Hastaların BMI'si 26,5-28dir. Ameliyat süreleri ortalama 217, 189 dk. dir. kan kaybı her iki olguda da 50 ml den azdır. ortalama kesi ameliyat başında 3,5 cm ameliyat sonunda da 4,1 cm dir. ilk vakada ek torakar sokulmuştur. ayrıca laparoskopiyeye yada açığa dönülmemiştir. postoperatif dönemde her iki hastada morbidite tespit edilmemiş ve hastane yatış süreleri ortalama 5 gün olmuştur. cerrahi tekniği uygular iken rektumun çift açılı endo aletler ile manüplasyonu ve proksimale çekilmesi, rektumun anteriordan yeterli diseksiyonunun yapılması ve rektopeksi için sütürlerin konulması zor olarak başarılabilmektedir.

**Sonuç:**

Şimdilik bu yaklaşım deneyimli minimal invaziv kolorektal cerrahi uygulayan cerrahın yada ekibin başarabileceği bir tedavi şekli olarak bilinmelidir.

**V02****Travmatik Perine Kaybında Rektus Abdominis Myokutanöz Flep ile Onarım**

Türker Mehmet Bulut<sup>1</sup>, Metin Keskin<sup>1</sup>, Utkan Aydın<sup>2</sup>,  
Ömer Berköz<sup>2</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı*  
<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı*

**Amaç:**

Kompleks perine yaralanmalarına yaklaşım çeşitli güçlükler gösterir. Perine rekonstrüksiyonunda rektus abdominis flepi terveh edilebilir.

**Olgu:**

İş kazası sonucu multipl yaralanmaları iyileşen ancak inkontinens sorunu nedeniyle sevk edilen hastaya anal rekonstrüksiyon ve kısmi sfinkter tamiri yapıldı. Ameliyat sonrası anal kanal retrakte oldu. Rekonstrüksiyon için Plastik Cerrahi Kliniği ile birlikte rektus abdominis flepi uygulandı. Tekrar parsiyel detaşman olunca cilt grefti konuldu.

**Sonuç:**

Kompleks perine yaralanmaları multidisipliner yaklaşım gerektirir. Anal retraksiyon sorununa çözüm bulunamamıştır. Uygulanan girişimlerin tartışmaya açılması planlanmıştır.

**V03****Defekografi Deneyimimiz**

Özgür Dandin<sup>1</sup>, Dursun Özgür Karakaş<sup>2</sup>, Tuncer Ergin<sup>3</sup>,  
Ahmet Ziya Balta<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Bursa*

<sup>2</sup>*Ağrı Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Ağrı*

<sup>3</sup>*Bursa Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, Bursa*

<sup>4</sup>*Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul*

**Amaç:**

Pelvik taban patolojilerinin video-defekografik görüntüleri ile değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

**Gereç-Yöntem:**

Bursa Asker Hastanesi'nde son 1,5 yılda gerçekleştirilen defekografi görüntülerinden faydalanıldı.

**Bulgular:**

Rektosel, mukozal intususepsiyon, enterosel, pelvik desensus, puborektal kas disinerjisi, anal spazm gibi patolojiler demografik veriler eşliğinde gösterilmektedir.

**Sonuç:**

Defekografi pelvik taban ve anorektal bileşke hastalıklarının tanısında ve bu hastalıklara uygulanan tedavilerin etkinliğinin belirlenmesinde etkin tanı yöntemlerinden birisidir.

**V04****Transanal Endoskopik Minimal Invaziv Cerrahi (TAMIS)**

Aras Emre Canda, Cem Terzi

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir*

**Amaç:**

Bu video sunumunda transanal endoskopik minimal invaziv cerrahi (TAMIS) tekniğindeki deneyimimizin aktarılması amaçlanmıştır.

**Olgu:**

Mayıs 2011 - Mart 2013 tarihleri arasında 13 hastaya TAMIS yöntemi kullanarak rektum yerleşimli lezyonlar için lokal eksizyon uyguladık. Hastaların 11'sinde tam kat, ikisinde submukozal plandan lokal eksizyon yapıldı. Lezyon en büyük boyutu 2-13.8 cm arasında, işlem süresi 25-150 dk arasında değişmekte idi. Oluşan defekt 12 hastada kapatılırken, bir hastada açık bırakıldı. Hiçbir hastada işlem sonrası darlık ya da inkontinens gelişmedi. Patoloji sonucu olguların 11'sinde displazi, birinde insitu karsinom, birinde T2 tümör olarak bildirildi. Video sunumda farklı olgular üzerinden lezyonların eksplorasyon bulguları, tam kat eksizyon tekniği ve defekt kapatma teknikleri sunulmuştur.

**Sonuç:**

Seçilmiş olgularda rektum yerleşimli lezyonların TAMIS yöntemi ile tam kat lokal eksizyonu transanal endoskopik mikrocerrahi (TEM) yöntemine benzer şekilde başarı ile uygulanabilmektedir. TAMIS yöntemi TEM ile karşılaştırıldığında daha minimal invaziv ve daha kolay ulaşılabılır bir yöntemdir.

**V05****Kolonoskopide Kritik Uygulamalar**Bahadır Ege<sup>1</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>2</sup>, Hakan Bozkaya<sup>3</sup>,  
Bülent Menteş<sup>2</sup><sup>1</sup>Özel Kuru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gastrointestinal Cerrahi  
Merkezi, Ankara<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı,  
Ankara**Amaç:**

Kolonoskopide karşılaşılan zorlukların vaka üzerinden sunumu ve geliştirilen çözümlerin görüntülü olgu sunumları şeklinde tartışılması yoluyla kolonoskopi deneyimlerimizin aktarılması amaçlanmıştır.

**Olgu:**

Çalışmaya gastrointestinal tanı ve cerrahi merkezimize 2010-2012 yılları arasında gerçekleştirilen 1770 adet kolonoskopik uygulama dahil edildi. Bu vakalar arasında klinik ve kolonoskopik önemi olan hastalar çalışmaya alındı. Prospektif olarak hastalar standart formlara kayıt edildi ve video görüntüleri klinik bilgileri ile senkron edilerek saklandı. Çalışma pelvik cerrahi geçiren hastalarda kolonoskopi, divertiküloze bağlı kolonik daralmada kolonoskopi, zor splenik dönüştürme kolonoskopi, yalancı çekum görünümünün ayırımı, hastalıklı terminal ileumda entubasyon ve ileri terminal ileum entubasyonu, Crohn ve ülseratif kolitli hastalarda kolonoskopi, dev poliplerde polipektomi, atlanan senkron kolon tümörü, kolon tümöründe stent uygulaması, kolonik darlıkta balon dilatasyon, kolonoskopide gelişen kolon perforasyonunda kolonoskopik klip uygulaması gibi özellikli görseller klinik prezentasyonları ile video sunumu olarak hazırlandı.

**Sonuç:**

İleri kolonoskopik uygulamaların deneyim, gerekli eğitim ve klinik alt yapı ile başarılı bir şekilde yapılacağını vurgulanmıştır. Kolorektal cerrahlara kolonoskopik olarak saptanan kolona ait çoğu patoloji ve zorluğun üstesinden gelmenin yöntemleri anlatılmıştır.

**V06****Rektovajinal Fistül Onarımı**Bülent Menteş, Sezai Leventoğlu, Bahadır Ege  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

28 yaşında kadın hastada vajinal doğum sırasında gelişen rektovajinal fistülün cerrahi tedavisinin görüntülü sunumunu içermektedir. Cerrahi tedavisinin ayrıntılı görüntülü sunumunu içeren video ile tekniğin ayrıntıları paylaşılmıştır.

**V07****Abdominoperineal Rezeksiyon Sonrası Anal Bölge Rekonstrüksiyonuna Yönelik Modifiye Yapay Sfinkter Uygulaması**Ömer Alabaz<sup>1</sup>, Okan Dalyan<sup>2</sup>, Hakan Sakallı<sup>2</sup>, Sinan Yavuz<sup>3</sup>,  
Ahmet Rencüzoğulları<sup>1</sup>, İsmail Cem Eray<sup>1</sup>, Orçun Yalav<sup>1</sup><sup>1</sup>Ç.Ü.Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.<sup>2</sup>Medline Hastanesi Adana<sup>3</sup>Acıbadem Hastanesi Onkoloji, Adana

Abdominoperineal rezeksiyon, distal rektum ve anal kanal kanserlerinin cerrahisinde halen standart tedavi protokolü olarak uygulanmaktadır. Fakat bu cerrahinin prosedürü gereği yapılan kalıcı kolostomi, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu güne kadar, bir çok cerrah tarafından bu hastalarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik uygulanan kontinent perineal ostomi yöntemleri tarif edilmiştir. Bu rekonstrüksiyonlardan birisi de Klasik Yapay Bağırsak Sfinkter (KYBS) uygulamasıdır. Bu çalışmamızda ise, abdominoperineal rezeksiyon ile birlikte perineal ostomi yapılan hastalara yeni bir yöntem olan 'Modifiye Yapay Bağırsak Sfinkteri (MYBS) uygulanarak, teknik sonuçları prospektif olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, 2006-2011 tarihleri arasında seçilmiş ve onamı alınmış distal rektum kanseri nedeniyle abdominoperineal rezeksiyon sonrası perineal ostomi uygulanan 5 olguya, kontinans sağlamaya yönelik MYBS uygulanmıştır. Preoperatif neoadjuvan radyokemoterapi almış bu olguların hepsi uygulama sonrası ortalama 4.2 yıl tarafımızdan takip edilmiştir. Üç aşamada yapılan cerrahilerin ilkinde, abdominoperineal rezeksiyon ile birlikte perineal ostomi ve saptırıcı transvers kolostomi yapılmıştır (Video-1). Bu cerrahiden ortalama 7.6 ay(6-8 ay) sonra perineal ostomi etrafına MYBS yerleştirilmiştir (Video-2). Olguların 2'sinde erken dönemde yapay sfinkter etrafında lokal enfeksiyon gelişmiştir. Bir olguda enfeksiyon kontrol altına alınmadığından protez çıkarılmıştır. Diğer 4 olgunun kolostomileri ortalama 16 hafta(14-20 hafta) sonra kapatılmıştır. Kolostomisi kapatılan bu olguların ikisinde sırası ile 5. ve 6. hafta sonra protez bölgesinde enfeksiyon gelişti ve bunlardan birisinin protezi çıkarılarak tekrar kolostomi açıldı. Diğer 3 olguda ise ortalama 26.6(20-30 ay) aylık takipleri sonucunda herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Sonuçta, MYBS yerleştirilen 5 olgunun 3'ünde(%60) uygulama başarılı olmuştur. Bu olguların SF36 formuna göre memnuniyet dereceleri yüksek tespit edilmiştir. Yapay sfinkter olarak kullandığımız protezin, klasik yöntem/ MYBS'nin sırasıyla maliyeti 12.000Dolar/1.500 Dolar) görülmüştür. MYBS uygulamanın ilk sonuçlarına göre; konvansiyonel yöntem göre daha ucuz, yaşam kalitesini artırıcı etkisinin olması yanında lokal enfeksiyon oluşturma risklerinin bulunduğu görüldü.

Antalya

V08

### Kolorektal Kansere Bağlı Peritoneal Karsinomatozis: Ekstraperitoneal Yaklaşımla Sitoredüktif Cerrahi Ve Hipertermik Intraperitoneal Kemoterapi

Aras Emre Canda, Cem Terzi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

#### Amaç:

Kolorektal kansere bağlı peritoneal karsinomatozis tedavisinde ekstraperitoneal en bloc sitoredüktif cerrahi tekniğini tanıtmak.

#### Olgu:

67 erkek hastaya rektal kanama yakınması ile başvurusunun ardından yapılan kolonoskopi ve BT incelemeleri ile FAP zemininde gelişmiş sigmoid kolon kanseri ve peritoneal karsinomatozis tanısı konuluyor. Yapılan laparoskopik eksplorasyonda hastalık rezektabl olarak kabul edilerek hastaya sitoredüktif cerrahi ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulandı. Cerrahi teknik olarak hastamıza ekstraperitoneal yöntemle en bloc bilateral diyafragmatik, bilateral yan duvar ve pelvik peritonektomi ile birlikte total kolektomi ve üst rektum rezeksiyonu uygulandı. Video sunumda tekniğin ayrıntıları gösterilmektedir.

#### Sonuç:

Ekstraperitoneal yöntemle yapılan sitoredüktif cerrahide en bloc rezeksiyon tekniği uygulandığı için organların bölünmesi ve vasküler yapıların ligasyonu ekstraperitoneal (implantların olmadığı) planda yapılmaktadır; bu yöntemin nüks oranını azaltacağı öngörülmektedir.

V09

### Tek Kesiden Laparoskopik Appendektomi Tekniği

Hüseyin Sinan<sup>1</sup>, Mehmet Saydam<sup>1</sup>, Muharrem Öztaş<sup>2</sup>, Mustafa Tahir Özer<sup>3</sup>, Sezai Demirbaş<sup>3</sup><sup>1</sup>Ankara Mevki Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, ANKARA<sup>2</sup>Şirnak Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, ŞIRNAK<sup>3</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, ANKARA

#### Amaç:

Akut apendisit; sık görülen ve acil cerrahi gerektiren akut bir hastalıktır. Akut apendisitin cerrahi tedavisinde, laparoskopik cerrahi, açık cerrahiye olan postoperatif ağrı, kozmezis ve kısa hastanede kalış süresi gibi avantajları sebebiyle son yıllarda daha fazla tercih edilmeye başlanmıştır. Bu video sunumda, Tek Kesiden Laparoskopik Appendektomi (TKLA) tekniğini paylaşmayı amaçladık.

#### Olgu:

Yirmi bir yaşındaki erkek hasta karın ağrısı ve iştahsızlık şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde geçirilmiş herhangi bir ameliyatı yoktu. Vücut kitle indeksi (VKİ) 23 olan hastanın yapılan batin muayenesinde; sağ alt kadranda rebound (+), defans (+) idi. Yapılan karın ultrasonografisinde akut batin açısından şüpheli bulgular mevcuttu. Hasta ameliyat öncesi durumu hakkında bilgilendirildi ve onayı alındı. Tüm hazırlıkların tamamlanmasını takiben, genel

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

anestezi altında operasyona başlandı. Umbilikusa yapılan 25 mm'lik vertikal kesi sonrasında tek port (Covidien, North Haven, CT, USA) transumbilikal olarak yerleştirilerek, batin içi basıncı 12 mmHg olana kadar CO2 enüflasyonu yapıldı. Sağ alt kadranda apendiks, hiperemik ve ödemli idi. Apendiks rotikulator disektör ile mezosundan tutuldu. Daha sonra mezo ultracision ile diseke edilerek apendiks iskeletize edildi. Radikse 2/0 numara emilmeyen sütür ile ekstrakorporeal kement hazırlandı ve apendiks köküne ilerletildi ve distal tarafı ultracision yardımı ile diseke edilerek apendektomi gerçekleştirilmiş oldu. Apendiks tek port ile birlikte batin dışına alınarak batin içerisindeki gaz tahliye edildi. Fasya 0 numara emilmeyen sütür ile kapatılarak ameliyata son verildi. Ameliyat süresi 40 dakika idi. Ameliyat sırasında ya da sonrasında herhangi bir problemle karşılaşmadı ve kozmetik sonuç çok iyi seviyeydi. Hasta postoperatif birinci gününde taburcu edildi. Birinci hafta sonunda kontrole çağrıldı ve yara yerinde enfeksiyon saptanmadı.

#### Sonuç:

Hastane kalış süresinin azalması ve azalmış postoperatif komplikasyon oranları ile TKLA son zamanlarda daha çok tercih edilmeye başlanmıştır. Bazı yayınlarda tek kesiden yapılan operasyonlar «dar bir odada kılıç dövüşü» gibi tanımlanmaktadır. Bu yüzden ameliyatta kullanılacak aletlerin uyumunu sağlamak için TKL eğitim kutularında eğitim yapmanın zorunluluğu açıktır. TKLA cerrahlar için, uygulaması kolay, hastalar için postoperatif morbidite, kozmezis ve postoperatif ağrı gibi parametreler açısından avantajlı bir yöntem olarak durmaktadır. Fakat standart laparoskopik tekniklerle, TKL tekniklerinin karşılaştırılması için ileri, prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

V10

### Laparoskopik Total Proktokolektomi ve İleal J-Poş İleoanal Anastomoz: Ters-Saat Yönünde Disseksiyon Tekniği

Mehmet Fatih Can, Yaşar Subutay Peker, İsmail Hakkı Özerhan, Gökhan Yağcı

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

#### Amaç:

Familiyal adenomatöz polipozis için laparoskopik total proktokolektomi ve ileal poş anal anastomoz (LTP/IPAA), onkolojik cerrahi prensiplerine uygun disseksiyon yanında terminal ileumu da koruyabilmek için titiz bir disseksiyon gerekmektedir. Disseksiyonun çekumdan rektuma doğru veya tam ters yönde uygulanmasının cerrahi teknik olarak üstünlüğü bilinmemektedir. Bu olguda, LTP/IPAA'da rektosigmoid bölgeden başlayan, transverse kolonda devam eden ve çekumda sonlanan ters disseksiyonla ilgili tecrübelerimizi paylaşmayı hedefledik.

#### Olgu:

Hasta, bacakları abduksiyonda modifiye litotomi pozisyonuna alındı. 5-port tekniği uygulandı. Disseksiyona rektosigmoid mezokolondan başlandı. Inferior mezenterik arter proksimalden kliplenip bölündükten sonra white-line açılarak kutsal plana girildi ve disseksiyon uygulandı. Sonrasında

Riolan arkı (mevcut ise) bölündükten sonra, splenik fleksura disseke edilerek düşüldü. Transverse kolonu ortaya koymak için büyük omentum disseke edilerek bölündü. Orta kolik arter ve venler bölündü. Sağ kolik arter (eğer mevcut ise) superior mezenterik venin hemen altından bölündü. Genelde mevcut olan ileokolik arterin ortaya konup korunması için özel çaba gösterildi. Biz derin pelvirektal disseksiyon için daha sonrasında piyesi çıkarmak için de kullanacağımız yaklaşık 10 cm'lik pfannenstiel kesiyi tercih ettik. Çift zımbalama tekniği kullanılarak anastomoz tamamlandı, J-poş oluşturulduktan sonra opraşona son verildi.

**Sonuç:**

Ters saat yönünde uyulanan disseksiyon, güvenli ve kullanılabilir bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Bu yöntemle, distal kolonik disseksiyonda, proksimal kolonun cerrahla çakışması da önlenmiş olur.

**V11****Tek Port-Dört Girişli (Octo-port) SILS Kolon Rezeksiyonlarımız**

Metin Ertem, Emel Özveri, Hakan Gök, Volkan Özben  
*Acıbadem Kozyağı Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul*

**Amaç:**

Octo-port kullanılarak yapmış olduğumuz sol ve sağ kolon tm olgularındaki tekniğin uygulamasını video prezantasyon olarak sunuyoruz.

**Olgu:**

2012-2013 yılları içinde seçilmiş 15 hastada octoport ile laparoskopik kolon cerrahisi uygulandı. Selim olgular, preoperatif tomografi ile değerlendirmede T1-T2 tümörler ve tümör çapı 4 cm altındaki hastalar seçildi. 6 kadın, 9 erkek olan ve yaş ortalaması 58 (27-75) olan hastaların hepsinde giriş yeri olarak umblikus kullanıldı. Girişimlerin 4'ü sağ kolon, 8'i sol kolon ve 1'i rektum üzerinde yapıldı. 2 hastada ise subtotal kolektomi uygulandı. 1 hasta rektum tümörü, 1 hasta sigmoid divertikülit, 1 hasta rektal prolapsus ve 12 kolon tümörü nedeniyle opere edildi. Sağ kolon girişimlerinde anastomoz ekstra-korporeal olarak yapıldı. Low anterior rektum rezeksiyonu ve subtotal kolektomi yapılan üç hastaya sol lateralden pelvise uzanan dren konuldu. Diğer 11 hastada dren konması gerekli görülmedi. İki hastada eş zamanlı girişim uygulandı. Aynı port girişinden bir hastada low anterior rektum rezeksiyonu ile fundoplikasyon ( reflü nedeniyle) ve bir hastada da sigmoid kolon rezeksiyonu ve kolesistektomi yapıldı. Kanser nedeniyle kolektomi uygulanan hastalarda piyes ile çıkartılan lenf ganglion sayısı en az 17 olup ortalama 25 ganglion çıkartıldı. Bu sayılar onkolojik diseksiyon için yeterliydi. Üç olguda ince barsakları ekarte etmek için octoportun dördüncü girişinden yelpaze ekartör kullanıma ihtiyacı duyuldu. Diğer olgularda octoportun üç trokar girişi diseksiyon için yeterli oldu. Tüm olgularda Octoport (5mm-12mm) kullanıldı. Portun alexise benzer cilt koruyucu özelliği olması piyesin çıkarılmasında kolaylık sağladı. Ameliyat süresi ortalama 150 dakika idi. Postoperatif komplikasyon görülmeyen hastalar beşinci gün taburcu edildi.

**Sonuç:**

Octo-port kullanılarak yapılan tek port kolon uygulamaları laparoskopik cerrahinin tüm prensipleriyle uyumludur. Octo-port kullanılması ile tek porta ait cerrahinin uygulama zorlukları görülmeden ve özel el aletlerine gereksinim olmadan ( eğri ve açılı el aletleri) konvansiyonel laparoskopik cerrahide kullanılan düz el aletler kullanılarak kolaylıkla uygulanabilmektedir.

**V12****Retrorektal Kitlenin Laparoskopik Eksizyonu: Olgu Sunumu**

Gökhan Çipe, Fatma Ümit Malya, Merve Büşra Cengiz, Erkan Yardımcı, Mustafa Hasbahçeci, Naim Memmi, Hall Coşkun, Mahmut Müslümanoğlu  
*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:**

Retrorektal kitleler cerrahi pratiğinde oldukça nadir karşılaşılan tümörlerdir. Benign veya malign, kistik veya solid olabilirler. Histopatolojik olarak, konjenital, kemik kaynaklı, nörolojik kaynaklı veya kaynağı belirsiz olarak sınıflandırılırlar. Benign olanlar genellikle asemptomatik olma eğilimindedir ve başka sebeplerle yapılan muayene ve tetkiklerde saptanır. Bulgu verdiğinde ise genellikle bası semptomları veya ağrı ile karakterize olur. Magnetik Resonans Görüntüleme, Bilgisayarlı Tomografi, kolonoskopi ve rektal ultrasonografi tanı koymada ve tedavi şeklini belirlemede yardımcıdır. Tedavide malignite riski ve bası semptomlarının ortadan kaldırılması için cerrahi tek seçenektir. Cerrahide Abdominal veya perianal yaklaşım tümörün lokalizasyonuna göre tercih edilmektedir. Kolon ve rektum cerrahisinde laparoskopik yaklaşım güvenli ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Retrorektal kitle çıkarılmasında laparoskopik yaklaşım tümörün çevre dokularla ilişkisini oldukça etkin şekilde ortaya koyabilmekte ve abdominal yaklaşımın uygun olduğu durumlarda güvenle kullanılabilir. Biz de video sunumumuzda retrorektal kitle tanısı alan vakada laparoskopik kitle eksizyonu sunmayı ve yaklaşımın özelliklerini tartışmayı amaçladık.

**Olgu:**

Defekasyon güçlüğü ve defekasyonda ağrı şikayeti ile başvuran 35 yaşında bayan hastanın kolonoskopisinde rektum 10-15 cm'de lümeninde 4cm dışarıdan bası izi veren lezyon tespit ediliyor. Endoultrasonografide hastanın bulguları rektum 10-15. cm'ler arası muskularis propriadan köken alan düzgün sınırlı lezyon olarak tanımlanıyor. Ek sistemik hastalığı olmayan ve laboratuvar bulgularında özellik olmayan hastaya laparoskopik retrorektal kitle eksizyonu yapılıyor. Postoperatif üçüncü günde sorunsuz olarak taburcu edilen hastanın patolojisi öncelikle sinir kılıfı kökenli oluşu düşünülen işi hücreli mezenkimal tümör (nörofibrom) olarak raporlandı.

**Sonuç:**

Retrorektal kitleler nadir görülen tümörlerdir ve tanı alan hastalarda temel tedavi seçeneği cerrahidir. Retrorektal kitlelere cerrahi yaklaşımda laparoskopik yaklaşım etkin ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılabilir.



**V13****Lokal İleri Rektum Kanserinde Laparoskopik En Bloc Aşağı Anterior Rezeksiyon ve Histerektomi: Transvajinal Spesmen Çıkarılması, Intrakorporeal Anvil Yerleştirilmesi ve Anastomoz**

Aras Emre Canda<sup>1</sup>, Bahadır Saatli<sup>2</sup>, Tayfun Bişgin<sup>1</sup>, Nuri Yıldırım<sup>2</sup>, Cem Terzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:**

Serviks invaziv lokal ileri rektum kanseri nedeni ile laparoskopik en bloc aşağı anterior rezeksiyon ve histerektomi, transvajinal spesmen çıkarılması, intrakorporeal anvil yerleştirilmesi ve anastomoz tekniğini sunmak.

**Olgu:**

73 yaşında kadın hasta orta rektum yerleşimli adenokarsinom tanısı ile başvurdu. Yapılan BT ve MR incelemelerinde orta rektum yerleşimli tümör kT2N0M0 olarak evrelendi. Laparoskopik eksplorasyonda hastanın sigmoid kolonunda çoğul divertiküller izlendi. Ayrıca peritoneal refleksiyonun sol tarafında rektum duvarı ile uterus arasında adezyon (divertiküler hastalığa bağlı? T4 tümör?) izlendi. İMA ve İMV yüksek ligasyonu sonrası mezokolik eksizyon prensipleri içinde sol kolon ve sigmoid kolon mobilize edildi. Ardından TME prensipleri içinde en bloc rektum, uterus ve bilateral salpinks ve overlerin rezeksiyonu tamamlandı. Rektum distali ve sigmoid kolon endoskopik stapler ile bölündü, spesmen torba içerisine yerleştirildi ve transvajinal olarak çıkarıldı. Transvajinal yolla batına sokulan dairesel stapler anvili intrakorporeal olarak inen kolon içerisine yerleştirildi ve yan-uç kolorektal anastomoz ve saptrıcı lup ileostomi yapıldı. Ameliyat sonrası 7. gün taburcu olan hastanın patolojisi pT4a(serviks)N0(0/20) (distal ve çevresel sınır negatif) olarak bildirildi. Hastaya postoperatif adjuvan kemoradyoterapi uygulandı.

**Sonuç:**

Lokal ileri rektum kanserlerinde seçilmiş hastalarda laparoskopik en bloc rezeksiyon onkolojik prensiplere uygun bir şekilde yapılabilir.



# HEMŞİRELİK SÖZLÜ BİLDİRİLER





**HS01****Stomalı Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi**

Hatice Dorum, Fatma Vural

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

**Amaç:**

Stoma açılması, bireylerin tüm hayatını fiziksel, duygusal, cinsel ve sosyal anlamda etkileyebilmekte ve bireyler yaşam tarzında belirgin değişikliklere yol açmaktadır. Türkiye’de bu yönde yapılan niteliksel araştırma olmadığı için araştırma sonuçları detaylı anlamda stoması olan bireylerin yaşadıkları deneyimlerin anlaşılmasını kolaylaştıracak, ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımına, stoma için danışmanlığın yürütülmesine katkı sağlayacaktır. Bu tanımlayıcı niteliksel araştırmanın amacı, bireylerin stoma açıldıktan sonraki dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesidir.

**Gereç-Yöntem:**

Tanımlayıcı niteliksel çalışma deseni kullanılarak yapılan araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi, Üroloji poliklinikleri ve Yara ve Stomaterapi ünitesinde yürütülmüştür. Çalışmanın yapıldığı kurumdaki izin ve etik kurul onayı alındıktan sonra amaçlı örneklem yöntemi ile seçilen en az 3 aydır stoması olan stomalı 19 birey çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılarak “derinlemesine görüşme” yöntemi ile toplanmıştır. Görüşmelerin tamamı hastalardan yazılı ve sözlü izin alındıktan sonra ses cihazına kayıt edilerek yapılmıştır. Veriler içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:**

Stomalı bireylerin stoma açıldıktan sonraki dönemdeki deneyimlerine ilişkin stomaya uyum, stomayla birlikte yaşam tarzında değişiklikler, duygusal değişiklikler, cinsel yaşamda değişiklikler, destek alma durumu (sosyal, profesyonel) ve fiziksel problemler ana temaları saptanmıştır.

**Sonuç:**

Araştırma sonuçları stomalı bireylerin stoma açıldıktan sonra hayatlarında belirgin bir etkinin olduğu; duygusal, fiziksel, cinsel ve sosyal yönden yaşam tarzlarında değişiklikler olduğu saptanmıştır. Ayrıca sosyal ve profesyonel destek alan stomalı bireylerin stomaya uyum sürecindeki deneyimlerinde farklılıklar olduğu görülmüştür. Ayrıca bireyler sosyal ve profesyonel destek almış olsalar uyumlarının daha kolay olacağı yönde ifadelerde bulunmuşlardır. Bu doğrultuda stomalı bireylerin stomayla birlikte yaşama uyum sağlayabilmeleri için ameliyat öncesi dönemden itibaren profesyonel destek almaları, ameliyat sonrası dönemde sosyal destek için stomaya uyum sağlamış ve olumlu/olumsuz deneyimleri olan stomalı bireylerin bir araya geldiği destek gruplarında yer almaları önerilmektedir.

**HS02****Sol Kolon ve/veya Rektum Cerrahisi Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarının Başlamasında Sakız Çiğnemenin Rolü**Burcu Duluklu<sup>1</sup>, Sevilay Şenol Çelik<sup>2</sup><sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Haymana Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Ankara<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara**Amaç:**

Bu araştırma sol kolon ve/veya rektuma yönelik cerrahi sonrası bağırsak fonksiyonlarının başlamasında sakız çiğnemenin rolünü belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Bu araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak, Mayıs 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi kliniklerinde yapılmıştır. Örneklemde deney grubuna 17, kontrol grubuna 17 hasta alınmıştır. Ameliyat sonrası birinci günün sabahında, deney grubundaki hastaların nazogastrik tüpleri çekildikten sonra, hastalara 45 dakika bir adet şekersiz sakız çiğnetilmiştir; daha sonra aynı gün içinde saat 16:00 ve 20:00’de bu uygulamaya devam edilmiştir. Hastalar, ameliyat sonrası ikinci günün sabahından itibaren ve ilk gazlarını çıkarana kadar, günde 3 kez 45’er dakika olacak şekilde (saat 09:00, 16:00 ve 20:00) sakız çiğneme uygulamasına devam etmişlerdir. Araştırmada ticari olarak piyasada bulunan şekersiz sakız kullanılmıştır. Kontrol grubundaki hastalara ise, gaz çıkarana kadar rutin bakım uygulanmıştır. Veriler ki-kare, Fisher kesin ki-kare, Student-t, Mann-Whitney U testleri, Korelasyon analizi, sayı, ortalama ve yüzde ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:**

Araştırma kapsamına giren deney ve kontrol grubu hastaların demografik özellikleri, ameliyat öncesi dönemdeki serum elektrolit düzeyleri, ameliyat sonrası dönemde aldıkları tedaviler, stoma, nazogastrik tüp, epidural kateter ve ilk ambulasyonları sırasında korse bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre 15.6 saat daha erken gaz ve 25.8 saat daha erken gaita çıkardıkları ve 34.5 saat daha erken taburcu oldukları belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların ilk gaz, gaita çıkarma ve taburcu olma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:**

Düşük maliyetli, kolay uygulanabilir ve doğal bir yöntem olan sakız çiğnemenin, ameliyat sonrası dönemde daha erken sürede gaz ve gaita çıkarılması ile daha erken sürede taburcu olunması konusunda etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Antalya

Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Gaz, Gaita Çıkarma ve Taburcu Olma Süreleri

Gaz, Gaita Çıkarma ve Taburcu Olma Süreleri (Saat)	Deney Grubu (N:17)		Kontrol Grubu (N:17)		İstatistiksel Değerlendirme
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	
Gaz Çıkarma	47.3±13.9	21.0-75.5	62.9±18.4	26.0-103.5	t: -2.800 p: 0.009*
Gaita Çıkarma	55.8±14.9	33.5-89.5	81.6±15.7	51.5-112.5	t: -4.940 p:0.000*
Taburcu Olma	108.1±31.8	74.0-163.5	142.6±38.1	91.5-234.5	u: 68.500 p: 0.009*

Bu tabloda hastaların ameliyat sonrası dönemde ilk gaz, gaita çıkarma ve taburcu olma süreleri verilmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların ilk gaz, gaita çıkarma ve taburcu olma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05). Ameliyat sonrası dönemde sakız çiğnetilen deney grubu hastaların, kontrol grubundaki hastalara göre daha erken gaz, gaita çıkardıkları ve taburcu oldukları belirlenmiştir.

## HS03

### Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastalara Postoperatif Erken Dönemde İlk Su Verilmesinin Bağırsak Hareketlerine Etkisi

Nefise Çalışkan<sup>1</sup>, Hülya Bulut<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi, Hemşire, Diyarbakır

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

## Amaç:

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalara ameliyat sonrası erken dönemde ağızdan ılık su verilmesinin ilk gaz çıkarma süresine etkisini saptamak amaçlanmıştır.

## Gereç-Yöntem:

Bu araştırma 25 Mayıs-30 Aralık 2011 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Genel Cerrahi kliniklerinde yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Örneklemde deney grubuna 30, kontrol grubuna 30 hasta alınmıştır. Deney grubundaki hastalara ameliyattan sonra 4. saatte 37°C 200 ml ılık su 15 dakikada içirilmiş, sonrasında oral alımları durdurulmuş, ameliyattan sonra 8. saatte sıvı ve yumuşak gıda alımına, tolere ettikçe normal diyete geçilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise herhangi bir uygulama yapılmamış, hastaların ilk oral alımları 8. saatte deney grubuyla benzer şekilde gerçekleşmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler, Ki kare, Yates düzeltilmeli Ki-kare ve Fisher Kesin Ki kare önemlilik testleri, student-t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans ve Korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin sonucu % 95 güven aralığında P<0.05 olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular:

Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların demografik özellikleri, bağırsak alışkanlıkları, ameliyat süreleri, ameliyattan sonra uygulanan tedaviler, bulantı kusma durumları ve ilk mobilizasyon süreleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Gruplar homojen dağılmaktadır. Deney ve kontrol grubu

hastalarının ilk gaz çıkarma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (p<0.05), gaita çıkarma süreleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

## Sonuç:

Ameliyat sonrası erken dönemde oral ılık su alımının bağırsak fonksiyonlarını etkilediği, ilk gaz çıkarma süresini kısalttığı belirlenmiştir. Ameliyat sonrası oral ılık su alımının farklı hasta gruplarında da uygulanması önerilmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası ilk gaz ve gaita çıkarma süresi

Süre (saat)	Deney Grubu (N:30)	Kontrol Grubu (N:30)	İstatistik Değerlendirme
İlk Gaz Çıkarma Süresi	11.0±4.2	18.6±6.0	t:-5.694 p:0.000*
İlk Gaita Çıkarma Süresi	35.4±12.5	38.1±12.7	t:-0.855 p:0.396

Tabloda hastaların ameliyattan sonra ilk gaz, gaita çıkarma ve hastanede kalma süreleri gösterilmektedir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk gaz çıkarma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05). (t: student t-testi kullanılmıştır.)

## HS04

### Stomaterapi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler ve Çözüm Önerilerine İlişkin Niteliksel Bir Çalışma

Zehra Göçmen Baykara<sup>1</sup>, Hatice Karabulut<sup>1</sup>, Aysel Ören Hin<sup>2</sup>, Ayişe Karadağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Hastanesi

## Amaç:

Stomaterapi üniteleri; ostomisi, yarası ve inkontinansı olan bireyin problemlerini çözmek, bireyleri sorunlarıyla baş edebilecek yeterliliğe getirmek ve kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlamak amacıyla yönelik danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetlerinin yürütüldüğü özel birimlerdir (1,2). Stomaterapi Ünitesi'nde çalışan Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi'nin temel sorumlulukları, stoma açılacak bireyi ve ailesini ameliyata ve ameliyattan sonraki yaşantılarına ilişkin bilgilendirme, ameliyat öncesi stoma bölgesini işaretleme, komplikasyonları önleme ve bakımı sürdürme, psikolojik destek sağlama, stoma bakım ürünlerinin doğru kullanılmasını sağlama, hastaların periyodik takibini yapma ayrıca yara ve inkontinans sorunu olan bireylerin bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmektir (2,3). Dünyada ve ülkemizde kolorektal kansertanısı alankişi sayısının giderek arttığı ve stoma açılma nedenleri arasında kanser olgusunun ilk sıralarda yer aldığı gerçeği düşünüldüğünde ülkemizdeki stomalı birey sayısının azımsanamayacak düzeyde olduğu sonucu çıkmaktadır. Bu nedenle stomalı bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması ve yeni yaşamlarına uyum sağlamaları açısından stomaterapi hizmeti oldukça önemlidir. Oysa ülkemizde stomaterapinin geçmişi oldukça yenidir. Stomalı bireylerin bakımına yönelik ilk stomaterapi ünitesi 2000 yılında Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde kurulmuş olup on yılı aşkın bir sürede ünite sayısı 16'ya ulaşmıştır (1,3). Stomaterapi ünitelerinin ülke çapında yaygınlaştırılması ve sayısının artırılması için stoma ve yara bakım hemşirelerinin

## Antalya

ünitenin kurulması ve sürdürülmesine ilişkin yaşadıkları güçlükler ve bu güçlüklerle yönelik çözüm önerilerinin belirlenmesi önemlidir. Bu araştırma, Stoma ve Yara Bakım hemşirelerinin hizmetleri sırasında yaşadıkları güçlüklerin ve güçlüklerle yönelik çözüm önerilerinin belirlenmesi amacıyla niteliksel olarak yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Araştırmanın evrenini, verilerin toplandığı dönemde Türkiye genelindeki 10 stomaterapi ünitesinde görev yapan 13 Stoma ve Yara Bakım hemşiresi oluşturmuştur. Veriler, araştırmaya katılmayı kabul eden 9 farklı kurumdan 11 hemşireyle gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşireler Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği (YOİHD)'nin üyeleridir. Bu nedenle hemşirelere ulaşmak için Dernekten yazılı izin alınmıştır. Araştırmada yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Soru formunda, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan yedi soru ve yaşadıkları güçlükleri sorgulayan üç açık uçlu soru bulunmaktadır. Hemşirelere araştırma konusunda bilgi verildikten sonra çalışmaya katılımları için sözlü izinleri alınmıştır.

**Bulgular:**

Stoma bakım hemşirelerinin 10'u evli, 7'si lisans mezunudur. Hemşirelerin 6'sı 16 yıl ve üzerinde bir süredir hemşire olarak çalışmakta olup, 8'i 1-5 yıldır Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması  $35 \pm 3.97$ 'dir. Hemşireler; Stomaterapi ünitesinin kurulması ve devamlılığının sürdürülmesi boyutunda; yöneticilerinin ünite ve özel dal hemşiresinin gerekliliğine inanmadığını, meslektaşlarının ön yargılı davrandıklarını ve ünite kurulması için fiziksel alan, malzeme açısından yetersizlikler olduğunu belirtmişlerdir. Hasta bakımı boyutunda; klinikteki hastanın bakımının devamlılığını sürdürmede yetersizliklerin olduğunu, klinik hemşirelerinin bu konuda destek olmadıklarını, hastaya ameliyat öncesinde yeterli bilgi verilmediği için eğitim verirken güçlük yaşadıklarını, malzeme seçimi ve temini konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ekiple çalışma boyutunda; hekimlerin Stoma ve Yara Bakım hemşiresinin kararlarına saygı duymadıklarını, hemşirenin bazı işlevlerini kendi alanlarına tehdit olarak algıladıklarını, klinik hemşirelerinin stoma bakımına destek vermek istemediklerini ifade etmişlerdir. Stoma bakım ürünlerini pazarlayan firma boyutunda; firma çalışanlarının hastaları müşteri olarak algıladıklarını, hastalara gereğinden fazla ve gereksinimi olmayan malzemeler verdiklerini ve hastalara yanlış bilgiler verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşireler ayrıca özel dal hemşiresi olarak maddi gelir boyutunda farklı bir ücret alamadıklarını, yaptıkları birçok işlevin performansını yansımadığını ve hemşirenin yaptığı hizmetin performansını hekimin aldığını, manevi boyutta ise sadece yalnız çalışmanın yıpratıcı olduğunu ifade etmişlerdir. Stoma bakım hemşireleri yaşadıkları zorluklara çözüm önerisi olarak; ülke çapında stomaterapi ünitelerinin artırılmasını, kurumdaki sağlık çalışanları ve yöneticilere Stoma ve Yara Bakım hemşiresinin önemini anlatılmasını, stoma bakım hemşireliğinde kanıtla dayalı uygulamaların yapılması gerektiğini, ameliyat öncesinde hastanın

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

yeterince bilgilendirilmesini, toplumun stoma konusunda bilinçlendirilmesini, hastanede farklı türde ve boyutta malzeme olması gerektiğini, hizmet içi eğitim programlarının artırılmasını, firma – sağlık çalışanı ilişkisini belirleyen bir yönergenin hazırlanmasını, hemşirelik bakımının Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) ayrı olarak yer alması gerektiğini, meslek örgütlerine üye olarak mücadele edilmesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir.

**Sonuç:**

Stoma ve Yara Bakım hemşirelerinin tamamı ünitenin kurulması ve devamlılığının sürdürülmesinde, hasta bakımının yapılması ve takibinde, hasta yakınlarının bakıma katılımında, ekiple işbirliğinin sağlanmasında, stoma bakımı ürünlerini temin eden firmalar ve çalışanlarıyla ilişkilerin düzenlenmesinde birçok güçlüklerle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler bu zorluklar nedeniyle bazen umutsuzluğa kapıldıklarını ve motivasyonlarının azaldığını, ancak genel olarak özel dal hemşiresi olarak çalışmaktan dolayı mesleki doyumlarının oldukça yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların, bu özel alana yeni başlayan ya da yaşadığı güçlüklerle baş etmekte zorlanan Stoma ve Yara Bakım hemşirelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**HS05****Stomalı Bireylerle Çalışan Bir Grup Klinik Hemşiresinin Stoma Bakımındaki Sorumluluklarına İlişkin Durum****Değerlendirmesi: Nitel Bir Çalışma**

Zehra Göçmen Baykara<sup>1</sup>, Hatice Karabulut<sup>1</sup>, Aysegül Akbaba<sup>2</sup>, Belda Baydar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Hastanesi

**Amaç:**

Stomalı bireyler, özellikle ameliyat öncesi ve sonrası erken dönemde bakım, eğitim, danışmanlık hizmetlerine yoğun bir şekilde ihtiyaç duymaktadırlar. Stomalı bireylerin bu gereksinimlerini karşılamada stoma ve yara bakım hemşirelerinin hem yasal hem de mesleki sorumlulukları vardır. Ancak, stoma ve yara bakım hemşireleri halen birçok kurumda bulunmamakta ve buldukları kurumlarda ise sayıları oldukça yetersizdir. Stoma ve yara bakım hemşireleri hastanenin birçok kliniğine hizmet verdiklerinden sürekli olarak bir klinikte bulunmaları mümkün değildir. Özellikle gece nöbetlerinde stomalı bireyler, bakıma yönelik yardımcı klinik hemşirelerinden almak durumundadırlar. Ayrıca klinik hemşirelerinin bütüncül bakım verme sorumlulukları nedeniyle stomalı bireyin bakımına da katkı vermeleri gerekmektedir. Klinik hemşireleri; stomayı değerlendirmek, torba/adaptör sistemini değiştirmek, torbayı boşaltmak gibi işlevleri yapabilmelidirler. Stomalı bireyin bakım, eğitim, danışmanlık hizmeti alma gereksinimlerinin belirlenmesinde ve bu gereksinimlere yönelik stoma ve yara bakım hemşiresi ile işbirliği sağlanmasında klinik hemşirelerinin oldukça önemli rolleri vardır. Bu çalışmanın, klinik hemşirelerinin stomalı bireye yönelik algılarını, yaklaşımlarını ve kendilerine düşen sorumluluklarını ortaya koymak bakımından oldukça

önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, stomalı bireylerle çalışan bir grup klinik hemşiresinin stoma bakımındaki sorumluluklarına ilişkin durum değerlendirmesi yapmaktır.

### Gereç-Yöntem:

Araştırma, bir üniversitesi hastanesinin genel cerrahi ve üroloji kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmada herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 19 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada kullanılan veri toplama formu literatürden ve araştırmacıların deneyimlerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Veri toplama formunda hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren 6 soru ve hemşirelerin stoma bakımına yönelik düşüncelerini içeren 11 soru yer almaktadır. Veri toplama formu, hemşirelerin uygun oldukları gün ve saatte uygulanmış ve formun doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Araştırmadan elde edilen nicel veriler bilgisayarda SPSS programı ile sayısallaştırılmış, sayı ve yüzdelikler kullanılarak analiz edilmiştir. Nitel veriler ise tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Araştırmanın uygulanabilmesi için; araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin, hemşirelerden sözlü izin alınmıştır.

### Bulgular:

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının  $28.89 \pm 5.42$ , hemşire olarak çalışma sürelerinin ortalama  $6.78 \pm 5.89$ , şu anki klinikte çalışma sürelerinin ortalama  $4.94 \pm 6.19$  yıl olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin 11'i bekar, 16'sı lisans mezunu olup, 13'ü genel cerrahi, 6'sı ise üroloji kliniğinde çalışmaktadır. Hemşirelerin stoma bakımına yönelik eğitim alma durumlarına bakıldığında; 9'unun stoma bakımına yönelik herhangi bir eğitim almadıkları ve 17'sinin de stoma bakımına ilişkin herhangi bir bilimsel toplantıya katılmadıkları belirlenmiştir. Stoma bakımından kim/kimler sorumlu olmalıdır sorusuna hemşirelerin tamamı stoma ve yara bakım hemşirelerinin sorumlu olması gerektiğini, bunun yanı sıra hemşirelerin çoğunluğu klinik hemşiresinin, hekimin ve hasta-hasta yakınının da bakıma ilişkin sorumluluk alması gerektiğini belirtmişlerdir. Buna karşın hemşirelerin yarısından fazlası stoma bakım ürünlerini pazarlayan firma çalışanlarının bakımdan sorumlu olmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin tamamı çalıştıkları klinikte stoma bakımını stoma ve yara bakım hemşirelerinin yaptığını, bunun yanı sıra hemşirelerin çoğunluğu kendilerinin ve hasta-hasta yakınlarının da stoma bakımının bazı aşamalarına katkı verdiklerini (torba değiştirme/ boşaltma gibi) belirtmişlerdir. Hemşireler, stomalı bireylere; çoğunlukla stoma bakımı, torba değişimi ve boşaltımı, stoma ile yaşam, banyo, komplikasyonlar hakkında bilgi, beslenme, seyahat ve psikolojik destek sağlama gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Hemşireler, stomayı ilk kez gördüklerinde normal bir durum olarak karşılamalarına karşın stomalı yaşamın bireyler için ne kadar zor bir durum olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Hemşireler stomalı bireyin bakımına yönelik klinik boyutta; hekim-hemşire ilişkisi açısından sorumlulukların belirli olmaması ve hasta yakınlarının bakımı daha çok hemşireden beklemesi gibi nedenlerle, bireysel boyutta ise stoma bakımı

hakkında yeterli bilgiye sahip olamama, hastayı bakıma katmada ve hastaya psikolojik yaklaşımda bulunmada zorlanma gibi güçlükler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler stomalı bireylerin çoğunlukla beden imajında değişim, sosyal izolasyon, sosyal hayata uyumda zorluk, stomayı kabul etmeme gibi güçlükler yaşadıklarını ifade etmişler, stomalı bireyin uyumlarını artırmaya yönelik ise stomalı bireylerin birbirleriyle tanıştırılmasını, bireylere ameliyat öncesi ve sonrası stoma bakım hemşireleri tarafından eğitim verilmesini ve stomalı bireylere yönelik etkinliklerin düzenlenmesi gerektiğini önermişlerdir.

### Sonuç:

Araştırma sonucunda; klinik hemşirelerinin stomalı bireylerin bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesinden stoma ve yara bakım hemşirelerinin sorumlu olduğunu düşündükleri, kendilerinin klinikte bazı bakım girişimlerini uygulayabildikleri, stomalı bireylerin birçok problemle baş etmek zorunda kaldığını ve bu problemleri çözmede stoma ve yara bakım hemşirelerinin vereceği eğitimin önemli olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda klinik hemşirelerinin stomalı bireye bakım verirken bazı uygulamaları yapabilmesi, hastaya bakım verirken kendilerini daha rahat hissedebilmeleri ve hastayı doğru yönlendirebilmeleri için stoma bakımına yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.

### HS06

#### Stomalı Bireylerde Beden İmajı Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Özgül Karayurt<sup>1</sup>, Aylin Durmaz Edeer<sup>1</sup>, Gülseren Süler<sup>2</sup>, Hatice Dorum<sup>1</sup>, Deniz Harputlu<sup>2</sup>, Fatma Vural<sup>1</sup>, Ceylanım Üçer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir

### Amaç:

Stoma, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuvar barsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılmaktadır. Değişik yöntemlerle yapılan stomanın ortak amacı gaita ve idrarın geçici veya kalıcı karın duvarından boşaltılmasını sağlamaktır. Stoması olan bireylerin, beden imajının olumsuz etkilendiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Türkiye'de stomalı hastalar için beden imajını değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçeğe ulaşılamamıştır. Stomalı bireylerin, beden imajlarını değerlendirmek için İngiltere'de 2001 yılında Hopwood ve arkadaşları tarafından geliştirilen 'Beden İmajı Ölçeğinin' Türk toplumu için geçerliliği ve geçerliğini incelemektir.

### Gereç-Yöntem:

Araştırma metodolojik tipte yapılmıştır. Örnekleme en az üç aydır stoması olan 100 birey oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında sosyodemografik ve klinik özellikler formu ve beden imajı ölçeği kullanılmıştır. Beden imajı ölçeği 10 maddeden oluşmaktadır.

### Bulgular:

Örnekleme alınan bireylerin %57'si erkek, %43'ü kadın, %84'ü evli, %16'sı bekar olup yaş ortalaması  $57.27 \pm 11.23$  dir. Bireylerin %81'ine kanser nedeniyle stoma açılmıştır.



## Antalya

Ölçeğin dil geçerliğinde İngilizceden Türkçe'ye çeviri ve geri çeviri teknikleri kullanılmıştır. Ölçeğin içerik geçerliği uzman görüşü ile sağlanmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde içerik geçerlik indeksi kullanılmıştır. Madde içerik geçerlik indeksi ve ölçeğe bağlı içerik geçerlik indeksi 0.94'dür. Beden imajı ölçeğinin yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile sınanmış olup orijinal ölçeğe benzer olarak tek faktör elde edilmiş ve faktör yüklerinin 0.65-0.93 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğe ait uyum indeksleri kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Beden İmajı ölçeği'nin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı cronbach alfa 0.94 olarak saptanmıştır. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.75-0.91 arasında değişmektedir. Beden İmajı ölçeği'nin test-tekrar test toplam puan ortalamaları aralarındaki fark anlamsızdır (t: 0.829; p>0.05). Beden İmajı ölçeği'nin değişmezliği için yapılan test- tekrar test korelasyon katsayısı 0.85'dir.

**Sonuç:**

Madde içerik geçerlik indeksi ve ölçeğe bağlı içerik geçerlik indeksinin 0,90'nın üzerinde olması uzmanlar arasında uyum olduğunu göstermektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen faktör yükleri, ölçek maddelerinin güçlü bir ilişkide olduğunu göstermektedir. Ölçeğe ait uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olması, Türkçe ölçeğin faktör yapısının orijinal ölçeğe benzer olduğunu göstermektedir. Beden imajı ölçeğinin cronbach alfa değeri ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Test tekrar test güvenilirlik katsayısının yüksek olması, ölçeğin zamana karşı değişmezliğini ve tutarlı olduğunu belirtmektedir. Türkçe Beden İmajı Ölçeğinin stomalı bireylerin beden imajını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır. Stomalı bireylerin beden imajının değerlendirilmesinde kullanılması önerilmektedir.

**HS07****Bağırsak Stoması Olan Bireylerde Planlı Grup Etkileşiminin Sosyal Uyuma Etkisi**

*Hatice Karabulut<sup>1</sup>, Leyla Dinç<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Beşevler-Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Sıhhiye-Ankara

**Amaç:**

Stomalı bireylerin; koku, dışkı sızıntısı, gaz çıkarma ve cilt problemleri gibi nedenlerle aile ilişkileri, iş yaşantıları, sosyal ve cinsel yaşamları olumsuz yönde etkilenmekte, dışkı kontrolünün kaybı ve torbaya bağımlı olma nedeniyle de fiziksel ve sosyal aktivitelerinde azalma görülmektedir (Harris et al.2004; Bekkers et al. 1997). Ayrıca fiziksel görünümdeki değişiklikler bireylerin beden imajında değişme, benlik saygısında azalma, anksiyete, sinirlilik, kızgınlık ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. (Burch, 2005). Bu nedenlerle bireyler, kendilerini toplumdaki çekme ve soyutlama eğilimindedir (Karadağ et al. 2003; Ayaz 2007; Brown and Randle 2005). Stomalı bireylerin sosyal uyumunu sağlamak için, bireylere fiziksel olduğu kadar psikososyal destek vermek ve onların hastalığa uyumlarını artırıcı girişimlerde bulunmak stoma ve yara bakım hemşirelerinin sorumluluklarındadır (Zabalegui et

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

al. 2005). Stomalı bireyleri diğer stomalı bireylerle biraraya getirerek destek gruplarının oluşturulması sosyal uyumlarını kolaylaştırmaktadır. Sosyal uyum ile ilgili uygulamalar, hastaların kendileri tarafından oluşturulan kendi kendine yardım grupları, destek grupları şeklinde olabildiği gibi bir sağlık profesyoneli tarafından oluşturulan ve yönetilen rehberlik grupları, grup danışmanlığı, grup terapisi ve planlı etkileşim gruplarını da bulunmaktadır (Zabalegui et al. 2005; Mete 2008). Literatürde kanser tanısı almış hastalarla psikososyal destek konularını içeren planlı grup etkileşimlerinin uygulandığı ve gruba katılan bireylerin olumlu etkilendikleri, depresyon oranının azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Zabalegui et al. 2005; Bredin et al. 1999). Ancak stomalı hastalara yönelik planlı grup etkileşiminin etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya raslanılmamıştır. Sadece stomalı hastalar tarafından oluşturulmuş destek gruplarının olduğu belirlenmiştir (Lyons 2001). Bu araştırmanın amacı; planlı grup etkileşimi yönteminin bağırsak stoması olan bireylerin sosyal uyumlarına etkisini belirlemektir.

**Gereç-Yöntem:**

Araştırma deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan yazılı izin ve araştırma kapsamına alınan bireylerden de yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın evrenini Eylül 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında bir üniversitesi hastanesinin stomaterapi ünitesinde izlenen ileostomi ve kolostomili bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler planlı grup etkileşimi toplantılarına katılma durumlarına göre deney (n:23) ve kontrol (n:27) grubuna alınmıştır. Deney grubundaki bireylere stomaterapi ünitesindeki hizmetlere ek olarak araştırmacı tarafından 6 haftalık "Planlı Grup Etkileşimi Yöntemi" uygulanmış, kontrol grubundaki bireyler ise sadece stomaterapi ünitesindeki bakım hizmetini almışlardır. Grup etkileşim toplantıları her hafta aynı günde yapılmış ve ortalama 90 dakika sürmüştür. Araştırmada bireylerin uyumlarını değerlendirmek amacıyla Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler, deney grubundaki bireylere ilk grup toplantısından önce, 6 haftalık toplantı süreci bitiminde ve grup toplantıları bitiminden sonraki 1. ayda olmak üzere 3 kez uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin değerlendirmeleri de aynı sürelerde yapılmıştır.

**Bulgular:**

Araştırmada, deney grubunda yer alan bireylerin planlı grup etkileşim toplantısından sonra Ostomi Uyum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının giderek arttığı, kontrol grubunun puan ortalamasında ise bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinden ise hem deney hem de kontrol grubunun aldıkları puan ortalamalarının zamanla uyum yönünde değiştiği saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin sosyo-demografik ve stoma ile ilişkili değişkenler açısından uyum puanlarının benzer olduğu bulunmuştur. Her iki ölçek açısından deney grubundaki 51-60 ve 61-70 yaş aralığındaki, evli, yükseköğretim mezunu, stoması kalıcı olan, stoma süresi 12 ay ve daha kısa ile 61 ay ve daha uzun olan ve stoma bakım bilgisi yeterli olan bireylerin uyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca deney grubundaki bireyler; psikolojik olarak

birbirlerinden destek aldıklarını, stoma bakımında ve günlük yaşamda karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm yollarını paylaştıklarını ve bilgilendiklerini belirtmişlerdir.

#### Sonuç:

Araştırma sonucunda planlı grup etkileşiminin stomalı bireylerin sosyal uyumlarının artmasında etkili olduğu bulunmuştur. Stomalı bireylerin stomaya ve sosyal yaşama uyumlarının sağlanmasında çok büyük önemi olan stoma ve yara bakım hemşirelerinin yaygınlaştırılarak her kurumda bu hizmetin sertifikalı hemşireler tarafından verilmesi, planlı grup etkileşimi yönteminin stomalı bireylere yönelik hemşirelik bakım uygulamaları içerisinde yer alması önerilmektedir.

#### HS08

### Stomalı Hastaların Cinsellikle İlgili Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi

Deniz Harputlu<sup>1</sup>, Fatma Vural<sup>2</sup>, Özgül Karayurt<sup>2</sup>, Gülseren Süler<sup>1</sup>, Aylin Durmaz Edeer<sup>2</sup>, Ceylanım Üçer<sup>1</sup>, Deniz Cenani Onay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

#### Amaç:

Stoma açılması, cinsel yaşamı uzun dönemde etkileyebilmekte ve cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir. Türkiye’de stomalı hastaların cinsel sorunlarının incelendiği kalitatif çalışmalara ulaşılamamıştır. Stomalı hastaların cinsellikle ilgili yaşadığı sorunları ve bu konuda hemşirelerden beklentilerini açıklamaktır.

#### Gereç-Yöntem:

Fenomonolojik nitel bir çalışmadır. Veriler derinlemesine görüşme yöntemiyle yapılandırılmamış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Görüşmeler bir üniversite hastanesinin stoma ve yara bakım ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul ve kurum izni, hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Toplam 14 hasta ile görüşülmüştür. Veriler içerik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

#### Bulgular:

Stomalı hastaların cinsellikle ilgili yaşadığı sorunlara ilişkin cinsel yaşamdaki değişiklikler, beden imajında değişiklik, cinsel ilişki sırasında yaşanan korku ve endişeler, cinsel sorunların psikolojik etkisi ve hemşireden beklentiler olmak üzere toplam beş ana tema saptanmıştır. Cinsel yaşamdaki değişiklikler teması altında; stomanın cinsel ilişki sırasında yarattığı güçlükler, eş/partner ile ilişkide değişiklikler, fizyolojik sorunlar, cinsel doyum ve cinsel istek/isteksizlik alt temaları yer almaktadır.

#### Sonuç:

Stomalı hastalar; beden imajlarının bozulduğunu buna bağlı olarak cinsel çekiciliklerinin azaldığını, ameliyattan sonra ilk cinsel ilişkiden korktuklarını ve endişelerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca hastalar, eş/partnerleri ile birlikte uyumadıklarını, erkek hastalar erektil disfonksiyon, kadın hastalar ilk cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadıklarını açıklamıştır. Hastalar ameliyattan sonra cinsel ilişkiye ne zaman başlayabilecekleri ve yaşadıkları bu sorunlara ilişkin

bilgi sahibi olmadıklarını ve bu konuda hemşirelerden bilgi ve destek almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu doğrultuda stoma bakım hemşirelerinin, stomalı hastalara ameliyat öncesinden başlayarak cinsel danışmanlık vermesi önerilmektedir.

#### HS09

### Stoma Bölgesinin İşaretlenmesinin Stomal ve Parastomal Komplikasyonlar Üzerine Etkisi

Zehra Göçmen Baykara<sup>1</sup>, Sevil Güler Demir<sup>1</sup>, Ayişe Karadağ<sup>1</sup>, Deniz Harputlu<sup>2</sup>, Aysel Kahraman<sup>3</sup>, Sercan Karadağ<sup>4</sup>, Aysel Ören Hin<sup>5</sup>, Eylem Toğluk<sup>6</sup>, Meral Altınsoy<sup>7</sup>, Sonca Erdem<sup>8</sup>, Rabia Cihan<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir

<sup>4</sup>Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

<sup>5</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

<sup>6</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

<sup>8</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Bursa

<sup>9</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balçalı Hastanesi, Adana

#### Amaç:

Stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi, stoma ve yara bakım hemşiresinin ameliyat öncesi dönemdeki en önemli işlevlerinden biridir. Uluslararası Ostomi Birliği’ne göre ameliyattan önce, stoma bölgesinin hastanın tüm konforunu düşünecek şekilde belirlenmesi stomalı bireylerin temel hakkıdır. Stoma bölgesinin belirlenmesi süreci, bireylerin ameliyat öncesi dönemde stoma, stoma bakımı ve kullanılacak ürünler ile ilgili bilgilendirilmesine, stomaya ve stoma bakımına uyumlarının artmasına, stomal/parastomal komplikasyon gelişme oranının azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır. Stoma bölgesinin belirlenmesi, stoma açılacak bireylerle işbirliği içinde gerçekleştirilen bir işlem olup, bireylerin stomaya uyumunun ilk aşaması olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda Yara Ostomi Kontinans Hemşireleri Derneği (YOİHD) ve Amerikan Kolon Rektum Cerrahileri Derneği, stoma açılması planlanan tüm hastaların ameliyattan önce bu konuda eğitilmiş, deneyimli ve yetkili bir klinisyen tarafından stoma bölgesinin belirlenmesini ve işaretlenmesini önermektedir. Ülkemizde stoma bölgesinin işaretlenmesi, 2000 yılında ilk stomaterapi ünitesinin kurulmasından itibaren az sayıda merkezlerde yapılmaktadır. Gözlemlerimize ve ilgili literatüre göre ameliyat masasında abdomenindeki kıvrımların düzleştiği sırt üstü yatar pozisyonda olan bireye stomanın her zaman uygun bölgeden açılmamakta buna bağlı birçok komplikasyon gelişmektedir. Stoma bölgesinin işaretlenmesinin stomal/parastomal komplikasyonlar üzerine etkisinin belirlenmesine yönelik ülkemizde herhangi bir araştırma bulunmamaktadır. Bu nedenle YOİHD stoma bölgesinin işaretlenmesini ülkemiz için öncelikli konular arasında kabul ederek mevcut durumu ortaya koymak, ilgi uyandırmak ve konunun önemini vurgulamak için bu çalışmayı planlamıştır. Bu araştırma; stoma bölgesinin işaretlenmesinin stomal ve parastomal komplikasyonlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla çok merkezli, retrospektif ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Evren ve Örneklem; Araştırmanın evrenini Türkiye’deki 16 stomaterapi ünitesi tarafından takip edilen tüm hastalar

oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden 8 stomaterapi ünitesi tarafından 01.01.2012-31.12.2012 tarihleri arasında takip edilen ve kayıtları eksiksiz olan 748 hasta oluşturmuştur. Veri Toplama Formu; Araştırmadaki veriler, araştırmacıların klinik deneyimlerine ve güncel literatüre dayanarak geliştirdikleri veri toplama formu aracılığıyla toplanmıştır. Veri toplama formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, ameliyatı, stoma bölgesinin işaretlenme durumu, işaretlemeyi yapan kişi, komplikasyon gelişme durumu ve gelişen komplikasyonlara ilişkin 10 soru yer almaktadır. Veri Toplama Formunun Uygulanması; Araştırmanın verileri, 12 Aralık 2012-28 Şubat 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama formu, araştırmacı olarak çalışmaya katılan 8 stomaterapi ünitesinin hemşireleri tarafından, ünitelerin 01.01.2012-31.12.2012 tarihlerine ait kayıt formlarından yararlanarak doldurulmuştur. Eksik verisi olan stomalı bireyler araştırma kapsamına alınmamıştır. Verilerin Analizi; Araştırmada elde edilen veriler bilgisayarda IBM SPSS for Windows 20.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik hesabı, Ki-kare, Fisher kesin ki-kare ve Fisher kesin ki-kare testinin çok gözlü (r x c boyutlu) tablolar için genellenmiş biçimi kullanılmıştır. Araştırmanın Etik Yönü; Bu araştırma, Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği tarafından planlanmıştır. IV. Yara ve Stoma Bakım Hemşireleri toplantısında, hemşirelere araştırmanın amacı, yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden stoma ve yara bakım hemşirelerinden sözlü, kurumlardan da yazılı izin alınmıştır.

#### Bulgular:

Araştırma kapsamında yer alan stomalı bireylerin %54.5'i erkek, %72.2'si 50 yaşın üzerinde ve %72.9'u kanser tanısıyla izlenmektedir. Bireylerin %47.3'üne kolostomi, %48.5'ine ileostomi ve %2.8'ine ise ürostomi açılmış olup, bu stomaların %74.3'ü geçici süre ile oluşturulmuştur. Bireylerin %70.5'ine ameliyatlarının planlı olarak yapılmasına rağmen, yalnızca %38.4'ünün (n=287) ameliyattan önce stoma bölgesinin işaretlendiği belirlenmiştir. Stoma bölgesini işaretleyen kişilere bakıldığında, sadece %66.6'sının stoma ve yara bakım hemşiresi tarafından işaretlendiği saptanmıştır. Çalışmada, hastaların %33.2'sinde (n=248) stomal ve/veya parastomal komplikasyon gelişmiş olup, en sık görülen ilk üç komplikasyon sırasıyla parastomal cilt problemleri (%48.7), mukokütanöz ayrılma (%18.6) ve stomal retraksiyon (%11.1)'dir. Stoma bölgesi işaretlenmeyen bireylerde komplikasyon oranı %46 iken, işaretlenen bireylerde bu oranın %22.9 olduğu belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2=46.408$ ,  $p<0.001$ ). Stoma bölgesinin işaretlenmesiyle birlikte mukokütanöz ayrılma, retraksiyon ve parastomal cilt problemlerinin görülme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu ( $p<0.005$ ) saptanmıştır. Çalışmada ayrıca planlı ameliyat olan bireylerin %31.1'inde komplikasyon gelişmesine rağmen acil ameliyat olan bireylerde bu oran %40.0 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=5.501$ ,  $p=0.019$ ). Acil cerrahi girişim uygulanan hastalarda mukokütanöz ayrılma görülme oranı planlı girişim uygulananlara göre daha fazladır ( $X^2=9.220$ ,  $p=0.002$ ).

#### Sonuç:

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, ameliyattan önce stoma bölgesi işaretlenen bireylerde stomal ve parastomal komplikasyon gelişme oranı işaretleme yapılmayan bireylere göre anlamlı ölçüde düşüktür. Bu sonuca ek olarak, acil cerrahi girişim uygulanan bireylerde komplikasyonların planlı cerrahi girişim uygulananlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına dayanılarak ameliyat öncesi dönemde stoma ve yara bakım hemşireleri tarafından stoma bölgesinin işaretlenmesi önerilmektedir.

#### HS10

### Stoması Kapatılan Bireylerin Bağırsak Boşaltımlarıyla İlgili Yaşadıkları Güçlüklere İlişkin Duygu ve Düşünceleri

Zehra Göçmen Baykara<sup>1</sup>, Ali Ay<sup>1</sup>, Emine Akar<sup>2</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara  
<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Ankara  
<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

#### Amaç:

Stoma açılması, gastrointestinal sistem ve genitoüriner sisteme ilişkin birçok hastalığın tedavisinde gerekli olan cerrahi girişimdir. Hastaların yaşam şanslarını arttıran bir girişim olarak stoma, çeşitli nedenlerle açılmaktadır. Stomada, kontrolsüz koku, gaz ve gaita çıkması bireylerin yaşamlarını birçok boyutta olumsuz yönde etkilemektedir (1,2,3). Stomalı bireyler, stomayı kabullenme, stoma bakımını öğrenme, stomal/parastomal komplikasyonları önleme ve tedavi etme ve yeni yaşamlarına uyum sağlama, gibi güçlüklere baş etmek durumunda kalmaktadır. Bu güçlüklere yönelik stoma ve yara bakım hemşiresi bakım, eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmaktadır (3,4,5,6). Geçici stoması olan bireylerin, bir süre sonra yeni bir ameliyat ile stomaları kapatılmaktadır. Bu bireyler, stoma yerine yeniden anüsten dışkı yapmaya başlamaktadırlar. Bireyin bağırsak boşaltımına yeniden uyumunu gerektiren bu süreçte stoma ve yara bakım hemşirelerinin stoması kapatılan bireylerin beslenmeleri, boşaltımları konusunda eğitim vermeleri gerekmektedir. Bu bağlamda stoması kapatılan bireylerin bağırsak boşaltımlarında ne tür güçlüklere yaşadıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerinin bireylere daha etkin bir hemşirelik yaklaşımı geliştirmek için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma, stoması kapatılan bireylerin bağırsak boşaltımlarıyla ilgili yaşadıkları güçlüklere ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Evren ve Örneklem: Çalışmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin Stomaterapi Ünitesi'nde takip edilen ve stoması kapatılan bireyler, örneklemini ise Temmuz 2012- Ocak 2013 tarihleri arasında stoması kapatılan 20 bireyden araştırmaya katılmayı kabul eden 11 birey oluşturmuştur. Verilerin Toplanması: Veriler, araştırmacıların klinik deneyimlerine ve literatüre dayanarak geliştirdikleri, 20 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Veri toplama formunun ilk bölümünde; bireylerin yaş, cinsiyet, tıbbi tanısı, stoma tipi ve stoma süresi gibi sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 7 soru, ikinci bölümünde ise bireylerin stomayla yaşamaya, stoma kapatılması ameliyatına,



stoma kapatıldıktan sonraki bağırsak alışkanlığına ve stoma kapatılmasına yönelik duygu ve düşüncelerine ilişkin 13 soru yer almıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından yüzyüze görüşme ve telefonla görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Stoma ve yara bakım hemşiresi, stoması kapatılan bireyleri klinikte ya da stomaterapi ünitesinde taburcu olmadan önce değerlendirmiş, araştırma hakkında bilgilendirmiş ve araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formlarını uygulamıştır. Araştırma kapsamına alınan bireyler taburculuk sonrasında 1. ve 3. aylarda telefonla aranarak bu süre içerisinde bağırsak boşaltımında yaşadıkları güçlükler, duyguları ve düşünceleri sorgulanmıştır. Verilerin Analizi: Nicel verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik hesapları, nitel verilerin değerlendirilmesinde ise tematik analiz yöntemi kullanılmıştır.

### Bulgular:

Stoması kapatılan bireylerin %63.6'sı erkek, %81.8'i evlidir. Bireylerin yaş ortalamaları  $49.09 \pm 15.24'$  tür. Bireylerin stoma ile yaşam süreleri 1 ay ile 4 yıl arasında değişmekte olup ortalama 3 aydır. Bireyler, stoma ile yaşamaya ilişkin olarak; sızıntı-tahriş sorunu yaşama, torbanın düşeceği endişesini hissetme, evden dışarıya çıkamama, seyahat edememe, birine bağımlı olma gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bireyler stomalarının kapatılmasından  $3.8 \pm 1.4$  gün sonra gaita yaptıklarını, %54.5'i gaita çıkışında ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bireylerin %72.7'si gaz çıkışı sırasında herhangi bir ağrı yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bireyler, stomaları kapatılınca sevinç, mutluluk ve memnuniyet duygularını hissettiklerini ifade etmişlerdir. Stomanın kapatılmasını takip eden birinci ay içinde bireylerin çoğunluğu gaz çıkışının fazla olduğunu, ancak kısa sürede normale döndüğünü belirtmişlerdir. Üçüncü ayda ise bireylerin büyük çoğunluğu herhangi bir sorun yaşamadıklarını, stomasız yaşamlarından memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

### Sonuç:

Sonuç olarak, bireylerin, stoma kapatılmasından sonraki ilk dönemlerde gaz ve gaita çıkışına yönelik sorunlar yaşamış olmalarına rağmen stomalarının kapanmasından oldukça memnun oldukları saptanmıştır. Bireylerin memnuniyetini artırmak ve yeni yaşamlarına daha çabuk uyumlarını sağlamak amacıyla stoma kapatılması sonrasında stomaterapi ekibi tarafından gaz, gaita çıkışı ve beslenmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi önerilmektedir.

## HS11

### İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Stoma

#### Deneyimimiz

Ebru Kırbıyık, Eylem Toğluk Yiğitoğlu,  
Arzu Kader Harmancı Seren, Bilgi Baca  
İstanbul Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

### Amaç:

Bu çalışmada amaç, kliniğimizde inflamatuvar barsak hastalığı nedeniyle yatırılan ve ameliyat edilen hastalarda stoma deneyimimize ilişkin verileri ortaya koymaktır. Tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

### Gereç-Yöntem:

Çalışmada kliniğimizde inflamatuvar barsak hastalığı nedeniyle yatırılan toplam 124 hastadan takibimizde olan 96 tanesinin tıbbi kayıtlar retrospektif olarak incelenmiştir. Kayıtlar SPSS 16.00 paket programına girildikten sonra analiz edilmiştir. Analizde yüzde frekans testleri ve çapraz tablolar kullanılmıştır.

### Bulgular:

Hastaların çoğunluğunun (%60,4) erkek ve yaş ortalamasının  $37,59 \pm 11,81$  olduğu, % 77,1'inin Crohn, % 22,9'unun ise Ülseratif kolit tanıları ile yatırıldığı belirlenmiştir. Hastaların % 58,3'ünde stoma açıldığı, ortalama stoma süresinin  $5,71 \pm 4,40$  ay olduğu ve stoma açılan hastaların % 50'sinde stoma bölgesinde komplikasyon geliştiği, gelişen komplikasyonların % 50'sinin de hiperemik lezyon olduğu saptanmıştır.

### Sonuç:

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında Crohn ve Ülseratif kolit tanılı hastalarda stoma açılma oranları ve gelişen komplikasyon oranları görülmektedir. Literatüre incelendiğinde ileostomi açılması nedeniyle parastomal cilt problemi görülme oranları çalışma ile paralellik göstermektedir.

## HS12

### Stomalı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin

#### Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Bir Çalışma

Deniz Harputlu<sup>1</sup>, Ayişe Karadağ<sup>2</sup>, Zehra Göçmen Baykara<sup>2</sup>,  
Hatice Karabulut<sup>2</sup>, Eylem Toğluk<sup>3</sup>, Sonca Erdem<sup>4</sup>,  
Sercan Karadağ<sup>5</sup>, Emine Akar<sup>6</sup>, Meral Altınsoy<sup>7</sup>, Yasemin Akıl<sup>8</sup>,  
Sezai Leventoğlu<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

<sup>4</sup>Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi

<sup>5</sup>Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi Hastanesi

<sup>6</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

<sup>8</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

<sup>9</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

### Amaç:

Stoma açılmasının bireyin yaşamını tüm boyutları ile etkilemesi özellikle de fiziksel görünüm ve vücut fonksiyonlarındaki değişim nedeniyle, stomalı hastaların yaşam kalitesi giderek artan bir şekilde klinik ve epidemiyolojik çalışmalara konu olmaktadır. Bağırsak stomaları, gerek fazla görülmesi, gerekse bireyin koku, istemsiz gaz çıkışı ve dışkı sızıntısı nedeniyle kendini toplumdan izole etmesi açısından ayrı bir önem taşır. Stomalı hastalara etkili ve kaliteli bakım verebilmek için sağlık personelinin öncelikle hastaların yaşam kalitelerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemesi gerekir. Bu araştırmanın amacı, kolostomili ve ileostomili bireylerin yaşam kalitelerini belirlemektir. Ayrıca bir alt amaç olarak, ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmış olan iki yaşam kalitesi ölçeğinin birlikte uygulanması ile ölçeklerin birbiriyle olan uyumları da incelenmiştir.

### Gereç-Yöntem:

Bu araştırma, tanımlayıcı nitelikte prospektif bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden



7 stomaterapi ünitesinde 01.09.2011-01.09.2012 tarihleri arasında takip edilen, yeni kolostomi ve ileostomi açılan hastalar oluşturmuştur (n=135). Verilerin toplanmasında, Stomalı Bireyleri Tanılama Formu, Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stoma-QOL), Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği (SQOLS) kullanılmıştır. Stomalı Bireyleri Tanılama Formu araştırma kapsamına alınan her bireye çalışmanın başında bir kez uygulanmıştır. Stoma-QOL ve SQOLS ise 6 ay içinde kapatılacak geçici stomalı bireylere, stoma ameliyatından sonraki ilk 1 ay içinde ve stoma kapatılmadan hemen önce; stoması 6 aydan uzun süren ve kalıcı stoma açılan bireylere ise ameliyattan sonraki 1. Ay ve 6.ayda ayda olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Araştırmanın uygulanması için Gazi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın uygulanacağı kurumlardan yazılı, hastalardan sözel izin alınmıştır.

### Bulgular:

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 51,56±15,49 olup %57,0'si erkek, %47,7'ü ilköğretim okulu mezunu, %78,5'i evli, %58,7'si herhangi bir işte çalışmamakta ve %91,9'u ailesi ile yaşamaktadır. Bireylerin stoma özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, %54,1'inin kolostomisi vardı, %78,5'inin stoması geçiciydi, %65,9'unun stoması kanser nedeniyle açılmış, %77,0'sinin stoması planlı olarak açılmış, %63,7'sinin stoma bölgesi ameliyat öncesi işaretlenmişti. Aynı zamanda, bireylerin %50,4'ünün stoma bakımını başkası yapıyordu ve %85,2'sinin herhangi bir stoma komplikasyonu yoktu. Stoma komplikasyonu olan hastalarda en fazla görülen problem peristomal cilt komplikasyonuydu. Stoma kapatılması öncesi ölçekler hastalara tekrar uygulandığında, Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni dolduran hasta sayısı 119, Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni dolduran hasta sayısı 121'di. Birinci uygulamada Stoma-QOL'ye göre bireylerin yaşam kalitesi puan ortalaması 60,18±19,36 ikinci uygulamada ise 61,96±16,59 olarak bulundu. İki ölçüm arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05). SQOLS'nin iş ve sosyal yaşam alt boyutunun birinci uygulamadaki puan ortalaması 47,79±23,34, ikinci uygulamadaki puan ortalaması ise 53,61±21,44 olarak bulundu. Bu iki ölçüm arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Cinsellik ve beden imajı alt boyutunun ilk ölçümdeki puan ortalaması 52,10±24,10, ikinci ölçümdeki puan ortalaması 53,01±18,42 olarak bulundu. Stoma fonksiyonu alt boyutunun ilk ölçümdeki puan ortalaması 53,61±23,52, ikinci ölçümdeki puan ortalaması ise 57,67±21,02 olarak bulundu. Bu ölçümler arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05). İki ölçümdeki Ölçek puanları ile bireylerin genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, bireylerin cinsiyeti, stoma açılma türü (planlı veya acil), ameliyat öncesi stoma bölgesinin işaretlenmesi ve stoma bakımını kimin yaptığı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (p>0,05). İlk uygulama sonucu, Stoma-QOL toplam puanı ile medeni durum ve bireyin kiminle yaşadığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. SQOLS alt boyutu olan iş ve sosyal yaşam ile medeni durum ve meslek arasında, cinsellik ve beden imajı alt boyutu ile meslek, bireyin kiminle yaşadığı ve eğitim durumu arasında, stoma fonksiyonu alt boyutu ile meslek, eğitim durumu ve gelir gider durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (p<0,05). Ayrıca, Stoma-QOL' nin birinci ve ikinci uygulamadaki toplam puanı ile SQOLS'nin alt boyutları arasında pozitif bir korelasyon olduğu bulundu.

### Sonuç:

Araştırma sonuçlarına göre, bireylerin medeni durumu, eğitim durumu, gelir gider durumu, meslekleri, kiminle yaşadıkları, stoma tipi ve stoma komplikasyonu bulunup bulunmaması yaşam kalitelerini etkilemektedir. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmış olan iki ölçeğin de bireylerin yaşam kalitelerini ölçmede uyumlu sonuçlar verdiği bulunmuştur. Ayrıca, SQOLS'nin alt boyutlarının ayrı ayrı değerlendirilebiliyor olmasının bireylerin yaşam kalitesi üzerine etki eden etmenleri belirlemede daha spesifik sonuçlar verdiği belirlenmiştir.

### HS13

#### Parastomal Bölgede Kimyasal İrritan Dermatit

Meral Altunsoy, Emre Balık, Metin Keskin

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi*

### Amaç:

Ostomi sık uygulanan ve hastanın hayatını kurtarabilecek bir fonksiyona sahip olmasına rağmen gelişebilecek komplikasyonlar nedeni ile insan yaşamını fiziksel, emosyonel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden etkilemektedir. Aşağıdaki vaka örneğinde kolorektal kanser ameliyatı geçirmiş bir hastanın ameliyat sonrası dönemdeki deneyimleri, parastomal cilt komplikasyonu, maserasyon ve bütüncül bakım süreci ele alınmıştır.

### Olgu:

Bayan S.D. 55 yaşında, 165 cm. boyunda, 80 kg. ağırlığında, eşinden ayrılmış, 2 çocuk annesi, ilköğretim mezunu ve ev hanımıdır. Bayan S.D.'ye batında şişlik şikayetleri ile başvurduğu dış merkezdeki bir hastanede distal rectum tümörü tanısı konulmuş 10.01.2013 tarihinde İntersfinkterik Proktectomi + Kolon Mobilizasyonu + Koloanal Anastomoz + Saptırıcı İleostomi ameliyatı yapılmıştır. Dış merkezde stoma bakım ve eğitimi bayan S.D.'ye ve ona bir süre refakat edecek kızkardeşine bir kez, firma yetkilileri tarafından verilmiştir. Bayan S.D. stomasından sızıntı olup günde bez kez adaptör değiştirmek zorunda kalınca bir yakını yardımı ile ünitemize başvurmuştur. Bayan S.D. İÜİTFSTÜ'nde 21.01.2013 tarihinde değerlendirilmiştir. Hastanın stomasının sağ alt kadranda yer aldığı, ciltten yüksek, yuvarlak, 35mm çapında, kırmızı renkli ve nemli olduğu belirlenmiştir. Parastomal cildin değerlendirilmesinde ise; çift parçalı düz adaptör kullandıkları, adaptör çapının stoma çapından büyük kesildiği, ağrı ve kaşıntılı dışkı ile temas eden ciltte maserasyonlar geliştiği için cildin ıslak ve kaygan olduğu saptanmıştır. Ayrıca cildi temizlemek için ıslak mendil kullandıkları belirlenmiştir. Hasta stoması ile basemediği için kendini çok kötü hissettiğini ve bu ameliyatı olmak yerine ölmek istediğini ifade etmektedir. Hastanın bu ifadelerine dayanılarak Liyezon Psikiyatrisi ile işbirliği içine girilmiş, tedavisine başlanmıştır. Bayan S.D.'nin parastomal alanı % 0.9 SF ile temizlendikten sonra çinko oksit içeren krem sürülerek yarım saat bekletilmiş, krem temizlendikten sonra pudra dökülerek cilt kurutulmuş, maserasyonu için alta gümüşlü örtü, üzerine de hidrocolloid örtü, stomanın çıktı gelen kısmı cilde yakın olduğu için de konveks adaptör ve kemer kullanılmış, stoma bakımı konusunda eğitim verilmiş, periyodik aralıklarla takibe alınmıştır. Yara bakım ürünlerinin temini konusunda Bayan S.D. maddi problemler yaşamıştır. Hasta düzenli olarak takip

edilmiş, bilgi eksiklikleri tamamlanmış, psikolojik tedavisi de devam etmiştir. Adaptörün ciltte 3 gün kalmasına bağlı hastanın kendini daha iyi hissettiği ve bakımına katıldığı, 21. gündeki bakımında da cildinin tamamen iyileştiği gözlenmiştir.

#### Sonuç:

Stoma genellikle malignite durumlarında hayat kurtaran bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Ancak ameliyat sonrası gelişen bazı komplikasyonlar stomalı bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilemekte ve sağlık giderlerini artırmaktadır. Bu nedenle sertifikalı stoma bakım hemşirelerince ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yapılan hasta eğitimi ve düzenli izlem, bireyin stoma ile yaşam konusunda gereksinimlerinin belirlenmesi ve emosyonel destek sağlanması çok önemli olduğundan stomaterapi ünitelerinin çoğaltılarak stoma bakım hemşirelerinin sayısının artırılması hasta ve yakınlarının bilinçlendirilmesine önemli katkı sağlayacaktır.

#### HS14

##### Bir Olgu: Stoma ve Gebelik

Eylem Toğluk Yiğitoğlu

İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi AD

#### Amaç:

Cerrahi prosedür olarak stoma açılması; bireyi fiziksel, ruhsal, psiko-sosyal ve toplumsal yönden etkileyebilmektedir. Bu nedenle ülkemizde stomalı birey olup hamile olan vaka sayısı nadirdir. Bu vaka sunumu ile meslektaşlarımız ile deneyimlerimizi paylaşmak, stomaterapi ünitelerinin, yapılan hemşirelik bakımının ve multidisipliner ekip anlayışının önemini bir kez daha vurgulanması amaçlanmaktadır.

#### Olgu:

Stomalı birey; 26 yaşında, Afganistan vatandaşı, 4 yıldır İstanbul'da yaşıyor, okuma yazma bilmiyor, orta derecede Türkçe konuşabiliyor. Hayatının büyük kısmını köyde geçirmiş ve geniş aileye sahiptir. İlk gebeliği olan bireyin gebe kalma süreci plansızdır. Rektovaginal Fistül nedeni ile dış merkezde 2011 yılında transvers loop kolostomi ameliyatı yapılmıştır. Gebeliğin 3. ayında stomaterapi ünitemize başvurmuştur. Stomanın özellikleri; kırmızı renkte, stomanın çapı ilk trimesterde 60mm, sonraki aylarda 80-85mm'dir. İlk trimester: tomurcuk 3-5cm. yüksekliğinde, 2-3 trimesterde ise prolebedir (yaklaşık 10-15cm) ve stoma sol alt kadranda. ilk trimesterde 70 mm, 2-3 trimesterde ise 100 mm adaptör ve torba kullanıldı. Stomalı bireyin düzenli aralıklarla takip edildi, multidisipliner ekip anlayışı (Genel Cerrahi AD., Stomaterapi ünitesi, Kadın-Doğum AD, Çocuk Hastalıkları AD) sağlandı. Sağlık güvencesinden yararlanması için rehberlik yapıldı. Gebeliği süresince annede ve bebekte anormal bir durum saptanmadı. 3. trimester dönemimde prolapsus nedeni ile stoma bakımı yapmakta ve yürümekte zorluk yaşadığını ifade etti. 33. hafta 4 günlük iken erken memran rüptürü ve makat geliş nedeni ile 26.06.2012 tarihinde sezeryana alınan birey erkek bir bebeği olmuştur. Bebek dış merkezde 23 gün yoğun bakım ünitesinde kalması nedeniyle anne sütü alamamıştır. Hastanemiz Çocuk kliniğinde muayenesi yapılmış olup bebeğin gelişiminde herhangi bir sorun saptanmamıştır. 07.09.2012 tarihinde hastanın stoması kapatılmıştır.

#### Sonuç:

Stoma açılmasını ilk başta kabullenemeyen birey, daha sonra hamile kaldığını öğrendiğinde stomasını unuttuğunu ve çok mutlu olduğunu belirtmiştir. Stomalı bireyin eşi ise, stomalı iken gebeliği devam ettirmesinin kendi sağlığı için problem teşkil etmesinden endişe ettiğinden dolayı gebeliği sonlandırılması gerektiğini söylediğini, fakat daha sonra ailesinde desteğiyle bu düşünceden vazgeçtiğini belirtmiştir. Çevresindeki kişilerin stoması ile ilgili soru sordukları ve 'artık sen yarı kadın, yarı erkeksin' dedikleri için evden dışarı çıkmadığını, hamile kaldığını ve bebeğin cinsiyetinin erkek olduğunu öğrendiğinde çevresindeki kişilerin olumsuz birşey söylemeyi bıraktıklarını ve kendisini taktir ettiklerini belirtmiştir.

#### HS15

##### Kompleks Stoma Olgusu

Rabiye Cihan, Yasemin Akıl, Ömer Alabaz

Ç.Ü.Balcı Hastanesi Genel Cerrahi A.D.

#### Amaç:

Stoma ve stoma çevresindeki dokularda gelişen komplikasyonlar, stomalı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Stoma bakım hemşirelerinin, stoma komplikasyonlarının önlenmesi, gelişen komplikasyonların bakımı ve tedavisinde önemli sorumlulukları vardır. Olgumuzda, geçici ileostomi olan bir bireyde gelişen fistül ve bası yarası komplikasyonlarına yönelik hemşirelik girişimleri yer almaktadır. Stomaterapi ekibinin yaptığı değerlendirmeler sonucunda parastomal alanda fistül gelişmesine bağlı sızıntı problemi, sızıntıya bağlı irritasyon, stomanın kıvrım bölgesinde açılmış olması ve bagetten kaynaklanan bası yarası, irritasyon gelişmesine bağlı ağrı komplikasyonlarının geliştiği belirlenmiştir.

#### Olgu:

Bay M.K. 32 yaşında, evli. Kolon kanseri tanısı ile 2012 yılında dış merkezde geçici ileostomi açılmış.12.02.2012 tarihinde kemoterapi tedavisi için onkoloji servisine yatırıldı. Stomaterapi ünitesinden, sızıntı problemi nedeniyle konsültasyon istendi. İlk değerlendirmede; stomanın sağ alt kadranda, end ileostomi, nemli ve kırmızı olduğu, parastomal alanda irritasyon ve saat 12-5, 9-12 yönünde nekrotik doku alanları içeren bası yarası geliştiği gözlemlendi. Saptanan sorunlar: Dışkı sızıntısına bağlı olarak adaptör- torba sisteminin çıkması, bası yarası, irritasyon, ağrı, ailenin stoma bakımına yönelik bilgi eksikliği. Hemşirelik bakımı: Parastomal alandaki bası yarasının bakımında; Hidrocolloid yara örtüsü uygulandı. Uygun adaptör-torba sistemi kullanıldı. Adaptör-torba sistemi 1 gün kaldı. Parastomal alan tekrar değerlendirildiğinde nekrotik dokunun altında saat 4-5 yönünde fistül olduğu gözlemlendi. Fistül stoma bakımına dahil edildi. Hastanın ağrısına yönelik doktor kontrolü ile analjezik uygulandı. Bakımla ilgili bilgi eksiklikleri tamamlandı.

#### Sonuç:

Bu vakada stomalı bireylerde gelişen komplikasyonlar, önlenmesi ve bakımında bütüncül bakım anlayışının önemi, hasta ve bakım vericilerinin, stomaterapi ekip üyeleri ile işbirliği yapmalarının stomal ve parastomal komplikasyonların önlenmesi ve bakımında etkili olduğu düşünülmektedir.

Antalya

**HS16****Stomalı Hastalarda Sorunlar, Girişimler ve Değerlendirme: Bir Yıllık Sonuçlarımız**Emel Arıkan<sup>1</sup>, Arzu İlçe<sup>2</sup>, Songül Yorgun<sup>3</sup><sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Stoma Hemşiresi, Bolu<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bolu<sup>3</sup>Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği, Verimlilik Birimi, Bolu**Amaç:**

Temelde altta yatan patolojiyi ortadan kaldırmak ve bireyin daha kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlamak amacıyla açılan stomalar bireyin tüm yaşantısını etkilemektedir. Stoma bir tedavi yöntemi olsa da kendine ait komplikasyonları olması nedeniyle dikkatli planlama, değerlendirme ve bakım gerektirir. Yeterli danışmanlık ve bakım hizmeti almayan hastalarda fizyolojik, sosyal ve psikososyal sorunlar gelişmektedir. Stoma, bir çok nedene bağlı olarak açılabilir. Özellikle kolorektal kanserlere bağlı barsak stomaları daha fazla görülmektedir. Bu nedenle hastaların kanser tanısının yanında stoma ile baş edebilmesi stoma bakımını, dolayısıyla stoma hemşiresinin görevini önemli hale getirmektedir. Kolorektal kanserlerin görülme sıklığının hem dünyada hem de ülkemizde artış göstermesi konunun önemini daha da artırmaktadır. Amaç: Bu çalışmada stoma hemşiresinin bir yılda takip ettiği hastalarda karşılaşılan sorunlar, girişimler ve değerlendirmelerin incelenmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:**

Çalışma Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı 514 yataklı bir devlet hastanesinde, stoma hemşiresinin 2012 yılında takip ettiği 27 hasta bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Stoma hemşiresinin hazırladığı stoma bilgi ve değerlendirme formu ile çalışma verileri elde edildi. Çalışma verileri tüm değerlendirmeleri kapsadı, zamana göre ayrılması çalışmanın sınırlı boyutunu oluşturdu. Elde edilen veriler SPSS istatistik programında kodlanarak sayı, yüzde ki-kare istatistik analizleri ile değerlendirildi. Çalışma için hastaneden gerekli izinler alındı.

**Bulgular:**

Stomalı hastaların %51.9 (n: 14)'ünün erkek, %55.6 (n: 15)'sinin yaşlı, %40.7 (n: 11)'sinin serbest meslek sahibi, %85.2 (n: 23)'sinin evli, %63.0 (n: 17)'ünün ilköğretim mezunu olduğu ve %88.9 (n: 24)'ünün ailesi ile beraber yaşadığı belirlendi. Hastalarda stoma açılma nedeni %74.0 (n: 20)'ünde kolorektal kanser, %11.1 (n: 3)'ünde barsak tıkanıklığı, %7.4 (n: 2)'ünde travma, %3.7 (n: 1)'sinde akut batın ve %3.7 (n: 1)'sinde kolon hastalığıdır. Literatürde de stoma açılmasının en önemli nedeni kolorektal kanserler olduğu belirtilmektedir. Stomalar %85.2 (n: 23) sol alt kadranda %77.8 (n: 21) ciltle aynı seviyede, %85.2 (n: 23) oranındaki loop kolostomidir ve %77.8 (n: 21)'i planlı olarak gerçekleştirilmiştir. İnsanın temel gereksinimlerinden biri olan barsak boşaltımı işlevini gerçekleştirmek amacıyla stoma açılması, bireylerin yaşantılarında sorunlara yol açmaktadır. Çalışma kapsamında değerlendirilen hastalarda yaşanan sorunlar tablosunda incelendiğinde, sırası ile sosyal, psikolojik ve fizyolojik sorunlar görüldüğü; en çok fizyolojik sorunlarda cilt irritasyonu (%36),

**VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi**

sosyal sorunlarda kişilerarası ilişkilerde bozulma (%53.6), psikolojik sorunlarda anksiyete (%64.5) olduğu belirlendi. Stomanın en genel komplikasyonu peristomal dermatittir ve kolostomili hastaların üçte birini, iliostomili hastaların üçte ikisini etkiler. İritan kontakt dermatit en fazla görüldüğüde alerjik kontakt dermatit de oluşabilmektedir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak fizyolojik sorunlar arasında en fazla cilt irritasyonu yani iritan kontakt dermatit görüldü. Stomalı hastalarda görülen sorunlardan anksiyete, stoma torbası kullanımına uyumsuzluk ve cilt sorunlarının yaşlılarda, kişilerarası ilişkilerde bozulmanın erkeklerde daha fazla görüldüğü ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0.05). Sorunlarla stomanın yeri, seviyesi, türü ve zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Stomalı hastalarda yaşanan sorunlara yönelik %48.1 (n:25) stoma bakım eğitimi, %36.5 (n: 19) psikolojik destek ve %15.4 (n: 8) beslenme eğitimi girişimlerinde bulunuldu; hastaların sorunlarının yaklaşık dörtte üçünün (%70.4) devam ettiği, dörtte birinin (%25.9) hemşirelik girişimleri ile çözüldüğü belirlendi.

**Sonuç:**

Stomaların dörtte üçünün açılma nedeni kolorektal kanserlerdir. Stoma hemşiresi tarafından değerlendirilen stomalı hastalar en çok sosyal sorunlar, daha sonra sırası ile psikolojik ve fizyolojik sorunlar yaşamaktadır. Fizyolojik sorunlarda cilt irritasyonu, sosyal sorunlarda kişilerarası ilişkilerde bozulma, psikolojik sorunlarda anksiyete daha fazla görülmektedir. Anksiyete, stoma torbası kullanımına uyumsuzluk ve cilt sorunlarının yaşlılarda, kişilerarası ilişkilerde bozulma erkeklerde daha fazla görülmektedir. Stoma bakım eğitimi, psikolojik destek ve beslenme eğitimleri ile sorunların dörtte biri çözülmüştür. Çoğunlukla stoma açılma nedeni olan kanser tanısı almış olan hastalarda fizyolojik sorunlar yanında psikolojik ve sosyal sorunların da oluştuğu; bunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin artırılması, benzer hastalarla tanıştırılması ve sosyal aktivitelerde bulunulması önerilmektedir.

**Stomalı hastalarda görülen sorunların dağılımı**

Fizyolojik sorunlar	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Sorun yok: 11, Sorun var: 16		
Cilt irritasyonu	9	36.0
Torbayı kullanmaya uyumsuzluk	8	32.0
Beslenme	4	16.0
Konstipasyon	4	16.0
Toplam	25	100
Sosyal sorunlar	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Sorun yok: 2, Sorun var: 25		
Kişilerarası ilişkilerde bozulma	15	53.6
Sosyal izolasyon	13	46.4
Toplam	28	100
Psikolojik sorunlar	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Sorun yok: 3, Sorun var: 24		
Anksiyete	20	64.5
İnkâr	7	22.5
Benlik saygısında azalma	2	6.5
Yetersizlik duygusu	2	6.5
Toplam	31	100

\*Birden fazla yanıt verildiğinden yüzdelere n üzerinden alınmıştır.



**HS17****Stoma Bakımı Eğitim Aracı Geliştirme Çalışması Örneği: İhtiyaç-Süreç ve Ürün**

*Ayişe Karadağ, Zehra Göçmen Baykara, Hatice Karabulut, Deniz Öztürk, Aysel Ören Hin*

*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

**Amaç:**

İntestinal stoma açılan bireyler fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda birçok sorun yaşamaktadır. Çoğunlukla önlenabilir olan fizyolojik sorunlar çözülmediğinde, bireylerin baş etme yeteneğini, stomaya ve stomalı yaşama uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (1,2). Fizyolojik sorunlar arasında; koku, kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı, torbanın / adaptörün açılmasına bağlı dışkı sızıntısı ve cilt tahrişi yer almaktadır (3,4). Özellikle stomanın uygun bölgeden arılması nedeniyle fizyolojik sorunların görülüş sıklığı artmaktadır. Bireylerin fizyolojik sorunlarla baş etmelerini kolaylaştırmak, stomaya ve sosyal yaşama uyumlarını sağlamak için yapılabilecek en önemli girişim stomanın ve peristomal cildin bakımını doğru öğrenmelerini sağlamaktır (5,6). Stomalı bireyin eğitiminde amaç, özellikle kalıcı stomalarda bireyin ve/veya yakının stoma bakımını doğru yapmasıdır. Yetişkin eğitimindeki temel ilkelerden biri, bireyle ilgili bilgi ve becerileri çok sayıda duyu organına hitap eden eğitim araç-gereci kullanarak kazandırmaktır. Bu ilkedan hareketle stoma ve yara bakım hemşiresi, bireylere stoma bakımı konusunda görsel ve işitsel eğitim materyalleri kullanarak onları bilgilendirmeli, stoma bakımını kendisi yapabilir hale gelinceye kadar izlemeli ve bakımı içeren eğitim materyalleri vermelidir. Ancak ülkemizde stoma bakımı, birçok kurumda bu konuda yeterli ve /veya yetkili olmayan kişiler tarafından kısa sürede verilebilmekte ve hastaya çoğu zaman herhangi bir eğitim materyali sunulmamaktadır. Stoma bakımı konusunda bazı kurumlar tarafından oluşturulmuş eğitim kitapçıkları bulunmakla birlikte bu sayı yaygın değildir. Tüm bu gerekçelerle Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği (YOİHD) tüzüğündeki hedefleri doğrultusunda, ulusal düzeyde standart bir stoma bakımına katkı sağlayacak olan, en güncel ve kanıt dayalı bilgi ve becerileri içeren eğitim CD'leri geliştirme çalışmasını başlatmıştır. Stoma bakımı eğitim cd'leri; stomalı bireylere stoma bakımını öğretirken daha kolay anlamalarını sağlamak, bakımı sürdürürken gereksinim duydukları bilgileri tekrar gözden geçirmelerini sağlamak ve stoma bakımı konusunda sağlık profesyonellerine yol göstermek amacıyla geliştirilmiştir. Eğitim cd'leri hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık profesyonellerinin yararlanabilecekleri kaynak niteliğindedir.

**Gereç-Yöntem:**

**Cd Oluşturma Süreci:** Cd İçeriklerinin Oluşturulması YOİHD Yönetim Kurulu en çok ihtiyaç duyulan beş farklı konuda cd geliştirilmesi kararı almıştır. Bu konular; "Kolostomi Bakımı", "İleostomi Bakımı", "Ürostomi Bakımı", "Kolostomi İrrigasyonu" ve "Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi" dir. Her bir konu alanı için stomalı bireylerle aktif olarak çalışan, stomalı hasta bakımı konusunda tecrübeli olan eğitim elemanları ile stoma ve yara bakım hemşirelerinin yer aldığı çalışma grupları oluşturulmuştur. Çalışma grupları, önce cd içeriğinde yer alacak konu başlıklarını ve yazım standardını oluşturmuş daha sonra her grup bağımsız olarak çalışmıştır.

Tüm içerikler tamamlandıktan sonra bir öğretim üyesi ortak dil açısından eğitim içeriklerinin tamamını edit etmiştir. Hazırlanan konu içerikleri iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde uygulamalar için gerekli olan anatomi ve fizyoloji bilgisini temel düzeyde içeren teorik içerik; ikinci bölümde ise, uygulamaların işlem basamakları yer almaktadır. Teorik içerik hazırlandıktan sonra, cd çekimine başlamadan önce, işlem basamaklarının işlerliğinin kontrolü için manken üzerinde uygulaması gerçekleştirilmiş ve teorik içeriğe son şekli verilmiştir. Cd'lerin Kayda Alınması: Cd'lerin görsel hale getirilmesi profesyonel bir Reklam Ajansı tarafından yapılmıştır. Konu içeriğinin teorik kısmı, bilgisayar ortamında word formatında, görsel ve metinsel olarak, hazırlanarak ajansa verilmiş olup, çekimler 1/2" Full HD kameralar ile yapılmıştır. Kurgu ve montaj aşamasında verilen metinler ajans tarafından profesyonel seslendirme hizmeti alınarak son montajı yapılmıştır. İşlem basamaklarının çekimi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Uygulama Laboratuvarı'nda stoması olan bireyler üzerinde yapılmıştır. Stoma bölgesinin işaretlenmesi işlemi ise sağlıklı bir erkek birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Cd çekimlerine katılan bireyler, çekim süreci ve eğitim cd'sinin kullanım amaçları hakkında bilgilendirilmiş, aydınlatılmış yazılı izinleri alınmıştır. Çekim işleminde hasta üzerindeki bakımlar stoma ve yara bakım hemşiresi tarafından yapılmıştır. Hemşire bakım işlemini gerçekleştirirken profesyonel iki kamera aracılığıyla kayda alınmış ve gerekli montajlar tamamlandıktan sonra üzerine profesyonel seslendirme yapılmıştır. İşlem basamaklarının kaydı bir tam gün, montaj ve seslendirme ile videolara son şeklinin verilmesi 2 hafta sürmüştür. Kayıt ve montaj işlemlerinden sonra çalışma gruplarından temsilciler üç kez cd'leri izlemiş ve önerilerde bulunmuşlardır. Mevcut durumda üç cd'nin çekimleri tamamlanarak kullanıma sunulmuştur. Kolostomi bakımı eğitim cd'si yaklaşık 12dk, ileostomi bakımı eğitim cd'si yaklaşık 16 dk. ve stoma yerinin belirlenmesi ve işaretlenmesi cd'si yaklaşık 9 dk.'dır.

**Sonuç:**

YOİHD stomalı bireylerin kaliteli bakım almalarına yönelik görsel-işitsel beş eğitim cd'si hazırlamıştır. Bu tür materyallerin sayısının artırılması, yaygınlaştırılması ve hedef kitleye ulaştırılması için gerekli girişimlerin yapılması önerilmektedir. Teşekkür: YOİHD yönetim kurulu olarak; Kolostomi bakımı ve İleostomi Bakımı CD'lerinin sponsorluğunun üstlendiği için ConvaTec Sağlık Ürünleri Ltd. Şti.'ne ve Stoma Bölgesinin Belirlenmesi ve İşaretlenmesi CD'sinin sponsorluğunu üstlendiği için İntra Medikal Gereçler Pazarlama Ltd.Şti.'ne teşekkür ederiz.

**HS18****Kalıcı Kolostomi Açılan Hastada Erken Dönemde Gelişen Stoma Nekrozu ve Stenozun Takip Süreci**

*Eylem Toğluk Yiğitoğlu, Ebru Kırbıyık*  
*İstanbul Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:**

Kalıcı kolostomisi olan bireyin erken dönem komplikasyon olan stoma nekrozu ve sonrasında gelişen stenozun hemşirelik bakımını yürütülmesi



**Gereç-Yöntem:**

Bir olgu üzerinde kalıcı kolostomi de gelişen erken dönem komplikasyon olan stoma nekrozu sonrasında gelişen stenoz ve acil cerrahi müdahale ele alınmıştır

**Olgu:**

56 yaşında erkek hasta, ilkökul mezunu iki çocuk sahibi, inşaat sektöründe çalışmaktadır. Rektum tm nedeniyle opere edilmiştir. Parkinson hastasıdır. Soy geçmişinde annesinin parkinson, kolon Ca, kalp yetmezliği öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Hastanın prostigmin alerjisi vardır. Hastalık öyküsü sorgulandığında, kabızlık, karın ağrısı ve makattan kan gelmesi şikayetleri ile Şubat 2012’de hastaneye başvurmuş. Yapılan tuşe muayenesinde ele gelen kitle tespit edilmiş ve kolonoskopi işlemi yapılmış. İşlem raporunda rektumda kitle ve sol kolonda polip tespit edilmiş. ERUS işlemi ile tümör T3N0MO olarak evrelendirilmiş, hasta neoadjuvan kemoterapiye yönlendirilmiştir. 6 kür kemoterapi uygulaması sonrası 19.11.2012 tarihinde Abdominoperineal Rezeksiyon operasyonu ve kolostomi işlemi yapılmıştır. BMI:34 olan hastanın preop hazırlığı yapılmış olup, hasta ve ailesi yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmiş, stoma bölgesi belirlenmiş, hasta fiziksel ve ruhsal yönden desteklenmiştir. Parkinson hastası olduğu göz önünde bulundurulmuş ve yakının bakıma katılımı preop hazırlık ile başlamıştır. Postoperatif dönemde hasta ilk 24 saat içerisinde stomaterapi hemşiresi tarafından değerlendirilmiştir. Stomanın çapı 51 mm olarak ölçüldü, yeri sol alt kadranda, şekli tomurcuk, oval, nemli, koyu mavi, siyah renk olduğu gözlenmiştir. Nekrozun seviyesinin belirlenmesi için tüp ile inceleme yapıldı, 7 cm derinliğinde olduğu görüldü. Postoperatif 3. günde gaz, 5. günde gaita çıkışı gerçekleşti. Nekrotik barsak bölümünde ayrışma gerçekleşti, yapılan bakımın özelliği; hekim ile işbirliği yapılarak 03.12.2012’de debritman yapılmıştır. Oluşan ayrışma stoma pudrası uygulanmış, çift parçalı torba sistemi, konveks adaptör, kemer ile desteklenerek kullanılması tercih edilmiştir. Kontaminasyon ve torbanın sızdırma yapması engellenmiştir. Hasta bilgilendirilmesi yapılırken özellikle stenoz gelişebileceği, bu nedenle dilatasyon yapılması gerektiği ve nasıl yapılacağı ayrıca kilo kontrolü, beslenme gibi faktörlerin üzerinde durulmuştur. Kabızlık yada gaz çıkışının olmadığı durumlarda doktoru ve stomaterapi hemşiresi ile iletişime geçmesi önerilmiştir. Aralık ayı sonunda stenoz gelişmiştir. Hasta dilatasyon işlemine devam etmiştir. 10.03.2013 tarihinde 4 gün süren kabızlık şikayeti ile acil servise başvurmuştur. 11.03.2013 tarihinde stomadan itibaren fasyaya uzanan iskemi ve akut karın tablosu gelişen hasta acil poerasyona alınmıştır. Elipsoid inzyon yardımıyla stoma defekti açılarak kolon serbestleştirilmiş ve ince barsak anslarının dilate olduğu görülmüş, adeziolyzis ve biridektomi işlemi uygulanmış. Sigmoid kolon cilde eksteriorize edilmiş ve stoma ağzına kese ağzı sütürü ve kolona pezer sonda yerleştirilmiştir. Stoma olgunlaştırılması 13.03.2013 tarihinde ameliyathanede lokal anestezi altında yapılmıştır. İki günlük süreç içerisinde kolon ansı ıslak pansuman uygulanarak nemli tutulmuştur. Stoma ve parastomal bölge değerlendirmesi stomaterapi hemşiresi tarafından yapılmıştır. Stoma insizyonun devamında açılmıştır. Çapı 3,5cmx 8,5cm, cilt seviyesinde, nemli, koyu pembe renkte olarak gözlemlendi. Tekparça şeffaf torba uygulandı.

**Sonuç:**

Kalıcı stoma açılan hastaların gelişebilecek erken ve geç dönem komplikasyonlar ile ilgili bilgilendirilmesi, hastanın komplikasyonlar ile baş etmesinde önemlidir. Kalıcı stomanın varlığını kabullenmek bireyler için oldukça zor olabilmektedir. Bizim olgumuzda stoma ile ilgili başından itibaren komplikasyon gelişmiş hastanın dikkati bu yöne çekilmiştir. Stomada ileri derecede stenoz geliştiğinde stomaterapi hemşiresi tarafından revizyonu önerilmiş, fakat hasta takip altında olmayı tercih etmiştir.

**HS19**

### Stoma ve Yara Bakım Ünitelerinde Takip Ettiğimiz Subkutan Permanent Access Loop Açılan Hastalarla İlgili Klinik Deneyimimiz

Sercan Karadağ, Adem Yüksel, Tahsin Dalgıç, İlder Özer, Murat Ulaş, Dilek Bil, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği  
Stoma ve Yara Bakım Ünitesi, Ankara

**Amaç:**

Roux-en-Y hepatikojejunostomi operasyonu iatrojenik safra yolu yaralanmalarının onarımı, biliyer kanal tümörlerinin cerrahisi ve karaciğer transplantasyonu gibi çeşitli cerrahi girişimlerde uygulanan bir prosedürdür. Literatürde hepatikojejunostomi anastomozunda striktür gelişme insidansı %4-10 arasında değişmektedir. Bu komplikasyonun tedavisinde ilk seçenek girişimsel radyolojik tekniklerdir. Ancak tedavi sürecinde kısıtlı kalabilmektedir. ERCP ise ameliyatın neden olduğu teknik zorluğa bağlı çoğunlukla yapılamamaktadır. Bu sorunu aşmak için gastrik access loop, subkutan jejunal access loop gibi cerrahi teknikler uygulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı; yapısal olarak ileostomiye benzeyen, ancak fonksiyonel olarak farklı işlevi bulunan subkutan jejunal access loop uygulanan 8 hastamıza ait verilerin sunulmasıdır.

**Bulgular:**

Hastaların tamamına hepatikojejunostomi darlığı nedeniyle subkutan permanent access loop açılması ameliyatı uygulandı. Bu hastaların 4’üne safra yolu yaralanması, 2’sine koledok kisti ve 2’sine kc transplantasyonu nedeniyle roux-en-Y hepatikojejunostomi prosedürü uygulanmıştı. Subkutan permanent access loopun günlük ortalama debisi 1225 cc/gün (1000cc-1400cc) ve ortalama kapatılma süresi 16 ay idi (7ay-48 ay). Altı hastada (%75) erken postoperatif dönemde peristomal cilt lezyonları gözlemlendi. Bu lezyonlara yönelik hidrokolloid yara örtüsü, stoma pudrası, stoma pastası, dren torbası, konveks adaptör kullanılarak bakım yapıldı. Hastalara peristomal cilt komplikasyonları ve önlenmesi ile ilgili eğitim verildi.

**Sonuç:**

Hepatopankreatikobiliyer cerrahiye ait bir prosedür olan subkutan jejunal permanent access loop yapılan hastalarda stomaya ait komplikasyonlara ilişkin literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Stomanın debisi, safranin yarattığı alkali ortam ve stomanın ciltten kabarıklık olmaması sebebiyle peristomal cilt problemleri gelişebilmektedir. Peristomal cilt komplikasyonlarını en aza indirmek amacıyla, hastaların bakımında ve eğitiminde koruyucu önlemlerin anlatılması ve uygun ürünlerin kullanılması önemlidir.



# HEMŞİRELİK POSTER BİLDİRİLER





**HP01****Gastrointestinal Fistüllü Hastada Beslenme**

Gülşen İnönü, Yunus Emre Altuntaş, Nuri Okkabaz, Halime Aydın, Mustafa Öncel, Aylin Acar, Selahattin Vural  
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:**

Enterokutan fistül (ECF) cilt ile barsak arasında genellikle epitelyum ile örtülü anormal bağlantılardır. ECF sıklıkla abdominal cerrahi komplikasyonu (%75-80), abdominal travmalar veya nadiren spontan olarak gelişirler. Bu yazıda, enterokutan fistülü olan hastanın parenteral nutrisyon ile metabolizma ihtiyacı olan besinlerin karşıladığını göstermek için olgu sunumu amaçlandı.

**Olgu:**

Altmış-altı yaşında kadın hasta, karın ağrısı ve insizyon yerinde akıntı şikayetleri ile acil polikliniğine başvurdu. Hastaya 9 gün önce nüks umbilikal herni nedeniyle bridektomi ve prolen mesh ile herni onarımı uygulandı ve postoperatif 5. günde komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Fizik muayenede insizyondan safralı akıntı olduğu görüldü, defans ve rebound saptanmadı. Enterokutan fistül ön tanısı ile hastanın oral alımı kesilerek parenteral tedavi başlandı. Yatışının 3. gününde fistül debisi yüksek olduğundan operasyona alındı, segmenter ince bağırsak rezeksiyonu ve yan yana anastomoz uygulandı. Postoperatif 7. günde komplikasyon gelişmedi ve taburcu edildi. Takiplerinde postoperatif 12. gününde yara yerinde akıntısı başlayan hastada safra fistülü tespit edildi. Fistülden günlük safra debisi 1500-2000 cc idi. Oral beslenmesi kesilen hastaya santral venöz kateter takıldı. Santral total parenteral nutrisyon yüksek kalori (günlük 1412 Kcal) ile başlandı. Biyokimya değerleri takip edildi. İlk hafta içerisinde ateşi oldu. Bunun üzerine meronem başlandı. Ateşleri geriledi fakat ilerleyen günlerde hastada pansitopeni tablosu gelişti. Pansitopeni nedeniyle meronem kesildi. Takibinde pansitopeni düzeldi. İki ay sonra opere edildi. Postoperatif takibinde hastanın 1. gün sinus taşikardisi gelişti. Intravenöz hidrasyon artırıldı. Postoperatif 4. gün gaz ve gaita deşarjı oldu. Postoperatif 5. gün oral alımı başlandı. Postoperatif 8.gün ek şikayeti gelişmeyen hasta önerilerle taburcu edildi. On gün ve 1 ay sonra biyokimya değerlerine bakıldı, normal saptandı.

**Sonuç:**

ECF gastrointestinal cerrahinin önemli bir komplikasyonu olmaya devam etmektedir. Beslenme desteği enterokutan fistüllerde tedavinin temel taşıdır. Hastanın günlük ihtiyaçları hesaplanarak beslenme desteği planlanmalıdır. Günlük kalori ihtiyacı 25-35 kcal/ kg (yatan hastalar için 25-30 Kcal/kg hareketli hastalar için 30-35 kcal/kg) arasındadır. Protein dışı kalorinin yaklaşık olarak %60'ı karbonhidrat, %40'ı yağlardan sağlanacak şekilde diyet hazırlanmalıdır. Hastaların kastan protein yıkımını azaltmak ve karaciğerde protein sentezinin devamlılığını sağlamak için günlük 1,2 ile 2 gr/kg protein desteği sağlamak gerekir.

**HP02****Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Rektum Kanseri Hemşirelik Bakımı**

Selda Karaveli, Türkan Özbayır  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilimsel, İzmir

**Olgu:**

Modeller bireyi etkileyebilecek olan faktörlerin tümünü görmeyi, yapılacak olan uygulamanın adımlarını belirlemeyi ve sistematik düşünmeyi sağlar. Model kullanmanın en önemli amacı kavramlar arasında ilişki kurarak parçalardan uyumlu bir bütün elde etmektir. Hemşirelik kuramcılarında Dorethy Orem'e göre bir insanın sağlığı onun kendi sorumluluğudur ve öz bakım uygulamaları bireyin kendi kendine yaşamını, sağlığını ve iyilik halini devam ettirmek için gerçekleştirdiği uygulamaları içerir. Stoma açılan birey kısa sürede iyilik durumuna ulaşması ve bu iyilik halini sürdürmeleri, yan etkileri kontrol altına alabilmeleri için öz bakım uygulamalarını kullanması gerekmektedir. Hemşire stoma açılan bireye gereksinimi olan bilgi, beceri ve desteği sağlamalıdır. Stoma açılan birey ameliyat sonrası dönemde olabilecek durumları nasıl kontrol edebileceği konusunda yeterince iyi hazırlanmamışsa; stoma nedeni ile yaşanacak sorunlar kişinin sağlık durumunun daha geç iyileşmesine ve daha fazla komplikasyon yaşamasına neden olabilir. Bu noktada hemşirenin amacı; stomalı bireyin kendi bireysel sorumluluğunu alıncaya kadar desteklemek, sağlık sorunlarının farkına varmasını, bilinçlenmesini ve sorunları ile baş ederek kendine yetebilir duruma gelmesini sağlamak olmalıdır. Olgu sunumumuzda, 68 yaşında rektum kanseri tanısı konulan ve kolon rezeksiyonu yapıldıktan sonra ileostomi açılan hastaya yönelik hemşirelik girişimleri yer almaktadır.

**HP03****Stomada Yüzeysel Nekroz**

Meral Altunsoy  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

**Amaç:**

Stoma açılması, çeşitli hastalıklar sonucunda kullanılan tekniklerden biri olmakla beraber, bireylerin yaşamlarını önemli ölçüde etkiler. Stoması olan bireylerde gelişen erken ve geç dönem komplikasyonları hastaların yaşamlarını önemli ölçüde değiştirmekte ve güçleştirmektedir. Bu nedenle komplikasyonların önlenmesi, erken fark edilmesi ve tedavisinde stomaterapi ekibinin işbirliği ve takibi çok önemlidir.

**Olgu:**

Bay R.Y. evli, 83 yaşında, 70 kg., 170 cm. boyunda, 3 çocuk babası ve ilköğretim mezunudur. 1 haftadır gaz ve gaita çıkaramama şikayeti ile acil servise başvurmuş, çekilen batın tomografisinde inen kolonda tıkaçıcı kitle saptanmış ve acil olarak ameliyata alınmış ve uç ileostomi açılmıştır. Hasta post op 3. günde parastomal nekroz nedeni ile konsülte edilmiştir. Hastanın stoma ve parastomal alan değerlendirmesinde, stomanın sağ alt kadranda, cilt ile aynı seviyede, oval, siyah renkte olduğu ve parastomal cildin sert olduğu görülmüştür. Hastaya düz tek parça torba kullanıldığı ancak sızıntı nedeni ile ciltte uzun süre kalmadığı saptanmıştır. Hemşirelik

bakımında parastomal alan %0.9'luk SF ile temizlendikten sonra yaraya Granüjel, üzerine yarayı ve stomayı korumak için yara örtüsü, sızıntıyı ve retraksiyonu engellemek için de pasta ve konveks adaptör ile kemer kullanılmıştır. Hastanın bakımı stomaterapi ve cerrahi ekip ile işbirliği içinde düzenli olarak yapılmıştır. Hastanın 1 ay sonraki izleminde nekrozun tamamen yok olduğu gözlenmiş, stoma cilt ile aynı seviyede olduğu için konveks adaptör ve kemer kullanılmasına devam edilmesi önerilmiştir.

#### Sonuç:

Özellikle acil ameliyatlara ile açılan stomalarda stoma nekrozu görülebilmektedir. Stomaterapi ekibi tarafından düzenli takip edilen hastalarda komplikasyonlar uygun bakım ve tedavi ile kısa sürede iyileşebilmektedir. Bu bağlamda sertifikalı stoma ve yara bakım hemşirelerinin yetiştirilmesi ve sayılarının artırılması ile stomaterapi ünitelerinin kurulması çok önemli olmaktadır.

#### HP04

##### Vaka Yönetimi: İnsizyon Yerinde Ayrılma

Meral Altunsoy, Türker Bulut, Emre Balık, Metin Keskin  
Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi

#### Amaç:

Cerrahi yaraların kapatılması için günümüzde birçok materyal ve yöntem bulunmaktadır. Primer olarak prensiplerine uygun kapatılan yaralarda komplikasyon gelişme oranı düşüktür. Ancak yara iyileşmesini kötü olarak etkileyen faktörler sonucunda cerrahi yaralarda tüm veya birkaç katta ayrılma gelişebilir. Yara açılmasında, yaranın durumuna ve hastanın özelliklerine göre çok çeşitlilik gösteren yara bakım ürünlerinden uygun olanı seçilerek, yara bakımının düzenli yapılması enfeksiyonu önleyip yaranın hızlı iyileşmesini sağlayacaktır.

#### Olgu:

Bay B.A.A., 33 yaşında, bekar ve lise mezunudur. Bay B.A.A. 2.5 yıl önce iş kazası sonrası anal sfinkter yaralanması nedeniyle dış merkezde loop kolostomi açılmıştır. 19.11.2012 tarihinde makatta ağrı ve akıntı şikayetleri ile hastanemize başvuran hastaya 08.12.2013 tarihinde anal fistülleri olduğu ve sigmoid saptırıcı kolostomisi tam saptırmadığı için kolostomi revizyonu yapılarak uç kolostomi açılmıştır. Stoma bakım hemşiresi ve hekim tarafından yapılan değerlendirmede; hastanın sol alt kadranda stomasının olduğu, stomanın üst kısmında yukarı doğru uzanan sınırları düzensiz bir insizyon ayrılmasının olduğu, yara yerinden sıvı geldiği ve bu sıvının kötü kokulu olduğu saptanmıştır. Yara boyutları 9x5x8.5 cm ve saat 12 yönündedir. Uzunluğu 1.5 cm tünelli mevcuttur.

#### Sonuç:

Yara bakımı düzenli olarak şu şekilde yapılmıştır; Yara %0.9'luk SF + hidrojen peroksit + sodyum hipoklorid solüsyonu ile temizlendikten sonra yara ve tüneller Ag içeren köpük örtü ile doldurulmuş, hidrokolloid örtü ile kapatılmıştır. Sızıntıyı önlemek için pasta ve parastomal cildi korumak için de bariyer sprey kullanılmıştır. Hastanın düzenli yapılan bakım ve izlemi sonucunda yarada granülizasyon ve epitelizeasyonun olduğu gözlenmiş, yara boyutları küçülmüştür.

#### HP05

##### Kolostomi ile Taburcu Edilen Hastaların Telefonla İzlemi

Serpil Yüksel<sup>1</sup>, Emel Arıkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bolu

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Stoma Hemşiresi, Bolu

#### Amaç:

Kolostomi, beden imajında bozulma, boşaltım alışkanlığında değişim, sosyal izolasyon, anksiyete gibi fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olan, bireyin yaşam tarzını ve yaşam kalitesini etkileyen bir cerrahi girişimdir. Cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde; stoma, stoma bakımı ve yönetimi konusunda stoma hemşireleri veya bu alanda çalışan deneyimli hemşireler, hastaların bilgi gereksinimlerini karşılamakta, stoma bakımı, torbanın takılması, boşaltılması ve olası stoma komplikasyonları gibi konularda eğitim vermektedirler. Ancak, hastaların çoğunluğu taburculuk sonrasında da, stoma ile ilgili sorunların çözümünde, danışmanlık ve desteğe gereksinim duymaktadır. Çünkü bu hastalar, evlerinde peristomal cilt irritasyonu, kabızlık, sızıntı, koku, cinsel sorunlar, anksiyete, depresyon, günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma, daha önceki aktiviteleri yapamama veya bu aktiviteleri yapmaktan korkma gibi çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu derleme, kolostomi sonrası hemşireler tarafından telefonla yapılan izlemin, hasta sonuçlarına etkisini literatür ışığında tartışmak amacıyla planlandı.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmada, 2000-2012 yılları arasında yayınlanmış olan İngilizce ve Türkçe araştırma ve derlemeler incelendi. Makalelere elektronik veri tabanlarından ulaşıldı.

#### Bulgular:

Taburculuk sonrası dönemde, özellikle ilk 1 ay, kolostomili hastaların stoma hemşireleri veya bu alanda deneyim kazanmış hemşireler tarafından izlemi, dünya çapında gittikçe yaygınlaşmaktadır. Telefonla izlem, bakımın sürekliliğinin sağlanmasına, hastanın direkt hemşire ile iletişim kurmasına ve hızlı bir şekilde profesyonel yardım almasına olanak sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar hemşire yönetimindeki telefonla izlemin, stomalı hastalara bilgi ve destek sağlamada etkin ve uygulanabilir bir yöntem olduğunu; normal yaşama dönüş sürecini kısalttığını; hastaların stoma ile ilgili sorunlarını detaylı bir şekilde hemşireye aktarabildiklerini ve hemşirelerden telefonla etkin ve hızlı çözüm önerileri alabildiklerini; telefonla izlem yapılan hastaların stoma uyumunun daha iyi olduğunu ve bu hastalarda daha az stomal komplikasyon geliştiğini ortaya koymuştur.

#### Sonuç:

Yapılan çalışmalar, taburculuk sonrası dönemde hemşire yönetimindeki telefonla izlemin, kolostomili hastalara bilgi, destek ve danışmanlık sağlamada etkin bir yöntem olduğunu göstermiştir. Taburculuk sonrası bakım hizmetlerinin yeterli olmadığı ülkemizde de, bu yöntemin etkin olarak uygulamaya konulması; hemşirelik bakımının sürekliliğinin sağlanması, kolostomili hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve stoma komplikasyonlarının önlenmesi açısından yararlı olabilir.

Antalya

**HP06****Kolorektal Cerrahide İntraoperatif Hasta Güvenliğinin Sağlanması**Fatoş Çelik<sup>1</sup>, Melek Öztürk Demir<sup>2</sup><sup>1</sup>Acıbadem Bodrum Hastanesi, Ameliyathane, Muğla<sup>2</sup>Acıbadem Bursa Hastanesi, Ameliyathane, Bursa**Amaç:**

Hasta güvenliği her anlamıyla önemli bir konudur. Cerrahi işlemler sırasındaki güvenlik başlı başına bir olgudur. İntraoperatif hasta güvenliği vakanın; seyri, süresi, komplikasyonları ve postoperatif dönemin sürecini belirler. Bu yüzden intraoperatif dönemdeki asıl amacımız hasta güvenliğini kelimenin tam anlamı ile sağlanmasının gereğini vurgulamaktır.

**Gereç-Yöntem:**

Araştırmacılar tarafından intraoperatif hasta güvenliği, kolorektal cerrahide hasta pozisyonları, cerrahi alan enfeksiyonları gibi anahtar kelimeler pdf olarak ve kolorektal cerrahi kongrelerinden geçmiş yıllara ait videolar veritabanlarından search edilerek kaynaklar elde edilmiştir. Ayrıca geçmiş yıllara ait kolorektal cerrahi kongre özet kitapları araştırmamıza katkı sağlamıştır. Harmanladığımız bilgiler ve alan uygulamamızı göz önüne alınarak bildirimiz hazırlanmıştır.

**Bulgular:**

İntraoperatif sürecin gerçekleştiği alanlar olan ameliyathanelerde yöneticiler ve çalışanlar öncelikli olarak hasta güvenliğini hedeflemelidir. Bu sürece; iletişim, nitelik, nicelik açısından yetkin personel alımı ile başlanmalıdır. Ekip çalışması anlayışı ön planda olmalı ve hasta katılımı da sağlanmalıdır. Time-out yapılarak doğru hasta- doğru alan-doğru işlem güvenliği sağlanmalıdır. Hasta salona kabul edilmeden önce gerekli cerrahi setler, scrup alan için gereken malzeme ve örtüler, pozisyon malzemeleri, vakaya uygun ise endo vizyon ve gerekli donanımlar sağlanmalıdır. Doktorun da kontrolü ile hastanın ameliyat masasına transferi sağlanıp anestezisi uygulandıktan sonra uygun olan en iyi pozisyona alınması ve gerekli destek ve jellerin yerleştirilmesi koordine edilmeli, hastanın masaya tespiti sağlanmalıdır. Hastaya verilecek pozisyonun uygun olması vakanın seyri, süresini, intra ve postoperatif dönemi önemli ölçüde etkilemektedir. Ön hazırlıklar tamamlandıktan ve ekip hazırlandıktan sonra hasta boyanıp örtülür, bağlantılar yapılır, kontrolleri sağlanır ve intraoperatif dönem tam anlamı ile başlar. Operasyon tamamlanır, sayımlar yapılır tam olduğundan ekip olarak emin olunduktan sonra hasta kapatılır ve steril bir şekilde pansumanı yapılır. Temizliği sağlanır, pozisyon normale döndürülür ve anestezinin de onamı ile hasta yatağına transfer edilerek intraoperatif süreç başarı ile tamamlanmış olur. Setler ve malzemeler temiz kirli olarak ayrıştırılarak gerekli departmanlarına ulaştırılır.

**Sonuç:**

Bulgularda da yer verdiğimiz gibi yapılan tanımlamalar, time-out, uygun olarak hasta transferi, vakaya en uygun pozisyonun verilmesi ve gerekli malzemelerin odada hazır olması sürecin ve hastanın en önemli verileridir. Travmaları önlemek; hastanın hastanede kalış sürecini kısaltır, ekibin motivasyonunu ve tabi

VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

ki de özgüvenini yüksek tutar ve ek cerrahi uygulamalara duyulan ihtiyacı azaltarak maddi yükü de hafifletmiş olur. Hastaya verilecek olan pozisyon, yapılacak uygulama, kullanılacak alet ve malzemeler ve cerrahi alanların olmazsa olmazı sterilizasyon ve dezenfeksiyon kurallarının uygunluğu intraoperatif süreci belirleyen ve yöneten etmenlerdir. Her an yeniliklere açık, donanımlı, eğitime önem veren, kullanacağı aleti ve cihazı her yönüyle bilen, vakaya hakim olan bir ekip intraoperatif sürecin diğer asıl etmenleridir. Sonuç olarak bu etmenler tam olarak sağlandığında hasta güvenliği pik noktasındaki işlemlerle büyük bir özgüven içinde hatasız bir şekilde gerçekleştirilmiş olunur.

**HP07****Kolorektal Cerrahide Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu**Esra Demircan<sup>1</sup>, Şengül Ceylan<sup>2</sup>, Cihan Sütü<sup>3</sup><sup>1</sup>Esra Demircan, Acıbadem Maslak Hastanesi, Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul<sup>2</sup>Şengül Ceylan<sup>3</sup>Cihan Sütü

Kolorektal kanser(kolon ve rektum kanseri) ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Batı dünyasında en sık rastlanan üçüncü kanser tipi ve ölüme yol açan kanserler arasında ikinci sıradadır. Çoğunlukla kalın bağırsakta meydana gelen adenom poliplerden ortaya çıkar. Kolon kanserinin birden çok sebebi vardır ve bunların içerisinde genetik özellikler ilk sırada yer alır. Kolon kanserinin diğer sebeplerinin arasında ise beslenme ve kimyasal maddeler göze batmaktadır. Çok fazla lifli gıda tüketimi ve kırmızı et, yağlı besinler de kolon kanserinin sebebi olmasa da kolon kanserine yakalanma riskini artıran faktörlerdendir. Bunların dışında ülseratif kolit ve crohn hastalığı da kolon kanseri ihtimalini artırır. Kolon kanserinin başlangıç evresinde karında dolgunluk hissi, hafif ağrı, iştah kaybı, kilo kaybı, çabuk yorulma ve ishal ortaya çıkar. Ayrıca kabızlık olabilir. Bu evrede bağırsak henüz daralmamıştır ve belirtiler bağırsak kanseri tanısı koymak için yeterli değildir. Fakat hastada bu tip şikayetlerin olması hastanın mutlaka incelenmesini gerektirir. Görüntüleme yöntemleri kalın bağırsaktaki herhangi bir anormalliği ortaya koyar. En önemli prognostik faktör ise hastalığın evresidir. Hastalığın evresine göre uygun tedavi yöntemleri seçilir. Tanısı konulmuş her hastanın tedavisi aynı değildir. Genellikle cerrahi müdahale yapılır, ancak bu kanserin bulunduğu bölgenin yerine göre tedavi şekli değişir. Kemoterapi de sık uygulanan tedavilerdendir. Sunulan olgu da 11 Ocak 2013 tarihinde kırgınlık, yorgunluk, bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık şikayetleri ile kliniğe başvuran 46 yaşında erkek hasta da kolonoskopi sonucunda sigmoid kolon ortalarında lümeni ileri derecede daraltan tümöral kitle ve çok sayıda polip saptanmış, bu nedenle Subtotal Kolektomi + J Poş İleonal Anastomoz + Koruyucu İleostomi ameliyatı planlanmıştır. Ameliyat sırasında dalak, böbrek ve distal pankreası kendine çekmiş tümöral kitle saptanmış olup, Sitoredüktif Cerrahi + Subtotal Kolektomi + Distal Pankreatomi + Splenektomi + Saptırıcı İleostomi + İntraoperatif Radyoterapi ve İntraoperatif Isıtılmış KT uygulanan olguda önemli bir yere sahip olan hemşirelik bakımını ortaya koymak amaçlanmıştır.



**HP08****Bir Asker Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kişisel Koruyucu Malzeme Kullanımı Bilgi Düzeyleri**Ahmet Cemil Ceylan<sup>1</sup>, Dilaver Erkan<sup>1</sup>, Bilge Gündoğdu<sup>2</sup><sup>1</sup>Şirnak Asker Hastanesi/ŞIRNAK<sup>2</sup>Eskişehir Asker Hastanesi/ESKİŞEHİR**Amaç:**

Bu çalışma bir asker hastanesinde görevli olan hemşirelerin kişisel koruyucu malzeme kullanım bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Gereç-Yöntem:**

Hemşirelerin kişisel koruyucu malzeme kullanımı bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte olan çalışma Şubat-Mart 2012 tarihlerinde uygulandı. Çalışmada evren 92 kişi olup gönüllü olan 55 kişi çalışmaya alındı. Veriler SPSS 16,0 programında istatistiksel olarak değerlendirildi.

**Bulgular:**

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında %65,3'ünün 30 yaş üzerinde, %65,4'ünün lisans mezunu, %78,5'inin 15 yıl üstü çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin koruyucu malzeme kullanımı incelendiğinde hasta ile konuşma uygulamasında tümünün hiçbir malzeme kullanılmaması gerektiğini, vücut sıvılarına temas edilmeyen hasta muayenesine %55'inin el yıkamanın yeterli olduğunu belirttikleri bulundu. Vücut sıvılarına temas edilen hasta muayenesi (%62,9), kan alınması (%85,1), arter katater (%62,9), periferik (%77,7) ve santral (%51,8) venöz katater takılması, entübasyon (%62,9), kirli çamaşır-çöple temas (%33,3), enjeksiyon uygulaması (%70,3), ilaç hazırlama (%44,4), aspirasyon (%48,1), invaziv kardiyoloji ve radyoloji uygulamalarında (%40,7) el yıkama ve eldiven kullanılmasını gerektiğini ifade ettikleri saptandı. Vücut bakımında ise %48,1 oranı ile eldiven, el yıkama ve önlük kullanılması gerektiğini belirttikleri bulundu. Meslekte çalışma yılı 5-10 yıl arasında ve yüksek lisans mezunu olanların bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlılık derecesinde saptandı ( $p<0.005$ ).

**Sonuç:**

Hemşirelerinin kişisel koruyucu malzeme kullanımında bilgi düzeylerinin arter ve santral venöz katater takılması, entübasyon, invaziv kardiyoloji ve radyoloji uygulamaları ve ilaç hazırlama uygulamalarında yetersiz olduğu ve yanlış malzeme kullanımını tercih ettiği saptanıp bu konularda hizmet içi eğitim planlanması önerildi.

**HP09****Yüksekten Düşmeye Nedeniyle Stoması ve Perianal Yarası Olan Bireyin Bakımı: Olgu****Sunumu**Aysel Ören Hin<sup>1</sup>, Emine Akar<sup>1</sup>, Hülya Acarlar<sup>1</sup>, Ramazan Kozan<sup>2</sup>, Zehra Göçmen Baykara<sup>3</sup><sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

EK. 40 yaşında, 170 cm boyunda, 80 kg ağırlığında evli, inşaat işçisi bir erkektir. EK. Vincin üzerinden ortalama 35-

40 metre yükseklikten düşen beş işçiden tek hayatta kalan kişidir. Tahta parçasının üzerine düşmesine bağlı femur kırığı ve perine yaralanması nedeniyle 25.07.2012 tarihinde Gazi Üniversitesi Hastanesi acil servisine başvurmuştur. Genel cerrahi anabilim dalına konsülte edilen hastanın ilk muayenesinde; perine bölgesinin posteriorunda intergluteal sulkustan başlayan ve anüse yaklaşık 1 cm uzaklıkta, skrotum derisinde minimal kayıpla birliktelik gösteren bir yara olduğu saptanmıştır. Yaranın, pelvik kemik ile femur bileşkesine kadar uzandığı, 15x10x5cm boyutlarında, hemorojik olduğu belirlenmiştir. Ayrıca anal tonusun tamamen kaybolduğu ve istemli sıkma refleksine yanıt alınmadığı saptanmıştır. Bu duruma bağlı olarak EK'ya 26.07.2012 tarihinde planlı olarak geçici sigmoid loop kolostomi ameliyatı yapılmıştır. EK. ortopedi anabilim dalı tarafından değerlendirilmiş, femura geçici bir süre atel uygulanmasına, femur kırığı için elektif bir ameliyat planlanmasına karar verilmiştir. Üroloji anabilim dalı tarafından değerlendirilen hastanın skrotumu primer olarak kapatılmıştır. EK'nın stoma ve yara bakımı aşağıda belirtildiği gibi yapılmıştır. Stoma Bakımı

06.08.2012 tarihinde stomaterapi ünitesi tarafından ilk değerlendirilmesinde, stomanın sol alt kadranda, kırmızısı pembe renkte, nemli, tomurcuk şeklinde, oval, 57x44 mm çapında olduğu belirlenmiştir. Stoma bakımı aşağıda belirtildiği gibi yapılmıştır.

- EK'ya bu değerlendirme sonucunda; stoma bakımı yapılmış, çift parçalı düz adaptör, boşaltılabilir torba sistemi uygulanmıştır. Hastaya pasta ve pudra önerilmiştir.
- Hasta günlük olarak değerlendirilmiş, hasta ve yakınına stoma bakımı konusunda eğitim verilmiştir.
- EK'ya, yara iyileşme süreci ve boşaltım gereksinimi nedeniyle stoma açıldığı anlatılmış ve böylece stomaya uyumunun hızlanması sağlanmıştır.
- 18.09.2012 tarihinde hastanın karın içi basıncının fazla olmasına bağlı stomal pralapsus gelişmiştir. Prolapsusa yönelik stoma ve yara bakım hemşiresi, şeker ve el ile redüksiyon uygulaması yapmıştır. Ancak karın içi basınç devam ettiği için redüksiyon çok başarılı olamamıştır.
- 01.11.2012 tarihinde stoma kapatılmıştır.

**Yara Bakımı**

Cerrahi ekip tarafından yaradaki ölü dokular debride edilmiş ve yara primer olarak kapatılmıştır. Postoperatif dönemde yarada enfeksiyon gelişmiş ve süturları alınarak açık pansumana geçilmiştir. Hasta yara bakımı için stomaterapi ünitesine konsülte edilmiştir. Stomaterapi ünitesi tarafından 06.08.2012 tarihinde değerlendirilen hastanın yarasının 12x4.5x4.5 cm boyutlarında, sınırlarının düzensiz, eksuda miktarının fazla ve kötü kokulu, yer yer sarı nekrozun olduğu saptanmıştır. Stoma ve yara bakım hemşiresi yaradan kültür almıştır. Stoma ve yara bakım hemşiresi cerrahi ekip ile görüşmüş ve EK'nın yarasına negatif basınçlı yara pansumanı uygulanmasına karar verilmiştir. Yaraya 07.08.2012 tarihinde 125 mmHg basıncında, sürekli modda negatif basınçlı yara pansumanı uygulanmıştır. Pansuman sürecinde hastanın ağrısının dayanılmayacak kadar şiddetli olduğundan (VAS: 10) pansuman öncesinde analjezik alması sağlanmıştır. Eksuda miktarı günde 500 ml olarak tespit edilmiştir. 10.08.2012 tarihinde, yarada kanlanmanın artması nedeniyle



*Antalya*

negatif basınçlı pansumanın basıncı 100 mmHg'ya düşürülmüştür. Ayrıca eksuda miktarında azalma (günde 400 ml) olduğu ve ağrının şiddetli olduğu saptanmıştır. Yaradan alınan kültür sonucunda yarada E-coli, acinetobacter ürettiği belirlenmiş ve enfeksiyon hastalıkları birimi tarafından uygun antibiyotik tedavisine başlanmıştır. 23.08.2012 tarihindeki değerlendirilmede yara boyutlarının; 12x3x2 cm olduğu, yarada granülasyon dokusunun arttığı, ağrının pansuman sırasında 8'e düştüğü belirlenmiştir. 31.08.2012 tarihinde yara boyutlarının 9.5x2.5x1.5 cm olduğu, eksuda miktarının azaldığı (4 günde 250 ml) belirlenmiş, pansuman basıncı 75 mmHg'ya düşürülmüş ve aralıklı moda geçilmiştir. 04.09.2012 tarihinde yaranın değerlendirilmesinde; granülasyon dokusunun arttığı, epitelizasyonun başladığı, kanlanmanın normale döndüğü ve cerrahi olarak kapatılmaya hazır hale geldiği belirlenmiştir. 06.09.2012 tarihinde yara cerrahi olarak kapatılmıştır.

**Sonuç:**

Sonuç olarak stoma ve yara bakım bir ekip anlayışını içinde çalışmayı gerektirmektedir. Stoma ve yara bakımında, stoma ve yara bakım hemşiresinin de içinde olduğu bir ekibin çalışması hastaların iyileşme sürecini hızlandırmakta, hastanede kalış süresini azaltmaktadır. Ekibin bir üyesi olan stoma ve yara bakım hemşirelerinin ülkemizde yeterli sayıda olmadığı bilinmektedir. Bu bağlamda stoma ve yara bakım hemşirelerinin sayılarının artırılmasının ekip anlayışını geliştireceği, hastaların yaşam kalitelerini ve memnuniyetlerini artıracacağı, taburculuk süresini kısaltacağı, kurumun tercih edilme oranını artıracacağı düşünülmektedir.

**HP10****Hastanın Detaylı Bilgilendirilmesinin Hasta Memnuniyeti ve Postoperatif Ağrı Üzerine Etkisi**

Ahmet Okuş<sup>1</sup>, Yasemin Koc<sup>2</sup>, Melek Zeybek<sup>2</sup>, Barış Sevinç<sup>2</sup>, Nergis Aksoy<sup>2</sup>, Ömer Karahan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi- Genel Cerrahi

<sup>2</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Genel Cerrahi

**Amaç:**

Hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilmeleri kanuni bir sorumluluk olup hasta memnuniyetini iyi yönde etkilediği bir çok çalışma ile gösterilmiştir. Ancak hastanın ameliyat öncesi detaylı bilgilendirilmesinin postoperatif ağrı üzerine etkisi çok araştırılmamıştır. Bu çalışmada hastanın yapılacak ameliyat ile ilgili ameliyat öncesi detaylı bilgilendirilmesinin ameliyat sonrası ağrı, analjezik kullanımı ve hasta memnuniyeti üzerine etkisinin araştırılması planlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Elektif safra kesesi ve inguinal herni ameliyatı için servise yatırılan hastalar ardışık olarak iki gruba ayrıldı. Birinci grup hastaya standart form üzerinden yüz yüze 3-5 dakikalık hasta bilgilendirmesi yapıldı. (Yapılacak ameliyat, beklenen komplikasyon v.b). İkinci grup hastaya ise standart bir form kullanılarak çok daha detaylı olarak ameliyatın tüm safhaları, ameliyat sonrası ağrı, hareket kısıtlılığı v.b içeren 10-15 dakikalık bir hasta bilgilendirmesi yapıldı. Hastanın ameliyatını daha iyi kavrayabilmesi için

*VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi*

maket-şekil üzerinden görsel olarak ameliyat anlatıldı. Hastalar ameliyat sonrası standart order ile takip edildi. Postoperatif ilk 6 saatte saatlik, takiben ise 6 saat ara ile takip edildi. Hastaların ağrı kesiciye ihtiyaçları olduğunda, 75mg (günde 2 kez) diklofenak sodyum intramusküler yapıldı, ağrı kontrolü yetersiz olan hastalara ise ek olarak 2 mg/kg contromal(tramadol) intravenöz 100 cc SF içinde infüzyon şeklinde verildi. Hastaların ağrıları 1.saat, 6.saat, 12. saat ve 24. saatte görsel ağrı ölçeği (VAS) ve sözel tarif skalası (şiddetli, orta, hafif,yok) ile değerlendirildi. Tüm hastalar 24. saatinde taburcu edildi. Hastalara standart analjezik order edildi ve kullanılan analjezik dozu kaydedildi. Hastalar taburcu edildikten sonra klinikten bağımsız bir kişi tarafından hasta memnuniyeti anketi uygulandı. Hastayı preoperatif bilgilendiren, postoperatif serviste takip eden ve taburculuk sonrası memnuniyeti sorgulayıp kaydeden kişiler birbirinden bağımsız kişilerdi.

**Bulgular:**

Çalışma 45'i erkek olmak üzere 100 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Hastaların yaş ortalaması 42,5 idi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve ameliyat şekli açısından fark yoktu. Ameliyat sonrası ağrıları değerlendirildiğinde hiçbir saatte (1,6,12 ve 24. saat) ağrı değerleri birbirinden farklı değildi. Analjezik tüketimi de buna paralel olarak gruplar arasında benzer idi. Hasta memnuniyeti değerlendirildiğinde hastaların %90'ı aldıkları tedavi için çok iyi ve iyi olarak değerlendirmişlerdir. Ancak detaylı bilgilendirme ile memnuniyette artış gözlenmemiştir.

**Sonuç:**

Hastanın ameliyatı ile ilgili yeterli bilgi verilmesi yasal bir sorumluluktur. Hasta bilgilendirmesinin hasta memnuniyetini artırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur. Yine bazı çalışmalarda bilgilendirme ile postoperatif ağrının azaldığı gösterilmiştir. Ancak bu çalışmada bilgilendirmenin detaylandırılmasının hasta memnuniyeti ve ağrı üzerine olumlu katkısı tespit edilmemiştir. Bundan dolayı hastanın isteği dışında detaylı bilgilendirme gereksizdir.

**HP11****Peristomal Cilt Sorunlarının Önlenmesinde Hemşirelik Yönetimi**

Şerife Kurşun<sup>1</sup>, Emel Arıkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Stoma Hemşiresi, Bolu

Bu derleme ile peristomal cilt sorunlarının önlenmesinde hemşirelik yönetimini literatür ışığında tartışmak amaçlanmıştır. Fekal boşaltıma izin veren stomalar, hastaların yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Stomalar, bireylerde fizyolojik (adaptörü yerleştirme, torbayı takma ve taşıma, torbanın şişmesi, sızıntı, koku gibi bazı günlük problemlerin yanı sıra enfeksiyon, peristomal cilt sorunları, parastomal herni, obstrüksiyon, prolapsus) ve psikososyal (beden bütünlüğünde ve algılamasında bozulma, kontrol kaybı, sosyal izolasyon) birçok sorun yaşamasına neden olmaktadır. Peristomal cilt sorunları, stomalı bireylerde en yaygın görülen sorunlardan biridir. Çeşitli araştırmalarda stoma tipine bağlı

olarak peristomal cilt sorunu görülme oranı %18-60 olarak bildirilmektedir. Peristomal cilt sorunları sıklıkla stoma şekli, stoma yerinin uygun seçilmemesi, stoma tekniğinin yanlış uygulanması, torbanın uygun yerleştirilmemesi ve stoma bakımının uygun yapılmamasına bağlı sızıntı nedeniyle görülmektedir. Yaygın görülen peristomal cilt sorunları arasında alerjik kontakt dermatit, kimyasal hasarlar, peristomal varisler, fungal enfeksiyonları, folikülit, selülit, mekanik travmalar, peristomal ülserler yer almaktadır. Sağlık çalışanları, peristomal komplikasyonların önlenmesinde ve hastalarının yaşam kalitesini geliştirmede önemli bir role sahiptir. Peristomal cilt sorunlarının erken belirlenmesi ve nitelikli sağlık profesyonelleri tarafından ele alınması, hastalarda daha ciddi komplikasyonları önlenmesine, hasta sonuçlarının iyileştirilebilmesine ve hastanın rahatına katkıda bulunabilir. Yara, stoma ve kontinens hemşireleri yara bakımı için uygun yaklaşımlara karar verirken hastayı bütüncül bir bakış açısıyla ele almalıdır. Peristomal cilt sorunlarının önlenmesine yönelik bakım; peristomal cildin tanınması, stomalı hastanın eğitilmesi, uygun stoma araç-gerecinin kullanımını içermektedir.

## HP12

### Stomalı Bireylerin Evde Karşılaştıkları Sorunlar

Asiye Gül<sup>1</sup>, Hülya Üstündağ<sup>2</sup>, Nejla Demir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul*

<sup>2</sup>*İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul*

<sup>3</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

#### Amaç:

Stoma yaşam kurtarıcı yönü olmasıyla birlikte, bireyin yaşamında yeni bir dönemin başlamasına da neden olmaktadır. Bireyin bu yeni durumuna uyumunun mümkün olan en kısa sürede olması önemlidir. Stoma uygulaması ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunlarla baş edebilme ve alıştığı / sürdürdüğü yaşam tarzını devam ettirebilmesi bireyin uyumu ile mümkün olacaktır. Bu bağlamda stoma hemşiresinin danışmanlık / eğitimci rolü ön plana çıkmaktadır. Bireyi bilgilendirme, stoma bakımını öğretme, evde bakımı için eğitim verme ve koordine etme, danışmanlık yapma, bireyin ve ailenin kendine güveninin oluşturulması gibi fonksiyonları gerçekleştiren stoma hemşiresi, aynı zamanda bireyin bağımsızlığını kazanmasını da sağlayacaktır. Bu durum, taburculuk sonrası bireyin stoması ile ilgili olarak evde yaşayacağı sorunların oluşmamasına veya azalmasına katkı sağlayacaktır. Bu çalışma stomalı bireylerin evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmanın evrenini bir üniversite hastanesinde stomaterapi polikliniğine başvuran hastalar oluşturdu. Örneklem Şubat 2007– Ekim 2008 tarihleri arasında 80 stomalı birey alındı. Çalışmaya iletişimi engelleyecek bir sorunu olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler alındı. Veriler, demografik özellikleri ve çalışmacıların literatür doğrultusunda hazırladığı stoma ile ilgili soruları içeren bilgi formu ile toplandı. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul onayı alındı.

#### Bulgular:

Bireylerin yaş ortalamalarının  $52.65 \pm 12.49$  olduğu ve  $12.60 \pm 15.91$  aydır stomalarının bulunduğu belirlendi. Bireylerin %62,5'i erkek, %76,2'si evli, %66,2'si ilköğretim mezundur (Tablo 1). Bireylerin stoma bakımı ile bilgileri sorgulandığında; %81,2'si stoma bakımını bildiğini, %70'i stoma etrafı cilt bakımını bildiğini, %93,8'i nasıl beslenmesi gerektiğini bildiğini, %63,8'i stoma irigasyonunu bilmediğini, %65'i koku artıran yiyecekleri bildiğini ifade etti. %81,2'si malzeme teminini bildiğini, %73,8'i ilgili doktor ve hemşiresine kolayca ulaşabildiklerini belirtti. Stoma bakımı ile ilgili evde karşılaştıkları sorunlara bakıldığında; %38,8'i cilt problemleri, %36,2'si stoma çevresi iritasyonu, %46,2'si kaşıntı, %32,5'i kabızlık/ishal, %42,5'i koku/gaz sorunları ile karşılaştıklarını belirtti (Tablo 2). Çalışma kapsamına alınan bireylerin %66'sı günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiğini, %38'i evle ilgili işleri sürdürmemeye, %55'i eski mesleğine/görevine devam edememe, %69'u evin dışına çıkamadıklarını ya da çok kısa süreli çıktıklarını ifade ettiler. Bu bireylere hangi konularda tekrar eğitim alma istedikleri sorulduğunda %42'i stoma etrafı cilt bakımı, %40'ı stoma irigasyonu, %38'i beslenme, %36'sı sosyal yaşamı sürdürme, %30'u sportif faaliyetlerle ilgili ve %28'i iş yaşamı ile ilgili eğitim almak istediklerini belirttiler.

#### Sonuç:

Stoma bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olan aynı zamanda yaşam kalitesini azaltan faktörlerden biridir. Literatürde bireylerin stomaya uyumlarının sağlanması ve bu uyum sürecinin kısılmasının bakım ve eğitimle mümkün olacağı belirtilmektedir. Stoma hemşiresi, taburculuk sonrası da hastanın sorunlarının farkında olmalı ve tanılmalıdır. Evde yaşadığı sorunlara yönelik yapılan eğitim bireyin stoma ile yaşamasını kolaylaştıracaktır.

**Tablo 1** Bireysel özellikler

Yaş	Mean±SD	52.65±12.49	
Stoma süresi (ay)	Mean±SD	12.60±15.91	
Değişkenler	n		%
Cinsiyet			
Kadın	30		37.5
Erkek	50		62.5
Medeni durum			
Evli	61		76.2
Bekar	8		10.0
Dul	11		13.8
Eğitim düzeyi			
İlköğretim	53		66.2
Lise	12		15.0
Üniversite	15		18.8
Çalışma durumu			
Çalışıyor	42		52.5
Çalışmıyor	38		47.5

**Tablo 2** Stoma ile ilgili bakım bilgisi ve sorunları

Değişkenler	n	%
Stoma bakımı ile ilgili		
Stoma bakımını bilirim		
Evet	65	81.2
Hayır	15	18.8
Cilt bakımını bilirim		
Evet	56	70.0
Hayır	24	30.0
İrigasyonu bilirim		
Evet	29	36.2
Hayır	51	63.8
Nasıl besleneceğimi bilirim		
Evet	75	93.8
Hayır	5	6.2
Koku artıran yiyecekleri bilirim		
Evet	52	65.0
Hayır	28	35.0
Malzeme teminini bilirim		
Evet	65	81.2
Hayır	15	18.8
Dr-Hemşireye ulaşmayı bilirim		
Evet	59	73.8
Hayır	21	29.2
Stoma ile ilgili yaşanan sorunlar		
Cilt sorunları		
Evet	31	38.8
Hayır	49	61.2
Stoma çevresi iritasyonu		
Evet	29	36.2
Hayır	51	63.8
Stoma çevresi kaşıntısı		
Evet	37	46.2
Hayır	43	53.8
Kabızlık/İshal		
Evet	26	32.5
Hayır	54	67.5
Koku/gaz sorunları		
Evet	34	42.5
Hayır	46	57.5

**HP13****Stomalı Bireylerin Sosyal Uyumlarının****Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Bir Çalışma**

Ayişe Karadağ<sup>1</sup>, Hatice Karabulut<sup>1</sup>, Zehra Göçmen Baykara<sup>1</sup>, Deniz Harputlu<sup>2</sup>, Eylem Toyluk<sup>3</sup>, Birgül Ulusoy<sup>4</sup>, Sercan Karadağ<sup>5</sup>, Aysel Ören Hin<sup>6</sup>, Meral Altunsoy<sup>7</sup>, Yasemin Akıl<sup>8</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

<sup>4</sup>Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Bursa

<sup>5</sup>Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi Hastanesi, Ankara

<sup>6</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara

<sup>7</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

<sup>8</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana

<sup>9</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, Ankara

**Amaç:**

Literatürde, dünya genelinde tüm kanserler içinde en yaygın ölüm nedeninin kolorektal kanserler (%8) olduğu, ayrıca stoma açılan vaka sayısının her yıl on binleri geçtiği bildirilmektedir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde

her yıl birçok hasta kolorektal ve mesane kanserleri nedeniyle stoma cerrahisine gereksinim duymaktadır. Stomalı bireyler; boşaltım alışkanlığında değişme, dışkılama ya da idrar yapma kontrolünün olmaması, istemsiz gaz çıkışı, koku olması ve torbaya bağımlı olma gibi fizyolojik sorunların yanı sıra depresyon, yalnızlık, intihar düşüncesi, benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunlar da yaşamaktadırlar. Fiziksel görünümdeki değişiklik ve yaşanan sorunlar; bireyin beden imajı algısını olumsuz yönde etkilemekte, kendini diğerlerinden farklı görmesine, kendinden utanmasına, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusu hissetmesine ve sosyal aktivitelerini sınırlamasına neden olabilmektedir. Stomalı bireylerde ameliyattan sonra arkadaş ve akrabalar ile daha az görüşme, işi bırakma veya iş değiştirme, çalışma saatlerini azaltma, sosyal faaliyetleri kısıtlama gibi davranışlar görülmektedir. Stomalı bireylerin; stoma olgusuna, stoma bakımına, stoma ile yaşamaya fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak uyum sağlamaları gerekmektedir. Stoma ve yara bakım hemşirelerinin bu uyum sürecini kolaylaştırma önemli sorumlulukları vardır. Sağlık profesyonellerinin bu sorumluluklarını tam ve doğru olarak yerine getirebilmeleri için öncelikle stomalı bireylerin stoma ile yaşamaya uyumlarını değerlendirmelerinin ve uyumu etkileyen faktörleri ortaya çıkarmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma, kolostomili ve ileostomili bireylerin stomaya ve stoma ile yaşama uyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte prospektif olarak yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem:**

Araştırmanın evrenini, stomaterapi ünitesi olan hastanelerin bu ünitelerinde 01.09.2011-01.09.2012 tarihleri arasında yeni kolostomi ve ileostomi açılan tüm bireyler, örneklemini ise araştırmanın uygulanmasına izin veren 7 stomaterapi ünitesinde takipedilen ve kayıtlarını tam olan 135 stomalı birey oluşturmuştur. Araştırmada; stomalı bireylerin kişisel bilgilerini ve stomaya ilişkin özelliklerini içeren toplam 21 sorudan oluşan "Stomalı Bireyleri Tanılama Formu" ve bireylerin stomaya uyumlarını değerlendirmek amacıyla Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karadağ ve ark. tarafından yapılan 23 maddelik "Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OAI-23)" kullanılmıştır. "Stomalı Bireyleri Tanılama Formu" araştırma kapsamına alınan her bireye çalışmanın başında bir kez uygulanmıştır. OAI-23 ise 6 ay içinde kapatılacak geçici stomalı bireylere, stoma ameliyatından sonraki ilk 1 ay içinde ve stoma kapatılmadan hemen önce; stoması 6 aydan uzun süren ve kalıcı stoma açılan bireylere ise ameliyattan sonraki 1. ay ve 6. ayda olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Araştırma verileri Stoma ve Yara bakım hemşireleri tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler hesapları, Kruskal Wallis ve Mann Whitney testleri kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanması için Gazi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın uygulanacağı kurumlardan yazılı, hastalardan sözel izin alınmıştır.

**Bulgular:**

Araştırmaya katılan bireylerin; %57.0'sinin erkek, %78.5'inin evli, %29.6'sının ev hanımı, %58.7'sinin çalışmadığı ve %47.4'ünün ilk öğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Bireylerin çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı, sosyal güvencesinin olduğu, yarısının ise gelir durumunun iyi olduğu saptanmıştır.

Bireylerin %65.9'unun stoma açılmasının nedeninin kanser olduğu, %69.6'sının stoma açılmasını gerektiren durumdan başka bir hastalığının olmadığı, %82.2'sinin şu anda kemoterapi veya radyoterapi tedavisi almadığı belirlenmiştir. Bireylerin %78.5'inin stomasının geçici olduğu, %77'sinin stomasının planlı açıldığı, %91.1'inin stoma ameliyatı öncesinde bilgi aldığı ve %63.7'sinin stoma bölgesinin işaretlendiği belirlenmiştir. Bireylerin yarısının stoma bakımını bir başkasının yaptığı ve çoğunluğunun stomal veya peristomal komplikasyon yaşamadığı belirlenmiştir. Bireylerin uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ilk uygulamada 48.63±13.75, ikinci uygulamada ise 50.59±13.89 puan aldıkları belirlenmiştir. Bireylerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin puan ortalamaları (49.68±11.22; 53.10±13.36) ilk uygulamaya göre giderek artarken kadınların puan ortalamalarının (51.87±11.97; 46.09±12.34) azaldığı saptanmıştır (p<0.05). Yalnız yaşayan bireylerin (55.30±12.71; 47.88±10.01) puan ortalamalarının giderek azaldığı, üniversite mezunu olan bireylerin (50.23±10.92; 56.47±14.90) puanlarının giderek arttığı saptanmıştır. Çalışan bireylerin (51.57±13.03) çalışmayan bireylere göre (48.76±13.53) puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Stoma ameliyatı öncesinde bilgi alan bireylerin (51.06±11.60; 50.75±13.20) puan ortalamalarının, bilgi almayan bireylere göre (46.16±10.55; 42.18±12.65) daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Stoma bakımını başkası yapan bireylerin (48.96±13.19) puan ortalamalarının stoma bakımını yardımcı kendisi yapan bireylere göre (52.16±15.04) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Stomal veya peristomal komplikasyon yaşayan bireylerin (46.15±14.13) komplikasyon yaşamayan bireylere göre (50.73±13.11) puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Kanser nedeni ile stoma açılan bireylerin uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları zamanla azalırken (50.35±11.61; 46.80±10.36); diğer hastalıklar nedeniyle stoma açılan bireylerin uyum puanlarının (51.15±11.56; 55.33±15.98) zamanla yükseldiği saptanmıştır.

#### Sonuç:

Araştırmanın sonuçlarına göre ameliyat öncesi bilgilendirme, stoma bakımını yapabilmek, stomal komplikasyonlara ilişkin önlemler alma, aile desteği ve sosyal yaşam gibi birçok faktörün bireylerin stomaya ve stomalı yaşama uyumlarını etkilediği belirlenmiştir. Bu doğrultuda, stomalı bireylerin ameliyattan sonra normal yaşam aktivitelerine dönmelerini sağlamak ve stomalı yaşama uyumlarını artırmak için bütüncül hemşirelik bakımı felsefesi doğrultusunda; hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın planlanması önerilmektedir.

#### HP14

### Laparoskopik Kolorektal Cerrahide Ameliyathane Hemşireliği

Özlem Kaya, Melike Duran, Pınar Ongun, Sevgi Taşdelen  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Merkezi Ameliyathane

Günümüz cerrahi gelişmelerinden biri olan laparoskopi ameliyatı, ameliyat süresi ve hastanede yatış süresi kısa, ameliyat sonrası komplikasyon oranı az olan bir endoskopik cerrahi yöntemdir. Minimal invaziv cerrahide yeni bir adım olarak SILS ("Single Incision Laparoscopic Surgery") yöntemi geliştirilmiş, bu yöntemle insizyon morbiditesini azaltmak ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde etmek amaçlanmıştır. Ayrıca son yıllarda yeni uygulanmaya başlanılan bir yöntemle SILS cerrahisinde kullanılan aletler ile TAMIS ("Transanal minimal invasive surgery") transanal/transrektal cerrahi yapılabilmektedir. Modern cerrahi tekniklerle yapılan laparoskopik ameliyatlarda hemşirelere düşen görev ve sorumluluklar büyüktür. Öncelikle ameliyathane hemşiresi olarak hep bir adım sonrası düşünülerek hareket edilmelidir. Bu anlamda hemşirenin ameliyat öncesi malzeme ve ekipmanlarının eksiksiz, sağlam ve çalışır olduğundan emin olmalıdır. Alet ve masa yerleşiminin cerrahi ekibin konforlu çalışmasına olanak verecek şekilde olmalıdır. Ameliyat öncesi tüm hazırlıkları yapmış, kontrollü, kendinden emin ve ameliyat boyunca cerrahi ekiple uyumlu bir şekilde çalışmalı, hastanın her türlü güvenliğini kontrol altında tutmalıdır. Ameliyat sırasında kullanılan aletleri tanımalı, nasıl hazırlanacağını ve kullanılacağını bilmelidir. Kapalı teknikle yapılan ameliyatın herhangi bir sorun (kanama ve diğer komplikasyonlar) nedeniyle her an açığa geçilebilme olasılığına karşı ameliyat salonunda açık hazırlığının olması gerekir. Kısaca tam bir hakimiyet içerisinde çalışması gerekmektedir. Ameliyathane ortamında çalışan hemşirelerde tıpkı diğer alanlarda çalışan hemşireler gibi multidisipliner bir yaklaşım göstermektedirler. Ameliyathane hemşireliğinin de ki güncel yaklaşımları yakından takip etmekte, teknolojinin kazanımlarından faydalanmakta, tıbbın hızla ilerlediği günümüzde bilgilerini güncel tutmaktadırlar.

#### HP15

### Propofol Sedasyonu ile Endoskopi Yapılan Hastaların Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Neşe Akbaşlı<sup>1</sup>, Bahadır Ege<sup>1</sup>, Sezai Leventoğlu<sup>2</sup>, Hakan Bozkaya<sup>3</sup>, Gülce Avanoğlu<sup>4</sup>, B. Bülent Menteş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Koru Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gastrointestinal Cerrahi Merkezi

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Özel Koru Hastanesi, Anestezi Kliniği, Ankara

#### Amaç:

Hastalara yapılan endoskopik girişimlerde uygulanan 'Propofol anestezisi' nin hasta memnuniyeti ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

18 Şubat 2013-23 Şubat 2013 tarihleri arasında endoskopi yapılan 50 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Endoskopi yapılacak hastalara işlemle ilgili bilgi verilmiş ve soruları cevaplanmıştır. Endoskopi öncesi 'Bilgilendirilmiş Hasta



Onam Formu' imzalatılarak hastanın yazılı rızası alınmıştır. İşlem öncesi 'Endoskopik İşlem Öncesi Hasta Memnuniyeti Anket Formu' hasta tarafından doldurulmuştur. Tüm endoskopik girişimler anestezi uzmanı eşliğinde propofol anestezi ile ve ASGE kriterlerine uygun bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Endoskopi bitiminden 1 saat sonra hastalarca 'Endoskopik İşlem Sonrası Hasta Memnuniyeti Anket Formu' nu doldurmuştur.

#### Bulgular:

Hastaların 26'sı kadın 24'ü erkekti. Ortalama yaş 44 olarak bulundu. Hastaların eğitim düzeyleri şu şekildedir: 6'sı ilkokul, 2'si ortaokul, 9'u lise, 33'ü üniversite (Tablo 1). İşlem öncesi duyu durumları 17'sinin biraz gergin, 14'ünün orta derecede gergin, 5'inin gergin, 6'sının çok gergin, 8'inin gergin olmadığı saptanmıştır (Tablo 2). İşlem öncesi hastalarda gerilime neden olan durumlar hastaların 13'ünde önceki endoskopi tecrübesindeki kötü deneyimden, 4'ünde işlem sırasında kullanılacak olan ilaçların yan etkisinden, 14'ünde endoskopi-kolonoskopi sonuçlarında çıkacak kötü neticeden, 7'sinde işlem sırasında oluşabilecek komplikasyonlardan kaynaklandığı saptanmış bu hastaların 12'si ise gerginlik nedeninin tam olarak tanımlanamamıştır (Tablo 3). Endoskopik işlem sonrası hasta memnuniyeti anketi sonucuna göre ise 50 hastadan 41'inin hiç ağrı ve rahatsızlık hissetmedikleri, 7'sinin hafif ağrı, 2'sinin orta derecede ağrı veya rahatsızlık hissettikleri bulunmuştur (Tablo 4). Hastaların 43'ünün işlem sürecinden çok memnun, 7'sinin ise memnun kaldığı saptanmıştır ( Tablo 5).

#### Sonuç:

Kolonoskopi ve üst gastrointestinal sistem endoskopilerinde 'Propofol anestezi' hasta memnuniyeti sağlayan güvenilir bir yöntemdir.

#### HP16

### Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Stoma ile İlgili Karşılaştıkları Sorunlar ile Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi

Aysel Kahraman

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Stoma ve Yara Bakım Ünitesi, İzmir

#### Amaç:

İntestinal stoması olan bireylerde yaşanan sorunların azaltılması / ortadan kaldırılması, fizyolojik ve psikososyal boyutlarda yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşirelik bakımı son derece önemlidir. Hemşirelerin stomaya yönelik çıkan sorunlar karşısında çözüm üretebilmeleri, stomalı birey ve ailesinin uyum sürecini en az travmayla geçirmesini sağlamaktadır.

#### Gereç-Yöntem:

Yoktur. Çalışma yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulamasını içermektedir. Çalışmaya katılmaya istekli hemşirelere uygulanacaktır

#### Bulgular:

Veriler toplanmaya devam etmektedir.

#### HP17

### Kolorektal Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Değerlendirilmesi

Nilüfer Yurt<sup>1</sup>, Rabia Alp<sup>1</sup>, Halime Aydın<sup>1</sup>, Nuri Okkabaz<sup>1</sup>, Metin Kement<sup>1</sup>, Ali Emre Atıcı<sup>1</sup>, Selahattin Vural<sup>1</sup>, Mustafa Öncel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Medipol Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### Amaç:

Bu çalışma kolorektal kanserli hastaların, hastalıklarını nasıl algıladıklarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmaya Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2009 – Haziran 2010 tarihleri arasında tedavi gören ve hastalık algısı ölçeği formunu doldurmayı kabul eden kolorektal kanserli ardışık toplam 28 hasta dahil edilmiştir. Verilerin elde edilmesinde yeniden gözden geçirilmiş hastalık algısı ölçeği kullanılmıştır. (Revised Illness Perception Questionnaire, r-IPQ)

#### Bulgular:

Hastalarımızın 19'u erkek (% 67.9), 9'u (% 32.1) bayandı. Yaş ortalaması 60.8±13.1 olarak bulundu. Cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, meslek grupları, gelir düzeyi, yaşadığı yer (kırsal veya kent yaşamı), evde yaşayan çocuk ve kişi sayısı bakımından değerlendirildiğinde hastalık algısına etkileri bakımından anlamlı fark bulunamadı. Fakat eşi hayatta olan hastalar hastalıklarının negatif etkileri konusunda istatistiksel olarak anlamlı derecede olumsuz düşüncelere sahip oldukları ve emosyonel-duygusal yönden etkilendikleri saptandı.

#### Sonuç:

Literatürde farklı kronik hastalıklarda hastaların hastalık algısının araştırıldığına ilişkin çalışmalara rastlanmakla birlikte, kolorektal kanserli hastaların hastalık algısını inceleyen çalışmalar çok sınırlı sayıdadır. Bu nedenle bu çalışmanın konuyla ilgili bundan sonra yapılacak çalışmalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

#### HP18

### Kolorektal Kanserli Hastalarda Stoma Öncesi ve Sonrasında Çevresel Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi

Halime Aydın<sup>1</sup>, Rabia Alp<sup>1</sup>, Nuri Okkabaz<sup>1</sup>, Metin Kement<sup>1</sup>, Ali Emre Atıcı<sup>1</sup>, Yunus Emre Altuntaş<sup>1</sup>, Selahattin Vural<sup>1</sup>, Mustafa Öncel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Medipol Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### Amaç:

Stoma açılması planlanan kolorektal kanserli hastaların, stoma açılması öncesi ve sonrasında yakın çevrelerinden gördükleri sosyal destek arasında bir ilişki olup olmadığı araştırıldı.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmaya Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2009-Eylül 2012 tarihleri arasında stoma açılması

planlanan ve sosyal destek ölçeği formunu doldurmayı kabul eden kolorektal kanserli ardışık toplam 62 hasta dahil edilmiştir. Çalışmamız için kendi kurumumuzdan 21.12.2010/1009 numaralı etik kurul kararı alınmıştır. Kolorektal kanserli hastalar ameliyat edilmeden önce sosyal destek ölçeği ile (aile, arkadaş veya bunların dışında özel bir kişiden) genel sosyal destek algısı değerlendirildi. Ameliyat sonrası üçüncü ayda tekrar aynı ölçekle değerlendirilen hastalarda stoma açılması ile çevrelerinden gördükleri sosyal destek arasında bir ilişki olup olmadığı araştırıldı. İstatistiksel analiz SPSS 20.0 ile yapıldı. Stoma açılmasının etkisini değerlendirebilmek amacıyla paired samples test (eşleştirilmiş örneklem testi) uygulandı.

#### **Bulgular:**

Hastalarımızın 42'si erkek (% 67.7), 20'si (%32.3) bayandı ve ortalama yaş 56.2±12.4 olarak saptandı. Cinsiyet, evde yaşayan kişi sayısı, çocuk sahibi olup olmama, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni hali, yaşadığı çevre (kırsal kesim veya kent), stomanın kalıcı olup olmaması, stomanın türü, stoma bakımında dışarıdan yardım alıp almaması analiz edilmiş ve bayan hastaların stoma açılması sonrası genel olarak ve de ayrıca aile ve arkadaşlarından daha fazla destek aldıklarına inandıkları görüldü. Çocuk sahibi olmayanların stoma sonrası genel sosyal destek algılarının arttığı görüldü. Son olarak ev hanımlarında arkadaşlarından aldıkları sosyal destekte artış hissettikleri görüldü.

#### **Sonuç:**

Literatürde kolorektal kanserli hastalarda stoma açılması sonrası sosyal desteğin değerlendirildiği çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın konuyla ilgili bundan sonra yapılacak çalışmalara ve hangi hastaların sosyal desteğe ihtiyaç duyacağını belirlemede yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

#### **HP19**

### **Kolorektal Cerrahide İntraoperatif Hemşirelik Uygulamaları**

Gülay Karaboga, Hatice Karadağ

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ameliyathane Koordinatörlüğü, Ankara*

#### **Amaç:**

Günümüzde ileri cerrahi teknikleri, gelişmiş ameliyathane ventilasyonu, sterilizasyon metodları, bariyerler, ve uygun antibiyotik profilaksisi cerrahi başarıyı artırmaktadır. Buna rağmen kolorektal ameliyatlarında cerrahi alan enfeksiyonları ve karın içi enfeksiyonu hala önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Kolorektal ameliyatlarda ameliyat sonrası komplikasyonlarda ilk sırada cerrahi alan enfeksiyonlar(CAE)ı yer alır. İntraoperatif dönemde yaptığımız uygulamalarla bu enfeksiyon riskini hastanemiz olarak en aza indirmeye çalışmaktayız. Bu araştırma da yöntem olarak uygulamalı araştırma ve kaynak tarama teknikleri kullanarak hazırlanmıştır.

#### **Olgu:**

Kolorektal cerrahide uygulanan kolon rezeksiyonu kolonun bir bölümünün cerrahi olarak kesilip uzaklaştırılmasıdır. Rezeksiyon mesafesi yapılan cerrahi tümörün yerine,

metastaz olup olmadığına, tümörün evresine ve hastanın genel durumuna göre değişiklik gösterir. Ameliyat sırasında cerrahi ekibin uygulaması gereken teknikler cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltmada ne kadar önemliyse hemşirelik uygulamaları da ameliyat sonrası enfeksiyon riskini azaltmada bir o kadar önemlidir. Yılda ortalama 300-400 kolorektal ameliyatın yapıldığı hastanemizde preop uygulamalar, hemşirelik eğitimleri, enfeksiyonu önlemeye yönelik uygulamalar ve enfeksiyon kontrol komitesiyle birlikte geliştirilen standartlarla ameliyat sırasında oluşabilecek cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye çalışmaktayız. Ameliyat öncesi hazırlığı intra operatif dönemi etkileyen en önemli maddesi bağırsak hazırlığıdır. Bağırsakların tamamen temizlenmesi enfeksiyon açısından çok önemlidir. Bağırsak temizliği için önce katı gıdalar kesilir, sıvı gıdalar ve IV infüzyona başlanır. Doktor istemine uygun olarak oral laksatifler verilir, lavman uygulanır. Hasta ameliyathaneye geldiğinde ilk önce alan taraf formuna göre kimlik doğrulama işlemleri yapılır. Ameliyat bölgesi kontrol edilir. Ameliyat bölgesinin tıraş edilmesi gerekiyorsa ameliyathanede yapılması gerekir. Tıraş küçük cilt abrazyonlarına, olası bakteriyel kolonizasyona yol açmakta ve CAE riskini artırmaktadır. Tıraş gerekiyorsa ameliyattan hemen önce yapılmalı veya makine ya da hastanın allerjisi yoksa kıl dökücü kremler kullanılmalıdır. Tüm ekip cerrahi el yıkama tekniğine uygun olarak yıkanır. Cerrahi el yıkamada amaç, kontamine floranın ortadan kalkmasını sağlamak ya da mümkün olduğunca azaltmaktır. Ameliyat öncesi ellerin kuralına göre yıkanması eldeki bakteri sayısını %90 oranında azaltır. Hasta cildinin hazırlığında %10 povidon-iyodin kullanılır. Preoperatif antiseptik cilt hazırlığı merkezden periferde doğru giden konsentrik halkalar şeklinde uygulanmalıdır. Hazırlanan alan insizyonu genişletmeye, yeni insizyonlar yapmaya veya dren için insizyon açmaya izin verecek genişlikte olmalıdır Cerrahi örtülerin ıslanmasının önlenmesi gerekir. Cerrahi giysiler görünür bir şekilde kirlendiğinde, kontamine olduğunda veya kan vb. potansiyel olarak enfeksiyöz bir materyal ile penetre olduğunda değiştirilmelidir. Kolorektal ameliyatları Lyott davis pozisyonunda yapılır. Bu pozisyonunda örtme tekniği önemlidir. Sırasıyla bacaklar örtüldükten sonra üst kısımlar örtülür ve karın ve bacaklar arasında kalan kısım dize kadar çift kat örtülür. Bu sayede dairesel stapler konulurken ameliyat bölgesi kirlenmemiş olur. Özellikle low anterior rezeksiyonlarda ameliyat öncesi anüsden %10 povidon- iyodin izotonik ile karıştırılıp yıkama yapılır. Bunun amacı ameliyat öncesi bağırsak temizliğidir. Ameliyata başlanmadan tüm aletler, tampon, kuyruklu ve kompresler sayılıp kaydedilir. Karın açıldıktan sonra ise karın kapatma işlemine kadar ekip tarafından istenen açık tamponlar sayılarak verilir, dikkatle takibi yapılır ve sayılarak teslim alınır. Ameliyat sırasında ince bağırsaklar vücut dışında duruyor ise vücut ısısına uygun sıcak ıslak kompresler verilir. Dalak karaciğer gibi ekartörle zarar görebilecek organların ekartasyonu sırasında da ekartörlerin altına rulo gaz yada kompres verilir. Bu rulo gaz ve kompresler ara sayımlarda eksiksiz sayılır, hemşire değişimlerinde dikkatli teslimler yapılır. Ayrıca hasta kapatılırken batın içinde kalmamasına dikkat edilir. Bağırsak içeriği ile temas eden ameliyat materyalleri

kullanıldıktan sonra önceden 2000 cc izotonik içine 70 cc savlon koyarak hazırladığımız solüsyonun içine atılır. Bağırsak içeriği ameliyat sahasını kirleteceğinden ameliyat sahasına ayrı bir yeşil delikli serilir. Kirli aletler bu bölgede kalır işlem bittikten sonra kirlenen aletler savlonlu suya atılır. Kirli alanda yapılan işlem bittikten sonra sonradan serdiğimiz delikli yeşil kaldırılır bu alandaki kirli aletler savlonlu solüsyonun içine atılır ve tekrar kullanılmak istenirse 30 dakika sonra izotonikten geçirilerek kullanılır. Tüm ekibin eldivenleri ve koter, aspiratör değiştirilir Kompres tampon kuyruklu ve alet sayımı karın açık olduğundan çok önemlidir. Karın kapatılmadan önce dışarıdan sirküle hemşire dikkatlice sayım küvetindeki kirlileri sayarken scrap hemşirede masada kalan malzemeleri sayar. Karın vücut ısısına uygun izotonikle yıkanır. Ameliyat sonrası cilt enfeksiyonunu önlemeye yönelik cilt altı rifamisin içerikli bir antibiyotikle yıkanır. Ameliyat sonrası kullanılan malzemeler üzeri kapalı bir şekilde yıkama ünitesine gönderilir.

### Sonuç:

Kolorektal ameliyatlarda cerrahi alan enfeksiyonunu önlemede intra operatif sürecin önemi büyüktür. İntra Operatif dönemde daha temiz bir cerrahi alan için ameliyat öncesinde bağırsak temizliğinin 24 saat önceden başlaması gereklidir. CAE oluşumunda ameliyathane ortamının etkisi kadar ameliyat ekibinin asepti kurallarına uymasının da katkısı vardır. Tüm ekibin asepti kurallarına mutlak ve tam uymasıyla CAE önlenir. Sonuç olarak cerrahi ilişkili enfeksiyonları önleme politikaları bir bütündür. Cerrahi ekibin tümü konuyla ilgili bilgilendirilmeli ve beklentilerimizin aktarılması gerekir. Her aşamanın her uygulamanın tek tek gözden geçirilip ve alınacak önlemlere tam uyulması sağlanmalıdır.

## HP20

### Kolostomi-İleostomili Bireylerde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kullanımı: Literatür

#### Taraması

Nuran Gençtürk

*İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları, İstanbul*

#### Amaç:

Gastrointestinal sistemdeki hastalık durumlarını düzeltmek için yapılan stoma gibi cerrahi girişimler bireyin yaşam biçimini değiştirmesini zorunlu hale getirir. Değişen beden imajı ve stomanın neden olabileceği fiziksel sorunlar bireyin; psikolojik, sosya-kültürel, manevi ve cinsel yaşantısında problemlere neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Stomalı bireylerde; uygulanan farklı stoma tiplerinin yaşam kalitesine, aldıkları tedavilerin ve uygulanan girişimlerinin etkinliklerinin karşılaştırılabilmesi, sağlık profesyonelleri tarafından fark edilmeyen durumların belirlenebilmesi ve klinik alanda yapılacak araştırmalara yön verebilmesi amacıyla yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmalıdır. Stomalı bireylerin yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosya-kültürel, manevi, cinsel yaşam boyutları ile ölçen tek bir ölçek olmadığı için Short-Form 36 version 2 (SF-36v2), City of Hope Quality of Life-Ostomy (COHQOL-O), Montreux Ölçeği, Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQOL), Cleveland Clinic

Florida Ostomy Function Index (CCFOFI) gibi pek çok yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Bu araştırma, kolostomili ve ileostomili bireylerin yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan SF-36 ve SF-36v2 ölçeğinin araştırmalarda hangi amaçla kullanıldığını belirlemek ve yaşam kalitesi puanlarını karşılaştırmak amacıyla planlandı.

#### Gereç-Yöntem:

Türkiye Atıf Dizini, Pubmed, yahoo.com, google akademi veri tabanlarına, Türkçe ve İngilizce olarak "kolostomi, ileostomi, stoma, yaşam kalitesi, SF-36" anahtar kelimeleriyle arama yapıldı. Tarama sonucunda 2000-2013 yılları arasında yayınlanmış 23 makaleye ulaşıldı. Bu makalelerden dört tanesinde COHQOL-O ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirliğinin irdelendiği belirlendi. İki makalede yaşam kalitesi ölçeklerinin revizyonu yapılmış, beş makalede ise ölçek kullanılmadan stomalı hastaların yaşam kalitesini etkileyen problemler ile ilgili derlemeler yapıldığı belirlendi. Bir makalede stomalı bireyler arasında ürostomili bireyleri de ele alındığı, bir makalede ise kolostomisi olan kanserli ve kolostomisiz kanser olmayan bireylerin yaşam kalitesi, ölçek kullanılarak karşılaştırıldığı saptandı. Beş makalede ise COHQOL-O, Quality of Life, European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30 ve QLQ-38 ölçekleri kullanılmış, SF-36 ölçeği hiç kullanılmamıştı. Stomalı bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan literatür çalışmalarında en çok Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen ve sağlığın hem pozitif hem negatif yönlerini ölçmek için geliştirilmiş SF-36 ve SF-36v2 ölçeğine rastlandığı ve bireyin yaşam kalitesi sekiz alt boyutu ile detaylı ölçtüğü için araştırma kapsamına sadece bu ölçeği kullanan makaleler alındı. Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı 18 makale araştırma kapsamı dışında bırakılarak, beş makale araştırma kapsamına alındı.

#### Bulgular:

Charua-Guindic ve arkadaşlarının 2009 yılında Meksika'da kolostomisi ve ileostomisi olan 83 bireyin yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı araştırmasında stomalı bireylerin yaşam kalitesi iyi olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan stomalı bireylerin çoğunda stoma akıntısı ve cinsel fonksiyon bozukluğu korkusu, yaşam kalitesini azaltan problemler olduğu belirtilmiştir. Mutlu tarafından 2005-2006 yılları arasında İstanbul'da yapılan araştırmada ise abdominal stomalı hastaların, yeni yaşamlarında beden imajı değişimi nedeniyle yaşadıkları problemlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini saptanmıştır. Araştırmada SF-36 ölçeğinin sonuçlarına göre stomalı bireylerin fiziksel rol sınırlaması, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı düşük bulunmuştur. Colquhoun ve arkadaşları tarafından 2000-2001 yılları arasında Chicago/Amerika'da kolostomili ve ileostomili bireylere üç farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yaşam kaliteleri ve bu ölçeklerin birbirleriyle tutarlılığı ölçülmüştür. SF-36 ölçeğinin alt boyutlarına göre kolostomili ve ileostomili bireylerin fiziksel bileşenlerinin ortalaması, yalnızca kolostomili bireylerin mental bileşenlerinin ortalaması düşük, diğer boyutlar iyi değerde bulunmuştur. Kuzu ve arkadaşları tarafından 1999-2001 yılları arasında Ankara'da rektum kanseri sonucu üç farklı cerrahi girişim uygulanarak kolostomi açılmış Müslüman bireylerin özellikle dini ibadet açısından yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır.

APR uygulanan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sekiz boyutu LAR ve AP ameliyatı uygulanan bireylere göre daha düşük bulunmuş. Ayrıca sosyal yaşam ve iş sorumlulukları APR uygulanan bireylerin LAR ve AP ameliyatı uygulanan bireylere göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır. APR ameliyatı uygulanan bireylerin büyük bir kısmının tek başına veya camide namaz kılmayı ve Ramazan ayında oruç tutmayı bıraktıkları belirlenmiştir. Krouse ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Amerika'da yapılan araştırmada stoması olan rektal kanserli bireyler ile stoması olmayan rektal kanserli bireylerin yaşam kalitesi karşılaştırılmıştır. SF-36v2 ölçeğinin sonuçlarına göre stoması olan ve stoması olmayan kadınlar arasında fiziksel rol kısıtlaması, genel sağlık, mental rol sınırlaması, ruhsal sağlık, mental bileşenlerin ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir. Stoması olan ve stoması olmayan erkeklerde ise SF-36v2 ölçeğinin hiçbir alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı vurgulanmıştır.

#### Sonuç:

İncelenen araştırmalarda ölçeğe göre kolostomili bireylerin fiziksel rol sınırlaması, genel sağlık, enerji/canlılık/zindelik, mental bileşenlerin ortalaması ileostomili bireylere göre düşük olduğu görüldü. Ayrıca stomalı bireylere uygulanan tedavinin, bakımın etkinliğini saptamak ve uygulanan farklı tedavi, bakım yöntemleri arasında karşılaştırma yapabilmek amacıyla yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmasının objektif veri sağlaması açısından önemli olduğu görüldü. Stomalı bireylerde yaşam kalitesini ölçmek için bu durumlara özgü, nesnel, objektif bir araca gereksinim vardır. Bu açıdan stomalı bireylerin fiziksel, psikolojik, sosya-kültürel, manevi, cinsel yaşam boyutlarını ölçen tek bir stoma yaşam kalitesi ölçeğinin geliştirilmesi hem stomalı bireylere uygulanan tedavi ve bakımın etkinliğini ölçmede hem de bu konuda yapılan araştırmaları birbirleriyle karşılaştırmada etkili olacaktır.

#### HP21

### Complications in Colorectal Surgery: Risk Factors and Preventive Strategies Systematic Review

Imad Rasheed Abu Khader, Prof. Nurhan Bayraktar  
Hacettepe University, Nursing Faculty, Surgical Nursing, Ankara

#### Background:

Open or laparoscopic colorectal surgery comprises of many different types of procedures for various diseases. Depending upon the operation and modifiable and non-modifiable risk factors the intra- and postoperative morbidity and mortality rate vary. In general, surgical complications can be divided into intraoperative and postoperative complications and usually occur while the patient is still in the hospital.

#### Aim:

This review provides an overview how to identify and minimize intra- and postoperative complications.

#### Methods:

A literature search (2000-2010) was carried out, using MEDLINE, PubMed and the Cochrane library. Using the following terms: complications, risk factors, colorectal

surgery, colorectal resection, laparoscopy, surgical site infection, anastomotic leakage, and bowel cleansing.

#### Results:

The improvement of different treatment strategies and technical inventions in the recent decade has been enormous. This is mainly attributable to the increase in the laparoscopic approach, which is now well accepted for many procedures. Training of the surgeon, hospital volume and learning curves are becoming increasingly more important to maximize patient safety, surgeon expertise and cost effectiveness. In addition, standardization of perioperative care is essential to minimize postoperative complications.

#### Conclusion:

This review summarizes the main perioperative complications of colorectal surgery and modifiable and non-modifiable risk factors which are important to the health care professionals and the patients as well. In order to minimize or even avoid complications it is crucial to know these risk factors and strategies to prevent, treat or reduce intra- and postoperative complications.

#### HP22

### Ostomili Bireyler Müjde!!!! Artık Ostomi Torbam Ciltten Ayrılır mı? Düşer mi? Diye Düşünmeden Özgürce Dolaşabilirsiniz Artık Ostomi Emniyet Kılıfınız Var

Halime Aydın

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Amaç:

Ostomi başka nedenler ile olabilse de çoğunlukla kolorektal kanserler nedeni ile barsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kişi için Ostomi büyük abdestini farklı yoldan yapmak dışında başka anlamlarda taşır. Ostomi kişinin beden imajına, benlik saygısına, toplumsal yaşantısına, sosyal hayatına, mahremiyetine, cinsel hayatına çok fazla olumsuz etkisi olan bir durumdur. Hastaya büyük abdestini yapması için karnına torba takılır. Hasta bu torbayaaracılığı ile büyük abdestini yapar torba boşaltılarak temizlenir. Yapılan araştırmaların da gösterdiği gibi bu durum bireyin yaşam kalitesini oldukça kötü etkilemektedir. Birey torbam düşer mi korkusu ile toplumsal yaşantıdan kendini soyutlayıp, hem psikolojik hem de sosyal sorunlar yaşamaktadır. Hastanemizde Ostomili bireylere yönelik grup terapileri ve ostomi okulu yapılmaktadır. Bunlarda hastalarla konuştuğumuzda durum göstermektedir ki, karnında torba olan bireylerin büyük bir çoğunluğu torbam düşer mi korkusu ile sokağa hatta bazıları odadan dışarıya çıkmamaktadır. Torba ile yaşamaktansa yaşamdan vazgeçmek isteyen hastalar bile oluyor. Bu durum psiko sosyal sorunlara yol açmaktadır. Genellikle kanser tanısı almış olan bu hastalar bir taraftan kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri ile uğraşırken diğer taraftan torbanın neden olduğu psiko, sosyal ve toplumsal sorunlarla baş başa kalıyor. Bu sorunların önüne geçebilmek ve ostomili bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacı ile bu proje tasarlanmıştır. Ostomili bireylerin bu sorunlarına çözümleneceği düşünülmektedir. Buluş ostomi torbası taşımak zorunda olan hastaların, torbasının düşme, ayrılma ihtimalini ortadan kaldırarak



*Antalya*

kişinin kendisini güvende hissetmesini sağlar. Bireyin torba ile yaşarken olabilecek psiko, sosyal ve toplumsal sorunlar yaşamasını en aza indirir. Yaşam kalitesini ve ostomi ile yaşama konforunu artırır.

**Olgu:**

Ostomisi olan bireylerin en önemli sorunlarının bu torba ile sürekli endişe içinde oldukları ve rahat evden dışarı çıkamadıkları görülmektedir. Bu problemlerin çözümü olabilecek ve ostomili bireyleri endişesiz şekilde bu torba ile birlikte yaşamalarını sağlamak amacıyla bir proje (Ostomi Emiyet Kılıfı) oluşturulmuştur. Proje ostomisi olan bir hasta tarafından kullanıldı. Olgu; Kadın hasta, 54 yaşında Rektum ca. tanısı almış 10 Ocak 2013 tarihinde operasyon amacı ile hastaneye yatırıldı. Pre –op tetkikleri yapıldıktan sonra ameliyat oldu. Hastaya geçici loop ileostomi açıldı. Hasta ileostomi ile sosyal yaşantısına döndüğünde sürekli endişe içinde olduğunu, açılır, ciltten ayrılırsa ne yaparım diye düşündüğünü söylüyordu ve bu nedenlerle evden dışarıya çıkmıyordu. Hastaya Ostomi Emiyet Kılıfı Önerildi ve nasıl kullanacağı hakkında bilgi verildi. 30 Ocak 2013 tarihinden itibaren hasta kılıfı kullanmaya başladı. Aradan üç hafta geçtikten sonra hasta ile tekrar iletişim kurularak kendini ostomi emiyet kılıfı ile nasıl hissettiği soruldu. Kılıfı takarak dışarıya çıktığında kendisini daha güvende hissettiğini yaşam kalitesi ve konforunun arttığını söyledi.

**Sonuç:**

Ostomi torbası taşıyan bireyler artık Ostomi Emiyet Kılıfı ile torbam düşer mi? Korkusu yaşamadan rahatlıkla dışarıya çıkarak kaliteli yaşayabilirler. Hedefimiz bu projenin geliştirilerek ülkemizde ve yurt dışında tüm ostomi taşıyan bireylere ulaştırılmasıdır.

**HP23****Ülseratif Kolitli Hastalarda Görülen Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları**

*Nuray Akyüz<sup>1</sup>, Evrim Yılmaz<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul*

<sup>2</sup>*Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Cerrahi Endoskopi Ünitesi, İstanbul*

Ülseratif kolit, rektum ve kolon mukozasının ülserleşmesi ile seyreden, etyolojisi tartışmalı nonspesifik inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. İyileşme ve alevlenme dönemleriyle seyreden ülseratif kolit, klasik olarak rektum mukozasında başlar ve proksimale doğru yayılarak tüm kolonu tutma eğilimi gösterir. Etiyolojisinde psikosomatik, genetik, immünolojik, bakteriyel ve çevresel faktörlerin üzerinde durulmaktadır. Ülseratif kolitli hastalarda sıklıkla görülen sorunlar kramp tarzında karın ağrıları ve kanlı ishaldir. Orta düzey ülseratif kolit vakalarında kanamalar artar ve sistemik belirtiler ortaya çıkar (ateş, halsizlik, iştahsızlık). Ciddi vakalarda ise günde 10-20 kez kanlı-mukuslu ishaller, inkontinans, yüksek ateş, kilo kaybı, anemi, taşikardi ve dehidratasyon da tabloya ilave olur. Ülseratif kolit tıbbi ya da cerrahi yöntemlerle tedavi edilir. Tedavide asıl amaç, remisyonu sağlamak ve devam ettirmektir. Tıbbi tedaviye beklenen yanıt alınamayan

*VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi*

hastalarda cerrahi tedaviye geçilir. Ülseratif kolitli hastanın hemşirelik bakımında amaç; akut alevlenme dönemlerinin sayısını ve şiddetini azaltmak, normal sıvı-elektrolit dengesini sürdürmek, ağrı ve rahatsızlığı gidermek, tıbbi tedaviye uymak, dengeli beslenmeyi sürdürmek olmalıdır. Bu yazıda, ülseratif kolitli hastalarda görülen sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları ele alınacaktır.

**HP24****Kolonoskopi Öncesi Bağırsak Hazırlığı/ Temizliği ve Hemşirenin Rolü**

*Evrin Yılmaz<sup>1</sup>, Nuray Akyüz<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Cerrahi Endoskopi Ünitesi, İstanbul*

<sup>2</sup>*Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul*

Kolonoskopi, kalın bağırsağın (kolon) endoskopik olarak incelenmesidir. Tanı ve tedavi amacıyla yapılır. Kolonoskopi öncesi mutlaka bağırsak hazırlığının/temizliğinin yapılması gerekir. Kusursuz bir bağırsak hazırlığına bağlı olarak yeterli temizliğin sağlanması, taniyi destekleyici ve güvenilir olması açısından son derece önemlidir. Doğru ve kesin tanı ile bağırsaklara yönelik tedavi edici işlemlerde güvenilirlik, yüksek oranda temiz bir bağırsak ile sağlanabilir. Yetersiz bağırsak temizliğine bağlı olarak tekrarlayan muayeneler maliyetin artmasına, işgücü ve zaman kaybına, hastanın uygulamayı tekrar deneyimleyerek aynı sıkıntı ve güçlükleri yeniden yaşamasına neden olur. Temizleme yöntemlerinin hasta tarafından kabul edilebilir olması da, hazırlığın niteliğini belirleyen temel faktörlerden biridir. Kolonoskopi öncesinde bağırsak temizliği; sıklıkla ağızdan alınan sodyum fosfat, senna alkaloidleri, polietilen glikol vb. maddeleri içeren toz veya sıvı laksatifler ile yapılmaktadır. İdeal bağırsak temizliğinde istenen, kısa zamanda etkili bir temizlik, güvenilirlik ve uygulamada basitliktir. Tanı işlemlerinin uygulanmasında olduğu kadar, tanı ve tedavinin hasta tarafından yeterince anlaşılmasında gereken eğitimin hastaya/aileye verilmesinde de hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Hastanın katkısı da sağlanarak, hasta için en uygun en etkili, en kısa zamanda uygulanabilecek, ve hastayı en az sıkıntıya sokarak tanı ve tedavini sonucunu etkileyebilecek yöntemin seçilmesinde hekimle birlikte hemşire de karar aşamasında söz sahibi olmalıdır. Hastalara hazırlık yöntemlerinin gerekliliği, nasıl uygulanacağı, hazırlığın ne derece önemli olduğu işlem öncesi açıklanmalıdır. Bu yazıda, kolonoskopi öncesinde yapılan bağırsak hazırlığının/temizliğinin önemi, kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü ele alınacaktır.

**HP25****Yetişkin Hirsprung Hastalığı**

*Fatoş Yafay, Mehmet Özet, Hilal Durmaz, Mevlüt Yıldırım*

*Acıbadem Sağlık Grubu Eskişehir*

**Amaç:**

Nadir görülen Hirsprung Hastalığı için kaynak oluşturmak

**Olgu:**

1936 doğumlu erkek hasta karın ağrısı ile acil servise başvurmuştur. Hasta hastanemize başvurmadan önce başka bir

hastaneye gitmiş, tanı konulamamış ve evine gönderilmiştir. Hastaneye yatışıyla hastaya ayakta direkt batın grafisi, tüm batın bilgisayarlı tomografi çekilmiş ve kolonda taşlaşmış dışkı olduğu; sigmoid kolonun yaklaşık 50 cm kadar büyüdüğü, batın alt kadranda barsak seslerinin alınmadığı, batının distanse olduğu görülmüştür. Hastanın yaklaşık 3 aydır defekasyon çıkışının olmadığı öğrenilmiştir. Hasta kata yatışından 2 gün sonra operasyona alınmıştır. Operasyona gitmeden önce medikal tedavi ve medikal tedavinin yanı sıra sabunlu yüksek lavman yapılmış ancak defekasyon çıkışlarının çok az olduğu gözlenmiştir. Hastaya genel anestezi altında sigmoid kolon rezeksiyonu yapıp kolostomi açılmış ve hastadan yaklaşık 12 kg taşlaşmış dev dışkı çıkarılmış, yakın takip ve tedavi amacıyla hasta genel yoğun bakımda takip edilmeye başlanmıştır. Hasta yoğun bakım takibinin ardından yatan hasta katına transfer edilmiş ve takibi yapılmaya başlanmıştır. Kata yatışından 2 gün sonra oksijen saturasyonu %58 kadar düşünce yoğun bakıma alınarak takibi devam etmiştir. Takibinin 5 gününde solunum sıkıntısı artan hasta CPAP (continue positive air pressure) ile desteklenmiş daha sonra treastomi açılmıştır. Yoğun bakımda 2 ay takip edildikten sonra ani bradikardi gelişen hastada kardiyak arrest ve solunum arresti gelişip exitus kabul edilmiştir.

#### Bulgular:

Hirschsprung hastalığı ilk olarak 1888'de Hirschsprung tarafından, çocuklarda 'kolonun masif dilatasyonu ve hiperrofisi' olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 1948 yılında Whitehouse ve Kernohan tarafından, daralmış kolon segmentindeki nöral pleksuslarda ganglion hücrelerinin yokluğu olarak bildirilmiştir. Ganglion hücrelerinin yokluğu, nöral krest hücrelerinin 5 ile 20. gestasyonel haftalarında gerçekleşen göçündeki yetersizlikle açıklanmaktadır. Hirschsprung hastalığında etkilenen kolon segmenti distalde internal alan sfinkterden başlayıp proksimalde değişik seviyelere kadar uzanabilir. Hirschsprung hastalığı daha çok pediatrik bir antite olarak kabul edilmesine rağmen nadiren erişkin olgularda karşımıza çıkabilmektedir. Bazı yazarlar 10 yaşından sonra tanı alan olguları erişkin Hirschsprung hastalığı kategorisinde değerlendirirken, bazıları 18-19 yaş sonrası tanı alan olguları bu gruba dahil etmektedir. Erişkin Hirschsprung hastalığı genelde gözden kaçtığı ve yanlış tanı aldığı için gerçek sıklığı bilinmemektedir. Ancak hastalığın görülme sıklığının sanılandan yüksek olduğu düşünülmektedir. Erişkin Hirschsprung hastalığının semptom ve bulguları pediatrik hasta grubuyla benzerdir. Erişkin yaşta karşımıza çıkan tipik olgular infant döneminden beri yaşadıkları kronik kabızlık ve abdominal distansiyondan yakınırılar. Başlıca diğer kronik semptomlar ise abdominal distansiyon, karın ağrısı ve ele gelen fekaloid kitleler yer alır. Bizim vakamızda da kronik kabızlık, karın ağrısı ve karında şişlikli şikayetleri ile başka bir sağlık kuruluşunda yanlış tanı almış ve Hirschsprung düşünülmediği için taburculuğu yapılmış. Ancak hastanın hastanemizde yapılan tetkiklerinde tanı almış ve daha önce de ileus ile operasyonu yapıldığı öğrenilmiştir. Hastamızın tedavi olduğu sürede çocuğunun da başka bir hastanede kronik kabızlık ile tedavi olduğunu ve diğer yanında olan çocuğunun da 3 haftada bir defekasyona çıktığı öğrenilmiştir.

#### Sonuç:

Sonuç olarak; erişkinlerde Hirschsprung hastalığının görülmesi oldukça nadirdir ve bu olgular Hirschsprung hastalığı tanısının akla gelmemesinden dolayı genelde yanlış tanı ve tedavi alırlar. Çocukluk yıllarından beri devam eden kronik kabızlık öyküsüne sahip hastalarda, hastalığı düşündüren radyolojik bulgular da varsa Hirschsprung hastalığı tanısı akla gelmelidir. Ailevi yatkınlığın da olduğu unutulmamalıdır. Aksi takdirde tanıdaki gecikme nedeniyle Hirschsprung hastalığı olguları obstrüsyon, volvulus veya enterekolit gibi ciddi ve vakamızda olduğu gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlarla karşımıza gelebilir.

#### HP26

### Peristomal Alanda Hiperplazi Olan Bir Vaka Yönetimi

Ayişe Karadağ<sup>1</sup>, Hatice Karabulut<sup>1</sup>, Hülya Acarlar<sup>2</sup>, Aysel Ören Hin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Ankara

#### Amaç:

Peristomal cilt problemleri, en yaygın görülen stoma komplikasyonları arasında olup genellikle altta yatan bir hastalık, kimyasal tahriş, mekanik travma, enfeksiyon ve immünolojik nedenlerden kaynaklanmaktadır. Cilt problemleri arasında ise yaygın görülen kimyasal iritasyon dematit; torba ve adaptörün doğru yerleştirilmemesine bağlı olarak bağırsaktan gelen çıktının cilde sürekli temasına bağlı olarak gelişir. Zamanında müdahale edilmeyen kimyasal iritasyon dermatit ilerleyince hiperplazi komplikasyonuna yol açar. Hiperplazi, tanım olarak parastomal dokunun sürekli olarak kronik iritasyona maruz kalması sonucu aşırı derecede çoğalmasındır. Hiperplazide belirti ve bulgu olarak peristomal ciltte lezyonlar görülür. Bu lezyonlar; stomanın tabanında başlar ve dışa doğru genişler, peristomal alanda belli bir bölgede ya da tüm stoma çevresinde olabilir, cilt yüzeyinden kabarık şişil görünümündedir, genellikle gri/beyaz ya da kırmızımsı kahve renklidir, ağrılıdır ve kolayca kanayabilir. Hiperplazinin tedavisinde temel yaklaşım; uygun torba/adaptör sistemini kullanmak (genellikle yan ürünler ya da konveks sisteme geçmek gerekir), uzun süre kullanılabilecek yara örtüsü (long-wearing barriers) kullanmak, gümüş nitratla koterizasyon ve uygun takiptir. İyileştirilemeyen hiperplazi durumunda cerrahi olarak stomanın yerini değiştirmek gerekebilir. Bu sunuda stomaterapi ünitemizde takip ettiğimiz bir hiperplazi vakasının yönetimi ele alınmıştır. Sunuda yer alan görseller için Bay OS<sup>3</sup>den izin alınmıştır.

#### Olgu:

Bay OS; 39 yaşında, yüksek okul mezunu, evli ve 1 çocuk sahibidir. Bay OS, yaklaşık 5 ay önce stoma çevresinde küçük kırmızı alanlar oluştuğunu fark etmiştir. Hasta stoma çevresindeki bu alanların adaptör altında kalmaması gerektiğini düşünerek adaptörün çapını genişletmeye başlamıştır. Ancak dışkı ile temas eden bu alan tahriş olmaya başlamış ve kanama odakları haline gelmiştir. Bay OS, cilt tahrişinin artması, boşaltım sırasında ciltteki tahrişe bağlı şiddetli ağrı ve stoma çevresinde kanama şikâyetleri ile 20 Mart 2013 tarihinde stomaterapi ünitesine başvurmuştur.

Stoma ve yara bakım hemşirelerinden oluşan ekip tarafından

yapılan değerlendirmede (20 Mart 2013); Bay OS'nin sol alt abdominal kadranda kalıcı kolostomisinin olduğu, stomanın cilt ile aynı seviyede olduğu, stoma çevresinde saat 8 ile 10 yönü haricinde stomal ve peristomal alanda kanamalı ve ağrılı hiperplazik değişikliklerin mevcut olduğu saptanmıştır. Görsel Analog Skala (VAS) ile yapılan değerlendirmede, ağrı düzeyinin 8 şiddetinde (VAS:1-10) olduğu belirlenmiştir. Hastanın çift parçalı ve düz torba adaptör sistemi kullandığı ve adaptörün stomanın çapından çok daha geniş kesildiği gözlenmiştir. Patoloji durumunu elimine etmek amacı ile peristomal dokudan alınan biyopsi kültüründe ülser ve iltihabi granülasyon dokusu ile uyumlu değişiklikler izlenmiştir.

Hastanın öyküsünde ise; 2004 yılında Rektum CA tanısı aldığı ve abdominoperineal rezekzyon ile kalıcı kolostomi açıldığı, mesaneye yayılım nedeniyle de radikal sistoprostektomi işlemi yapıldığı belirlenmiştir.

**Bakım Hedefleri ve Hemşirelik Girişimleri**

Genel bilgileri alınan Bay OS stoma bakım hemşiresi tarafından değerlendirilmiş ve stoma çevresindeki hiperplazinin bakımına yönelik olarak aşağıdaki hedefler ve hemşirelik girişimleri planlanmıştır:

**Hedefler:**

- Hastanın ve eşinin torba adaptör sistemi ve cilt bakımı ile peristomal cilt komplikasyonları arasındaki ilişkiyi kavraması,
- Hiperplazinin ortadan kaldırılması,
- Hastanın stoma bakım ürünlerini doğru kullanması,
- Hastanın stoma bakımını doğru yapması,
- Stoma adaptörünün en az 2 gün açılmadan ciltte kalması,

**Hemşirelik girişimleri:**

- Stoma ve peristomal alan değerlendirildi,
- Stoma ve çevresi ılık musluk suyu ile temizlendi,
- Stoma ve çevresindeki hiperplazik alanlara gümüş nitrat kalemi kullanılarak kanama odakları yakıldı. Nekroze olan gümüş nitrat odakları bakım sırasında gazlı bezle mekanik olarak debride edildi.
- Stoma çevresinin iyileşmesini sağlamak amacıyla pudra, dışkı ile temasını önlemek amacıyla bariyer sprey uygulandı,
- Düz olan ve torba adaptör sistemi değiştirilerek yumuşak konveks sisteme geçildi. Hiperplazik alanlar adaptörün altında kalacak şekilde yumuşak konveks adaptör stoma çapına uygun ölçüde kesilerek kullanıldı,
- Dışkı sızıntısını önlemek amacıyla adaptöre pasta uygulandı,
- Ostomi kemeri kullanıldı,
- Hastaya ve eşine bölgeyi dışkı sızıntısından korumak için dikkat etmesi gerekenler ve bakımının aşamaları hakkında bilgi verilerek evde bakımı sürdürmesi sağlandı.

Bay OS'nin bir hafta sonraki izleminde (26 Mart 2013) kanamasının ve ağrısının azaldığı belirlenmiştir. Hasta ağrısının şiddetini 6 olarak belirtmiştir. Ayrıca ileriki dönemlerde de benzer sorunu yaşamaması için hastaya irrigasyon önerilmiş ve irrigasyon hakkında eğitim verilmiştir. Ancak hasta irrigasyon yapmak istemediğini ifade etmiştir.

Bay OS, sonraki izleminde (29 Mart 2013) ağrısının giderek azaldığını, boşaltım sırasında hiç ağrısının olmadığını ve son 3 gün boyunca çok rahat olduğunu ifade etmiştir. Hiperplazi olan alanda gaita temasının olmadığı ve hiperplazik alanların oldukça küçüldüğü izlenmiştir. Bakım girişimleri aynen uygulanmıştır. Haftalık izlemi yapılan ve bakım girişimleri uygulanan hastanın tedavisi devam etmektedir.

**Sonuç:**

Hiperplazinin de içinde yer aldığı peristomal cilt komplikasyonlarının doğru tanınması, etkilenen dokuya göre uygun ürünlerin kullanılarak bakımının yapılması ve hastanın izlenmesi önemlidir. Bu girişimler, stoma ve yara bakımı konusunda eğitim almış sertifikalı hemşireler tarafından yapılabilmektedir. Stoma ve yara bakım hemşireleri, yara iyileşme sürecine çok boyutlu katkı sağlamaktadır. Bu hemşireler, bireyin gereksinimlerini erken tanırlar, bakımın sürekliliğini sağlar, hastanın yaşam kalitesini artırır ve yara bakımıyla ilgili kanıt oluşturarak hemşirelik bakımının önemini ortaya çıkarır. Bu nedenle sağlık kurumlarında stoma ve yara bakım hemşirelerinin sayısının artırılması önerilmektedir.





# YAZAR İNDEKSİ



## Antalya

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

-A-		Alp, Rabia	285
Abuoğlu, Hasan	124, 151, 154, 198	Altın, Önder	118
Acar, Aylin	51, 118, 277	Altınel, Yüksel	120, 160, 217, 243, 249
Acar, Sertan	133, 152	Altınlı, Ediz	109
Acar, Turan	115, 116, 148, 159, 161, 206	Altınsoy, Ezgi	244
Acarlar, Hülya	280, 290	Altınsoy, Meral	266, 268
Acehan, Türker	193	Altıntoprak, Fatih	91
Aghayeva, Afag	90, 91	Altun, Hasan	178, 241
Ağtas, Hüseyin	52	Altunsoy, Meral	269, 277, 278, 283
Ağalar, Fatih	152, 157, 174	Altuntaş, Yunus Emre	49, 74, 118, 179, 212, 222, 226, 277, 285
Ağca, Birol	117, 162, 193, 234	Anılır, Ender	123, 209, 215, 221
Ağcaoğlu, Orhan	57, 61, 88	Anuk, Turgut	178
Ahmadova, Ahmadova Esmira	243	Arduoğlu, Ayşe Merter	229
Akan, Mert	241	Aren, Acar	214, 244
Akar, Emine	267, 268, 280	Arer, İlker Murat	176
Akarsu, Cevher	110, 209	Arı, Aziz	166, 174
Akay, Tamer	59	Arıcı, Sinan	138, 242
Akbaba, Ayşegül	263	Arıkan, Emel	271, 278, 281
Akbaşı, Neşe	284	Arıkan, Soykan	166, 205
Akbulut, Sami	52	Arıkan, Türkmen Bahadır	246
Akcan, Alper	165, 168	Arıkan, Yüksel	108, 146, 147, 188, 219, 238
Akçağül, Ömer	189	Arisoy, Özden	247
Akçakaya, Adem	53, 57	Arslan, Baha	49, 194
Akçam, Atılğan Tolga	87	Arslan, Çiğdem	60, 241
Akçam, Tolga	230	Arslan, Erol	130, 229
Akdemir, Salim	52	Arslan, Kemal	93
Akdeniz, Mustafa İlker	158, 175	Arslan, Mithat Kerim	65
Akdur, Aydınca	176	Arslan, Naciye Çiğdem	65
Akgül, Özgün	171	Arslan, Ramazan Serdar	101, 186, 191, 249
Akgün, Erhan	139, 163, 208	Arslan, Serdar	114
Akgün, İsmail	69, 102, 125, 169, 207, 223, 244, 249	Arslan, Yusuf	91
Akgün, İsmail Ethem	57, 85, 192	Artış, Tarık	215
Akgün, Yusuf Akif	150, 151	Aslan, Fatih	144, 236
Akgüner, Taner	142	Asoğlu, Oktar	50, 69, 73, 74, 77, 165
Akıl, Yasemin	268, 270, 283	Atabey, Mustafa	86
Akın, Mehmet Levhi	68, 82, 178, 212, 213	Atahan, Kemal	188, 194
Akın, Tezcan	191	Atahan, Murat Kemal	161, 171
Akıncı, Muzaffer	158, 199, 237	Atak, İbrahim	51, 119, 182, 208
Akküçük, Seçkin	111, 148	Atak, Tuba	169, 203, 209, 216, 239, 242
Akoğlu, Musa	67, 70, 74, 226, 273	Ataman, Sibel	175
Akpınar, Göksever	206	Atamanalp, Sabri Selçuk	82, 200
Aksel, Bülent	181	Atasoy, Deniz	100
Aksoy, Erol	67	Atasoy, Gülsen	64, 65
Aksoy, Hüseyin	162	Atay, Arif	93
Aksoy, Nazan	120, 147, 217	Ateş, Mustafa	217, 234
Aksoy, Nergis	110, 281	Atıcı, Ali Emre	170, 222, 226, 285
Aksoy, Sezgin	137	Atılğan, Halil	229
Aksoy, Süleyman Özkan	64, 194	Attaallah, Wafi	92, 171
Aksoy, Şefika	214	Atun, Tahir	93, 94
Aksungur, Nurhak	223	Avanoğlu, Gülce	284
Aktaş, Ayşegül	90	Avcı, Hasan	51, 182
Aktaş, Gülali	244	Avlanmış, Ömer	195, 196, 198, 239
Aktaş, Suat	119	Ay, Ali	267
Aktuğ, Hüseyin	90	Ay, Enver	145
Aktürk, Güray	250	Ay, Serden	110, 121, 201, 224
Akyıldız, Hızır	165, 168	Aydın, Abdülkadir	155
Akyıldız, Hızır Yakup	153, 246	Aydın, Çoşkun	65
Akyol, Cihangir	61, 82, 108, 211	Aydın, Halime	277, 285, 288
Akyürek, Nusret	129	Aydın, Hayrettin	137
Akyüz, Ali	57, 61, 62, 80, 88, 129, 228	Aydın, Hüsnü	158, 187
Akyüz, Muhammet	153, 165, 168, 246	Aydın, Taşkın	240
Akyüz, Nuray	289	Aydın, Utkan	253
Alabaz, Ömer	58, 87, 230, 254, 270	Aydiner, Ömer	152
Alanyalı, Hilmi Feyzi	194	Aydınli, Bülent	82
Albayrak, Doğan	162	Aydinova, Pervane Rövsen	102, 112, 240
Alemdar, Ali	134, 162, 193	Aydin, Cengiz	86
Alış, Halil	49, 99, 110, 150, 209	Aydoğan, Akın	111, 148
Ali, Rıdvan	123	Aygün, Nurcihan	102, 169, 207, 223, 244
Alimoğlu, Orhan	51, 59, 119, 132, 137, 169, 182, 203, 209, 215, 216, 221, 242	Ayhan, Ali	89
Aliosmanoğlu, İbrahim	184	Ayhan, Barış	93
Aliyev, Eldar Allahverdi	112, 240	Ayhan, Semin	101, 191, 249
Alkan, Arzu	129	Aylaz, Gökçe	211
Alkurt, Ertuğrul Gazi	199, 237	Ayşan, Erhan	245
		Aytaç, Erman	90, 91

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Antalya

Aytaç, Zühre	219	Boyacıoğlu, Zehra	84, 167, 172, 204, 221
Ayten, Refik	180	Boylu, Şükrü	230
Ayva, Şebnem	174	Boz, Alper	114, 116, 134
Ayvaz, Kemal	170	Bozcuk, Hakan	216
Azamat, İbrahim Fethi	225	Bozdağ, Ali Doğan	230
Azılı, Cem	124, 205, 232	Bozdağ, Emre	93, 94, 213
<b>-B-</b>		Bozdağ, Kübra Eren	230
Baca, Bilgi	90, 91, 196, 268	Bozkaya, Hakan	126, 254, 284
Baç, Bilsel	184	Bozkurt, Emre	93, 94, 213
Bademci, Refik	229	Bozkurt, Erol	244
Bademler, Süleyman	186, 209	Bozkurt, Mehmet Abdussamet	49, 99, 110, 150, 209
Bağ, Murat	144	Bozkurt, Süleyman	53, 60, 245
Bakır, Barış	73, 74	Boztaş, Nilay	241
Bakkal, Bekir Hakan	89	Bölük, Salih	100, 215, 221
Bal, Ahmet	108, 146, 147, 188, 219, 238	Bölük, Sümeyra	216
Balas, Şener	174	Bölük, Sümeyra Emine	239
Balık, Emre	57, 61, 62, 70, 71, 80, 88, 111, 129, 221, 228, 253, 269, 278	Buğra, Dursun	57, 61, 62, 66, 70, 71, 80, 88, 111, 129, 228
Baloğlu, Hüseyin	152, 157	Bulğurcu, Abdullah	150, 151
Balta, Ahmet Ziya	68, 76, 82, 177, 178, 212, 213, 253	Bulut, Can İbrahim	109
Barlas, Aziz Mutlu	144, 236	Bulut, Hülya	262
Barussaud, Marie Line	75	Bulut, Özgür Hakan	200, 223
Basım, Pelin	236	Bulut, Türker	57, 61, 62, 70, 71, 80, 88, 129, 228, 278
Baş, Gürhan	51, 119, 137, 155, 182, 183, 185, 208	Bulut, Türker Mehmet	111, 253
Başak, Fatih	119, 137, 155, 182, 183, 185, 208	Bumin, Cihan	61
Başkan, Zuhâl	63	Burcu, Büşra	242
Bat, Orhan	240, 241	Büyükaşık, Kenan	128, 174, 254
Batı, İmam Bakır	59, 73, 86, 181	Büyükaşık, Süleyman	150, 186
Battal, Muharrem	192	Büyüker, Fatih	239
Bayam, Emrah	127, 128, 173	Büyükkarabacak, Yalçın Hüseyin	137
Bayar, Özlem Öndeş	229	Büyükuncu, Yılmaz	57, 62, 80, 88, 111, 129, 228
Baydar, Belda	263	<b>-C-</b>	
Baykan, Adil	125, 207, 244, 249	Cambaztepe, Ferdi	198
Baykara, Zehra Göçmen	262, 263, 266, 267, 268, 272, 280, 283	Can, Mehmet Fatih	51, 219, 255
Bayrak, Esra	107	Canan, Fatih	244
Bayrak, Savaş	107, 128, 131, 136, 174	Canbak, Tolga	119, 137, 182, 183, 185, 208
Bayrakçı, Ümit Gül	162	Canbay, Emel	84, 172, 204, 221
Bayraktar, Adem	61, 62, 71, 129, 228	Canda, Aras Emre	49, 60, 64, 65, 112, 200, 221, 241, 250, 253, 255, 257
Bayraktar, Barış	100, 123, 169, 203, 209, 215, 216, 221	Canpolat, Sibel	200
Bayraktar, Nurhan	288	Cartı, Erdem	195, 232
Bayraktar, Onur	100	Cartı, Erdem Barış	119, 154, 167, 192
Bayram, Onur	70, 172	Celayir, Fevzi	57, 69, 85, 102, 125, 169, 207, 223, 244, 249
Baysal, Abdülmuttalip	88	Celayir, Mustafa Fevzi	115
Baysal, Hakan	239	Celep, Bahadır	108, 146, 147, 188, 201, 205, 219, 238
Bekiş, Recep	200	Celep, Bahadır Rüçhan	124
Bektaş, Hasan	107, 128, 131, 132, 136, 174, 181, 244, 254	Cengiz, Fevzi	121, 179, 200, 206
Bektaş, Sibel	89	Cengiz, Merve Büşra	53, 60, 211, 223, 245, 256
Bektaşoğlu, Hüseyin	60	Ceylan, Ahmet Cemil	280
Benek, Suat	199, 237	Ceylan, Alper	175
Benlice, Çiğdem	90, 91	Ceylan, Şengül	279
Berkem, Hüseyin	84, 191	Cihan, Rabia	266
Berköz, Ömer	253	Cihan, Rabiye	270
Beşe, Nuran	196	Cin, Samet	163
Beyaz, Yüksel	162	Coskun, Ali	154
Bil, Dilek	273	Coşgun, Nihan	171
Bildi, Alper	130	Coşkun, Ali	119, 192, 195, 232
Bildik, Necdet	170	Coşkun, Doğukan	122
Bilecik, Tuna	130, 219, 229	Coşkun, Hall	256
Bilge, Hüseyin	138, 145, 242	Coşkun, Hasan Şenol	216
Bilge, Orhan	66	Coşkun, Murat	125, 144, 166, 167, 172, 204
Bilgen, Köksal	147, 185, 201	Cömert, Sena	183
Bilgiç, Çağrı	100	<b>-Ç-</b>	
Bilgihan, Ayşe	70	Çağlıküleççi, Mehmet	160
Bilgin, Çağlar Bülent	178	Çakabay, Bahri	181
Bilgin, İsmail Ahmet	90, 91	Çakar, Ekrem	107, 128, 131, 132, 136, 174, 214
Binnetoğlu, Kenan	180	Çakar, Emel	136
Birben, Birkan	67	Çakar, Mustafa	130
Biricik, Aytaç	242	Çakır, Murat	143, 149, 190, 197, 202, 218
Bişgin, Tayfun	257	Çakır, Tebessüm	70
Bostancı, Erdal Birol	67, 70, 71, 74, 226, 273	Çakır, Tuğrul	219
Bostancı, Hasan	185		
Bostancı, Özgür	93, 94, 115, 213, 214		



## Antalya

Çakır, Volkan	159
Çakmak, Güner	91
Çakmakçı, Metin	152, 157
Çalık, Adnan	65
Çalış, Hasan	216
Çalışkan, Cemil	90, 139, 326, 208
Çalışkan, Müjgan	51
Çalışkan, Nefise	262
Çantay, Hasan	127
Çapar, Muzaffer	123
Çapkinoglu, Emir	141, 161, 206
Çaycı, Murat	127, 128, 173
Çayırılı, Mutlu	234
Çaynak, Mesut	129
Çelebi, Fatih	145, 242
Çelebi, Fehmi	91
Çelik, Fatoş	279
Çelik, Ferhat	49, 186
Çelik, Kafkas	241
Çelik, Salih Can	159
Çelik, Sevilay Şenol	261
Çermikçi, Tefvik Fikret	214
Çetin, Durmuş Ali	192, 195
Çetin, Mehmet Mustafa	244
Çetiner, Saadetttin	63, 122
Çetinkaya, Ziya	180
Çetinkünar, Süleyman	124
Çıkrıkçıoğlu, Makbule	151
Çınar, Hamza	141, 142
Çiftci, Ali	125, 144, 167
Çiftci, Kürşad	216
Çiftçi, Ali	84, 172, 204, 221
Çiftçi, Reşit	156
Çipe, Gökhan	53, 60, 211, 223, 245, 256
Çitgez, Bülent	57, 85, 192
Çolak, Şükrü	107, 128, 131, 136, 174
Çolhan, İbrahim	201, 205
Çoşkun, Ali	167
Çoşkun, Doğan	51
Çuhadar, Mehmet	178

**-D-**

Daban, Uğraş	148
Dadalı, Emrah	162, 164, 204
Dalcı, Kubilay	58, 136, 137, 230
Dalgıç, Tahsin	67, 70, 74, 226, 273
Dalyan, Okan	254
Dandin, Özgür	73, 76, 127, 234, 253
Danış, Yunus Emre	161
Daphan, Çağatay	174
Demir, Aydın	150, 151
Demir, Kasım	108, 146, 147, 188, 238
Demir, Melek Öztürk	279
Demir, Mustafa	59, 132, 175
Demir, Nejla	282
Demir, Sevil Güler	266
Demir, Turgay	124, 151
Demir, Uygur	57, 85, 93, 94, 102, 115, 213, 214, 249
Demirbaş, Sezai	51, 63, 75, 113, 122, 148, 253, 255
Demircan, Esra	279
Demirel, Dilaver	68
Demirgöl, Recep	201, 224
Demiryılmaz, İsmail	108, 110, 153, 217
Demiryılmaz, İsmayil	134
Deniz, Mehmet Mehdi	174
Dere, Özcan	115, 116, 148, 159, 161
Derebey, Murat	142
Derici, Hayrullah	122
Derici, Serhat Tolga	68, 212
Deveci, Köksal	86
Dikicier, Enis	91
Dilege, Ece	93, 94
Dilektaşlı, Evren	127, 128, 173
Dinç, Leyla	265

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Dinç, Nadire	95, 226
Dinç, Rafet	200
Dinçer, Levent	114
Direk, Emre	60, 200, 221
Dirican, Abuzer	217, 234
Dişçi, Esra	223
Doğan, Baki	166
Doğan, Mahmut	49, 110
Doğanay, Levent	216
Doğangün, Muhammed	128, 173
Doğu, Alper	150, 151
Dolay, Kemal	236
Doğru, Osman	93
Doruk, Hatice	63
Dorum, Hatice	261, 264
Duluklu, Burcu	261
Duma, Kazım	68
Duman, Uğur	127, 128, 173
Durak, Evren	161
Duraker, Nüvit	199
Dural, Ahmet Cem	99
Dural, İbrahim	231
Duran, Eyüp	75, 122
Duran, Fulya Yılmaz	121
Duran, Melike	284
Durhan, Abdullah	144
Durmaz, Hilal	289
Durmuş, Ali	117, 134, 162, 234
Duru, Adem	199, 237
Duymuş, Mehmet Esat	144, 236
Düzköylü, Yiğit	128, 131, 132, 166, 181, 205, 254

**-E-**

Edeer, Aylin Durmaz	264, 266
Ege, Bahadır	77, 78, 81, 113, 126, 254, 284
Eğın, Seracetttin	199
Eken, Hüseyin	217
Eker, Tefvik	108, 181
Ekici, Yahya	67, 95, 177, 226
Ekinci, Neşe	188
Ekinci, Özgür	239
Elibol, Funda Dinç	64
Ellidokuz, Hülya	64, 250
Elmalı, Hüseyin Nevzat	117
Elmalı, Nevzat	134, 199, 234
Emeklice, Mustafa	63
Emre, Ali Uğur	72, 78
Ensari, Cemal Özben	130
Er, Ahmet	148, 194, 235
Er, Cemil	224
Eray, İsmail Cem	58, 87, 136, 230, 254
Erbaş, İbrahim	102, 169, 207, 249
Erbaş, Oytun	90
Ercan, Metin	67, 71, 74, 226
Erçin, Uğur	70, 71
Erdem, Hasan	51
Erdem, Sonca	266, 268
Erdemir, Ayhan	152, 157
Erel, Serap	144, 236
Eren, Tunç	59, 132, 203, 209, 242
Ergen, Arzu	205
Ergin, Tuncer	76, 253
Ergönenc, Tolga	91
Ergüner, İlknur	90, 91, 196
Eriş, Cengiz	124, 151, 154, 198
Erkan, Dilaver	280
Erkan, Nazif	116, 119, 134, 154, 167, 192, 195, 232
Erkek, Bülent	61
Erkek, Bülent Ayhan	211
Eroğlu, Ersan	109
Eroğlu, Murat	178
Erol, Fatih Mehmet	128, 173
Erol, Varlık	139, 163
Eroler, Emir	128, 173

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Antalya

Erözgen, Fazilet	158, 199, 237	Güneyi, Ayhan	131, 136
Ersavaş, Cenk	236	Gür, Emine Özlem	115, 116, 140, 141, 159, 161, 184, 188, 194, 206
Ersöz, Feyzullah	166	Gürbulak, Esin Kabul	57, 69, 85, 125, 192, 244, 249
Ersöz, Nail	63, 120, 187	Gürsu, Rıza Umar	214
Ersözlü, Ercüment	138	Güven, Hakan	134, 162, 193
Erşen, Ogün	147, 188	Güzel, Hakan	185, 201
Ertaş, Ertuğrul	150, 151	Güzey, Deniz	186
Ertekin, Cemalettin	172, 225		
Ertekin, Süleyman Çağlar	171	<b>-H-</b>	
Ertem, Metin	220, 238, 256	Haberal, Mehmet	67
Ertunç, Gözde	163	Hacım, Nadir Adnan	195, 196, 198, 239
Ertürk, Mehtap	134	Hacıyanlı, Mehmet	115, 116, 140, 141, 159, 322, 184, 188, 194, 206
Ertürk, Ömer	215	Hacıyev, Novruz	99
Eryavuz, Yavuz	134, 193	Haksal, Mustafa Celalettin	84, 125, 167, 172, 204, 221
Eryılmaz, Mehmet	245	Hamzaoğlu, İsmail	90, 91
Eryılmaz, Mehmet Ali	121, 201, 224	Hamzaoğlu, İsmail Hakkı	196
Eryılmaz, Ramazan	130, 229	Hançerlioğulları, Oğuz	139, 235
Eser, Mehmet	118, 170	Harlak, Ali	120, 148
Evren, Müjgan Çalışkan	182	Harman, Ali	67
		Harputlu, Deniz	264, 266, 268, 283
<b>-F-</b>		Hasbahçeci, Mustafa	53, 60, 211, 223, 256
Ferhatoğlu, Ferhat	192	Hasdemir, Ahmet Oğuz	124, 205, 224
Fırat, Yurdakul Deniz	179, 245	Hashimoto, Yasushi	99
Filiz, Ali İlker	212	Hatipoğlu, Ahmet Rahmi	162
Füzün, Mehmet	60, 64, 65, 112, 250	Hengirmen, Süleyman	191
		Hevenk, Turgut Mustafa	137
<b>-G-</b>		Hin, Aysel Ören	262, 266, 272, 280, 283, 290
Geçim, Ethem	61	Hut, Adnan	199
Gedik, Mehmet Lari	92		
Geldigitti, Tuna	134	<b>-I-</b>	
Gemici, Eyüp	186, 209	İmanova, Solmaz Soltan	102
Genç, Levent	119	Isık, Ahmet Fatih	249
Gençtürk, Nuran	287	Işık, Arda	108, 110, 179, 217
Gezen, Cem	179, 212	Işık, Sevil	147
Girgin, Mustafa	180	Işıl, Canan	213
Girgin, Sadullah	145	Işıl, Gürhan	93, 94, 213, 214
Göbüt, Hüseyin	129, 210		
Gök, Ali Fuat Kaan	70, 172	<b>-İ-</b>	
Gök, Hakan	220, 238, 256	İbrikçi, Selman	71
Gök, Kaan Ali Fuat	225	İdiz, Ufuk Oğuz	245
Gökakın, Ali Kağan	86	İlçe, Arzu	271
Gökce, İsmail Emre	155	İlgöz, Musa	125, 166
Gökçe, Özcan	160	İlgün, Ahmet Serkan	237
Gökçek, Berk	199	İlgün, Serkan Ahmet	92
Gökçelli, Uğur	162, 164, 207	İlhan, Enver	162, 164, 179, 204, 207, 215
Göktaş, Utku	61	İlhan, Mehmet	172, 225
Gönenç, Murat	49, 209	İmanova, Solmaz Soltan	240
Gönüllü, Doğan	92, 237	İnal, Abdullah	108, 110, 179, 217
Göret, Nuri Emrah	118	İnce, Mehmet	68, 130, 229
Gulesci, Kadri	160	İnönü, Gülsen	277
Guzey, Deniz	49	İrem, Burak	124, 205, 224, 231
Gül, Asiye	282	İsmailov, Elgün	253
Gül, Mesut	184	İsmailov, İlkin	210
Gülay, Hüseyin	203	İsmayilov, İlkin	78
Gülcü, Barış	53, 73, 92	İyıldırım, Ali	224
Gülçelik, Tuba	160		
Gülen, Mehmet	158, 199, 237	<b>-K-</b>	
Gülen, Mertter	77, 81, 126	Kaçar, Hasan	253
Güler, Kadir	173	Kadioğlu, Mehmet Burak	101
Güleşi, Kadri	217	Kahraman, Aysel	266, 285
Güllü, Huriye	134, 217	Kahramanca, Şahin	155, 185, 201, 231, 232
Güloğlu, Recep	172, 225	Kahya, Eyüp	162
Gültekin, Ayça Fatma	72, 78, 89	Kalaycı, Murat	160
Gülümser, Faruk	125, 166, 172	Kalaycı, Mustafa Uygur	49, 99, 110, 150, 209
Gümüş, Tufan	139	Kalaycı, Orhan	65
Günay, Emre	124, 151, 154, 198	Kalcan, Süleyman	51, 137, 155, 182, 183, 208
Günay, Kayıhan Mustafa	225	Kalın, Murat	157
Gündeş, Ebubekir	143, 149, 190, 197, 218	Kalkan, Mustafa	146
Gündoğdu, Bilge	280	Kamalı, Gülçin Harman	193, 199
Gündoğdu, Kemal	91	Kamalı, Sedat	117, 162, 193, 199, 234
Güner, Osman Serhat	59, 63, 73, 86, 181	Kamer, Erdinç	142, 188, 194, 235
Günerhan, Yusuf	178	Kanat, Burhan Hakan	180
Güneri, Halil Erdem	132		
Güneş, Mehmet Emin	128, 131, 132, 174, 181, 214, 244, 254		



## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Antalya

Mihmanlı, Mehmet	69, 85, 93, 94, 102, 115, 125, 169, 207, 213, 214, 223, 244, 249	Özgönül, Abdullah	156
Moray, Gökhan	67, 89, 95, 176, 177, 226	Özgül, Halit	158
Murakami, Yoshiaki	99	Özgün, Yiğit	173
Mutluoğlu, Mesut	187	Özguven, Mehmet Reha	236
Müslümanoğlu, Mahmut	53, 60, 211, 223, 245, 256	Özguven, Reha	144
-N-		Özkalkanlı, Murat Yaşar	121
Namal, Esat	101	Özkan, Erkan	124, 154, 198
Nasibov, Efendi	49, 64	Özkan, Nazlı Ezgi	205
Nasirov, Mahir	170	Özkanlı, Şeyma	123
Naycı, Ali Emre	131, 254	Özkardeş, Alper Bilal	232
Nazlı, Mehmet Ali	214	Özkardeşler, Sevda	241
-O-		Özkececi, Taner	108, 146, 188, 238
Obuz, Funda	64	Özkececi, Taner	147, 219
Odabaşı, Mehmet	124, 151, 154, 198	Özlem, Nuraydın	80, 83, 138, 175, 246
Oğuz, Abdullah	145	Özmen, Tolga	171
Oğuz, Mehmet	78, 170	Özoğul, Bünyami	82, 200, 223
Oğuz, Serhat	162	Özoğul, Yusuf	71, 74, 226
Ohge, Hiroki	99	Özoğul, Yusuf Bayram	67
Okkabaz, Nuri	49, 74, 170, 179, 212, 222, 277, 285	Özoran, Emre	181
Okur, Nazan	188, 219	Özsoy, M Sencer	246
Okuş, Ahmet	110, 121, 201, 224, 281	Özsoy, Mehmet Sait	175
Oltulu, Fatih	90	Özsoy, Murat Sencer	80, 83, 138, 175
Onay, Deniz Cenan	266	Özsoy, Mustafa	108, 146, 147, 188, 219, 238
Ongun, Pınar	284	Özsoy, Sait	215
Oral, Ethem Nezh	73, 74	Öztaş, Muharrem	75, 117, 122, 187, 255
Oran, Ebru Şen	69, 102, 125, 169, 207, 223, 244, 249	Öztop, İlhan	60
Ordin, Burak	49	Öztuna, Derya	58, 211
Orhan, Bülent	63	Öztürk, Bülent	117
Orhun, Kivılcım	216, 221	Öztürk, Deniz	272
Orman, Süleyman	59, 123, 132, 239	Öztürk, Ersin	53, 58, 59, 63, 73, 92, 182, 249
Orsel, Atilla	148	Öztürk, Gürkan	82, 200
Oruç, Mehmet Tahir	130, 219	Öztürk, Osman	147, 188
Oymacı, Erkan	119, 154, 167, 192, 195, 232	Özveri, Emel	220, 238, 256
Ozguc, Halil	249	Özyalvaç, Ferman	209
Ozkaya, Guven	249	Özyalvaç, Ferman Tevfik	123, 239
-Ö-		Özyalvaç, Tevfik Ferman	239
Öksüz, Ahmet	155	Özyar, Enis	63
Ömeroğlu, Sinan	93, 94, 213, 214	Özyıldız, Mehmet	125, 144, 166, 167, 172
Öncel, Mustafa	49, 74, 118, 179, 212, 222, 226, 236, 277, 285	-P-	
Öncü, Mustafa	65	Paksoy, Melih	247, 248
Öner, Eyüp	145	Parsak, Cem Kaan	87, 136, 137
Öner, Muharrem	195, 196, 198, 239	Paşaoğlu, Esra	107, 214
Öz, Abdullah Bahadır	153, 165, 168, 246	Peker, Evren	102, 169, 223, 244
Özardalı, İlyas	146	Peker, Kemal	108, 110, 134, 153, 179, 217
Özarपालı, Hasan İlyas	188, 219	Peker, Önder	127
Özbalcı, Aysu Başak	141	Peker, Sübütay	51
Özbalcı, Gökhan Selçuk	141, 142	Peker, Yaşar Subutay	120, 146, 148, 187, 219, 255
Özbayır, Türkan	277	Peker, Yusuf	51, 63, 146, 148, 187, 245
Özben, Volkan	238, 256	Pekindil, Gökhan	191, 249
Özbilgin, Şule	241	Peşkersoy, Mustafa	142, 235
Özçelik, Fatih	229	Poyrazoğlu, Yavuz	117
Özçınar, Beyza	225	-Q-	
Özçimen, Elif	171	Qapaqov, Faiq Misir	240
Özdemir, Yavuz	68, 82, 177, 178, 212, 213	-R-	
Özdenkaya, Yaşar	74, 222, 236	Ramadan, Saime	152, 157
Özdoğan, Kamil	138, 242	Rencuzoglu, Ahmet	136, 137, 230
Özel, Hakan İ.	191	Rencüzogulları, Ahmet	58, 254
Özel, Tuğba Matlım	50, 73, 74, 77, 165	Rozanes, İzzet	66
Özemir, Ali	132	-S-	
Özemir, İbrahim Ali	59, 100, 123, 169, 203, 209, 216, 221, 242	Saatli, Bahadır	257
Özer, Bahri	199, 237	Saçlı, Atakan	154, 232
Özer, Hilal	150, 151	Sağıroğlu, Jülide	221
Özer, İlter	67, 70, 71, 74, 226, 273	Sağlam, Fazıl	117, 134, 162, 199
Özer, Mustafa Tahir	51, 63, 75, 122, 148, 253, 255	Sağlam, Kenan	130
Özerhan, İsmail Hakkı	51, 63, 255	Sağlam, Kutay	65
Özet, Mehmet	289	Sağol, Özgül	250
Özgehan, Gülay	155, 185, 201, 232	Sakallı, Hakan	254
Özgen, Görkem	66, 127	Sakar, Alkan	130, 219
		Sakman, Gürhan	87, 230
		Sana, Barış	145



## Antalya

Sancakdar, Enver	86
Saraç, Muzaffer	189
Saran, Aslı	63
Sarı, Erdem	140, 141, 142, 184, 194, 206, 235
Sarı, Kazım	117, 162, 234
Sarı, Sebahattin	130
Sarı, Serkan	166
Sarı, Toygar	108
Sarioğlu, Sülen	49, 64, 250
Sarıpınar, Barış	219, 238
Savaş, Osman Anıl	187
Saydam, Mehmet	117, 255
Saygun, Oral	174
Sefiyeva, Aynur Kamal	102
Sekmen, Ümit	247, 248
Senger, Aziz Serkan	109
Seren, Arzu Kader Harmancı	268
Serin, Kürşat	50, 77, 165
Serin, Kürşat Rahmi	69, 73, 74
Seven, Mehmet Can	108
Sevinç, Ali İbrahim	194
Sevinç, Barış	110, 121, 201, 281
Sevinç, Mert Mahsuni	244
Seydaoğlu, Gülşah	87
Shigemoto, Norihumi	99
Shimizu, Wataru	99
Sinan, Hüseyin	117, 148, 255
Sivrel, Erdiñ	179
Sivrikoz, Emre	57, 61, 62, 228
Sobutay, Erman	234
Soğukpınar, Seda	224
Sonbahar, Bilgehan Çağdaş	82
Soyder, Aykut	230
Soylu, Veysel Garani	150, 151
Sökmen, Selman	49, 60, 64, 65, 112, 200, 250
Sökücü, Necmettin	57, 70, 71, 88, 228
Sönmez, Hüsnü	58
Sözer, Nihat	63
Sözür, Erdoğan	165, 168
Sözür, Erdoğan Mütevellî	153, 246
Sözüték, Alper	157
Subaşı, İsmail Ege	51, 229
Sudo, Takeshi	99
Sueda, Taijiro	99
Sultanova, Seadet Hasan	112
Sücutlü, İlker	51, 68, 75, 76, 82, 177, 178, 212, 213
Süler, Gülseren	264, 266
Sülü, Barlas	178
Sümer, Demet	72, 78, 89
Sümer, Fatih	67
Sütlü, Cihan	279
-Ş-	
Şaban, Burhan	157
Şahin, Gülay	110
Şahin, Orhan	196
Şahin, Semra Tutcu	114
Şeker, Ahmet	156
Şeker, Duray	155
Şeker, Gaye	155, 232
Şengül, Neriman	247
Şengül, Serkan	205
Şenlikci, Abdullah	162, 164, 179, 207
Şenol, Dilek	182
Şimşek, Abdurrahman	146
Şimşek, Hatice	194
Şirin, Abdullah Haluk	49, 64, 250
Şişik, Abdullah	51, 183
Şit, Mustafa	244
-T-	
Tagıyev, Elman	99
Taha, Ahmed	173
Tanık, Canan	207

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Tanrıverdi, Hacı Osman	215
Tarcan, Ercüment	161, 171
Tarım, İsmail Alper	142
Taş, Hüseyin	245
Taşcı, Halil İbrahim	190
Taşçılar, Öge	72, 78
Taşdelen, Sevgi	284
Taşkın, Bilek	171
Taşkın, Ramazan	155
Taştekin, Didem	197
Tatar, Cihad	158, 187, 199, 237
Tavusbay, Cengiz	115, 140, 161, 184, 188, 194, 206
Tekin, Ahmet	143, 149, 190, 202, 218
Tekin, Ayşegül	189
Tekin, Canan	138
Tekin, Canan Genç	145
Tekin, Şakir	190
Telciler, Kemal Emre	215
Temel, Metin	94
Temel, Selim	144, 236
Temiz, Cüneyt	101
Temiz, Muhyittin	111, 148
Temizgönül, Kaplan Baha	150, 186
Terzi, Alpaslan	156
Terzi, Cem	60, 65, 112, 241, 250, 253, 255, 257
Terzi, Mustafa Cem	194
Tezcaner, Tugan	67, 89, 95, 176, 177, 226
Tezel, Hakan	193
Tihan, Deniz Necdet	127, 128, 173
Tireli, Mustafa	114
Tirtiz, Cengiz	175
Tiryaki, Çağrı	84, 125, 144, 172, 204, 221
Titiz, Cengiz	158
Toğluk, Eylem	266
Tokgöz, Serhat	124, 201
Tokoçin, Merve	138, 145, 242
Tokyol, Çiğdem	188, 219
Tombalak, Ercüment	239
Topal, Yunus	92
Topaloğlu, Serdar	65
Topcu, Omer	86
Topçu, Ramazan	191
Topuz, Sezgin	157
Tortum, Osman Baran	100
Tosun, Salih	123, 221, 239
Toyluk, Eylem	283
Trabulus, F. Didem Can	214
Tunca, Berrin	59
Tuncel, Sedat Alpaslan	162
Tunç, Gündüz	155
Tuney, Davut	92
Turan, Ersin	93
Turan, Gülbey	123
Turan, Gürbey	239
Turan, Saime	205
Turgut, Hamdi Taner	84, 125, 144, 166, 167, 172, 221
Turgut, Mustafa Suphi	177
Tükenmez, Mustafa	62
Tümay, Latif Volkan	59, 73, 86, 181
Tümay, Volkan	63
Tümentemur, Volkan	142
Türkoğlu, Ahmet	180
Türkoğlu, Mehmet Akif	71, 216
Tüzün, İshak Sefa	187
-U-	
Uçar, Ahmet Deniz	119, 167, 195
Uçar, Deniz	154, 192, 232
Uçar, Mehmet	112
Uçar, Yasin	205
Uegami, Shinnosuke	99
Uemura, Kenichiro	99
Ugras, Nesrin	249
Uğur, Mustafa	111, 148

## VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

Antalya

Uğurlu, Mustafa Ümit	171	Yavuz, Yusuf	197, 202
Uğurlu, Ümit	92	Yavuzarslan, Burcu Ayşe	211
Uğuz, Alper	90	Yavuzşen, Tuğba	60
Ulaş, Murat	67, 74, 226, 273	Yaylım, İlhan	205
Uluç, Günay	169, 239	Yazıcı, Ahmet	65
Uludağ, Mehmet	125, 169, 207, 223, 244, 249	Yazıcı, Pınar	93, 94, 213, 214
Ulukent, Suat Can	240	Yazıcıoğlu, Burç	166
Ulusoy, Birgül	283	Yazıcıoğlu, Murat Burç	172, 204, 221
Ulutürk, Şafak	186	Yeğen, Cumhuri	92
Ural, Banu	102, 203, 241, 242	Yeğen, Fatih	170
Urhan, Mustafa Kemal	144, 236	Yeğen, Şevket Cumhuri	171
Urkan, Murat	63, 75, 146, 219, 253	Yeldan, Eyüp	204
Uslu, Adam	200, 206	Yemez, Kursat	148, 159
Uslu, Rüçhan	192	Yemez, Kürşat	115, 116, 159
Uyanık, İzzet	110	Yener, Oktay	123, 242
Uymaz, Derya Salim	225	Yeşiltaş, Metin	199
Uzmay, Yunus	111	Yetim, İbrahim	111, 148
Uzun, Hüseyin	118	Yetiş, Halit	206
Uzunköy, Ali	156	Yetkin, Gürkan	69, 102, 125, 169, 207, 223, 244, 249
		Yıldırgan, Mehmet İlhan	82, 200, 223
<b>-Ü-</b>		Yıldırım, Ali Osman	178
Üçer, Ceylanım	264, 266	Yıldırım, Canan	160, 217
Üçüncü, Muhammet	57	Yıldırım, Kadir	80, 83, 138, 175, 246
Ülger, Burak Veli	145, 184	Yıldırım, Mehmet	119, 154, 167, 192, 195, 232
Ülkü, Abdullah	87	Yıldırım, Mehmet Aykut	202
Ünal, Ali Ekrem	181	Yıldırım, Mevlüt	289
Ünalp, Ömer	163	Yıldırım, Nuri	257
Ünlü, Aytekin	68, 219	Yıldırım, Osman	244
Ünlü, Mehtat	64, 65, 194, 250	Yıldız, Alp	78, 170
Üreyen, Orhan	164	Yıldız, Barış Doğu	191
Üstündağ, Hülya	282	Yıldız, Deniz	235
Üstüner, Mehmet Akif	162, 164, 179, 204, 207, 215	Yıldız, Mehmet	117
		Yıldız, Mehmet Kamil	124, 151, 154, 198
<b>-V-</b>		Yıldız, Ramazan	146
Varlı, Şaziye Koyunlu	78	Yıldız, Selim Yiğit	84, 125, 144, 166, 167, 172, 204, 221
Vural, Fatma	261, 264, 266	Yıldız, Şenol	187
Vural, Selahattin	170, 277, 285	Yılmaz, Edip Erdal	184, 244
		Yılmaz, Evrim	289
<b>-W-</b>		Yılmaz, Figen	189
Watadani, Yusuke	99	Yılmaz, İbrahim	135, 213, 233, 234
Wyart, Vincent	75	Yılmaz, İsmayil	108, 110, 134, 153, 179, 217
		Yılmaz, Mahmut	253
<b>-X-</b>		Yılmaz, Merih	236
Xudiyeva, Maya İsmixan	240	Yılmaz, Seçkin	135
		Yılmaz, Selamet	207
<b>-Y-</b>		Yılmaz, Sezgin	108, 146, 147, 188, 219, 238
Yafay, Fatoş	289	Yılmazlar, Tuncay	92, 182
Yağmur, Yusuf	52	Yilmazyıldırım, Umut	80, 83, 138, 175, 246
Yağcı, Gökhan	120, 219, 255	Yırgın, Hakan	209
Yağcı, Mehmet Ali	137	Yiğit, Taner	146, 245
Yağmurkaya, Orhan	162	Yiğitbaşı, Mehmet Rafet	175, 239
Yakan, Savaş	119, 154, 167, 179, 192, 195, 232	Yiğitbaşı, Rafet	59, 100, 132, 169, 203, 209, 215, 216, 221, 242
Yakut, Mehmet Can	194	Yiğitoğlu, Eylem Toğluk	268, 270, 272
Yalav, Orcun	136, 230	Yoldaş, Tayfun	90, 139, 163, 208
Yalav, Orçun	58, 254	Yorgun, Songül	271
Yalçın, Bekir Ferit	166	Yormaz, Serdar	157
Yalçınkaya, Zahide Kurt	133, 152	Yönder, Hüseyin	217, 234
Yalman, Haydar	59, 100, 123, 132, 175, 209, 215, 216, 221, 239	Yurt, Nilüfer	285
Yaltı, Tunç	66, 127	Yücel, Ergün	68, 82, 177, 212, 213
Yamak, Seda	71	Yücel, Osman	109
Yaman, Banu	208	Yücel, Yusuf	156
Yaman, İsmail	122	Yücesoy, Ali Naki	101
Yamaner, Sümer	57, 61, 62, 70, 71, 80, 88, 111, 129, 228	Yüksel, Adem	67, 273
Yanar, Fatih	129	Yüksel, Bülent Cavit	84, 191
Yanar, Hakan	172	Yüksel, Mehmet Eren	170
Yanar, Hakan Teoman	225	Yüksel, Osman	129, 210
Yapıcı, Bülent	196	Yüksel, Sercan	88
Yardımcı, Erkan	53, 256	Yüksel, Serpil	278
Yavaşoğlu, Altuğ	90	Yülüklü, Murat	108
Yavuz, Aydın	129, 210	Yümün, Nur Alparslan	173
Yavuz, Giray	162, 193		
Yavuz, Rıdvan	52		
Yavuz, Sinan	254		

*Antalya**VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi***-Z-**

Zambak, Onur	185
Zengel, Baha	206, 215
Zenginkinet, Tülay	175
Zeybek, Melek	281
Zeynalov, Babek Mehman	102
Zihni, İsmail	200, 206
Zobacı, Ethem	94
Zorlu, Musa	94
Zorluoğlu, Abdullah	59, 63, 73, 86, 181

