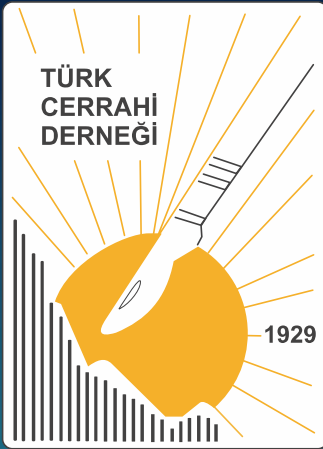


# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
**Kaya Palazzo & Kaya Riu Kongre Merkezi**  
**ANTALYA**

**[www.2018uck.org](http://www.2018uck.org)**

**E-POSTER BİLDİRİLERİ 2**



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

## **21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ**

### **POSTER BİLDİRİLER**

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0365 [Fıtık Cerrahisi]

#### İlk 50 Vakadaki Laparoskopik İnsizyonel Herni Deneyimi

Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, Melih Can Gül, Ayfer Şen, Ahmet Contarlı  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Çalışmamızda laparoskopik insizyonel herni onarımı tecrubemizi sunmayı amaçladık.

İlk laparoskopik herni onarımı 1993 de yapıldıktan sonra hastanede kalış süresi kısa olması ve estetik üstünlüğü ile kullanıma girmiştir.

SDU genel cerrahi Kliniğinde yapılan 50 laparoskopik insizyonel herni hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar genel anestezi altında barsak hazırlığı yapılmadan nazogastrik ve mesane sondası uygulanarak operasyona alındı. Hastaların tamamında adezyon bariyerli dual mesh; gore kullanıldı. Mesh herni defektini 4 cm aşacak şekilde çift sıra 5 mm protack ile tespit edildi. Değerlendirmeye alınan 50 hastada takip süresi 3-48 ay idi. Laparoskopik onarım grubunda postoperatif ağrı skorları, komplikasyon oranları ve hastanede kalış süreleri değerlendirildi. yara yeri komplikasyonu laparoskopik onarım grubunda % 0 iken mortalite izlenmedi. 5 hastada diseksiyon sırasında oluşan barsak yaralanmaları laparoskopik olarak onarıldı.

İnsizyon defekti 3-15 cm arasındaydı ve. Ortalama yaş 52 yaş iken Ortalama operasyon süresi 67.25±19.23 dakika idi. Hastanede yatış süresi ortalama 1,3 gün idi. İki hastada 6 ay süren kronik ağrı mevcuttu ancak takip eden kontrollerde ağrı saptanmadı. Bir hastada 1 cm lik defektten mesh yırtılması sonucu nüks tespit edilerek açık onarım yapıldı.

Çalışmamızda laparoskopik insizyonel herni onarımı deneyimli merkezlerde uygulandığında obez ve büyük hernilerde bile kısa operasyon süresi, daha kısa hastanede yatış zamanı, yüksek hasta memnuniyeti ve daha düşük komplikasyon oranlarıyla açık cerrahiye çok iyi bir alternatif olarak güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** dual mesh, fıtık cerrahisi, Laparoskopik İnsizyonel Herni Onarımı, Ventral herni

**TABLO 1**

| YERLEŞİM YERİ | SAYI | YÜZDE |
|---------------|------|-------|
| Orta Hat      | 27   | 54    |
| Phannenstiel  | 9    | 18    |
| Mcburney      | 6    | 12    |
| Stomal        | 5    | 10    |
| Paraumbilikal | 3    | 6     |

HERNİLERİN YERLEŞİMİNE GÖRE SAYISAL DAĞILIMI

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0366 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mezenterik İskemide Sentetik Tüp Greftle Revaskülarizasyon Deneyimimiz

Miraç Barış Erzincan, Ömer Arda Çetinkaya, Hakan Uncu, İskender Alaçayır  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

#### GİRİŞ

Özellikle 65 yaş üzeri arteriosklerozlu hastalarda yaygın görülmekte olan mezenterik iskemide tanı çok geç, tedavi çok güç ve mortalite ise halen çok yüksektir. Literatürde açık vasküler girişimler ile tedavi edilen mezenter iskemisi hasta serileri hep çok düşük sayılarla yayınlanmakta, kaç damara rekonstrüksiyon yapılması gerektiği, greft seçimi ve antegrad/retrograd uygulamaların tercihi konularında fikir birliği sağlanamamaktadır.

#### MATERYAL-METOD

Burada dört yıllık zaman diliminde polytetrafluoroethylene(PTFE) tüp greft kullanarak aorta-superior mezenterik tekli bypass yaptığımız beş hastayı bildirmektediriz. Hastaların dördünde antegrad, birinde retrograd yol tercih edilmiştir. Bu çalışmamıza safen ven ve Y greftle bypass yapılan hastalar dahil edilmemiştir.

#### SONUÇLAR

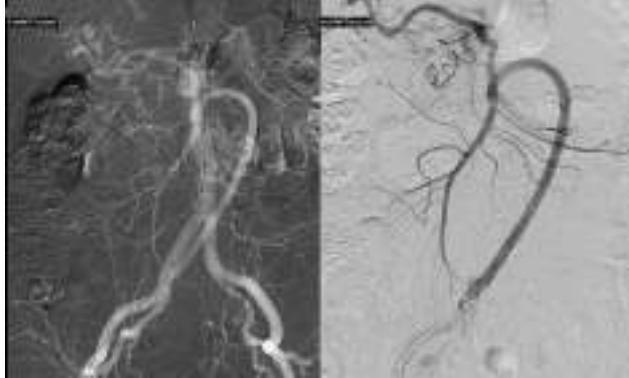
Üçü kadın, ikisi erkek olan hastaların yaş ortalaması 50,2 idi. Akut/subakut klinik tablo ile gelen hastaların başvuruındaki temel semptomları karın ağrısı ve yemek sonrası bulantı kusma idi. Tümünde kilo kaybı öyküsü vardı. Tanı acil şartlarda üç hastada dijital subtraksiyon anjiyografisi(DSA), iki hastada bilgisayarlı tomografi(BT) ile kondu. Süperior mezenterik arter üç hastada tam, iki hastada ise ileri derecede tıkalı olarak belirlendi. Bu hastalarda başka seçeneğimizin de olmaması sebebi ile 7mm PTFE greft sentetik tüp greftle aorta-superior mezenterik bypass yapıldı. Daha geç başvuran ve barsaklarında irreversible değişiklikler olan üç hastaya barsak rezeksiyonunu takiben jejenostomi ve kolostomi uygulandı. Entübe olarak yoğun bakıma alınan bir hasta ertesi gün sepsis şoktan, ostomi yapılan hastalardan biri ameliyattan 6 ay sonrası, diğeri ise 19 ay sonra elektrolit dengesizliği, çoklu organ yetmezliğiden hayatını kaybetti. Ameliyat mortalitesi %20, geç mortalite ise %40'tır. Barsak iskemik bulguları reversible olan bir hastamız 3 yıldır, diğeryse 5 yıldır takibimizde olup, kontrol DSA incelemelerinde greftleri açıktır.

#### TARTIŞMA

Bizler mezenter iskemide ciddi kalsifikasyonu olmayan ve kısa segmenti tıkalı hastalarda ilk seçenek olarak endovasküler girişimleri tercih etmekteyiz. Fakat bunun mümkün olamayacağı durumlarda ve özellikle acil şartlarda açık cerrahiyle yapılan bypasslar çaresizliğimiz içinde halen hayat kurtarıcıdır. Bizim hastalarımızda da olduğu gibi barsaklardaki iskemi reversible aşamada iken erken müdahale edilebilirse yüksek başarılar elde edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** bypass, iskemik, mezenter, tüp greft

#### PTFE Greft ile Retrograd Aorta-Superior Mezenterik Bypass



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0367 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Retroperitoneal Metastaz Olarak Karşımıza Çıkan "Burned-out " Seminomatöz Testiküler Tümör, Olgu Sunumu

Semra Demirli Atıcı<sup>1</sup>, Halit Batuhan Demir<sup>1</sup>, Yasemin Kırmızı<sup>1</sup>, Dilek Kuzukıran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Tatvan Devlet Hastanesi

"Burned-out" kelimesi retroperitoneal bölge,mediasten, supraklavikuler, servikal ve aksiller lenf nodlarına metastaz ile saptanan, kendiliğinden ve tamamen yada parsiyel spontan regrese olmuş testis tümörünü ifade etmektedir.Primer ekstragonadal testis tümörlerinden farklı olup daha nadir görülürler.Biz bu olgu sunumunda, primeri bilinmeyen,retroperitoneal bölgede kitle ile karşımıza çıkan ve "burned-out" testiküler tümör saptanan bir vakayı sunmayı planladık.34 yaşında erkek hasta,3 aydır sırta vuran karın ağrısı şikayeti nedeniyle çeşitli merkezlerde tetkik edilmiş.Hastanın özgeçmişinde sekiz yaşında iken nefrolithiazise bağlı sol nefrektomi dışında geçirilmiş bir operasyon veya kronik bir hastalık bulunmamaktadır.Dış merkez çekilen tüm abdomen BT ve PET- CT'de sağ böbrek kaudali komşuluğunda retroperitoneal bölgede yerleşimli, v.kava inferior ve duodenum ile yakın ilişkili yaklaşık 4.4x4.0cm boyutlu kitle lezyonu (SUVmax:19.0), büyüğü iliak bifurkasyon düzeyinde 1.8cm çaplı olmak üzere batında parakaval, interaortakaval ve sağ ana iliak bölgede izlenen lenf nodları (SUVmax:18.2) ile uyumlu alanlarda artmış 18FDG tutulumu izlendi.Hastaya üç kez girişimsel radyoloji eşliğinde diagnostik amaçlı biyopsi uygulandı.Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin malignite ile uyumlu fakat doku tanısı konulamadığı için primer tümör odağı tespit edilemedi. Hastaya retroperitoneal kitle eksizyonu,paraaortik ve parakaval lenf nodu diseksiyonu yapıldı.Yapılan kitle eksizyon materyalinin mikroskopik olarak incelemesinde; lenfositler içeren fibröz septalarla ayrılan alveoler yapılar ve solid adalar halinde, atipik hücrelerden oluşan tümöral doku izlendi.İmmünohistokimyasal çalışmalarda tümör hücrelerinde;PLAP ve CD117 (+),PANCK seyrek (+),HCG seyrek (+),AFP (-) olarak saptandı.Tümörde lenfovasküler invazyon ve nekroz saptanmadı.Histopatolojik değerlendirme Germ hücreli tümör (Seminom) ve (6/10) metastatik lenf nodları olarak raporlandı. Postoperatif servis izleminde komplikasyon gözlenmeyen hasta patoloji sonucu ile takip amaçlı üroloji bölümüne yönlendirildi.Hastaya Üroloji tarafından sağ radikal orşiektomi yapıldı. Tıbbi Onkoloji tarafından kemoterapi başlandı.

Retroperitoneal germ hücreli tümörler aksi ispat edilene kadar testisteki odağın metastazı olarak kabul edilmelidir.Ekstragonadal germ hücreli tümörlerde tedavi sistemik kemoterapidir.Kemoterapi, metastatik olan nonseminomatöz germ hücreli tümörlerin tedavisinde oldukça etkili olmakla birlikte kan-testis bariyeri nedeni ile primer testis tümörlerinde etkili değildir. Ekstragonadal germ hücreli tümörlerde yapılan etkili tedaviyi takiben testiste persistan rezidüel malign tümör varlığı çeşitli seriler ile iyi dökümanite edilmiştir.Metastatik vakalarda bile testisteki primer odağın cerrahi eksizyonu önerilmektedir.Testis biyopsilerinde sadece intratubuler germ hücre neoplazisi varlığı söz konusu olsa bile testisin çıkarılması önerilmektedir.Hastalarda tam kür sağlanması için, bizim opere ettiğimiz vakamızda olduğu gibi, kemoterapiye başlanmadan önce orşiektomi yapılmalıdır.Literatürde iki küçük seride testis normal ise cerrahi yapmaya gerek olmadığı belirtilmiştir.Fakat yapılmış olan bu iki çalışma da az sayıda vaka içermektedir. Sonuç olarak;retroperitonda kitle olarak karşımıza gelen vakalarda burned-out germ hücre tümörleri de mutlaka aklımızda olmalı ve hasta ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.Tam kür sağlanabilmesi için, hastalara sistemik kemoterapiye başlanmadan önce orşiektomi yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** retroperitoneal kitle, paraaortik ve parakaval lenf nodu diseksiyonu, burned-out, seminomatöz testiküler tümör, orşiektomi

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0368 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Gasrointestinal Stromal Tümörler Gerçekten Asemptomatik midir?

Arif Emre

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

**GİRİŞ:** Görüntüleme yöntemleri sonrasında yada abdominal cerrahi girişimler sırasında insidental olarak saptanan gastrointestinal stromal tümörler halen ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Biz bu çalışmada kliniğimizde histopatolojik tanısı gastrointestinal stromal tümör olarak rapor edilen hastaların dosyalarının retrospektif olarak inceleyip hastaların tanı öncesinde olası semptomlarını araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Bu çalışmanın verileri KSÜ genel cerrahi kliniğinde ameliyat olan hastaların dosyalarının retrospektif olarak taranması ile elde edildi. Bu taranan hastalardan Nisan 2012 ile Ocak 2017 tarihleri arasında genel cerrahi servisine yatırılıp ameliyat edilen ve histopatolojik tanısı gastrointestinal stromal tümör olarak rapor edilenler çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ve cinsiyetlerini içeren demografik verileri, operasyon öncesi başvuru şikayetleri, başvuru anında tümörün yerleşim lokalizasyonu, metastaz, lokal nüks veya ölüm olup olmadığına hastanenin enlil sisteminden ve/veya poliklinik takiplerinden ve/veya telefonlarından birebir görüşülerek ulaşıldı. Ölüm gerçekleşen hastaların kayıtlarına hastanenin kullandığı elektronik ENLİL HBYS sistemi ve ulusal ölüm bildirim sistemi aracılığı ile retrospektif olarak ulaşıldı.

**BULGULAR:** Erkek hastaların ortalama yaşı  $57.1 \pm 15.2$ , kadın hastaların ortalama yaşı  $51.3 \pm 15.3$  idi. Karın ağrısı % 46.2 ile en sık başvuru semptomu olup, kilo kaybı, palpable abdominal kitle, konstipasyon, inkontinans, alt gastrointestinal sistem kanaması diğer başvuru semptomlarıydı.. Hastalardaki tümör lokalizasyonlarına bakıldığında ileum %30.8 ile en sık tutulan lokalizasyon olup, jejunum, barsak mezosu ve omentum, rektum, periton, mide, pankreas diğer tutulum lokalizasyonlarıydı. Hastalarda CD117 pozitifliği %92.3, CD34 pozitifliği %50, aktin pozitifliği %69.2, desmin pozitifliği %15.4 idi.

**SONUÇ:** Gastrointestinal stromal tümörler genelde asemptomatik tümörler olarak bilinmesine rağmen gerçekte her hastada semptom vermektedir. Fakat bu semptomların birçok hastalıkta görülmesi neticesinde çoğu zaman önemsenmemesi hasta yada doktorlar tarafından bu tümörün fark edilmemesi ve insidental olarak yakalanmasına yol açmaktadır. Prognozu düşük risk grubundaki tümörlerde genellikle iyi olan bu tümör özellikle orta ve yüksek risk gruplarında unrezektable veya ilerleyen dönemlerde metastazlarla karşımıza çıkabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gasrointestinal stromal tümör, imatinib, prognostik kriter

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0369 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Erişkin hastada midgut volvulus tanı ve tedavisinin literatür eşliğinde değerlendirilmesi:Olgu sunumu

Ufuk Coşkun, Onur Sakallı, Ümit Geçgel  
Namık Kemal Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

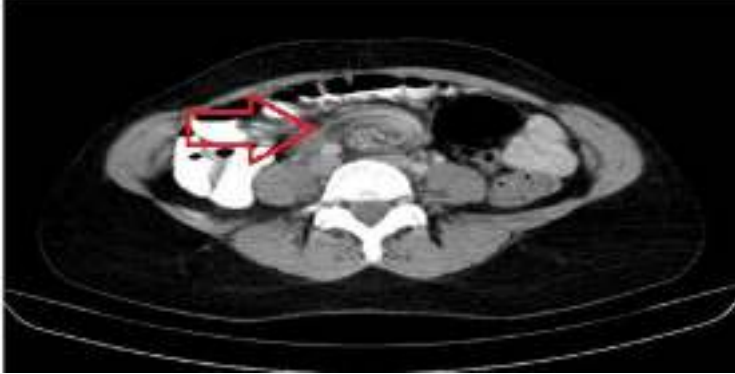
Konjenital midgut malrotasyonu, midgut volvulus ve gastrointestinal obstrüksiyona neden olabilen kompleks bir gastrointestinal anomalidir. Sıklıkla çocukluk çağında bulgu vermekle birlikte nadiren erişkin dönemde semptomatik hale gelebilir. Sunmakta olduğumuz olgu 32 yaşında kadın hasta. 3 aydır devam eden kusma şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Batın tomografisi ile midgut volvulus tanısı konarak Ladd's prosedürü uygulandı. Ameliyat sonrası 5. gün taburcu edildi.

Midgut volvulus, intrauterin hayatta orta bağırsakların rotasyon anomalisidir. Orta bağırsak mezenterinin, superior mezenterik arter aksı üzerinde saat yönünde torsiyone olması sonucu oluşur. Erişkin dönemindeki hastalar, kronik açıklanamayan abdominal rahatsızlık, kusma, yemeklerden sonra artan karın ağrısı veya akut karın ağrısıyla başvurabilir. Bu bulgular akut veya kronik bağırsak obstrüksiyonlarına neden olan Ladd bantlarına ve volvulusa bağlı oluşur. Tanı doppler ultrasonografide mezenterik vasküler yapıların lokalizasyonundaki değişiklik veya abdominal tomografide mezenterik dokularda girdap manzarası olarak adlandırılan girdap görünümüyle konulabilir. Ameliyatta Ladd's prosedürü olarak tarif edilen Ladd bantlarının diseksiyonu, torsiyone ansların detorsiyonu sonrası çekum sol alt kadrana, ince bağırsaklar sağ alt kadrana yerleştirilir.

Midgut volvulus, sıklıkla çocukluk çağında bulgu verse de nadiren erişkin döneme kadar asemptomatik kalabilen bir hastalıktır. Acil veya poliklinik şartlarında değerlendirilen hastalarda nadir de olsa karşılaşılabilecek bir patoloji olarak akılda tutulmalı ve tedavide kullanılan Ladd's prosedürü genel cerrahlar tarafınca bilinmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Erişkin, Ladd's prosedürü, Midgut volvulus

#### Resim 1: Midgut volvulusta gorulen girdap manzarasinin bilgisayarli tomografi görüntüsü



#### Resim 2: Midgut volvulus'ta gorulen torsiyonun ameliyat görüntüsü



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0370 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Yabancı cisime bağlı ince bağırsak perforasyonu

Hakan Ögücü, Özgür Akmeşe, Emre Turgut, Ayberk Dursun, Cengiz Aydın  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Yabancı cisimler nadir olarak intestinal perforasyona, intestinal obstruksiyona ve peritonite yol açabilir. Literatürde oral olarak alınan yabancı cisimlerin %80 oranında herhangi bir komplikasyon veya morbiditeye neden olmaksızın sindirim sistemini tamamlayarak defekasyon ile atıldığı belirtilmiştir. Genellikle çocuklarda görülmekle birlikte, yetişkinlerde sıklıkla alkollü, zihinsel engelli veya diş protezli yaşlı ve düşkün bireylerde görülür. En sık yutulan yabancı cisimler, balık kılçıkları, kemik parçaları veya toplu iğne gibi maddelerdir. Bu çalışmada yabancı cisime bağlı intestinal perforasyon ile acil servise başvuran iki olgu anlatılmaktadır.

**Olgu 1:** Bilinen DM, HT, KAH öyküleri olan 78 yaşında kadın hasta. İki gündür olan yaygın karın ağrısı, bulantı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde belirgin lökositoz dışında anlamlı patoloji yoktu. Çekilen abdomen bilgisayarlı tomografi görüntülerinde ince bağırsak düzeyinde lümen içinde yabancı cisimle uyumlu görünüm ve bağırsak çevresinde milimetrik serbest hava dansiteleri izlendi. Hasta bu bulgularla acil operasyona alındı. Operasyonda treitzdan itibaren yaklaşık 80.cm de jejunumda iki lokalizasyonda perforasyona neden olan yabancı cisim (tavuk kemiği) görüldü. Perforasyon alanlarını kapsayacak şekilde hastaya segmental ince bağırsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı. Hasta postoperatif servis izlemine alındı. İzlemlerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen ve oral alımı tolere eden hasta postoperatif 6.günde şifa ile taburcu edildi.

**Olgu 2:** Mental retardasyonu olan 34 yaş kadın olgu 3 gündür olan bulantı kusma karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde lökositozu mevcuttu. Hastaya bu bulgular nedeniyle abdomen bilgisayarlı tomografi çekildi. Tomografi görüntülerinde ince bağırsak anslarında obstruksiyona neden olan yabancı cisim ile uyumlu görünüm ve batın içi yaygın serbest sıvı izlendi. Hasta bu bulgularla acil operasyona alındı. Operasyonda treitzdan itibaren 90 cm de ince bağırsak anslarında tam kat perforasyon alanı ve yine treitzdan itibaren 110.cm de ince bağırsak anslarında yabancı cisime bağlı(plastik materyal) lümenin tamamen tıkalı olduğu görüldü. 90 ve 110.cm ler arası olan 30 cm lik bu ince bağırsak segmenti rezeke edildi ve uç uca anastomoz yapıldı. Hasta postoperatif servis izlemine alındı. İzleminde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen ve oral alımı tolere eden hasta postoperatif 4.günde şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Erişkinlerde yabancı cisimlere bağlı gastrointestinal komplikasyonlar sık görülmemekle birlikte akut batın tablosu ile acil servise başvuran özellikle yaşlı, düşkün veya mental retarde hastalarda akılda bulunması gereken ön tanımlar arasında yer almalıdır. Şüphelenilen olgularda tomografinin tanıdaki duyarlılığı oldukça yüksektir. Enterotomi primer onarım veya birden fazla perforasyon olduğunda rezeksiyon anastomoz tercih edilen tedavi yöntemleridir.

**Anahtar Kelimeler:** yabancı cisim, ince bağırsak, perforasyon

**Figür 1**



Perforasyona Neden Olan Yabancı Cisim Materyali

**Figür 2**



Perforasyona Neden Olan Yabancı Cisim Materyali

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0371 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Gastroduodenal bölge tutulumu gösteren Crohn hastalığı: olgu sunumu

Süleyman Utku Çelik, Nihad Nazarzade, Mustafa Anıl Turhan, Acar Tüzüner  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

#### Amaç

Crohn hastalığı gastrointestinal sistemin iki önemli kronik idiyopatik inflamatuvar hastalığından biridir. Bu hastalık gastrointestinal sistemin oral mukozadan anüse kadar tüm kısımlarında tutulum yapabilmektedir. Özellikle terminal ileum ve proksimal kolonu tutmasına karşın nadir olarak (% 0,5-4) gastroduodenal tutulum da izlenmektedir. Bu çalışmada, duodenumda Crohn hastalığı saptanan bir hasta ve onun tedavi planı olgu sunumu şeklinde paylaşılmıştır.

#### Olgu Sunumu

Yirmi dört yaşında erkek hasta yaklaşık bir yıldır devam eden şişkinlik, epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikâyetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde H.pylori zemininde gelişen peptik ülser dışında patolojiye rastlanmadı. Fizik muayenesinde karında epigastrik hassasiyet dışında bulgu yoktu. Perianal muayenede iki adet fistül dış orifisi görüldü. Başvuru anındaki vital bulguları normal sınırlarda idi. Endoskopisinde pilor ve duodenum birinci kıtada belirgin bir darlık saptandı. Özofagus-mide-duodenum grafisinde opak maddenin az oranda ve yavaş bir hızla duodenuma geçtiği gözlemlendi. Torako-abdomino-pelvik bilgisayarlı tomografide duodenum 1. ve 2. kıtada diffüz duvar kalınlaşması ve birinci kıta etrafında 1-1,5 cm boyutlarında multiple apseler vardı. Ek olarak anal kanalda birkaç adet fistül traktı gözlemlendi. Mevcut bulgular ve tetkikler Crohn hastalığıyla uyumlu olarak değerlendirilerek hastaya Whipple prosedürü uygulandı. Piyenin histopatolojik incelemesinde duodenumda Crohn hastalığını gösteren değişiklikler (tam kat duvar tutulumu, barsak duvarında fokal apse formasyonları gibi) saptandı. Hasta, gastroenteroloji kliniğinin önerileriyle Crohn hastalığına yönelik medikal tedavisi düzenlenerek postoperatif 9. günde şifa ile taburcu edildi.

#### Tartışma ve Sonuç

Crohn hastalığı, % 0,5-4 oranında intestinal sistemin gastroduodenal bölümünü tutmaktadır. Bu hastaların yaklaşık 1/3'ünde tanı anında ince bağırsak ve kolon tutulumu yok iken ilerleyen süreçte terminal ileumda ve kolonda da tutulum olabilmektedir. Komşu organ tutulumu ise yaygın görülen bir tablodur ve hastaların yaklaşık % 60'ında antrum, pilor ve proksimal duodenum tutulumu izlenmektedir. Gastroduodenal Crohn hastalığı, kadın ve erkekler arasında eşit oranda görülmekle birlikte; olguların yaklaşık % 75'ine 3. ve 4. dekatlarda rastlanmaktadır. Tanı için endoskopik biyopsi altın standarttır ve özofagus-mide-duodenum pasaj grafisi özellikle striktür varlığında önemli bir tetkik haline gelmektedir. Tedavisinde komplikasyon gelişmemiş vakalarda proton pompa inhibitörleri ve steroid tedavisi semptomları anlamlı ölçüde azaltmaktadır. Balon dilatasyonu ve stent gibi konservatif tedavi yöntemleri en uygun terapötik yaklaşımlar olarak görünse de bazı hastalarda cerrahi tedavi (striktüroplasti, gastrojejunostomi ve gastroduodenektomi) kaçınılmazdır. Sunulan olgunun tedavisinde, pilordan itibaren yaygın tutulum ve ileri derecede striktür olması nedeniyle; ayrıca hastanın genç olması ve komorbiditesinin olmaması göz önünde bulundurularak Whipple prosedürü tercih edilmiştir. Bugün, mevcut veriler ışığında gastroduodenal tutulum gösteren Crohn hastalığına optimal yaklaşım, konservatif medikal tedavi yöntemleridir. Ancak, daima hasta bazlı değerlendirme yapılmalı ve bazı hastalarda cerrahi seçenekler akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi tedavi, Crohn hastalığı, duodenum, mide, striktür

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0373 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### **Midede Adenokarsinom, Gastrointestinal Stromal Tümör ve Schwannom Birlikteliği, Nadir Bir Olgu Sunumu**

Ömer Yalkın, Serdar Çulcu, Ferit Aydın, Fatih Aslan, Ali Ekrem Ünal  
Ankara Üniversitesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Adenokarsinom, gastrik tümörlerin içinde en sık rastlanan histolojik türüdür. Gastrik schwannom iğsi hücreli mezenkimal submukozal tümörlerdir. Gastrointestinal sistemde en sık midede yerleşir ve mide tümörlerinin %02'sini temsil eder. Gastrointestinal stromal tümör tüm gastrointestinal sistem malignitelerinin %1'ini oluşturur ve bunların %60-70'i midede yerleşir. Farklı histolojik tipteki üç senkron tümörün birlikte bulunması oldukça nadirdir. Olgumuz 70 yaşında erkek hasta. Epigastrik ağrı ve kilo kaybı nedeni yapılan gastroskopiye küçük kurvaturda kardiaya uzanan ülser lezyon izlendi. Yapılan biyopsi sonucu adenokarsinom olarak rapor edildi. Hastaya total gastrektomi-roux en y gastrojejunostomi yapıldı. Patolojik incelemede operasyon öncesi bilinen adenokarsinom tanısına ek olarak senkron 1cm çaplı GİST ve 3.5 cm çaplı schwannom tespit edildiği rapor edildi. Biz oldukça nadir görülen senkron adenokarsinom, schwannom ve gastrointestinal stromal tümör birlikteliğini sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Mide Adenokarsinom, Schwannom, Gastrointestinal Stromal Tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0374 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Pelvik Bölgede Hipoglisemi ile Birlikte Malign Soliter Fibröz Tümör: Doege-Potter Sendromu

Ebru Esen<sup>1</sup>, Ramazan Saygın Kerimoğlu<sup>2</sup>, Meryem İlkay Eren Karanış<sup>3</sup>, Osman Doğru<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SBU Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi- Cerrahi Onkoloji, Konya

<sup>2</sup>SBU Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi- Gastroenterolojik Cerrahi, Konya

<sup>3</sup>SBU Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji, Konya

<sup>4</sup>SBU Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Konya

Soliter fibröz tümörler (SFT) nadiren görülen iğsi hücreli neoplazmlardır ve çoğunlukla benignlerdir. SFT başlarda sadece plevradan köken alan bir tümör olarak değerlendirilirken değişik anatomik bölgelerden de köken aldığı gösterilmiştir. Pelvik SFT nadir olmakla birlikte bunun malign formu daha da nadir olarak görülmektedir ve histopatolojik olarak tanı koymak oldukça güçtür. SFT'ün hipoglisemi ile birlikte seyretmesi Doege-Potter Sendromu olarak tanımlanır. GİST nedeniyle dış merkezde opere olan 47 yaşındaki erkek hastanın takiplerinde pelvik bölgede nöks kitle tespit edilmesi üzerine kliniğimize refere edildi. Tip 2 DM olan hastanın son 6 aydır hipoglisemik atakları mevcuttu ve antidiyabetiklerini kullanmamaktaydı. Hipoglisemi nedeni araştırılması için yapılan kan tahlillerinde; büyüme hormonu (GH) ve IGF-1 düşük, kortizol ve insülin seviyeleri normaldi. Yapılan bilgisayarlı tomografide sol jejunal anslarda 47x37mm, pelvik alanda 156x129mm common iliak veni içine alan, eksternal iliak arter ile 180 dereceye yakın teması olan ve bu düzeyde vertebraların anteriorunda, iliak zincir boyunca ve sağ perirektal alanda en büyüğü 67x60mm ebadında multipl heterojen solid kitleler izlendi. Manyetik rezonans görüntülemeye kitlenin T1A görüntülerde hafif, T2A'da belirgin hiperintens, IVGd enjeksiyonunu takiben yoğun patolojik kontrast tutulumu gösterdiği raporlandı. AjiyoBT'de bifurkasyon düzeyinde kitle ile VCI ve sağ common iliak ven arasındaki yağlı planlar seçilememektedir (invazyon?) olarak raporlandı. Bu değerlendirmeler ışığında hasta opere edildi. Ameliyatta sol common iliak ven, sağ internal iliak arter invazyon nedeniyle kitle ile birlikte rezeke edilerek sitoredüktif cerrahi gerçekleştirildi. Histopatolojik incelemede kesit yüzü kirli sarı, yer yer kanamalı ve nekrotik görünümde 23x20x13cm boyutlarında kitle değerlendirildi. Kitlenin mikroskopik incelemesinde dar sitoplazmalı oval yuvarlak nükleuslu pleomorfik hücreler, x10HPF'de 7 mitoz, yer yer nekroz ve kanama alanları izlendi. İmmunohistokimyasal boyamada Vimentin, CD34, Bcl-2, CD99 pozitif boyandı. Bu bulgular ışığında kitle patolojik olarak malign soliter fibröz tümör tanısı aldı. Hipoglisemi nedeniyle yapılan kan tahlilleri ve cerrahi sonrası erken dönemde hipogliseminin düzelmesi ile tanı birleştirildiğinde hastada Doege-Potter Sendromu olduğuna karar verildi. Postoperatif erken dönemde kan şekerlerinin yüksek seyretmesi nedeniyle antidiyabetikleri başlandı, hasta 3 ay boyunca coumadinize edildi, sonrasında DMAH'e geçildi. Hasta 8 ay boyunca hipoglisemi atağı olmadan izlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Doege-Potter sendromu, hipoglisemi, sitoredüksiyon, soliter fibröz tümör

#### PREOPERATIF CT



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

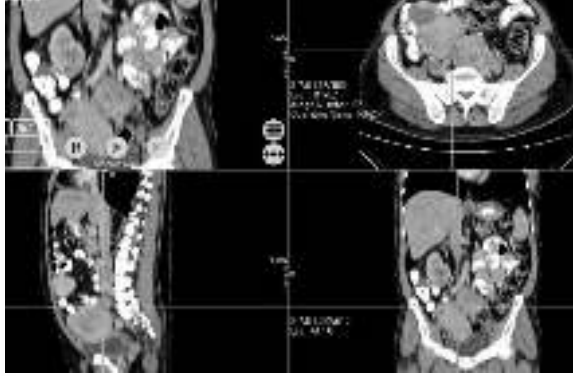
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

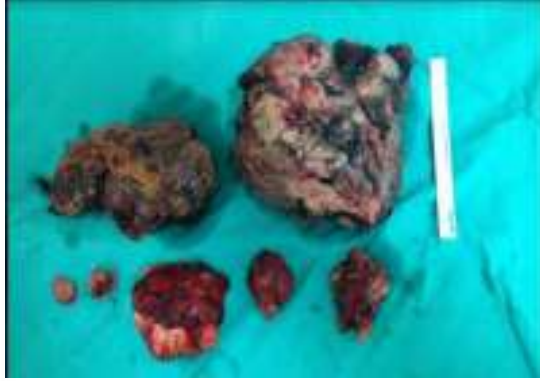


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### PREOPERATİF CT



### piyesler



### sol common iliak ven rezeksiyonu



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0375 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Peroforasyon ile Komplike Jejunal Divertikülozis; Ender bir Akut Abdomen Etyolojisi

Ahmet Gökhan Sarıtaş, Abdullah Ülkü, Atılğan Tolga Akçam  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

#### GİRİŞ-AMAÇ

Jejunal divertikülozis, insidansı % 0,5-1 oranında görülen ender bir patolojidir. 1 İnce barsak lümenindeki basınç artışı ve duvarındaki zayıflama etyolojide suçlanmaktadır. 2

Çoğu olgular asemptomatik seyretmekte iken olguların %30-40'ında kronik karın ağrısı, malabsorpsiyon, hemoraji, divertikülit, obstrüksiyon, abse formasyonu ve nadiren divertikül perforasyonu şeklinde komplike olarak semptomatik hale gelebilir. 2-4

Makalede nadir görülen jejunal divertikülozis ve divertikül perforasyonu vakasını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

#### OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında bayan hasta yaygın karın ağrısı, bulantı kusma şikayeti nedeni ile Acil kliniğine başvurdu. Fizik muayenede tüm kadranda yaygın defans rebound ve hassasiyeti mevcuttu. Ateş: 37,6°C, Nabız 114/ dk, TA: 110/80 mmHg, WBC: 15,3 olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı Tomografi görüntülemesinde karaciğer etrafında belirgin serbest hava ve yoğun içerikli koleksiyon ile uyumlu serbest sıvı, mezenterde ödem izlendi. Acil şartlarda opere edilen hastada Treitz Ligamanından itibaren yaklaşık 50. ile 90. cm arasındaki jejunum segmentinde, mezenterik yüzde 8 adet divertikül ve bir tanesinde divertikül perforasyonu, batın içi safralı pürülan mayii tespit edildi. Segmenter ince barsak rezeksiyon, yan yana anastomoz ve intraabdominal irrigasyon uygulandı. Postoperatif 7.gün şifa ile taburcu edildi. Spesmenin patolojisinde, en büyüğü 8x7 cm, en küçüğü 4x3 cm boyutunda 8 adet divertikül ve bir divertikülde 4 mmlik perforasyon alanı tespit edildi. Divertiküllerin mukoza ve submukozanın herniasyonunu içeren psödodivertikül lezyonlar olduğu görüldü.

#### TARTIŞMA

Edinsel jejunoileal divertikülozis, ilk olarak 1794 yılında Sommering tarafından tarafından ince barsak duvarının mezenterik yüzündeki mukoza ve submukozasının muskuler tabaka boyunca (psödodivertikül) herniasyonu olarak tanımlanmıştır. İleri yaşlarda daha sık görülür. 1-5

Komplike olmayan olgular genellikle asemptomatik seyretmektedir. Bulantı, kusma, epigastrik ve periumbilikal karın ağrısı gibi semptomlar gösterebilir. Jejunal divertikülozisi olan hastaların %30' unda divertikülit, kanama, intestinal obstrüksiyon ve perforasyon gibi komplikasyonlar görülür 2-6. Lobo ve ark. ince barsak divertikülozislerinde cerrahiye ihtiyaç duyulan en sık komplikasyonu perforasyon olarak tanımlamışlardır. 6

Komplike jejunal divertikülozis tanısını koymada en iyi görüntüleme yöntemi BT tetkikidir. 7 Jejunoileal divertikülozis komplikasyonlarının çoğu cerrahi tedavi gerektirmektedir. Cerrahi tedavide basit divertikül eksizyonu postoperatif intestinal kaçak, sepsis ve ölüm riski nedeniyle yapılmamalıdır, 2-7 Jejunal divertikülozis perforasyonu ayrıca tanısında Crohn, ince barsak neoplazmi, yabancı cisim travması, kolon divertikülit perforasyonu düşünülmelidir. 8

#### SONUÇ

Jejunoileal divertikülozis nadir görülen, genellikle asemptomatik ya da nonspesifik semptomlarla seyreden, perforasyon, obstrüksiyon, kanama gibi yaşamı tehdit edici komplikasyonlara sahip ender görülen bir hastalıktır. Akut batın etyolojisinde düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** jejunum, divertikül, perforasyon

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1:**



Jejunumda mezenterik yerleşimli divertiküller.

**Resim 2**



Divertikülit perforasyonu.

**Resim 3:**



Divertikülit Perforasyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0376 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Gebelikte Mide Kanseri: Olgu Sunumu

Ramazan Saygın Kerimoğlu<sup>1</sup>, Ebru Esen<sup>2</sup>, Derviş Ateş<sup>3</sup>, Osman Doğru<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SBU Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi- Gastroenterolojik Cerrahi, Konya

<sup>2</sup>SBU Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi- Cerrahi Onkoloji, Konya

<sup>3</sup>SBU Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Konya

Tüm gebeliklerin %0,025-0,1'inde mide kanseri görülmektedir. Genellikle gebelik sırasında mide kanseri semptomları gözden kaçtığından çoğu vaka ileri evrede tanı almaktadır. Evre 3 diffüz infiltratif mide adenokanseri tanısı alan 35 yaşındaki kadın hastaya neoadjuvan KT başlandı. 2. kür KT sonrasında sol temporaparyetal bölgede subdural hematoma gelişmesi ve buna bağlı paraparazi olması nedeniyle KT sonlandırıldı. Takiplerine gelmeyen hasta 4 ay sonra epigastrik hassasiyet ve karın ağrısı nedeniyle hastanemize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde hastanın 11 haftalık gebe olduğu tespit edildi. Torakoabdominal MR'da mide korpus - fundus düzeyinde büyük kurvatur boyunca 14mm'lik diffüz duvar kalınlığı ve erken dönem gebeliğe ait görünüm izlendi, diğer bölgelerde patoloji izlenmedi. Beyin MR'da sol temporal bölgede 4x2cm kronik hematoma ile uyumlu lezyon izlendi. Yapılan nörolojik muayenede patoloji saptanmadı. Onkoloji konseyinde yapılan değerlendirme sonucunda 2. trimesterde ameliyat edilmesine karar verildi. Gebeliğin 14. haftasında hastaya total gastrektomi+ D2 lenf nodu disseksiyonu+Roux en Y özefagojejunostomi yapıldı. Tümör evresi AJCC 7. edisyonuna göre T4aN3M0 ( Evre 3C) olarak belirlendi. Postoperatif takiplerinde sıkıntı izlenmeyen hasta 10. günde taburcu edildi. Taburculuktan 1 ay sonra başlayan 4 kür adjuvan KT sonrası 35. haftada sezeryan ile 2260 gram ağırlığında sağlıklı erkek bebek dünyaya getirdi. Sezeryan sonrası 2 kür KRT aldı. Mayıs 2015'ten itibaren 32 aydır hasta tedavisiz olarak izlenmektedir. Takipte nüks lehine bulgu saptanmamıştır. 32 aylık takiplerinde bebek de sağlıklı olarak izlenmektedir. Gebelik ile birlikte görülen mide kanseri nadir olmakla birlikte multidisipliner yaklaşım ( medikal onkoloji, genel cerrahi, kadın doğum) gerektirmektedir. Tedavi kararı tanı anındaki klinik evre ve gestasyonel yaşa göre planlanmalıdır. İlk trimesterde verilen KT'ye bağlı olarak spontan düşük, fetal ölüm ve major malformasyonlar görülürken 2. trimesterde KT verilmesinin normal gebeliğe oranla malformasyon insidansını arttırmadığı gösterilmiştir. Gebelik boyunca verilecek standart bir KT rejimi bulunmamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** gebelik, mide kanseri, prognoz

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0377 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nadir bir ince bağırsak obstrüksiyonu sebebi olarak pelvik peritoneal defekt

Hilmi Yazıcı, Nurettin Kahramansoy, Murat Bayram, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Giriş

İnternal herniasyon ince bağırsak obstrüksiyonları (İBO)'nın nadir nedenlerinden birisidir. İBO'ların yaklaşık %6-7 si internal herniasyona bağlı olarak oluşmaktadır. Bunların da %1-2 si pelvik peritoneal defektlere sekonder oluşmaktadır. İnternal herniasyonlar konjenital batin içi defektlere bağlı olabileceği gibi geçirilmiş batin girişimlerine sekonder olarak ta görülebilmektedir. Burada nadir olarak görülen Douglas poşu periton defektine sekonder bir internal herni olgusunu sunmayı amaçlandı.

#### Olgu

27 yaşında kadın hasta acil servise kolik tarzda karın ağrısı, aralıklı bulantı-kusma şikayetleriyle başvurdu. Ek hastalık, operasyon öyküsü olmayan hastanın 2 yıl önce doğum ve uzamış travay öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde suprapubik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Akut batin bulgusu yoktu. Laboratuvarında 15000/dl beyaz küre dışında patolojik bulgu yoktu. ADBG'de ince bağırsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Batin BT'sinde pelvik bölgeden itibaren ileal ve jejunal segmentlerde hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Tıkalı lezyon saptanmadı. Hasta hospitalize edilerek nazogastrik dekompresyon ile takibe alındı. Takibinin 4. gününde kolonoskopi yapıldı; normal olarak rapor edildi. Nazogastrikten drenajı devam eden ve günlük çekilen ADBG de

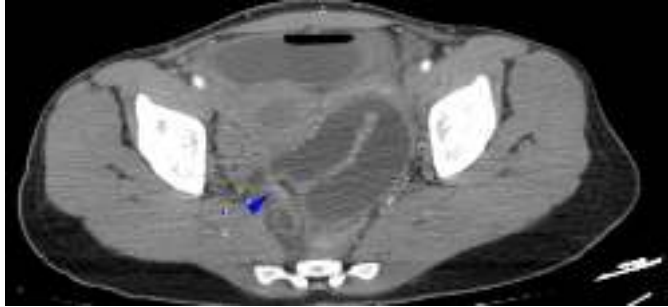
hava sıvı seviyeleri devam eden hastaya eksploratif laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda Douglas poşunda yaklaşık 1.5 cm lik periton defekti ve bu bölgeden herniye ileal segmentler saptandı. İleal segmentlerde dolaşım bozukluğu yoktu. İntestinal segmentler batin içine alınarak defekt onarıldı. Operasyonu takip eden 4. günde oral alımı normale dönen; defekasyonu olan hasta taburcu edildi

#### Sonuç

İnternal herniasyona bağlı İBO nadir görülen bir ileus sebebidir. İnternal herniasyonların yaklaşık %53 ü paraduodenal %13 ü pericekal %8 i foramen winslow bölgesinde % 8 i transmezenterik veya transmezokolik ve % 6 sı intersigmoid olarak görülmektedir. Olgumuzda tespit edildiği gibi pelvik peritoneal defektlere bağlı olarak görülen internal herniasyonlar oldukça nadir olarak raporlanmaktadır. Olgu klinik olarak olası ileus sebepleri arasında internal herniasyonların da akılda tutulması gerektiğini hatırlatmaktadır.

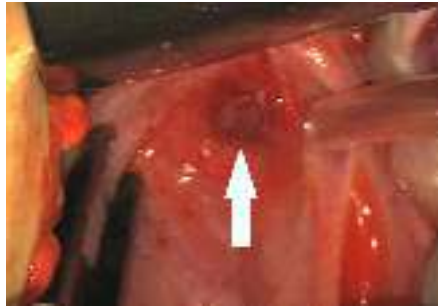
**Anahtar Kelimeler:** defekt, herniasyon, internal, pelvik, peritoneal

#### Resim 1



Operasyon Öncesi BT Görüntüsü

#### Resim 2



Pelvik Peritoneal Defekt

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0378 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Safra Taşı İleusu: Nadir Bir İleus Nedeni

Ülfet Abdullayev, Hasan Ökmen, Fatih Dal, Kıvılcım Ulusan, Meltem Küçükyılmaz, Güngör Üzümlü, Serkan Sarı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Safra taşı ileusu, safra kesesi taşının komplikasyonu olup, genellikle mükerrer akut kolesistit atakları sonucu gelişen biliyoenterik fistül yoluyla meydana gelir. İlk defa 1654 yılında Bartholin tarafından tanımlanmıştır. İleri yaşlarda ve kadınlarda

daha sık görülür. Safra taşı %64 terminal ileumda, %23 proksimal ileum ve jejunumda, %4 kolonda, %1 midede görülebilmektedir. Kolelithiazis olgularının %0,3-0,5'inde görülür. İleri yaş, yandaş hastalıklar, tanıda gecikme nedeni ile %15 gibi bir oranla mortal seyrederek. Ameliyat öncesi %30-40' ında tanı radyolojik olarak konulabilmesine karşın, sıklıkla operasyon sırasında konur.

**OLGU:** 68 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı kusma, gaz gaita çıkaramama nedeni ile kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve kolelithiazisi mevcuttu. Çekilen bilgisayarlı tomografide ileus tablosunun olduğu ve kolesistoduodenal fistül traktının izlendiği görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde wbc 13000 olan hastanın biyokimyasal parametreleri normaldi. Tüm kadrantlarda hassasiyet, defansı mevcut olan ve distansiyonu artan hasta acil operasyona alındı. Eksplozasyonda treitz ligamanından 30 cm distalde jejunum lümenini tıkamış safra taşı saptandı. Jejunum lümeni açılarak taş dışarı alındı. Bağırsak duvarı primer onarıldı. Eksplozasyonun devamında safra kesesinin duodenuma yapışık olduğu görüldü. Anterograde olarak kolesistektomiye başlandı ve safra kesesinin hartman bölgesinden duodenuma fistülize olduğu görüldü ayrıştırıldı sonrasında duodenum primer onarıldı ve kolesistektomi tamamlandı. Postoperatif 5. gün hastaya metilen mavisi içirilerek kontrol yapıldıktan sonra oral gıda başlandı ve 7. gün hasta sorunsuz taburcu edildi

**TARTIŞMA:**Safra taşı ileusu, safra kesesi veya safra yolları ile duodenum, mide, kolon arasında meydana gelen fistüle bağlı olarak safra taşlarının intestinal sisteme geçmesi ve obstrüksiyona neden olması ile meydana gelmektedir. Oluşan bu fistüller arasında en çok kolesistoduodenal fistül görülmektedir. Safra taşına bağlı mekanik obstrüksiyonlar tüm intestinal obstrüksiyonların yaklaşık %1-4'ünü oluşturmaktadır. Ayırıcı tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografiden yararlanılabilir. İlk etapta safra taşı ileusundan şüpheleniliyorsa kontrastlı tetkiklerden fayda sağlanabilir. Safra taşı ileusunda bulgular nonspesifik olduğundan kesin tanı sıklıkla operasyon esnasında konmaktadır. Obstrüksiyon en sıklıkla terminal ileumda gözlemlenmektedir. Bizim olgumuzda hastanın kolelithiazis öyküsü ve ileus nedeni kliniğimize yatırılması; hastada yapılan muayene ve ileri tetkik görüntülemeler sonrası preoperatif tanıda kesin sonuca ulaşmada ve operasyona belirli bir tanıda girmede oldukça yardımcı olmuştur.

**SONUÇ:** Safra taşı ileusu mekanik obstrüksiyonların nadir bir sebebi olmakla beraber yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeniyle

geçirilmiş batin ameliyatı olmayan, özellikle ileri yaş bayan hastalarda mutlaka akılda bulundurulmalıdır. İleus hastalarının anamnezinde safra kesesi patolojileri mutlaka sorgulanmalıdır. İleri yaş ve yandaş hastalığı olan hastalarda enterotomi ile taşın çıkarılması ve kolesistektomi bizim vakamızda da olduğu gibi yeterli kabul edilebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İleus, Kolesistoduodenal fistül, Safra taşı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### BT görüntüsü



BT DE JEJUNUM LUMENİNİ TAM TIKAMIS SAFRA TASI

### safra taşı



TRAITS LİGAMANINDAN YAKLAŞIK 30 CM DISTALDE JEJUNUM LUMENİNİ TAM TIKAMIS SAFRA TASI

### safra taşı



TRAITS LİGAMANINDAN YAKLAŞIK 30 CM DISTALDE JEJUNUM LUMENİNİ TAM TIKAMIS SAFRA TASI

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0379 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Negatif Basınç Tedavisi İleostominin Yerine Kullanılabilir mi?

Mehmet Fuat Çetin<sup>1</sup>, Erman Yekenkurul<sup>1</sup>, Dilek Yekenkurul<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Akçakoca Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce

#### GİRİŞ:

Açık Karın Negatif Basınç Tedavi Sistemi (AKNBTS); abdominal kompartman sendromu, hasar kontrolü laparotomisi ve şiddetli intraabdominal sepsisin tedavi ve önlenmesi dahil, çok çeşitli klinik durumlarda uygulanan ve giderek daha çok kullanılan bir tekniktir. Geçici batin kapamanın amacı; iç organların korunması, organların karın duvarına yapışmasının önlenmesi, karın içindeki sıvının alınması ve fasiyal retraksiyonun önlenmesidir. AKNBTS geçici batin kapama yöntemi olarak faydalı olabileceğini göstermiştir.

#### OLGU:

71 yaşında, 20 yıl önce sağ hemikolektomi öyküsü olan bayan hasta, karın ağrısı ve gaz gaita çıkışı olmaması şikayetiyle acil servise başvurdu. Yapılan muayenesinde batında hassasiyet, sağ alt kadranda defans mevcuttu. Tetkiklerinde beyaz küre 20.000/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 13,8 g/dl, CRP 56,7 mg/dl, elektrolitler normal olarak ölçüldü. Çekilen batin tomografisinde ince bağırsak segmentinde torsiyon ile uyumlu görüntü tespit edildi. Genel anestezi altında laparotomi yapıldı. Yapılan eksplorasyonda batin içi kirliydi, ileo-transverse anastomoz hattının 5cm proksimalinden başlayıp, ileuma doğru uzanan yaklaşık 20 cm nekroze alan görüldü. Bu alan rezeke edildi. Batin yaklaşık 3000 cc sıvı ile yıkandı. Ardından loop ileostomi açmak yerine hastaya ileo-transverse anastomoz yapıldı ve abthera negatif basınç tedavisi uygulandı. Geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Hasta üç gün bu şekilde takip edildi. Ardından reeksplorasyon yapıldı ve anastomoz hattı kontrol edildi. Batin içinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı anastomoz hattı normaldi, bir adet torba dren koyuldu ve batin kapatıldı. Hastanın postoperatif beşinci gün orali açıldı. Antibiyoterapi ile tedavisi tamamlandı.

#### TARTIŞMA:

Hastaların açık batin olarak takip edilmesinin faydasının yanı sıra, mortalite ve morbiditede artışa sebep olabilir. Açık karın takibini gerektiren sebepler ortadan kalktıktan sonra; fistül, sıvı ve protein, ısı ve elektrolit kaybı gibi komplikasyonları önlemek için fasyanın en kısa sürede kapatılması gerekmektedir. Fasyanın kapatılamaması durumunda ventral herniye sebep olabilir, bu durum da önemli oranda morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. AKNBTS iç organların batin duvarına yapışmasını engeller ve karın boşluğundaki sıvıyı etkin bir şekilde uzaklaştırır. Böylece fasyanın mobilizasyonunu kolaylaştırır ve fasyanın rahat kapanmasında etkin rol oynar. Biz, vakamızda anastomoz yaptıktan ve batını yıkadıktan sonra geçici ileostomi açmak yerine hastaya AKNBTS uyguladık. Bununla birlikte hem batin içindeki sıvıyı uzaklaştırmış olup, hem de hastanın tekrar batinını açıp anastomoz yapmak zorunda kalmadık. Bu durum bize, hastanın batin reeksplorasyonunda anastomoz hattını kontrol etme ve gerekirse müdahale etme şansı verdi. Fakat anastomoz hattında patoloji yoktu. Ardından batin kapatıldı.

#### SONUÇ:

Batında enfeksiyon nedeniyle ileostomi gereksinimi duyulan vakalarda, ostomi açmak yerine, negatif basınç tedavisi uygulanabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İleostomi, Negatif Basınç Tedavisi, Torsiyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0380 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Son iki yılda kliniğimizde yapılan laparoskopik gastrektomi deneyimlerimiz

Ömer Yalkın, Ferit Aydın, Serdar Çulcu, Fatih Aslan, Nurian Ohri, Salim İlksen Başçeken, Cemil Yüksel, Salim Demirci, Sancar Bayar

Ankara Üniversitesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Ankara Üniversitesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalında 2015-2017 yılları arasında yapılan laparoskopik 76 tane mide adenokarsinom nedeniyle laparoskopik gastrektomi yapılan olgularımızın demografik verileri, ameliyat süreleri, patoloji raporları, evreleri, komplikasyonları sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** mide adenokanser, laparoskopi, gastrektomi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0381 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Meckel Divertikül Torsiyonu Sonucu Gelişen İleus Olgusu

Erman Yekenkurul, İsmet Özaydın, Mehmet Fuat Çetin, Ufuk Önsal  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

#### AMAÇ:

Meckel Divertikülü (MD) omfalomezenterik kanalın inkomplet obliterasyonu sonucu oluşan embriyolojik bir artık olmakla beraber gastrointestinal sistemin en sık görülen konjenital anomalisidir. Hastaların %3.7- 6.42'ü semptomatiktir; bunlar bulantı, kusma, karın ağrısı gibi nonspesifik yakınmalardır. Bu yazıda yetişkin hastada nadir görülen Meckel divertikülü torsiyonuna bağlı gelişen bir ileus olgusu sunulmaktadır.

#### OLGU:

84 yaşında erkek hasta, acil servise karın ağrısı, iki gündür gaz-gaita çıkışı olmaması ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Batında distansiyon, yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Hipotansif ve taşikardikti. Yapılan tetkiklerinde beyaz küre 12600/mm<sup>3</sup> (lenfosit % 4,8, nötrofil % 87), hemoglobin 11,5 g/dl, CK 568,5 U/L, CK-MB 25,9 U/L, glukoz 160 mg/dl, total bilirubin 2,57 mg/dl, direkt bilirubin 0,8 mg/dl, indirekt bilirubin 1,720 mg/dl, ALT 15 U/L, AST 57 U/L, ALP 120 U/L, kreatinin 1,09 mg/dl, CRP 9,70 mg/dl ve elektrolitler normaldi. Ayakta direk batın grafisinde dilate ince barsak segmentleri ve hava sıvı seviyeleri izlendi, serbest hava gözlenmedi. Batın tomografisinde batında yaygın sıvı, rektumda serbest hava, iliojejunal anslarda kalibrasyon artışı ve hava-sıvı seviyelenmeleri görüldü. Hasta akut batın, bağırsak obstrüksiyonu ön tanılarıyla yatırıldı ve nazogastrik sonda takılarak sıvı replasmanına başlandı. Bulgularında değişiklik görülmemesi üzerine operasyona alındı. Genel anestezi altında batına girildiğinde ince bağırsakta yaygın distansiyon gözlemlendi, tüm batın explore edildi. İleoçekal valvin 120 cm proksimalinde meckel divertikülünün torsiyon olduğu görüldü. Divertikülün proksimalindeki segmentlerde yaygın distansiyon varken, distalindeki segmentler normal görünümdeydi. Torsiyon düzeltildi, iskemik olan bağırsak anslarının vaskülarizasyonunun sağlandığı ve peristaltik hareket olduğu görülünce rezeksiyondan vazgeçildi. Batın içi 1000 cc sıvı ile yıkandı, dren koyuldu. Hasta postoperatif dokuzuncu günde şifa ile taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

Meckel divertikülü görülen hastaların büyük çoğunluğu asemptomatik seyreder. Genellikle başka bir nedenle yapılan cerrahi girişim sırasında tesadüfen veya gelişen komplikasyonları nedeniyle intraoperatif saptanır. MD komplikasyonları kanama, intestinal obstrüksiyon ve divertiküldür. MD yetişkin dönemde en sık obstrüksiyon, kanama kliniği ile ortaya çıkar ve sıklıkla sessiz seyreder. Bağırsak tıkanmasına sebep olabilen MD için çeşitli mekanizmaların başlıcaları; volvulus, Littre fıtığı intususepsiyon, mesodivertiküler bant, divertikülitte ikincil darlık ve Meckel's divertikülü lithiasisidir. MD torsiyonu, divertikülün nadir görülen, obstrüksiyon ve enfeksiyon bulguları ile kendini gösteren bir komplikasyondur. Literatürde bir kaç olgu rapor edilmiştir. Hastamızda bu nadir komplikasyonlardan biri vardı ve acil operasyon yapıldı. Literatürde böyle vakada segmenter rezeksiyon önerilmektedir. Fakat bizim vakamızda bağırsakların vaskülarizasyonunun sağlanması sonrasında rezeksiyondan vazgeçildi ve kliniği düzelen hasta taburcu edildi.

#### SONUÇ:

İnce bağırsak obstrüksiyonu ile birlikte akut batın bulguları olan hastaların ayırıcı tanısında Meckel divertikülü de akla getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Meckel Divertikülü, İleus, Torsiyon.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0382 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nissen ve Re-do Nissen Operasyonları Sonrası Komplikasyonlar ve Yönetimi

Mutlu Şahin, Mehmet Saydam, İbrahim Yılmaz, Harun Karabacak  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### AMAÇ:

Gastroözefageal reflü ve hiatal herni durumlarında altın standart cerrahi yöntem Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu operasyonudur. Laparoskopik antireflü cerrahisi (LARC) genellikle güvenli bir operasyon olsa da özellikle nüks vakalarda çok ciddi ve komplike komplikasyonlar da ortaya çıkabilmektedir.

#### MATERYAL-METOD:

Kliniğimizde 2017 yılında yapılan LARC operasyonları sonrası erken ve geç dönem komplikasyonları ve yönetimini retrospektif olarak inceledik.

#### BULGULAR:

LARC uygulanan 40 hastanın 4'ünde (%10) erken dönem ve 6'sında (%15) geç dönem komplikasyonları gelişti. Erken dönem komplikasyonu olarak iki hastada (%5) postoperatif ileus gelişti. ve medikal tedavi ve takip ile hastaların şikayetleri geriledi. Bir hasta postoperatif birinci günde pulmoner şikayetler ve oksijen saturasyonu düşmesi nedeniyle yoğun bakım ünitesine alındı. Atektazi saptanan hastanın şikayetleri 36 saat sonra geriledi ve şifayla taburcu edildi.

4 yıl önce hiatal herni nedeni ile LARC uygulanan bir hasta nüks gross hiatal herni tanısı ile opere edildi. Re-do Nissen operasyonu sonrasında postoperatif 3. günde metilen mavisi ile yapılan testte muhtemel özefageyal kaçak tespit edildi. Hastaya postoperatif 4. günde santral ven kateterizasyonu yapıldı ve TPN başlanarak bir hafta destek tedavisi uygulandı. Ancak dren içeriğinin günlük 40-50 cc civarında olmasına rağmen 12. günde yapılan metilen testinde yine kaçağın devam ettiği görüldü. Servisimizde endoskopi ile jejunuma uzanacak şekilde feeding tüp yerleştirilmek için 2-3 deneme yapıldı, ancak hepsinde feeding tüp mideye geri döndü. 16. günde Gastroenteroloji kliniği ile konsülte edilerek deneyimli bir endoskopistin yardımı ile Treitz'in distaline kadar uzanacak şekilde feeding tüp yerleştirildi. Postoperatif 30. güne kadar hasta feeding tüp ile beslendi. 30. günde yapılan metilen testinde kaçak olmaması üzerine orali açıldı. 2. ayda disfaji ve kusma şikayeti nedeniyle çekilen baryumlu grafide özefagogastrik bileşkede darlık görüldü. Balon dilatasyon için Gastroenteroloji kliniğine konsülte edildi. Endoskopide balon dilatasyona gerek olmadığı görüldü, ancak reaksiyonel striktürel görünüm nedeni ile mukozada 3-4 adet lineer çentik oluşturuldu. Hasta bu işlem sonrası hızla toparlandı ve postoperatif 3. ayında normal diyetle geçildi.

Geç dönem komplikasyonları olarak 4 hastada (%10) şişkinlik ve hazımsızlık mevcuttu. Yapılan endoskopilerde 3 hastada alkalin reflü gastrit, kalan son hastada ise antral gastrit saptandı. Disfaji şikayeti ile başvuran bir hastada yapılan baryumlu grafide özefagogastrik bileşkede daralmaya ait bir bulgu izlenmedi. Retrosternal yanma şikayeti devam eden bir hastada ise yapılan endoskopide yine alkalin reflü gastrite ait bulgular mevcuttu. Tüm bu hastalara medikal tedavi düzenlendi ve şikayetlerinde önemli seviyede gerilemeler saptandı.

#### TARTIŞMA ve SONUÇ:

LARC her ne kadar güvenli olarak tanımlansa da özellikle nüks vakalarda deneyimli cerrahlar tarafından müdahalenin önemi ve komplikasyonlarla mücadelede multidisipliner yaklaşımın gerekliliği kaçınılmazdır.

**Anahtar Kelimeler:** Gastroözefageal reflü, Hiatal Herni, Nissen Fundoplikasyonu, Komplikasyon,

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Feeding tüp sonrası görünüm



### Erken ve gec donem komplikasyonlar

|                                                      |          |
|------------------------------------------------------|----------|
| ERKEN DONEM KOMPLİKASYONLAR                          | 4 (%10)  |
| Post-operatif ileus                                  | 2 (%5)   |
| Atelektazi                                           | 1 (%2.5) |
| Ozefageyal kaçak                                     | 1 (%2.5) |
| GEC DONEM KOMPLİKASYONLAR                            | (%15)    |
| Gastrointestinal semptomlar (siskinlik, hazimsizlik) | 4 (%10)  |
| Disfaji                                              | 1 (%2.5) |
| Retrosternal ve epigastrik yanma                     | 1 (%2.5) |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0383 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Jejunum kaynaklı, rektum ve sol aksillaya metastaz yapan GİST

Halis Bağ, Taner Coşkun, Haldun Kar, Aras Babayev, Hüdai Genç  
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

**GİRİŞ:** Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), gastrointestinal tümörlerin% 1'inden azını oluşturur. Gastrointestinal sistemin en yaygın mezenkimal neoplazmidir. GIST'ler genellikle midede veya ince bağırsakta bulunur ancak gastrointestinal (GI) yol boyunca herhangi bir yerde oluşabilir. Nadiren ekstra GI tutulumuna sahip olabilirler. Klinik olarak karın ağrısı, ileus, sarılık ve peritonit görülebilir. Tanıda tomografi, usg, mr, endoskopi ve eus kullanılır. Kesin tanı biopsi ile konur. Primer tedavisi cerrahidir. Tümör boyutu ve mitotik aktivite prognozda belirleyicidir. Karaciğer, GI ve peritoneal metastaz yapabilir. Bunun dışındaki metastazlar çok nadirdir. Nüks ve metastazın önlenmesi için tedaviye kemoterapi (KT) ile devam edilmelidir. Bu vakada radikal cerrahi uygulanan metastatik GIST olgusu sunulmuştur.

**HİKAYESİ:** Karın ağrısı nedeniyle acil servise başvuran hastanın muayenesinde akut batın saptanmadı. Batın orta hatta ve sol aksillada kitle palpe edildi. Konstipasyon yakınması olan hastanın rektal tuşesinde kitle tesbit edildi. Üroloji tarafından yapılan iab sonucu " Gastrointestinal Stromal Tümör" gelmesi üzerine hasta tarafımıza yönlendirildi.

Hastaya kolonoskopi yapıldı. " Sigmoid kolon düzeyinde ve rektum distalinde ekspansiyonu sınırlı, dıştan bası? mukoza normal." olarak değerlendirildi.

Hastanın batın BT si " Rektum ile mesane arasını dolduran, rektumun ön duvarından köken aldığı düşünülen, içerisinde geniş nekroz alanları olan yaklaşık 10 cm çapında solit bir kitle lezyonu vardır. Prostat bezi ve seminal veziküller kitleden ayrılmamaktadır. Pelvis giriminde orta hat ve sağında ileum ansından köken aldığı düşünülen, yaklaşık 7 cm çapında ikinci bir kitle lezyonu daha vardır." olarak değerlendirildi.

Hasta operasyona alındı. Ekplorasyonda ileoçekal valve 200 cm mesafede jejunum kaynaklı 15\*15 cm boyutlarında apendiksi içine alan GIST tesbit edildi. Tümörü ve apendiksi içine alacak şekilde jejunum rezeksiyonu ve anastomoz yapıldı. Ekplorasyonun devamında 1/3 alt rektumdan kaynaklanan prostat ve seminal veziküllere invaze 20\*20 cm çaplı kitle palpe edildi. Hastaya Miles operasyonu yapılmasına karar verildi. Anal kanal serbestlenerek batın içine alındı. Üroloji ekibi tarafından, prostat ve seminal veziküller kitlenin içinde kalacak şekilde radikal prostatektomi uygulandı. Batın sol alt kadrandan kolostomi çıkarıldı. Hastanın sol aksilladaki kitlesi de eksize edilerek patolojiye gönderildi.

Hasta postop 10. gün sorunsuz taburcu edildi.

Patoloji değerlendirmesinde jejunumdaki stromal tümörün primer odak olduğu, rektum ve sol aksilladaki kitlelerin metastatik olduğu belirtildi. Ayrıca rektumdaki metastatik kitlenin prostat ve seminal veziküllere invaze olduğu tesbit edildi. Cerrahi sınırlarda problem saptanmadı.

Hastanın KT tedavisi ve Onkoloji takibi devam etmektedir.

**SONUÇ:** GIST in primer tedavisi cerrahidir. Gerektiğinde radikal cerrahiler uygulanabilmektedir. Ekstraintestinal tutulumlar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Cerrahi sonrası nüks ve metastazın önlenmesi için KT mutlaka devam etmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** GİST, metastaz, radikal cerrahi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Ameliyat piyesi 1**



**Ameliyat piyesi 2**



**Ameliyat piyesi 3**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0384 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Hiatal herni ve Peptik ulcus perforasyonu

Burcu Mühürdaroğlu Timurlenk, Atila Sayar, İlhan Zencirci, Süleyman Bulut  
Eskişehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Eskişehir

Hiatus hernisi, midenin bir bölümünün diyafragmada bulunan özofageal hiatustan yukarı yönde toraksa doğru fıtıklaşması şeklinde tanımlanmaktadır. Hiatus hernileri, diyafragma hernilerinin bir grubudur. Diyafragma hernileri konjenital ya da edinsel olabilir. Edinsel diyafragma hernileri travmaya bağlı olarak gelişebilir. Edinsel olup travmaya bağlı olmayan diyafragma hernilerinin 4 tipi vardır. 1. Tip I hiatal herni (sliding, konsantrik, aksiyel, kayma fıtığı); 2. Tip II hiatal herni (paraözofageal, rolling, yuvarlanma fıtığı); 3. Tip III hiatal herni (mikst tip, sliding ve paraözofageal komponent, karma tip fıtık) ve 4. Tip IV hiatal herni (Tip II ya da Tip III herni şeklinde, ancak fıtık kesesi içerisinde dalak, transvers kolon, ince barsak ve pankreas gibi başka organlarda bulunmaktadır). Tip II paraözofageal herni, mide fundusunun ve bazen dalak ya da kolon gibi karın içi organların içinde bulunduğu peritoneal fıtık kesesinin normal özofageal hiatustan posterior mediastene doğru yer değiştirdiği, etyolojisi belli olmayan ve sonradan edinilen bir fıtık şeklidir. En önemli özelliği, alt özofagus sfinkteri veya özofagogastrik bileşkenin yer değiştirmemesi ve frenoözofageal ligament sayesinde diyafragmanın alt yüzünde sabit olarak durmasıdır.

Paraözofageal hernilerin prevalansı, hiatus özofagikus ile ilişkili tüm herniler incelendiğinde, %3.5 ile %33 arasında değişmektedir. En önemli komplikasyonu, fıtık kesesi içinde bulunan organın infarktüsüne ve perforasyonuna yol açabilen, massif kanamayla sonuçlanan fıtık kesesinin akut strangülasyonudur. Bu hayatı tehdit edici durumlar hastaların üçte biri kadarında görülür ve acil cerrahi müdahale için bir endikasyon oluşturur. Göğüs ağrısı, baskı hissi, solunum sıkıntısı ve kalp çarpıntısı en sık görülen semptom ve bulgular olup kolaylıkla angina pectoris ile karıştırılabilir. Tanı yöntemleri olarak akciğer grafisi, üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi, baryumlu özofagus-mide-duodenum (ÖMD) pasaj grafisi, özofageal manometri ve pH'metri testleri, ve torako-abdominal

bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılabilir. Tedavi yaklaşımında tercih özellikle akut olgularda acil cerrahi müdahaledir.

#### Paraözofageal

hernili hastalarda ciddi komplikasyon gelişme oranı yüksek olduğundan, bazı çalışmalar tanı konulduktan hemen sonra cerrahi tedavinin önemini vurgulamaktadır. Bizim olgumuz; 78 yaşında kadın hasta acil servise solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı, karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Batın muayenesinde epigastriumda belirgin yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Kan gazında hipoksi, lökositoz ve bun-kre değerlerinde yükseklik mevcuttu. Çekilen PA akciğer grafisinde retrokardiyak alanda hava sıvı seviyesi olduğu görüldü. Diaphragma altında serbest hava izlendi. Batın bt de batında yaygın serbest hava izlendi. Hasta paraözofageal herni tanı ve perforasyon tanısıyla acil ameliyata alındı. Mide fundusunun toraksa herniye olduğu görüldü. Gözlemde hiatal defekt çapının 6 cm olduğu ve prepilorik bölgeden peptik ülser perforasyonu olduğu görüldü. Perforasyon primer onarıldı ve primer krüroplasti uygulandı. Loj mayileri temizlendi. Postop 3. gün çoklu organ yetmezliğinden kaybedildi.

**Anahtar Kelimeler:** Paraözofageal herni, peptik ulcus, perforasyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

olgunun düz grafi bulguları



olgunun bt bulguları



olgunun bt bulguları



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0385 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Tavuk kemiği yutulmasına bağlı gelişen ileum perforasyonu

Murat Karataş, Gökalp Okut, İsmail Can Tercan, Cenk Şimşek, Adam Uslu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, 3.Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Gastrointestinal sistemin yabancı cisim ile perforasyonu oldukça nadir ve yabancı cisim yutan hastaların %1'inden daha az görülmesine karşın erken tanı konulması halinde tedavi edilebilir olması sebebiyle büyük önem taşımaktadır. Aksi halde tanı ve tedavide gecikme mortaliteyi ve morbiditeyi artırmaktadır. Yabancı cisim yutulması genelde psikiyatrik ve alkolik hastalarda görülmekle birlikte yutulan yabancı cisimlerin çoğu sorunsuz bir şekilde gastrointestinal sistem boyunca ilerleyerek fekal yolla atılmaktadır. Biz acil servise akut karın bulgusu ile gelen 61 yaşında bayan hastaya yapılan laparotomide tavuk kemiğinin neden olduğu ileum perforasyonu olgusunu sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 1 günlük karın ağrısı şikayeti sebebiyle acil servise başvuran 61 yaşında bayan hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu.  $22000/\text{mm}^3$  lökositli olan hastanın ayakta direk batın grafisinde diafragma altı serbest havası yoktu. Batın tomografisinde; sağ alt kadranda inflame ince barsak ansları, anslar arası sıvı ve yabancı cisime ait görüntü izlenmesi üzerine perforasyon şüphesi ile acil laparotomi yapıldı. Yapılan eksplorasyonda ileumun orta kesiminde birbirine komşu 2 ayrı noktadan perforasyona neden olan 4 cm boyutlarında sivri uçlu tavuk kemiği tespit edildi. Segmenter ince barsak rezeksiyonu ve primer anastomoz yapılan hasta 6. gün sorunsuz eksterne edildi.

Geriye yönelik anamnezinde hastanın 1 gün önce tavuk kanadı yediği öğrenildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Yutulan yabancı maddelerin çoğu hiç bir problem olmadan gastrointestinal sistemle fekal yoldan atılırken özellikle ucu keskin olanlar perforasyona neden olabilmektedir. En sık gastrointestinal perforasyona neden olan yabancı cisimler balık kılçıkları, tavuk kemikleri, protezler ve kürdan gibi ucu keskin cisimlerdir. Klinik tablo; peritonit, lokalize apse oluşumu, barsak tıkanıklığı ve gastrointestinal sistem kanaması şeklinde ortaya çıkabilir.

Tanıda abdominal grafler nadiren yardımcı olur. Ancak batın tomografisi yabancı cisimlerin veya komplikasyonların tespiti için en faydalı radyolojik görüntüleme yöntemidir. Yabancı cisim olgularında en sık görülen perforasyon bölgesi terminal ileum ve kolondur. Tedavi çoğunlukla bağırsak rezeksiyonunu gerektirir, ancak literatürde zaman zaman primer onarım tarif edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** ileum perforasyonu, tavuk kemiği, yabancı cisim

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0386 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide kanserli olgularda neoadjuvan kemoterapinin anastomoz iyileşmesi üzerine etkisi

Çağhan Pekşen<sup>1</sup>, Remzi Kızıltan<sup>2</sup>, Remzi Erten<sup>3</sup>, Özkan Yılmaz<sup>2</sup>, Mehmet Çetin Kotan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

<sup>2</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

<sup>3</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Van

**Amaç:** Mide kanserinde tedavinin esasını gastrektomi oluşturmaktadır. Adjuvan kemoterapi, tedavi protokolünde yerini almıştır. Ancak, neoadjuvan kemoterapinin mide kanseri tedavisinde yerinin olup olmadığı hala tartışma konusudur. Sunulan çalışmada neoadjuvan kemoterapinin anastomoz iyileşmesi üzerine etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Prospektif olarak planlanan çalışmamıza Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Medikal Onkoloji kliniklerine başvuran 39 mide kanserli hasta dahil edildi. Olgular 03/2017 – 09/2017 tarihleri arasında yeni tanı almışlardı. Cerrahi tedavileri bu aralıkta gerçekleştirildi. 39 hastanın 14'üne neoadjuvan kemoterapi uygulandı. 25 hastaya ise neoadjuvan kemoterapi uygulanmaksızın cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi esnasında gastrektomi spesmeninden tümörlü ve tümöre en uzak normal görünümlü mide dokusundan 1'er cm<sup>3</sup> lük tam kat doku örnekleri alındı. Biyokimya kliniğince kollajen prekürsoru olan 5-hidroksiprolin düzeyi ve Bradford yöntemi kullanılarak protein ölçümü yapıldı. Patoloji kliniğince olgulara ait Hematoksilin-Eozin boyalı preparatlar Masson Trikrom ile boyanarak ışık mikroskopunda incelendi ve fibrozis skoru belirlendi.

**Bulgular:** Normal dokularda ölçülen 5-hidroksiprolin düzeyi neoadjuvan kemoterapi almış dokularda ortalama 2,23 µg hidroksiprolin/ g protein olarak bulundu. Neoadjuvan kemoterapi uygulanmamış dokularda ise 2,45 µg hidroksiprolin/ g protein olarak bulundu. Yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1). Tümörlü dokularda ölçülen 5-hidroksiprolin düzeyi neoadjuvan kemoterapi almış dokularda ortalama 1,76 µg hidroksiprolin/ g protein olarak bulundu. Neoadjuvan kemoterapi uygulanmamış dokularda ise 1,77 µg hidroksiprolin/ g protein olarak bulundu. Yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Normal dokularda değerlendirilen fibrozis skorları neoadjuvan kemoterapi almış ve neoadjuvan kemoterapi uygulanmamış dokularda ayrı ayrı değerlendirildi. Yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 3). Tümörlü dokularda değerlendirilen fibrozis skorlaması neoadjuvan kemoterapi almış ve neoadjuvan kemoterapi uygulanmamış dokular ayrı ayrı olarak değerlendirildi. Yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4).

**Tartışma ve Sonuç:** Amerika'da yapılan ve neoadjuvan kemoradyoterapinin anastomoz kaçacağı üzerine etkisinin araştırıldığı retrospektif çalışmada preoperatif kemoradyoterapinin anastomoz kaçacağı oranını artırmadığı belirtilmiştir.

Japonya'da yapılan deneysel çalışmada neoadjuvan kemoterapinin anastomoz hattında patlama basıncını değiştirdiğine yönelik veriler saptanmıştır. Ancak gruplarda rüptür gelişmediği belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada doku fibroblast miktarlarına neoadjuvan kemoterapinin etkisinin olmadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda neoadjuvan kemoterapi uygulanmış ve uygulanmamış olguların doku örneklerinde hidroksiprolin seviyesi ve histopatolojik inceleme ile dokudaki fibrozis durumu incelendi. Sonuçlarımıza göre iki grubun doku fibroblast miktarında fark saptanmamıştır. Kollajen prekürsoru olan hidroksiprolin düzeyinde artış ya da azalma saptanmamıştır. Yapılan patolojik incelemede ise her iki grup arasında fibrozis skorunda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Literatürde karışık görüşler olsa da, çalışmamızda neoadjuvan kemoterapi uygulamasının anastomoz iyileşmesi üzerinde olumsuz bir etkisi saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Anastomoz, Gastrektomi, Neoadjuvan, Kemoterapi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzu Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1**

|                       |    | Hidroksiprolin ( $\mu\text{g}$ hidroksiprolin/ g protein) |         |          |       |
|-----------------------|----|-----------------------------------------------------------|---------|----------|-------|
| Kategoriler           | n  | Ort $\pm$ SS                                              | minimum | maksimum | p*    |
| Neoadjuvan KT almış   | 14 | 2,23 $\pm$ 0,46                                           | 1,58    | 3,01     |       |
| Neoadjuvan KT almamış | 25 | 2,45 $\pm$ 0,47                                           | 1,58    | 3,41     | 0,166 |

Normal dokulardaki hidroksiprolin düzeylerinin neoadjuvan kemoterapi alıp almamalarına göre tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

**Tablo 2**

|                       |    | Hidroksiprolin ( $\mu\text{g}$ hidroksiprolin/ g protein) |         |          |       |
|-----------------------|----|-----------------------------------------------------------|---------|----------|-------|
| Kategoriler           | n  | Ort $\pm$ SS                                              | minimum | maksimum | p*    |
| Neoadjuvan KT almış   | 14 | 1,76 $\pm$ 0,32                                           | 1,23    | 2,56     |       |
| Neoadjuvan KT almamış | 25 | 1,77 $\pm$ 0,64                                           | 0,85    | 3,58     | 0,974 |

Tümörlü dokulardaki hidroksiprolin düzeylerinin neoadjuvan kemoterapi alıp almamalarına göre tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

**Tablo 3**

|                       | Fibrozis skorları         |                                    |                 |       |
|-----------------------|---------------------------|------------------------------------|-----------------|-------|
| Kategoriler           | Fibrozis yok (0)<br>n (%) | Hafif kollajenizasyon (1)<br>n (%) | Toplam<br>n (%) | p*    |
| Neoadjuvan KT almış   | 13 (92,9)                 | 1 (7,1)                            | 14 (100)        |       |
| Neoadjuvan KT almamış | 21 (84,0)                 | 4 (16,0)                           | 25 (100)        | 0,427 |

Normal dokulardaki fibrozis skorlarının neoadjuvan kemoterapi alıp almamalarına göre tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

**Tablo 4**

|                       | Fibrozis skorları                 |                                                        |                 |       |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|-------|
| Kategoriler           | Orta kollajenizasyon (2)<br>n (%) | Yoğun ve nispeten düzenli kollajenizasyon (3)<br>n (%) | Toplam<br>n (%) | p*    |
| Neoadjuvan KT almış   | 4 (28,6)                          | 10 (71,4)                                              | 14 (100)        |       |
| Neoadjuvan KT almamış | 3 (12,0)                          | 22 (88,0)                                              | 25 (100)        | 0,196 |

Tümörlü dokulardaki fibrozis skorlarının neoadjuvan kemoterapi alıp almamalarına göre tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0387 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide Kanserini Taklit Eden Ameboma Olgusu

Bahri Çakabay, Serdar Gümüş, Abidin Tüzün, Özkan Demiroğlu, Mehmet Ali Can, Mehmet Ali Açıkgöz  
S.B.Ü. Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### GİRİŞ:

Amebiasis, Entamoeba histolyticanın neden olduğu protozoonal bulaşıcı bir hastalıktır. Oldukça nadir görülen ve ameboma denen apse odakları oluşturarak malignite ile karışabilecek kitleler oluşturabilir. Bu yazımızda subtotal gastrektomi uygulanmak durumunda kalınan bir ameboma olgusunu sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

Nonspesifik karın ağrısı, kusma, kilo kaybı ve gece terlemesi şikayetleri olan 52 yaşında kadın hasta kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde anlamlı özellik taşımayan hastanın karın muayenesinde epigastrik bölgede hafif hassasiyet dışında anormal bir bulgu yoktu. Laboratuvar değerlerinde lökositoz ve yüksek CA 125 seviyesi mevcuttu. Periferik kan yaymasında eozinofili saptandı. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) taramasında midenin pilor bölgesindeki 4 cm'lik duvar kalınlaşması saptandı. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde antrum mukozası normal ancak dışarıdan bası izlenimi veren kitle saptandı. Hastaya F-18 FDG ile tüm vücut pozitron emisyon tomografisi çekildi. Antrumda lümen bası yapan, malignite düzeyinde SUV Max tutulumu olan kitle saptandı. Cerrahiye karar verilen hastaya subtotal gastrektomi ve Roux-en-Y gastroenterostomi uygulandı. Yapılan patolojik inceleme sonucunda mide antrumu düzeyinde lümen doğru protrüzyon olan, egzofitik uzanımlı kitlenin; nekroz ve abse içeren ameboma olduğu belirlendi. Patolojik inceleme sonrası hastaya 2 hafta metronidazol, ardından 2 hafta da diloksamid furoat başlandı. 8 hafta sonra yapılan kontrol ultrasonoğrafisinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi.

#### TARTIŞMA:

Entamoeba histolyticanın neden olduğu amebiasis ekstraintestinal veya intestinal olmak üzere birçok farklı klinik tabloyla karşımıza çıkabilmektedir. Genellikle kanlı ve mukuslu ishale neden olmaktadır. Dolaşım sistemine giren bu parazit birçok organda amip absesine neden olabilmektedir. Ender olarak ameboma adı verilen kitle lezyonuyla da prezente olabilir. Ameboma sıklıkla çekum ve çıkan kolonda yerleşim gösteren intralüminal kitleler şeklinde ortaya çıkabilmektedir ve obstrüksiyona yol açabilmektedir. Intralüminal yerleşimli olanlara endoskopik girişiler ile tanı koymak mümkün olabilmektedir. Endoskopi ile tanının konulabilmesi durumunda antibiyoterapi ile tedavisi mümkün olabilmekte ve hastalar gereksiz laparotomilerden kurtarılabilmektedirler. Ekstra lüminal yerleşim ise daha nadirdir. Ekstralüminal olanlar için batın tomografisi tanıya yardımcı olabilmektedir. Mide yerleşimli ameboma olguları oldukça nadir olup genellikle karaciğer yerleşimli amebomanın mide duvarına invaze olmasına hatta lümen açılması ile karşımıza çıkabilmektedir. Metronidazol, tetrasiklin veya diloksamid furoat ile tedavisi mümkün olup uygun yerleşimli olanlara perkütan drenaj uygulanabilir.

#### Sonuç

Ameboma intralüminal olabileceği gibi ekstralüminal yerleşimide olabilir. Hastalığın asıl tedavisinin antiparaziter ilaçlar olmasının yanında obstrüksiyon ya da bası bulguları mevcutsa perkütan drenaj ve ya cerrahi tedavi ile de tedavi edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Amip, Ameboma, Gastrektomi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0388 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nadir Bir Olgu Sunumu; Primer Retroperitoneal Seröz Kist Adenom

Yeşim Akdeniz<sup>1</sup>, Yasin Alper Yıldız<sup>1</sup>, Ali Muhtaroglu<sup>1</sup>, Enis Dikicier<sup>2</sup>, Emrah Akın<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>, Belma Koçer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi A.B.D

<sup>2</sup>VM Medikal Park Kocaeli Hastanesi

#### GİRİŞ

Primer retroperitoneal seröz kistadenomlar patogenezi henüz tam olarak anlaşılamayan nadir kistik lezyonlardır. Tümörlerin büyük çoğunluğu benign olmasına rağmen, malign transformasyon, rüptür ve sekonder enfeksiyonu önlemek için erken tanı ve rezeksiyon gereklidir. Bu olgumuzda batin içi kistik kitle ön tanısı ile opere ettiğimiz, perop retroperitoneal kistik kitle olduğu tespit edilen, patolojisi seröz kistadenom olarak gelen hastamızı sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

Otuz dokuz yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı ve kabızlık şikâyetleri ile polikliniğe başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde, batında hafif distansiyon ve inspeksiyonda asimetri mevcuttu. Palpasyonda batin sol yanında, orta hattı geçmeyen düzgün sınırlı oluşum dikkati çekti. Çekilen iv kontrastlı tüm batin bilgisayarlı tomografisinde (BT) batin sol yarımında sol böbrek alt polü ile sınırları ayırt edilemeyen komşu barsak anslarında kompresyon, deviasyon oluşturan, psoas kası ile geniş alanda kontakt oluşturan 16x10 cm boyutlarında sıvı yoğunluğunda içeriği olan hipodens lezyon görüldü (mezenterik kist?) (fig 1). Preoperatif hazırlıkların tamamlanmasının ardından operasyona alınan hastaya yapılan eksplorasyonda ince barsakları sağ alt kadrana doğru iten, batin orta hattı geçmeyen yaklaşık 20x15 cm çapında retroperitoneal kistik kitle tespit edildi.(fig 2-3). Kitle eksize edildi. Postop patolojisi seröz kistadenom olarak gelen hastanın takipleri sorunsuz devam etmektedir.

#### SONUÇ:

Literatürde çok az primer retroperitoneal kistik lezyon bildirilmiştir. Çoğu lezyon benignir. Çoğunlukla kadınlarda görülür. Belli bir boyuta ulaşınca kadar asemptomatik kalabilirler ve genellikle çok büyük boyutlara ulaştıklarında keşfedilirler. Nadir durumlarda bu lezyonlar malign potansiyele sahip olabilir. Nüksü önlemek için kistin tamamen eksizyonu önerilir. Tüm retroperitoneal kistlerin ayırıcı tanısında primer retroperitoneal seröz kistadenom tanısı düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Retroperiton, seroz kistadenom, primer

fig 1



Kitlenin BT görüntüsü: Batin sol yarımında sol böbrek alt polü ile sınırları ayırt edilemeyen komşu barsak anslarında kompresyon, deviasyon oluşturan, psoas kası ile geniş alanda kontakt oluşturan 16x10 cm boyutlarında sıvı yoğunluğunda içeriği olan hipodens lezyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

fig 2



Yaklaşık 20x15 cm çapında retroperitoneal kistik kitlenin peroperatif görüntüsü

fig 3



Yaklaşık 20x15 cm çapında retroperitoneal kistik kitle

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0389 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Peritoneal adhezyon modelinde Piknogenol'ün lenf nodlarına etkisi, deneysel çalışma

Ceren Canbey Göret<sup>1</sup>, Nuri Emrah Göret<sup>2</sup>, Aslı Kiraz<sup>3</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>4</sup>, Muammer Karaayvaz<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Çanakkale Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Çanakkale

<sup>3</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>5</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

**AMAÇ:** Ciddi komplikasyonlara neden olan batin içi adezyonları önlemede ya da azaltmada literatürde hah önce literatürde antioksidan, antimikrobial, antienflamatuar etkisi gösterilmiş, bir diğer ismi "Pinus pinaster bark extract" olan, Piknogenol'ün peritoneal adezyon üzerine etkinliğini ve batin içi adezyonlarda immünohistokimyasal olarak serbest oksijen radikallerinin ne derece etkisi olduğunu, aynı zamanda da çekum etrafından örneklediğimiz bu adhesiv doku içerisinde tespit ettiğimiz reaktif lenf nodlarının ne gibi bir katkısı olduğunu araştırmayı amaçladık.

**METOD:** 27 adet Wistar Albino cinsi ratl 3 gruba bölünmüştür (n=9); Grup 1 (SHAM); sadece laparotomi, Grup 2 (Kontrol grubu); Laparotomi sonra çekal abrazyonla çekumda punktat hemoraji oluşturulmuş ve serum fizyolojik ile intraperitoneal her bir rat için 2 cc mayi uygulanmıştır. Grup 3 (Deney grubu); laparotomi yapıldıktan sonra çekal abrazyon yöntemiyle çekumda punktat hemoraji oluşturulmuş ve 10 mg/kg dan serum fizyolojik ile dilüe edilerek hazırlanmış steril piknogenol derivesi intraperitoneal olarak uygulanmıştır.

Tüm gruplara 7. günde re-laparotomi yapılmış ve çekum etrafındaki peritoneal doku örneklenip ve ratlar sakrifiye edilmiştir. Histopatolojik parametreler; Hematoksilen&Eozin, Masson Trikrom, Glutathione S-transferase, Glutathione Reductase, SSO, Catalase ile değerlendirilmiştir.

**SONUÇLAR:** Piknogenol verilen grupta istatistiksel olarak inflamasyon, lenf düğümü boyutları ve immünohistokimyasal olarak serbest oksijen radikallerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş, bu parametrelerin arttığı tespit edilmiştir. Fibrozis açısından hem H&E, hem de MT ile kontrol ve deney grubu arasında istatistiksek anlamlı fark tespit edilmemiştir. (Fibrozis için; Grup 1 - 2: p değeri 0.001, Grup 1 - 3: p değeri 0.001, Grup 2 - 3 p değeri 0,730. (p < 0.05). İnflamasyon için;Grup 1 - 2: p değeri 0.005, Grup 1 - 3: p değeri 0.001, Grup 2 - 3: p değeri 0,002. (p < 0.05). Masson Trikrom;Grup 1 - 2: p değeri 0.001, Grup 1 - 3 p değeri 0.001, Grup 2 - 3 için p değeri 0,996. (p < 0.05). Lenf nodu boyutu;Grup 1 - 2: p değeri 0.003, Grup 1 - 3; p değeri 0.001 olup,Grup 2 - 3; p değeri 0,024. (p < 0.05). Toplam immünohistokimyasal serbest oksijen radikalleri; p 0.0001. (p < 0.005). Lenf düğümü sayısı;p 0.017 (p < 0.005))

**TARTIŞMA:** Piknogenol'ün intraabdominal adhezyonu azalttığına dair olumlu bir sonuç elde edilememiş, aksine bu madde dokuda ciddi bir inflamatuvar sürece neden olmuştur. Aynı zamanda bu inflamatuvar sürece sekonder tespit edilen lenf nodu boyutlarında anlamlı bir artış tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak; oksidatif stresi tespit etmek için yapılan immünohistokimyasal analizde; dokularda serbest oksijen radikallerini artırdığını tespit edilmiştir. Bu makale "Acta Cirurgica Brasileira" da yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Piknogenol, serbest oksijen radikalleri, reaktif lenfadenopati, peritoneal adhezyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

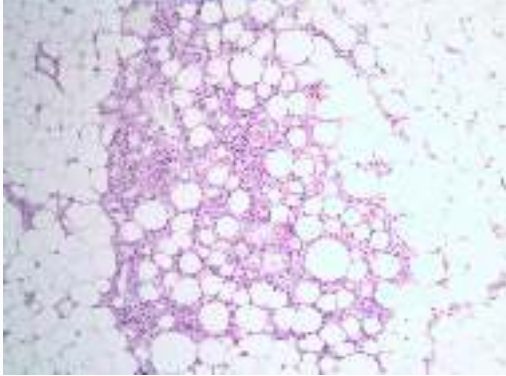
Resim 1 Laparotomi sonrası cecal abrazyon yöntemiyle cekumda punktat hemoraji olusturulmasi



Tablo 1: Histopatolojik skrlama

| Skor | Fibrozis | İnflamasyon | Masson Trikrom | SOD1<br>CAT<br>GSTP1<br>GLUT RED<br>(Immunohistokimya) |
|------|----------|-------------|----------------|--------------------------------------------------------|
| 0    | Yok      | Yok         | Yok            | Yok                                                    |
| 1    | Hafif    | Hafif       | Hafif          | Hafif                                                  |
| 2    | Orta     | Orta        | Orta           | Orta                                                   |
| 3    | Yoğun    | Yoğun       | Yoğun          | Yoğun                                                  |

Resim 2 Matur yağ doku içerisinde yoğun inflamasyon ve osteoklastik dev hücrelerin eşlik ettiği piknogenole karşı gelişmiş yabancı cisim reaksiyonu (H&E x 100)



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

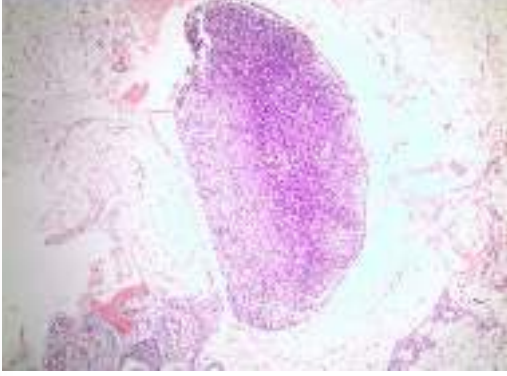
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

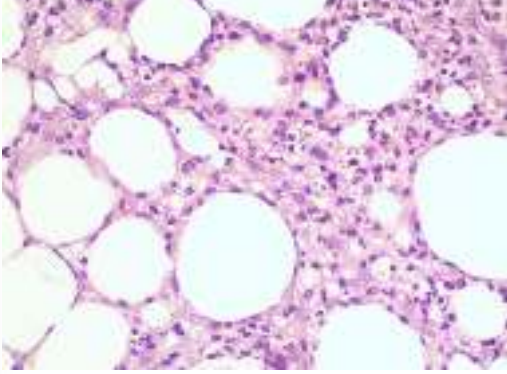


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

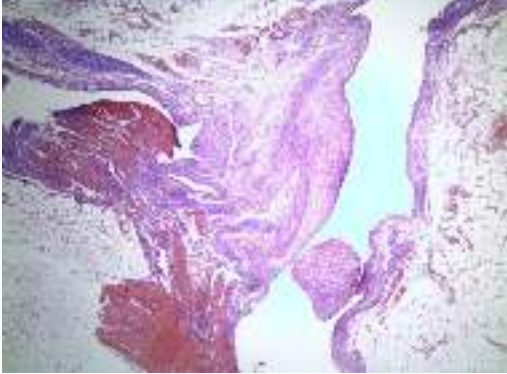
**Resim 3 Matur yağ doku içerisinde reaktif lenfoid hiperplazi (H&E x 40)**



**Resim 4 Matur yağ dokuda yoğun (Skor 3) inflamasyon (H&E x 400)**



**Resim 5 Masson Trikrom ile yoğun (skor 3) pozitiflik (Histokimya x 40)**



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

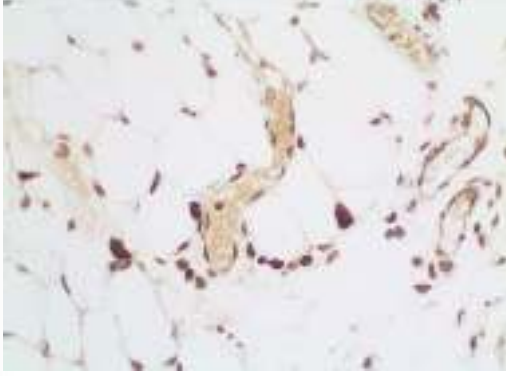
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

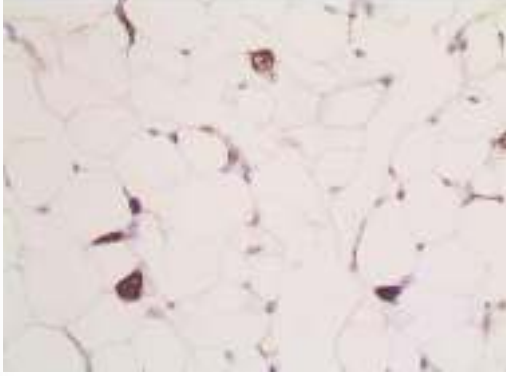


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

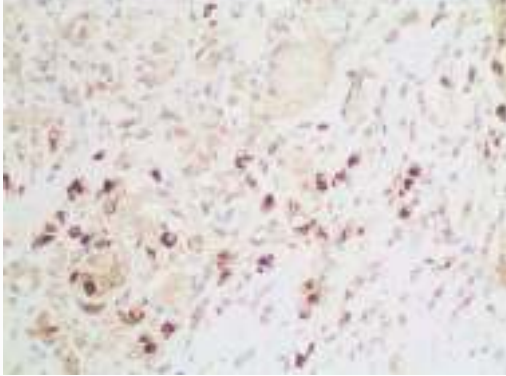
**Resim 6 SOD 1 ile yağ dokuda yoğun (Skor 3) boyanma (IHK x 400)**



**Resim 7 GSTP 1 ile orta siddette (Skor 2) pozitiflik (IHK x 400)**



**Resim 8 CAT ile yoğun (Skor 3) pozitif boyanma (IHK x 400)**



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



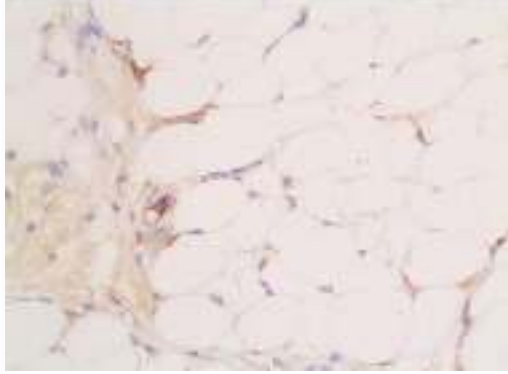
www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**Resim 9 CAT ile hafif siddette (Skor 1) pozitif boyanma (IHK x 400)**



**Resim 10 GLUT RED ile orta siddette (Skor 2) pozitif boyanma (IHK x 40)**



**Tablo 2: Çalışma gruplarının histopatolojik analizi**

| Gruplar  | Fibrozis | Masson trikrom ile fibrozis | İnflamasyon | Lenf nodu boyutu |
|----------|----------|-----------------------------|-------------|------------------|
| Grup1-2  | P 0.001  | P 0.001                     | P 0.005     | P 0.003          |
| Grup 1-3 | P 0.001  | P 0.001                     | P 0.001     | P 0.001          |
| Grup 2-3 | P 0,730  | P 0,996                     | P 0,002     | P 0,024          |

\*p<0.05, ikili grup analizi Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. \*\*Grup 1: SHAM, Grup 2: SF (2 cc), Grup 3: Piknogenol (10 mg/kg). \*\*\*Lenf nodu boyutu histopatolojik incelemede mikroskopik olarak "mm" cinsinden ölçülmüştür.

**Tablo 3: İmmünohistokimyasal serbest oksijen radikalleri ve lenf nodu sayısı açısından gruplar arası karşılaştırma**

| Karşılaştırmalı gruplar | Lenf düğümü sayısı | immünohistokimyasal skor |
|-------------------------|--------------------|--------------------------|
| Grup 1-2                | 0,996              | 0.001                    |
| Grup 1-3                | 0.101              | 0.0001                   |
| Grup 2-3                | 0.018              | 0,996                    |

\*The mean difference is significant at the 0.15 level. \*\*Post hoc ikili grup analizi Bonferroni düzenlemesi ile yapılmıştır. \*\*\*Üç grup arasındaki istatistiksel değerlendirme Oneway Anova ile değerlendirilmiştir. \*\*\*\*Her bir immünohistokimyasal marker ayrı ayrı skorlandırılmıştır, ancak istatistiksel değerlendirme her bir denek için toplam skor üzerinden (SOD1, CAT, GSTP1, GLUT RED ' in toplam değerlerinin) yapılmıştır \*\*\*\*\*Lenf düğümü sayısı histopatolojik incelemede mikroskopik olarak her denek için ayrı ayrı sayılmıştır.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 4: İmmünohistokimyasal serbest oksijen radikalleri ve lenf nodu sayısı için mean değerleri**

| Grup   | Lenf nodu sayısı                                    | İmmünohistokimyasal olarak serbest oksijen radikalleri |
|--------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Grup 1 | Mean: 3,1111<br>St. deviation: 1,16667<br>Median: 3 | Mean: 2,33<br>St. deviation: 1,5<br>Median: 2          |
| Grup 2 | Mean: 3,6667<br>St. deviation: 1,58114<br>Median: 3 | Mean: 7,44<br>St. deviation: 1,59<br>Median: 8         |
| Grup 3 | Mean: 1,4444<br>St. deviation: 1,87824<br>Median: 1 | Mean: 7,89<br>St. deviation: 1,833<br>Median: 9        |

\*The mean difference is significant at the 0.15 level. \*\*Post hoc ikili grup analizi Bonferroni düzenlemesi ile yapılmıştır. \*\*\*Üç grup arasındaki istatistiksel değerlendirme Oneway Anova ile değerlendirilmiştir. \*\*\*\*Her bir immünohistokimyasal marker ayrı ayrı skorlandırılmıştır, ancak istatistiksel değerlendirme her bir denek için toplam skor üzerinden (SOD1, CAT, GSTP1, GLUT RED ' in toplam değerlerinin) yapılmıştır \*\*\*\*\*Lenf düğümü sayısı histopatolojik incelemede mikroskopik olarak her denek için ayrı ayrı sayılmıştır.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0390 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İleoileal İnvajinasyona Sebep Olan İntestinal Mantle Hücreli Lenfoma, Olgu sunumu

Yeşim Akdeniz, Merve Yiğit, Burak Kamburoğlu, Emre Gönüllü, Fehmi Çelebi  
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

#### Giriş

İntestinal invajinasyonlar sıklıkla çocuklarda özellikle de 2 yaş altında görülürken yetişkinlerde nadirdir. Sıklıkla duvar kaynaklı lümen içi patolojilere sekonder gelişen invajinasyonlarda hastalar karın ağrısı, bulantı, kusma ve ileus bulguları ile başvururlar. Bu yazımızda intestinal invajinasyon sebebiyle opere ettiğimiz, patolojisi mantle cell lenfoma olarak gelen hastamızı sunmayı amaçladık.

#### Olgu

Otuz iki yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde defans rebound yoktu. Buna karşılık özellikle batın alt kadranda ağrı tarifliyordu. Wbc: 12,7 K/ uL, Hgb: 13,8 g/dl idi. Çekilen intravenöz kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde distal ileal anslarda sağ paramedian lokalizasyonda yaklaşık 52 mm kalınlıkta invajinasyon ile uyumlu hedef bulgusu, tanımlı bulgu komşuluğunda ki omental yağ planlarında flulaşma, distal ileal anslarda yer yer hava sıvı seviyeleri izlendi (fig 1). Hasta preop hazırlıkların tamamlanmasının ardından opere edildi. Yapılan eksplorasyonda ileoçekal valve 20 cm mesafede ileoileal invajinasyon tespit edildi. İnvajine alan redükte edildiğinde invajinasyona sebep olduğu düşünülen, ince barsak lümeni kaynaklı yaklaşık 3x5 cm kitle palpe edildi (fig 2). Eksplorasyonun devamında tüm ince barsak segmenti boyunca, çok sayıda intraluminal kitle palpe edildi. Doku tanısı ve reinvajinasyonun önlenmesi amacıyla invajinasyonun olduğu 10 cm lik ileum segmenti rezeke edildi ve uç uca elle çift kat üzerinden anostomoz yapıldı (fig 3). Batın içi başka patolojiye rastlanılmadı. Postop 5. gün gaz gaita deşarjının olmasının ardından rejim başlanan hasta, postop 7. gün taburcu edildi. Postoperatif patolojisi mantle cell lenfoma olarak gelen hastanın yapılan boyun, aksiller ve inguinal usg sinde Bilateral üst servikal zincirde ve aksillada kısa çapı 8 mm ye ulaşan reaktif karakterde çok sayıda lenf nodu izlendi. Bilateral inguinal bölgede 10,5x9,5 mm boyutlu ekojenik hilsunu kaybetmiş 6-7 adet LAP izlendi. Hastanın onkolojik tedavisi devam etmektedir.

#### Sonuç

Mantle hücreli lenfoma batı toplumlarında tüm Hodgkin-dışı lenfomaların %3-10'unu oluşturmaktadır ve yıllık görülme sıklığı 2-3/100.000' dir. Erkeklerde 2 kat daha sık gözlenmektedir. Zaman içinde kemoterapiye direnç ile tanımlanan agresif karakter kazanmaktadır. Tanı anında olguların büyük çoğunluğu ileri evrededir. Nadir de olsa invajinasyona sebep olan ince bağırsak tutulumu şeklinde karşımıza çıkabilmektedirler. Bu nedenle karın ağrısı sebebiyle acil servise başvuran, radyolojik görüntülemelerinde invajinasyon tespit edilen hastalarda ince bağırsak kaynaklı mantle hücreli lenfoma da akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfoma, invajinasyon, Mantle

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

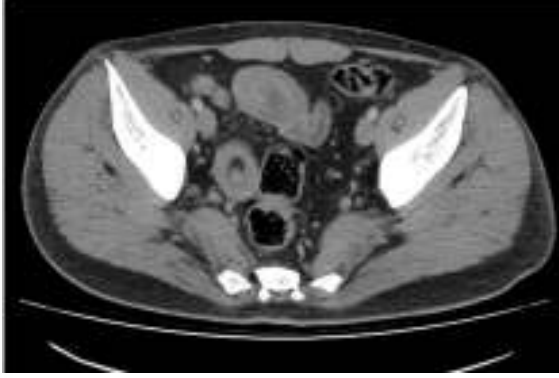
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

fig 1



Bilgisayarlı Tomografide hedef bulgusu

fig 2



İnvajinasyona neden olan ince barsak kaynaklı kitle

fig 3



Rezeksiyon yapılmış olan ince barsak segmentinin lümen açılmış halde görünümü.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0391 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İleum Obstrüksiyonuna Neden Olan Fitobezoar Olgusu

Mürşit Dincer, Ümit Gür, Ekrem Ferlengez, Fazilet Erözgen, Muzaffer Akıncı  
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bezoar gastrointestinal sistem içerisinde sindirilemeyen gıda parçalarının katılaşmasıdır. Fitobezoarlar iyi sindirilmemiş bitkisel lifli gıdalara bağlı olarak oluşur. En sık midede görülmekle beraber nadir olarak ince barsakta da görülebilir. Tüm gastrointestinal sistem obstrüksiyonlarının % 0.4-4'ü bezorlar nedeniyle oluşur. Bu çalışmada fitobezoara bağlı ince barsak obstrüksiyonuna neden olan bir olgu sunuldu.

**OLGU:** Elli beş yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde koroner bypass ve araç dışı trafik kazası nedeniyle laparotomi öyküsü mevcuttu. Hastanın karın muayenesinde yaygın hassasiyet ve rebound saptandı. Laboratuvar değerlerinde özellik yoktu. Direk karın grafisinde ince barsak düzeyinde hava-sıvı seviyeleri izlendi. Bilgisayarlı tomografide ince barsak düzeyinde bezoar ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil 1). Hastaya laparotomi uygulandı. İleum düzeyinde obstrüksiyona neden olan bezoar saptandı (Şekil 2,3). Enterotomi, bezoar çıkarılması ve primer onarım uygulandı. Ameliyat sonrası takiplerinde sıkıntısı olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Fitobezoarlar yüksek lif içeren gıdaların sık olarak tüketilmesi ve yeterli çiğnenmemesi sonucu oluşurlar. Lifli gıdaların sık tüketilmesi yanında geçirilmiş mide ameliyatlarına bağlı olarak motilitenin bozulması da etyolojide suçlanmıştır. Obstrüksiyona neden olmadığı sürece genellikle semptom vermezler. Tanıda endoskopi, ultrason, tomografi gibi görüntüleme yöntemleri yardımcıdır. İnce barsakta oluşan bezoarlar genellikle terminal ileum ve ileoçekal valv düzeyinde olmaktadır. Tedavide konservatif veya endoskopik yaklaşımlar yanında bezoarın cerrahi olarak çıkarılması en önemli yöntemdir. Semptomatik olmayan bezoarların tedavisinde nazogastrik dekompresyon, prokinetik ajanlar kullanılır. Konservatif tedaviye cevap vermeyen veya endoskopik olarak parçalanamayan bezoarlar cerrahi olarak çıkarılır. Bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetleri olan veya obstrüksiyon bulgularıyla başvuran olgularda ayırıcı tanıda bezoarlar akılda tutulmalıdır. Yüksek lif içerikli gıdalarla beslenen ve mide cerrahisi geçirmiş olgularda uygun eğitimler verilmeli ve bezoar oluşumu engellenmeye çalışılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** bezoar, ileus, laparotomi

Resim 1:



Bezoar ile uyumlu BT görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Resim 2:**



Dilate ileum ansı

**Resim 3:**



Fitobezoar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0392 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Özofagial MANEC: Olgu Sunumu

Anıl Koçman<sup>1</sup>, Erkan Hazar<sup>1</sup>, Fatih Dolu<sup>1</sup>, Hatice Özer<sup>2</sup>, Şule Karadayı<sup>4</sup>, Naciye Özlem Saygılı Yönm<sup>3</sup>, Kürşat Karadayı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Sivas

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı, Sivas

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Sivas

<sup>4</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas

**GİRİŞ-AMAÇ:** Dünya Sağlık Örgütü 2010' da yaptığı sınıflamada gastrointestinal nöroendokrin tümörleri; nöroendokrin tümör grade 1, nöroendokrin tümör grade 2, nöroendokrin karsinom, miks adenonöroendokrin karsinom, hiperplastik ve neoplastik lezyonlar olarak sınıflamıştır. Özofagus miks adenonöroendokrin karsinomları(MANEC) çok nadir görülen kanserlerdir. Genellikle kötü prognoz gösteren bu kanserler saptandığında çoğunlukla metastatiktir. MANEC adenokarsinomatöz ve nöroendokrin komponentin her birinden en az % 30 oranında içermelidir. MANEC düşük ve yüksek gradeli lezyonları içerir. Nöroendokrin kısmı iyi veya kötü diferansiye olabilir.

Biz burada özefagus orta kısımda yerleşmiş. MANEC' Lİ bir hastayı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 57 yaşında erkek hasta son 1 yıldır giderek artan yutma güçlüğü şikayeti ile başvurdu. Hastanın anamnezinde ayrıca son birkaç aydır kilo kaybı ve iştahsızlık şikayetlerinin de olduğu öğrenildi. Öz geçmişinde özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesi doğaldı. Laboratuar testleri normal sınırlarda olan hastanın özofagogastroskopisinde özofagus orta kısımda ülseratif lezyon saptandı. Alınan endoskopik biyopsinin patolojik inceleme sonucu nöroendokrin diferansiasyon gösteren tümör olarak raporlandı. Evreleme amaçlı yapılan endoskopik ultasonografik incelemede tümörün submukozayı invaze ettiği görüldü. Pozitron emisyon tomografisinde de kitlenin özofagusa sınırlı olduğu ve uzak metastazının olmadığı görüldü. Hastaya sağ torakotomi ile total özofajektomi, iki alan lenf nodu diseksiyonu ve gastrik transpozisyon ile servikal anastomoz uygulandı. Patolojik inceleme sonucu MANEC raporlandı. Tümör boyutu 8mm, ki-67 indeksi %80, az diferansiye nöroendokrin komponent %70 ve basaloïd skuamöz komponent %30 oranda içeren, T1b N0 M0 tümör (cerrahi sınırlar negatif ve çıkarılan 40 lenf nodu reaktif) olarak raporlandı. Postoperatif dönemde anastomoz kaçağı gelişen ve nonoperatif izlem ile takip edilen hastanın fistülü spontan kapandı. Cerrahi tedavi sonrası hastaya kemoterapi planlandı.

**SONUÇ:** Özofagusta MANEC nadir görülen bir durumdur. Agresif seyreden bu tümörlerde prognozu nöroendokrin kısım belirlemekte olup saptandığında çoğunlukla metastatiktir. Erken evrede yakalanan nadir olgularda cerrahi tedavi küratiftir.

**Anahtar Kelimeler:** ki 67,MANEC,nöroendokrin karsinom

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0393 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### SADI- S Sonrası Marjinal Ülser Perforasyonu

Talar Vartanoğlu Aktokmakyan, Nuri Okkabaz, Serhat Meriç, Yunus Emre Aktimur, Fatih Çelebi, Rıza Kutaniş  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, İstanbul

##### • Amaç

Günümüz güncel ameliyat tekniklerinden olan Tek Anastomozlu Duodeno-İleal Bypass (SADI-S) bariyatrik cerrahi tekniği olup obezite ve diyabetik hastaların tedavisinde tercih edilmektedir. 2007 yılında tanımlanan bu tekniğin uzun dönem sonuçlara ve komplikasyonlara ait veriler literatüre henüz geçmektedir. Bu bildirimizde 2 yıl önce SADI-S ameliyatı uyguladığımız diyabetik bir hastamızın marjinal ülser perforasyonu ile acilimize başvurusunu sunmayı amaçladık.

##### • Olgunun Özellikleri

52 yaşında erkek hasta 2 yıl önce kontrolsüz tip II diyabet öyküsü nedeniyle SADI-S ameliyatı uygulanan hasta karın ağrısı şikayeti ile acilimize başvurdu. Ani başlangıçlı epigastrik ağrı tarifleyen hastanın akciğer filminde özellik yoktu. Klinik şüphe üzerine çekilen bilgisayarlı tomografi görüntülerinde şüpheli serbest hava imajı olması üzerine eksplorasyon kararı alındı. Eski insizyon hattından batına girildiğinde duodeno-ileal anastomozunda yaklaşık 1.5 cm çapında marjinal ülser zemininde perforasyon alanı tespit edilerek Graham usulü rafi uygulandı. Takiplerinde problem çıkmayan hasta ameliyat sonrası 4. gününde şifa ile taburcu edildi.

##### • Tartışma ve Sonuç

Geçirilmiş SADI-S öyküsü olan hastalarda, kronik ishal ve eser element eksiklikleri gibi dominant semptomlar olabilirken, marjinal ülser ve buna bağlı perforasyonlar gelişebileceği düşünülerek tanı gecikmenin önüne geçilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bariyatrik cerrahi, Marjinal ülser perforasyonu, SADI-S

#### Resim-1



Akciğer Filmi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim-2



Şüpheli hava imajı

Resim-3



Heterojenite

Resim-4



Perforasyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0394 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İntestinal Volvulus:10 Olgu Sunumu

Server Sezgin Uludağ, Çağan Aykurt, Osman Şimşek, Mehmet Velidedeoğlu, Salih Pekmezci  
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### İNTESTİNAL VOLVULUS: 10 OLGU SUNUMU

##### Giriş

İntestinal volvulus acil cerrahi girişim gerektiren geç müdahale edildiği takdirde ölüm ile sonuçlanan bir acil patolojidir. İnce barsağın kendi mezenteri etrafında toriyonu sonucunda kan akımının engellendiği bunun devamında nekroz ve perforasyonun gelişebileceği bir durumdur. İntestinal volvulusun etyolojisinde geçirilmiş cerrahi operasyona sekonder bridler, maligniteler, uzun ve dar açılı mezenter, internal herniasyonlar, parazitik enfeksiyonlar, uzun yemek arası sonrasında yenen yüksek lifli gıdalar, ve primer gelişen intestinal volvuluslardır.

##### Metaryal ve Metod

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi acil cerrahi servisinde 2011-2018 yılları arasını kapsayan retrospektif olarak 10 hasta incelenmiştir. Olgular volvulusun etyolojisi, yerleşimi, klinik bulguları, ASA skorlaması ve tedavi stratejilerine göre değerlendirildi.

##### Sonuç

İntestinal volvulus sebebiyle tam tıkaçıcı obstrüksiyon tanısı konulmuş Hastaların 5 tanesi kadın, ort. yaş: 62,4 aralığı: 33-87; 5 tanesi de erkekti, ort. yaş: 60,8 aralığı: 52-69 idi. 10 hastanın 6 sında daha önce geçirilmiş operasyonlara sekonder brid, 3 ünde de internal herniasyona sekonder, 1 in de de herhangi bir altta yatan sebep saptanmamıştır. 9 hastada ileal ans volvulus yerleşimi sağ alt kadranda, diğer hastanın ise sol üst kadranda olup jejunal ans volvulusu mevcuttu. 9 hastanın patoloji sonucunda gangrenöz anslar izlenmiş, 1 hastada hem gangrenöz hem adenokarsinom içeren ans mevcuttu. İnternal herniasyonların yerleşimi ise 2 si transmezenterik, 1 tanesi ise sağ parakolik alanda idi. Hastaların başvuru esnasında tamamında yaygın karın ağrısı, distansiyon ve kusması mevcuttu, akut faz değerleri 6 hastanın yüksek idi. Hastalara çekilen direk karın grafilerinde hava sıvı seviyeleri mevcut olup batın tomografilerinde de ileus bulguları görülmüştür. Hastaların tamamına operasyon yapıldı. Hastaların 4 üne rezeksiyon yapılmadı, 6 hastaya rezeksiyon yapıldı bunların 4 üne çift namlulu ileostomi, 2 sine de uç uca anastomoz yapıldı. Hastaların 2 tanesinde postoperatif yoğun bakım ihtiyacı gelişirken 8 tanesinin takipleri acil cerrahi servisinde devam etti, taburculuk süreleri ort: 11,6 aralığı: 5-30 gündür.

##### Karar

İntestinal volvulus acil cerrahi müdahale gerektiren bir patolojidir. Ameliyat esnasında iskemik segmentin rezeksiyon kararı alınırken sıcak kompresyon ile 15-20 dakika arasında bekleme süresi konulması kararın doğruluğunu artıracak bir unsurdur. Kısa barsak sendromu hastaların hiçbirinde gelişmedi. Malignite dışlandığında volvulus etyolojisi, rotasyonu, patolojisi morbitite ve mortaliteyi etkilemesi izlenmedi. ASA skoru halen operasyonu, mortalite ve morbititeyi etkileyen yüksek değerlerde bir göstergedir.

**Anahtar Kelimeler:** intestinal volvulus, internal herniasyon, intestinal obstrüksiyon, kapalı loop obstrüksiyonu

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### 1. Hastanın Başvuru Esnasındaki Batın Tomografisi



55 yaş erkek, ileal volvulus olgusu karın tomografi bulgusu

### 1. Hastanın Peroperatif Görüntü



55 yaş erkek, peroperatif görüntüsü

### İncelenen 10 İntestinal Volvulus Hastanın Karşılaştırılması

| HASTALAR        | MUAYENE                  | AMELİYAT ÖYKÜSÜ                    | VOLVULUS YERLEŞİMİ | VOLVULUS GİDEN ANS   | VOLVULUS ETYOLOJİSİ | ROTASYON DERECE | PATOLOJİ                           | TEDAVİ                                 | KLİNİK SEYİR          |
|-----------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|
| 1)55 YAŞ ERKEK  | HASSASİYET + DISTANSİYON | YOK                                | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 240-280 CM | İTERNAL HERNİASYON  | 360 DERECE      | GANGRENE 23 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON U-U ANASTOMOZ DEFEKT TAMİRİ | POSTOP 10.GÜN TABURCU |
| 2)69 YAŞ ERKEK  | HASSASİYET + DISTANSİYON | PARSİYEL GASTREKTOMİ               | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 150-300 CM | İTERNAL HERNİASYON  | 360 DERECE      |                                    | REDÜKSİYON DEFEKT TAMİRİ               | POSTOP 8.GÜN TABURCU  |
| 3)79 YAŞ KADIN  | HASSASİYET               | APPEKDEKTOMİ                       | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 150-300 CM | İTERNAL HERNİASYON  | 360 DERECE      |                                    | REDÜKSİYON DEFEKT TAMİRİ               | POSTOP 30.GÜN TABURCU |
| 4)35 YAŞ KADIN  | HASSASİYET               | İNVAJİNASYON                       | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 170-250 CM | BRİD                | 270 DERECE      |                                    | BRİDEKTOMİ DETORSİYON                  | POSTOP 7.GÜN TABURCU  |
| 5)78 YAŞ KADIN  | HASSASİYET + DISTANSİYON | TAH-BSO                            | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 230-300 CM | BRİD                | 360 DERECE      | GANGRENE 60 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON ÇİFTE NAMLULU İLEOSTOMİ     | POSTOP 14.GÜN TABURCU |
| 6)52 YAŞ ERKEK  | HASSASİYET               | TOTAL KOLEKTOMİ + İLEOANAL ANAST.  | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 250-280 CM | BRİD                | 360 DERECE      | GANGRENE + ADENOKA 12 CM İLEAL ANS | REZEKSİYON ÇİFTE NAMLULU İLEOSTOMİ     | POSTOP 5.GÜN TABURCU  |
| 7)87 YAŞ KADIN  | DİSTANSİYON              | KOLESİSTEKTOMİ + SOL HEMİKOLEKTOMİ | SOL ÜST KADRAN     | TREITZDAN 120-180 CM | BRİD                | 360 DERECE      |                                    | BRİDEKTOMİ DETORSİYON                  | POSTOP YBÜ            |
| 8)60 YAŞ ERKEK  | HASSASİYET               | MİLES                              | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 250-300 CM | BRİD                | 270 DERECE      | GANGRENE 21 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON ÇİFTE NAMLULU İLEOSTOMİ     | POSTOP 9.GÜN TABURCU  |
| 9)33 YAŞ KADIN  | HASSASİYET               | APPEKDEKTOMİ + MYOMEKTOMİ          | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 280-300 CM | BRİD                | 360 DERECE      | GANGRENE 12 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON ÇİFTE NAMLULU İLEOSTOMİ     | POSTOP YBÜ            |
| 10)68 YAŞ ERKEK | DİSTANSİYON              | FEMUR FRAK. OP.                    | SAĞ ALT KADRAN     | TREITZDAN 220-250 CM | İDİOPATİK           | 360 DERECE      | GANGRENE 25 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON U-U ANASTOMOZ               | POSTOP 10.GÜN TABURCU |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzu Kongre Merkezi ANTALYA

### İntestinal Volvulus

| HASTALAR        | MUAYENE                  | ASA SKORU | AMELİYAT ÖYKÜSÜ                      | VOLVULUS YERLEŞİMİ | VOLVULUS GİDEN ANS   | VOLVULUS ETYOLOJİSİ | ROTASYON DERECE Sİ VE YÖNÜ      | PATOLOJİ                           | TEDAVİ                                 | KLİNİK SEYİR          |
|-----------------|--------------------------|-----------|--------------------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|
| 1)55 YAŞ ERKEK  | HASSASİYET + DISTANSİYON | 2         | YOK                                  | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 240-280 CM | INTERNAL HERNİASYON | 360 DERECE SAAT YÖNÜNDE         | GANGRENE 23 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON U-U ANASTOMOZ DEFİKT TAMİRİ | POSTOP 10.GÜN TABURCU |
| 2)69 YAŞ ERKEK  | HASSASİYET + DISTANSİYON | 2         | PARSİYEL GASTREKTOMİ                 | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 150-300 CM | INTERNAL HERNİASYON | 360 DERECE SAAT YÖNÜNDE         |                                    | REDÜKSİYON DEFİKT TAMİRİ               | POSTOP 8. GÜN TABURCU |
| 3)79 YAŞ KADIN  | HASSASİYET               | 3         | APPEKDEKTOMİ                         | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 150-300 CM | INTERNAL HERNİASYON | 360 DERECE SAAT YÖNÜNÜN TERSİNE |                                    | REDÜKSİYON DEFİKT TAMİRİ               | POSTOP 30.GÜN TABURCU |
| 4)35 YAŞ KADIN  | HASSASİYET               | 2         | İNVAJİNASYON                         | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 170-250 CM | BRİD                | 270 DERECE SAAT YÖNÜNDE         |                                    | BRİDEKTOMİ DETORSİYON                  | POSTOP 7.GÜN TABURCU  |
| 5)78 YAŞ KADIN  | HASSASİYET + DISTANSİYON | 3         | TAH-BSO                              | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 230-300 CM | BRİD                | 360 DERECE SAAT YÖNÜNDE         | GANGRENE 60 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON ÇİFTE NAMLULU İLEOSTOMİ     | POSTOP 14.GÜN TABURCU |
| 6)52 YAŞ ERKEK  | HASSASİYET               | 2         | TOTAL KOLEKTOMİ + İLEOANAL ANASTOMOZ | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 250-280CM  | BRİD                | 360 DERECE SAAT YÖNÜNDE         | GANGRENE + ADENOCİ 12 CM İLEAL ANS | REZEKSİYON ÇİFTE NAMLULU İLEOSTOMİ     | POSTOP 5.GÜN TABURCU  |
| 7)87 YAŞ KADIN  | DİSTANSİYON              | 4         | KOLESİSTEKTOMİ + SOL HEMİKOLEKTOMİ   | SOL ÜST KADRAN     | TREİTZDAN 120-180 CM | BRİD                | 360 DERECE SAAT YÖNÜNDE         |                                    | BRİDEKTOMİ DETORSİYON                  | POSTOP YBÜ            |
| 8)60 YAŞ ERKEK  | HASSASİYET               | 2         | MİLES                                | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 250-300 CM | BRİD                | 270 DERECE SAAT YÖNÜNÜN TERSİNE | GANGRENE 21 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON ÇİFTE NAMLULU İLEOSTOMİ     | POSTOP 9.GÜN TABURCU  |
| 9)33 YAŞ KADIN  | HASSASİYET               | 3         | APPEKDEKTOMİ + MYOMEKTOMİ            | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 280-300 CM | BRİD                | 360 DERECE SAAT YÖNÜNDE         | GANGRENE 12 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON ÇİFTE NAMLULU İLEOSTOMİ     | POSTOP YBÜ            |
| 10)68 YAŞ ERKEK | DİSTANSİYON              | 2         | FEMUR FRAKTÜRÜ OPERASYONU            | SAG ALT KADRAN     | TREİTZDAN 220-250 CM | İDİYOPATİK          | 360 DERECE SAAT YÖNÜNDE         | GANGRENE 25 CM İLEAL ANS           | REZEKSİYON U-U ANASTOMOZ               | POSTOP 10.GÜN TABURCU |

retrospektif taraması yapılan 10 intestinal volvulus hastasının değerdendirilen referanslarının genel tablosu

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0395 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Transvers kolon adenokarsinomuna sekonder gastrokolik fistül

Mehmet Arif Usta<sup>1</sup>, Etem Alhan<sup>1</sup>, Mehmet Uluşahin<sup>1</sup>, Ali Ahmetoğlu<sup>2</sup>, Abdülkadir Reis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD; Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD; Trabzon

<sup>3</sup>Özel İmperyal Hastanesi, Patoloji Kliniği, Trabzon

**AMAÇ:** Gastrokolik fistüller (GKF), kolonun bir segmenti ile mide arasında oluşan patolojik yollardır. Geçmişte daha çok komplike peptik ülserle bağlı gözükürken günümüzde birçok GKF vakasının nedeni mide veya kolon kaynaklı malignitelerdir. Nadir bir klinik durum olarak nitelendirilebilir. Bu yazıda transvers kolon kanserine sekonder oluşan bir GKF vakası sunulmuştur.

**OLGU:** 55 yaşında kadın hasta yaklaşık 3 haftadır devam eden kanlı ishal, kilo kaybı ve kötü kokulu kusma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Başlangıçta sulu olan ishal haftalar içerisinde kanlı olmaya başlamıştı ve hastanın günde 4-6 kez ishal şikayeti mevcuttu. Kilo kaybı 2 ay içerisinde 13 kg kadar olan hastanın ek olarak hafif sol üst kadranda ağrısı şikayeti mevcuttu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın başvuru öyküsünde vitalleri stabildi. Fizik muayenesinde ise sol üst kadranda hassasiyet dışında bulgu yoktu. Çalışılan laboratuvar değerlerinde hemoglobin 10.2 g/dl, albümin 2.5 gr/dl ve CEA seviyesi 13.7 mcg/L olarak ölçüldü. Mevcut şikayetleri ve laboratuvar sonuçları ile planlanan gastroskopiye özellik yok iken kolonoskopide splenik fleksurada tumoral kitle tespit edildi. Biyopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlandı. Çekilen abdomen bilgisayarlı tomografide splenik fleksura tümörü ve gastrokolik fistül tespit edildi (Resim 1). Hasta yatırılarak parenteral nutrisyon başlandı ve anemi tablosu düzeltildi. Ardından opere edilerek parsiyel gastrektomi ve sol hemikolektomi uygulandı. Patolojisi mideye invaze ve fistülize, 19 reaktif lenf nodu içeren kolon adenokarsinomu olarak raporlandı (Resim 2). Postoperatif takiplerinde problem olmayan hasta taburcu edilerek adjuvan tedavi için onkoloji bölümüne yönlendirildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** GKF günümüzde çok nadirdir ve genellikle gastrointestinal sistemin malign hastalıkları nedeniyle görülür. Olguların çoğu mide ya da kalın barsak orijinlidir. Batı ülkelerinde daha çok kolon kanserine sekonder gelişirken uzak doğu ülkelerinde en sık sebep mide kanseridir. Peptik ülser, pankreatit, pankreas kanseri, divertiküler hastalık, inflamatuvar barsak hastalıkları, aspirin ve steroid gibi ilaçlar, lenfoma, CMV, sifiliz gibi bazı enfeksiyonlar ve bir çok cerrahi prosedüre sekonder olarak da GKF oluşabilir. Görülme yaşı genellikle 55-60 yaş olmakla beraber çok nadiren çocuk yaş grubunda da gözlemlenmektedir. Klasik semptomlar diyare, mide bulantısı, kusma ve kilo kaybıdır. Tanı konulması zor olabilir. Endoskopi, baryumlu film ve bilgisayarlı tomografi tanı yöntemleridir. Tedavide ilk adım sıvı tedavisinin ve beslenme durumunun düzeltilmesi olmakla beraber esas tedavi etyoloji ile ilişkili olarak değişebilir. Malign etyolojiye bağlı oluşarlarda adjuvan kemoterapi ile birlikte radikal enblok ameliyat en uygun seçenektir. Malign hastalığa bağlı oluşan GKF’de prognoz genellikle kötüdür.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrokolik fistül, kolon, adenokarsinom, enblok rezeksiyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



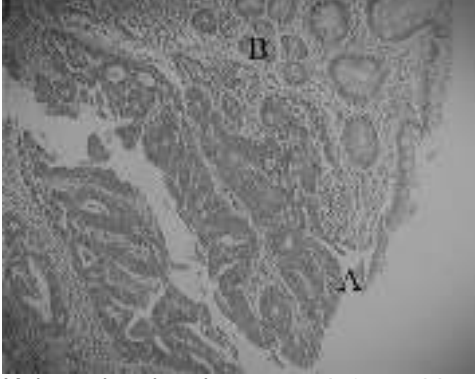
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 1



BT görüntüsünde kolondaki kitle ve mide ile arasındaki fistül gözükmemekte. A; Mide, B; Kolondaki kitle, C; Gastrokolik fistül

resim 2



Kolon adenokarsinomuna ait 2 ayrı histolojik patern. A: mukozada iyi diferansiyasyon B; muskularis propriada kötü diferansiyasyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0396 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

**Nadir bir ince bağırsak obstrüksiyon nedeni: İleum divertikülü ile appendiks adezyonuna sekonder gelişen internal herniasyon**

Ozan Utku Öztürk, Erol Kılıç

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi

#### AMAÇ

İnce bağırsak divertikülleri sıklıkla jejunumda lokalize olup (%80), genelde asemptomatik seyreder. Semptomatik olanlar (%10-30) dispepsi, postprandial ağrı, bulantı, kusma gibi kronik nonspesifik semptomlara neden olur. En önemli komplikasyonları kanama, perforasyon ve obstrüksiyondur. İnce bağırsak divertiküllerinin en nadir komplikasyonu obstrüksiyon olmakla birlikte literatürde sadece appendiks ile adezyonuna bağlı obstrüksiyon vakasına rastlanmamıştır. Bu olgu sunumunda ileum divertikülü ve appendiks radiksi arasındaki adezyona bağlı gelişen internal herniasyon, mekanik ince bağırsak obstrüksiyonu kliniği ve tedavisinin sunulması amaçlandı.

#### OLGUNUN ÖZELLİKLERİ

29 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz gaita yapamama, karında şişlik yakınması ile başvurdu. Öyküsünde karın ağrısının 1 hafta önce başladığı, 3 gündür şiddetinin arttığı ve bulantı, kusma eklendiği; bu şikayetlerle 2 gün önce başvurduğu ilçe devlet hastanesinde hastaya appendektomi uygulandığı, operasyon sonrası gaz gaita çıkışının olmadığı ve şiddetli kusmasının olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde batında Mc Burney insizyonu olduğu görüldü. Bağırsak sesleri artmıştı. Yaygın ribaund ve defans vardı. Laboratuvar testlerinde Wbc:16.090 uL, CRP:146 mg/L, Amilaz:61 uL, Lipaz: 13 uL, Kreatinin: 0,6 mg/dl idi. Batın tomografisinde diyafram altında yaygın hava, jejunal ve ileal anslarda yaygın dilatasyon, hava sıvı seviyeri, perihepatik, perisplenik ve bilateral parakolik alanda en geniş yerinde 10 cm ölçülen yaygın serbest mayi vardı. Appendiks 12 mm olarak ölçülmüş ve etrafında serbest hava değerleri görülmüştü. Hasta bunun üzerine acil olarak operasyona alındı ve laparotomi uygulandı. Yapılan eksplorasyonda hastaya appendektomi uygulanmadığı, ileoçekal valvin yaklaşık 35 cm proksimalinde ileum düzeyindeki bir divertiküler oluşumla appendiksin adezyona bağlı köprüleştiği, ince bağırsak anslarının bu bölgede herniye olduğu görüldü. Hastaya appendektomi ve dolaşımı bozulmuş ince bağırsaklara yönelik rezeksiyon, anastomoz uygulandı. Operasyon sonrası hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. Postoperatif 12.gün hasta şifa ile taburcu edildi. Patoloji raporu "Divertiküler yapı:divertikülit. Radiks:kronik aktif inflamasyon" olarak raporlandı.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ

İnce bağırsak divertiküllerine sekonder gelişen obstrüksiyonlar; inflamatuvar,pseudotümör etkisi ile eksternal bası, tekrarlayan divertiküit atakları sonrası adezyonlar ve bağırsak fibröz stenozuna bağlı ortaya çıkar. Olgumuzda tekrarlayıcı divertikülit ataklarına sekonder gelişen fibröz stenotik bantlar nedeniyle ileum divertikülü ile appendiksin köprüleştiği ve buradan ince bağırsakların herniasyonu sonucu obstrüksiyon geliştiği düşünülmüştür. Nadir gözlenmesine rağmen ince barsak divertiküllerinin, farklı şekillerde bağırsak obstrüksiyonuna yol açabileceği unutulmamalı, özellikle mekanik ince bağırsak obstrüksiyonu ayırıcı tanısında divertikül komplikasyonları göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** appendiks, ince bağırsak, divertikülit, ileus, obstrüksiyon

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Siyah ok: ince bağırsak divertikülü ile appendiks adezyonu Beyaz ok: internal herniasyon gelişen ince bağırsak ansları

**Resim 2**



Siyah ok: divertikül appendiks adezyonu

**Resim 3**



Siyah ok: divertikül appendiks adezyonu

**Resim 4**



Rezeksiyon sonrası adezyonun appendiks tarafı (beyaz ok) ve divertikül tarafı (siyah ok)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0397 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tecrübemiz: 122 Olgunun İncelenmesi

Meriç Emre Bostancı<sup>1</sup>, Murat Can Mollaoğlu<sup>2</sup>, Mustafa Atabey<sup>3</sup>, Ömer Topçu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sivas Numune Hastanesi

<sup>2</sup>Zara Devlet Hastanesi

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi

**AMAÇ:** Peruktan endoskopik gastrostomi (PEG) işlemi, gastrointestinal sistemi intakt olduğu halde yutma fonksiyonu bozuk veya olmayan hastalarda karın duvarından mide lümeni içinde plastik tüp yerleştirilmesidir.

**YÖNTEM:** Ocak 2015 – Ocak 2017 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi cerrahi endoskopi ünitesinde PEG işlemi yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

**BULGULAR:** Bu dönem içerisinde 122 hastaya PEG uygulandı. Hastaların 69'u (%56.5) erkek, 53'ü (%43.4) kadındı. Hastalar 20 ile 85 yaşları arasında olup ortanca yaşları 61 idi. Hastaların 98'inde (%80.3) serebrovasküler olay, 21'inde (%17.2) Alzheimer, 3'ünde (%2.4) Amyotrofik lateral skleroz mevcuttu. Komplikasyon olarak 12 (%9.8) hastada kateter çevresi enfeksiyon, 4 (%3.2) hastada sızıntı, 2 (%1.6) hastada Burried-bumper sendromu gelişti.

**SONUÇ:** Hangi sebeple olursa olsun; enteral beslenmenin yapılamadığı durumlarda; PEG beslenme için en uygun seçeneklerden birisidir. PEG uygulanabilen hastalarda beslenme daha ekonomik, daha düşük komplikasyon riski ve yüksek etkinlik nedeni ile uzun süre enteral beslenmede tercih edilecek yöntem olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, Perkütan Endoskopik Gastrostomi, PEG

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0398 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Apendektomi Sonrası Bırakılan Apendiks Uç Kısımına Bağlı Gelişen Akut Apandisit Olgusu

Mustafa Uğur, Ozan Utku Öztürk, Hüseyin Çığın, Akın Dedemoğlu, Ersin Rasim Arslan  
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

**AMAÇ:** Apendektomi sonrası sık görülen komplikasyonlar yara yeri enfeksiyonu, abse, güdük kaçağı, peritonit ve ileustur. Nadir karşılaşılan bir diğer komplikasyonu ise apendektomiden sonra akut apandisit gelişmesidir. Sıklığı 50000 de 1 dir. Sebebi apendiks güdüğünün uzun bırakılmasıdır.

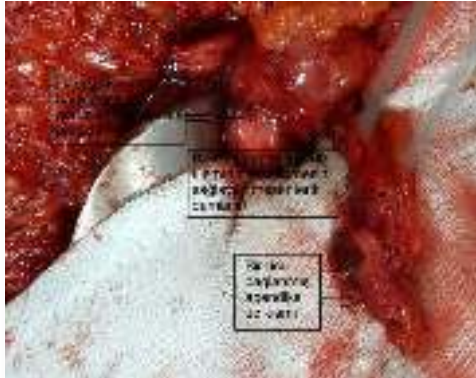
Bu yazıda apendektomi sonrası apendiks uç kısmının bırakılmasına bağlı olarak gelişen akut apandisit olgusu sunuldu. **OLGU:** Karın ağrısı şikayeti ile 55 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Anamnezinde 1 yıl önce başka bir merkezde apendektomi operasyonu geçirdiği ve işlem sonrası yara yeri enfeksiyonu ve yara ayrılması nedeniyle açık abdomen tedavisi uygulandığı öğrenildi. Hasta karın ağrısı şikayetinin ameliyattan sonra aralıklı olarak geliştiğini ancak son atağın daha şiddetli olduğunu belirtti. Özgeçmişinde herhangi bir hastalığı yoktu. Fizik muayenede göbek üstü ve altı median insizyon skarı mevcuttu. Bu bölgede 10x15 cm boyutlarında fasia defekti mevcuttu. Karın sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Lökosit sayısı 16.000/mm<sup>3</sup> idi. Diğer tam kan sayımı ve biyokimyasal değerleri normaldi. Abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide insizyonel herni dışında bir bulguya rastlanmadı. Hasta akut batın tanısı ile operasyona alındı. Eksplorasyonda apendektomi yapılan alanda güdüğe ait sütur materyali bulundu. Güdükte herhangi bir sorun yoktu. İleoçekal bileşkenin hemen altında inflame olmuş 1,5 cm uzunluğunda bir ucu bağlanmış mezenterik damarları bulunan apendiksın uç kısmı görüldü (Resim 1). Apendektomi yapıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 3. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu akut apandisit olarak rapor edildi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Apendektomi sonrası gelişen akut apandisit nedeni yetersiz yapılan apendektomilerdir. Gelişim yeri klasik olarak apendiksın güdüğü olarak bildirilmiştir. İncelenen literatürde mezenteri ile birlikte apendiks uç kısmının bırakılmasına bağlı olarak akut apandisit gelişen bir olguya rastlandı. Bu olguda malign bir polip için sağ hemikolektomi yapıldığı ve muhtemelen retroçekal yerleşimli apendiks uç kısmının bırakıldığı belirtilmiştir. Sunduğumuz olguda da apendiksın uç kısmının mezenterik damarlarıyla birlikte bırakıldığı saptandı. Bırakılan kısım ileoçekal bileşkenin posteriorunda retroçekal alandaydı. Hastanın eski ameliyat raporu dikkatlice tekrar incelendi. Raporda apendiksın orta kısmından perfore olduğu ve sağ alt kadranda yapışıklıklar bulunduğu ve biriken inflamatuvar materyallerden dolayı apendiksın ortaya konulmasında güçlük yaşandığı belirtilmişti. Bu güçlüklerden dolayı muhtemelen retroçekal alanın tam olarak eksplere edilemediği düşünüldü. Sonuçta apendiksın uç kısmına yakın bir noktadan muhtemelen apendiks mesenterisi zannedilerek bağlandığı düşünüldü. Bırakılan apendiks dokusunun mezenterik damarlarında kesilmediğinden canlılığını sürdürdüğünü düşünüldü.

Akut apandisit bulguları bulunan apendektomili hastalarda ameliyatta başka bir sebep bulunamadıysa retroçekal alan dikkatlice yetersiz apendektomi açısından eksplere edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Apendektomi, apandisit, retroçekal

#### Resim 1



Mezenterik damarları ile birlikte retroçekal alandan çıkarılan apendiks uç kısmı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0399 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide Küçük Kurvatur Yerleşimli Büyük GIST İçin Uygulanan Robotik Gastrektomi

Hayrullah Yıldırım, Volkan Öter, Mehmet Aziret, Kerem Karaman, Metin Ercan  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastro-onko cerrahisi Ana Bilim Dalı, Sakarya

Gastrointestinal stromal tümörünün laparoskopik cerrahisi için literatürdeki sınırlamalara rağmen, minimal invazif tekniklerin kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Bu vaka sunumumuzdaki amacımız, küçük kurvatur gibi zor bölgelerde lokalize GIST'lerin eksizyonunun robotik cerrahiyle uygulanabilir olduğunu göstermektir. Literatürde pilor, kardias gibi zor bölgelerden büyük tümör eksizyonu rapor edilmişken, küçük kurvaturdan 5 cm'lik GIST'in robotik eksizyonu ilk olarak sunulmaktadır. 44 yaşında bayan hasta, dispeptik ve şişkinlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan gastroskopi mide küçük kurvaturunda 2 cm'lik mide duvarına dıştan bası yapan lezyon saptandı. Bilgisayarlı tomografide (BT) mide küçük kurvaturunda, 5 cm uzunluğunda, kistik-nekrotik odaklar bulunduran submukozal kitle rapor edildi (resim-6). Hastanın biokimyasında, tümör markerlar dahil tüm parametreler normal olarak saptandı. Bu bulgularla hastaya operasyon planlandı. Operasyon odasında, hastaya trandelenburg pozisyonu verilerek göbek altı insizyon ile 12 mm/hg basınç sağlanacak şekilde ensulfasyon yapıldı. 12 mm trokar yerleştirildikten sonra robotik optik kamera ile abdominal boşluk explore edildi. Mide küçük kurvaturunda yaklaşık 5 cm çapında, çevre organlara invaziv olmayan, disseminasyon bulgusu olmayan kitle gözlemlendi. Diğer trokarlar yerleştirildi. İlk olarak, büyük kurvatur vasküler yapılar transekte edilerek, omental bursaya ulaşma amacıyla gastrokolik ligaman kesildi (resim-1). Bunu takiben, laterjet sinir korunarak küçük kurvatur vasküler yapıları transekte edildi (resim-2). Mide duvarı L-hook yardımıyla açıldı (resim-3). Ligasure eşliğinde 1-2 cm sağlam mide dokusu alınacak şekilde kitle eksize edildi. Mide duvarı, kontinü weilock sütür (resim-4) ve bunun üzerine 3/0 vikril Albert-Lembert sütür (resim-5) ile kapatıldı. Kitle, endobag yardımıyla umbilikal insizyondan batin dışına alındı (resim-6). Mide altına bir adet jackson pratt dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Hasta 5 günlük komplikasyonsuz izlemi takiben taburcu edildi. 2. Hafta kontrolünde hastanın durumunun iyi olduğu gözlemlendi. Patoloji sonucunda; 5,5 cm çapında, ülser ve nekroz içermeyen epitelioid tip düşük grade GIST rapor edildi. Tümörün mitotik indeksi 2/50 HPF ve cerrahi sınırların tümöre en yakın 0.5 cm uzaklıkta olduğu belirtildi.

GIST cerrahisinde minimal invazif teknikler son 10 yılda uzun bir yol almıştır. Ancak laparoskopik cerrahide, büyük ve zor yerleşimli tümörler için, tümörün parçalanma riski artmış olup normal cerrahi sınır elde edilmesi için gastrotomi yapılması ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Da Vinci robot sisteminin sağladığı görüş açısı ve intrakorporeal diseksiyon sütür atma kolaylığı, büyük ve zor yerleşimli gastrik GIST cerrahisinde güven vermektedir. Ancak, literatürde robotik cerrahi açısından sınırlı yayın olmakta ve ileri çalışmaların gerektiği vurgulanmaktadır. Bizim vakamızın, mide küçük kurvaturunda yerleşmiş 5.5 cm'lik GIST'in robotik gastrektomi olması itibarıyla literatüre katkı sağladığını düşünmekteyiz. Sonuç olarak; büyük ve kötü yerleşimli olsa bile, gastrik GIST'in robotik eksizyonunun güvenli ve uygulanabilir olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** robotik gastrektomi, gastrointestinal stromal tümör, küçük kurvatur, büyük tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim-1**



gastrokolik ligaman açılarak omental bursaya geçiş

**Resim-2**



Küçük kurvatur diseksiyonu

**Resim-3**



Mide duvarının L-hook kullanılarak insizyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim-4



Mide duvarının kapatılması

Resim-5



Mide duvarına Lambert sutur

Resim-6



Eksize edilen tümör dokusu

Resim-7



Tümörün Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0400 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Bölgesel mevsimsel ve gastronomik fitobezoar salgını (Bir Karadeniz klasiği)

Bülent Koca<sup>1</sup>, Erol Kılıç<sup>2</sup>, İsmail Alper Tarım<sup>3</sup>, Savaş Saim Yürüker<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bafra Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Samsun

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Hatay

<sup>3</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bezoarlar, sindirilemeyen maddelerin mide veya ince barsaklarda birikerek kitle oluşturmalarıdır. Bezoarlar içeriğine göre fitobezoar, trikobezoar, laktobezoar, farmakobezoar şeklinde adlandırılır. En sık görülen tür fitobezoarlardır. Ülkemizde Karadeniz Bölgesi kendine has gıda tüketimi nedeniyle fitobezoarın en sık görüldüğü bölgedir. Fitobezoar oluşumunda suçlanan temel gıda trabzon hurması denilen ve sonbahar kış döneminde tüketilen bir meyvedir. Bu meyvenin tüketimi ciddi anlamda çok bezoar vakası oluşumuna ve ülkemizin hiçbir yerinde olmadığı kadar çok bölgede çalışan genel cerrahlarda bezoar tecrübesi oluşmasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı edindiğimiz tecrübe ile bir bezoar sezonunda tedavi ettiğimiz 21 olgu eşilğinde fitobezoar tanı ve tedavisini tartışmaktır.

**BULGULAR:** 01,11,2016- 01,03,2017 arası dönemde Bafra Devlet Hastanesi'nde yaşları 24 ile 78 arasında değişen 9'u kadın 12 si erkek 21 hasta bezoar nedeniyle tedavi edildi. 13 hastada gastrik, 6 hastada intestinal, 1 hastada hem gastrik hem intestinal ve 1 hastada duodenal yerleşim olduğu görüldü. Gastrik bezoarı olan 13 hastanın 8'ine endoskopi, 5'ine ct ile tanı koyuldu. İntestinal yerleşimli 6 hastanın tamamına ct ile tanı koyuldu. Gastrik bezoar olan 13 hastanın 8 'ine kola rejimi verildi sadece 1 hastada bezoarın kaybolduğu görüldü. toplamda 12 gastrik bezoar vakası ameliyat edildi. 2 olguda bezoar jejunuma sağdı. Sağılan olgulardan 1 i daha sonra ileus nedeniyle reopere edildi. 10 olguda gastrotomi yapılarak bezoar çıkartıldı. Duodenal yerleşimli bezoar çıkarılıp hainke-mikulich piloroplasti yapılarak tedavi edildi. İntestinal yerleşimli 6 olgudan 4'ü enterotomi ile 2 olgu bezoarın çekuma sağılması şeklinde tedavi edildi.

**SONUÇ:** Fitobezoar Karadeniz Bölgesi'nde mevsimsel beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak görülen ciddi bir sorundur. İntestinal obstrüksiyon etyolojisi sıralaması bizim bölgemizde liteartürden farklıdır. Karadenizde en sık intestinal obstrüksiyon nedeni bezoarlardır. Tanıda CT ve endoskopi çok etkilidir. Tedavide literatürün önemli bir kısmının aksine kola rejiminin anlamlı bir yeri yoktur. Asıl tedavi cerrahidir. Cerrahi yöntem olguya göre değişmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Karadeniz, Trabzon hurması, bezoar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



## EPS-0401 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

### Median Arkuat Sendromunda Laparoskopik Cerrahi Deneyimimiz

Mehmet Fatih Korkmaz, Rumeysa Kevser Limandemirbağ, Ahmet Bozdağ, Koray Karabulut  
Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

**GİRİŞ:** Median arkuat sendromu; diafragma sol krus hipertrofisi ve median arkuat ligamanının çölyak trunkusa basısı nedeniyle oluşan darlık nedeniyle kan akışında azalma ve buna bağlı semptomlarla seyreder. Tedavisi cerrahidir. Dünyada görülme sıklığı %2,3 ile % 10 arasında bildirilmiştir.

**AMAÇ:** Median arkuat sendromu tanısıyla ameliyat edilen hastalarda elde ettiğimiz sonuçları ve tedavide laparoskopik yaklaşım deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve YÖNTEMLER:** Kliniğimizde Ocak 2015 ile Aralık 2017 arasında median arkuat sendromu tanısıyla laparoskopik cerrahi uygulanan hastalara ait veriler, hasta dosyaları ve hastane otomasyon sistemi üzerinden geriye dönük olarak incelendi.

**Bulgular:** Toplam hasta sayısı üçü erkek, biri kadın olmak üzere 4 idi. Yaş aralığı 26 ile 74 arasında olup, median yaş 42 idi. Şikayetleri karın ağrısı, karında şişlik ve bulantı idi. Epigastrik bölgede, yemekten hemen sonra başlıya kolik tarzı ağrı mevcuttu. Yemek yeme korkusundan kaynaklı kilo kaybı mevcuttu. Kilo kaybı nedeniyle tekrarlayan gastroskopi ve ileri tetkik edilme öyküleri mevcuttu. Semptomatik tedavi öyküleri vardı. Tanıda dinamik kontrastlı karın tomografisi (BT) kullanıldı. BT görüntülerinde, çölyak trunkusda, median arkuat ligamanı basısına bağlı, %50-%90 arasında darlık görüldü. Hastaların tamamına laparoskopik cerrahi yapıldı, açığa geçiş olmadı. Ameliyat süresi 64-113 dk olup, median süre 76 dk idi. Hastalara ters Trendelenburg pozisyonunda yaklaşıldı. İki adet 11 mm lik, 2 adet 5 mm lik trokar kullanıldı. Epigastrik bölgedeki 5 mm lik trokardan Nathanson ekartör kullanıldı. Hepatogastrik ligaman kesilerek, diafragma sağ krusu disseke edildi. Aort üzerindeki kaslar çölyak trunkusa kadar hook ve ligasure yardımıyla kesildi. Sol gastrik, splenik ve common hepatic arterler gözlenip korundu. Çölyak trunkusa bası yapan ligaman ve kas lifleri kesildi. Hastaların hiçbirine dren kullanılmadı.

Ameliyat sonrası yapılan kontrol BT'lerde çölyak trunkus kalibrasyonunun normale geldiği görüldü. Hastalar postoperatif 3. günde taburcu edildi. Takip süresi 3-40 ay arasındaydı. Semptomların tama yakın geçtiği, yemek yeme alışkanlıklarının normale geldiği, hastalarda kilo kaybının durduğu ve normal kilolarına geri döndükleri görüldü.

**Tartışma ve SONUÇ:** Median arkuat ligaman sendromu tedavisinde laparoskopik cerrahinin etkili ve güvenli bir tedavi yöntemi olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** arkuat, laparoskopi, ligaman, median, sendrom

#### preop-postop bt karşılaştırma



#### preop-postop bt karşılaştırma



çölyak trunkusdaki kan akımının düzeldiğini göstermektedir.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0402 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Cerrahi tedavi gerektiren gastrointestinal sistem kanamaları ve uygulanan cerrahi yöntemler: tek merkezli veriler

Fatih Karaahmet<sup>1</sup>, Marlen Süleyman<sup>2</sup>, Koray Koşmaz<sup>2</sup>, Abdullah Durhan<sup>2</sup>, Rifat Kuşabbi<sup>2</sup>, Ruçhan Bahadır Celep<sup>2</sup>, Murat Kekilli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Akut gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları sık karşılaşılan mortalite ve morbidite nedenlerindendir. GİS kanamaların %85 bir kısmı endoskopik ve konservatif tedavi yaklaşımıyla spontan dururken, %15'i agresif yaklaşım gerektirir. Bu çalışmamızdaki amaç GİS kanaması nedeniyle cerrahi tedavi yapılan hastaların oranları, cerrahi tedavi seçimine neden olan durum ve ne tür bir cerrahi tedavi uygulandığının araştırılmasıdır.

**Gereç:** Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ocak 2017 ile Aralık 2017 tarihleri arasında acil servise GİS kanama ile başvuran, endoskopik ve kolonoskopik değerlendirme yapılan hastalar geriye yönelik tarandı. Bu hastalardan cerrahi tedaviye verilenler belirlendi. Hastaların hangi nedenlerle cerrahiye verildikleri ve cerrahi olarak hangi ameliyatların yapıldığı geriye yönelik araştırıldı.

**BULGULAR:** Bir yıl süre ile Gastroenteroloji endoskopi ünitesine başvuran 1056 GİS kanama hastasının 56 (%5,30)'sı alt GİS kanaması idi. GİS kanama ile başvuran hastalardan toplam 2 (% 0,18) hastaya, endoskopik tedavi ile kanama kontrolü sağlanamadığından cerrahi tedavi uygulandı. Bu hastalardan biri Wegener Granülomatozu'n vaskülitik ince barsak tutulumuna sekonder kanama olup, endoskopi-cerrahi hibrit yöntemi ile kanama kontrolü sağlanmıştır. Treitz ligamanından ileoçekal valve kadar ince barsak içeriği sıvazlandıktan sonra, 40-50 cm aralıklarla ardışık klempleme yapıldı. Proksimal jejunumda kanama lokalizasyonu tespit edildi ve bağırsakta saptanan kanama segmentine enterotomi uygulandıktan sonra lümen gastroskopi ile girildi (Resim). Proksimal jejunumda çok sayıda derin ülser kraterleri saptandı ve 20 cm intestinal segment rezekte edilerek uç ucua anastomoz yapılarak kanama kontrolü sağlandı. Diğer GİS kanama hastası ise mide korpus Dieulafoy lezyonu nedeniyle üç kez endoskopik müdahale sonucu GİS kanaması kontrol edilememiş olup hastaya cerrahi olarak primer sütur uygulandı ve kanama kontrolü sağlandı. Hastaların genel özellikleri, hemoglobin değerleri ve uygulanan cerrahi teknikler tabloda verilmiştir (tablo).

**SONUÇ:** GİS kanamaları yıllık insidansı hastane başvurularının 100.000'de 50-150'si arasında olup, tanısı ve terapötik işlemlerde olan gelişmelere ve ileri yaşam desteğine rağmen mortalitesi hala %10 civarındadır. 60 yaş üzeri, komorbiditesi ve tekrarlayan masif kanaması olan hastalar, 24 saatte 6 ünitenden fazla eritrosit replasmanı gerektiren ve hemodinamik olarak instabil hastalar, endoskopik tedavide başarısızlık durumunda ve tekrar kanama riski yüksek ülseri bulunan hastalar cerrahi tedavi olarak düşünülmesi gereken gurubu oluşturmaktadırlar. Hastanemize GİS kanama nedeniyle başvuran hastaların sadece %0,18'i cerrahi tedaviye alınmıştır. Günümüzdeki endoskopik tedavideki gelişmelere ramen GİS kanamalarda multidisipliner yaklaşım ve cerrahi tedavi halen gerekliliğini korumaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrointestinal sistem kanamaları, endoskopi, cerrahi tedaviler

#### Olguların genel özellikleri, replasman ihtiyaçları ve cerrahi tedavi yöntemi

|        | Cinsiyet | Yaş | Ek hastalık       | Belirti   | Replasman         | Hgb | Endoskopik Tanı Müdahale Sayısı              | Cerrahi Tedavi           |
|--------|----------|-----|-------------------|-----------|-------------------|-----|----------------------------------------------|--------------------------|
| Olgu 1 | Erkek    | 34  | Wegener Hastalığı | Melena    | 14 ü /RBC/48 saat | 7.4 | Vaskülitik sekonder ince barsak kanaması / 1 | Endoskopi cerrahi hibrit |
| Olgu 2 | Erkek    | 58  | Hipertansiyon KAH | Hematemez | 6 ü/RBC/48 saat   | 6.8 | Dieulafoy lesion / 3                         | Primer sütür             |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzu Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0403 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Laparoskopik Transversus Abdominis Plan Bloğu Ve Trokar Yeri Lokal Anestezi Uygulamalarının Laparoskopik Apandektomi Sonrası Etkinliğinin Karşılaştırılması

İksan Taşdelen, Ahmet Yalın İşcan, Ali Cihan Bilgili, Aziz Bora Karip, Ender Onur, Kemal Memişoğlu  
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul.

**AMAÇ:** Genel cerrahi pratiğinde en sık yapılan ameliyat apandektomidir. Laparoskopinin yaygınlaşması ile birlikte minimal invaziv prosedürler daha çok tercih edilir olmuş ve ameliyat sonrası dönemde daha az ağrı, erken mobilizasyon, erken işe dönüş ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde edilmiştir. Ameliyat sonrası ağrıyı azaltmada kullanılan bir yöntem de ultrason eşliğinde transversus abdominis plan (TAP) bloğudur. Bu çalışmadaki amacımız akut apandisit nedeniyle laparoskopik apandektomi uygulanan hastalarda ultrason kullanmadan direkt laparoskopik görüş altında yapılan transversus abdominis plan bloğu ile trokar yerlerine lokal anestezi (LA) infiltrasyonunun etkinliğini karşılaştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ağustos 2017 ve Ocak 2018 tarihleri arasında, apandisit tanısı konarak laparoskopik apandektomi ameliyatı yapılan hastalar, iki gruba randomize edilerek, grup 1'e laparoskopik görüş altında TAP blok, grup 2'ye trokar yeri LA infiltrasyonu yapıldı.

Hastaların ameliyat sonrası 0, 2, 6, 12 ve 24. saatlerde vizüel analog skor (VAS) kullanılarak ağrı düzeyleri hesaplandı. Operasyon süresi, postoperatif bulantı-kusma şikayetleri, ilk gaz veya gayta deşarj zamanları, ilk mobilizasyon zamanları ve hastanede kalış süreleri ile kullanılan nonsteroid analjezik ilaç (NSAİ) ve opioid dozları da kaydedildi ve kıyaslandı. İstatistiksel analiz SPSS versiyon 20.0 yazılımı kullanılarak yapıldı. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

**BULGULAR:** Yaş, cinsiyet, VKİ ve ASA skorları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ). 0, 2, 6, 12 ve 24. saatlerde kaydedilen VAS değerleri TAP blok grubunda trokar yeri grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulundu. TAP blok grubundaki hastaların hastanede kalış süresi daha kısa olarak tespit edildi ( $p:0.002$ ). Ayrıca TAP blok grubunda analjezik tüketimi trokar yeri grubundan daha az bulundu ( $p: 0.023$ ).

**SONUÇ:** Laparoskopik apandektomi esnasında cerrah tarafından uygulanan TAP blok yöntemi trokar yeri lokal anestezi uygulamasına kıyasla daha etkilidir. Azalmış analjezik kullanımına bağlı intestinal hareketler daha erken dönemde dönüyor ve bu durum hastanede yatış süresini kısaltıyor olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik apandektomi, postoperatif ağrı, TAP Blok

#### Grupların Yatış Süreleri ile ilişkisi

|                     | GRUP     |        |        |          |       |        | P     |
|---------------------|----------|--------|--------|----------|-------|--------|-------|
|                     | TAP      |        |        | LA       |       |        |       |
|                     | Ortalama | s.s.   | Medyan | Ortalama | s.s.  | Medyan |       |
| Yatış süresi (saat) | 29,30    | ±27,38 | 26,50  | 36,13    | ±6,44 | 30,00  | 0,002 |

Hastanede kalış süresi LA grubunda TAP grubundan daha uzun saptandı. ( $p: 0.002$ ).

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Tap Blok Uygulanan Alan



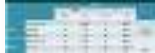
### Gruplara göre VAS Skorları

|        | GRUP     |       |        |          |       |        | P     |
|--------|----------|-------|--------|----------|-------|--------|-------|
|        | TAP      |       |        | LA       |       |        |       |
|        | Ortalama | s.s.  | Medyan | Ortalama | s.s.  | Medyan |       |
| VAS 0  | 0.53     | ±0.03 | 0.00   | 1.60     | ±1.03 | 2.00   | 0.005 |
| VAS 2  | 1.40     | ±1.40 | 1.00   | 2.57     | ±2.14 | 2.00   | 0.022 |
| VAS 6  | 1.57     | ±1.70 | 1.00   | 2.27     | ±1.40 | 2.00   | 0.028 |
| VAS 12 | 1.93     | ±1.00 | 2.00   | 2.73     | ±1.39 | 2.00   | 0.020 |
| VAS 24 | 1.07     | ±1.17 | 1.00   | 2.10     | ±1.07 | 2.00   | 0.001 |

### TAP Blok intraperitoneal görünümü



### Gruplara göre analjezik tüketimi



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0404 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide tümörlerinde laparoskopik deneyimimiz

Mehmet Fatih Korkmaz, Ahmet Bozdağ, Ertuğrul Şahin, Rumeysa Kevser Liman Demirbağ, Koray Karabulut  
Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

**GİRİŞ:** Mide tümörlerinde laparoskopik cerrahi son yıllarda artan oranlarda kullanılmaktadır. Seçilmiş olgularda minimal invaziv cerrahinin bilinen avantajlarının yanında açık cerrahi ile benzer onkolojik sonuçlar bildirilmektedir.

**AMAÇ:** Kliniğimizde mide tümörü nedeniyle laparoskopik rezeksiyon yapılan hastalara ait perioperatif deneyimimizi ve erken dönem onkolojik sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Kliniğimizde Ocak 2014 ile Aralık 2017 arasında mide tümörü tanısıyla laparoskopik mide rezeksiyonu yapılan hastalara ait veriler hastane otomasyon sisteminden geriye dönük olarak incelendi.

#### BULGULAR:

Bahsedilen tarihler arasında laparoskopik cerrahi uygulanan hasta sayısı 11 idi. Hastaların 5'i erkek, 6'sı kadındı. Ameliyat edilen altı hastada gastrointestinal stromal tümör (GİST), dördünde adenokarsinom, birinde insitu adenokanser odağı içeren polip tanısı mevcuttu. GİST tanısıyla ameliyat edilen hastaların yaş aralığı 30 ile 72 arasında olup, median yaş 48 idi. Tümör çapı 2 cm – 15,5 cm arasında olup, median tümör çapı 4 cm idi. Hastaların tamamına laparoskopik wedge rezeksiyon yapıldı. Cerrahi sınırlarda tümör yoktu. Mortalite ve morbidite görülmedi.

Adenokanser olan hastaların yaş aralığı 45-82 arasında olup, median yaş 63 idi. Üç hastada tümör antrumda iken, 1 hastada kardiya yerleşimliydi. Distal yerleşimlilere laparoskopik radikal distal subtotal gastrektomi yapıldı. Distal rezeksiyonlarda intrakorporeal sütür ve stapler kullanıldı. Total gastrektomi yapılan hastada ise rezeksiyon laparoskopik, anastomoz laparotomi ve stapler yardımıyla yapıldı. Hastalardan 1'inde evre T2 iken, diğer 3 hasta T4 idi. Çıkarılan lenf nodu sayısı 25-55 arasında olup, median sayı 33 idi. T4 tümörü olan hastadaki lenf nodu sayısı 55 olup, 4'ü pozitif idi. Diğer hastalar N0 idi. Bir hastada erken dönem port yeri hernisi oluştu. Laparotomi ve redüksiyon uygulandı. Bu hasta ameliyat sonrası 60. gün pnömoniye bağlı solunum yertmezliği tanısıyla kaybedildi.

İn-situ kanser olgusuna laparoskopik wedge rezeksiyon yapıldı. Cerrahi sınırlar temizdi. Ameliyat süresi 24-245 arası dk olup, median süre 48 dk idi. Hastalara ters telenderenburg pozisyonunda yaklaşıldı. Beş port kullanıldı. İki adet 11 mm lik, 3 adet 5 mm lik trokar kullanıldı. Epigastrik bölgedeki 5 mm lik trokardan Nathanson ekartör kullanıldı..

Hastalar 2-7 gün arasında taburcu edildi. Dört hastaya anastomoz hattına dren konulurken, 7 hasta drensiz takip edildi. Drenler postoperatif 3. gün ağızdan gıda başladıktan sonra çekildi.

Takip süresi 6-37 ay arasında olup median takip süresi 21 aydı. Takip süresinde nüks görülmedi.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Serimiz kısıtlı olmakla beraber, seçilmiş olgularda, açık cerrahi ile benzer onkolojik sonuçların yanında minimal invaziv cerrahinin avantajlarından faydalanmak amacıyla; açık mide tümör cerrahisi ve intrakorporeal anastomoz deneyimi olan, ileri laparoskopik cerrahi becerisi olan merkezlerde, mide tümörlerinde laparoskopik cerrahinin bir tedavi yöntemi olarak göz önünde bulundurulması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** cerrahi, laparoskopi, mide, tümör

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0405 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Güçük apandisit düşünülen vakalarda laparoskopik yaklaşım uygun mudur ?

Şevki Pedük, Hayrullah Yıldırım

Sakarya Üniversitesi, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Apandisit çoğu zaman acil müdahale gerektiren, ülkemizde ve tüm dünyada en sık görülen akut batin nedenlerinden biridir. Sağ alt kadranda ağrısıyla acil servise başvuran eski Mcburney insizyon skarlı olan hastalarda da küçük apandisit akla getirilmelidir. Bu vakada küçük apandisit tanısı koyulan hastamızın laparoskopik yaklaşımla tedavi edilmesini anlatmaya çalıştık.

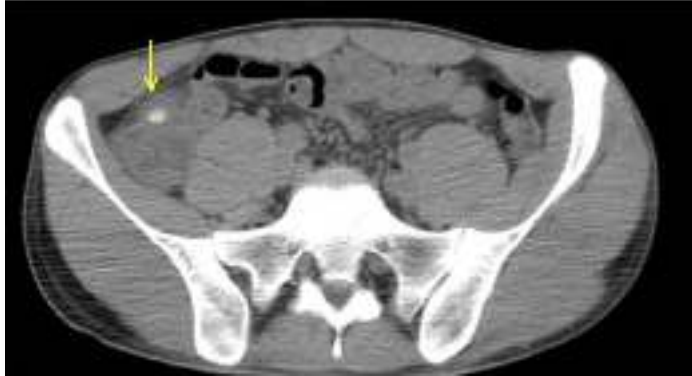
Apendektomi öyküsü olan hastalar sağ alt kadranda ağrısı ile acil servise başvurdıklarında cerrahin ikileme girmesi kaçınılmaz olabilmektedir. İnkomplet apendektomi sonrası rezidü apendikte gelişen inflamasyon, küçük apandisit olarak adlandırılır ve 50 bin apendektomi de bir olarak görülebilir. Bizim vakamızda 12 saat önce başlayan sağ alt kadranda ağrılı 26 yaşındaki erkek hastanın, 6 yıl önce apendektomi operasyonu hikayesi mevcuttu. Karın muayenesinde, inspeksiyonda eski Mcburney insizyon skarlı görüldü. Fizik muayenede palpasyonda sağ alt kadranda hassasiyeti ve istemli defansın olduğu görüldü. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde 12.200/mm<sup>3</sup> beyaz küre sayısının yanı sıra ast ve alt değerlerinde iki kat artma dışında anlamlı bulgu saptanmadı. Yapılan ultrasonografik incelemede sağ alt kadranda akustik gölgesi olan 6-7 mm çapında apendikolit görüldü, apendiks saptanmadı. Bilgisayarlı tomografi tetkiki ise sağ alt kadranda çekum anterior komşuluğunda 6 mm boyutunda apendikolit olarak raporlandı(resim-1).

Operasyona alınan hastada, bir adet optik portu girilerek küçük apandisit tanısı doğrulandıktan ve diğer patolojiler dışlandıktan sonra iki adet çalışma portu girilerek küçük apandisit açıkça ortaya konuldu(resim-2). Rezidü apendiks dokusunu besleyen minör vasküler yapılar enerji cihazı yardımıyla ligatüre edildi, apendiks kökü iki adet polimer endoklip ile kapatılarak inflamasyon ve yapışık yağlı dokular fragmanlar halinde rezeksiyon edildi(resim-3). Endosutur ile çekoplasti yapıldı(resim-4). Hasta 3 günlük izlemi takiben sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Sonuç olarak, cerrahların küçük apandisit konusunda bilinçli olmaları, sağ alt kadranda ağrısı olan apendektomili olgularda küçük apandisit etiyoloji açısından akılda tutmaları gerekmektedir. Eksplorasyon açısından ikilemde kalınan vakalarda laparoskopi çoğu zaman bir tanı aracı olabileceği gibi, seçilmiş vakalarda rezeksiyonu da laparoskopik olarak başarılı bir şekilde tamamlamak mümkündür. Bununla birlikte her apendektomi ameliyatında apendiks kökü iyi vizualize edilmeli, apendiks küçük bırakılmadan eksize edilmeye çalışılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** apendektomi, küçük, laparoskopi

#### Resim 1



Bilgisayarlı tomografide apendikolit imajı.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

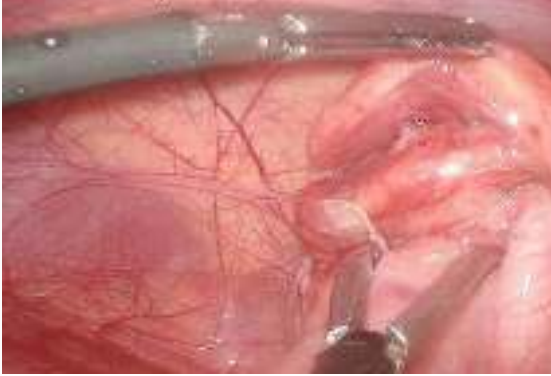
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Resim 2**



Laparoskopik eksplorasyonla güdük apendisitin ortaya koyulması.

**Resim 3**



Radiksin polimer kliplerle kapatılması ve rezidü apendiksin inflame civar yumuşak dokularla birlikte fragmanlar halinde eksizyonu.

**Resim 4**



Apendiks radiksinin endo sûtür yardımıyla çekuma gömülmesi.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0406 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Peutz-Jeghers poliplerinin neden olduğu multisegment invajinasyona bağlı ileus: bir olgu sunumu

Deniz Esin Tekcan Şanlı<sup>1</sup>, Ahmet Necati Şanlı<sup>2</sup>, Ali İşler<sup>2</sup>, Arif Emre<sup>2</sup>, Mehmet Sertkaya<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Kahramanmaraş

<sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

<sup>3</sup>Viranşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Şanlıurfa

Peutz-Jeghers sendromu hamartomatöz polipler ve mukokutanöz pigmentasyonla karakterize otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Poliplerin çoğu ince bağırsak yerleşimlidir ve çocuklarda sıklıkla jejuno-jejunal ve jejuno-ileal intusisepsiyona neden olur.

Küçük poliplerden kaynaklanan invajinasyonun spontan redüksiyonu mümkünken büyüklerinin endoskopik ya da cerrahi tedavi gerekebilmektedir.

Bu yazımızda daha önceden fizik muayene ve üst gastrointestinal sistem endoskopi bulguları ile Peutz-Jeghers sendromu tanısı konulan, 8 gündür devam eden ileus semptomları ile başvuran 25 yaşında kadın hastayı sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Peutz-Jeghers, invajinasyon, polip

**Figür 1**



Dudak ve parmaklardaki mukokutanöz pigmentasyonlar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

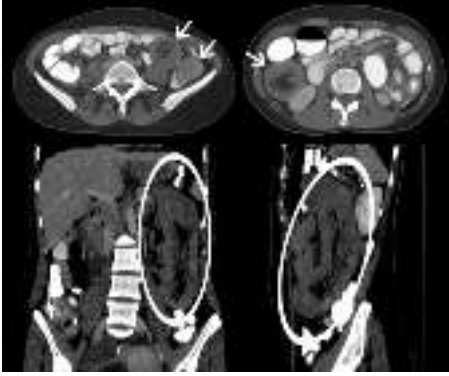
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Figür 2**



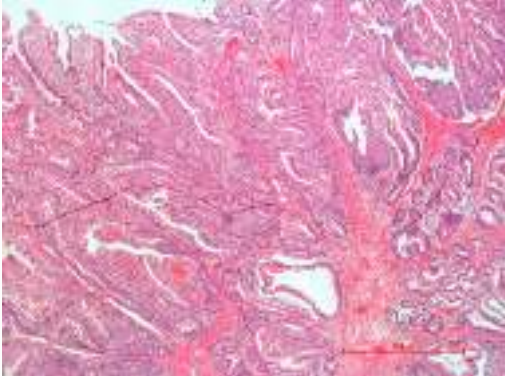
Multipl invajinasyon segmentlerinin bilgisayarlı tomografi görüntüsü

**Figür 3**



Operasyonda yapılan redüksiyon ve polipektomi

**Figür 4**



Hamartomatöz poliplerin histopatolojik görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0407 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Erişkin Hastalarda Nadir Görülen Bir Akut Batın Sebebi, İntestinal İnvajinasyon

Semra Demirli Atıcı, Can Arıcan, Emran Kuzey Avcı, Murat Akalın, Ali Kemal Kayapınar, Bülent Çalık, Gökhan Akbulut  
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

İnvajinasyon çoğunlukla pediatrik yaş grubu hastalarında görülen, erişkinlerde nadir görülen, barsağın proksimal segmentinin distaldeki barsak ansının içine ilerlemesi sonucu ortaya çıkan patolojik bir durumdur. Hastalar acil servise en sık karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz ve gayta yapamama gibi gastrointestinal obstrüksiyon şikayetleri ile başvururlar. Biz bu yazıda, acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve fizik muayenesi akut batın ile uyumlu, eksplorasyonda intestinal invajinasyon saptadığımız bir olguyu sunduk.

50 yaşında erkek hasta, acil servise yaklaşık bir haftadır olan karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz ve gayta yapamama şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde kronik böbrek yetmezliği nedeniyle 15 yıl önce renal transplantasyon operasyonu, takiplerinde gelişen kronik rejeksiyon nedeniyle 5 ay önce tekrar renal transplantasyon yapıldığı ve immunsupresif tedavi aldığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde batında tüm kadrantlarda defans mevcuttu. Tetkiklerinde nötrofil hakimiyeti olan lökositozu dışında ek patoloji saptanmadı. Çekilen kontrastsız tüm abdomen BT'de target sign görünümü olduğu gözlenen hasta invajinasyon ön tanısı ile acil operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda treitzdan itibaren 150 cm'de invajinasyon ile uyumlu görünüm saptanıp, segmental ince barsak rezeksiyonu uç uca anastomoz uygulandı. Postoperatif gaz ve gayta deşarjı olan hastanın batın dreni çekilerek, beşinci gün şifa ile taburcu edildi.

İnvajinasyon çoğunlukla pediatrik yaş grubu hastalarında görülen, erişkinlerde nadir görülen, barsağın proksimal segmentinin distaldeki barsak ansının içine ilerlemesi sonucu ortaya çıkan patolojik bir durumdur. İnvajinasyonun etyopatogenezi henüz tam olarak bilinmemekle birlikte, lümen içi irritasyon veya lümen içi benign veya malign bir kitlenin barsak peristaltizmini artırarak invajinasyona neden olduğu düşünülmektedir. Erişkin hastalarda erkek ve kadınlarda benzer görülme insidansına sahip olup, sıklıkla 6. ile 7. dekatlar arasında görülür. Yerleşim yerlerine göre invajinasyonlar; enterik, ileoçekal (ileokolik), kolokolik, kolorektal, rektorektal olmak üzere beş gruba ayrılmıştır. Begos ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erişkin hastalarda gözlenen invajinasyonların %64 ince barsak, %36 kolon kaynaklı olduğu saptanmış. İnce barsak invajinasyonlarının %23 idiopatik, %63 benign, %14 malign, patolojiler nedeniyle geliştiğini saptamışlardır. Pediatrik yaş grubunda daha ağırlıklı olarak benign sebeplerden dolayı invajinasyonun geliştiği için, tedavisinde ağırlıklı olarak deinvajinasyon uygulanır. Erişkin hasta grubunda ise invajinasyon etyolojisinde malignite olma potansiyeli her zaman göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur. Olası tümör perforasyon riski, tümörün intraluminal ekimi ve deinvajine edilen ödemli inflame barsak anslarında anastomoz kaçağı riski mevcut olduğu için, ön planda erişkinlerde invajinasyonun tedavisi cerrahidir.

Acil servise gastrointestinal obstrüksiyon semptomları ile başvuran, akut batın tablosu olan hastaların ayırıcı tanısında intestinal invajinasyon da akılda tutulmalıdır. Erişkin hastalarda saptanan invajinasyonda alta yatabilecek malignite göz önünde bulundurularak tedavisinde cerrahi rezeksiyon uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** akut batın, mekanik barsak obstrüksiyonu, intestinal invajinasyon, rezeksiyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### invajinasyon1



Treitzdan itibaren 150.cm barsak ansında saptanan intestinal invajinasyon görüntüsü

### Preoperatif Abdomen BT'de "Target Sign" Görünümü



Preoperatif Abdomen BT'de "Target Sign" Görünümü

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0408 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Gastrik Sıvı Calprotectin Değerleri

Murat Çikot<sup>1</sup>, Bahadır Kartal<sup>1</sup>, Halil Aış<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

<sup>2</sup>Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İSTANBUL

**AMAÇ:** Calprotectin, S100 protein ailesinin bir üyesidir. Başlıca insan nötrofil ve monosit sitoplazmasında bulunan kalsiyum ve çinko bağlayıcı bir proteindir. Calprotectin, aktive edilmiş nötrofillerden salınır ve inflamasyonun belirteci olarak görev alır. Calprotectin, kemotaktik faktör aktivitesinin yanı sıra antimikrobiyal etkiye ve proinflamatuvar sitokin fonksiyonlarına da sahiptir. Bu çalışma gastrik sıvı calprotectin değerinin mide kanserinin tanısında kullanılabilirliğini araştırmak amacıyla planlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Şubat-Mayıs 2004 tarihleri arasında üst gastrointestinal sistem şikayetleri olan olgulara özofagogastroduodenoskopi yapıldı. Tanı amaçlı biyopsi ve gastrik sıvı örnekleri alındı. Biyopsi sonuçlarına göre, her birinde 20 olgu bulunan üç farklı grup oluşturuldu: Normal (Grup 1), gastrik ülser (Grup 2), mide kanseri (Grup 3). Gastrik sıvıların calprotectin değerleri mikro-elisa yöntemi ile araştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama gastrik sıvı calprotectin değerleri grup 1, 2 ve 3 için sırasıyla 16.96 ng/ml, 73.58 ng/ml ve 143.07 ng/ml olarak bulundu. Gruplararası istatistiksel karşılaştırmalar sonrası p değerleri, grup 1-grup 2, grup 1- grup 3 ve grup 2- grup 3 arasında, sırasıyla p=0.023, p=0.0001 ve p=0.0001 olarak bulundu.

**SONUÇ:** Calprotectin değeri inflamasyonun yoğunluğu ile korele bir şekilde artarak mide kanseri ile en yüksek değere ulaşmaktadır. Mide kanserinde gastrik sıvı calprotectin değerlerinin yüksek olması nedeniyle, gastrik sıvı calprotectin'i değeri belkide erken evre mide kanserlerinde bir tarama testi olarak kullanılabilir. Bu hipotezimizin doğrulanması için daha geniş vaka serilerinde araştırmalar yapılmalıdır..

**Anahtar Kelimeler:** Calprotectin, Gastrik sıvı, Tanı, Tarama

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0409 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide Kanseri Deneyimlerimiz

Mehmet Baki Doğan, Esin Kaplan, Cihat Tatar, Ali Emre Naycı, Coşkun Çakır, Aziz Arı, Abdülkerim Özakay, Serkan Sarı, Feyzullah Ersöz, Soykan Arıkan  
İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Mide kanseri, dünya genelinde dördüncü sıklıkta görülen kanser tipi olup, kanserle ilişkili ölümlerde üçüncü sırada yer almaktadır. *Helicobacter*, tıtsülenmiş gıdalar, pernisiyöz anemi, önceden geçirilmiş mide cerrahisi, intestinal metaplazi, genetik kanser sendromları, belirgin risk faktörleridir. Olgularda 5 yıllık sağ kalım tüm agresif tedavilere rağmen %30 seviyesindedir. Bu retrospektif çalışmada amacımız kiniğimizde mide kanseri nedeni ile opere edilmiş hastaların histolojik alt tip sıklıklarına, uygulanan operasyona ve lenf nodu profiline göre prognozlarını tespit etmektir.

Ocak 2010-Aralık 2017 tarihleri arasında mide kanseri nedeniyle elektif koşullarda ameliyat edilen 352 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Olguların 59(%16,7)'u kadın, 293(%83,3)'ü erkek olup ortalama yaş 62,2 idi. Tümör lokalizasyonunun en fazla antrum yerleşimli idi. Olguların 254(%72,4)'üne total gastrektomi (TG), 78'ine (%22,4) subtotal gastrektomi (STG) ve 16'sına (%4,5) wedge rezeksiyon, 2(0,57)'ine lokal eksizyon yapıldı. İntraoperatif dönemde dalaktan kanama nedeniyle 4(%1,13), invazyon nedeniyle 3(%0,85) olguya splenektomi, invazyon nedeniyle 2(%0,57) olguya segmenter transvers kolon rezeksiyonu, cerrahi sınır pozitifliği nedeni ile 8(%2,26) olguya distal özefajektomi, invazyon nedeniyle 1(%0,25) olguya nefrektomi, 1(%0,25) olguya surrenelektomi ve distal pankreatektomi yapıldı. 3 hastaya remnant mide ca nedeni total gastrektomi yapıldı. 2 hastaya, patoloji sonucuna göre tamamlamayıcı gastrektomi yapıldı. Olgularımızda ortalama tutulan lenf nodu sayısı, STG yapılan yapılan hastalarda 20,9, TG yapılan hastalarda 27,9'dur. Çıkarılan lenf nodlarında metastaz saptanma miktarı STG'li hastalarda ortalama 4,7, TG'li hastalarda 5,6 dır. Ortalama survi 26.1 aydı. 11 hasta postoperatif ilk ay, 119 hasta postoperatif ilk 5 yılda kaybedildi. 5 yıllık survi %30,6'ydı. Müsinöz

Adenokarsinom, Kohoziv hücreli Adenokarsinom survileri oldukça kısa saptanmıştır. Papiller Adenokarsinom ve İntestinal Hücreli alt tipde survi daha uzun bulunmuştur. Olgularımızın çoğunluğunun Evre3 (%62) tümördür. Mide kanserinde bilinen en iyi tedavi yöntemi küratif rezeksiyondur. Hollanda Gastrik Kanseri Araştırması ve Tıbbi Araştırma Konseyi Araştırması erken ve geç dönem sonuçlarında, D1 ve D2 LND'den sonra morbidite ve mortalite oranları belirgin olarak daha yüksek bulunmasına karşın, D2 lenfadenektominin, D1 lenfadenektomiden daha düşük lokal, bölgesel rekürrens ve gastrik kanserle ilişkili ölüm oranlarına sahip olduğunu göstermiştir. Yazarlar, dalak koruyucu D2 LND'nin güvenli bir şekilde yapılabileceğini, D2'nin kapsam olarak rezeke edilebilir mide kanseri için önerilen lenfadenektomi tipi olduğuna karar verdiler. Japon cerrahlar ise 1960 yıllardan beri mide kanseri cerrahisinde batıya göre daha agresif girişimler yapmış ve D2 lenf nodu diseksiyonunu mide kanserinin tedavisinde rutin olarak uygulamaktadırlar. Bizim vakalarımızda da, rutin olarak lenf nodu diseksiyon tipi belirtilmemesine rağmen ortalama 25 lenf nodu çıkarıldığı görüldü. Japonya ve Kore'de, yaygın endoskopik tarama, erken mide kanseri olan hastaların oranının %50'ye ulaşmasına neden olmuştur. Mide kanserlerinde tümörün patolojik evrelemesi sağ kalım tahmini açısından önemlidir. Olgularımızda rezeksiyon piyeslerinin incelenmesi sonrası ağırlıklı olarak ileri patolojik evrelerin (evre III %62) olduğu görüldü. Mide kanserinin ülkemizde kanser tarama programında olmaması, endoskopi merkez sayısının sınırlı olması gibi nedenlerle olgularımız sıklıkla ileri evrede başvurmaktadır. Minimal cerrahi girişimlerin veya endoskopik girişimlerin daha sık uygulanabilmesi için tarama programları ile olguların erken evrede saptanması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Mide kanseri, İnvaziv, Survî

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr







www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0410 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İnoperabl Periapuller Tümör İle Prezente Olan Peutz-Jeghers Sendromlu Hasta

Muhammer Ergenç, Tevfik Kıvılcım Uprak, Şevket Cumhuriyet Yeğen  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Peutz-Jeghers sendromu (PJS), gastrointestinal sistemde multipl hamartomatöz polipler ve mukokütanöz pigmentasyon ile karakterize otozomal dominant geçişli genetik bir sendromdur. Peutz-Jeghers sendromlu hastalarda gastrointestinal ve non-gastrointestinal malignitelerin görülme riski artmıştır.

**Olgu Sunumu:** Yaklaşık 2 aydır kilo kaybı, bulantı-kusma şikâyetleri olan ve acil servise başvuran hasta ileri tetkik ve tedavi için genel cerrahi servisine interne edildi. Hastanın fizik muayenesinde batında defans- rebound yoktu, periumbilikal bölgede palpabl kitlesel lezyon mevcuttu ve dudaklarda hiperpigmente alanlar tespit edildi. Hasta yaklaşık 25 yıl önce laparotomi geçirmiş ve sebebini bilmiyordu.

Laboratuvar tetkiklerinde; WBC:14200 HGB:10,6 Kreatinin:1,51 Albumin:3,6 Bilirubin:N

Batın tomografisinde pankreas başı düzeyinde 10 cm'lik kitle saptandı ve mide pitotik görünümdeydi. Üst gis endoskopisinde mide fundusta polipoid görünüm saptandı, pilor geçilemedi.

Hastaya eksploratif laparotomi yapıldı. Pankreas başında tüm retroperitoneal alanı doldurmuş tümöral lezyon palpe edildi. Safra kesesi ve hepatoduodenal ligaman üzerinde implantlar izlendi. İnce barsaklarda multipl invaginasyon alanları izlendi ve redükte edildikten sonra polipler palpe edildi. Multipl enterotomiler yapılarak polipler eksize edildi. Duodenal obstrüksiyona sekonder oral alamayan hastaya gastrojejunostomi yapıldı. İmplantlardan biyopsi alınarak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif 2. gün rejim başlanan hastanın, 3. günde gaz çıkışı oldu. 4. gün rejim tolere eden ve batın muayenesi rahat olan hasta taburcu edildi. Patolojisi implantlar müsinöz adenokarsinom ile uyumlu ve multipl hamartomatöz ince barsak polipleri olarak raporlandı.

**Tartışma-Sonuç:** Mide çıkış obstrüksiyonu ön tanısıyla araştırılan ve pankreas başında kitle saptanan hastada, multipl PJS tipi polip ve dudaklarındaki karakteristik pigmentasyonları ile PJ sendromu tanısı koyuldu. Peutz-Jeghers sendromlu hastalarda pankreas kanseri %11-36 oranında bildirilmiştir. PJS aile taraması için hasta ve yakınlarına bilgi verildi.

**Anahtar Kelimeler:** peutz-jeghers sendromu, polip, periapuller tümör

1



Şekil 1. Mukokütanöz Pigmentasyonlar

2



Şekil 2.  
(A) Aksiyel (B) Koronal Kesh Batın BT Görüntüleri  
Pankreas Kütlesi (Okla)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0411 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nadir ileus vakası: Abdominal Koza

Yavuz Pirhan, Bedri Burak Sucu, Musa Karakuş, Utku Özgen, Arife Polat Düzgün  
Amasya Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Amasya

#### AMAÇ:

İleus nedeniyle acil ameliyata alınan ve abdominal koza (abdominal cocoon) olduğu daha sonradan literatür araştırmasında anlaşılan, nadir görülen olguyu sunacağız.

#### OLGU:

79 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 gündür olan karın ağrısı, karında giderek artan şişlik bulantı-kusma, gaz-gaita yapamama şikayeti ile acil servise başvurdu. Bu yakınmaların yaklaşık 2 yıldır ara ara olduğu laksatif kullanımıyla rahatladığı fakat bu kez daha şiddetli olduğu ve geçmediğini belirtti. Özgeçmişinde astım, hipertansiyon ve 30 yıldan daha eski olduğunu belirttiği apendektomi öyküsü mevcut olan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Muayenede batında distansiyon, abdominal solunum, dinlemekle barsaklarda metalik çınlama sesi, batında yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu, ancak rebound yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar parametreleri normaldi. Batın grafide ince barsak düzeyinde hava-sıvı seviyeleri mevcuttu (resim 1). B.T. de dilate olmuş barsak mevcuttu (resim 2). Hasta ileus tanısı ile servise yatırıldı. Nazogastrik dekompresyon ve intravenöz hidrasyon tedavisi başlandı. 2 günlük takip sonrası kliniği düzelmeyen hastaya laparotomi planlandı.

Eksplorasyonda ince barsakların dilate, yaygın brid ve torsiyone olduğu, ince barsak anslarının tamamını saran zar şeklinde bir oluşum ile kaplı olduğu görüldü. Barsaklar batın dışına alınarak de-torsiyonize edilebildi. Ardından barsak içi geçişin olduğu görüldükten sonra ameliyata son verildi (resim 3,4). Takiplerde ek problemi olmayan hasta taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

İntestinal obstrüksiyonun nadir bir sebebi olan abdominal koza ince barsağın fibröz bir membranla parsiyel veya total olarak çevrenmesi ile karakterize bir hastalıktır. Bu durum bizim olgumuzda olduğu gibi idiopatik olarak görülebilir. Ayrıca periton diyalizi uygulanan hastalarda, major abdominal cerrahi, ventriküloperitoneal şant ve bazı ilaçlara bağlı sekonder olarak da görülebilir. Klinik semptomları tekrarlayan karın ağrısı, distansiyon, bulantı, kusma, kilo kaybı, bazen de batında ele gelen kitle şeklinde karşımıza çıkabilir. Tanı kesin olarak laparotomide ince barsak anslarının fibröz bir bantla kaplı olduğunu görerek konulsa da kontrastlı abdomen tomografide konglomere olmuş barsak anslarını çevreleyen kontrast tutulumu olan fibröz bantlar görülebilir.

Sonuç olarak abdominal koza tanısı zor konan bir hastalıktır. Çoğunlukla laparotomi sırasında tanı konur. Laparotomide barsak tıkanıklığına yol açan primer nedene yönelmek gerekir. Barsaklar arasındaki fibröz bantların tekrardan oluşabileceği ve ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinden dolayı bantların açılmasına ve daha agresif yaklaşımlara gerek yoktur.

**Anahtar Kelimeler:** ileus, abdominal koza, akut batın

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 1



Ayakta direkt batin görüntüsü

resim 2



tomografi görüntüsü

resim 3



amaliyat görüntüsü

resim 4



amaliyat görüntüsü

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0412 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Uzun dönem Warfarin kullanımı olan hastalarda gelişen üst gastrointestinal sistem kanamalarının yönetiminde endoskopinin tanısal ve girişimsel rolü

Sezer Bulut<sup>1</sup>, Murat Akarsu<sup>1</sup>, Cevher Akarsu<sup>1</sup>, Ahmet Cem Dural<sup>1</sup>, Nuri Alper Şahbaz<sup>1</sup>, Osman Köneş<sup>1</sup>, Halil Alış<sup>2</sup>, Mehmet Emin Güneş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Üst Gastrointestinal Sistem Kanaması (ÜGİK) warfarin kullanımı sırasında gelişebilecek ölümcül komplikasyonlardan biridir. ÜGİK yönetiminde endoskopinin önemli bir rolü bulunmaktadır. Çalışmamızda warfarin kullanımı sırasında ÜGİK gelişen hastalarda tanısal ve girişimsel endoskopinin rolünü vurgulamayı amaçladık.

**YÖNTEM-GEREÇ:** Hastanemiz acil servisine Ocak 2009 – Ocak 2018 tarihleri arasında warfarin kullanımı sırasında ÜGİK ile başvuran hastalara ait poliklinik, hasta yatışı ve endoskopi kayıtları incelenerek; demografi, komorbidite, laboratuvar ve klinik bulgular, girişimsel işlemler varsa ameliyat kayıtları, morbidite ve mortaliteye ait veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Komorbiditeler ile beraber tanı anındaki risk değerlendirmesi için Rockall skoru, ÜGİK lezyonların tanımlanmasında ise Forrest sınıflandırması kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışma süresince acil servise ÜGİK ile başvuran hasta sayısı 2471 olup, bunlardan warfarin kullanmakta olan 147'si çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortancası 72 (23 – 96) olup K/E=64/83 idi. Hastaların %55,7'si (n=82) başvuru anında Rockall 4 ve 5 olarak değerlendirildi. Hastaların %29,3'ü (n=43) ilk değerlendirmede anstabil idi. Hastaların başvuru anındaki ortalama INR değeri 5,3±0,3 olup hastaların %49,6'sında (n=73) INR>4 idi. Gastroskopik değerlendirmede lezyonların %17,6'sı (n=26) Forrest Ia, Ib ve 2a olarak değerlendirilerek SF+adrenalin (1:10000) enjeksiyonu ile hemostaz sağlandı. Bu hastaların 9'unda (%34,6) 24 saatlik takip süresince kanamanın yeniden başlaması veya devam etmesi üzerine ikinci kez SF+Adrenalin enjeksiyonu uygulanarak hemostaz sağlandı.

**Tartışma ve SONUÇ:** Yaşlı ve yüksek komorbiditeli olup uzun dönem warfarin kullanımı olan hasta popülasyonunda ÜGİK hayatı tehdit eden en önemli komplikasyonların başında gelmektedir. Erken dönemde, gecikmeden yapılacak gastroskopik girişim hem tanı, hem tedaviye hızlı ulaşılması için en temel modalitedir.

**Anahtar kelimeler:** Gastrointestinal kanama, Endoskopi, Enjeksiyon terapisi

**Anahtar Kelimeler:** Gastrointestinal kanama, Endoskopi, Enjeksiyon terapisi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

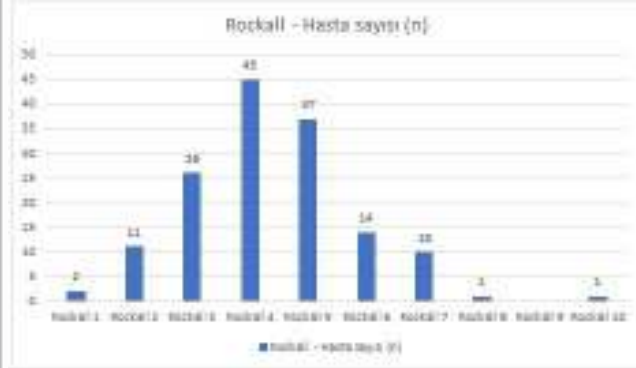
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Sekil 1. Warfarine bağlı ÜGİK hastalarında Rockall skoru dağılımı**

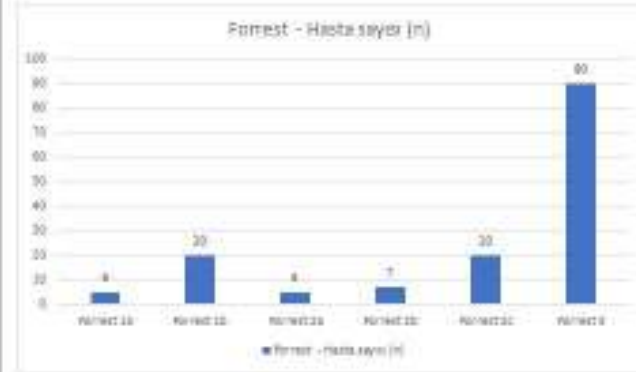


**Tablo 1. Warfarine bağlı ÜGİK hastalarında komorbidite dağılımı**

| KOMORBİDİTE              | n  |
|--------------------------|----|
| Kardiyak enfeksiyon      | 14 |
| Ekstremité iskemisi      | 11 |
| Serebrovasküler hastalık | 10 |
| Çocuk felci              | 10 |
| Ekstremité iskemisi      | 10 |
| Ekstremité iskemisi      | 5  |

\*Tablo 1. 2018 Tuck Kongresi'nde sunulan verilerdir.

**Sekil 2. Warfarine bağlı ÜGİK hastalarında kanayan lezyona ait Forrest sınıflaması dağılımı**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

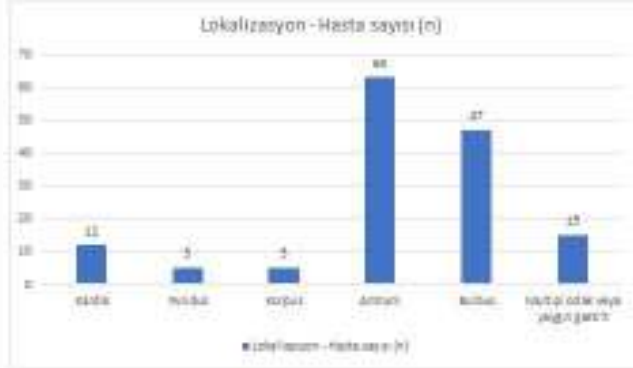
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Sekil 3. Warfarine bağlı ÜGİK hastalarında kanayan lezyona ait lokalizasyon dağılımı**



**Tablo 2. Yeniden kanamada etkili olabilecek parametrelerin tekli ve çoklu değişken analizi**

| Tekli değişken analizi             |          | Çoklu değişken analizi <sup>1</sup> |          |
|------------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| Parametre                          | p değeri | Parametre                           | p değeri |
| Yaş                                | 0,71     | Kanama anındaki kan basıncı         | 0,37     |
| Beyin anjial gazli durumu          | 0,2      | Beyin anjial gazli radikalizasyonu  | 0,3      |
| Kanama anjial gazli durumu         | 0,8      | Kanama anjial gazli radikalizasyonu | 0,01     |
| Endokardiyal fibrilasyon           | 0,04     | Terapötik endokardiyal fibrilasyon  | 0,27     |
| Kanama anjial gazli durumu         | 0,56     |                                     |          |
| Beyin anjial gazli durumu          | 0,03     |                                     |          |
| Terapötik endokardiyal fibrilasyon | 0,07     |                                     |          |

<sup>1</sup> Çoklu değişken analizi, tekli değişken analiziyle aynıdır. (1) Tekli değişken analizi, çoklu değişken analiziyle aynıdır.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0413 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide kanserli hastalarda basit kan parametrelerinin karaciğer metastazini tespit etmedeki rolü

Turgut Anuk

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kars

#### AMAÇ:

Mide kanseri dünyada ikinci, ülkemiz verilerine göre 3. sıklıkta rastlanan kanser türüdür.. Bu sebeple klinisyenler, tanı anında hastalığın prognozunu preoperatif olarak öngörebilecek basit ve kolay uygulanabilir prediktif belirteçlerin arayışlarını her geçen gün sürdürmektedirler. Çalışmamızda, klinik kullanımda akut faz reaktanı olarak yerini almış olan fibrinojen, ortalama trombosit hacmi (MPV), nötrofil lenfosit oranı (NLO) ve platelet lenfosit oranının (PLO), mide kanseri nedeni ile opere edilen ve karaciğer metastazı saptanan hastalardaki metastaz varlığını öngörebilmedeki etkilerini ortaya koymayı amaçladık.

#### MATERYAL-METOD:

Haziran 2012 – Haziran 2017 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde mide kanseri tanısıyla cerrahi uygulanan hastaların dosya kayıtları retrospektif olarak tarandı. Hastaların dosya kayıtlarından yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu, ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesi, ameliyattan 1 gün önce bakılan NLO, PLO, MPV ve fibrinojen değerleri, karaciğer metastaz varlığı ve postoperatif 30 günlük erken dönem mortalite oranları, kayıt altına alındı. Hastalar karaciğer metastaz varlığı varlığına göre karaciğer metastazı saptananlar Grup 1 ve metastaz saptanmayanlar Grup 2 olarak 2 gruba ayrılarak bakılan parametrelerin gruplar arası karşılaştırılması yapılmıştır. Başvuru sırasında ya da 7 gün öncesine kadar enfektif hastalık öyküsü, akut intoksikasyon, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalığı, ek malignitesi olan hastalar, son 1 haftada aktif kan transfüzyonu yapılan hastalar ve dosya kayıtlarında eksiklik bulunan hastalar çalışma dışı bırakılarak 104 hasta çalışmaya dahil edildi.

#### BULGULAR:

Çalışma kapsamındaki 104 hastada yaş içi median değer 65 yıl (min: 24 max: 88) olarak saptandı. Kadın/erkek oranı 29/75 idi. Kanserinin lokalizasyonu en sık (% 50.0) distal 1/3 yerleşimli idi. TNM evrelemesine göre en sık, evre 4 hasta saptandı (%44.2). Yirmi hastada erken evre mide kanseri tespit edilirken 46 hastada (%44.2) uzak organ metastazı saptandı. Postoperatif 30 günlük mortalite sayımız ise 10 idi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Karaciğer metastazı saptanan ve saptanmayan mide kanserli hastalardaki yaş ve cinsiyet özellikleri homojen dağılımlı idi (p:0.421 ve p:0.839). Gruplar arasında hastaların aile öyküsü anamnezleri ve tümörlü mide segmentleri arasında da farklılık bulunmadı (p:0.118 ve p:0.587).

Preoperatif dönemde bakılan MPV değerlerinin gruplar arasında farklılığı saptanmazken (p:0.672) PLO, NLO ve fibrinojen değerlerinin karaciğer metastazı saptanan grupta anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlemlendi (p:<0.001, p<0.001 ve p<0.001).

Yaş, cinsiyet ve PLO, NLO ve fibrinojen değerlerinin karaciğer metastazı üzerine ortak etkisi tek tek incelendiğinde, fibrinojenin ve PLO'nun diğer parametrelerden bağımsız olarak metastazı öngörebildiği tespit edilmiştir (p<0.001 ve p:0.001).

#### SONUÇ:

Prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmakla birlikte, başvuru anında bakılan PLO'nun mide kanserinde, erken evreyi ve uzak organ metastazını saptamada kullanılabilecek prediktif bir değer olabileceği sonucuna ulaştık.

**Anahtar Kelimeler:** Mide kanseri, kan parametre, karaciğer metastazı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0414 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Bezoara bağlı mekanik gastrointestinal tıkanıklık tedavisi

İlker Murat Arer<sup>1</sup>, Hakan Yabanoğlu<sup>1</sup>, Abdırrahman Sakulen Hargura<sup>1</sup>, Tevfik Avcı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

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

**AMAÇ:** Bezoar, mekanik barsak tıkanıklığının nadir görülen bir nedenidir. Bezoara bağlı ileusların kendine özgü bulguları olmadığı için klinik değerlendirme ile tanı almaları zordur. Bilgisayarlı tomografi ile hastaların değerlendirilmesiyle bezoara bağlı ileus tanısı rahatça koyulabilmektedir. Bu çalışmada merkezimize bezoar nedeniyle ileus açısından takip edilen hastaların sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Aralık 1999 – Şubat 2018 yılları arasında Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi bölümü tarafından bezoara bağlı ileus nedeniyle ameliyat edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Diğer nedenlere bağlı ileusu olan hastalar, medikal tedavi ile ileusu gerileyen hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar demografik özellikler, bezoar lokalizasyonu, yapılan ameliyat, bezoar sayısı ve çapı, hastanede kalış ve komplikasyon açısından incelendi.

**BULGULAR:** Bezoara bağlı ileus nedeniyle 39 hasta ameliyat edildi. Hastaların yaş ortalaması  $63.8 \pm 11.7$  yılı. Kadın/Erkek oranı 17/22 idi. Ek hastalık sadece 8 (%20.5) hastada yoktu. 32 (%82) hastada geçirilmiş mide ameliyatı öyküsü vardı. 3 (%7.7) hastaya distal gastrektomi, 19 (%48.7) hastaya Bilroth II gastrojejunostomi ve 10 (%25.6) hastaya peptik ülser perforasyonunda primer onarım ve omentopeksi yapılmıştı. 19 (%48.7) hastada bezoar yeri jejunum iken 15 (%38.5) hastada mide ve 5 (%12.8) hastada ileumdu. 21 (%53.8) hasta milking ile tedavi edilirken 18 (%46.2) hastaya gastrotomi veya enterotomi uygulandı. Bezoar sayısı 33 (%84.6) hastada tekti. En fazla 4 adet bezoar bir hastada saptandı. Bezoar çapı ortalama  $4.88 \pm 2.25$  cm (min. 2 – maks. 10 cm) olarak saptandı. İlk ameliyat sonrası ileusa kadar geçen süre ortalama  $18.8 \pm 11.6$  yılı. Ortalama ameliyat süresi  $103 \pm 41.7$  dakika, ortalama hastanede kalış süresi  $8 \pm 4.1$  gün ve ortalama takip süresi  $52.6 \pm 34.5$  ay olarak saptandı. 14 (%35.9) hastada komplikasyon saptanırken en sık yara yeri enfeksiyonu (%17.9) saptandı. Bezoar çapı ( $P=0.000$ ) ve hastanede kalış ( $P=0.46$ ) ile bezoar yeri arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı. Ayrıca milking ile gastrotomi/enterotomi karşılaştırıldığında hastanede kalış ( $P=0.002$ ) ve bezoar yeri ( $P=0.002$ ) açısından istatistiksel anlamlı fark saptandı.

**Tartışma ve SONUÇ:** Bezoar ileusun nadir görülen bir nedeni olmasına karşın sıklıkla cerrahi müdahale gerektirmektedir. Milking ile tedavi edilen hastalarda hastanede kalış süresi daha az saptandığı için gastrotomi/enterotomi yerine tercih edilmesini önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Bezoar, ileus, mekanik barsak tıkanıklığı, obstrüksiyon

#### Resim-1



Jejunal segmentteki bezoarın abdomen bilgisayarlı tomografi görüntüsü. (Bezoar kırmızı ok ile işaretli)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0415 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Carney Triadı ( Mide multifokal GIST )

Gülten Çiçek Okuyan, Mehmet Talu, Ali Sürmelioglu, Metin Tilki  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi İstanbul

#### AMAÇ:

Mide antrumda multifokal Gastrointestinal Stromal Tümörlerde lenf nodu diseksiyonunun önemini vurgulamak ve nadir görülen Carney triadını sunmayı amaçladık.

#### OLGUNUN ÖZELLİKLERİ:

19 yaşında kadın hasta herhangi bir şikayeti yok. İşbaşvurusu sırasında çekirtilen akciğer grafisinde görülen lezyon üzerine yapılan tetkiklerde midede kitle saptanmış. Lab. değerleri ve tümör markerları normal. Endoskopide antrumda lobüle görünümlü kabarık submukozal kitleler izlenmiş ve GİST olarak yorumlanmış. Endosonografisinde özefagus distalde 1 cm lik subepitelyal lezyon (leiomyom ? ), mide antrum ve korpus distalinde en büyüğü 6 cm. olan 3 adet subepitelyal lezyon izlenmiş. Batın BT: midede 6\*5 cm ve 4,5\*6 cm boyutlu solid lezyon, toraks BT sinde sol akciğer üst lobda 45\*35 mm kitle ( hamartom ?, kondrom ? ), batın MR ında bu bulgulara ek olarak LAP ler izlenmiş. Endoskopik ve endosonografi ile alınan biyopsi sonuçları tanı için yeterli olmayınca kitleden perkütan trucut biopsi yapılmış ve epitelioid tümör ile uyumlu bulgular izlenmiş olup GİST olarak raporlanmıştır. Hastaya subtotal gastrektomi, lenf nodu diseksiyonu, özefagusta kitle enükleasyonu operasyonu uygulandı. Patolojisi, multifokal en büyüğü 7 cm olan 3 adet ve 0.5-1.5 cm olan 4 adet kitle, epitelioid high grade stromal tümör, 23 adet lenf nodunda 2 adet metastaz (N1), özefagusta lezyon: leiomyom ( patolojik evre: PT4N1Mx ) olarak raporlandı. postop 3. ayında akciğerdeki lezyona wedge rezeksiyon uygulandı ve patolojisi kondroid hamartom olarak raporlandı. Yüksek riskli olduğundan onkolojik tedavi olarak hastaya İmatinib başlandı.

#### TARTIŞMA ve SONUÇ:

Gastrointestinal stromal tümörler genellikle 6-7. dekatda görülen mezenkimal tümörlerdir. Çocuk ve gençlerde nadir görülür.

(% 1-2) Carney triadı ilk defa 1977 de tanımlanmış nadir görülen nonherediter, multifokal mide GIST, genç yaş, % 90 kadınlarda, ekstraadrenal paraganglioma, pulmoner kondroma ile seyredabilen bir sendrom olarak tariflenmiş. 1999 da adrenokortikal adenom ve özafageal leiomyom eklenmiş. Bu komponentlerden en az ikisinin olması tanı koymada yeterli bulunmuş. Histolojik olarak 2/3 hasta epitelioid fenotip ve hepsi KIT (+), lenf nodu tutulumu % 29 olup sporadik GIST de LN metastazı % 2 nin altındadır. GIST konvansiyonel KT ve RT e dirençli olup, tek küratif tedavi cerrahidir. İmatinib metastatik ve yüksek riskli hastalara verilmektedir ve kontrol başarısı % 70-85 dir.

Sonuç olarak Carney triadı genç kadınlarda oldukça nadir görülen multifokal mide stromal tümörlerde akla gelmesi gereken ve genç yaş, kadın cinsiyet, ekstraadrenal paraganglioma, pulmoner kondroma, adrenokortikal adenoma, özafageal leiomyom parametrelerinden en az ikisinin olması ile tanı konan bir sendromdur. En önemli özelliklerinden biri de sporadik GIST de lenf nodu diseksiyonu önerilmezken, multifokal mide GIST de lenf nodu metastazı oranı % 29- 40 olduğundan lenf nodu diseksiyonu önerilmektedir. Hastamız genç kadın olup mide antrum multifokal GIST, özefagusta leiomyom tespit edilmiştir. lenf nodu diseksiyonunda 2/23 metastaz bulunmuştur. Halen İmatinib tedavisi almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Carney triadı, lenf nodu diseksiyonu, stromal tümör

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0416 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide Adenokanseri Nedeniyle Küratif Amaçlı Cerrahi Uygulanan Hastalarda Sağkalımı Etkileyen Faktörlerin Analizi

Serkan Karaislı, Özlem Gür, Oğuzhan Özşay, Fevzi Cengiz, Ahmet Er, Kemal Atahan, Yasin Peker, Osman Nuri Dilek, Mehmet Hacıyanlı

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Küratif amaçlı gastrektomi uygulanan hastaların klinikopatolojik özelliklerini irdelemek ve ameliyat sonrası sağkalıma etki eden faktörleri araştırmak

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2007- Ocak 2017 tarihleri arasında, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde gastrektomi uygulanan 644 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Küratif amaçlı gastrektomi yapılan 359 mide adenokanseri tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastalarda, çeşitli faktörlerin sağkalıma etkisi araştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $59.2 \pm 11.6$  olup (29-83), % 48.2'si 60 yaş üzerindiydi. Median yaş ise 60 olarak bulundu. Hastaların 244'ü (%68) erkek, 115'i (%32) ise kadındı. Ortalama takip süresi  $29.9 \pm 26.9$  ay (2-128) olarak hesaplandı. Median sağkalım  $23 \pm 2.3$  ay (18.388-27.612) olarak hesaplandı. İleri yaş, A kan grubu, koroner arter hastalığı varlığı, sigara kullanımı, ameliyat öncesi protein ve albumin düşüklüğü ile karsinoembriyonik antijen ve kanser antijen 19-9 yüksekliği, total gastrektomi, splenektomi, R1 rezeksiyon, tümörün proksimal yerleşimi, büyük tümör boyutu, lenfovasküler invazyon ve perinoral invazyon varlığı, diffüz tip, poorly cohesive tip, kötü differansiye histolojik derece, ileri T evresi, ileri N evresi, 15 ve üstünde lenf nodu çıkarılan hasta grubunda ileri N oranı, ileri TNM evresi, nüks hastalık varlığı univaryant analizde sağkalımı anlamlı şekilde azaltan kötü prognostik faktörler olarak bulundu ( $p < 0.05$ ).

**TARTIŞMA-SONUÇ:** R1 rezeksiyon, splenektomi, ileri TNM evresi ve nüks hastalığın gelişmesi, kötü prognoz açısından bağımsız risk faktörleridir.

**Anahtar Kelimeler:** gastrektomi, küratif rezeksiyon, mide kanseri, prognostik faktör

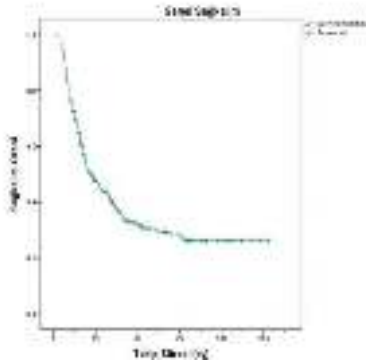
**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr

### Tablo 1



Tablo 1. Takip süresi içinde genel sağkalım oranı

## Tablo 2

[illegible]

Tablo 2.Univaryant analizde sağkalımı etkileyen faktörler

### Tablo 3

|                    | $a$   | S.E.  | Y-Int. | Standard Deviation | R      | Mean Observed | Mean Predicted | Correlation Coefficient |
|--------------------|-------|-------|--------|--------------------|--------|---------------|----------------|-------------------------|
| Regression         | 0.11  | 0.05  | 1.547  | 1                  | 0.64   | 2.123         | 0.011          | 0.639                   |
| Residuals (n = 12) | 1.613 | 0.371 | 1.548  | 1                  | 0.17   | 2.133         | 1.157          | 0.635                   |
| ANOVA              |       |       | 27.140 | 8                  | 0.0001 |               |                |                         |
| TSS (n = 12)       | 1.613 | 0.407 | 1.548  | 1                  | 0.61   | 0.108         | 1.215          | 0.635                   |
| TSS (n = 10)       | 1.603 | 0.395 | 1.561  | 1                  | 0.17   | 0.058         | 1.215          | 0.637                   |
| TSS (n = 8)        | 1.517 | 0.366 | 1.573  | 1                  | 0.14   | 0.054         | 1.114          | 0.721                   |
| TSS (n = 6)        | 1.343 | 0.309 | 1.608  | 1                  | 0.003  | 0.048         | 1.039          | 0.949                   |
| TSS (n = 4)        | 1.217 | 0.21  | 1.680  | 1                  | 0.0001 | 0.048         | 0.238          | 0.976                   |
| TSS (n = 2)        | 1.017 | 0.11  | 1.7146 | 1                  | 0.0001 | 0.042         | 0.002          | 0.993                   |
| Total (n = 12)     | 1.516 | 0.366 | 1.573  | 1                  | 0.0001 | 2.116         | 1.215          | 0.635                   |

**Tablo 3. Bağımsız Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi**





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0417 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### FDG-PET- BT'nin Mide Taşlı Yüzük Hücreli Karsinoma'nın Tanı ve Evrelemesine Katkısı

Esra Arslan<sup>1</sup>, Tefik Fikret Çermik<sup>1</sup>, Selda Yılmaz<sup>2</sup>, Fadime Didem Can Trabulus<sup>3</sup>, Savaş Bayrak<sup>3</sup>, Nevra Dursun<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği

<sup>2</sup>T.C. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Nükleer Tıp Bölümü

<sup>3</sup>İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>4</sup>İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

#### Giriş ve Amaç

Mide kanseri (MK), dünyada beşinci sıklıkta görülen kanserdir. MK'nin en sık görülen tipleri adenokarsinomlar (AK) ve taşlı yüzük hücreli karsinomlardır (TYK). 18F-floro-2-deoksi-glukoz pozitron emisyon tomografisi / bilgisayarlı tomografi (FDG-PET / BT), primer kanser evrelemesi ve uzak metastaz saptanmasında yararlı bir yöntemdir. Çalışmamızda TYK evrelemesinde FDG-PET / BT'nin tanısal ve prediktif değerini değerlendirmeyi amaçlıyoruz.

#### Yöntemler

Primer evrelendirme için 18F-FDG PET / BT yapılan 292 hasta (ortalama yaş: 62.3 ± 11.4) çalışmaya alındı. Histopatolojik olarak tanımlanan alt tiplerde (AK, TYK) klinikopatolojik özellikleri ve maksimum standart uptake değeri (SUV)max karşılaştırıldı.

#### Sonuçlar

292 hastanın 220'si (% 75.3) erkek, 72'si (% 24.7) kadındı. % 69.9'una (n = 204) AK, % 30.1'i (n = 88) TYK tanısı kondu. TYK'lı olgular (58.1 ± 12.2 yıl), AK'lardan (64.2 ± 10.6 yıl) daha genç (p = 0,000) bulundu. Primer lezyonlarda 290 hastada 18F-FDG PET / BT ile FDG tutulumu saptandı. Toplam ortalama SUV max değeri 12.9 ± 8.7 idi. FDG (SUV)max AK'da (% 14.3 ± 8.7) TYK'dan (9.7 ± 7.7) (P = 0.000) daha yüksek bulundu. 18F-FDG PET / BT ile TYK'lı 58 (% 26.9) hastada reyonel lenf nodu (RLN) metastazı saptanırken, AK 'ların 158'inde (% 73.1) saptandı (p = 0.046). AK'lı (1.6 ± 1.2 cm) hastalarda TYK'lı (1.1 ± 0.8 cm) hastalardan istatistiksel olarak daha büyük ortalama metastatik RLN çapı saptandı (p = 0,011). RLN ort. SUVmax AK'da TYK'dan daha yüksek bulundu (sırasıyla SUVmax = 8.3 ± 9.4, 5.6 ± 8.5; p = 0.020). TYK tanılı RLN pozitif hastalarda (11.2 ± 8.7) RLN negatif TYK'lardan (6.8 ± 3.9) (p = 0.002) primer organ SUV max değeri istatistiksel olarak yüksek hesaplandı. Organ metastazlı TYK'larda (15.4 ± 8.6) nonmetastatik TYK'lardan (9.07 ± 7.4) primer organ SUVmax'ı daha yüksekti (p = 0.019). AK ve TYK grupları arasında cinsiyet, mide duvar kalınlığı, primer lezyon boyutları, lenf bezlerinin SUVmax'ları, uzak LN ve organ metastazı açısından (p > 0,05) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

#### Sonuçlar

MK tanısında ve tedavisinde son yıllarda kaydedilen ilerlemelere rağmen, 18F-FDG PET / BT hastaların tanı, evreleme ve prognoz tayinine katkı sağlayabilir. TYK lezyonlarında literatürle uyumlu olarak AK'ya göre düşük FDG tutulumu saptandı. Yöntem, AK ve TYK lezyonlarını ayırt etmek için güvenli ve invaziv olmayan bir prosedür olarak bulundu. Dahası, TYK tanılı RLN metastazlı ve organ metastazlı hastalarda FDG SUVmax değeri anlamlı olarak artmış olarak saptandı. Sonuç olarak, MK'nin histopatolojik alt tiplerinde lokal ileri veya metastatik olgularında daha güvenli sonuçlar elde etmek için daha geniş çalışma gruplarıyla ileri araştırmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** 18F-floro-2-deoksi-glukoz pozitron emisyon tomografisi / bilgisayarlı tomografi (FDG-PET / BT), SUVmax, mide taşlı yüzük hücreli karsinom, mide kanseri

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

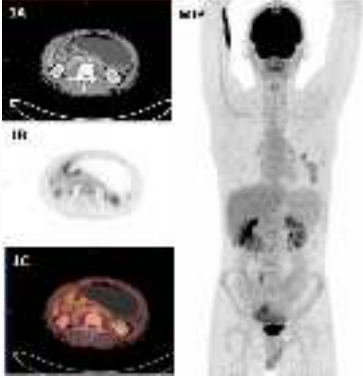
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



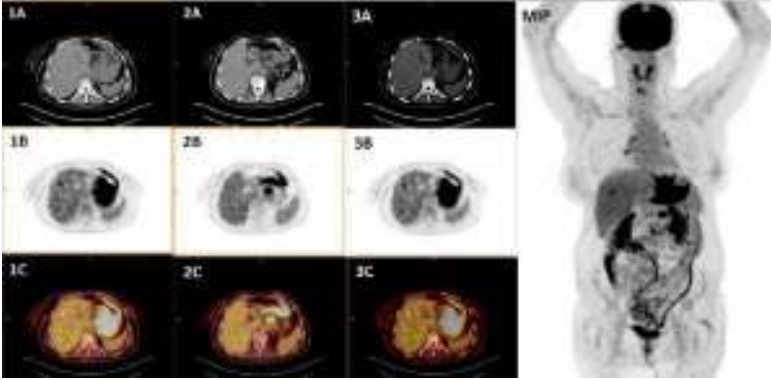
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### OLGU 1.



35 yasinda erkek hasta, antrum lokalizasyonlu orta duzeyde FDG tutulumu gosteren (SUVmax=6.7) tasli yuzuk hucreli tumor odagi 1A:CT,1B:PET,1C:PET-CT fuzyon,MIP(Maximum intensity projection ) kesitleri

### OLGU2.



55 yasinda kadin hasta, fundus lokasyonlu cok yogun FDG tutulumu gosteren primer tasli yuzuk hucreli tumor odagi (SUVmax=30.23)(1A:CT,1B:PET,1C:PET-CT fuzyon),lokorejyonel LN metastazi (SUVmax=40.78)(2A:CT,2B:PET,2C:PET-CT fuzyon), karaciger metastazi (SUVmax=35.79)(3A:CT,3B:PET,3C:PET-CT fuzyon), MIP(Maximum intensity projection )

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi Ihlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0418 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Superior Mezenterik Arter Sendromu (Wilkie Sendromu)

Meriç Emre Bostancı<sup>1</sup>, Mustafa Atabey<sup>2</sup>, Murat Can Mollaoğlu<sup>3</sup>, Mehmet İlker Özel<sup>2</sup>, Hakkı Coşkun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sivas Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD Sivas

<sup>3</sup>Zara Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** İlk defa 1842 yılında Avusturyalı profesör Card von Rokitansky tarafından tanımlanan Superior mezenterik arter sendromu; Duodenum üçüncü kısmının aorta ve superior mesenterik arter (SMA) arasında sıkışması sonucu ortaya çıkan klinik semptom ve bulgular varlığıdır. Abdominal aorta ile SMA arasında bulunan açının 6°-25° olduğu vakalarda görülür. Kilo kaybının farklı bir sonucu olan yağ dokusunun kaybı ve SMA'nın akut açılanması etiyolojik faktör olarak kabul edilmektedir. SMA sendromuna Wilkie sendromu da denilmektedir. Tanısı klinik ve radyolojik bulguların birleştirilmesi ile koyulabilmektedir. Tedavi olarak konservatif ya da cerrahi müdahale uygulanabilir. Konservatif tedavide hastanın beslenmesi, kilo alması ve böylece akut açılanmayı önleyecek şekilde yağ doku artışını sağlamak amaçlanır. Cerrahi tedaviyi ise jejunuma pasaj geçişini sağlayacak by-pass ya da anastomoz teknikleri oluşturur.

**OLGU SUNUMU:** Yirmi üç yaşında erkek hasta bir aydır devam eden bulantı, kusma ve epigastrik bölgede ağrı ile acil servise başvurdu. Hasta uzun zamandır beslenme problemleri olduğunu, son bir ayda yaklaşık 6 kg kilo kaybı olduğunu belirtti. Hastanın laboratuvar bulgularında özellik tespit edilmedi. Yapılan abdominal ultrasonografide mide ve duodenumun birinci ve ikinci kütasında ilımlı dilatasyon gözlemlendi. Kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi'sinde, duodenum üçüncü kütada darlık izlendi. Endoskopide pylor kanalında sürekli açıklık ile beraber duodenumda ileri derecede dilatasyon saptandı. Çekilen kontrastlı abdomen tomografisinde duodenum üçüncü kısmında dıştan bası, basının üzerinde dilatasyon ve kontrastlı karın tomografisinde buna ilaveten superior mezenterik arter ile aorta arasında duodenum üçüncü kısmının sıkıştığı saptandı. Destek tedavisi ile şikayetleri geçen hasta takibe alındı.

**TARTIŞMA:** Süperior mesenterik arter sendromu, tanısı zor olan sendromlardan biridir. Hastanın hikayesi ve muayenesinde patogonomik bulgular mevcut değildir. Olguların çoğunda kusma, istahsızlık, erken doyma ve üst karın ağrısı gibi semptomlar mevcuttur. Superior mezenterik arter sendromunda duodenumdaki tıkanıklığın şiddetine ve sebebine bağlı olarak hastalarda sıklıkla uzun süreden beri devam eden ve aralıklı alevlenen karın rahatsızlığı şikayetleri vardır. Hastamızda kliniğimize karın ağrısı, bulantı ve kusma gibi şikayetlerle başvurmuştur. SMA Sendromu nadiren akut olarak başlayarak tam ileus gelişimi şeklinde kendini gösterir. Akut mekanik intestinal obstrüksiyon vakalarında; akut gastrik dilatasyon veya safralı kusma olması proksimal ince barsak tıkanıklığının bir bulgusu olarak karşımıza çıkabilir. Hastamızın özgeçmişinde de bu klinik bulguları saptanmıştır. Hastalarda genellikle SMA ile aort arasındaki açıyı arttırmaya yönelik sol dekübit, ya da yüzü koyun yatma gibi postural değişiklikler ile hastaların ağrısı hafifler. Bizim hastamız da yüzü koyun yatma ile rahatlama göstermekteydi.

Sebebi bilinmeyen bulantı, kusma ve kilo kaybı şikayetleri ile gelen ve üst gastrointestinal sistem düzeyinde tıkanıklık düşünülen hastalarda SMA sendromu ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Görüntüleme yöntemlerinden kontrastlı üst batin BT'sinde duodenumda dıştan bası şeklinde darlık ve pasaj grafisinde duodenum üçüncü küta düzeyinde kısmi veya tam tıkanıklık tanı koydurucudur. Medikal tedavinin başarılı olmadığı durumlarda duodenojejunostomi en yaygın kullanılan cerrahi yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Superior mezenterik arter sendromu, wilkie sendromu, duodenal tıkanıklık

**Kontrastlı karın tomografisinde duodenum üçüncü kısmının superior mezenterik arter ile aorta arasında sıkıştığı (ok) görülmektedir**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0419 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### **Intratorasik gastrik konduit yapılan olguda konduitte stapler hattı açılması: hastanın yönetimi**

Mehmet Yıldırım<sup>1</sup>, Savaş Yakan<sup>2</sup>, Erkan Oymacı<sup>2</sup>, Hilmi Yazıcı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka SUAM, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### **Giriş**

Özofagus kanserinin başlıca tedavisi özofajektomi ve rekonstrüksiyon ile traktüsün devamlılığın sağlanmasıdır. Başlıca rekonstrüksiyon organı mide olup, bu işlem yüksek morbidite ile seyreder. Gastric konduitin stapler hattından olan kaçaklar mediastinite neden olarak hastanın hayatını tehlikeye sokarlar ve tedavisi halen tartışmalıdır. Bu durumda farklı tedaviler önerildiği için bizde bu ölümcül durumun cerrahi yönetimini sunmayı amaçladık.

#### **Olgu**

Hasta 59 yaşında olup, disfaji ve retrosternal ağrı ile kliniğimize başvurdu. Endoskopi ile alt torakal disatal özofagus kanseri saptandı. Yapılan endoskopik biyopsi sonucunda adenokarsinom tanısı kondu. Hastaya Ivor-Lewis tipi (sağ torakotomi, subkostal abdominal laparotomi parsiyal özofagogastrektomi, gastrik konduit ile özofagogastrostomi) ameliyatı yapıldı. Mide tübü yaklaşık 20 cm uzunlukta olup özofagogastrostomi 25 mm sirküler stapler ile yapıldı. Gastrik konduit yapımında 75 mm lik kartuşlar kullanıldı. Stapler hattına ilave seroza dikişi konmadı. Postop dönemde metilen mavisi ile kaçak testi yapıldı. Kaçak saptanmayan hastaya 6. gün oral gıdaya başlandı. Onuncu gün hastada ateş ve dispne başladı. Toraks tübünden safralı mayi gelmeye başladı. Acil endoskopi yapıldı. Mide tübünde stapler hattında 8 cm. lik açıklık saptandı. Acil torakotomi yapılan hastada 1 cm ve 8 cm lik iki kaçak alanı saptandı. Mide konduiti batın içine alındı. Hastaya servikal özofagostomi, özofajektomi ile proksimal mide rezeksiyonu ve beslenme gastrostomisi yapıldı. Hastanın re - torakotomisinin 5. günü torakotomi evantrasyonu oldu. Plevra boşluğunun devamlı irrigasyonu yapıldı. Hasta 16. gün çoklu organ yetmezliği nedeniyle öldü.

#### **Tartışma ve Sonuç**

Distal özofagus tümörlerinde intratorasik rekonstrüksiyon başlıca cerrahi seçenektir. Rekonstrüksiyonda hazırlanan mide tübü kullanılabilir. Stapler hattı üzerine konan takviye dikişlerinin kaçığı önlediğini gösteren veri yoktur. Erken endoskopi yararlı olup 2 cm altındaki açıklıklara stent konabilir. Non stabil ve gastrik konduitte büyük defekt saptanan durumda cerrahi tedavi yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** gastrik konduit, stapler, intratorasik

#### **Gastrik konduitte açılan stapler hattı**



#### **sutur hattı**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0420 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide kanseri cerrahisi sonrasında beklenmedik komplikasyonlar

Sadık Emre Direk, Ersan Semerci, Abdullah Serin  
Mersin Şehir Hastanesi

**GİRİŞ:** Total gastrektomi sonrasında ortaya çıkan anastomoz kaçakları yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Kaçakların erken tanınip yeni operatif tekniklerin kullanılması mortalite ve morbidite üzerinde olumlu etki yapmaktadır.

**AMAÇ:** total gastrektomi distal pankreatektomi ve D2 disseksiyon uygulanan olguda gelişen anastomoz kaçağı ve pankreatik fistülün tedavisinin tartışılması.

**OLGU:** 62/E Kilo kaybı ve dispeptik şikayetler üzerine yapılan gastroskopi de küçük kurvaturdan kardiyaya uzanım gösteren ülserovegatan kitle. Endoskopik bx:adenokarsinom. Hastaya total gastrektomi+D2 lenf nodu disseksiyonu+distal pankreatektomi+splenektomi uygulandı. Postoperatif Patoloji raporu: Müsinöz adenokarsinom. Metastatik lenf nodu:18 adet reaktif lenf nodu:23 adet. T3N3bM0 Evre3b olarak değerlendirildi.Postoperatif 6.gün taşikardi, taşipne, nefes darlığı, ateş, drenaj intestinal içerik gelmesi, floroskopide de uç-yan özefagojejunostomi kapalı segmentten kaçak tespit edilmesi üzerine hasta operasyona alındı. Anastomoz kaçağının lineer stapler ile kapatılan jejunum ansının pankreas dokusuna komşu olan uç kısmından olduğu ve dokunun pankreatik enzimlere maruz kalması nedeni ile sütür ile kapatılamayacak derecede frajil olduğu görüldü.bunun üzerine kaçağın olduğu yere ve pankreas dokusu yakınına drenler yerleştirildi. Peroperatif özefagaskopi yapılarak özefagojejunostomi anastomoz hattının sağlam olduğu görüldü ve kaçak olan kısmın bypass edilmesi için stent yerleştirilmesine karar verilerek klavuz tel yerleştirildi, beslenme jejunostomisi uygulandı, bilateral toraks tüpü yerleştirildi. Ertesi gün endoskopik olarak özefagojejunostomi anastomozunu kapsayacak şekilde klavuz tel yardımı ile kaplı stent yerleştirildi. Postop 5. güne kadar 200-300cc/gün seröz olan sağ toraks tüpündeki drenajı bulanık olarak gelmeye başladı, bu sırada batin drenlerinden gelen yoktu. Toraks tüpünden gelen sıvıdan amilaz(2541) çalışıldı yüksek tesbit edildi. Somatostatin başlandı ve pankreatik fistülün kapanması beklendi. Bu sürede hasta jejunostomiden beslendi. Fakat sağ toraks tüpünden gelen miktarın azalmaması üzerine hasta postoperatif 20.gün tekrar operasyona alındı. Pankreas loju ve önceki operasyon sahası oldukça fibrotik olduğu görüldü. Transvers kolon mezosundan bu bölgeye girildi. Pankreasın gövde kısmındaki kaçak görülen kanallara prolen sütürler ile kontrol sağlandı. Buraya dren yerleştirildi. Drenden ilk hafta 250-300cc/gün geldi. Daha sonra günlük ortalama 15-20 cc düştü. Dren çekildi. Özefagusdaki stent yerleştirildiği tarihten 6 hafta sonra çıkarıldı.

**TARTIŞMA:** Mide kanseri için yapılan total gastrektomi sırasında uygulanan özefagojejunostomi anastomozunun erken dönemde taşıdığı kaçak riski halen en önemli mortalite ve morbidite kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Anastomoz kaçaklarının bir kısmı akut dönemde nonoperatif yaklaşımla tedavi edilebilirken, büyük çoğunluğu acil girişim gerektirmektedir. Bizim vakamızda anastomoz kaçağının pankreatik dokunun kaçağına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Anastomoz kaçağının ve sonrasında gelişen pankreatik fistülün başarılı tedavisi multidisipliner yaklaşımla mümkün olmuştur.

**SONUÇ:** Anastomoz kaçaklarının erken tanınması kaçağın yerine ve nedenine yönelik tedavi uygulanması hastanın mortalite ve morbiditesini azaltmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** mide kanseri, komplikasyonlar, pankreatik fistül

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

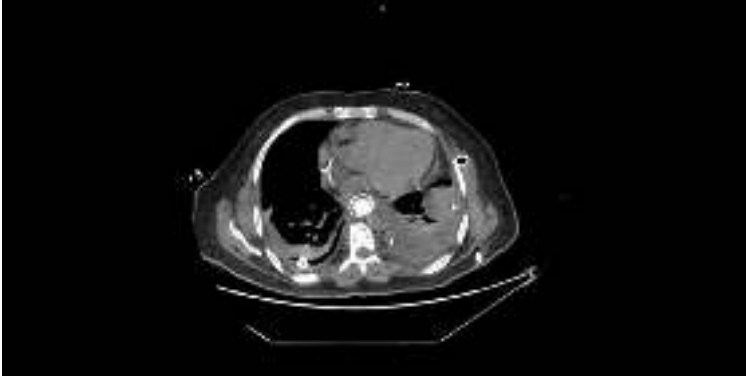


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

uç-yan özafagojejunoostomi kapalı segmentten kaçak



yaygın plevral efüzyon



özafagojejunostomi hattına yerleştirilen kaplı stent



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0421 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

### İleo-İleal İnvajinasyonun Nadir Bir Nedeni: İnflamatuvar Fibroid Polip (Vanek's Tümörü)

Danial Khabbazazar<sup>1</sup>, Erdinç Kamer<sup>1</sup>, Yunus Sür<sup>1</sup>, Ebru Çakır<sup>2</sup>, Ahmet Er<sup>1</sup>, Mustafa Peşkersoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** İnflamatuvar fibroid polip (İFP) veya Vanek's tümörü, gastrointestinal sistemde nadir görülen submukozadan gelişen iyi huylu bir lezyondur. Çoğunlukla barsak tıkanıklıklarına, invajinasyona ve nadir olarak da gastrointestinal kanamaya sebep olurlar. Bu yazımızda mekanik barsak obstrüksiyonu nedeniyle opere ettiğimiz, operasyonda ileo-ileal invajinasyon saptanan ve patolojisi İFP olarak gelen 47 yaşındaki bir erkek hastayı sunmayı amaçladık.

**OLGUNUN ÖZELLİKLERİ:** Kırkyedi yaşında erkek hasta 2 aydan beri devam eden özellikle yemekten sonra karnının sağ tarafında olan ağrı, aralıklı ishal ve kilo kaybı şikayetleri ile hastanemizin gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Diğer sistemlerin muayenesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar değerleri WBC: 14270 K/u (4X103-10x103) ve nötrofil hakimiyeti mevcut. Hg: 14 g/dL (12-16), CRP: 5.84mg/dL (<0.5), vitamin B12:174 pg/mL (211-911) idi. Terminal ileum düzeyinde diffüz duvar kalınlaşması mevcuttur, bu düzeyde invajinasyon görünümü vardır (Resim). Kolonoskopide anal kanalda grade 1 internal hemoroidler ve ileumda ileoçekal valvin 20 cm proksimalinde lümeni tam olarak dolduran kitle izlendi, kitleden biyopsi alındı. Patoloji raporunda ülsera ait eksüdatif materyal olarak raporlandı. Hasta incebarsakta invajinasyon ön tanısıyla genel cerrahi konsültasyonu istendi. Hasta muayene ve BT bulguları doğrultusunda ameliyata alındı. Ameliyatta terminal ileuma 20-25. cm lerde ileo-ileal invajinasyon saptandı. Hastaya ince bağırsak rezeksiyon operasyonu yapıldı. Makroskopik izlemde bağırsağa ait rezeksiyon materyalinde 6x3.5x3.2 cm boyutlarında polipoid düzgün sınırlı lezyon izlendi. İğsi hücrelerde atipi ve mitoz mevcut değildi. Yapılan immünohistokimyasal çalışmalarda, tümör hücreleri, CD34, fascin ve fokal olarak SMA ile pozitif boyandı (Resim). S100, CD117, DOG1, desmin, ALK negatif olup Ki67 proliferasyon indeksi %5' in altındaydı. Bu histomorfolojik ve immünohistokimyasal bulgularla olguya inflamatuvar fibroid polip tanısı verildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyattan 3 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** İnflamatuvar fibroid polip gastrointestinal kanalın submukozasından kaynaklanan iyi huylu nadir görülen mezenterik kökenli bir tümördür. İFP'nin tam insidansı bilinmemektedir. Bu hastalık ilk defa 1949'da Vanek tarafından eosinofilik infiltrasyonlu gastrik submukozal granuloma olarak tanımlandı. İFP, mideden sonra en sık ince barsaklarda (%18-%20) görülmektedir. Erişkinlerde invajinasyon tanısı konulduktan sonra, iskemi, nekroz ve perforasyon gibi komplikasyonları önlemek için rezeksiyon yapmak kaçınılmazdır. Ancak invajine olan bölgenin segmental rezeksiyon ile çıkarılması yada daha radikal bir cerrahi operasyonun tercih edilmesi hala literatürde tartışma konusudur. Son araştırmalarda segmental rezeksiyon tavsiye edilmektedir. Olgumuzda segmental rezeksiyon ve operasyon sırasında mezenterik lenfadenopatiler izlendiği için mezenterik ile birlikte radikal bir cerrahi uygulamayı tercih ettik.

Sonuç olarak, inflamatuvar fibroid polip (İFP) veya Vanek's tümörü, gastrointestinal sistemde nadir görülen submukozadan gelişen iyi huylu bir lezyondur. Hastaların anamnez, klinik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile değerlendirildikten sonra invajinasyon düşünülen olgularda etiyojinin İFP olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İnflamatuvar fibroid polip, invajinasyon, Vanek's tümörü

### Resim



**ŞEKİL:** A) İnvajinasyonun BT görünümü, B) İnce barsak lümenini dolduran yüzeyi ülserasyon gösteren polipoid kitle, C) Histomorfolojik olarak inflamatuvar hücreler ve hyalinize vasküler yapılar içeren ödemli stromada, iğsi hücrelerin düzensiz proliferasyonu (H&E, X100), D) İmmünohistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinde CD34 ile pozitif boyanma (İHK, X100).

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0422 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İnce Bağırsak Enteropati İlişkili T-cell Lenfoma Perforasyonu

Nihan Acar<sup>1</sup>, Turan Acar<sup>1</sup>, Ahmet Atasever<sup>1</sup>, Neşe Ekinci<sup>2</sup>, Osman Nuri Dilek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

#### AMAÇ:

Primer ince bağırsak lenfomaları, ender görülen tümörler olup, ektranodal yerleşimli lenfomalardır. Gastrointestinal sistem malign tümörlerinin %1'ini oluşturlar ve en sık diffüz büyük B hücreli tipine rastlanır. Bu tip lenfomaların low grade MALT lenfomadan geliştiği düşünülmektedir. Enteropati ilişkili T-cell lenfoma (EİTCL) ise en nadir tipini oluşturur. Bunlar intra-epitelyal T lenfositlerin malign dönüşümünden ortaya çıkar. En sık proksimal ince bağırsakları tutarlar ve çölyak hastalığı (CD) nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. EİTCL'de makroskopik olarak multiple ülser lezyonlar mevcuttur ve buna bağlı olarak perforasyon, obstrüksiyon ve kanama gibi klinik tablolara neden olabilirler.

Bizde bu yazımızda, nadir görülmesi nedeniyle, perfore olmuş bir EİTCL olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

65 yaşında erkek hasta, şiddetli karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Öyküsünde yaklaşık 6 aydır ishal ve aşırı kilo kaybı mevcut. Yapılan fizik muayenesinde batın tüm kadrantlarda defans ve rebaund var. Laboratuvar değerlerinde lökositoz (17.000 K/uL), hemogram düşüklüğü (8 g/dL), hipoalbuminemi (1.6 g/dL), hipopotasemi (2.4 mmol/L) ve C-Reaktif Protein (CRP) yüksekliği (15 mg/dL) mevcut.

Çekilen PAAC'de (Posterior- Anterior Akciğer Grafisi) diyafram altı serbest hava ve batın ultrasonografide ise batın içi yaygın sıvısı mevcut.

Bu bulgular doğrultusunda hasta perforasyon ön tanısı ile acil operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda; batın içi yaygın sıvı (eksuda vasfında), proksimal jejunumda kitleye bağlı perforasyon ve tüm ince bağırsak mezosunda multiple lenfadenopatiler var idi. Perfore olan ince bağırsak segmenti rezeke edilip, yan yana anastomoz yapıldı. Posoperatif beşinci günde hasta sorunsuz taburcu edildi.

Hastanın histopatolojik tanısı EİTCL olarak raporlandı. Hasta kemoterapi tedavisi için hematoloji kliniğine yönlendirildi. Takibinin üçüncü ayında exitus oldu.

#### SONUÇ:

EİTCL kötü prognoza sahiptir ve 5 yıllık sağkalım oranları % 20'nin altındadır.

**Anahtar Kelimeler:** İnce bağırsak, lenfoma, T- cell.

**Resim:** İnce bağırsak rezeksiyon materyali ve mezenterde ki lenf nodları



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0423 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Atmosferik Soğuk Plazma Uygulamasının Peritoneal Adezyonun Önlenmesi Üzerine Etkinliğinin Araştırılması

Uğur Gökçelli<sup>1</sup>, Enver İlhan<sup>1</sup>, Asuman Argon<sup>1</sup>, Orhan Üreyen<sup>1</sup>, Utku Kürşat Ercan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Biyomedikal Mühendisliği Ana Bilim Dalı, İZMİR

**AMAÇ:** Abdominopelvik operasyonlardan sonra peritoneal adezyon (PA) oluşumu son derece yaygındır. İskemi, enfeksiyon, kanama gibi faktörlerin neden olduğu patolojik yara iyileşmesi sonucu PA ortaya çıkmaktadır. Atmosferik basınçlı soğuk plazma (ABSP)'nin ise bu faktörlere karşı etkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada ABSP'nin PA'nın önlenmesi üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

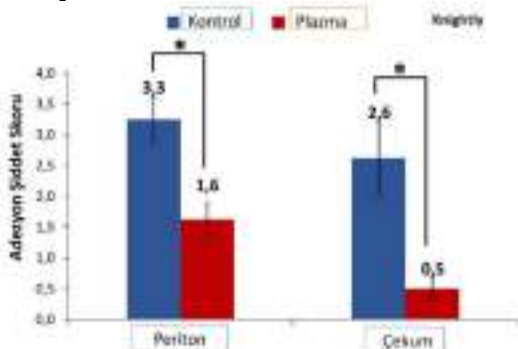
**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmada 16 adet CD-1 erkek fare kullanıldı. Denekler rastgele olarak iki gruba ayrıldı. Tüm deneklerde çekumda serozal abrazyon ve sağ alt kadrandan pariyetal periton eksizyonu yapılarak adezyon modeli oluşturuldu. Adezyon önleyici bir yöntem uygulanmayanlar Grup I (kontrol grubu) olarak belirlendi. Grup II (plazma grubu)'de ise adezyon modeli oluşturulan alanlara operasyon sırasında 60' ar saniye ABSP uygulandı. Postop 10. gün tüm denekler sakrifiye edildi. Deneklerin tamamında adezyon modeli oluşturulan alanlara makroskopik Knightly ve Linsky adezyon sınıflamaları yapıldı. Model oluşturulan alanlar bütün olarak eksize edildi ve mikroskopik Zühlke sınıflamasının değerlendirilmesi için patoloji laboratuvarına gönderildi. Sınıflandırma puanları istatistiksel analiz (Mann Whitney-U-test) ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Grup I' de çekuma ait Knightly, Linsky ve Zühlke sınıflamalarının ortalama puanları sırasıyla 2,6; 2,1 ve 2,6 idi. Grup II' de ise ortalama puanlar 0,5; 1,1 ve 1,3 olarak tespit edildi. Buna göre Knightly ve Zühlke sınıflama puanları arasındaki fark Grup II lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla p=0,015; p=0,018). Grup I' de pariyetal peritona ait Knightly, Linsky ve Zühlke sınıflamaları ortalama puanları sırasıyla 3,3; 3,8 ve 3,4 idi. Grup II' nin ortalama puanları ise 1,6; 1,3 ve 1,5 olarak bulundu. Her 3 sınıflamaya göre de (Knightly, Linsky, Zühlke) gruplar arasında ki fark Grup II lehine anlamlı bulundu (sırasıyla p=0,005; p<0,001; p<0,001).

**SONUÇ:** Bu çalışma ile ABSP'nin PA'yı önlemede etkili olabileceği makroskopik ve mikroskopik olarak gösterilmiştir. Hem ABSP hem de PA'nın araştırılabileceği yeni bir alan ortaya çıkmıştır. Elde edilen veriler bu alanda yapılacak çalışmalara yol gösterici olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Atmosferik basınçlı soğuk plazma (ABSP), peritoneal adezyon (PA), yara iyileşmesi

#### Adezyon Ağırlık Skoru



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

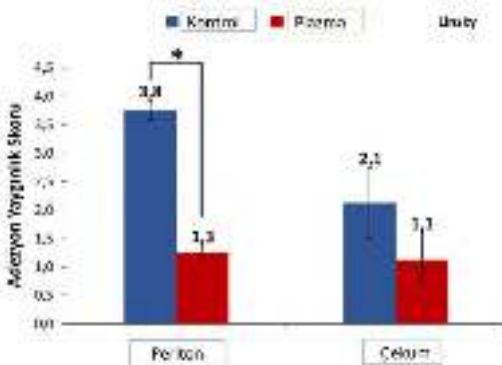
### Atmosferik Basıncı Soğuk Plazma



### Çekumda Serozal Abrasyon Oluşumu



### Adezyon Yaygınlık Skoru



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

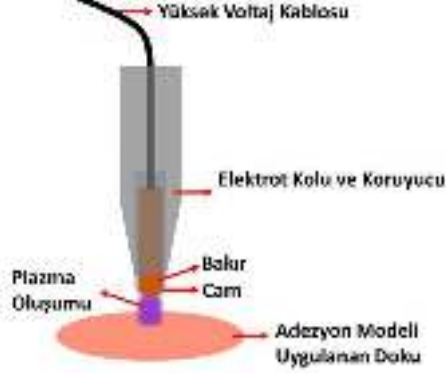


11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

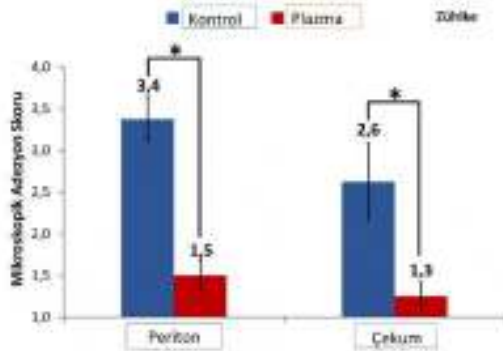
### Çekumda Serozal Abrazyon Oluşumu



### Plazma Uygulaması



### Mikroskopik Fibrozis Skoru



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

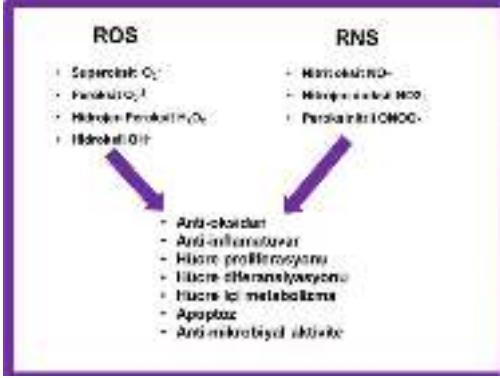


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Plazma Uygulaması



### Plazmanın Etki Mekanizması



### Çekum Knightly Skoru 1



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Çekum Knightly Skoru 4**



**Çekumda Linsky Skoru 2, Knightly Skoru 4**



**Çekumda Knightly ve Linsky Skorları 0, Zühlke Skoru 1**



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

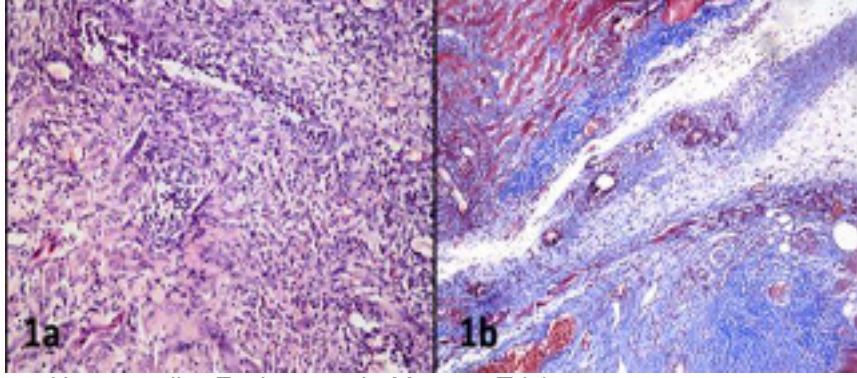
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



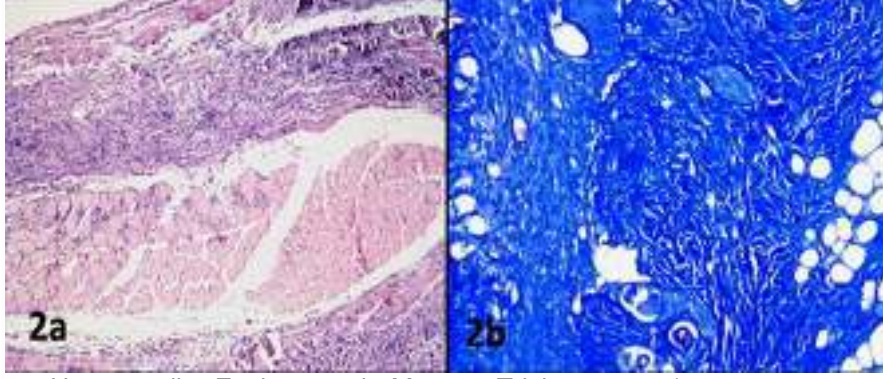
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Zühlke Skoru 1



1a: Hematoxylin&Eosin x20; 1b: Mason's Trichrome, x10

### Zühlke Skoru 4



2a: Hematoxylin&Eosin x20; 2b: Mason's Trichrome, x10)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0424 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

### Heterozigot Faktör V Leiden, Protrombin G20210A ve Homozigot Metilen Tetrahidrofolat Redüktaz C677T'e Sekonder Mesenterik Ven Trombozu

Danial Khabbazazar, Erdinç Kamer, Ahmet Atasever, Atilla Örsel, Mustafa Peşkersoy  
İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### AMAÇ

Mezenterik ven trombozu(MVT) nadir görülen bir mezenterik iskemi nedeni olup, genellikle altta yatan predizpozan faktörler mevcut.MVT tüm akut mezenter iskemisi olguların %5-15 'inden sorumludur.Bu olgu sunumunda heterozigot faktör V Leiden,protrombin G20210A ve homozigot metilentetrahidrofolat redüktaz C677T sekonder mesenterik ven trombozu nedeniyle opere ettiğimiz hastayı sunduk.

#### OLGUNUN ÖZELLİKLERİ

36 yaşında erkek hasta son 2 gündür devam eden karın ağrısı nedeniyle hastanemizin acil servisimize başvurdu.2 gün önce başlayan giderek artan yaygın karın ağrısı ile beraber bulantı, kusma ve ateş şikayeti bulunmaktaydı. Fizik muayenede bağırsak sesleri hipoaktif ve batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu.Başvuru sırasındaki alınan tetkiklerde lökosit:12540K/u ve CRP:8,96mg/dL saptandı.İntravenöz kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde ileal anslarda duvar kalınlaşması, ödem ve çevre mezenterik dokuda minimal sızma tarzında sıvı izlenmiştir.Çevre mezenterik doku ödemlidir.Superior mezenterik vende trombüs ile uyumlu olabilecek dolum defekti izlenmekte.Eksplorasyonda treitz'dan itibaren 70 cm'den başlayıp ileoçekal valve 20 cm kalana kadar tüm ince bağırsak anslarda gangren mevcuttu. Masif ince bağırsak rezeksiyonu yapıldı. Terminal jejunostomi ve ileostomi açıldı. Erken postoperatif dönemde düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ve paranteral beslenmeye başlandı.Ameliyat sonrası 7. günde kısa bağırsak sendromu diyeti başlandı. Olası hiperkoagülabilité yönünden tetikler istendi. Faktör 2 (protrombin) ve faktör 5 Leiden (G1691A) de heterozigot ve MTHFR C677T de homozigot mutasyon raporlandı. (Tablo 1). Prottein S (%63.7), prottein C (%59), Aktif prottein C rezistansı oranı (1.6 Sn.), anti trombin 3 antijeni (%73), vitamin B12 ve folat değerleri düşük raporlandı. Hemosistein 10.2 umol/L, antikardiyolipin ve antifosfolipid değerleri normal idi. Beş günlük DMAH tedavisi ardından oral warfarin tedavisiyle köprüleşme yapıldı.Postop 42. Günde olan hasta halen kliniğimizde yatmaktadır.

#### TARTIŞMA VE SONUÇLAR:

İlk olarak Elliot 1895 yılında MVT'ü mezenterik iskeminin bir nedeni olarak tanımladı.Bu hastaların %80'da altta bir predisposan faktör vardır(sekonder MVT).MVT'nin başlangıçtaki tedavisinin amacı,prottein C, prottein S ve antitrombin eksikliklerinin,lupus antikoagülan, antikardiyolipin antikorları, trombosit agregasyonu ve hiperhomosisteinemiadaki anormallikleri de içeren altta yatan nedeni belirlemek ve tedavi etmektir.Amitrano ve Ark.nin yaptığı retrospektif bir çalışmada mezenterik hastalarda trombofilik genotiplerin(%75), faktör 5 Leiden(%25),protrombin G20210A geni(%25) ve MTHFR protrombotik defektlerin(%50) prevalansı yüksektir. Faktör 5 Leiden ve protrombin G2021A gen heterozigot varyasyonları bir arada olması,venöz tromboz riskini tek başına göre daha fazla yüksektir. Hastamızda 70 cm lik bir barsak ansı ve ileoçekal valv bulunmasından dolayı jejun-ileostomi planlanmaktadır.

Sonuç olarak;MVT'ları tüm mezenterik iskemilerin %10-%15'de görülür. MVT'na bağlı mesenterik iskemi nedeniyle mümkün olduğunca sınırlı rezeksiyon yapmak gerekirse ikincil ameliyatlar ile kontrollü gitmek, etiyolojide heterozigot faktör V Leiden, protrombin G20210A ve homozigot metilentetrahidrofolat redüktaz C677T olabileceği,bunun ailesel riskleri belirlemede önemli olabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** mesenterik ven trombozu, mesenter iskemi, gen

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





**21. ULUSAL  
CERRAHİ KONGRESİ**  
**16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

| Label | Address  | Value    | Comment | Disassembly   |
|-------|----------|----------|---------|---------------|
|       | 00000000 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000004 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000008 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000000C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000010 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000014 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000018 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000001C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000020 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000024 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000028 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000002C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000030 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000034 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000038 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000003C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000040 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000044 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000048 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000004C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000050 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000054 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000058 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000005C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000060 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000064 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000068 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000006C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000070 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000074 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000078 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000007C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000080 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000084 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000088 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000008C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000090 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000094 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000098 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000009C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000A0 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000A4 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000A8 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000AC | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000B0 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000B4 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000B8 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000BC | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000C0 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000C4 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000C8 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000CC | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000D0 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000D4 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000D8 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000DC | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000E0 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000E4 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000E8 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000EC | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000F0 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000F4 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000F8 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 000000FC | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000100 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000104 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000108 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000010C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000110 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000114 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000118 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000011C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000120 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000124 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000128 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000012C | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000130 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000134 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 00000138 | 00000000 |         | movl \$0,%eax |
|       | 0000013C |          |         |               |

**TÜRK CERRAHI DERNEĞİ**  
Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0425 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### ince barsakta nadir bir kitle " soliter ganglionöroma "

Sami Benli<sup>1</sup>, Tufan Egeli<sup>1</sup>, Cem Terzi<sup>1</sup>, Burçin Tuna<sup>2</sup>, Özgül Sağol<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniv. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniv. Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Ganglionöroma periferik nörojenik tümörlerin bir alt grubunu oluşturur; nöral krestten köken alarak göç eden nöroektodermal hücrelerden gelişen tümör olarak tanımlanır. Nöroblastik diferansiyasyonun derecesi, tipi, malignite potansiyeli ve schwann stroma gelişimine göre periferik nörojenik tümörler, nöroblastoma, ganglionöroblastoma ve ganglionöroma olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır. Bunlar içinde ganglionöroma benign karakterli, sıklıkla sempatik gangliyon hücreleri veya adrenal medulla hücrelerinden kaynaklanan, nadir, yavaş büyüyen bir tümördür. Histolojik olarak gangliyon hücrelerinden meydana gelmiştir, schwann hücreleri ve fibroz doku da içermektedir. En sık yerleştiği bölgeler posterior mediasten ve retroperitoneal alan olarak bildirilmekle birlikte, adrenal bez %21 oranında tutulmaktadır. Daha nadir olarak, aynı anda mediasten ve retroperitoneal bölgede görülebildiği veya parafarengeal alan, kemik, gastrointestinal sistem, supraklaviküler bölgede yerleşim gösterdikleri de bildirilmiştir. Genelde çocuk yaş grubunda karşılaşılır, olguların 2/3'ü 20 yaşın altındadır. Yavaş büyümesi nedeniyle genellikle geç ergen yaşlarda tanı konur; semptomları genelde tümörün çevre dokuya yaptığı bası sonucu ortaya çıkar. Bu durumda geçmeyen öksürük, nefes darlığı gibi klinik bulgular kendini gösterir. Nöral bası, dorsal spinal skolyozun yanı sıra nadir olarak sekreter aktiviteye bağlı artmış katekolamin sekresyonu ve metabolik sorunlar ile de karşılaşılabilir.

İntestinal ganglionöromlar nadir görülen, benign neoplastik özellikte belirli patolojik bulgular ile karakterize lezyonlardır. Bazı hastalarda kolonik polip gibi soliter lezyon bazılarında da özellikler kolonda ve terminal ileumda görülen ganglioneuromatosis olarak adlandırılan multiple polipozis şeklinde ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda ise meyenterik pleksusta proliferasyon ve barsak duvarındaki intestinal ganglioneuromatos hücrelerin infiltrasyonu şeklinde duvar kalınlık artışı görülür. İntestinal ganglioneuromatos intestinal sistemde en çok kolon, terminal ileum ve apendiksi tutar. Karın ağrısı ve konstipasyonla değerlendirilen ve yapılan ileri tetkikler sonucunda terminal ileum çekum yerleşimli kitlesel lezyonu olan hastaya terminal ileumu da içine alacak şekilde sağ kolektomi yapıp patolojisi ileal ganglionöroma olarak raporlanan hastayı sunmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** intestinal ganglionöroma, nörojenik tümör ileum,

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### akciğerde noduler lezyon



sağ akciğer bazalde noduler lezyon

### ileoçekal kitle



ileoçekal bölgeden kaynaklanan konglomere kitlesel lezyon.

### karaciğerde hipodens lezyon



karaciğerde metastatik natürde hipodens lezyon.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

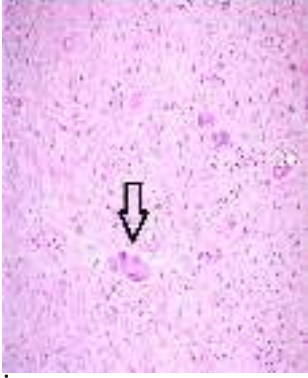
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



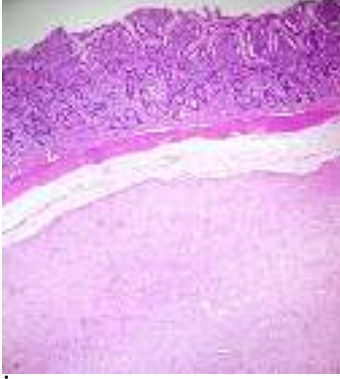
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### patoloji



İğsi hücre proliferasyonu ve ganglion hücrelerinden oluşan lezyon, x20, H&E.

### patoloji



İnce barsakta, submukoza yerleşimli, iyi sınırlı nodüler lezyon, x10, H&E.

### petde lezyon



petde sağ ileoçekal yerleşimli lezyondaki artmış SUV tutulumu.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0426 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Dikkat Edilmesi Gereken Bir Dost: Trabzon Hurması

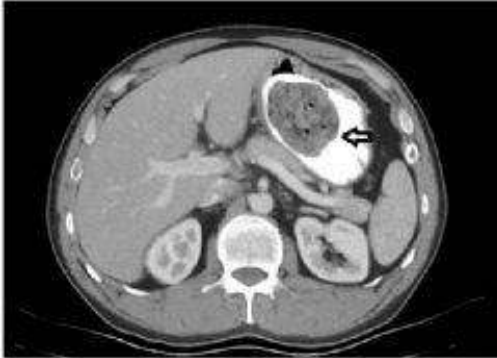
Altan Aydın, Şaban Uysal

Of Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Trabzon

Bezoarlar; gastrointestinal sistem içerisinde sindirilemeyen organik maddelerin bir araya gelerek oluşturdukları oluşumlardır. Sıklıkla mide ve ince barsaklarda görülür. Sindirilemeyen bu organik maddelerin çeşidine bağlı olarak farklı çeşitleri olabilir. Bitkisel kaynaklı olanlar fitobezoar; özellikle psikiyatrik problemlili hastalarda görülen saç ve kıl yeme alışkanlığına bağlı olarak oluşanlar trikobezoar; kullanılan ilaçlara bağlı olarak oluşanlar farmakobezoar ve kullanılan süt tozuna bağlı olarak oluşanlar ise laktobezoar olarak adlandırılırlar. Fitobezoarlar en sık görülen bezoar çeşitleri olup etyolojisinde ülkemizde Trabzon hurması olarak ta bilinen Persimmon, kuru üzüm, kabak, pırasa ve pancar gibi sindirilemeyen lif oranı yüksek olan yiyecekler etkin rol oynarlar. Persimmon olarakta bilinen Trabzon hurmasının ana vatanı uzak doğu olsa da ülkemizde de Trabzon ve Hatay civarında yetişmektedir. Ham ve yabani hurmalarda bol miktarda bulunan Shibutal adlı madde; kendisi de bir yabani hurma türü olan Trabzon hurmasında da bol miktarda bulunmaktadır. Bu madde mide asidi ile reaksiyona girince çözülmesi güç olan jelatimsi bir materyal haline gelir ve pasajda geçiş problemi oluşturur. Geçirilmiş mide cerrahisi ve gastropareziye sebep olan hastalıkların mevcudiyeti bezoarların oluşmasında rol oynayan önemli risk faktörleri arasındadır. Yapılan endoskopiler sırasında tesadüfen rastlanan asemptomatik bezoarlar olabileceği gibi; obstrüksiyon, perforasyon ve kanama gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara da sebebiyet verebilirler. Tedavi seçenekleri arasında endoskopik fragmentasyon ve enzimatik eritme gibi konservatif yöntemler bulunsa da genellikle cerrahi girişim gerektirirler. Bizde burada yaklaşık 1 kg kadar Trabzon hurması yedikten 24 saat sonra epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri ile kliniğimize başvuran 44 yaşındaki bir erkek hastayı sunarak; adeta bir vitamin, mineral ve antioksidan ajan deposu özelliği göstermesinin yanında; kardiyovasküler, gastrointestinal ve bağışıklık sistemi dostu da olan Trabzon hurmasının birçok faydalı özelliğinin yanı sıra dikkatli tüketilmediğinde oluşturabileceği olumsuz durumlara dikkat çekmeyi amaçladık. Hastamız 44 yaşında ek hastalık ve operasyon öyküsü olmayan bir erkek hasta olup; kliniğimize epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 24 saat öncesinde aç karnına, tam olarak olgunlaşmamış Trabzon hurması yeme öyküsü mevcuttu. Hastaya nazogastrik sonda takılıp, sıvı-elektrolit tedavisi verilerek ilk etapta konservatif olarak tedavi edilmeye çalışılsa da yanıt alınamayınca hasta endoskopi ünitesine alındı. Endoskopide mide içerisinde ülserasyona yol açmış 2 adet, fragmentasyon ile parçalanamayan dev fitobezoar görüldü (Resim-1). Bunun üzerine hasta ve hasta yakınları ile konuşularak hasta operasyona alındı ve gastrotomi yapılarak bezoarlar çıkarıldıktan sonra mide duvarı primer olarak onarıldı. Postoperatif herhangi bir sorunu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Dolayısı ile Trabzon hurmasının birçok faydalı özelliği olsa da; aşırı ve ham olarak tüketildiği takdirde ciddi sorunlara yol açabilecek bezoarlar oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Bezoar, İntestinal Obstrüksiyon, Persimmon

Resim-1



Tomografide Mide İçerisindeki Yoğun İçerik

Resim-2



Ülserasyona Yol Açmış Fitobezoar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0427 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Gossipiboma (Sınırlanmış internal fistül)

Sadık Keşmer<sup>1</sup>, Kadir Yıldırım<sup>2</sup>, Ahmet Ragıp İyiyol<sup>1</sup>, Barış Candan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Burdur Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Samsun Liv Hospital Genel Cerrahi Kliniği

Gossipiboma cerrahi operasyonlarda batin içinde unutulmuş pamuk yapıdaki materyallerden gelişen bir yabancı cisim reaksiyonudur. Medikolegal olarak cerrahların en çok korktuğu durumlardan biridir. Cerrahi sonrası unutulmuş yabancı materyal düşüncesi dahi cerrahları huzursuz etmeye yetmektedir. Abdominal operasyonlar sonrası 1/3000 ila 1/5000 arası değişen oranlarda görülebilir. Yasal sorunlar nedeniyle bildirilmeyen vakalar göz önünde bulundurulduğunda bu oranların daha yüksek olduğunu iddia etmek yanlış olmaz. Hemen tüm majör cerrahi branşlarda görülebiliyor olmasına rağmen en sık genel cerrahi operasyonları sonrasında görülmektedir. En sık gossipibomaya neden olan yabancı cisim cerrahi tampondur. Acil cerrahi, hastanın obez olması, ameliyat esnasında ekip değişikliği, ameliyat süresinin uzaması gossipiboma riskini arttırmaktadır.

**Olgu;** 73 yaşında erkek. 6 ay önce dış merkezde mide kanseri nedeniyle total gastrektomi sonrası Roux-en-Y anastomoz yapılmış. Ara ara gelişen karın ağrısı, kilo kaybı iştahsızlık ve karın sol tarafında ele gelen sertlik olması nedeniyle polikliniğimize baş vurdu. USG de tarifiilen alanda 47 mm çapında posteriorda gölgelenmesi bulunan hiperekoik görünüm saptandı ve BT kontrolü istendi. BT; hava dansiteleri ve tübüler yabancı cisim dansitesi bulunan 4\*3 cm çapında alan olarak yorumlandı. Gossipiboma düşünülen hastaya elektif cerrahi planlandı.

Hastanın laparotomisinde, Roux-en-Y anastomozu 'Y' bacağından 20 cm distalden, 50 cm ara ile ince bağırsağın, yabancı cisimi yonca misali 3 adet bağırsak anısı tarafından sardığı görüldü. Loj açıldığında cerrahi tampon ile 3 bağırsak ansından, distalde olan 2 sinin loja fistül olduğu görüldü. Proksimal kısım da fistül olmamasına rağmen 10 cmlik kısımda ülserasyon ve enflemasyon vardı. Güvenli görülmeyen proksimal kısım ve distalde 50 cm alan içinde 2 yerden fistül olan jejunum ansları rezeke edilip 2 yerden anastomoz yapıldı. Post operatif 4 gün rejim başlanan hasta 7 gün sorunsuz olarak taburcu edildi. 24 aylık takibinde mide kanseri ve gossipiboma açısından herhangi bir problem yaşanmadı

**Tartışma;** Genel cerrahi ameliyatları acil girişimlerin çok olması, uzun süren ameliyatlar ve intraperitoneal boşluğun anatomik yapısı nedeniyle gossipiboma açısından diğer cerrahi branşlardan daha risklidir. Hastalar en sık ağrı, ele gelen batin içi kitle, apse, ileus gibi semptomlarla gelir. Tanıda direkt grafiden MR a kadar birçok radyolojik tetkik kullanılabilir. Radyopak işaretli tampon ve kompreslerin peroperatif veya postoperatif tespit edilmesi kolaydır fakat hala kullanılmakta olan radyopak olmayan tamponlar için tanıda zorluk çekilebilir. Gossipiboma tümör, apse komplike hematom ve kist hidatik gibi durumlarla karışabilir. Geçirilmiş cerrahi müdahale öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda gossipiboma mutlaka düşünülmelidir. Gossipiboma istenmeyen fakat önlenemez bir durumdur. Temel problem nasıl tedavi edelimden ziyade oluşmasını nasıl önleyelim sorusudur. Tespit edilmesi durumunda mortalite ve morbiditeyi önlemek için en kısa zamanda uygun cerrahi uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** gossipiboma, yabancı cisim, internal fistül

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**1-tampon çıkarılması**



**2-fistül oluşmuş bağırsak ansları**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0428 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### **İntraabdominal sepsiste Vacuum-Assisted Closure (VAC) uygulamasının apache IV skoru, mainheim peritonit indeks ve sofa skoru üzerine etkisi**

Murat Çikot, Bahadır Kartal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İSTANBUL

**AMAÇ:** Vacuum-Assisted Closure (VAC) uygulaması 1990'lı yılların sonlarından itibaren intraabdominal sepsiste kullanılan bir açık karın relaparotomi yöntemidir. VAC uygulamasının apache IV skoru, mainheim peritonit indeks ve sofa skoru üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla bu retrospektif çalışma planlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Nisan 2010- Ocak 2017 tarihlerinde VAC uygulanan 159 hastanın hastane veri tabanındaki verileri dökümanite edilerek apache IV skoru, mannheim peritonit indeks'i ve sofa (Sequential Organ Failure Assessment Score) skorları bulundu. Hastaların VAC değişimi 72 saatte bir yapıldı ve 1. 2. 3. 4. değişimlerdeki veriler dökümanite edildi. Nekrotizan fasiit ve Fournier gangreni nedeniyle VAC uygulanan hastalar inceleme dışında tutuldu.. Zaman bağılı olarak apache IV skoru, mannheim peritonit indeks, sofa skorunda meydana gelen değişimleri tespit edebilmek amacıyla tekrarlayan ölçümlerde ANOVA analizi yapıldı.  $P < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Analizler NCSS 11 (Number Cruncher Statistical System, 2017 Statistical Software) programı ile yapıldı.

**BULGULAR:** VAC değişiminin apache IV skorunun değerlerini azaltıcı bir etki yarattığı tespit edilmiştir. 1. değişim ile 3. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 1. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 2. değişim ile 3. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 2. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,0001$ ) ve 3. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,0001$ ) anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. VAC değişimlerinin mannheim peritonit indeks ölçüm değerlerini azaltıcı bir etki yarattığı tespit edilmiştir. 1. değişim ile 2. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 1. değişim ile 3. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 1. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 2. değişim ile 3. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 2. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,0001$ ) ve 3. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,0001$ ) anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. VAC değişiminin sofa değerlerine etkisi incelendiğinde 1. değişim 3. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 1. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), 2. değişim ile 3. değişim arasında ( $p=0,0001$ ), ve 2. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,0001$ ) anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. 1. değişim ile 2. değişim arasında ( $p=1,00$ ), ve 3. değişim ile 4. değişim arasında ( $p=0,079$ ) anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. 1. değişim ile 2. değişim arasında ve 3. değişim ile 4. değişim arasında anlamlı farklılık olmasa da ölçüm değerlerinin ortalamaları incelendiğinde zaman göre bir azalma olduğu saptanmıştır. Ancak bu değişim istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmamıştır.

**SONUÇ:** VAC uygulamasının apache IV skoru ve mainheim peritonit indeks üzerine olumlu etkisi tespit edilmiştir ancak sofa skoru üzerine olumlu etkisi tespit edilmemiştir. Sepsis ile mücadele amacıyla uzun süreli VAC uygulamasına devam edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** VAC uygulama, apache IV skoru, mainheim peritonit indeks, sofa skoru.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### EPS-0429 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Gastrik Schwannom ile assosiye Dev Hiatal Herni

Sadig Sekiliyev, Fazıl Sağlam, Aziz Mahmudov  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

72 YAŞINDA BAYAN HASTA BİLİNER HT VE ENDOMETRİUM CA NEDENİLE OPERASYON HİKAYESİ OLAN HASTA.  
ŞİKAYETLERİ: DİSPEPSİ, PİROZİS, NEFES DARLIĞI,  
HİDRO BT: MİDE KORPUSTA 3,5X5 CM LİK LEİOMİOM LEHİNDE YORUMLANAN DÜZGÜN SINIRLI, HOMOJEN  
LEZYON MEVCUT...  
KONTRASTLI BT: HİYATAL HERNİ VE MİDE BÜYÜK KURVATURDA SUBSERÖZ YERLEŞİMLİ 28X38 MM  
EBATLARINDA LEİOMYOM TARZI BENİGN NATURDE HOMOJEN KİTLESEL FORMASYON MEVCUT.  
MRG: MİDE SLİDİNG TİP HİYATAL HERNİ VE LEİOMYOM GÖRÜNTÜSÜ OLUŞTURAN ALAN MEVCUT.  
PET-CT: MİDE DE YOĞUN FDG TUTULUMU ( SUV max: 9,2) ÖNCELİKLE ENFLAMATUAR PROSESLER  
( GASTRİT ?) LEHİNDE DEĞERLENDİRİLMİŞ OLUP GEREKLİLİK HALİNDE ENDOSKOPIK İNCELEME UYGUN OLUR.  
ÖZEFAGUS PASAJ GRAFİSİ: MİDE KORPUSTA 3,5X5 CM LİK DOLUM DEFECTİ MEVCUT.  
TM MARKERLERİ: CEA, CA 19-9 VE CA-125 NORMAL SINIRLARDAN.  
AMELİYAT: LAPAROKSOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON+ MİDE WEDGE REZEKSİYON  
PO 2.GÜN SU BAŞLANDI  
PO 4.GÜN NORMAL REJİME BAŞLANDI  
PO 6.GÜN TABURCU EDİLDİ..  
PATOLOJİ: 4X4X3,5 CM ÖLÇÜDE İGŞİ HÜCRELİ MEZENKİMAL TÜMÖR-SCHWANNOM OLARAK  
DEĞERLENDİRİLMİŞ.

**Anahtar Kelimeler:** Midede, Şvannom, Hiatal herni

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0430 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Masif GİS Kanamasına Neden Olan, Atipik (Jejunum) Yerleşimli Crohn Hastalığı (Olgu Sunumu)

SümeYra Emine Bölük, İlker Sücüllü, Yavuz Poyrazoğlu, Adem Aslan, Tuba Gülçelik, Süleyman Atalay, Ahmet Ziya Balta, Yavuz Kurt

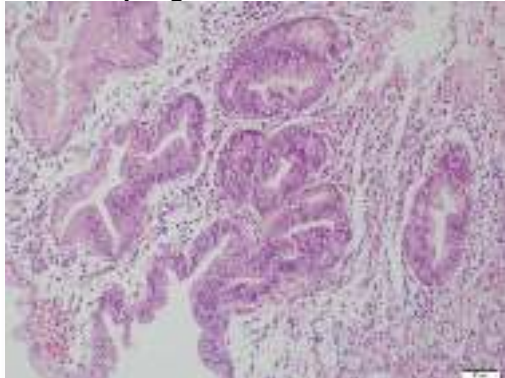
T.C Sağlık Bakanlığı SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar gastrointestinal bölgede herhangi bir bölgeyi tutabilen, etyolojisi net olmayan granulatöz inflamasyon ile karakterize bir inflamatuvar barsak hastalığıdır. Burada masif gastrointestinal sistem kanamasına neden olan jejunum yerleşimli Crohn hastalığı olgusunun sunulması amaçlanmıştır. Enfeksiyon hastalıkları kliniğinde, bir ay boyunca devam eden ishal şikayeti ve gastroenterit tanısıyla takip ve tedavi altında olan 64 yaşındaki erkek hastaya, takip süreci içerisinde gastroskopi ve kolonoskopi işlemleri uygulanmış ve herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamış. Bu süre zarfında çekilen tomografisinde "ileal invajinasyon" şüphesi nedeniyle ameliyat edilen ve ameliyat esnasında invajinasyon olmadığı değerlendirilen hasta bu ameliyatının sonrasında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları servisine sevk edilmiş. Burada yapılan takip ve tedavi süreci içerisinde abondan gis kanaması gelişmesi üzerine hasta tarafımıza konsulte edildi. Şiddetli hemotokezyası olan hastanın, hipotansiyonu (70-30mm/hg) ve taşikardisi (120v/dk) mevcuttu. Tam kan analizinde Hb:5g/dl, Htc:18 idi. Servisimiz yoğun bakımında acil şartlarda gastroskopi yapıldı, mide içerisinde bol miktarda kan olduğu görüldü, aspire edildi fakat kanama odağı tespit edilemedi. Yapılan resusitasyon ve replasmana rağmen kliniği, hemodinamisi ve labaratuvar değerlerinde düzelme olmayan hasta için acil operasyon kararı alındı. Explorasyonda jejunumdan itibaren tüm gastrointestinal sistem içerisinde kan olduğu ve treitz ligamanından itibaren jejunum seviyesinde serozal ödem olduğu görüldü. Jejunotomi yapıldı ve bu alandan distale ve proksimale doğru gastroskop yardımıyla endoskopik inceleme gerçekleştirildi. Yapılan incelemede tüm jejunum mukozasının hiperemik ve granüler yapıda olduğu, tüm mukozadan sızıntı şeklinde aktif kanama olduğu görüldü çok sayıda biyopsi alındı. Ameliyat sonrası erken dönemde ampirik steroid tedavisine başlanan hastanın takiplerinde kanaması durdu, patoloji sonucu inflamatuvar barsak hastalığı ile uyumlu gelmesi üzerine gerekli tedavi başlandı. Hasta medikal tedavi ile taburcu edildi.

Crohn Hastalığında hastalar genellikle karın ağrısı, ishal, halsizlik, ateş, kilo kaybı gibi semptomlar ile başvurmakla beraber daha nadir olarak GİS kanaması ile de başvurabilirler. Tanı için klinik değerlendirme ile beraber endoksopi eşliğinde alınan biyopsiler yardımcıdır. Medikal tedavi ilk seçenektir. Çok ender olmakla birlikte hastalar bizim olgumuzda da olduğu üzere ameliyat esnasında da tanı konulabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Crohn,Gis kanama,İnflamatuvar barsak hastalığı

#### Mikroskopik görünüm



Jejunumda gland distorsiyonu,kriptit ve lamina propriyada aktif kronik inflamatuvar hücreler

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.2018uck.org](http://www.2018uck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Perop gastroskopi görünüm**



**Crohn hastalığının jejunum tutulumu**

### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0431 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Erişkinde Nadir Bir İleus Nedeni: Midgut Volvulus

Can Arıcan, Levent Uğurlu, Hakan Ögücü, Emran Kuzey Avcı, Murat Akalin, Cengiz Aydın  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

İntestinal malrotasyon yenidoğan döneminde daha sık gözlenmektedir. Erişkinlerin % 0.2 sinde görülmektedir. Bu hasta grubu hem teşhis hem de tedavi açısından cerrahlar için benzersiz bir sorun teşkil etmektedir.

Bu olgu sunumunda hastanemiz acil servisine başvuran erişkin, midgut malrotasyonlu bir hasta ve bu hastaya yaklaşımımız anlatıldı.

51 yaşında, bilinen herhangi bir sistemik hastalığı ve geçirilmiş karın cerrahisi öyküsü olmayan hasta, önceki gece akşam yemeği sonrası başlayan yaygın karın ağrısı, şişkinlik, bulantı ve kusma şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın travma öyküsü yok. Seyahat öyküsü yok. Kilo kaybı yok. Dışkılama alışkanlıklarında değişiklik tariflemiyor. Hasta genel olarak fazla yemek yediği zaman buna benzer şikayetlerinin olduğunu tariflemekte. fizik muayenede hasta afebril ve hemodinamik olarak stabildi. Karın distandu ve palpasyon ile yaygın hassasiyet mevcuttu. Yapılan rektal tuşede normal renkli gayta bulaşı izlendi. Herhangi bir kitle lezyonu palpe edilmedi. Hemogram tetkikinde wbc: 18.700/UL lipaz: 134 U/L olarak normal değerlerinin üzerinde izlendi. Bunların haricinde hemogram ve biyokimya laboratuvar test sonuçları olağan sınırlarda idi.

Çekilen ayakta direkt batın grafisinde çoğunlukla sağ üst kadrana lokalize ince bağırsak seviyesinde hava sıvı seviyeleri izlendi.

Abdomen Bt: Duedonum 3.kısmı SMA anterioru yerleşimlidir. Duedonum ve proksimal jejunum ansları iliak bifürkasyo düzeyinde aniden sonlanmakta olup bu alan proksimalinde kalan yapılar dilate ve distalindeki ince bağırsak ve kolon ansları kollabe görünümündedir. Bağırsak ansları arasında en derin yerinde 1.5cm'ye varan serbest sıvı izlenmiştir.

Hastanın orali kapatıldı. %0,9 NaCl ile IV hidrasyona başlandı. Nazogastrik sonda takıldı, 100 cc kadar normal mide içeriği geldiği gözlemlendi. Hasta ameliyat hakkında bilgilendirildi ve operasyona hazırlandı.

Yapılan ekplorasyonda Treitz Ligamanı mevcut değildi. İnce bağırak anslarının tümüyle sağ üst-orta kadranda kitle benzeri şekilde Ladd's band altında kaldığı gözlemlendi. Duodenumdan çekuma doğru uzanan bu bant kaldırıldı. Altından bu alana herniye olan ince bağırsak anslarının dilate olduğu gözlemlendi. Nekroz saptanmadı. Rezeksiyona gerek görülmedi. Sağ kolon serbestleştirildi. Apendektomi gerçekleştirildi. Sağ kolon sol kolon üzerine alınarak karın duvarına ipek sütürler ile tespit edildi. Operasyon sonlandırıldı.

Olgumuzda literatüre uygun olarak abdomen bt'de duodenojejunal bileşke vertebral kolonun sağında yer almakta. mezenter kökünün saat yönünde malrotasyonu ve vasküler yapıların konumu, barsak patolojileri ayrıntılı bir şekilde ortaya konmaktadır. Olgumuzun erişkin olması, 270 derece mezenter mezosunun rotasyonu ve nekroz bulguları içermemesi anlamlıydı.

Non spesifik karın şikayetleri ile başvuran hastalarda malrotasyon ihtimalini gözardı etmemek gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** İleus, Malrotasyon, Midgut

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

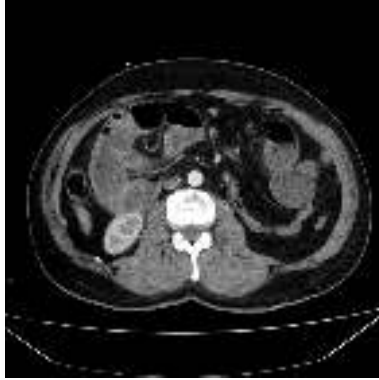


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

adbg



bt



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0432 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Koroziv madde içimi sonrası oluşan erken mide çıkış obstrüksiyonunda laparoskopik minimal invaziv cerrahi; olgu sunumu

Ramazan Gündoğdu<sup>1</sup>, Zeki Özsoy<sup>2</sup>, Emin Daldal<sup>2</sup>, Özgür Yeniova<sup>3</sup>, İsmail Okan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr Ersin Arslan Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD. Gaziantep

<sup>2</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi AD. Tokat

<sup>3</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Gastroenteroloji AD. Tokat

Burada koroziv madde alımı sonrasında erken mide çıkış obstrüksiyonu gelişen hastaya uygulanan laparoskopik gastropласти olgusu sunulmuştur.

OLGU: 41 yaşında erkek hasta; evde tuz ruhundan (% 15 HCL) yanlışlıkla iki yudum içmek suretiyle koroziv madde maruziyeti mevcut. Sonrasında süt, yoğurt içerek ve kusarak rahatlamaya çalıştığı öğrenildi. Maruziyetten 10 saat sonra acil servise başvurdu. Muayenesinde orofarenks hiperemisi dışında pozitif buldu yoktu, batin muayenesi ve grafisinde özellik yoktu. Hasta hastanemiz Gastroenteroloji kliniğine yatırıldı. 24 saat sonra yapılan gastroskopisinde: özefagus distalinde yaygın eksudalı ülserler saptandı. (Resim 1a,b) Yatışının 3. gününde oral alımı tolere eden hasta taburcu edildi. Hastaya maruziyetinin 10. günde yapılan kontrol gastroskopide: özefagus distalindeki ülserlerin iyileştiği; antrumda lümeni tama yakın obstrükte eden ülser olduğu görüldü. (Resim 2) Taburcudan 20 gün sonra bulantı kusma ile hastanemize başvuran hastaya yapılan gastroskopide: mide çıkışında skopun geçişine güçlük ile izin veren darlık saptandı. 20 mm balon ile mükerrer dilatasyonlar yapıldı. (Resim 3). Hastanın oral alımı sonrasında kusmalarının devam etmesi üzerine Genel Cerrahi servisine alınarak operasyon planlandı. Operasyonda; batin kanüle edilerek yapılan laparoskopik eksplorasyonda; prepilorik antrumda lümeni daraltan fibröz darlık olduğu görüldü (Resim 4a). İntraoperatif gastroskopi yapıldı; skop ile prepilorik antrumdaki darlık görüldü ancak distale geçilemedi. (Resim 4b). Mide ön yüzünde darlık olan bölgenin üst ve altına aski sütürleri konularak horizontal planda 5 cm lik gastrotomi yapıldı, fibröz darlık açıldı. Skop laparoskopik grasper ile proksimal mideden alınarak distale ilerletildi. (Resim 4c-d) Laparoskopik yardımla tamamlanan gastroskopide; pasajın açık olduğunun görülmesini takiben vertikal planda gastrotomi kapatıldı. Post op 1. günde rejim almaya başlayan hasta po 6. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Koroziv maddeler asit ya da alkali oluşlarına göre farklı doku hasarı meydana getirirler. Hasarın değerlendirilmesinde özofagogastroduadenoskopinin değeri büyüktür. Koroziv madde alımından sonra dilüsyon veya nötralizasyon amacı ile içirilen su ve süt gibi sıvıların da kusmayı kolaylaştırması veya asit-alkali reaksiyonu ile ısı artışına yol açarak özofagus hasarını arttırması nedeniyle verilmemesinin uygun olduğu düşünülmektedir. Hastamızın süt, yoğurt içerek ve parmak yardımıyla kusarak özofagusta hasarının belirginleştiği düşünülmüştür. Korozif madde içilmesine bağlı en sık gelişen komplikasyon özofagus darlığıdır. Mide komplikasyonları en sık geç dönemde ortaya çıkan mide çıkışı obstrüksiyonlarıdır. Olgumuzda mide çıkış obstrüksiyonu erken dönemde gelişmiştir. Darlık gelişen hastalarda en temel tedavi yöntemi periyodik dilatasyonlardır. Literatürde dilatasyon ile başarı oranı % 60-80 dir. Bizim olgumuzda mükerrer dilatasyonlar başarılı olmamış hastaya cerrahi müdahale planlanmıştır.

**SONUÇ:** Koroziv alımına bağlı mide çıkış obstrüksiyonu gibi benin olgularda, darlık distalindeki lümenin ve pasajın değerlendirilmesi için intraoperatif gastroskopinin uygulanmasının; minimal invaziv yöntemlerin uygulanabilirliğini artırdığı, post op olası komplikasyonları azaltabileceği kanaatindeyiz. Koroziv madde alımı sonrasında görülen mide çıkış obstrüksiyonlarında laparoskopik gastroplastinin minimal invaziv cerrahi olarak uygulanabilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Koroziv madde, mide çıkış obstrüksiyonu, minimal invaziv cerrahi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 1 a Özefagusta ülser



resim 1b Gıda artıkları ile kirli eritemli mide



resim 2 Antrumda ülser



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

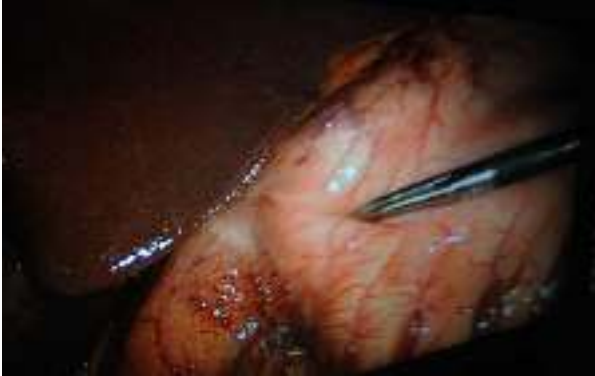
resim 3 Mide çıkış obstrüksiyonu



resim 4 c Gastrostomi sonrası skopun grasper ile distale iletilmesi



Resim 4a: Antrumda fibröz darlık



Resim 4a: Antrumda fibröz darlık

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 4b Antrumda skopun geçişine izin vermeyen darlık(Gastroskopi)



resim 4d Gastrostomi sonrası skopun grasper ile distale iletilmesi



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0433 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özofagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Endoskopi Sonrası Nadir Görülen Distal Özofagus Mikroperforasyonunda Konservatif Takip

Muhammet Fatih Keyif<sup>1</sup>, Semih Yaman<sup>1</sup>, Mustafa Şit<sup>1</sup>, Bahri Özer<sup>1</sup>, Oğuz Çatal<sup>1</sup>, Selçuk Köksal<sup>1</sup>, Elif Yalçın<sup>1</sup>, Özkan Kılınç<sup>2</sup>, Mehmet Hayri Erkol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversite, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu, Türkiye

<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversite, Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Bolu, Türkiye

Son yirmi yıl içerisinde gastroenteroloji kliniklerinde ayaktan ve yatan hastalara tanışal ve tedavi edici amaçlı endoskopik girişimler yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi oldukça güvenilir bir işlem olup, genel komplikasyon oranı % 0,1 ve mortalite oranı %0,05'ten düşüktür(1,2). Ancak özofagus perforasyonu üst GIS endoskopisinin önemli bir komplikasyonudur. Olgumuz 78 yaşında erkek hasta, son bir yıldır yutma güçlüğü ve yemek yedikten sonra yediklerini içerir tarzda kusmaları mevcuttu. Son zamanlarda katı yiyemiyormuş, sıvı mama ile besleniyormuş. Altı aydır ise yediği her şeyden ve su içtikten yaklaşık 3 saat sonra kusmalarının artması, 20 kg kadar kilo kaybı olması üzerine hastanemiz gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş. Hikayesinde daha önce özofagusa balon dilatasyon uygulandığı öğrenildi. Hastanın baryumlu grafisinde ve üst endoskopisinde akalazya ile uyumlu kitle saptanması üzerine takibe alınmış. Hastanın daha önce yapılan üst GIS endoskopisinde tersiyer peristaltizm saptanmış, akalazya şüphesi ile distal özofagusta ciddi darlık ve proksimalde genişleme görülmüş. Balon dilatasyondan sonraki kontrol endoskopisinde özofagus distalinde kardial ödemli, mukoza düzensiz olarak izlenmiş, biyopsiler alınmış. Tekrar kontrol için endoskopi planlanmış ve buji ile dilatasyon uygulanmış. Minimal laserasyon alanı olması üzerine genel cerrahi servismize devredilmiştir. Hasta servise alındıktan sonra çekilen PA AC ve tüm batin+toraks BT'de özofagus mikroperforasyon gözlemlendi. Özofagus perforasyonunda konservatif yaklaşım iyi tanımlanmış ve bir algoritma oluşturulmuştur. Non-perforan özofagus yaralanmalarında etiyolojiye göre tedavi planlanır buna göre altta yatan hastalığa cerrahi gerekiyorsa yapılır(9). Konservatif tedavinin çok özel seçim kriterleri olup bu hastalara uygulanabilir (Tablo 3). Bu kriterler erken tanı, stabil hasta, minimal yaralanma ve minimal plevral ya da mediastinal kontaminasyondur (10,11). Konservatif tedavi, yaralanmadan sonraki 48 saatte hastanın stabil olmasını, total parenteral nutrisyonu (TPN) ve en az 7 gün geniş spektrumlu antibiyotik tedavisini içerir. Hastanın genel durumu iyi olması üzerine olgumuzda konservatif tedavi ve izlem yapılmasına karar verildi. 7 gün takip sonrası hasta şifa ile taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Konservatif, Özofagus, Perforasyon, Takip

**Resim 1: PA AC grafisi diafragma altı serbest hava**



**Resim 2: Batin BT' de batin içi serbest hava**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0434 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Dev Retroperitoneal Dediferansiye Liposarkomda Klinik Yaklaşım: Olgu Sunumu

Semih Yaman, Mustafa Şit, Bahri Özer, Oğuz Çatal, Muhammet Fatih Keyif, Selçuk Köksal, Ferdi Bolat, Mehmet Hayri Erkol

Abant İzzet Baysal Üniversite, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu, Türkiye

Retroperitoneal sarkomlar yumuşak doku sarkomlarının %15 kadarını oluşturan nadir görülen tümörlerdir (1). En sık görülen tip liposarkomlar tüm malign tümörlerin %0,1-0,2'sini oluşturmaktadır (2). İyi diferansiye liposarkom, dediferansiye liposarkom, miksoid hücreli liposarkom ve pleomorfik liposarkom olmak üzere histolojik 4 tipi vardır. Dediferansiye liposarkom ve pleomorfik liposarkomlar prognozu daha kötü ve metastaz riski daha yüksek olan tipleridir (3,4). İyi diferansiye liposarkomlar iyi prognozlu olup metastaz ve nüks riskleri oldukça azdır. Ancak dediferansiye liposarkomlar prognozu kötü olup nüks ve metastaz riski yüksek olduğu bilinmektedir (8). Dediferansiye liposarkom olgularında lokal nüks oranı %41 iken metastaz oranı %17 kadardır. Olgumuzda patoloji sonucu dediferansiye liposarkom olarak raporlanmıştır. Daha çok yaşamın beşinci dekadında görülürler. Ancak olgumuz 82 yaşındaydı. Retroperitoneal sarkomu olan hastaların çoğu karında kitle şikayeti ile başvururlar. Hastamızın karın ağrısı şikayeti olmakla birlikte asıl şikayeti karında şişlik olması idi. Tanıda BT ve MRI tümör boyutu, yeri, yayılım ve vasküler yapılar ile olan ilişkisi açısından yardımcı tetkiklerdir (6). Tedavide geride tümör bırakılmadan yapılan eksizyondur. Hastamızın kitlesi retroperitoneal yerleşimli ve 275x165x275 mm boyutlarındaydı. Tedavide geride tümör bırakılmadan yapılan eksizyondur. Bu olgumuzu sunma amacımız hastamızın uzun süredir olan karın ağrısında ziyade karın şişkinliği şikayeti ile tarafımıza başvurusu ve 60x30cm boyut, 10 kg ağırlığa ulaşmış olmasına rağmen yüksek metastaz riski olmasına rağmen metastaz yapmamasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Dediferansiye, Liposarkom, Retroperitoneal

#### Resim 1: Kitlenin batın BT'deki görüntüsü



#### Resim 2: Total olarak çıkarılan kitlenin intraoperatif görüntüleri



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0435 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide Kanseri Hastalarda Cerrahi Deneyimlerimiz

Akın Çalışır, Halil Kirazlı, Enes Şahin, Fahrettin Acar, Mustafa Şahin  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

#### Giriş-AMAÇ:

Mide kanseri dünyada yaygın olarak görülen bir kanser türüdür. Eskiden kanserden ölümlerin en sık nedenlerinden biri olmasına rağmen erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi nedeniyle günümüzde mide kanserine bağlı mortalite göreceli olarak azalmış durumdadır. Biz de bu çalışmada toplumda hiç de azımsanmayacak sayıda görülen mide kanserinde, 7 yıllık deneyimlerimizi retrospektif olarak sunmayı amaçladık.

#### Gereç-Yöntem:

Çalışmamızda 2010-2017 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde mide kanseri tanısıyla opere edilen 194 hastayı retrospektif olarak inceledik.

#### BULGULAR:

Mide kanseri tanısı alan 71 kadın 123 erkek hasta mevcuttu. 27 hasta inoperabil olduğu için çalışmaya alınmadı. Hastaların ortalama yaşı 73,6(34-93) idi. 95 hastaya açık total gastrektomi + R&Y özafagojejunostomi, 58 hastaya açık distal subtotal gastrektomi + R&Y gastrojejunostomi, 14 hastaya laparoskopik subtotal gastrektomi + R&Y gastrojejunostomi ameliyatları yapıldı. Tümör lokalizasyonu olarak 38 kardial; 3 kardial-fundus; 22 fundus-korpus; 59 korpus; 9 korpus-antrum; 24 antrum; 9 antrum-pilor; 3 pilor yerleşimli kitle mevcuttu. Operasyon sonrası piyeslerin patolojik incelemesinde: vakaların % 50,9'unda perinöral, % 48,5 'inde ise vasküler invazyon mevcuttu. Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 22,3 iken bunların %62'si non-metastatik, %38'i metastatik olarak değerlendirildi. Tümörün invazyon derinliğine bakıldığında ise; 34 hastada mukoza, 15 hastada submukoza, 1 hastada muskularis mukoza, 22 hastada muskularis propria, 39 hastada subseroza, 55 hastada serozave 1 hastada ise serozayı aşmış tümör invazyonu mevcuttu. Hastalar ortalama 1.8(6ay-7yıl) yıl takip edildi. Postoperatif erken dönemde 4 hasta pulmoner emboli, 3 hasta anastomoz kaçağı, 1 hasta sepsis, 2 hasta ise ani kardiyak arrest olmak üzere toplamda 10 hasta kaybedildi. Endoskopik takiplerde 7 hastada nüks tespit edildi. 10 hastada ise kontrol Batın BT ile nüks tanısı koyuldu. Nüks gelişen 17 hastadan 3 tanesi evre I, 7 tanesi evre II, 10 tanesi ise evre III idi. Nüks gelişen 17 subtotal gastrektomili hastadan 2 tanesi tekrar opere edilerek gastrektomi totale tamamlandı. 15 hasta ise inoperable olduğu için medikal onkolojik tedaviye yönlendirildi.

#### SONUÇ:

Mide kanseri günümüzde sık karşılaşılan kanserlerdendir. Cerrahi tedaviye uygun olan hastalara laparoskopik ya da açık cerrahi teknikleri ile başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Günümüzde uygulanan cerrahi prosedürlerin optimizasyonu ile postoperatif mortalite oranlarının % 14'ten %6'lara kadargeriştir. Lokal nüks evre I hastalıkta %5-10, evre II hastalıkta %25-30, evre III hastalıkta ise %50 olarak bildirilmektedir. Bundan dolayıdır ki hastaların ne kadar erken evrede cerrahi uygulanırsa sonuç o kadar küratif olmaktadır. Bizim 7 yıllık deneyimizde mortalitemiz %5,9 nüks oranımız % 10.1 olarak hesaplandı. Mevcut sonuçlar literatür bilgilerini desteklemekte olup; uzun süreli takip ile daha anlamlı sonuçlar elde edilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Mide Kanseri, Total gastrektomi, Distal Subtotal Gastrektomi, Laparoskopik Gastrektomi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0436 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özofagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Özofagus kanserinde gerçekleştirilen özofagogastrik anastomozlar ve kaçakların değerlendirilmesi

Ayşe İbiş, Mehmet Faik Özçelik, Yasin Tosun

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### GİRİŞ:

Özofagogastrik anastomoz kaçakları özofagus kanseri operasyonları sonrasında sık görülen bir komplikasyondur. Günümüzde preoperatif destek, anastomoz teknikleri ve materyallerindeki gelişmeler ile bu sorunun azaltılması için çalışmalar devam etmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde son beş yılda özofagus kanseri nedeni ile özofajektomi yapılan hastalarda gelişen anastomoz kaçakları ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Son beş yılda özofagus kanseri nedeni ile özofajektomi yapılan hastaların demografik özellikleri, tümörün yerleşim yeri, cerrahi yöntemleri, postoperatif anastomotik kaçak oranları ve patoloji sonuçları irdelendi.

#### BULGULAR:

Çalışmamıza dahil edilen 60 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 25'i kadın 35'i erkek, yaş ortalaması 56.2 olarak tespit edildi. 34 hastaya yalnızca transhiatal yaklaşım ile, 18 hastaya torakotomi, 4 hastaya torakoskopi eşliğinde özofajektomi yapıldı. 4 hastaya faringolaringoözofajektomi operasyonu uygulandı. 50 hastaya total özofajektomi, 10 hastaya subtotal özofajektomi yapıldı. Total özofajektomi yapılan hastaların tamamına manuel servikal anastomoz uygulandı. Subtotal özofajektomi yapılan hastaların tamamına torakal anastomoz uygulandı ve bu anastomozlar stapler ile yapıldı. Tümör 25 hastada distal, 17 hastada kardiyoözofageal, 14 hastada mid özofageal ve 4 hastada servikal yerleşimli olarak izlendi. Patoloji sonuçlarında 41 hastada skuamöz hücreli kanser, 19 hastada ise adenokanser bulundu.

9'u servikal 3'ü torakal anastomoz yerleşimli olmak üzere toplam 12 hastada anastomoz kaçağı gelişti. Servikal anastomoz kaçağı gelişen hastaların 2'sine endoskopik stent işlemi uygulandı. Kaçağı olan 4 hastada 3'ü servikal, 1'i torakal olmak üzere geç dönemde anastomoz darlığı gelişti. 13 hastaya preoperatif parenteral nutrisyon desteği sağlandı. Bunlardan 1 hastada anastomoz kaçağı gelişti ve yerleşimi servikal bölgedeydi. Anastomoz kaçağı olan 2 hasta postoperatif ilk 1 ay içerisinde ex oldu. Bunların ikisi de torakal yerleşimliydi.

#### SONUÇ:

Yapılan torakal anastomozların %33'ünde, servikal anastomozların %18'inde kaçak olduğu görüldü. Kaçak görülme oranının torakal anastomozlar için servikal anastomozlara göre daha sık olduğu ayrıca daha mortal seyirli olduğu gözlemlendi. Preoperatif parenteral nutrisyon desteğinin anastomoz kaçağı oranını anlamlı şekilde azalttığı görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** özofagogastrik anastomoz, özofagus kanseri, kaçak, parenteral nutrisyon

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1**

| Operasyon, tümör özellikleri ve parenteral destek | toplam<br>n:60 | kaçak sayısı<br>n:12 |
|---------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| özofajektomi tipi                                 |                |                      |
| total                                             | 50             | 9(%75)               |
| subtotal                                          | 10             | 3(%25)               |
| anastomoz yeri                                    |                |                      |
| servikal                                          | 50             | 9(%75)               |
| torakal                                           | 10             | 3(%25)               |
| tümör yeri                                        |                |                      |
| servikal                                          | 4              |                      |
| mid özofageal                                     | 14             |                      |
| distal özofageal                                  | 25             |                      |
| kardiyoözofageal                                  | 17             |                      |
| patoloji sonucu                                   |                |                      |
| skuamöz hücreli kanser                            | 41             |                      |
| adenokanser                                       | 19             |                      |
| preoperatif parenteral nutrisyon                  |                |                      |
| alan                                              | 13             | 1(%8)                |
| almayan                                           | 47             | 11(%92)              |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0437 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Preoperatif Planlama: 3Boyutlu Kişisel Modellerle Onkolojik Mide Cerrahisine Kapsamlı Yaklaşım

Mehmet Asım Özer<sup>1</sup>, Kamil Erözkan<sup>2</sup>, Safa Vatansever<sup>2</sup>, Aslı Beril Karakaş<sup>1</sup>, Ezgi Güler<sup>3</sup>, Figen Gökmen<sup>1</sup>, Taylan Sezer<sup>2</sup>, Nevra Elmas<sup>3</sup>, Sinan Ersin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Anatomi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Mide tümör cerrahisinde, aorta abdominalis, truncus coeliacus, vena porta, arteria mezenterica superior ve vena mesenterica superior damarlarının yaralanmalarından kaynaklanan ölümcül komplikasyonları olabilir. Onkolojik operasyonlarında vasküler, tümoral ve organoanatomik yapıları hakkında daha fazla bilgi gereklidir. Mide tümörlerine tedavi protokülü tümörün davranışına ve lokalizasyonuna bağlı olarak değişir. Hastaların 3B organotümöral cerrahi modellerinin oluşturulması ile intraoperatif vasküler yaralanma riskini en aza indirmek ve cerrahin preoperatif dönemde operasyon şeklini belirlemesi amaçlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Farklı yerleşimli mide tümörü bulunan 10 hastanın bilgisayarlı tomografi görüntülemesi ile mide tümöral dokusu ve vasküler yapılarının 3B görüntüleri önce DICOM sonra 3B modelleme yazılımı kullanılarak tümöral doku, portal damarlar, mide ve mesenterik damarlarından oluşan modelleri oluşturuldu.

**BULGULAR:** Midenin farklı bölge yerleşimli tümöral oluşumların 3B modellemesi yapıldı. 10 hastanın mide tümörü, organın yapısında geometrik değişiklikler ve vasküler yapılar arasındaki ilişkisi farklı açılardan kolaylıkla ortaya konulabildi. Bu modellerde her bir tümörün, organda yerleştiği bölge, yayıldığı alan, tümörün beslenmesi ve damar yapısı, damarsal yapılarla yakınlığı ve varyatif anatomi olasılığı araştırıldı. Tümör boyutları, midedeki yerleşimi, yayılma özellikleri, yakın komşuluğundaki arter ve venlerle topografik ilişkileri 3B modeller üzerinde çalışıldı. Bu özelliklerin her biri intraoperatif referans olarak kullanıldı. Hasta daha sonra opere edilerek tümör kitlesi çıkarıldı.

Ameliyat süresi daha kısa ve daha konforlu, girişim sonrası ise kanamasız ve komplikasyonsuz olarak izlendi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Bireysel hasta modelleri oluşturarak girişim süresince tümörün şekli, yayılım karakteri, tümörün arteriyal beslenme özellikleri ve tümörün organda yarattığı geometrik değişimin değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. 3B mide tümör modelleri, cerrahide yeni yaklaşımlar, yenilikçi operasyon stratejileri ve ameliyat öncesi planlama da kullanılabilir. Preoperatif cerrahi ekibin hazırlanması, kullanılacak ekipmanın seçimi ve hastanın bilgilendirilmesinde oldukça etkin ve yararlı modellerdir.

**Anahtar Kelimeler:** 3B, 3 boyutlu model, mide kanseri,

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**3B Mide Modeli**



**3B Mide Modeli**



**Mide Rezeksiyon Materyali**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0438 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Üst Gastrointestinal Kansere Cerrahisinde Enteral İmmünonutrisyonun Etkisi: Prospektif Bir Çalışma

Gizem Fırtına, Selim Yiğit Yıldız, Murat Coşkun, Adem Yüksel, Hamdi Taner Turgut, Özkan Subaşı, Tuğbay Şafak  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli

#### AMAÇ

Enteral beslenme ve immünonutrisyonun cerrahi operasyon uygulanan ve malign hastalar üzerinde olumlu sonuçları vardır. Her iki beslenme şeklinin kombine kullanımı ile farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu prospektif çalışmada gastrointestinal kanser cerrahisi sonuçlarına perioperatif uygulanan enteral immünonutrisyonun etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2012-Mart 2013 yılları arasında kliniğimizde üst gastrointestinal kanser cerrahisi uygulanan 41 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Distal Özefagus, mide ve pankreas kanseri olan, operabl ve maligniteye bağlı orta-ağır malnutrisyon tespit edilen hastalar çalışma gruplarına alınmıştır. Hastalar uygulanan iki farklı nutrisyon rejimine göre randomize edilmiştir: sadece enteral (EN, n=20) ve enteral ve immünonutrisyon (ENIN, n=21) uygulanan grup. Her iki beslenme rejimi tüm hastalarda operasyondan 7 gün önce ve sonra (perioperatif) oral yada nazogastrik (NG) sonda ile, postoperatif dönemde ise beslenme jejunostomisi veya NG sonda yoluyla uygulanmıştır. Nutrisyonel parametreler (serum albumin, prealbumin, transferrin), postoperatif morbidite, mortalite ve hastanede kalış süreleri istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

#### BULGULAR

Temel parametreler ve demografik özellikler açısından gruplar arasında farklılık tespit edilmemiştir. İmmünonutrisyon uygulanan grupta (ENIN) serum prealbumin değerleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (P=0.033). ENIN grubunda postoperatif enfeksiyon (P=0.021) ve anastomoz kaçağı oranları da (P=0.018) EN uygulana gruba göre istatistiksel açıdan özellik arz edecek şekilde düşük olarak tespit edildi. EN uygulanan hasta grubunda hastanede kalış süresi ENIN grubuna göre daha uzun olarak bulundu (18/ 12 gün, P=0.032). Toplam morbidite ve mortalite oranları açısından her iki beslenme grubu değerleri ise benzerdi (P>0.05)

#### Tartışma ve SONUÇ

İmmünonutrisyon ve enteral beslenme literatürde gösterilmiş sağladıkları bazı olumlu etkiler nedeniyle cerrahi pratik ve malign hastalıklarda artan oranlarda kullanılmaktadır. Malignite cerrahisinde immünonutrisyon kullanımı ile ilgili olumlu yada herhangi bir etkisinin olmadığına ait çalışmalar bulunmaktadır. Uygulanan bu prospektif çalışmada enteral immünonutrisyonun perioperatif kullanımının enfeksiyöz komplikasyonlar ve anastomoz kaçağı oranları üzerine ve hastanede kalış süresine anlamlı derecede olumlu etkileri olduğu bulunmuştur. İmmünonutrisyonun bu olumlu etkilerin ortaya çıkmasında preoperatif dönemde malnutrisyon düzeyinin iyi tespit edilerek gerekli hastalarda ve perioperatif olarak en az 7 gün uygulanmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

2016 Ulusal Cerrahi Kongresi

**Anahtar Kelimeler:** Beslenme, İmmun Beslenme, Cerrahi Prosedürler, Kansere

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





**21. ULUSAL  
CERRAHİ KONGRESİ**  
**16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Tablo 2

<sup>a</sup>Model 1 and parameter estimates are in parentheses. <sup>b</sup>Model 2 and parameter estimates are in parentheses.

|          | 1990 | 1991 | 1992 |
|----------|------|------|------|
| $\Delta$ | 0    | 1    | 1.00 |
| $\Delta$ | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| MA(1)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(1)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(2)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(3)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(4)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(5)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(6)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(7)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(8)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(9)    | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(10)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(11)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(12)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(13)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(14)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(15)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(16)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(17)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(18)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(19)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(20)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(21)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(22)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(23)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(24)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(25)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(26)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(27)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(28)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(29)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(30)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(31)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(32)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(33)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(34)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(35)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(36)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(37)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(38)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(39)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(40)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(41)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(42)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(43)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(44)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(45)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(46)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(47)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(48)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(49)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(50)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(51)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(52)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(53)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(54)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(55)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(56)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(57)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(58)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(59)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(60)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(61)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(62)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(63)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(64)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(65)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(66)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(67)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(68)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(69)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(70)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(71)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(72)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(73)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(74)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(75)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(76)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(77)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(78)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(79)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(80)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(81)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(82)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(83)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(84)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(85)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(86)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |
| AR(87)   | 0.1  | 0.1  | 0.09 |

### Tablo 3

Table 3. Changes in cardiovascular parameters of the study period

|              | Preop. day 1 | Preop. day 7 | Postop. day 7 | P     |
|--------------|--------------|--------------|---------------|-------|
| EN           |              |              |               |       |
| Albucin      | 2.96 ± 0.3   | 2.99 ± 0.32  | 3 ± 0.33      | 0.433 |
| Fosfomicin   | 19.2 ± 0.4   | 30.1 ± 0.21  | 21.1 ± 0.18   | 0.204 |
| Trimethoprim | 192.5 ± 10.2 | 194.2 ± 11.1 | 195.5 ± 12.1  | 0.386 |
| ENIN         |              |              |               |       |
| Albucin      | 2.59 ± 0.4   | 3.02 ± 0.25  | 3.05 ± 0.28   | 0.646 |
| Fosfomicin   | 28 ± 2.4     | 29.6 ± 2.03  | 28.1 ± 1.63   | 0.033 |
| Trimethoprim | 291 ± 15.1   | 218 ± 10.1   | 211 ± 8.9     | 0.125 |

### Tablo 4

Table 4. Rates of infectious complications, morbidity, mortality, and LHS.

|                          | EN         | ENIN       | P     |
|--------------------------|------------|------------|-------|
| Infectious complications | 16 (31.3%) | 6 (11.7%)  | 0.021 |
| Overall morbidity        | 31 (60.8%) | 20 (39.2%) | 0.442 |
| Mortality                | 2 (4.8%)   | 1 (2.4%)   | 0.216 |
| LHS (days) (median)      | 18 (9–54)  | 12 (8–49)  | 0.032 |

**Tablo 5**Table 1. Results of the Copeland tests for the  $\alpha$  and  $\beta$  parameters.[illegible]

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0439 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### DİSSEMİNE GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR: Olgu sunumu

Onur Özener, Ayşe Arduçoğlu Merter, Burhan Mayir, Serkan Ceylan, Osman Zekai Öner, Mehmet Tahir Oruç  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ana bilim dalı

#### Amaç

Gastrointestinal stromal tümörler(GİST), tüm gastrointestinal tümörlerin %0.1-3'ünü oluştururlar. Gastrointestinal sistemde myenterik pleksusta bulunan ve peristaltizmi düzenleyen interstisiyel Cajal hücrelerinden kaynaklanan bu tümörler nonspesifik klinik bulgularla ortaya çıkarlar. Bu bildiride nörofibromatozis klinik bulgularına sahip ve multipl gastrointestinal stromal tümöre sahip bir olgu sunulmuştur.

#### Olgu

50 yaşında erkek hasta, 1 haftadır olan sağ üst kadranda ağrısı ve ishal şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıl önce ülser perforasyon nedeniyle operasyon öyküsü dışında herhanigibir özellik yoktu. Soygeçmişinde babasının bilinmeyen bir malignite nedeniyle ex olduğu ayrıca iki kızının over dermoid kisti nedeniyle opere olduğu öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgular olarak ellerde, ayaklarda ve aksillada cafe au lait benzeri lekeler, batında sağ üst ve alt kadranda palpabl kitle saptandı. Fizik muayene sonrası soygeçmişini tekrar sorgulandığında hastada bulunan cilt lezyonlarının benzerlerinin 4 kız kardeşinin 1'inde ve 3 kızında da mevcut olduğu öğrenildi. Tanı amaçlı yapılan kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografide batında sağ kadranda ince barsakla ilişkili olduğu düşünülen yaklaşık 10x10 cm ve pelvik alanda mesanenin posterior komşuluğunda 7.5x6 cm boyutta heterojen vasıflı kitlesel lezyon saptandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide korpusunda, kolonoskopide ise sağ kolonda 2.5 cm.lik GİST ile uyumlu olabilecek submukozal kitle tespit edildi.

Hastaya kesin tanı ve tedavi amaçlı ameliyat kararı alındı. Gerekli preop hazırlık ve onam alınmasını takiben hasta ameliyat edildi. Yapılan eksplorasyonda mide fundusundan başlayıp sağ kolona kadar uzanan, serozadan kaynaklanan, çoğu antimezenterik yüzde olan, 0.3 cm ile 10 cm. arasında boyutları değişen, 2-3 cm aralıklarla en az 100 adet tümöral kitle görüldü. Tanı ve tedavi amaçlı en büyük çaplı lezyonlar çıkarıldı. Çıkarılan kitlelerin frozen sonucu mezenkimal tümör ile uyumlu olarak raporlandı. Tümörlerin çok yaygın olması ve küratif operasyon yapılamayacağı sebebiyle operasyon sonlandırıldı. Ameliyatta çıkarılan tümörlerin patolojik incelemesinde, mikst tip, orta derecede riskli, düşük grade'li, mitotik indeksin 5'in altında olduğu gastrointestinal stromal tümör saptandı. Hastaya, operasyon sonrası dönemde imatinib --- tedavisi başlanarak takibe alındı.

#### Tartışma

Büyük ve yaygın gastrointestinal stromal tümörler tanı anında büyük kitleler ve yaygın peritoneal yayılımla başvurabilirler. Bizim olgumuzda da geçirilmiş şüpheli peptik ülser perforasyonu öyküsü olması muhtemelen stromal tm. perforasyonu ve sonrasında da peritoneal yüzeylere yaygın tümör ekilmiş olabileceği ihtimalini akla getiriyor. Rezektabil GİST'lerde temel tedavi prensibi negatif cerrahi sınırlarla komplet tümör rezeksiyonu iken hastamızda da olduğu gibi anrezektabil GİST'lerde imatinib temel tedavi rejimidir. Hastamız da ayrıca nörofibromatoziste görülen cafe au lait lekeleri saptanmıştır. Literatür incelemesi yapıldığında bu şekilde çok az sayıda hasta bildirilmiştir. Nörofibromatozisli olgularda saptanan çeşitli mutasyonların bu hastalarda gastrointestinal tümöre sebep olabileceği bildirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaygın Gastrointestinal stromal tümör, gastrointestinal tümör, Nörofibromatozis

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Hastaya ait cilt bulguları**



**Perop görüntü**



**Yaygın GİST perop görüntü**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0440 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Entübasyona Bağlı Gelişen Özefagus Perforasyonu

Melih Can Gül, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, Nesime İnci Eryılmaz, Ayfer Şen  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

**AMAÇ:** Özefagus perforasyonları nadir görülür, fakat özofagusa yönelik tanı ve tedavi ile ilgili invaziv girişimlerin artması nedeni ile sıklığı giderek artmaktadır. Özofagus perforasyonu kısa sürede mediastinal ve/veya plevral enflamasyon ve enfeksiyon, ardından sepsis gelişmesine neden olduğundan, bu olgularda morbidite ve mortalite yüksektir. Bu olgularda iyi sağkalım için ilk 24 saat içerisinde tanı konulması ve tedaviye başlanması önemlidir. İlk 24 saat sonrası bu olgularda mortalite 2 katına kadar çıkar. Septum Deviasyonu nedeniyle dış merkezde opere edilen hastada entübasyon sırasında özefagus üst kısmında gerçekleşen ve tedavisi cerrahi olarak yapılan bir hasta sunulur, ilgili literatür gözden geçirilmeye çalışıldı.

**OLGU:** 43 yaşında kadın hasta. Özgeçmişinde 3 yıl önce Total Tiroidektomi öyküsü ve 5 yıldır diyabetes mellitus tanısı mevcuttu. Dış merkezde septum deviasyonu tanısıyla kulak-burun-boğaz cerrahisi tarafından operasyona alınıp operasyon sırasında hastada saturasyon düşüklüğü, üst ekstremitelerde cilt altı amfizem gözlenmiş. Hasta Postop anestezi yoğun bakım ünitesinde takip edilirken hastada ateş, taşikardi, hipotansiyon gözlenmesi üzerine yapılan görüntülemelerde proksimal özefagus posteriorunda 2.5 cm lik özefagus perforasyonu ile uyumlu defekt gözlenmiştir. Hasta daha sonra hastanemize sevk edilip tarafımızca operasyona alındı. Yapılan servikal eksplorasyonda perforasyon alanının yanı sıra özefagus boyunca mediastinal boşlukta apse ile uyumlu materyal olduğu gözlemlendi. Perforasyon alanı, tek tek 4/0 poliglaktin 910 sütürlerle kapatılarak, mediastinel boşluğa drenaj uygulanarak apse içeriği aspire edildi. Ardından onarım ve mediastinal kaviteye hemovac drenler yerleştirildi. Postoperatif dönemde intraoperatif ilk 11 günde olağan seyreden hastada sonrasında fungal sepsis gelişmesi nedeniyle yoğun bakım takiplerinde hasta eksitus kabul edildi.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Özofagus perforasyonlarında erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Bu olgularda mortalitenin en önemli nedenlerinden olan mediastinit önlemek için yeterli drenaj sağlanmalı ve geniş spektrumlu antibiyoterapiye başlanmalıdır. Mediastinal ve plevral kirlenme gelişmeden tanının konulması, tedavinin başarısını artırır. Biz hastamızda gelişen mediastinit tablosunun tedavisi sırasında drenaj ve sonrası takibin yönetilmesi konusunda multidisipliner yaklaşım sergilememize rağmen hastanın daha önce var olan total tiroidektomi ve diyabetes mellitus öyküsünün de postoperatif iyileşmeye negatif bir etkisinin olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** özefagus perforasyonu, özefagusa primer sütür, zor entübasyon, mediastinit, total tiroidektomi

#### Resim 1



Kontrast Maddenin Paraozefageal Bosluktaki görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0441 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Laparoskopik Jejunum Rezeksiyonu İle Mezenter Kist Eksizyonu

Melih Can Gül, Nesime İnci Eryılmaz, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

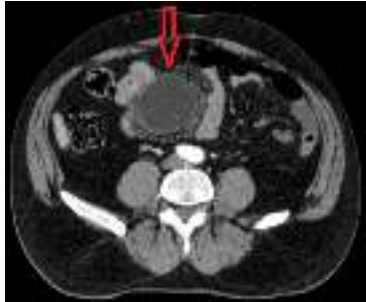
**AMAÇ:** Mezenter kisti nadir görülen bir lezyondur. 100.000-150.000 hastane yatışından birinde görüldüğü ileri sürülmüştür. Mezenter kistin nasıl geliştiği tam olarak açıklanamamaktadır. Embriyolojik gelişme kusuru, lenfatik kanallann tıkanması, lenf nodlarının dejeneratif değişikliği ve travma bu tür kistlerin oluşumunu açıklayabilmek için öne sürülen başlıca görüşlerdir (3,6). Olguların 2/3'ü ince barsak, 1/4'ü kalın barsak mezenterinde oluşur, İleum ve sigmoid kolon mezosu kistlerin en sık meydana geldiği bölgelerdir. Mezenter kistlerinin klinik belirti ve bulguları kistin büyüklüğüne, yerleşme yerine, kist komplikasyonunun gelişip gelişmemesine bağlıdır. Jejunum mezosunda tespit edilen 8x6 cm lik mezenter kisti nedeniyle laparoskopik segmenter jejunum rezeksiyonu yapılan bir hasta sunularak, ilgili literatür gözden geçirilmeye çalışıldı.

**OLGU:** 58 yaşında erkek hasta. Özgeçmişinde 17 yıl önce inguinal herni operasyonu olup ek hastalığı yoktu. Kliniğimize 1 aydır var olan karında şişlik ve 4 gündür giderek artan kramp tarzında karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde batında rebound ve defans, hassasiyet yoktu. Umblikusun sol inferiolateralinde dolguluk palpe edilmekteydi. Çekilen Abdomen Tomografi raporunda jejunal ans düzeyinde ince barsak mezenterinde 6x8 cm boyutlarında mezenter kisti ile uyumlu olabilecek görünüm rapor edildi. Hastaya laparoskopi planlandı. Operasyon sırasında treitz ligamanından 50 cm ditalde jejunum mezenterinde kistik yapı gözlemlendi. Disseksiyon sırasında ilgili segmentin dolaşımının bozulma riski nedeniyle hastaya segmenter rezeksiyon yapıp ilgili segment umblikustan mini laparotomi ile çıkarıldı. Kalan segmentler anastomoz yapıldıktan sonra hasta postop olağan seyretti. Patoloji sonucu Mezenter kisti olarak bildirildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Mezenter kistlerinin görülme sıklığı çok nadir olmasına rağmen tedavisi cerrahi yöntemle mümkündür. Barsağı ve mezenter damarlarını yaralamadan, kistin çıkarılması (enükleasyon) tercih edilen yöntemdir. Bazı vakalarda kistin barsağa ileri derece yapışık olması, barsak rezeksiyonu yaparak kistin çıkarılmasına olanak verir ki, bundan kaçınılmamalıdır. Çünkü kist kapsamının boşaltılıp bırakılmasının ya da kistin dışı drenajının sonuçları olumsuz ikinci bir girişimi gerektirirler (2,3). Son yıllarda laparoskopi ile tedavi üzerinde durulmaktadır. Kistin tam bir çıkarımının yapılabildiği olgularda, sonuç mükemmeldir. Nüksler genellikle kısmi kist duvarı eksizyonu ya da kist kapsamının boşaltılması yöntemi ile tedavi edilen olgularda görülür. Olgumuzda da ilgili kistin tamamı segmentle birlikte güvenli bir şekilde çıkarılıp hasta daha invaziv, uzun süre yatış gerektirecek, postop komplikasyon riski daha fazla olan bir cerrahiye gerek duyulmadan taburcu edilmiştir. Bizde mevcut kistlere mümkün olduğunca laparoskopik yaklaşılması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Batın içi kitle, jejunum rezeksiyonu, laparoskopik ince barsak rezeksiyonu, Mezenter kisti

#### Resim 1



Mezenter Kistin tomografi görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0442 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide tümörlerinde laparoskopik cerrahi işlemi

Murat Can Mollaoğlu<sup>1</sup>, Meriç Emre Bostancı<sup>2</sup>, İlker Özel<sup>3</sup>, Ömer Kürklü<sup>3</sup>, Mustafa Atabey<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zara Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sivas

<sup>2</sup>Numune Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sivas

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

**GİRİŞ:** Uzun yıllar açık ameliyatla yapılan mide tümörü ameliyatları yerini hızla minimal invaziv cerrahiye bırakmıştır. Başlarda bu ameliyat sadece erken mide kanserine ve daha çok distal gastrektomi endikasyonlu hastalara uygulanırken, günümüzde tüm mide kanserli hastalara uygulanabilecek duruma gelmiştir. Bu çalışmanın amacı, laparoskopik olarak ameliyat edilen mide kanserli hastalara yapılan rezeksiyon işleminin sonuçlarını değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** Bu çalışma Ocak 2017- Aralık 2017 yılında Genel Cerrahi kliniğinde laparoskopik mide rezeksiyonu yapılan mide kanserli hastaların yer aldığı retrospektif bir çalışmadır. Çalışmada hastaların demografik özellikleri, hastanede kalış süresi gibi klinik özellikleri ve tümörün patolojik özellikleri ele alınmıştır.

**BULGULAR:** Ocak 2017- Aralık 2017 yılında Genel Cerrahi kliniğinde mide tümörü tanılı üç hastaya laparoskopik cerrahi yapıldığı belirlendi. Bu hastaların üçü de erkekti. Birinci hastanın yaşı 64, ikinci hasta 65 ve üçüncü hasta 35 yaşındaydı. Hastaların ikisi adenokarsinom tümörü, biri taşlı yüzük hücreli tümör tanılıydı. Patoloji sonuçları T4aN3Mx, T3N1Mx, T3N2Mx olarak belirlenmiştir. Uygulanan mide tümörü laparoskopik cerrahi sonrasında üç hastada da negatif cerrahi sınırlara ulaşıldı. İşlem sırasında 5 port uygulandı ve laparoskopik rezeksiyon yapılan hastalarda anastomozlar intrakorporal yapıldı. İşlem sırasında spesmenler doğal deliklerden çıkarıldı. Ayrıca opere edilen hastalara laparoskopik lenf nodu disseksiyonu yapılmış olup, 28, 26, 44 lenf nodlar çıkarıldı. Hastaların ameliyat süresi yaklaşık olarak 4.5-5 saat sürdü. Operasyon komplikasyonsuz tamamlandı.

Post- op dönemde; hastalara ortalama 4., 5. günde oral başlandı. Hastaların üçü de oral beslenmeye uyum sağladılar ve herhangi bir intolerasyon gelişmedi. Gastrointestinal aktiviteleri normale dönen hastalar 7-10 gün içerisinde taburcu edildiler. Hastalarda post-op ve hospitalizasyon süresince herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

**SONUÇ:** Mide kanserleri için laparoskopik cerrahi yöntem giderek daha tercih edilir bir yöntem haline gelmiştir.

Laparoskopik mide kanseri ameliyatlarında ilk deneyimlerimizde uzun operasyon süresi dezavantaj gibi görünse de sağladığı konfor, post op yara yeri enfeksiyonu riskinin azalması, hospitalizasyon süresinin kısalması gibi avantajları göz önünde bulundurularak mide kanserli hastalarda tercih edileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik cerrahi, mide tümörü, retrospektif inceleme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0443 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Acil mezenteroaksiyal tipte mide volvulusunun tedavisi: Olgu sunumu

Mehmet İlhan<sup>1</sup>, Burak Çelik<sup>1</sup>, Ali Fuat Kaan Gök<sup>1</sup>, Ahmet Kemalettin Koltka<sup>2</sup>, Mehmet Kayhan Günay<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### AMAÇ:

Mide volvulusu, midenin 180 derecenin üzerindeki rotasyonu ile oluşan ve ileri görüntüleme yöntemleriyle eskiye oranla daha sık tanı konulan cerrahi gerektiren bir durumdur. Üç yıl önce ülser perforasyonu tanısıyla ameliyat olan ve mezenteroaksiyal tipte mide volvulusu tespit edilen bir olgumuzu sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

42 yaşında erkek hasta, bir gündür olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikâyetleriyle acil cerrahi kliniğimize başvurdu. Karında yaygın gerginlik ve şişkinlik hissi ile birlikte yediği ve içtiği gıdaları kustuğunu ifade ediyordu. Yapılan fizik muayenesinde yaygın karın hassasiyeti dışında özellik yoktu. Kan değerlerinde lökositoz (WBC:12.300 ) ve akut faz reaktanlarında (Crp:22 ) hafif yükselme dışında bir özellik yoktu. Akciğer grafisinde mediastene doğru uzanım gösteren mide fundus havası tespit edildi. Batın bilgisayarlı tomografi de; midenin ileri derecede dilate olduğu, mezenteroaksiyal tipte mide volvulusu ile uyumlu görünüm saptandı. Sol böbrek pelviste. Gastroskopide mezenteroaksiyel volvulus ve mukozada nekroz saptandı ama detorsiyone edilemedi. Yapılan ameliyatta, mezenteroaksiyel volvulus tespit edildi, detorsiyone edilerek, gastropaksi ve hiatal herni tamiri yapıldı. Peroperatif gastroskopide mide duvarında tam kat nekroz yoktu. Postoperatif komplikasyonu olmayan hasta, 10.gününde sorunsuz olarak taburcu edildi. Birinci ay kontrolunda sorun yoktu. Tatışma: Gastro intestinal volvulus en sık kolonda görülür. Mide volvulusu oldukça nadir görülür. Bu volvuluslar primer ve skonder olabilir. Midenin ligamatöz destek yapılarında relaksasyonu volvulusa etken olduğu sanılmakta. Mide volvulusları Organoaksiyel, Mezenteroaksiyel ve miks olarak olabilir. Olgumuzda mezenteroaksiyal tipte mide volvulusu saptandı ve cerrahi olarak detorsiyone edildi, gastropaksi ve hiatal herni tamiri yapıldı.

Sonuç olarak; Mide volvulusu cerrahi kliniklerde nadir görülmekte ve tanı değeri yüksek bir görüntüleme veya laboratuvar tetkiki olmadığından, tanısı koymak oldukça güçtür. Klinik olarak şüphe duymak, ayırıcı tanıda düşünülmesi ve acil cerrahi girişim yapılması gerekeceği akılda tutulması gerekir.

#### Anahtar Kelimeler: Mide, Volvulus, Tedavi

#### Resim 1



Direk batın grafinde sol diyaframa eleve ve mide ileri derece dilate.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



Pasaj grafisinde mide volvulusu ile uyumlu görünüm

**Resim 3a**



Batın BTâ€™inde midenin ileri derecede dilate olduğu, mezenteroaksiyal tipte mide volvulusu ile uyumlu görünüm.

**Resim 4a**



Gastroskopiye mezenteroaksiyel volvulus ve mukozada nekroz saptandı ama endoskopik olarak detorsiyone edilemedi.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 5a



Ameliyatta, mezenteroaksiyel volvulus tespit edildi, detorsiyone edilerek, gastropexi yapıldı. Peroperatif gastroskopiye mide duvarında tam kat nekroz yoktu.

Resim 3b



Batın BTâ€™de midenin ileri derecede dilate olduğu, mezenteroaksiyal tipte mide volvulusu ile uyumlu görünüm.

Resim 4b



Gastroskopiye mezenteroaksiyel volvulus ve mukozada nekroz saptandı ama endoskopik olarak detorsiyone edilemedi.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 5b**



Ameliyatta, mezenteroaksiyel volvulus tespit edildi, detrosiyone edilerek, gastropexi yapıldı. Peroperatif gastroskopiye mide duvarında tam kat nekroz yoktu.

**Resim 3c**



Batın BTâ€™de midenin ileri derecede dilate olduğu, mezenteroaksiyal tipte mide volvulusu ile uyumlu görünüm.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0444 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Rastlantısal saptanan mide GİST: Olgu sunumu

Sedat Tan<sup>1</sup>, Hilmi Yazıcı<sup>1</sup>, Erkan Oymacı<sup>2</sup>, Burak Dede<sup>1</sup>, Mehmet Yıldırım<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, İzmir

**GİRİŞ:** GİST'ler gastrointestinal sistemin en sık görülen mezeneşimal tümörleridir. Tüm gastrointestinal sistem tümörlerin %1-3 ünü oluştururlar. Lezyonların sıklıkla yerleşim yeri mide (%66) ve ince barsaktır (%30). Kanama, anemi, karın ağrısı, şişkinlik ile karşımıza çıkabileceği gibi tamamen asemptomatik olup başka nedenlerle yapılan incelemelerde rastlantısal olarak da çıkabilir. Burada acil servisimize kolelithiazis ve koledokolithiazis ile başvuran ve tetkiklerinde rastlantısal olarak mide GİST saptanan hastanın yönetimi anlatılacaktır.

**OLGU:** 68 yaşında erkek hasta sağ üst kadranda ağrı şikayetiyle acil servisimize başvurmuş. Medikal tedavi ile şikayetleri gerileyen hastanın tetkiklerinde kolelithiazis saptanması üzerine genel cerrahi polikliniğine yönlendirilmiş. Batın BT raporu ile polikliniğimizde değerlendirildi. Karın ağrısı gerilemiş ve karın muayene bulguları olağandı. Bilinen nefrolitiazis öyküsü dışında ek özellik yoktu. Karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Batın BT'sinde safra kesesinde hidropik görünüm, 22 mm taş, distal koledokta ılımlı genişleme ve künt sonlanım, mide korpus büyük kurvatur düzeyinde mide ile karaciğer sol lob arasında mide duvarından egzofitik çıkmış olabilecek yaklaşık 1 cm boyutlu nodüler kontrast tutulumu saptandı. İleri inceleme olarak hastaya üst abdomen MR ve MRCP planlandı. MR'da kolelitiyazis + koledokolitiyazis, mide büyük kurvatur ile karaciğer sol lob arasında 14x8mm boyutunda mideden egzofitik çıkım gösteren mide GİST ile uyumlu olabilecek lezyon saptandı. Tümör belirteçleri olağan sınırlardaydı. Üst GİS endoskopi yapıldı ve olağan olarak değerlendirildi. ERCP yapılarak EST ve balon ile koledoktan taş çıkartıldı. ERCP'den 1 hafta sonra operasyona alındı. Laparoskopik explorasyonda mide anteriorunda corpus antrum bileşkesinde yaklaşık 1 cm çapında polipoid-egzofitik düzensiz sınırlı lezyonu mevcuttu. Mideye laparoskopik wedge rezeksiyon ve eş zamanlı laparoskopik kolesistektomi işlemi uygulandı. Postoperatif 5. gününde şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu, 15 mm çaplı, 50 büyük büyütme alanında da 1-2 mitoz izlenen, cerrahi sınırları salim, epitelioid GİST ile uyumlu olarak rapor edildi. Ek tedavi planlanmadı. Hasta, 16 aylık takibinde hastaliksız olarak izlenmektedir.

**SONUÇ:** GİST ler potansiyel malign mezeneşimal tümörler olarak değerlendirilirler. 2 cm altı ve risk faktörleri olmayan GİST' lerde cerrahi uygulanmadan 6 aylık takip planlanabilse de, vakamızdaki sınır düzensizliği gibi risk faktörü olan 2 cm altı GİST'lerde cerrahi planlanmalıdır. Bu tür küçük GİST'ler için ideal tedavi sağlam cerrahi sınırla laparoskopik wedge rezeksiyondur. Kolelithiazis varlığında, işleme eş zamanlı kolesistektomi de eklenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** GİST, laparoskopik GİST, rastlantısal GİST

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



**21. ULUSAL  
CERRAHİ KONGRESİ**  
**16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0445 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İleoçekal İnvajinasyona Yol Açan Non-Hodgkin Lenfoma: Olgu Sunumu

Halil Afşin Taşdelen<sup>1</sup>, Banu Karapolat<sup>1</sup>, İzzettin Kahraman<sup>1</sup>, Hatice Küçük<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Trabzon

#### AMAÇ:

29 yaşında erkek olguda, ileoçekal invajinasyona yol açan non-Hodgkin lenfomanın sunulması amaçlanmıştır.

#### OLGUNUN ÖZELLİKLERİ:

29 yaşında erkek olgu, yaklaşık 5 gün önce başlayan, bulantı, kusma, iştahsızlık, aralıklı kramp tarzında karın ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde çocukluk çağında fallot tetralojisi nedeniyle transpozisyon operasyonu vardı. Yapılan muayenesinde, batında hafif distansiyon, sağ alt kadranda palpasyonda hassasiyet mevcuttu. Musküler defans ve rebound bulguları yoktu. Ultrasonografide, ileokolik düzeyde 5,5 cm lik segmentte iç içe geçmiş barsak ansları (invajinasyon) tanımlandı. Batın bilgisayarlı tomografisinde, ileoçekal bölgede appendix vermiformisi de içine alan, iç içe geçmiş barsak görünümü, çevre mezenterde inflamasyona bağlı belirgin dansite artışı ve çok sayıda milimetrik lenf nodları, çıkan kolon ve çekumda 15 mm'ye ulaşan duvar kalınlaşması rapor edildi (resim 1). Olguya sağ paramedian insizyon ile laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda, ileoçekal valv ve apendiksin birlikte çekum içine invajine olduğu görüldü. Çekum içinde yaklaşık 7 cm çaplı sert lastik kıvrımlı kitle tespit edildi. Appendix vermiformis ödemli ve yaklaşık 1 cm çapında idi. Mezenterde çok sayıda lenf nodu saptandı (resim 2). Lenfovasküler pedikülle birlikte geniş ileoçekal rezeksiyon yapıldı. Spesmen frozen section için patoloji laboratuvarına gönderildi. Frozen section sonucu lenfoma ile uyumlu olarak bildirildi. Stapler ile yan yana ileokolik anastomoz yapılarak operasyona son verildi. Postoperatif 5. günde olgu sorunsuz taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu; ileoçekal bölgede, terminal ileumdan köken alan, ileoçekal valvi kısmen tutan ve çekuma invajinasyona neden olarak lümeni tıkayan, polipoid yapıda, 7x6 cm boyutlarında diffüz büyük B hücreli non-Hodgkin lenfoma olarak rapor edildi. Eksize edilen 19 adet lenf nodunun tamamı reaktif hiperplazik özellikte idi. Tümör, subserozaya kadar invaze idi (resim 3,4). Postoperatif dönemde olgu medikal onkolojiye konsülte edildi. Olguya 6 kür R-CHOP (rituximab, siklofosfamid, doksorubisin (hidroksirubisin), vinkristin ve prednizon) kemoterapi protokolü verildi. Yapılan pozitron emisyon tomografi (PET-BT) kontrollerinde FDG afiniteli malignite lehine bulgu saptanmadı. Postoperatif 17. ayında bulunan olgunun kontrolleri sorunsuz olarak devam etmektedir.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

İnvajinasyon, çocuk yaş grubuna göre erişkinlerde çok daha nadir görülür. İnvajinasyonların sadece %5'i erişkinlerde bulunurken, tüm barsak obstrüksiyonlarının sadece %1-5'ini oluştururlar. Klinik tanı, semptomların aralıklı ve nonspesifik olması nedeniyle genellikle güçtür. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tanıda yardımcı olabilir. Primer gastrointestinal lenfoma nadir görülen bir malignitedir ve erişkinlerde invajinasyona neden olabilir. Bizim olgumuzda da ileoçekal bölgede invajinasyona neden olan ve tek odakta gelişmiş non-Hodgkin lenfoma mevcuttu. Primer gastrointestinal lenfomalar, erişkinlerde görülen invajinasyonlarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Erişkin, İleoçekal İnvajinasyon, non-Hodgkin Lenfoma, Rezeksiyon, Malign, Tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



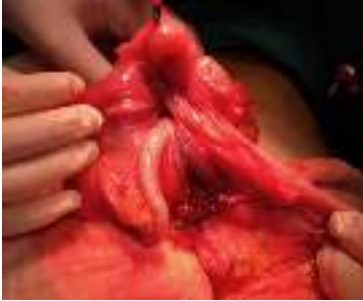
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### Aksiyal Bilgisayarlı Tomografi Kesiti



Appendix vermiformisi de içine alan ileoçekal invajinasyon.

### Cerrahi Eksplorasyon



Appendix vermiformisle birlikte ileoçekal invajinasyon ve kitlenin eksplorasyonu

### İleoçekal Rezeksiyon Materyali



Terminal ileumdan köken alan ve ileoçekal valvi tutan kitle lezyonu.

### Mikroskopik Patoloji.



Atipik lenfoid infiltrasyon ve mukoza ile ilişkisi.(H&E, x4)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0446 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nadir Bir Üst Gastrointestinal Sistem Kanaması Nedeni: Gastrik Antral Vasküler Ektazi

Anıl Ergin, Ahmet Çakmak, Ahmet Başak, Hüseyin Çiyiltepe, Aziz Bora Karip, Kemal Memişoğlu  
SBÜ İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### GİRİŞ

Gastrik antral vasküler ektazi (GAVE), kronik üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması ve demir eksikliği anemisinin karakteristik endoskopik ve histolojik bulguları olan nadir bir sebebidir. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarının %4 ünden sorumlu olmasına rağmen klinik olarak sessiz olabildiğinden görülme sıklığı net olarak bilinmemektedir. GAVE ilk olarak 1953 yılında antrektomi yapılan hastaların gastrektomi piyeslerinin patolojik incelemesinde "belirgin venokapiller ektazinin eşlik ettiği eroziv gastrit" olarak Ryder tarafından tanımlanmıştır. Endoskopik olarak pılordan antruma doğru radyal uzanım gösteren lineer ve/veya diffüz yayılım gösteren eritematöz görünüm ile karakterizedir. Jabbari tarafından bu tipik endoskopik görünüm karpuz mide (watermelon stomach) olarak tanımlanmıştır. GAVE sıklıkla yaşlı kadın hastalarda görülür ve hastaların %30'unda eşlik eden karaciğer hastalığı, %60 'ında ise otoimmün hastalık mevcuttur. Hastalar genellikle asemptomatiktir. Çoğunlukla gizli kanamalara bağlı demir eksikliği anemisi araştırılırken yapılan üst GİS endoskopisinde saptanmaktadır. Tipik endoskopik görünümü nedeniyle biyopsiye gerek duyulmamaktadır. Nadiren masif gastrointestinal kanama sonucu meleno ile başvurabilirler.

Bu olguda masif GİS kanama ile başvuran, endoskopik tedavi yöntemleri ile tedavi edilemeyen ve laparoskopik antrektomi yapılan olguyu sunmayı amaçladık.

#### OLGU

Tip 2 diabetes mellitus ve tip 1 Gaucher hastalığı tanıları olan 56 yaşında kadın hasta (VKİ: 48) nefes darlığı, halsizlik ve meleno yakınmaları ile başvurduğu acil serviste yapılan tetkiklerinde hemoglobin (Hgb) değerinin 5.6 gr/dL saptanması üzerine GİS kanama nedeniyle yatırılarak tetkik edildi. Hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu verildi ve sonrasında yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde aktif kanamayla birlikte GAVE ile uyumlu bulgular izlendi (Resim 1) ve eş zamanlı hastaya argon plazma koagülasyon yapıldı. İşlem sonrası 2. günde yeniden Hgb düşüşü olması nedeniyle hastaya endoskopi tekrarı yapıldı ve yeniden aynı odaklardan kanama olduğu izlendi. Hastaya ikinci kez argon plazma koagülasyon yapıldı. Kanama kontrol altına alındı ancak ikinci işlemden 1 gün sonra hastada tekrar kanama ve Hgb düşüşü (Hb: 6.7 gr/dl) olması üzere hastaya operasyon planlandı. Eritrosit süspansiyonu transfüzyonu sonrası hasta operasyona alındı. Operasyon sırasında karaciğerin nodüler tarzda sirotik olduğu izlendi (Resim 2). Hastaya laparoskopik antrektomi ve gastroenterostomi yapıldı (Resim 3). Postoperatif takiplerinde herhangi bir transfüzyon ihtiyacı olmadı ve 6. gün hasta sorunsuz şekilde taburcu edildi. Patoloji sonucunda eroziv gastrit ile birlikte mukozal damarlarda belirginleşme ve yaygın damar içi trombüsler izlendi.

#### TARTIŞMA-SONUÇ

Genellikle kronik demir eksikliği anemisi ile yapılan endoskopilerde tanı alan GAVE nadiren masif GİS kanama sebebi olmaktadır. Hastada eşlik eden komorbiditeler nedeniyle cerrahi bu hasta grubunda yüksek morbidite ve mortalite ile yapılmaktadır. Ancak endoskopik tedavi yöntemlerine yanıt alınamadığı durumlarda cerrahi seçeneği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** GAVE, GİS Kanama, Portal Hipertansif Gastropati

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Resim 1** Endoskopide antrumda yaygın peteşiel tarzda kanama odakları ve vasküler ektazi görünümü



**Resim 2** Karaciğerde mikronodüler görünüm



**Resim 3** Antrumda ektazik damarların izlendiği antrektomi materyali görünümü



**Resim 4:** Antrektomi materyali histopatolojik görüntüleri



4A- Mukozada fibrin trombüsler içeren ektatik damar yapıları. (ok) H&Ex100, 4B-Hiperemik ve ileri derecede dilate submukozal damar yapıları. (ok)H&Ex100

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0447 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nadir Görülen Foregut Anomalileri

Mustafa Yener Uzunoğlu<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>, Enis Dikicier<sup>1</sup>, Yasin Alper Yıldız<sup>3</sup>, Ali Muhtaroglu<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>İstinye Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Sakarya

**GİRİŞ:** Foregut Kistik Gelişim Anomalileri (FKGA) özellikle mide lokalizasyonunda görülen ve son derece nadir gastrointestinal malformasyonlardır. FKGA'nın intrauterin hayatta primitif yapıların involüsyona uğramaması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu yazıda FKGA nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan iki olgu sunulmaktadır.

**Olgu Sunumu 1:** Yirmi altı yaşına erkek hasta non-spesifik epigastrik ağrı şikayeti ile başvurdu. Üst gastrointestinal endoskopi incelemesi ve biyokimyasal parametreleri normal olarak değerlendirildi. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; mide fundus süperioru lokalizasyonunda, subdiagrafmatik alana uzanan 77x57 mm boyutlarında, periferik ince septasyonlar içeren ve mide duvarı ile ilişkili olduğu izlenen kistik lezyon saptandı (Resim 1). Robotik kist eksizyonu yapıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 4.gün taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu Gastrik Foregut Duplikasyon Kisti olarak değerlendirildi.

**Olgu Sunumu 2:** Otuz dört yaşında erkek hasta non-spesifik epigastrik ağrı şikayeti ile başvurdu. Üst gastrointestinal endoskopi incelemesinde mide büyük kurvatura lokalizasyonunda, üzerindeki normal görünümlü mukozayı lümeneye doğru iten, muhtemel submukozal olarak değerlendirilen lezyon belirlendi. Endosonografi incelemesinde submukoza kaynaklı 20x20 mm'lik aneoiik kistik içeriğe sahip lezyon belirlendi. Abdominal BT incelemesinde mide proksimali küçük kurvatura lokalizasyonunda, 4x3 cm boyutunda ve endosonografik olarak tanımlanan lezyon ile benzer iç özelliklere sahip ikinci lezyon olduğu saptandı (Resim 2). Robotik kist eksizyonu ve mide wedge rezeksiyonu ameliyatı yapıldı. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta 4.gün taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu 2 lezyonun Gastritis Cystica Profunda olduğu belirlendi.

**Tartışma:** Gastrik foregut duplikasyon kisti nadir görülen bir anomalidir ve genellikle yaşamın ilk yıllarında semptomatiktir. Nadiren yetişkinlik çağına kadar asemptomatik olarak kalabilmekte veya non-spesifik şikayetlere neden olabilmektedir. Sıklıkla mide büyük kurvaturada lokalize olur. Tanıda endosonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme kullanılmaktadır. Malign dejenerasyon oldukça nadir olsa da kist duvarı epitelinden adenokanser, skuamöz hücreli kanser veya nöroendokrin karsinom gelişebilmektedir. Bu nedenle tedavide cerrahi rezeksiyon önerilmektedir. Gastritis cystica profunda da oldukça nadir görülen bir anomalidir ve etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte geçirilmiş mide cerrahisi sonrası kistik bezlerin submukozal alana girip polipoid hiperplazi ve kistik dilatasyon oluşturduğu kabul edilmektedir. Klinik şikayetler genellikle non-spesifiktir. Tanısı genellikle üst gastrointestinal endoskopisi, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans inceleme gibi görüntüleme yöntemleriyle tesadüfen koyulmaktadır. Çok nadir de olsa gastrik adenokansere predispozan olduğu belirtilmekte, bu nedenle tedavide cerrahi rezeksiyon uygulanmaktadır. Nüks ihtimali mevcuttur ve uzun süreli takipler önerilmektedir.

**Sonuç:** Foregut Kistik Gelişim Anomalileri nadir görülen üst gastrointestinal malformasyonlardır. Yetişkinlerde genellikle asemptomatik olup tanıları tesadüfen koyulmaktadır ve tedavide cerrahi eksizyon önerilmektedir. Her iki lezyon da non-spesifik bulgularla başvurup radyolojik incelemelerde saptanan üst gastrointestinal sisteme ait kistik lezyonların ayırıcı tanısında hatırlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Foregut Kistik Gelişim Anomalileri, gastrik foregut duplikasyon kisti, gastritis cystica profunda

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Resim 1**



Gastrik Duplikasyon Kisti bilgisayarlı tomografi görüntüsü

**Resim 2**



Gastrik Duplikasyon Kisti, robotik eksizyon sırasında kaydedilmiş görüntü

**Resim 3**



Gastritis Cystica Profunda bilgisayarlı tomografi görüntüsü

**Resim 4**



Gastritis Cystica Profunda piyes görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0448 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Çıkan Kolona İnvaze Mezenterik Fibromatozis

Ali Cihan Bilgili, Erdem Durum, Emre Teke, Hüseyin Çiyiltepe, Aziz Bora Karip, Kemal Memişoğlu  
SBÜ İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### GİRİŞ:

Desmoid fibromatozis (DF) tüm tümöral lezyonların % 0,03'ünü oluşturur ve insidans hızı milyonda 2-4'tür. 15-40 yaş arasında kadın hastalarda daha sık görülür. En sık görüldüğü yer ince bağırsak mezenteri olmasına rağmen ileokolik mezenter, gastrokolik ligaman, omentum, retroperiton ve karın duvarı da tutulabilmektedir. DF histolojik açıdan benign karakterde olmasına rağmen, lokal invaziv tümörlerdir ve yüksek lokal nüks oranı ile ilişkilidir, ancak metastatik potansiyeli yoktur. Çoğu asemptomatiktir ancak karında kitle, karın ağrısı, kusma ile de başvurulabilir. Mezenterik desmoid komşu organları invaze edebilir ve buna bağlı bağırsak tıkanıklığı, iske mi, hidronefroz, gibi bulgularla ortaya çıkabilir. Sporadik formu oldukça nadir görülür ve bu ifadesiyi kullanabilmek için geçirilmiş travma veya cerrahi, uzun süreli veya yüksek doz östrojen kullanımı, Familial Poliposis Sendromu, Gardner Sendromu veya Crohn hastalığı gibi etyolojik faktörlerin dışlanması gerekmektedir. Bu yazıda karında kitle ile başvuran sporadik mezenterik fibromatozis saptanan erkek hastayı sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

56 yaşında erkek hasta 1 aydır karın orta hatta ele gelen kitle ile başvurdu. Hastada eşlik eden başka semptom yoktu. Bilinen ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın anamnezinde daha önce geçirilmiş cerrahi veya travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede epigastrik bölgede kısmi mobil yaklaşık 10 cm çaplı kitle tespit edildi. Kontrastlı tüm batin tomografisinde batin orta hatta ince bağırsak mezosuna komşu 11 x 9 cm boyutlarında öncelikle gastrointestinal stromal tümör (GIST) olduğu düşünülen kas dokusu ile izodens, düzgün sınırlı kitle izlenmekteydi (Resim 1A,B). Yapılan alt-üst gastrointestinal sistem endoskopisinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Ameliyat kararı alınan hastada eksplorasyonda ince barsak mezosunda süperior mezenterik arter (SMA) ve süperior mezenterik ven (SMV) anteriorunda yerleşmiş, çıkan kolon duvarına lokal invaze olan yaklaşık 12 cm çaplı, düzgün sınırlı kitle tespit edildi, kitle komşu vasküler yapılardan diseke edildikten sonra invazyon düşünülen kolon segmentini içerecek şekilde eksize edildi (Resim 2). Histopatolojik değerlendirmede keloid benzeri kolajenden zengin stroma içerisinde içi şekilde hücreler izlendi. İmmunhistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde CD-34, S-100, CD-117 ile boyanma görülmezken, SMA ile bazı hücrelerde boyanma mevcuttu. Bulgular mezenterik fibromatozis ile uyumlu olarak rapor edildi.

#### TARTIŞMA-SONUÇ:

Sporadik DF nadir görülen bir antitedir. Hastaların operasyon öncesinde detaylı sorgulanması ve eşlik eden diğer patolojilerin varlığı açısından araştırılması gerekmektedir. Cerrahi sırasında lokal invazif tümörler olması nedeniyle ek organ rezeksiyonlarına ihtiyaç duyulabileceği ve postoperatif dönemde sık nüks edebileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Desmoid tümör, Mezenterik Fibromatozis, Karında kitle

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

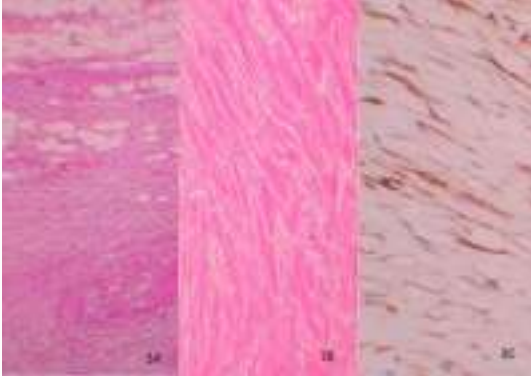
**Resim 1: İnce barsak mezosunda yerleşmiş 11 cm kitlenin (A) sagittal ve (B) aksiyel plan kontrastlı bilgisayarlı tomografi görünümü**



**Resim 2: Çıkan kolona (C) invaze desmoid fibromatozis (DF) rezeksiyon sonrası piyesin görüntüsü**



**Resim 3: DF nin histopatoloji görüntüleri**



**Resim 3A Çevre yağ dokusuna invazyon gösteren içi hücreli tümöral lezyon H&Ex40, 3B Tümörde keloid benzeri kalın kollegen lif demetleri. H&Ex200, 3C Tümörde yer yer SMA pozitifliği. İmmünohistokimya x200**

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0449 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Robotik Heller miyotomi: Avantajları - Dezavantajları

Fatih Altıntoprak<sup>1</sup>, Mustafa Yener Uzunoğlu<sup>2</sup>, Enis Dikicier<sup>2</sup>, Kayhan Özdemir<sup>3</sup>, Burak Kamburoğlu<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

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

#### GİRİŞ

Akalazya; özofagusun peristaltizm bozukluğu ve alt özofageal sfinkter fonksiyon kaybı ile giden nörodejeneratif motilite bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Robotik cerrahi; klasik minimal invaziv yöntemlere kıyasla vaad ettiği avantajlar nedeniyle günümüzde dahi akalazya cerrahisinde tercih edilmesi gereken yöntem olma yolunda emin adımlarla ilerlemektedir. Bu sunumda robotik heller miyotomi başlangıç deneyimlerimiz sunulmakta ve robotik cerrahinin akalazya tedavisindeki ilerleyişi tartışılmaktadır.

#### MATERYAL-METOD

Akalazya tanısı ile robotik cerrahi uygulanan hastaların kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların bilgileri demografik veriler, şikayetlerinin süresi, daha önce uygulanmış olan tedavi seçenekleri, robotik cerrahi ameliyat tekniği ve erken post-operatif dönem sonuçları açılarından incelendi.

#### SONUÇLAR

Haziran 2016 - Kasım 2017 tarihleri arasında robotik heller miyotomi uygulanmış olan 6 akalazya hastasının 4'ü erkek (%66.7), 2'si kadın (%33.3) yaş ortalamaları 32 (20-51), şikayetlerinin süresi ortalama 4.6 (2-9) yıl olarak belirlendi. Sadece 1 hastada (%16.7) daha önce 2 sefer başarısız endoskopik balon dilatasyonu işlemi hikayesi mevcuttu, diğer hastalara herhangi bir tedavi prosedürü uygulanmamıştı. Hastaların tümüne robotik Heller kardiyomiyotomi ameliyatı uygulandı. Miyotomi işlemi sonrası 5 hastaya (%83.3) antireflü prosedürü olarak parsiyel anterior funduplikasyon (Dor) uygulanırken 1 hastaya (%16.7) antireflü prosedürü uygulanamadı. Bir hastada (%16.7) eşlik eden hiatal herni nedeniyle krurorafi işlemi uygulanırken, 5 hastada (%83.3) işlemler özofagusun posterior diseksiyonu yapılmadan tamamlandı. Ortalama ameliyat süresi 165 dakika (sınırlar: 150-180 dakika) (ortalama konsol süresi: 103 dakika; sınırlar: 95-110 dakika) arasında değişmekteydi. Erken postoperatif takiplerde cerrahi sorunla karşılaşılmazken, 1 hastada (%16.7) medikal tedavi ile kontrol altına alınan reflü şikayetleri gelişti. Hastanede yatış süresi ortalama 3.6 (2-9) gün olarak bulundu. Hastaların ortalama 9 (6-14) aylık erken dönem klinik takiplerde nüks hastalık saptanmadı.

#### TARTIŞMA-SONUÇ

Akalazyada cerrahi tedavinin başarısı yıllardır tartışılmaz olmaya devam etmektedir. İster açık ister klasik minimal invaziv yöntemlerle uygulansın Heller miyotomi işlemi sırasında belli bir mukozal perforasyon oranı mevcuttur. Robotik cerrahi getirdiği teknik avantajların yanında özellikle akalazya cerrahisi için bilinen bu mukozal perforasyon oranının çok daha düşük olmasını vaad etmekte ve bunu gerçekleştiriyor gibi görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** akalazya, Heller miyotomi, robotik

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 1



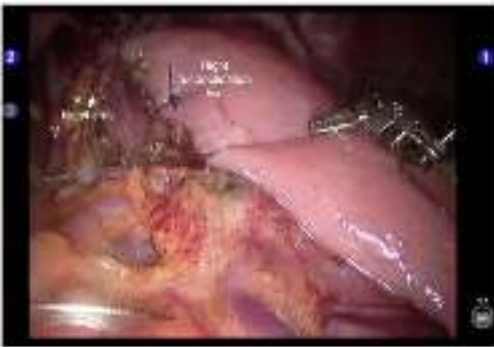
Proksimal myotominin tamamlanmış hali. Özofageal mukozanın üzerindeki tüm kas tabakası kesilmiş halde görülüyor.

Resim 2



Distal miyotominin tamamlanması, oblik kasların robotik hook yardımıyla kesilmesi

Resim 3



Parsiyel anterior (Dor) funduplikasyonun son hali

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0450 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### SMA (Wilkie's) Sendromu; 15 Vakalık Seride Erken Dönem Sonuçlar

Murat Akıcı

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana bilim dalı, Afyonkarahisar

**GİRİŞ:** Superior mezenter arter (SMA) sendromu duodenumun üçüncü kıtasının aorta ve SMA proksimal kısmı arasında baskıya uğraması sonucu ortaya çıkan ve nadir görülen bir klinik tablodur. İnsidansı %0.013-0.3 dür. Açıklanamayan hızlı kilo kaybı, atipik ve tekrarlayan obstrüktif bulguları olan hastalarda SMA sendromu düşünülmelidir. Akut vakalar daha az görülmekte olup konservatif tedaviler öncelikle uygulanırken, kronik vakalarda cerrahi tedaviler ön plana çıkmaktadır. **METHOD:** Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2014- Temmuz 2017 arasında SMA sendromu tanısı alan ve opere edilen hastalar retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 15 hasta dahil edildi. Hastaların 8'i erkek, 7'si kadın idi. Ortalama vücut kitle indeksi 20,3 olarak saptandı. Hastaların hepsinde karın ağrısı, kilo kaybı ve bulantı-kusma şikayetleri mevcuttu. Ameliyat öncesi değerlendirmede bütün hastaların gastroduodenoskopisi normaldi. Değerlendirme dinamik kontrastlı Batın BT ile yapıldı. Hastalarda Aortamezenterik açı 8-19 derece aralığında idi. Hastaların tümüne laparoskopik duodenojejunostomi uygulandı. Hiçbir vakada açığa geçilmedi. Ortalama ameliyat süresi 45+/- 13 dk idi. Ortalama hastanede yatış süresi 5,3 gün idi. Ameliyat sonrası anastomoz kaçağı hiçbir hastada olmadı. Bir hastada postoperatif 7. ayda şikayetlerinin tekrarlaması üzerine yapılan tetkiklerinde duodenoenterostomi anastomozunda darlık, pitotik mide saptanması üzerine subtotal gastrektomi gastroenterostomi uygulandı.

**SONUÇ:** Özellikle karın ağrısı, kilo kaybı, bulantı - kusması olan, endoskopik ve diğer tetkiklerde patoloji saptanmayan hastalarda SMA sendromu mutlaka akla getirilmelidir. Tedavide Öncelikle konservatif yöntemler denenmelidir. Cerrahi tedavide ise laparoskopik duodenojejunostominin güvenle uygulanabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** duodenojejunostomi, laparoskopi, superior mezenterik arter

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0451 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Laparoskopik mide tümör cerrahisi deneyimimiz

Oktay Karaköse

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Cerrahi Onkoloji Bölümü

**AMAÇ:** Minimal invaziv cerrahi, postoperatif hasta konforu ve yara yeri sorunları açısından açık ameliyatlara üstün olup son yıllarda tüm karın içi gastrointestinal sistem ameliyatlarında tercih edilmektedir. Laparoskopik mide tümör cerrahisi uygulanabilirliği ve güvenli olmasının yanında onkolojik sonuçları açısından tartışılmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız, hastanemizde laparoskopik yöntemle gerçekleştirdiğimiz mide tümör ameliyatlarının erken dönem sonuçlarını paylaşmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Bölümünde Eylül 2016-Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen laparoskopik mide tümör cerrahisi ameliyatları, postoperatif sonuçlar açısından geriye dönük incelendi. Hastalar; hasta özellikleri, tümör özellikleri, cerrahi yaklaşım, uygulanabilirlik-güvenilirlik, postoperatif takip ve onkolojik sonuçlar açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** Bu süre içinde toplam 14 hastaya, mide tümörü nedeni ile laparoskopik cerrahi uygulandı. Hastaların sekizi erkek altısı kadın; yaş ortalaması 59,6 (39-80) idi. Hastaların tanıları; 11 hasta mide adenokarsinom, 1 hasta GİST, 1 hasta nöroendokrin tümör ve 1 hasta da inflamatuvar fibroid polip idi. Lezyonların yerleşim yeri; 4'ü üst 1/3 midede, 4'ü orta 1/3 midede, 6'sı ise alt 1/3 midede idi. Beş hasta evre 1, 1 hasta evre 2, 7 hasta evre 3 idi. 8 hastaya total gastrektomi, 5 hastaya distal gastrektomi, 1 hastaya wedge rezeksiyon uygulandı. Hastaların 12'sine D2 diseksiyon uygulanırken mide NET olan ve polip eksize edilen hastaya diseksiyon yapılmadı. Total gastrektomide özefagojenunostomi 6 hastada sirküler stapler ile uç yan, 2 hastada lineer stapler ile yanyana yapıldı. Distal gastrektomi olan 5 hastaya gastrojejunostomi lineer stapler ile yan yana yapıldı. Tümöre en yakın cerrahi sınır: 2,7cm (1,4cm-5,5cm); ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı: 28 (15-47) idi. Bir hastada peroperatif pnömotoraks gelişmesi üzerine göğüs tüpü takıldı. Postoperatif hastanede kalış süresi ortalama 9,7 gün (7-22) idi. Postoperatif erken dönem komplikasyon 1 hastada ARDS ve cilt altı enfeksiyon gelişirken 1 hastada anastomoz kaçağı gelişti. Ameliyat sonrası 1 aylık dönemde mortalite gelişmedi. Hastaların ortalama takip süresi 6,7 ay (1-15) idi. Anastomoz kaçağı olan hastada stenoz gelişmesi üzerine 3 kez dilatasyon uygulandı. ARDS gelişen hasta postop 3.ayda pnömoni nedeni ile ve bir hasta da nüks gelişmesi üzerine postop 13. ayda kaybedildi. Diğer 12 hasta hastalıksız takip edilmektedir.

**SONUÇ:** Vaka sayımızın az, takip süremizin kısa olması daha önümüzde uzun bir yol olduğunu gösterse de; mide tümörlü hastalarda laparoskopik cerrahinin onkolojik prensiplere uygun olarak yapılabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** cerrahi, laparoskopi, mide kanseri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0452 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Mide Kanseri Sebebiyle Yapılan Total Gastrektomili Olguların Erken Dönem Sonuçları

Kuntay Kaplan, Ahmet Gökhan Sarıtaş, Cem Kaan Parsak, Abdullah Ülkü, Atılğan Tolga Akçam  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

**AMAÇ:** Mide adenokarsinom nedeniyle total gastrektomi uygulanan 236 hastanın verileri ve erken dönem sonuçlarını değerlendirmek

Gereç-Yöntem Ocak 2001-Aralık 2016 tarihleri arasında mide adenokarsinomu sebebiyle küratif total gastrektomi yapılan hastaların lenf nodu diseksiyon tekniklerinin erken dönem sonuçları, hastaların dosyaları, preoperatif kan transfüzyonu yapılma durumu, cinsiyet, yaş, ameliyat süreleri, pankreatik fistül gelişimi, duodenal güdük kaçağı, dalak yaralanmasına bağlı splenektomi ihtiyacı, postoperatif hastanede kalış süresinin, mortalite üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışma grubunda geride makroskopik tümör kalmayan girişimler küratif amaçlı rezeksiyon olarak değerlendirilmiştir. Histopatolojik değerlendirmede tümörün diferansiasyon derecesi ve tipi analiz edilmiştir. Histopatolojik analiz, WHO sınıflaması esas alınarak yapılmıştır.

**BULGULAR:** Mide kanseri tanısıyla ameliyat edilen 236 hastadan 18 yaş ve üstündekiler değerlendirmeye alınmış, hastaların 148 (%62,7)'i erkek, 88 (%37,3)'i kadın, genel yaş ortalaması 65,5±11,4 idi.

Çalışmada D1, D2, D3 diseksiyon tipine göre, ameliyat süresi, lenf nodu sayısı, metastazik lenf nodu sayısı ve yatış süresi değişkenlerine göre saptanan farklar, istatistiksel olarak anlamlıdır.

Mide kanseri cerrahisinde D1, D2, D3 lenf bezi diseksiyonu, yeterli teknik bilgiye sahip cerrahlarca, yeterli hastane volümü olan merkezlerde, düşük mortalite ve morbidite oranlarıyla güvenle yapılabilir. Evre kayması, genişletilmiş lenf bezi diseksiyonu ve skip metastaz gibi sorunlar en düşük seviyeye indirgenerek hastalığın evrelemesi ve tedavi planlamaları daha doğru yapılabilecektir. Gastrektomi ve genişletilmiş lenf bezi diseksiyonu mide kanserinin tedavisinde altın standarttır.

**Anahtar Kelimeler:** Mide kanseri, Lenf nodu diseksiyonu, adenokarsinom

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0453 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Sağ Alt Kadranda Kitle; Retroperitoneal Yerleşimli İleal Gastrointestinal Stromal Tümör

Muhammer Ergenç, Tefik Kıvılcım Uprak, Şevket Cumhuriyet Yeğen  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

#### Amaç

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), sindirim sisteminde peristaltizmin ayarlanmasından sorumlu pacemaker hücreleri olan Cajal hücrelerinden gelişirler. Prevalansı milyonda 7-15'tir. GİST'ler tüm gastrointestinal traktta görülebilir, sıklık sırasına göre; mide (%60), jejunum ve ileum (%30), duodenum (%5) ve kolorektal (%5) olarak sıralanır. İnce barsak gistleri insidental saptanan küçük bir nodül veya dev bir tümöral kitle ile prezente olabilir. Klinik semptom ve bulguları genellikle nonspesifik olmakla beraber, gastrointestinal kanama, intestinal obstrüksiyon, pelvik kitle, appendisit benzeri akut ağrı, tümör rüptürü ve akut batına neden olabilir.

#### Olgu Sunumu

Karın ağrısı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvuran 58 yaşındaki kadın hastanın fizik muayenesinde belirgin özellik yoktu. Batın USG'sinde sağ alt kadranda 19x19x21 mm origini tespit edilemeyen iyi sınırlı hipervasküler solid lezyon raporlandı. Batın bilgisayarlı tomografisinde sağ alt kadranda psoas kası komşuluğunda 21x23 mm lezyon izlendi. Hastaya laparoskopik eksplorasyon yapıldı. İleoçekal bölgede retroperitoneal alana girildi. Retroperitoneal alan açılarak kitle etrafı serbestlendi ve ileum duvarı kaynaklı olduğu tespit edilen lezyon endostapler ile rezeke edildi ve operasyon sonlandırıldı. Postop 1. Gün batın muayenesi rahat olan hastaya rejim başlandı ve tolere etmesi üzerine taburcu edildi. Patolojisi; 3,5 cm boyutunda, gastrointestinal stromal tümör, iğsi hücreli, düşük risk grubu olarak rapor edildi.

#### Tartışma ve Sonuç

Sağ alt kadranda kitle ile başvuran hastalarda ileal gist akıldan tutulmalıdır. Laparoskopik olarak kitle eksizyonu güvenle uygulanabilir.

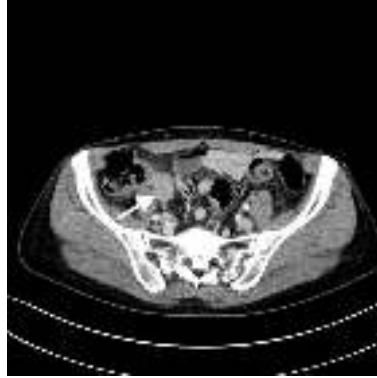
**Anahtar Kelimeler:** gist, laparoskopi, ileum

Resim 1



BT; Koronal Kesit (Beyaz Ok: Kitle)

Resim 2



BT; Aksiyel Kesit (Beyaz Ok: Kitle)

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0454 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İntestinal Lenfoma Ve Perforasyon

Tuğba Balkaya, Fevzi Cengiz, Serkan Karaislı, Halis Bağ, Mustafa Peşkersoy  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Lenfomalar gastrointestinal sistemde çok sık görülmemekle birlikte, ince barsak tutulumları da oldukça nadirdir. İnce barsaklarda adenokarsinoma ve karsinoiden sonra 3. Sıklıkla görülen tümörlerdir. İnce barsak tutulumu olan lenfomalar kitlenin bulunduğu segmente göre kanama, karın ağrısı, karında ele gelen kitle, obstruksiyon gibi semptomlar görülebilir. Biz de primer ince barsak lenfomasının tutulumuna sekonder perforasyon gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

**OLGUNUN SUNUMU:** Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 59 yaşındaki erkek hastanın 2 aydır bilinen non-Hodgkin lenfoma tanısı ve intestinal kökenli malign tümörü mevcut olup, lenfomaya yönelik herhangi bir onkoloji tedavi almamakta idi. Hastanın fizik muayenesinde yaygın defans ve rebound vardı. Yapılan tetkiklerde lökositoz ve batın içi serbest hava tespit edildi. Çekilen batın tomografisinde daha önceden takip edilen kitlesel lezyonda minimal boyutsal progresyon ve batın içerisinde serbest hava görünümü tespit edildi. Bunun üzerine hasta acil olarak operasyona alındı. Operasyonda batın ön duvarına invaze olduğu, intestinal malrotasyona sebep olduğu, terminal ileum seviyesinden yaklaşık 200 cm de kitleye dahil olduğu ve bu alandan perfore olduğu izlendi. İnce barsak kısmi olarak ve kitle eksize edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesinde diffüz büyük hücreli lenfoma tespit edildi. Hasta postoperatif 18.günde herhangi bir sıkıntı olmaması üzerine onkolojik tedavi için hematoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** İnce barsak lenfomaları çok seyrek görülür ve lenfomaların tümünün %1-4 'ünü oluşturur. Gastrointestinal sistem lenfomaları en sık midede görülmekle birlikte, mideyi ince barsaklar ve kolon takip eder. Primer gastrointestinal lenfoma ilk olarak Billroth tarafından tanımlanmıştır ve genellikle histopatolojik tip non-Hodgkin lenfomadır. Abdominal ağrı, kilo kaybı, bulantı ve kusma genel belirtileridir. Perforasyon %20-25 hastada görülmekle birlikte kemoterapi alan hastalarda tümör hücreleri nekroze gittiğinden daha sık görülmektedir. Bilinen lenfoma tanılı hastalarda perforasyon olması halinde, lenfomaya sekonder perforasyon ön planda düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** intestinal lenfoma, batın içi kitle, perforasyon, gastrointestinal kanama

Resim 1



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 2a



Resim 2b



Resim 3



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0455 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özofagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Tetrasiklin Kullanımına Bağlı Gelişen Özofageal Ülser Olgusu

Dilek Yekenkurul<sup>1</sup>, Muzaffer Haldun Çolak<sup>2</sup>, Erman Yekenkurul<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Akçakoca Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce

<sup>2</sup>Akçakoca Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Düzce

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

#### GİRİŞ:

Özofajit retrosternal ağrı, odinofaji ve disfaji ile karakterize özofagus hastalıklarının en sık nedenidir. İlaça bağlı özofajit ise, çeşitli ilaçların kullanımı ile özofagus mukozasında ülser veya hasar oluşmasıdır. Dünya çapında 650'den fazla ilaca bağlı özofajit vakası ve 30'dan fazla sorumlu ilaç bildirilmiştir. Sorumlu ilaçların yaklaşık %50'sini tetrasiklin, doksisisiklin ve klindamisin oluşturmaktadır. Tetrasiklinlerin özellikle genital enfeksiyonlarda yaygın kullanılmasından dolayı özofajit ve özofageal ülserasyon sıklığı artmıştır. Burada ilacını kullanırken nelere dikkat etmesi gerektiğini bilmeyen, bu sebeple her gün gece yatarken az miktarda suyla tetrasiklin kullanan, ilaca bağlı özofageal ülser gelişen olgu sunulmuştur.

#### OLGU:

29 yaşında kadın hasta, yemek yerken görülen retrosternal ağrı ve yanma şikayetiyle başvurdu. Bilinen kronik bir hastalığı olmayan, bir hafta önce vajinal akıntı şikayeti ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvuran hastaya, pelvik inflamatuvar hastalık tanısıyla tetrasiklin 4x500 mg tb başlandığı, yedi gündür kullandığı, özellikle akşam dozunu gece yatmadan hemen önce az miktarda suyla aldığı öğrenildi. Son iki gündür ağrılı yutma, yutma güçlüğü, yutma sonrası retrosternal ağrı ve yanma olması sebebiyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Laboratuvar bulguları ve muayenesinde patoloji tespit edilmeyen hasta özofajit ön tanısıyla yatırıldı. Tetrasiklin tedavisi ve oral alımı kesilerek, parenteral beslenmeye başlandı. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagus orta bölümünde lümeni çepçevre saran ülser lezyonlar görüldü ve biyopsi alındı. Tedavi olarak sukralfat ve proton pompa inhibitörü verildi. Enfeksiyon hastalıklarına pelvik inflamatuvar hastalık için danışıldı, idame antibiyotik tedavisine gerek duyulmadı. On günlük tedavi ve takip sonrası yapılan kontrol endoskopisi normal olarak görülen, şikayetleri gerileyen ve herhangi bir komplikasyon gelişmeyen, patoloji raporu ülserle uyumlu gelen hasta önerilerle taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

İlaça bağlı özofagus hasarı oranının bilinenden daha yüksek olduğu, ancak hastane başvurularının olmaması veya geç olması sebebiyle tespit edilemediği düşünülmektedir. Jelatin kaplı ilaç, az suyla alma, yatmadan önce içme, motilite bozukluğu veya striktür varlığı gibi sebepler ilaca bağlı özofagus hasarı için risk faktörüdür. Özellikle NSAİİ veya doksisisiklin, tetrasiklin gibi antibiyotiklerden sonra görülebilen özofagus hasarında retrosternal yanma gibi şikayetler görülür. Tanı baryumlu grafi veya özofagogastroduodenoskopi ile konulur. Tedavide, öncelikle sebep olan ilacın kesilmesi önemlidir ve sukralfat, antiasit, proton pompa inhibitörü kullanılabilir.

#### SONUÇ:

Özofagus hasarı yapabilen ilaçlar reçete edildiğinde, hekimin hastayı ilaç alımı konusunda yeterince bilgilendirmesi gerekmektedir. İlacın bol suyla alınması, yatmadan önce alınmaması, ilacı aldıktan sonra en az 30 dakika sırt üstü yatmaması, yutma güçlüğü veya retrosternal ağrı gibi herhangi bir şikayette ilacını kesip hekimine başvurması gerektiği hastalara anlatılmalıdır. Ayrıca odinofaji gibi özofagusla ilgili semptomlarla gelen hastada ilaç kullanımı sorgulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Özofajit, Tetrasiklin, Ülser.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0456 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Ampulla Vater tümörü ve Castleman hastalığı birlikteliği; Nadir bir olgu sunumu

Tuğba Balkaya, Araz Babayev, Ilgın Aydın, Emine Özlem Gür, Osman Nuri Dilek  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Anjiyofoliküler lenf nodu hiperplazisi olarak da bilinen Castleman hastalığı, lenfoid dokunun benign proliferasyonu ile karakterize nadir bir hastalıktır ve ilk kez 1954 yılında Castleman ve Towne tarafından tanımlanmıştır. Hastalık en yaygın mediastende lokalize olmakla birlikte batin içi pelvis, mezenter ve retroperitoneumda yer alan lenfatik zincir boyunca görülebilir. Burada, ampulla Vater tümörü nedeniyle Whipple ameliyatı yaptığımız bir hastada saptanan Castleman hastalığı birlikteliğiyle ilgili literatür verileri irdelenmiştir.

**OLGUNUN SUNUMU:** Dispeptik şikayetlerle hastanemize gelen 58 yaşındaki erkek hasta yapılan EUS ve ERCP sonrasında pankreatik kanalda ve İHSY'da dilatasyona sebep olan ampuller kitle ve hiler bölgede büyük lenf nodları tespit edildi. Yapılan BT görüntülemelerinde periampuller yerleşimli 3x3.5 cm çaplı tümör, ayrıca periportal, çölyak ve portokaval yerleşimli multipl lenfadenomegaliler tespit edildi ve lenf nodu metastazı olarak yorumlandı. Hasta periampuller tümör ön tanısı ile operasyona alındı ve pankreatikoduodenektomi (Whipple prosedürü) uygulandı. Postoperatif 11. günde problemsiz taburcu edilen hastanın ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesinde ampulla Vater'de adenokarsinom tanısı kondu. Büyüklüğü 2.5-7.5 cm arasında değişen toplam 19 adet lenf nodunun çıkarıldığı, lenf nodlarında Castleman hastalığı olduğu, hiçbirisinde metastaz olmadığı rapor edildi. Wang ve ark. 2007'de pankreas bölgesine lokalize Castleman hastalığı olan sekiz olgu retrospektif incelemiş ve pankreas başında Castleman hastalığının ilk olgusunu bildirmiştir. Literatürde 9-10 olguda pankreas tümörü ön tanısı ile Whipple ameliyatı yapılmış, ancak sadece Castleman hastalığı tanısı konulmuş hastalar bildirilmiştir. Castleman hastalığı ve ampulla Vater tümörü birlikteliğini bildiren yayına rastlamadık.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Pankreas bölgesinde lokalize olan Castleman hastalığı veya anjiyofoliküler lenf nodu hiperplazisi nadir görülen bir klinik durumdur. Pankreas tümörü olan hastalarda büyümüş dev lenf nodlarının varlığında, inoperabilite öngörüsünde bulunulabileceği gibi, Castleman hastalığı olabileceği de hatırlanmalıdır. Ancak, pankreas tümörü olsun veya olmasın Castleman hastalığında cerrahi eksizyon hastalığın hem tanı hem tedavisi için uygulanması gereken bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Ampulla Vater tümörü, Whipple ameliyatı, lenfadenomegali, Castleman hastalığı, tedavi.

Resim 1



Kitlenin bilgisayarlı tomografideki görüntüsü

Resim 2



spesmenin görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0457 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Dev intraabdominal leiomyosarkom: orijini ve prognozu tahmin edilemeyen nadir bir tümör

Selçuk Köksal<sup>1</sup>, Neriman Şengül<sup>2</sup>, Özkan Kılınç<sup>3</sup>, Nur Tunç<sup>4</sup>, Direnç Yiğit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu

<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı, Bolu

<sup>3</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Bolu

<sup>4</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Bolu

#### GİRİŞ:

Düz kas bağ dokusu tümörü olan leiomyosarkom (LMS) yumuşak doku sarkomlarının% 5-10'unu oluşturan nadir bir kanser türüdür. LMS'un büyük bir bölümü retroperitoneal veya uterus kaynaklı iken, abdomen kökenli LMS çok daha nadir rapor edilmiştir. LMS'un köken aldığı organ tedavi rejimini etkilemektedir. İntraabdominal dev bir kitle ile başvuran ve intraabdominal LMS tanısı alan olgu sunulmuştur.

#### OLGU:

48 yaşında kadın hasta son 5 aydır devam eden karın ağrısı, iştahsızlık, nefes darlığı, karın da giderek büyüyen ve ele gelen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Batın muayenesinde tüm kadranları kaplayan ele gelen dev kitle mevcuttu. Biyokimyasal parametrelerinde CA125:740 U/mL (0-35 U/mL) yüksekliği dışında patoloji tespit edilmedi. Kolonoskopide patoloji izlenmedi. Abdomen ultrasonografide simfizis pubisin inferiorundan başlayıp epigastrik bölgeye kadar uzanan, tüm batını dolduran sınırları sonografik olarak seçilemeyen, yer yer kistik dejenerasyon alanları içeren, karaciğer, dalak ve her iki böbrekte itilmeye neden olmuş solid lezyon izlendi. Abdominal MRI'da subhepatik düzlemde başlayan, karın sağ ve sol üst kadranını tamamen doldurarak inferiorda mesane superior ve sol lateral komşuluğu düzleminde biten, 280x280x250 mm boyutunda dev, heterojen sinyal özelliğinde ve heterojen kontrast tutan kitle izlenmiştir. Radyolojik olarak dev intraabdominal kitle (leiomyomatöz ve/veya sarkomatöz lezyon) olarak yorumlandı. Hasta opere edildi. Operasyonda 10 kg ağırlığında ve 30x30 cm büyüklüğünde kitle izlendi. Kitlenin intraabdominal vasküler yapıları invaze etmediği, Retroperitonla ilişkisi olmadığı, sağ kolona ve terminal ileuma ileri derecede yapışık olduğu görüldüğü üzerine total kitle eksizyonu, sağ hemikolektomi ve segmenter ince barsak rezeksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu leiomyosarkoma grade 2/3 (FNCLCC) olarak raporlandı ve primer orijini tespit edilemedi. Yapılan immunhistokimyasal çalışmada tümörde desmin, MSA ve SMA ile pozitif boyanmıştır. CD117, CD34, S-100 ve CD68 negatifti. Cerrahi sınırlarda da tümör dokusuna rastlanılmadı. Adjuvan kemoterapi almayan hastada postoperatif 2. Ay kontrollerinde patoloji izlenmedi.

#### TARTIŞMA:

Düz kas dokusunun olduğu her alandan köken alabilen leiomyosarkomların lokalizasyonu ve klinik özellikleri daha sonraki tedavi yaklaşımlarını belirlemede yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** leiomyosarkom, tedavi, yumuşak doku sarkomları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

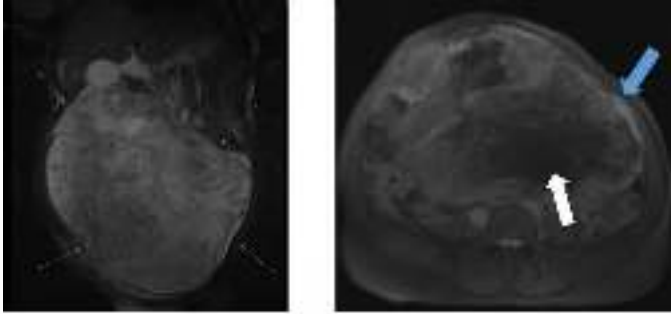
Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



resim1



TI-83/84 Plus Basic calculator. Please use only a TI-83/84 Plus Basic calculator. Do not use a TI-83/84 Plus calculator with a color display or a TI-83/84 Plus calculator with a color display.

## Kesitsel Görüntülemeye Lezyon

## resim2



### Kitlenin makroskopik Görüntüsü

resim3



## Kitlenin İntraoperatif Görüntüsü





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



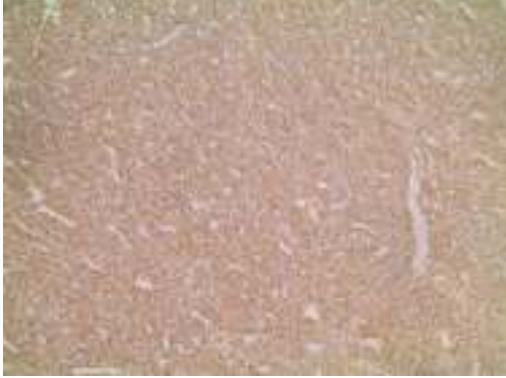
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim4



Desmin immunohistokimyasal Boyama

resim5



MSA immunohistokimyasal Boyama

resim6



SMA İmmunohistokimyasal Boyama

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

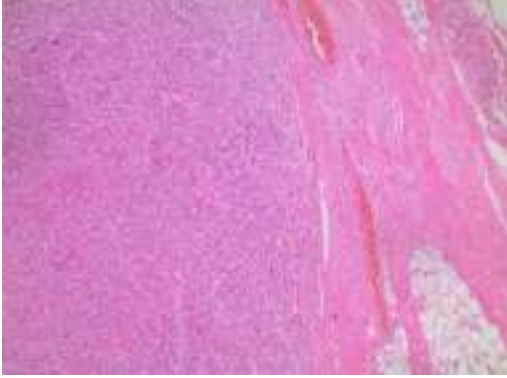
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim7



Tümör ve Etrafındaki Fibröz Bant

Resim8



Normal Barsak-Tümör İlişkisi (Leiomyosarkom)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0458 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Distal mide kanserlerinde subtotal gastrektomi ve total gastrektominin karşılaştırılması: (Review)

Enver İlhan, Orhan Üreyen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

Mide kanseri tüm dünyada kansere bağlı ölümlerde önde gelen kanserlerden birisi olup küratiftedavisi cerrahidir. Bu tümörlerde rezeksiyon seçimitümörün lokalizasyonu, tümörün boyutu ve evresine bağlıdır. Distal yerleşimli mide kanserleri için total gastrektomi(TG) mi yoksa subtotal gastrektomi(SG) mi uygulanması halen tartışmalıdır. Distal mide kanserlerinde TG; rekürrens olasılığını azaltması, subtotal gastrektomiden sonra kalan mide dokusunda multisentrik kanser odaklarını ortadan kaldırması ve metakron olarak gelişebilecek remnant mide kanseri olasılığını elimine etmesi hipotezleri nedeniyle yapılması gerektiği önerilmektedir. Ancak TG ile SG arasında sağkalım açısından fark olmadığını bildiren çalışmaların yanı sıra, TG veya SG nin daha üstün olduğunu rapor eden çalışmalar da mevcuttur. Heriki yöntem için postoperatif mortalite ve morbidite görülme oranlarında da tartışmalar devam etmektedir.

Bu derlemede bu konuda 10 retrospektif çalışma, altı randomize kontrollü çalışma ve iki meta-analiz değerlendirilmiştir. Bütün bu çalışmaların gözden geçirilmesinden anlaşılmaktadır ki özellikle distal 1/3 mide kanserlerinde SG yada TG uygulanmasındaki tartışmalar devam etmekle birlikte SG lehine daha fazla sonuç bildirilmiştir. Heriki görüşü savunanların geçerli sebepleri bulunmaktadır.

Daha geniş katılımlı, çalışmalara dahil edilme ve çalışmaya alınmama kriterlerinin daha net ortaya konulduğu, cerrahi prosedürlerin standardize edildiği, klinikopatolojik bulgulara göre değerlendirmelerin yapıldığı özellikle SG den uzun yıllar sonucu meydana gelebilecek remnant mide kanseri gelişme olasılığına karşılık daha uzun dönem sonuçları kapsayacak randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır

**Anahtar Kelimeler:** Gastrektomi, mide kanseri, sağkalım

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0459 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nadir görülen karın ağrısı nedenlerinden dev mezenterik lipom; olgu sunumu

Mehmet Zeki Ögüt, Arife Simsek, Mahmut Burak Kılıcı, Hüseyin Kocaaslan, Cengiz Ara  
İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

**AMAÇ:** Mezenterik lipomlar nadir görülürler, sıklıkla asemptomatiklerdir. Semptomatik olduklarında genellikle komplike olmuşlardır. Bu çalışmada bağırsağa bası yaparak pasajı engellediği için bulantı, kusma ve karın ağrısına yol açan dev mezenterik lipom olgusu yer almaktadır.

**OLGU:** 26 yaşında erkek hasta 7 gündür mevcut olan, yemek yedikten sonra ortaya çıkan karın ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile başvurdu. Muayenede batın rahat olup umblikus üstüne uzanan yumuşak kontürlü kitle palpe edildi. Batın BT'de 24x18 cm'lik homojen, yağ dansitesinde, düzgün sınırlı kitle saptanması üzerine ameliyat planlandı. Eksplozasyonda ileoçekal valvin 20 cm proksimalinde yaklaşık 40 cm'lik ileal ansta basıya yol açan mezenter yerleşimli 25 cm'lik yüzeyi düzgün lipomatöz kitle tespit edildi. Kitlenin yerleştiği mezenter distorsiyone olan ileal ansla beraber rezeke edildi, ileoileal anastomoz uygulandı. Postop 7. günde sorunsuz taburcu edilen hastada kitlenin patolojisi mezenter lipomu olarak geldi.

**SONUÇ:** Karın ağrısının ayırıcı tanısında mezenterik lipomlar unutulmamalı, bulundukları yere ve boyutlarına göre semptom verebilecekleri hatırlanmalıdır. Semptomatik olduklarında olası komplikasyonları önlemek amacıyla eksizyonları planlanmalıdır. Mezenter lipomlarının ilişkili olduğu bağırsak segmentinin eksizyona dahil edilip edilmemesi ile ilgili karar olgudan olguya farklılık gösterebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bağırsak, karın ağrısı, lipom, mezenter, obstrüksiyon

Resim 1



Dev mezenterik lipom

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0460 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İnce barsak Adenokanser tanılı olguların analizi

Nihal Aykun, Orçun Yalav, İsmail Cem Eray, Kubilay Dalcı, Ömer Alabaz, Ahmet Rencüzoğulları  
Çukurova Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

**GİRİŞ:** Literatürde ince barsaktan köken alan adenokanserlerin onkolojik tedavisi ile ilgili kısıtlı miktarda bilgi olup bu çalışmanın amacı kliniğimizde patolojik olarak tanısı doğrulanan olguların tanı, tedavi ve takip sonuçlarını ortaya koymaktır.

**YÖNTEM:** Hastanemize 2010 ve 2017 yılları arasında karın ağrısı sebebiyle başvuran hastalarda acil ve elektif olarak yapılan laparotomi neticesinde ince barsak adenokanser tanısı alan olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** İnce barsak adenokanser tanısı ile tedavi edilen 7 hastanın 3'ü kadın (%42.8) 4'ü erkek (%57.2) olup ortalama yaş 52(39-80) olarak saptandı. Olguların 5'i (%71.4) acil (ileus) 2 si (%28.6) elektif olarak opere edildi. 7 hastanın 1'inde (%14.2) preoperatif peutz jegher tanısı mevcuttu. Hastaların patolojik incelesinde 2 olguda (%28.4) musinöz komponent saptandı. Hastaların median takip süresi 2 yıl(1ay-6yıl) olup 1 tane mortal seyreden 1 tane de lokal nüks saptanan olgu mevcuttu. Tüm hastalara lenf nodu diseksiyonu ile beraber segmenter rezeksiyon uygulanıp adjuvan tedavi olarak 5-Fluorourasil verildi.

**SONUÇ:** İnce barsak adenokanser vakalarının büyük çoğunluğu obstruktif semptomlar ile başvurmaktadır. Özellikle ileri yaş hastalarda acil olarak opere edilen ileus vakalarında ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir. İnce barsak orijinli adenokanserlerin tedavisinde genişletilmiş lenfatik diseksiyon ile beraber cerrahi rezeksiyon ve adjuvan tedavi olumlu onkolojik sonuçlar ile ilişkilidir

**Anahtar Kelimeler:** Adenokanser, barsak, ince

(1)



Obstruksyona Sebep Olan Jejenum Adenokanseri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0461 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Guatrın Maskeleyiği İleri Evre Özefagus CA Olgusu

Nesime İnci Eryılmaz, Bekir Sarıcık, Serdar Acar, Ömer Rıdvan Tarhan  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

**AMAÇ:** Özefagus maligniteleri gastrointestinal sistemin nadir görülen kanserleri olmasına rağmen mortalite oranı yüksektir. Erken evrede tanı alan hastaların yaşam beklentileri önemli ölçüde artmaktadır. Bu yazımızda yaklaşık 1 yıldır yutma güçlüğü çeken ve bunun sebebini uzun yıllardır mevcut olan guatrına bağlayıp, ileri evre özefagus malignitesi tanısı alan hastayı sunduk.

**OLGU:** 81 yaşında kadın hasta disfaji şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta uzun yıllardır toksik multinodüler guatr hastalığı nedeniyle takip altında ve Thyromazol kullanmaktaydı. Yapılan boyun muayenesinde, boyun anterior yüzde yaklaşık 5x6 cm lik ele gelen nodüler dolgunluk mevcuttu. Laboratuvarında tiroid hormonları serbest T3 2.82 uIU/mL, serbest T4 1.23 uIU/mL ve TSH 0.026 uIU/mL olarak izlendi. Tiroid hormonları dışında laboratuvarında anlamlı değişiklik yoktu. Hasta ileri tetkik ve görüntüleme için serviste takibe alındı. Hastadan boyun bilgisayarlı tomografi (BT) çalışıldı. BT si 'karinal düzeyden süperiora doğru proksimal özefagus yarısında mediastinal yağ planlarını infiltrate eden muhtemelen konglomere lenfadenopati(LAP)lerden sinirleri ayırt edilemeyen kontrast madde ile heterojen belirgin boyanan, hetrojen duvar kalınlaşması lokal invaziv özefagus kanseri ile uyumlu. Lümen ile devamlılık halinde solda brakisefalik vasküler yapılar arasında nodüler guatrojen büyüme gösteren tiroide doğru uzanım ve invazyon/infiltrasyon izlenmiştir. Yaygın mediastinal laplar, plevral, parankimal metastazlar izlenmiştir.' şeklinde yorumlandı. Yapılan gastroskopiye kesici dişlerden itibaren yaklaşık 14-15 cm de endoskopun geçişine izin vermeyen fragil, infiltrate karakterde malign görünüm izlendi. Hastaya cerrahi feeding tüp gastrostomi sonrası radyasyon onkoloji takibi planlandı. Ancak hasta ameliyatı kabul etmeyerek kendi isteği ile taburcu oldu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Özefagus kanseri gastrointestinal sistem malignitelerinin yaklaşık %7 sini oluşturmaktadır. Kansere bağlı ölümlerde ise 6. Sırada yer almaktadır. Erken evrede tanı alan hastalarda küratif tedavi şansı olan bir tümördür. Lokal ileri evre tümörlerin %25 inde ilk 2 yıl içerisinde uzak metastaz saptanmaktadır. En sık metastaz yaptığı yerler akciğer, karaciğer ve kemiktir. Özefagus karsinomu disfaji, odinofaji, kilo kaybı, epigastrik ağrı ve aspirasyon pnömonisi bulguları ile görülebilir. En sık kilo kaybı ve disfaji gözlenmektedir. Guatr hastalarında da benzer bulgular mevcuttur. Olgumuzda olduğu gibi iki hastalığın senkron halinde olması durumunda malignite erken dönemde gözden kaçabilmektedir. Sonuç olarak yutma güçlüğü guatr hastalığının klinik belirtilerinden olmasına rağmen özellikle yaşlı hastalarda altta yatabilecek özefagus hastalıkları da ayırıcı tanılar arasında bulunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrointestinal malignite, Guatr, Özefagus CA,

resim 2



resim-1



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0462 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İnsidental Meckel Divertikülü'nün mortal komplikasyonu

Ceyhan Erdem<sup>1</sup>, Mustafa Tevfik Bülbül<sup>2</sup>, Bilal Turan<sup>1</sup>, Mustafa Hilkat Bilaloğlu<sup>1</sup>, İsa Karaca<sup>1</sup>, Ahmet Contarlı<sup>1</sup>, Yavuz Savaş Koca<sup>1</sup>, Bekir Sarıcık<sup>1</sup>, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

<sup>2</sup>Bor Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Niğde

#### AMAÇ:

Meckel divertikülü, ileumun antimezenterik tarafına yerleşen ve bağırsak duvarının tüm katlarını içeren gerçek bir divertiküldür. Gebeliğin 5-7. haftasında omfalomezenterik kanalın tam olarak oblitere olamaması nedeniyle oluşur. Meckel divertikülü, genellikle semptomsuz seyreder ve insidental olarak görülür. Tıkanıklık, kanama, divertikülit, invajinasyon ve perforasyon gibi komplikasyonlara neden olabilir ve bu durumlarda semptomatik olur.

Bu yazımızda akut batın nedeniyle opere edilip, insidental saptanan meckel divertikülüne rezeksiyon uygulanmayan ve iki ay sonra perforasyon gelişen hastayı sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

84 yaşında erkek hasta karın ağrısı bulantı kusma şikâyeti ile merkezimize başvurdu. Hastanın 110'larda taşikardisi, 130/70 tansiyonu, 37,5 derece Ateş'i, %95 saturasyonu mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde WBC:22.700 /mL, Hb:9,7 g/dL, CRE:2.56 mg/dL, CRP:152 mg/L'ydı. Fizik muayenede; batında yaygın hassasiyet ve defansı mevcuttu. Hasta akut batın bulgularıyla ameliyata alındı. Laparoskopik olarak ameliyata başlandı. Batın içi yaygın pürülan mayi görülmesi üzerine açığa geçildi. Eksplorasyonda insidental olarak çekumun 40 cm proksimalinde 4 cm'lik meckel divertikülü ile uyumlu görünüm saptandı. Perforasyon ve başkaca patolojiye rastlanmadı. Primer peritonit düşünlen hastanın batın içi enfekte mayi olması nedeniyle meckel divertikülüne rezeksiyon uygulanmadı. Ameliyat öncesi prerenal ABY tablosu olan hastanın sıvı tedavisi düzenlendi. Batın içi sıvı kültüründe enterococcus faecium üredi. On dört gün piperasilin+tazobaktam ve flukonazol tedavisi sonrası laboratuvar bulguları ve kliniği normale dönen hasta taburcu edildi.

İki ay sonra karın ağrısı, bulantı, kusma şikâyeti ile tekrar merkezimize başvuran hastanın 105'lerde taşikardisi, 130/70 tansiyonu, 38 derece Ateş'i, %97 saturasyonu mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde WBC:5900 /mL, Hb:11,6 g/dL, CRE:2.18 mg/dL, CRP:21' mg/L di. Fizik muayenede; akut karın tablosu mevcuttu. Ayakta Düz Batın grafisinde ve BT'de batın içi serbest hava mevcuttu. Akut batın ve sepsis bulgularıyla hasta ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda önceki ameliyatta görülen meckel divertikülünün, sağ inguinal bölge düzeyinde batın ön duvarına yapışık olduğu ve buradan yaklaşık 0,5 cm çaplı perfore olduğu gözlemlendi. Batında enfekte ince bağırsak içeriği mevcuttu. Meckel divertikül eksizyonu sonrası loop ileostomi açılmasına karar verildi. Meckel divertikül eksizyonu yapılan ans Sağ alt kadrana loop ileostomi olarak ağızlaştırıldı. Sıvı tedavisi düzenlenen, Piperasilin+tazobaktam tedavisi alan hastanın takiplerinde sepsis bulgularının gerilemedi ve post op 4. Günde hasta ex oldu.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Literatürde semptomatik meckel divertikülünün rezekesiyonu yaygın olarak kabul görse de, İnsidental olarak saptanan asemptomatik meckel divertiküllerine rezeksiyon uygulanmasının gerekliliği tartışmalıdır. Meckel divertikülü nadir ve çoğunlukla klinik olarak sessiz olmasına rağmen; obstrüksiyon, kanama, divertikülit, invajinasyon ve vakamızda olduğu gibi perforasyona neden olabilir.

Sonuç olarak, Meckel divertikülünün komplikasyonlar nedeniyle mortaliteye neden olabileceği unutulmamalıdır. Rezeksiyon yapılmayan vakalarda akut batın tablosu gelişmesi komplikasyonlar açısından uyarıcı olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Meckel divertikülü, İnsidental, Mortal, akut karın, perforasyon

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### düz karın grafisi



diafragma altı serbest hava oklarla işaretli

### Bilgisayarlı Tomografi



BT'de geniş diafragma altı hava görünümü okla işaretli

### intraoperatif resim 1



çekumun 40 cm proksimalindeki eritemli meckel divertikülünün görüntüsü

### intraoperatif resim 2



klemple işaretli perforasyon alanı

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0463 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Dren, Uzamış Gastrointestinal Fistüllerin Kapanmasına Engeldir

İsmail Hasırcı, Adil Kartal, Kemal Arslan, Nergis Aksoy, Murat Altıncaynak  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Konya

#### DREN UZAMIŞ GASTROİNTESTİNAL FİSTÜLLERİN KAPANMASINA ENGELDİR

##### AMAÇ:

Abdominal cerrahide drenlerin kullanım endikasyonları tartışması günümüzde devam etmektedir. Laparoskopik kolesistektomilerde drenin rutin kullanımı önemli bir avantajı olmadan morbiditeyi arttırdığı belirtilmektedir. Drenler postoperatif dönemde uzamış fistüllerin iyileşmesini geciktirebilir. Drenden gelen devam ettikçe drenin yerinde tutulması, uzamış fistülün kapanmasına engel olabilir. Cerrah dreni almaktan çekinir. Fistül kronikleşir.

##### OLGU:

Yutma güçlüğü, kilo kaybı şikayetiyle kliniğimize başvuran hasta 11 ay önce yutma güçlüğü nedeniyle başvurduğu kurumda açık Nissen Fundoplikasyonu ameliyatı geçirmiş. Bu sürede hasta 40 kg zayıflamış. Yalnız sıvı gıdaları güçlüklerle alabiliyormuş. Ameliyat olduğu kurumda iki kez balonlu dilatasyon yapılmış. Sonuç alınamamış. Kliniğimizde çekilen toraks tomografide özofagus ileri derecede dilate görünümde, lümen içinde hava-sıvı seviyelenmesi ve gıda artığı ile uyumlu görünüm izlendi. Özofagografide özofagus belirgin dilate görünümde idi. İlk tanının akalazyaya olabileceği düşünüldü. Hasta ameliyata alındı. Abdomende özofagus dilateydi. Hiatorafi ve Nissen bozuldu. Kardiyomyotomi yapıldı. Kardiyomyotominin distalinde tam özofagus-mide bileşkesinde mini perforasyon (3-4mm) oluştu. 5/0 PDS ile onarılacak sıvı geçirmediği görüldü. Toupet yapıldı. Mide dilate, pilor spastikti. Vaguslar bulunamadı. Önceki ameliyatında vagusların kesilebileceği düşünülerek Weinberg piloroplasti eklendi. Postoperatif ikinci günde dreninden safralı geldi. Nazogastrikten geleni yoktu. Drenden gelen artmaya başladı (250 ml/gün). Nazogastrik alındı. Haftasında oral başlandı. Oral sıvı drene geliyordu. Kontrastlı grafide drende ve midede kontrast izlendi. TPN başlandı. Üç hafta izlendi. Fistül traktının iyice geliştiği düşünülerek dren çekildi. Traktan gelen olmadı. Kontrastlı grafide midede kontrast görüldü. Fistül yolu görüntülenemedi. Fistül kapandı. Oral başlandı. Dışa çıkan olmadı. Geride birikim saptanmadı. Rejim arttırıldı. Hasta dreni alındığının 3. günü problemsizdi, rejim 3'e çıkarıldı. Hasta postoperatif 3. ayında. Her gıdayı tüketiyor. 10kg aldı.

##### TARTIŞMA:

Hastamızdaki yutma güçlüğü muhtemelen hiatus hernisine bağlanarak Nissen fundoplikasyonu yapılmış. Hastanın şikayetleri artmış. Hastanın preop tanısı muhtemelen akalazyaydı. Hastaya yapılan reoperasyonda ilk ameliyatta yapılan işlemler bozularak kardiyomyotomi yapıldı. Nissen toupet'e değiştirildi. Kardiyomyotomide gelişen özofagus perforasyonunda Nissen yapılamadığı için ve mide etrafa çok yapışık olduğu ve de yaptığımız onarımı güvenli gördüğümüz için önden bir mide bölümü ile perforasyon kapatıldı.

Amacımız bu tür fistüller kronikleşmeye yüz tuttuğunda belli koşullar altında drenin çekilerek fistülün kapanacağını göstermektir. Drenin kendisi fistülün devamını sağlamıştır. Fistüllerin kapanması için drenin biraz kısaltılması yetmez drenin tümünden çekilmesi gereklidir.

Yutma güçlüğü olan hastalarda seyrek de görülsün akalazyaya olabileceği düşünülmelidir. Akalazyada kardiyomyotomi yaparken özellikle özofagus-mide sınırındaki abartılı myotomiden kaçınılmalıdır. Açılan mukozanın dikilmesi yetmez. Omentoplasti veya Dore ameliyatı eklenmelidir. Uzamış GIS fistüllerinde (15-20gün süren) drenler fistülün kapanmasına engel olabilir. Fistül debisi 300 cc/günü geçmeyen olgularda fistül yolu olgunlaştıktan sonra drenin çekilmesi fistülün kapanmasını sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** akalazyaya, dren, gastrointestinal fistül, komplikasyon, nissen fundoplikasyon

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**kontrastlı grafide fistül traktı görüntülemesi**



**Kontrastlı grafide fistül traktında kontrast yok (taburculuk öncesi)**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0464 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Uterotonik İlaçların Prokinetik Etkinliğinin Araştırılması(Deneysel Çalışma)

Ramazan Atalay, Murat Çakır, Mehmet Aykut Yıldırım, Ahmet Tekin, Mehmet Biçer  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,Konya

#### AMAÇ:

Gastroparezi gelişiminde pek çok etiyolojik faktör bulunmasına rağmen özellikle bizim çalışma alanımız olan cerrahi girişimler sonrası bir komplikasyon olarak sık karşılaşılan posteoperatif gastroparezidir. Günümüzde kullanılmakta olan başta metoklopramid gibi prokinetik ajanların postoperatif gastroparezideki etkinliği bilinmektedir. Çalışmamızda, uterus düz kasları üzerine kontraktıl etkinliği bulunan bazı ilaçların (oksitosin, metil ergonovin ve kloprostenol) mide düz kasları üzerine de benzer etkiyi gösterebileceği düşünülerek çalışma tasarlanmıştır.

#### YÖNTEM:

Çalışmada her grupta 7 rat olacak şekilde 5 grup oluşturuldu. Grup 1: Sham, Grup 2: Metoklopramid, Grup3:Oksitosin, Grup4:Metil Ergonovin ve Grup5:Kloprostenol idi. Deneklere laparotomi ile gastrektomi yapıldıktan sonra sakrifiye edildi. Aynı ayrı hazırlanan mide fundusundan alınan stripler modifiye krebs solusyonunun içinde bulunduğu izole organ banyosuna alındı. Gruplardaki ilaçlar kümülatif dozda uygulanarak doz yanıt eğrileri elde edildi ve bu bulgular gruplar arasında karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Yapılan değerlendirmeler sonrasında serum fizyolojik grubu, metoklopramid grubu ve metil ergonovin grubunda mide düz kaslarında kasılma cevabı oluşmadı. Oksitosin grubundan gevşeme yanıtı görüldü. Kloprostenol grubunda ise doz bağımlı olarak kümülatif uygulamalar sonrası sürekli artış şeklinde kasılma cevabı oldu.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Metoklopramid proksimal gastrointestinal motiliteyi esas olarak dopamin D2 reseptörlerinin inhibisyonu ve serotonin 5-HT4 reseptör agonisti ve 5-HT3 reseptör antagonist özellikleri vasıtasıyla artırır. Bizim çalışmamızda postoperatif dönemde oluşan gastroparezi durumlarında prokinetik ajan olarak en sık kullanılan metoklopramid pozitif kontrol grubu olarak yer aldı. Fakat sıçan mide fundus dokusunun izole organ banyosunda incelemesinde metoklopramid uygulamasından sonra herhangi bir kasılma görmedik. Metoklopramidin mide boşalmasını artırmasının farklı mekanizmalarla olduğunu düşündük. Oksitosinin sıçan duodenumu ve tavşan kolonundaki kas kasılmaları üzerine inhibitör etki yaptığı bildirilmiştir. Ayrıca mide hareketlerini artırıcı olduğu bildirilmiştir. Wang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sıçan proksimal kolonunun kontraksiyonunu doz bağımlı olarak inhibe ettiği görülmüştür. Bu etkinin enterik nöronlardan salınan NO yoluyla olduğunu göstermişlerdir.

Metil ergonovin serotonerjik, dopaminerjik ve alfa adrenerjik reseptörlerde kısmi agonist/antagonist etkili bir ajandır. 5HT2A reseptörleri ile uterus düz kasında kasılmaya neden olmaktadır.Literatürde metil ergonovinle mide düz kasları üzerine yapılmış bir çalışma saptanmadı. Bizim çalışmamızda metil ergonovinin mide fundus düz kasları üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu sonuç literatürde yapılmış ilk deneysel çalışmadır.

Kloprostenolun mide düz kası üzerine anlamlı şekilde kasıcı etkisinin olduğu görüldü. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda kloprostenol mide kasıcı olarak kullanılabilir ve ayrıca yapılacak sonraki çalışmalarla mide boşalması güçlüğünde kullanılabilir. Prokinetik bir ajan olan metoklopramidin ise mide düz kası üzerine kontraktıl etkisi gösterilememiştir. Muhtemelen metoklopramidin mide boşalması üzerine etkisi farklı mekanizmalar ile olmaktadır. Metil ergonovinin kontraktıl etkisi bulunmazken oksitosinin gevşetici etkisi saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** gastroparezi, uterotonik ilaçlar, prokinetik etkinlik

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0465 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Kronik Karın Ağrısının Nadr Bir Nedeni; Median Arkuat Ligament Sendromu

Nesime İnci Eryılmaz, Serdar Açar, Melih Can Gül, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

#### GİRİŞ

Median arkuat ligamen sendromu (MALS), median arkuat ligamentin (MAL) çölyak arterin köküne bası yapması sonucu meydana gelir. Postprandiyal karın ağrısı ile karakterizedir. Özellikle ekspiryumda basının artmasına bağlı olarak artan iskemi nedeniyle ağrı daha belirgindir. Bu yazıda kliniğimizde MALS tanısı konularak cerrahi tedavi yapılan olgumuzu sunuyoruz.

#### OLGU

43 yaşında erkek hasta son bir yıldır yemeklerden sonra başlayan birkaç saat devam eden karın ağrısı ve kilo kaybı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda apendektomi insizyon skarı dışında herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar değerlerinde herhangi bir anormallik yoktu. Yapılan tetkiklerde BT (Bilgisayarlı tomografi) sinde ' karaciger segment 5'te 1 cm çapında parankimal kalsifikasyon izlenmiştir. Karaciger uzun aksi 19 cm olup normalden büyüktür. Çölyak trunkus proksimalinde arkuat ligaman basısına bağlı belirgin darlık saptanmıştır (yaklaşık % 70-80 düzeyinde). (dumbar sendromu) ' şeklinde yorumlanmıştır. Hastaya cerrahi kararı verilmiş çölyak trunkus disseksiyonu ve ligament dekompresyonu yapılmıştır. Hasta postoperatif klinik izlem sonrası şifa ile taburcu olmuştur. Hastaya bir yıl sonra şikayetlerinin tekrarlaması üzerine BT anjiyografi planlanmıştır. BT Anjiyografi raporunda ' çölyak arter çıkımında lümen çapı yaklaşık 1.5 mm ye kadar düşmekte olup dış basıya bağlı yaklaşık % 70 darlık mevcuttur. (MALS). Abdominal aortadan çıkan çölyak arter hariç çıkan ana damarların proksimal kesimleri doğaldır ' şeklinde yorumlanmıştır. Hastaya tekrar cerrahi kararı verilerek opere edilmiştir. Hasta şifayen taburcu olmuştur.

#### TARTIŞMA

MALS çölyak artere MAL basısı sonucu oluşan vasküler problem olarak karşımıza çıkmaktadır. MAL T12-L1 düzeyinde diyafram krusları arasında bulunan bir yapıdır. Bu yapının çölyak artere basısı sonucu iskemiye bağlı ağrı oluşur. Özellikle ekspiryumda diyafram in superiora doğru yer değiştirmesi sonucunda ligamentin gerilmesiyle çölyak arter proksimaline basının artmasına bağlı semptomlar daha belirgin hale gelmektedir. MALS, kronik karın ağrısı etyolojilerinden biri olmakla beraber inatçı postprandiyal ağrı şikayeti olan hastalarda diğer etyolojik nedenler dışlandıktan sonra ön planda düşünülmelidir. Tanı yöntemi olarak BT önerilmektedir. Tedavi olarak cerrahi ligamen dekompresyonu yapılmaktadır. Bu vakada olduğu gibi MALS ın nüks edebileceği akıldan çıkarılmamalı, hastalar uzun dönem nüks açısından takip edilmelidir.

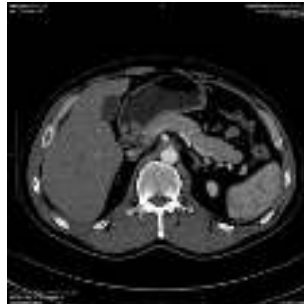
**Anahtar Kelimeler:** Çölyak Arter, Diyafragma, Kronik Karın Ağrısı, Median Arkuat Ligament Sendromu

resim 1



Abdomen BT

resim 2



Abdomen BT

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0466 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Jejunum Ve İleum Divertiküllerine Eşlik Eden Meckel Divertikülü

Fatih Gürsoy, Mehmet Fuat Çetin, Sami Doğan  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Düzce

#### AMAÇ

Divertikül barsak duvarının tamamının veya bir kısmının barsak dışına prolabe olmasıdır. Meckel divertikülü ise omfalomezenterik (vitellin) kanal artığıdır. Akut batın ön tanısı ile acil servise başvuran ve opere edilen hastaların % 4-5 inde bu iki tabloya ait bulgular mevcut olup ikisinin birlikteliği oldukça seyrektr. Biz bu sunumda nadir görülen Meckel ve ince barsak divertikülü birlikteliğini vurgulamak istedik.

#### OLGU

84 Yaş/Erkek akut batın ön tanısı ile acil operasyona alınan hasta yapılan laparatomide jejunum torsiyonu görüldü. Torsiyon düzeltildiğinde kan akımının tekrardan sağlandığı ve barsak hareketlerin geri geldiği görüldü. Bu vakada eksplorasyon devamında jejunum ve ileumda yaygın yalancı divertikül ve meckel divertikülünün olduğu görüldü.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ

Divertikül olgularının otopsi serilerindeki insidansı %0.3 ile %1.3 arasındayken radyolojik insidansının %2.3 olduğu tespit edilmiştir. Jejunal ve ileal divertiküller duvarında kas olmaması, ince olması ve narin bir yapısı olması ile sahte divertiküllerdir. Sahte divertiküller genellikle pulsasyon mekanizmasıyla mezenterik yüzde gelişen ve duvarında sadece mukoza ve seroza tabakalarını içeren divertiküllerdir. Meckel divertikülü ise barsak duvarının 3 tabakasını içine alan konjenital bir lezyon olup gerçek bir divertiküldür. Meckel divertikülü rastlantısal olarak laparatomide veya otopside %2 oranında tespit edilen ince barsak anomalilerindendir. Çoğunlukla asemptomatiktir. %4 oranında komplike olabilir. Komplikasyonları kanama, volvulus, perforasyon, iltihaplanma, barsak tıkanıklığı ve malign transformasyondur. Biz de bu olgu ile toplumda görülme insidansı düşük olan jejunal ve ileal divertiküller ile Meckel divertikülünün birlikte görülebildiğini sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** ince barsak divertikülü, meckel divertikülü, akut batın

#### İnce barsak divertikülü



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**İnce barsak divertikülü**



**Meckel divertikülü**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0467 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Gastrointestinal Perforasyona Neden Olan Yabancı Cisim: 2 Olgu Sunumu

Bülent Dinç<sup>1</sup>, Özgür Cem Müsri<sup>1</sup>, Nesli Yiğitsoy<sup>1</sup>, Mehmet İlker Turan<sup>2</sup>, Umut Rıza Gündüz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

<sup>2</sup>Kepez Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

<sup>3</sup>Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

**AMAÇ:** Yabancı cisim yutulması daha çok çocuklarda karşılaşılan bir durumdur. Daha az sıklıkla ise erişkin çağda; kronik alkoliklerde, epileptik veya psikiyatrik rahatsızlığı olanlarda ve zekâ geriliği olanlarda görülür. Yutulan cisimlerin yaklaşık % 95'i hiçbir semptom oluşturmada pasaj ile atılırlar. Bu olgu sunumlarında incebarsak ve midede perforasyon yaratan yabancı cisimler sunulmuştur.

**Olgu 1:** Kırkbeş yaşında erkek hasta yaklaşık 8 gündür devam eden karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın muayenesinde periumbilikal hassasiyet mevcut olup, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar değerlendirmesinde kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normaldi. Çektirilen ayakta direkt karın grafisinde dördüncü lomber vertebra hizasında lokalize olan yabancı cisme ait radyopak görünüm izlendi. Abdominal tomografide ileal anslarda yabancı cisime ait görünüm tespit edildi. Hastaya tanısal laparoskopi yapıldı. Explorasyonda çekumdan 120cm proksimaldeki ince barsak segmentinde barsağı iki farklı yerden perfora eden yabancı cisim (tel parçası) olduğu görüldü. Açık cerrahi kararı verildi. 10 cm' lik iki adet tel çıkarıldı ve perfore alanlar onarıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

**Olgu 2:** Kırkiki yaşında bayan hasta yaklaşık 3 aydır olan dispeptik şikayetler ile başvurdu. Fizik muayenesinde epigastik hassiyet dışında fizik muayene doğaldı. Laboratuvar değerlendirmesinde kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normaldi. Abdominal tomografide pilorik bölgede, karaciğer altında yabancı cisime ait görünüm tespit edildi. Üst gastrointestinal endoskopide preplorik alanda mideyi perfora eden yabancı cisim görüldü. Endoskopik olarak çıkarılamayan hastaya laparoskopi planlandı. Laparoskopik explorasyonda mide prepilorik alanından çıkıp karaciğer hilusuna uzanım gösteren yabancı cisim (tel parçası) görüldü. Laparoskopik olarak yabancı cisim çıkarılıp, perfore alan primer kapatıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Gastrointestinal yabancı cisimler, çocukluklarda, mental problemi olan erişkinlerde sıklıkla görülür. Genelde herhangi bir müdahale gerektirmeksizin pasaj ile atılır. Sunulan bu iki olguda akut batın tablosu oluşturmada, biri mide diğeri intertinal bölgede olmak üzere perforasyon oluşturan yabancı cisimler sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrointestinal Sistem, Perforasyon, Yabancı Cisim

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Figure 1: Bilgisayarlı Tomografi Görüntüsü (Olgu 1)



Figure 2: İnterstinal Perforasyona Neden Olan Teller (Olgu 1)



Figure 3: Bilgisayarlı Tomografi Görüntüsü (Olgu 2)



Figure 4: Mide Perforasyona Neden Olan Tel (Olgu 2)







www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0468 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nadir Görülen Bir Üst GİS Kanaması Nedeni: Duedonuma Transmigre Olan Abdominal Aort Grefti

Alper Varman, Mehmet Aykut Yıldırım, Mehmet Biçer, Mehmet Metin Belviranlı  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Üst gastrointestinal kanamaları yaklaşık 100.000'de 100 kişide görülür. Sıklıkla 5. Dekat ve sonrasında görülür. Yaklaşık %10 mortal seyreder. Erkeklerde daha sık görülür. Üst gastrointestinal sistem kanamaları hematemez, melena ve nadiren çok yüksek debili kanamalarda hematokezya ile kendini gösterebilir. Üst GİS kanamasının en sık sebebi peptik ülserlerdir. Ülserleri eroziv gastrit, özofageal varisler ve Mallory weiss sendromu takip eder. Nadir sebepler olarak özofagus ülseri, aortoenterik fistül, hemobilia, eroziv duodenit, pankreatik kanamalar bilinmektedir.

**AMAÇ:** Çok nadir bir GİS kanaması sebebi olarak tesbit ettiğimiz arteriyel greftin duodenuma transmigrasyonunu literatür ile paylaşmak.

**OLGU:** 62 y erkek hasta bilinen diyabetes mellitusu, periferik arter hastalığı (buerger hastalığı) mevcuttu. 6 yıl önce aortobifemoral by-pass operasyonu ve 2 yıl önce sol ayak parmakları amputasyonu yapılmıştı ve 20 yıldır sigara öyküsü mevcuttu. Hasta kanlı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu ve gastroenteroloji kliniği tarafında hospitalize edildi. Gastroenteroloji kliniğinde konservatif tedavi uygulanan hastanın hemodinamisinin stabil tutulamaması, masif kanamasının olması nedeniyle hasta genel cerrahi kliniği tarafından devralınarak acil şartlarda operasyona alındı. Operasyonda duodenum 2. Kısımda, duodenum lümenine transmigre olmuş arteriyel greft materyali görüldü. Kardiyovasküler cerrahi görüşü de alınarak duodenum duvarı greft üzerine sütüre edilerek roux-en-y gastrojejunostomi yapılarak operasyon tamamlandı. Post operatif takiplerde yapılan agresif kristaloid ve kan ürünü resüsitasyonuna rağmen hasta kaybedildi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Üst gastrointestinal sistem kanamaları sıklıkla dahili ve cerrahi yoğun bakımlarda takip edilmektedir. Çok nadir bir sebep de olsa üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle takip edilen ve aortobifemoral by-pass öyküsü olan hastalarda arteriyel greftin duodenuma transmigrasyonu akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** arteriyel greft, duodenal kanama, melena

**Tablo 1. Üst GİS Kanaması Nedenleri.**

- Peptik ülser
- Mallory weiss yırtığı
- Özofagus varisleri
- Hemorajik gastrit
- Özofajit
- Aortoduodenal ülser
- Dieulafoy lezyonu
- Tümörler
- Hemobilia
- Anjiodisplaziler

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



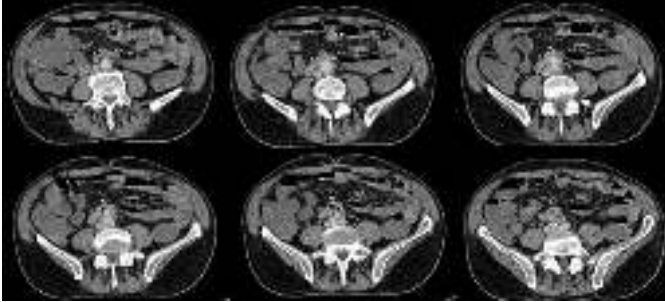
Duodenuma transmigre olan aort grefti, endoskopik görüntüsü

**Resim 2**



Duodenuma transmigre olan aort grefti, endoskopik görüntüsü

**Resim 3.**



Resim 3. Tomografi görüntüleri



Sunumunu okumakta olduğunuz olguya yapılan cerrahi operasyonun canlandırması

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0469 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

### Karar Vermesi Zor Bir Durum: Kemoterapi mi? Tüberküloz tedavisi mi?

Tolga Kalaycı, Ümit Haluk İliklerden, Mehmet Çetin Kotan  
YYÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, Van.

**AMAÇ:** Mide kanserinin tedavisi; neoadjuvan kemoterapi ± radyoterapi, cerrahi yaklaşımlar ve adjuvan kemoterapi ± radyoterapi modalitelerini içerir. Hastalara tedavi düzenlenmesinde tümörün evresi ve lokalizasyonu, hastanın performans durumu, ek komorbid hastalıklar önemli rol oynamaktadır. Olgumuzu sunuş amacımız; tedavi modalitesi olarak öncelikli cerrahi seçeneğini kullandığımız fakat patoloji sonucu nedeniyle hastaya bakış açımızı değiştirmek zorunda kaldığımız 'tüberküloz' gibi beklenmedik bir patoloji sonucu karşısında uygulamış olduğumuz tedavi yaklaşımını sunmak ve olaya farklı bir bakış açısı kazandırmaktır.

**OLGU:** Yetmiş üç yaşında kadın hasta, yaklaşık 3 aydır süren postprandial epigastrik ağrı, son 1 ayda 5 kilo verme, sabah balgamı ve öksürük şikâyeti nedeniyle Kasım 2015'te kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 20 paket/yıl sigara alışkanlığı mevcuttu. Hastanın muayenesinde genel durum orta, koopere ve oryante; hasta hafif kaşektik görünümdeydi. Vital bulguları normal olan hastanın, solunum sesleri bilateral azalmış olup batin muayenesinde deri turgor-tonusunda hafif azalma dışında patoloji yoktu. Hastanın laboratuvarında hemogram, biyokimya ve tümör markerları normaldi. Hastanın endoskopisinde kardiyözofageal bileşkede yaklaşık 3 cm'lik mukozal kabarıklık, granüler ödematöz görünüm mevcuttu ve bu bölgeden biyopsi alındı. Hastanın patolojisi adenokarsinom ile uyumlu malign epitelyal tümör olarak raporlandı. Hastadan Bilgisayarlı Tomografi (BT)'sinde toraksta bilateral kalsifik nodüller ve mozaik patern; abdomende kardiyözofageal bileşkeden distale uzanan cidar kalınlaşması ve mide küçük kurvatur komşuluğunda, periportal alanda lenf nodları izlendi. Hasta gastrointestinal sistem konseyinde değerlendirilip neoadjuvan tedavi kararı alındı. Hastanın oral alımının yetersiz olması ve kemoterapi kabul etmemesi üzerine hastaya cerrahi kararı verildi. Hastaya total gastrektomi+D2 diseksiyon uygulandı. Hasta postoperatif 10. günde herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi. Hastanın ameliyat patolojisi Mixed Adeno-Nöroendokrin Karsinom(MANEC) olarak raporlandı. Cerrahi sınırlar negatif olarak değerlendirilen piyeste 24 adet reaktif lenf nodu ve 1 adet metastatik lenf nodu tesbit edildi.D2 diseksiyonu materyalinin patolojik incelemesi kazeifiye granülomatöz lenfadenit olarak raporlandı. Hasta medikal onkoloji, enfeksiyon hastalıkları ve göğüs hastalıklarına danışıldı. Balgam ARB gönderildi ve sonucu negatif olarak geldi. Hasta tüberküloz olarak değerlendirilip, hastaya verem savaş dispanseri tarafından 2 aylık 4'lü tedavi (Izoniyazid, Rifampisin, Pirazinamid, Etambutol) ve 4 aylık 2'li tedavi (Izoniyazid, Rifampisin) anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Hasta ilk iki aylık agresif tedavi sonrası uygulanan tedavi yanıt değerlendirmede tüberküloz açısından remisyonda hastalık olarak değerlendirildi ve hastaya kemoterapi başlandı. Hastanın hem anti-tüberküloz tedavisi hem de kemoterapötü tedavisi tamamlanmış olup; kontrollerinde herhangi bir sıkıntı olmadan takip edilmektedir.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Mide kanseri nedeniyle rezeksiyon uygulanan ve patolojisinde algoritma dışı tanılar mevcut olması nedeniyle tedavi algoritmasında modifikasyon yapılması gereken olgularda; hastalara uygulanacak tedavide kar/zarar durumu öncelikli prensip olarak belirlenip multidisipliner yaklaşım ile tedavi planı çizilmesi en uygun yöntem olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Mide Kanseri,Kemoterapi,Anti-Tüberküloz.

### Resim 1



Granülomatöz Lenfadenit. Lenf Noduna Ait Kesitlerde Lenfositlerle Çevrili Epitelioid Histiositlerden Meydana Gelen Granülom Yapıları İzlenmektedir. (Hematoksilen Eozin Boyası, Orijinal Büyütme x 100)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0471 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Lokal İleri Evre Mide Kanserlerinde Neoadjuvan Kemoterapi Sonrası Cerrahi Tedavi; Kısa Dönem Sonuçlarımız

Mircelil Seyidov, Mahir Nasirov, Ahmet Çağrı Büyükkasap, Mesut Yavaş, Osman Yüksel  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Lokal ileri evre mide kanserlerinde neoadjuvan kemoterapi (NAKT) sonrası yapılan cerrahi tedavi sağkalımda önemli iyileşmeler sağlamaktadır. Ülkemizde bu uygulamalar son dönemlerde artma eğilimi gösterse de yayınlanmış çalışma sayısı son derece azdır. Bu çalışmada amacımız lokal ileri evre mide kanserlerinde NAKT+cerrahi tedavinin sonuçlarını irdelemektir.

**YÖNTEMLER:** Ocak 2010-Ocak 2017 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde NAKT uygulanarak opere edilen lokal ileri evre mide kanserli 42 hastanın kayıtları değerlendirildi. Preoperatif evrelemede ultrasonografi, tomografi, MR, gerekirse PET tomografi ve evreleme laparoskopisi kullanıldı. Kemoterapi protokolü olarak Docetaxel+cisplatin+5FU uygulandı. Hastaların 18'inde T, 10'unda N ve 14'ünde her iki parametreye göre lokal ileri evre kararı verildi. NAKT yanıtı radyolojik olarak ortaya konulduktan sonra 3. haftada operasyon planı yapıldı.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 51 (26-65) idi, hastaların 22'si erkek 20'si kadın idi. Tümörlerin yerleşim yeri 24 kardiya, 2 fundus, 5 korpus ve 11 hastada antrum idi. Lokal ileri evre olarak kabul edilen 27 hastada radyolojik tam yanıt düşünülerek evreleme laparoskopisi yapıldı. Laparoskopide %18.5 hastada radyolojik bulgular negatif olmasına rağmen laparoskopik bulguların pozitif olduğu görüldü. Laparoskopik bulgular negatif olan 22 hastaya cerrahi tedavi uygulandı, 8 hastaya sınırlı rezeksiyonlar, 14 hastaya total gastrektomi yapılırken D1, D2 ve D3 lenf nodu diseksiyonu sırasıyla 1, 18 ve 3 hastaya yapıldı. Kombine rezeksiyonlar veya ilave organ rezeksiyonları %21 hastaya uygulandı. Morbidite ve mortalite oranları sırasıyla %37 ve %5 idi. Patolojik tam yanıt %29 hastada görülürken, T veya N'de parsiyel yanıtlar %71 hastada görüldü. Adjuvan kemoterapi 9 hastaya uygulanırken, kemoradyoterapi 8 hastaya uygulandı. 3 yıllık genel sağkalım süresi %46 idi.

**SONUÇ:** Lokal ileri evre mide kanserlerinde NAKT sonrası uygulanacak cerrahi ve adjuvan tedavilerle sağkalım oranları artmaktadır. Etkin NAKT, düşük morbidite ile yapılabilecek uygun cerrahi tedavi ve özellikle de patolojik tam yanıt olan olgularda sağkalım süresi daha uzundur.

**Anahtar Kelimeler:** Mide Kanseri, Neoadjuvan Kemoterapi, Lokal ileri evre

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0472 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Güdük apandisit: 3130 appendektomi olgusunun retrospektif analizi

Enis Dikicier<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>1</sup>, Kemal Gündoğdu<sup>2</sup>, Mustafa Yener Uzunoğlu<sup>2</sup>, Feyyaz Onuray<sup>2</sup>, Recayi Çapoğlu<sup>2</sup>, Necattin Fırat<sup>2</sup>, Yakup Ersel Aksoy<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya

#### Giriş

Güdük apandisit appendiksin tamamının çıkarılmadığı durumlarda geride kalan dokuda ortaya çıkan inflamasyon olarak tanımlanır. Sağ alt kadranda belirgin periton irritasyon bulguları ile gelen olgularda bile, appendektomi operasyonu öyküsü olduğundan tanı genellikle gecikir bu da morbiditenin artışına neden olur. Bu sunumda Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde saptanan güdük apandisit olgularını sunmayı amaçladık.

#### Materyal-Metod

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2008- Kasım 2017 tarihleri arasında akut apandisit öntanısı ile uygulanan operasyonlar retrospektif olarak incelendi. Bu çalışmaya daha önce akut apandisit nedeniyle operasyon öyküsü olan veya ameliyat notunda eksplorasyon bulgusu olarak güdük apandisit saptanan hastalar dahil edildi.

#### Sonuçlar

Appendektomi uygulanan 3130 hastanın 2710'u (%86.5) açık, 420'si (%13.5) laparoskopik olarak gerçekleştirildi. Güdük apandisit 5 (%0.15) hastada tespit edildi. Bu olguların appendektomi öyküleri 4,5,7,7 ve 11 yıl önceydi. Olguların 4'ü erkek, 1'i kadındı. Hastalar semptomların başlamasından ortalama 36 saat sonra tanı koyularak operasyona alındı. Uygulanan güdük appendektomilerin 4'ü(%80) açık, 1'i(%20) laparoskopik olarak tedavi edildi.

#### Tartışma

Güdük apandisit, apandektomi sonrası nadir görülen bir komplikasyon olup, geç tanı konulduğundan morbiditeyi artırmaktadır. Bu yüzden radyolojik incelemeler öncesi güdük apandisit tanıda akılda tutulması, karar verme aşamasındaki süreyi kısaltıp, doğru teşhis koymayı kolaylaştırabilir.

**Anahtar Kelimeler:** akut karın, apandisit, güdük apandisit

#### Resim 1



Güdük apandisit bilgisayarlı tomografi görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

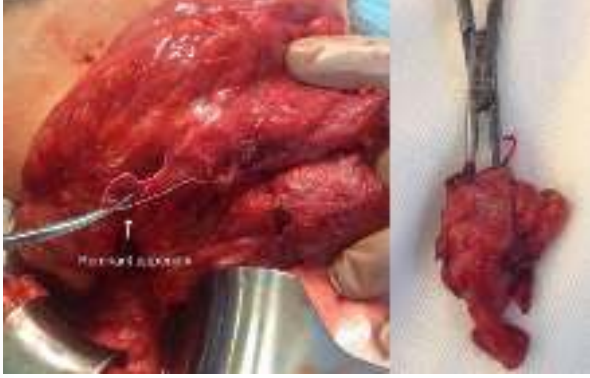
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



Operasyon sırasında remnant appendiksin görüntüsü

**Resim 3**



Başka bir olguda güdük apandisit görünümü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0473 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Erken mide kanserinde lenf nodu metastazı

Emine Özlem Gür, Oğuzhan Özşay, Serkan Karaisli, Erdinç Kamer, Haldun Kar, Gülden Ballı, Mehmet Hacıyanlı  
Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Mide kanseri kansere bağlı ölümler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta yer almaktadır ancak son yıllarda mortalitede azalma mevcuttur. Mide kanserinin esas tedavisi cerrahidir. Günümüzde seçilmiş erken mide kanseri endoskopik olarak da tedavi edilmektedir. Ancak opere edilen T1 tümörlerde lenf nodu metastazı saptanan olgular da vardır. Biz de kliniğimizde mide kanseri nedeniyle opere ettiğimiz, lamina propria veya muskularis mukoza (T1a) ve submukozaya (T1b) invaze erken mide tümörlerinde lenf bezi metastazını etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladık. **Gereç Yöntem;** 2010-2016 yılları arasında mide kanseri nedeniyle opere edilen ve tümör invazyonu T1a ve T1b olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Postoperatif patoloji sonucunda lenf nodu metastazı olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Lenf nodu metastazına etki edebilecek, yaş cins, lenfovasküler invazyon (LVI), perinöral invazyon (PNI), tümör çapı, yerleşim yeri, nötrofil, lenfosit, monosit, nötrofil/lenfosit oranı, Lenfosit/monosit oranı, Nötrofil/monosit oranı, toplam çıkarılan lenf nodu sayısı, istatistiksel olarak karşılaştırıldı.  $P < 0.05$  değeri anlamlı olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 53 hastanın 17'sinde (%32) lenf nodu metastazı saptandı. Lenf nodu metastazı saptanan grupta hastaların 10'u (%57.8) erkek, diğer gruptaki 36 hastanın 24'ü erkekti (%66.6). Grupların yaş ortalaması lenf nodu metastazı olan grupta  $56,6 \pm 9,4$ , diğer grupta ise  $61,1 \pm 9,8$  olarak bulundu. Yaş ve cinsiyet açısından gruplar arasında fark yoktu. Parametreler değerlendirildiğinde LVI ve PNI bulunan tümörlerde lenf nodu metastazının görülme ihtimalinin yüksek olduğu görüldü ( $p < 0.05$ )

**SONUÇ:** Sonuç olarak T1 mide kanserinde lenf nodu metastazı olma ihtimali mevcuttur. Bu nedenle hastaların iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle lenfovasküler ve perinöral invazyonu saptanan tümörlerde cerrahi tedavi düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** mide kanseri, lenf nodu, metastaz

**tablo 1: Hastaların destriktif kriterleri**

|                 | Grup 1<br>(n=17) (%32.0) | Grup 2<br>(n=36) (%68.0) | P  |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|----|
| <b>Cins</b>     |                          |                          |    |
| Erkek           | 10 (58.8)                | 24 (66.6)                | NS |
| Kadın           | 7 (41.2)                 | 12 (33.4)                |    |
| <b>Patoloji</b> |                          |                          |    |
| Adenok          | 14 (82.3)                | 29 (80.5)                |    |
| Karsinom        | 1 (5.9)                  | 6 (16.6)                 | NS |
| Karsinom        | 2 (11.7)                 | 4 (11.2)                 |    |
| <b>Cerrahi</b>  |                          |                          |    |
| Yeni            | 5 (29.4)                 | 8 (22.2)                 |    |
| Yeni            | 14 (80.6)                | 28 (77.8)                | NS |
| <b>Klinik</b>   |                          |                          |    |
| Erkek           | 10 (58.8)                | 24 (66.6)                |    |
| Kadın           | 7 (41.2)                 | 12 (33.4)                | NS |
| <b>LVI</b>      |                          |                          |    |
| Yeni            | 5 (29.4)                 | 8 (22.2)                 |    |
| Yeni            | 14 (80.6)                | 28 (77.8)                | NS |
| <b>PNI</b>      |                          |                          |    |
| Yeni            | 5 (29.4)                 | 8 (22.2)                 |    |
| Yeni            | 14 (80.6)                | 28 (77.8)                | NS |
| <b>LVI</b>      |                          |                          |    |
| Yeni            | 5 (29.4)                 | 8 (22.2)                 |    |
| Yeni            | 14 (80.6)                | 28 (77.8)                | NS |

**tablo 2: Hastaların sürekli değişkenlerinin karşılaştırılması**

|                 | Grup 1<br>(n=17) (%32.0) | Grup 2<br>(n=36) (%68.0) | P  |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|----|
| <b>Yaş</b>      |                          |                          |    |
| Ortalama        | 56.6                     | 61.1                     | NS |
| Standart Sapma  | 9.4                      | 9.8                      |    |
| <b>Cins</b>     |                          |                          |    |
| Erkek           | 10 (58.8)                | 24 (66.6)                | NS |
| Kadın           | 7 (41.2)                 | 12 (33.4)                |    |
| <b>Patoloji</b> |                          |                          |    |
| Adenok          | 14 (82.3)                | 29 (80.5)                |    |
| Karsinom        | 1 (5.9)                  | 6 (16.6)                 | NS |
| Karsinom        | 2 (11.7)                 | 4 (11.2)                 |    |
| <b>Cerrahi</b>  |                          |                          |    |
| Yeni            | 5 (29.4)                 | 8 (22.2)                 |    |
| Yeni            | 14 (80.6)                | 28 (77.8)                | NS |
| <b>Klinik</b>   |                          |                          |    |
| Erkek           | 10 (58.8)                | 24 (66.6)                |    |
| Kadın           | 7 (41.2)                 | 12 (33.4)                | NS |
| <b>LVI</b>      |                          |                          |    |
| Yeni            | 5 (29.4)                 | 8 (22.2)                 |    |
| Yeni            | 14 (80.6)                | 28 (77.8)                | NS |
| <b>PNI</b>      |                          |                          |    |
| Yeni            | 5 (29.4)                 | 8 (22.2)                 |    |
| Yeni            | 14 (80.6)                | 28 (77.8)                | NS |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0474 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Peritonitli Ortamda Klorhexidin Glukonat Emdirilmiş Kompres Ve Metronidazol Emdirilmiş Kompres Kullanımının Barsak Anastomozu Üzerine Etkileri

Ali Aksu<sup>1</sup>, Nizamettin Kutlu<sup>1</sup>, Mehmet Buğra Bozan<sup>1</sup>, Burhan Hakan Kanat<sup>1</sup>, Yavuz Selim İlhan<sup>2</sup>, Ahmet Türkoğlu<sup>3</sup>, Adile Ferda Dağlı<sup>4</sup>, Nevin İlhan<sup>5</sup>

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

<sup>2</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

<sup>3</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

<sup>4</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

<sup>5</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Elazığ

Kalın barsakta hem patojen mikroorganizmaların fazlalığı, hem de kollojenaz enzim aktivitesinin yüksekliği nedeniyle anastomoz kaçağı riski gastrointestinal traktın diğer yerlerine göre daha yüksektir. Genel cerrahi kliniklerinde gerek elektif gerekse acil kolon ameliyatlarında kirli batın olması durumunda özellikle sol kolona yapılacak girişimlerde primer anastomozdan kaçınılmakta ve çok basamaklı prosedürler tercih edilmektedir. Bu deneysel çalışmada peritonitli ortamda sol kolon anastomozlarında klorhekzidin glukonat ve metronidazol emdirilmiş batın kompresleri kullanılmasının anastomoz güvenliği açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

Bu çalışma, Fırat Üniversitesi Deneysel Araştırma Merkezi'nde Wistar –Albino cinsi 21 adet rat üzerinde 3 eşit gruba ayrılarak yapıldı. Orta hat laparotomi sonrası pelvik peritonun 2 cm üzerinden sol kolon tam kat kesildi. Fekal kontaminasyon için lümen içindeki gayta yaralanmanın çevresine bulaştırıldı. Daha sonra karın iki kat üzerinden (fasia ve cilt ) 3/0 ipeklerle devamlı olarak kapatıldı. 1 gün sonra genel anestezi altında batın tekrar açıldı. Kolon anastomozuna başlamadan önce batın 1. gruptaki ratlara izotonik sodyum klorür emdirilmiş materyal kullanarak temizlendi ve çift kat kolon anastomozu uygulandı. 2. grupta batın metronidazol emdirilmiş materyalle temizlenerek çift kat kolon anastomozu uygulandı. 3. grupta ise klorhekzidin glukonat emdirilmiş materyalle batın temizlenerek anastomoz uygulandı. Postoperatif 10. günde relaparotomi yapılarak anastomoz hattında doku hidroksiprolin seviyesi, anastomoz patlama basınçları ölçüldü ve histopatolojik değerlendirme yapıldı. Anastomoz patlama basıncı ortalama değer verileri en yüksek Grup III'te tespit edildi ( $p<0.05$  Grup I-III, Grup II-III). Doku hidroksiprolin düzeyi ortalama değer verileri en yüksek Grup III'te izlendi ( $p<0.005$  Grup I-III, Grup II-III). Histopatolojik bulgular üç grup içinde değerlendirildiğinde barsak dokusunda iyileşme skoru açısından Grup II ve Grup III arasında anlamlı farklılık yokken her iki gruptaki iyileşme skoru Grup I'den istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermekteydi ( $p<0.005$ ). Sonuç olarak antibakteriyal solüsyon emdirilmiş materyal kullanımının peritonitli ortamda rezeksiyon primer anastomozda anastomoz güvenliğini arttırdığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Peritonit, Kolon Anastomozu, Klorhekzidin Glukonat, Anastomoz Kaçağı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### I. Grup (Kontrol) Histopatolojik İnceleme Sonuçları

Tablo IX. I. Grup (Kontrol) Histopatolojik İnceleme Sonuçları

| No | PMN<br>(%) | MNH<br>(%) | MNH<br>(%) | Gül | Siv | İyileşim Derece |    |     |    |   |
|----|------------|------------|------------|-----|-----|-----------------|----|-----|----|---|
|    |            |            |            |     |     | I               | II | III | IV | V |
| 1  | ++         | -          | -          | ++  | +++ |                 |    | ++  |    |   |
| 2  | ++         | +          | -          | ++  | ++  |                 | S  |     |    |   |
| 3  | ++         | +          | -          | ++  | ++  |                 |    | X   |    |   |
| 4  | -          | -          | -          | -   | -   |                 | X  |     |    |   |
| 5  | ++         | -          | -          | -   | +++ |                 |    | X   |    |   |
| 6  | ++         | +          | +          | ++  | ++  |                 |    | X   |    |   |
| 7  | ++         | +          | ++         | ++  | ++  |                 |    |     |    | X |

PMN: Polimorfl Nükleer Lenfosit

MNH: Mononükleer Hücre

G: Granül

Siv: Sivri

K: Kistik

K: Kistik

Siv: Sivri

Siv: Sivri

### II. Grup (Metronidazol) Histopatolojik İnceleme Sonuçları

Tablo X. II. Grup (Metronidazol) Histopatolojik İnceleme Sonuçları

| No | PMN<br>(%) | MNH<br>(%) | MNH<br>(%) | Gül | Siv | İyileşim Derece |    |     |    |   |
|----|------------|------------|------------|-----|-----|-----------------|----|-----|----|---|
|    |            |            |            |     |     | I               | II | III | IV | V |
| 1  | +          | +          | -          | ++  | +   |                 |    |     |    | X |
| 2  | +          | +          | -          | ++  | ++  |                 |    |     |    | S |
| 3  | ++         | +          | -          | ++  | +   |                 |    |     |    | S |
| 4  | +          | +          | -          | ++  | ++  |                 |    |     |    | S |
| 5  | +          | +          | ++         | +   | +   |                 |    |     |    | X |
| 6  | ++         | +          | -          | ++  | +   |                 |    |     |    | X |
| 7  | ++         | +          | ++         | +   | +   |                 |    | X   |    |   |

### III. Grup (Klorhekzidin) Histopatolojik İnceleme Sonuçları

Tablo XI. III. Grup (Klorhekzidin) Histopatolojik İnceleme Sonuçları

| No | PMN<br>(%) | MNH<br>(%) | MNH<br>(%) | Gül | Siv | İyileşim Derece |    |     |    |   |
|----|------------|------------|------------|-----|-----|-----------------|----|-----|----|---|
|    |            |            |            |     |     | I               | II | III | IV | V |
| 1  | -          | +          | -          | ++  | -   |                 |    |     |    | X |
| 2  | +          | ++         | -          | ++  | +   |                 |    | X   |    |   |
| 3  | +          | ++         | -          | ++  | +   |                 |    |     |    | S |
| 4  | -          | +          | -          | ++  | +   |                 |    |     |    | S |
| 5  | +          | +          | ++         | +   | +   |                 |    |     |    | X |
| 6  | +          | +          | -          | ++  | +   |                 |    |     |    | X |
| 7  | -          | +          | -          | ++  | ++  |                 |    |     |    | X |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

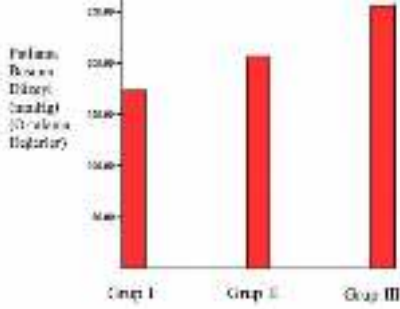
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Patlama Basıncı



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0475 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Sigmoid kolon kanserinde gelişen ileus tablosunda meckel divertikül perforasyonu

Ufuk Önsal, Erman Yekenkurul, Mehmet Yaşar  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin en sık izlenen doğumsal anomalisidir ve gerçek bir divertiküldür. Çocukluk çağında kanama ve tıkanma gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonları olabilirken, erişkinlerde nadir olarak görüntüleme yada laparotomi sırasında saptanabilmektedir. Erişkinlerde çok nadir komplikasyon izlenmekte olup, yaşamı tehdit eden çok ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir. Bu olguda sigmoid kolon kanserine bağlı gelişmiş ileus tablosunda meckel divertikül perforasyonu olgusu sunulmuştur.

62 yaşında erkek hasta acil servise yaygın karın ağrısı, karında şişlik, 3 gündür gaz-gaita çıkaramama şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde ileri evre sigmoid kolon kanseri tanısıyla medikal tedavi alan hastanın yapılan muaynesinde karında distansiyon, batin her kadranda defans, rebound hassasiyet mevcut olup rektal tuşede ampulla boş izlendi. Yapılan kan testleri ve görüntüleme yöntemleri sonucunda bağırsak perforasyonu öntanısıyla acil tanı amaçlı laparotomi yapıldı. Operasyonda batin içinde yaygın enterik içerik izlendi, ileumda meckel divertikül perforasyonu izlendi. Sigmoid kolonda pasaja izin vermeyen 6cm'lik kitle görüldü. ileum Segmenter rezeksiyon yapıp ileostomi açıldı, batin lavajı yapıldı. Post-op 4. günde hasta taburcu edildi.

Meckel divertikülü genellikle 2 yaşından önce semptomatik hale gelmektedir. 20 yaşından önce en sık komplikasyon kanama iken, 40 yaş üstünde en sık komplikasyon tıkanmadır. Divertikülit en sık görülen komplikasyonlarından biridir ve genellikle fekalit ile tıkanması sonucu oluşur. Semptomatik olgularda tedavi yaklaşımı cerrahidir. Asemptomatik olgularda Soltero çok nadir cerrahi uygulanışken, Schlicke ve Johnston rastlantısal saptanan Meckel Divertikülünün çıkartılmasını önermişlerdir.

Bağırsak tıkanıklığı durumlarında perforasyon genellikle çekumda beklenirken meckel divertikülü de perforasyon için risk faktörü oluşturmakta olup, laparotomi sırasında rastlantısal saptanan meckel divertikülünün eksizyonu düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** ileus, meckel divertikülü, sigmoid kolon kanser

#### meckel's divertikül perforasyonu



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0476 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Kısa Bağırsak Oluşturulan Ratlarda Longitudinal Gastrojejunostomi Ameliyatının Malabsorbsiyon Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması (Deneysel Çalışma)

Sinan Arıcı<sup>1</sup>, Osman Bilgin Gülçiçek<sup>2</sup>, Aytaç Biricik<sup>3</sup>, Erkan Yavuz<sup>2</sup>, Candaş Erçetin<sup>2</sup>, Hakan Yiğitbaş<sup>2</sup>, Fatih Çelebi<sup>2</sup>, Atilla Çelik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gümüşhane Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Gümüşhane

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağırsak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Van Özalp İlçe Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Van

**AMAÇ:** Kısa bağırsak sendromu (KBS) geniş intestinal rezeksiyonu takiben gelişen malabsorbsiyon ve buna bağlı olarak gelişen malnütrisyonla karakterize klinik bir durumdur. Tedavisinde kullanılan en önemli silah olan TPB bile teknik güçlükleri, ekonomik olmaması ve çeşitli komplikasyonları nedeniyle sınırsız uygulanabilecek bir tedavi yöntemi değildir. Amacımız, masif (%80) ince bağırsak rezeksiyonu yapılarak kısa bağırsak oluşturulan ratlarda yapılan longitudinal gastrojejunostominin histopatolojik ve biyokimyasal parametreler üzerindeki etkisi araştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamız hastanemiz bünyesindeki Bağırsak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneysel Araştırma ve Beceri Geliştirme Merkezi'nde (BADABEM) gerçekleştirildi. Çalışmamızda ortalama ağırlıkları 190-260 (ortalama 220gr.) gram olan 24 adet erişkin Wistar Hannover sıçan kullanıldı. Her grupta 8 hayvan olacak şekilde 3 grup oluşturuldu. 1. Grup: Sham grubu, 2. Grup: Kısa bağırsak sendromu oluşturulan kontrol grubu, 3. Grup: Kısa bağırsak oluşturulup longitudinal jejunostomi oluşturulan grup. Her denek ameliyat öncesi ve 21. günde ağırlıkları ölçüldü ve kaydedildi. Postoperatif 21. günde relaparotomi yapıldı. Kardiyak ponksiyon yapılarak alınan kanda (4-5 cc) biyokimyasal parametreler (AST, ALT, kalsiyum, magnezyum, demir, albümin, glukagon like peptid-2, vitamin-B12) bakıldı. Anastomoz hattı rezeke edildi, adaptasyon açısından intestinal metaplazi gelişimi histopatolojik değerlendirmeye alındı.

**SONUÇ:** Yaptığımız bu deneysel çalışmada antiperistaltik, longitudinal gastrojejunostomi ile KBS oluşturulmuş ratlarda kilo kaybı daha az, GLP-2 değeri daha yüksek ölçülmüş olup KBS 'nda umut vericidir. Bu bakımdan bizim çalışmamız pilot bir çalışma olma özelliğindedir. Çalışmamızın ileri klinik çalışmalarla desteklenmesi gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** intestinal adaptasyon, kısa bağırsak sendromu, longitudinal gastrojejunostomi

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0477 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### İnflamatuvar fibroid polip kaynaklı invajinasyon: iki vaka sunumu

Mehmet Arif Usta, Mehmet Uluşahin, Serkan Tayar, Muhammed Selim Bodur, Arif Burak Çekiç  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

#### Amaç

İnvajinasyon esasen çocuk yaş grubunda görülmekle beraber yetişkin yaş grubunda da görülen vakalar mevcuttur.

#### Olgu-1

Atmış yaşında erkek hasta acil servise birkaç saat önce başlayan bulantı kusma şikayetiyle başvurdu. Hastanın birkaç aydır kabızlık ve ara ara olan karın ağrısı şikayetlerinin olduğu ve bu nedenle palyatif medikal tedaviler aldığı öğrenildi. Hipertansiyon dışında bilinen ek hastalığı, ilaç kullanım öyküsü ve operasyon öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde (FM) umblikus etrafında ve sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve karında distansiyon mevcuttu. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) sağ alt kadranda 8 cm'lik invajine barsak segmenti ve uç kısmında 41x33 mm boyutlarında benign olduğu düşünülen kitle lezyonu izlendi. Hastaya acil operasyon planlandı. Laparotomide proksimal ince barsakların dilate olduğu, ileoçekal bölgeye 80 cm'de 4x3cm'lik kitle olduğu ve yaklaşık 10 cm'lik ince barsak ansının invajinasyon oluşturduğu görüldü (Resim 1, 2). Segmenter ince barsak rezeksiyonu ve uc uca anastomoz gerçekleştirildi. Postoperatif 3. gün orali açılan hastanın servis takiplerinde problemi olmadı ve 5. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu inflamatuvar fibroid polip (İFP) olarak raporlandı.

#### Olgu-2

Yetmiş dokuz yaşında erkek hasta acil servise 1 gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetiyle başvurdu. HCV, aritmi ve kalp yetmezliği öyküsü ve bu hastalıklarla ilgili ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. Hastanın koledokolitiazis nedeniyle opere edildiği öğrenildi. FM'de umblikus etrafında hassasiyet, defans ve karında distansiyonu mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde CRP 5 mg/dl ve lökosit 14330/μL idi. Çekilen abdomen BT'de batın sağ alt kadranda 7 cm'lik segmentte invajine bağırsak ansı ve proksimal ince barsak segmentlerinde 62 mm ye ulaşan dilatasyon ve hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Hastaya operasyon önerildi. Laparotomide ileoçekal bölgeden 50 cm'de 5x4 cm'lik kitle olduğu ve yaklaşık 7-8 cm'lik segmentin invajinasyon oluşturduğu, proksimal anslarda dilatasyon olduğu görüldü Segmenter ince barsak rezeksiyonu ve elle uc uca anastomoz gerçekleştirildi. Operasyon sonrası hasta entube halde yoğun bakım ünitesine alındı. Postoperatif 1.gün ekstube edildi ve 2. gün servise alındı. Postoperatif süreçte solunumsal problemleri olsa da genel durumu toparladı. Postoperatif 5. gün orali açıldı ve 11.gün taburcu edildi. Patolojisi İFP olarak bildirildi.

#### Tartışma ve sonuç

İnvajinasyon yetişkin yaş grubunda kitlelere bağlı olarak oluşabilir. Bu kitlelerden biride İFP'dir. İFP gastrointestinal kanalın her yerinde görülebilmekle beraber en sık mide de gözüktür. Sunulan hastalarda olduğu gibi ince barsak yerleşimli İFP'ler ile de sık olarak karşılaşmaktadır. Submukozal kaynaklı benign bir lezyondur. Etiyolojisi bilinmemektedir. Gastrointestinal kanama yapabilirler. İleus ve invajinasyona da sebep olabilirler. Yetişkin hastalarda ileus durumlarında invajinasyon ve buna eşlik edebilecek kitleler akıldan çıkarılmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** inflamatuvar fibroid polip, ince barsak, kitle, invajinasyon, ileus

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



İnvajinasyona ait intraoperatif görünüm

**Resim 2**



İnvajinasyona ait intraoperatif görünüm

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)







www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0479 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Subtotal Gastrektominin Nadir Komplikasyonu: Remnant Mide Kanseri

Emine Özlem Gür, Serkan Karaislı, Mehmet Hacıyanlı, Yusuf Kumkumoğlu, Ahmet Er, Kemal Atahan, Osman Nuri Dilek  
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Remnant mide kanseri (RMK), benign ya da malign nedenlerle subtotal gastrektomi yapılan hastalarda en az 2 yıl sonra gelişen mide kanseridir. Bu yazıda, remnant mide kanseri nedeniyle gastrektomi yapılan hastaların tedavi ve takip sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2007- Ocak 2017 tarihleri arasında, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde RMK nedeniyle opere edilen 14 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat ve patoloji verileri hasta dosyaları ve hastane veri tabanı bilgileri baz alınarak kaydedildi. Hastaların mortalite verileri nüfus kayıt sisteminden Şubat 2018 itibari ile tarandı. Hastaların demografik verileri, operasyon endikasyonları, operasyon verileri ve patoloji sonuçları irdelendi. Hastaların takip ve sağkalım süreleri kaydedildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaşı  $65.85 \pm 9$  (50-82) olarak hesaplandı. Hastaların 12'si (%85.8) erkek, 2'si (%14.2) ise kadındı. Malignite hastaların 9'unda (%64.2) gastroenterostomi hattında ve 5'inde (%35.8) proksimal midedeydi. 3 hastada (%21.4) mide kanseri nedeniyle subtotal mide rezeksiyon öyküsü varken, 11 (%78.6) hastada geçirilmiş peptik ülser cerrahisi öyküsü mevcuttu. İlk ameliyat sonrası RMK ortaya çıkış süresi  $32.5 \pm 18$  (2-54) yıl olarak bulundu. Tümör boyutu ortalama  $4.1 \pm 2$  (1,5-8) cm olarak bulundu. Hastaların 7'sinde (%50) lenf nodu metastazı görüldü. Perioperatif mortalite 2 (%14.2) hastada görülürken, taburcu edilen 12 hastanın ortalama sağkalım süresi  $26.1 \pm 15.8$  ay olarak bulundu.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Subtotal mide rezeksiyonu yapılan ya da bilinen öyküsü olan hastalarda özellikle gastroenterostomi hattında malign tümörler görülebilmektedir. Bu açıdan bilinen mide operasyonu sonrası çok uzun yıllar geçmiş olsa dahi, rutin endoskopik tarama yapılması, risk grubundaki hastaların tespiti ve RMK'nin erken evrede saptanması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** mide kanseri, peptik ülser, remnant mide, subtotal gastrektomi

Tablo 1

|           |                         | n=14 | %    |
|-----------|-------------------------|------|------|
| Cinsiyet  | Erkek                   | 12   | 85.8 |
|           | Kadın                   | 2    | 14.2 |
| Tümör     | Gastroenterostomi hattı | 9    | 64.2 |
|           | Azotomaz dışı           | 5    | 35.8 |
| Önceki    | Benign                  | 11   | 78.6 |
|           | Malign                  | 3    | 21.4 |
| Patolojik | Var                     | 2    | 14.2 |
|           | Yok                     | 12   | 85.8 |
| Metastaz  | Var                     | 7    | 50   |
|           | Yok                     | 7    | 50   |
| Mortalite | Var                     | 2    | 14.2 |
|           | Yok                     | 12   | 85.8 |

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0480 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Nissen Fundoplikasyonu Geç ve Ölümcül Komplikasyonu: Gastrik Volvulus

Alpaslan Sarı, Gökhan Pösteği, Alican Güreşin, Saffet Çınar, Sertaç Ata Güler  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Organoaksiyel gastrik volvulus mide operasyonları sonrasında nadir görülen bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. 47 yaşında bayan hasta Hill Grade 4 Hiatal herni ve gastroözefageal reflü nedeniyle Nissen fundoplikasyonu yapıldı. Post op 5. Ayda akut karın kliniği ile gelen hastada gastrik volvulus saptandı. Hasta eksplore edildi. Hastada organoaksiyel bir mide rotasyonu olduğu ve midenin total olarak nekroza gittiği görüldü. Hastaya total gastrektomi yapıldıktan sonra septik tabloda gerileme olmadı ve anastomoz kaçağı meydana geldi. Reopere edilen hastada lüminal ve intraabdominal drenajlar ile takip edildi. Hasta Post op 16. Günde sepsis nedeniyle kaybedilmiştir. Mide operasyonu geçiren hastalarda nadir de olsa gelişen bu komplikasyonu literatür eşliğinde paylaşacağız.

**Anahtar Kelimeler:** Nissen Fundoplikasyonu, Gastrik Volvulus, Mide nekrozu

#### Peroperatif Fotoğraf: Nekroza giden Midenin görüntüsü



#### Peroperatif Fotoğraf: Nekroza giden Midenin Görüntüsü



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0481 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Gebe apandektomili hastalarımızda hemogram ve CRP parametrelerinin analizi

Hüseyin Cahit Yalçın<sup>1</sup>, Faik Tatlı<sup>1</sup>, Orhan Gözeneli<sup>1</sup>, Abdullah Özgönül<sup>1</sup>, Mehmet Kaplan<sup>2</sup>, Ali Uzunköy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul

#### AMAÇ:

Gebelerde akut apandisit tanısında ve tedavisinde bazı zorluklar olduğu bilinmektedir. Tanıda anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulguları önemlidir. Bu çalışmada, akut apandisit ön tanısıyla apandektomi yapılan gebe hastalarımızın, hemogram parametreleriyle CRP değerlerinin, apandisit tanısı koymadaki prediktif değerlerinin araştırılması amaçlandı.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Ocak 2010-Mayıs 2016 tarihleri arasında, akut apandisit ön tanısıyla acil apandektomi yapılan 38 hasta retrospektif olarak incelendi. Yaş, gebelik haftası, hemoglobin, lökosit, nötrofil, lenfosit, platelet, C- reaktif protein (CRP), nötrofil/lenfosit, platelet/lenfosit, lökosit/CRP, nötrofil/CRP, lökosit+CRP, nötrofil+CRP değerleri ve histopatolojik sonuçları içeren veriler araştırıldı. Patoloji sonuçlarına göre üç grup belirlendi. Grup I: akut apandisit, Grup II: perfor apandisit, Grup III: normal apendiks ( patoloji: lenfoid hiperplazi ). Verilerin analizinde, "SPSS for Windows version 24.0" istatistik programı kullanılırken, istatistiksel anlamlılık için,  $p < 0.05$  olarak alındı.

#### BULGULAR:

Hastaların yaş ortalaması (O): 28,8; gebelik haftası (O): 19,2; lökosit (O): 13,3 103/uL; sola kayma ( nötrofili ) (O): % 78,8 103/uL; CRP (O): 6,3 mg/dL; nötrofil / lenfosit oranı: 8,0; platelet / lenfosit oranı: 184,9; lökosit /CRP oranı: 11,9; nötrofil /CRP oranı: 9,2; lökosit+CRP toplamı: 20,1; nötrofil+CRP toplamı: 17,4; Grup I: 26 hastada akut apandisit (%68), Grup II: 4 hastada perfor apandisit (% 10), Grup III: 8 hastada (%21) lenfoid hiperplazi. CRP değerlerine göre karşılaştırıldığında, Grup I ile Grup III arasında anlamlı farklılık gözlenmezken ( $P=0,750$ ); Grup II ile Grup III arasında ( $P=0,022$ ) değeriyle, Grup I ile Grup II arasında ( $P=0,017$ ) ile anlamlı farklılık gözlemlendi. Grup I, II, III arasında lökosit ( $P=0,013$ ), lökosit / CRP oranı ( $P= 0,001$ ), lökosit+CRP toplamı ( $P=0,009$ ), nötrofil+CRP toplamı ( $P=0,018$ ) değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

#### TARTIŞMA ve SONUÇ:

(AA), obstetrik aciller dışında, gebelerde en çok görülen akut batın nedenidir. Tanı ve tedavideki güçlükler/gecikmelerle, perfor apandisit oranı, morbidite ve mortalite artar; erken doğum/düşük tehdidi ile hastanın ve fetusun yaşamı riske girer. Gebelikteki anatomik, fizyolojik ve laboratuvar değişiklikleri, ayırıcı tanıyı güçleştirir. Uterusun büyümesiyle apendiksin yer değiştirmesi, USG' nin tanıdaki değerini sınırlar, tomografi ise gebede sakıncalıdır. Tanı araçları; anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve USG'dir. Bu çalışmada, perfor apandisitte CRP; akut ve perfor apandisitte lökosit, nötrofil, lökosit / CRP oranı, lökosit+CRP ve nötrofil+CRP toplamı anlamlı derecede yüksek bulundu. Gebelerde (AA) tanısında; lökosit, nötrofil, CRP'nin yanısıra, " lökosit / CRP oranı, lökosit+CRP ve nötrofil+CRP toplamı" nın da faydalı olacağı gibi, komplike/perfor (AA) ayırımında da katkı sağlayacağı görüşündeyiz.

NOT: Bu çalışmadaki veriler, 5-9 Nisan 2017'de Antalya'da yapılan 11. Ulusal Travma ve Acil Kongresi'nde, "Apandektomi Yapılan Gebe Hastalarımızın Değerlendirilmesi" başlığı ile, 0298 no.lu sözlü bildiride de kullanılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Apandisit, CRP, gebe, lökosit, nötrofil

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

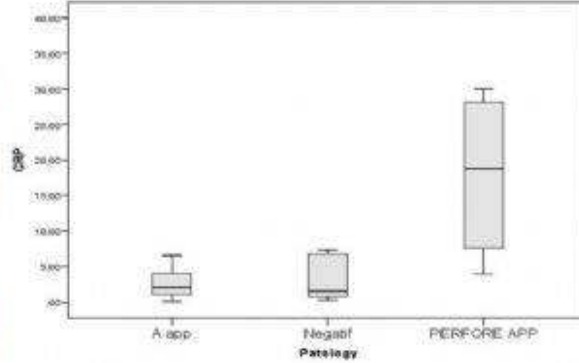
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### \* CRP değerlerine göre grupların karşılaştırılması:

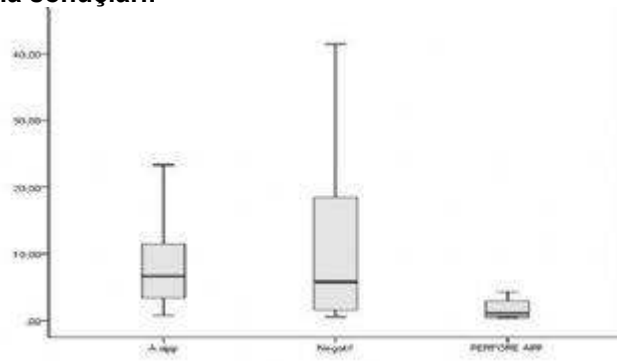
| Sample1-Sample2     | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. |
|---------------------|----------------|------------|---------------------|------|
| Negatif-A.app       | 1,433          | 4,492      | ,319                | ,750 |
| Negatif-PERFORE APP | -15,625        | 6,803      | -2,297              | ,022 |
| A.app-PERFORE APP   | -14,192        | 5,967      | -2,378              | ,017 |



Tablo 1: Grup I: akut apandisit (non-komplike), Grup II: perfor apandisit (komplike), Grup III: normal apendiks/negatif (patoloji: lenfoid hiperplazi ). \* (Significant at 0.05 level; Kruskal Wallis test). CRP ölçümleri bakımından patoloji karşılaştırıldığında Grup III ile Grup I (Negatif-A.app) arasında anlamlı farklılık gözlenmezken ( $P=0,750$ ), Grup III ile Grup II (Negatif ile perfor APP) arasında anlamlı farklılık gözlemlendi ( $P=0,022$ ). Grup I ve Grup II (A.app-Perfor App) arasında anlamlı farklılık gözlemlendi ( $P=0,017$ ).

### \*\* WBC / CRP oranlarının ikili karşılaştırma sonuçları:

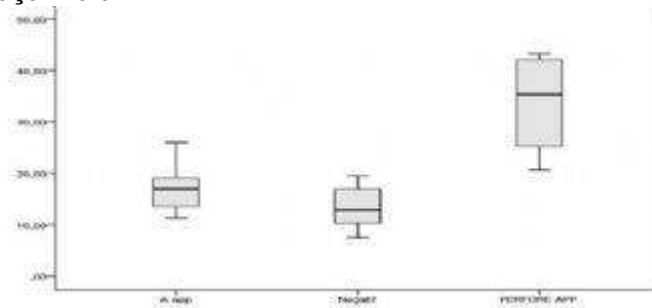
| Sample1-Sample2     | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. |
|---------------------|----------------|------------|---------------------|------|
| Negatif-A.app       | 2,452          | 4,493      | ,546                | ,585 |
| PERFORE APP-Negatif | 12,375         | 6,805      | 1,818               | ,069 |
| PERFORE APP-A.app   | 14,827         | 5,969      | 2,484               | ,013 |



Tablo 2: Grup I: akut apandisit (non-komplike), Grup II: perfor apandisit (komplike), Grup III: normal apendiks/negatif (patoloji: lenfoid hiperplazi )

### \*\*\* WBC + CRP değerine göre ikili karşılaştırmalar:

| Sample1-Sample2     | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. |
|---------------------|----------------|------------|---------------------|------|
| Negatif-A.app       | 7,202          | 4,493      | 1,603               | ,109 |
| Negatif-PERFORE APP | -20,875        | 6,805      | -3,067              | ,002 |
| A.app-PERFORE APP   | -13,673        | 5,969      | -2,291              | ,022 |



Tablo 3: Grup I: akut apandisit (non-komplike), Grup II: perfor apandisit (komplike), Grup III: normal apendiks/negatif (patoloji: lenfoid hiperplazi ).

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

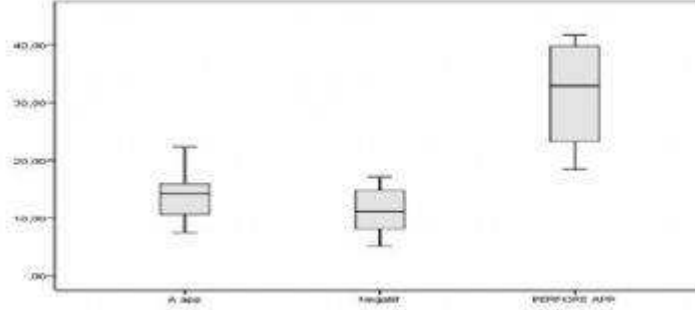
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Nötrofil + CRP değerine göre ikili grupların karşılaştırılması:

| Sample1-Sample2     | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. |
|---------------------|----------------|------------|---------------------|------|
| Negatif-A.app       | 5.442          | 4.493      | 1.211               | .236 |
| Negatif-PERFORE APP | -19.250        | 6.805      | -2.829              | .006 |
| A.app-PERFORE APP   | -13.808        | 5.969      | -2.313              | .021 |



Tablo 4: Grup I: akut apandisit (non-komplike), Grup II: perfor apandisit (komplike), Grup III: normal apendiks/negatif (patoloji: lenfoid hiperplazi).

Grup I (akut apandisit) ile Grup II (perfor apandisit) kombine edilip, Grup III (negatif apandisit) ile ölçümlerin karşılaştırılması (Mann Whitney U) testi: (Tablo 5)

| A. app.+perfore app. (GRUP I+GRUPII |            |            | Negatif apandisit (GRUP III) |            |        | P      |
|-------------------------------------|------------|------------|------------------------------|------------|--------|--------|
| Percentile                          | Percentile | Percentile | Percentile                   | Percentile |        |        |
| Median                              | 25         | 75         | Median                       | 25         | 75     |        |
| 13,90                               | 12,40      | 16,50      | 10,93                        | 8,00       | 12,87  | 0,004* |
| 79,73                               | 75,44      | 84,68      | 75,74                        | 66,00      | 84,45  | 0,314  |
| 2,64                                | 1,20       | 6,55       | 1,57                         | ,75        | 6,78   | 0,470  |
| 11,66                               | 9,43       | 12,88      | 8,57                         | 6,02       | 10,77  | 0,038* |
| 1,88                                | 1,32       | 2,24       | 1,59                         | 1,21       | 2,14   | 0,538  |
| 275,90                              | 231,50     | 313,00     | 262,35                       | 211,45     | 309,90 | 0,586  |
| 5,07                                | 1,75       | 10,41      | 5,80                         | 1,55       | 18,47  | 0,930  |
| 3,91                                | 1,37       | 7,87       | 4,50                         | 1,20       | 16,91  | 0,847  |
| 17,60                               | 13,70      | 21,20      | 12,79                        | 10,36      | 16,93  | 0,041* |
| 14,63                               | 11,15      | 18,42      | 11,09                        | 8,06       | 14,69  | 0,104  |

Tablo 5: \* Significant at.05 level; Mann Whitney U Test

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0482 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Laparoskopik Total Gastrektomi Prosedüründe Anvilin Özefagusa Yerleştirilmesi Sırasında Buji Kullanımı

Hüseyin Çiyiltepe, Nuriye Esen Bulut, Anıl Ergin, Aziz Bora Karip, Kemal Memişoğlu  
SBÜ İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Kitano ve arkadaşları tarafından ilk kez rapor edildiğinden bu yana, laparoskopik distal gastrektomi (LDG) (laparoskopi yardımlı veya total laparoskopik) erken mide kanserinin tedavisinde uzak doğu ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır.

Laparoskopik total gastrektomi (LTG) prosedürü de günümüzde gelişen teknoloji ve deneyimle birlikte LDG kadar yaygınlaşmaktadır. Ancak LTG sonrası özofagojejunostomi anastomozu uygularken teknik açıdan zorluklar yaşanmaktadır. Kısıtlı çalışma sahası ve deneyim yetersizliği nedeniyle distal özefagusa anvilin yerleştirilmesi ve purse suture atma aşaması halen problemlidir.

İntrakorporeal özofagojejunostomi için çeşitli teknikler ve araçlar bildirilmiştir. Bunlardan bir tanesi olan OrViI, maliyeti artırmasının yanı sıra tecrübesiz cerrahlar için biraz karmaşık ve zaman alıcı olabilir. Kim ve arkadaşları tarafından tariflenen çift stapler tekniğini hızlı uygulanabilir güvenilir bir tekniktir. Ancak tariflenen bu teknikte özefagus endoskopik lineer kesici-kapatıcı stapler yardımı ile kesildikten sonra anvilin ucuna bağlanan ip yardımı ile oluşturulacak açıklıktan aşağıya çekilmesi sırasında teknik zorluklar yaşanmaktadır.

Biz bu yazıda yaşadığımız tenik sorundan dolayı kendi kliniğimizde uygulamış olduğumuz yeni bir tekniği tariflemeyi amaçladık.

#### Cerrahi teknik:

Litotomi pozisyonunda uygun port yerlerinden giriş yapılarak laparoskopik olarak total gastrektomi+ D2 diseksiyonu tamamlandıktan sonra distal özefagusun mediastene doğru kaçışını engellemek amacıyla özefagogastrik bileşkenin (ÖGB) yaklaşık 5 cm üzerinden her iki kenarına kruslara tespit edecek şekilde sütürler konuldu. Epigastrik alandan 3 cmlik mini laparotomi yapıldı. 28 mm intraluminal stapler cihazının anvili ayrıldı ve ucuna 10 cmlik prolen suture bağlandı. Tekrar laparoskopi prosedürüne geçilerek ÖGB nin 1 cm altından yapılan gastrotomi alanından anvil distal özefagusa doğru itildi. Sonrasında rezeksiyon endo-GIA stapler kullanılarak kapatıldı ve kesildi. Bu aşamada planlanan Kim ve arkadaşlarının tariflediği gibi prolen suturen çekilerek anvilin kesilmiş özefagusa yerleştirmek idi ancak stapler kesisi esnasında prolen suture de kesildiği için bu işlem yapılamadı. Oral yoldan vertikal sleeve gastrektomi prosedüründe kullanmış olduğumuz 36 Fr buji yavaşça gönderildi ve anvil distal özefagusa doğru itilerek, ucunun özefagus kesisi yapılan alandan çıkacağı noktadan hook koter yardımı ile açıklık oluşturuldu. Anvil güvenli bir şekilde yerleştirildi. Roux-n-y özofagojejunostomi sorunsuz bir şekilde uygulandı.

#### SONUÇ:

LTG + Roux-n-y özofagojejunostomi prosedürü sırasında anvilin kesilen özefagus hattına yerleştirilmesi aşamasında tariflenen çift stapler yöntemine ek olarak oral yoldan gönderilen buji ile güvenli bir şekilde itilerek yerleştirilmesinin mümkün olabileceği kanısındayız. Daha kesin sonuçlara varabilmek için daha fazla cerrahi deneyim ve klinik çalışma gerektiği düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik total gastrektomi, Roux-N-Y özofagojejunostomi, Anvil, Buji

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

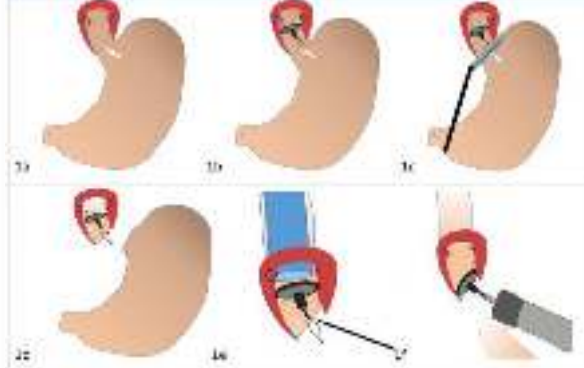
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Sekil 1: İntrakorporal özefagojejunostomi anastomoz tekniği şematik görünümü



1a: Özefagusun kruslara tespiti sonrasında harmonic scalpel ile mini (yaklaşık 3 cm) gastrotomi yapıldı. 1b: Dışarda hazırlanan anvil bu alandan distal özefagusa itildi. 1c ve 1d: Endo GIA ile total gastrektomi tamamlandı. 1e: Oral yoldan 36 Fr buji gönderildi ve anvil distal özefagusa doğru itilerek anvilin çıkacağı alan hook koter yardımı ile açıldı ve anvil yerleştirildi. 1f: 28 mm sirküler stapler ile özefagojejunostomi tamamlandı.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0483 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Özefagus Ameliyat teknikleri

Ali Emre Naycı, Mehmet Baki Doğan, Aziz Arı, Feyzullah Ersöz, Serkan Sarı, Abdülkerim Özakay, Soykan Arıkan  
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:**  
Özefajektomiler gerek morbiditeleri gerekse de mortaliteleri nedeniyle cerrahinin sorunlu alanlarından bir tanesidir. Ameliyat tipleri ile yatış süreleri komplikasyon sayıları arasında farklar bulunmaktadır. Kliniğimizde yapılan özefajektomiler retrospektif olarak incelendi. Özefajektomi tekniklerinden transhiyatal özefajektomi+gastrik pull-up(TH) tekniğini diğerleri ile karşılaştırdık.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

2007-2018 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel cerrahide yapılan 34 adet özefajektomi hasta dosyası incelendi. Mide kardiya kanseri nedeniyle gastrektomiye ilave edilen distal özefajektomi vakaları ve çalışmada vakalarının analize girmesini istemeyen hekimin vakaları çalışma dışında bırakılmıştır. Özefajektomi hastalarında 31 hasta özefagus kanseri 2 hasta hipofarenks kanseri ve 1 hasta akalazya nedeniyle opere edilmiştir.

#### BULGULAR:

Bunlardan 14 tanesi transhiyatal özefajektomi+gastrik pull-up tekniğiyle (50% kadın %50 erkek) 20 tanesi Ivor-Lewis ya da McKeown tipi özefajektomi + rekonstrüksiyon uygulandı. (Ortalama yaş 55). Hastanede ameliyat sonrası hastane kalış süreleri TH için 18 gün MK-IL için 21 gündü ( $p=0.6891$ ). Ameliyat sonrası komplikasyonlar için TH yapılan hastalarda 1 hastada 6. Gün fistül gelişti. Ve 10. Gün spontan olarak kapandı bunun dışında başka bir komplikasyon görülmedi. MK-IL yapılan grupta 10 hastada komplikasyon gözlemlendi ( pnömotoraks(1), fistül(1), anastomoz darlığı(8)) ( $p=0.0101$ ). her iki grupta da birer hasta kaybedildi.

Her iki grubun erken dönem komplikasyonları açısından karşılaştırılmasında TH grubunda anlamlı düzeyde daha düşük komplikasyon saptanmıştır ameliyat sonrası hastanede kalış süresi açısından TH grubunda anlamlı bir düzeyde fark saptanmadı ( $p=0.6891$ )

#### Sonuç ve TARTIŞMA:

Akut dönem komplikasyonlar ve yatış süreleri karşılaştırıldığında TH özefajektomi daha avantajlı bir teknik olarak görülmektedir. Kanser cerrahisi açısından lenf diseksiyonunun yeterli olarak yapılamaması TH özefajektomi için bir dezavantaj olsa da özefajektomi tekniği açısından halen kullanılan bir yöntemdir ve erken dönem komplikasyonlar açısından bu çalışmada daha avantajlı olarak saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** özefagus, özefajektomi, Transhiyatal özefajektomi gastrik pull-up

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0484 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Duodenuma Uzanan Dev Gastrik Bezoar Olgusu

Yunus Yapalak, Fatma Ümit Malya, Hüseyin Kazım Bektaşoğlu, Naim Memmi  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

**AMAÇ:** Mide bulantısı, kusma, epigastrik ağrı ve abdominal kitle ile başvuran 18 yaşındaki kadın hastada tespit ve tedavi edilen dev gastrik trichobezoar vakasını sunmayı amaçladık.

**Olgunun Özellikleri;** Hikâyesinde dört yıldır trikofaji ve trikotillomani tanımlayan hastanın fizik muayenesinde taşikardi, hipertansiyon ve ateş yoktu. Karın muayenesinde epigastriumdan suprapubik bölgeye kadar uzanan palpabl kitle mevcuttu. Kan sonuçlarında wbc: 17000, crp: negatif idi. Abdominal tomografi'de gastrik fundustan pilor kanalına oradan da duodenuma kadar uzanan, iyi sınırlı, çok katmanlı, heterojen, katı lezyonlar izlendi.

Dev trikobezoar ön tanısıyla endoskopi yapılan hastada bezoar görüldü ancak çıkarılamadı. Bunun üzerine minilaparotomi yapıldı. Karın içinde pelvise kadar uzanım gösteren ileri derecede dilate mide zılandı. g

Gastrotomi ile enblok olarak bezoar çıkarıldı. Mide çift kat üzerinden onarıldı. Postoperatif dönemde hasta tam oral alıma geçerek komplikasyonsuz bir şekilde iyileşti ve taburcu edildi. Ebeveynlerine hastanın psikiyatri bölümü tarafından da takibe alınması gerektiği söylendi. İzlemde 1. ayda yapılan ösefagoduodenoskopisi normal olarak değerlendirildi.

**Tartışma;** Trikobezoarlar çoğunlukla midede lokalizedirler. Ancak yukarıdaki vakada da olduğu gibi, bazen duodenum veya ince bağırsağa kadar uzanabilirler. Rapunzel Sendromu olarak bilinen bu durum bağırsak tıkanıklığı, gastrointestinal perforasyon, pankreatit gibi komplikasyonlara neden olabilir. Tipik olarak trikotillomani ve trikofaji öyküsü bulunan 18 yaş altı kız hastalarda görülür ve akut batın tablosu ile seyreder.

**Sonuç;** Karında kitle ve akut karın tablosuyla başvuran genç kadın hastalarda bezoar ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken nadir patolojilerdendir. Bu hastalarda trikofaji ve trikotillomani mutlaka sorgulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Bezoar, trikofaji, trikotillomani, Rapunzel Sendromu

#### Ameliyat - 1



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Batın BT - 1**



**Endoskopi - 1**



**Batın BT - 2**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Spesimen - 1**



**Ameliyat - 2**



**Batın BT - 3**



**Batın BT - 4**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0485 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Rektus Abdominis Kası Yerleşimli Endometriozis, Olgu Sunumu

Semra Demirli Atıcı, Değercan Yeşilyurt, Lütfi Mutlu, Kadir Koray Baş  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Endometriozis, endometrial dokunun uterin doku dışında bulunması olarak tanımlanmıştır. Ektopik endometrial doku sıklıkla pelvis yerleşimli olmasına rağmen diğer vücut bölgelerinde de bulunabilir. Karın duvarı endometriozisi, laparoskopik yapılan jinekolojik girişimler ve sezaryen sonrası insizyon dokusunda gelişebilen endometrium bez ve stromasından oluşur. İnsizyonel endometriozis tanısı sıklıkla anamnez ve fizik muayeneye dayanır. Biz burada 2 yıl önce sezaryenle doğum yapmış hastada postoperatif rektus abdominis kası içine yerleşmiş endometriozis olgusu sunduk.

21 yaşında kadın hasta 2 yıl önce sezaryen ile doğum yapmış olup, karın sol alt kadranda kolik vasıflı, menstrüasyon dönemlerinde daha şiddetli olan ağrı ve ele gelen şişlik şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sezaryen insizyonunda sert kitle palpe edildi. Çekilen Abdomen USG'de sol alt kadranda parasantral rektus kası içindeki yaklaşık 18x11mm çaplı heterojen iç yapılı solid oluşum saptandı. MR'da; Pelvik girim düzeyinde batın ön duvarda sol tarafta rektus kası içinde yerleşimli 30x22x13mm boyutlu T2 kasa göre hafif hiperintens, T1A izointens görünümde lezyon izlendi. Operasyonla total kitle eksizyonu yapıldı. Servis izleminde herhangi bir komplikasyon gözlenmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Total eksize edilen kitlenin patolojisi endometriozis ile uyumlu saptanmıştır.

Endometriozis uterin kavite dışında ektopik endometriyal dokunun bulunmasıdır(1). Ektopik endometrial doku sıklıkla pelvis yerleşimli olup; ekstrapelvik olarak göz, böbrek, surrenal, akciğer, barsak, umblikus, diafragma, safra kesesi, kalp, karaciğer, kemik, periferik ve merkezi sinir sistemleri ile ciltte de bulunabilir.(3) Primer karın duvarı endometriozisi nadir görülmekle beraber, genellikle sezaryen başta olmak üzere yapılan histerektomi, epizyotomi, tüp ligasyonu, laparoskopik trokar girilmesi veya amniosentez gibi jinekolojik girişimler sonrası insizyon skar dokusunda gelişebilen endometrium bez ve stromasından oluşur(4). Endometrial dokunun uterus dışında yerleşimiyle ilgili olarak teoriler vardır. Bunlar; hücrel immünite, aerosolizasyon, çöломik metaplazi, retrograd menstruasyon, venöz ve lenfatik metastaz ve mekanik implantasyondur.(5) Jinekolojik girişim olmadan da karın duvarı endometriozisi görülebilmektedir, bu tür vakalar sonrası gelişen endometriyozisin, daha önceden var olan intraperitoneal endometriyozisin cerrahi insizyona taşınımı sonucu meydana geldiğine inanılmaktadır. Jinekolojik girişimlerde çevre dokuyu koruyarak endometrial doku transplantasyonu ve mekanik ekimi azaltmış oluruz. Günümüzde laparoskopik cerrahi girişimlerin artmasıyla birlikte karın duvarı ve trokar yeri endometriozis görülme sıklığı da artmıştır(6). Laparoskopik girişimlere sekonder oluşabilecek karın duvarı ve trokar yeri endometriozisi görülme sıklığını; operasyona ait spesimenin çıkartılmasında endobag kullanımı, insizyon sahasında wound protector kullanımı, batın kapatırken uygun cerrahi tekniklerin kullanımı ve insizyon sahasının irrigasyonu ile azaltabiliriz.(7) Sezaryen skarı ile ilişkili bir kitlede sıklıkla ağrıların olması abdominal endometriozis için patognomik olup kitlenin geniş eksizyonla çıkarılması önerilen tedavi yaklaşımıdır. Günümüzde artan laparoskopik girişimlere sekonder oluşabilecek karın duvarı ve trokar yeri endometriozisi görülme sıklığını; operasyona ait spesimenin çıkartılmasında endobag kullanımı, insizyon sahasında wound protector kullanımı, batın kapatırken uygun cerrahi tekniklerin kullanımı ve insizyon sahasının irrigasyonu ile azaltabiliriz.

**Anahtar Kelimeler:** insizyonel endometriozis, jinekolojik girişim, mekanik implantasyon, aerosolizasyon, çöломik metaplazi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0487 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### iskelet sistemi dışı retroperitoneal kondrosarkom olgu sunumu

Serdar Culcu, Ferit Aydın, Cemil Yüksel, Ömer Yalkın, Ali Ekrem Ünal  
Ankara Üniversitesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Kondrosarkomlar genellikle kıkırdak doku kökenli olurlar. İskelet dışı köken nadir olup, baş-boyun bölgesinde (beyin ve meninksler dahil), retroperitonda ve ekstremitelerde tanımlanmış olgular mevcuttur. İskelet dışı mezenşimal kondrosarkomun (İDMK) santral sinir sistemi ve kas-yumuşak doku kökenli olmak üzere iki subtipi mevcuttur. Kas-yumuşak doku kökenli İDMK'lar daha nadir görülür ve sıklıkla alt ekstremitelerde yerleşir. Burada karın yan duvarından köken alıp, retro-intraperitoneal uzanım gösteren olgu sunulmaktadır. 39 yaşında erkek hasta 6 ay önce aniden büyümeye başlayan karında kitle şikayeti ile dış merkezde kondrosarkom tanısı konulup tarafımıza yönlendirilen hastanın tanı tedavi süreci sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** kondrosarkom, mezenkimal tümör, retroperiton

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0488 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Gluteal Sebace Kist ile Karışan Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma:Olgu Sunumu

Orhan Kalaycı<sup>1</sup>, Şevket Barış Morkavuk<sup>2</sup>, Mustafa Karagülle<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Hematoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Diffüz büyük B hücreli lenfomalar(DBBHL) tüm hodgkin dışı lenfomaların en sık görülen tipidir ve %60'ını oluşturmaktadır. NHL'ların en geniş alt grubunu oluşturan DBBHL'nin görülme sıklığı yaklaşık yılda 2.9/100000 civarındadır.En sık 5ve 6.dekatta izlenmektedir. Nodal veya primer ektranodal tutulum gösterebilen DBBHL'ların yaklaşık %30-40'ı primer olarak ektranodal bölgelerden kaynaklanır.En sık paranasal sinus tutulumu görülmektedir.Bunu sırası ile santral sinir sistemi,gastrointestinal sistem,testis,akciğer ve göz tutulumu izlenmektedir.Cilt tutulumu ise %6 ile nadir olarak izlenmektedir.Bir bu olguda gluteal bölgede sebace kist ön tanısı ile eksizyon yapılan,patolojisi DBBHL olarak raporlanan hastayı literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 77 yaşında kadın hasta polikliniğimize sağ gluteal bölgede ele gelen şişlik şikayeti ile başvurdu.Hastanın yapılan muayenesinde enfekte sebace kist ile uyumlu lezyon izlendi.Anamnezde lezyonun yaklaşık 2-3 aydır var olduğu,son 2 gündür ağrı ve ısı artışı şikayeti başladığı öğrenildi.Özgeçmişi sorgulandığında hastanın remisyonda diffüz büyük B hücreli lenfoma hastası olduğu öğrenildi.Hastanın yapılan tetkiklerinde Wbc:11.000 (4-11 103/ $\mu$ L); Hgb:10.8 (11-18.8 g/dl); Plt:412.000 (150-400 103/ $\mu$ L) olarak tespit edildi.Rutin biyokimyası normal gelen hastanın Pa grafisinde patolojik bir bulgu izlenmedi. Hastaya yapılan gluteal yüzeyel USG'de lezyonun bulunduğu alanda cilt altı yağ dokusu kalınlığı ve ekosu artmış olup enfektif değişiklik lehine yorumlanması üzerine hastaya eksizyon planlandı.Lokal anestezi ile eksizyon yapılan hastanın öneriler ile taburcu edildi.Hastanın patoloji sonucu dermiste diffüz yer yer nodüler patern gösteren neoplastik lenfositik izfiltrat pozitifliği,Diffüz büyük B hücreli lenfoma ile uyumlu olarak raporlandı.Bu bulgular eşliğinde hastaya yeniden evreleme amaçlı tüm abdomen PetBt çekildi.Herhangi patolojik SUV tutulumu izlenmedi.Hasta hemotoloji kliniğine devr edildi.

**TARTIŞMA:** Lenfoma lenfositlerin oluşturduğu bir kanser türüdür. Lenf dokusunun kötü huylu tümörüne verilen genel bir isimdir.Malign lenfoid hücreler de normal lenfositler gibi lenf düğümü, dalak, kemik iliği, kan ve diğer organlarda çoğalır.Lenfoma; Hodgkin lenfoma (HL) ve Hodgkin dışı lenfoma (HDL) adı altında iki büyük gruba ayrılır.HDL anormal B lenfositlerden kaynaklanan B hücreli lenfomalar ve anormal T lenfositlerden kaynaklanan T hücreli lenfomalar olarak 2 gruba ayrılır.Düşük dereceli,orta dereceli ve yüksek dereceli olmak üzere sınıflanırlar.DBHHL yüksek dereceli grupta yer alıp agresif seyir göstermektedir.Tedavide 3-4 kur CHOP(siklofosamid, doksorubisin, vinkristin, prednizon) kemoterapisi ile tutulu alan radyoterapinin yaşam süresini uzattığının gösterilmesinden sonra standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir.Remisyon sonrası nüks görülen vakalarda kök hücre destekli deksametazon, sitarabin ve sisplatin'den oluşan DHAP protokolü eklenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** B Hücreli Lenfoma,Enfekte Sebace Kist,Kutanöz Tutulum

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0489 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Bruselloza Sekonder Gelişen Psoas Absesi

Semra Demirli Atıcı, Can Arıcan, Emran Kuzey Avcı, Murat Akalın, Bülent Çalık, Gökhan Akbulut  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psoas absesinde etyoloji tam olarak bilinmemekle birlikte, vücutta saptanamayan bir odakta mikroorganizmaların lenfojen veya hematojen yolla yayılması ile meydana gelmektedir. Hastalar genellikle karın ağrısı, yan ağrısı, halsizlik, ateş yüksekliği, terleme, kilo kaybı, topallayarak yürüme, bel ve bacak ağrısı şikayetleri ile başvurmaktadır. Alınan abse kültürlerinde etken olarak en sık Staphylococcus aureus saptanmaktadır. Biz bu olgu sunumunda nadir etkenlerden biri olan Bruselloza sekonder gelişen sağ psoas absesini sunacağız.

70 yaşında erkek hasta; bir hafta önce ani başlayan sağ kalçada, sağ bacağa ve gluteal bölgeye doğru yayılan ağrı ve ateş şikayetleri ile başvurduğu dış merkezden kliniğimize yönlendirildi. Hastanın ölçülen ateşi 37.8°C idi. Karın ve sağ yan ağrısına yönelik olarak çekilen Abdomen BT'de sağ psoas absesi ile uyumlu lezyon olduğu gözlemlendi. Öncelikle Girişimsel Radyoloji ile konsulte edilen hastaya USG eşliğinde perkütan drenaj uygulanması planlandı. Fakat psoasın derinindeki abse formasyonunun multiseptalı olması sebebiyle yalnızca tanısal amaçlı ponksiyon yapıldı. Ponksiyon materyalinden yapılan kültürde Brusella üremesi olduğu saptandı. Tüberküloz için apse materyalinde bakılan asido-rezistan basil (ARB) ve polimeraz zincir reaksiyonu negatif bulundu; tüberküloz için yapılan ekim sonrası da üreme görülmüdü. Hastanın Bruselloza yönelik antibiyoterapisi enfeksiyon hastalıkları tarafından düzenlenerek, başlandı. Antibiyoterapi altında takip edilen hastanın ağrıların geçmemesi üzerine kontrol Abdomen BT istendi. Çekilen BT'de sağ psoasa lokalize olan absesinin bir önceki boyutuna göre progrese olduğu görüldü. Hastanın mevcut absesinin multiseptalı olması ve kliniğinde gerileme gözlenmemesi üzerine drenaj amaçlı opere edildi. Postoperatif hemodinamisi stabil seyreden hasta dreni çekilerek, şifa ile taburcu edildi.

Psoas absesinde etyoloji tam olarak bilinmemekle birlikte, görülme insidansı erkeklerde bayanlara göre üç kat daha fazladır. Lokalizasyon olarak %57 sağ, %40 sol, %3 bilateral görüldü. Hastalar genellikle karın ağrısı, yan ağrısı, halsizlik, ateş yüksekliği, terleme, kilo kaybı, topallayarak yürüme, bel ve bacak ağrısı, şikayetleri ile başvurmaktadır. Alınan abse kültürlerinde etken olarak en sık Staphylococcus aureus saptanmaktadır. Ayrıca Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Mycobacterium tuberculosis ve nadiren de Brucella türleri saptanmaktadır. Psoas kası komşuluğundan dolayı retroperitoneal organlar, gastrointestinal sistem ve iskelet sisteminin enfeksiyöz hastalıklarında sekonder olarak ortaya çıkabilir. Sekonder psoas abselerinde ilk sırayı %60 ile Crohn hastalığı almaktadır. Görülme sıklığına göre eşlik eden diğer sebepler ise apandisit (%16), kolon hastalıkları (%11), (enflamasyonu, ülseratif kolit, divertikülit ve tümörleri) disk enfeksiyonları ve osteomyelit (%10) perirenal enfeksiyonlar, piyonefroz, cerrahi girişim sonrası, yabancı cisim komplikasyonları ve tüberkülozdur.

Psoas absesinin tedavisinde antibiyoterapi ve abse boşaltılması birlikte uygulanmalıdır. Minimal invaziv olması nedeniyle USG ya da BT eşliğinde perkütan abse drenajı ve eşlik eden antibiyoterapi psoas abselerinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Sonuç olarak; psoas apseli olgularda Brucella bakterileri nadir görülmekle birlikte, etken olabileceği düşünülmeli ve bu olgularda bruselloz tanısına yönelik gerekli tetkikler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** psoas absesi, perkütan drenaj, cerrahi drenaj, bruselloz, crohn

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Psoas Absesi



Peroperatif Psoas Absesi Görünümü

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0490 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Pelvik Kemiğe İnvaze Nadir Desmoid Tümör Olgusu

Mehmet Ali Can, Bahri Çakabay, Abidin Tüzün

SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Pelvik kemiğe invaze nadir desmoid tümör olgusu

#### GİRİŞ

Desmoid Tümör (DT) infiltratif büyüme eğilimi yüksek, lokal eksizyon sonrasında tekrarlama eğilimi gösteren, metastaz yapmayan, nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Kadınlarda üç kat fazla görülür. Hastaların üçte ikisi 20-40 yaşları arasındadır. FAP, Gardner sendromu, travma, hormonal dengesizlik ve önceki ameliyatlar ile ilişkili olabilir. DT'ler genellikle soliterdir, vakaların % 10-15'inde multiplerdir. DT fibromatozislerin lokal invaziv bir formu olup tüm fibromatozislerin sadece % 0.03'ünü oluşturur. Ekstremiteler, göğüs duvarı, karın duvarı ve karın içi dokusunda DT gelişebilir. Ameliyat öncesi tanı ve ameliyat planlaması için bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) gibi görüntüleme çalışmaları yapılır. Negatif patolojik sınır elde edilecek şekilde komplet cerrahi rezeksiyon birinci tedavidir ve nüks oranının yüksek olması nedeniyle dikkatli takip önerilir.

#### OLGU SUNUMU

Herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan 22 yaşındaki bir kadın hasta, son bir aydır ara ara karın ağrısı şikayetiyle hastanemize başvurdu. Öyküsünde 7 ay önce sezeryan ameliyatı olan hastanın, fizik muayenesinde suprapubik bölgede palpasyonla ele gelen, hassasiyeti olan dev kitle tespit edildi. Tetkik edilen hastanın laboratuvar değerleri ve tümör belirteçleri normal sınırlarda bulundu. BT'de pelvik bölgede mesane anteriorunda rektus kasını içine alan, bilateral pubik kemikle yakın komşulukta cilt altına uzanan düzgün sınırlı 98x79x90 mm'lik solid kitle görüldü. Ameliyat kararı alınan hastada, eski pfannenstiel insizyonu ile cilt altı geçilip kitleye ulaşıldı. Yaklaşık 10x8x9 cm boyutunda rektus kasını içine alan, pubik kemiğe invaze kitle kısmi kemik rezeksiyonu ile birlikte tam olarak rezekte edildi. Hasta ameliyatı iyi tolere etti ve postoperatif 6.günde taburcu edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesi, derin fibromatozis (desmoid tümör) ile uyumlu morfoloji olarak rapor edildi. Lezyon çevre yağ, kas ve kemik dokuya fokal alanlarda infiltridir.

#### TARTIŞMA

DT infiltratif büyüme eğilimi yüksek ve lokal eksizyon sonrasında tekrarlama eğilimi gösteren, ancak metastaz yapmayan, nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Kadın erkek oranı 3: 1'dir. Hastaların üçte ikisi 20-40 yaşları arasındadır. Etiyolojisinde FAP, Gardner sendromu, travma, hormonal dengesizlik ve önceki ameliyatlar sayılabilir. DT'ler genellikle soliterdir ancak vakaların % 10-15'inde multiplerdir. DT'ler semptomatik hale gelmeden önce büyük bir büyüme gösterir. Ameliyat öncesi tanı ve ameliyat planlaması için BT ve MR gibi görüntüleme yapılır. Kemik yapıya invazyonu çok nadir olmakla birlikte bizim olguda olduğu gibi sporadik olgular mevcuttur. Böyle olgularda bilhassa temiz patolojik marjlar ile komplet cerrahi rezeksiyon birinci tedavidir ve nüks oranının yüksek olması nedeniyle dikkatli takip önerilir.

#### SONUÇ

Olgumuzda olduğu gibi DT kemiğe invaze olabilir ve kısmi kemik rezeksiyonu ile birlikte desmoid tümörün tam rezeksiyonun tedavi seçeneği olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Dev Desmoid Tümör, Derin Fibromatozis, Kemik invazyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim



TOMOGRAFI

Resim



TOMOGRAFI

Resim



Piyes

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0491 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### İntramusküler Self Enjeksiyon Sonrası Nekrotizan Fasiit; Vaka Sunumu

Nuri Emrah Göret<sup>1</sup>, Ceren Canbey Göret<sup>2</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Nekrotizan fasiit (NF) deri, deri altı doku, fasia ve kas tabakasını tutan, hızla invazyon ve yayılım göstererek yaşamı tehdit eden nadir bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Tedavisi; erken tanıma, uygun antibiyoterapi ve hızlı cerrahi müdahale ile mümkündür. Fakat yapılan tüm girişimlere rağmen bazen yönetimi zor olan bir hastalıktır. Biz olgumuzda evde sağlık çalışanı olmayan kişi tarafından yapılan intramusküler diklofenak sodyum enjeksiyonu sonrasında gelişen, yara yerinden alınan örnekte multi drug resistant acinetobacter baumannii üreyen, antibiyotik tedavisi, geniş cerrahi debritlemeye ek olarak negatif basınçlı yara terapi sistemi ile tedavi edilen, extensive multidrug resistant nekrotizan fasiit olgusunu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** negatif basınçlı yara terapi sistemi, multi drug resistant acinetobacter baumannii, nekrotizan fasiit, self enjeksiyon

**Resim1: Cerrahi debritleme sonrası 1. gün**



**Resim2: Cerrahi debritleme sonrası 1. gün**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim3: postoperatif 2. gün negatif basınçlı yara terapi sistemi**



**Resim4: Postoperatif debridman sonrası defektli bölgede yakınlaştırma suturları**



**Resim5: Postoperatif 58. günde debridman sonrası granülasyon dokusu**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

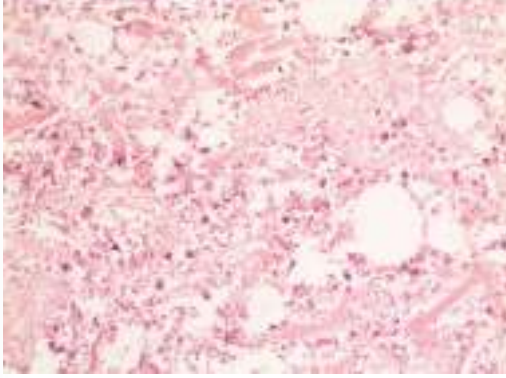


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim6: postoperatif 70. gunde defekt bölgesinin hemen hemen kapanmış hali**



**Resim7: Yaygın nekroz, yer yer bakteriyel kolonizasyon, dokular arası gaz birikim (H&E x 400)**



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0492 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Pilonidal Sinüs Hastalığında Flep Her Hastaya Gerekli Midir?

Erkan Karacan<sup>1</sup>, Eyüp Murat Yılmaz<sup>1</sup>, Evrim Kallem<sup>2</sup>, Aykut Soyder<sup>1</sup>, Ahmet Ender Demirkıran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın

<sup>2</sup>Aydın Devlet Hastanesi, Aydın

**GİRİŞ-AMAÇ:** Pilonidal sinüs hastalığı intergluteal sulkusun oldukça sık gözlenen hastalığı olup birçok tedavi yöntemi vardır. Çalışmamızda nüks ve komplikasyonları açısından primer onarım ve limberg flep yöntemini karşılaştırmayı planladık.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'ndave Aydın Devlet Hastanesinde Eylül 2014-Eylül 2016 tarihleri arasında pilonidal sinüs tanısı konup primer eksizyon ve limberg flep uygulanan hastalar çalışmaya dahil edilip nüks oranları ve komplikasyonları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 123 hasta katılmıştır. 63(%51,2) hastaya primer eksizyon yapılırken, 60 (%48,8) hastaya Limberg flep uygulandı. Primer eksizyon yapılan toplam 13 (%21,6) hastada komplikasyon gelişirken, Limberg flep yapılan 6(%10) hastada komplikasyon gelişti. 8 hastada nüks gelişirken bunların 6' sı(%75) primer eksizyon yapılan hasta grubunda, 2'si(%25) limberg flep grubundaydı. Nüks ve komplikasyon açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. (p=0,042)

**Tartışma ve SONUÇ:** Pilonidal sinüs hastalığında flep yöntemi nüks ve komplikasyon açısından primer onarıma göre daha iyi sonuçlar vermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Pilonidal sinüs, limberg flep, primer onarım

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0493 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Kristalize Fenol İle Tedavi Edilen İnterdigital Pilonidal Sinüs

Osman Doğru<sup>1</sup>, Emet Ebru Ateş<sup>1</sup>, Süleyman Kargın<sup>2</sup>, Derviş Ateş<sup>1</sup>, Ersin Turan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Karatay Üniversitesi Medica Konya Hastanesi, Genel Cerrahi, Konya

<sup>3</sup>Beyhekim Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Konya

İnterdigital pilonidal sinüs, çoğunlukla berberlerde gözlenen, interdigital boşluğun kıllara uzun süreli maruziyeti sonucu görülen nadir bir hastalık olup; literatürde bildirilen hastalar genellikle eksizyon ve primer onarım, küretaj ve sekonder iyileşmeye bırakma veya eksizyon ve deri greftleri kullanılarak tedavi edilmiştir. Bu agresif tedaviye rağmen nüksler bildirilmiştir. Biz bu bildiride kristalize fenol yöntemi ile tedavi edilen ve erken dönemde başarılı sonuçlar aldığımız bir interdigital pilonidal sinüs vakasını sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** İnterdigital pilonidal sinüs, kristalize fenol, berber hastalığı

#### Resim 1



İnterdigital pilonidal sinüs. Sinüs ağzında kıllar izlenmekte.

#### Resim 2



21. gün kontrolde sinüsün görünümü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 3**



Sinüs içerisinden temizlenen traş kılları

**Resim 4**



İçerisindeki kıllar temizlendikten sonra pilonidal sinüs.

**Resim 5**



İkinci uygulamadan 1 hafta sonraki görünüm

**Resim 6**



Tedavi sonrası 9. ay

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### EPS-0494 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### **primer peritoneal seröz karsinom nedeniyle sitoreduktif cerrahi ve HİPEK yapılan olgu sunumu**

Serdar Culcu, Omer Yalkin, Ferit Aydın, Cemil Yuksel, Ali Ekrem Ünal  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Primer peritoneal seröz karsinomlar tipik olarak peritoneal karsinomatozis ya da malign mezoteliyomayı düşündürecek kadar yaygın peritoneal tümör ve normal görünümlü overlerin varlığı ile karakterizedir. Olgumuz 72 yaşında karında şilik şikayetleri ile başvuran tetkiklerinde primer peritoneal seröz karsinom saptanan sitoreduktif cerrahi ve HİPEK uygulanan olgumuzu sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** periton, seröz karsinom, sitoreduktif cerrahi

#### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0495 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Abdominal Castleman Hastalığı

Serdar Gümüş, Mehmet Ali Can, Mehmet Ali Açıkgöz, Özkan Demiroğlu, Bahri Çakabay  
S.B.Ü. Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Castleman Hastalığı, çok nadir görülen ve lenfoproliferatif hastalıklar grubuna üye bir hastalıktır. Genellikle asemptomatik olgularda rutin taramalar esnasında saptanır. Bu yazıda; karın ağrısına neden olan bir abdominal kitle ile prezente olan castelman olgusunu sunmayı amaçladık.

#### GİRİŞ

Castleman Hastalığı veya anjiofolliküler lenfoid hiperplazi; nadir görülen heterojen lenfoproliferatif bir hastalıktır.

Lokalizasyon yerine göre unisentrik ve multisentrik olmak üzere iki forma, histolojik özelliklerine göre ise plazma hücreli tip, hyaline-vasküler tip ve miks tip formları vardır. Unisentrik olanlar daha sık mediastende olmak üzere, abdomende ya da retroperitoneumda büyümüş lenf nodları ile karşımıza çıkabilir. Multisentrik olanlar ise ateş, kilo kaybının eşlik ettiği periferik lenfadenopati ve hepatosplenomegali ile karşımıza çıkabilir.

#### OLGU SUNUMU

Nonspesifik karın ağrısı şikâyeti başvuran 40 yaşındaki erkek hastanın öyküsünde, muayenesinde ve ya laboratuvar parametrelerinde anlamlı özellik saptanmadı. Batın ultrasonografisinde pankreas başı komşuluğunda pankreas ve karaciğer ile net ilişki göstermeyen yaklaşık 46\*52 mm boyutlarında kitleye rastlandı. İntravenöz kontrastlı batın tomografisinde ise portal hilus düzeyinde, ekstrapankreatik, belirgin invazyon bulgularının eşlik etmediği, kontratlanan, minimal striasyona yol açan kalsifikasyonların izlendiği solid kitle görüldü. Yapılan Tru-cut biyopside Hodking Lenfoma ekarte edilemedi. Çekilen Pet CT'de SUVmax değerinin 3,7 olduğu FDG tutulumu izlendi.

Yapılan laparatomide vena kava komşuluğunda, pankreas başı ve portal hilus düzeyinde dev lenf nodu tespit edildi ve total olarak çıkarıldı. Hasta komplikasyonsuz olarak postoperatif 4 gününde taburcu edildi. Patoloji sonucu Hyalin-vasküler tip Castelman hastalığı olarak tespit edildi. Hasta takibinin 2. yılında ve herhangi bir nüksü yok ve semptomsuz yaşamakta.

#### TARTIŞMA

Castleman, benign lenf nodu hiperplazisi ile karakterizedir. Sıklıkla mediastende olmak üzere abdominal, retroperitoneal veya periferik yerleşimli büyümüş lenf nodları ile klinik verebilir. Lenf nodları dışında akciğer, meme, pankreas, sürrenal bez, dalak, kas, tükürük bezleri, larinks, parafaringeal bölge gibi birçok yeri tutabilir. Etyopatogenezinde genellikle immün sistem bozukluğu sorumlu tutulmaktadır. Antijenik situmulasyona anormal immün cevapla oluşan atipik bir lenfoid hiperplazi, EBV ve Human Herpes Virus-8, interlökin-6 ve VEGF gibi sitokinler suçlanan ajanlar arasındadır. Multisentrik tip ise artmış IL-6 seviyesine bağlı olarak ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, yaygın lenfadenopati ve hepatosplenomegali gibi nonspesifik semptomlar görülmekle birlikte nadiren POEMS sendromu (polinöropati, organomegali, endokrinopati, monoklonal protein, cilt bulguları) da görülebilir. Görüntüleme yöntemlerinde lenfomaya benzeyen düzgün sınırlı yumuşak doku kitlesi olarak izlenebilir. Kitle merkezinden ışınsal yayılan veya periferik yerleşimli kalsifikasyonlar görülebilir.

#### SONUÇ

Biz de olgumuzda da radyolojik olarak önce ultrason ardından kontrastlı batın tomografisine başvurduk. Tedavide farklı modaliteler söz konusu olmaktadır. Lokalize hastalık cerrahi veya radyoterapi ile tedavi edilebilir ve kür sağlanabilir. Ancak sistemik hastalığı olanlarda tam remisyon ancak prednizolon yada kemoterapi ile sağlanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Castleman hastalığı, Lenf nodu, Abdomen

#### Resim



Tomografi Görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0496 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Nadir görülen bir olgu; primer dalak anjiosarkomu

Murat Güner<sup>1</sup>, Nurullah Damburacı<sup>1</sup>, Barış Sevinç<sup>1</sup>, Mehmet Gündoğan<sup>2</sup>, Coşkun Ege Oguzer<sup>1</sup>, Ömer Karahan<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Uşak

#### Giriş

Primer splenik anjiosarkom agresif seyirli kötü prognozlu bir hastalıktır. Tümör hücreleri CD31, CD34 ve faktör VIII ekspresyonu göstermektedirler. Semptomlar karın ağrısından hayatı tehdit eden kanamaya kadar değişiklik göstermektedir ve bu yüzden hastalara tanı ileri evrede konulabilmektedir. Erken tanı ve cerrahi tedavi şu an için kabul edilen tek tedavi seçeneğidir. Biz burada primer anjiosarkom tanısı alan ve splenektomi yapılmış hastamızı değerlendirmeyi hedeflemekteyiz.

#### Olgu

65 yaşında erkek hasta 3 aylık sol üst kadranda ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın laboratuvar değerlerinde herhangi patolojik bulgu gözlenmedi. Fizik muayene olağandı. Karın ultrasonunda dalakta hipoekoik 17 mm lik lezyon dışında bulgu saptanmadı. Bilgisayarlı tomografi ile lezyon komfirme edildi. BT de portal fazda dalak parankimi ile isodens, arterial fazda heterojenite gösteren splenik lezyon görüldü. Hastaya splenektomi uygulandı. Patolojik incelemede; dalak boyutları 14 x 9 x 5 cm olduğu, immünohistokimyasal incelemede; CD31, CD34, ve faktör VIII pozitifliği saptandı. Ki-67 proliferasyon indeksi %10–20 saptandı. Hasta bu bulgularla primer dalak anjiosarkomu olarak değerlendirildi. Hastaya 10 kür paklitaksel tedavisi uygulandı. Hasta 2 yıllık takipte ve halen yaşamaktadır.

#### Tartışma

Primer dalak anjiosarkomu 0.14–0.25/1000000 sıklıkla nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle orta yaş grubunda görülmekle birlikte literatürde 14 ile 89 yaş arasında görüldüğünü belirten çalışmalar mevcuttur. Genellikle asemptomatik olduğu için geç aşamada tanı konulabilmektedir. En sık karşılaşılan semptomlar sol üst kadranda ağrısı, kilo kaybı, ateş, anemi, trombositopeni ve bazen hayatı tehdit eden dalak rüptürü olabilmektedir. Tanıda ultrason, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme yardımcı yöntemlerdir. Tanıda endotelial markerlar CD31, CD34 ve faktör VIII önemli rol oynamaktadır. Günümüzde kemoterapi ve radyoterapi nin etkisini araştıran çalışmalar mevcuttur ancak halen kabul gören tedavi yöntemi splenektomidir.

**Anahtar Kelimeler:** Anjiosarkom, dalak, tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0498 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Fournier Gangreninin Şiddetini ve Mortalitesini, Hangi Skorum Sistemi Kolay Öngörebilir?

Sadettin Er, Deniz Tikici, Sabri Özden, Birkan Birben, Metin Yalaza, İsa Sözen, Barış Saylam, Özgür Akgül, Erdinç Çetinkaya, Mesut Tez

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği/ Kolorektal Cerrahi Departmanı

**AMAÇ:** Fournier gangreni nedeniyle bir sağlık merkezine başvuran hastanın, mevcut hastalığının şiddetini ve mortalite riskini en basit ve kolay hangi skorum sistemi ile tahmin edilebileceğini araştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Fournier gangreni tanısı ile 2014-2017 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine başvuran 53 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar verileri elektronik ortamda retrospektif olarak incelenerek elde edildi. Bu verilerden hastaların Fournier gangreni şiddet indeksi, Uludağ fournier gangreni şiddet indeksi ve NUMUNE fournier skorları hesaplandı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 53 hastanın 37(%69)'si erkek ve 16(%31)'si kadındı. Ortanca yaş 57 (Min:25-Max:79) idi. Yatış süresince 7(%13,2) hastada mortalite gelişti. 46(%86,8) hasta taburcu edildi. Komorbiditelerine baktığımızda, çoğunluğu(%62'si) diyabet, kardiyak nedenler ve akciğer sorunları idi. Hastaların ROC eğrisi kullanılarak yapılan değerlendirmede; mortaliteyi belirlemede Fournier gangreni şiddet indeksi, Uludağ fournier gangreni şiddet indeksi ve NUMUNE fournier skorları sırasıyla: ,887-,886 ve,878(95% Confidence Interval) idi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Fournier gangreni nadir görülen perine yada erkek ve kadın genital bölgelerini tutan, bazen batin anterior ve lateral duvarına doğru hızla ilerleyen ve etkin cerrahi-medikal tedavi başlanmadığında hayatı tehdit eden bir durumdur. Tedavisinde agresif debridman ve uygun medikal tedavi en önemli yöntemlerdir. Çoğu serilerde mortalite oranı %40.9–61.7 aralığındadır. Mortalite oranlarını tahmin etmede literatürde, birtakım fournier gangreni şiddet indeksleri ve skorları mevcuttur. Bunlardan NUMUNE fournier skoru: Yaş >60, üre >40 mg/dl, RDW> %14.95, albümin<20 mg/dl ve sepsis varlığı gibi parametreleri içermektedir. Bu mevcut skorun diğer indekslere göre daha az parametre içermesi, basit ve kolay uygulanabilirliği hastanın 1. seviye sağlık merkezlerinde hızla ciddiyeti tespit edilip, ileri merkezlere yönlendirilmesini kolaylaştıracağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Fournier Gangreni, Fournier Gangreni Şiddet İndeksleri-Skorları,Mortalite

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0499 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Nadir bir batin içi kitle sebebi olarak retroperitoneal müsinöz kistadenom

Hilmi Yazıcı<sup>1</sup>, Nurettin Kahramansoy<sup>1</sup>, Enver Vardar<sup>2</sup>, Mehmet Yıldırım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

#### GİRİŞ

Primer müsinöz tip retroperitoneal kistler oldukça nadir görülen kitlelerdir. Benign kistadenom, proliferatif epitel içeren düşük malign potansiyelli ve müsinöz kistadenokarsinom morfolojisi gösterebilen oluşumlardır. Biz de burada primer retroperitoneal müsinöz kistadenomlu bir vakamızı sunmayı amaçladık.

#### OLGU

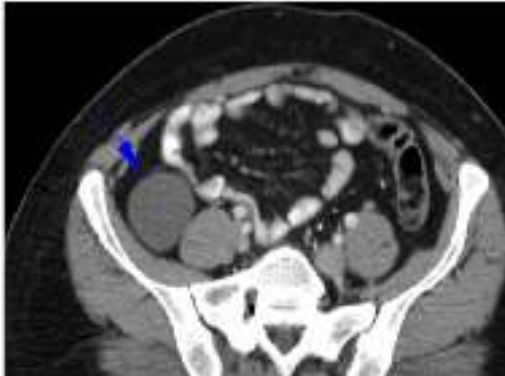
Yirmidokuz yaşında kadın hasta yaklaşık bir haftadır devam eden karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurmuş. Anamnezinde ek hastalık ve operasyon öyküsü yoktu. Menstrüal siklusları düzenliydi. Aile öyküsü yoktu. Fizik muayenede sadece batin sağ alt kadranda hassasiyeti mevcut idi. Laboratuvar tetkiklerinde anormal bulgu yoktu. Tümör belirteçleri olağandı. Batin USG'de batin sağ tarafta, çekum lokalizasyonunda izlenen 73x33 mm boyutlarında kistik kitle lezyonu görülmesi üzerine hastaya batin BT planlandı. BT'de çekum lateralinde bağırsak segmentleri ile ilişkisi görülmeyen; izole retroperitoneal kistik lezyon rapor edildi. Kolonoskopik bakı yapıldı, olağan olarak raporlandı. Jinekolojik muayenesi olağan olan hastaya laparotomi yapıldı. Retroperitoneal kist ve ödematöz apendiks rezeke edildi. Post op ikinci gününde hasta şifa ile taburcu edildi. Patoloji raporu müsinöz kistadenom olarak raporlanan hasta jinekoloji ve genel cerrahi poliklinik takibine alındı.

#### Tartışma

Primer retroperitoneal müsinöz kitleler nadir görülen lezyonlardır. Lezyonların oluşumu ile ilgili birkaç teori olsa da etiyolojisi net aydınlatılamamıştır. Biz de klinik olarak bu kitlelerin malignleşme potansiyelleri nedeniyle tespit sonrası multidisipliner yaklaşımlarla yakın takip ve tedavisinin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz

**Anahtar Kelimeler:** izole, kistadenom, müsinöz, retroperitoneal

Resim 1



Retroperitoneal Kistik Lezyon

Resim 2



Kist ve Apendiks

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0500 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Bir Genel Cerrahi Departmanının Splenektomi Endikasyonları ve Operasyon Sonrası Mortalite Profili

Mustafa Uğur<sup>1</sup>, Arif Emre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Hatay

<sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

**GİRİŞ:** Çalışmada genel cerrahi departmanında 6 yıllık sürede splenektomi yapılan hastalardaki endikasyonların ve operasyon sonrası mortalite gelişen hastaların profillerinin bildirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmanın verileri Ocak 2012-Ocak 2018 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi departmanında splenektomi yapılan 18 yaş üstü hastaların kayıtlarının taranarak retrospektif incelenmesi ile elde edildi. Hastalar yaşayanlar (Grup 1) ve mortalite gelişenler (Grup 2) olmak üzere iki ayrı gruba ayrıldı. Hastaların yaş ve cinsiyetlerini içeren demografik verileri, hastanede yatış süreleri, operasyonlarının acil veya elektif ayrımı, şekli, yapıma endikasyonları, splenektomi spesmeninin histopatolojik değerlendirme sonuçları, operasyon sonrası çalışmanın sonlandırıldığı tarihe kadar olan takipte hastaların survey durumları araştırıldı. Gruplar arasında farklar analiz edildi. Nicel veriler ortalama  $\pm$  std. (standart sapma), kategorik değişkenler ise % (n) olarak gösterildi.

#### BULGULAR:

Çalışmaya %54,2'si erkek, %45,8'si kadın toplam 107 hasta dahil edildi. Grup 1'de 94, grup 2'de 13 hasta mevcuttu. Grup 1'deki hastaların yaş ortalaması  $43.9 \pm 18,9$  (min-max 18-88), grup 2'deki hastaların yaş ortalaması  $48,4 \pm 23,9$  (min-max 20-90) bulundu. Hastaların %61,7'si elektif olarak, %38,3'ü acil olarak opere edildi. Elektif opere edilenlerin %6'sında, acil opere edilenlerin %22'sinde mortalite gelişmişti. Acil opere edilenlerin elektif opere edilenlere göre mortalite gelişme oranı istatistiksel olarak daha yüksekti ( $p < 0.05$ ).

Çalışmadaki hastaların endikasyon profiline bakıldığında en sık splenektomi endikasyonları %32,7 ile travma, takiben %26,2'sinde over kanserinde debulking cerrahisinin bileşeni olarak, %14'ünde İmmun Trombositopenik Purpura idi. Postoperatif komplikasyonlar incelendiğinde hastaların %82,2'sinde komplikasyon gelişmemiş olup %17,8'inde komplikasyon meydana gelmişti. En sık izole komplikasyonlar ise %6,5'inde izole abdominal kanama ve %5,6'sında izole ateletazi ve pnömoniydi.

**SONUÇ:** Genel cerrahi departmanında splenektominin en sık endikasyonu travmadır. Nontravmatik hastalarda ise en sık kanser cerrahisinin bir bileşeni olarak yapılmaktadır. Splenektomi yapılan hastalarda postoperatif kanama ve pulmoner komplikasyonlar görülmekte olup, acil opere edilenlerin elektif olarak opere edilenlere göre mortalite gelişme oranı daha yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Endikasyon, komplikasyon, mortalite, splenektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0501 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Cerrahi Eksizyon ile Tedavi Edilen 11 Adet Dermatofibrosarkoma Protuberans Olgusunun Değerlendirilmesi

Murat Güner<sup>1</sup>, Şevket Barış Morkavuk<sup>2</sup>, Ömer Yalkın<sup>3</sup>, Ali Ekrem Ünal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP) ilk olarak 1924 yılında Darier ve Ferrand tarafından tanımlanmış, 1925 yılında Hoffman tarafından DFSP olarak adlandırılmıştır. DFSP sıklıkla cilt ve cilt altı dokudan kaynaklanan ağrısız yavaş büyüyen ve oldukça nadir görülen mezenkimal tümördür. Çoğunlukla gövdede yerleşim gösteren DFSP, normal deri renginde veya kırmızı-kahverengi renkli, protubere endüre plak görünümü ile karakterizedir. Genellikle düşük gradeli, yavaş büyüyen ve nadiren metastaz yapması ile bilinen DFSP, yüksek lokal rekürrens oranına sahip olmasından dolayı lokal agresif olarak kabul edilmektedir. Biz bu çalışmada DFSP tanısı ile geniş eksizyon yapılan 11 adet hastayı, yeterli cerrahi sınır ve lokal nüks açısından literatürler eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu çalışmaya 2008 ve 2016 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalında dermatofibrosarkoma protuberans tanısı ile opere edilen hastalar dahil edildi. Lezyonların tamamı 3cm temiz cerrahi sınır ve porteriorda sağlam subkutan doku ile fasyayı içerecek şekilde eksize edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, lokalizasyon, lezyon boyutu, postoperatif takip süresi ve nüks yönünden değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 7'si erkek, 4'ü bayan olmak üzere toplamda 11 hasta dahil edildi. Hastaların yaş dağılımı incelendiğinde en küçük 23, en büyük ise 50 yaşında olup ortalama median değer 36.6 olarak tespit edildi. Lokalizasyonlar incelendiğinde 3 hastada alt ekstremité proksimalinde (%27.3), 6 hastada gövdede (%54.5), 1 hastada boyunda (%9.1) ve 1 hastada üst ekstremité bölgesinde (%9.1) dermatofirosarkoma protuberans saptandı. Hastaların tamamı halen sağ olup takip süresi ortalama 52.6 ay olup, 1 ay ile 136 ay arasında değişmektedir. 3 hasta dış merkezde opere edilmiş olup cerrahi sınır devamlılığı nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiştir. 8 hasta ise ilk tanısı kliniğimizde konularak opere edilmiştir. 2 hasta punch bx sonrası tanı alırken 9 hasta eksizyonel bx sonrası tanı almıştır. Tüm hastalara minimum 3cm temiz cerrahi sınır sağlanacak şekilde eksizyon yapılmış olup 6 hastanın cerrahi defekt alanı primer olarak, 5 hastanın cerrahi defekt alanı Split-thickness deri grefti ile kapatılmıştır. Split-thickness deri grefti olarak hastaların tamamında uyluk bölgesinden 0.3–0.45 mm kalınlığında deri greftleri alınmıştır. Hastaların tamamın yeterli cerrahi sınır sağlanmış olup hiçbir hastamızda kemoterapi veya radyoterapi ihtiyacı olmamıştır. 1 hastada takip sırasında 13 ay sonra lokal nüks gelişmiş ve hasta reopere edilmştir. Hastalar ilk 3 ay ayda 1kez, daha sonra 2 yıl boyunca 6 ayda bir ve 2 yıl sonunda yıllık fizik muayene ve yılda 1 kez BT görüntüleme ile takip protokolü içine alınmıştır.

**Tartışma ve SONUÇ:** DFSP dermis ve cilt altı dokudan kaynaklanan ağrısız, yavaş büyüyen plak ve nodüller şeklinde ortaya çıkan lokal agresif seyir gösteren mezenkimal tümördür. Tedavide altın standart temiz cerrahi sınır elde etmek şartı ile geniş eksizyondur. Cerrahi sınır devamlılığı gösteren, unrezektable tümörü olan veya metastatik hastalarda radyoterapi ile protein kinaz inhibitörleri imatinib, imatinib rezistans vakalarda sunitinib ve sorafenib kullanılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatofibrosarkoma protuberans, lokal eksizyon, tirozin kinaz inhibitörü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0502 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Akut Apandisit Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Olgu: Primer Apendajitis Epiptoika

Sami Doğan<sup>1</sup>, Erman Yekenkurul<sup>1</sup>, Dilek Yekenkurul<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Akçakoca Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ve Klin. Mikro. Kliniği, Düzce

#### AMAÇ:

Epiptoik apendikslerin torsiyonu, spontan venöz tromboz sonucu iskemi veya inflamasyonu primer apendajitis epiptoika (PAE) olarak bilinir. Sol alt kadranda lokalize ise divertikülit, sağda ise apandisit taklit eder. Bu olguda akut apandisit ayırıcı tanısında, PAE'nın da olduğunu hatırlatmak istedik.

#### OLGU:

64 yaşında bayan hasta, acil servise ateş ve şiddetli karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde batın sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound mevcuttu. Tetkiklerinde beyaz küre 11400/mm<sup>3</sup>, hemogram 11.7g/dl, CRP 0.26 mg/dl olarak ölçüldü. Batın tomografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Fakat hastanın sekiz saatlik takibinde fizik muayenesi değişmedi. Tanısal laparoskopi yapıldı; ödemli apendiks ve aynı zamanda çekumda epiptoik infarktı görüldü. Laparoskopik apandektomi ve epiptoik eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu, akut apandisit ve yağ nekrozu ile uyumlu olarak geldi. Hastaya post operatif geniş spektrumlu antibiyotik verildi. Beş gün sonra herhangi bir şikayeti olmayan, tetkikleri normal olan hasta taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

Epiptoik apendiksler kolon duvarında bulunan lobüle veya elonge subserozal yağ yastıkçıklarıdır. Sigmoid kolonda ve ileoçekal bölgede daha fazla sayıda izlenmekle birlikte, tüm kolonda 50-100 kadardır. Kolik arter dallarından beslenen bu yapılarda, aldıkları kan akımının zayıf olması ve serbest hareket etmelerini sağlayan pediküllü yapıları nedeniyle, torsiyon ve infarkt sıkça görülebilir. Sigmoid kolon ve çekuma ait epiptoik apendikslerin tutulumu muhtemelen daha büyük boyutta ve elonge olmaları nedeniyle daha sık görülmektedir. PAE en sık ikinci, beşinci dekadlarda ve erkeklerde görülür. İnflamatuvar olayın lokalizasyonuna göre değişmekle birlikte ağrı sıklıkla sol ve sağ alt kadrandadır. Ağrı ani başlar; lokalizedir, künt ve kolik tarzında olabilir; ağrıda migrasyon yoktur. Bulantı ve kusma görülebilir. Ateş nadiren 38°C'yi geçer. Çoğu hastada lökosit sayısı normal veya hafif artmıştır. İskemik yağ nekrozunun inflamatuvar cevabı tetikleyebileceği için CRP değerinde hafif artma olabilir. Tanıda, batın ultrasonografi de kullanılabilir ancak BT oldukça spesifiktir. Apandisit, divertikülit, akut kolesistit ve akut jinekolojik hastalıklar PAE'nın ayırıcı tanısında yer almaktadır. PAE'da çoğu zaman semptomlar bir haftadan kısa sürer. Tedavide oral antibiyotik ve antiinflamatuvar kullanılır. Nadiren bağırsak tıkanıklığı, adezyon, apse, peritonit gibi komplikasyonlar gelişir ve cerrahi müdahale gerekir.

#### SONUÇ:

Sol veya sağ alt kadranda lokalize karın ağrısı ile başvuran hastalarda, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının şüpheli olduğu akut karın olgularında PAE mutlaka akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Şüpheli olgularda başta BT olmak üzere, tanıda radyolojik yöntemler kullanılmalıdır. Bu olgularda ayırıcı tanı yapılabilmesi gereksiz antibiyoterapi, hastane yatışı ve cerrahi girişimlerin önüne geçilmesi bakımından önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Apendajitis Epiptoika, Apandisit, İnfarkt.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0503 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Batına Nafiz Ateşli Silah Yaralanmalarında Nonoperatif Yaklaşım

Burak Dede, Ahmet Deniz Uçar, Mehmet Yıldırım, Orkun Subaşı, Murat Bayram  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### GİRİŞ

Günümüzde görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler sayesinde yaralanmanın yeri ve şiddeti hakkında detaylı bilgi elde edilebilmesinin yanında, yoğun bakım şartlarının gelişmiş olması nonoperatif tedavinin uygulanabilirliğini artırmaktadır. Son yıllarda künt batın yaralanmalarında nonoperatif tedavi standart uygulama olarak düşünülmesine rağmen ateşli silah yaralanması (ASY)'nda bu yaklaşım henüz seçilmiş olgularla sınırlıdır. Biz de nonoperatif tedavi uyguladığımız batına nafiz bir ASY vakamızı sunmayı amaçladık.

#### OLGU

Otuz yaşında erkek hasta 30 dakika önce meydana gelen ASY nedeniyle acil servise kabul edildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde vital bulguları normaldi. Batın ön duvarında ksifoidin altında yaklaşık 5 mm çapında yabancı cisim giriş deliğine ait olduğu düşünülen yara yeri mevcuttu. Epigastrik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Defans ve rebound yoktu. Hastanın çekilen BT sinde karaciğer sol lateral lobunda artefakta sebep olan yaklaşık 1,5 cm çapında metalik opasite (mermi), mermi trasesi boyunca devam eden laserasyon hattı ve komşuluğunda hemoperitonyuma ait serbest sıvı mevcuttu. Hastanın genel durumunun iyi olması ve yapılan görüntüleme yöntemlerinde acil operasyon gerektirecek patoloji saptanmaması nedeniyle hastanın nonoperatif tedavisine karar verildi. Hasta yakın fizik muayene, yoğun bakım şartlarında monitorizasyon, kontrol US ve BT eşliğinde takip edildi. Takibinin beşinci günü taburcu edildi. Taburculuk sonrası probleme rastlanmadı.

#### Tartışma

Batına nafiz ASY'li hastalarda nonoperatif tedavi oldukça nadir ve seçilmiş vakalarda kullanımı olan bir tedavi seçeneğidir. Nonoperatif tedavinin uygulanabilmesi için hastaların mutlaka hemodinamik olarak stabil olması, acil eksplorasyon gerektiren peritonit bulgularının olmaması, sürekli monitorizasyon ve fizik muayene ile yakından takip edilebilecek merkezlerde hassas bir şekilde seçilmiş olgularda uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Ateşli, Silah, Yaralanması, nonoperatif

#### bilgisayarlı tomografi görüntüsü



bilgisayarlı tomografi görüntüsü

#### bilgisayarlı tomografi görüntüsü



bilgisayarlı tomografi görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0505 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Ekstremitte Liposarkomunda Hipertermik Perfüzyon Sonrası Ekstremitte Koruyucu Cerrahi Deneyimimiz

Ömer Yalkın, Serdar Çulcu, Salim İksen Başçeken, Fatih Aslan, Cemil Yüksel, Ali Ekrem Ünal  
Ankara Üniversitesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Ekstremitte liposarkomlarının tedavisinde amaç negatif cerrahi sınırdır. Bu tarihsel olarak amputasyon ile sağlanmıştır. Ciddi işlev kaybı ve psikolojik etkilere neden olan bu tedavi yaklaşımı zamanla yerini ekstremitte koruyucu cerrahi yaklaşımlarına bırakmaktadır. Preoperatif ve postoperatif radyoterapinin ve kemoterapi gibi tedavi yaklaşımlarına ek olarak ekstremitte hipertermik perfüzyonu uygulanmaya başlanmıştır ve etkinliği hala araştırılmaktadır. 55 yaşında son 3 yıldır sol bacakta şişlik şikayeti mevcut olan erkek hasta kendi isteği ile tedaviyi reddetmiş. Son 6 aydır sol bacakta artan ağrı, kuvvetsizlik, his kaybı, düşük ayak ve ülser nekrotik lezyon nedeniyle başvurdu. Hastaya iki aşamalı tedavi planlandı. Öncelikle hipertermik perfüzyon yapıldı. Sol eksternal iliak arter ve vene kateter girilerek 1 saat süre ile 80mg melfalan uygulandı. Perfüzyondan 1 ay sonra kitle boyutunda gerileme ve baskı semptomlarında azalma görüldü. Ardından cerrahi ile kitle eksizyonu yapıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 5.gün taburcu edildi. Biz amputasyon önerilen ekstremitte liposarkomunda hipertermik perfüzyon eklenerek yapılan ekstremitte koruyucu cerrahi ile tedavi ettiğimiz olguyu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** hipertermik perfüzyon, ekstremitte, liposarkom

#### Resim 1



Cerrahi Öncesi

#### Resim 2



Cerrahi

#### Resim 3



Cerrahi Sonrası

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0506 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Hipertrikozisi Olan ve Olmayan Plonidal Sinüs Hastalarının preoperatif Karşılaştırmalı analizi

Uğur Ekici<sup>1</sup>, Faik Tatlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Gelişim Üniversitesi

<sup>2</sup>Harran Üniversitesi

**AMAÇ:** Pilonidal sinüs; sıklıkla natal cleftte ve sakrokoksigeal bölgede görülen infektif bir hastalıktır. Etken sıklıkla; keratin tıkaçlar, dermopati varlığı ve natal cleftte kıl kalıntıları, kıl ile ilişkili yabancı cisim reaksiyonlarıdır. Hipertrikoz; Androjen etkisinden bağımsız olarak özellikle sekonder seks karakteri ile ilgili olmayan bölgelerde vellus kıllarının büyümesi olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda hipertikozisi olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi klinik prezentasyonu ve hipertrikozis ile ilgili olabilecek bazı hormonal parametreler açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Mayıs 2014-Mayıs 2017 tarihleri arasında primer ya da nüks plonidal sinüs nedeniyle ameliyat edilen 294 hastanın kayıtları geriye dönük incelendi. Hastalar hipertrikoz olanlar ve olmayanlar olarak sınıflandırıldı. Hipertrikoz için Ferriman-Gallwey skorlama sistemi kullanıldı. Demografik verileri ve vücut kitle endeksleri, ameliyat öncesi muayene bulguları, aile öyküleri, enfeksiyon veya apse olup olmadığı, erkek hastalarda testosteron, kadınlarda testosteron ve progesteron seviyeleri kaydedildi.

**SONUÇLAR:** Çalışmaya alınan hastaların 239'u Erkek, 55'i kadındı. Hastaların ortalama yaşı; hipertrikoz olan grupta 23,5±5,9 olmayan grupta ise 24,4±7,0 idi. Hipertrikoz olan grubun kadın cinsiyet, 1. derece aile bireylerinde plonidal sinüs öyküsü, ailede hipertrikoz oranı, hipertrikoz olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ( p=0,030 p=0,035 p<0,001). Grupların ameliyat öncesi enfeksiyon yada apse ile başvurma öyküsü oranlarında da hipertrikoz grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,046). Hipertrikoz olan grubun kadın progesteron ortalaması hipertrikoz olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p=0,003).

#### SONUÇ:

Plonidal sinüs için bir risk faktörü olan hipertrikoz ameliyat öncesi süreci enfeksiyon riskini arttırarak komplike edebilmekte ve özellikle kadın hasta grubunda mevcutsa plonidal sinüs riskini daha fazla arttırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Plonidal Sinüs, Hipertrikoz, Hormon,

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0507 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### **Pelvik Ekzenterasyon ve Sitoredüktif Cerrahi Esnasında Görülen Üriner Sistem Tutulumu Nedeniyle Üriner Diversiyon veya Primer Üreteroplasti Uygulanan 20 Olgunun Değerlendirilmesi**

Şevket Barış Morkavuk<sup>1</sup>, Murat Güner<sup>3</sup>, Ömer Yalkın<sup>2</sup>, Ali Ekrem Ünal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Üreter; idrarı peristaltik hareketler ve yerçekimi yardımı ile pelvisrenalisten mesaneye ileten;transizyon elepitelle döşeli, içten dışa;mukoza,muskuler tabaka ve serozadan oluşan tubüler bir yapıdır.Üreter yaklaşık 3-5mm çapında olup,25-30cm boyutlarındadır.Üreterin primer tümörleri oldukça nadir olup genellikle toplayıcı sistem (renalpelvis) tümörleri yada mesane trigon yerleşimli tümörlere sekonder gelişmektedir.Üreterin retroperitoneal seyir göstermesi nedeniyle retroperitoneal sarkom,lenfoma yada büyük boyutlara ulaşarak retroperitona invazyon gösteren kolon kanserine bağlı olarak üriner komplikasyonlar görülebilmektedir.Biz bu çalışmada sitoreduktif cerrahi ve pelvik ekzenterasyon esnasında üreter rezeksiyonu gerektiren olgularda,rezeksiyon sonrası yapılan üriner diversiyonlarda uygulanan cerrahi teknik,negatif cerrahi sınır,postopratif dönemde lokal nüks ve diğer komplikasyonlar açısından bulgularımızı literatürler eşliğinde sizlere sunmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu çalışmaya 2015 ve 2017 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalında primer üreter reanastomozu veya üriner diversiyon yapılan 20 olgu dahil edildi.Hastaların tamamında üreter temiz cerrahi sınırlar elde edilecek şekilde disseke edilip rezeksiyon yapıldı.Hastalar yaş,cinsiyet,uygulanan anastomoz yada diversiyon tekniği,primer doku tanısı,postoperatif takip süresi ve nüks açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 12'si erkek,8'i bayan olmak üzere toplam 20 olgu dahil edildi.Hastaların yaş dağılımı 37-87yıl arasında olup ortalama 57.5 yıl idi.Hastaların primer tanılarını incelendiğinde 6 olgu over kanseri,2 olgu retroperitoneal sarkom,11 olgu kolorektal kanser ve bir olgu primer ureter kanseri olarak tespit edildi.Hastaların tamamı dış merkezlerde laparotomi uygulanan olgular olup,sitoreduktif cerrahi ve pelvikekzenterasyon amacı ile kliniğimize yönlendirilmişlerdi.6 olguya parsiyel üreter rezeksiyonu ile beraber uç-uç üreteroüreterostomi uygulandı.Pelvik ekzenterasyon uygulanan 3 olguya üreterosigmoidostomi yapıldı.L.A.R+parsiyelsistektomi uygulanan 3 olguya üreterosigmoidostomi,3 olguya uç-yan transüreteroüreterostomi,4 olguya sağ üreteralparsiyel rezeksiyon ve boari flep uygulaması ile üreterovezikal anastomoz(üreteroneosistostomi)yapıldı.Bir hastaya bilateral üreterokutaneostomi yapıldı.Üreteroüreterostomi uygulanan olguların tamamına üreteraldouble-J katater yerleştirildi.Üreter dokusu tek kat 3/0 vicryl ile sütüre edildi.Üreterosigmoidostomi ve üreterovezikal anastomozlar üreteral double-J katater yerleştirildikten sonra mukoza ve seroza ayrı ayrı 3/0 vicry ile rekonstrükte edildi.Üreterosigmoidostomi yapılan olgularda Bricker anastomozu uygulandı.Hastaların takip süresi 6 ay ile 2.5 yıl arasında değişmekte olup ortalama 14.5ay idi.Bir olgu postoperatif 4.ayda kaybedildi.İki olguda lokal nüks bulguları izlendi.Nüks olan 2 olguya bilateral perkutan nefrostomi kateteri takıldı.Diğer olgularda üriner diversiyon ile ilgili erken yada geç dönem komplikasyon izlenmemiş olup,düzenli takiplerine devam edilmektedir.

**SONUÇ:** Üreter rezeksiyonu gereken olgularda üriner pasaj üreteroüreterostomi,üreteroneosistostomi,psoashitch ve boariflep gibi metodlarla sağlanmaktadır.Primer anastomoz yapılamayacak kadar çok rezeksiyon gerektiren yada yaygın tutulum nedeni ile sistektomi yapılan olgularda ise üriner diversiyon teknikleri kullanılmaktadır.Üriner diversiyonlar nonkontinan(Ürterokutenostomi,Üreterosigmoidostomi,Loop diversiyonlar-Konduit)ve kontinan(kontinankutanözdiversiyonveortotopikneobladder) olmak üzere iki grupta incelenir. İdeal bir diversiyon için,idrarı düşük basınç ile toplayacak bir rezervuar (konduit)üriner drenajı yeterli düzeyde sağlayacak bir tubuler yapı ve yaşam kalitesi açısından kontinans sağlayacak kadar yeterli bir mekanizma olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Boari Flep,Sitoredüktif Cerrahi,Üriner Diversiyon,

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0508 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Hastanemizde 2015-2017 Yılları arası Görülen Endometriozis Hasta oranlarımız

Sercan Büyükkakıncak<sup>1</sup>, Birgül Tok<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

<sup>2</sup>Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi Patoloji Bölümü

Rektus abdominis kası içerisinde lokalize endometriozis çok nadir görülür. Üreme çağındaki kadınlarda batin ön duvarındaki kitlelerin ayırıcı tanısında özellikle cerrahi bir girişim öyküsü varsa ve menstrüel siklus ile birlikte ağrı şiddetleniyorsa endometriyoma düşünülmelidir. Bu kitleler sıklıkla insizyonel fıtıkla karışır ve hastalar genellikle genel cerrahlara başvurur. Karın duvarı endometriozisi (KDE) ise genellikle histerotomi yapılan obstetrik veya jinekolojik operasyonlar sonrası endometriozisin karın duvarında yerleşmesidir. Tüm endometriozis olgularının ancak %1'i karın duvarı yerleşimidir, karın duvarında kitleye neden olabilen apse, lipom, hematoma, insizyonel fıtık, desmoid tümör, sarkom, lenfoma veya primer ve metastatik kanserlerle karışabilmekte ve ameliyat öncesi tanı konulamamaktadır. Sunumumuzdaki amacımız; kasık ağrısı ve dismenore şikayeti olan üreme çağındaki kadınlarda, karın ön duvarında kitle tespit ettiğimizde ekstra pelvik endometriyozisi göz önünde bulundurmayı ve bu lezyonla ilgili farkındalığın artmasına katkı sağlamayı amaçlamaktır.

OLGU: 2015-2017 yılları arasında yaş ortalaması 27 olan dokuz hasta karın ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hepsinin ortak özelliği karında ele gelen kitle, kitlenin menstruasyon dönemlerinde büyüdüğü ve ağrının şiddetlendiği idi. Fizik muayenesinde tarif edilen bölgede cilt altında Pfannenstiel insizyon hattında ve Yapılan Yüzeysel USG'de sağ rektus abdominis kası içinde kitlesel lezyonlar saptandı. Tanı koymak amacıyla eksizyonel biyopsi planlandı. Materyalin patolojik incelemesi sonucu, rektus abdominis kasında endometriyozis olarak saptandı.

TARTIŞMA: Endometriyozis, dismenore, dispareni, pelvik ağrı ve infertilite gibi sosyal, cinsel ve üreme açısından olumsuz sonuçlara neden olabilen yaygın kronik bir jinekolojik hastalıktır. En sık başvuru nedeni, dismenoredir. (1) Ağrının nedeni endometriozis odaklarında salgılanan prostoglandin etkisiyle uterusu ortaya çıkan kasılmalardır. Ektopik endometriyum sıklıkla hormonal değişikliklere cevap verir ve etrafındaki stromanın içine kanayarak basınç ve ağrıya yol açar. Tekrarlayan kanama epizodları sonucunda fibrozis ve skar dokusu meydana gelir. (2) Cerrahi tedavi olguların %95'ten fazlasında kür sağlar. Tam eksizyon sağlamak için sıklıkla abdominal fasyanın bir parçasını da çıkarmak gerektiği özellikle vurgulanmaktadır. (3)

SONUÇ: Doğurgan çağındaki bayanlarda özellikle başta sezaryen olmak üzere abdominal veya pelvik cerrahi geçirmiş kadınlarda karın ön duvarında ele gelen kitlenin ayırıcı tanısında endometriyozis düşünülmelidir. Kesin tanı, lezyonun histolojik incelemesiyle konulmaktadır. Tedavisinde komplet cerrahi eksizyon yeterlidir. Genel cerrahların bu hastalıkla ilgili farkındalıklarının artması ameliyat öncesi değerlendirme ve tedaviyi yönlendirmede faydalıdır.

#### KAYNAK:

1. Çolgar U. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. Birinci

baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2006, 109-128.

2. Çelik M, Bülbüloğlu E, Büyükbese MA, Çetinkaya A. Abdominal wall endometriosis: localizing in rectus abdominis sheath. Turk J Med Sci 2004; 34: 341-343.

3. Cevrioğlu S, Yılmaz S, Yılmaz M, Tokyol Ç. Sezaryen skarında endometriozis; olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. T Klin Jinekoloj Obst 2004; 14: 44-47.

**Anahtar Kelimeler:** Karın ağrısı, Endometriozis, rektus abdominis

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0509 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Dalakta kitle: Kist hidatik? Psödokist?

İhsan Burak Karakaya, Alper Sözütek, Mehmet Kemal Yener, Hüseyin Kılavuz, Fatih Akgündüz  
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

**GİRİŞ:** Dalakta kitle varlığı günlük pratikte sık olmasa da karşılaştığımız bir durumdur. Bu kitlelerin çoğunluğu insidental olarak saptanmakta ve genellikle kist hidatik veya metastaz açısından değerlendirilmektedir. Dalak psödokistleri ise çok daha nadir bir durum olup, insidansı %0,07 olarak bildirilmektedir. Genellikle geçirilmiş travmaya ikincil olarak gelişmekte olan bu durum kist hidatik ile karışabilmektedir. Bu yazıda, kist hidatik tanısı alıp tıbbi ve cerrahi uygulanan hastanın cerrahi sonuçları tartışılmaktadır.

**OLGU:** 40 yaşında bayan hasta 5 aydır olan sol üst kadranda ağrısı nedeni ile kliniğimize konsulte edildi. Dış merkezde kist hidatik nedeni ile 3 ay Albendazol tedavisi aldığı belirtilen hastanın fizik muayenesinde sol üst kadranda immobil kitle palpe edildi. Hikayesinde başka özellik yoktu. Ultrasonografi, batın BT, batın MR sonucu dalak süperomedial komşulukta 118x125x100 mm boyutlarında semisolid, ekojen alanlar içeren, mideye posteriordan ciddi bası uygulayan Tip 3-4 kist hidatik ile uyumlu görünüm olarak rapor edildi. İHA, ELIZA negatifti. Bası semptomları nedeni ile hastaya laparotomi planlandı. Solda diyafragmaya, önde mide posterioruna, posteriorda distal pankreasa kısmi invaze dalak posteriorundan kaynaklanan solid yaklaşık 15 cm lik kitle saptandı. Splenektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme, dalak psödokisti olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmayan hasta taburcu edildi. 1.yıl takibin de hasta semptomsuzdu.

**TARTIŞMA:** Dalak psödokistleri çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte insidental olarak rutin muayene ve kontrollerde saptanmaktadır. Daha sık görülmesi ve radyolojik görüntüsü nedeni ile olgumuzda olduğu gibi sıklıkla kist hidatik ve primer dalak tümörü olarak tanı almakta ve tedavi edilmektedir. Her ne kadar İHA ve ELIZA gibi belirteçler kist hidatik için sensitif olsa da negatif olması hastalığı ekarte ettirmektedir. Bununla birlikte, kitlenin içinde ki skoleks benzeri görünüm de ayırıcı tanıya yardımcı olmamaktadır. MRI ile ayırıcı tanıda farklı sekanslardaki değerlendirmelere rağmen özellikle tip 3-4 kist hidatik ile karışabilmekte ve takip kararı alınabilmekte ve gereksiz antiparaziter tedavi uygulanabilmektedir. Hastada travma öyküsünün sorgulanması elimizde ki en iyi ayırıcı tanı aracı olmakla birlikte hastamızda olduğu gibi bazen idyopatik te saptanabilir. Kistin büyüklüğü, çevre organlara bası, kistin içine kanama, pseudoanevrizma gibi riskler cerrahiye ana seçenek yapmaktadır. Total splenektomi; parsiyel splenektomi ile birlikte kistektomi prosedürlerine göre remnant kistin kalması ve rekürren splenik psödokist oluşumu nedeni ile tercih edilir.

**SONUÇ:** Dalak kitlelerine yaklaşımda tanı ve tedavi planlamamızı değiştirebileceğinden dolayı dalak psödokisti ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Dalakta Kitle, Kist Hidatik, Psödokist

#### Dalakta Psödokist



Nonepitelize fibröz kapsül. Kist duvarında yer yer lenfositik infiltrasyon mevcut.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0510 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Spontan Appendiks Epiploika Torsiyonuna Bağlı İntraperitoneal Büyük Mobil Kitle; Vaka Takdimi

Yeliz Candan, Gökhan Gökten, Melih Akıncı, Zafer Ergül, Serhat Tokgöz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Cerrahi pratikte çok nadir görülen spontan appendiks epiploika torsiyonuna bağlı intraperitoneal kitle olgusu sunularak ayırıcı tanı olasılıklarının gözden geçirilmesini amaçladık.

**OLGUNUN ÖZELLİKLERİ:** Hematuri şikayetleri ile değerlendirilen 79 yaşındaki hastanın kontrastlı abdomen BT'sinde apendiks lokalizasyonunda 68x55 mm boyutunda santralinde kalsifikasyonu bulunan, düzgün sınırlı lezyon izlenerek öncelikle appendisiyel mukosel düşünüldü (Resim 1).

Laboratuvar testleri normal olan hastanın radyolojik bulgularında neoplastik bulgular ekarte edilemediği için laparotomi planlandı. Eksplorasyonda sağ alt kadranda çevre dokuya invazyonu bulunmayan, serbest şekilde bulunan dev bir nodül izlenerek eksize edildi ve ek bir patolojiye rastlanmadı (Resim 2).

Çıkarılan serbest kitle 7x6,5 cm boyutlarında, 180 gram ağırlığında ortası sert kıvamlı beyaz- sarı renkte, kaygan yüzeyli yumurta şeklindeydi. Histopatolojik inceleme sonucunda ortası hafif kalsifiye lameller görünümde sert kıvamda düzgün sınırlı dev sklero kalsifiye nodül olarak raporlandı. Hasta komplikasyon gelişmeden post operatif ikinci gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Literatürde intraperitoneal serbest kitleler hakkında sınırlı sayıda olgu bulunmakla birlikte kesin patogenezi net olarak tanımlanmamıştır. En yaygın olarak apendiks epiploikadan, daha sonra omentum, adnekslerin otoamputasyonu ve pankreatik yağlı dokudan kaynaklandığı düşünülmektedir.[1,2] İntraperitoneal serbest kitlenin oluşumu kronik süreçte apendiks epiploikanın torsiyonu sonucunda kan akımının azalması buna bağlı olarak nekroze gitmesi, zamanla sabunlaşması, kireçlenmesi ve son olarak da pedikülün zayıflaması üzerine kolondan ayrılması sonucu oluştuğu düşünülmektedir.

Bunun yanında kitlelerin boyutları artarsa semptomatik seyretmekte intestinal obstruksiyon [3], idrar retansiyonu [4] gibi klinik problemlere yol açabilir. Oluşan serbest kitlelerin periton sıvısından protein Emilimi ile boyutunun artması bazı yazarlar tarafından bildirilmiştir.[4,5]

Bu tip kitlelerin ayırıcı tanısında benign kitleler olarak leiomyoma, rabdomiyomlar, teratom, fibroma ve malign kitleler kolorektal kanser, over kanseri, metastazlar düşünülmelidir. Bununla birlikte idrar taşları, safra taşları ve apendiks taşları ve tuberküler granüloma gibi diğer hastalıkların etkilerine veya komplikasyonlarına bağlanabilir. Sistemik hastalıklara bağlı lenf düğümleri, lenfoma ve yabancı cisimlerin kalsifikasyonları da ekarte edilmeye çalışılmalıdır. Ülkemiz gibi kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde intraabdominal yerleşimli Primer pelvik/tubal kaynaklı hidatik kist oldukça nadir görülmesine rağmen ülkemiz gibi endemik bölgelerde preoperatif tanıda mutlaka akılda bulundurulması gereken bir ayrıntıdır. [6] Sonuç olarak intraabdominal sıklıkla başka nedenlerle opere edilen hastaların intraperitoneal eksplorasyonunda küçük boyutlu mobil farklı nedenlere bağlı likefaksiyon nekrozuna bağlı nodüller görülebilir. Büyümeleri nedeni ile bizim olgumuzda olduğu gibi farklı hastalıklarla ilişkilendirebilir ve neoplazmlar ekarte edilemediğinden peritoneal eksplorasyon kararı verilebilir. Bu olgumuzda cerrahi pratikte çok nadir görülen bu tip kitleleri hatırlatmayı amaçladık. Bu kitleler nadiren olsa da bu olguda olduğu gibi büyük boyutlara ulaşabilecekleri akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İntraperitoneal Kitle, Appendiks Epiploika, Spontan Torsiyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Bilgisayarlı Tomografide Apendiks Lokalizasyonunda 68x55 mm Boyutunda Santralinde Kalsifikasyonu Bulunan, Düzgün Sınırlı Kitle

**Resim 2**



Çevre Dokuya İnvazyon Göstermeyen Düzgün Sınırlı Büyük Nodül

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0511 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

### Elektif vakalarda açık ve laparoskopik splenektomi karşılaştırılması Çukurova üniversitesi deneyimi

Uğur Topal, İshak Aydın, İsmail Cem Eray, Orçun Yalav, Kubilay Dalcı, Ahmet Rencüzoğulları  
Çukurova üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

#### GİRİŞ:

Elektif splenektomiler başta selim hematolojik hastalıklar olmak üzere çeşitli endikasyonlarla yapılmaktadır. hemolitik anemiler, idyopatik trombositopenik purpura, bunlardan bazılarıdır Teknolojideki gelişimler ve cerrahi deneyimin artması ile cerrahlar çoğu açık cerrahi girişimi laparoskopik olarak yapmaya başladılar. Günümüzde çokbüyük dalağı olan hastalar dışında laparoskopik splenektomi(LS) selim hematolojik hastalıklarda açık splenektominin (AS) bir alternatifi haline geldi. Hatta pekçok çalışma tarafından selim hematolojik hastalıkların tedavisinde altın standart olarak gösterildi Çalışmamız ile laparoskopik splenektomi ve açık splenektomiyi kendi bulgularımız ile karşılaştırmayı ve sonuçları literatür eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık.

#### Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza Çukurova Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda çeşitli hastalıklar nedeniyle 2013-2018 tarihleri arasında elektif splenektomi ameliyatı yapılan 95 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 20 si laparoskopik, 75.i ise konvansiyonel yöntemle ameliyat edildiler. Elektronik veri tabanı kullanılarak hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik bilgilerinin yanısıra preopartif kan sayımları, etyolojik neden, ameliyat süresi, kan kaybı miktarı, dalak boyutu ve ağırlığı, laparoskopik cerrahiden açık cerrahiye geçme zorunluluğu, hastanede yatma süresi,) ve Postperatif gelişen komplikasyonlar incelendi.

#### Bulgular

Çalışmamıza 75 açık (%79), 20 Laparoskopik (%21) splenektomi uygulanan toplam 95 olgu dahil edildi. Çalışmaya alınan olgularda ortalama yaş AS 43,3 (18-78) LS 39,2 idi (19-61). Olguların LS 6 sı erkek (%30), 14'u kadın (%70) idi. Olguların AS 32 sı erkek (%42,6), 43 u kadın (%57,4) idi. Splenektomi endkasyonları LS de 12 ITP 4 hemolitik anemi, talaemi 4 kist, tümör AS 16 ITP 23 hemolitik anemi, talaemi 17 kist, tümör, 19 hipersplenizm idi Ameliyat süresi ve kanama miktarı LS (105dk, 125 ml), AS (80dk, 175 ml ) dalak boyutu ve ağırlığı ortalama LS (13cm/225 gr ) AS (17 cm, 245 gr ) idi 5 hastada laparoskopiden açığa geçiş oldu, operasyon sonrası yatış süreleri LS 3,7 AS 4.8 gün idi AS de 4 hastada ciltaltı enfeksiyonu 6 hastada atelektazi 2 hastada şilöz fistül gelişti LS de 3 hastada atelektezi gelişti

#### Tartışma

Laparoskopik cerrahi ekipmanlarının gelişmesi splenektomilerin minimal invaziv cerrahi yöntemlerle ve açık cerrahi ile kıyaslanabilecek komplikasyon oranları içerisinde yapılabilmesini mümkün kılmıştır Pek çok çalışmada LS'nin AS'ye olan üstünlükleri belirtilmiştir Hastaların ameliyattan sonra daha az analjezik maddeye ihtiyaç duymaları, daha çabuk hareket edebilmeleri, işlerine daha erken başlayabilmeleri, ameliyat sonrası atelektazi ve ileus gibi komplikasyonların daha az görülmesi gibi.. LS'nin literatürde en sık vurgulanan dezavantajı ise uzamış ameliyat süresidir. Deneyimin artması ve daha işlevsel aletlerin kullanılması sonrası azalan ameliyat süresi ve açık tekniğe geçiş oranı, daha az hastanede kalma süresi ve daha az ameliyat sonrası komplikasyon oranıyla hematolojik hastalıkların cerrahi tedavisinde LS AS'ye güçlü bir alternatiftir Bizim çalışmamızda da hastanede yatış süresi, kanama miktarı, dala boyutu ve dalakağırlığı AS'de, ameliyat süresi laparoskopik grupta daha fazla bulundu

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik SPLENEKTOMİ, ITP, Splenektomi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

tablo 1

|                                   | Laparoskopik         | Açık                                                                               |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Hasta sayısı                      | 75                   | 20                                                                                 |
| Yaş ortalaması                    | 43,3                 | 39,2                                                                               |
| Ameliyat süresi ve kanama miktarı | (105dk,125 ml)       | (80dk,175 ml )                                                                     |
| dalak boyut ve ağırlığı           | (13cm/225 gr )       | (17 cm,245 gr )                                                                    |
| yatış süreleri                    | 3,7 gün              | 4.8 gün                                                                            |
| Komplikasyon                      | 3 hastada atelektezi | 4 hastada ciltaltı enfeksiyonu 6 hastada atelektazi 2 hastada şilöz fistül gelişti |
| Endikasyonlar                     |                      |                                                                                    |
| ITP                               | 12                   | 16                                                                                 |
| hemolitik anemi                   | 4                    | 23                                                                                 |
| kist,tümör                        | 4                    | 17                                                                                 |
| hipersplenizm                     | 0                    | 19                                                                                 |

Bulgular

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0512 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Alt ekstremitte yerleşimli ekstraskletal Ewing sarkom: olgu sunumu

Fatih Dolu<sup>1</sup>, Kürşat Karadayı<sup>1</sup>, Erkan Hazar<sup>1</sup>, Anıl Koçman<sup>1</sup>, Eda Erdiş<sup>2</sup>, Kemal Kösemehmetoğlu<sup>3</sup>, Reyhan Eğilmez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı Sivas

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Sivas

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Ankara

<sup>4</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Sivas

**GİRİŞ:** Ewing sarkom çocukluk ve ergenlik döneminin nadir görülen tümörlerindendir. Çocukluk çağı kemik tümörleri içinde ikinci sıklıkta görülmektedir. Bu grup tümör ailesi klasik Ewing tümör, Atipik Ewing tümör, göğsün Askin tümörü ve primitif nöroektodermal tümörleri içerir. Ewing sarkom tümör ailesi morfolojik benzerlikler gösterir ve deneyimli patologlar dahi tanıda güçlükler yaşayabilir.

**AMAÇ:** Burada ayak topuğunda ekstraskletal Ewing sarkomu tanısı alan hasta sunulmaktadır.

**OLGU:** 21 yaşında erkek hastanın anamnezinden 2 aydır sağ topuğunda ağrılı, kanamalı, ve dışı doğru büyüyen kitle nedeni ile dermatoloji kliniğine başvurduğu öğrenildi. İnsizyonel biyopsi patolojik inceleme sonucu küçük yuvarlak hücreli tümör olarak belirtildi. Yapılan moleküler patolojik incelemede ESWR 1 pozitif olması sebebi ile Ewing sarkom tanısı aldı. Fizik muayenesinde sağ alt ekstremitede topuk üzerinde egzofitik, ülser, kanamalı, yaklaşık 8x10 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Yapılan Magnetik Rezonans incelemede lokal invazyonun olmadığı ve PET/CT incelemede uzak metastazın olmadığı görüldü. Hastaya ekstraskletal Ewing sarkom tanısı ile geniş lokal eksizyon ve eş zamanlı split thickness deri grefti uygulandı. Postoperatif patolojik inceleme sonucu standart raporlama sistemine (Modifiye Rubin) göre Ewing sarkom pT2 Nx Mx, histolojik grade 2, differansiasyon skoru 3, en yakın cerrahi sınır 1 cm'den uzak negatif olarak belirtildi. Postoperatif hastaya tümör konseyi önerisi ile radyoterapi başlandı.. Hasta postoperatif 2. ayında halen takiptedir.

**SONUÇ:** Ekstraskletal Ewing sarkom nadir görülen tanısı zor konabilen ve bu nedenle tedavisi gecikebilen tümörlerdir. Tedavisinde farklı öncelikte kemoterapi radyoterapi ve cerrahi seçenekleri mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** ekstraskletal ewing sarkom, ESWR1, Modifiye Rubin

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0513 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Primer Pilonidal Sinüs Cerrahi Tedavisinde Marsupiyalizasyon, Primer Kapama ve Flep Uygulaması Sonuçlarımızın Karşılaştırılması

Baha Arslan, Varlık Erol

Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi A. D.

**AMAÇ:** Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığının en önemli sorunu nüksdür. Her cerrah kendi deneyimine göre bir tedavi uygular. Standart bir cerrahi tedavi yoktur. Hastanemiz genel cerrahi kliniğinde marsupiyalizasyon, primer kapama ve flep uygulamaları tercih edilen yöntemlerdi. Bu uygulamaların geriye dönük inceleme sonuçları incelendi.

**YÖNTEM:** 2010-2016 yılları arasında pilonidal sinüs nedeni ile opere edilen 249 hasta retrospektif olarak incelendi. Yatış dosya bilgileri ve poliklinik başvuruları incelenerek demografik verilere, hastalık süresi, vücut kitle indeksi, ameliyat tekniği, süresi, hastanede kalış, komplikasyonlar, pansumana bağımlılık, postoperatif takip süresi patoloji piyesi ve nüks açısından hasta sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular Sakrokoksigeal pilonidal sinüs nedeni ile 249 hastanın 12'si nüks hasta olması nedeni ile çalışma dışı bırakıldı. Hastalar Marsupiyalizasyon Primer kapama ve Flep uygulaması yapılanlar olarak 3 gruba ayrıldı. Cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi açısından bir fark yoktu. Ancak Marsupiyalizasyon uygulanan grubun hastalık süresi( $p=0,032$ ), ameliyat süresi( $p=0,000$ ) hastane kalış( $p=0,000$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede kısa, komplikasyon oranı( $p=0,010$ ) ise anlamlı olarak daha azdı. Bununla birlikte pansumana bağımlılık marsupiyalizasyon yapılanlarda anlamlı olarak daha uzundu, sırası ile marsupiyalizasyon  $34\pm13,80$ , primer kapama  $10,69\pm8,27$ , flep  $7,19\pm8,40$  ( $p=0,000$ ). Postoperatif takip süresi marsupiyalizasyon yapılan grupta ortalama  $1482,13\pm399,94$ , primer kapamada  $1055,07\pm385,82$  ve flep uygulamasında  $797\pm296,54$  idi( $p=0,000$ ) ve anlamlı olarak farklılık vardı. Nüks sonuçlarına bakıldığında marsupiyalizasyon yapılan grupta %3, primer kapama yapılan grupta %3 ve flep uygulamasında %2 nüks( $p=0,855$ ) istatistiksel anlamlı farklılık göstermedi. Primer kapama ve flep yapılan grup kendi aralarında karşılaştırıldığında düz gluteal bölge varlığı primer kapama yapılanlarda anlamlı olarak fazlaydı( $p=0,040$ ). Çıkarılan dokunun alt sınırının anüse uzaklığı her iki grup içinde anlamlı farklılık göstermedi( $p=0,155$ ). Flep uygulaması yapılan grupta çıkartılan doku hacmi primer kapamaya göre anlamlı olarak daha fazla idi( $p=0,000$ ). Nüks açısından her iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı( $p=0,649$ )

**SONUÇ:** Her üç hasta grubunda nüks açısından anlamlı farkları olmamasını gruplar arası hasta dağılımının düzensiz olması, izlem sürelerinin farklılığı ve randomizasyonun yetersiz olmasına bağlanabiliriz. Ancak primer ve flep yöntemlerinin komplikasyon oranlarının yüksekliğine rağmen marsupiyalizasyon yapılan hastalarda pansumana bağımlı geçirilen sürenin uzun olması hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Hastalık nüksünün ve yaşam kalitesinin daha iyi ortaya konması için her üç yönteminde birlikte değerlendirildiği postopertaif yaşam kalite ölçeklerinde uygulandığı prospektif randomize kontrollü çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Flep, marsupiyalizasyon, pilonidal sinüs, primer kapama

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr







www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0514 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Akut Pankreatitin Prognozunu Ön Görmede Eritrosit Dağılım Hacmi ve CRP/Albumin Değerlerinin Önemi

Eyüp Murat Yılmaz<sup>1</sup>, Altay Kandemir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Aydın

<sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD, Aydın

**AMAÇ:** Akut pankreatit gastrointestinal patolojiler arasında önemli patolojilerden birisi olup çalışmadaki amacımız eritrosit dağılım hacmi(RDW) ve CRP/albumin ile prognoz ilişkisini belirleyebilmektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışma retrospektif olup akut pankreatit vakaları alınmış ve Ranson skoruna göre ılımlı ve şiddetli grup olarak iki gruba bölünmüştür. Bu iki grup arasında RDW, CRP/albumin ve hastanede yatış ile yoğun bakımda yatış süreleri, komplikasyonları karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Toplam 264 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 204 hastada (%77,2)ılımlı pankreatit saptanırken, 60 hastada (%22,8) şiddetli pankreatit saptandı. ( $p=0,081$ ) Bu iki grup arasındaki RDW değerlerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlendi. ( $p=0,193$ ) CRP/Albumin değerlerine bakıldığında şiddetli AP grubunda diğer gruba göre değerlerin oldukça yüksek olduğu saptandı. ( $p<0,001$ ) Hastanede toplam yatış süreleri ve yoğun bakımda toplam yatış sürelerine bakıldığında ise şiddetli AP grubundaki hastaların diğer gruba göre daha fazla hastanede kaldıkları gözlemlenmiştir. ( $p=0,001, p=0,047$ )

**TARTIŞMA:** Akut pankreatit tablosunda RDW net olarak prognozu ön görmede spesifik bir markır değilken, CRP/albumin kolay uygulanabilen, ucuz ve güvenilir bir markırdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut pankreatit, eritrosit dağılım hacmi, CRP/albumin, prognoz

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0515 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### İntraabdominal Benign Kistik Mezotelyoma

Mürşit Dincer, Yusuf Emre Altundal, Alp Ömer Cantürk  
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

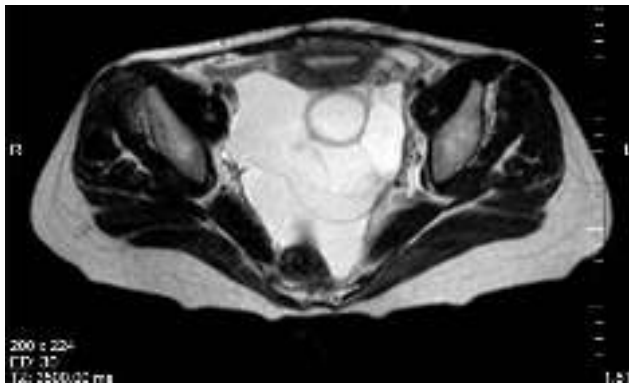
**AMAÇ:**  
Kistik mezotelyoma nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle pleural kaynaklı olmakla beraber peritoneal yüzeyden de gelişebilir. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık rastlanır. İntraabdominal yerleşimli lezyonlar karında şişlik, ağrı şikayetleriyle semptom verirler. Görüntüleme yöntemleriyle tanısı güçtür. Tedavisi cerrahidir. Bu yazıda karın ağrısı şişkinlik nedeniyle başvuran görüntüleme yöntemlerinde karın içinde kistik lezyon saptanan ve nihai patolojisi benign kistik mezotelyoma olarak gelen olgu sunuldu.

**OLGU:**  
Otuz yaşında bayan hasta karın ağrısı şişkinlik şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 3 defa karın içi kistik kitle nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Histopatolojik olarak benign kistik kitle tanısı olan hastada yapılan pelvik MR sonucunda pelvik bölgede sağ kadranda douglası dolduran sol adneksiyel lojada uzanım gösteren 12x11x16 cm boyutlarında lobüle yapıda, ince septalar içeren, intravenöz kontrast madde verilmesi sonrasında septalarında kontrast tutulumu bulunan kistik kitle saptandı (Resim 1). Nüks mezotelyoma nedeniyle operasyon kararı alındı. Yapılan eksplorasyonda pelvisi tama yakın dolduran muhtemelen jinekolojik kaynaklı olduğu düşünülen sigmoid kolonla ara planları net seçilemeyen büyüğü yaklaşık 15 cm çapında çok sayıda kistik lezyon saptandı (Resim 2). Kistler etraf organlardan ayrıştırıldı. Kist içeriğinden histopatolojik inceleme için örnek alındı. Perikist tabakaları eksize edildi. Tüm kistik yapılar intraabdominal alandan uzaklaştırılarak operasyon sonlandırıldı. Ameliyat sonrası takiplerinde sorun olmayan hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu benign kistik mezotelyoma olarak geldi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:**  
Peritoneal kaynaklı benign kistik mezotelyoma nadir olarak görülür. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Karında şişlik, ele gelen kitle ve ağrı şeklinde semptom verebilir. Tanısı histopatolojik olarak koyulur. Tedavisi cerrahidir. Nüks olgularda hormonoterapi gibi cerrahi dışı tedaviler uygulanabilmektedir. Fakat etkinlikleri sınırlıdır. Bu olguda semptomların sıklığı ve şiddeti nedeniyle relaparotomi kararı verilmiştir. Sonuç olarak karında kistik kitle saptanan olgularda ayırıcı tanıda benign kistik mezotelyoma da akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** abdomen,kist, mezotelyoma

Resim 1



MR'de pelvisi dolduran kistik lezyonlar

Resim 2



Eksplorasyon Bulguları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0516 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Agresif Anjiyomiksoma: Nadir Bir Perineal Kitle

Mehmet Sait Özsoy<sup>1</sup>, Nuray Çolapkulu<sup>1</sup>, Aman Gapbarov<sup>1</sup>, Özgür Ekinci<sup>1</sup>, Nesrin Gündüz<sup>2</sup>, Ayşe Nur Toksöz<sup>3</sup>, Orhan Alimoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

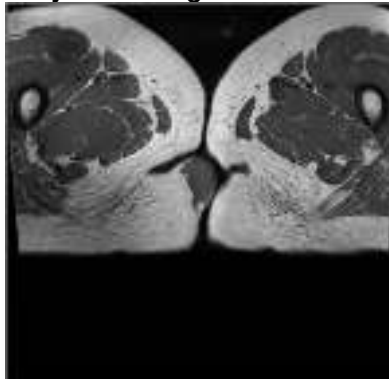
**AMAÇ:** Agresif anjiyomiksoma genellikle üreme çağındaki kadınlarda görülen nadir ve iyi huylu mezenkimal bir tümördür. İyi huylu olmasına rağmen invazyon kapasitesi ve nüks etme eğiliminden dolayı agresif olarak kabul edilir. Görüntülemelerde perineal apse, vaginal kist, bartolin kisti gibi kitlelerle karışabilir.. Bu çalışmada perineal kitleyle başvuran ve nadir bir histopatolojisi bulunan olguyu sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Otuz altı yaşında kadın hasta sağ kalçada iki yıldır devam eden şişlik ve ağrı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Bir yıl önce sezeryanla doğum yapan hasta şikayetinin gebelikte başladığını ifade etti. Fizik muayenede hasta litotomi pozisyonunda iken saat dokuz yönünde sağ gluteal alanda anüse 8 cm mesafede yumuşak, fluktasyon veren, düzgün sınırlı ve deriden hafif bir kabarıklık oluşturan kitlesel lezyon palpe edildi. Laboratuvar değerleri normal olarak saptandı. Ultrasonografide 73 x 48 x 68 mm boyutlarında yoğun içerikli içerisinde havaya ait olduğu düşünülen noktasal tarzda ekojeniteler içeren koleksiyon apse ile uyumlu olarak değerlendirildi. Magnetik Rezonans Görüntüleme’de sağda vajen distal kesimi komşuluğundan başlayarak posteroinferora ve intergluteal yarığın sağ komşuluğuna uzanım gösteren T1A’da izointens, T2A’da hiperintens lezyon izlendi. Lezyon boyutları aksiyel planda 35x25 mm olup coronal uzunluğu 62 mm ölçüldü. Lezyonda difüzyon ağırlıklı görüntülerde kısıtlanma saptanmadı. Ayırıcı tanı olarak A-V malformasyon ve anjiyomiksoma düşünüldü. Tetkikler sonucu lezyon eksize edildi. Mikroskopik incelemede tümör hücrelerinden fakir, soluk sitoplazmalı, miksoid stroma hakimiyetinde yıldız şeklinde fibroblastlardan oluşan ve en tipik özelliği olan arada küçük-orta boy kalın duvarlı damarlar görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede, desmin, CD (cluster of differentiation) 31, CD34, ER (östrojen reseptör) ve PR (progesteron reseptör) pozitifliği saptandı. SMA (smooth muscle actin) fokal olarak pozitif, S-100 ise negatif bulundu ve Ki67 ile boyanma %1’den az olarak değerlendirildi. Bu bilgilerle agresif anjiyomiksoma tanısı konuldu. Birkaç odakta lezyonun cerrahi sınıra bitişik olması üzerine reeksizyon yapıldı. Ek tedavi almayan hasta postoperatif üçüncü ayında olup nüks lehine bulgusu yoktur.

**SONUÇ:** Agresif anjiyomiksomanın invazyon ve rekürens potansiyeli yüksek olup primer tedavi cerrahi sınır negatif olacak şekilde cerrahidir.

**Anahtar Kelimeler:** agresif, anjiyomiksoma, perineal

#### Lezyonun MR görüntüsü



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

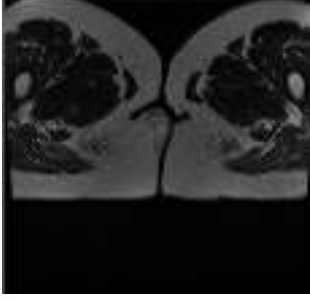
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

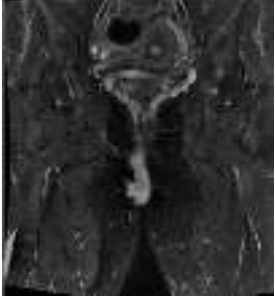


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Lezyonun MR görüntüsü



Lezyonun MR görüntüsü



Lezyonun MR görüntüsü



Lezyonun eksizyon piyesi



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0517 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Pilonidal sinüs hastalarında V-Y flep uygulaması ile Limberg flep uygulamasının karşılaştırılması

Ramazan Sarı<sup>1</sup>, Soner Akbaba<sup>2</sup>, Mustafa Ömer Yazıcıoğlu<sup>2</sup>, Rıza Haldun Gündoğdu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Malazgirt Devlet Hastanesi, Muş

<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**AMAÇ:** Pilonidal sinüs hastalığının cerrahi tedavisinde tanımlanmış pek çok yöntem olmasına rağmen nüks oranları halen yüksek seyretmekte ve ideal tedavi arayışı devam etmektedir. Biz bu çalışmada, V-Y flep ve Limberg flep teknikleri uygulanan 100 olguyu prospektif olarak takip edip, sonuçları literatür ışığında gözden geçirdik. Amacımız günümüzde popülaritesini koruyan bu iki yöntemi hasta memnuniyeti, komplikasyonları, yatış süreleri, iyileşme seyri, işe dönüş süreleri ve nüks oranlarını açısından karşılaştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya Şubat 2012-Şubat 2016 tarihleri arasında pilonidal sinüs tanısıyla Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde opere edilen toplam 100 hasta dahil edildi. Randomize olarak iki eşit gruba ayrılan 50 hastaya V-Y flep, 50 hastaya ise Limberg flep uygulandı. Olgular gelişen komplikasyonlar, iyileşme süreleri, iş gücü kayıpları, hasta memnuniyetleri ve 2 yıllık süredeki nüks oranları açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Her iki grubun demografik özellikleri, yakınmaları ve klinik bulguları benzerdi. Postoperatif yara enfeksiyonu oranları yakın olmakla birlikte (%26, %28;  $p>0,005$ ) yara ayrışma oranları Limberg grubunda daha fazla görüldü (%26, %36;  $p<0,005$ ). Yara iyileşme süreci, iş gücü kayıpları Limberg flep grubunda daha uzun olmakla birlikte sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı değildi ( $p>0,005$ ). Hasta memnuniyetleri ve takip edilen 2 yıllık dönemdeki nüksler açısından gruplar arasında fark yoktu ( $p<0,005$ ).

**TARTIŞMA:** Genellikle sakrokoksigeal bölgede görülen pilonidal sinüs hastalığı çoğunlukla genç çalışan nüfusu etkilemekte, tekrarlarla seyretmekte ve önemli bir morbidite sebebi olarak güncelliğini korumaktadır. Pilonidal sinüs hastalığının cerrahi tedavisinde amaç hastanın en az maliyetle ve en kısa sürede işine geri dönmesini sağlamaktır. Bunun için yapılacak işlemin komplikasyon oranının az, hastanede kalış süresinin kısa ve nüksün düşük olması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda hastanede kalış süreleri her iki grupta da ortalama 2 gün, en sık görülen komplikasyonlar yara yeri enfeksiyonu ve sütür ayrışması olup hiçbir hastada flep nekrozu gelişmemiştir. Çalışmamızda V-Y flep uygulanan hastaların işe dönüşlerinin de Limberg grubuyla benzer olduğu ve literatürdeki çalışmalardan daha kısa olduğu fark edildi. V-Y grubundaki nüks oranının da (%4) benzer çalışmalara göre az olması dikkat çekmekteydi.

**SONUÇ:** V-Y flep ve Limberg flep tekniklerinin uzun dönem sonuçları benzerdir. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmasa da; ameliyat süresi, yara ayrışması ve işgücü kaybının daha az olması yönüyle V-Y flep yöntemi daha üstün görünmektedir. Pilonidal sinüs cerrahisinde çok rağbet görmeyen V-Y flep tekniği bir alternatif olarak düşünülmelidir. Bulgular daha fazla olgu ve daha uzun takip süreleri ile daha anlamlı sonuçlar elde edilebileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Pilonidal, sinüs, V-Y, Limberg

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Hastaların Demografik Özellikleri

|                                | V-Y GRUBU<br>(n:50)         | LİMBERG GRUBU<br>(n:50)     | P    |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------|
| Yaş Ortalaması                 | 26,1 (min: 15-maks: 45)     | 27,66 (min: 15-maks: 46)    | .327 |
| Cinsiyet (E/K)                 | 43/7                        | 50/0                        | .860 |
| BMI (kg/m2)                    | 24,93 (min:20,21 max:32,41) | 25,95 (min:22,49 max:34,61) | .189 |
| Ek hastalık                    | 0/50                        | 1/49                        | .317 |
| Eski Operasyon                 | 11/50                       | 5/45                        | .103 |
| Şikayet Süresi<br>(Ay)         | 18,34<br>(min:1-maks: 96)   | 17,27<br>(min:0,5-maks:120) | .418 |
| Sinüs Ağzı Sayısı              | 3<br>(min: 2-maks: 5)       | 3<br>(min: 2-maks: 6)       | 1.00 |
| Anestezi Şekli<br>Spinal/Genel | 49/1                        | 42/8                        | .875 |
| Dren kullanımı                 | 50/50                       | 50/50                       | 1.00 |

### FLEPLER



V-Y İletme Flebi

Limberg Flebi

### Hastaların Postoperatif Süreçteki Bulguları

|                       | V-Y GRUBU              | LİMBERG GRUBU           |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Yara Yeri Enfeksiyonu | 13(50)                 | 14(50)                  |
| Yara Ayrışması        | 13(50)                 | 18(50)                  |
| Sütür Alınma Günü     | 17,8(min:12 max:30gün) | 18,7(min:12 max:30gün)  |
| Duyu Kaybı            | 5(az:3 çok:2)          | 7(az:4 çok:3)           |
| İşe Dönüş Zamanı      | 27.86(min:7 max:62gün) | 27.38(min:15 max:60gün) |
| Hasta Memnuniyeti     | 4.28(5)                | 4.14(5)                 |
| Hastalık Nüksü        | 2(50)                  | 3(50)                   |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0518 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Dalakta Folliküler Dendritik Hücreli Sarkom: Olgu Sunumu

Mehmet Sait Özsoy, Nuray Çolapkulu, Aman Gapbarov, Özgür Ekinci, Salih Tosun, Orhan Alimoğlu  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

#### AMAÇ

Folliküler dendritik hücreler, B lenfositler aracılı humoral immunitede antijen sunucu olarak görev yaparlar. Folliküler dendritik hücreli sarkomlar servikal lenf nodlarında görülmesine rağmen nadir olarak ektranodal yerleşim gösterebilir. Bu çalışmada dalakta folliküler dendritik hücreli sarkom tanılı olguyu sunmayı amaçladık.

#### OLGU

Elli sekiz yaşında kronik hastalık öyküsü olmayan erkek hasta bir aydır devam eden karın ağrısı ve ishal şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde Traube alanı kapalı olarak değerlendirildi ve splenomegali saptandı. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre  $17.3 \times 10^3/L$ , C-Reaktif Protein 8.28 mg/L, tümör marker'larından CA 15.3 30.1 U/mL, ve CA 125 45 U/mL olarak saptandı. Diğer laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Bilgisayarlı tomografide dalak uzun aksı 168 mm ile belirgin artmıştı. Dalak hilusundan alt pole doğru uzanım gösteren  $12 \times 10 \times 14$  cm boyutlarında heterojen kontrastlanan bilobe solid lezyon mevcuttu ve kitle inferomedialde sol böbreğe bası yapmaktaydı. Kolonoskopi ve gastroskopi tetkiklerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Tüm tetkiklerin sonucunda primer dalak tümörü nedeniyle eksplorasyon yapıldı. Kitlenin çevre dokulara invaze olmadığı ve dalak kapsülü ile birlikte düzgün sınırlı olduğu izlendi. Kitle dahil edilerek hastaya splenektomi yapıldı. Batın içerisindeki diğer organlarda ek patoloji saptanmadı. Histopatolojik inceleme sonucu folliküler dendritik hücreli sarkom tanısı konuldu. Makroskopik incelemede dalak kapsülü salim ve cerrahi sınırlar negatif olarak değerlendirildi. Kitlede belirgin sitolojik atipi ve yaygın koagülatif nekroz saptandı. İmmünohistokimyasal inceleme sonucu CD (cluster of differentiation) 3, CD 20, CD 117, CD 138 negatif olarak değerlendirilirken; CD 23 ve CD 21 pozitif olarak saptandı. Ki-67 ile en sıcak alanda %60 oranında boyanma izlendi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

#### SONUÇ

Dalak kökenli sarkomlarda cerrahi, tercih edilecek tedavi yöntemlerinin başında gelir.

**Anahtar Kelimeler:** dalak, folliküler, dendritik, sarkom

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Lezyonun BT görüntüsü



Lezyonun BT görüntüsü



Lezyonun BT görüntüsü



Splenektomi piyesi



Splenektomi piyesi



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0519 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Akut Apandisitli Hastalarda Dren Kullanımının Batın İçi Apse, Koleksiyon Ve Dren Tıkanması Üzerine Etkileri

Mitat Erdal, Ertan Emek, Zeki Yılmaz, Osman Bandırmalı  
T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri

**Giris ve AMAÇ:** Akut karın nedeniyle başvuran hastalarda, en sık tespit edilen patoloji olarak karşımıza çıkan akut apandisitte, tedavi olarak cerrahi en kısa sürede uygulanmalıdır. Yapılan cerrahi sonrasında dren kullanımı postoperatif komplikasyonda azalmaya neden olmaktadır. Bu çalışmamızda silikon dren ile lastik dren kullanımının postoperatif komplikasyona etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Hastalar ve YÖNTEM:** T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi'ne Etik kurul onayı ile Kasım 2015 ile Temmuz 2016 tarihleri arasında 41 lokalize peritonitli apandisit hastasında silikon ve lastik dren kullanıldı. Hastalar postoperatif 3. gün ve dren çekildikten 48 saat sonra ultrasonografi (USG) ile değerlendirildi. Hastalarda serbest sıvı, lokülasyon ve apse oluşumu kontrol edildi. Dren çekildikten sonra drende tıkanma olup olmadığı kontrol edildi. Veriler SPSS 21 ile analiz edilip Ki-kare testiyle veriler değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların cinsiyet dağılımı %66 erkek %34 kadın olarak tespit edildi. Yapılan USG kontrollerinde serbest sıvı ve apse oluşumunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Drenler kısmi ya da tam tıkanma yönünden değerlendirildiğinde; silikon drende daha az tıkanma görüldü. (p: 0.018) Klinik olarak da bu grupta yapılan sıralı USG görüntülemelerinde lokülasyon oranları diğer gruba göre daha düşük görüldü. (1. USG'de p: 0.003, 2.USG'de p: 0.048 ) Apse oranları karşılaştırıldığında drenler arasında istatistiksel bir fark olmasa da (1.USG'de p: 0.107, 2.USG'de p: 0.232) lastik dren kullanılan grupta apse oranı silikon drene göre %33 daha fazlaydı.

**SONUÇ:** Batın cerrahilerinde güncel yaklaşım olarak drenler terkedilmeye başlansa da, düşük migrayson dolayısı ile tıkanma oranı ve düşük lokülasyon neden ile silikon dren tercih edilmesi, postoperatif komplikasyonlarda azalmaya neden olur.

**Anahtar Kelimeler:** Dren, Silikon, Kauçuk, Lastik, Postoperatif Apse, Postoperatif Lokülasyon

#### USG Verilerinin Analizi

| Fisher Ki-kare testi | P değeri |
|----------------------|----------|
| USG 1 SERBEST SIVI   | 0.184    |
| USG 2 SERBEST SIVI   | 0.488    |
| USG 1 LOKÜLASYON     | 0,003    |
| USG 2 LOKÜLASYON     | 0,048    |
| USG 1 APSE           | 0,107    |
| USG 2 APSE           | 0,232    |

#### Drenlerde Obstruksiyon

| Fisher Ki-kare testi            | P değeri |
|---------------------------------|----------|
| Parsiyel ya da Tam Obstruksiyon | 0.020    |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0520 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Appendiceal Endometriozis

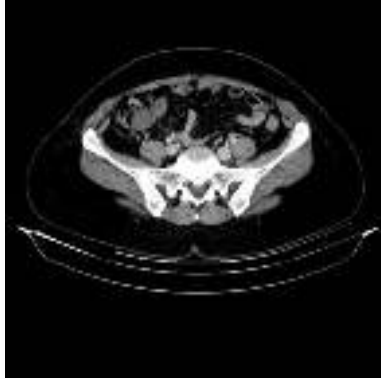
Bartu Badak, Muhammed Kandemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Apendektomi tüm dünyada en sık uygulanan abdominal cerrahi prosedürdür. Histopatolojik inceleme yapılan apendektomi örnekleri, akut apandisit oluşturan çeşitli patolojileri (akut inflamasyon, fibrozis, tüberküloz, enterobius...) gösterir. Öte yandan endometriozis uterin boşluğunun dışında işlev gösteren endometriyal doku varlığı olarak tanımlanır. Üreme yaşında kadınların yaklaşık % 5-50'sini etkiler ve bu hastaların % 50'sinde karın ağrısı ve infertiliteye neden olabilir. Endometriozis en sık jinekolojik organlarda, pelvik peritonda görülür. Fakat akut apandisit naden olan apendiksin endometriyozu çok nadir bir durumdur. Bu çalışmada bu nadir nedenin karın ağrısı ile servisimize başvuru yapan 42 yaşındaki bayan hastada ortaya konması ve literatüre katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** endometriozis, apandisit, cerrahi

#### Resim 1



APCT görüntüleme

#### Resim 2



APCT görüntüleme

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



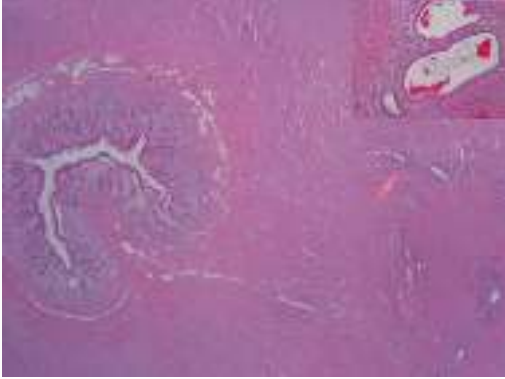
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 3**



Eksize edilen materyal

**Resim 4**



Histopatolojik inceleme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0521 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Sleeve Gastrektomi sonrası masif alt gastrointestinal kanama: Rektumda dielafoy lezyon

Savaş Yakan, Ahmet Mücteba Öztürk, Erkan Oymacı, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Dieulafoy lezyonu seyrek görülen, tanı konulması zor, akut abondan ya da tekrarlayan gastrointestinal kanama nedeni olabilen submukozal damarsal genişleme ve yırtılmadır. Tüm gastrointestinal traktta bulunabilse de en sık midede (% 61–82) görülür. Bu çalışmamızda sleeve gastrektomi operasyonu sonrası abondan rektal kanamayla başvuran rektal dielafoy lezyon olgumuzu sunmak amaçlanmıştır.

**OLGU:** 43 yaşında bayan hasta acil servisimize makattan bol miktarda parlak kırmızı renkte kanama şikayetiyle başvurmuştu. TA: 70/50 mmHg Nabız:110/dk olarak saptandı. Olguya 28 gün önce kliniğimizde morbid obezite nedeniyle (VKİ 46) sleeve gastrektomi operasyonu uygulanmıştı. Yapılan muayenesinde ve rektal tuşede masif rektal kanama ve anal kanalda grade 2 hemoroidler saptandı. Laboratuvar incelemesinde Hb:6.5 gr/dl Htc: % 21.3 Platelet:172000 INR:Normal olarak saptandı.Hasta bu bulgularla kliniğimize interne edildi. 3 ünite ERT replasmanı sonrasında 12. saatte genel durumu stabil hale getirildikten sonra endoskopi ünitemizde kolonoskopi uygulandı. Kolonoskopide rektum 1/3 distalde hemorajiye yol açan bir adet dielafoy lezyon saptandı. Lezyona skleroterapi uygulandı hemostaz sağlanamaması üzerine kanayan lezyona 3 adet hemoklips uygulanarak hemostaz sağlandı. Takipte 48. saatte Hb:11 gr/dl Htc: % 33.8 Platelet:155000 INR:Normal olarak saptanması ve kanamasının olmamasına istinaden poliklinik takibi önerilerek olgu eksterne edildi.

**SONUÇ:** Sleeve gastrektomi sonrası alt gis kanaması nadir görülmekte olup tanı sorunlarına yol açabilmektedir. Bu olgularda üst ve alt gis endoskopisi tanı amacıyla yapılmalı nadirde olsa dielafoy lezyon akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dielafoy, Gastrektomi,Sleeve

#### kolonoskopik görüntüsü



lezyonun kolonoskopi görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0522 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Sağ Bacak Dorsal Yüzde Ayak Bileğine Kadar İlerleyen, Perianal Fistüle Sekonder Gelişen Nekrotizan Fasiit Olgusu

Savaş Yakan, Ozan Barış Namdaroğlu, Burak Dede, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Nekrotizan fasiit fasya ve cilt altı dokunun nekrozu ile kendini gösteren, nadir görülen, ilerleyici ve ölümcül seyredabilen bakteriyel bir enfeksiyondur. Dokularda hızla yayılan nekroz sıklıkla sistemik sepsise ve multiorgan yetmezliğine neden olabilir. Bu çalışmamızda perianal fistüle sekonder gelişen sağ bacak dorsal yüzde ayak bileğine kadar ilerleyen nekrotizan fasiit olgusu sunulmuştur.

**OLGU:** 70 yaşında erkek hasta acil servise sağ bacakta ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurmuş. Yaklaşık 4-5 gündür şikayetleri mevcut olan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ gluteal bölgeden başlayıp sağ ayak bileğine kadar yayılan eritem, ısı artışı ve şişlik saptandı (Resim 1). Özgeçmişinde DM ve HT'a ek olarak 30 ve 15 yıl önce perianal fistül nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Yapılan alt ekstremitte doppler USG'de damarsal patoloji saptanmadı. Çekilen BT'de sağ perianal yaklaşık 31x30 mm boyutlarda içerisinde hava değeri bulunan apse ile uyumlu değerlendirilen görünüm izlenmekte olup sağ gluteal kas planları içerisinde ve uylukta posterior hamstring kasları boyunca devam eden yaygın hava değerleri mevcut olup bulgular perianal apse ile birlikte nekrotizan fasiit açısından anlamlı değerlendirilmiştir şeklinde idi. Bu bulgularla hasta perianal fistüle sekonder gelişen perianal abse ve nekrotizan fasiit tanısıyla operasyona alındı. Debridman ve drenaj uygulanan (Resim 2) hasta operasyon sonrası 20. gün poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

**SONUÇ:** Erken tanı ve geniş cerrahi debridman nekrotizan fasiit'de hızla ilerleyen enfeksiyöz süreci durdurmada en etkili tedavi yöntemidir. Bu tedavi, sistemik klinik bulguları olan olgularda yoğun antibiyoterapi ve diğer önlemler ile birleştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Fasiit, fistül, perianal

#### post operatif görüntüsü



#### post operatif görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0523 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik Intraperitoneal Kemoterapi deneyimimiz ve erken dönem sonuçlarımız

Nurhan Haluk Belen, Veysel Karahan, Cüneyt Kırkıl, Erhan Aygen  
Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Elazığ

#### GİRİŞ

Tümör hacmini azaltmak, sistemik kemoterapötik tedaviye yanıtı artırır. Teorik olarak sitoredüktif cerrahi (SRC) makroskopik hastalığı, hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HİPEK) de mikroskopik hastalığı tedavi etmek için tek bir seansta kombine olarak kullanılan yöntemlerdir.

Yeni ve etkili kemoterapötik ilaçların geliştirilmesi, artan cerrahi tecrübe, efektif destek tedavileri sayesinde farklı organlardan köken alan peritoneal karsinomatozis (PK) vakaları SRC ve HİPEK' in kombine şekilde kullanılmasıyla tedavi edilmektedir. Bu çalışmada, ileri evre intraabdominal kansere sahip hastalara uygulanan bu teknik ile ilgili kısa dönem tecrübelerimizin paylaşılması amaçlanmıştır.

#### MATERYAL ve METOT

Haziran 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında 13 PK hastasında gerçekleştirilen SRC ve HİPEK uygulamasının sonuçları paylaşılmıştır. HİPEK tüm hastalarda kapalı yöntemle uygulanmıştır. Batın sağ üst-alt, sol üst-alt kadrantlardan 1'er adet 26 Fr. silikon toraks tüpü, intraabdominal kaviteye yerleştirilmiş ve kemoterapötikler 42.5 C° sıcaklıkta medikal onkolog tarafınca uygun görülen süre boyunca uygulanmıştır.

#### BULGULAR

13 hastanın 12'si kadın (%92.3), biri erkekti (%17.7). Hastaların ortalama yaşı 53.07 idi. Hastaların perioperatif ortalama peritoneal karsinomatozis indeks skoru 20.23 olarak hesaplandı. Nüks over karsinomu olan iki hastada CC (completeness of cytoreduction) skoru 0, üç hastada 2 idi. Periton kaynaklı karsinom hastalarının ikisine CC 0, ikisine CC 1 rezeksiyon yapıldı. Kolon kaynaklı tümörlü üç hastada da CC skoru 1 idi. Krukenberg tümörü olan hastanın CC skoru ikiydi. Krukenberg tümörü olan hasta dışındaki tüm hastalar tedaviye tam yanıt verdi. Morbidite olarak iki hastada yara yeri problemi (%15), bir hastada mide ve kolon perforasyonu gelişti. (%7.7)

Ortalama sağ kalım süreleri, nüks over seröz karsinomunda 510 gün, peritoneal kaynaklı karsinomda 415 gün, kolon adenokarsinomunda 283 gün ve mide karsinomunda 153 gün idi. Over kaynaklı nüks seröz adenokarsinom nedeni ile opere edilen hastaların biri postoperatif 50. günde adjuvan tedavi sitotoksitesisi, bir hasta da postoperatif 630. günde nüks sebebi ile kaybedildi. Krukenberg tümörü olan hasta ise postoperatif 153. gün palyatif bakım esnasında kaybedildi.

#### TARTIŞMA

Erken dönem sonuçlarımızda over, periton, kolorektal kaynaklı PK vakalarının tedavisinde agresif cerrahi ile yapılan maksimum sitoredüksiyonun, uygun ilaçların, uygun süre ve şartlarda HİPEK şeklinde uygulanması sayesinde, kabul edilebilir morbidite oranlarıyla, tam yanıt alınabileceğini ve bu hastaların sağkalım sürelerinin iyileştirilebileceğini gözlemledik.

Bu tekniğin geliştirilebilmesi için geniş, randomize, kontrollü ve uzun süreli takip sonuçlarını içeren çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bunun da meslektaşlarımızın bu yaklaşım hakkındaki farkındalıklarının sağlanması ve bu hastaların deneyimli merkezlere yönlendirmeleri sayesinde olabileceği inancındayız.

**Anahtar Kelimeler:** sitoredüktif cerrahi, hipertermik intraperitoneal kemoterapi, karsinomatozis peritonei

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzu Kongre Merkezi ANTALYA

### Demografik özellikler ve perioperatif bulgular

|         | Sayı | Cinsiyet           | Ortalama Yaş | pT               | pN              | K.c Met | PCI                        | Başvuru Kliniği                      | CC Skoru                                                                               |
|---------|------|--------------------|--------------|------------------|-----------------|---------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Over    | 5    | 5 Kadın            | 53.2         | 1 pT1c<br>4 pT3c | 1 pN0<br>4 pN1  | 0       | 16<br>19<br>22<br>26<br>26 | 3 Pelvik kitle<br>1 İleus<br>1 Assit | Cc2(nüks vaka)<br>Cc2(nüks vaka)<br>Cc3(nüks vaka)<br>Cc0(nüks vaka)<br>Cc0(nüks vaka) |
| Periton | 4    | 4 Kadın            | 60.25        | ---              | ---             | 0       | 20<br>20<br>28<br>29       | 4 Assit                              | Cc0<br>Cc1<br>Cc1<br>Cc0                                                               |
| Kolon   | 3    | 2 Kadın<br>1 Erkek | 47.6         | 2 pT4a<br>1 pT4b | 1 pN1b<br>2 pN2 | 1       | 17<br>21                   | 1 Obstrüksiyon<br>2 Pelvik Kitle     | Cc1(nüks vaka)<br>Cc1<br>Cc1(nüks vaka)                                                |
| Mide    | 1    | 1 Kadın            | 40           | 1 pT4a           | 1 pN2           | 0       | 14                         | 1 Pelvik Kitle                       | Cc2(nüks vaka)                                                                         |

Kısaltmalar: K.c-Karaciğer, Met-Metastaz, PCI-Peritoneal Cancer Index, CC:Completness of cytoreduction Not: Kolon karsinomu sebebi ile bildiriye dahil ettiğimiz 2 kolon karsinomu vakasının 3.ameliyatlarında hipek uygulanmış olup, evreler ilk ameliyatlarının patoloji sonuçlarını, PCI skorları ise sitoredüksiyon esnasındaki skorlamayı belirtmiştir. Aynı şekilde mide taşlı yüzük hücreli karsinom hastasına da ilk ameliyatta total gastrektomi işlemi ve D2 lenf nodu disseksiyonu operasyonu yapılmış olup, 2.operasyon Krukenberg tümörü ve peritoneal metastazlar için uygulanmıştır ve TNM evresi ilk ameliyata, PCI skoru 2.ameliyata aittir.

### Primer tümörlerin yerleşim yerleri ve histolojik özellikleri

| Primer Yerleşim Yeri | Histolojik Tip                                                                            |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Over                 | 5 hastada Seröz Adenokarsinom ( 3 tanesi papiller subtip)                                 |
| Periton              | 2 hastada Mezotelyoma (1 tanesi epiteloid subtip)<br>2 hastada Primer Peritoneal Karsinom |
| Kolon                | 2 hastada Müsinöz Adenokarsinom<br>1 hastada Az Differansiye Adenokarsinom                |
| Mide                 | 1 adet Taşlı Yüzük Hücreli Karsinom                                                       |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### Hipek prosedürleri,adjuvan tedaviler ve hasta takipleri

|                                     | Hipek Prosedürü                                                                                                                                                                                                                                                | Sistemik Adjuvan Tedavi                                                                                                                                                                  | Takip                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Over seröz adenokarsinom            | 4 hastada Cisplatin+Paklitaksel<br>42,5 C°de 60 dk. (I.P)<br><br>1 hastada<br>Cisplatin+Ebetaksel<br>42.5 C°de 60 dk. (I.P)                                                                                                                                    | 1 hastada 6 kür<br>Karboplatin+Lipozomal Doksorubisin<br>(I.V).(nüks vaka)<br><br>2 hastada 6 kür<br>Karboplatin+Paklitaksel (I.V)<br><br>2 hastada 6 kür<br>Cisplatin+Paklitaksel (I.V) | -2 hasta kaybedilmiş.<br>Ort.Survi:390 gün<br>(1 hasta post operatif 50.gün adjuvan tedavi morbiditesi nedeni ile kaybedilmiş.<br>Diğer hasta 630 günlük surviye sahip.)<br><br>-3 hasta hastalıksız olarak yaşamlarına devam ediyor<br>Ort.Survi:An itibarı ile 623 gün. |
| Peritoneal Mezotelyoma              | 1 hastada<br>Cisplatin<br>42.5 C°de 60 dk. (I.P)<br><br>1hastada<br>Oksaliplatin<br>42.5 C°de 60 dk. (I.P)<br>perioperatif<br>5-FU+Kalsiyum Folinat (I.V)<br>(bidirectional)                                                                                   | 1 hastada 6 kür<br>Cisplatin+Gemsitabin (I.V)<br><br>1 hastada<br>Oksaliplatin+Gemsitabin (I.V)                                                                                          | -Tam yanıt.850.gün hastalıksız yaşamına devam ediyor.<br><br>-Tam yanıt.<br>143.gün hastalıksız yaşamına devam ediyor.<br>Adjuvan tedavisini alıyor.                                                                                                                      |
| Primer Peritoneal Karsinom          | 2 hastada<br>Cisplatin+Paklitaksel<br>42.5 C°de 60 dk. (I.P)                                                                                                                                                                                                   | 2 hastada 6 kür<br>Cisplatin+Paklitaksel (I.V)                                                                                                                                           | -1 hasta tam yanıt<br>248.günde hastalıksız yaşamına devam ediyor<br>-1 hasta tam yanıt<br>420.günde hastalıksız yaşamına devam ediyor.                                                                                                                                   |
| Kolon Müsinöz Adenokarsinom         | 1 hastada (nüks-3.operasyon)<br>Oksaliplatin<br>42.5 C°de 30 dk. (I.P)<br>perioperatif<br>5-FU+Lökovorin (I.V)<br>(bidirectional)<br><br>1 hastada<br>Oksaliplatin<br>42.5 C°de 60 dk. (I.P)<br>Perioperatif<br>5-FU+Kalsiyum Folinat (I.V)<br>(bidirectional) | 1 hastada 6 kür<br>5-FU+Lökovorin+Kalsiyum Folinat<br>(I.V)<br><br>1 hastada 6 kür<br>5-FU+Kalsiyum Folinat (I.V)                                                                        | -346.günde akciğer metastazı nedeni ile yeni adjuvan tedavi başlandı.<br>Karın içi nüks yok.<br><br>-Tam yanıt<br>132.günde adjuvan tedavi devam ediyor.                                                                                                                  |
| Kolon Az Differansiye Adenokarsinom | 1 hastada(nüks-2.operasyon)<br>Oksaliplatin<br>42.5 C°de 60 dk. (I.P)<br>perioperatif<br>5 FU+Lökovorin (I.V)<br>(bidirectional)                                                                                                                               | 1 hastada 6 kür<br>Oksaliplatin+5-FU+Kalsiyum Folinat<br>(I.V)                                                                                                                           | -Tam yanıt<br>372.günde hastalıksız yaşamına devam ediyor.                                                                                                                                                                                                                |
| Mide Taşlı Yüzük Hücreli Karsinom   | 1 hastada(nüks)(2.operasyon)<br>Cisplatin+Paklitaksel<br>42.5C°de 90 dk. (I.P)                                                                                                                                                                                 | 1 hastada<br>Cisplatin+5-FU (I.V)                                                                                                                                                        | Survi:153 gün                                                                                                                                                                                                                                                             |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0524 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Dalakta multipl fokal nekroz nedeni: Bruselloz

Kevser Uzunoğlu<sup>1</sup>, Marlen Süleyman<sup>1</sup>, Yusuf Murat Bağ<sup>1</sup>, Aziz Mutlu Barlas<sup>1</sup>, Muzaffer Çaydere<sup>2</sup>, Serap Erel<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

**Giriş:** Bruselloz yaygın görülen zoonotik bir enfeksiyon olup dünya çapında yılda 500.000'e yakın vaka bildirilmektedir. Tüm dünyada görülmele birlikte; Ortadoğu, Akdeniz ve Arabistan yarımadası ülkelerinde daha yaygındır. Hayvancılıkla uğraşan ve pastörize olmayan süt ürünleri kullanan bireylerde daha sık görülür.

Bruselloz sistemik enfeksiyon olarak herhangi bir organı tutabilir, asemptomatik olabileceği gibi mortal de seyredebilir. İnsanda patojenik suşlar olarak B. melitensis, B. abortus, B. suis, B. canis ve B. ceti bilinmektedir.

Görüntüleme yöntemi ile tanı konulabilen dalak nekrozu ve apsesinde bruselloz oldukça nadir bir etyolojik nedendir. Bizim Olguda görüntüleme sonucu dalakta bruselloza bağlı dalakta nekroz saptanan hasta takdim edilmektedir.

**Olgu sunumu:** 81 yaşında kadın hasta; halsizlik, karın ağrısı, yüksek ateş şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen sistemik hastalığı yoktu, kırsal bölgede yaşadığı, ailesi hayvancılıkla uğraştığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde takipne, taşikardi ve sol üst kadranda daha belirgin olmak üzere tüm karında yaygın hassasiyet mevcuttu. Tam kan sayımında trombositopeni, lenfopeni, hafif monositoz saptandı. Biyokimyasal parametreleri normaldi.

Ultrasonografik incelemesinde; dalak uzun aksı 19 cm ölçüldü (splenomegali). Dalak üst polde 8 cm'lik nodüler alanda parankimal heterojenite kaydedilmişti.

BT'de: Dalak uzun aksı 19 cm'dir (splenomegali). Superior yarısında geniş yer tutan en geniş yerinde 11x8 cm boyutlarında, enfarkt? lehine değerlendirilen düzensiz kontürlü parankime göre hipodens lezyon mevcut. İntraperitoneal tüm reseslerde en derin yerinde pelviste 9 cm ölçülen serbest mayi dikkati çekmiştir (Resim 1).

Takiplerde karın ağrısı gerilemeyen ve ateşleri düşmeyen hastaya dalak enfarktüsü tanısıyla elektif splenektomi yapıldı. (Resim 2).

Postoperatif 1. günde lökosit sayısı  $45000 \times 10^9/\mu L$  e kadar yükseldi. Enfeksiyon hastalıkları kliniği tarafınca lökositoz nedeni araştırıldı, belirgin bir enfeksiyon odağı bulunamadı. Postoperatif 10. günde lökosit sayısı  $16 \times 10^9/\mu L$  ' e kadar geriledi. Bu dönemde günde 1-2 kez  $38^\circ C$  bulan ateşleri olmaya devam etti.

Patoloji sonucu: Akut enflamasyon ve multipl nekroz alanları görülen dalak dokusu olarak raporlandı. (Resim 3).

Brucella (Rose Bengal) Aglutinasyon Testi, Brucella (Coombs) Aglutinasyon testi, Brucella Tüp Aglutinasyonu testi pozitif olarak saptandı. Bruselloza yönelik Doksisisiklin 2x100 mg ve Rifampisin 1x600 mg tablet tedaviye eklendi.

Genel durumu düzelen hasta enfeksiyon kliniği kontrolü önerilerek taburcu edildi.

**Tartışma:** Bruselloz Türkiye'de endemik bir hastalıktır. Multisistemik hastalıktır, dalak apsesi, enfarktüsü ve nekrozu nadir bir komplikasyondur.

Dalak enfarktüsünün kliniği non-spesifiktir, sol hipokondrial ağrı, ateş, bulantı, kusma olarak klinik bulgu gösterir. Dalak enfarktüsünü gösteren en iyi tetkik bilgisayarlı tomografidir.

Akut dönemde dalakta apse odakları USG'de multipl hipoekoik nodül olarak görüntülenmektedir.

Splenik apsenin erken dönemlerinde Rifampisin, Doksisisiklin, Streptomisin, Siprofloksasin kombinasyonları ile konservatif tedavi yeterliyken, bizim vakada olduğu gibi büyük dalak apsesi, yaygın nekroz geliştiğinde splenektomi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bruselloz, Akut karın, Dalak nekrozu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 1



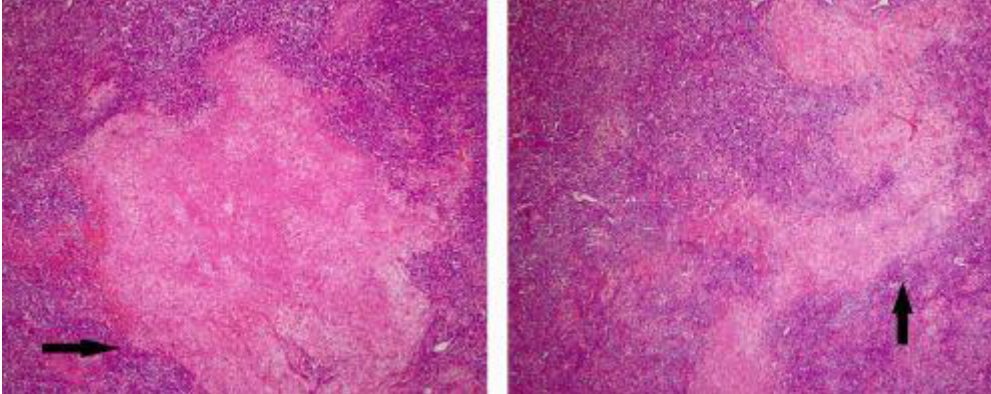
Abdominal tomografi görüntüleri; Dalak superior yarısında 11x8 cm boyutlarında, enfarkt düşünülen, düzensiz kontürlü parankime göre hipodens lezyon görünmektedir.

Resim 2.



Splenektomi materyali; okla dalak üst poldeki nekroz alanları gösterilmiştir

Resim 3



Mikroskopi: Okla işaretlenen alanlarda yaygın nekroz alanları görünmektedir ( X 100, Hematoksilen ve Eozin).

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0525 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Genel Cerrahi Kliniğimizin Venöz Port Deneyimi

Ekrem Ferlengez, Gamze Çıtlak, Fazilet Erözgen, Sercan Yüksel, Mahmut Said Değerli  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Onkolojik tedavi alan hastalarda kemoterapi, total parenteral nutrisyon ve sıvı tedavisi için kullanılan venöz kateterler uzun bir süreden beri kullanılmaktadır. Faydalarına rağmen pnömotoraks, perforasyon, enfeksiyon ve tromboz gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu açıdan amacımız deneyimlerimizi literatür ile karşılaştırmak ve paylaşmaktır.  
**GEREÇ YÖNTEM:** Ocak 2016-Ocak 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde kalıcı venöz katater takılan 75 hasta retrospektif olarak klinik ve demografik veriler eşliğinde değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 75 hastaya kemoterapi amaçlı port takıldı. Hastaların ortalama yaşı 58.2 yıl, %62 Si kadın %38'i ise erkekti. Komplikasyon olarak 3 hastada pnömotoraks gelişti 1 hasta büyük damar yaralanması nedeni ile ex oldu, 1 hastada malpozisyon, 1 hastada ise cilt nekrozu gelişti.

**SONUÇ:** Kemoterapi amaçlı takılan kalıcı venöz katater her ne kadar deneyimli ellerde güvenle kullanılabilen hasta için konforlu bir yöntemde olsa da nadiren beklemeyen sonuçlarla karşılaşılabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kemoterapi, venöz port, kemoterapi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0526 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Retrokaval ganglionörom: olgu sunumu

Fatih Dolu, Mehmet Esat Duymuş, Erkan Hazar, Anıl Koçman, Kürşat Karadayı  
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı Sivas

**GİRİŞ:** Ganglionöromlar sempatik sinir ganglion hücrelerinden köken alan yavaş seyirli benign ve nadir görülen tümörlerdir. Paravertebral sempatik ganglionlardan köken alan bu tümörler en sık mediasten, retroperiton ve adrenal glandlarda ve genellikle 10-20 li yaşlarda ortaya çıkar. Semptomatik seyreden olgularda karın ve/veya sırt ağrısı ya da bası semptomları ile kendini gösterir. Ancak olguların büyük çoğunluğu asemptomatiktir ve bu nedenle büyük boyutlara ulaşmaya kadar saptanamayabilirler. Klinik olarak hormon sekrete edebilmelerine rağmen retroperitoneal olanlar genellikle inaktiftir. **AMAÇ:** Burada karaciğer posteromedial hiler yerleşimli retroperitoneal ganglionöromlu bir hastayı sunmayı amaçladık. **VAKA:** Elli altı yaşında erkek hastanın alınan anamnezinden iki aydır sırt ve sağ üst kadranda ağrısı olduğu, yapılan abdominal ultrasonografide karaciğer kaudat lobda kitle tespit edildiği ve bu nedenle kliniğimize refere edildiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda minimal hassasiyet mevcuttu. Hastanın laboratuvar testleri ve tümör belirteçleri normal sınırlardaydı. Hastaya çekilen abdominal tomografide karaciğer hiler yerleşimli retrokaval alanda 6x3x6 cm boyutlarında vena kava inferioru komprese eden kalsifiye kitle dışında anormal bulgu tespit edilmedi. Hastaya total kitle eksizyonu yapıldı. Postoperatif 3. gün problemsiz taburcu edildi. Patoloji sonucu ganglionörom olarak raporlandı. Hasta halen birinci yılında sorunsuz takiptedir.

**SONUÇ:** Ganglionöromlar oldukça nadir görülen tümörlerdir. Diğer nöral kaynaklı tümörlerle (paraganglioma, schwannom), lenfadenopatiler, veya başka malignitelerle karışabilirler. Lokal büyüme özelliğindedirler. Hematojen veya lenfojen metastaz riski taşımazlar. Total eksizyon ideal tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** ganglionörom, paraganglioma, schwannom

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0527 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### 2007-2017 yılları arasında tek merkez splenektomi deneyimimiz

Özhan Albayrak<sup>1</sup>, Cihad Tatar<sup>1</sup>, Ali Emre Naycı<sup>1</sup>, Mehmet Baki Doğan<sup>1</sup>, Osman Yokuş<sup>2</sup>, Hilmi Doğu<sup>2</sup>, Oğuzkağan Batıkan<sup>1</sup>, Mehmet Yazıcı<sup>1</sup>, Feyzullah Ersöz<sup>1</sup>, Soykan Arıkan<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği

#### AMAÇ:

Dalak özellikle hematolojik ve immün sistemde önemli fonksiyonları olan bir organdır. Splenektomi de tanısal ve tedavi amaçlı bir çok hastalıkta uygulanan bir operasyon türüdür. Bu çalışmamızda travmatik ve iatrojenik olmayan splenektomi vakalarımızı sunmayı amaçladık.

#### METOD VE YÖNTEM:

2007-2017 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde splenektomi olmuş 135 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların demografik özellikleri, operasyon endikasyonları, hastanede yatış süreleri, post operatif patolojik tanıları ve çıkan komplikasyonlar değerlendirildi.

#### BULGULAR:

Hastaların ortalama yaşı 44.9 yıl, hastaların 95 (%70.3)'i kadın, 40 (%29.7)'i erkekti. 103 (%76.2) hasta açık yöntem ile ameliyat edilirken, 29 (%21.4) hastada laparoskopik splenektomi yapıldı. 3 hastada ise laparoskopik başlanılan ameliyat açık operasyon ile sonlandırıldı. ITP 68 (%50.3) kişi ile en sık operasyon nedeni iken diğer splenektomi endikasyonları arasında ikinci sırada hipersplenizm, üçüncü sırada hemolitik anemi gelmektedir. Hastaların ameliyat sonrası ortalama yatış süresi 6.09 gün olarak hesaplandı. Açık operasyonda bu süre 6.57 gün, laparoskopik operasyonlarda 4.86 gün olarak tespit edilmiştir. 25 (%18.5) hastada ameliyat sonrası dönemde komplikasyon ile karşılaşıldı. Bunlar arasında en sık akciğer komplikasyonu (n:7, %5.7) ve yara yeri enfeksiyonu (n:4, %2.9) görülürken, arteriyel trombozun (n:3, %2.2) beklenenden sık bir komplikasyon oranına sahip olduğu görülmüştür. Laparoskopik ameliyatlarda komplikasyon oranı %10,2 açık ameliyatlarda komplikasyon oranı %21.3 tespit edilmiştir. 60 yaş üzeri hastalarda komplikasyon görülme oranı %37.9 iken, 60 yaş ve altındaki hastalarda bu oran %17.2 olarak tespit edilmiştir ve anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p:0.0466).

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Splenektominin endikasyonları ve operasyon yöntemleri yıllar içerisinde değişim göstermektedir. Cerrahinin her alanında olduğu gibi splenektomide de daha non invaziv bir işlem olan laparoskopik yaklaşımın son yıllarda artmakta olduğu görülmüştür. Gerçekleşen komplikasyonlar incelendiğinde, en dikkati çeken hususun arteriyel oklüzyona meyilin artmış olması olarak görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Splenektomi, komplikasyon, tromboz, laparoskopik

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0528 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Sleeve gastrektomi ve insidental gastrointestinal stromal tümörler

Savaş Yakan, Ahmet Mücteba Öztürk, Burak Dede, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Bariatrik cerrahinin popüleritesi, toplumumuzda artan oranda obezite ile son yıllarda artmıştır. Minimal invaziv teknolojiye gelişme ve gerçekleştirilen artan sayıda laparoskopik bariatrik prosedür, ameliyat öncesi şüphelenilmeyen beklenmedik patolojilerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Laparoskopik bariatrik cerrahi sırasında insidental saptanan patoloji insidansı % 2 civarındadır ve gastrik gastrointestinal stromal tümörler (GIST) olguların % 0,8'inde bulunmuştur. Bu çalışmamızda sleeve gastrektomi sonrası insidental olarak saptanan gastrointestinal stromal tümör olgularımızı sunmak amaçlanmıştır.

**OLGU:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka SUA Merkezinde 2015- 2018 yılları arasında 301 olguya morbid obezite nedeniyle sleeve gastrektomi operasyonu uygulanmıştır. Preoperatif tüm olgulara endoskopik inceleme yapılmış olup patoloji saptanmamıştır. 3(%1) olguda postoperatif gastrektomi spesimenlerinin patolojik incelemesinde gastrointestinal stromal tümör saptanmıştır. Olguların 2'si erkek 1'i kadın olup yaş ortalaması 48( 38-56) olarak saptanmıştır. Olguların vücut kitle indeksi ortalama 45.66 (44.1-47.8) olarak bulunmuştur. Yapılan patolojik incelemede tümör boyutu 0.5, 0.6, 0.7 cm olarak bulunmuştur. 3 olguda da 50 BBA 5'in altında mitoz, boyutun 2 cm'nin altında olması ve gastrik yerleşim nedeni ile patolojik olarak "Miettinen Lasota sınıflandırılmasına göre" progresif hastalık riski açısından risk bulundurmeyen kategorisine dahil edilmiştir. Onkoloji konseyinde değerlendirilen hastalara takip önerilmiş olup ortalama 18.3 ay (2-56) sorunsuz takip edilmektedirler.

**SONUÇ:** Sleeve gastrektomi sonrası spesimenin patolojik incelemesi önem arz etmektedir. İnsidental olarak saptanan gastrointestinal stromal tümör olguları multidisipliner olarak onkoloji konseylerinde değerlendirilmeli ve ileride gelişebilecek patolojiler açısından takip altında tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** sleeve,stromal,tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0529 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Künt Travma Sonrası İzole Karaciğer Kist Hidatik Rupturu Ve Anafilaktik Şok

Murat Bayram, Burak Dede, Ahmet Deniz Uçar, Savaş Yakan, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### GİRİŞ

KİST HİDATİK DÜNYANIN BİRÇOK ÜLKESİNDE ENDEMİK OLAN BİR HALK SAĞLIĞI SORUNUDUR. KARACİĞER KİST HİDATİĞİN BİRÇOK KOMPLİKASYONU MEVCUTTUR. BU ÇALIŞMAMIZDA KÜNT TRAVMA SONRASI İLE KİST HİDATİK RÜPTÜRÜ VE ANAFLAKTİK ŞOK İLE PREZENTE OLAN OLGUMUZU SUNMAK AMAÇLANMIŞTIR.

#### OLGU

ONYEDİ YAŞINDA ERKEK HASTA ARAÇ DIŞI TRAFİK KAZASI NEDENİYLE ACİL SERVİSİMİZE SEVK EDİLMİŞTİ.. HASTANIN GENEL DURUMU ORTA BİLİNÇ AÇIK KOOPERASYON VE ORYANTASYONU KISITLIYDI.. TANSİYON:80/50 NABİZ:120/DK FİLİFORMİK. HASTANIN FİZİK MUAYENEDE DE BATINDA YAYGIN HASSASİYETİ VE DEFANSI MEVCUTTU.

LABORATUAR BULGULARINDA WBC:23000 HB:12,5 AST:281 ALT:227

HASTANI ÇEKİLEN BATIN BT DE KC ÇEVRESİNDE SIVI VE KC İÇİNDE HEMORAJİK SIVI, BATIN İÇİNDE YAYGIN SERBEST SIVI MEVCUTTU. HASTADA HİPOVOLEMİK ŞOK DÜŞÜNÜLEREK ACİL OPERASYONA ALINDI.

İNTRAOPERATİF YAPILAN EKSPLOASYONDA BATIN İÇİNDE SEROHEMORAJİK MAYİİ, KIZ VEZİKÜLLERİ VE PERİKİST MEMBRANI VARDI. KARACİĞER SEMENT 5-8 İN TAMAMAINI DOLDURAN DEV KİST HİDATİK LEZYONUNUN MUHTEMELEN TRAVMAYA SEKONDER BATIN İÇİNE PERFORE OLDUĞU GÖZLENDİ.

EKSPLOASYONDA DİĞER SOLİD VE LUMİNAL ORGANLARDA PATOLOJİ YOKTU. BATIN %3 LÜK NAÇL İLE YIKANARAK OPERASYON SONLANDIRILDI.

OPERASYON SONRASI MEDİKAL TEDAVİ BAŞLANARAK OLGU POSTOPERASTİF 5. GÜNDE TABURCU EDİLDİ.

**SONUÇ**  
KÜNT TRAVMA SONRASI İZOLE KARACİĞER KİST HİDATİK RÜPTÜRÜ VE ANAFİLAKTİK ŞOK KİST HİDATİĞİN NADİR BİR KOMPLİKASYONDUR. ÜLKEMİZ GİBİ KİST HİDATİĞİN ENDEMİK GÖRÜLDÜĞÜ BÖLGELERDE TRAVMA SONRASI KİST HİDATİK RÜPTÜRÜ ACİL CERRAHİ PRATİĞİNDE GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULMALIDIR

**Anahtar Kelimeler:** hidatik, kist, travma

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**intraoperatif rüptüre olmuş kist görüntüsü**



**intraoperatif rüptüre olmuş kist görüntüsü**

**intraoperatif rüptüre olmuş kist görüntüsü**



**intraoperatif rüptüre olmuş kist görüntüsü**

### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0530 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### İnsizyon skarında unutulmuş yabancı cisim: Cerrahi suture materyali kabı

Sahin Kahramanca<sup>1</sup>, Turgut Anuk<sup>2</sup>, Ali Cihat Yıldırım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars

<sup>2</sup>Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kars

**AMAÇ:** Cerrahi operasyonlarda unutulmuş bazı yabancı cisimlere (spanç, cerrahi alet, pet, v.b.) bağlı, uzun yıllar sonra birtakım komplikasyonlara yol açabilen olgular literatürde bildirilmiştir. Unutulan yabancı cisimlere bağlı gelişen komplikasyonlar, medikolegal sorunlardan dolayı, genellikle operasyonu gerçekleştiren merkezlerden bildirilmemiştir. Bu yüzden saptanma sıklığı konusunda net bilgiler bulunmamaktadır. Olgumuzda Afganistan'da apendektomi yapılan ve cilt altına drenaj amaçlı olduğu düşünülen ancak daha sonra alınması unutulmuş cerrahi suture materyali kabı tespit edilip lokal anestezi ile alınan vakayı sunacağız.

**OLGU:** Genel cerrahi polikliniğine apandisit ameliyatı kesisi üst kısmından metal benzeri, sert kıvamlı yabancı cisim görünümü ve ağrılı şişlik şikayeti ile başvuran 21 yaşındaki Afganlı bayan hastanın anamnezinde; 6 ay önce Afganistan'da apandisit nedeni ile apendektomi yapıldığı ve insizyon hattında o tarihten beri sertlik olduğu öğrenildi. Hastanın poliklinikteki muayenesinde, yabancı cisim varlığı tarif edilen bölgede, insizyon boyunca skarın hemen altında yaklaşık 5-6 cm uzunluğunda ve 2-4 mm kalınlığında, son 15 gündür de insizyon hattının süperior başlangıç noktasından dışarı uzanan metalik renkli görünüme sahip 2-3 mm uzunluğunda görünen sert cisim tespit edildi. Cisim hareket ettirilmek istendiğinde dokuya adeze halde olduğu görüldü ve hasta ağrı hissetti. Lokal anesteziyle çıkarılması planlandı. İnsizyon hattı boyunca lokal anestetik madde uygulanarak, cismin görünen kısmından tutularak cisim çıkarıldı. Cismin, 1 cm genişliğinde dörde katlanmış halde vicryl suture materyali kabı olduğu gözlemlendi. Ancak her ne kadar belirtilen cismin ne amaçla oraya konulduğu anlaşılamayıp drenaj amaçlı konulduğu düşünülse de cismin unutulmuş olup olmadığı hakkında da bilgi edinilemedi.

**SONUÇ:** Cerrahi operasyonlardan sonra medikolegal sorunlar nedeni ile geniş literatür verileri bulunmasa da operasyonlarda yabancı cisim unutulması ve buna bağlı birtakım komplikasyonlar gelişmektedir. Olası komplikasyonların önlenmesi adına operasyonlarda malzeme sayımları ve cerrahi sonrası dren ve suturelerin alınması konusunda daha dikkatli olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi, apendektomi insizyonu, yabancı cisim,

#### Resim



İnsizyon skarı altından çıkarılan cerrahi suture materyali kabı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0531 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Abdominal koza- skleroza enkapüle peritonit(SEP)

Zümrüd Aliyeva, Alpen Yahya Gümüšoğlu, Hamit Ahmet Kabuli, Kıvanç Derya Peker, Nuri Alper Şahbaz, Mehmet Emin Güneş

Sağlık bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bakırköy Dr. Sadı Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Skleroza enkapüle peritonit diğeri ismi ile abdominal koza nadir olarak izlenmektedir. Bu hastalık için farklı etiyolojik faktörler tanımlansa da hastaların bir kısmı idiyopatik olabilir. Hastalığın mevcut tanı yöntemleri ile preoperatif tanı konulması güçtür ve vakaların büyük kısmına ameliyat sırasında tanı konulabilmektedir.

**AMAÇ:** Mekanik intestinalobstruksiyonun nadir sebeplerinde olan skleroza enkapüle peritonitli vakamızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Elli yaşında erkek hasta iki günlük karın ağrısı nedeni ile acile başvurdu. Anamnezinde aralıklı kabızlık, kusma atakları ve kilo kaybı olduğu öğrenildi. Fizik muayende batında distandü ve palpasyonla minimal hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde özelliği olmayan hastanın batın bilgisayarlı tomografisinde internal herniasyon şüphesi belirtilmesi üzerine hasta operasyona alındı. İntraoperatif olarak periton tabakasının kalınlaştığı ve ince bağırsakları sararak gato oluşturduğu izlendi. Periton tabakası eksize edildi ve bağırsak yapışıklıkları giderildi. Nekroz ve perforasyon izlenmedi. Hastanın postoperatif 2. günde gaz-gaita deşarjı olmasına rağmen aralıklı karın ağrısı ve oral tolerasyon bozukluğu meydana geldi. Hastaya oral ve parenteral nutrisyon desteği verilerek kortikosteroid tedavisi başlandı. Postoperatif 35. günde taburcu edildi. Patoloji sonucunda nonspesifik kronik enflamasyon, kollajende sklerotik değişiklikler ve distrofik kalsifikasyon alanları içeren fibroz cidarlı doku saptandı. Etiyolojik faktörleri araştırmak için istenen immünolojik ve enfeksiyöz tetkiklerinde özellik izlenmedi.

**TARTIŞMA:** Skleroza enkapüle peritoniten çok peritoneal diyaliz alan, genç yaş kadın, beta-bloker kullanan, rekürren peritonit geçiren, peritoneal kemoterapi uygulanan, karaciğer sirozlu ve peritoneal şant takılan hastalarda görüldüğü bildirilmiştir. Preoperatif tanı güçlüğüne rağmen, dikkatli değerlendirme ile tanı konulursa parsiyel obstruksiyon olan hastalara konservatif tedavi uygulanabilir. Klinikte iştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, kusma, kolik tarzında karın ağrısı atakları, kabızlıkla ortaya çıkar. Fizik muayenede ele gelen kitle, görüntülemelerde ince bağırsak anslarının periton ile sarmalandığı izlenebilir. Total obstruksiyon gelişen hastalarda peritonun eksizyonu ve adezyolizis önerilir. Hastalığın nüks ve morbiditesiyüksektir. Medikal tedavide immunsupresif ajanlar, kortikosteroid ve tamoksifen kullanılması önerilir.

**SONUÇ:** Skleroza enkapüle peritonit ağır malnutrisyon, sepsis gibi ciddi komplikasyonlara ve ölüme yol açabilir. Preoperatif tanı konulursa parsiyel obstruksiyon bulguları mevcutsa medikal tedavi uygulanması, eğer preoperatif tanı konulamaz ise agresif cerrahi tedaviden kaçınılması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** abdominal koza, skleroza enkapüle peritonit, tedavi seçenekleri

#### 1. Abdominal koza



#### 2. Periton eksizyonu, adezyolizis



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0532 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Dev peritoneal fare: olgu sunumu

Erkan Hazar<sup>1</sup>, Fatih Dolu<sup>1</sup>, Anıl Koçman<sup>1</sup>, Reyhan Eğilmez<sup>2</sup>, Kürşat Karadayı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı Sivas

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Sivas

**GİRİŞ:** Peritoneal serbest cisim peritoneal fare olarak da bilinen nadir bir fenomendir. Yaklaşık 300 yıldır bilinen bu durum genellikle laparaskopi/laparotomi, radyadiagnostik inceleme veya otopsi sırasında tespit edilir. Çoğunlukla 2-5 cm boyutlarındadır. Beş cm üzerindeki dev serbest cisim olarak adlandırılır. Yuvarlak beyaz renkli görüntüsü nedeni ile haşlanmış yumurta fenomeni olarak da bilinir.. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte apendiks epikloika, omentum, adneksiyel organlar veya pankreas üzerindeki yağ dokuların dolaşımının bozulması sonucu otoampute olan parçaların peritoneal kavite içinde sabunlaşma ve kalsifikasyonu neticesinde oluştuğu düşünülmektedir. En sık apendiks epikloika torsiyonu nedeni ile oluşur. Literatürde ileri yaş grubunda ve erkeklerde daha sık olduğu bildirilmiştir. Klinik olarak genellikle asemptomatik seyreder. Semptomatik olgularda abdominal ve/veya pelvik ağrı, üriner şikayetler ve intestinal obstrüksiyon ile kendini gösterir.

**AMAÇ:** Burada karın ağrısı için yapılan tetkiklerinde rastlantısal tespit edilen peritoneal serbest cisimli bir hastayı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Yetmişdört yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın anamnezinde son 2 aydır ara ara karın ağrısı şikayeti olduğu, öz geçmişinde başka bir hastalık ve geçirilmiş ameliyatı olmadığı anlaşıldı. Fizik muayene bulguları ve laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. Hastaya çekilen abdominal tomografide ince bağırsak mezosu içinde orta hatta yerleşmiş 6x5x4 cm' lik düzgün sınırlı kitle lezyonu dışında bulgu saptanmadı. Peroperatif herhangi bir organ/doku ile ilişkisiz kitle çıkarıldı. Patolojik inceleme sonucu fibrom(kalsifiye fibröz nodül) olarak raporlandı. Hasta postoperatif dördüncü gün sorunsuz taburcu edildi.

**SONUÇ:** Peritoneal serbest cisim nadir görülen bir antitedir. Çoğunlukla rastlantısal olarak tespit edilen ve preoperatif fizik muayene ve görüntüleme teknikleri ile kesin tanı konulamayan bu kitleler için uygun tedavi yaklaşımı cerrahidir

**Anahtar Kelimeler:** karında kitle, serbest cisim, fibroma

resim 1



intrabdominal serbest cisim

resim 2



kitlenin kesilmiş görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0533 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Perianal Bölgenin Paget Hastalığı, Eliptik Rotasyonel Flep Tekniği İle Cerrahi Tedavisi

Mustafa Salış, Murat Ulaş, Bülent Ünal, İlter Özer, İsmihan Gülden Karataş, Arda Şakir Yılmaz, Erhan Aslaner  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

#### Giriş

Perianal Paget Hastalığı (PPH), etyolojisinin belirsiz olduğu, makat bölgesindeki Paget hücrelerinden ve ter bezlerinden kaynaklanan, anal kanal maligniteleriyle birlikteliği %33 ile %86 arasında değişen, epitel kaynaklı adenokanser karakterinde malign bir hastalıktır. PPH, Ekstramammarian Paget hastalıklarının yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Primer veya sekonder olarak gelişebilir. Hastalık tipik olarak egzema benzeri kaşıntılı, ağrılı, eritemli bir cilt lezyonu ile karakterizedir. Çoğu zaman ilk olarak akla gelmediğinden, anorektal bölgenin diğer hastalıkları ile karıştırılabilir. Kesin tanısı anodermden alınan biyopsi ve bunun histolojik incelenmesi ile konulur. Cerrahi eksizyon PPH'nin tercih edilen tedavisi olup eksizyon sonrası rekonstrüksiyon cerrahisi yapılabilir. İnvasyon derecesi yüksek, sfinkter tutulumu olan ve çok geniş lezyonlarda ise abdominoperineal rezeksiyon en iyi seçenek olabilir.

#### Olgu Sunumu

Son 1 yıldır perianal bölgede ağrılı, kaşıntılı lezyonu olan hasta dermatoloji bölümü tarafından yapılan punch biyopsinin patolojik inceleme sonucu Ekstramammarian Paget Hastalığı gelmesi üzerine polikliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın bilinen Diyabetes Mellitus dışında ek hastalığı ve geçirilmiş operasyonu yoktu. Fizik muayenesinde perianal bölgede litotomi pozisyonunda saat 2-5 aralığında eritemli, döküntülü yaklaşık 4 cm çapında lezyonu mevcuttu. Rektal tuşede ele gelen kitle ve hassasiyet mevcut değildi. Grade1 - 2 eksternal hemoroidal hastalığı mevcuttu. Hastanın rutin biyokimyasal parametreleri ve tam kan sayımı normaldi. Sonrasında anal kanalla ilişkili malignitelerin ekartasyonu amacıyla hastaya rektosigmoidoskopi (RSS) yapıldı. RSS'de belirgin patoloji gözlenmedi. Ardından hastalığın internal ve eksternal sfinktere uzanımının olup olmadığını belirlemek amacıyla pelvik manyetik rezonans (MR) görüntülemesi yapıldı. MR görüntülemesinde anal sfinktere uzanım olmadığı görüldü. Sonrasında hastanın aydınlatılmış onamı alınarak cerrahi operasyon yapılmasına karar verildi. Lezyonun geniş lokal eksizyonunu takiben gluteal rekonstrüksiyon uygulandı. Operasyonun ardından post operatif dönemde herhangi bir şikayeti olmayan hasta sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Kontrol muayenesinde cerrahi alanın tam olarak iyileştiği, flepte herhangi bir problem olmadığı, sfinkter tonusunun tam olduğu görüldü.

#### Tartışma ve Sonuç

Bu vaka sunumumuzda, geniş lokal eksizyon ile eliptik rotasyonel flep uygulamasının Perianal Paget Hastalığı ve anodermin invaziv olmayan diğer hastalıklarında başarıyla uygulanabileceğini sunmayı amaçladık. Literatürde gluteal rekonstrüksiyon olarak, bölünmüş tabaka deri grefti, S flep rekonstrüksiyonu, eliptik rotasyonel flep, house flebi, bilateral V-Y ilerletme flebi ve bölünmüş tabaka deri grefti ile eşzamanlı V-Y ilerletme flebi gibi tanımlanan çok sayıda rekonstrüktif teknikler mevcuttur. Biz hastamıza lezyonun perianal bölge anoderminin tek tarafını tutması ve çapının çok geniş olmaması nedeniyle eliptik rotasyonel flep tekniğini uygulamaya karar verdik.

**Anahtar Kelimeler:** Flep, Paget, Perianal, Rekonstrüksiyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Operasyon Öncesi Lezyon



Litotomi pozisyonunda saat 2-5 aralığındaki egzamatoid lezyon

### İntraoperatif lezyonun eksizyonu



Lezyonun eksizyonu ve flebin hazırlanması

### Kaydırılmış Flep



Flebin kaydırılması sonrası

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Operasyon sonrası cerrahi alan



Operasyon sonrası cerrahi alan

Post-op 1. gün



Post op 1. gün iyileşmekte olan yara

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0534 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Nadir adli vakalar: Kokain içerikli vücut paket sendromlu iki olgu

Mehmet Nuri Koşar, Yaşar Çöpelci, Ayşe Arduçoğlu Merter, Ali Acar  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya SUAM, Antalya

#### AMAÇ:

Erythroxyton Coca adındaki bitkiden elde edilen kristalin alkoloid yapıda olan kokain, madde bağımlılığı potansiyeli en güçlü ve en tehlikeli olan maddelerden biridir. Yasadışı yollardan uyuşturucu maddeleri vücut boşlukları içerisinde taşıyarak kaçırarak şahıslara, paket vücut denilmektedir. En sık kullanılan vücut boşlukları ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistem (GİS) ve vagendir. Paket malzemesi olarak genellikle lateks, alüminyum folyo veya kondom kullanıldığı görülmektedir. Paketlerdeki sızma veya patlama nedeniyle ölümcül komplikasyonlar gelişebilir. GİS obstrüksiyonu veya intoksikasyon görülebilir. Bu çalışmada; yoğun turistik bir merkez olan Antalya'da acil servise adli makamlarca getirilen paket vücut sendromlu iki olgu sunulacaktır.

#### OLGUNUN ÖZELLİKLERİ:

Eylül ve Ekim 2017 tarihlerinde iki yabancı uyruklu şüpheli Antalya Uluslararası Havalimanı'nda şüpheli görülmeleri üzerine tutuklanarak kolluk güçlerince acil servise getirildi. İlk değerlendirmede her ikisinin de bilinç durumları açık, vitalleri stabildi. Yapılan tetkiklerinde kan tabloları doğal ve ADBG'lerinde çok sayıda ağırlıklı rektumda yerleşmiş yabancı cisimler tespit edildi.

İlk hasta; 26 yaşında bayan hastanın genel durumu iyi olması ve ADBG'sinde paketlerin ağırlıklı rektumda olması üzerine posalı gıda ve laksatif önerildi. Hastanın 4 günlük takibi sonrası komplikasyon gelişmeksizin tüm paketleri deşarj ile çıkarttığı görüldü ve paketler ve hasta kolluk güçlerine teslim edildi.

İkinci hasta; 23 yaşında erkek, ilk gün muayenesinde bilinci açık koopere, vitalleri stabildi. ADBG'sinde yaklaşık 55-60 kadar kapsül şeklinde yabancı cisim görüldü. Laksatif ve posalı gıda önerildi. İkinci gün bilinç kaybı ve ileus gelişen hasta entübe edildi. Anüsten yarısı açılmış ve ortadan kırılmış üzeri kısmen kondom ile kaplı folyoya sarılı kokain kapsülünün çıktığı görüldü. Tuşede diğer kapsüllere ulaşamadı. Çekilen tomografi sonrası; ilk başvuruda 50-60 kadar olan kapsül sayısının 16'ya düştüğü ve tam bir tıkanıklığa yol açmadığı görüldü. Yoğun bakım takibinde nazogastrik sonda takılarak ringer laktatla intestinal sistem yıkandı. ikinci gün destek tedavisi sonrası bilinci açılan ve diğer kapsülleri çıkaran hasta ekstübe edildi. Yatışının dördüncü günü taburcu edilerek kolluk güçlerine paketlerle birlikte teslim edildi.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Vücut paketçileri genellikle sağlıkçıların karşısına alınan maddenin toksik etkileri, intestinal obstrüksiyon ya da tutuklanma sonrası medikal muayene için çıkmaktadır. Bu hastalarda hayati tehlike genellikle kokain kapsüllerinden barsak içindeki sızıntılar sonucu oluşan toksisiteye bağlıdır. kimi hastada problem olmazken kimi hastalarda bilinç kaybı entübasyon kimisinde ölüm görülebilmektedir. Bu hastalarda izlenecek yol; hastaların klinik durumlarına göre multidisipliner şekilde belirlenir. Asemptomatik olanlarda takip, barsak irrigasyonu ve laksatif; toksikasyonda tansiyon, ajitasyon ve hipertermi kontrolü; obstrüksiyon ve perforasyonda cerrahi müdahale gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** adli vaka, intestinal obstrüksiyon, kokain, uyuşturucu, vücut paket sendromu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### HASTA 1



### İLK OLGU

### HASTA 2



### İKİNCİ OLGU

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0535 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### İntraabdominal kitle ayırıcı tanısında nadir bir etyoloji: Kistik Lenfanjiom

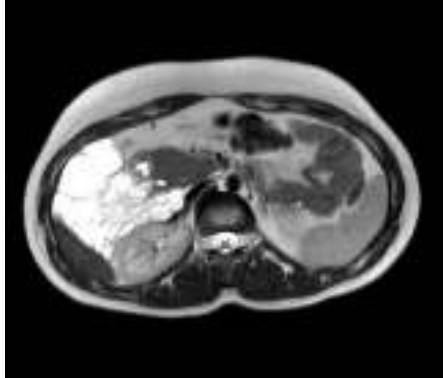
Nurhan Haluk Belen, Veysel Karahan

Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

Kistik lenfanjiom (KL), lenfatik sistemin nadir görülen benign konjenital malformasyonudur. Boyun, aksilla, karın içi ve retroperiton yerleşim gösterdiği bölgelerdir. Makroskopik olarak septalarla birbirinden ayrılmış, kistik yapıda bir tümördür. Yapısal olarak çok benzedikleri için multikistik mezotelyoma (MM) ayırıcı tanısında özellikle akla getirilmelidir. Karın ağrısı, şişkinlik şikayetleri ile başvuran hastamızın görüntüleme tetkiklerinde subhepatik yerleşimli, komşu duodenum, böbrek, inferior vena cava ve koledok gibi yapılarla sınırı net ayırt edilemeyen kitle multikistik kitle saptanması üzerine hastaya eksplorasyon kararı alındı. Yaptığımız eksplorasyon'da hepatoduodenal ligamandan köken aldığı düşünülen koledok'a yapışık, duodenum 2.kita, vena cava inferior ve sağ böbrekle yakın komşuluk gösteren kistik kitlesel komşu yapılara zarar verilmeden unblok olarak eksize edildi. Patolojik incelemesinde tümör, seröz sıvı ile dolu kistik yapıların birleşmesinden oluşmuştu. Hemotoksilen-Eosin boyama ile yapılan histolojik kesitlerinde bol miktarda lenfatik damar, bu damarların kistik genişlemeleri görüldü Hücreler immünohistokimyasal olarak CD31-CD34 pozitif, WT-1 negatif idi. Bu şekilde MM'dan ayrımı yapıldı. Bu bulgular eşliğinde hastaya KL tanısı konuldu Sunumumuzda literatürde nadir rastlanan bu patolojiye sahip bir olgumuzu paylaştık.

**Anahtar Kelimeler:** kistik lenfanjiom, multikistik mezotelyoma, CD 31-34, karın içi kitle

#### Resim 1



Hastanın bilgisayarlı tomografi görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



Hastanın bilgisayarlı tomografi görüntüsü

**Resim 3**



Eksplorasyon esnasında kitlenin görünümü

**Resim 4**



Eksize edilen kitle

**Resim 5**



Eksizyon sonrası subhepatik lojun görünümü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



**21. ULUSAL  
CERRAHİ KONGRESİ**  
**16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**



University of Jyväskylä  
Jyväskylä University  
JYVÄSKYLÄ

Order Ref: [JYU-2023-001](#) Order ID: [JYU-2023-001](#)

Course Information

Course Name: **Mathematics**

| Module   | Credits | ECTS | Grading | Passing | Failed |
|----------|---------|------|---------|---------|--------|
| Module 1 | 5       | 5    | 1       | 4       | 0      |
| Module 2 | 5       | 5    | 1       | 4       | 0      |
| Module 3 | 5       | 5    | 1       | 4       | 0      |
| Module 4 | 5       | 5    | 1       | 4       | 0      |
| Module 5 | 5       | 5    | 1       | 4       | 0      |

Course Info

Course Name: **Mathematics**

Course ID: **1000000000**

Course Type: **Mathematics**

[illegible]

a-b: hastanın lomber lorduzu kaybolacak ve ayaklar bilek seviyesinde askıda kalacak şekilde prone pozisyonu verilmesi, c: anal kontraksiyonlar görülecek şekilde anüs ve çevresinin ortaya konulması ve işlem öncesi C-kollu skop ile tahmini S3 foromen seviyesinin işaretlenmesi.



a: C-kollu skopi kılavuzluğunda S3 foramenin belirlenmesi b: yerleştirilen kılavuza verilen uyarı ile anal kontraksiyonların gözlenmesi c: uygun bir şekilde yerleştirilmiş elektrodun görünümü





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0537 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Nadir bir dalak lezyonu: sklerozan anjiomatoid nodüler transformasyon

Mehmet Uluşahin<sup>1</sup>, Coşkun Aydın<sup>2</sup>, Muhammed Selim Bodur<sup>1</sup>, Hakan Küçükaslan<sup>1</sup>, Adnan Çalık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Trabzon

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### Giriş ve amaç

Sklerozan anjiomatoid nodüler transformasyon (SANT) dalağın nadir görülen vasküler lezyonlarından biridir. Bu yazıda hematoloji tarafından dalakta kitle nedeni ile operasyon amaçlı tarafımıza yönlendirilen ve patolojisi SANT olarak raporlanan bir hasta takdim edilecektir.

#### Olgu sunumu

Karın ağrısı şikayeti ile dış merkeze başvuran 51 yaşında bayan hastaya çekilen abdomen ultrasonografi (USG) sonucunda splenomegali ve dalak üst polde kitle belirtilerek hastanemiz gastroenteroloji ve hematoloji polikliniğine yönlendirildi. Hastanın ara ara hafif şiddette olan karın ağrısı haricinde şikayeti yoktu. İlaç kullanım öyküsü ve bilinen ek hastalığı olmayan hastanın 10 yıl önce appendektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede patolojik bulgu tespit edilmedi. Laboratuvar değerlerinde patoloji saptanmayan hastaya abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve dalak üst polde 87x84 mm öncelikle lenfomaya bağlı olabileceği düşünülen kitle raporlandı (Resim 1, 2, 3). Hastaya hematoloji tarafından yapılan periferik yayma ve kemik iliği biyopsisinde de herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Operasyon önerilen hasta bölümümüze yönlendirildi. Gerekli preoperatif hazırlık sonrası operasyon gerçekleştirildi. Sol subkostal keside dalak üst polde 8 cm'lik kitle olduğu görüldü ve splenektomi uygulandı. Postoperatif dönemde ateletazi dışında problemi olmayan hasta 4. gün taburcu edildi.

Patoloji sonucunda makroskopik bakıda 16x14x8 cm boyutundaki dalak içerisinde yerleşmiş 8x8x3 cm boyutlarında düzgün sınırlı yer yer sarı gri renkte sklerotik alanlar içeren solid lezyon gözlendi. Lezyonun mikroskopik incelemesinde multinodüler görünüm ve nodüllerin merkezlerinde vasküler yapılar ve iğsi hücreler görüldü. CD 34, CD 31 ve CD 8 pozitif olarak bulundu. Hastanın poliklinik takiplerinde herhangi bir probleme rastlanmadı.

#### Tartışma ve sonuç

SANT dalağın nadir görülen vasküler lezyonlarından biridir. Benign bir lezyon olup kırmızı pulpadan kaynaklanmaktadır. Orta yaşta ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Etiyolojisi net olarak aydınlatılamamıştır. Genellikle asemptomatik olup, büyük boyutlu olanlar karın ağrısına sebep olabilir. Bazen trombositopeni ve anemi tablosuna da sebep olabilir. Çoğunlukla insidental olarak tanı konulur. Görüntüleme tekniklerinin gelişmesi ile beraber görülme oranı artan bu lezyonun literatüre 2004 yılında kazandırıldığı bilinmektedir.

Ön tanıda abdomen USG ve BT başarılı olup abdomen BT'de hipodens ve multinodüler görünüm sergileyebilir. Kesin tanı genellikle operasyon sonrası patolojik inceleme ile konulabilir. İğne biyopsileri muhtemel malign patoloji durumlarında karın içi ekilmeye yol açabileceğinden önerilmemektedir. SANT'ın ayırıcı tanısında hemanjiom, hamartom, hemanjiyoendotelyoma gibi benign lezyonlar ve anjiosarkom gibi malign lezyonlar bulunmaktadır. Benign bir lezyon olmakla beraber malignite ekartasyonu ve büyük boyutlu olanlarda rüptür riski nedeni ile tedavide splenektomi önerilmektedir. Prognozu iyi olup rekürrens literatürde bildirilmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sklerozan anjiomatoid nodüler transformasyon, splenik kitle, karın ağrısı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



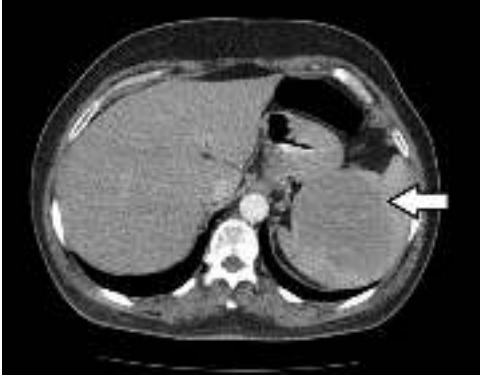
www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 1



BT'de aksiyel kesitte dalaktaki lezyona ait görünüm, ok lezyonu göstermekte.

Resim 2



BT'de koronal kesitte dalaktaki lezyona ait görünüm, ok lezyonu göstermekte.

Resim 3



BT'de sagittal kesitte dalaktaki lezyona ait görünüm, ok lezyonu göstermekte.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0539 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Unisentrik Retroperitoneal Yerleşimli Kitle: Castleman Hastalığı

Feyyaz Güngör, Erdinç Kamer, Ahmet Er, Ahmet Atasever, Mustafa Peşkersoy  
İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### AMAÇ:

Castleman hastalığı(CH) nadir rastlanan, benign lenf nodu hiperplazisi ile karakterize bir hastalıktır.Unisentrik Castleman hastalığı (UCH) %95,3 sağkalım oranına sahip ve genellikle asemptomatiktir.Bu yazımızda dispepsi yakınması ile başvuran ve insidental olarak UCH tespit edilen 36 yaşında erkek hasta literatür verileri gözden geçirilerek sunuldu.

#### OLGUNUN ÖZELLİKLERİ

Otuzaltı yaşında erkek hasta 4-5 aydır mevcut olan yemeklerden sonra hazımsızlık şikâyeti nedeniyle başvurduğu dış merkezde yapılan batın ultrasonografisinde(USG) sol pararenal alanda kitle tespit edilmesi üzerine ve ileri tetkik, tedavi amacıyla tarafımıza başvurdu.Özgeçmişinde hipertansiyon ve koroner arter hastalığı dışında ek bir hastalık yoktu. Soy geçmişinde özellik yoktu. Yapılan fizik muayenede sol kolik bölgede minimal hassasiyet dışında patolojik bulgu tespit edilmedi. Laboratuvar değerlerinde patolojik bulgu yoktu.Çekilen intravenöz opaklı torakoabdominal bilgisayarlı tomografide(BT);sol renal hillus düzeyinde vena kavaya(VC) bası yapan retrokaval yerleşimli 54x33 mm boyutlarda, içyapısı homojen solid dansitede, yerleşim ve lokasyon nedeni ile öncelikle retrokaval lenfanopati lehine değerlendirilen kitlesel lezyon izlendi(Resim).Kitlenin lokalizasyonu nedeniyle doku tanısı için biyopsi alınamadı ve operasyon kararı alındı.Eksprolasyonda; kitlenin sol renal hilusta VC arkasında ve sol renal vene invaze ettiği görüldü.Peroperatif çalışılan frozen incelemesinde lenfoid dokuya ait sitoloji gelmesi üzerine ve renal ven tutulumu nedeniyle kısmi rezeksiyon yapıldı.Batında eksprolasyonda başka patoloji yoktu.Hasta postoperatif 2.günde komplikasyonsuz taburcu edildi.Hastanın histopatolojik tanısı hyalen vasküler tip Castleman hastalığı olarak rapor edildi.Postoperatif 1.yılda çekilen BT'de kitlenin boyutunda değişim yoktu ve başka bir odak tespit edilmedi.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Castleman hastalığı nadir görülen lenfadenopati nedenlerindendir.1956 yılında Castleman tarafından ilk tanımlandığında histolojik paterni açısından kronik nonspesifik inflamatuvar bir oluşum olarak nitelendirilmiştir. Zaman içerisinde hastalarda görülen ateş ve lenfadenopati gibi sistemik semptomlar ve kronik viral enfeksiyonlarla ilişkili lenf nodu özelliklerini içeren histopatolojik görünümle nedeniyle hastalığın etiyojisi viral stimülasyon üzerinde yoğunlaşmış ve human immunodeficiency virüs, human herpes virus-8 suçlanmıştır.UCH multisentrik CH göre daha benign seyirlidir ve iki histolojik tipe ayrılır.Olguların %90'nı oluşturan hyalen vasküler tip bası semptomları ile karşımıza çıkabilir,ancak genellikle asemptomatik olurlar ve insidental olarak tespit edilirler. Olguların %10'nunda plazma hücreli tip görülür ve bu tip daha çok mezenter ve retroperitoneal olarak tespit edilir.Randomize bir çalışma olmamakla birlikte UCH tedavisinde kitlenin tam olarak çıkarılması yeterlidir ve altın standart yöntemdir.Total olarak cerrahi eksizyonun mümkün olmadığı durumlarda kısmi olarak kitlenin çıkarılmasının da faydalı olduğu bildirilmiştir. Nüks çok nadirdir ve genellikle ilk operasyonda eksik rezeksiyonu veya gözden kaçırılmış lenf nodları ile ilişkilidir. Sistemik semptomlar ve varsa laboratuvar anormallikleri de total rezeksiyon ile ortadan kalkar.

Sonuç olarak UCH nadir görülen bir durum olmasına karşın, her zaman retroperitoneal kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken bir durumdur.

**Anahtar Kelimeler:** Castleman Hastalığı, unisentrik, retroperitoneal kitle

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0540 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

### Roma 4 kriterlerine göre vücut kitle indeksinin irritable bağırsak sendromu subtipi ile ilişkisi

Çağrı Akalın

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** İrritable bağırsak sendromu (İBS) toplumda sık görülen ve yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır. İrritable bağırsak sendromlu hastaların vücut kitle indeksi ile İBS subtipinin arasındaki ilişkiyi araştırmak için irritable bağırsak sendromlu hastalar retrospektif olarak irdelenmiş ve verilerinin analizi yapılmıştır.

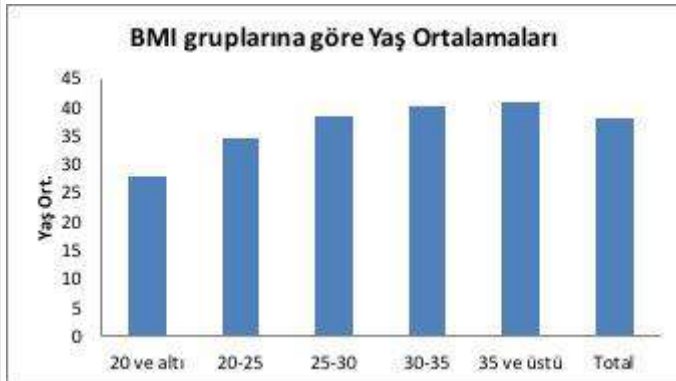
**GEREÇ-YÖNTEM:** 1 Haziran 2017 - 1 Ocak 2018 tarihleri arasında Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi polikliniğine başvurup Roma 4 kriterlerine göre irritable bağırsak sendromu tanısı koyulan 452 hastanın irritable bağırsak sendromu subtipi (kabız ağırlıklı, ishal ağırlıklı, kompleks ve sınıflandırılmayan) ile vücut kitle indeksi; <20 kg/m<sup>2</sup>, 20-25 kg/m<sup>2</sup>, 25-30 kg/m<sup>2</sup>, 30-35 kg/m<sup>2</sup> ve >35 kg/m<sup>2</sup> olan hastalar retrospektif olarak analiz edildi.

**BULGULAR:** İrritable bağırsak sendromuna sahip 452 hastanın vücut kitle indekse değerleri; 16'sında (%3,5) <20 kg/m<sup>2</sup>, 92'sinde (%20,3) 20-25 kg/m<sup>2</sup>, 134'ünde (%29,6) 25-30 kg/m<sup>2</sup>, 161'inde (%35,6) 30-35 kg/m<sup>2</sup> ve 49'unda (%10,8) >35 kg/m<sup>2</sup> olarak saptandı. Bu 452 hastanın Roma 4 kriterlerine göre 78'i (%17,2) ishal ağırlıklı, 214'ü (%47,3) kabızlık ağırlıklı, 124'ü karışık ağırlıklı (%27,4) ve 35'i (%7,7) sınıflandırılmayan olarak sınıflandırdılar. Çalışmada hastaların vücut kitle indeksine göre sınıflandırılan gruplar arasında irritable bağırsak sendromu subtipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p>0,05)

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** İBS, organik bir neden olmaksızın, karın ağrısı ve rahatsızlık hissi ile seyreden, dışkı sıklığı ve formunda değişikliklerle karakterize fonksiyonel bir barsak hastalığıdır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar vücut kitle artışının dispepsi ve İBS gibi kronik gastrointestinal şikayetlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu ilişki vücut kitle artışının artışı ile fonksiyonel bağırsak hastalıklarının patofizyolojilerinin bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda, hastalara Roma 4 kriterlerine uygun olarak teşhis konulup, İBS subtipi ve vücut kitle indeks ölçümü yapıldı. Çalışmamızda, Roma 4 kriterlerine göre vücut kitle indeksi ile irritable bağırsak sendromu subtipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (p>0,05).

**Anahtar Kelimeler:** İrritable bağırsak sendromu subtipleri, vücut kitle indeksi, Roma 4 kriterleri

**Tablo-1**



İBS'li hastaların VKI'ye göre yaş dağılımı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0541 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Splenik inflamatuvar psödotümör: Bir olgu sunumu

Mehmet Uluşahin<sup>1</sup>, Ahmet Yazıcı<sup>2</sup>, Reyhan Yıldırım<sup>1</sup>, Kadir Tomas<sup>1</sup>, Vural Argın<sup>1</sup>, Adnan Çalık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Trabzon

#### Amaç

İnflamatuvar psödotümör etyolojisi aydınlatılamamış benign olduğu düşünülen bir durumdur. En sık akciğerde bu lezyona rastlanmakla beraber yumuşak dokular, karaciğer, göz, lenf nodları, gastrointestinal sistem, kalp, beyin, mesane, prostat, böbrek ve dalak gibi diğer organlarda da nadiren görülmektedir. Bu yazıda dalakta kitle nedeni ile opere edilen hastada patolojik inceleme ile tespit edilen splenik psödotümör olgusu sunulacaktır.

#### Olgu sunumu

Sol kadranda ağrı şikayeti ile dış merkeze başvuran 39 yaşında kadın hastaya yapılan abdomen ultrasonografide (USG) dalakta kitle tespit edilmesi üzerine merkezimize yönlendirildi. Hastanın aktif şikayet yoktu. Öyküsünde operasyon, ilaç kullanımı ve bilinen bir ek hastalığa rastlanmayan hastanın fizik muayenesinde de önemli bir özellik tespit edilmedi. Çalışılan kan biyokimya değerlerinde anormal bir değer tespit edilmedi. Abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) normal boyutlarda dalak ve dalak alt polde 6x6 cm boyutunda minimal kontrastlanma gösteren hemanjiom ya da lenfomaya ait olabileceği düşünülen kitleye rastlandı (Resim1, 2, 3). Hastaya operasyon önerildi. Laparotomide dalak alt polde yaklaşık 6 cm boyutunda kitle tespit edildi. Dalak ligamanlarının serbestlenmesi sonrası splenik arter ve ven bağlanarak splenektomi uygulandı. Postoperatif 4. gün hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Patoloji sonucu makroskopik olarak 6x6x5 cm boyutunda kitle ve bu kitlede yapılan mikroskopik analizde plazma hücreleri, lökosit, eozinofil, eritrosit hücrelerini görüldüğü ve fibrozis görüldüğü şeklinde bildirilmiştir.

#### Tartışma ve sonuç

İnflamatuvar psödotümör dalakta oldukça nadir görülen bir patolojidir. Etyolojisi aydınlatılamamıştır fakat genellikle benign olduğu düşünülmektedir. İnflamatuvar miyofibroblastik tümör adıyla da anılabilirler. Genellikle spesifik semptomu yoktur. Lenf nodu tutulumu durumlarında ateş, terleme, kilo kaybı ile başvurulabilirler. Nadiren anemi veya trombositoz tablosuna sebep oldukları bilinmektedir. Görüntüleme yöntemlerinde diğer dalak kitlelerinden ayrımı zordur. USG ve BT dalak kitlelerini görmede başarılı olmakla beraber spesifik bulgular veremezler. Manyetik rezonans görüntülemeye ise (MRG) lezyona dair daha ayrıntılı bilgiler verilebilir; fakat tanı koyma adına faydalı değildir. Görüntüleme yöntemlerine rağmen kesin tanı ancak splenektomi sonrası yapılan detaylı patolojik inceleme ile konulabilir. Hematopoetik maligniteler, leiomyosarkom ve inflamatuvar malign fibröz histiyositom gibi maligniteler ile karışabilmesi nedeni ile patolojik tanısı zor olabilir. Mikroskopide vakamızda da olduğu gibi plazma hücreleri, lökosit, eozinofil, eritrosit hücreleri, fibrozis görülür. Tedavide splenektomiye ek olarak bir şey önerilmez. Fakat etyolojisi bilinmediği için hastaların takibi önerilmektedir. Dalak yerleşimli psödotümörlerde rekürrens bildirilmemiştir ve iyi prognozlu olarak bilinmektedirler.

Dalak kitlelerinin ayırıcı tanısında nadir gözken bir durum olmakla beraber splenik inflamatuvar psödotümörler akıldan çıkarılmamalıdır. Tanı ancak splenektomi sonrası patolojik inceleme ile konulur. Benign kitleler olmakla beraber etyolojisi net olarak bilinmediğinden ötürü rekürrens açısından takip önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** dalak, kitle, inflamatuvar psödotümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



BT'de aksiyel kesitte dalaktaki kitleye ait görünüm

**Resim 2**



BT'de koronal kesitte dalaktaki kitleye ait görünüm

**Resim 3**



BT'de sagittal kesitte dalaktaki kitleye ait görünüm

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0542 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Dev mezenterik fibromatozis: Olgu sunumu

Mehmet Uluşahin, Reyhan Yıldırım, Muhammed Selim Bodur, Serkan Tayar, Adnan Çalık  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

#### Amaç

Mezenterik fibromatozis nadir görülen bir durum olarak tanımlanabilir. Yüzeysel ve derin tipi vardır. Yüzeysel fibromatozis yüz, boyun, el, ayak vb. yerlerde görülürken derin tip fibromatozis mediasten, retroperiton, abdominal kavite, karın duvarı, mezenter gibi yerlerde karşımıza çıkar.

#### Olgu sunumu

56 yaşında bayan hasta karında ele gelen şişlik nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Şişliğin 4-5 aydır ele geldiği, ağrı yapmadığı, bu süre içerisinde büyüdüğü sanılarak başvurulduğu öğrenildi. Hastanın karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık gibi bir şikayeti yoktu. Karın muayenesinde göbek seviyesinde ele gelen sert, düzgün yüzeysel kitle palpe edildi. Çalışılan kan değerlerinde herhangi bir özellik tespit edilmedi. Hastaya abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de ince barsak kaynaklı olabileceği belirtilen 15x15 cm, etraf dokulara invazyon oluşturmeyen kitle raporlandı. Hastaya operasyon önerildi. Orta hat insizyon ile yapılan laparotomide orta ileal anslara ve ince barsak mezosuna yapışık 15x15 cm boyutunda sert, kapsüllü kitle tespit edildi (Resim1, 2). İnce barsak kaynaklı bir lezyon olabileceği düşünülerek kitleye yapışık olan ince barsak segmenti ile beraber kitle eksize edildi. Postoperatif dönemde hastanın herhangi bir şikayeti olmadı. Postoperatif 4. gün orali açılan hasta 6. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu 17x16x9 cm derin tip fibromatozis olarak bildirildi. Hastanın poliklinik takiplerinde herhangi bir olumsuz durum ile karşılaşmadı.

#### Tartışma ve sonuç

Mezenterik fibromatozis nadir görülen, benign olarak ifade edilen, fibroz doku proliferasyonu ile ilerleyen bir tümördür. Benign olmasına rağmen lokal agresif özellik sergiler; nüksler ile karşılaşılabilir. Genellikle 30'lu yaşların hastalığı olarak bilinir ve her iki cinsde eşit oranda görülür. Ele gelen şişlik, nonspesifik karın ağrısı, basıya bağlı bulantı, kusma, kabızlık semptom olarak karşımıza çıkabilir. Asemptomatik olup insidental olarak diğer nedenlerle yapılan görüntülemelerde de karşımıza çıkabilir. Etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Travma ve östrojen kullanımının bu durumu tetikleyebileceği bildirilmektedir. Gardner sendromunda da fibromatozis ile sıklıkla karşılaşmaktadır. Tanıda abdomen ultrasonografi (USG), BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) genellikle yardımcıdır. Bulantı, kusma ya da kabızlık gibi semptom sergileyen hastalarda gastroskopi ve kolonoskopi yapılmalıdır. Görüntülemelerde kitle görülebilse de kesin tanı ancak eksizyon sonrası yapılan patolojik incelemeler sonrasında konulabilmektedir. Tedavide rekürrens riskinin yüksek olması nedeni ile agresif eksizyon tercih edilmelidir. Gerekli durumlarda sunulan vakada da uygulandığı şekilde komşu organ rezeksiyonlarından çekince duyulmamalıdır. Radyoterapi nüks veya inoperabilite durumlarında fayda sağlayabilir. Adjuvan radyoterapi uygulamasının rekürrens riskini ciddi oranda azalttığını bildiren yayınlar da mevcuttur.

Sonuç olarak fibromatozis, benign karakterli olmasına rağmen rekürrens ile gelebilen, agresif cerrahiden ciddi oranda fayda gören, nadir gözükten bir kitledir.

**Anahtar Kelimeler:** Karında kitle, mezenterik kitle, fibromatozis

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Fibromatozise ait spesmenin eksizyon sonrası görünümü

**Resim 2**



Fibromatozis ile birlikte rezeke edilen ince barsak ansıda kitleye yapışık olarak görülmekte.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0543 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Atnalı Perianal Fistül zemininden gelişen Fournier Gangreni

Tuba Mert, Sümeyra Emine Bölük, Mustafa Demir, Süleyman Atalay, İlker Sücüllü, Ahmet Ziya Balta, Yavuz Kurt  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Sultanabulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi  
Anabilimdalı, İstanbul

Fournier Gangreni, perine ve genital organların nekrotizan enfeksiyonu ile seyreden genitoüriner bir acildir. Enfeksiyona ürogenital, kolorektal ve dermatolojik flora suşları neden olmaktadır. En sık izole edilen bakteriler E.coli (%43-80), Bacteroides, Klebsiella, Streptokoklar, Stafilokoklar ve Proteustur. Hastaların bazılarının yara kültüründe birden fazla mikroorganizma izole edilebilir. Mortalitesi %20-40 arasında olup, erkeklerde kadınlara göre 10 kat daha sıktır. Fournier Gangreni için yüksek risk teşkil eden durumların başlıcaları; D.M (en sık yandaş %12-70) immün sistemi bozulmuş, kronik karaciğer ve böbrek yetmezliği, Alkolizm, AIDS, Malnutrisyon, Hipertansiyon, Obezite, Sigara ve düşük sosyoekonomidir. Enfeksiyonun en sık odağı gastrointestinal sistem %30-50, genitoüriner sistem %20-40 ve cilt yaralanmaları %20 dir. Tedavisinde agresif resüsitasyon, geniş spektrumlu antibiotik ve erken cerrahi debridman yapılır. Tüm nekrotik dokular çıkarılmalı ve gereğinde işlem defalarca tekrar edilmelidir. Anorektal bölge ve sfinkter tutulumunda veya fekal kirlilik varsa kirlenmeyi azaltmak amaçlı kolostomi açılabilir  
Burada at nalı fistül zemininde gelişen fournier gangreni olgusu sunulacaktır.  
Otuzaltı yaşında erkek hasta, makatta ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu Muayenede anal girimde diz dirsek pozisyonunda, saat 10 hizasında apse saptandı. Gerekli hazırlıkları takiben, spinal anestezi altında jack knife pozisyonunda saat 10 hizasından 1 cm lik kesi ile intersfinkterik alandan girilerek abse drene edildi. Ameliyat sonrası 1. günde ameliyat bölgesinde ağrı ve ateş şikayetleri gerilemeyen hastanın, perinal bölgesindeki hipereminin her iki gluteal bölge, skrotuma ve sol inguinal bölgeye doğru ilerlediği görüldü. Bilgisayarlı Pelvik tomografi'de rektum arkasında koksiks önünde sol perirektal alana doğru uzanım gösteren apse formasyonu tespit edilmesi üzerine hasta tekrar ameliyata alınarak tüm nekroze dokular, sol perianal bölge, perine ve skrotuma doğru, lateralde ise sol gluteal bölgeye doğru ilerletilerek canlı dokuya dek debride edildi. Birkaç seans daha devam eden debridmanlar sırasında VAC (Vacum Asisted Closure) tedavisi de uygulandı. Yara kültüründe piperasilin dirençli üreme olduğundan 4x500 mg imipenem başlandı. İlk ameliyattan sonraki 11. gün nekrotik ve gangrenli dokulardan komple arınmış açık yaraya primer tamir uygulandı at nalı fistüle ise modifiye hanley prosedürü uygulanarak ve hasta 21 günün sonunda şifa ile taburcu edildi. İki aylık izlem süreci içerisinde lateral setonları alınan hastanın posterior orta hat setonu elastik sıkı setona dönüştürüldü. Hasta halen izlemde olup, şikayeti yoktur.

**Anahtar Kelimeler:** Atnalı, Fistül, Fournier Gangreni

#### Atnalı Perianal Fistül zemininden gelişen Fournier Gangreni



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0544 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Mezenterik kist ön tanısı ile opere edilen hastada nadir bir patoloji: Gossipiboma

Mehmet Uluşahin, Nazım Ağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

#### Giriş ve amaç

Cerrahi operasyonlarda unutilan, emilmeyen materyallere bağlı gelişen, kitle imajı veren lezyonlara gossipiboma adı verilir. Bu yazıda karın ağrısı ile başvuran ve görüntülemeler sonucunda hemorajik mezenterik kist düşünülen hastada karşılaşılan gossipiboma olgusunu sunmak amaçlanmıştır.

#### Olgu sunumu

54 yaşında bayan hasta 2-3 aydır ara ara olan karın ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı çok şiddetli değildi ve ağrı dışında şikayeti yoktu. Öyküsünde tiroid nodülü nedeni ile takipli olduğu, 6 ay önce safra kesesi taşı nedeni ile açık kolesistektomi uygulandığı öğrenildi; ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hastanın vitalleri stabildi. Fizik muayenede özellik tespit edilmedi. Çalışılan laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Hastaya batin ultrasonografi (USG) çekildi ve USG'de pelvise uzanım gösteren kist raporlandı. Bunun üzerine hastaya abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve sonucunda orta hattın sağında 156x92x75 mm boyutlarında pelvise kadar uzanım gösteren, ince duvarlı, içerisinde kanamaya ait olduğu düşünülen hiperdens alanlar olan, ön planda hemorajik mezenterik kiste ait olduğu düşünülen, düzgün konturlu kistik lezyon bildirildi (Resim 1, 2, 3). Hastaya operasyon önerildi. Orta hat insizyon ile yapılan laparotomide karaciğer altından başlayıp pelvise kadar uzanan, kistik yapıda düz konturlu kitle görüldü. Kiste yapılan ponksiyonda pürülan içerik görülmesi üzerine olası enfekte kist hidatik açısından % 20 NaCl emdirilmiş kompresler ile önlem alındıktan sonra kist duvarı açıldı ve içerisindeki pürülan materyal aspire edildi. Kist kavitesinin içerisinde muhtemel eski operasyonda unutulduğu düşünülen birkaç adet spançtan oluşan kitlesel oluşum görüldü; spançlar dışarıya alındıktan sonra batin yıkandı ve dren konularak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde problem ile karşılaşılmayan hastanın orali 2. gün açıldı; 4. gün taburcu edildi.

#### Tartışma ve sonuç

Gossipiboma genellikle spanç veya tampon benzeri malzemelerin içeride unutulması sonrası karşılaşılan bir durumdur. Medikal ve yasal olarak birçok soruna sebep olabilir. Semptom olarak hiçbir şikayeti olmayan hastalar ile karşılaşılabildiği gibi erken veya geç dönemde nonspesifik karın ağrısı, ateş, bulantı, kusma gibi semptomlar ile başvuran hastalarda olabilir. Hastaların bir kısmında yazıda sunulan hastada olduğu gibi enkapsülasyon ve granülasyon görülürken; diğer hastalarda apse formasyonu ile karşılaşılabılır. Tanıda görüntüleme yöntemleri kısmen yardımcı olmaktadır. Enkapsülasyon ve granülasyon ile giden grupta sunulan hastada olduğu gibi radyolojik tanı çok daha zor olabilir; karın içi diğer patolojiler ile karışabilir. Karın içi organlara fistülizasyon, perforasyon ve ileus bu hastalarda görülebilir.

Sonuç olarak gossipiboma nadir bir durumdur, radyolojik olarak tanıya yardımcı işaretler olmakla beraber patognomotik görüntüsü yoktur ve karın içi diğer patolojiler ile karışabilir. Geçirilmiş operasyon öyküsünü sorgulamak ve operasyon öyküsü olan hastalarda gossipiboma ihtimalini akılda bulundurmak önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** karın ağrısı, peritoneal kist, gossipiboma

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

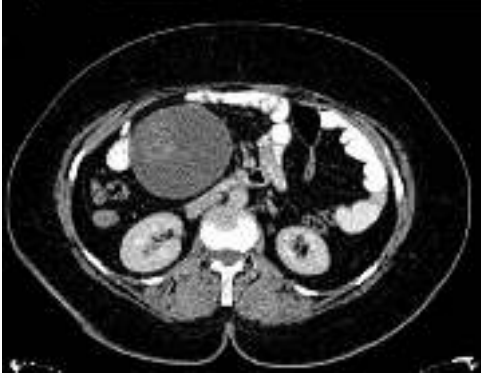
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



BT'de aksiyel kesitte gossipibomaya ait görünüm.

**Resim 2**



BT'de koronal kesitte gossipibomaya ait görünüm

**Resim 3**



BT'de sagittal kesitte gossipibomaya ait görünüm.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0545 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### 2014-2017 yılları arasında Karydakıs metoduyla opere edilen 63 hastanın değerlendirilmesi

Halis Bağ, Haldun Kar, Feyyaz Güngör, Yasin Peker  
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

Pilonidal sinüs genellikle genç erkeklerde görülmektedir. Sıklıkla sakrokoksigeal bölgede izlenir. Oluşum sebepleri arasında erkek cinsiyet, anatomik yapı ve saç kılının da olduğu çok değişik faktörler belirtilmektedir. Cerrahi tedavisi yaygındır. Fenol tedavisi diğer bir seçenektir. Cerrahi tedavisi, kist eksizyonu sonrası yarayı açık bırakmak veya kapatmak şeklinde olmaktadır. Kapatma seçenekleri primer kapatma, orta hattı kaydırarak kapatma (Karydakıs, Bascom gibi) ve tam kat deri flebi ile kapatmadır (Limberg, Z plasti gibi).

Hastanemizde 2014-2017 yılları arasında 63 hastayı pilonidal sinüs tanısıyla Karydakıs metoduyla opere ettik. 6 hasta nüks idi (1 bayan, 5 erkek). Hastaların 57 si erkek, 6 sı bayandı. Yaş aralığı 15-60 yaş idi. Ameliyat süreleri 23-68 dakika arasındaydı. Hastanede kalış süreleri ortalama 2 gündü. 6 hastaya hemovak dren kondu. 1 hasta kanama nedeniyle tekrar opere edildi. 2 hastada enfeksiyon gelişti. Antibiyotik tedavisi ile iyileşti. İlk bir ay içinde 6 nüks hastanın 3 ü (1 bayan, 2 erkek) tekrar nüks etti. Bu hastalar açık teknikle reopere edildi. Tüm hastaların postop izlem süreleri 6 aydı. Bu süre zarfında diğer hastalarda nüks izlenmedi.

Pilonidal sinüs cerrahisinde Karydakıs metodu, öğrenme ve uygulama kolaylığı açısından ideal bir yöntemdir. Primer kapatmaya göre daha düşük nüks oranı vardır. Tam kat deri flebine göre ameliyat ve hastanede kalış süresi daha kısadır. Ayrıca postop yara izi açısından hasta memnuniyeti yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Karydakıs, nüks, pilonidal sinüs

**Resim 1**



**Resim 2**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0546 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Acil ve Elektif Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sinem Seyrek<sup>1</sup>, Elif Alagöz Delibaş<sup>1</sup>, Gülnur Ateş<sup>1</sup>, Orhan Alimoğlu<sup>1</sup>, Aynur Görmez<sup>2</sup>, Serhat Çıtak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**AMAÇ:** Ameliyat olacak hastalarda tanı, ameliyatın riski, hastanın önyargıları ve ameliyata hazırlık gibi durumlar ameliyat öncesi anksiyete düzeyini etkilemektedir. Bu çalışma ile acil ve elektif ameliyat olacak genel cerrahi hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. **GEREÇ-YÖNTEM:** Araştırma ameliyat planlanan 100 genel cerrahi hastası (50 acil, 50 elektif) ile gerçekleştirildi. Her iki gruba da ameliyat öncesi anksiyete durumunu tespit etmek için "Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)" ile "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)" uygulandı.

**BULGULAR:** Elektif ameliyat olacak hastaların DKÖ ve AÖKÖ puanları acil ameliyat olacak hasta grubundan anlamlı derecede daha düşüktü ( $p<0.05$ ). Araştırmaya dahil edilen hastalardan hiçbirinde "Kaygı Yok" durumunda olan hasta saptanmadı. "Şiddetli Kaygı" ve "Orta Düzeyde Kaygı" durumu acil ameliyat olacak hasta grubunda anlamlı derecede yüksek olarak tespit edildi ( $p<0.05$ ). Elektif ameliyat olacak hastalarda ise sadece "Orta Düzeyde Kaygı" tespit edildi. Kaygı düzeyleri arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). **Tartışma ve SONUÇ:** Bu araştırmada elde edilen sonuç olarak bakıldığında; acil olarak ameliyata alınacak hastaların anksiyete düzeyinin, elektif olarak ameliyatı planlanmış olan hastaların anksiyete düzeyinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların ameliyat öncesi anksiyete durumunun ameliyata hazırlanma süreçlerine bağlı olduğu, etkili bir ameliyat öncesi eğitim ve hazırlık süreci ile önemli düzeyde azaltılabileceği öngörülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Durumluk kaygı ölçeği, ameliyata özgü kaygı ölçeği, acil cerrahi, elektif cerrahi, anksiyete.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0547 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Radyoterapi sonrası nadir görülen sarkom

Nilay Tuğba Uzunay, Bakhtiyar Chakhalov, Burak Güney, Musa Yavuz Eryavuz, Sedat Kamalı, Hakan Güven Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### Giriş

Radyoterapi sonrası sarkomun insidansı %0.03-%0.80 arasında olduğu bildirilmiştir. Radyoterapi sonrası sarkom tanısı alması için sarkomun mutlaka radyoterapi alanı içerisinde gelişmesi, radyoterapi öncesinde bu alanın normal olduğunun gösterilmesi ve en az 3 yıllık bir sürecin sonunda gelişmesi gereklidir. Radyoterapi sonrası gelişen sarkomların neredeyse tamamı erişkinlerde gelişmekte ve kadınlarda daha sık geliştiği görülmektedir. Bunun nedeni olarak radyoterapinin, meme ve jinekolojik karsinomlarda daha sık kullanımı gösterilebilir. Aşağıda nadir görülen radyoterapi sonrası sarkomla ilgili iki olgu sunmaktayız.

#### Olgu-1

Batın ön duvarında ele gelen kitle nedeniyle başvuran altmış iki yaşında kadın hastanın özgeçmişinde 2001 yılında serviks ca nedeniyle radyoterapi öyküsü mevcut. Fizik muayenesinde batın sol alt kadranda ele gelen sertlik mevcuttu. Laboratuvar tahlillerinde ve tümör markerlerinde normal. Batın MR da pelviste sol rektus abdominis kasında yaklaşık 8x4,5 cm boyutunda lezyon izlendi. PET/BT de sol rektus abdominus kası inferiorunda yaklaşık 8,5x6 cm boyutlarında, önceki PET/BT çalışmasına göre boyutlarında belirgin(eski boyut 5x3 cm) artış tespit edilen kitlesel lezyon izlenmektedir. Hastaya 2017 yılı aralık ayında cerrahi karar verilerek kitle eksize edildi. Piyes patolojisi içsi hücreli sarkom, tümör diferansiasyonu 1, mitoz sayımı 2 (10 bba'da 12), histolojik grade: 2 (toplam skor 4), tümörün en büyük çapı 15x9 cm.

#### Olgu-2

Sakral bölgede kitle nedeniyle başvuran altmış altı yaşında kadın hastanın özgeçmişinde 2002 yılında rektum ca nedeniyle low anterior rezeksiyon ve adjuvan KT-RT öyküsü mevcut. Fizik muayenesinde sakrumda ciltten protrude yaklaşık 15x10 cm'lik kitle mevcuttu. Laboratuvar tahlillerinde ve tümör markerleri normal. Batın MR da solda gluteal kas posteromedial kesiminden başlayarak sakrum posterioruna uzanım gösteren cilde infiltrate görünümde, en geniş yerinde 96x45 mm sol gluteal kas düzeyinde de en geniş yerinde 85x47 mm boyuta ulaşan kitlesel lezyon izlenmektedir. PET/BT de sakral bölgede posteriorda gluteus maksimus içerisine uzanım gösteren ciltten protrüde düzensiz sınırlı yaklaşık 102x53x147 mm boyutlu malign kitlesel lezyon izlendi. Kitleden alınan tru-cut biyopsi yüksek gradeli malign mezenkimal tümör gelmesi üzerine 2018 yılı ocak ayında cerrahi karar verildi ve ameliyat edildi. Piyes patolojisi -malign mezenkimal tümör, tümör diferansiasyonu skoru 3, mitoz 18/10BBA skor 2, histolojik grade 3 (total skor6) olarak sonuçlandı. Her iki hasta şifa ile taburcu oldu ve poliklinik kontrolü yapılmakta.

#### Tartışma

Radyoterapi sonrasında en sık gelişen yumuşak doku sarkomu malign fibröz histiositoma'dır ve tüm vakaların %70'ini oluşturmaktadır; bunu osteosarkom, fibrosarkom, kondrosarkom ve anjiosarkom izler. Radyoterapi sonrası gelişen sarkomlar sporadik sarkomlara göre daha yüksek grade'li lezyonlardır ve tanı anında sporadik vakalara göre daha ileri evrededirler. Bu nedenle sağkalım oranları da düşüktür. Sarkomların radyoterapi sonrası nadir de olsa gelişebileceği, cerrahinin tedavi de gerekliliği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** radyoterapi, sarkom, malign mezenkimal tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Sakral bölgede sarkom-rezeksiyon sonrası**



Sakral bölgede sarkom-rezeksiyon sonrası

**Sakral bölgede sarkom-flep sonrası**



Sakral bölgede sarkom-flep sonrası

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0548 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Retroperitoneal paraganglioma olgusu

Mehmet Uluşahin, Arif Burak Çekiç, Kadir Tomas, Ali Güner, Serdar Türkyılmaz  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı; Trabzon

**Amaç:** Paraganglioma, nöral krest hücrelerinden kaynaklanan, nadir görülen nöroendokrin bir tümördür. Genellikle yavaş büyür ve malignite görülme ihtimali az da olsa mevcuttur. Bu yazıda retroperitoneal kitle nedeni ile opere edilen hastada tespit edilen paraganglioma olgusu sunulmuştur.

**Olgu sunumu:** Karın ağrısı şikayeti olan 38 yaşında erkek hasta dış merkeze başvurdu. Hastanın ağrısının 2-3 aydır ara ara olduğu öğrenildi. Hastaya dış merkezde abdomen ultrasonografi (USG) çekildi ve USG'de sol alt kadranda kitle açısından şüpheli bulgular tespit edilmesi üzerine hastaya abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT sonucunda retroperitoneal kitle tespit edilen hasta merkezimize gönderildi. Hastanın karın ağrısı dışında şikayeti yoktu. Ek hastalığı, ilaç kullanım öyküsü ve operasyon öyküsü yoktu. Çalışılan laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Fizik muayenesinde herhangi bir özellik tespit edilmedi. Dış merkezde çekilen abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) merkezimizde de radyoloji bölümü ile konsülte edildi ve sol retroperitoneal bölgede 10x9x7 cm büyüklüğünde, solid ve kistik alanlar içeren, heterojen kontrastlanan, komşuluğunda genişlemiş vasküler yapılar bulunan kitle tespit edildi. Operasyon kararı verildi ve orta hat insizyon ile yapılan laparotomide sigmoid kolon mezosunun arkasında kitle tespit edildi. Todd fasyası açılarak kolonun lateralinden retroperitoneal kitleye ulaşıldı. Keskin diseksiyonlar ile enerji cihazları yardımı ile kitle total olarak eksize edildi (Resim 1). Postoperatif dönemi sorunsuz atlatan hasta 6. gün taburcu edildi. Kitlenin patoloji sonucu paraganglioma olarak raporlandı. Poliklinik takipleri devam eden hastada nüks ve metastaz gibi herhangi bir problem ile karşılaşılmadı.

**Tartışma ve sonuç:** Paragangliomalar vücutta sinir pleksusları komşuluğunda yerleşmiş alanlardır. Özelleşmiş nöral krest hücrelerinden oluşurlar. Bu yapıların en sık bulunduğu bölge adrenal medulla olup buradan kaynaklanan tümörler feokromasitoma olarak bilinir. Ekstraadrenal bölge kaynaklı nöral krest hücrelerinin kitleleri ise paraganglioma olarak isimlendirilir. En sık olarak paraaortik bölgede ve Zuckerkandl organı yakınında yerleşirken, paraganglial dokuların bulunduğu her yerde görülebilirler. Paraganglioma kadınlarda daha sık gözükür. Sporadik ya da herediter olabilir; herediter olanlarda multisentrte ihtimali daha yüksektir. Genç yaşta, multifokal ve malignite düşündüren paraganglioma olgularında genetik test önerilmektedir. Paragangliomalar genellikle fonksiyoneldirler ve salınan maddelere bağlı ortaya çıkan hipertansiyon atakları, çarpıntı, baş ağrısı hastaların başvuru sebebi olabilir. Bazı olgular ise tamamen asemptomatik olup başka nedenlerle yapılan tetkiklerde insidental olarak görülebilir. Tanıda özellikle fonksiyonel kitlelerde katekolamin düzeyleri açısından kan ve idrar testleri yapılmalıdır. Abdomen BT ve manyetik rezonans görüntüleme tanıda kıymetlidir. Paragangliomanın temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi sonrası takiplerde özellikle nüks ve metastaz açısından dikkatli olunması gerektiği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** kitle, retroperitoneal, paraganglioma

#### Resim 1



Eksize edilen kitleye ait görünüm

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0549 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Prostat Kanserinin Az Görülen İzole Metastaz Olgusu: Sağ Sürrenal Bezde Kitle

Oğuz Hançerlioğulları, Mustafa Tahir Özer, Mustafa Tanrıseven, Aytekin Ünlü, Şahin Kaymak, Rahman Şenocak  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara

**GİRİŞ:** Prostat kanseri erkeklerde en sık rastlanılan kanser türü olup Amerika'da kanser ile ilişkili ölümlerin ikinci en yaygın nedenidir. Prostat spesifik antijen taramasının yaygınlaşması ve gelişen radyolojik görüntüleme tetkikleri sayesinde erken teşhis edilmeye başlanmış ve 1990 lardan sonra prostat kanseri nedeniyle ölüm oranlarında belirgin azalma başlamıştır. Aderenal bezin kitle lezyonlarının birçoğu asemptomatiktir ve genellikle rutin radyolojik incelemeler esnasında tesadüfen saptanırlar. Otopsi yapılan prostat kanseri vakalarında olguların% 17-20'sinde adrenal metastaz izlendiği bildirilmiştir.

**OLGU:** 84 yaşında erkek hastaya 2005 yılında PSA yüksekliği nedeniyle görüntüleme eşliğinde prostat kalın iğne biyopsisi uygulanmış ve adenokarsinom (Gleason 4+5) tanısı konulmuş. Hastaya tanı sonrası radyoterapi ve antiandrojen tedavi uygulanmış. Rutin kontrolleri esnasında son olarak 18.05.2015 tarihinde PSA değeri hastanemiz normal referans değerleri arasında olan 2.26 ng/ml (0-4 ng/ml referans değerleri) ölçülmüş. 26.07.2016 tarihinde ölçülen PSA değeri ise 67.83 ng/ml gelen hastaya yapılan karın ultrasonunda; sağ sürrenal lojda, sağ böbrekle ayrımı net yapılamayan (sağ böbrekte kaynağı olabilecek) düzensiz sınırlı, içerisinde kalsifik alanlarda barındıran, renkli dopler ultrason ile kanlanan 50x35 mm boyutlarında solid lezyon izlenmiş. Evaluasyon amacıyla hastaya karın tomografisi çekildi ve sağ sürrenal gland medial krurinden köken alarak anterior perirenal yağlı doku ile inferiora doğru uzanım gösteren 96x36x75 mm boyutlarında, lobüle konturlu, içerisinde yer yer punktat kalsifikasyonlar içeren yumuşak doku kitlesi görüldü. Sol paravertebral alanda retrokrural bölgede 1 adet 18x20mm çapında, muhtemel lenf noduna ait yumuşak doku dansitesi ve paraaortik, retrokaval, parakaval alanlarda en büyüğü 11mm çapında olmak üzere birkaç adet lenf nodu izlendi. Hastaya sağ sürrenal kitle nedeniyle 23.09.2016 tarihinde radikal sağ sürrenalektomi ameliyatı uygulandı. Hastanın patoloji sonucu metastatik prostat karsinomu olarak rapor edildi. Hasta postoperatif altıncı günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Ameliyat sonrası dönemde ölçülen PSA değeri ise 11 ng/ml olarak gelen hastanın antiandrojen medikal tedavisine devam edilmektedir.

**TARTIŞMA:** Prostat kanseri, Batı dünyasında erkekler arasında en sık tespit edilen ikinci malignitedir ve dünya çapında erkekler arasında kansere bağlı ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir. Yüksek riskli prostat kanseri olanlara iskelet dışı metastazların ekarte edilmesi için metastaz incelemesi oldukça gereklidir, çünkü; ileri hastalığa sahip hastaların küçük bir kısmı atipik metastaza uğramaktadır. Retroperitoneal tutulum prostat kanserinin nadir görülen bir bulgusudur ve artan düzeyde ki nodal metastazlar lenfatik yayılımından kaynaklanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Prostat Kanseri, Retroperitoneal Metastaz, Sürrenal Bez Tutulumu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

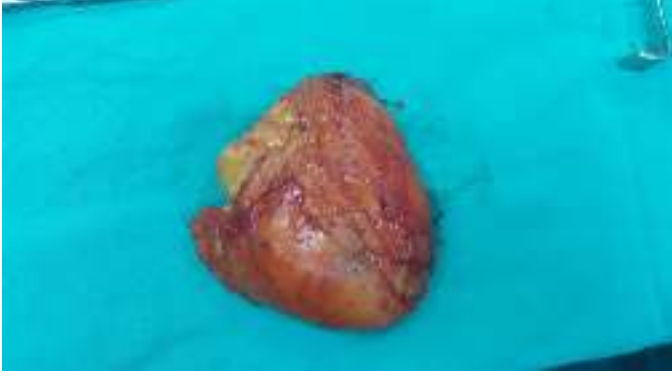
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Sağ Sürrenal Beze Metastaz Yapmış Prostat Kanseri Eksizyon Materyali**



**Sağ Sürrenal Beze Metastaz Yapmış Prostat Kanseri Eksizyon Materyali**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0550 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### ASK2ME.ORG: Farklı Kanser Türleri İçin Web Tabanlı Online Genetik Risk Hesap Makinesi Hakkında Bir Derleme

Kinyas Kartal<sup>1</sup>, Danielle Braun<sup>4</sup>, Jiabei Yang<sup>4</sup>, Molly Griffin<sup>3</sup>, Cathy Wang<sup>4</sup>, Giovanni Parmigiani<sup>4</sup>, Kevin S. Hughes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arş. Hastanesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi, Massachusetts Genel Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Bölümü, Boston, MA, ABD

<sup>3</sup>Massachusetts Üniversitesi Tıp Fakültesi, Worcester, MA, ABD.

<sup>4</sup>Dana- Farber Kanseri Enstitüsü, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Boston, MA, ABD

Bu çalışmanın amacı, farklı kanser türleri için web tabanlı online bir hesap makinesi olan ve ayrıca hekimlere güncel literatür ışığında klinik destek sunan "www.aks2me.org" sitesinin bir derleme ile sunulmasıdır.

"Next Generation Sequencing" yönteminin klinik kullanıma girmesiyle birlikte 26 veya daha fazla kanser ilişkili gen rutin olarak test edilebilir hale gelmiştir. Fakat hekimlerin bir çoğunda bu genler ve test sonuçları hakkında bilgi ve birikim eksikliği olduğu bir gerçektir.

ASK2ME, genetik test yapılmasını takiben; meme kanseri, kolon kanseri, pankreas kanseri gibi bir çok kanser türü için olası riskleri hesaplar ve hekimlere mutant gene sahip olan hastaların takip planlarının yönetilmesinde mevcut literatür bilgisini sunar. Bunu sağlamak için on-line hesap makinesine, hastanın demografik özelliklerini (yaş ve cinsiyet), mutasyon bulunan genini ve eğer varsa hastanın öz geçmişinde bulunan kanser türünün ve eğer geçirdiyse koruyucu cerrahi türünün belirtilmesi yeterlidir. ASK2ME belirtilen bilgiler ışığında istatistiksel hesaplamalar yaparak hastalar için mevcut kanser risklerini mutasyon taşımayan bireylerle karşılaştırmalı olarak hesaplar ve grafikler aracılığıyla görselleştirerek bildirir. Bu istatistikleri yaparken mevcut olan ve sürekli güncellenen ilgili gen hakkındaki literatürdeki güvenilir kaynakları kullanır. Sunulan hesaplamalarda kullanılan literatür bilgisini ve bu bilginin güvenilirlik endeksini referans olarak belirtir. Ayrıca ASK2ME, hekimlere bu hastaların takip planlamalarında kullanılabileceği düşünülen, NCCN, ESMO, Graffeo ve arkadaşları ve Tung ve arkadaşları tarafından yayınlanmış ve güncelliği korunan uluslararası kılavuzların ilgili bölümlerini özetlenmiş tablolar halinde sunarak klinik destek sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** Kanseri Riski, Genetik Risk Hesaplanması, Online Hesap Makinesi

#### Hesap Makinesi Ara Yüz

Formda, 'Genetik Risk Hesaplaması' başlıklı bir sayfa görülmektedir. Üst kısımda 'Hasta Adı' (ASK2ME) ve 'Yaş' (45) alanları bulunmaktadır. 'Cinsiyet' (Erkek) seçilmiştir. 'Kanser Türü' kısmında 'Colon Adenocarcinoma' seçilmiştir. 'Genetik Test Sonuçları' kısmında 'KRAS' geninde 'G132A' mutasyonu belirtilmiştir. 'Risk Hesaplaması' kısmında 'Colon Adenocarcinoma' için 'High Risk' sonucu gösterilmiştir. 'Diğer Kanser Türleri' kısmında 'Breast', 'Lung', 'Pancreas' gibi diğer kanser türleri listelenmiştir.

Risk hesabının yapılabilmesi için hastanın demografik özellikleri, mutasyon bulunan genin ismi, varsa hastanın geçirilmiş koruyucu cerrahi ameliyatı ve mevcut kanser oykusunun ara yüz bilgi ekranına hekimi tarafından girilmesi gerekmektedir.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

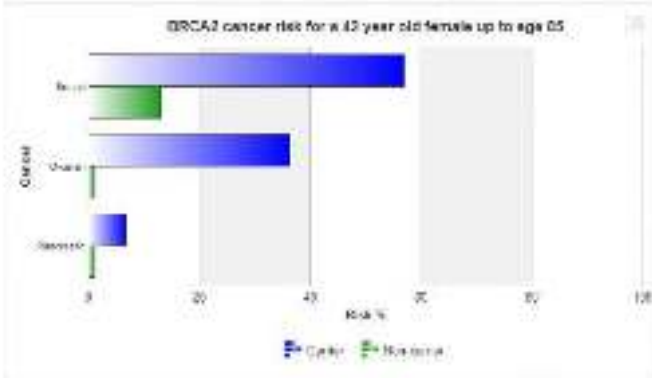
www.ask2me.org

ASK2ME All Syndromes Known  
to Man Evaluator

Home Calculator Resources About Us Contact Us English

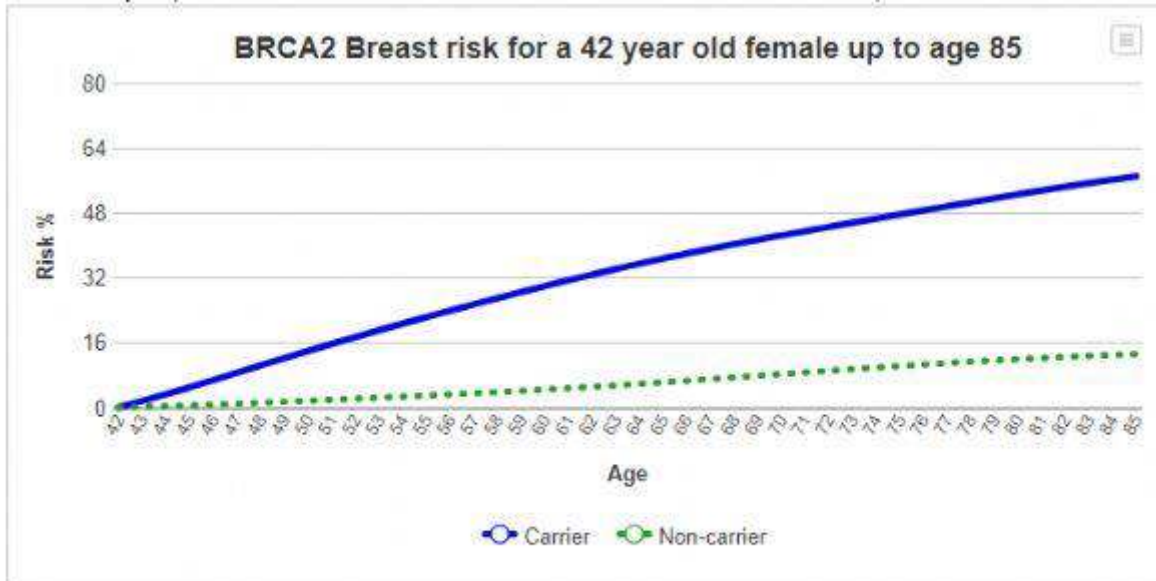


### Risk Tahmini



Gerekli bilgiler girildikten sonra sonuçlar grafik olarak ekrana yansitilmektedir.

### Risk tahmini



Gerekli bilgiler girildikten sonra sonuçlar grafik olarak ekrana yansitilmektedir.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**  
Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Hasta Yonetimi

| Hasta No | Yaş  | Sex | Yöntem |
|----------|------|-----|--------|
| 1        | 45   | F   | Yeni   |
| 2        | 55   | M   | Yeni   |
| 3        | 65   | F   | Yeni   |
| 4        | 75   | M   | Yeni   |
| 5        | 85   | F   | Yeni   |
| 6        | 95   | M   | Yeni   |
| 7        | 105  | F   | Yeni   |
| 8        | 115  | M   | Yeni   |
| 9        | 125  | F   | Yeni   |
| 10       | 135  | M   | Yeni   |
| 11       | 145  | F   | Yeni   |
| 12       | 155  | M   | Yeni   |
| 13       | 165  | F   | Yeni   |
| 14       | 175  | M   | Yeni   |
| 15       | 185  | F   | Yeni   |
| 16       | 195  | M   | Yeni   |
| 17       | 205  | F   | Yeni   |
| 18       | 215  | M   | Yeni   |
| 19       | 225  | F   | Yeni   |
| 20       | 235  | M   | Yeni   |
| 21       | 245  | F   | Yeni   |
| 22       | 255  | M   | Yeni   |
| 23       | 265  | F   | Yeni   |
| 24       | 275  | M   | Yeni   |
| 25       | 285  | F   | Yeni   |
| 26       | 295  | M   | Yeni   |
| 27       | 305  | F   | Yeni   |
| 28       | 315  | M   | Yeni   |
| 29       | 325  | F   | Yeni   |
| 30       | 335  | M   | Yeni   |
| 31       | 345  | F   | Yeni   |
| 32       | 355  | M   | Yeni   |
| 33       | 365  | F   | Yeni   |
| 34       | 375  | M   | Yeni   |
| 35       | 385  | F   | Yeni   |
| 36       | 395  | M   | Yeni   |
| 37       | 405  | F   | Yeni   |
| 38       | 415  | M   | Yeni   |
| 39       | 425  | F   | Yeni   |
| 40       | 435  | M   | Yeni   |
| 41       | 445  | F   | Yeni   |
| 42       | 455  | M   | Yeni   |
| 43       | 465  | F   | Yeni   |
| 44       | 475  | M   | Yeni   |
| 45       | 485  | F   | Yeni   |
| 46       | 495  | M   | Yeni   |
| 47       | 505  | F   | Yeni   |
| 48       | 515  | M   | Yeni   |
| 49       | 525  | F   | Yeni   |
| 50       | 535  | M   | Yeni   |
| 51       | 545  | F   | Yeni   |
| 52       | 555  | M   | Yeni   |
| 53       | 565  | F   | Yeni   |
| 54       | 575  | M   | Yeni   |
| 55       | 585  | F   | Yeni   |
| 56       | 595  | M   | Yeni   |
| 57       | 605  | F   | Yeni   |
| 58       | 615  | M   | Yeni   |
| 59       | 625  | F   | Yeni   |
| 60       | 635  | M   | Yeni   |
| 61       | 645  | F   | Yeni   |
| 62       | 655  | M   | Yeni   |
| 63       | 665  | F   | Yeni   |
| 64       | 675  | M   | Yeni   |
| 65       | 685  | F   | Yeni   |
| 66       | 695  | M   | Yeni   |
| 67       | 705  | F   | Yeni   |
| 68       | 715  | M   | Yeni   |
| 69       | 725  | F   | Yeni   |
| 70       | 735  | M   | Yeni   |
| 71       | 745  | F   | Yeni   |
| 72       | 755  | M   | Yeni   |
| 73       | 765  | F   | Yeni   |
| 74       | 775  | M   | Yeni   |
| 75       | 785  | F   | Yeni   |
| 76       | 795  | M   | Yeni   |
| 77       | 805  | F   | Yeni   |
| 78       | 815  | M   | Yeni   |
| 79       | 825  | F   | Yeni   |
| 80       | 835  | M   | Yeni   |
| 81       | 845  | F   | Yeni   |
| 82       | 855  | M   | Yeni   |
| 83       | 865  | F   | Yeni   |
| 84       | 875  | M   | Yeni   |
| 85       | 885  | F   | Yeni   |
| 86       | 895  | M   | Yeni   |
| 87       | 905  | F   | Yeni   |
| 88       | 915  | M   | Yeni   |
| 89       | 925  | F   | Yeni   |
| 90       | 935  | M   | Yeni   |
| 91       | 945  | F   | Yeni   |
| 92       | 955  | M   | Yeni   |
| 93       | 965  | F   | Yeni   |
| 94       | 975  | M   | Yeni   |
| 95       | 985  | F   | Yeni   |
| 96       | 995  | M   | Yeni   |
| 97       | 1005 | F   | Yeni   |
| 98       | 1015 | M   | Yeni   |
| 99       | 1025 | F   | Yeni   |
| 100      | 1035 | M   | Yeni   |

Sunulan hasta ve elde edilen sonuçlar ışığında hastanın klinik yönlendirilmesinde mevcut literatur verileri tablo halinde karşılaştırmalı olarak sunulmaktadır.

### Literatur guven endeksi

- ★ Hasta sayısı < 50 ve gen mutasyonu ile kanser arasında yapılmış < 3 çalışma mevcut
- ★★ Hasta sayısı < 200 ve gen mutasyonu ile kanser arasında yapılmış < 3 çalışma mevcut
- ★★★ Hasta sayısı > 200 ve gen mutasyonu ile kanser arasında yapılmış 3 ile 5 arasında çalışma mevcut
- ★★★★ Hasta sayısı > 200 ve gen mutasyonu ile kanser arasında yapılmış 5 den fazla çalışma mevcut
- ★★★★★ Gen mutasyonu ve kanser arasında 5 den fazla çalışma ve güçlü meta- analizler mevcut

Literaturdeki çalışmalar bilgi bankasına dahil edilirken toplam çalışma sayısı, bu çalışmalarda hasta sayısı ve meta analiz varlığına göre derecelendirilirler.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0551 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### İntestinal İskemi Ve Reperfüzyon Modelinde Hipotermik (21°C) Ve İzotermik (37°C) Peritoneal Lavajın Akciğer Hasarı Üzerine Olan Etkileri

Gökhan Avşar<sup>1</sup>, Bekir Sarıcık<sup>2</sup>, Ömer Rıdvan Tarhan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Isparta Şehit Yunus Emre Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**AMAÇ:** İntestinal iske mi reperfüzyon sonrası gelişen hasar çoğu zaman iske mi gelişen organda sınırlı kalmaz. Aktive olan inflamatuvar sistem ve mediatörler etkisi ile başta akciğer olmak üzere birçok uzak organda hasar oluşturabilir. Günümüzde, oluşan bu akciğer hasarının etyopatogene zine ve önlenmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir. İntestinal iske mi reperfüzyonda, akciğer hasarı oluşumunda sitokinlerin ve polimorfonükleer lökositlerin etkileri bilinmektedir. Ancak uygulanacak intraabdominal periton lavajının sıcaklığının bu hasar üzerine etkilerini inceleyen yeterli çalışma mevcut değildir. Bu nedenle intestinal iske mi reperfüzyon modeli oluşturarak hipotermik (21°C) ve izotermik (37 °C) peritoneal lavajın akciğer hasarı üzerine olan etkilerini araştırdık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamızda 72 adet erişkin erkek Wistar-Albino cinsi rat kullanıldı. Sham grubunda 12, diğer 3 deney grubunda 20şer adet rat kullanıldı. Sham grubuna anestezi sonrası sadece laparotomi uygulandı. Kontrol grubuna 60 dakika intestinal iske mi, 120 dakika reperfüzyon uygulandı. Hipotermik (21°C)ve izotermik (37°C) lavaj gruplarına, kontrol grubuna ek olarak reperfüzyon başında 5 dakika boyunca periton lavajı uygulandı. Reperfüzyon sonrası alınan akciğer örneklerinde akciğer hasarı histopatolojik olarak değerlendirildi. Kanda TNF- $\alpha$ , IL-6 ve IL-10 değerleri ölçüldü.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** İntestinal iske mi reperfüzyon sırasında uygulanan periton lavajının, histopatolojik ve biyokimyasal incelemelerde akciğer hasarını azalttığı ve kanda TNF- $\alpha$  ile IL-6 seviyelerini düşürdüğü görülmüştür (kontrol, soğuk ve sıcak peritoneal lavaj sırasıyla,  $p=0,011$ ,  $p<0,001$ ). Histopatolojik olarak sıcak lavaj, soğuk lavaja göre daha etkilidir( $p=0,046$ ). Sonuç olarak İntestinal iske mi reperfüzyon hasarı gelişme riski olan hastalarda (örn: şok), periton lavajının ısıtılarak (izotermik, 37°C) yapılmasının akciğer hasarı üzerine koruyucu etkileri olabileceği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** İntestinal İskemireperfüzyon, Akciğer Hasarı, İzotermik, Hipotermik, Periton Lavajı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0552 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Ekstragenital endometriozis: Güncel literatür eşliğinde tersiyer bir hastane tecrübesi

Cengiz Tavusbay<sup>1</sup>, Serkan Karaisli<sup>1</sup>, Emine Gür<sup>1</sup>, Haldun Kar<sup>1</sup>, Erdinç Kamer<sup>1</sup>, Kemal Atahan<sup>1</sup>, Neşe Ekici<sup>2</sup>, Mehmet Hacıyanlı<sup>1</sup>

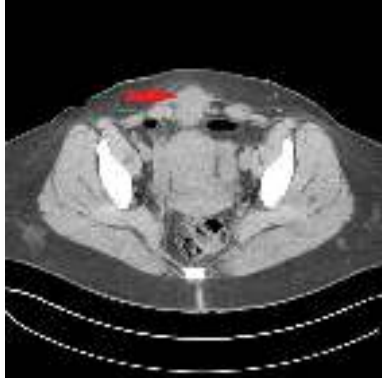
<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Endometriozis; fonksiyonel endometrial gland ve stromal dokusunun uterus dışında bulunmasıdır. Overlerin hormonal uyarısına yanıt veren bu odaklar, en sık özellikle sezeryan ameliyatlarından sonra insizyon skarlarında ve pelvik bölgede lokalize olmakla birlikte, pelvis dışında da çok değişik organ ve dokularda (göz, karın duvarı, böbrek, gastrointestinal sistem, merkezi sinir sistemi, kemik, ...vs) yerleşim gösterebilir. Bazen karsinom gelişimi gibi sekonder değişiklikler görülebilir. Bölgemizin en büyük tersiyer hastanelerinden birisi olan merkezimizde; Ocak 2006- Ocak 2018 yılları arasında ekstragenital endometriozis tanısı konulan hastalara ait klinik, patolojik veriler ve hastalara uygulanan tedavilerin, ilgili güncel literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

**Anahtar Kelimeler:** Ekstragenital endometriozis, karın ön duvarı, şeffaf hücreli karsinom.

**Resim 1.** Karın ön duvarında endometriozise ait abdominal tomografi görüntüsü (kırmızı ok kitleyi göstermektedir).



**Resim 2.** Aynı hastanın ait önden görünümü.



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 3. Kitlenin kesit yüzü.**



**Tablo 1: Hastaların klinik yakınmalara göre dağılımı**

| KLİNİK YAKINMALARI                                       | SAYI                          |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Karın ön duvarında palpabl kitle                         | 24                            |
| Kronik tekrarlayan karın ağrısı                          | 9                             |
| Karın ön duvarda ele gelen kitle+kronik tekrarlayan ağrı | 16                            |
| Akut karın ağrısı                                        | 6 (4 akut apandisit, 2 İleus) |
| Gastrointestinal kanama (Rektal kanama)                  | 5                             |

**Tablo2. Hastalara yapılan girişimlerin listesi.**

| YAPILAN GİRİŞİMLER                        | SAYI |
|-------------------------------------------|------|
| Karın duvarında kitle ekzizyonu           | 29   |
| Karın duvarında kitle ekzizyonu           | 11   |
| Apandektomi                               | 4    |
| Laparoskopi ile sigmoid kolon rezektomisi | 2    |
| Lev. kolektomi rezektomisi                | 1    |
| Hartmann poorectomi                       | 1    |
| Sig. İleostomi ilektomi                   | 1    |
| Sigmoid kolon rezektomisi ile ileostomi   | 1    |
| Karın duvarında kitle ekzizyonu           | 1    |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0553 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Nüks Pilonidal Sinüs Hastalığının Alternatif Tedavisi: Fenol Skleroterapi

Gülden Ballı, Melek Bekler Gökova, Atahan Acar, Murat Kemal Atahan, Ercüment Tarcan  
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Pilonidal sinüs hastalığı, sıklıkla sakrokoksigeal bölgede görülen; etiyoloji ve en uygun yönetimi konusunda halen tartışmaların devam ettiği bir hastalıktır. İlk seçenek tedavisinin cerrahi olduğu kabul görse de seçkin yöneme karar verilememiştir. Tedavide eksizyon, eksizyon ve primer kapama, eksizyon ve marsupiyalizasyon, eksizyon ve flep yöntemleri gibi cerrahi yöntemlerin yanı sıra depilasyon, kavite koterizasyonu, fenol tedavisi gibi konservatif yöntemler de kullanılmaktadır. Literatür ışığında klinik uygulamamız içinde daha az ağrılı, hospitalizasyon gerektirmeyen, işe hızlı dönüş sağlayan, düşük komplikasyon ve nüks oranına sahip, az maliyetli, iyi estetik sonuç veren bir yöntem olarak intrakaviter fenol tedavisinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Bu amaçla Haziran 2014-Kasım 2017 tarihleri arasında polikliniğe pilonidal sinüs yakınması ile başvuran ve fenol tedavisi uygulanan 255 hastadan nüks hastalık nedeni ile tedavi edilen 43 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.. Hastaların 10'u kadın, 33'ü erkek; yaş ortalaması 26,2 idi. Hastaların %20,9 unda geçirilmiş apse öyküsüne bağlı antibiyotik kullanımı mevcuttu. Prosedür iki cerrah tarafından uygulandı. Poliklinik şartlarında pron pozisyonda povidon iyodür ile lokal saha temizliğini takiben; 1 cc lidokain solüsyonu ile sinüs orifisleri çevresine lokal anestezi uygulandı. Orifisleri birleştiren mini kesi ile kavite dilate edildi. Kavite içeriği mekanik olarak kıl, debris ve granülasyon dokularından arındırıldı. Oksijenli su ve %0,9 İzotonik NaCl ile yıkama sonrası kavite volümü kadar Fenolün saf alkoldeki çözeltisi künt uçlu enjektör ile genişlemiş orifisten verildi. 5 dakika beklenerek aspire edildi. Orifis gümüş nitrat ile koterize edilerek pansumanla kapatıldı. 10. gün ve 6. hafta kontrollerinde epitelizeasyon tamamlanmamış ise işlem tekrarlandı. Ortalama seans sayısı 2,4, ortalama takip süresi 15,7 aydı. Aylık kontrollere çağrılan hastalarda tam epitelizeasyon, kür kabul edildi. Takip süresince bir hastada 6 ay içinde nüks saptandı ve fenol yapıldı.

#### BULGULAR:

**SONUÇ:** Mevcut bu bilgiler ışığında yüksek tedavi başarısı, düşük maliyetli, kolay uygulanabilir, düşük morbiditeli olması ve erken işe dönüş sağlanması nedeniyle fenol tedavisinin cerrahi tedavilere alternatif bir yöntem olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** fenol, pilonidal sinüs, skleroterapi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0555 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Over karsinomuna bağlı izole splenik metastaz

Mehmet Uluşahin, Muhammed Selim Bodur, Mehmet Arif Usta, Ali Güner, Serdar Türkyılmaz  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

#### Giriş ve amaç

Dalakta metastaza bağlı kitleler nadir görülen lezyonlardır. Genelde ileri evre hastalık durumunda görülmektedirler. Bu yazıda over kanseri nedeni ile küratif cerrahi işlem uygulanan ve sorunsuz takip edilen hastada 8 yıl sonra ortaya çıkan dalak metastazı vakası sunulacaktır.

#### Olgu sunumu

Over kanseri nedeni ile 8 yıl önce opere edilen 78 yaşında bayan hasta halsizlik şikayeti ile medikal onkoloji polikliniğine başvurdu. Halsizlik şikayetinin 2-3 aydır olduğu ve hastanın günlük hayatını çok fazla etkilemediği öğrenildi. Hastanın diyabet dışında ek problemi olmadığı, over kanseri nedeni ile transabdominal histerektomi ve bilateral salpingoogerektomi (TAH+BSO) operasyonu sonrası onkoloji tarafından tedavi verildiği ve hastalıksız takipte olduğu öğrenildi. Hastanın rutin kan tetkikleri ve over kanserinden opere olması nedeni ile tümör markerları çalışıldı. Rutin laboratuvar değerlerinde problem olmayan hastanın Ca-125 değeri 77,9 U/mL ile normalin üzerinde idi. Bunun üzerine hastaya olası metastaz açısından abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve BT'de dalak orta kesiminde 36x28 mm boyutunda 3 yıl önceki BT ile kıyaslandığında yeni ortaya çıktığı anlaşılan muhtemel metastatik olduğu düşünülen kitle bildirildi (Resim 1, 2, 3). Onkoloji tarafından değerlendirilen hastaya operasyon önerildi. Preoperatif anestezi hazırlığı ve splenektomi için pnömokok aşısının yapılması sonrası hasta opere edildi. Göbek üstü median insizyon ile batına girildi ve dalaktaki metastatik olduğu düşünülen lezyon görüldü. Dalak ligamanları kesilerek dalak serbestlendi ve hilus bölgesinde splenik arter ve ven bağlanarak splektomi işlemi gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde ateletaksi dışında problemi olmayan hasta 5. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu 4x3x3,5 cm karsinom metastazı olarak raporlandı. Medikal onkoloji tarafından postoperatif patolojisi ile değerlendirilen hastaya ileri yaş nedeni ile adjuvan tedavi düşünülmeydi. Poliklinik kontrolleri sorunsuz devam ediyor.

#### Sonuç ve tartışma

Over kaynaklı tümörlerde dalak metastazları ileri evre hastalık durumunda görülebilmekle birlikte izole dalak metastazı oldukça nadir bir durumdur. Spesifik bir semptomu yoktur. Rutin kontroller sırasında ya da halsizlik, nonspesifik karın ağrısı gibi şikayetler ile başvuran hastalarda tespit edilebilir. Genellikle Ca-125 seviyesinin yükselmesi beklenir. BT dalaktaki lezyonu göstermek açısından başarılıdır fakat kesin tanı için patolojik inceleme gereklidir. Patolojik inceleme için iğne biyopsileri önerilmemekte ve splenektomi sonrasında patolojik tanı seçeneği daha çok tercih edilmektedir. Başka organ yayılımı olmayan, izole dalak metastazlarına uygulanan splenektominin hayatta kalma süresini uzattığı bildirilmektedir. Uygun hastalarda cerrahi tedavi sonrası adjuvan kemoterapi hastada sağkalımı daha da uzatabilir. Sonuç olarak over kanseri nedeniyle opere edilen hastalarda takiplerde tespit edilen izole dalak metastazlarında splenektomi en uygun seçenektir. Sağkalım üzerine olumlu etkisi mevcuttur. Splenektomiye eklenen adjuvan kemoterapinin sağkalımı daha da arttırabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** over kanseri, metastaz, dalak, kitle

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



BT'de aksiyel kesitte dalaktaki metastatik kitleye ait görünüm

**Resim 2**



BT'de koronal kesitte dalaktaki metastatik kitleye ait görünüm

**Resim 3**



BT'de sagittal kesitte dalaktaki metastatik kitleye ait görünüm

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr







www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0557 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Fournier gangreninde vakum yardımcı kapama tedavisinin faydaları

Oğuzhan Sunamak, Umut Kına, Mehmet Onur Gül, Mehmet Torun  
S.B.Ü Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Nekrotizan fasiit; fasyanın çok kısa sürede mortal seyredebilen bakteriyel enfeksiyonudur. Genital ve perineal bölgeleri ilgilendirdiği takdirde Fournier gangreni olarak da anılır. Fournier gangreninin orijinal tanımında altta yatan bir sebep olmaksızın geliştiği söylenmekte olsa da, günümüzde, hastalığa zemin hazırlayan diabetes mellitus(DM), alkol kullanımı ve HIV gibi hastalıkların olduğu görülmüştür [2]. Biz de bu yazımızda antibiyoterapi, debridman, vakum yardımcı yara kapama (VAC) sistemleri ve HBO tedavisi kullanak tedavi ettiğimiz 3 farklı vakadan bahsedeceğiz

#### Vaka 1

Elli iki yaşında kadın hasta 4 gündür mevcut olan genital bölgedeki şişlik nedeniyle hastanemize başvurdu. Multidisipliner olarak hasta değerlendirilerek aynı gün içerisinde geniş debridman uygulandı ve yarası VAC tedavisi ile kapatıldı. DM, hipertansiyon(HT), Graves ve periferik arter ek hastalıkları ve sepsisle birlikte olması nedeniyle 2 gün boyunca yoğun bakım ünitesinde(YBÜ) takibi yapıldı. Hastaya toplamda iliofemoral bypass greftini de içine alan 7 kez debridman ve VAC uygulaması gerekti.

#### Vaka 2

Elli sekiz yaşındaki erkek hasta 4 gün önce yapılan perianal abse drenajından sonra şikâyetlerinin gerilememesi nedeniyle tarafımıza başvurdu. Sol tarafta perineden skrotum ve kasiğa uzanan şişlik kızarıklık ödem görülen, bilinen DM olan hastaya insülin tedavisi başlandı ve aynı gün içerisinde ilk debridmanı gerçekleştirildi. Nekroz alanı perineal bölgeye uzanan hastaya aynı seansta saptırıcı kolostomi açıldı. VAC tedavisi ile 22 gün boyunca takip edilen hastaya bu süreçte 8 kez debridman ve VAC değişimi uygulandı. Hastaya HBO tedavisi yapılmadı.

#### Vaka 3

Elli bir yaşında bilinen DM, hiperkolesterolemisi, HT, astımı ve kronik renal yetmezliği(KRY) olan kadın hasta 1 aydır bulunan sol kasıkta akıntılı fistülü olması nedeniyle tarafımıza danışıldı ve nekrotizan fasiit ön tanısı ile nakil alındı. Geniş debridman yapılarak VAC uygulandı ve abdominal bölgede olduğu için HBO tedavisi de eklendi.

#### Tartışma

Tanı ve tedavide gecikilmesi veya yetersiz kalınması durumunda mortalitesi ve morbiditesi yüksek seyretmektedir. Tek başına cerrahi debridmanla mortalite ve morbidite yüksektir. Bu nedenle HBO, VAC tedavisi gibi ek tedaviler kullanılmaktadır. Kültür üremelerine dayanarak hastanın tanısı konur konmaz geniş spektrumlu antibiyotiklere başlamak gerekir. Yaş, diyabet, immünsupresyon diğer sistemik hastalıklar, hastalığın fokal veya diffüz olması ve stres kaynağı olan durumlar immun sistemi etkileyerek sepsisin kontrol edilemez hale gelip mortal seyretnesine neden olabilir. HBO tedavisi, VAC uygulaması, saptırıcı ostomi tedaviyi daha etkin kılar. VAC kullanılması kontaminasyonu önleyerek anjiogenezi hızlandırır.

#### SONUÇ

Debridman sonrası yaranın steril kapatılmasına olanak sağlayan VACın tek başına HBO kullanılmadan başarılı olduğunu gördük. Özellikle perinedeki gangrenlerde debridman sonrası HBO olmaksızın, tek başına VAC yeterli tedaviyi sağlayabilir. VAC, HBO tedavisinin, debridman ve antibiyoterapiye ek olarak kullanıldığında, mortalite ve morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** fournier gangreni, debridman, nekrotizan fasiit, hiperbarik oksijen, vakum yardımcı kapatma

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

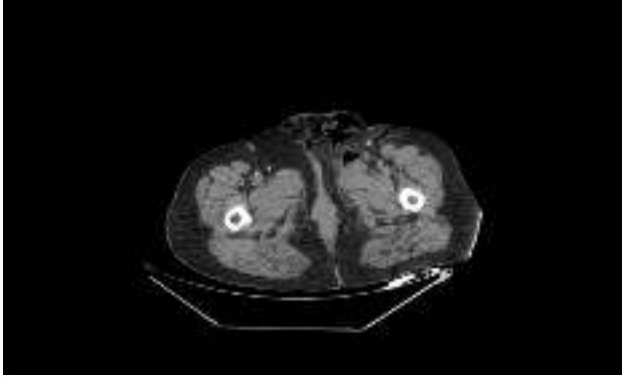
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

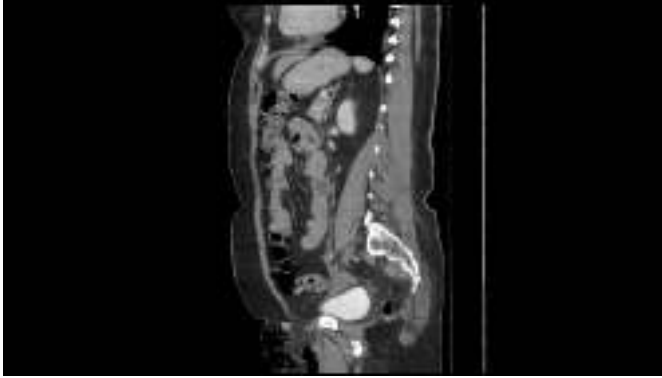


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

vaka 1 tomografi 1



vaka 1 tomografi 2



vaka 2 6ay sonra





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

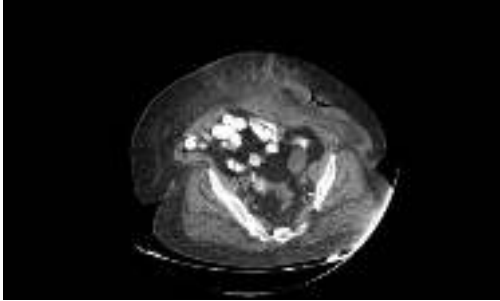
**vaka 2 GREFT**



**vaka 2 VAC**



**vaka 3 tomografi 1.resim**



**vaka 3 tomografi 2**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0558 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Travma Dışı Sebeplerle Yapılan Splenektomilerde Tek Merkez Deneyimi

Gökhan Demiral, Muhammed Kadri Çolakoğlu, Süleyman Kalcan, Ali Özdemir, Ali Demir, Ahmet Pergel  
Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Rize

**AMAÇ:** Abdominal travmalarda en sık yaralanan ikinci organ dalak olup; travma splenektomisinin en yaygın nedenidir. Diğer taraftan medikal tedaviye dirençli ve agresif seyreden hematolojik hastalık varlığında ise splenektomi önemli bir tedavi seçeneği olmaktadır. Bunun yanı sıra dalağın primer hastalıklarında ve diğer malignite operasyonlarında da prosedürel olarak da splenektomi yapılabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde travma dışı sebeplerle yapılan splenektomi endikasyonları değerlendirildi.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2012- Aralık 2017 yılları arasında kliniğimizde travma dışı nedenlerle splenektomi uygulanan 37 hastaya ait veriler retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet ve splenektomi endikasyonları değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların 19' u kadın (%51,3) erkek, 18'i (%48,7) erkek olup yaş ortalaması 55,1 (18-79) idi. Splenektomi sebepleri 13 hastada (%48,6) mide adenokarsinom, 3 hastada (%8,1) kolon karsinomu, ikişer hastada (%5,4) sırasıyla dalak kisti, dalak apsesi, pankreas nöroendokrin tümör, hemanjiyom ve birer hastada (%2,7) sırasıyla foliküler hiperplazi, idiyopatik trombositopenik purpura (ITP), mezotelyal kist, şüpheli atipik lenfoid, renal karsinom, ürotelyal karsinom, pankreas musinöz kistadenokarsinom, özefagus kanseri, pankreas musinöz kist adenom, pankreas intrapankreatik musinöz neoplazm (IPMN), böbrek sarkomatoid karsinom, non-Hogkin lenfoma, trombotik trombositopenik purpura (TTP) ve spontan rüptür idi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Farklı ülkelerde yaşla birlikte değişmekle birlikte travma dışı splenektomi endikasyonları arasında hematolojik hastalıklar, infeksiyonlar ve batın içi diğer operasyonlarda prosedür gereği yapılanlar ilk sıralarda yer almaktadır. Kliniğimizde hematolojik hastalıklar ve dalağın diğer primer patolojileri sebebiyle yapılan splenektomi oranının oldukça düşük olduğu diğer yandan intraabdominal maligniteler sebebiyle yapılan prosedürel splenektomi sayısının ise yüksek olduğu gözlemlendi.

Son yıllarda gerek tümör cerrahisine yaklaşım prensiplerinin değişmesi gerekse de damar mühürleme ve doku diseksiyonunda kullanılan enerji cihazlarının artan sıklıkta kullanılması ile prosedürel splenektomi oranlarının azalacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Splenektomi, hematolojik hastalıklar, prosedürel splenektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Splenektomi sebepleri

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Mide adenokarsinom                 | 13 |
| Kolon karsinom                     | 3  |
| Dalak kisti                        | 2  |
| Dalak apsesi                       | 2  |
| Pankreas nöroendokrin tümör        | 2  |
| Hemanjiyom                         | 2  |
| Foliküler hiperplazi               | 1  |
| ITP                                | 1  |
| Mezotelyal kist                    | 1  |
| Şüpheli atipik lenfoid             | 1  |
| Renal karsinom                     | 1  |
| Ürotelyal karsinom                 | 1  |
| Pankreas musinöz kistadenokarsinom | 1  |
| Özefagus kanseri                   | 1  |
| Pankreas musinöz kist adenom       | 1  |
| Pankreas IPMN                      | 1  |
| Böbrek sarkomatoid karsinom        | 1  |
| Non Hogkin Lenfoma                 | 1  |
| TTP                                | 1  |
| Spontan rüptür                     | 1  |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0559 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Splenektomi sonrası tanı konulan sarkoidoz olgusu

Mehmet Uluşahin, Arif Burak Çekiç, Reyhan Yıldırım, Ali Güner, Serdar Türkyılmaz  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

#### Giriş ve amaç

Sarkoidoz birçok sistemi etkileyen granulomatoz bir hastalıktır. En sık akciğerleri tutmaktadır. Bu yazıda splenektomi sonrası tanı konulan sarkoidoz vakası takdim edilecektir.

#### Olgu sunumu

35 yaşında erkek hasta 1 buçuk aydır devam eden balgamlı öksürük şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Solunum muayenesinde sağda ronküs tespit edilen hastanın dış merkez toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral yamalı buzlu cam görünümü tespit edildi. Bronkoskopi ile yapılan lavajda % 31 lenfosit tespit edildi, alınan biyopsiler benign olarak raporlandı. Tüberküloz açısından çalışılan mikrobiyolojik testler negatif olarak bildirildi. Hastaya hipersensitivite pnömonisi tanısı ile metilprednizolon tedavisi başlandı ve tedavi ile semptomlarında iyileşme tespit edildi. Hastada 1 ay sonra karın ağrısı gelişmesi üzerine başvurduğu acil serviste çekilen abdomen BT'de dalak ve karaciğerde multipl 1 cm'den büyük, hipodens lezyonlar ve portal hilusta lenf nodları tespit edildi (resim 1, 2). Hematoloji bölümünde değerlendirilen hastada tanınal amaçlı splenektomi önerildi. Operasyon laparoskopik olarak planlandı. Sağ lateral dekübitis pozisyonunda sol subkostal hat üzerine midklaviküler çizgi, umblikus komşuluğu, ön aksiler ve arka aksiler çizgi hizalarından girilen 1 adet 12 mm'lik, 1 adet 10 mm'lik ve 2 adet 5 mm'lik portlar operasyona başlandı. Dalak ligamanlarından ayrıldıktan sonra splenik hilusa yerleştirilen laparoskopik damar stapler ile dalak tam olarak ayrıldı ve splenektomi uygulandı. Karın dışına spesmen poşeti yardımı ile büyük parçalar halinde çıkartıldı. Postoperatif dönemde problem ile karşılaşılmayan hasta 3. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu sarkoidoz ile uyumlu nonkazeifiye granulomatoz iltihap raporlandı. Postoperatif dönemde göğüs hastalıkları tarafından takip edilen hastaya karaciğer, akciğer ve dalak tutulumu olan sarkoidoz tanısı ile metilprednizolon tedavisi 1 yıl kadar verildi. Ardından metilprednizolon tedavisi kesilen hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

#### Tatışma ve sonuç

Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen granulomatoz bir hastalık olarak bilinmektedir. Genç yaşlarda ve kadınlarda daha çok gözükür. Birçok sistemi tutabilir ve tuttuğu sistemlerde nonkazeifiye granülomlar oluşturması ile karakterizedir. En sık akciğer ve lenf bezleri tutulumu görülmekle beraber diğer organlarda da gözükabilir. Hastaların büyük kısmı asemptomatik olmakla beraber semptomatik olan vakalarda en çok öksürük ve nefes darlığı ile karşılaşılır. Hastaların bir kısmında spontan remisyon görülebilir. Görüntüleme teknikleri semptomlar ve fizik muayene bulguları ile birleştirildiğinde kıymetli olmakla beraber tanı genellikle biyopsi ile konulur. Abdomen BT'de karaciğer ve dalakta multipl nodüler lezyonlar, hepatomegali, splenomegali ve lenfadenopati ile karşılaşılabilir. Dalak lezyonları içerisinde nadir olarak görülsede tarif edilen lezyonların görülmesi ya da bu lezyonlara solunumsal semptomların eşlik etmesi durumunda sarkoidoz tanısı mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** splenik kitle, sarkoidoz, granulomatoz lezyon, nonkazeifiye

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



BT'de aksiyel kesitte dalaktaki ve karaciğerdeki multipl 1 cm'den küçük hipodens lezyonlar görülmekte.

**Resim 2**



BT'de koronal kesitte dalaktaki ve karaciğerdeki multipl 1 cm'den küçük hipodens lezyonlar görülmekte.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0560 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Kist hidatik nedeni ile uygulanan splenektomi olgularımız

Mehmet Uluşahin, Arif Burak Çekiç, Kadir Tomas, Mehmet Arif Usta, Serdar Türkyılmaz  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

#### Giriş ve amaç

Kist hidatik etkeni ekinokokkus granulosus olup ülkemizde hala ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Kist hidatik en sık karaciğer ve akciğer de görülse de dalak kist hidatik vakaları ile de azımsanmayacak oranda karşılaşılmaktadır. Kliniğimizde opere edilen dalak kist hidatik vakalarının özellikleri derlenerek sunulması amaçlanmıştır.

#### Hastalar ve yöntem

2011-2017 yılları arasında dalak kist hidatigi nedeniyle opere edilen 6 hasta çalışmaya dahil edildi.

#### Bulgular

Hastaların 4'ü erkek, 2'si bayandı. Ortalama yaş 49,8 (31-71) idi. Hastaların en sık başvuru şikayeti karın ağrısı idi. Hastaların bütününde preoperatif abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) mevcuttu ve kist hidatik bildirilmişti. Hastaların sadece 1'inde splenomegali mevcutken diğer hastaların dalakları normal boyutta idi. Bütün hastalara splenektomi uygulandı. Hastaların 2'si ASA 1, 3'ü ASA 2, 1'ise ASA 3 idi. Bütün hastalara operasyondan 2 hafta önce pnömokok ve influenza aşıları yapıldı. Bir hastada operasyona laparoskopik başlanıp kist rüptürü şüphesi ile açığa dönülürken diğer hastaların bütünü açık yöntemle opere edildi. Hastaların 2'sinde aynı seansta hem karaciğer kist hidatigi nedeniyle kistotomi + drenaj hem de dalak kist hidatigi nedeniyle splenektomi uygulandı; 4 hastaya ise izole dalak tutulumu nedeniyle sadece splenektomi uygulandı. Bu 4 hastadan 1'i daha önce karaciğer kist hidatik nedeni ile opere edilmişti. Hastaların 5'inde dalakta tek kist tespit edilirken 1 hastanın dalağında 3 adet kist hidatik mevcuttu. Toplamda 6 hastadaki 8 kistin ortalama boyutu 8,9 (2,5-28) cm idi. İntraoperatif transfüzyon ihtiyacı hiçbir hastada olmadı. Ortalama hastanede yatış süresi 8,5 (5-17) gün idi. Postoperatif dönemde 2 hastada atelektazi gelişmesi dışında komplikasyon ile karşılaşılmadı. Mortalite hiçbir hastada görülmedi. Tüm hastalar taburcu edilirken antiparaziter tedavi verildi. Takiplerde daha önce karaciğer kist hidatikten opere olup izole dalak kist hidatik nedeni ile splenektomi uygulanan 1 hastada 5 cm'lik nüks karaciğer kist hidatik tespit edildi ve perkütan olarak tedavi edildi.

#### Tartışma ve sonuç

Splenik kistlerin sık sebeplerinden biri kist hidattır ve ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Dalak kist hidatiklerinde spesifik semptom yoktur. Kist hidatik nedeni ile takipli olan hastalarda kontrol görüntülemelerde insidental olarak ortaya çıkabilir. Ya da bazı hastalarda karın ağrısı veya bası semptomları olabilir. Splenomegali fizik muayenede bazen karşımıza çıkabilir. Tanıda serolojik testler ve görüntüleme yöntemleri yardımcıdır. Splenik kist hidatik için en çok uygulanan tedavi splenektomidir. Genellikle açık yöntem tercih edilse de seçilmiş vakalarda laparoskopi de uygulanabilir. Sonuç olarak dalak kisti ayırıcı tanısında kist hidatik akılda bulundurulmalı, hastalar bu açıdan dikkatle sorgulanmalıdır. En uygun tedavi splenektomidir.

**Anahtar Kelimeler:** Dalak, kist hidatik, ekinokokkus granulosus

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0561 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Karın Cerrahisi Sonrası Yabancı Olmayan Yabancı Cisim İmajı: Distal Sternal Kleft: Olgu Sunumu

Umut Ercan<sup>1</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>2</sup>, Şükrü Taş<sup>3</sup>, Mehmet Yılmaz Akgün<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kahta Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adıyaman

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çanakkale

#### AMAÇ:

Batın içi yabancı cisim (spanç, klemp, cerrahi iğne ucu) unutulması tüm ameliyatlarda olabilecek olası bir komplikasyondur. Batın içi unutulmuş yabancı cisimlerin insidansı literatürde yaklaşık olarak 1000-1500 intraabdominal operasyonda bir olarak belirtilmiştir. Batın cerrahisinde unutilan yabancı cisimler; ileus, peritonit, brid veya apse oluşumu ve fistüller gibi birçok komplikasyona ve bunun sonucunda ölüme neden olabilmektedirler. Kas iskelet sisteminin değişik anomalileriyle birlikte veya izole halde kosta, kıkırdak ve sternumu çok değişik şekillerde etkilemiş olabilen konjenital göğüs duvarı deformiteleri görülebilmektedir. Çalışmamızda fizik muayenesinde yabancı cisim imajı veren distal sternal kleftli olgunun klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde sunumu amaçlanmıştır.

#### OLGU:

İleus nedeniyle 2 ay önce opere olan ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran 71 yaşında erkek hasta epigastrik bölgede ağrı tarifliyordu. Fizik muayenede palpasyonla epigastriumda gövde kısmı 3 cm, gövdenin alt kısmından iki yana uzan bacak kısımları 5'er cm boyutlarında sert, mobil kitle palpe edildi. Abdomene yönelik yapılan bilgisayarlı tomografi görüntülemesinin incelemesinde kitle distal sternal kleft izlendi (Resim 1).

#### Tartışma ve SONUÇ:

Batın içi yabancı cisimler sıklıkla acil ve batın içi kanamanın fazla olduğu ameliyatlarda görülür. Ameliyat bitiminde cerrahi alanın kontrolü, cerrahi alet ve spanç sayımların yapılması bu durumu önlemede en önemli yöntemdir. Batın içi yabancı cisimler nadir olarak görülseler de abdominal cerrahi anamnezi olan semptomatik hastalarda akla gelmesi ve araştırılması gereken durumlardır. Erken teşhis ve tedavi morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltır.

**Anahtar Kelimeler:** Distal sternal kleft, batın içi yabancı cisim, bilgisayarlı tomografi

#### Resim 1



Distal sternal kleftin görünümü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0562 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Tailgut Kisti-Retrorektal Kistik Kitle: Olgu Sunumu

Umut Ercan<sup>1</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>2</sup>, Şükrü Taş<sup>3</sup>, Muammer Karaayvaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kahta Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adıyaman

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çanakkale

#### GİRİŞ

Retrorektal kistik hamartom olarak bilinen tailgut kistleri retrorektal-presakral boşlukta sebat eden ve embriyonik hindgut kalıntısı olan nadir konjenital lezyonlardır. Sıklıkla orta yaş kadınlarda asemptomatik olarak gözlenirler. Abdominal ağrı ve konstipasyon gibi semptomlara neden olabilirler. En önemli komplikasyonları perianal apse, anorektal fistül ve kist duvarında gelişebilen müsinöz adenokarsinomdur. Çalışmamızda ender görülen bu olgunun klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde sunumu amaçlanmıştır.

#### OLGU:

Konstipasyon şikayeti ile başvuran 28 yaşında kadın hasta rektal bölgede son iki ayda ileri derecede büyüme gösteren kitle tarifliyordu. Fizik muayenede perirektal bölgede palpabl kitle mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde anormallik saptamadı. Pelvise yönelik yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde koksiks anteriorunda yaklaşık 62x53 mm boyutta rektum ve koksiks arasında uzanım gösteren T1A sekanslarda ara intens, T2A sekanslarda hiperintens kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Klinik ve radyolojik bulgular ışığında presakral alanda retrorektal yerleşimli kitle tailgut kisti olarak değerlendirildi. Hastanın dış merkezde cerrahisi planlandı.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Tailgut kistleri 1/40.000-63.000 insidanda sıklıkla 4. dekatta kadınlarda gözlenen embriyolojik tailgut regresyon defekti sonucu oluşan çoğunlukla asemptomatik olan kistlerdir. Bu nedenle rektal veya jinekolojik muayenede rastlantısal olarak saptanmaz ise genellikle büyük boyuta ulaştığında ya da komplikasyon geliştiğinde tanı konulabilmektedir. Enfeksiyon ve malign transformasyon gibi komplikasyonlar nedeniyle tedavide cerrahi rezeksiyon planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tailgut kisti, Retrorektal kistik hamartom, Perirektal kitle

#### Resim 1



Retrorektal kistik kitlenin MR görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0563 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Perineal Agresive Anjiomiksoma

Süleyman Atalay<sup>1</sup>, Güler Gamze Eren Özcan<sup>2</sup>, Tuba Gülçelik<sup>1</sup>, Emine Sümeyra Bölük<sup>1</sup>, Adem Aslan<sup>1</sup>, Ahmet Ziya Balta<sup>1</sup>, İlker Sücüllü<sup>1</sup>, Yavuz Kurt<sup>1</sup>

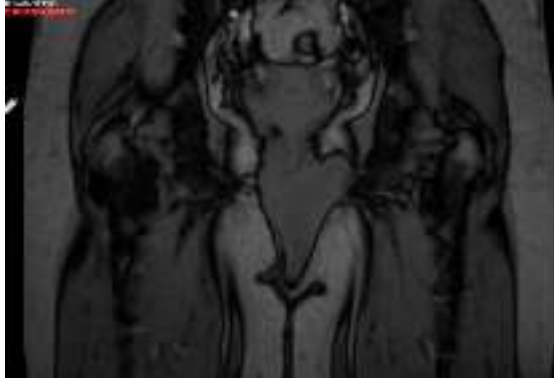
<sup>1</sup>Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

Anjiomiksoma özellikle doğurganlık çağındaki bayanlarda, özellikle perine, pelvis, gluteal bölgede oldukça nadir görülen benign bir tümördür. Burada perineal hemanjiyom ön tanısıyla opere edilen, patolojik değerlendirmesi anjiyomiksoma olarak rapor edilen 39 yaşındaki bayan olgu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Anjiomiksoma, Perine Cerrahisi, Benign Tümör

Figür 1



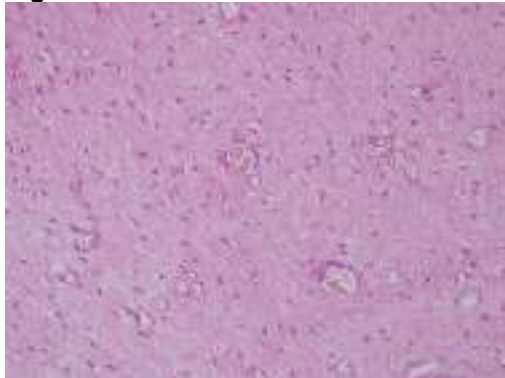
Anjiomiksoma pelvik mr görünümü

Figür 2



Peroperatif kitle görünümü

Figür 3



Patolojik görünüm

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0564 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Pilonidal Sinüs Hastalığında Primer Onarım ve Limberg Flep Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Umut Ercan<sup>1</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>2</sup>, Şükrü Taş<sup>3</sup>, Mustafa Kalkan<sup>1</sup>, Muammer Karaayvaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kahta Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adıyaman

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çanakkale

#### GİRİŞ:

Pilonidal sinüs hastalığı en sık sakrokoksigeal bölgede intergluteal sulkusta görülen benign seyirli kronik bir hastalıktır. Sıklıkla 15-25 yaşları arasında gözlenen hastalık erkeklerde yaklaşık 4 kat daha fazla saptanır. Etiyolojide kıl foliküllerinin oluşturduğu yabancı cisim reaksiyonu suçlanmaktadır. Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde birçok konservatif ve cerrahi yöntem tanımlanmış olup bu yöntemlerden hiçbirisi halen ideal tedavi yöntemi olarak literatürde yer bulamamıştır. Çalışmamızda pilonidal sinüs eksizyonu sonrası primer ve limberg flep ile yapılan onarımların sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

#### MATERYAL-METOD:

Çalışmaya kliniğimizde 2015 Ocak ve Aralık ayları arasında Kahta Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran, pilonidal sinüs hastalığı tanısı konulan ve opere edilen toplam 143 (Erkek /Kadın 98/45) hasta retrospektif olarak veri tabanından taranarak dahil edilmiştir. Rekürren hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Hastaların tümü standart spinal anestezi eşliğinde ve prone pozisyonunda opere edildi. Tüm hastalar post-operatif 24 saat içinde taburcu edildi. Hastalar uygulanan cerrahi girişim tipine göre; grup A (n: 88) (Total Eksizyon + Primer Kapatma yapılan olgular), grup B (n:55) (Total eksizyon + Limberg flep yapılan olgular) olarak değerlendirmeye alındı. Hastalarda; yaş, cinsiyet, hastanede yatış süresi, nüks oranı ve erken dönem komplikasyon oranları araştırıldı.

#### BULGULAR:

Pilonidal sinüs tanısıyla 1 yıllık periyotta opere edilen toplam 143 (Erkek /Kadın 98/45) olgunun yaş ortalaması 22,1 yıl ve yaş aralığı 13-44 yıl olarak bulundu. Olguların ortalama takip süresi 24 ay olup bu dönemde nüks oranları eksizyon ve primer kapatmada %5,6 (n:5), eksizyon ve Limberg flep yönteminde %3,6 (n:2) olarak bulundu. Yara enfeksiyonu erken dönemde en çok görülen komplikasyon olup oranları eksizyon ve primer kapatmada %17(n:15), eksizyon ve Limberg flep yönteminde %18,1 (n:10) olarak bulundu. Gruplar arasında postoperatif hematoma açısından anlamlı fark yoktu (p>0,05). Hastalarda flep iskemisi görülmedi.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Pilonidal sinüs tedavisinde birçok konservatif ve cerrahi yöntem kullanılmakta olup bu tedavi yöntemlerinin hiçbirisi tam olarak kür sağlayamayıp nüksü engelleyememektedir. Hastalığın yayılımı, cerrahın deneyimi ve hastanın önceliklerine göre cerrahi yöntemin preoperatif ortak karar ile belirlenmesi ve uygulanması en doğru yöntem olarak tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Pilonidal sinüs, Primer onarım, Limberg flep

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0565 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Akut Apandistin Eşlik Ettiği Akut Pankreatit Olgusu

Ahmet Orhan Sunar, Yusuf Emre Aydin, İbrahim Ethem Cakcak, Eyüp Kahya, Doğan Albayrak  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Edirne

**GİRİŞ:** Acil cerrahi patolojiler nadir de olsa birbirine eşlik edebilir ve bu durum eksik tanı konmasına sebep olabilir. Bu yazıda hastanın muayenesi değerlendirilerek yapılan görüntüleme ve tetkikler ile doğru tanıya ulaştığımız eş zamanlı akut bilier pankreatit ve akut appendisit vakasını sunmayı hedefledik

**OLGU:** 20 yaşında erkek hasta acil servise yaklaşık 12 saat önce başlayan karın ağrısı, yüksek ateş, bulantı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Karın muayenesinde sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyeti, sağ alt kadranda reboundı mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde lökosit:17,500/uL, CRP:21.4mg/dl, T/D Bilirubin: 2.7/1.7mg/dl, ALT:122U/L AST:125U/L AMİLAZ:2100U/L LİPAZ:6400U/L ALP:139U/L GGT:312U/L olarak saptandı. Hepatobilier ultrasonografide safra kesesi duvar kalınlığı 6 mm ile artmış ve lümen içerisinde multipl milimetrik kalküller mevcut olup koledok ve intrahepatik safra yolları normal boyutta değerlendirildi. Mevcut bulgular ile akut pankreatit düşünüldü. Muayenede sağ alt kadranda rebound olması ve geçirmiş olduğu pankreatite sekonder oluşabilecek pankreatik nekroz ihtimali düşünülerek hastadan tüm karın tomografisi istendi. Çekilen karın tomografisinde safra kesesi duvar kalınlık artışının mevcut olduğu, pankreatite sekonder ödematoz görünümün izlendiği, appendiks çevresinde mezenterin kirli olduğu, appendiks çapının 1 cm ile artmış ve akut appendisit ile uyumlu olarak görüldüğü raporlandı. Hasta acil olarak operasyona alındı. Yapılan laparoskopide bulgular görüntülemeler ile uyumluydu. Eş zamanlı laparoskopik appendektomi ve laparoskopik kolesistektomi yapıldı.

**SONUÇ:** Acil cerrahi gerektirecek akut karınlı hastalarda nadir de olsa iki farklı cerrahi patoloji bir arada olabilir ve diğer cerrahi patoloji farkedilmezse hastanın tedavisi gecikebilir. Kliniğimizde akut bilier pankreatit tanılı hastalar genellikle yatırılıp takip edilmekte ve kolesistektomi ortalama 4-6 hafta sonrasına elektif olarak planlanmaktadır. Ancak bu vakada olduğu gibi tek bir tanıya odaklanmayıp hastanın muayene bulgularını iyi değerlendirmeli ve nadir de olsa akut pankreatit ile birlikte olabilecek akut appendisit kliniği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** akut,apandisit,eş zamanlı,laparoskopik,pankreatit,

#### akut appendisit bulguları



#### Akut kolesistit bulguları



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0566 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Nuck Kanal Kisti: Olgu Sunumu

Mehmet Gülmez<sup>1</sup>, Duygu Demiriz Gülmez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Opr. Dr. Ergun Özdemir Görele Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Giresun, Türkiye

<sup>2</sup>Opr. Dr. Ergun Özdemir Görele Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Giresun, Türkiye

**GİRİŞ:** Nuck kanal kisti, kız çocuklarında prosesus vaginalisin kapanma defekti sonucu oluşan inguinal bölgenin kistik bir patolojisidir. Nuck kanal kisti, kasıkta, genellikle ağrısız, sert, batın içine redükte edilemeyen kitle şeklinde bulgu vermektedir. Bu sebeple "sliding" ya da etrangüle herni ile sıkça karıştırılmaktadır. Ayırıcı tanıda lipom, lenfadenopati ve apse gibi oluşumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Nuck kanal kistinin tedavisi kistin açık cerrahi rezeksiyonudur.

**OLGU:** Otuz yaşında kadın hasta sağ kasıkta kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Sağ inguinal kanal üzerinde, batına redükte edilemeyen, ağrısız, mobil kitle tespit edildi. Hastaya ameliyat öncesinde ultrasonografi (US) planlandı. Ultrasonografide kitle inguinal kanal ile bağlantısı net olarak seçilemeyen 3x2 cm'lik kistik kitle olarak rapor edildi. Hasta operasyona alındı ve kistik lezyon rezeke edildi. Histopatolojik incelemede açık renkli sıvı ile dolu, duvarlarında yer yer düz kas dokuları bulunan, mezotelyal karakterde tek katlı küboidal hücrelerle döşeli kist olarak tanımlandı. Postoperatif dönemde herhangi bir problem yaşanmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

**SONUÇ:** Nuck kanal kisti pratikte çok nadir görülmemesine rağmen literatürde aynı sıklıkta yer almamaktadır. Konunun detaylarının daha çok bilinmesi gerçek sıklığın belirlenmesi ve tanısal yaklaşım açısından daha faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Nuck kanal kisti, Prosesus vaginalis, Inguinal kanal

#### Resim 1



Nuck kanal kisti

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0567 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Eş zamanlı pectoral kas içi ve akciğerin kist hidatik hastalığı, vaka sunumu

Mertcan Akçay<sup>1</sup>, Abidin Şehitoğulları<sup>2</sup>, Fehmi Çelebi<sup>1</sup>, Yeşim Akdeniz<sup>1</sup>, Yasin Alper Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ABD, Sakarya

<sup>2</sup>Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi ABD, Sakarya

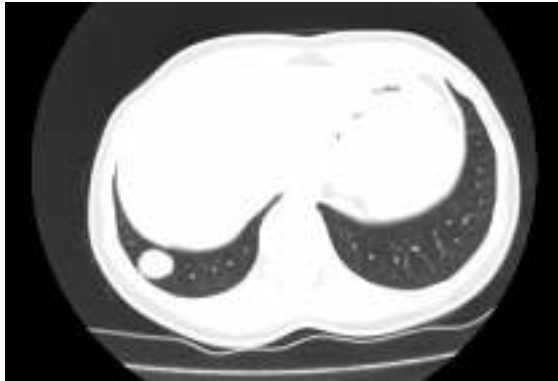
**GİRİŞ:** Hidatik hastalığı sıklıkla Echinococcus granulosus'un neden olduğu bir helmintik zoonozdur. Hidatik hastalık ülkemizde görülme sıklığı 1/20.000 ile 1/50.000 arasında bildirilmektedir. Ağızdan alınan larvaların portal sistemi yoluyla vücutta uğradığı ilk istasyon karaciğerdir. Bu nedenle hastalığı en sık görüldüğü organ karaciğerdir (%75), onu akciğer izler. İntratorasik ekstrapulmoner tutulum yerleri arasında mediasten, plevra, perikard ve göğüs duvarı sayılabilir. Bu olgumuzda memede kitle şikayetiyle polikliniğimize başvuran ve yapılan tetkiklerinde meme ve akciğerde eş zamanlı olarak kist hidatik saptanan hastamıza değindik.

**OLGU:** 27 yaş bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta sol memede ele gelen kitle sebebiyle polikliniğimize başvurdu. Bilateral meme usg de sol meme kuyruğunda pectoralis majör kası içerisinde lobüle konturlu 22\*17.5 mm boyutlu heterojen tarzda hipoekojen düzensiz sınırlı lobüle konturlu solid lezyon gözlemlendi. Lezyon çevresi kas lifleri arasında ince anekojen koleksiyonlar ve ekojenite artışı görüldü. Bu alandan alınan tru-cut biopside kist hidatiğe ait kitin membran gözlemlendi. Kist hidatik hastalığı kaynaklı düşünülen hastanın olası farklı lokalizasyonda benzer lezyon araştırmak amaçlı toraks+batın bilgisayarlı tomografisi çekildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer alt lobta posterobazal segmentte 23 mm çapında düzgün konturlu solid görünümde hipodens nodüler kitle gözlemlendi şeklinde yorumlandı. Memede mevcut lezyona takip kararı alındı. Göğüs cerrahisine yönlendirilen hasta akciğer kist hidatiği düşünülerek opere edildi. Mini torakotomi+enükleasyon ile kitle eksize edildi. Postoperatif toraks drenleriyle takip edilen hasta akciğer ekspansiyonu üzerine drenleri çekilerek komplikasyonsuz taburcu edildi. Postoperatif patolojisi kist hidatik ile uyumlu geldi. Albendazol tedavisi altında takipleri süren hastada mevcut süreçte nüks gözlemlenmedi.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Hidatik kistin tedavisi cerrahidir. Hastalık tespit edilince tedavi geciktirilmeden yapılmalı ve komplike olmasının önüne geçilmelidir. Özellikle rüptür riski olan dev kistlerde ve santral sinir sistemi ve mediasten gibi vital organlarda yerleşen kistlerde vakit kaybedilmemelidir. Bu tür lokalizasyonlardaki kist hidatik operasyonlarında dikkatsiz eksplorasyon nedeni ile iatrojenik rüptür sonucu dökülen küçük kız kistlerin yayılmasına, dolayısıyla nüks olgularına yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle bizim vakamızda da olduğu gibi hidatik kistler mümkün olduğunca rüptüre edilmeden enükle edilerek çıkarılmalı, kistin kavite alanı serum saleli sıvılarla irriga edilmeli ve benzimidazoller ile de profilaksi sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** kist, hidatik, akciğer, pectoral

Resim 1



Resim 2



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0568 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Karın duvarını tutan malign fibröz histiyositom

Mehmet Uluşahin<sup>1</sup>, Reyhan Yıldırım<sup>1</sup>, Kadir Tomas<sup>1</sup>, Coşkun Aydın<sup>2</sup>, Adnan Çalık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### Giriş ve amaç

Malign fibröz histiyositom (MFH) ilk olarak 1963 yılında tanımlanan bir sarkom çeşididir. Bu yazıda daha önce safra kesesi karsinomu nedeni ile opere edilen hastada tespit edilen MFH olgusu sunulacaktır.

#### Olgu sunumu

5 ay önce safra kesesi kanseri nedeni ile genişletilmiş kolesistektomi ve karaciğer segment 5 rezeksiyonu uygulanan 72 yaşında bayan hasta genel cerrahi polikliniğine sağ alt kadranda ele gelen kitle nedeni ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde ciltten başlayan, kanamalı, fragil yapıda yaklaşık 10 cm'lik kitle görüldü. Kitlenin son birkaç ay içerisinde hızlı bir şekilde oluştuğu öğrenildi. Hastanın laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Çekilen abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) pelvik bölgeden pankreas düzeyine kadar uzanan 230x110 mm kistik kitle lezyonu izlendi. Ayrıca abdomen sağ kesimi ve cilt altında 109x60 mm boyutunda solit kontrastlanan mural komponenti bulunan kitle lezyonu tespit edildi (Resim 1). Abdomendeki kistik kitleden yapılan örneklemde görünümü seroz ve sitolojisi benign olarak bildirildi; bunun üzerine girişimsel radyoloji tarafından kateter konularak batındaki kistik kitle boşaltıldı. Ardından karın duvarındaki kitle için cerrahi planlandı. Sağ alt kadranda karın duvarındaki kitle fasyaya kadar inilerek eksize edildi; kanamalı ve fragil olduğu görüldü (Resim 2, 3). Postoperatif 3. gün hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu pleomorfik tip MFH olarak bildirildi. Hastanın tümörü cerrahi eksizyona rağmen hızlı bir şekilde nüks etti ve 8 ay içerisinde aynı lokalizasyondan 2 kez daha opere edildi. Nüks ve metastazlarla seyreden tümör nedeni ile hasta yaklaşık 1 yıl içerisinde kaybedildi.

#### Tartışma ve sonuç

MFH, fibroblast ve histiyositlerden kaynaklanan bir tümördür ve nadir görülür. Daha çok ileri yaştaki erkeklerde görüldüğü bildirilmektedir. Olguların yaklaşık yarısı alt ekstremité kaynaklıdır. Üst ekstremité, retroperiton, gövde ve abdominal kavitede sık görüldüğü diğer yerlerdir. Etiyolojisi net olarak bilinmemektedir fakat travma, cerrahi insizyonlar ve radyasyon ile ilişkisi olabileceği bildirilmektedir. Yerleşim yerine göre çok farklı semptomlar sergileyebilir. Tanıda görüntüleme yöntemleri yardımcı olmakla beraber kesin tanı patolojik olarak konulabilir. Pleomorfik, mikroid, dev hücreli, inflamatuvar ve anjiyomatooid olmak üzere 5 tipi olduğu bilinmektedir. En kötü prognoza sahip olanı, en hızlı büyüme potansiyeline sahip olanı ve en sık gözükeni pleomorfik tiptir. MFH, nüks ve metastazlar ile seyreden bir malignitedir. Boyutu büyük olanlarda nüks ve metastaz daha sık gözükür. Tedavide hastalığın evresine göre cerrahi en çok tercih edilen seçenektir. Radyoterapi ve kemoterapi diğer tedavi yöntemleri olmakla beraber genellikle tümörün cevabı iyi olmamaktadır. Tümörün yerleşim yerine göre mutlaka sık aralıklarla görüntüleme yöntemleri ile nüks ve metastaz taraması yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Malign fibröz histiyositom, karında kitle, sarkom, pleomorfik

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Aksiyel kesitte malign fibröz histiyositoma ve karın içerisindeki kistik kitleye ait BT görüntüsü

**Resim 2**



Malign fibröz histiyositomun oluşturduğu cilt lezyonunun görünümü

**Resim 3**



İntraoperatif görüntü; kitlenin oldukça kanamalı ve fragil olduğu görülmekte.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



## EPS-0569 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

### Nadir Bir Olgu: Bilateral Elasto Fibroma Dorsi

Ozan Barış Namdaroğlu, Orkun Subaşı, Savaş Yakan, Ahmet Mücteba Öztürk, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Elastofibroma dorsi ilk olarak skapulanın göğüs duvarına sürtünmesi ile meydana gelen aşırı elastin üretimi ve kollagen dejenerasyonu ile reaksiyonel bir durum olarak tanımlanmıştır. Elastofibroma dorsi yavaş büyüyen, nadir görülen, benign bir yumuşak doku tümörüdür. Genellikle skapulanın ve serratus anterior kasının inferomedialinde yer alır. İleri yaşlarda ve kadınlarda daha sık görülür. Hastaların %90'ında tek taraflıdır. Etyopatogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte, subskapular bölgede yineleyen mikrotravmalar sonrasında skapula alt ucunun göğüs duvarına sürtünmesi sonucunda gelişen reaktif bir lezyon olabileceği düşünülmektedir. Elastofibroma dorsi tipik olarak uzun süreli skapular atlama hissine, rahatsızlığa, şişliğe ve bazen ağrıya neden olan subskapular kitle ile karşımıza çıkabileceği gibi klinik olarak asemptomatik de olabilir. Manyetik rezonans görüntüleme, kitlenin karakteristik fibröz ve yağ komponentini gösterebilen en güvenilir ve non-invaziv tekniktir. Elastofibroma dorsi nadir bir göğüs duvarı tümörü olması ve fizik muayenede kolaylıkla gözden kaçabilmesi nedeniyle bizde bilateral elastofibroma dorsili bir hastamızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Genel cerrahi polikliniğimize her iki kürek kemiği altında ağrı ve şişlik yakınması ile başvuran 67 yaşındaki bayan hastanın fizik muayenesinde omuz eklemi fleksiyonda kol abdüksiyonda iken ele gelen infraskapuler, hareketli, yarı sert kıvamda ağrısız, bir kitle tespit edildi. Hastaya ultrasonografide solda latissimus dorsi kası altında solda 9x7x5cm sağda 5x3x3cm yumuşak doku lehine tumoral lezyon saptandı. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde skapula inferiorunda toraksposterolateral duvarı ve skapula gövdesi arsında solda 9x8x6sağda 5x4x3 cm lik T1 ve T2AG'lerde kas dokusu ile benzer sinyal özelliğinde, kapsül formasyonu oluşturmayan, keskin sınır izlenmeyen, homojen sinyalde füziform şekilli yumuşak doku lezyonları kaydedildi.

Hastaya Haziran 2017'de sol infraskapuler lezyon total eksizyonu ocak 2018'de sağ infraskapuler lezyon eksizyonu yapıldı. post op 2.günlerinde dreni çekilen hasta şifa ile taburcu edildi. Kitlelerin patolojik incelemesinde elastofibrom olduğu tespit edildi. Takiplerinde ağrı şikayetleri gerileyen hastada ek komplikasyon gelişmedi.

**SONUÇ:** Elastofibroma dorsi nadir bir göğüs duvarı tümörü olması ve fizik muayenede kolaylıkla gözden kaçabilmesi nedeniyle; uzun süredir sırt ağrısı bulunan hastalarda özellikle travma tarif ediyorsa ayırıcı tanıda düşünülmelidir. İlk önce radyolojik olarak araştırılmalı ve bilateral olabileceği akılda tutulmalıdır. Hastanın durumuna göre de gereksiz invaziv işlemten kaçınılmalıdır. Literatür bilgilerinin ışığında benign bir yumuşak doku tümörü olan elastofibroma dorsinin semptomatik ve büyük lezyonlarda önerilen tedavisi total cerrahi eksizyon olmakla birlikte, lokal nükslerde ve küçük lezyonlarda agresif davranılmayıp, izlemenin yeterli olabileceğini kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Elasta fibroma, kitle, yumuşak doku

### Resim-1



Hastanın sol tarafındaki kitlenin mr görüntüsü

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0570 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Omuzda Sert Bir Kitle: Tümöral Kalsinozis

Altan Aydın, Şaban Uysal

Of Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü; Trabzon

Tümöral kalsinozis daha çok çocuklarda ve genç erişkinlerde görülen; sıklıkla kalça, omuz ve dirsek gibi büyük eklemlere yakın yerleşim gösteren şişliklerle karakterize bir hastalıktır. Çoğu multiple yerleşimli olup vakaların bir kısmı ailevi geçiş gösterir. İleri yaşlarda nadir görülür. Başlıca primer ve sekonder formu vardır. Primer formunda kendi arasında normofosfatemik ve hiperfosfatemik olarak iki alt tipi olmakla birlikte her iki tipte de kan kalsiyum seviyesi normaldir. Hastalığın sekonder formunda ise kronik böbrek yetmezliğine sekonder gelişen hiperparatiroidizm, D vitamini hipervitaminozisi ve süt alkali sendromu gibi çeşitli hastalıklar rol oynar. Mikroskopik görünümü aktif(hücrel aktivite ön planda) ve inaktif (kalsifikasyon ön planda) döneme göre değişkenlik gösterir. Fosfor metabolizma bozukluğu,tekrarlayan minör travmalar ve altta yatan bir yumuşak doku hastalığının mevcudiyeti predispozan faktörler arasında sayılabilir. Tedavide kitlenin total eksizyonu ve bazen de fosfor bağlayıcı preparatlar kullanılır. Olgu sunumumuzdaki hastamız 61 yaşında, ek bir hastalık öyküsü olmayan kadın hasta idi. Hasta son 1 yıldır sağ omuz bölgesinde olan ve zaman zaman ağrıya neden olan şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde söz konusu omuz bölgesine yönelik 2 yıl öncesine ait travma öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede söz konusu kitle sert kıvamda olup yaklaşık 3 cm büyüklüğünde idi. Kitlenin oldukça sert kıvamda olmasından dolayı hastaya çekilen grafide omuz bölgesinde kalsifiye kitle silüeti görüldü(Resim-1). Hastaya çekilen yüzeysel ultrasonografide "cilt altında, yaklaşık 32x10 mm boyutunda, santralinde hipoekoik alanların; periferinde ise hiperekoik alanların izlendiği kitle" şeklinde yorumlandı. Tedavide söz konusu kitle total olarak çıkarıldı. Patoloji sonucu "tümöral kalsinozis" olarak geldi. Bunun üzerine hastanın bakılan kalsiyum ve fosfor değerlerinin normal olduğu görüldü. Hasta diğer olası sekonder nedenler açısından ilgili bölümlere konsulte edildi fakat herhangi bir ek hastalık tespit edilemedi. Sorgulamada pozitif aile öyküsüne dair bir bulguya rastlanmadı. İki yıl öncesinde söz konusu omuz bölgesini içine alacak şekilde geçirilen travma öyküsü hastada predispozan faktör olarak kabul edildi ve hasta bu doğrultuda hastalığı hakkında bilgilendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Kalsifikasyon, Tümöral Kalsinozis, Yumuşak Doku Tümörü

#### Resim-1



Sağ Omuz Bölgesinde Kalsifiye Kitle Silüeti

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0571 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Floroskopi Kullanılmadan Kemoterapi Portu Takılmasının Güvenilirliği

Mürşit Dincer, Ahmet Kocakuşak, Gamze Çıtlak, Adnan Hut, Ümit Gür, Akın Ünal, Yusuf Emre Altundal  
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Santal venöz port uzun süreli kemoterapi infüzyonu gereken ve damar yolu problemi olan hastalarda kullanılır. Bu çalışmada iki farklı teknik kullanılarak uygulanan santal venöz port işlemlerinin sonuçları ve komplikasyonları karşılaştırıldı. **GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2015 ve Haziran 2017 tarihleri arasında subklavian vene iki farklı teknikle uygulanan santral venöz port işlemi uygulanan 118 olgu retrospektif olarak analiz edildi. Grup 1 floroskopi altında işlem yapılan olgulardan, Grup 2 ise floroskopi kullanılmadan port takılan olgulardan oluşuyordu. Tüm işlemler sedasyon ve lokal anestezi altında uygulandı. Tüm portlar göğüs ön duvarında pectoral kasın fasyası üzerine yerleştirildi. Sonuçlar ve komplikasyonlar değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 118 port işlemi uygulandı. Bu olguların takiplerinde sekiz komplikasyon izlendi. Beş olguda pnömotoraks, iki olguda yara yerinde enfeksiyon, 1 olguda ise katater kırılması görüldü. İstatistiksel olarak komplikasyon açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Santral venöz portlar kemoterapi süresince onkolojik hastaların yaşam kalitelerini yükseltir. Santal venöz portların yaygın görülen komplikasyonlarının başında pnömotoraks, yara yeri enfeksiyonu ve katater tıkanmasıdır. Kritik hastalarda floroskopi kullanılması bu komplikasyonların azaltılmasında yardımcı olabilir. Bununla birlikte, bu tekniklerin floroskopi altında kullanımı her zaman mümkün olmayabilir, maliyetleri artırabilir ve deneyim gerektirir. Floroskopi kullanıldığında radyasyona maruz kalma riski de vardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre floroskopi kullanılması sonuçları değiştirmede ve diğer gruba göre üstünlüğü gösterilemedi. Floroskopi altında santral venöz port takılması işleme kılavuzluk açısından avantajlı olmakla birlikte floroskopi kullanılmadan da deneyimli ellerde düşük komplikasyon oranlarıyla bu işlem uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Floroskopi, komplikasyon, santral venöz port

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0573 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Malherbe tümörü: Gövdede bir pilomatriksoma olgusu

Süleyman Büyükaşık<sup>1</sup>, Ergun Eskioğlu<sup>1</sup>, Devrim Ulaş Urut<sup>2</sup>, Selin Kapan<sup>1</sup>, Halil Alış<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, VM Medical Park Florya Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, VM Medical Park Florya Hastanesi, İstanbul

**AMAÇ:** Pilomatriksoma veya Malherbe tümörü kıl follikülünün matriksinden köken alan, benign, kalsifiye adneksal bir tümördür. Klinik olarak çeşitli benign ve malign cilt lezyonları ile karıştırılabilmektedir. Tümör çıkarıldıktan sonra nüks nadirdir. Bu sunumda meme kanseri hikayesi olan bir hastada mastektomi lojuna yakın bir alanda gözüken ve tipik klinik özellikleri göstermeyen bir pilomatriksoma olgusu anlatılmıştır.

**OLGU:** Elli dokuz yaşındaki kadın hasta sol infraklaviküler bölgede yaklaşık 8 aydır mevcut sert kitle şikayeti ile başvurdu. Hastanın 1999'da sağ, 2004'de sol meme kanseri nedeniyle bilateral mastektomi+sağ aksiller diseksiyon+sol SLNB hikayesi mevcut. Sağ memede kas flebi ile rekonstrüksiyon yapılmış olan hastanın, lezyonun bulunduğu sol memesinde önceki ameliyatı sonrası protez ile rekonstrüksiyon sonrası enfekte olması üzerine protez çıkartılmış. Bu alanda yaklaşık 10 cm.lik arka duvara yapışık bir insizyon skarı mevcut. Fizik muayenede bu skarın yaklaşık 5 cm kaudalinde midklavikular hatta, cilde yapışık 2 cm.lik sert, mobil kitle saptandı. Mastektomi lojunda ya da aksillada başka kitle veya lenfadenopati saptanmadı. Dış merkezde Onkolojik takipleri yapılmakta olan hastanın bir ay önce yapılan kontrol görüntülemelerinde nüks ya da metastaz lehine bulgu saptanmamış olan hastaya yapılan ultrasonografi raporu sol taraf infraklaviküler bölgede ciltaltı yağlı dokuda lokalize heterojen hipoekojen iç yapıda RDUS inceleme hafif vasküler kodlanma gösteren 12x7.5mm nodüler lezyon sahası şeklinde geldi. Meme kanseri hikayesi ve mastektomi lojuna yakınlığı nedeniyle kitleye üzerine yapışık cilt dokusu ile birlikte geniş eksizyon yapıldı. Histopatolojik incelemesi 1,5x1x1 cm ölçülerinde fragil yapıda, sertçe kıvamlı nodüler lezyon (pilomatriksoma) olarak gelen hastaya rutin onkolojik takibinin devamı önerildi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Pilomatriksoma genellikle sert, yavaş büyüyen, tek, ağrısız, normal cilt dokusu ile örtülü subkutanöz veya dermal nodül şeklinde asemptomatik benign bir tümördür. Kistik veya solid olabilir, genellikle hareketlidir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Çoğunlukla ilk iki dekada, üst ekstremitelerde, baş-boyun bölgesinde ve özellikle preauriküler bölgede yerleşim göstermektedir. Ayırıcı tanısında sebace kistler, kondroma, dev hücreli fibrohistiositik tümör, yabancı cisim reaksiyonları, atipik fibroksantoma, ossifiye hematoma, metastatik kalsifikasyon, dermoid kist, metaplastik kemik formasyonu ve osteoma kutis düşünülmelidir. Tedavisi total eksizyondur, sonrasında genellikle nüks gözlenmez. Üzerini örten cilde yapışık ise rezidüel tümör kalmasını önlemek için üzerindeki cilt dokusu da eksize edilerek çıkartılmalıdır. Tekrarlayan olgularda nadiren malign transformasyon gelişebilir. Olgumuzda klinik olarak atipik olan kitle meme kanseri metastazı ekarte edilmek üzere total eksizyon yapılmıştı.

Pilomatriksoma, nadir görülmemesi, klinik özelliklerinin iyi bilinmemesi, patognomonik bir bulgusunun olmayışı ve çeşitli atipik formlarının bulunması nedeniyle diğer cilt lezyonları ile karıştırılabilmektedir. Bu olguların tekrarlama ve hatta metastaz riski taşıyan malign varyantı aklıda bulundurularak total eksizyonu önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Malherbe tümörü, pilomatriksoma, eksizyon, ayırıcı tanı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

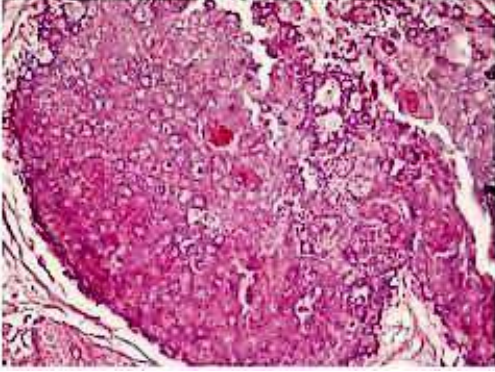
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Pilomatrixoma histolojik görüntüsü (HE400X)

**Resim 2**



Mastektomi insizyonu ile lezyonun mesafesi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0574 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Nadir bir olgu sunumu: spontan uterus perforasyonu

Kayhan Özdemir, Burak Kamburoğlu, Güner Çakmak, Ali Muhtaroglu, Mertcan Akçay  
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

**GİRİŞ:** Uterin perforasyon genellikle iyatrojeniktir. Sıklıkla cerrahi işlemler sırasında ortaya çıkar (küretaj, histerometre, küretaj, histeroskopi). Antibiyotik tedavisine başlanır ve uterotonik ajanlar verilir. Perforasyon alanı büyükse cerrahi müdahale gerekebilir. Laparotomi veya laparoskopi ile müdahale edilebilir. İyatrojenik ve cerrahi işlem ile ilişkili olmayan spontan uterin perforasyonu saptanan bir vaka sunacağız.

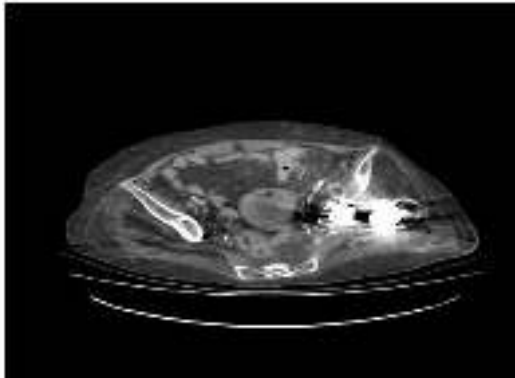
**OLGU:** 62 yaşındaki kadın karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet bilateral alt kadrantlarda defans rebound mevcut idi.. Laboratuvar bulgularında, HbB: 6.2 g / dL WBC: 48300 K / uL hCT: 20.7 crp: 135 mg / L glikoz: 150 mg / dL albumin: 1 g / dL. Laboratuvar bulgularında sepsis düşünüldü. Bilgisayarlı batin tomografisinde serbest hava ve yaygın serbest sıvı imajları görülerek operasyon kararı alındı. Eksplorasyonda uterusun anterosuperior bölgesinde 1 cm perfore alan tespit edildi. Perioperatif kadın doğum ve doğumla ilgili konsültasyon istendi. Jinekolojik ve Obstetrik Kliniği tarafından devralınan hastaya TAH + BSO yapıldı. Postoperatif izlemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta antibiyoterapi sonrası 5.gün taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

Acil şartlarda akut karın bulguları tespit edilerek operasyon kararı verilen hastalarda operasyon esnasında eksplorasyonda jinekolojik patolojinin bulunabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** perforasyon, spontan, uterus

Resim 1



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0575 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Laparoskopik Periton Diyaliz Katateri Yerleştirilmesi ve Malfonksiyonun Tedavisi

Özgen Işık, Burak Bakar, Tuncay Yılmazlar  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Periton diyalizi (PD) son dönem böbrek hastalığının tedavisinde geniş kabul gören bir modalitedir ve hemodiyalize çeşitli üstünlükleri vardır. Laparoskopi, abdominal cerrahinin pek çok farklı alanında olduğu gibi sürekli ambulator periton diyaliz (CAPD) katateri yerleştirilmesinde ve malfonksiyonun tedavisinde de sıklıkla tercih edilmektedir. Bu videomuzda CAPD katateri yerleştirilmesi ve malfonksiyonun düzeltilmesinde kliniğimizde uygulanan laparoskopik tekniğin sunulması amaçlanmıştır.

**VİDEO İÇERİĞİ:** CAPD katateri yerleştirilmesinde, göbek üzerinden veres iğnesi ile pneumoperiton oluşturulmasını takiben girilen bir adet 5mm trokar batın içerisi eksplere edildikten sonra göbeğin altından Tenckhoff trokarı ile girilmektedir. Bu trokar içerisinden CAPD katateri guide teli yardımıyla geçirilip kaudal olarak ilerletilip, kataterin ilk keçesi preperitoneal alanda kalacak ve uç kısmı Douglas boşluğuna gelecek şekilde yerleştirilmektedir. Lüzum halinde ikinci 5mm trokar girilmesi kataterin doğru pozisyonda yerleştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Daha sonra katater karın duvarında ciltaltında tünel oluşturulacak şekilde, PD hemşiremiz tarafından preop dönemde işaretlenmiş noktadan, ikinci keçe ciltaltında olacak şekilde karın dışına çıkarılmaktadır.

CAPD malfonksiyonu durumunda ise, mevcut katater ile pneumoperiton oluşturulduktan sonra göbek üzerinden girilen 5mm trokardan kamera ile karın içerisi ekplere edilip, CAPD kataterinin ciltten çıkış yerinin karşı lokalizasyonundan ikinci bir 5mm trokar girilmektedir. Videoda verilen olgulardaki gibi, tutucu bir alet yardımıyla omental wrapping ya da fimbrialara bağlı katater malfonksiyonuna yol açan dokunun kataterden uzaklaştırılması ve kataterin oklüzyon kontrolü yapıldıktan sonra yeniden pelviste doğru konumlandırılması mümkün olmaktadır.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Laparoskopik teknik, CAPD katateri yerleştirilmesinde ve malfonksiyonunun düzeltilmesinde tercih edilebilecek güvenli ve minimal invaziv bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** periton diyalizi, katater, laparoskopi

Figür 1: Omental wrappinge bağlı katater malfonksiyonu



Figür 2: Fimbria migrasyonuna bağlı katater malfonksiyonu



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0576 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Skar endometriozis: Önlenebilir bir patoloji midir?

Banu Karapolat<sup>1</sup>, Halil Afşin Taşdelen<sup>1</sup>, Suat Erkul<sup>2</sup>, Sercan Büyükkakıncak<sup>3</sup>, Ömer İleli<sup>1</sup>, Yusuf Ziya Yamak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, Trabzon

<sup>2</sup>Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji AD, Trabzon

<sup>3</sup>Haçkalıbaşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi kliniği, Trabzon

**GİRİŞ:** Endometriozis fonksiyonel endometrium dokusunun uterus dışında vücudun diğer bölgelerinde bulunması olarak tanımlanmaktadır. Endometriozis jinekolojik veya obstetrik operasyonları takiben endometriyal dokunun uterus kavitesi dışına çıkması sonucu oluşabilmektedir.

**AMAÇ:** Bu sunumda kadın doğum operasyonlarından sonra görülebilen nadir bir komplikasyon olan skar endometriozisinin nasıl önlenebileceği tartışılmıştır.

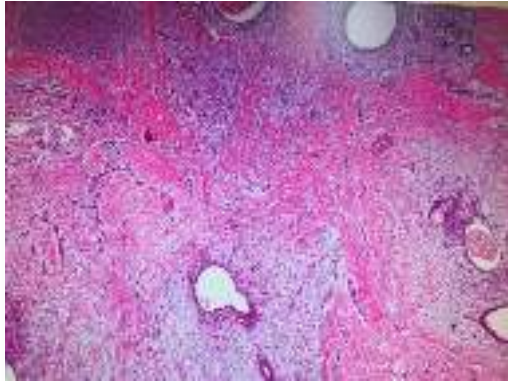
**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2013-Ocak 2018 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve ekstragenital bölgelerde endometriozis tespit edilmiş 19 olgu retrospektif olarak incelenmiş ve yaşları, şikâyetleri ve başlangıç zamanı, kitlenin yerleşim yeri ve ebadı değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Olguların yaş ortalaması 30.8 (20-49) idi. Olguların tamamında anamnezde sezaryen öyküsü mevcuttu. Tüm olgularda insizyon yerinde adet öncesi başlayan ağrı ve şişlik şikâyetleri vardı. Olguların şikâyetleri en son sezaryen operasyonundan ortalama 1.8 yıl (6 ay-3 yıl) sonra ortaya çıkmıştır. Endometriozis 9 olguda skarın sağ tarafında (%47.4), 7 olguda sol tarafında (%36.8), 2 olguda orta hatta (%10.5) ve 1 olguda ise inguinal bölgede (%5.3) tespit edildi. Olguların tümünde lezyonlar cerrahi ile total olarak çıkarıldı (Resim 1). Endometriozis kitlelerinin çapı patolojik incelemede ortalama olarak 30 mm. (10 mm-55 mm) olarak ölçüldü.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Skar endometriozis insidansı sezaryen sonrası %0.03 ile %1.7 arasında değişmektedir. Karın alt kısmında ele gelen kitle ve menstrüel siklusla uyumlu ağrı şikâyetleri olan olgularda fizik muayene esnasında batin duvarındaki skar dokusunun kenarında kitle palpe edildiğinde akla gelmesi gereken ilk tanı endometriozis olmalıdır. Ancak insizyonel herni, sütür granülomu, apse veya abdominal duvar tümörü gibi patolojiler de ek işlemler yapılarak dışlanmalıdır. Skar endometriozisinin etiolojisinde en çok kabul edilen teoride endometriyal hücrelerin uterusu yönelik cerrahi girişimlere sekonder olarak cilde iyatrojenik ekiminin olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada olguların sadece 1 tanesinde sezaryen operasyonu sonrası skar kenarı dışında inguinal bölgeye yerleşmiş endometriozis odağı bulunmuş olup geri kalan tüm olgularda sezaryen skarı komşuluğunda endometriozis odağı tespit edilmiştir. Yerleşim yeri olarak sağ taraf ve diğer taraflar hemen hemen eşit olarak tespit edilmiştir. Bizler cerrahin çalışma alanının skar endometriozisinin oluşum bölgesini fazla etkilemediğini düşünmekteyiz. Genel olarak birçok obstetrik cerrah sezaryen sonrası uterus kavitesini ıslak veya kuru tamponlar ile temizlemektedir. Bu durum endometrial dokunun çevreye inokülasyon riskini arttırmaktadır. Burada uterus kavitesi kapatıldıktan sonra cilt, cilt altı, kas ve fasyaların bol serum fizyolojik ile irriga edilmesi ve uterus dikilirken kullanılan sütür materyalleri ve cerrahi aletlerin cilt altı ve cilt kapatılırken kullanılmaması skar endometriozisinin oluşumunun önlenmesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrium, cerrahi, sezaryen, endometriozis

#### Resim 1



Dermiste endometriozis odağı (Hematoxylin-Eosin, x 4)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0577 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### İdiyopatik Trombositopenik Purpura Nedeniyle Laparoskopik Splenektomi Uygulanan Hastaların Değerlendirilmesi. Tek Merkezlik Deneyim

Cihan Agalar<sup>1</sup>, Aybuke Olgun<sup>2</sup>, Ali Durubey Çevlik<sup>1</sup>, Mücahit Özbilgin<sup>1</sup>, Koray Atilla<sup>1</sup>, Zekai Serhan Derici<sup>1</sup>, Özden Pişkin<sup>2</sup>, Sermin Özkal<sup>3</sup>, Tufan Egeli<sup>1</sup>, Tarkan Ünek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

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

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Bu çalışmada, medikal tedaviye yanıtız idiyopatik trombositopenik purpura (ITP) nedeniyle laparoskopik splenektomi yapılan hastaların operatif, postoperatif ve uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya 2010-2017 yılları arasında medikal tedaviye yanıtız ITP tanısıyla hastanemizde Laparoskopik splenektomi yapılan hastalar dahil edildi. Hastaların bilgileri prospektif olarak doldurulan veri tabanının retrospektif olarak incelenmesiyle elde edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, cerrahi öncesi ve sonrası uygulanan medikal tedavileri, başvuru esnasındaki, postoperatif 7. Gün ve 30. günlerdeki trombosit değerleri, operasyona ait bilgiler, perioperatif morbidite, mortalite bilgileri, uzun dönem takipte tedavi yanıtları incelendi. Perioperatif morbiditeler Clavien-Dindo sınıflamasına göre gruplandırıldı. Verileri güvenli olmayan, Postoperatif takip bilgilerine ulaşılamayan hastalar çalışmadan çıkarıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 14 erkek, 24 kadın olmak üzere 38 hasta dahil edildi. 4 hasta verilerinin yetersiz olması nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Hastaların ortalama yaşı  $38.89 \pm 16.13$  (18-70) idi. Başvuru esnasında ortalama trombosit değeri  $23240 \pm 25750/\text{mm}^3$  (3000-139000/ $\text{mm}^3$ ) idi. Hastaların 13 üne cerrahi öncesi steroid tedavisi, 25 ine steroid + intravenöz immunoglobulin (IVIG) tedavisi verilmişti. Ortalama ameliyat süresi  $71.57 \pm 20.43$  (45-135) dakika olarak ölçüldü. Cerrahi sırasında ortalama kanama miktarı  $43.28 \pm 49.21$  (10-250) cc. olarak ölçüldü. Laparoskopik splenektomi işlemi 31 hastada 3 port, 4 hastada 4 port, 3 hastada 5 port kullanılarak gerçekleştirildi. Tüm hastalarda gelişmiş damar mühürleme cihazları kullandı. Hilus kontrolü 23 hastada vasküler stapler cihazları ile yapılırken, 15 hastada vasküler stapler cihazları ve endoskopik klipler kullanıldı. Hastaların hiçbirinde perioperatif mortalite görülmedi. 1 hastada postoperatif kanama nedeniyle 2 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı ve 2 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı (Clavien Dindo II), 2 hastada Postoperatif ateletaksi görüldü (Clavien Dindo I). Hiçbir hastada major morbidite görülmedi. Postoperatif 7. Gün ortalama trombosit değeri  $314823 \pm 213317/\text{mm}^3$  (7000-770000/ $\text{mm}^3$ ); Postoperatif 30. Gün ortalama trombosit değeri  $352350 \pm 260029/\text{mm}^3$  (8000-1030000/ $\text{mm}^3$ ) olarak ölçüldü. Hastaların Ortalama takip süresi  $38.15 \pm 25.24$  (6.53-88,57 ay) idi. Takip süresince 5 hastanın (%13) splenektomiye yanıtız olduğu, 6 hastada (%16) ise refrakter trombositoz görüldüğü saptandı.

**Tartışma ve SONUÇ:** Medikal tedaviye yanıtız ITP' li olgularda laparoskopik splenektomi güvenli uygulanabilen bir yöntemdir. Splenektomi ile medikal tedaviye yanıtız hastaların büyük kısmında ITP tedavi edilebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İdiyopatik Trombositopenik Purpura, Laparoskopik Splenektomi, ITP, splenektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0578 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Benign kistik peritoneal mezotelyoma

Ahmet Türkan<sup>1</sup>, Metin Yalaza<sup>2</sup>, Gürkan Değirmencioğlu<sup>3</sup>, Ahmet Erdoğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Elbistan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

<sup>2</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Kırıkhan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Hatay

**Giriş:** Benign kistik peritoneal mezotelyoma (BKPM), sıklıkla üreme çağındaki kadınlarda görülen, fizyopatolojisi bilinmeyen nadir bir tümördür. Hastaların çoğunda, geçirilmiş pelvik operasyon, endometriyozis veya pelvik inflamatuvar hastalık vardır. Nadiren semptomlara neden olduğundan genellikle laparotomi sırasında tesadüfen bulunur. Görüntüleme yöntemleri BKPM şüphesi oluşturabilir. Ancak teşhis sadece histopatolojik inceleme ve immünohistokimyasal analiz ile doğrulanabilir. Mümkünse total rezeksiyonu önerilir. Malign olmamasına rağmen biyolojik davranışı nedeni ile nüks etmeye meyillidir. Bu yazıda BKPM tanısı alan olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** Karın ağrısı şikayeti ile başvuran 44 yaşında kadın hastanın, Kadın ve Doğum bölümü tarafından overyan lezyon nedeni ile total abdominal histerektomi, bilateral ooforektomi ve omentum biyopsisi öyküsü vardı. Patoloji sonucu kistik mezotelyoma olarak raporlanmış. Bilgisayarlı tomografisinde (BT); sol lob lateralsegment hariç olmak üzere karaciğer çevresini süperiorde, lateralde, inferiorde işgal eden en büyüğü 65mm ölçülen multikistik lezyonlar görüldü. Lezyonların hepatik fleksura ve transvers kolon proksimaline doğru uzanım gösterdiği, mezenter kökünde multipl lenf nodlarının izlendiği raporlandı. Göbek üstü ve altı median kesi ile batına girildi. Karaciğer üzerinde transvers kolon proksimaline invazyon gösteren multiloküle kistik lezyon izlendi. Asit izlenmedi. Sağ diyafram peritonu ayrıldı ve lateral peritonektomi yapıldı. Glisson kapsülü diseke edildi. Sağ hemikolektomi ve mezodiseksiyonu yapılarak spesmen tek parça halinde çıkarıldı. Postoperatif problemi olmayan hasta 6.günde taburcu edildi. Patoloji sonucu BKPM olarak raporlandı.

**Sonuç:** İntraabdominal septasyon gösteren multiloküle kistik kitleler tespit edildiğinde BKPM ihtimali akla getirilmelidir. Nüksün sık görülmesi nedeni ile peritonektominin de yapıldığı sitoredüktif cerrahi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kistik, mezotelyoma, periton

Resim 1



Multikistik lezyonun karaciğer ve peritonla ilişkisi

Resim 2



Multikistik lezyonun kolonla olan ilişkisi

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0579 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Lomber Bölge Yerleşimli Kavernöz Lenfanjioma Olgusu

İsmail Tırnova, Özgen Işık, Ersin Öztürk

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

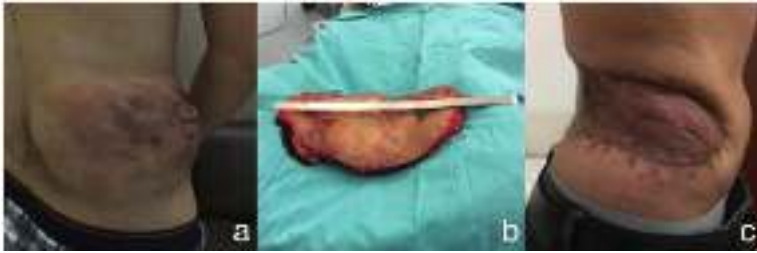
**AMAÇ:** Kavernöz lenfanjiomalar lenfatik sistemin konjenital anomalileridir. Doğumla birlikte veya hemen sonrasında yumuşak doku kitlesi olarak ortaya çıkarlar ve benign lezyonlardır. Nadir izlenen bu hastalık çoğunlukla baş boyun bölgesine yerleşmekle birlikte %9 kadarı trunkal yerleşimli olabilmektedir. Bu bildiride lomber yerleşimli dev kavernöz lenfanjioma olgusu sunulmaktadır.

**OLGU:** Yirmi yaşında erkek hasta, sağ lomber bölgede 20 cm çapında düzensiz şişlik nedeni ile başvurdu (Figür-1a). Bu şişliğin doğumundan bu yana aynı bölgede yer aldığı, ancak son 1 yılda yaklaşık iki kat boyut artışı olduğunu tariflemekteydi. Hastanın bilinen bir sistemik hastalığı veya daha önce geçirmiş olduğu herhangi bir cerrahi öyküsü yoktu. Preoperatif yapılan MR ve BT görüntülemelerinde, ciltaltı dokuda yerleşmiş mikst kistik ve solid komponentin olduğu kitle mevcuttu, herhangi bir vasküler invazyon ya da metastaz düşündürür bulgu yoktu. Plastik cerrahi ile de konsulte edilen olguda lezyon için eksizyon kararı alındı. Salim makroskopik cerrahi sınırlarla kitle total eksize edildi (Figür-1b) ve oluşan doku defekti split thickness skin graft ile rekonstrükte edildi. Nihai patolojide mevcut kitlenin kavernöz lenfanjioma olduğu raporlandı. Postoperatif 3. ay kontrolünde hastanın belirgin yakınması yoktu (Figür-1c).

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Kavernöz lenfanjioma oldukça nadir bir izlenen bir lezyondur ve bu konudaki literatür bilgisi çoğunlukla olgu sunumlarından oluşmaktadır. Genellikle erken çocukluk çağında semptom verir. Benign davranışlı olmakla birlikte rekürrens önlenmesi amacıyla kitlenin geniş eksizyonu önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kavernöz, lenfanjioma, eksizyon

Figür 1



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0580 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### AML tanılı hastada rüptüre splenik myeloid sarkom

Muhammed Selim Bodur, Serkan Tayar, Kadir Tomas, Mehmet Uluşahin, Adnan Çalık  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı; Trabzon

**Giriş ve amaç:** Myeloid sarkom; akut myeloid lösemi (AML), kronik myeloid lösemi, myeloproliferatif hastalıklar gibi bir çok hematolojik malignensiye eşlik edebilen ekstrasmeduller granülositik bir tümördür. Lenf bezleri, deri ve yumuşak dokular en sık görüldüğü yerlerdir. Dalakta da nadiren myeloid sarkom görülebilir. Bu yazıda AML nedeni ile tedavi alan hastada acil durumda yapılan splenektomi sonrası patolojik incelemede tanı konulan splenik myeloid sarkom olgusu sunulacaktır.

**Olgu sunumu:** Seksen üç yaşında AML nedeni ile hematoloji tarafından takipli olan ve dönem dönem tedaviler alan hasta 1 gündür devam eden karın ağrısı ve halsizlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın fizik muayenesinde epigastrik bölgede ve sol üst kadranda hassasiyet ve defans tespit edildi. Laboratuvar değerlerinde lökosit 24000/μL, hemoglobin 8,6 mg/dl idi; diğer parametreler normal sınırlarda idi. Hastanın operasyon öyküsü yoktu, aspirin kullanımı mevcuttu; AML dışında kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanılarının olduğu öğrenildi. X-ray de özellik yoktu. Hastaya çekilen abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) hastanın splenomegali ve hepatomegalisi olduğu görüldü; dalak parankiminde hematoma bağlı dağınık hipodens alanlar, perisplenik ve perihepatik mayi tespit edildi (Resim 1, 2). İki ünite eritrosit replasmanına rağmen karın ağrısı şiddetlenen ve hemoglobin değerleri 7 mg/dl'ye kadar düşen hastaya laparotomi önerildi. Ek problemlerine yönelik preoperatif öneriler ilgili bölümlerden alındıktan sonra hasta opere edildi. Laparotomide hastanın hepatomegali ve splenomegalisinin olduğu, özellikle karaciğer ve dalak etrafından hemorajik mayi olduğu tespit edildi. Hastaya splenektomi uygulandı. Eksplozasyonda mide büyük kurvaturda 1x1 cm'lik GIST ile uyumlu görünüm tespit edildi ve wedge rezeksiyon ile ilgili alan da eksize edildi. Postoperatif dönemde yoğun bakımda entube halde takiplerine devam edilen hasta postoperatif 2. gün kaybedildi. Hastanın patoloji sonucu dalak için myeloid sarkom ve mide için schwannom olarak bildirildi.

**Tartışma ve sonuç:** Dalak myeloid sarkomu nadir görülen bir patolojidir ve genellikle hematolojik malignensilere eşlik eden bir durumdur. Nadiren izole formları ile de karşılaşılabilir. Her yaşta görülebilmektedir; erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Semptomları çok çeşitli olabilir. Tanıda görüntüleme yöntemleri, histoloji ve moleküler çalışmalar yardımcı olmaktadır. Vakada anlatılan hasta gibi acil durumlarda cerrahi ile tanı konulan olgular da mevcuttur. Tedavide cerrahi, kemoterapötik ajanlar, radyoterapi, kök hücre transplantasyonu gibi seçenekler uygun hasta gruplarında mevcuttur.

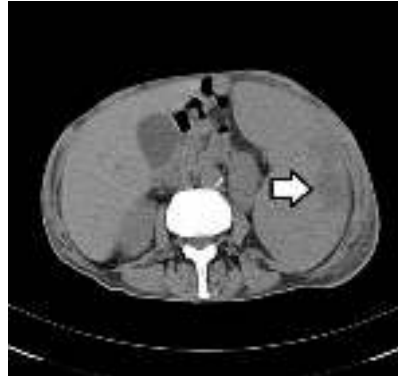
**Anahtar Kelimeler:** Sarkom, dalak, kitle, kanama

Resim 1



BT'de dalak parankimindeki hipodens alan.

Resim 2



BT'de dalak parankimindeki hipodens alan

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0581 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Karın duvarı endometriozis zemininde şeffaf hücreli karsinom (Nadir olgu)

Emine Özlem Gür<sup>1</sup>, İbrahim Kokulu<sup>1</sup>, Tuğba Balkaya<sup>1</sup>, Türkan Rezenko<sup>2</sup>, Mehmet Hacıyanlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ABD, İzmir

<sup>2</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji ABD, İzmir

Endometriozis uterin boşluğun dışındaki stroma ve endometriyal bezlerin varlığı olarak tanımlanır. Karın duvarı endometriozisi olguların % 0.4-2'sini oluşturur ve çoğunlukla önceki abdominal insizyon skarında, özellikle sezaryen veya apendektomi insizyon bölgesinde görülür. Karın duvarı endometriozisin malign transformasyonu ise oldukça nadir bir olaydır. Literatürde sezaryen sonrası skar endometriozisinde şeffaf hücreli karsinom gelişen 17 olgu saptandı. Bizde batın duvarında kitle nedeniyle opere ettiğimiz, endometriozis zemininde şeffaf hücreli karsinom hastamızı paylaşmak istedik. OLGU: 43 yaşında bayan hasta. Özgeçmişinde 18 ve 16 yıl önce sezaryen ile doğum tarifiliyor. Batın muayenesinde Pfannenstiel kesi skarının komşuluğunda batın sol kadrana doğru yaklaşık 10x10 cmlik kitle mevcuttu. Çekilen alt batın bilgisayarlı tomografide batın duvarında sol alt kadranda rektus kası kılıfından sınırları net ayrılamayan septalı ve solid komponentleri olan 9 x 8,5 cmlik kitle mevcut. Hastaya kitle unblok çıkarılacak şekilde batın duvarı eksizyonu uygulandı. Kitle fasyayı ve preperitonu invaze etmişti. Oluşan batın duvarı defekti 15x 15 cmlikprolengreft kullanılarak tamir edildi. Postoperatifkomplikasyon görülmeyen hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu endometriozis zemininde gelişen 12x10x10cm boyutlarında şeffaf hücreli karsinom olarak rapor edildi. Hastaya daha sonra kadın doğum kliniğince Total histerektomi ve bilateral salpingooferektomi (TAH+ BSO) ve pelvik lenfadenektomi uygulandı. Patolojik değerlendirmede olağan morfolojide bilateral tuba ve over ile lenf bezi metastazı rapor edilmedi.

Endometriozis zemininde gelişen şeffaf hücreli karsinom nadir görülen bir durumdur. Tedavisinde temiz sınırlarla rezeksiyonuna TAH, BSO ve lenfadenektomi eklenmesi konusu hala tartışmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** endometriozis, şeffaf hücreli karsinom, batın duvarı kitlesi

**Resim 1: Batın duvarında kitle**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2: Kitlenin MRG görüntüsü**



**Resim 3: Ameliyat görüntüsü**





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0582 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Nadir Görülen Bir Olgu: Karın Ön Duvarında Nüks Dermatofibrosarkom

Orhan Üreyen<sup>1</sup>, Uğur Gökçelli<sup>1</sup>, Tülü Kebat<sup>2</sup>, Demet Alay<sup>1</sup>, Hüseyin Fenercioğlu<sup>1</sup>, Murat Uz<sup>1</sup>, Enver İlhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

**GİRİŞ:** Dermatofibrosarkom protuberans(DFSP) nadir görülen lokal agresiv seyirli dermis kaynaklı bir tümör olmasına rağmen metastazı oldukça nadirdir. Kemoterapi ve radyoterapinin etkinliği sınırlıdır. İnceksiyon bulgularıyla diğer yumuşak doku tümörlerinden ayrılabilir. Genellikle küçük kahverengi-kırmızı tek bir nodül olarak başlayıp, ülserle multipl nodüller hâle dönüşebilir. Bu tip hastalarda DFSP' ten şüphelenilmelidir. Tedavisi salim cerrahi sınırlarla yapılan rezeksiyondur. Cerrahi sınır pozitifliği olan olgularda lokal rekürrens sık görülür. Biz de nadir olarak görülen bu tümörün lokal rekürrensi ile tarafımıza başvuran bir olgu sunduk.

**OLGU:** 73 yaşında erkek olgu karın ön duvarında kitle saptanması üzerine opere edilmiş ve histopatolojisi dermatofibrosarkom protuberans(DFSP) olarak raporlanmış ve ek tedavi almamış. İlk operasyonundan yaklaşık 1 yıl sonra tarafımıza operasyon bölgesinde ele gelen şişlik şikayetiyle başvuran olgunun yapılan tetkiklerinde karın ön duvarına sınırlı kitle ve inguinal bölgede patoloji lenfadenopatiler(LAP) saptandı. Kitleye geniş cerrahi sınırlarla rezeksiyon uygulandı. Inguinal LAP' lardan ise eksizyonel biyopsi yapıldı. Kitle histopatolojisi DFSP, LAP' ların ki ise reaktif olarak raporlandı. Kitleye yapılan immünohistokimyasal çalışmada tümöral hücrelerde CD34 (+), CD10 fokal (+), SMA (-), MSA (-), F13A (-) olup Ki67 ile proliferatif indeks % 20 idi. Kitlenin cerrahi sınırları salim olmasına rağmen iki alanda 1 mm' lik cerrahi sınır elde edildiği için tekrar kavite rezeksiyonu yapıldı ve tümör görülmedi. Ek tedavi planlanmadı. Olgu postoperatif 2. yılında sorunsuz takip edilmektedir.

**SONUÇ:** Dermatofibrosarkom protuberans nadir olarak saptanmasına rağmen salim cerrahi sınırlarla rezeksiyon yapılmadığında lokal nüksü sık bir tümördür. İnceksiyon bulgularıyla DFSP düşünülen olgular salim cerrahi sınırlarla rezeke edilmeli, takipleri lokal rekürrens ihtimali akılda tutularak yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dermatofibrosarkom, cerrahi sınır, lokal rekürrens

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0583 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

### Sağ İnguinal Herniyi Taklit Eden Spermatik Kord Liposarkom Olgusu

Süleyman Çağlar Ertekin<sup>1</sup>, Yalçın Burak Kara<sup>3</sup>, Mümin Coşkun<sup>2</sup>, Tevfik Kıvılcım Uprak<sup>2</sup>, Vafi Atalay<sup>2</sup>, Şevket Cumhuriyet Yeğen<sup>2</sup>, Ömer Günel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Bursa

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>3</sup>Kars Sarıkamış Devlet Hastanesi, Kars

**GİRİŞ:** Spermatik kord liposarkomu inguinal veya skrotal şişkinlik ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Bu tümörler ilk başvuru anında çoğunlukla inguinal fıtık veya hidrosel sanılmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde daha önce bildirilmiş 200 civarı olgu mevcut.

**OLGU:** 68 yaşında erkek hasta sağ inguinal bölgede ağrısız, 12 ayda gittikçe büyüyen şişkinlik şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede supin pozisyonda küçülen, intraabdominal basınç arttığında büyüyen lezyon ve lateralinde sert fiks lezyon palpe edildi. Yüzeysel ultrasonografi sağ inguinal herni ve 37 mm lenfadenopati veya kitlesel lezyon olarak raporlandı. Konstipasyon, bulantı, kusma, kilo kaybı ek semptomlar saptanmadı. Girişimsel radyoloji bölümüne biyopsi amacıyla yönlendirildi. İnguinal herni nedeniyle bağırsak ve damarsal yapılara yakın değerlendirilerek biopsi işlemine uygun olmadığı girişimsel radyoloji tarafından bildirildi. Hastaya inguinal herni onarımı ve kitle eksizyonu nedeniyle cerrahi yapılmasına karar verildi. Preoperatif tam kan sayımı, biokimya, akciğer röntgen filmlerinde patoloji saptanmadı. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografi filminde metastaz bulgusuna rastlanmadı. Sağ inguinal alana yapılan eksplorasyonda sağ direkt fıtık kesesi ve spermatik kord kaynaklı sert fiks lezyon saptandı. Kitle kord yapıları korunarak eksize edildi, ilioinguinal lenf nodu diseksiyonu ve sağ inguinal (liechtenstein) onarımı yapıldı. Histolojik değerlendirme sonucunda 43mm iyi-diferansiye miksoid liposarkom saptandı ve metastaz görülmedi. Hasta postoperatif 3.günde taburcu edildi. 12 aylık takip süresinde nüks ve metastaz saptanmadı.

**TARTIŞMA:** Paratestiküler sarkomlar nadir görülen neoplazmlardır. Çoğunluğu spermatik korddan köken alırlar. Peroperatif tanı nadirdir ve çoğunlukla inguinal herni, hidrosel veya spermatosel ile karışırlar. Olgumuzda sağ inguinal herni ve inguinal kitle ayrı olarak değerlendirilmiştir. Liposarkomların primer yayılım şekli lokal invazyondur. Lokal yayılımı engellemek için rezeksiyon hattı geniş tutulmalıdır. Temiz cerrahi sınırlar sağlanarak yapılan rezeksiyon ile mortalite oranları düşmektedir.

**SONUÇLAR:** Spermatik kord liposarkomu nadir görülen bir hastalıktır, inguinal herni, hidrosel ve spermatoselin ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** inguinal herni, spermatik kord, liposarkom

### spermatik kord liposarkomu



spermatik kord liposarkomu

## TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0584 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Karın Sol Alt Kadran Ağrısının Nadir Bir Sebebi, Situs Inversus Totalisli Hastada Akut Apendisit

Ramazan Topçu, İbrahim Tayfun Şahiner, Murat Kendirci, Murathan Erkent, Settar Bostanoğlu, Mete Dolapçı  
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çorum

**Amaç:** Situs inversus totalis, göğüs ve karın organlarının yer değiştirdiği nadir bir hastalıktır. Sol alt kadran ağrısının farklı nedenleri olabilir. Situs inversus totalis (SİT) te sol alt kadranda akut apandisit ile uyumlu fizik muayene bulguları ortaya çıkabilir ve eğer SİT hastalığı bilinmiyorsa akut apandisit tanısı koymak çok zordur. SİT anomalisi daha önce fark edilmemiş bir yetişkinde akut apandisit olgusu deneyimimiz paylaşılmıştır.

**Olgu:** 33 yaşında erkek hasta, üç gündür devam eden sol alt karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Vücut sıcaklığı 36,4°C idi, diğer vital bulguları normal sınırlardaydı. Sol iliyak fossada hassasiyet, defans ve rebound muayene bulguları mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde beyaz küresi 18.380 109/L idi, diğer biyokimyasal parametrelerinde anormallik saptanmadı. Direkt grafisinde dektrokardi saptandı (Resim 1). Yapılan abdominal ultrasonografisinde (USG) karaciğer solda, dalak sağda olmak üzere situs inversusla uyumlu ancak apendiks sağ veya solda vizualize edilemedi, kontrastlı batın tomografisinde (BT) ise hasta situs inversusla uyumlu, apendiks sol iliyak fossada, sol psoas kasının çevresinde inflamasyonla birlikte tübüler bir yapı olarak görüldü (Resim 2). Ameliyata alınan hastaya sol alt kadranda oblik insizyonla apendektomi yapıldı. Postoperatif 1. gününde rejim 3 tolere eden hasta sağlıklı bir şekilde taburcu edildi. Patoloji raporu akut apandisit ile uyumlu olarak raporlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Situs inversus (SI), doğumsal pozisyonel bir anomali olup, karın içi iç organların yanlış pozisyonunda geliştiği bir durumdur. Hem torasik hem de karın organları yer değiştirdiğinde durum SIT olarak adlandırılır. SIT otozomal resesif bir gelişim bozukluğudur ve genel popülasyonda sıklığı yalnızca 0.001% 0.01 arasındadır.

Akut apandisit akut karın ağrısının en yaygın nedenlerinden biridir ve acil cerrahi girişim gerektirir. Akut apandisit tipik semptomları, epigastrik veya periumbilikal bölgede belli belirsiz karın ağrısı ile başlar. Birkaç saat sonra ağrı sağ alt kadrana lokalize olur.

Sol alt kadran ağrısı birçok hastalıktan kaynaklanabilir. Divertikülit, inguinal herni, gastroenterit, atipik sağ taraflı apandisit, renal kolik, sistit, epididimit, prostatit, sol ovaryum patolojileri ve PİD gibi diğer nedenler olarak sayılabilir.

Fizik muayenede kalp tepe atımının sağda olması, kalp seslerinin sağda sola göre daha belirgin olması, karaciğerin solda palpabl olması SİT'i düşündürür. Direkt grafilerde dektrokardi ve sağda mide fundus gazının görülmesi SİT lehinedir. EKG bulguları dektrokardi tanısında yardımcıdır. Ayrıca hastanın akut apandisit belirti ve bulguları yanında fizik muayenesinde karın sol alt kadranda hassasiyet, defans, rebound bulgularının olması SİT'le birlikte olan akut apandisit tanısını düşündürülebilir.

Sonuç olarak, sol alt kadran ağrısı olan hastalarda, direkt grafide dektrokardi görülürse, akut apandisitten şüphelenmeliyiz.

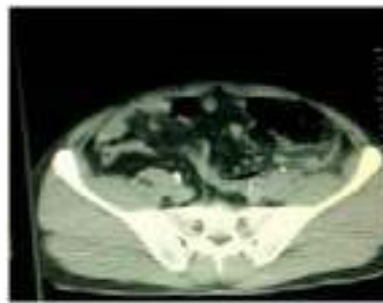
**Anahtar Kelimeler:** Situs inversus totalis, akut batın, apandisit, sol kadran ağrısı

Resim 1



Situs inversus totalisli olguda PA akciğer grafisi

Resim 2



Situs inversus totalisli olguda Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0585 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Renal hücreli karsinomun duodenum fistülizasyonuna ikincil uyluk apsesi: Olgu sunumu

Mehmet Alim Turgut, Yunus Emre Aktimur, Alparslan Saylar, Nuri Okkabaz, Serhat Meriç, Osman Bilgin Gülçiçek, Ali Solmaz, Atilla Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, İstanbul

**AMAÇ:** Renal hücreli karsinomlar metastaz yapma potansiyelleri kadar lokal invazyonları ile de bilinmektedir. Nadiren duodenuma invazyon gelişebilmekte ve klinik olarak kanama veya mide çıkış obstrüksiyonu ile bulgu vermektedir. Bu çalışmada bilinen sağ renal hücreli karsinomu olan hastada duodenum fistülüne ikincil uylukta abse ve fasit gelişen bir hastayı sunmayı planladık.

**Olgunun özellikleri:** 62 yaşında erkek hasta yeni tanı almış sağ renal hücreli karsinomu sebebiyle palyatif bakım ünitesinde takip edildiği sırada sağ uylukta apse gelişmesi üzerine ortopedi ekibi tarafından apsesi drene ediliyor. Ameliyat sonrası dönemde uyluğundan safralı gelen olduğu görülmesi üzerine hasta tarafımıza konsülte edildi. Çekilen oral-intravenöz kontrastlı batin tomografide verilen oral kontrastın retroperitoneal alana geçtiği ve buradan sağ uyluğa ilerlediği görüldü. Bu bulgularla hasta acil şartlarda ameliyata alınarak duodenum fistülü tamir edildi. Ameliyat sonrası dönemde gaz gayta deşarjı olan ve oral rejimi tolere eden hastada kaçak bulgusu olmamasına rağmen postop 12. gününde genel durumu bozuldu ve reanimasyon ünitesine devredildi. Buradaki takibinin 2. gününde hastanın beyin ölümü gerçekleşmiştir.

**SONUÇ:** Sağ taraf yerleşimli renal hücreli karsinomlarda duodenum invazyonunun nadir de olsa gelişebileceği ve fistülizasyona ikincil retroperitoneal apse ve hatta uyluk apsesi gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** duodenum, renal hücreli karsinom, uyluk apsesi

#### bacakta apse



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**bacakta apse + kontrast**



**duodenum invazyonu**



**duodenum tamiri**



**duodenumun fistüle olduğu alan**





[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

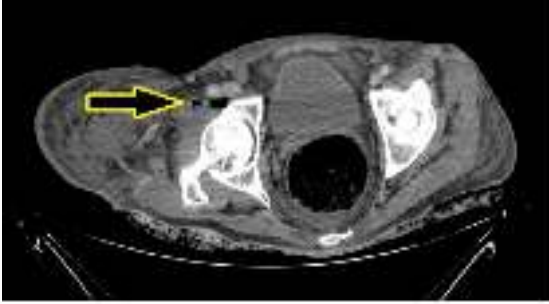
## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



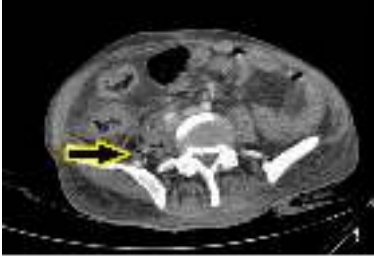
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**



inguinal kanalda apse



retroperitonda hava + kontrast



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0586 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Endometrial Stromal Sarkom Nedeniyle Takipli Hastada Karın Ön Duvarında Desmoid Tümör, Olgu Sunumu

Çağlar Şahin, Çağrı Büyükkasap, Saygın Altınar, Emre Gülçek, Abdulkadir Bülent Aytaç  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, Ankara

**GİRİŞ:** Endometrial stromal tümörler nadirdir ve tüm uterus malignitelerinin yaklaşık % 0,2'sini oluşturur. En sık görülen semptomlar anormal uterin kanama, pelvik ağrı ve dismenoreidir. LG-ESS'nin ekstrauterin pelvik uzantısı da sıklıkla endometriozis ile ilişkilidir. Nüksleri engellemede adjuvan kemoterapi öncelikli tercihtir. Bir literatür taraması, tekrarlayan LG-ESS'nin başlangıç teşhisini takiben 10 ila 20 yıl sonra ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Evre en önemli prognostik faktördür. Rekürrens için en sık görülen bölgeler pelvis ve abdomen'dir. Bu olgu sunumunda ilk cerrahisinden 7 yıl sonra karın ön duvarında yine bir yumuşak doku kaynaklı desmoid tümör saptanan olgu paylaşılmıştır.

**OLGU:** 60 yaşında kadın hasta, 2011 yılında sağ alt kadranda ağrı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan değerlendirmenin sonucu endometriumda kitle olarak sonuçlanmasının üzerine hastaya debulking cerrahi dahilinde; bilateral salpingooferektomi, histerektomi, omentektomi, lenf nodu diseksiyonu ve rektosigmoid eksizyon ve end-to-end kolorektal anastomoz yapılmış. Patoloji sonucu düşük gradeli endometrial stromal sarkom ile uyumlu mezenşimal tümör olarak raporlanmış. Postoperatif erken dönemde akut batın tablosu gelişmesi üzerine tomografik değerlendirme yapılan hastada anastomoz kaçağı görülmüş. Re-opere edilen hastaya hartmann kolostomi prosedürü uygulanmış. Taburculuk sonrası adjuvan kemoterapi alan hasta; 2013 yılında end-kolostomisi kapatılmak amacıyla operasyona alınmış. Ancak intraoperatif değerlendirmede distal rektum ve vajen kafı sınırları ayırt edilememesi ve yapışıklıklar neticesinde ince bağırsak yaralanması gelişmesi üzerine perforasyon onarımı sonrası kolostomisi kapatılmadan operasyon sonlandırılmış. Taburculuk sonrası 2017 Aralık'a dek kontrolleri yapılan ve bir probleme rastlanmayan hastanın, karın ağrısı ve dispeptik şikayetleri gelişmesi üzerine merkezimizde USG ile değerlendirmede; kolelitiazis ve karın ön duvarında eski operasyon skarı üzerinde kitle saptanmış. PET'te abdomende sağ alt kadranda karın alt duvarından sınırları rektus kasından ayırt edilemeyen, SUVmax değeri 5,2 olan 42\*23 mm boyutlarında kitle tespit edilmiş. Kitleden alınan biyopsi sonucunun, desmoid tümör gelmesi üzerine hastaya kolesistektomi ve karın ön duvarından kitle eksizyonu uygulandı, yapılan frozen incelemede cerrahi sınırlar negatifti.

**SONUÇ:** Sarkomlar yıllar sonra dahi tekrar edebilmektedir. Özellikle cerrahi skarlar üzerinde ele gelen kitlelerde hastanın öyküsü göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Stromal Tümör, Karın Ön Duvarı Kitleleri, Desmoid Tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0587 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Radyal lazer probu ile pilonidal sinüs cerrahisi:Cerrahi teknik ve ilk deneyim sonuçlarımız

Mustafa Fevzi Celayir, Mehmet Taner Ünlü, Hakan Mustafa Köksal, Kinyas Kartal, Evren Besler, Mehmet Mihmanlı, Mehmet Uludağ  
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### AMAÇ:

Pilonidal sinüs hastalığının tedavisi zahmetlidir. Cerrahi ve cerrahi dışı bir çok yöntem kullanılmasına rağmen, en iyi tedavi için henüz bir fikir birliğine varılamamıştır. Bu sunumda pilonidal kistin radyal lazer probu ile tahrip edilmesi ile oluşan yenilikçi bir tekniği tanımlıyoruz (Neo V, Neo Laser, İsrail). Verilen enerji sayesinde, sinüs epitelinin tahrip edilmesi ve sistemin eş zamanlı olarak oblitere edilmesi sağlanır.

#### MATERYAL VE METHOD:

Kasım 2016 ve Kasım 2017 arasında geriye dönük olarak, bu teknikle ameliyat edilen ilk 10 hastamızın verileri incelendi. Ortalama takip süresi 120 gündü (80-135). 8 erkek ve 2 kadın vardı. Hastaların ortalama yaşı 25.2 idi (20-39).

#### SONUÇLAR:

Başarı oranı % 90 (10 hasta / 1) idi. Nüks oranı % 1 (1 hasta / 10) idi. Hastanede kalış tüm hastalar için 1 gün, takip sırasında yeniden yatış yapmayı gerektirecek tıbbi bir durum gelişmedi. Ortalama iyileşme süresi 15.4 gündür (4-25). Ağrı kesici alımının ortalama süresi 5.1 gündür (1-14). 2 hastada komplikasyon gelişti: 1 hematoma (% 1) ve 1 iltihaplı akıntı (% 1). Hepsisi tıbbi olarak tedavi edildi.

#### TARTIŞMA:

Pilonidal kist kavitesinin lazer probu ile yok edilmesi güvenli, basit ve minimal invaziv bir tekniktir. Başarı oranı iyidir. Hastanede kalış süresi kısadır, ağrı hafiftir ve komplikasyonların yanı sıra ameliyat sonrası bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısı çok azdır. Ameliyat sonrası işe veya okulda hızlı bir dönüşe izin verir. Bu teknik pilonidal sinüs hastalığının çoğunluğunun birinci basamak tedavisi olarak önerilebilir. Tek sorun sistemin hastane için kuruluş maliyetidir.

**Anahtar Kelimeler:** Pilonidal sinüs, lazer, minimal invaziv cerrahi

#### LASER YONTEMI ILE PILONIDAL SINUS OPERASYONU



LASER PROBU ILE PILONIDAL SINUS OPERASYONU

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0588 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Sezaryen Sonrası Görülen Abdominal Duvar Endometriozisi: 2 Olgu Sunumu

Bilal Turan<sup>1</sup>, Sezai Kantar<sup>1</sup>, Ceyhun Erdem<sup>1</sup>, Mustafa Tevfik Bülbul<sup>2</sup>, İsa Karaca<sup>1</sup>, Hasan Erol Eroğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

<sup>2</sup>Bor Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Niğde

**AMAÇ:** Endometriozis, endometrial bezlerin ve stromanın uterusun endometrial kavitesi dışındaki anormal lokalizasyonda varlığının neden olduğu ağrı, bazen infertilite ile birlikte olan inflamatuvar östrojene bağlı bir durum olarak tanımlanır. Sezaryen sonrası ciltaltı endometriozis prevalansı yaklaşık % 0,03 ile % 1 arasında olduğu ve tüm eksternal endometriozis olgularının % 1'ini oluşturduğu tahmin edilir. Nadir görülen bir durum olması, tanı konulmasında zorluk ve diğer branş hekimlerinin de karşılaşabileceği bir sorun olması nedeni ile biz de bu olgu sunumunda sezaryenden 2 ve 4 yıl sonra, sezaryen insizyonunda ve sezaryen insizyonundan ilişkisiz rektus abdominalis kasında bulunan iki ayrı abdominal duvar endometriozis olgusunu sunmayı amaçladık.

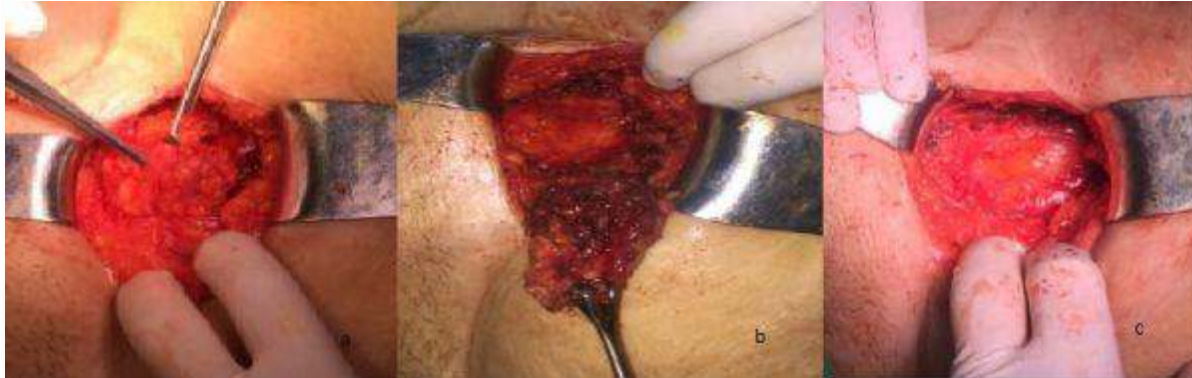
**OLGU 1:** İki yıl önce sezaryen geçirmiş, pfannenstiel insizyonun sağ tarafında ağrılı bir kitle ile genel cerrahi polikliniğe başvuran 38 yaşındaki kadın hasta, bir yıldır bu bölgede ağrı ve bir kitle hissetmiş. Menstruation sırasında kitlenin büyüklüğünde ve ağrı şiddetinde artış öyküsü var. Karın muayenesinde pfannenstiel kesi skarının sağ tarafında yaklaşık 4 x 2 cm boyutlarında kesiye fikse olmuş, hassas ve solid kitle saptandı. Abdomen bilgisayarlı tomografi(BT)'de batın ön duvar sağ yarısında rektus kası inferior alt ucunda net sınır özelliği göstermeyen içsi - fuziform konfigürasyonlu değerlendirilebildiği kadarıyla en geniş transvers çapları 3.3 x 2 cm olarak ölçülen asimetrik yumuşak doku artımı (granülasyon dokusu - fibrozis?, endometriozis odağı?, daha düşük olasılıkla dezmoid tm?) gözlenmiştir. Eski insizyondan yapılan kesi ile fasya üzerinde rektum kası ve cilt altı dokulara da uzanım gösteren yaklaşık 3x3 cm'lik fibrotik doku ve kitle lezyon fasya ve 2 cm genişliğindeki rektus kası ve alt fasyası ile beraber eksize edildi. Patoloji raporu yumuşak doku endometriozis olarak rapor edildi.

**OLGU 2:** Dört yıl önce sezaryen geçirmiş, karında umblikusun 4 cm altında ağrılı bir kitle ile Genel Cerrahi polikliniğine başvuran 31 yaşındaki hastanın şikayeti iki yıldır devam ediyormuş. Karın muayenesinde orta alt kadranda 3x2 cm boyutlarında hassasiyeti de mevcut kitle lezyon palpe edildi. USG'da tariflenen lokalizasyonda cilde 1 cm mesafede 30x16 mm boyutlarında düzgün sınırlı hipoekoik heterojen solid lezyon izlendi. Elektif yapılan ameliyatta ilgili lokalizasyonda yapılan kesi ile fasya ve rektum kasına da uzanım gösteren lezyon eksize edildi. Patoloji raporu endometriozis olarak rapor edildi.

**SONUÇ:** Sonuç olarak, batın ön duvarı kitlelerinin değerlendirilmesinde geçirilmiş jinekolojik operasyon öyküsü ve mens dönemlerinde kitlede artan ağrı ve şişlik yakınmaları iyi sorgulanmalıdır. Ayırıcı tanıda endometriozis akla getirilerek tanı ve tedavi süresi kısaltılabilir. Skar endometriozis cerrahisinde geniş eksizyon yapılmasına dikkat edilerek cerrahi nükslerin engellenmesi sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal Ön Duvar, Batın kitle, Endometriozis, Rektus, Sezaryen öyküsü

#### Resim 1



a) Eksizyon öncesi kitle b) Eksizyon c) Eksizyon sonrası

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



Endometriozis

**Resim 3**



Batın ön duvarda içerisinde menstruasyon ile ilişkili kanama odakları gözlenen kitle -Endometriozis-

### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0589 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Divertikülit ile karışan Primer Apendajitis Epiptoika

Ceyhan Erdem<sup>1</sup>, Yavuz Savaş Koca<sup>1</sup>, Mustafa Tevfik Bülbül<sup>2</sup>, Mustafa Hilkat Bilaloğlu<sup>1</sup>, İsa Karaca<sup>1</sup>, Bilal Turan<sup>1</sup>, Serdar Açar<sup>1</sup>, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

<sup>2</sup>Bor Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Niğde

#### AMAÇ:

Primer apendajitis epiptoika kolonun apeniks epiptoikalarının ender bir inflamatuvar hastalığıdır. Cerrahi gerektiren bir hastalık değildir ancak cerrahi gerektiren akut karın tablolarını taklit ettiği için tanısının doğru ve erken konulması klinik olarak önem arz etmektedir.

Bu yazımızda Karın ağrısı şikâyeti ile gelen hastaya yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) verileri ve klinik bulgulara dayanarak ön tanı divertikülit düşünülerek iv antibiyotik ile tedavi edilen, sonrasında kolonoskopi ve BT bulgularının tekrar değerlendirilmesi ile Primer apendajitis epiptoika olduğu anlaşılan 35 yaşında kadın hastayı sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

35 yaşında kadın hasta 2 gündür olan sağ üst kadranda ağrısı ile merkezimize başvurdu. Hastanın 3 yıl önce geçirilmiş laparoskopik apendektomi ve 13 yıl önce geçirilmiş laparoskopik kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Muayenesinde sağ üst kadranda ve suprapubik bölgede hassasiyet mevcuttu. Hastanın laboratuvar değerleri HGB 13,4 g/dL, WBC 15100/mL, CRP 17,8 mg/dl'yd. Hastanın çekilen kontrastlı abdomen (üst) ve pelvis (alt abdomen) BT'sinde hepatik fleksuraya yakın çıkan kolon medialinde en büyüğü ( 2 cm ) olmak üzere, etrafı inflame doku ile çevrili multiple divertiküler görünümle izlenmiştir. Bulgular akut divertikülit ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya divertikülit ön tanısı konularak 7 günlük iv seftriakson ve ornidazol tedavisi başlandı. Tedavi başlangıcının 3. gününde klinik bulgulara gerileme gözlemlendi. Yedinci gün hastanın klinik bulguları ve beyaz küre sayısı normale döndü. Klinik takibinde hastanın şikâyetlerinde tekrarlama izlenmedi ve hasta taburcu edildi. Bir ay sonra Hastanın yapılan kolonoskopisinde çekum, çıkan kolon, transvers kolon ve inen kolonda mukoza ve lümen normal olup divertiküler görünüm saptanmadı olarak raporlandı. Kontrol BT çekilen hasta önceki BT görüntüleri radyoloji ile tekrar değerlendirildi. Çıkan kolon ve hepatik fleksura düzeyine kadar ulaşan parakolik mezenterik yağlı doku mesafelerindeki ödem ve enflamasyon bulgularının, mevcut tetkikte belirgin şekilde gerilemiş olduğu, önceki BT'de Hepatik fleksuraya yakın çıkan kolon medialinde perikolik sınırları silik ve yüksek dansitede periferik rim ile çevrili, santralinde yağ dokusu ile eş yoğunlukta hipodens odak içeren lezyondan yapılan dansitometrik ölçüm değerinin -31 HU olması ve lezyonun çıkan kolon ile olan yakın komşuluğu nedeniyle olgunun primer apendajitis epiptoika olduğu anlaşıldı.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Primer apendajitis epiptoika, epiptoik apendikslerin torsiyonu veya apendiksiyel venlerin trombüsü ile oluşan ani başlangıçlı lokal karın ağrısına neden olan ender bir inflamatuvar hastalıktır. Akut kolesistit, apandisit, divertikülit, ve akut jinekolojik hastalıklar da primer apendajitis epiptoika'nın ayırıcı tanısında yer almakta olup cerrahi müdahale gerektiren akut karın tablolarını taklit edebilir. Konservatif antibiyotik ile tedavisi mümkündür. Görüntülemeye altın standart BT ile kolayca tanısı konulabilir. Gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesi açısından ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** apendajitis epiptoika, Divertikülit, apeniks epiptoika

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Bilgisayarlı Tomografi 1



transvers planda periferik rim ile çevrili, santralinde yağ dokusu ile eş yoğunlukta hidens odak içeren lezyon okla işaretli

### Bilgisayarlı Tomografi 2



sagittal planda periferik rim ile çevrili, santralinde yağ dokusu ile eş yoğunlukta hidens odak içeren lezyon okla işaretli

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0590 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Sakrokoksigeal pilonidal sinüs: histopatolojik değerlendirilme ne kadar anlamlı?

Fatih Akgündüz, Ümit Turan, Sefa Özyazıcı  
Adana Şehir Hastanesi

Pilonidal sinüs uzun zamandan beri bilinen ve çok çeşitli tedavi yöntemleri olan bir hastalıktır. Hastalık daha çok genç erişkinleri etkilediğinden önemli oranda iş gücü kaybına neden olmaktadır. Günümüze kadar uygulanan hiçbir yöntemde ideal sonuçlara ulaşılamamıştır. İdeal tedavi yöntemi kolay uygulanabilir ve komplikasyon oranı düşük olmalıdır. Medikal tedavi seçenekleri sklerozan enjeksiyonu, kriyocerrahi, kollejenaz uygulamasıdır. Cerrahi tedavide ise eksizyon ve açık bırakma, marsupializasyon, insizyon ve küretaj gibi açık yöntemler; vertikal eksizyon ve primer kapama, oblik eksizyon ve primer kapama, Karydakıs yöntemi, romboid eksizyon ve Limberg prosedürü ve plastik prosedürler gibi kapalı yöntemler kullanılmaktadır. Tedavide cerrahi yöntemler (özellikle flepli olanlar) daha çok tercih edilmektedir. Kliniğimizde 2011 mart - 2017 aralık arasında ameliyat edilen 1982 hastayı retrospektif olarak 3 parametreye göre inceledik. (cinsiyet, primer /nüks, patoloji raporu) incelediğimizde %79 erkek, %31 kadın olduğunu görmekteyiz. vakalarımız %98,5 primer, %1,5 nüks vaka olduğunu tespit ettik. histopatolojik incelemede pilonidal sinüs olarak raporlanan %96,3, abse formasyonu içeren pilonidal sinüs %3,7, malignite %0. sonuç olarak 1982 vakanın hiçbirinde maligniteye rastlanmamış olup, cost-effectivite açısından histopatolojik incelemenin gereksiz olduğunu görmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** sakrokoksigeal, pilonidal sinüs, patolojik inceleme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0591 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### **Bezoar nedeniyle akut mekanik intestinal obstrüksiyon gelişen vakalarda konservatif takip altında klinik düzelme: Tek merkezli retrospektif bir çalışma**

Ali Fuat Kaan Gök<sup>1</sup>, Recep Erçin Sönmez<sup>2</sup>, Mehmet İlhan<sup>1</sup>, Tarık Recep Kantarcı<sup>1</sup>, Recep Güloğlu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi tıp fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmada; kliniğimizde bezoar'a bağlı gelişen akut mekanik intestinal obstrüksiyon sebebiyle tetkik ve tedavisi yapılmış hastaların klinik sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 2012-2017 yılları arasında, bezoar tanısı ile tetkik ve tedavisi yapılmış toplam 12 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Kliniğin tıbbi arşivinden yararlanılarak hastaların demografik özellikleri incelendi. Detaylı değerlendirmeleri sonrasında gastrointestinal sistemin farklı seviyelerinde 'bezoar' ve buna bağlı akut mekanik intestinal obstrüksiyon saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yatışlı ve ayakta takibi boyunca klinik verileri (Fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, radyolojik değerlendirmeler, takip süreleri, tedavi yöntemleri vs.) 'Microsoft Excell' programı kullanılarak tarafımızca şematize edildi. Çalışmanın tartışma bölümünde, elde edilen klinik verilerin karşılaştırmalı olarak retrospektif değerlendirilmesi yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen hastaların 7'si erkek, 5'i kadın idi. Ortalama yaş 57 olarak hesaplandı. 7 hastanın (%58) özgeçmişinde batin cerrahisi mevcut idi. Hastalara gelişlerinde yapılan rutin tetkikleri sonrasında kontrastlı tüm batin bilgisayarlı tomografileri (BT) çekildi. Hastaların 9'u yatışlı (%75), 3'ü (%25) ise poliklinik kontrolü üzerinden ayakta takip edildi. 4 hasta (%33) konservatif olarak takip edildi, buna karşın 8 hastada (%67) cerrahi girişim uygulandı. Klinik bulguları düzelen hastalar kontrole gelmek üzere önerilerle taburcu edildi.

**SONUÇ:** Akut mekanik intestinal obstrüksiyon kliniği ile gelen seçilmiş bezoar olgularında öncelikle tanının doğru konulması ve sonrasında uygun şekilde yapılan konservatif takipler sayesinde cerrahi girişimlere gerek duyulmadan hastalarda klinik düzelme sağlanabilmektedir. Bu sayede, cerrahiye gerek duyulmaması morbidite ve mortalite oranlarını aza indirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Batin cerrahisi, Bezoar, İleus, Konservatif takip

#### **Jejuno-ileal seviyede bezoar**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

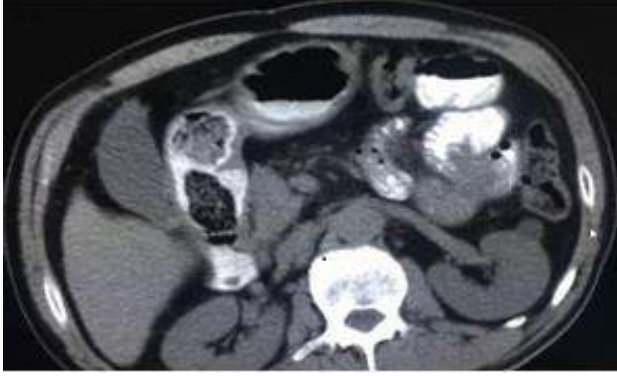
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

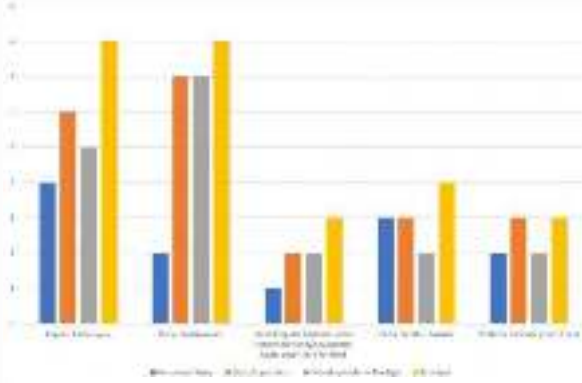
### Duodenal seviyede bezoar



### Fitobezoar



### Hasta dağılımı



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0592 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### **Metastatik kolon tümöründe selektif sağ portal ven embolizasyonu sonrasında genişletilmiş sağ kolon komplet mezokolik eksizyon ve sağ hepatektomi**

Musa Atlı, Can Konca, Cihangir Akyol, Deniz Balcı  
Ankara Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

#### GİRİŞ

Kolorektal kanserler en sık 3. kanser olup kansere bağlı ölümlerin 2. en sık nedenidir. Metastatik kolon kanserli vakalarda 5 yıllık sağ kalım oranı %13'tür. Eskiden karaciğere metastaz yapmış olan kolon kanserleri inoperabl kabul edilirken, günümüzde önce kolon sonra karaciğer, önce karaciğer sonra kolon ve kombine ameliyat prosedürleri tanımlanmış olup, 5 yıllık sağ kalım oranlarını arttırdığı görülmüştür. Burada en önemli husus yapılan karaciğer rezeksiyonun ardından kalan karaciğer dokusunun hastaya yetmesi ve hastanın efor kapasitesinin bu iki ayrı büyük ameliyata yeterli olmasıdır. Karaciğer metastazı olan kolon tümörlerinde küratif bir ameliyatın ardından 5 yıllık sağ kalım oranı %40, 10 yıllık sağ kalım oranı %30'a yakın tespit edilmiştir. Yeterli oranda sağlıklı ve tümörsüz karaciğer hacminin elde edilebilmesi için selektif portal ven embolizasyonu, ligasyonu, iki aşamalı karaciğer rezeksiyonu ve ALPPS prosedürü gibi işlemler tanımlanmıştır. Eşzamanlı olarak karaciğer metastazları ile birlikte primer kolon tümörlerinin total mezokolik rezeksiyonu kabul edilen bir işlemdir; çünkü bu küratif potansiyeli olan en yüksek olan strateji olarak görülmektedir. Ancak kombine rezeksiyonlar, yüksek morbidite oranları nedeniyle tartışılmaktadır.

#### OLGU

82 yaşında kadın hasta, ek hastalık olarak hipertansiyon mevcut, dışkılama sırasında kanama şikayeti olması nedeniyle yapılan kolonoskopide hepatik fleksurada kanamalı ülser odağı saptandı. Alınan biyopsi adenokarsinom ile uyumlu gelmesi üzerine evreleme amaçlı yapılan bilgisayarlı tomografide karaciğer sağ lobunda çok odakta radyolojik olarak metastatik görünümde kitle lezyonu tespit edildi. Hastada mevcut karaciğer sol lobun kapasitesinin artması ve kanlanması artırarak hiperplaziye uğramasını sağlamak için sağ portal ven embolizasyonu işlemine karar verildi. Girişimsel radyoloji ekibi tarafından yapılan embolizasyondan 6 hafta sonra yapılan kontrol bilgisayarlı tomografide sol lobun hacminin yeterli oranda, yaklaşık olarak %40 oranında arttığı tespit edildi ve yeni gelişimli metastaz olmadığı görüldü. Bu geçiş süreci boyunca neoadjuvan kemoterapi tedavisi uygulandı. Hastaya sağ hepatektomi ve genişletilmiş total mezokolik sağ kolektomi ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası aşikar komplikasyon izlenmedi.

#### SONUÇ

Yeterli efor kapasitesi olan, ancak tümörsüz sağlıklı karaciğer hacmi yeterli olmayan hastalarda ameliyat öncesi neoadjuvan kemoterapi tedavisi ile birlikte selektif karaciğer lobu hacmini arttırmaya yönelik çeşitli prosedürler uygulanmasını takiben tek aşamada kombine kolektomi ve hepatektomi işlemi uygulanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer metastazı, Kolon kanseri, Portal ven ligasyonu, Total mezokolik eksizyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

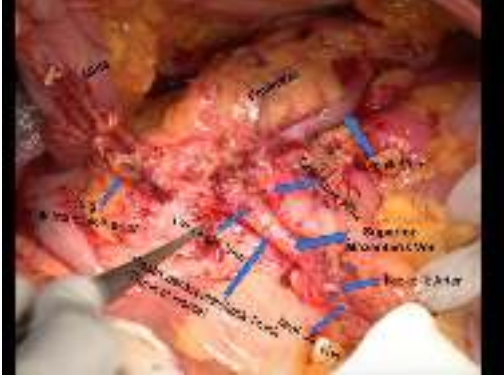
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

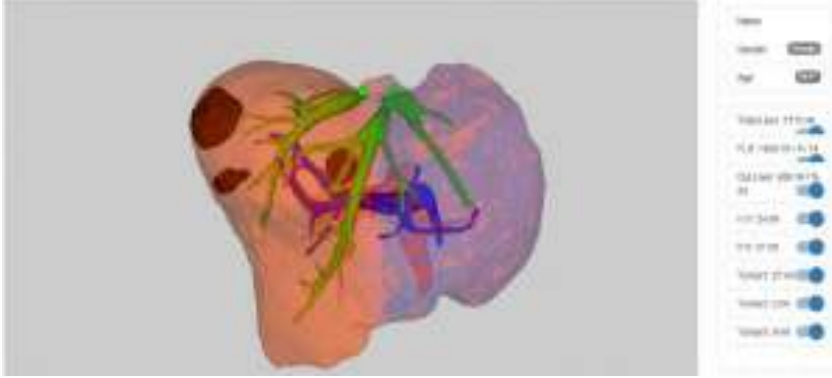


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

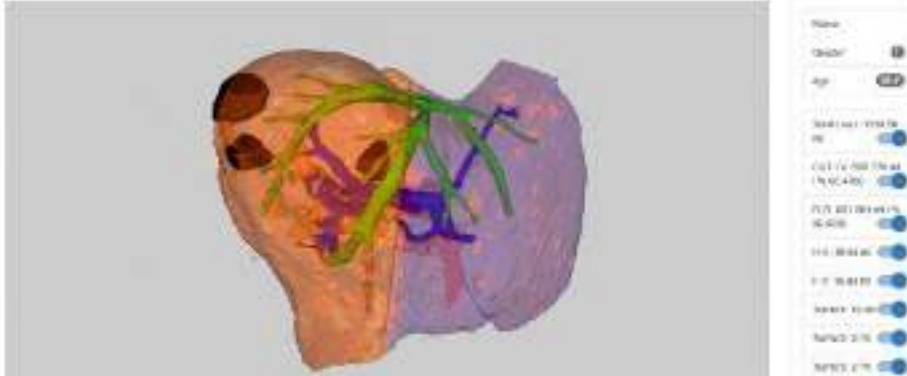
### Genişletilmiş sağ hemikolektomi (Komplet mezokolik eksizyon)



### PVE öncesi LiverVision ile remnant karaciğer hacim hesaplaması



### PVE sonrası LiverVision ile remnant karaciğer hacim hesaplaması



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0593 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### İdiyopatik trombositopenik purpura (ITP) tanılı hastalarda Laparoskopik Splenektomi deneyimimiz

Baha Tolga Demirbaş, Muhammer Ergenç, Ali Emre Atıcı, Şevket Cumhuriyet Yeğen  
Marmara Üniversitesi Pendik Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** ITP kandaki trombosit sayısının 100000/mm<sup>3</sup> altında olması ile karakterli otoimmün etiyolojili bir hastalıktır. Toplumdaki prevalansı 100000'de 4'tür. Steroid ve intravenöz immünoglobulin tedavisine yanıt vermeyen hastalarda splenektomi endikasyonu vardır. Laparoskopik splenektomi, normal boyuttaki dalağı olan ITP hastalarında son yıllarda başarı ile uygulanmaktadır.

**MATERYAL-METOD:** Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mayıs 2012 ile Ocak 2018 yılları arasında toplam 23 ITP tanılı hastaya laparoskopik splenektomi yapıldı. Bu hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. **BULGULAR:** Laparoskopik splenektomi yapılan hastaların 12'si kadın 11'i erkekti. Hastaların median yaşı 33 idi. Hastaların hastanede yatış süresi ortalama 4.1 gün idi. Hiçbir hastada mortalite görülmedi. İntraoperatif ve postoperatif kanama minimaldi. Bu nedenle kan transfüzyonu gerekmedi. Morbidite olarak 1 hastada atelektazi gelişti.

**TARTIŞMA:** İdiyopatik trombositopenik purpura, otoimmün etiyolojili, mukokutanöz kanamalar ve düşük trombosit sayıları ile karakterli bir hematolojik hastalıktır. Hastalığın sebebi trombositlere karşı otoantikörler oluşmasıdır. Bu nedenle trombositlerin dalakta hızla yıkılır ve oluşan trombositopeni sonucunda mukokutanöz ve peteşiyal kanamalar meydana gelir. Kanamalar, jinjivalarda, menometroraji şeklinde, hematüri şeklinde veya melenas şeklinde bulgu verebilir. Trombosit sayısı 10000/mm<sup>3</sup>'ün altına düştüğünde intrakraniyal kanama riski yüksektir. Hastalığın ilk basamak tedavisi 1 mg/kg/gün prednison tedavisidir. 3 haftalık bir tedaviden sonra relapslar oldukça sıktır. Bu durumda intravenöz immünoglobulin tedavisi verilebilir. Ancak bu tedaviye yanıt alamazsa splenektomi gereklidir. Hastaların %75-85'inde splenektomi sonrası trombosit sayıları hızla normal seviyelere yükselir. Ancak cerrahi alan enfeksiyonu, pankreatit, hemoroji gibi komplikasyonlar ameliyattan önce uzun süre immünsupresif etkisi de olan steroid tedavisi alan hastalarda %15-20 gibi oranlarda görülebilmektedir. Bu nedenle minimal invaziv cerrahinin ITP tanılı hastalarda uygulanması iyi sonuçlar alınabileceğini düşündürmüştür. Bizim serimizde de morbidite oranı %4 idi. İntraoperatif kanama gerçekleşmedi. Mortalitemiz yoktu.

**SONUÇ:** Laparoskopik splenektomi, ITP hastalarında elektif koşullarda güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İdiyopatik trombositopenik purpura, laparoskopik splenektomi, minimal invaziv cerrahi

#### Laparoskopik splenektomili hastaların operasyon verileri

|                           | Erkek            | Kadın           | Toplam           | P değeri |
|---------------------------|------------------|-----------------|------------------|----------|
| Cinsiyet                  | 10               | 12              | 22               | 0.7      |
| Yaş                       | 32<br>(20-42)    | 35<br>(28-41)   | 33<br>(27-38)    | 0.3      |
| Operasyon süresi (dakika) | 135<br>(112-157) | 123<br>(97-148) | 128<br>(112-144) | 0.4      |
| Postop komplikasyon       | 1                | 0               | 0                | 0.2      |
| Hastanede yatış süresi    | 2<br>(1-3)       | 2<br>(1-3)      | 2<br>(1-3)       | -        |
| Mortalite                 | 0                | 0               | 0                | 0        |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0594 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Batın Ön Duvarı Nekrozuyla Seyreden Suprlevator Abse

Abit Yaman, Enver Reyhan, Alper Sözütek, Fatih Akgündüz, Mehmet Kemal Yener, Hüseyin Kılavuz, Ali Kaan Şanal, Oktay İrkörücü

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana

Perianal abse sık görülen benign anorektal hastalıklardandır ve tedavi edilmezse ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Perianal absede en sık ve ciddi görülen komplikasyonlar akut dönemde furnier ganreni, kronik dönemde ise perianal fistüldür. Batın ön duvarında nekrotizan fasiit ile seyreden vakalar çok daha ender görüldüğünden burada sunmayı amaçladık.

Dış merkezden 3 gün önce başlayan karın ağrısı ve akut batın nedeni ile tarafımıza sevk edilen hastanın yapılan tomografik görüntülemelerinde pelviste pararektal ve paravezikal alanlarda serbest hava, batın sağ ön duvarında koleksiyon ve serbet hava tespit edildi. Hastanın kliniğinde akut batın ile uyumlu muayene bulgusu olması üzerine laparotomi kararı alındı. Perioperatif hastanın suprlevator bölgeden pararektal yağlı dokular boyunca sağ batın ön duvarı boyunca preperitoneal alanda uzanan koleksiyon ve yer yer nekroz tespit edildi. Debritleme ve drenaj sonrası VAC tedavisi ile hasta sorunsuz taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** nekrotizan fasiit, perianal abse, suprlevator abse

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0595 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### **İrrezektabl Periton Yüzey Malignitesi olan hastaların Laparoskopik Hipertermik Intraperitoneal Kemoterapi ile İndüksiyon Kemoterapisi'ne yanıtları**

Emel Canbay<sup>1</sup>, Bahar Canbay Torun<sup>2</sup>, Cetin Altunal<sup>1</sup>, Yusuf Celik<sup>1</sup>, Yutaka Yonemura<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

<sup>3</sup>NPO Center for Peritoneal Surface Malignancies

#### **GİRİŞ**

İndüksiyon Kemoterapisi, irrezektabl kanserlerde ve lokal ileri evre kanserlerde rezeksiyonu sağlayabilmek ve tümör yükünü azaltarak cerrahiye olanaklı kılmak için sistemik olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada indüksiyon kemoterapisi olarak laparoskopik hipertermik intraoperatif intraperitoneal kemoterapi ile irrezektabl olan periton yüzey maligniteli hastaların sonuçları bildirilmiştir.

#### **YÖNTEM**

2013-2018 e kadar laparoskopik hipertermik intraperitoneal indüksiyon kemoterapisi uygulanan hastaların sonuçları değerlendirilmiştir

#### **SONUÇLAR**

14 hastaya laparoskopik hipertermik intraperitoneal kemoterapi işlemi yapılmıştır. Hastaların ortalama yaşları 53.8 ±8.75 (32-74). Hastaların 11 tanesi kadın, 3'ü erkekti. Ortalama işlem süresi 2 saat 30 dakika ± 1 saat 16 dakika olarak saptandı. Tümörlerin 8'i mide kanseri'ne bağlı, 4'ü kolon kanserine bağlı, 2'si safra yollarına bağlı, 1 tanesi peritoneal mezotelyoma ve 1 tanesi de over kanserine bağlı peritoneal metastazı olan hastalardı. Periton kanser indeksi mide kanseri hastalarının 3'ünde (%37,5), over kanserli hastada (%100) ve mezotelyoma'da (%100) azalma gösterdi ve ameliyat ve takiben hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulanabildi. Erken dönem ve geç dönem komplikasyon saptanmadı. Asit tüm hastalarda kontrol edilebildi. Sadece, karaciğer metastazı olan mide kanserinin periton metastazında asit kontrol edilemedi. Hastaların hastalıksız sağkalımı 3-11 ay (± 3.14) ve toplam sağkalım 8.9±3.28 ay olarak saptandı.

#### **TARTIŞMA**

İrrezektabl periton yüzey maligniteli hastalarda laparoskopik hipertermik intraperitoneal kemoterapi tümör yükünü azalatabilmek ve asiti kontrol edebilmek için bir yöntem olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Periton Yüzey Malignitesi, Laparoskopik Hipertermik Intraperitoneal Kemoterapi, İndüksiyon Kemoterapisi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0596 [Genel Cerrahi Hastalıkları]

#### Polycystic over syndrome as a predisposing factor in pilonidal sinus disease

Celil Uğurlu, Özhan Özcan, Serkan Karayığit  
erbaa devlet hastanesi

#### Introduction

Male gender, obesity, occupations or sports requiring sitting, excessive body hair, poor body hygiene and excessive sweating are described as the primary risk factors for pilonidal sinus disease (PSD). Polycystic ovarian syndrome (PCOS) affects approximately 2% -7% of women in general population. Hirsutism is defined as excessive terminal hair growth in an androgen-sensitive skin distribution in women and is the most common cause of which is PCOS. The aim of the study is to determine whether PCOS can be shown as one of the uptake factors of PSD.

#### Material and Methods

This is a retrospective study. 102 female patients who underwent surgery due to symptomatic PSD were included in the study. The control group comprised of 215 female patients from general surgery and gynecology clinic without pilonidal sinus disease. Age, body mass index (BMI), number of baths taken per week, pcos, family history were examined as risk factors and compared between the two groups. Depending on the BMI range, 20–25.9, 26–29.9, and over 30, patients were classified as normal range, overweight, and obese, respectively

#### RESULTS

In terms of BMI, family history, age, number of baths, there was no significant difference between the two groups. The number of patients who has pcos was 19(%18.6) in the study group, while it was 8(%3,5). in the control group. statistically significant difference has been found between, study and control groups ( $p < 0,05$ )

#### DISCUSSION

Many studies have shown a positive correlation between obesity and PS. In our study we did not detect a statistical significance between BMI and PSD.

Many studies have reported that practicing good hygiene reduces the risk of PSD. This effect is believed to be associated with the removal of collected hair from the intergluteal sulcus. In our study, the number of baths per week was similar for both groups.

Family tendency is also an important factor. Doll et al<sup>7</sup> reported that family tendency accelerates the development of PSD, causing higher risk of recurrence, while suggesting that the positive patients should be closely followed up. Family history was evident in %32.3 of our study group that consistent with the literature.

There is no literature on PCOS and PSD association. In our study we have found statistically significant difference between two groups because this might be the increase correlation of hirsutism and PCOS.

#### CONCLUSIONS

PCOS could increase the risk of PSD because the most common cause of hirsutism is pcos

**Anahtar Kelimeler:** PCOS, PSD, hirsutism

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0598 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Asemptomatik Biliyoenterik Fistül ve Safra Taşı İleusu: Ardı Sıra Rastlanan İki Olgunun Sunumu

Baha Arslan, Tuğba Han Yılmaz, Varlık Erol, Hüseyin Gülay  
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi İzmir

**GİRİŞ:** Safra taşı(ST) nedeniyle oluşan mekanik barsak tıkanıklıkları genellikle yaşlı kadınları etkileyen akut ve kronik kolesistit seyrinde karşımıza çıkabilecek nadir bir mekanik ileus nedenidir.

**Olgu 1:** 69 yaşında hipertansiyon ve Atrial fibrilasyon dışında ek hastalığı olmayan kadın hasta üç gündür süren kolik tarzda karın ağrısı bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Karın grafisinde yaygın hava sıvı seviyeleri izlendi. Bilgisayarlı tomografisinde safra yollarında hava, proksimal barsak anslarında ileus hali ile jejunoileal anslarda obstrüksiyona neden olan taş saptanması üzerine ST ileusu nedeni ile ameliyata alındı. Treitz ligamanından 140 cm distalde obstrüksiyona neden olan ST segmenter barsak rezeksiyonu ile çıkartıldı. Safra kesesi ile ilgili prosedür ikinci seansa bırakılarak işlem sonlandırıldı.

**Olgu 2:** 67 yaşında, 1 yıl içinde 2 defa akut sırta yayılan karın ağrısı nedeni ile acil serviste semptomatik tedavi almış. Fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine sırt ağrıları için başvurmuş. Şüphe üzerine yapılan karın ultrasonunda safra kesesinde çok sayıda milimetrik taş izlenmiş ve genel cerrahi bölümüne yönlendirilmiş. Akdeniz anemisi taşıyıcı ve hipotiroidi dışında ek hastalığı yok. Laparoskopik kolesistektomi sırasında safra kesesi boynu ile postpilorik bölge arasındaki yapışıklık açılmaya çalışıldığında kolesistoduodenal fistül tespit edildi. Açık ameliyata geçildi. Duodenum onarıldı. Kolesistektomi sırasında tip 2 Mirizzi sendromu tespit edildi. Kolanjiografi çekildi. Safra yollarında ek sorun izlenmedi, safra yolu onararak ameliyata son verildi.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Safra taşı ileusu mekanik bağırsak tıkanıklığının nadir bir nedeni olmakla birlikte komorbid duruma sahip yaşlı hastaları etkilemektedir. Bu nedenle tedavi edilen hastaların mortaliteleri %5-6,7 arasında verilmektedir.

İleus, kolesistoenterik fistüle(KEF) bağlı intestinal organda ilerleyen taşın bulgusu olarak karşımıza tekrarlayan ileus atakları şeklinde çıkar ve obstrüksiyon tam olduğunda ileus kliniği oturur. Olguların ortalama hastaneye başvuru süresi 5 gündür. Bu hastaların %20 sinde akut kolesistit bulguları varken %15 inden azında sarılık mevcuttur. Seyrek olarak taş KEF düzeyinde kalır ve gastrik çıkış sendromuna(Bouveret Sendromu) neden olur. Çok küçük taşlar ise ileus tablosu oluşturmadan sindirim sisteminden atılabilir. Önceden bilinen ST olan olgularda kontrol karın ultrasoundda ST'nin görülmemesi, pneumobilia, barsak obstrüksiyonu ve barsak lümeni içinde ST'nin olması -Rigler triadı- tanıdan şüphelendirir. İleusun tedavisinde eğer hasta yüksek riskli değil ve karın içinde yoğun enflamatuvar süreç yoksa enterolitotomi ya da segmenter rezeksiyon ile ileus ortadan kaldırıldıktan sonra kolesistektomi ile beraber KEF onarılabilir. Ancak yüksek riskli hastalarda ise sadece ileus hali tedavi edilerek KEF tedavisi ikinci seansa bırakılabilir. Elektif ameliyatlarda sırasında tespit edilen KEF'in aynı seansta onarılması ve safra kesesi hastalığının ortadan kaldırılması gereklidir. Ameliyat sırasında yapılacak görüntüleme çalışması atlanması muhtemel ST hastalığını da ortaya koymaya yardımcı olur.

**Anahtar Kelimeler:** Safra taşı, ileus, kolesistoenterik fistül,

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

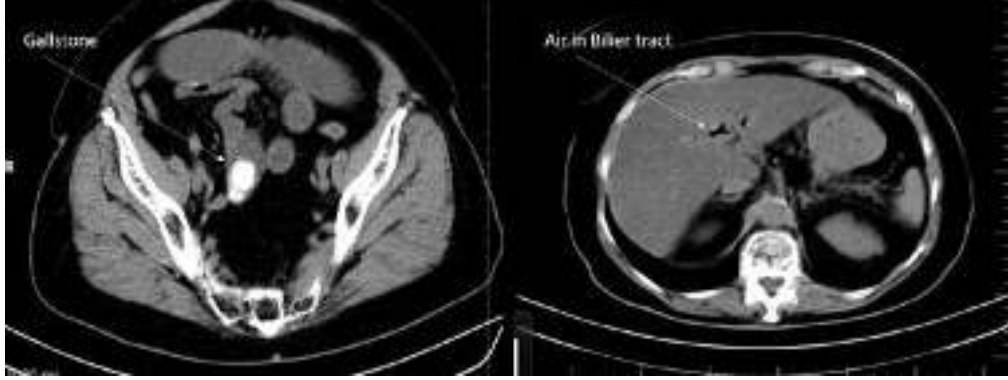
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

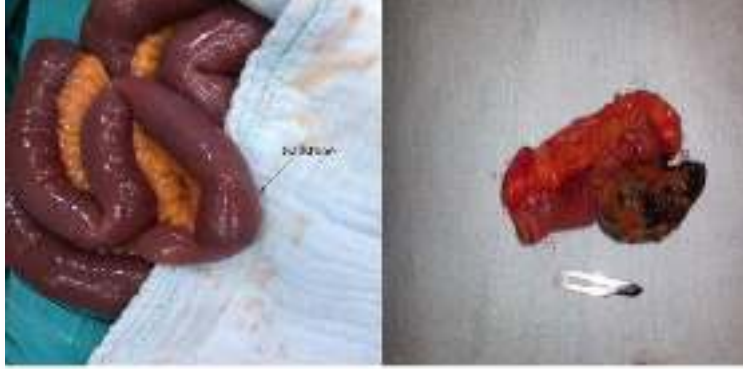


11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim1,2. Karın bilgisayarlı tomografi de distal jejunum-proksimal düzeyi impakte taş ve intrahepatik safra yollarında hava.



Resim3,4.Eksplorasyonda intestinal anslardaki taşın iz düşümü ve çıkartılmış intestinal segment ve taş.



Resim5,6. Kolesistoenterik fstül ve kolanjiyografide açık izlenen safra yollarının görünümü



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0599 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Deneysel tıkanma sarılığında Kalsiyum Dobesilat'ın karaciğer koruyucu etkisi

Yılmaz Ünal<sup>1</sup>, Salih Tuncal<sup>1</sup>, Koray Koşmaz<sup>1</sup>, Berkay Küçük<sup>1</sup>, Kemal Kısmet<sup>1</sup>, Nadir Turgut Çavuşoğlu<sup>1</sup>, Selin Yıldız<sup>2</sup>, Mehmet Şenes<sup>2</sup>, Pınar Celepli<sup>3</sup>, Sema Hücümenoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SBÜ, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>SBÜ, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Biyokimya Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>SBÜ, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Tıkanma sarılığı sonrası gelişen karaciğer hasarı, multifaktöriyel ve kompleks bir mekanizma ile oluşmaktadır. Oksidatif stres ve inflamasyon, bu hasarın derecesini etkileyen önemli faktörlerdendir. Çalışmamızda, antioksidan ve antiinflamatuvar etkisi olan Kalsiyum Dobesilat(Ca-Dob)'ın, deneysel tıkanma sarılığı modeliyle oluşan karaciğer hasarında koruyucu etkisini araştırmayı amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Otuz adet Wistar Albino cinsi dişi rat randomize olarak üç gruba ayrıldı. Grup 1(Sham/n:10) deki ratlara laparotomi yapıldı, yalnızca safra kanalı diseke edildi. Grup 2(Kontrol/n:10) ve Grup 3(Ca-Dob/n:10) deki ratlara laparotomi ve safra kanalı ligasyonu yapıldı. Grup 1 ve Grup 2 ratlara başka bir tedavi verilmedi. Grup 3 ratlara ise, işlemi takip eden 10(on) gün süresince 100 mg/kg/gün dozunda Ca-Dob orogastrik tüp yoluyla verildi. On gün sonunda tüm ratlar sakrifiye edildi. Biyokimyasal ve histopatolojik analizler için kan ve karaciğer doku örnekleri alındı.

**BULGULAR:** Ca-Dob verilen grupta serum karaciğer fonksiyon test değerleri, kontrol grubuna göre anlamlı(istatistiksel olarak) ölçüde düşük bulundu( $p<0.05$ ). Yine Ca-Dob grubunda karaciğer doku örneklerinde, malondialdehit(MDA) ve fluorescent oxidation products(FOP) değerleri kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde düşük( $p<0.05$ ) iken, total sulfydryl(SH) değerleri anlamlı ölçüde yüksek( $p>0.05$ ) idi. Ayrıca, gruplar histopatolojik skor bakımından karşılaştırıldığında; Ca-Dob grubundaki histopatolojik hasar değeri kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde düşük( $p<0.05$ ) bulundu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Çalışmamızda Ca-Dob'ın tıkanma sarılığı olan karaciğer dokusunda inflamasyon ve fibrozis gelişimini azaltmasının yanında, karaciğer fonksiyon test değerleri ve oksidatif stres parametrelerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığını tespit ettik. Ca-Dob'ın bu antiinflamatuvar ve antioksidan etkisi nedeniyle hepatoprotektif bir ajan olabileceğini düşünüyoruz. Geniş vaka-kontrol serileriyle yapılacak çalışmalarla sonuçlarımızın destekleneceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Hepatoprotektif etki, Kalsiyum Dobesilat, tıkanma sarılığı.

**Tablo-1**

Tablo 1: Çalışmada kullanılan test sonuçları ve p değerleri

| Grup                    | AST (U/L)    | ALT (U/L)    | ALP (U/L)   | LDH (U/L)    | TBil (mg/dL) | TBil (µg/dL) |
|-------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Grup 1 (Sham) (n=10)    | 40.70±11.04  | 44.17±10.84  | 0.30±0.08   | 46.33±14.96  | 0.00±0.04    | 0.00±0.00    |
| Grup 2 (Kontrol) (n=10) | 70.53±17.47* | 67.08±12.07* | 0.10±0.04** | 40.46±10.47* | 0.03±0.02*   | 19.24±2.90*  |
| Grup 3 (Ca-Dob) (n=10)  | 40.70±11.04  | 44.17±10.84  | 0.30±0.08   | 46.33±14.96  | 0.00±0.04    | 0.00±0.00    |

AST: aspartat aminotransferaz; ALT: alanin aminotransferaz

ALP: alkaline fosfatase; LDH: laktik dehidrogenaz

TBil: total bilirubin (mg/dL); TBil: total bilirubin (µg/dL)

\*significantly different, Sham vs control group ( $p<0.05$ )

\*significantly different, control vs sham + calcium dobesilate group ( $p<0.05$ )

\*significantly different, sham vs calcium dobesilate group ( $p<0.05$ )

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo-2**

Tablo 2- Doku İmmünlendirmede oksidatif stres sonucu ortaya çıkan değerler

| Grup                            | MDA (nmol/g protein)       | total SH (nmol/g protein)  | POP (nmol/g protein)        |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Group 1 (Sham) n=10             | 80.45±12.7 <sup>a</sup>    | 115.45±10.4                | 118.97±11.6                 |
| Group 2 (Control) n=6           | 82.85±15.32 <sup>b</sup>   | 82.45±5.32 <sup>b</sup>    | 187.45±17.92 <sup>b</sup>   |
| Group 3 (Calcium Depletion) n=5 | 49.35±11.42 <sup>b,c</sup> | 55.57±10.04 <sup>b,c</sup> | 145.89±25.37 <sup>b,c</sup> |

MDA: Malondialdehyde SH: Sulfhydryl POP: Fluorescent oxidation products

<sup>a</sup> significantly different, sham vs control group (p<0.05)

<sup>b</sup> significantly different, control vs calcium depletion group (p<0.05)

<sup>c</sup> significantly different, sham vs calcium depletion group (p<0.05)

**Tablo-3**

Tablo 3- Doku İmmünlendirmede oksidatif stres sonucu ortaya çıkan değerler

| Grup                            | MDA (nmol/g protein)       | total SH (nmol/g protein)  | POP (nmol/g protein)        | MDA/SH oran            | MDA/POP oran            |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|
| Group 1 (Sham) n=10             | 80.45±12.7 <sup>a</sup>    | 115.45±10.4                | 118.97±11.6                 | 0.695±0.05             | 0.584±0.03              |
| Group 2 (Control) n=6           | 82.85±15.32 <sup>b</sup>   | 82.45±5.32 <sup>b</sup>    | 187.45±17.92 <sup>b</sup>   | 0.99±0.07 <sup>b</sup> | 0.528±0.04 <sup>b</sup> |
| Group 3 (Calcium Depletion) n=5 | 49.35±11.42 <sup>b,c</sup> | 55.57±10.04 <sup>b,c</sup> | 145.89±25.37 <sup>b,c</sup> | 0.89±0.06 <sup>b</sup> | 0.64±0.02 <sup>b</sup>  |

<sup>a</sup> significantly different, sham vs control group (p<0.05)

<sup>b</sup> significantly different, control vs calcium depletion group (p<0.05)

<sup>c</sup> significantly different, sham vs calcium depletion group (p<0.05)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0600 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Hepatik Adenomu Taklit Eden Hepatosellüler Karsinom Olgusu

Ceren Canbey Göret<sup>1</sup>, Nuri Emrah Göret<sup>2</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

<sup>2</sup>Çanakkale Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Hepatosellüler adenomlar (HA), seyrek olarak görülen, nadiren de olsa tümör boyutunun 30 cm ye kadar ulaştığı bildirilen benign natürdeki kitlelerdir. Hepatosellüler karsinom (HCC) ise, karaciğerin en sık karşılaşılan primer malignansı olup, genellikle siroz zemininden geliştiği ve erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü bildirilen tümörlerdir. Sıklıkla 5 cm altında, daha az oranda da 10 cm üzerine çıkan kitleler ile presente olabileceği bildirilmiştir. 72 yaşında halsizlik ve sağ üst kadranda sırta yayılan ağrı ile başvuran olguda, karaciğer sağ lobun tama yakını dolduran yaklaşık 13 cm boyutlarında hipodens kitle presente olan hepatosellüler karsinom olgusunu; hem telenjektatik varyant hepatik adenoma benzer histopatolojik görüntüsü, hemde ilk alınan biopsi örneğine “kavernöz hemanjiom” olarak yanlış tanı yazılması sebebiyle sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Hepatsellüler karsinom, telenjektatik varyant karaciğer adenomu, karaciğer adenomu

**Resim 1:** BT kesitlerinde karaciğer sağ lobun büyük bölümünü dolduran yaklaşık 13 cm çaplı hipodens kitlesel lezyon



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

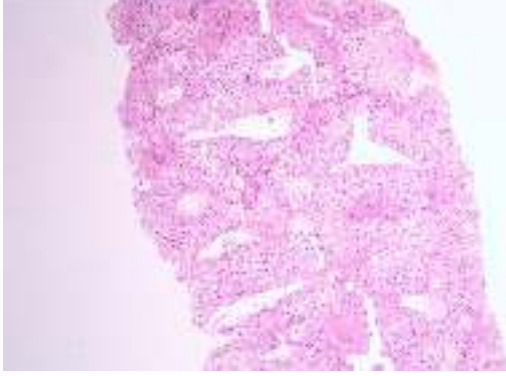
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

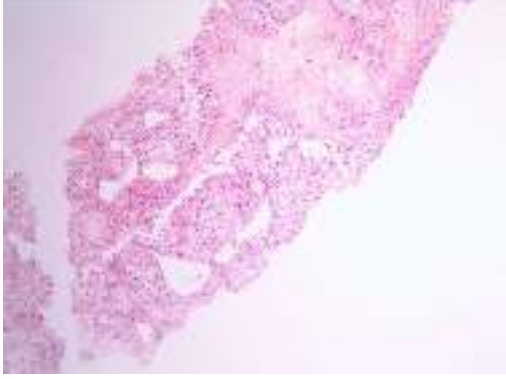


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

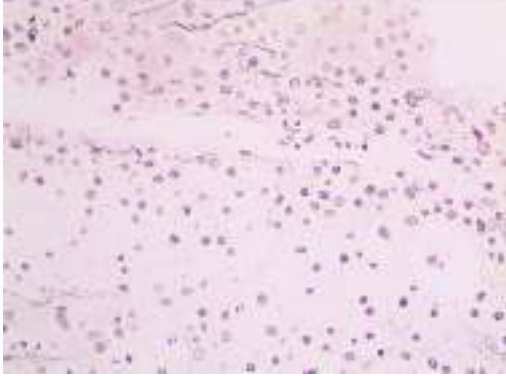
**Resim2: Karaciğer dokusuna ait kesitlerde yaygın telenjiektatik yapılar (Hematoksilen&Eosin Å— 100)**



**Resim3: Karaciğer dokusunda yaygın telenjiektatik yapılar etrafında fokal nekrotik alanlar (Hematoksilen&Eosin Å— 40)**



**Resim4: Parankimde retikülin liflerinde kayıp (Histokimya x 400 )**



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

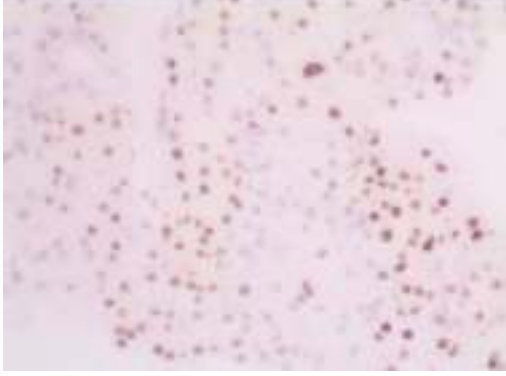
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

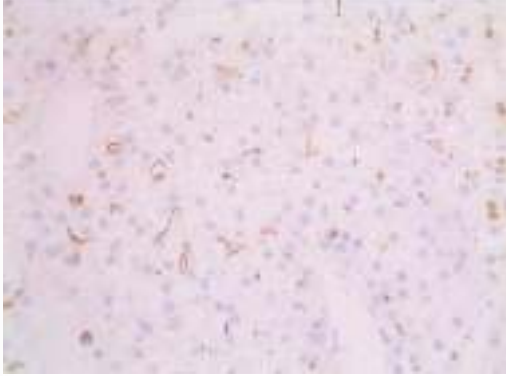


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim5: Tümör hücrelerinde Å–strojen Reseptör ekspresyonu (immunohistokimya x 400)**



**Resim6: Hepatosellüler karsinomda polyclonal CEA ile kanaliküler paternde pozitif boyanma (immunohistokimya x 400)**



**Resim7: Tümör hücrelerinde Ki 67 proliferasyonu (immunohistokimya x 40)**



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0601 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Subkapsüler hematoma ile opere edilen endometrium karsinomuna bağlı dalak metastazı. Olgu sunumu

Bülent Kaya<sup>1</sup>, Anıl Ergin<sup>2</sup>, Ender Onur<sup>2</sup>, Kemal Memişoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>S.B.Ü Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>S.B.Ü Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Dalak metastazları nadir görülen patolojilerdir. Dalakta metastaz en sık meme, akciğer ve over kanserlerine bağlı gelişir. Endometrium kanserine bağlı metastaz çok nadirdir. Bu olgu sunumunda endometrial karsinoma bağlı dalak metastazı gelişen ve subkapsüler hematoma ile opere edilen hastayı tartışmayı amaçladık.

**OLGU:** Altmış üç yaşındaki kadın hasta karın ağrısı, bulantı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Anamnezinden yaklaşık 10 ay önce endometrium kanseri nedeni ile total abdominal histerektomi, bilateral salpingoofektomi ameliyatı yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenede sol üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Yapılan batın bilgisayarlı tomografi tetkikinde dalak anteriorunda yaklaşık 7 cm çaplı lezyon tespit edildi. Batın kontrastlı manyetik rezonans tetkikinde dalakta düzensiz kontrastlanma gösteren lezyon mevcuttu. Lezyonun dalak hematomu, metastaz olabileceği ifade edildi. Hasta mevcut bulgularla explore edildi. Eksplozasyonda dalak anteriorunda rüptüre olmamış hematoma mevcuttu. Kitlesel lezyon bu hematoma içinde palpe edildi. Standart splenektomi yapıldı. Postoperatif dönem sorunsuz geçti. Patoloji sonucu dalağa endometrial karsinom metastazı olarak raporlandı.

**TARTIŞMA:** Solid tümörlerin dalak metastazı nadirdir. Dalağa metastaz en sık hematojen yol ile olmaktadır. Metastazlar lenfatik, transperitoneal ve yakın komşuluk yolu ile de olabilir. Bu hastalarda karın ağrısı, bası semptomları görülebilir. Ancak hastaların önemli bir kısmı asemptomatiktir ve dalak metastazları rastlantısal olarak görüntüleme yöntemlerinde ortaya çıkar. Bu hastalarda dalak rüptürü önemli bir komplikasyondur.

Endometrial karsinomun dalak metastazı nadir görülür. Literatürde bildiren olguların ilk cerrahi girişimden çok uzun süre sonra ortaya çıkabildiği görülmektedir. Bizim olgumuzda primer ameliyattan yaklaşık 10 ay sonra metastaz tespit edildi. Ancak hastanın ilk geliş bulgularında dalak subkapsüler hematomu ön plandaydı. Ayırıcı tanıda dalak metastazı düşünüldü. Endometrial karsinoma bağlı dalak metastazı olan hastalarda splenektomi hem tedavi edici hem de dalak rüptürü gibi komplikasyonları önlemede tercih edilmesi gereken tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrium kanseri, dalak metastazı, subkapsüler hematoma

Resim 1



Subkapsüler hematomun Mr görüntüsü

Resim 2



Mr görüntülemesinde subkapsüler hematoma dalak anterioruna uzanmakta

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0602 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Karaciğer Kisthidatik Hastalarında Ameliyat Sonrası Safra Fistülünün Gelişmesinde Etkili Faktörler

Mehmet Gümer<sup>1</sup>, Abdullah Özgönül<sup>1</sup>, Faik Tatlı<sup>1</sup>, Orhan Gözeneli<sup>1</sup>, Hüseyin Cahit Yalçın<sup>1</sup>, Osman Bardakçı<sup>1</sup>, Reşit Çiftçi<sup>2</sup>, Fırat Erkmən<sup>1</sup>, Emre Karaca<sup>1</sup>, Ali Uzunköy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Karayazı Devlet Hastanesi Genel Cerrahi, Erzurum

**AMAÇ:** Karaciğer kist hidatik hastalarında ameliyat sonrasında oluşan safra fistüllerinin gelişmesine etki eden faktörlerin araştırılması ve kist hidatik hastaları ameliyata hazırlarken hangi hastada safra fistülü oluşabileceğini öngörmek, ona göre tedavi ve takip planı yapılması amaçlandı.

**METHOD:** Hastanemizde Ocak 2016-temmuz 2017 tarihleri arasında karaciğer kisthidatigi nedeniyle ameliyat edilen 55 hasta prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalar; yaş, cinsiyet, kistin büyüklüğü, kistin lokalizasyonu, kist sayısı, kistin evresi (gharbi sınıflaması kullanıldı), ek hastalık (sadece DM alındı), senkron kist (karaciğer dışında kist varlığı) ve preoperatif albumin değerleri yönünden incelendi. Hastalar safra fistülü olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı. Cerrahi teknik olarak tüm hastalara parsiyel kistektomi+drenaj uygulandı. Tüm kist içi povidone-iodine ve %3 NaCl ile irriye edildi. Vakaların hepsinde; kist kavitesine ve kist kavitesinin dışına bekçi dren konuldu. Rutin olarak kist lojunda safra fistülü olup olmadığı bakıldı. Safra fistülü testi yapılmadı. İntraoperatif safra kaçağı görülenler primer olarak onarıldı. Ameliyat sonrası tüm hastalara 3 ay süre ile albendazol (10 mg/kg/gün) tedavisi verildi. Spontan drenenden gelen safra miktarında azalma yoksa ya da gelen debi miktarı yüksek ise, MRCP ve sonrasında gerekli olan hastalara ERCP (endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi) yapıldı. Toplanan veriler, SPSS (22.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) ile hesaplandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact Testleri kullanıldı. P-değerinin 0.05'in altında olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**SONUÇLAR:** Çalışmaya alınan hastaların 45 (%82)'i kadın, 10 (%18)'u erkekti. Ortalama yaşları 39,3±16,6 yıl idi. 14 (%25,5) hastada safra fistülü görüldü. 4 hastada fistül ERCP yapıldıktan sonra, 10 hastamızda ise kendiliğinden kesildi. ERCP'ye geçen ortalama süre 14,25 gündü. Per op 5 hastada safra fistülü tespit edildi ve bunlar primer olarak kapatıldı. Postop dönemde bu hastalardan hiçbirinde safra fistülü görülmeydi. Ortalama kist çapları 8,39±2,87 cm ölçüldü. Kistin gharbi evresiyle safra kaçağı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,05). Aynı zamanda safra kaçağı bulunan hastaların ortalama kist sayısı (2,07 ±2.16) safra kaçağı olmayan hastalara (1,7 ± 0,59) göre anlamlı bir şekilde yüksek bulundu (p=0,007).

**TARTIŞMA:** Karaciğer kisthidatigi cerrahisi sonrasında görülen komplikasyonların başında safra fistülü gelmektedir. Literatürde %2.6-28.6 arasında bildirilmektedir. Serimizde bu oran %25,5 oranında saptandı. Literatüre baktığımız zaman safra fistülü oluşumunda; kistin büyüklüğü, yerleşim yeri, kistin dejenere görünümü etkili olduğu bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda ise; Gharbi sınıflamasına göre ileri evre kistlerde ve kist sayısının fazla olması safra fistülü gelişiminde istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Kist Hidatik, Safra Fistülü, Karaciğer, Safra Kaçağı,

**Anahtar Kelimeler:** Kist Hidatik, Safra Fistülü, Karaciğer, Safra Kaçağı,

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0603 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Pnomobiliyanın nadir bir nedeni: Papilla açılma anomalisi ve disfonksiyone oddi sfinkteri birlikteliği

Çağrı Akalın

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Safra yollarında hava (pnömobiliya) mevcudiyeti biliyoenterik fistül, biliyoenterik anastamoz, amfizematöz kolesistit, disfonksiyone oddi sfinkteri ve sfinkterotomi sonrası gibi durumlarda olabilmektedir. Koledok normal şartlarda duodenum ikinci kısmına açılmakta olup nadir de olsa duodenum birinci kısmına açılabilir. Olgumuzda papilla açılma anomalisi ile birlikte bulunan pnömobiliya birlikteliğini sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 51 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Karın ağrısı yaklaşık 1 günlük olup karın sağ üst kadranda lokalize ve devamlı tarzda idi. Vital bulgularından ateş 37,7°C olarak saptandı. Fizik muayenesinde karın sağ üst kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde beyaz küre sayısı 14900/mm<sup>3</sup>, C-reaktif protein(CRP) 10,9 mg/L, total bilirubin: 3,82 mg/dl, direk bilirubin:2,89 mg/dl, ALT:234 U/L, AST:169 U/L, LDH:224 U/L idi. Çekilen hepatobiliyer ultrason; safra kesesi distandü görünümde olup, duvar kalınlığı normal sınırlardadır, cidarı düzgündür, lümen içinde yoğun safra içeriği ile uyumlu görünüm mevcuttur, perikolesistik mayii izlenmedi, koledok izlenebilen yerinde çapı 9 mm ölçülmüş olup artmıştır, ayrıca safra kesesi içerisinde, intrahepatik safra yolları ve koledok içerisinde hava dansiteleri izlenmiş olup görünüm koledokolitiazis ve spontan taş pasajı açısından şüphe uyandırmaktadır şeklinde yorumlandı. Tüm abdomen bilgisayarlı tomografide; safra kesesi distandü görünümde ( Kolesistit?) olup intrahepatik safra yollarında dilatasyon mevcuttur olarak yorumlandı. Hastaya yapılan fizik muayene ve laboratuvar parametreleri ile kolesistit tanısı ile hospitalize edilip medikal tedavi başlandı. Hasta dış merkezde gastroenterolojiye konsulte edildi, ERKP(endoskopik retrograd kolanjiografi) yapılmasına karar verildi. ERKP'de apikal darlığın olduğu ve papilla vaterinin duodenum birinci kıtasına(bulbus) açıldığı saptandı. Koledok en geniş yerinde 12 mm olarak saptandı ve intrahepatik safra yolları solda belirgin olmak üzere daha geniş olarak gözlemlendi. Hastaya ampulla vateri sfinkter tonusunun az olmasından dolayı sfinkterotomi yapılmayıp taş balonu ile koledoktaki safra çamuru sıvazlandı. ERKP sırasında komplikasyon gelişmeyen hastaya işlem sonrası laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Per-operatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 1.günde şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Safra yollarında hava olmasının bir çok nedeni olmakla birlikte hem oddi sfinkter tonusunun azalması (disfonksiyone oddi sfinkteri) hem de papilla açılma anomalisi ile birlikteliği oldukça nadir görülmektedir. Olgumuzda bu iki bulgunun yanısıra kolesistit tablosunun olması, ERKP yapılmadan önce, amfizematöz kolesistit, biliyoenterik fistül tablosunu daha öncelikle düşündürmüştü. ERKP ile papilla açılma anomalisinin saptanıp, koledoktaki safra çamurunun sıvazlanması elektif şartlarda yapılan kolesistektomiyi daha güvenli hale getirdi. Pnömobiliya mevcudiyetinde papilla açılma anomalisi ve disfonksiyone oddi sfinkteri her zaman akılda tutulup, cerrahi girişim öncesi interdisipliner yaklaşımla safra yollarının görüntülenmenin tanı koymayı kolaylaştıracağı ve böylece yapılabilecek girişimlerde olası morbidite ve mortaliteyi azaltıp daha güvenli cerrahi girişim yapılabileceği kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Papilla vateri açılma anomalisi, Pnömobiliya, Akut kolesistit, ERKP, disfonksiyone oddi sfinkteri

#### Resim 1



Ercp görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0604 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Distal koledok yerleşimli mikst adenonöroendokrin karsinom

Yiğit Düzköylü, Orhan Aras, Erdal Birol Bostancı  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği

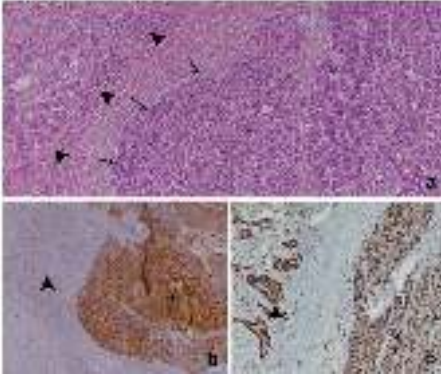
**GİRİŞ:** Mikst adenonöroendokrin karsinom (MANEC) nadir rastlanılan bir patoloji olup immunohistokimyasal incelemeyle tanı konmaktadır. Literatürde çoğunlukla vaka sunumları ve nadiren serileri yayınlanabilmiştir. Tanının nadirliği nedeniyle tedavi önerileri hala çeşitli yazarlara ve yerleşim yerine göre farklılık göstermektedir. İki en önemli tanı kriterinden bir tanesi her bir komponentin tümörün en az %30'unu oluşturması ve her iki komponentin de malign olmasıdır. Biliyer yerleşim çok nadir olup distal koledok yerleşimini bildiren yayın sadece birkaç tanedir. Bu nadir tümörün patolojik tanısal özelliklerini, cerrahi tedavisi ve takip parametrelerini distal koledok yerleşimli MANEC tanısı alan hastamızla sunmayı amaçladık.

**VAKA:** Yetmiş yaşında erkek hasta kliniğe dispepsi, bulantı ve kilo kaybı ile başvurmuştu. Radyolojik çalışmalar ve laboratuvar bulgularını takiben distal koledokta malign özellikler gösteren kitle izlenmişti. Preoperatif hazırlıkları takiben pankreatikoduodenektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme kitlenin mikst adenonöroendokrin tümörle uyumlu olduğunu gösterdi (Figür 1). Adenokarsinom komponenti iyi diferansiye olup nöroendokrin komponent tümörün %30'dan fazlasını oluşturmakta ve grade 1 özellikler göstermekteydi. Tümör pT2 olarak kabul edilip perinöral, intranöral ve lenfovasküler invazyon izlendi. Cerrahi sınırlar negatifti. Hasta postoperatif 14.günde herhangi bir komplikasyon olmadan taburcu edildi. Postoperatif kısa dönem adjuvant kemoterapi aldı ve postoperatif 26.ayda nüks bulgusu olmadan izlenmeye devam edilmektedir.

**SONUÇ:** MANEC oldukça nadir bir tanı olup 2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından epitelyal ve nöroendokrin komponentler içeren neoplazmlar olarak tanımlanmıştır. Cordier 1924 yılında her iki komponenti içeren gastrointestinal tümör olarak ilk tanımlayan araştırmacıdır. Bugüne kadar literatürde MANEC'ler çeşitli lokalizasyonlarda gösterilmiş olup distal koledok vakaları hala birkaç tanedir. Bizim vakamızda literatürün aksine karaciğerde metastaz izlenmemiştir. Her ne kadar ilk tanımlanmasından bu yana 100 yıl geçmiş olsa da düşük insidansı nedeniyle hala tanımlanmamış ve tartışmalı bulgular mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** Koledok tümörleri, MANEC, mikst adenonöroendokrin karsinom, MINEN

Figür 1



Histopatolojik görünüm (HEEx40)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0605 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Pankreatikojejunostomi stentinin biliyer sisteme migrasyonu; pankreatikoduodenektominin nadir bir komplikasyonu ve non-operatif tedavisi

Yiğit Düzköylü, Deniz Öçal, Erdal Birol Bostancı  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Pankreatikoduodenektomi (PD) üç ayrı anastomoz içeren kompleks bir prosedürdür. Pankreatik kanala peroperatif olarak stent yerleştirilmesinin anastomoz güvenliğini ve devamlılığını sağlamada faydalı olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar etkili bir tercih olsa da prosedürün çeşitli komplikasyonları mevcut olup nadiren pankreatik stentin biliyer sisteme migrasyonu da izlenebilmektedir. Bu vakada preoperatif olarak yerleştirilmiş stentin hepatikojejunostomi (HJ) anastomozuna migrasyonunu sunmayı amaçladık.

**VAKA:** Hasta 37 yaşında kadın olup iki sene önce pankreas başı kanseri nedeniyle Whipple prosedürü uygulanmıştı. Patolojik inceleme adenokanser ile uyumlu olup cerrahi sınırlar temizdi. Postoperatif süreçte kısa dönem kemoterapi uygulanmıştı. Polikliniğe sarılık şikayetiyle başvurdu. Laboratuvar bulgularında bilirübin seviyeleri yüksek izlendi (total 12.6, direkt 11.3). İntravenöz kontrastlı bilgisayarlı tomografi pankreatikojejunostomi (PJ) stentinin HJ anastomoz alanına migre olduğunu gösterdi (Figür 1,2). Girişimsel radyoloji bölümüne danışılarak sağ posterior safra kanalından girilip hepatikojejunostomi darlığı balon dilatasyon ile genişletildi ve kalkül ile beraber stent ince barsağa itildi. Bir hafta sonra hiçbir safra yolu dilatasyonu izlenmedi ve bilirübin değerleri düşmeye başladı.

**SONUÇ:** Whipple prosedürü esnasında yerleştirilen pankreatikojejunostomi stenti anastomoz kaçaklarını önleme amacıyla birçok cerrah için standart yöntemdir. Ancak literatürde yayınlanmış birçok çalışma migrasyon dahil olmak üzere stente ait çeşitli komplikasyonları göstermektedir. Stent migrasyonu en sık ince barsağa olmaktadır. Nadiren PJ stentleri koledokoduodenostomi yoluyla biliyer sisteme taşınabilmektedir. Bizim vakamızda stent HJ alanına ulaşarak lokal inflamasyon ve sonucunda stenoz yaratarak ikter gibi obstrüktif semptomlara yol açtı. Her ne kadar cerrahi olarak yerleştirilen internal stentlerin bu yolla migrasyonu daha nadir olarak rapor edilmiş olsa da, postoperatif dönemde ikter gelişen hastalarda akılda tutulmalı ve öncelikle non-operatif tedavi yöntemleri denenmelidir.

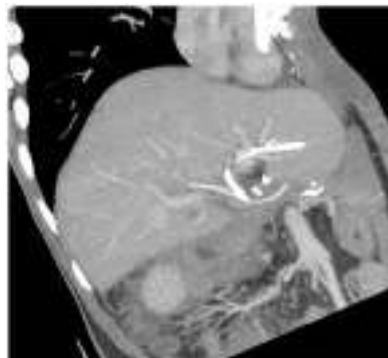
**Anahtar Kelimeler:** pankreas stentleri, pankreatikoduodenektomi, stent migrasyonu

Figür 1



Pankreatikojejunostomi stentinin HJ anastomoz alanına migrasyonu

Figür 2



Pankreatikojejunostomi stentinin HJ anastomoz alanına migrasyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzu Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0606 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Koledokolitiaz kökenli obturasyon sarılıкта olabilen post-operatif komplikasyon riskinin değerlendirilmesi ve bireysel cerrahi müdahale taktiklerinin seçiminin gayrı-selis modeli

Cabbar Hacıyev<sup>1</sup>, Elman Tagiyev<sup>1</sup>, Novruz Hacıyev<sup>1</sup>, Reyhan Şıxlinskaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azerbaycan Tıp Üniversitesi, Genel cerrahi, Baki

<sup>2</sup>Bakı Devlet Üniversitesi, Matematik, Baki.

Güncellik: Koledokolitiaz kökenli obturasyon sarılık (KKOS) sırasında cerrahi taktik seçiminde fikir çeşitliliği, ameliyattansonrakı komplikasyon ve ölüm oranının yüksek hedlerde kalması uzmanların bu patolojiyanı odak saklamasını şertlendirir.

AMAÇ: KKOS tanısında post-operatif komplikasyon riskini belirleyerek bireysel müdahale taktikleri modeli oluşturmak ve klinik etkinliğini değerlendirmek.

Malzeme ve YÖNTEMLER: Lütvi-Zadenin gayrı-selis mantık teorisi temelinde tarafımızdan kurulmuş orijinal matematiksel modelin klinik etkinliği koledokolitiaz kökenli OS olan 150 hastada öğrenilmiştir. Ameliyattansonrakı komplikasyonların ortaya bilmesine etkileyen daha çok prognostik önemli 7 kriter seçerek, onların dilsel göstergeler değerlendirilmiş ve fazi mantığı planı temelinde, aşağıdaki tüm gayrı-selis giriş değişkenleri ve çıkış değişkeni için term kümeler atanmıştır: X1 - «Hastanın yaşı» «orta (60'a kadar), "çok" (60'ın üstünde); X2 - «Sarılığın devamı» «kısaa» (1-7 sutka), «az» (8-14 sutka), "çok" (15-21 sutka), «daha fazla» (21 günden fazla); X3 - "Sıcaklık" "normal" (37,0-38,0 C0), "yüksek" (38,1-39,0 C0), "çok yüksek" (39,0 C0 üzerinde); X4 - "Hastalıklar" "telafi" (0), "telafi edilme" (0.5), "dekompansasyon" (1.0); X5 - «Karaciğer disfonksiyasının derecesi» «I0» (genel bilirubinin miktarı 50 mkmol/l-edek), «II0» (50-100 mkmol/l), «III0» (100-200 mkmol/l), «IV0» (200 umol/l'den fazla); X6 - Kanda CD 4 "düşük" (% 25'in üstünde), "orta" (% 17.0-25.0), "yüksek" (% 16'dan az); X7 - "Plazmada IL-2", "düşük" (35.0 pg/ml'nin üstünde), orta (25.0-35.0 pg/ml), "yüksek" (25.0 pg/ml daha az)); Y: - "Risk derecesi" "düşük" (0,0-0,49), "şüpheli" (0,5), "yüksek" (0,51-0,8), "çok yüksek" (0, 8-1,0).

Daha sonra gayrı-selis mantık kurallarına uygun yedi girdi değişkeninin spesifik girdileri modele dahil edilir ve "fisyon" bloğunda fazifikasiya olunur. Böylece, 7 giriş ve 1 çıktı değişkeni, MATLAB TOOLBOX yazılım paketinin FUZZY LOGIC alt sistemi kullanılarak gayrı-selis model içine entegre edilmiştir.

Sonuçlar ve tartışmalar: 1) Risk yok ve ya düşük (A) - Y = 0.0-0.49 - açıkça tek aşamalı taktik; 2) Risk şüphelidir (B) - Y = 0,5: eğer ameliyattönü terapiyanın sırasında riskin fiyatı dinamikada azalmışsa, o zaman (A) taktiği, aksine riskin fiyatı azalmırsa ve ya artıyorsa - (C) taktiği; Çok etaplı (C) taktik - çok aşamalı cerrahi taktikler yüksek (Y = 0.51-0.8) ve çok yüksek (Y = 0.81-1.0) risk altındadır.

Gayrı-selis modül tarafından verilen risk derecesi göz önüne alındığında, 92 hasta tek aşamalı, 58 hasta tekrar enjekte edildi. Bu hastalarda cerrahi taktiklerin optimizasyonu nedeniyle postoperatif komplikasyon oranı %4.7'ye düşmüş ve ölüm %1.3'e düşmüştür.

Böylece, önerilen model her bir hastanın postoperatif komplikasyon riskini değerlendirmesini, bireysel cerrahi taktiklerini seçmesini ve tedavi sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirmesini sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** Obturasyon sarılık, fuzzy logic, karaciger disfonksiyası.

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0607 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### ERCP'ye Bağlı Periapuller Retroperitoneal Koledok Perforasyonu:İki Olgu Sunumu

Furkan Savaş, İbrahim Kılınç, Şevket Barış Morkavuk, Abdussamed Yalçın, Ali Coşkun, Mehmet Kılıç

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Endoskopik retrograd kolanjiografi (ERCP) safra yollarının ve pankreas kanalının görüntülenmesi ve tıkanıklıklarının tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Hem benign hem malign tıkanma ikterlerinde günümüzde en sık başvuru olan tanı ve tedavi yöntemidir. Etkin bir tanı ve tedavi yöntemi olduğu kadar ciddi komplikasyonları da olan bir işlemdir. Literatürler incelendiğinde %10'a varan morbidite ve %1'e varan mortalite oranları görülmektedir. ERCP işlemi sonrasında pankreatit, kanama, kolanjit gibi komplikasyonlar sık görülürken perforasyon nadir ancak en korkulan ve en fazla mortalite ile ilişkili olan komplikasyonların başında gelmektedir. Biz bu yazıda ERCP sonrası periampüller retroperitoneal perforasyon gelişen iki hastayı literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık.

**OLGU1:** 53 yaşında bayan hasta acil servise sağ üst kadranda ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın geliş laboratuvar değerlendirmesinde wbc ve Hgb normal aralıkta izlendi. ALP 359 U/L ve GGT 455 U/L, total ve direkt bilirubin normal sınırlar arasında tespit edildi. Hastaya çekilen batin USG'de safra kesesi lümeninde taş ve distal koledokta daralma izlenmesi üzerine hasta gastroenteroloji servisine yatırıldı. ERCP yapılan hastada distal koledokta daralma görüldü. Balon ile sıvazlama sonrası EST yapılan hastada minimal hemoraji izlendi. Adrenalin enjeksiyonu sonrası kanama kontrolü sağlanan hastanın işlem sonrası Wbc ve CRP'de artış ve karın muayenesinde sağ kadranda belirgin olmak üzere tüm kadrantlarda defans ve rebound (+) olarak alındı. Çekilen tüm batin BT'de paraduodenal ve subhepatik alanda belirgin olmak üzere serbest hava, pelvis ile barsak ansları arasında serbest sıvı izlendi. Perforasyon düşünülerek hastaya laparotomi yapıldı. Hepatoduodenal ligament eksplere edildi. Koledok askıya alındı. Duodenum koherizasyonu sonrası periampüller posterior koledok perforasyonu izlendi. Koledokotomi yapılarak T-tüp yerleştirildi. Operasyon sonlandırıldı. Takiplerinde ek patoloji izlenmeyen hastanın postoperatif 21.gün t-tüp katateri çekilerek şifa ile taburcu edildi.

**OLGU2:** 79 yaşında bayan hasta gastroenteroloji servisinde batin USG ve MRCP raporlarında koledok 15mm dilate ve lümen içi taş ile uyumlu lezyon görülmesi üzerine ERCP uygulandı. ERCP'de balon sıvazlama ile taş çıkartılması ve EST uygulandı. İşlem sonrası karın ağrı şikayeti olan hastanın FM'de akut batin bulguları olması üzerine hastaya çekilen abdomen BT'de paraduodenal bölgede serbest hava izlenmesi üzerine kliniğimize danışıldı. Perforasyon ön tanısı ile operasyona alınan hastanın eksplorasyonunda retroperitoneal periampüller koledok perforasyonu izlendi. Primer onarım sonrası koledokotomi yapılarak T-tüp yerleştirildi. Postoperatif 21.gün T-tüp'ü çekilen hasta şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** ERCP nedenli perforasyonlar Howard sınıflaması olarak bilinmektedir. Tip 1: Papillaya uzak duodenum perforasyonu, Tip 2: Periapüller perforasyon, Tip 3: klavuz tel perforasyonu'dur. Erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Aksi halde bilier peritonit ve sepsise bağlı mortalite oranları oldukça yüksektir. Tip1 perforasyonlara üst gis perforasyonu gibi düşünülmesi perforasyona yönelik cerrahi girişim düşünülmelidir. Tip2-3'de ise bilier diversiyon ve bilier drenaj yapılmalıdır. Perforasyonun lokalizasyonuna göre T-tüp drenaj, drenaj amaçlı gastrotomi ve duodenostomi uygulamaları ile beslenme jejunostomisi açılması uygulanan yöntemler arasındadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ercp, Koledok, Perforasyon

Resim 1



Olgu 1

Resim 2



Olgu 2

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0608 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut taşlı kolesistitin inflamatuvar formları ile antimikrob peptitler arasındaki bağlantı

Cabbar Hacıyev, Novruz Hacıyev, Şehla Qasımova  
Azerbaycan Tıp Üniversitesi, Genel cerrahi, Bakı

Nedeni ne olursa olsun herhangi bir iltihabi süreçte rol sitokinlere ve antimikrobiyal peptidlere (AMP) aittir. Akut taşlı kolesistitlerde (ATK) sitokin profili göstergeleri öğrenilirse de, AMP yeterince araştırılmamıştır.

AMAÇ: ATK sırasında inflamatuvar form ile AMP arasındaki ilişkiyi incelemek.

Malzeme ve YÖNTEMLER: ATK-nin kataral (26 hasta), fleqmonoz (24 hasta) ve qanqrenoz (19 hasta) biçimi olan ve cerrahi müdahale geçirmiş 69 hasta üzerinde araştırma yapıldı. Kanın plazmasında  $\alpha$ -defenzin (HNP $\alpha$ ) ve endotoksin seviyesi İFA yöntemi ("Hycult Biotech" kiti), iletkenliği artıran bakterisid protein (BPI) - BPI-İFA-BEST (3AO "Бектор-Бест"), hepsidin - İFA yöntemi ile " ABCAM "(ABD) firmasının monospesifik antizardabları ve antigenlere karşı monoklonal antikolar aracılığıyla atanmıştır. Nötrofil elastaz (NE) ve laktoferrin (LF) hastalarda da incelenmiştir. 10 sağlıklı kişinin göstergesi bir norm olarak alındı.

Sonuçlar ve TARTIŞMA: Ümumilikde, hastalarda ameliyattönü dönemde norma göre kanda istatistiksel düüst HNP $\alpha$  konsantrasyonu 2.4 kez, BPI - 6.9 defa, endotoksin - 8.6 defa, NE - 3.2 defa, LF - 2.2 kez ve hepsidin - 3.5 kat daha fazla olmuştur.

Daha ileri çalışmalar, AMP-nin morfolojik formları ile kandaki iltihaplanma arasındaki etkileşimlerin mevcut olduğunu göstermiştir. Öyle ki, kanda HNP $\alpha$  seviyesi ATK-nin kataral biçiminde 162.1+6.6 nq/ml, fleqmonozda - 216.5+10.7 nq/ml ve qanqrenozda ise 344.1+11.6 nq/ml olmuştur.

Benzer analoglar diğer AMP'ler için de bulunmuştur. ATK-nin qanqrenoz biçiminde kataral ve fleqmonoz biçimlerle karşılaştırıldığında sırasıyla kanda BPI miktarı 3.5 kez (P1 <0.001) ve 16.5% (P2 <0.05), endotoksin - 2.1 kez (P1 <0.001) ve 38.2% (P2 <0.001), NE - 90.3% (P1 <0.001) ve 42.7% (P2 <0.001) LF - 68.9% (P1 <0.001) ve 37.9% (P2 <0.001), heps 54.4% (P1 <0.001) ve 37.7% (P2 <0.001) yüksekti.

SONUÇLAR: 1. Kan dolaşımındaki AMP konsantrasyonunun düzeyi, doğrudan inflamasyonun morfolojik formuna bağlıdır. 2. AMP göstergeleri, CDD yıkıcı formların erken teşhisinde bilgilendirici biyolojik belirteç olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Defenzin, hepsidin, akut taşlı kolesistit.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0609 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Destruktif kolesistitin erken diaqnostikinde biomarkerlerin önemi

Rena Babayeva

Azerbaycan Tıp Universitesi, Genel cerrahi, Baki

Gerçeklik: Modern tanı ajanlarının geniş bir uygulama alanına giren akut taş kolesistitin (ATK) erken diaqnostiki aktualdır. Bu nedenle, akut kolesistitin gecikmiş tanısı, safra kesesinde tahrip edici süreçlerin, bazı tehlikeli komplikasyonların ve hatta ölüme yol açar. Bu bağlamda, inflamatuvar süreçler gibi biyolojik belirteçler, yüksek duyarlılık, bilgilendirici ve kolay erişilebilir akut faz proteinleri (AFP) içerirler.

AMAÇ: AFP ATK-in yıkıcı formlarında C - reaktif protein (CRP) ve ferritinin erken teşhisinin klinik önemini incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM: ATK tanısı ile cerrahi müdahale yapılan 37 hastaya çalışıldı. Hastalar ATK'in klinik ve morfolojik formunu göz önüne alarak üç gruba ayrıldı: I grup - katarakt formu 12; grup II - flegmonöz formda 14 ve gangrenli 11 hasta III gruba dahil edildi.

Alınan sonuçlar ve tartışmaları. Genel olarak tüm hastalarda ameliyatönu dönemde plazmaya CRP miktarı  $8,5 \pm 0,7$  mg/l (sağlıklı kişilerin göstericisinden 2,4 katı kadar;  $p < 0,001$ ), ferritin düzeyi ise  $327,8 \pm 16,8$  ng/ml olmuştur (normalden 2,4 kat daha fazla,  $p < 0,001$ ).

Daha ileri çalışmalar, plazmada her iki AFP'nin safra kesesinde iltihaplanmanın morfolojik formuna doğrudan bağımlılığını ortaya koymuştur. Böylece CRP ve ferritin en yüksek seviyeleri ATK gangren formunda -  $16,3 \pm 1,4$  mg/l (norm  $3,5 \pm 0,4$  mg/l) ve  $520,0 \pm 34,2$  ng/ml (norm -  $136,1 \pm 8,1$  ng/ml). Safra kesesinde plazmid formundaki inflamasyonda CRP ve ferritin miktarı sırasıyla  $12,4 \pm 1,1$  mg/l ve  $438,1 \pm 20,2$  ng/ml idi. Her iki biomarkerin en düşük seviyesine ATK-nin kataral biçiminde tesadüf edilmiştir: CRP -  $6,1 \pm 0,8$  mg/l ve ferritin -  $262,9 \pm 11,6$  ng/ml.

Sonuc. Alınan sonuçlar, CRP ve ferritin safra kesesindeki iltihabın morfolojik şeklini yeterli temsil eder ve ATK-nin yıkıcı biçimlerinin erken tanısında bilgilendirici biomarker gibi çalıştırılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut taşlı kolesistit, C-reaktiv protein, ferritin

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0610 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Senkron Ampuller Adenokarsinom ve Karaciğer Hepatosellüler Karsinom Birlikteliği

Ömer Yalkın, Salim İlksen Başçeken, Serdar Çulcu, Ferit Aydın, Cemil Yüksel, Ali Ekrem Ünal  
Ankara Üniversitesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Ampulla vateri adenokarsinomu periampuller bölge tümörleri içerisinde oldukça nadirdir. Yerleşim yeri itibari ile safra kanalında obstrüksiyona neden olur ve bu yüzden erken tanı alır. Tedavide lokal eksizyon gibi minimal invaziv yaklaşımlar olsada altın standart pankreatikoduodenektomidir. Hepatosellüler karsinom ise karaciğerin en sık primer malign tümörüdür ve insidansı 20-200/100000 arasındadır. 62 yaşında erkek hasta ara ara kaybolan sarılık şikayeti ile başvurdu. Yapılan gastroskopisinde ampullada malign görünümlü lezyondan yapılan biyopsi ampulla adenokarsinomu olarak rapor edildi. Tümör markerları normaldi ve preoperatif görüntüleme tetkiklerinde operabl olduğu görüldü ve uzak metastaz izlenmedi. Laparoskopik eksplorasyonda karaciğer segment 3 de 2cm çaplı kitle izlendi. Frozen gönderildi. Hepatosellüler karsinom ile uyumlu olduğu belirtildi. Ardından laparoskopik whipple prosedürü uygulandı ve segmenter karaciğer rezeksiyonu yapıldı. Ameliyat sonrası 5.gününde sorusuz taburcu edildi. Patolojik incelemede ampuller adenokarsinom T2No ve orta derece diferansiye hepatosellüler karsinom olarak rapor edildi. Biz bu sunumumuzda literatürde daha önce bildirilmemiş ampuller adenokarsinom ve hepatosellüler karsinom birlikteliğini sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Ampulla vateri adenokarsinomu, hepatosellüler karsinom, laparoskopi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0611 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Postpartum Spontan Koledok Perforasyonu

İlhan Zencirci, Burcu Mühürdaroğlu Timurlenk, Atila Sayar  
Eskişehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Spontan koledok perforasyonu erişkinlerde nadir de olsa rastlanan ve bilier peritonite neden olabilen bir durumdur. Kolelitiazis, koledok kistleri, ve ampullanın tümörle obstruksiyonu suçlanan etiyolojik faktörler arasındadır. Etiyolojik faktörler olmaksızın erişkinlerde spontan koledok perforasyonu gelişmesi oldukça nadir olup, literatürde sadece birkaç vaka ile sınırlıdır. Biliyer sistem taş hastalıkları, gebelerde cerrahi girişim gerektiren obstetrik dışı sebepler arasında 2. sırada yer alır. Hastaların % 60-70 i asemptomatikdir. Biliyer kolik % 1 oranında görülür. Gebelikte koledok taşı nadir görülen bir durumdur ve kolesistektomi yapılan gebelerin % 10 unda görülür. Gebelik dönemindeki sarılıkların % 7-10 u koledok taşına bağlıdır. Postpartum dönemdeki gebelerin 1/4 inde safra çamuru, % 5 inde de safra taşı bulunduğu gösterilmiştir. Doğumdan sonraki ilk 5 yıl içinde safra taşı oluşumu sıklığı artmıştır. Bizim olgumuz; 17 yaşında preterm eylem sonrası, postpartum kadın hasta akut karın tablosu ile ameliyat edildi, distal koledok posterior bölümünden perforasyon olduğu görüldü. Kolesistektomi, koledok primer tamir ve perforasyon alanından T- tüp drenaj uygulandı. 2 hafta sonra T- tüp eşliğinde ercp uygulandı. Ardından 6 hafta sonra T- tüp çekildi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

**OLGU:**  
17 yaşında kadın hasta preterm eylem sonrası postpartum 1. gün, ani olarak başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle genel cerrahi bölümüne konsulte edildi. Sistemik yandaş hastalığı olmayan hastanın fizik muayenesinde karında yaygın defans ve rebaund mevcuttu. Lökositoz (19.500 gr/dl) ve hiperamilazemi (365U/L) dışında anlamlı bir laboratuvar bulgusu yoktu. Karın ultrasonografisi (USG) ve bilgisayarlı tomografisinde (BT) safra kesesinin hidropik olduğu ve perikolesistik, peripankreatik sıvısının mevcut olduğu saptandı. Görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar tetkikleri ile akut kolesistit veya safra kesesi perforasyonu olarak değerlendirildi. Gözleminde konservatif tedavi ile klinik bulgularında gerileme olmayan, hasta acil ameliyata alındı. Laparotomide batin içerisinde özellikle subhepatik alanda yoğun safralı mayı mevcuttu. Kesenin hidropik olduğu gözlemlendi, içinde taş palpe edilmedi. Eksplorasyonda distal koledokun posterolateral bölümünde 1 cm lik perforasyon alanı saptandı. Kolesistektomi uygulandıktan sonra koledok izotonik solüsyonla irriga edildi ve papillaya geçiş kontrol edildi. Herhangi bir koledok taşı, papilla stenozu, koledokal kist ve pankreatik kitle saptanmadı. Perforasyon alanına primer suturler konularak, bu alandan koledok içine T- tüp dren uygulandı ve loj drene edildi. Postoperatif safra kaçağı izlenmedi. Postoperatif 14. günde Ercp yapılan bir merkeze sevk edildi. Ercp sonrası 4 hafta sonra hastanın T- tüpü çekildi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Postpartum, koledok, spontan, perforasyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

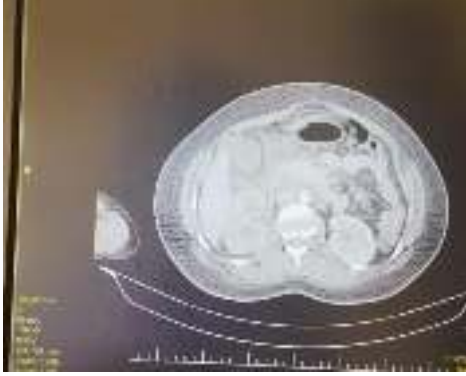
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

spontan koledok perforasyonu radyolojik bulguları



spontan koledok perforasyonu radyolojik bulguları



t-tüp uygulama



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0612 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Sol taraf Yerleşimli Safra Kesesinde Yeni Teknik: Falsiform Ligamanın Kesilmesi

Hayrullah Yıldırım, Volkan Öter, Mehmet Aziret, Kerem Karaman, Metin Ercan  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastro-onko Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Sakarya

Gerçek sol-taraf yerleşimli safra kesesi, situs inversus olmadan safra kesesinin falsiform ligamanın sol tarafına yerleşmiş olduğu, genellikle ameliyat öncesi çalışmalarda gözden kaçan konjenital bir durumdur. Bu duruma rastlantısal olarak karşılaşılmaması ve portal ven, bilier sistem anomalisi gibi eşlik eden başka anomalilerin eşlik etmesi operasyon sırasında komplikasyonlara davet çıkarmaktadır. Bu nedenle, sol-taraf yerleşimli safra kesesinin laparoskopik cerrahisinde ortaya çıkan zorlukları azaltmak ve iyi çalışma ortamını sağlamak adına yeni bir teknik sunmaktayız.

70 yaşında bayan hasta; karın ağrısı, bulantı-kusma ve yüksek karaciğer fonksiyon testleriyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde murphy pozitif ve epigastrik hassasiyet mevcuttu. Ameliyat öncesi yapılan ultrason ve Magnetik Rezonans Kolanjiopankreatografi (MRCP) de safra kesesi içerisinde milimetrik çok sayıda taş olduğu, safra kesesi duvarının ödemli, ana safra kanalı ve koledok çapının normal olduğu gözlemlendi. Hastanın klinik bulgularını göz önüne alınarak operasyon planlandı. Laparoskopik eksplorasyonda gerçek sol-taraf yerleşimli safra kesesinin olduğu görüldü. Falsiform ligamanın rezeksiyonu sonrası kalot diseksiyonu için yeterli görüş açısı ve diseksiyon ortamı oluştu. Operasyon sorunsuz şekilde tamamlandı.

Sol taraf yerleşimli safra kesesinin literatürdeki insidansı % 0.6 olup, görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelerle bu insidansın artacağı beklenmektedir. Ne var ki, bizim vakamızda olduğu gibi, çoğu olgu rastlantısal olarak ortaya çıkmaktadır. Literatürde bu duruma, tam veya parsiyel situs inversus, portal venöz-bilier sistem anomalileri ve karaciğer segment 4 atrofisinin eşlik edebildiği belirtilmiştir. Portal ven anomalileri karaciğer nakli ve tümör cerrahisinde olduğu gibi karaciğer rezeksiyonu sırasında problem olabilir, ancak laparoskopik kolesistektomide daha az önemlidir. Pozisyonel zorluklar ve bilier sistem anomalileri laparoskopik için problem olmaktadır. Literatürde bu zorlukları aşmak için çok sayıda teknik ve modifikasyonlar tasvir edilmiştir. İlk olarak, optik kamerada görüntünün "ayna imajı"nın alınması önerilmiştir. Ancak bu değişiklik, her ne kadar görüntü avantajı sağlasa da anatomik olarak kolaylık getirmemektedir. Diğer öneriler; ek trokar kullanımı ya da mevcut trokarların yerlerini değiştirmek (özellikle subksifoid yerleşimli trokar kullanmak) şeklinde olmuştur. Bizim vakamızda, klasik trokar pozisyonları kullanılarak hastayı sol taraf yukarı pozisyona getirdikten sonra falsiform ligamanı eksize edildi. Bunun sonucunda safra kesesi karaciğer segment 5 pozisyonuna geldi. Kalot diseksiyonu için görüş açısı sağlandı ve kesenin mobilizasyonu arttı. Operasyon güvenli bir şekilde gerçekleştirildi. Bu değişiklik, literatürde daha önce rapor edilmemiştir.

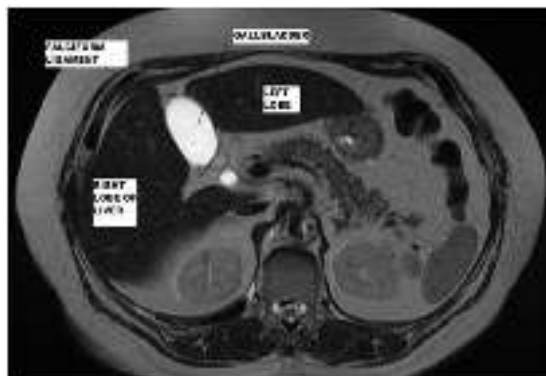
**Anahtar Kelimeler:** sol-taraf safra kesesi, sinistropozisyon, anomali, laparoskopik kolesistektomi

#### Ameliyat görüntüsü



Eksize edilmiş Falsiform ligamanın sol tarafında bulunan safra kesesi yatağı

#### MRCP( magnetik rezonans kolanjiopankreatikografi)



Koronal planda Falsiform ligaman sol tarafına yerleşmiş safra kesesi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0613 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Perikoledokal Tüberküloz Lenfadenit

Birkan Birben, Sadettin Er, Metin Yalaza, Sabri Özden, İsa Sözen, Mutlu Doğanay, Mehmet Keşkek  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karaciğer ve Safra Yolları Cerrahisi Kliniği

#### AMAÇ:

Nadir görülen ve malignite ile karışan bir tıkanma ikteri olgusunu sunmaktır.

#### OLGU:

74 yaşında erkek hasta, karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT)'de koledok distalde daralma izlendi. Karaciğer ve kolestatik enzimlerinde yükselme (direk bilirubin:10.43 mg/dl) saptanması nedeniyle servise yatırıldı. CA19-9:132.7 U/ml saptandı. Manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRKP) ve Trifazik BT'de koledok anteriorunda hepatik arteri çevreleyen, 39x34x44mm çapında lezyon izlendi. USG eşliğinde yapılan trucut biyopsisi lenfoid hücre olarak raporlandı. Laparotomide hepatoduodenal ligamentte yoğun fibrozis olduğu saptandı. Koledok izole edilemedi. Kitlenin unrezektabl olduğu düşünüldü ve komşuluktaki lenf nodundan insizyonel biyopsi yapıldı. Patolojide non-nekrotizan granülomatöz lenfadenit izlendi. Postoperatif dönemde tıkanma ikteri nedeniyle endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) yapılan hastaya koledoka internal stent konulup brush biyopsi yapıldı. Sitolojide malignite ve aside dirençli bakteri (ARB) negatif izlendi. Kanda Quantiferon (+) gelen hastaya göğüs hastalıkları tarafından akciğer dışı organ tüberkülozu olabileceği düşünülerek 3'lü tüberküloz (TBC) tedavisi başlandı. Altı ay sonraki BT'de kitlenin anlamlı küçüldüğü ve ERCP'de koledoktaki darlığın düzelmiş olduğu görüldü ve stenti çekildi. Şu anda hasta 9 aylık tüberküloz tedavisini tamamlamış olup sorunsuz olarak hayatını idame ettirmektedir.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Abdominal tüberküloz (ATB) akciğer dışı tüberküloz vakalarının %12-25' ini oluşturur. Lokalize peripankreatik lenf nodları ATB'nin yaklaşık %13'ünü oluşturur. Periportal lenfadenite bağlı sekonder inflamasyon ortak safra kanalında daralmaya yol açabilir. Hastalar sarılık ile başvururlar. Çoğu kolanjiokarsinom gibi malignitelerle karıştırılırlar. Preoperatif tanı zordur ve ameliyat çoğunlukla gerekmektedir. Şüpheli tanı konulamayan vakalarda tüberküloz akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz lenfadenit, Tıkanma ikteri, Malignite

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0614 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut Pankreatitin Kabulünde Şiddetini Belirlemede Ranson Skoru ve AAST'nin Karşılaştırılması

Sadettin Er, Umut Fırat Turan, Mesut Tez  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Akut pankreatitli hastalarda, kabul anındaki hastalığın şiddetini belirlemede Ranson skoru ve AAST'nin derecesini karşılaştırmaktır.

**MATERYAL-METOD:** 1 Ocak 2013-30 Aralık 2017 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi/Acil Cerrahi Servisine başvuran 121 hastanın AAST(American Association for the Surgery of Trauma= Amerikan Travma Cerrahi Derneği)'nin derecesi ve Ranson skoru hesaplanabilen 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların Ranson skoru için parametreler laboratuvar verileri ve AAST için gerekli olan dört farklı kriter klinik, görüntüleme, operatif ve patolojikbulguları retrospektif olarak elektronik kayıtlarından elde edildi.

**BULGULAR:** Bu 60 hastanın ortalama yaşı 64(Min:21-Max:90) idi. Çalışmaya dahil edilen hasta popülasyonunun 34(% 56,7)'ü kadın ve 26(%43,3)'sı erkek hasta idi. Hastaların 53(%88,3)'ü taburcu edildi ve 7(%11,7) hastada ise mortalite gelişti. Mortalite gelişen hastaların ortalama Ranson skoru 2 ve AAST derecesi ise 2 olarak bulundu. ROC(Receiver Operative Characteristic) analizinde eğri altındaki alan AAST için 0,652 ve P=0,193, Ranson için 0,598 ve P=0,401 bulundu. HosmerandLemeshowTesti(Kalifikasyon testi) P=0,991 idi.

**SONUÇ:** Akut pankreatitin yönetimindeki gelişmelerin yeterliliği, bu hastaların tam klinik iyileşme ve genel mortalite oranlarının düşmesi ile ilişkilidir. AAST ve Ranson skorlarının her birinin akut pankreatitin şiddetini tahmin etmeleri sınırlıdır. Dahası, bunlar laboratuvar değerlerine bağımlıdır ve şiddetin değerlendirilmesini tam olarak tahmin etmeleri için 48 saat kadar bir süreye ihtiyaç duyabilirler. Oysa klinisyen için önemli olan kabul anında hemen pankreatit şiddetini tahmin etmek ve buna göre tedaviyi planlamak şiddetli akut pankreatit olgularında hayati öneme sahiptir. Çünkü pankreatit şiddeti arttıkça mortalite de buna korele olarak artmaktadır. Bu yüzden günümüzde, halen hastayı geliş anında akut pankreatitin şiddetini değerlendirebilen pratik ve ideal bir skorlama sistemine ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut pankreatit, pankreatit şiddeti, skorlar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0615 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### laparoskopik karaciğer segment 3 rezeksiyonu

Mehmet Fatih Korkmaz, Ahmet Arslan, Ömer Faruk Can, Ömer Faruk Aydoğan, Mehmet Uzun  
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilimdalı, Elazığ

**AMAÇ:** Kolon malign neoplazmı nedeniyle 2 yıl önce ameliyat olan hastanın karaciğer metastazına laparoskopik yaklaşım deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

**GİRİŞ:** Hastanın kontrollerinde yapılan dinamik batin BT'sinde karaciğer segment 3 de metastaz tespit edilmiş. Neoadjuvant kemoterapi uygulanmasının ardından kliniğimize yönlendirilmiş.

**Ameliyat tekniği:**

Hasta ters telendelenburg pozisyonunda, cerrah hastanın bacak arasında, kamera asistanı cerrahın sol tarafında çalıştı. Umblikus 2 cm superiorundan optik trokar yardımıyla 0° teleskop ile batına girildi. 14 mmHg CO<sub>2</sub> ile pnömoperitoneum oluşturuldu. Kamera portunun sağ lateralinden 5 mm ve sol lateralinden 11 mm lik 2 adet trokar yerleştirildi. Yapılan eksplorasyonda segment 3 de 3 cm lik malign görünümlü lezyon görüldü. Rezeksiyon sınırları hook ile işaretlendikten sonra bipolar enerji cihazıyla rezeksiyona başlandı. Vasküler yapıların yoğun olduğu kısımlar 2 adet beyaz kartuş kullanılarak stapler ile rezeke edildi. Kanama alanları laparoskopik bipolar cihazı ve hook ile kontrol altına alındı. Rezeke edilen kısım spesmen bag içerisinde alınarak 11 mm lik trokar yerinden batin dışına alındı. Rezeksiyon alanına 1 adet jackson pred dren yerleştirildi.

Postoperatif 2. gün dren alınarak taburcu edildi.

Patolojik değerlendirme sonucunda; Kitlenin 52 gr ağırlığında adenokarsinom metastazı olduğu belirtildi.

Postoperatif 4. Ay da nüksüz takibi devam etmektedir.

**Tartışma ve SONUÇ:** Kolon malign neoplazm metastazlarında minimal invaziv cerrahinin bilinen faydaları nedeniyle laparoskopinin düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** karaciğer, laparoskopi, rezeksiyon, tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0616 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### ektopik koledok açılımı ve safra yolları dilatasyonu, hepatolitiyazis birlikteliği

Gökhan Gökten, Özgür Sevim, Zafer Ergül, İsmail Oskay Kaya  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Koledokun bulbusa ektopik açılımı, hepatolitiyazis, safra yolu dilatasyonu: olgu sunumu

Giriş: Koledodogen ektopik açılımı nadir olarak görülmekte birlikte, sıklıkla duodenum 3. Ve 4. kıtası olmak üzere mideye, pilora ve bulbusa ektopik açılımı olabilmektedir. Koledodogen bulbusa ektopik açılımı ve intrahepatik safra yollarının dilatasyonu, hepatolitiyazis birlikteliği ilgi çekici bir vaka olmuştur. Bu yazımızda intrahepatik safraya dilatasyonu hepatolitiyazis ve sık tekrarlayan kolanjit atakları nedeni sol hepatektomi yapılan ve ektopik koledok açılımı olan olguyu sunuyoruz.

OLGU: Otuz beş yaşında kadın hasta da, tekrarlayan kolanjit atakları nedeni yapılan incelemelerde fizik muayene normaldi. Karaciğer fonksiyon testleri ve kolestaz enzimleri normal olan hastada ultrasonografide İntrahepatik safra yollarında ve sistik kanalda fuziform -sakküler şekilli dilatasyonlar ve bu dilatasyonlar içinde milimetrik taş ekoları vardı. Üst abdomen MR incelemesinde intrahepatik safra yolları dilate, intrahepatik safra yollarında milimetrik hipointens görünümüne mevcuttu. MRCP de İntrahepatik safra yollarında dilatasyon izlendi. Sol dominant intrahepatik safra yollarında dilatasyon ve hepatolitiyazis olması nedeni sol hepatektomi planlandı.

Eksplorasyonda karaciğer inferioru, safra kesesi ile duodenum ve mide arasında yapışıklıklar vardı adezyonlar keskin diseksiyonla ayrıldı. Sağ-sol hepatic arter, sağ-sol portal ven ortaya konuldu ancak koledokun bu yapılar ile komşuluk göstermediği izlendi. Koledokun safra kesesi ile bulbus arasında ki adezyon olarak düşünülen yapılardan biri olduğu ve bulbus apeksine açıldığı görüldü. İntraoperatif duodenoskopide bulbusa açıldığı yerde intralümenal patoloji tespit edildi, duodenotomi yapıp 3 cm çaplı lezyon wedge rezeksiyon ile çıkartıldı, frozen incelemesi ektopik mide dokusu olarak geldi. Operasyon usulüne uygun tamamlandı. Hasta post-op 12. Günde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Biliyer açılım anomalilerinin etyolojisi henüz bilinmemekle birlikte embriyonel gelişim sırasında oluşan hata sonucu geliştiği düşünülmektedir. Biliyer sistem açılım anomalisi olan hastaların çoğunda olgumuzda olduğu gibi biliyer sistem rahatsızlıkları meydana gelebilmektedir. Literatürde, kolanjit ve kolodekolitiyazis nedeni hospitalize edilen olgularda ektopik koledok açılımı tespit edildiği bildirilmiş. Bizim olgumuzda da tekrarlayan kolanjit atakları mevcuttu. Biliyer sistem rahatsızlıklarına yönelik yapılan araştırmalarda biliyer traktın anomalileri olabileceği akılda tutulmalıdır. Duodenal stenoz nedeni endoskopi yapılan hastalarda yapılan bir çalışmada %77.1 oranında koledokun bulbusa açıldığı görülmüş ve yine literatürde ektopik koledok açılımı ile koledokosel birlikteliği rapor edilmiştir. Bizim olgumuzda intrahepatik safra yolları dilatasyonu ve hepatolitiyazis saptanmıştır. Biz, intrahepatik safra yolu dilatasyonunun, koledokun bulbusa lümeni protubere etmiş kitle şeklinde ektopik açılıma bağlı olduğunu düşünmekteyiz ve hepatolitiyazis birlikteliği olguyu ilgi çekici hale getirmiştir.

Sonuç olarak biliyer sistem hastalıklarına yönelik cerrahi planlanmada biliyer sistem anomalilerinin sık karşılaşıldığı ve daha önce tanımlanmamış anomalilerin birlikteliği olabileceği akılda tutularak hareket edilmesini önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** hepatektomi, koledok, bulbus

#### koledok ektopik açılımı



#### endoskopik görünüm



intraoperatif endoskopide bulbusa lümeni protubere etmiş koledok açılımı

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0617 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Laparoskopik Kolesistektomide Batına Yayılan Taşların Yeni Geliştirdiğimiz Aspiratörle Temizlenmesi

Selim Tamam, Özgür Sevim, Gökhan Gökten, Zafer Ergül, İsmail Oskay Kaya, Engin Ölçücüoğlu

T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

#### Amaç

Laparoskopik kolesistektomi sırasında safra kesesi perforasyonu ve taşların batına saçılması, açık kolesistektomilere oranla daha sık görülen bir durumdur(%6-40). Saçılan taşlar endoskopik barsak klempleri veya aspiratörlerle temizlenebilir, ancak çoğunda taş basketlerine ihtiyaç duyulur. Bu sunumdaki amacımız batın içine saçılmış, standart aspiratörlerle aspire edilemeyen büyüklükteki(5-10 mm) taşların yeni geliştirdiğimiz geniş uçlu aspiratörle kolay aspirasyon tekniğinin tanıtılmasıdır.

#### Video İçeriğinin Açıklaması

10 mm'lik trokardan girebilecek büyüklükte geniş lümenli aspiratör aparatı yardımıyla safra kesesi loju bol izotonik sıvı ile irrigate edildikten sonra taşlar parçalanmadan aspire edilir. Bu yöntem ile batına yayıldıktan sonra can sıkıcı olan ve sıklıkla standart aspiratörlerle aspire edilemeyen ve %40 oranında gözden kaçan multiple taşlar rahatlıkla aspire edilebilmektedir.

#### Tartışma Ve Sonuç

Safra kesesi perfore olduğunda, kese içindeki safra taşları batına saçılabilir. Yapılan çalışmalarda batına kaçan taşların ancak % 63'ünün çıkarılabildiği saptanmıştır. Bizim tekniğimizde bu oranın ciddi ölçüde azaldığını düşünmekteyiz. Bu unutulmuş taşlar enfeksiyon ve apseye, fibrozise, adezyonlara, fistüllere, ileusa veya yaygın sepsisemiye yol açabilir. Ancak safra kesesinin delinmesi veya batına taş kaçması durumunda, hemen açık kolesistektomiye geçiş düşünülmemelidir. Böyle durumda, ameliyat esnasında safra yollarına etkin antibiyotikler uygulanmalı, sabırla taşlar temizlenmeli ve batın bol miktarda serum ile yıkanmalıdır. Böylece bu komplikasyonlar mümkün olduğunca azaltılabilir. Sonuç olarak laparoskopik kolesistektomi sırasında safra kesesi perforasyonuna bağlı multiple taşların batına yayılması can sıkıcı olabilmekle birlikte aspire edilemeyen ve batında kalan taşlar ciddi akut ve kronik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Yeni aspirasyon tekniğimizle operasyon süresinin ve komplikasyonların azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kolelitiazis, Laparoskopik kolesistektomi, Perforasyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0618 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Safra Kesesi Adenomyomatozisi: 6 Yıllık Vaka Analizi

Nuray Çolapkulu, Aman Gapbarov, Fatih Akkın, Özgür Ekinci, Mehmet Sait Özsoy, İbrahim Ali Özemir, Orhan Alimoğlu  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

#### AMAÇ

Safra kesesi adenomyomatozisi histopatolojik olarak epitelyal, mukozal ve muskular hipertrofi ile karakterize, edinsel ve benign bir lezyondur. Ultrasonografi genellikle tercih edilen görüntüleme yöntemi olup doğru tanıya olanak tanır. Bu çalışmada 6 yıllık süreçte kliniğimizde yapılan kolesistektomilerde adenomyomatozis görülme sıklığını, eşlik eden patolojileri ve tanısal yöntemlerin duyarlılığını saptamayı amaçladık.

#### YÖNTEM VE GEREÇ

Ekim 2010 – Kasım 2016 tarihleri arasında kliniğimizde uygulanan kolesistektomilerin patoloji sonuçları retrospektif olarak incelendi ve “Adenomyomatozis” olarak raporlanan 35 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar cinsiyet, yaş, başvuru şikayeti, görüntüleme tetkik sonuçları, ameliyat esnasındaki bulguları, patoloji raporları ve ek patoloji varlığına göre değerlendirildi.

#### BULGULAR

Kliniğimizde belirtilen tarihler arasında 3416 kolesistektomi yapıldı. Bunların 35'inde (%1.02) adenomyomatozis ile uyumlu patolojik bulgulara rastlandı. Hastaların 25'i kadın (%71.4), 10'u erkek (%28.5) olup, yaş ortalaması 52,05 (23-78 yaş) idi. Yirmi dokuz hastada (%82.8) karın ağrısı, 23 hastada (%65.7) dispeptik şikayetler mevcutken 3 hastada (%8.5) herhangi bir şikayete rastlanmadı. Ameliyat öncesi tetkikler incelendiğinde, ultrasonografide 27 hastada (%77.1) kalkül, 4'ünde (%11.4) polip, 2'sinde (%5.7) adenomyomatozis, 1'inde (%2.8) ekojenite artışı saptandı. Sadece 5 hastaya (%14.2) preoperatif adenomyomatozis tanısı konuldu. Bunlardan 3'ünün preoperatif şikayeti yokken; diğer 2 hastadan biri karın ağrısı ile diğeri ise kaşıntı ile başvurdu. Şikayeti olmayan hastalardan birinin Hepatit-B takibi nedeni ile yapılan US'de adenomyomatosiz görüldü. Diğer bir hastanın check-up sırasında adenomyomatozis görüldü. Üçüncü hastanın İdiyopatik Traombositopenik Purpura nedeni ile planlanan splenektomi öncesi tetkiklerinde aynı zamanda kolelityazis saptanması üzerine yapılan kolesistektomide piyeste adenomyomatozis saptandı. Üç hastada (%8.5) akut kolesistit, 2'sinde (%5.7) biliyer pankreatit ve 1'inde (%2.8) koledokolityazis öyküsü kaydedildi. Otuz dört hastaya (%97.14) laparoskopik kolesistektomi uygulanırken 1 (%2.8) hastaya adhezyonlar nedeni ile konvansiyonel kolesistektomi uygulandı.

#### SONUÇ

Sonuç olarak çalışmamızda kolesitektomi materyalinde adenomyomatozis saptanan hastalarda invaziv hastalık tespit edilmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** safra kesesi, adenomyomatozis, kolesistektomi, insidental

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

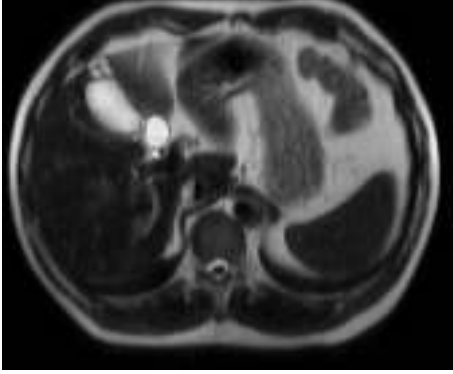
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

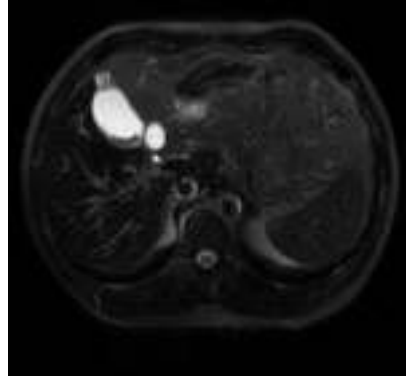


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Fundal adenomyomatozis inci kolye görünümü



Fundal adenomyomatozis inci kolye görünümü



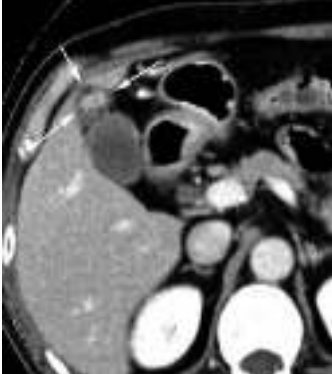
MRCP görüntüsü



MRCP görüntüsü



BT görüntüsü





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0619 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Varfarine Bağlı Karaciğer Kist İçine Hemoraji: Olgu Sunumu

Nuray Çolapkulu<sup>1</sup>, Fatih Akkın<sup>1</sup>, Aman Gapbarov<sup>1</sup>, Muhammed Ali Aydemir<sup>1</sup>, Nesrin Gündüz<sup>2</sup>, Özgür Ekinci<sup>1</sup>, Orhan Alimoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

#### AMAÇ

Antikoagulanlar yaşlılarda tıropatik dozlar aşıldığında spontan kanamalara neden olabilir ve devamlı varfarin kullanımı sonucu hemorajik komplikasyonlar sıklıkla görülmektedir. Bu çalışmamızda varfarine bağlı karaciğer kistinin hemorajisi nedeni ile sağ kalp yetmezliği bulguları ile gelen olguyu sunmayı amaçladık.

#### OLGU SUNUMU

Seksen beş yaşında erkek hasta bir haftadır devam eden karın ağrısı, karında ve bacaklarda şişlik şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, aterosklerotik damar hastalığı ayrıca aortobifemoral bypass operasyonu ve yaklaşık sekiz yıldır varfarin kullanım öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede belirgin dispnesi olan hastanın bilateral akciğer bazallerinde raller, batında distansiyon ve hepatomegali saptandı. Bilateral gode bırakan pretibial ödemleri mevcuttu. Sağ kalp yetmezliği bulguları olan hastanın laboratuvarında INR'si 4.67 olarak saptandı. Magnetik Rezonans görüntülemeye karaciğerde segment 6, 7 ve 8'i tama yakın dolduran 18x16x17 cm boyutlarında T2A'da heterojen, hiper ve hipodens alanlar içeren T1A'da ise yüksek sinyalli lezyon izlendi. Lezyon hemorajik basit kist olarak değerlendirildi. Lezyonun vena cava inferiora bası yaptığı görüldü. Diğer segmentlerde de dağınık yerleşimli multiple basit kistler izlendi. Mevcut bulgularla varfarine bağlı kist içine kanama olarak değerlendirilen hastanın varfarin kesilerek düşük molekül ağırlıklı heparin tedavi dozunda başlandı ve perkutan hematoma drenajı planlandı. Perkutan drenajla takip edilen hastanın yapılan kontrol görüntülemeye hemorajik kistte %75 regresyon saptandı. Dreninden gelenin olmaması ve klinik semptomlarının gerilemesi üzerine hastanın dreni çekilerek antikoagulan tedavisi yeniden düzenlenerek taburcu edildi.

#### SONUÇ

Komorbiditesi olan özellikle ileri yaş hastalarda konservatif tedavi metodları öncelikle değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** karaciğer kist, varfarin, hemoraji, sağ kalp yetmezliği

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

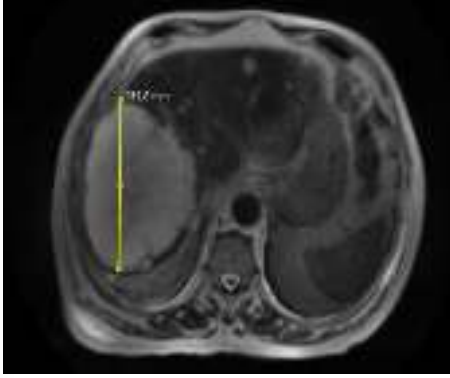


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

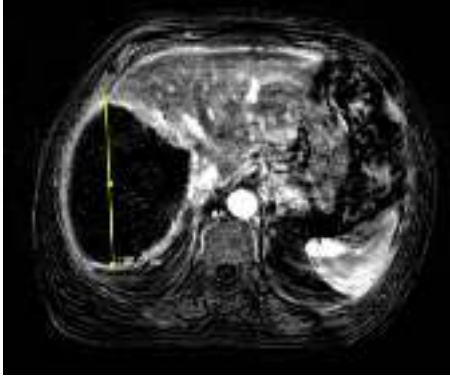
**Perkutan drenaj öncesi kontrastli BT**



**Perkutan drenaj sonrası T1 ağırlıklı MR**



**Perkutan drenaj sonrası T2 ağırlıklı MR**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0620 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Pankreas Kanseri Cerrahisinde Sağkalıma Etki Eden Prognostik Faktörler

Kazım Şenol<sup>1</sup>, Murat Ferhat Ferhatoğlu<sup>2</sup>, Mete Şişman<sup>3</sup>, Ediz Tevfik Özgan<sup>3</sup>, Ali Önder Devay<sup>4</sup>, Gökhan Garip<sup>3</sup>, Hasan Kesici<sup>3</sup>, Ferhat Erdem Uğraş<sup>3</sup>, Murat Sayılğan<sup>3</sup>, Mehmet Tuğral<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, İstanbul

<sup>2</sup>Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, İstanbul

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

<sup>4</sup>VM Medikal Park Bursa Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

**Amaç:** Bu çalışmada pankreasta kitle öntanısı ile opere edilen hastaların sağkalımına etki eden faktörlerin değerlendirilmesini amaçladık.

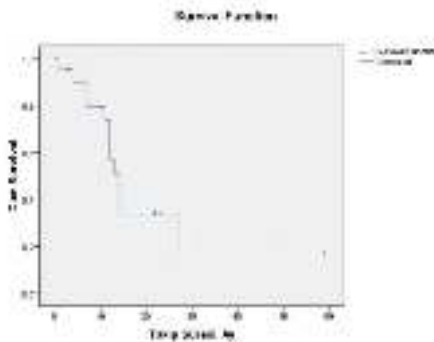
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2012 - Aralık 2017 tarihleri arasında opere edilen hastaların demografik ve klinik, özellikleri ile laboratuvar ve patoloji sonuçları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Pankreas cerrahisi geçiren 32 hastanın 22'sinin (%69) patoloji sonuçları malign olarak raporlandı. Hastaların yaş ortalaması 68 10 yıl olup, kadın:erkek oranı 0,58'di (8/14). Tümör çapı ortalama 4,3 2,8 cm, 10 hastada (%45,5) pankreas başında, 7 hastada (%31,8) ampullada, 2'şer hastada (%9,1) koledok ve duodenumda, 1 hastada (%4,5) distal pankreasta yerleşimliydi. 14 hastaya (%64,3) pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi, 3'er hastaya (%13,6) klasik whipple ve diversiyon, 2 hastaya (%9,1) subtotal pankreatektomi operasyonları uygulandı. 17 hasta (%27,4) adenokanser, 3 hasta (%4,9) müsinöz kistadenokarsinom, 1'er hasta (%1,6) sırasıyla stromal tümör, adenoskuamöz karsinom olarak raporlandı. Spesimende ortalama lenf nodu sayısı 14,4 7,8 adetti. Hastaların patolojik evreleri sırasıyla, 4'er hastada (%18,2) Ib, IIa ve III, 8 hastada (%36,4) IIb, ve 2 hastada (%9,1) IV olarak raporlandı. Peroperatif mortalite izlenmemekle beraber, postoperatif erken dönemde 1 hasta (%1,6) anastomoz kaçağı nedeniyle tekrar opere edildi ve takiben pnömoni ve ARDS sebebiyle yaşamını yitirdi. İki hastada (%3,2) eksternal, düşük debili, pankreatik fistül gelişti, konservatif yöntemlerle tedavi edildi. Hastane ortalama yatış süresi 14,1 4,8 gündü. 5 yıllık takip süresince 13 hasta (%60) yaşamını yitirdi. Beklenen tahmini genel sağkalım değeri 21,4 5,3 ay (%95 CI:11-32 ay) olarak bulunurken, 1 ve 5 yıllık genel sağkalım değerleri sırasıyla, %73,9 ve %17'iydi. Tek yönlü analizde ileri yaş, tümör çapı, çıkarılan lenf nodu sayısı, operasyon türü parametrelerinde mortalite üzerinde anlamlı olarak farklılık izlendi. Bu parametrelerle yapılan çok yönlü analizde ileri yaşın mortalite üzerinde en önemli bağımsız değişken olarak ortaya çıktığı ve ölüm riskini 9 kat artırdığı saptandı (OR:8,62, %95CI: 0,7-1, p=0,062).

**Tartışma ve Sonuç:** Pankreas tümörlerinin küratif tedavisi cerrahi olmakla beraber, postoperatif genel sağkalım oranları oldukça düşük izlenmektedir. Literatürde 5 yıllık sağkalım oranları ampüller kanserler için %5-7, adenokanserler için %20-60 olarak bildirilmiştir. Yaş, lenfatik tutulum, tümör tipi, tümör evresi ve palyatif cerrahi pankreas kanserlerinde önemli prognostik parametreler olarak pek çok çalışmada yer almıştır. Bu çalışmada, pankreas kanseri nedeniyle opere edilen hastaların genel sağkalım oranları literatürle benzerlik göstermekle beraber, ileri yaş en önemli bağımsız, prognostik parametre olarak ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** pankreas kanseri, sağkalım, prognoz

#### Şekil 1



Hastaların postoperatif yaşam sürelerinin gösterir analizi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Tablo 3: Verhofstadt skoru ve Nekroz-Ödem düzeylerinin operasyon türüne göre değerlendirilmesi**

Tablo 3: Verhofstadt skoru ve Nekroz-Ödem düzeylerinin operasyon türüne göre değerlendirilmesi.

|                   |            | Operasyon Türü |            | p       |
|-------------------|------------|----------------|------------|---------|
|                   |            | TC (n=73)      | CC (n=38)  |         |
| Verhofstadt Skoru | Orta-Hafif | 1-15           | 8-15       | 0.001** |
|                   | Median-SD  | 5.86±1.48      | 16.18±1.42 |         |
| Nekroz-Ödem       | Orta-Hafif | 0-3            | 1-4        | 0.001** |
|                   | Median-SD  | 1.18±0.98      | 3.71±1.95  |         |

Verhofstadt Skoru: 0-15, \*\*p<0.01

**Tablo 4: Verhofstadt Skoru ve Nekroz-Ödem ve ROC eğrisi sonuçları için tanı tarama testleri**

Tablo 4: Verhofstadt Skoru ve Nekroz-Ödem ve ROC eğrisi sonuçları için tanı tarama testleri.

|                   |            | Verhofstadt Skoru |       |       |       | ROC Eğrisi |             |         | p |
|-------------------|------------|-------------------|-------|-------|-------|------------|-------------|---------|---|
|                   |            | TPV               | FPV   | NPV   | PPV   | AUC        | 95% CI      |         |   |
| Verhofstadt Skoru | Orta-Hafif | 95,27             | 47,34 | 91,60 | 97,92 | 0,848      | 0,817-0,882 | 0,001** |   |
|                   | Orta       | 95,27             | 47,34 | 91,60 | 97,92 | 0,848      | 0,817-0,882 |         |   |

TP: Tanıya Karşılık, FP: Yanlış Tanıya Karşılık, NP: Tanıya Karşılık Olmayan, PP: Yanlış Tanıya Karşılık Olmayan

**Tablo 1. Modifiye histopatolojik değerlendirme ölçeği**

Tablo 1: Modifiye histopatolojik değerlendirme ölçeği.

|          | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük |
|----------|--------|------|-------|--------|------|-------|--------|------|-------|
| 1. Hücre | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük |
| 2. Hücre | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük |
| 3. Hücre | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük |
| 4. Hücre | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük | Yüksek | Orta | Düşük |





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0622 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Karaciğer Absesini taklit eden Hepatosellüler Kanser

Burak Çelik<sup>1</sup>, Feza Ekiz<sup>1</sup>, Ali Fuat Kaan Gök<sup>1</sup>, Abdil Cem İbiş<sup>1</sup>, Arzu Poyanlı<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Hepatosellüler kanser (HCC), karaciğerin en sık görülen primer tümörü olup, bir çok değişik şekilde karşımıza çıkabilir. Bilinen risk faktörü olmadan da gelişebilir. Başarılı olarak tedavi ettiğimiz karaciğer absesini taklit eden hepatosellüler kanser tanısı koyulan olguyu sunmaktayız.

Yirmi yaşında kadın hasta, ateş ve karın ağrısı şikayetleriyle acil cerrahi birimine başvurdu. Yapılan tetkiklerinde lökositoz ve akut faz göstergeçlerinde yükselme mevcuttu. Tüm batin ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisinde karaciğer sol lob kaynaklı olduğu düşünülen yaklaşık 15 cm çapında heterojen, içerisinde hava habbeciklerinin de olduğu abseleşme gösteren kitle lezyon görüldü. Transaminazlarda yükselme mevcuttu. Ön tanı olarak karaciğer absesi düşünülmele birlikte kitle karakterizasyonu açısından manyetik rezonans görüntüleme yapıldı ve kitlenin nekrotik alanlar içerdiği ve solid olduğu tespit edildi. Hasta, intravenöz antibiyotik tedavisi ve sıvı desteğiyle cerrahi eksplorasyona hazırlandı. Yapılan eksplorasyonda karaciğer sol lobdan kaynaklanan kitle tespit edilerek, sol lateral seksiyonektomi ameliyatı uygulandı. Komplikasyonsuz bir ameliyat sonrası dönem geçiren hasta postoperatif 7. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede, kitle %90 koagulatif nekroz içeren iyi diferansiye hepatosellüler karsinom olarak değerlendirildi. Hepatosellüler karsinomlu hastalar değişik klinik senaryolarla hastaneye başvurabilir. Karaciğer kitlelerinin ayırıcı tanısında, ileri görüntüleme yöntemleri, akut gelişen karın ağrısı ve ateş varlığında önemli rol oynamaktadır. Hepatosellüler karsinom bilinen risk faktörünün bulunmadığı genç hastalarda da ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hepatosellüler, Kanser, Karaciğer, Abse

#### Batin Bilgisayarlı Tomografi



Batin Görüntüleme

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Karaciğer



Eksplorasyon

### Piyes



Karaciğer Sol Lateral Seksiyonektomi Piyesi

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0623 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut pankreatitli hastalarda paraoxonase ve oksidatif stres parametreleri: Prospektif klinik çalışma

Esra Yüksel<sup>1</sup>, Sema Yüksekdağ<sup>1</sup>, Özgül Düzgün<sup>1</sup>, Neslihan Karaağaç<sup>2</sup>, Hafize Uzun<sup>3</sup>, Ali Rıza Kızıler<sup>4</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>1</sup>, Ethem Ünal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Laboratuvarı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyofizik Anabilim Dalı, Tekirdağ

**AMAÇ:** Bu çalışmada, paraoxonase (PON-1)' in HDL (high density lipoprotein) kolesterole bağlı taşınan lipofilik antioksidant bir enzim olarak, akut pankreatit fizyopatogenizi ve klinik takibindeki olası rolünü araştırdık. Ayrıca, diğer antioksidant ajanlar, oksidatif stres ve lipid profili arasındaki muhtemel ilişkiyi ortaya koyarak; bilinen biyokimyasal parametreler ve klinik şiddet skorlamaları ile olan korrelasyonunu değerlendirdik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Haziran-Eylül 2017 arasında akut pankreatit tanısıyla Kliniğimizde takip edilen hastalardan yatış anında (0.gün), 3.gün ve 10.gün olmak üzere kan alınarak hemogram, geniş biyokimya, lipid profili, PON-1 ve oksidatif stres parametrelerine (malonyl dialdehid, MDA; superoksit dismutaz, SOD; total antioksidant kapasite, TAC) bakıldı. Tüm hastaların demografik verileri ve radyolojik görüntüleme yöntemleri de dahil edilerek klinik skorlamalar not edildi ve biyokimya sonuçları ile korrele edildi. İstatistiksel analizler Kolmogorov-Smirnov, Friedman ve Wilcoxon testleri ile yapılırken, korrelasyonlarda Spearman testi kullanıldı ve  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Toplam 25 hastanın yaş ortalaması 51.4 idi. Ranson skorları sırasıyla 0-2 puan (%60), 3-4 puan (%24) ve 5-6 puan (%16) olarak hesaplandı. CTSI (computed tomography severity index)' e göre; % 72 hafif şiddette, % 24 orta, % 4 ise ağır pankreatit tablosunda idi. Hastalığın klinik şiddeti ise hafif, orta ve ağır pankreatit (sırasıyla, % 64, % 28 ve % 8) olarak not edildi. Biyokimyasal veriler incelendiğinde, Ranson skorlarına daha çok LDH (ort. 452.5 U/L) ve AST (ort. 417.08 U/L) değerlerinin yansıdığı görüldü. Total kolesterol, trigliserid ve LDL (low density lipoprotein) değerleri normal referans aralığında kalmakla birlikte 3. ve 10.gün anlamlı bir düşme eğiliminde iken HDL seviyesi 10.gün referans aralığının çok üzerinde tespit edildi ( $p < 0.001$ ). PON-1 seviyeleri 0, 3 ve 10.günlerde sırasıyla, ortalama 69.23, 76.72 ve 113.15 U/mL düzeyinde hesaplanırken; HDL ile pozitif korrelasyon içinde bulundu ( $p < 0.001$ ). Serum SOD düzeyi de PON-1' e paralel olarak yükselirken (ort. 20.49 vs.39.46 U/mL) MDA seviyesi belirgin olarak azaldı (ort. 3.9 vs. 2.28  $\mu$ M/L,  $p < 0.001$ ). TAC ise tedavi ile birlikte anlamlı oranda yükseldi (ort. 0.52 vs. 1.22 mM/L).

**Tartışma ve SONUÇ:** Safra taşına bağlı klinik olarak hafif pankreatitin ön planda olduğu hastalarımızda radyolojik ve klinik şiddet skorları uyumludur. Akut pankreatitin başlangıç evresinde tespit edilen düşük PON-1 ve HDL değerleri ile antioksidant SOD ve TAC konsantrasyonları, tedavi ile birlikte klinikle pozitif korrelasyon göstererek yükselmekte; başlangıçta yüksek seyreden oksidatif stres marker'ı olan MDA ise paralel olarak düşmektedir. Bu durum, hastalığın klinik gidişatında oksidatif stres ve antioksidant savunma mekanizmaları arasındaki dengenin önemini ve PON-1' in klinik bir marker olarak kullanılma potansiyelini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut pankreatit, paraoxonase (PON-1), malonyl dialdehid (MDA), superoksit dismutaz (SOD), total antioksidant kapasite (TAC), lipid profili

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0624 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Komplike Karaciğer Kist Hidatik Hastalarına Laparoskopik Yaklaşım Mümkün mü?

Mehmet Ali Gök<sup>1</sup>, Mehmet Tolga Kafadar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

**AMAÇ:** Kist hidatik hastalığı halen bölgemiz ve ülkemiz için yaygın bir sağlık sorunu olarak önemini korumaktadır. Bu klinik geriye dönük çalışmada Laparoskopik olarak tedavi edilen komplike karaciğer kist hidatik olguları incelendi.

**Gereç ve YÖNTEMLER:** Haziran 2016 ve Ekim 2017 tarihleri arasında kliniğimizde karaciğer kist hidatiği nedeniyle tedavi edilen komplike 8 hastanın (5 kadın, 3 erkek; ort.yaş 45±4.42; dağılım 30-78) tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, kistin yerleşim yeri, uygulanan cerrahi yöntem, hastanede kalış süresi, meydana gelen ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlar ve komplikasyonlara yönelik uygulanan tedavi yöntemleri açısından irdelendi.

**BULGULAR:** Olguların ultrasonografik olarak saptanan en uzun çap ortalaması 82.6±7.53 mm olarak değerlendirildi. Kistlerin karaciğer içerisindeki anatomik yerleşimlerine bakıldığında, üç hastada segment 8'de, üç hastada segment 4'de, diğer iki hastada kistin segment 2'de yerleşmiş olduğu görüldü. Ameliyat öncesi iki hasta (%25) ASA 1, üç hasta (%37,5) ise ASA 2, üç hasta (%37,5) ise ASA 3 olarak değerlendirildi. Ortalama ameliyat süresi 68±8.91 dakika idi. En uzun süren ameliyat 115 dakika en kısa süren ameliyat ise 45 dakika sürdü. Hastaların birinde perioperatif kanama gelişti. Damar ligasyonu ile kanama kontrolü sağlandı. Üç hastada ameliyat esnasında safra yolu iştiraki saptandı. Laparoskopik olarak primer onarıldı. Bir hastada drenaj drenajı ve safra fistülü kendi kendine kapandı. Hastaların ortalama yatış süresi 4 (min: 2; max:9) gündü. Safra fistülü gelişen hasta ameliyat sonrası 9. günde taburcu edildi. Hastaların ortalama takip süreleri 6±4.15 ay idi. Poliklinikten takipleri devam eden ve her üç ayda bir USG ile değerlendirilen hastaların herhangi birinde nüks düşündürecek bir bulguya rastlanmadı. Hastaların yaşı ve kist çapı arasında korelasyon saptanmadı (p=0.460). Kist çapı ile ameliyat süresi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (p=0.818). Yaş ve ameliyat süresi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (p=0.626). Çap ve süre arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.005). Kist çapının artmasıyla ameliyat süresinin uzadığı belirlendi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Takiplerimizde nüks vakasına rastlanmadı. Laparoskopik Karaciğer Kist Hidatik cerrahisi açık cerrahi ile perkütan girişimlerin avantajlarını kombine eden bir cerrahi teknik görünümündedir. Rutin olarak çıkardığımız endokist ve eksokistin çıkartılmasının yeterli olduğunu düşünüyoruz. Günümüzde deneyimli merkezlerde laparoskopik cerrahi girişimler karaciğer kist hidatik hastalığının tedavisinde etkin ve güvenli bir yöntem olarak tedavi algoritmasında yerini almaktadır. Komplike Kist hidatiklerin cerrahisinde standart laparoskopik aletlerin yeterli olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer, kist hidatik, laparoskopi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0625 [Hepatobiliyer Cerrahi]

### P.Falciparum sonrası gelişen dalak enfarktı olgu sunumu

Yasin Alper Yıldız, Necattin Fırat, Yeşim Akdeniz, Merve Yiğit  
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

**GİRİŞ:** Splenik enfarkt nadir görülen bir dalak patolojisi olup çoğunlukla başka hastalıkların komplikasyonu olarak görülür, sıtmanın ise nadir bir komplikasyonudur, en çok P. falciparum veya P. vivax'ın etken olduğu sıtma enfeksiyonu sırasında gelişir. Ülkemizde Plasmodium falciparum sıtması nadir olarak görülmektedir, ancak endemik bölgelere seyahat öyküsü olan olgularda bildirim olmuştur. Sıtma komplikasyonu olarak splenik enfarkt çok az sayıda bildirilmiştir.

**OLGU:** 35 yaşında erkek hasta ateş şikayeti ile acile başvurdu, enfeksiyon hastalıkları tarafından değerlendirildi. Beyaz küre 4.2 K/uL platelet 56.7 K/uL crp 99,5 mg/L periferik yaymada P. Falciparum görüldü. Hastaya P.falciparum a bağlı sıtma tanısı konuldu. Artemeter Lumefantrine tedavisi başlandı tedavi 4 güne tamamlandı yeni yapılan yaymada P.falciparum görümedi ve hasta şifa ile enfeksiyon hastalıklarından taburcu edildi. Bir hafta sonra hasta acil servise karın ağrısı şikayeti ile geldi fizik muayenesinde sol kadranda defans + rebound+ idi akut batın bulguları mevcuttu. Beyaz küre 11,2 K/ UI CRP;75,2 mg/L procalcitonin normal, platelet 191000 K/ uL. Batın Bilgisayarlı Tomografi'de(BT); dalak 15 cm normalden büyük ve belirgin kontrastlanma göstermeyen hipodens alanlar (dalak enfarktı) olduğu gösterildi abseiform bir görünüm kazandığı belirtildi. (RESİM 1). Operasyon kararı verildi. Splenektomi yapıldı. Post operatif komplikasyon gelişmedi oral aldı tolere etti hemogram ve vital bulguları stabil syretti ve hasta şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** P. Falciparum sıtması, özellikle tropikal bölgelerde görülmektedir. Ülkemizde genellikle P. vivax türü görülmektedir. Yurt dışı seyahat öyküsü bulunanlarda P.falciparum ve P. malaria sıtmasına da rastlanmıştır. P. falciparum ağır seyirli ve en çok öldüren sıtma etkeni olup, kliniği diğer sıtma türlerindeki gibi üşüme, titreme, ateş ve terleme ile seyretmektedir.

Hastaların tedavisinde cerrahi yöntemler genellikle tercih edilmediği için, histolojik inceleme genellikle yapılamamıştır. Hovette ve arkadaşlarının irdelediği bir olguda dalağın mikroskopik incelemesinde infarktın fibroblastik granuloma dokusuyla çevrelendiği görülmüştür. Bizim olgumuzda enfarktüs alanları içeren dalak şeklinde yorumlanmıştır. Splenik infarkt olgusunun irdelendiği makalelerde hastaların çoğunun genç yaşta (3-30 yaş) olduğu bilinmektedir. Bizim olgumuz ise 35 yaşında idi.

Yayınlarda splenik infarkt tedavinin başlangıcından 7-30 gün sonra ortaya çıkmış ve çoğu olgu P. falciparum sıtmasına bağlı olarak gelişmiştir. Olguların %60-70'inde karın sol üst kadranda ağrı vardır. Bizim olgumuzda da tedaviden bir hafta sonra şikayetler başlamış ve karın ağrısı şikayeti ile gelmiştir.

Splenik infarkt genellikle medikal tedaviye cevap vermektedir, iyi prognozudur. Kanama, rüptür, abse ve psödokist olmadıkça cerrahi düşünülmemektedir. Bizim olgumuzda da enfarkt alanı abseiform bir hal almıştı.

**SONUÇ:** Sıtmalı olgularda splenomegalinin yanı sıra splenik infarktın gelişebileceği unutulmamalıdır ve tedavi sırasında sol hipokondriyak bölgede ağrı olabilir olmasa bile splenik infarktın şüphelenilmelidir. Acil cerrahi gerekebileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dalak, splenik, enfarkt, sıtma, p.falciparum

Resim 1



Resim 2



TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0626 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Nadir bir olgu sunumu: spontan hepatoselüler karsinoma kanaması

Muhammet Burak Kamburoğlu, Enis Dikicier, Mertcan Akçay, Ali Muhtaroglu, Yeşim Akdeniz  
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Hepatoselüler karsinom (hcc) karaciğerin en sık rastlanan tümörü olup dünyada en sık görülen solid tümörler arasında beşinci, kansere bağlı ölümlerde ise üçüncü sırada yer almaktadır. HCC sıklıkla sirotik karaciğer zemininde gelişmektedir (%80). Hepatit b ve c zemininde gelişen siroz. spontan hcc kanamaları, hcc olan hastaların %3 ila %15'i arasında görülür ve hcc'de en sık üçüncü mortalite nedenidir. Bu olgumuzda daha önce HCC tanısı olmayan hastada saptanan HCC kanamasını sunacağız.

#### OLGU:

53 yaşında erkek hasta acil servise ambulansla senkop sebebiyle getirilmiş. vital bulgularında ta: 70/40 mm hg, sat o2: 92 nabız: 124 atım/dk saptanmıştır. Karın ağrısı tariflemeyen hastanın çekilen kranial bilgisayarlı tomografisi (bt) ve difüzyon manyetik rezonans (mr) görüntülemelerinin sonucunda patoloji saptanmamış. Hasta anamnezinde bilinen hastalığının olmadığını belirtti. Batın muayenesi normal olan hastanın laboratuvar bulguları; Hgb: 13.5 g/dl Wbc:19100 k/ul, kan biyokimya parametrelerinde anlamlı özellik yoktu. iv kontrastlı batın bt'de karaciğerin sol lobunu büyüten kitlesel oluşumlar ile birlikte yuvarlak şekilli heterojen dansiteler mevcuttu (hepatik tümör?). Pelviste yaygın serbest sıvı koleksiyonu mevcuttu (resim-1,2). Acil serviste batın usg eşliğinde yapılan batın içi ponksiyon materyalinin hemorajik saptanması üzerine acil operasyona alındı. Peroperatuvar bulgularımız; batın içerisinde yaklaşık 2500cc hemorajik mayi ve hematoma mevcuttu. karaciğer nodüler - sirotik görünümdeydi. segment 3'de yaklaşık 5x4 cm'lik kitlenin perforasyon olduğu ve kanadığı gözlemlendi (resim 3). Kitleyi içine alacak şekilde segmenter rezeksiyon yapıldı. Patoloji raporu iyi diferansiye hepatoselüler karsinom geldi. Hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi.

#### SONUÇ:

HCC'ye bağlı kanamalarda 30 günlük mortalite oranları %25-75 arasındadır. Sağkalım oranları ise hastanın durumuna göre 2-25 ay arasında değişmektedir. Spontan HCC kanamalarında en sık karşılaşılan bulgu, bizim olgumuzun aksine başlayan karın ağrısıdır (%66-%100). Kanamaya bağlı şok tablosu vakaların %33-%90'ında görülür.

Tanı sonrası tedavi yöntemleri hastanın hemodinamik durumuna ve karaciğer fonksiyonlarına göre belirlenir. Spontan HCC kanamalarında hemodinamisi stabil olan, portal veni tama yakın tıkanan trombüsü olmayan, multifokal veya bilobar HCC olan hastalarda yeterli teknik donanım bulunan merkezlerde TAKE %53-%100 başarı oranı ile ilk olarak tercih edilir.

Cerrahi tedavi, bizim olgumuzda olduğu gibi hemodinamisi stabil olmayan, peritonit bulguları olan, TAKE yapılamayan, şok kliniği olan ve portal ven trombusu olan olgularda tercih edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HCC,rüptür,kanama

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

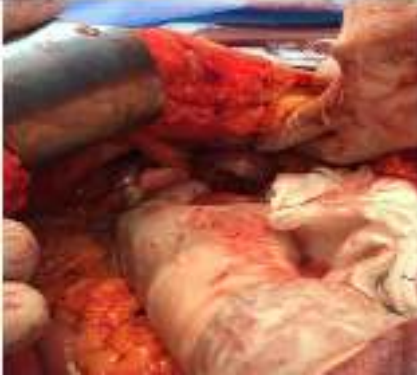
Resim 1



Resim 2



resim 3



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0627 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut Karının Nadir Bir Sebebi; Spontan Karaciğer Basit Kist Rüptürü: Olgu Sunumu

Yılmaz Güler<sup>1</sup>, Serkan Şengül<sup>1</sup>, Hasan Çalış<sup>1</sup>, Özkan Özen<sup>2</sup>, Zülfikar Karabulut<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

#### GİRİŞ

Karaciğerin basit kistleri, konjenital ya da sonradan oluşabilen ve sık karşılaşılan benign tümörleridir. Basit karaciğer kistleri genellikle asemptomatik olup, nadiren rüptür, kanama, enfeksiyon ve tıkanma sarılığı gibi komplikasyonlara sebep olabilir. İntrakistik hemoraji ve rüptür ise en nadir görülen komplikasyonudur.

#### OLGU SUNUMU

Tüm kadranslara yayılan ve iki gün önce başlayan karın ağrısı şikayeti olan 70 yaşında erkek hasta, hastanemiz acil servisine başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde batın tüm kadranslarda yaygın hassasiyet ve defans saptandı. Batın ultrasonografisi ve batın tomografisinde batında yaygın serbest sıvı ve karaciğerde kist saptandı. (Resim 1,2) Hasta bu bulgularla acil ameliyata alındı. Ameliyatta karın içi yaklaşık 900cc hemorajik sıvı aspire edildi ve karaciğer sol lobda yaklaşık 10x15 cm çapında kist ve kistin anterior duvarından rüptüre olduğu görüldü. Kistektomi yapılan hasta postoperatif 6. gün şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu karaciğer basit kisti olarak saptandı.

#### TARTIŞMA

Spontan rüptür, basit karaciğer kistlerinin en nadir görülen komplikasyonudur. Bizim araştırmalarımıza göre, İngilizce literatürde bugüne kadar bizim olgumuz dahil 16 olgu bildirilmiştir. İntrakistik hemoraji ve rüptürlerde, en önemli iki risk faktörü, hipertansiyon ve antikoagulan ilaç kullanımıdır. Bizim hastamızın da öyküsünde hipertansiyon bulunmaktaydı. En sık görülen klinik semptomlar, ani ve şiddetli karın ağrısı, abdominal huzursuzluk ve bulantı olup, spesifik semptomlar görülmeyen olgular da bildirilmiştir. Spontan basit karaciğer kisti perforasyonlarında tedavi yöntemi, hemodinamik stabilizeye bağlı olarak perkütan drenaj ya da cerrahidir. Ancak literatürde bildirilen olguların büyük çoğunluğunda tercih edilen yöntem laparatomidir.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer, Basit Kist, Spontan Rüptür, Akut Karın

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Karaciğer basit kist rüptürüne ait koronal plan tomografi görüntüsü



Resim 2.: Karaciğer basit kist rüptürüne ait koronal plan tomografi görüntüsü

### Karaciğer basit kist rüptürüne ait tomografi görüntüsü



Resim 1: Karaciğer basit kist rüptürüne ait tomografi görüntüsü (Karaciğer sol lobda rüptüre kist ve batin içi serbest sıvı )

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0628 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Olgu Sunumu: Dev Karaciğer Kavarnöz Hemanjiomda Spontan Regresyon

Mustafa Şit, Semih Yaman, Muhammet Fatih Keyif, Bahri Özer, Oğuz Çatal, Selçuk Köksal, Ferdi Bolat, Mehmet Hayri Erkol

Abant İzzet Baysal Üniversite, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu, Türkiye

Karaciğerin en sık görülen benign tümörü hemanjiomdur(1). Karaciğer hemanjiomları soliter olabildikleri gibi multipl olarak da görülebilmektedir. Çapları birkaç milimetreden 20 cm'e kadar değişkenlik gösterebilen hemanjiomların 5 cm üzerinde çapa sahip olanları dev hemanjiom olarak nitelendirilmektedir(4). Bu olgumuzda dev hemanjiomun ameliyat olmadan sadece takiple boyutunda gerileme olduğunu göstermek amaçlanmıştır. Olgumuzda yapılan tomografik incelemede ise karaciğer segment 7'de subkapsüler yerleşimli ve kısmen egzofitik büyüme göstermiş 107x64x100 mm boyutunda kavarnöz hemanjiom izlendi. Boyutu 5 cm'den küçük olgular genelde asemptomatiklerdir(14). Ancak dev hemanjiomlar semptom yapabilirler(15). Olgumuzda basıya bağlı erken doygunluk, bulantı ve sağ üst kadranda ağrı vardı. Morbiditesiz olarak 18 aydır takipli olan olgu düzenli kontrollere gelmektedir. 18 ay takip sonrası yapılan tüm batın USG'de hemanjiom boyutu 55x60 mm kadar spontan regrese olmuştur. Hepatik hemanjiomların çoğu asemptomatik olup tedavi gerektirmemektedir(5). Olgumuzda herhangi bir tedavi verilmeden takip edilmiştir. Sonuç olarak, dev hemanjiomları nadir görmekteyiz. Boyutları 5 cm'den büyük ve semptomatik olan olgularda cerrahi tedavi önerilmektedir. Ancak olgumuzda 5 cm den büyük ve semptomatik olmasına karşın 18 aylık cerrahi dışı sadece takip edilmiş olup etkili bir şekilde semptomların ve boyutun küçüldüğü gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Hemanjiom, Karaciğer, Kavarnöz, Regresyon

#### Şekil 1: Karaciğer sağ lobda hemanjiomu gösteren tomografi incelemesi



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0629 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Nadir Görülen Bir Olgu: Spontan Rüptür Sonucu Hemorajik Şok İle Gelen Erkek Hepatik Adenom

Semih Yaman, Mustafa Şit, Bahri Özer, Oğuz Çatal, Muhammet Fatih Keyif, Selçuk Köksal, Ferdi Bolat, Özgür Kuttukulağı, Mehmet Hayri Erkol

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu, Türkiye

Hepatik adenom, hepatositlerin benign proliferasyonu sonucu oluşan kapsüllü iyi huylu tümördür. Daha çok oral kontraseptif kullanan kadınlarda görülür. Hepatik adenomlu olguların %85 kadarını genç kadınlar oluşturmakta olup, çocuk, erkek ve yaşlılarda görülmesi pek beklenmemektedir(5). Hastaların %10 kadarı asemptomatik olup ve tesadüfen saptanırlar; %50-60 kadarı ise abdominal ağrı ya da kitle şikayeti ile başvurur. %30-40 vaka ise hemoraji sonucu oluşan şok ve akut abdomen ile hastaneye gitmektedirler. Olgumuzda atipik olan durum hastanın yaşlı erkek olmasıydı. Ani hemoglobin düşüşü ve takipne, baş dönmesi, terleme ve ciddi karın ağrısı olan hasta dış merkeze başvurmuştur. Burada yapılan tetkikler sonucu karaciğer hemanjiom rüptürü tanısı ile acil tarafımıza yönlendirilmiştir. Yapılan ilk müdahaleler sonucu hastanın hemorajik şokta olduğu görülmüş olup acil laparotomi yapılmıştır. Hemostaz sağlandıktan sonra hemanjiom ön tanısı olan lezyon patolojiye gönderilip operasyona son verilmiştir. Patoloji sonucu hepatik adenom gelmiştir. Hepatik adenomlar intraperitoneal kanama ile beraber belirgin olarak spontan rüptür riski de taşırlar ve yaklaşık %25'e varan karın ağrısı ile gelebilirler. Bu olguda ise; laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile ön planda hemanjioma bağlı spontan rüptür olarak düşünüldü ancak cerrahi rezeksiyon sonrası histopatolojik tanının erkek ve yaşlılarda nadir görülen hepatik adenom olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Hemoraji, Hepatik Adenom, Karaciğer, Rüptür, Şok

#### Resim 1: Preoperatif batin tomografi görüntüsü



#### Resim 2: Postoperatif 6.ayında batin tomografi görüntüsü



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0630 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### ERCP Sonrası Safra Kaçağı Olan ve Batın içi Apse Gelişen Hastaya Eksternal Drenaj Katateri Yerleştirilmesi Esnasında Meydana Gelen Hepatik Arter Psödoanevrizması

Semih Yaman, Mustafa Şit, Bahri Özer, Oğuz Çatal, Muhammet Fatih Keyif, Selçuk Köksal, Elif Yalçın, Özgür Kuttuklağı, Mehmet Hayri Erkol

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu, Türkiye

Hepatik arter psödoanevrizması, nadir olan bir vasküler komplikasyondur. Hastaların yaklaşık %2'sinde ortaya çıkar. İntrahepatik psödoanevrizmalar genelde karaciğer biyopsisi ya da transhepatik biliyer drenaj sonrası meydana gelir. Ruptüre olabilir ve kanama sebebi olabilir(1,2). Eğer bir arteriyovenöz fistül ya da psödoanevrizma saptandıysa genellikle embolize edilir. Visseral arter psödoanevrizmaları nadirdir, ancak mortalitesi yüksektir. Süreç olarak ani başlangıçlıdır, bu anevrizmaların ilk klinik semptomu akut rüptürdür ve perioperatif morbidite ve mortaliteye sebep olan hemodinamik instabiliteyle ilişkilidir. Hepatik arter anevrizması; intra-abdominal anevrizmalar içerisinde infrarenal aorta, iliak arterler ve splenik arterden sonra 4. sırada yer alır. Hepatik arter anevrizmaları % 80 ekstrahepatik, % 20 intrahepatik yerleşimlidir. İntrahepatik psödoanevrizmalar genelde karaciğer biyopsisi ya da transhepatik biliyer drenaj sonrası meydana gelir. Olgumuzda en önemli ayrıntı ise eksternal apse drenajı sonrası kontrol USG tecrübeli ve dikkatli bir radyolog tarafından yapılmasaydı hepatic arter psödoanevrizması apse lehine yorumlanıp drenaj yapılmaya çalışılırdı ve ciddi ve çok mortal tablo ile karşılaşılabilirdi. Bu konu da üzerinde durmak istediğimiz özellikle arterlere yakın seyreden apse drenajı sonrası kontrol görüntülemelerde bu gibi apse drenajı katateri yerleştirilmesine sekonder gelişebilecek psödoanevrizmalar konusunda dikkatli olunmasıdır. Yeni bir apse odağı olabileceği ön tanısıyla katater yerleştirilirken psödoanevrizmayı rüptüre etmek iğnenin bile değildir.

**Anahtar Kelimeler:** Anevrizma, Apse, ERCP, Hepatik arter

**Resim 1: Çekilen İV Kontrastlı Abdomen BT tetkikinde portal hilusa komşu apse (Beyaz ok) ve anteriorunda düzgün sınırlı kontrast dolumu gösteren lezyon (Mavi ok)**



**Resim 2: Yapılan Doppler USG'de Psödoanevrizma için tipik bulgu olan Yin-Yang paterni (Solda) ve Psödoanevrizmanın boynu (Sağda) sol ana hepatic arterden kaynaklanıyor.**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0631 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Laparoskopik Kolesistektomide Aşırı Klip Kullanımı Safra Yolu Yaralanmasını Öngörmede Uyarıcı Bir Faktör Olabilir mi?

Fatih Büyüker, Tuğrul Özdemir, Özgür Ekinci, Furkan Kılıç, Medeni Şermet, İhsan Metin Leblebici, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

#### AMAÇ:

Laparoskopik safra kesesi operasyonlarına bağlı safra yolu yaralanması morbidite ve mortaliteye neden olabilen ciddi bir komplikasyondur. Görülme sıklığı % 0.2-1.1 düzeyinde bildirilmektedir. Bu çalışmada safra yolu yaralanması nedeniyle takip ve tedavi edilen 7 safra yolu yaralanması olgusu retrospektif olarak; yaralanma tipleri ve kullanılan klip sayıları açısından irdelendi

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Ocak 2016 ile Aralık 2017 tarihleri arasında dördü kendi kliniğimizde olmak üzere safra yolu yaralanması olan 7 olgu değerlendirmeye alındı. Strasberg sınıflamasına göre hastaların yaralanma tipleri belirlendi. Yaralanmanın gerçekleştiği operasyonda kullanılan klip sayıları tespit edildi.

#### BULGULAR:

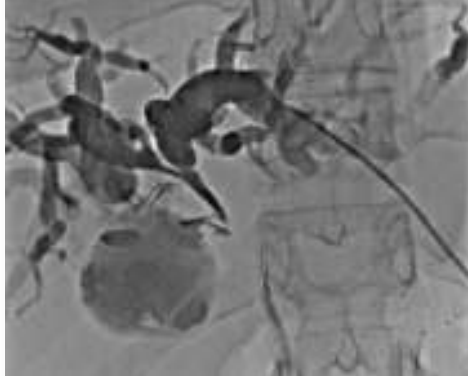
Olgularda ortalama 5.4 (3-8) klip kullanıldığı saptandı. Strasberg sınıflamasına göre; 2 olguda Strasberg D, 1 olguda Strasberg E2, 3 olguda Strasberg E3, 1 olguda Strasberg E4 yaralanma saptandı. D tipi yaralanma olan olguların birinde primer onarım uygulanırken, geç dönem başvuran bir olgu ERCP ile stent ve perkütan biloma drenajları ile tedavi edildi. E tipi yaralanma olan olgularda bilioenterik anastomoz yapıldı. Cerrahi sonrası erken dönemde komplikasyon gözlenmedi.

#### SONUÇ:

Laparoskopik kolesistektomi esnasında aşırı klip kullanımının, olası safra yolu yaralanmasını uyarıcı bir faktör olabileceği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** iatrojenik safra yolu yaralanması, laparoskopik kolesistektomi, aşırı kliplendirme

#### Şekil-1: Strasberg Tip D yaralanma olgusu, 5 klip (kirmizi ok bilier kacagi gösterir)



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

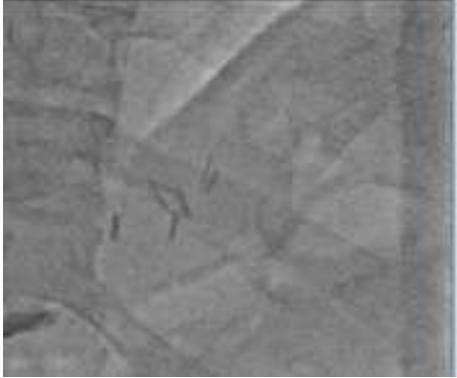


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Olguların yaş, cins, yaralanma tipi, uygulanan tedavi dağılımı ve saptanan klip sayıları

| Cinsiyet | Yaş | Yaralanma Tipi | İndeks Operasyon                          | Tedavi                                | Klip Sayısı |
|----------|-----|----------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Erkek    | 30  | E2             | Laparoskopik kolesistektomi               | geç dönem hepatikojejunostomi         | 4 klip      |
| Erkek    | 53  | E3             | Laparoskopik kolesistektomi               | geç dönem hepatikojejunostomi         | 5 klip      |
| Kadın    | 50  | E4             | Laparoskopik kolesistektomi               | perop hepatikojejunostomi             | 8 klip      |
| Kadın    | 20  | D              | Laparoskopik-Konvansiyonel kolesistektomi | perol primer onarım                   | 3 klip      |
| Kadın    | 28  | D              | Laparoskopik kolesistektomi               | postop 20. günde PTH +bilioma drenajı | 5 klip      |
| Erkek    | 24  | E3             | Laparoskopik kolesistektomi               | geç dönem hepatikojejunostomi         | 7 klip      |
| Kadın    | 55  | E3             | Laparoskopik kolesistektomi               | geç dönem hepatikojejunostomi         | 6 klip      |

### Strasberg Tip E3 yaralanma olgusu, 7 klip



### Strasberg E3 yaralanma olgusu, 6 klip



### Strasberg E3 yaralanma olgusu, 5 klip



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



## EPS-0632 [Hepatobiliyer Cerrahi]

### Safra kesesi kanserlerinde yaklaşımımız: 51 olguluk seri sunumu

Feyyaz Güngör<sup>1</sup>, Mehmet Sercan Candan<sup>1</sup>, Turan Acar<sup>1</sup>, Oğuzhan Özşay<sup>1</sup>, Gülden Ballı<sup>1</sup>, Cengiz Tavusbay<sup>1</sup>, Neşe Ekinci<sup>2</sup>, Osman Nuri Dilek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

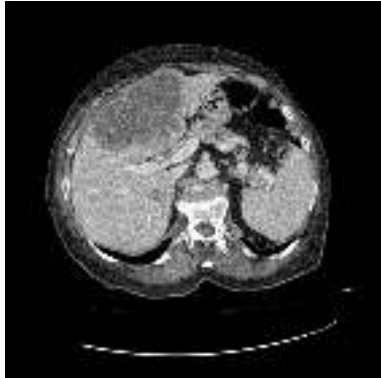
Safra kesesi kanserleri çağdaş tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen oldukça düşük sağkalıma sahip gastrointestinal sistemin beşinci en sık rastlanan habis tümörüdür ve küratif tedavi şansının düşük olması nedeniyle ciddi bir problem olmaya devam etmektedir. Türkiye’de yıllık görülme insidansı 1,6/100.000’dir. Kolesistektomi piyeslerinde tesadüfen tespit edilmesi dışında klinik belirti verdiğinde genellikle ileri evrelerde tespit edilmektedir.

Bu çalışmamız da 2012-2017 tarihleri arasında hastanemizde tanı konulan veya sevkli gelen safra kesesi kanserli hastaların dosya verileri irdelenmiştir. Buna göre; hastaların 24’ü erkek, 27’i bayan olmak üzere 51 hastanın verileri değerlendirmeye alınmıştır. Yaş ortalaması 66 (42-87) olarak saptandı. 40-50 yaş arasında 6 (%11,76) hasta, 51-60 yaş arasında 6 (%11,76), 60 yaş üzeri 39 (%76,42) hasta vardı. Tanı; 19 (%37,25) hastada kolesistektomi spesmeninde rastlantısal olarak, 9 (%17,64) hastada invaziv ve non invaziv görüntüleme yöntemleriyle, 13 (%25,49) hastada görüntülemeye şüphelenilmesi üzerine biyopsi, 10 (%19,60) hastada ise preoperatif dönem görüntülemelerinde safra kesesi kanseri şüphesi olması nedeniyle laparotomi sırasında yapılan frozen incelemesi ile konuldu. Ameliyat edilen 39 (%76,47) hastanın dağılımları; 24 (%61,58) kolesistektomi, 3 (%5,88) radikal kolesistektomi, 2 (%5,12) hepatektomi ve 10 (%25,64) hastaya ise palyatif girişimler yapıldı. Postoperatif dönemde hastaların takiplerinde 3 (%7,69) hastada kolestatik enzimlerde yükseklik, 2 (%5,12) hastada kolanjit, 2 (%5,12) hastada safra kaçağı, 2 (%5,12) hastada batın içi apse ve 1 (%2,56) hastada postoperatif dönemde kanama gelişti. Hastaların histopatolojilerine göre dağılımları; 43 (%84,31) hastanın adenokarsinom, 1 (%1,96) hastanın taşlı yüzük hücreli karsinom, 3 (%5,88) hastanın mikst adenonöroendokrin karsinom, 2 (%3,92) hastanın squamöz hücreli karsinom, 1 (%1,96) hastanın şeffaf hücreli karsinom ve 1 (%1,96) hastanında adenoskuamöz karsinom tanısı kondu. Operatif ve nonoperatif takip edilen tüm hastalarda ortalama yaşam süresi 9,10 (1-49) aydı. Operatif tedavi yapılan hastalarda ortalama yaşam süresi 11,46 (1-49) ay ve nonoperatif takip edilen hastalarda yaşam süresi 1,41 (1- 8) ay tespit edildi.

Günümüzde safra kesesi kanserlerinde erken tanı yöntemlerindeki ilerleme ile sağkalımın artmasına rağmen geç evredeki olgularda hala ölümcül kanserlerden birisi olmaya devam etmektedir. Radyoterapi ve kemoterapi ile tatminkar sonuçlar elde edilememiştir. Günümüzde safra kesesi kanserlerinde en etkin tedavi yöntemi erken tanı ve cerrahidir. Rezeksiyonun olası olmadığı geç evredeki olgularda ise palyatif işlemler sağkalım üzerinde etkili olmasa da hastanın yaşam kalitesini yükselten uygulamalar olarak yerini korumaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** safra kesesi, kanser, tedavi

### Resim-1



İnoperable safra kesesi kanseri bir olgumuzun BT görüntüsü (aksiyel kesit)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

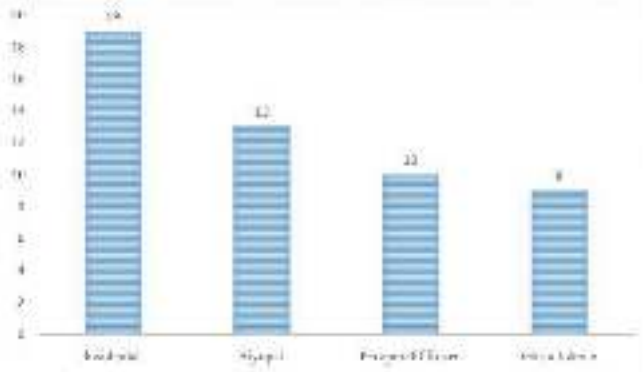
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo-1**



Hastaların safra kesesi kanseri tespit edilme şeklinin dağılımı

**Tablo-4**

| Evre | TNM                                                                                      | Modifiye Nevin                 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| I    | Mukozal veya muskuler tutulum (T1N0M0)                                                   | İn situ kanser                 |
| II   | Perimuskuler veya lam kat tutulum (T2N0M0)                                               | Mukozal veya muskuler tutulum  |
| III  | Karaciğer tutulumu < 2 cm<br>Lenf nodülü metastazı (T3N1M0)                              | Transmurall karaciğer tutulumu |
| IV   | A. Karaciğer tutulumu > 2 cm<br>(T4N0M0, T4N1M0)<br>B. Uzak metastaz<br>(T4N2M0, T4N3M1) | Lenf nodülü metastazı          |
| V    | Uzak metastaz                                                                            | Uzak metastaz                  |

Safra kesesi kanseri evrelemesi

**Resim-2**



Safra kesesi kanseri bir olgumuzun spesmenin makroskopik görünümü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

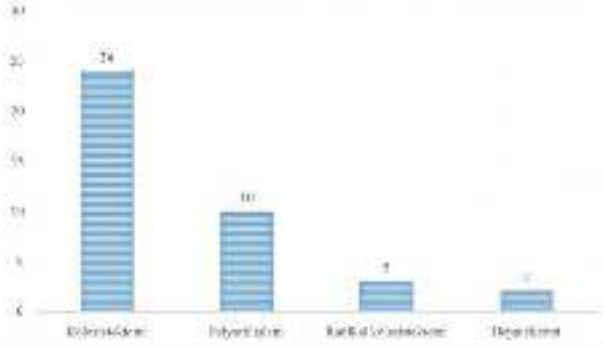
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



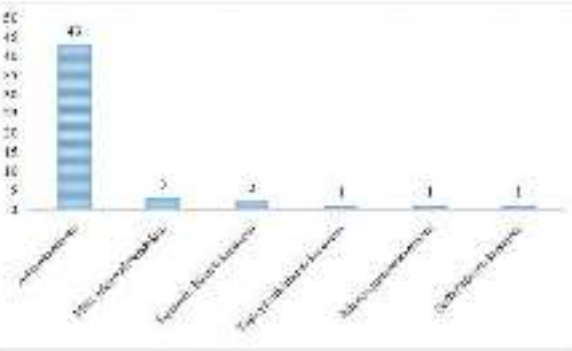
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo-2**



Cerrahi yapılan hastalarda yapılan cerrahi tekniğin dağılımı

**Tablo-3**



Hastaların histopatolojik tiplerinin dağılımı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0633 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Hasret Kübra Zengin Çakır<sup>1</sup>, Ümran Dal Yılmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Lefkoşa/ Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

<sup>2</sup>YakınDoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Lefkoşa/ Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

**AMAÇ:** Bu çalışma Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi dönemdeki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Araştırma, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Cerrahi Servisinde Laparoskopik Kolesistektomi uygulanan 78 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler, 15 Aralık 2014- 31 Mayıs 2015 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan veri toplama formu ile toplandı. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Araştırmanın yapılacağı kurumlardan ve etik kuruldan izin alındı. Verilerin analizinde, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 paket programında Frekans analizi ve Ki Kare testleri kullanıldı.

**BULGULAR:** Araştırmaya katılan hastaların %64,10'u kadın, %44,87'si 30-49 yaş grubunda ve %41,03'ünün lise mezunu olduğu belirlendi. İşlem sonrası hastaların %93,59'unun hastanede 1-3 gün arası süreyle, %5,13'ünün 4-6 gün süre ile yattığı, %61,4'ünün daha önce hiç ameliyat geçirmediği görüldü. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların %28,2'sine ameliyat öncesi dönemde ameliyatla ilgili bilgi verilmediği, taburculuk sonrası doktora başvurulması gereken acil durumlar ile ilgili hastaların %83,3'üne bilgi verilmediği saptandı. Hastaların evde bakım ile ilgili olarak; %85,9'unun yara bakımı, %92,3'ünün kullanılacak ilaçlar, %78,2'sinin beslenme, %30,7'sinin aktiviteler hakkında bilgilendirildiği saptandı. Hastaların %93,5'ine evde karşılaşılabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi verilmediği saptandı. Hastaların hiçbirine hastaneden taburcu olurken yazılı olarak taburculuk bilgileri ile ilgili broşür, kitapçık vs. verilmediği ve hastaların %82'si eğitim kitapçığı verilmesini istediklerini belirtmişlerdir.

**TARTIŞMA- SONUÇ:** Hemşirelerin, hastaların taburculuk eğitimi sürecinde etkin rol üstlenmedikleri sonucuna varıldı. Hastalar eğitim kitapçığında; egzersiz, beslenme, yara bakımı, ilaç kullanımı, evde karşılaşılabilecek acil durumlarda yapılması gerekenler, ağrı yönetimi ve ameliyat sonrası hakkında bilgilendirme konularının yer almasını istemektedir. Hastaların bireysel özellikleri ve öğrenim gereksinimlerine uygun planlı taburculuk eğitimi yapılması ve hasta eğitim kitapçığı hazırlanması önerilebilir.

\* Yüksek lisans tez çalışmasıdır.

\*\*Türkiye Klinikleri J Nurs Sci doi: 10.5336/nurses.2017-58970 yayına kabul edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik Cerrahi, Kolesistektomi, Hemşirelik Bakımı, Taburculuk Eğitimi

#### Resim 1.



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 2



Resim 3.



Grafik 1. Hastanede Yatış Sürelerinin Dağılımı

Resim 10



çalışmanın sağ üst kenarında olacak şekilde düzenlenebilirse sevinirim

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Resim 4

**Tablo 1. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyat İle İlgili Bilgi Alma Durumları (n:78)**

| Ameliyat öncesi dönemde ameliyat ile ilgili bilgi alma durumu | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| Bilgi alan                                                    | 56       | 71.7      |
| Bilgi almayan                                                 | 22       | 28.2      |
| <b>Bilgi veren kişi (n=56)</b>                                |          |           |
| Doktor                                                        | 53       | 94.6      |
| Hemşire                                                       | 2        | 3.5       |
| Diğer (aynı ameliyatı olan arkadaş)                           | 1        | 1.7       |

### Resim 8



### Resim 5

Tablo 1. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyat İle İlgili Bilgi Alma Durumları (n:78)

|                                     |    |      |
|-------------------------------------|----|------|
| Bilgi alan                          | 56 | 71.7 |
| Bilgi almayan                       | 22 | 28.2 |
| <b>Bilgi veren kişi (n=56)</b>      |    |      |
| Doktor                              | 53 | 94.6 |
| Hemşire                             | 2  | 3.5  |
| Diğer (aynı ameliyatı olan arkadaş) | 1  | 1.7  |





|                                                                                       |    |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| Genetik Yapıya Göre Sıkıştırma<br>Tekniklerine Göre                                   | 47 | 85,9  |
| Genetik Yapıya Göre Sıkıştırma<br>Tekniklerine Göre                                   | 24 | 30,7  |
| Genetik Yapıya Göre Sıkıştırma<br>Tekniklerine Göre                                   | 23 | 95,8  |
| Genetik Yapıya Göre Sıkıştırma<br>Tekniklerine Göre                                   | 1  | 4,1   |
| Teknik Kuramla İlgili Yorumlar<br>Genetik Yapıya Göre Sıkıştırma<br>Tekniklerine Göre | 42 | 85,2  |
| Teknik Kuramla İlgili Yorumlar<br>Genetik Yapıya Göre Sıkıştırma<br>Tekniklerine Göre | 17 | 10,0  |
| Teknik Kuramla İlgili Yorumlar<br>Genetik Yapıya Göre Sıkıştırma<br>Tekniklerine Göre | 14 | 100,0 |

[illegible]



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0634 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Genç hastada mekanik ikter nedeni; tüberküloz

Hakan Çakıt, Fatih Başak, Hüseyin Kerem Tolan, Aylin Acar, Tolga Canbak, Feyza Aşıkuzunoğlu, Olgun Erdem, Fikret Ezberci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Mekanik ikter, safra yollarındaki tıkanıklığa bağlı olarak proximaldeki safra yollarında genişleme ile karakterize olup, tümör, striktür, safra taşı, biliyer atrezi gibi birçok nedene bağlı olarak oluşabilir. Bu çalışmada nadir görülen tüberküloza bağlı intraabdominal lenfadenopatinin safra yollarına basısıyla oluşan mekanik ikter olgusu sunulacaktır.

**OLGU:** Yirmi dört yaşında erkek hasta, acil servise 13 günlük karın ağrısı, sarılık ve kaşıntı şikayetleriyle başvurdu. Muayenede batın sağ üst kadranda hassasiyet ve ciltte ikter görüldü, murphy bulgusu saptanmadı, periferik lenfadenopati(LAP) muayenesinde inguinal ve axiller LAPları mevcuttu. Laboratuvar incelemelerde ALP 369, GGT 441, ALT 112, AST 86, total bilirübin 4,77, direk bilirübin 1,81, WBC 13,6 idi. Hepatobiliyer ultrasonografide safra kesesi kontrakte, cidar kalınlığı 4mm, akut kolesistit şüphesi saptandı. Koledok çapının 11 mm ile genişlemiş olduğu, proksimalinde 9 mm kalkül ile uyumlu görünüm ve intrahepatik safra yollarında dilatasyon saptandı. Porta hepatiste en büyüğü 27x15mm multiple LAP olarak değerlendirilen lezyonlar görüldü. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide karaciğer segment 4'te kaudat loba uzanan 55x40 mm lobüle septalı koleksiyon alanı, karaciğer hilusunda, peripankreatik alanda sıvı ve milimetrik lenf nodları tespit edildi. Hasta mekanik ikter tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Manyetik rezonans görüntüleme ve manyetik rezonans kolanjiopankreatografide en büyüğü 50 mm, bazıları kaviter, konglomere LAP, LAP basısına sekonder IHSY dilate ve safra kesesi kollabe olarak değerlendirildi. Yüzeyel usg'de her iki axiller ve inguinal bölgelerde multiple reaktif lenf nodları görüldü. Enfeksiyon hastalıkları ve hematoloji konsültasyonu yapıldı, istedikleri tetkiklerde elisa, coombs testleri negatifti, sedimentasyon 63 ile yüksekti. CA 19-9 148.59 ile yüksek, CEA ve AFP düşüktü. Girişimsel radyoloji tarafından karaciğerdeki lezyondan aspirat örneği alındı, karaciğer hilusu bölgesindeki LAP düşünülen bölgeden pürülan mayi örneği alındı. Tüm örnekler kültür ve histopatolojik değerlendirme için gönderildi. Malignite şüphesiyle PET çekildi ve multiple lenf nodları görüldü. Lokal anestezi altında supraklavikular LAP eksize edildi. Aspirat kültüründe üreme olmadı. ARB direk mikroskopide mikobakteri görülmedi. Patoloji sonucunda enflamasyon olarak geldi. 1. haftada mikobakteri kültüründe m. tuberculosis complex üredi. Klasik 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı ve iki ay içerisinde total bilirübin 0,6, direk bilirübin 0,4'e geriledi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Sarılık, prehepatik, hepatik ve posthepatik nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Posthepatik nedenler tıkanıklığa bağlı olarak gelişir. Tıkanıklığın en sık nedenleri safra yollarına düşmüş safra taşı, striktür, atrezi, kolanjiokarsinom, pankreatit, gebelik kolestazıdır. Bu nedenlerin dışında safra yollarında basıya yol açan diğer hastalıklar da tıkanma sarılığı yapabilir. Bizim vakamızda nadir bir neden olan tüberküloz lenfadenopatisinin safra yollarına basısı sunulmuştur. Tıkanma sarılığı araştırılan hastalarda lenf nodu basısı olması durumunda günümüzde nadir bir neden olan intraabdominal tüberküloz lenfadenopatisi akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Mekanik ikter, lenfadenopati, tüberküloz

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0635 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut kolesistitte erken dönemde laparoskopikten açığa geçiş nedenleri

Nuri Emrah Göret

Çanakkale Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Çanakkale

**AMAÇ:** Akut kolesistitte erken veya 6-8 hafta sonra kolesistektomi son zamanlarda yerini süreye bakılmaksızın erken kolesistektomiye bırakmaktadır ve laparoskopik yaklaşım altın standarttır. Bu çalışmada akut kolesistit nedeniyle laparoskopik başlanan ve peroperatif açığa geçme nedenlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Çanakkale Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde Ocak 2014 - Aralık 2017 tarihleri arasında akut kolesistit tanısı ile opere edilen 158 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik bilgileri, laparoskopik yöntemden, açık yöntemle geçme nedenleri, oranları, hastanede yatış süreleri, sonuçları, mortalite ve morbidite parametreleri hazırlanan formlara kaydedildi. Direkt laparotomi ile başlanan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 158 hasta dahil edilmiş olup, tüm hastaların yaş ortalaması 58,6 (18-89)du. Cinsiyet dağılımı açısından, hastaların 55'i (%34.9) erkek, 103'ü (%65.1) kadın idi. Laparoskopik olarak başlanan tüm hastaların 20'sinde (%12.7) açığa geçildi. Çalışma grubunda konversiyon nedenleri; geçirilmiş operasyonlara bağlı intraabdominal yapışıklık (n=4,%20), anatomik yapıların ortaya konulamaması (n=11,%55), safra kesesi kanseri şüphesi (n=2, %10), laparoskopik yöntemle kontrol altına alınamayan kanama (n=2,%10), diseksiyon sırasında kolon yaralanması (n=1,%5) idi. Ortalama yatış süresi açığa dönülen vakalarda daha yüksekti (6.7 ±2.00 ve 3.33±0.89). Açığa geçilen 2 hastada cerrahi alan enfeksiyonu görülürken mortalitemiz bulunmamaktadır.

**SONUÇ:** Akut kolesistitli hastalarda da semptomların başlangıç süresi dikkate alınmadan laparoskopik kolesistektominin kabul edilebilir açığa geçme oranları ile uygulanabilmektedir. Uygun endikasyonda açığa geçmek, gelişebilecek morbidite ve mortaliteyi engelleyebileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit, laparoskopik kolesistektomi, açık kolesistektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0636 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut Biliyer Pankreatitlerde Mrcp, Ercp ve Kolesistektomi Ne Zaman Yapalım?

Murathan Erkent, İbrahim Tayfun Şahiner, Murat Kendirci, Ramazan Topçu, Settar Bostanoğlu, Mete Dolapçı  
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çorum

#### Amaç

Akut biliyer pankreatit sonrası tekrarlayan biliopankreatit ataklarını önlemek için en uygun tedavi kolesistektomidir. Ancak hafif pankreatitlerde kolesistektomi zamanlaması tartışma konusudur. Ayrıca pankreatit atağına neden olan ana etyolojik faktör kolelitiazise sekonder gelişen koledokolitiazisdir. Bu durumda da ERCP yapılması gündeme gelmektedir. Ancak ERCP de komplikasyonları nedeniyle masum bir tedavi şekli değildir. O yüzden seçilmiş vakalarda uygulanması önerilir. Ancak zamanlaması ile ilgili bilgiler tartışmalıdır. Taniya gitme konusunda ise MRCP tetkikinin hangi hastaya ne zaman kullanılması da tartışmalıdır.

#### Gereç ve Yöntem

Bu amaçla retrospektif olarak Ocak 2016- Aralık 2017 tarihlerinde, kliniğimize akut biliyer pankreatit nedeniyle yatırılan hastalar incelendi. Demografik verileri, laboratuvar tetkikleri, MRCP ve ERCP yapıp yapılmadığı, yapıldı ise zamanlaması, kolesistektomi zamanlaması, toplam atak sayısı, atak sıklığı ve kolesistektomi sonrası pankreatit atak varlığı incelendi.

#### BULGULAR:

2016-2018 yılları arasında toplam 75 hasta (E/K: 26/49) incelendi. Hastaların ortalama yaşı 63.17/yaş olarak bulundu..Tüm hastalara tanı için abdominal USG ve abdominal BT yapılmış. 9 hastada radyolojik bulgular pankreasın normal olduğunu göstermiş olmasına rağmen, klinik muayene ve laboratuvar değerlerinde şüphe olması üzerine tanı konulmuş. Hastaların ortalama Ranson skoru 2 (0-4) olarak bulundu. Hastaların %62'sinde direkt bilirubin 2 gr/dl'nin üzerinde saptandı. Hiperbilirubinemisi olan 47 hastaya MRCP tetkiki yapıldı ancak sadece 22 hastada koledokolitiazis saptandı. Bu 22 koledokolitiazis saptanan ve kanda bilirubin değerlerinde yükselme eğiliminde olan hastalara yapılan ERCP sonucunda sadece 7 hastada koledok içerisinde taş saptandı. Geriye kalan 15 hastada ise koledok normal gözlendi.. Hastalardan 42'sinde ilk pankreatit atağı olduğu ve subakut dönemde tanı konulduğu için bu hastaların 12 sine elektif kolesistektomi uygulandı. Kolesistektomi olan 12 hasta ise 2 veya 3. kez geçirdikleri atak nedeniyle hastaneye yatırıldıkları sürede akut pankreatit kliniği düzelmesi gözlendikten sonra taburcu edilmeden kolesistektomileri tamamlandı. Akut ve elektif dönemde yapılan kolesistektomi açısından her iki grup arasında komplikasyon, cerrahi zorluk ve açığa dönme oranları açısından fark saptanmadı. Kolesistektomi uygulanan 4 hastada ise daha sonra 6 ay ile 1 yıl arasında değişen süreçte iki kez pankreatit nedeniyle tekrar başvuru gözlendi.

#### SONUÇ:

Akut bilier pankreatit kliniği ile başvuran hastaların bilirubin değerlerinde yükseklik ve yükselme eğilimi saptanınca hemen ERCP yaptırmaya gerek yoktur. 48 saatlik izlemde klinik kendiliğinden gerileme eğiliminde olabilmektedir. Benzer şekilde MRCP çekilmesinin de rutin kullanımı doğru değildir. Hastaların % 62 sine MRCP çekilmiş ve koledokolitiazis saptanmış ancak onların da %68.1 ine ERCP yapılmaya gerek kalmamıştır. Sonuç olarak biliyer pankreatit atağı ile başvuran hastalarda bilirubin seviyesinde artış görüldüğünde 48 saat konservatif izlem yapmak, eğer şüphe devam ediyorsa MRCP ve gerektiğinde ERCP işlemi yapmak maliyet etkinlik açısından faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Ercp, Mrcp, akut pankreatit

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0637 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Situs Inversus Totalisli Hastada Laparoskopik Kolesistektomi Deneyimimiz

Ufuk Memiş, Esra Dişçi, Yavuz Albayrak, Mehmet İlhan Yıldırım  
Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum

Situs inversus totalis (SİT) organların total olarak normal lokalizasyonlarının ayna görüntüsü tersinde yerleşimidir. 10 000-50 000 canlı doğumda bir görülür. SİT'te pasriyel situs inversusutan farklı olarak vasküler ve ekstra hepatik safra yolları anomalileri yoktur. Kolelithiasis ve akut kolesistit insidansı toplumla aynıdır. Operasyon yönüyle organların yerleşimi cerrahi teknik açısından zorluklar içerse de alışlagelen cerrahi teknik ile laparoskopik girişim mümkündür. Kliniğimize başvuran 52 yaşında SİT tanısı olan hasta yapılan tetkiklerinde kolelithiasis saptandı. Hastanın batin muayenesi doğal ve laboratuvar değerlerin normal sınırlar içerisinde idi. Yapılan Batin USG ve MR kolanjiyo grafilerinde safra kesesinde multiple taş mevcuttu. İntra ve ekstra hepatik safra yollar doğaldı. SİT hali mevcuttu. Hasta elektif operasyona alındı Operasyon odasında cihazların yerleşimi hastaya uygun olarak modifiye edildi. Cerrah ve birinci asistan hastanın sağına, masa hemşiresi ve ikinci asistan hastanın soluna yerleşti. Hastaya baş yukarı ve sağ yan olacak şekilde pozisyon verildi. Göbek hizasından yapılan 1 cm'lik kesi ile 10 mmlik tokar batına girildi ve batin insuffle edildi. Ksifoid altına yapılan 1 cm lik insizyondan diğer 10 mm lik trokar ve sol SİAS'un 5 cm medialine 5cm aralıklarla yapılan 0,5 cmlik 2 adet insizyondan 5mm lik trokarlar batına girilerek 4 portlu teknik kullanıldı. Cerrah diğer operasyonlardaki gibi epigastrik ve lateral portları kullandı. Safra kesesi bulundu. Callot üçgeni disseke edildi. Sistik kanal ve arter izole edildi klipslendi ve kesildi. Safra kesesi karaciğer yatağından disseke edildi ve epigastrik insizyondan batin dışına alındı. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Kolelithiasis, Kolesistit, Situs Inversus Totalis

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0639 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Antikoagulan tedavi ilişkili izole safra kesesi hematomu

Orkun Subaşı, Sedat Tan, Savaş Yakan, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

**GİRİŞ:** Günümüzde kardiyak ve tromboembolik hastalıkların tedavisi veya profilaksisinde antikoagulan tedaviler uygulanmaktadır. Bu tedaviler INR kontrolü ile yapılarak tromboz veya hemorajiyi engelleyecek şekilde takip edilmektedir. Coumadin aşırı dozuna bağlı kanamalar önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Burada coumadin doz aşımı sonrası gelişen izole safra kesesi hematomu saptanan hastanın yönetimi sunulmuştur.

**OLGU:** 76 yaşında bayan hasta sağ üst kadranda ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen HT, DM, kalp kapak hastalığı ve atriyal fibrilasyon nedeniyle coumadin kullanım öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde taşikardik, normotansif, takipneik idi. Sağ üst kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar değerleri INR:12, Hb:8, WBC:14.000, Kreatinin:5.8, T.bil:1 olarak raporlandı. Batın USG'de: safra kesesi 12x6 cm boyutlarında hidropik, duvar kalınlığı 5 mm, kese içinde en büyüğü yaklaşık 2 cm taş, kese duvar komşuluğunda solid ekojenitede yapı apse? Tm? Karaciğer çevresi ve ansar arasında sıvama sıvı mevcuttu. ABY nedeni ile kontrastlı tetkikler yapılamadı. Oral alımı kapatılan, i.v hidrasyon ve antibiyoterapi başlanan hastanın coumadin tedavisi kesildi. ERT VE TDP (yatışı boyunca 4 ERT, 5 TDP) replasmanı, K vitamini ve düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlanan hastanın kontrol INR değeri 1.8'e geriledi. Yatışın 1. Günü muayene bulguları gerilemeyen hastaya USG eşliğinde perkutan kolesistostomi uygulandı. Hemorajik vasıfta 100 cc geleni oldu. Apse içeriği yoktu. Yatışının 6. günü çekilen MR-MRCP'de KC çevresi sıvama sıvı, safra kesesi 12x6cm hidropik, içerisinde 2,5 cm çaplı multipl taş mevcuttu. Kateterin kese lümeni dışında olduğu görüldü. Kese içinde düşük sekanslı dolma defekti hematom lehine değerlendirildi. Koledok normal olarak değerlendirildi. Kolesistostomi kataterinden drenaj da olmadığından kateteri çekildi. 13. günü kontrol USG'de safra kesesi 12x6 cm eski usg ile karşılaştırıldığında hematomun sıvılaştığı görüldü. perikolesistik sıvama sıvı saptandı. Duvar kalınlığı 1 cm yer yer 1-2 mm'ye varan incelme ve düzensizlik saptandı. Tüm laboratuvar değerleri normale gelen hastaya erken kolesistektomi planlandı. 16. gününde hasta operasyona alındı. Laparoskopik başlanan operasyonda yoğun yapışıklıklar nedeni ile açığa geçildi. Hidrops nedeni ile kese açıldı ve içerisindeki hematom drene edildi. Usulüne uygun kolesistektomi tamamlandı. Hasta 21. günde şifa ile externe edildi. Patoloji sonucu kanama ve iskemik değişiklik gösteren akut atak bulguları olan kronik kolesistit olarak raporlandı.

**SONUÇ:** K vit. antagonisti olarak antikoagulan amaçlı kullanılan warfarin kanama riskini artırır. INR, warfarin dozunu terapötik aralıkta tutmak için düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Hastalar warfarinin kullanımı, diğer ilaç ve gıdalarla etkileşimi hakkında detaylı bilgilendirilmelidir. Antikoagulan tedavi alan hastalarda literatürde sık izlenebilen intrakraniyal, retroperitoneal, gastrointestinal, kas içi kanamalar dışında nadir görülebilecek bir kanama odağı olarak safra kesesi akıldan tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** antikoagulan kanaması, coumadin, safra kesesi hematomu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**MR görüntüsü 1**



**MR görüntüsü 2**



**MR görüntüsü 3**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**operasyon 1**



operasyon görüntüsü hidrops kese

**operasyon 2**



operasyon görüntüsü kese içi hematoma

### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



**EPS-0640 [Hepatobiliyer Cerrahi]**

## Kolorektal Kanser Karaciğer Metastazında Cerrahi Tedavi Sonuçları

Burak Bakar, Özgen Işık, Halit Ziya Dünder, Pınar Taşar, Tuncay Yılmazlar, Ekrem Kaya  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Karaciğer (Kc) kolorektal kanserin (KRK) en sık metastaz yaptığı organdır. KRK'in izole Kc metastazlarında cerrahi en yüksek kür olasılığını sunan seçenektir. Bu çalışmamızda KRK Kc metastazı tedavisi ile ilgili tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Merkezimizde 2008 ile 2017 yılları arasında KRK Kc metastazı nedeniyle opere edilmiş tüm olgular çalışmaya dahil edildi. Peroperatif inoperabl olduğu saptanan hastalar hariç tutuldu. Hastaların demografik özellikleri, primer tümöre ait özellikler, uygulanan cerrahi tedavi ve sağ kalmia ilişkin verileri retrospektif olarak derlendi. Sağ kalım süreleri Kaplan Meier analizi ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 103 hasta (%69,9 erkek) KRK Kc metastazı nedeniyle ameliyat edildi. Medyan yaş 60'tı (23- 87). Primer tümör lokalizasyonu %44,1 ile en sık rektumdu. Hastaların %30,1'i neoadjuvan kemoterapi almış, %69,1'i ise adjuvan kemoterapiye devam etmişti. Olguların büyük bir bölümüne segmentektomi ve metastazektomi (%40.8 ve %40.1) uygulanırken %15,5'ine lobektomi, %2.9'una ise iki aşamalı karaciğer rezeksiyonu (ALPPS) uygulandı. Senkron rezeksiyon 40 olguda (%38,8) uygulanabildi. Sadece 2 hastada (%1,9) erken dönem mortalite gelişti. Ortalama sağ kalım 28,79± 3,3 aydı.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Mümkün olan hastalarda primer tümör ile birlikte senkron olarak karaciğer metastazlarının da cerrahi rezeksiyonu en uygun yaklaşım gibi görünmektedir. Karaciğer volümü sınırda olan major hepatektomi adaylarında ise aşamalı karaciğer rezeksiyonu akılda tutulması gereken bir seçenektir.

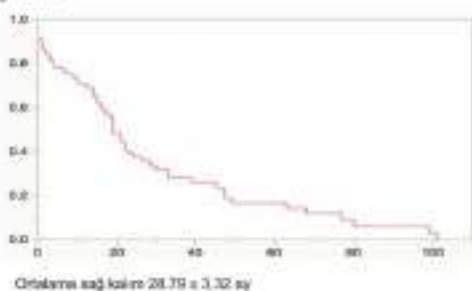
**Anahtar Kelimeler:** kolorektal kanser, karaciğer, metastaz

**Tablo 1: KRK Kc metastazı için ameliyat edilen hastaların genel özellikleri**

[illegible]

### Figur 1

**Figür 1:** KRK Ko metastazı için ameliyat edilen hastaların genel sağ kalımı



TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0641 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Kolorektal Dışı Karaciğer Metastazlarının Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi:

Ercan Korkut<sup>1</sup>, Nurhak Aksungur<sup>1</sup>, Suat Eren<sup>2</sup>, Mesud Fakirullahoğlu<sup>1</sup>, Necip Altuntaş<sup>3</sup>, Gürkan Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

<sup>3</sup>Oltu Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Erzurum

#### .AMAÇ:

Bu çalışmada amacımız kolorektal dışı karaciğer metastazlı hastaların cerrahi rezeksiyon ve radyofrekans ablasyon (RFA) tedavi sonuçlarının değerlendirilmesidir.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Ocak 2011 ile Aralık 2017 yılları arasında Kolorektal dışı karaciğer metastazlı 9 hastadan 3 hastaya cerrahi rezeksiyon ve RFA, 6 hastaya genel anestezi altında açık RFA tedavisi uygulandı. Hastalar yaş, cinsiyet, primer odak, patoloji sonuç, lezyon lokalizasyonu, lezyon çapı, lezyon sayısı, işlem sayısı, komplikasyonlar, tedavi sonuçları ve sağkalım yönüyle retrospektif olarak değerlendirildi.

#### BULGULAR:

Hastaların 8' i kadın 1' i erkek, ortalama yaş 51.2 (37-74 ) idi, toplam lezyon sayısı 55 ( 1-22 ), ortalama lezyon çapı 2.8 cm ( 1-19 cm ) olarak bulundu.

Tüm hastalar preoperatif üç fazlı kontrastlı karaciğer BT ile değerlendirildi. Lezyonların lokalizasyonu 3 hastada sağ lop, 6 hastada bilobar yerleşimli idi. Hastaların 1' inde tek lezyon 8' inde 3 ve daha fazla lezyon mevcuttu. Yedi hastada meme ca metastazı, 2 hastada nöroendokrin metastaz mevcuttu. Tüm hastaların preoperatif tümör markırları normal idi. Cerrahi rezeksiyon yapılan 3 hastanın 1' ine genişletilmiş sağ hepatektomi, 1' ine non anatomik rezeksiyon, 1' ine sol hepatektomi uygulandı. Hastaların karaciğerinde metastatik başka lezyonların olması nedeniyle girişimsel radyolog tarafından USG eşliğinde eş zamanlı RFA tedavisi de uygulandı. Bilobar intra parankimal lezyonları olan 6 hastaya açık RFA tedavisi uygulandı. Toplamda 6 lezyona cerrahi rezeksiyon, 49 lezyona RFA işlemi yapıldı. Genişletilmiş sağ hepatektomi uygulanan bir hastada post operatif geçici bilirubin ve İNR yüksekliği izlendi diğer hastalarda bir komplikasyon izlenmedi. Hastaların 6' sı preoperatif kemoterapi almıştı. Nöroendokrin metastazı olan erkek hasta hariç tüm hastalar post operatif kemoterapi aldı. Hastalara post operatif terapötik etkinliğin belirlenmesi için üç fazlı kontrastlı dinamik karaciğer BT veya manyetik rezonans görüntüleme tetkiki yapıldı. RFA yapılan 49 lezyondan 47' sinde total ablasyon sağlandı. Takiplerinde karaciğerde yeni lezyon tespit edilen 1 hastaya ve kısmi ablasyon sağlanan 2 lezyona RFA işlemi tekrarlandı. Nöroendokrin metastazı olan erkek hasta bir yıl sonra kalp yetmezliği nedeniyle ex oldu. Meme ca metastazı olan bir hasta uzak metastazlar nedeniyle ex oldu. Yedi bayan hastanın takip ve tedavisi devam ediyor ( dağılım 5 - 1 yıl ).

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Sistemik yayılımı olmayan kolorektal dışı karaciğer metastazlarının cerrahi rezeksiyon ve RFA tedavi sonuçlarıyla ilgili veriler sınırlı olmakla birlikte, uygun hastalarda cerrahi rezeksiyon ve RFA tedavisinin hastaların sağkalım sürelerine olumlu katkı sağladığını düşünmekteyiz. Bilobar yerleşimli metastatik karaciğer tümörlerinde ve yüksek riskli hastalarda, sağlam karaciğer dokusunun korunması, tedavinin direkt tümöre yönelik olması, mortalite ve morbiditenin diğer tedavilere kıyasla az olması sebebiyle RFA uygulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal dışı kanser, karaciğer metastazı, rezeksiyon, radyofrekans ablasyon

#### Genişletilmiş sağ hepatektomi yapılan hastanın preoperatif batin CT' si



Opere meme ca: Karaciğerde 19 cm metastatik lezyon mevcut

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0642 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Deneysel Majör Karaciğer Cerrahisinde İntermitant Klempleme ve İskemik Ökoşullama Optimum Süre ve Zamanlamasının Belirlenmesi

Hasan Şahin<sup>1</sup>, İsmail Hakkı Özerhan<sup>2</sup>, Gökhan Yağcı<sup>3</sup>, Mehmet Fatih Can<sup>2</sup>, Muharrem Öztaş<sup>2</sup>, Ümit Alakuş<sup>2</sup>, Hakan Çermik<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı, Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD Başkanlığı, Ankara

<sup>3</sup>Özel Güven Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji AD Başkanlığı, Ankara

**GİRİŞ:** Bu çalışmanın amacı, deneysel majör karaciğer rezeksiyonunda, iskemi reperfüzyon hasarı sonrası karaciğer fonksiyon ve histomorfolojisinde en iyi korumayı sağlayan ideal aralıklı klempleme süre ve zamanlamasını belirlemektir. **GEREÇ-YÖNTEM:** Bu çalışmada 80 adet Wistar-Albino türü erkek rat kullanıldı. Deney hayvanları 8'er rattan oluşan 5 gruba ayrıldı. Gruplarda 10 dakika, 20 dakika 30 dakika ve 60 dakika aralıklarla toplam 60 dakikalık klempleme uygulandı. Her grupta 2 kez olmak üzere 3. saatte ve 24. saatte kan ve doku örnekleri alındı. Klempleme sonrasında sol lateral lob ve sol median lob (yaklaşık %40 karaciğer dokusu) rezeke edildi. Reperfüzyonun 3. ve 24. saatlerinde kan ve doku örnekleri alındı.

**BULGULAR:** Ratlardan alınan kan örneklerinden TNF-alfa eliza, IL6 eliza, ALT, AST, LDH, Total bilirubin ve Direkt bilirubin seviyeleri ölçüldü. Doku örnekleri ise TUNEL yöntemi ile apoptotik hücre sayımı ve H&E boyama ile genel karaciğer hasar skoru açısından patoloji kliniğinde incelemeye tabi tutuldu. Aralıklı klempleme gruplarının sonuçları, sham grubu ve kendi içinde istatistiksel anlamlı farklılık açısından karşılaştırıldı.

Bu çalışmada gruplar arasında patolojik değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamıştır. ALT ve AST değerlerinde geç dönemde 10 dakika klempleme grubunda istatistiksel olarak yükseklik olduğunu tespit edilmiştir. TNF-alfa ve IL-6 değerlerinde erken dönemde 60 dakika grubunda belirgin yükseklik olduğunu ancak geç dönemde ise 60 dakika ve sham grubunda düşme olurken aralıklı klempleme gruplarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik olduğu tespit edilmiştir.

**SONUÇ:** Elde edilen sonuçlarla, intraoperatif hemoraji ve operasyon süresi ile birlikte değerlendirildiğinde 30 dakikalık klempleme süresinin daha uygun olabileceği değerlendirilmiştir. Birçok farklı yolağtan ve farklı enzim, protein ve reseptörler üzerinden etki eden iskemik ön koşullanmanın etki mekanizmasını ve uygulama şekillerini belirlemek için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İskemik Önkoşullama, Aralıklı Klempleme ile İskemik Önkoşullama, Karaciğer İskemi Reperfüzyon Hasarı

### 3. Saatte Biyokimyasal Parametreler Açısından Grupların Karşılaştırılması

| Grub | ALT  | AST  | LDH  | T-Bil | D-Bil | P     |
|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| ALT  | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 10dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 20dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 30dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 60dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| Sham | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 10dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 20dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 30dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 60dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| Sham | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 10dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 20dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 30dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| 60dk | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |
| Sham | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0  | 10.0  | 0.001 |

\*Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





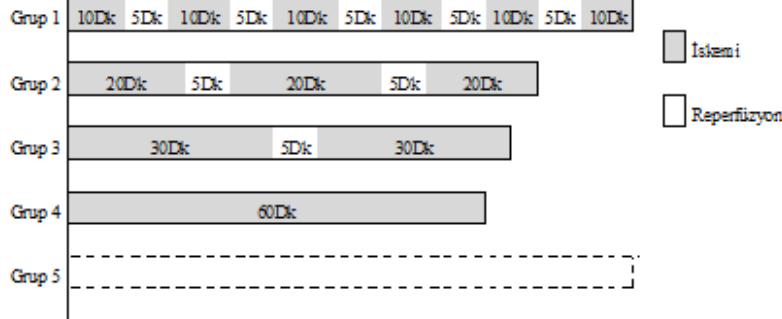
www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### Araştırma Gruplarının Klempleme Yöntemlerinin Şematik Görünümü

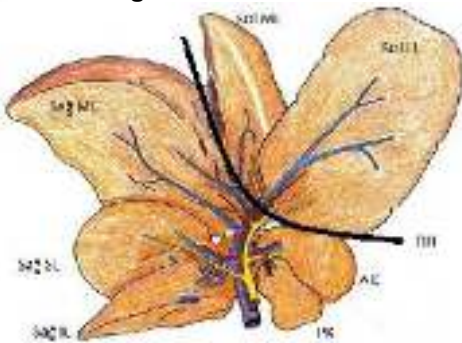


### 24. Saatte Biyokimyasal Parametreler Açısından Grupların Karşılaştırılması

| Grp | AST | ALT | ALP | GGT | LDH | CRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1   | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2   | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 3   | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 4   | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 5   | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

### Rat Karaciğer Lobar Anatomisi ve Rezeksiyon Hattı



Sağ İL: Sağ İnferior Lob; Sağ SL: Sağ Superior Lob; Sağ ML: Sağ Median Lob; Sol ML: Sol Median Lob; Sol LL: Sol Lateral Lob; AK: Anterior Kaudat; PK: Posterior Kaudat; RH: Rezeksiyon Hattı(53) Tüm gruplarda karaciğer eksplere edilerek sol lateral ve sol medial hepatik lob rezeke edilerek yaklaşık %42'lik bir hepatik rezeksiyon sağlanmıştır

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Hepatik Pedikülün Klemplenmesi



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0643 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Karaciğer kist hidatik hastalığında kist duvarındaki kalsifikasyon ölümün kesin göstergesi midir?

Kenan Erzurumlu, Can Akgün, Gökhan Lap, Musa Turan, Arif Yüksek  
Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Karaciğer kist hidatik hastalığında kist duvarında kalsifikasyon bulunması kistin inaktif olduğunun göstergesi olarak kabul edilir. Bu hasta grubunda cerrahi yerine "izleme" yaygın bir uygulamadır. Bu çalışmamızda görüntüleme yöntemleri ile karaciğer kist hidatik duvarında kalsifikasyon belirlenmesinin kistin inaktif olduğunun göstergesi olup olmadığının arastırarak istedik.

#### Gereç yöntem

Kliniğimizde ocak 2005 ile şubat 2018 tarihleri arasında kist duvarında kalsifikasyon olan ve ameliyat edilen hastaların dosyaları geriye yönelik olarak araştırıldı. Radyolojik görüntüleme ya da histopatolojik olarak duvarında kalsifikasyon tespit edilen hastalar çalışmaya katıldı.

Hastalara preoperatif albendazol tedavisi (12-15mg/kg/gün) tanının konması ile başlandı. Ameliyata kadar geçen süre 4-45 gün idi. Ameliyat sonrasında albendazol tedavisi döngüsel olarak 6 aya tamamlandı.

#### Bulgular

Kist duvarında kalsifikasyon bulunan 45(%39,13) olgu tespit edildi. Olguların yaş ortalaması 47,68 (19-78) olarak bulundu. Olguların kadın/erkek oranı 26/19 idi.

28 olguda(%62,22) tek kist, 13 olguda (%28,88) 2 kist, 3(%6,66) olguda 3 kist, 1(%2,22) olguda 4 kist bulundu. Kist çapları 1-16 cm arasında değişmekteydi.

Gharbive Dünya Sağlık örgütünün sınıflamasına göre dağılım; tip II-CE3: 4 olgu(%8,88), tip III-CE2: 14 olgu(%31,11), tip 4-CE4:22 olgu(%48,88), tip V-CE5:5 olgu(%11,11) idi.

İki hastaya, kliniğimize başvurmalarından 1 ve 3 yıl önce PAIR uygulanmıştı. Her iki hastada birer yıl süre ile albendazol tedavisi almışlardı.

39 olguda drenaj + omentoplasti, 5 olguda perikstektomi, 1 olguya segmentektomi işlemi uygulandı. Beş olguda kistin safra yollarına açıldığı olduğu görüldü. Üç olguda safra yolları rüptürü ameliyat sırasında tespit edildi. Bu olguların 2 sinde koledokodoudenostomi, 1 olguda kistin rüptüre olduğu safra yolu sütüre edildi. Ameliyat sonrası dönemde ayrıca yüksek debili fistül gelişen 2 olguda safra yollarına açılma tespit edildi ve ERCP ile tedavi edildi.

11 olguda kist içi enfeksiyon tespit edildi. 5 (%11,11) olguda germinatif membran ve/veya kız vezikül tespit edilmedi ve inaktif kist olarak kabul edildi. Diğer olguların tamamında kız veziküllerin ve/veya germinatif membranın bulunduğu görüldü.

#### Tartışma

1981 yılında Gharb sınıflaması sonrasında kist duvarındaki kalsifikasyonun kistin inaktif olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle kist duvarında kalsifikasyon olan hasta grubunda cerrahlar cerrahi den çok bu hasta grubunda konservatif tedavi yöntemlerini benimsemektedir.

Çalışmamızda görüldüğü gibi kist duvarında kalsifikasyon kistin inaktif olduğunu anlamına gelmemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer kist hidatik, kalsifikasyon, enfeksiyon, ölü kist

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

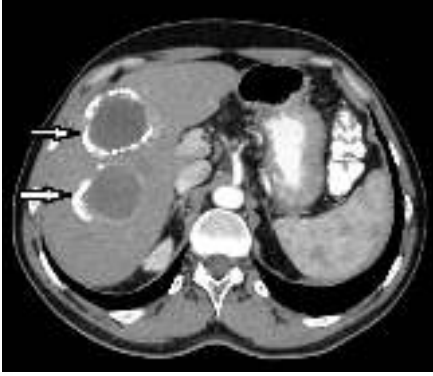
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



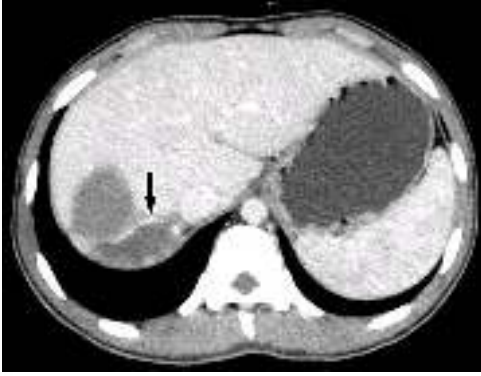
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Kalsifikasyon



Resim 2--- Cepecevre kalsifiye olmuş kist duvarı(BT)

### Kalsifikasyon



Resim 1 --- Kist duvarında kalsifikasyon görünümü(BT)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0644 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Nadir Bir Pankreas Patolojisi; Hemangioendotelyoma

İlhan Taşdöven<sup>1</sup>, Ramazan Kozan<sup>1</sup>, Gamze Yurdakan<sup>2</sup>, Mustafa Cömert<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

#### Amaç

İntraabdominal kitle ile başvuran hastada oldukça nadir bir pankreas patolojisi olan hemanjoendotelyoma (HE) olgusu sunulmuştur. Karın içi kitlelerin ayırıcı tanısında bu ender patolojiye ve lokasyonuna dikkat çekilmesi hedeflenmiştir.

#### Olgu Sunumu

24 yaşında kadın hasta, 2 yıldır devam eden karın ağrısı ve dispeptik yakınmalar nedeni ile dış merkezde değerlendirilmiş. Dinamik manyetik rezonans (MR) tetkikinde karaciğer inferioruna yerleşen, duodenum 2. ve 3. kısımlarını posteriora, komşuluğundaki bağırsak segmentlerini ise posterolaterale doğru deplase eden, pankreas başına komşu, 12x10x9.5 cm çapında intaperitoneal kitle saptanmış. Tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar parametreleri normal olan hastanın üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisi ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikleri de normal saptandı. Karın BT'sinde pankreas başı anterolateral komşuluğunda, belirgin kontrastlanan, 105x93x82 mm boyutlarında, solid, heterojen, içerisinde multiple nekrotik alanlar içeren, lobüle konturlu intraperitoneal kitle izlendi (Resim 1). Bulgular öncelikle pankreas kaynaklı nöroendokrin tümör lehine yorumlansa da ayırıcı tanıda duodenumdan köken alan gastrointestinal stromal tümör veya paraganglioma da düşünüldü. Laparoskopik eksplorasyonda duodenum posterolaterale lokalize, yaklaşık 12-14 cm çaplı solid kitle izlendi. Detaylı eksplorasyon amacıyla açık prosedüre geçilerek yapılan değerlendirmede lezyonun pankreas boynundan kaynaklanan, komşu yapıları invaze etmeyen, egzofitik büyüme paternine sahip bir kitle olduğu görüldü. Kitle sağlam cerrahi sınırlar gözetilerek eksize edildi. Postoperatif patolojik değerlendirmede HE tanısı konuldu.

#### Tartışma ve Sonuç

HE'lar intermediate sınıf vasküler tümörlerdir. Nüks veya metastaz potansiyelleri oldukça düşüktür. Cilt, karaciğer, dalak ve tükrük bezleri gibi çok organda ortaya çıkabilirler. Pankreasa yerleşim ise HE için oldukça nadir bir lokasyondur. Hastalar genellikle karın ağrısı, sarılık, hepatomegali, palpable kitle veya obstrüksiyon gibi nonspesifik semptomlarla başvururlar. Özellikle yakın komşuluk ilişkisi olan lezyonlarda radyolojik ayırıcı tanı bazı kısıtlamalara sahiptir. HE'nin görüntüleme bulguları lokal invaziv özelliği haricinde hemanjiyoma benzer. Tedavisi cerrahi olmakla beraber prosedüre dair bir konsensus bulunmamaktadır. Minimal lokal invaziv özelliği, düşük nüks ve metastaz potansiyeli nedeniyle sağlam cerrahi sınırları gözetken rezeksiyonlar yeterli olabilmektedir. HE'nin tipik histolojik bulgusu şişkin endotel ile döşenmiş, birbirine yakın çaplarda, lümeninde eritrosit içeren damar yapılarıdır. İmmünohistokimyasal olarak CD31, CD34 ve Faktör VIII antijeni gibi endotelial markerlar ile reaksiyon vermektedir. Olgumuzda kapiller formasyon oluşturan hücre proliferasyonuna ilaveten CD34 ve Faktör 13a ile pozitiflik saptanması endotelial orjinine işaret etmektedir (Resim 2,3,4). Nadir görülen bir patoloji olmakla beraber hastalar tümörün davranış paterni nedeniyle büyük çaplı kitleler oluşana dek tanı alamayabilirler. Klinik pratikte bu patolojinin pankreas gibi nadir lokalizasyonlarda da yerleşebileceği göz önünde tutulmalı ve cerrahi prosedür hastalığın invazyon durumuna göre belirlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemangioendotelyoma, pankreas, intraabdominal kitle

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



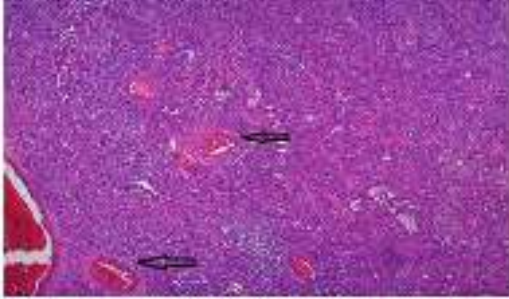
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Abdomen BT kitlenin görünümü

**Resim 2**



Şişkin endotel ile döşenmiş, birbirine yakın çaplarda, lümeninde eritrosit içeren damar yapıları (H&E x50)

**Resim 3**



CD34 ile pozitif reaksiyon (H&E x400)

**Resim 4**



Faktör 13a ile pozitif reaksiyon (H&E x400)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0645 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Enfekte ve safra yollarına rüptüre kist hidatikte endoskopik tedavi

Alpen Yahya Gümüšoğlu<sup>1</sup>, Hamit Ahmet Kabuli<sup>1</sup>, Sezer Akbulut<sup>1</sup>, Mehmet Karabulut<sup>1</sup>, Osman Köneş<sup>1</sup>, Ali Kocataş<sup>1</sup>, Kıvanç Derya Peker<sup>1</sup>, Halil Alış<sup>2</sup>, Mehmet Emin Güneş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>İstanbul Aydın Üniversitesi Medikal Park Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

**AMAÇ:** Karaciğer kist hidatiği endemik bölgelerde ciddi bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Karaciğer kist hidatiğine bağlı birçok komplikasyonlar görülebilmektedir. Bunlardan en sık olanı kistin safra yollarına rüptürüdür. Safra yollarına rüptür sonrasında karaciğer apsesi ve kolanjit bulguları ortaya çıkmaktadır. Biz karaciğer apsesi ve kolanjit bulguları ile kliniğimize başvuran olgularda endoskopik tedavinin etkinliğini sunmayı amaçladık.

#### Gereç ve Yöntemler

Kliniğimizde 2010-2017 yılları arasında daha önce karaciğer kist hidatik tanısı olan, karaciğer apse ve kolanjit tanısı ile yatırılarak tetkik edilen ve safra yollarına rüptür nedeniyle endoskopik tedavi uygulanan 11 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

#### BULGULAR:

Hastaların 7'si erkek, 4'ü kadın idi ortalama yaş 43.5 olarak saptandı. Karaciğer kistlerin yerleşim yeri sağ lobda 5 adet sol lobda ise 6 adet olarak izlendi. Kistlerin ortalama çapı 6.63cm olarak saptandı (2,5-10cm). Hastalara ortalama 3.18 kez (2-8) ERKP işlemi uygulandı. İlk işlemde drenaj ve stent uygulanan hastalarda apse drenajı internal yoldan sağlandıktan sonra ikinci işlemde stent çıkarılarak tedavi tamamlandı. Bir hastada erkp işleminde nazobilier drenaj ile kist kavitesi yıkanarak drenaj uygulandı. Bir hastada ise sepsis nedeniyle cerrahi drenaj uygulandı. Hastanede yatış süresi ortalama 11.18 (2-34) olarak saptandı. Hastalarda ortalama takip süresi 17 ay olurken bir hastada nüks gelişti hastaya perkutan drenaj ile tedavi uygulandı.

#### Sonuç

Safra yollarına rüptüre kist hidatik tedavisinde ERKP etkin rol oynamaktadır. Komplike hale gelmiş enfekte ve safra yollarına rüptüre kist hidatikte endoskopik drenaj uygulanabilir bir tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** endoskopi, kist hidatik, ERKP

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0646 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut batın bulguları ile gelen yeni tanı rüptüre dev kist hidatik

Arif Burak Çekiç, Mehmet Uluşahin, Muhammed Selim Bodur, Mehmet Arif Usta, Ali Güner  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

#### Amaç

Kist hidatik (KH) Ekinokokkus granulosusun sebep olduğu ciddi ekonomik kayıplara yol açan zoonotik bir hastalıktır. Yazıda karın ağrısı ile acil servise başvuran ve akut batın düşünülen hastada abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) ile yeni tanı konulan rüptüre dev kist hidatik olgusu sunulmuştur.

#### Olgu sunumu

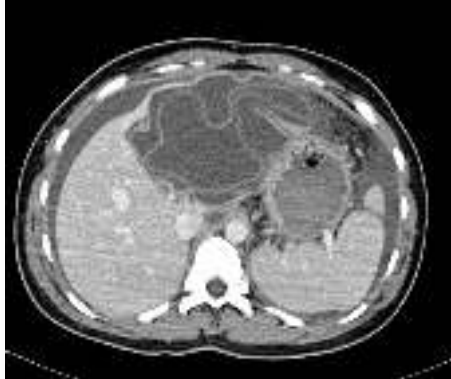
28 yaşında kadın 5-6 saat önce ani başlayan ve tüm kadrarlarda etkili olduğunu belirttiği şiddetli karın ağrısı ile başvurdu. Bilinen hastalığı, operasyon öyküsü ya da ilaç kullanımı yoktu. Karın muayenesinde tüm kadrarlarda hassasiyet, defans ve rebaund pozitif olarak bulundu. Laboratuvar değerlerinde lökosit sayısı 11400/μL olarak ölçüldü; diğer laboratuvar değerleri normaldi. Batın ultrasonografide (USG) tüm kadrarlarda yaygın mayi tespit edilen hastaya batın BT çekildi. BT'de karaciğer sol lobunu tamamen kaplayan tip 3A KH olduğu, kist içerisinde germinatif membranın görüldüğü ve batında yaygın mayi görüldüğü belirtildi (Resim 1, 2). Mevcut muayene bulguları ve BT sonucu ile hastaya acil laparotomi planlandı. Göbek üstü orta hat insizyon ile batına girildi. Eksplorasyonda batında 2 litre kadar safralı mayi görüldü ve aspire edildi. Karaciğer sol lobunun tama yakın dolduran, ve alt duvarında rüptür alanından hala aktif sızıntısı devam eden 20x15x12 cm büyüklüğünde KH görüldü (Resim 3, 4). Batındaki kist içeriğinin aspire edilmesi sonrası % 20 NaCl emdirilmiş kompres ve gazlı bezler karaciğer etrafına yerleştirildi. Ardından kist duvarının bir kısmı eksize edilerek genişçe açıldı ve parsiyel kistektomi uygulandı. Germinatif membranın tamamı kist içerisinden çıkartıldı. Kist kavitesi içerisine yerleştirilen beyaz gazlı bezler ile kistobiller bağlantı varlığı test edildi. Üç ayrı noktada tespit edilen kistobiller bağlantılar 4/0 prolenler ile kapatıldı. Omentum kist kavitesi içerisine tespit edilerek omentopeksi uygulandı. Kist kavitesi içerisine ve batına 1'er adet dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde kavite içerisindeki drenlerden safra geldiği görüldü. Günlük debi 500-600 cc arasında devam etti. Postoperatif 6. gün hastaya endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatografi (ERCP) işlemiyle sfinkterotomi uygulandı ve koledoka stent konuldu. ERCP sonrası safra sızıntısı tamamen kesildi. Takip eden günlerde drenleri çekilen hasta postoperatif 10. gün albandazol tedavisi ile taburcu edildi. Yaklaşık 1. ayda ERCP ile stent alındı. Poliklinik kontrollerinde hastada herhangi bir problem tespit edilmedi.

#### Tartışma ve sonuç

Spesifik semptomu olmayan kist hidatik hastaları, yukarıda belirtilen hasta gibi zaman zaman komplikasyonları ile başvuruda ilk tanıyı alabilir. Özellikle boyutu büyük kist hidatiklerde rüptür ciddi bir komplikasyondur. Bu tip olgularda anafaksi görülebilir ve mortal bir tabloya sebep olabilir; bu açıdan dikkatli olmak gerekir. İntraabdominal rüptür gelişen kist hidatik olguları zaman içerisinde nöksler ile gelebilir; hastalar bu konuda uyarılmalı ve yakından takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kist hidatik, karın ağrısı, peritonit, rüptür

#### Resim 1



Kist hidatiğe ait BT görüntüsü; aksiyel kesit.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 2



Koronal kesit BT'de kist hidatiğin bütün karaciğer sol lobunu doldurduğu görülmekte.

Resim 3



Karaciğer kist hidatiğine ait intraoperatif görünüm, rüptüre alan gözükmemekte.

Resim 4



Kist hidatik kavitesine ait intraoperatif görünüm.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0647 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Multipl Hepatolitiasisli Hastalarda Minimal Dilatasyonlu Perkütan Hepatolitotomi ile Taş Tedavisi

Mehmet Metin Belviranlı<sup>1</sup>, Faruk Aksoy<sup>1</sup>, Ahmet Öztürk<sup>2</sup>, Mehmet Giray Sönmez<sup>2</sup>, Mehmet Aykut Yıldırım<sup>1</sup>, Süleyman Bakdık<sup>3</sup>, Tevfik Küçük kartallar<sup>1</sup>, Mehmet Erikoğlu<sup>1</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, Üroloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Konya

İntrahepatik taşlar, ciddi morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Tedavi maksadıyla açık cerrahi yöntemler dışında, biliyer dekompresyon, endoskopik veya perkütan yolla safra yollarındaki taşlar temizlenmeye çalışılmıştır. Mükerrer tedavi girişimlerinden sonra yeni bir cerrahi girişimin uygulanabilmesi çok zor olmaktadır. Bu nedenle komplikasyonları azaltmak için perkütan nefrolitotomi uygulamasından esinlenerek girişimsel radyoloji rehberliğinde safra yoluna perkütan girilerek hepatolitotomi ile intrahepatik taşların temizlenebileceğini göstermeyi amaçladık.

Daha önceden hepatobiliyer hastalıklar nedeniyle farklı cerrahi girişimler uygulanan yaşları 26, 39 ve 77 olan 2 erkek 1 kadın hastaya bu yolla hepatolitotomi işlemi uygulandı. Kadın hastanın 2 aylık iken Kasai operasyonu ve sonrasında kolesistektomi ve tekrarlayan kolanjitler nedeniyle perkütan veya endoskopik girişimler geçirdiği tespit edildi. Erkek hastalara ise 3 ve 10 yıl önce koledok taşı nedeniyle biliyoenterik işlem yapıldığı anlaşıldı. Kontrollerde anastomoz proksimalinde multipl taşların olduğu görüldü. Multidisipliner yaklaşımla üroloji ve girişimsel radyoloji ile perkütan girişimle hepatolitotomi uygulanmasına karar verildi. Genel anestezi altında Chiba iğnesi ile sol intrahepatik kanala girilerek 8F rijit veya fleksibl pediatrik sistoskop girilip intrahepatik taşlar görüntülendi. Sonrasında pnömotik litotriptör ile taşlar kırıldı ve kanallar temizlendi. Kolanjiografilerde kontrast geçişinin sorunsuz olduğu ve kanallarda taş kalmadığı izlendi. Bilier drenaj kateteri drenaj amacıyla yerleştirilerek işleme son verildi. Postoperatif takiplerde intrahepatik taşların tamamen temizlendiği ve biyokimyasal parametrelerin normal olduğu gözlemlendi.

Hepatolitiazis tedavisinin amacı devam eden enfeksiyonları gidermek, tekrarlayan kolanjiti ve hepatik fibrozisi önlemek ve kolanjiyokarsinoma gelişmesini engellemektir. Semptomatik hepatolitiazis'li hastalarda uygulanacak tedavi rejimi hastanın yaş, performans durumu, genel durumu ve taş yeri dikkatlice incelendikten sonra kararlaştırılmalıdır.

Hepatektomi daha önce bu hastalar için temel tedavi yöntemi iken, cerrahi geçiren hastalarda ilk tercih tedavi yöntemi olarak önerilmemektedir. Hepatolitiazisli hastalarda Extrakorperal şok dalga litotrips (ESWL) sonuçları tatmin edici değildir. Literatürde az sayıda olguda intrahepatik safra kanallarına perkütan girişim ve endoskopik enstrümanlar ve çeşitli litotriptörler (laser, elektrohidrolik, pnömotik) ile taşların temizlendiği bildirilmektedir. Kullanılan nefroskoplara daha büyük çapta ve rijit özelliktedir.

Taş yükü fazla olan hepatolitiazisli hastalarda, safra kanallarında cerrahi öyküsü olsun yada olmasın perkütan girişim ile minimal dilatasiyon sağlanarak, küçük çaplı enstrümanlar ve pnömotik litotriptör kullanılarak taşların temizlenmesi güvenli ve başarılı bir yöntemdir. Perkütan hepatolitotomi prosedürünün, perkütan nefrolitotomi konusunda yıllar içerisinde deneyim kazanmış ve perkütan girişime yatkın cerrahlar tarafından yapılmasının taşsızlık ve morbidite oranlarını düşüreceği ve cerrahi başarıyı arttıracığı kanaatindeyiz.

İlk olgu 21. European Society of Surgery (ESS 2017) kongresinde video olgu sunumu olarak gösterilmiştir.

Ayrıca Turk J Urol dergisinin 2017; 43(3): 371-7 sayısında New surgical technique applied with urological instruments in bilobar multiple hepatolithiasis: Ultra-mini percutaneous hepatolithotomy başlığı ile cerrahi teknik olarak takdim edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hepatolitiazis, Perkütan Hepatolitotomi, Endoskopi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

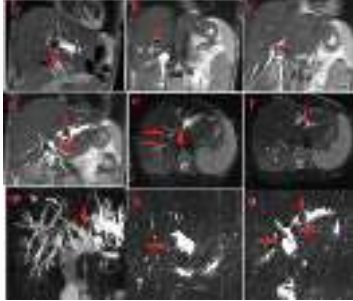


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Figür 2**



**Resim 1**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0648 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Amfizematöz Kolesistitli Hastaya Yaklaşım: Olgu Sunumu

Yaşar Subutay Peker<sup>1</sup>, Oğuz Hançerlioğulları<sup>1</sup>, Emine Arıcı<sup>2</sup>, Mehmet Eryılmaz<sup>1</sup>, Orhan Kozak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>SBÜ, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Ameliyathane Birimi, Ankara

**AMAÇ:** Amfizematöz kolesistit, safra kesesi içerisinde gaz oluşumu ile genellikle gangrenöz seyreden nadir bir akut kolesistit çeşitidir. Gaz üreten organizmaların kese duvarında yaptıkları sekonder infeksiyonun sonucudur. Klinik bulgular, akut kolesistite benzer, fakat başlangıcı daha hızlı ve gürültülüdür. Tanıya sepsis bulguları eklenebilir. Hastaların yaklaşık yarısında kolelitiazis görülür, çoğu diyabetiktir. Gangrenöz seyreden hastalarda perforasyon ve perforasyonu takiben peritonit gelişebileceği için tedavi acil operasyonu gerektirmektedir. Bu olgu sunumunda acil müdahale edilmesi gereken ve edilmediği takdirde ölümlü sonuçlanabilen bir olgu olan gangrenöz amfizematöz kolesistitli bir hastaya yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 80 yaşında bayan hasta karın ağrısı, bulantı, kusma, ateş şikayetleri nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastada hipertansiyon ve diyabet tanısı bulunmaktadır. Kese duvarı kalınlığı, lökositoz ve batında defans tespit edildi. Akut kolesistit düşünülen hastada yaşı ve komorbiditeleri nedeniyle tedavi için invaziv yöntemler yerine medikal tedavi tercih edildi. Hastanın medikal tedavi sürecinde kliniğinin kötüleşmesi ve laboratuvar bulgularında özellikle WBC artışının günlük CRP arışı tespit edilmesi üzerine hasta acil ameliyata alındı. Açık kolesistektomi uygulanan hasta komplikasyonsuz olarak postoperatif beşinci günde taburcu edildi.

**TARTIMA VE SONUÇ:** Amfizematöz kolesistit nadir görülen fakat klinik seyri gangrenözden peritonite hatta mortaliteye uzanan bir akut kolesistit çeşitidir. Akut kolesistitli hastaların laboratuvar bulgularından özellikle WBC'nin günlük iki kat arttığı ve sedimantasyon hızının 100 mm/sa 'ın üzerinde olduğu görülen hastalarda gangrenöz kolesistit öncelikli olarak düşünülmeli ve cerrahi tedavi ön planda tutulmalıdır. Bu nedenle yaşlı ve diabeti olan hastaların akut kolesistit atakları bu açıdan değerlendirilmeli, tedavi ve bakımı çok yönlü olarak düşünülmelidir. Özellikle enfekte, abse oluşan ve nekroz gelişmiş kolesistitlerde açık cerrahinin daha uygun olacağı düşüncesindeyiz

**Anahtar Kelimeler:** Amfizematöz kolesistit, kolesistektomi, olgu sunumu

#### Gangrenöz kolesistit



Açık kolesistektomi

#### Gangrenöz kolesistit







www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0649 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut taşlı kolesistit tedavisinde Perkütan Kolesistostomi ve gecikmiş laparoskopik kolesistektomi komplikasyonları artırıyor mu?

Kemal Arslan, İsmail Hasırcı, Alparslan Şahin, Murat Altınkaynak, Mehmet Ali Eryılmaz, Adil Kartal  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ-AMAÇ:** Akut taşlı kolesistitin standart tedavisi erken laparoskopik kolesistektomi (ELK) olmakla birlikte cerrahi riski yüksek hastalarda perkütan kolesistostomi ve gecikmiş laparoskopik kolesistektomi (PKGK) uygulanmaktadır. Literatürde akut taşlı kolesistitli hastalarda erken kolesistektomi ile perkütan kolesistostomi sonrası gecikmiş laparoskopik kolesistektomiye karşılaştıran çalışmaya rastlamadık. ELK ile PKGK'i komplikasyonlar, açığa geçiş, hastanede yatış süresi ve mortalite açısından karşılaştırdık.

**METOD:** Konya Eğitim ve Araştırma hastanesine ocak 2012 ile aralık 2017 tarihleri arasında TG13 kriterlerine göre akut taşlı kolesistit tanısıyla 225 hastanın dosyaları incelendi. Açık kolesistektomi yapılan, medikal tedavi sonrası geç kolesistektomi yapılan veya dosyada eksikliği olan 86 hasta çalışmaya alınmadı. ELK yapılan 78 hasta ile perkütan kolesistostomiye takiben 6-8.hafta sonra laparoskopik kolesistektomi yapılan 61 hasta (PKGK) çalışmaya alındı. İki grup demografik özellikler, ASA skoru, ameliyat süresi, açığa geçiş, komplikasyonlar ve mortalite açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 139 hastanın 77 (%55,4)'ü kadın ve 62 (%44,6) erkekti. Her iki grup arasında cinsiyet açısından fark yoktu ( $p>0,05$ ). Ortanca yaş ELK ve PKGK grubunda sırasıyla 60,5(29-81), 75(56-87) idi. PKGK grubunda yaş anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0,05$ ). ASA skoru ELK grubunda daha yüksekti. ELK ve PKGK grubunda ameliyat süreleri sırasıyla 62,50 ( $\pm 12,56$ ) ve 67,78 ( $\pm 12,66$ ) dakikaydı ve PKGK grubunda anlamlı olarak daha uzundu ( $p<0,05$ ). ELK grubunda 8 (%10,3) laparoskopik başlanıp açığa geçildi. Bunlardan 6'sına kolesistektomi yapılabilirdi, 2'sine ise açık kolesistostomi yapıldı. Postoperatif dönemde 1 (%1,3) hastada Bismuth Tip II yaralanma saptanarak hepatikojejunostomi uygulandı. İki (%2,6) hastada postoperatif kanama, 3 (%3,8) hastada yüzeyel cerrahi alan enfeksiyonu gelişti ve konservatif olarak tedavi edildi. İki (%2,6) hasta komorbid hastalıklar nedeniyle erken postoperatif dönemde kaybedildi.

PKGK grubunda 3 (%4,9) hastaya perkütan kolesistostomi başarısız oldu ve bu hastalarda açık kolesistektomi yapıldı. Beş (%8,2) hastada açığa geçildi. Postoperatif dönemde 3 (%4,9) hastada bronkopnömoni ve 1 (%1,6) hastada derin ven trombozu gelişti ve medikal olarak tedavi edildi. Beş (%8,2) hasta komorbid hastalıklar nedeniyle kaybedildi.

Her iki grup arasında açığa dönme, komplikasyon ve mortalitede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**SONUÇ:** Akut taşlı kolesistit tedavisinde erken dönemde yüksek cerrahi risk nedeniyle ameliyat edilemeyen hastalarda perkütan kolesistektomi yüksek başarı oranı ve erken laparoskopik kolesistektomiye benzer morbidite ve mortalite oranlarıyla uygulanabilir bir tedavidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut taşlı kolesistit, Laparoskopik kolesistektomi, Perkütan kolesistostomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0650 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Ventriküloperitoneal şantlı olgularda laparoskopik cerrahi güvenli mi?

Ozan Barış Namdaroğlu, Orkun Subaşı, Savaş Yakan, Ahmet Mücteba Öztürk, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### AMAÇ:

Ventriküloperitoneal şant (VPS) tekniklerinin ilerlemesi ile beraber hidrosefalisi olan hastalar daha uzun yıllar yaşayabilmekte ve böylece erişkin yaş gruplarında farklı hastalıklar ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu süreçte laparoskopik cerrahinin birçok ameliyatta altın standart method olarak kullanımı VPS'li hastalarda da laparoskopik cerrahi yönteminin kullanılması sonucunu doğurmaktadır. VPS'li hastalarda uygulanacak laparoskopik cerrahi işlemlerde akla gelen ilk komplikasyon pnömoperitonyuma bağlı intrakraniyel basınç artışıdır. Post –operatif dönemlerde karşılaşılabilecek diğer bir sorun ise şant enfeksiyonudur. Şantların tek yönlü ve 300mmHg basınca dayanıklı valf sistemine sahip olması nedeniyle batin içi basıncın 80mmHg'ye çıktığında bile reflünün minimal olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda VPS'li hastalarda rutin genel anestezi ile yapılan laparoskopik cerrahinin güvenli olduğu sonucuna varılmıştır. Bizde VPS'li bir hastada laparoskopik kolesistektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

Kliniğimize sağ üst kadranda ağrısı ile başvuran 32 yaşında bayan hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda defansı mevcuttu. Tetkiklerinde WBC:13,9 mm3 olan ve biyokimyasal parametreleri olağan saptanan hastanın ultrasonografisinde safra kesesi duvar kalınlığı artmış içerisinde multiple milimetrik taşlar ve sıvama tarzı perikolesistik sıvı görüldü. Hikayesinden hastanın 6 yaşında hidrosefali nedeniyle sağ perietal kemikten batin içine ventriküloperitoneal şant takıldığı daha sonra 12 yaşında şant disfonksiyonu nedeniyle revize edilip sol perietalden olacak şekilde değiştirildiği öğrenildi. Antibiyotik ve destek sıvı tedavisi ile bulguları gerileyen hasta taburcu edilip 6 hafta sonra elektif kolesistektomi planlandı. Pre-operatif Beyin Cerrahisi Kliniğini tarafınca değerlendirilip kontraendikasyon saptanmayan hastaya rutin genel anestezi altında 13mmHg intraabdominal basınç altında laparoskopik kolesistektomi uygulandı. 1 gr sefazolin i.v ile profilaksi yapıldı. Operasyonda önceki VPS girişimlerine bağlı olduğu düşünülen yaygın batin içi yapışıklıklar saptandı. Operasyonda şant ucundan beyin-omurilik sıvısının akışı görüldü. İntrakraniyel basınç monitorizasyonu veya şant klemplemesi uygulanmadı. Post-op 1.günde şifa ile taburcu edilen hasta şantla ilgili komplikasyon gelişmedi.

#### SONUÇ:

VPS'li hastalarda eğer şant normal çalışıyorsa laparoskopik cerrahi güvenli bir yöntemdir. Operasyonda intraabdominal basıncın 13-15 mmHg civarında tutulması ve operasyon süresinin olabildiğince kısa tutulması intrakraniyel basınç artışı artışı açısından riski azaltacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** intrakraniyel basınç, laparoskopi, ventriküloperitoneal şant,

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0651 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Hepatoselüler karsinomda anjiojenik ve antianjiojenik faktörlerin prognoza etkisi

Ömer Cennet<sup>1</sup>, Ahmet Bülent Doğrul<sup>1</sup>, Cenk Sökmensüer<sup>2</sup>, Osman Abbasoğlu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Hepatoselüler karsinom kansere bağlı ölümlerde 5. en sık nedendir. Hepatoselüler karsinomda rezeksiyon, uygun hastalarda ilk seçenektir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde tek ekip tarafından yapılan hepatoselüler karsinom ameliyatlarının analizinin yapılması ve sağkalım ile endostatin, VEGF ve hepatit serolojisi pozitifliği ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

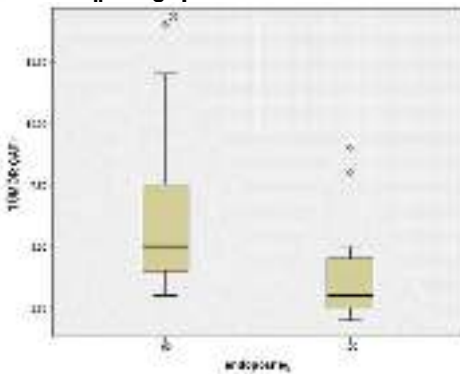
**YÖNTEM:** Ocak 2000 ile aralık 2015 tarihleri arasında HCC nedeni ile ameliyat edilen 53 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Erkek/kadın oranı 3/1 ve ortalama yaş 63 (sınır: 16-82) olarak bulundu. 11 hastada Hepatit C, 23 hastada ise Hepatit B serolojisi pozitifliği. Tümör 23 hastada sağ lob, 7 hastada ise bilobar yerleşimliydi. 29 hastada AFP değeri normal değerin üzerindeydi. Hastaların rezeksiyon materyallerinden VEGF ve endostatin immunohistokimyasal boyama patternleri incelendi.

**BULGULAR:** Hastaların 26'sına minör hepatik rezeksiyonlar (nonanatomik,  $\geq 2$  segment) uygulandı. 5 hastaya eş zamanlı intraoperatif ablatif tedavi uygulandı. Ortalama tümör çapı 5,9 cm. olarak bulundu. 12 hastada karaciğer parankim histolojisi sirotik özellikler gösteriyordu. Ortanca yatış süresi 6 (sınır: 3-51) olarak bulundu. Major komplikasyon (karaciğer yetmezliği, safra kaçağı) oranı %12, 30 gün mortalite oranı %6,7 olarak saptandı. Ortanca genel sağkalım 62 ay (sınır:46-78) olarak bulundu. Yapılan korelasyon analizlerinde endostatin ve VEGF ile sağkalım arasında ilişki bulunmazken, Hepatit C pozitifliği kötü prognostik faktör olduğu izlendi.(p:0,02)

**SONUÇ:** Hepatoselüler karsinomda hepatik rezeksiyonun güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olduğu görüldü. Bu seride endostatin ve VEGF prognoz ile ilişkili saptanmazken Hepatit C pozitifliği sağkalımı olumsuz olarak etkilediği görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** hepatoselüler karsinom, VEGF, endostatin, Hepatit B, Hepatit C

t̂¼m̂rr̂ Āşap̂±



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0653 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Laparoskopik kolesistektomide ksantogranülatöz kolesistitin morbidite üzerine etkileri

Ahmet Çakmak, Ali Cihan Bilgili, Anıl Ergin, Ahmet Başak, Yetkin Özcabı, Mehmet Timuçin Aydın, Mehmet Mahir Fersahoğlu, Bora Karip  
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Ksantogranülatöz kolesistit, fokal veya yaygın yıkıcı inflamatuvar bir süreçle karakterize, safra kesesi duvarında lipid yüklü makrofajlar, fibröz doku ve akut ve kronik inflamatuvar hücrelerin birikimi ile karakterize, safra kesesinin nadir görülen bir inflamatuvar hastalığıdır. Laparoskopik kolesistektomi cerrahi gereken benign safra kesesi hastalıklarında altın standart yöntemdir. Bu çalışmada branşlaşma aşamasında bir eğitim kliniğinde ksantogranülatöz kolesistitin laparoskopik kolesistektomi olgularında yaşanan sorunlara etkisi incelenmiştir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 2009-2017 yılları arasında merkezimizde yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatları ve patoloji sonuçları hastane bilgi işlem sistemi üzerinden kayıt altına alındı. Patolojileri ksantogranülatöz kolesistit olarak raporlanan hastaların ameliyat notları, ameliyat sonrası dönem klinik gidişatları değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** 3225 kadın (%68) ve 1519 erkek (%32) olmak üzere toplam 4744 hasta elektif olarak opere edilmişti. Otuz yedi (%0,7) hastada geçirilmiş operasyonlara bağlı üst batin insizyonları veya koledok eksplorasyonu gerekliliği nedeniyle açık kolesistektomi tercih edilmişti. Geriye kalan 4707 hastada işleme laparoskopik başlanmıştır. Laparoskopik planlanmış tüm hastalara başarılı laparoskopik ekplorasyon sağlanmasına rağmen 72 (%1,5) hastada laparotomiye dönülme zorunluluğu doğmuştur. Açık kolesistektomiye geçilen hastaların 42 sinde (%58 ) patolojik incelemede ksantogranülatöz kolesistit saptanmıştır.

Kırk iki hastanın 4'ünde kanama kontrolü sağlanamaması, 3 hastada safra yolu yaralanması, 1 hastada duodenum yaralanması ve 1 hastada transvers kolon yaralanması nedeniyle laparotomiye geçilirken, geriye kalan 33 (%78) hastada anatominin ortaya konulamaması laparotomi nedeni olmuştur. Hastaların 12sinde cerrahin malignite şüphesi (fokal duvar kalınlığı, karaciğer yatağına invaze doku görünümü vb) ile frozen patolojik inceleme isteği dikkat çekmiştir.

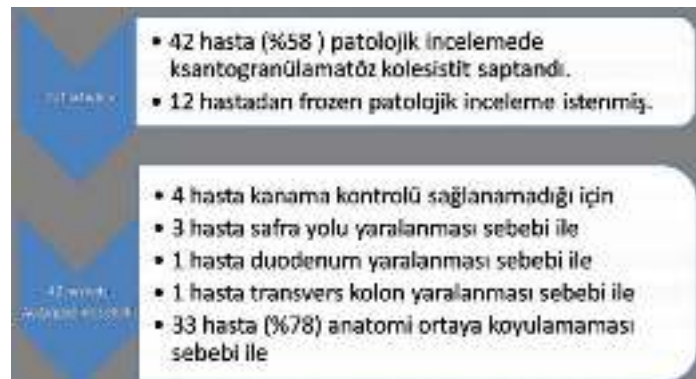
**Tartışma ve SONUÇ:** Ksantogranülatöz kolesistit sonrası literatürde %30 seviyelerine varan morbidite değerleri bildirilmekte, gerek maligniteye benzer özellikler taşıması, gerek diseksiyonda yarattığı güçlüklerle, hastalık açık ameliyata geçmekte önemli bir risk faktörü olma özelliğini devam ettirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ksantogranülatöz, kolesistit, kolesistektomi, açığa dönme

#### Bulgular-1



#### Bulgular-2



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0654 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Komorbid Hastalarda Akut Kolesistitte Perkütan Kolesistostominin Yeri

Gökçe Aylaz, Emil Guseinov, Hüseyin Yüce Bircan, Serdar Ahmet Karaca, Feza Yarbuğ Karakayalı  
Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi

Akut kolesistit (AC) genel cerrahların sık karşılaştığı acillerdendir. En uygun tedavi laparoskopik kolesistektomidir (LK); ancak yüksek morbidite ve mortalite riski nedeniyle cerrahi uygulanamayan hastalarda diğer tedavi yöntemleri uygulanabilir. Perkütan kolesistostomi (PK) bu alternatif yöntemlerden biridir. Yaşlı ve komorbid hastalıkları olan hastalarda acil cerrahi yapılamadığı durumlarda bu yöntem kullanılabilir. Safra kesesinin drenajı ile enfeksiyon kontrol altına alınmaktadır. Perkütan kolesistostomi sonrasında, kolesistektomi daha uygun ve elektif koşullarda yapılabilir. Bu çalışmada yüksek riskli, yaşlı akut kolesistiti olan hastalardaki perkütan kolesistostomi deneyimlerimiz sunuldu.

Ocak 2012 ve Ocak 2018 arasında hastanemizde PK uygulanmış tüm hastaların tıbbi kayıtları incelendi. Çalışmamıza hastanemiz kurulu tarafından onay verildi. Akut kolesistit tanısı ve derecelendirmesi için Tokyo ölçütleri kullanıldı. Perkütan kolesistostomi uygulama nedenleri; komorbiditeler, yaş veya semptomların süresi idi. Hastalara PK uygulama kararı kıdemli cerrah tarafından kar-zarar oranına bakılarak verildi. Tüm PK uygulamaları aynı girişimsel radyolog tarafından lokal anestezi ile ultrasonografi eşliğinde yapıldı.

Toplam 67 PK işlemi belirtilen çalışma süresinde hastanemizde yapıldı. Hastaların 38'si (56%) erkek ve 29'i (44%) kadın; ortalama yaş 77.64 (dağılım, 41–96 yıl) idi. Perkütan kolesistostomi uygulanan hastaların tümünün ASA değeri 3 veya 4 olarak değerlendirildi. Perkütan kolesistostomi uygulamasının başarı oranı %100 ve komplikasyon oranı da 2.4% (n=1) idi. Drenler altı hafta yerinde tutuldu. Toplam 67 hastanın 42'si (62%) takiplerinde dren çekildikten sonra ameliyat edildi. Ameliyatlardan sadece ikisinde (4.7%) laparoskopiden açığa dönüldü. Kalan 25 (%37.3) hasta ise drenlerin çekilmesinden sonra ameliyat edilmeden takip edildi ve takiplerinde herhangi bir hastalık nüksü olmadı.

Acil koşullarda AC ile gelen yaşlı, eşlik eden hastalıkları olan ve kötü genel durumu olan hastalarda LK yapılamadığında PK güvenli bir şekilde uygulanabilir. Drenin çekilmesi sonrasında uygun olan hastalarda LK kabul edilebilir %4.7 açığa dönme oranları ile elektif koşullarda yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit, ASA skoru, kolesistostomi, yaşlı.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0655 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Geriatrik Popülasyonda Laparoskopik Kolesistektomi Sonuçlarımız

Gökçe Aylaz, Emil Guseinov, Hüseyin Yüce Bircan, Feza Yarbuğ Karakayalı, Serdar Ahmet Karaca  
Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi

Altmış beş yaş ve üzerindeki hastalara uygulanan laparoskopik kolesistektominin ardından gözlenen morbidite ve mortalite insidansının araştırılması.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 65 yaş ve üzerindeki 297 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu çalışmaya ortalama yaşları 73,11 olan 202 kadın ve 95 erkek toplam 297 hasta dâhil edildi. Ameliyat endikasyonları 237 hastada (%80) kronik kolesistit, 43 hastada (%14,4) akut kolesistit, 10 hastada (%3,3) kolesistokoledokolitiazis ve 7 hastada (%2,3) biliyer pankreatit idi.

Sekiz hastada (%2,6) laparotomiye geçiş gerekli görüldü. Amerikan Anestezistler Derneği skoru III veya IV olan hastalarda Amerikan Anestezistler Derneği skoru I veya II olan hastalara göre ameliyat sonrası komplikasyon sıklığı daha fazlaydı ve hastanede yatış süresi daha uzundu ( $p \leq 0.05$ )

İleri yaş, laparoskopik kolesistektomi için bir kontrendikasyon değildir ve yaşlı hastalarda laparoskopik kolesistektomi güvenle uygulanabilir. Ancak, ameliyat sonrası komplikasyonların sıklığı ve hastanede yatış süresinin uzunluğu Amerikan Anestezistler Derneği'nin skorlarının yükselmesiyle birlikte yükselir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, yaşlı hastalar

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik kolesistektomi, yaşlı hastalar, ASA skoru

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0656 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Hemanjiom Deyip Geçmeyin

Zeynep Altın<sup>1</sup>, Banu Ural<sup>2</sup>, Yusuf Atabay<sup>1</sup>, Can Akçura<sup>1</sup>, Ferda Uçkun<sup>1</sup>, Harun Akar<sup>1</sup>

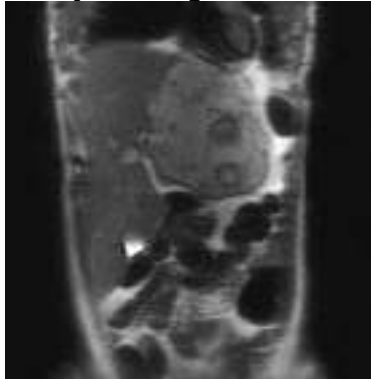
<sup>1</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

39y kadın, ev hanımı son 1 aydır iştahsızlık, her yemekten sonra kusma, kilo kaybı ara ara olan ateş şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvumuş. Hastanın poliklinik değerlendirmesinde bakılan rutin tetkiklerinde anemi ve sedimentasyon yüksekliği saptanması üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı dahiliye servisine yatırıldı. Kronik hastalık öyküsü yok. Anemisi 20 li yaşlarından beri varmış. Sigara kullanıyor. Evde kedi ve köpek besliyor. Soygeçmişinde bilinen hastalık yok. Fizik muayenede hasta kaşektik görünümde skleralar ikterik konjonktivalar soluk ve hepatomegalisi dışında başka patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde; KŞ:95, Üre/Krea:20/ 0,6, AST/ALT:26/22 Na:134, K:4.32, Ca:8.2, ALP/GGT:249/76, Bil(T/D):1.3/0.39, Alb/Glb: 3 /4.2, Sedim/CRP/Prokalsitonin: 140/171.6/0.17, Hgb:6.5 Rbc:2.71 Hct:20 Mcv:73.7 Mch:20 ferritin: 8 B12:378 Çölyak marker:negatif olarak saptandı. Rutin tetkiklerinde anemi ve sedim yüksekliği olan hasta anemi açısından tetkik edildi. Demir eksikliği nedeni ile GİS taraması amaçlı skopileri planlandı. Gastroskopi, "mide mukozası olağan antruma dışardan bası yapan kitle mevcut" şeklinde değerlendirildi. Anemi, sedim yüksekliği, alb/globulin oranında tersleşme nedeni ile myelom açısından bakılan serum Ig değerleri olağan saptandı. Kafa grafisinde litik lezyon saptanmadı. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi olağandı. Ateş ve hepatomegalisi olan hasta enfeksiyöz ajanlar açısından araştırıldı. Brucella, TORCH, Parvovirüs, EBV, Brusella, CMV, HSV1-2, KİST HİDATİK HAV, HBV, HCV, HIV enfeksiyonları açısından lab. tetkikleri yapıldı. Ppd bakıldı. Tüm tetkikleri ile yeniden değerlendirildi. Aktif enfeksiyon saptanmadı. Malignite tetkik amaçlı BT'leri çekildi. Batın BT "KC normalden büyük (23cm). Kc de sol lobu dolduran yaklaşık 10\*7,5 cm heterojen iç yapıda hemanjiom ile uyumlu kitlesel lezyon izlenmektedir. Mideye anteriordan bası dikkati çekmiş olup mide kolloba görünümündedir." şeklinde raporlanması üzerine çekilen MR'da "Karaciğer sol lobu dolduran heterojen iç yapıda, iç yapısında hemorajiye ait odakların bulunduğu, sinyal özellikleri hemanjiom ile uyumlu kitlesel lezyon, karaciğer sağ lobda dağınık yerleşimli birbiri ile birleşim eğiliminde multipl hemanjiomlar." olarak raporlanması üzerine gastrocerrahi konseyinde görüşülen hasta, sol hepatektomi yapılması amacıyla genel cerrahi tarafından devralındı. Hepatektomi sonrası poliklinik takiplerinde değerlendirilen hastanın patoloji raporlarında malignite saptanmadı. Şikayetleri geçti. Sedimentasyon olağan değerlere geriledi.

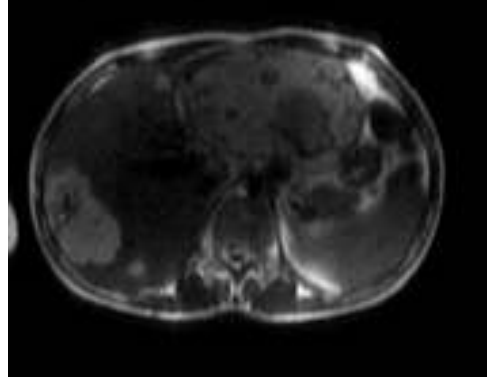
**Anahtar Kelimeler:** hemanjiom, karaciğer, malignite

hemajiom MR görüntü 1



hemajiom MR görüntü 1

hemajiom MR görüntü 2



hemajiom MR görüntü 2

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0657 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık,Uygulama ve Araştırma Merkezi 5 Yıllık Kolesistektomi Sonuçlarımız

Gökçe Aylaz, Emil Guseinov, Hüseyin Yüce Bircan, Serdar Ahmet Karaca, Feza Yarbuğ Karakayalı  
Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık,Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel cerrahi ABD

Ocak 2013 ve Ocak 2018 yılları arasında, laparoskopik kolesistektomi uygulanan 918 hasta incelendi. Yaş, cinsiyet, erken ve geç komplikasyon oranları, laparoskopik kolesistektomiden açığa geçiş oranları, geçiş nedenleri saptandı. Ocak 2013 ve Ocak 2018 yılları arasında 918 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. 810 hasta kronik kolesistit (%88.3), 65 hasta akut kolesistit (%7.1), 43 hasta safra kesesi polibi (%4.6) tanısına sahipti. 94 hastaya mekanik ikter nedeniyle ERCP yapıldı. Açık cerrahiye dönüş oranı % 3.5 idi (32/918). Calot üçgeninin disseksiyonundaki zorluk ve farklı anatomi açık cerrahi tekniğe dönüşün ana sebebi idi. Mortalite oranı %0, morbidite oranı %7.7 (70/918) şeklinde gerçekleşti. Dört olguda insizyonel fıtık, 65 olguda ameliyat esnasında kese perforasyonu oldu (%7.1). 18 vakada ciltaltı enfeksiyon gelişti. Kolesistektomi, açık ya da laparoskopik yöntemle kurallara uyulmak koşulu ile güvenle uygulanabilir

**Anahtar Kelimeler:** kolesistektomi, laparoskopik, güvenli teknik

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0658 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Kist Hidatiğe sekonder gelişmiş ve spontan olarak perfore olan Karaciğer Apresi Olgusunun Yönetimi

Mehmet Selçuk Misirligil, Kuzey Aydınuraz, Çağatay Daphan  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

**AMAÇ:** Kist hidatik, Echinococcus granulosus'un neden olduğu paraziter bir enfestasyondur. Hastalık genellikle asemptomatik seyretse de özellikle büyük kistlerde intrahepatik safra yolları ile olan bağlantı nedeniyle apse gelişimi ve buna sekonder gelişebilecek rüptür akılda tutulması gereken akut karın nedenlerindendir.

#### OLGU:

Yaygın karın ağrısı, genel durum bozukluğu ve bilinç bulanıklığı nedeniyle getirilen 62 yaşında erkek hastanın fizik incelemesinde kan basıncı 70/40 mmHg, nabız 144/dk idi. Karında tüm kadranda hassasiyet, defans ve rebound vardı. Öyküsünden karaciğerde malign kitle ön tanısı ile Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda tetkik edilmekte olduğu öğrenildi. Laboratuvar incelemesinde Hb 13 g/dL, lökosit 10.600/mm<sup>3</sup>, platelet 272.000/mm<sup>3</sup>, ALT 20 U/L, AST 26U/L, ALP 230U/L, GGT 401U/L, CRP 220mg/dl olan hastanın posteroanterior akciğer grafisinde sağ hemidiafragmanın yüksek olması (Şekil 1), bilgisayarlı tomografisinde karaciğer sağ lob posterior segmentte 98x100 mm, anterior segmentte 68x71 mm boyutunda kalın cidarlı, içerisinde yer yer hava değerleri bulunan apse ile uyumlu kistik lezyonlar ve yaygın intraabdominal serbest sıvı izlenmesi (Şekil 2) ve akut karın bulguları nedeniyle hasta ameliyata alındı. İntraoperatif olarak sağ lob anteriordaki kistin perfore olduğu izlendi. Her iki kistin içinden ayrılmış germinatif membran ve apse materyali boşaltıldı. Boşaltılan kistlerden ciddi kanama olması nedeniyle her iki kist poşuna packing yapıldı. İntravenöz meropenem tedavisi başlandı. Yoğun bakım ünitesinde entübe olarak açık karınla takip edilen hasta 24 saat sonra tekrar ameliyata alındığında, kanamanın durduğu ancak her iki kistten de belirgin safra drenajı olduğu izlendi. Görülebilen kistiçi safra kaçakları suture edilerek kist poşları içine pezzet dren kondu. Kist içindeki drenlerden 800 cc/gün civarında olan safra drenajının azalmaması nedeniyle nazobilier dren takılan hasta mebendazol tedavisi ile postoperatif 18.günde salı ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Kist hidatik hastalığı, %50-70 oranında karaciğere yerleşir. Olguların çoğunda medikal tedavi ile takip önerilmekte ise de multipl kız veziküller içeren, yüzeysel yerleşimli olup spontan olarak ya da travma ile rüptür riski içeren >10 cm karaciğer kistlerinde, enfekte kistlerde, safra yolları ile ilişkili kistlerde, çevre organlara bası yapan kistlerde ameliyat endikasyonu vardır. Safra fistülü gelişme olasılığı, cerrahiyle tedavi edilenlerde %2.6-28.6'dır. Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 1990-2005 yılları arasında her yıl ortalama 3257 kist hidatik operasyonu yapılmıştır. Tahmini opere olgu sayısı 100.000 de 0.87-6.6'dır.

Ülkemizde kist hidatik hastalığının hala yaygın olması nedeniyle karaciğerde kitle izlenen ve karaciğer apsesinden şüphelenilen hastalarda kist hidatik mutlaka öntanıda düşünölmeli; büyük kistlerin safra yolları ile olan bağlantısı nedeniyle enfekte olması ve karaciğer apsesine dönüşmesi olasılığı unutulmamalıdır. Hastaların cerrahi tedavisinin yönetiminde packing ve açık karın ile yoğun bakımda takip gibi hasar kontrol cerrahisi yaklaşımları akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Abdomen, Echinococcus granulosus, Karaciğer Kist Hidatik

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Abdomen BT görünümü**



**Karaciğer Kist hidatik rüptürü posteroanterior akciğer grafisi**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0659 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Gelişen Omuz Ağrısında Drenin Rolü

**Mahmut Said Değerli**, Leyla Zeynep Tigrel, Yusuf Emre Altundal, Gamze Çıtlak, Mürşit Dincer, Sercan Yüksel, Ekrem Ferengez, Orçun Alp, Büşra Ekinci Bıçkıcı, Alp Ömer Cantürk, Şeref Erdoğan, Muzaffer Akıncı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### GİRİŞ:

Laparoskopi ve minimal invaziv cerrahi teknikleri kliniklerimizde birçok nedenle açık cerrahiye tercih edilirken hastaların postoperatif daha az ağrı duymaları iyileşme süreçlerinin hızlanmasında en önemli etkenlerden biridir. Laparoskopik kolesistektomi genel cerrahi klinik pratiğinde sık uygulanan cerrahi girişimlerden olmakla beraber ameliyat sonrası karın ağrısı ve omuz vuran ağrı sık görülen semptomlardır. Bu çalışmanın amacı laparoskopik kolesistektomi sonrası karın ve omuz ağrısı gelişiminin pnömoperitoneum sonrası batin içinde kalan gaz miktarı ve dren kullanımı gibi parametrelerle ilişkisi olup olmadığını araştırmaktır.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Mart 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'ne elektif laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar Haseki EAH Etik kurulundan onay alındıktan sonra prospektif olarak randomizasyon yapılmadan ardışık olarak çalışmaya dahil edildi. Ameliyat sonrası dren kullanımına göre 3 gruba ayrıldı. 1. Grup dren kullanılmayan hastalar, 2. Grup aspiratif dren kullanılan hastalar, 3. Grup serbest drenaj uygulanan hastalar olarak planlandı. Tüm hastalara ameliyat öncesi Lovibond'un Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) ile değerlendirildi. Tüm hastalar standart genel anestezi altında 14 mmHg basınçla uygulanan pnömoperitoneum ile ameliyat edildi. Tüm hastaların demografik verileri, boy, kilo, ASA skorları, ameliyat süreleri, pnömoperiton süreleri, eşlik eden hastalıkları, komplikasyonları, rutin analjezik tedavi dışında ek analjezik gerekip gerekmediği, hastanede kalış süresi ve perop cerrahi bulguları kaydedildi. Tüm hastalara ameliyat sonrası standart analjezik tedavi uygulandı. Ameliyat sonrası 6. saatte ve 24. saatte Vizüel Analog Skala (VAS) kullanılarak hastalardan omuz ve karın ağrılarını ayrı ayrı tanımlandı. Hastaların verileri asistanlar tarafından kaydedildi, vakaların operatörleri veriler hakkında bilgilendirilmedi.

#### BULGULAR:

Hastaların yaş ortalaması  $49,9 \pm 12,7$ , K/E oranı 75/23 idi. Ortalama ameliyat süresi  $62 \pm 27$ , pnömoperiton süresi  $48 \pm 24$  idi. Grup 1'de 31, Grup 2'de 35, Grup 3'te 32 hasta vardı. 3 grup arasında yaş, cinsiyet, VKI, ameliyat süresi, pnömoperiton süresi, cerrahi bulgular (zorluk derecesi), DASÖ skorları açısından anlamlı bulgu saptanmadı. 6. saat karın ağrısı, 24. saat karın ağrısı ve 24. saat omuz ağrısı açısından 3 grup arasında bir fark saptanmazken, 6. saat omuz ağrısı skorları dren konulmayan grupta daha düşüktü ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

#### SONUÇ:

Elektif laparoskopik kolesistektomi sonrası omuz ağrısı sık karşılaşılan bir bulgudur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre dren türünden bağımsız olarak dren kullanılmayan hastalarda omuz ağrısının daha az görüldüğü saptanmıştır. Dren kullanım endikasyonuna karar verirken ameliyat sonrası ağrı kontrolünün de göz önünde bulundurulması gerektiğine inanıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik kolesistektomi, omuz ağrısı, dren kullanımı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0660 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### İnsidental portal ven anevrizması: olgu sunumu

Hüseyin Bakır, Osman Şimşek, Salih Pekmezci  
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

#### Giriş

Portal ven anevrizması, ilk kez 1956 yılında Barzilai ve Kleckner(1) tarafından tanımlanmıştır ve o tarihten bu yana 200'den daha az vaka bildirilmiştir(2). Portal ven anevrizmaları nadir görülür, genellikle asemptomatiktir ve rutin görüntüleme çalışmalarında çoğu tesadüfen saptanır. Tüm venöz sistem anevrizmalarının yaklaşık %3'ünü oluşturur(3). Anevrizmaların çoğu ekstrahepatik yerleşimliken nadiren intrahepatik dallarda bulunabilir(4). Portal ven anevrizmalarının etiyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır ancak konjenital ve edinsel olarak iki form tanımlanmıştır. Edinsel anevrizmalar daha sıktır ve hepatik siroz ve portal hipertansiyon ile sıklıkla ilişkilendirilir(5, 6). Çalışmamızda, 59 yaşında bir kadın hastada dispeptik yakınmalar nedeniyle yapılan ultrasonografide (USG) tesadüfen saptanan, portal ven sol dalından kaynaklanan intrahepatik portal ven anevrizması olgusu sunuldu.

#### Olgu Sunumu

59 yaşında kadın hastada, dispeptik yakınmalar ve nonspesifik karın ağrısı şikâyetiyle çekilen abdominal USG'de, portal ven anevrizması şüphesi olan lezyon görüldü. Hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de karaciğer segment 4'te 52\*31mm boyutunda, portal ven anevrizmasıyla uyumlu lezyon saptandı. Anevrizmatik dolum eş zamanlı doppler USG ile doğrulandı. Çekilen abdominal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde, portal venin sol dalından kaynaklanan 53\*37mm boyutunda anevrizmatik dilatasyon saptandı. Portal venin sol segmenter dallarının anevrizmatik dilatasyon ile devamlılık gösterdiği görüldü. Lezyonun BT kesitleri şekil 1 ve 2'de gösterilmiştir.

Hastada klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları açısından portal hipertansiyon veya karaciğer sirozu lehine bulgu saptanmadı. Hasta, Hepatobiliyer Cerrahi Multidisipliner Konsey'de değerlendirildi; konservatif tedavi kararı verilerek takibe alındı.

Şekil 1: BT Aksial kesit

Şekil 2: Koronal Kesit

#### Tartışma

Günümüzde portal ven anevrizması ile ilgili literatürdeki bilgilerin çoğunu vaka sunumları veya küçük seriler oluşturmakta ve kanıta dayalı çalışmalara dayanmamaktadır(2). Portal ven anevrizmalarının çoğu rastlantısal olarak tespit edilir ve üçte biri asemptomatiktir. Hastaların yaklaşık %50'si nonspesifik karın ağrısı şikâyetiyle başvururlar. Olguların %10'undan azında gastrointestinal kanama, portal hipertansiyon veya komşu organların basısına bağlı abdominal distansiyon, sarılık gibi semptomlar meydana gelebilir. Portal ven trombozu insidansı ise %20'lere kadar çıkabilir(2, 7).

Tedavide konservatif yaklaşım hastaların çoğu için en iyi seçenektir. Rüptür, tromboz veya diğer semptomatik komplikasyonlarda ameliyat düşünülebilirse de post-operatif mortalite oldukça yüksektir(2). Moreno ve ark. tromboze olmayan 3 cm'den büyük ekstrahepatik anevrizmalarda cerrahi tedavi önermektedir(8). Bununla birlikte cerrahi endikasyonu doğrulayan kesin kanıt ya da karşılaştırmalı çalışma yoktur(2).

#### Sonuç

Portal ven anevrizması nadir görülen bir vasküler patolojidir. Olguların takibi ve tedavi yaklaşımları açısından literatürde kontrollü çalışma mevcut değildir. Ancak genel görüş asemptomatik hastalarda konservatif yaklaşım ve dikkatli izlemidir. Bu nedenle portal ven anevrizması tanısı alan hastalar alanında uzmanlaşmış hepato-bilier merkezlere yönlendirilmeli ve burada takip ve tedavi edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** İnsidental, portal ven, anevrizma

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

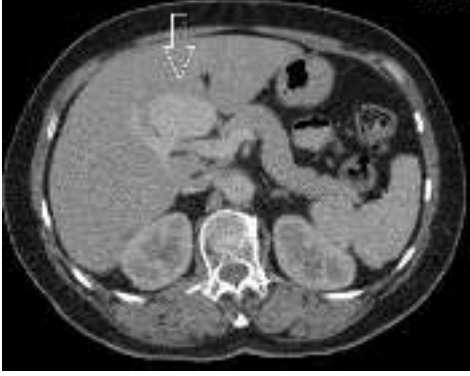
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**BT aksiyel**



BT aksiyel kesit

**BT koronal**



BT koronal kesit

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0661 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Koledok Kisti: Akut Kolesistit Cerrahisinde Unutulmaması Gereken Bir Hastalık

Oğuz Hançerlioğulları, Mustafa Tahir Özer, Mustafa Tanrıseven, Rahman Şenocak, Şahin Kaymak  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara

**GİRİŞ:** Akut taşlı kolesistit, acil cerrahi girişim gerektiren safra yolu hastalıklarının başında gelir. Hastalar sıklıkla sırta vuran sağ üst kadranda ağrısı, bulantı, kusma ve şişkinlik şikayetleri ile acil servise müracaat ederler. Cerrahi girişim çoğu zaman laparoskopik olarak tamamlansa da gerekli vakalarda açık cerrahiden kaçınılmamalıdır. Biz burada; akut taşlı kolesistit tablosu ile gelen ve Tip 2 koledok kisti de olduğu ameliyat esnasında görülen olguyu sunmak ve benzer olguların literatürlerini özetlemek istedik.

**VAKA:** 76 yaşındaki erkek hasta tekrarlayan kolanjit öyküsü ve sağ hipokondriumda yaklaşık 6 aydır ağrı şikayeti ile müracaat etti. Karaciğer fonksiyon testlerinde; normal serum total bilirubin düzeyi (1mg / dl) ve karaciğer enzimlerinin yükseldiği (serum AST, 58 IU / L; serum ALT, 46 IU / L; serum ALP, 125 IU / L) gösterdi. USG'de safra yolları tutulumu ve akut kolesistit saptandı. Beyaz kan hücresi seviyesi 14.600 idi. Hastaya acil laparoskopik kolesistektomi yapılması planlandı. Eksplozasyonda safra kesesinin rudimenter olduğu, omentum ve mideye yoğun yapışıklıklar yaptığı görüldü. Diseksiyona devam edildiğinde anatomik yapılar tam ortaya konamadığı için açığa geçildi. Hastada koledokta tip 2 kist olduğu izlendi. Kolesistektomi ve koledok kist eksizyonu ve primer tamir yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Hastanın bize söylemediği ve sonradan öğrendiğimiz kadarıyla dış merkezde sarılık, sağ üst kadranda ağrısı ve kolestaz bulguları ile gittiği merkezde koledokta taş izlenmiş. Hastaya ERCP yapılmış ve sfinkterotomi ile koledoktan taş ekstirpasyonu yapılmış. Bu arada hastada juksta papiller divertikül izlenmiş ve MRCP istenmiş. Ancak hastanın bu tetkiklerine ait görüntülere ulaşılammıştır.

**TARTIŞMA:** Akut kolesistit acil cerrahisinde safra kanalı hasarı riskini azaltmak için koledok kistlerine doğru tanı ve cerrahi tedavi yapılması önemlidir. Tam rezeksiyon ancak cerrahi tedavi ile olur. Ameliyat sonrası malignensi riski için uzun süreli takip gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Cerrahi, Akut Kolesistit, Koledok Kisti.

**Koledok divertikülünün izole edilmiş hali.**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Divertikülün açılarak koledokun eksplorasyonu.**



**Koledok divertikülünün eksizyon materyali.**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0662 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Safra Kesesinin Nadir Bir Polipoid Lezyonu: Adenomyomatozis

Bilal Turan<sup>1</sup>, Serdar Acar<sup>1</sup>, İsa Karaca<sup>1</sup>, Sezai Kantar<sup>1</sup>, Mustafa Tevfik Bülbül<sup>2</sup>, İbrahim Barut<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

<sup>2</sup>Bor Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Niğde

**AMAÇ:** Adenomyomatozis; safra kesesinin etyolojisi bilinmeyen, hiperplastik bir hastalıktır. Safra kesesi duvar kalınlaşmasının eşlik ettiği ya da etmediği, safra kesesinin kas tabakasına penetre olan intramural mukozal divertikül oluşumuyla (Rokitansky-Aschoff sinüsleri) birlikte yerel kas hipertrofisi mevcuttur. Eşlik eden biliyer bir hastalık olmadıkça genellikle asemptomatiktir. Ayırıcı tanıda ultrasonografi(USG) oldukça değerlidir. Kesin tanı ancak histopatolojik olarak konulur. Bu olgu sunumunda sağ üst kadranda ağrısı ve dispeptik şikayetleri olan ve USG'da 1 cm üzerinde adenomyomatozis saptanan 42 yaşındaki olguyu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 42 yaşında kadın hasta zaman zaman oluşan karın sağ üst kadranda ağrısı ve dispeptik şikayetleri nedeniyle polikliniğe müracaat etti. Batın sağ üst kadranda minimal hassasiyet dışında patolojik muayene bulgusu yoktu. Yapılan batın ultrasonografi tetkikinde safra kesesi fundusunda duvara bitişik 12x8 mm boyutlarında içerisinde kuyruklu yıldız artefakt görünümüne neden olan kistik alanlar barındıran polipoid lezyon saptandı. Laboratuvar testleri normaldi. Hastanın polip çapının 1cm olması malignite riskini arttırmasına ek olarak semptomatik olmasından dolayı ameliyata karar verildi. Hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Ameliyat sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta ameliyat sonrası 1. günde diyeti düzenlenerek şifa ile taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucunda, kronik kolesistit ve safra kesesi fundusunda lokalize adenomyomatozis tanısı kondu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Karın ultrasonografinin (USG) yaygın olarak kullanılmasının sonucu olarak, safra kesesi poliplerinin insidental olarak saptanmasında artış görülmektedir. Populasyonun yaklaşık %5'inde görülmekte ve %3-8 vakada safra kesesi kanseri için premalign lezyon olabilmektedir. Son zamanlarda safra kesesi poliplerinin tedavisine ultrasonografik olarak polipin çapının saptanması ile karar verilmektedir. 1 cm'den büyük polipler malign dönüşüm riskinden dolayı kolesistektomi ile tedavi edilirken; 1 cm'den küçük polipler klinik ve tekrarlayan USG ile takip edilir. Ultrasonografik incelemede safra kesesi adenomyomu malign polipler ile karışabileceğinden ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Adenomyomatozis, Safra Kesesi, Polip

#### Safra Kesesi Adenomyomatozis Makroskopik Görünüm



Laparoskopik kolesistektomi sonrası incelenen piyeste safra kesesi fundusta 1 cm çaplı lezyon izlenmektedir.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0663 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Safra Yolları Girişimlerinde Hasar Riskini Azaltmak İçin 3 Boyutlu Model Uygulaması

Mehmet Asım Özer<sup>1</sup>, Kamil Erözkan<sup>2</sup>, Safa Vatansever<sup>2</sup>, Ezgi Güler<sup>3</sup>, Figen Gökmen<sup>1</sup>, Özgür Fırat<sup>2</sup>, Mustafa Harman<sup>3</sup>, Sinan Ersin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Anatomi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Safra kesesi ve yollarındaki cerrahi girişim gerektiren patolojilerde, anatomik varyasyonlar nedeniyle hastaları operasyonlarında güçlüklerle ortaya çıkabilmektedir. Safra yolu patenlerinin ortaya konulması kişiye özgü tedavi seçeneğinin oluşturulması, yenilikçi operasyon stratejileri ve ameliyat öncesi planlaması açısından önemlidir. Patolojinin yerleşim yerine, seviyesine ve boyutuna göre tedavi protokülü değişebilmektedir. Bu nedenle hastaların 3 boyutlu (3B) safra yolu modellerinin oluşturulması ve cerraha olası katkısının değerlendirilmesi amaçlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Farklı safra akış paterni bulunan 5 hastanın bilgisayarlı tomografi görüntülemesi ile elde edilen 3B safra drenaj yapıları, 3B modelleme yazılımı kullanılarak, 3B olarak modellendi.

**BULGULAR:** İntrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarındaki varyasyonlara sahip hastaların 3B modellemesi yapıldı. Bu modellerde her bir drenaj tipinin açılma tipi, şekli, vasküler özellikleri, vasküler yapılarla yakınlığı 3B modeller üzerinde ortaya konuldu. Bu özelliklerin her biri intraoperative referans olarak kullanıldı. Hasta daha sonra opere edilerek girişim gerçekleştirildi. Operasyon böylece daha konforlu, sürelerinin daha kısa ve girişimlerin daha kontrollü olduğu gözlemlendi. 3B modeller, hastalarımızın cerrahi planlaması için yol gösterici ve hastanın durumunun kontrolünü sağlayan bir araç olmuştur.

**Tartışma ve SONUÇ:** Hastaya özgü safra yolu modelleri, cerrahların kompleks anatomiye hakimiyetini artırıp, operasyonlarda kolaylık sağlayabilmektedir. Bireysel hasta modelleri oluşturarak safra akış varyasyonunun organda yarattığı geometrik değişimin değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. 3B anatomik hasta modelleri, cerrahide yeni yaklaşımlar, yenilikçi operasyon stratejileri ve ameliyat ncesi planlama da kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** 3B, 3 boyutlu model, safra yolları

#### 3B Safra Yolları Modeli



#### 3B Safra Yolları Modeli



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0664 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Nadir görülen bir benign karaciğer lezyonu olgu sunumu: Foregut kisti

Yavuz Selim Kaşıkçı, Murat Çakır, Mehmet Aykut Yıldırım, Selman Alkan  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Konya

Karaciğer foregut kisti, karaciğerin nadir görülen konjenital, soliter, nonneoplastik, epitelyal bir kistidir. Erkeklerde daha sık görülür, genellikle asemptomatiktir. 61 yaşında kadın hastaya sağ kolon malignitesi nedeniyle laparoskopik sağ hemikolektomi işlemi yapıldı. Adjuvan tedavi nedeniyle tıbbi onkoloji takipliyken görüntülemelerinde karaciğerde radyolojik olarak metastatik olduğu düşünülen lezyon saptanması üzerine laparoskopik metastazektomi işlemi yapıldı. Patolojik değerlendirmede foregut kisti olarak raporlanmıştır. Olgumuzda nadir görülen benign bir karaciğer lezyonu olan foregut kistinin ayırıcı tanısı literatür bilgileri eşliğinde paylaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Benign karaciğer kitleleri, foregut, konjenital karaciğer

#### Resim 1-lezyonun BT görüntüsü



#### Resim 2-lezyonun MR görüntüsü



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

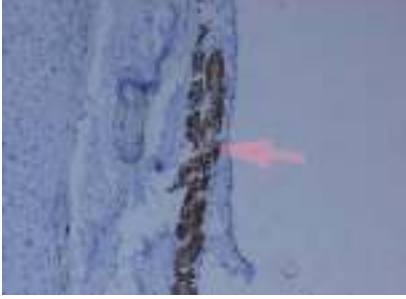
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

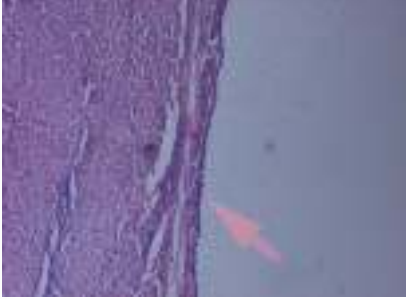


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 3-desmin (+) boyanma (foregut kisti)**



**Resim 4-H&E (+) boyanma (foregut kisti)**



**Resim 5-STK(+) boyanma (foregut kisti)**



**Resim 6- TTF 1 negatif boyanma**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0665 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Safra yolu yaralanmasına konservatif yaklaşım: olgu sunumu

Şahin Kaymak<sup>1</sup>, Rahman Şenocak<sup>1</sup>, Salih Hamcan<sup>2</sup>, Ahmet Uygun<sup>3</sup>, Mustafa Tahir Özer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ, Gülhane Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>SBÜ, Gülhane Tıp Fakültesi Radyoloji AD.

<sup>3</sup>SBÜ, Gülhane Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği

#### GİRİŞ:

Laparoskopik kolesistektomi genel cerrahinin elektif ameliyatlari ve laparoskopik ameliyatlari içerisinde halen geniş yer tutmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi günümüzde hemen her merkezde kolaylıkla yapılabilen bir ameliyattır.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra yolu yaralanması oranları cerrahın tecrübesi ile ters orantılıdır. Biz bu yazıda laparoskopik kolesistektomi sonrasında safra yolu yaralanması düşünülen bir olgu ile ilgili deneyimlerimizi paylaşmak istedik.

#### OLGU:

31 yaşında bayan hastaya dış merkezde elektif şartlarda laparoskopik kolesistektomi ameliyatı yapılıyor. Kese lojuna konulan dren postoperatif 3. gün gelen içerik olmaması üzerine çekilerek hasta taburcu ediliyor. Postoperatif 7. gün hasta karın ağrısı ve şişkinlik şikayetleri ile aynı merkeze müracaat ediyor. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde hafif bilirübin yüksekliği (1,61) ve transaminazlarında hafif yükseklik saptanıyor. WBC 12300 olan hastanın batin ultrasonografisinde patolojik bulgu olmaması üzerine Magnetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP) yapılıyor. MRCP'de koledok proksimalinin vizüalize olduğu fakat distalinin vizüalize olmadığı raporlanıyor. Safra yolu yaralanması düşünülen hasta kliniğimize sevk ediliyor. Hasta kliniğimize yatırıldıktan sonra yapılan batin ultrasonografisinde douglasta yaygın serbest mayi gözlendi. Bunun üzerine hastaya perkütan drenaj kateteri yerleştirildi ve yaklaşık 1500 cc safravi geleni oldu. Sonrasında hastaya Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) yapıldı. ERCP de verilen opağın proksimale geçmediği ayrıca kılavuz telin safra yolu dışarısına çıktığı gözlendi ve ön tanı olarak tam kat veya parsiyel olabilecek bir safra yolu yaralanması düşünüldü. (Resim 1) Bunun üzerine hastaya Perkütan transhepatik kateter (PTK) konulması kararı alındı. Girişimsel radyolojide hastaya perkütan yolla konulan transhepatik kateter ile duodenuma kadar geçirildi. Aynı seansta karaciğer (KC) lateraline de bir adet perkütan kateter yerleştirildi. Hastanın PTK'sından gelen safra içeriği artarken douglas ve KC lateralindeki drenlerinden gelen safra azalarak kesildi. Yaklaşık 3 hafta takip edilen hastaya ERCP eşliğinde PTK üzerinden koledok stenti yerleştirildi. (Resim 2) Drenleri çekilen hastanın halen servisimizde tedavi süreci devam etmektedir.

#### SONUÇ:

Safra yolu yaralanmaları multidisipliner yaklaşım gerektiren yaralanmalardır. Deneyimli merkezlerde multidisipliner yaklaşım ile seçilmiş uygun olgularda gereksiz ameliyatlari önüne geçilebileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** safra yolu yaralanması, laparoskopik kolesistektomi, konservatif yaklaşım

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Hastanın laparoskopik kolesistektomi sonrasında yapılan ERCP görüntüsü

**Resim 2**



Hastanın koledok stenti yerleştirildikten sonra alınan ERCP görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0666 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Oldukça nadir bir olgu; pankreatik schwannoma

Ali Önder Devay, Nilüfer Avcı, Sadık Kılıçturgay  
VM Medical Park, Genel Cerrahi, Bursa

70 yaşında erkek hasta; 4 ay önce idrar koyulaşması ile yakınmalar başlamış, antibiyotik kullanımı ile düzelmiş. 10 gün önce şiddetli ağrı, bulantı, idrar koyulaşması olması üzerine Üniversite hastanesinde ileri tetkik edilmiş. Abdominal BT'de safra kesesinde hidrops, safra yolu ve pankreatik kanalda dilatasyon, pankreas başında şüpheli lezyon dışında patolojik bulgu saptanmamış. 2 kez ERCP yapılmış ve koledok kanülize edilememiş. Merkezimizde yapılan US de safra kesesinde hidrops, kese içinde safra çamuru, koledokta 18 mm'yi bulan dilatasyon, pankreas başı düzeyinde koledoğa komşu 20x23 mm boyutta soliter yapı izlendi. Biyokimyasal değerlendirmede karaciğer enzimleri, bilirübin, CA 19-9 değerleri normaldi. Medikal öyküsünde geçirilmiş 3 damar koroner by pass dışında patoloji yoktu. Hasta ASA 2 riski grubunda papilla tm. ön tanısı ile ameliyat edilerek Whipple ameliyatı yapıldı. Hastaya ameliyat sırasında alınan safra kültüründe E.coli üremesi olduğundan 3. gün meropenem, 4. gün oral sulu gıda ve supleman başlandı. Postoperatif 3. gün subhepatik yerleşimli drenajdan koyu kıvamlı sıvı drenajı (170 ml) oldu ve batında hafif bir distansiyon gelişti. Postoperatif 5. gün ciltten aynı kıvamlı akıntı gelince yarası açılarak vakum yardımcı pansumana geçildi (VAC). 7. gün ateş ve distansiyonda ilerleme olması üzerine oral alımı kesildi. Çekilen abdominal BT'de mide posteriorunda pankreas gövdesine uzanan koleksiyon tespit edildi. Koleksiyona perkütan drenaj katateri takıldı, pankreas fistülü nedeni ile octreotid ile birlikte periferik paranteral nutrisyon (PPN) başlanarak tedaviye vankomisin eklendi. Hastanın kliniği 9. günden itibaren düzeldi. 10. gün cilt yarası kapatıldı, normal gıda ile birlikte oral supleman başlanarak PPN kesildi. Günlük ortalama 800 ml fistül debisi olan hastanın antibiyotikleri 15. gün kesilerek ayakta takip olacak şekilde taburcu edildi. Fistül debisi progresif olarak azalarak 20. gün tamamen kesildi. Koleksiyon loju US ile kontrol edilerek drenaj katateri çekildi. Patolojisi terminal pankreatik duktus çevresinde lokalize 2,2x2x1,7 cm boyutta schwannoma olarak raporlandı. Şu anda hasta sorunsuz takipte.

#### Pankreatik Schwannoma (PS)

Schwannoma yada neurilemmoma; genellikle kranial, spinal sinir kökleri ve periferik sinir hücrelerindeki schwann hücrelerinden kaynaklanan benign bir tümördür. Schwannom ekstremiteler, baş, boyun, retroperiton, mediasten, pelvis ve rektumda görülür. PS oldukça nadirdir ve yetişkinde her iki cinsi eşit oranda tutar. Son 30 yılda literatürde 50'den az PS vakası bildirilmiştir. Bu tümör zaman zaman malign dejenerasyon gösterebilmektedir. PS'ların 2/3'ü kistik formasyon, kalsifikasyon, hemoraji gibi dejeneratif değişiklikler göstererek kistik pankreas tümörlerini taklit edebilirler. PS'li hastalar genellikle abdominal ağrı, mide bulantısı, kusma öyküsüne sahip olup bazen kilo kaybı ve sarılık eşlik edebilir. Preoperatif PS tanısı zordur ve kontrastlı BT, Ultrason, biyopsi tanıda yardımcı olabilir. Basit enükleasyondan pankreatektomiye kadar olabilen cerrahi, tek küratif tedavi modalitesidir.

**Anahtar Kelimeler:** Açılıp kapanan sarılık, schwannoma, Whipple

#### Resim 1: Trifazik BT



Pankreas kanalı ve safra yolunda dilatasyon, pankreas başında şüpheli kitle

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



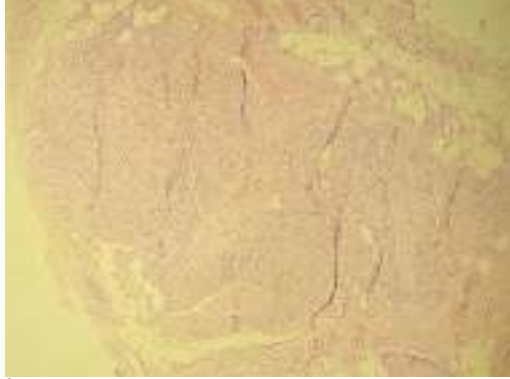
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2: Trifazik BT**



Pankreas kanali ve safra yolunda dilatasyon, pankreas basında supheli kitle

**Resim 3: Hemotoksilen Eozin, X40**



İnce, uzun, spindle sekilli hucrelerin degisik yonlere seyreden demetlerinden, palizatik dizilerinden olusan noduler lezyon

**Resim 4: İmmunhistokimya, X40**



Tumor hucrelerinin S-100 protein ekspresyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0667 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Akut kolesistitli hastalarda perkütan kolesistostominin yeri

Mustafa Fevzi Celayir, Mehmet Taner Ünlü, Hakan Mustafa Köksal, Evren Besler, Kinyas Kartal, Bülent Çitgez, Mehmet Uludağ, Mehmet Mihmanlı

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### AMAÇ:

Perkütan kolesistomi kateteri yerleştirilmesi özellikle ilerlemiş hastalıkları olan ya da kritik dönemdeki hastalarda cerrahi girişim öncesi köprü görevi görmektedir. Acil kolesistektomiye bir alternatiftir.

İşlem sonrası komplikasyon oranları son yıllarda önemli ölçüde azalmıştır. Bu çalışmanın amacı, akut kolesistitli kritik hastalarda perkütan kolesistostominin güvenliğini değerlendirmektir.

#### MATERYAL-METOD:

2015-2018 yılları arasında hastanemiz acil cerrahi ünitesinde görüp genel cerrahi kliniğine yatırdığımız ve ameliyat etmeyip PK yaptığımız AK li 138 hastayı retrospektif olarak inceledik. veriler analiz edildi.

Sonuçlar ilk 72 saatteki komplikasyonlar, hastaneden taburcu süreleri, kateterle ilgili komplikasyonlar (yerinden çıkması, enfekte oluşu) kateterin ne zaman çıkartıldığı ve hastaların ameliyat edilip edilmediği olarak incelendi.

#### SONUÇLAR:

PK yapılan Toplam 78 Kadın ve 60 erkek hastanın, ortalama yaşları 63,7 idi. Hastaların tümünde klinik iyileşme ve laboratuvar testlerinde gerileme saptandı. 122 hastada ortalama 6-8 ay sonra interval kolesistektomi yapıldı. 16 Hastada ise kateter çekildi ancak ameliyat edilmedi. Bunlardan sadece 1 tanesinde 8 aylık gözlemlerde yeni bir akut atak gelişti. Bu hastalarda 8 aylık gözlem de yeni bir atak gelişmedi. 1 hastada kateter ilk ayın sonunda yerinden çıktı. Ancak yenisi takılmadı ve 8.haftada ameliyat edildi. 3 hastada ise yara yerinde enfeksiyon vardı. Antibiyotik ve düzenli pansuman ile geriledi. 1 hastada ise 8 haftalık gebelik vardı. Operasyon 12.ayda yapıldı. Tüm operasyonlar laparoskopik olarak bitirildi.

#### TARTIŞMA:

PK'nin iyi terapötik sonuçları ve düşük tekrarlama oranı, AK hastalarının çoğunda PK'nin cerrahi girişim uygulanıncaya kadar bir köprüleme görevi göreceğine, hastaların semptomlarında gerilemeye yol açacağı ve güvenli kolesistektomiye olanak sağlayacağı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit, Perkütan kolesistostomi, İnterval kolesistektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0668 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Karaciğer kist hidatiklerinde kistobilier fistül ile ilişkili faktörler

Orhan Üreyen, Demet Alay, Hüseyin Fenercioğlu, Mehmet Tahsin Tekeli, Enver İlhan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

#### GİRİŞ:

Kist hidatik hastalığı ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir. Hastalığın teşhisinde anamnez, fizik muayene, laboratuvar bulguları, serolojik testler ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Bazı olgularda safra kanalı kist içine açılabilir. Bu durum olgularda morbiditeye yol açmaktadır. Biz bu çalışmamızda karaciğer kist hidatikli olgularda kist içine açılan safra kanalı ile ilişkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

#### Materyal- METHOD:

Kliniğimizde Ekim 2009-Kasım 2017 tarihleri arasında karaciğer kist hidatigi nedeniyle opere ettiğimiz olgular ameliyat anında kist boşluğunda safra görülenler (kistobilier fistül)(Grup I) ve safra görülmeyenler (kistobilier fistül görülmeyenler) (Grup II) şeklinde iki gruba ayrıldı. Gruplar yaş, cinsiyet, kist boyutu ve kolestaz enzim değerleri vb. faktörler açısından karşılaştırıldı.

#### BULGULAR:

Çalışmamıza %68'(30) kadın %34(14)'ü erkek olmak üzere toplamda 44 olgu dahil edildi. Ortalama kist boyutu 79,45 ( $\pm 34,57$ ) mm idi. Grup I'de 7 (%16) ve Grup II'de 37(%84) olgu mevcuttu. Grup I'deki dört olguda safra fistül alanına sütür kondu. İki olgu da kist içine dren kondu. Bir olguya ise segmental hepatektomi uygulandı. Kist içine dren konan iki olguda post operatif drenajdan safra kaçağı görüldü. Birisinde ek müdahale gerekmeden safra kesilirken diğeri ERCP ve sfinkterotomi gerekti. Cinsiyet açısından Grup I'in %85'i Grup II'nin %64,8'i kadın idi. Grup I de yaş ortalaması 36,1 ( $\pm 9,02$ ) iken Grup II de olguların yaş ortalaması 45,3 ( $\pm 15,1$ ) idi. Grup I'de ortalama kist boyutu 94 mm ( $\pm 30,1$ ) Grup II'de ise 76,7 mm ( $\pm 35$ ) idi. Grup I'deki tüm olgularda kist boyutu 5 cm'den büyük idi. Üç olguda 10cm den daha büyük idi. Grup I'de 13(%35)olguda 50 mm ve altıda iken % 65 olguda 5 cm'den daha büyük idi. Grup I'in %85 (6 olgu)'inde tek kist mevcut iken Grup II'de %62 (23 olgu) oranında tek kist gözlemlendi. Grup I ve Grup II de kist yerleşimleri çoğunlukla sağ lobta idi(sırasıyla %70 ve %71)

Bilirubin değerleri yüksekliği Grup I ve Grup II'de sırasıyla %12,5'e karşın %3 idi. AST değerleri Grup I ve Grup II sırasıyla % 12,5 ve % 3 normalden yüksek idi. ALT değerleri Grup I ve Grup II'desırasıyla % 12,5 ve % 11 oranında normalden yüksek idi. ALP değerleri ise Grup I'de %80'i normal iken Grup II'de bu oran %88,5 idi. GGT değerleri her iki grupta %80 oranında normal idi. LDH Grup I'de %75, GrupII'de %87 normal idi.

**SONUÇ:** Kist içine safra kanalı açılmasının nadir bir durum olmadığını gördük. Özellikle tek ve büyük boyutlu kist hidatik olgularında kistobilier fistül açılmış olabileceği göz önünde bulundurularak kist boşaltıldıktan sonra kist poşu ayrıntılı explore edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** hidatik kist, kistobilier fistül, safra kaçağı

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0669 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Sils Splenektomi

Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, Melih Can Gül, Nesime İnci Eryılmaz, Serdar Açar, İsa Karaca  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Laparoskopik cerrahide üç ile yapılan ameliyatlar yaygın şekilde uygulanmaktadır. Bazı kan hastalıklarında ve dalağın nadir görülen patolojilerinin cerrahi tedavisinde laparoskopik splenektomi. Günümüzde en sık uygulanan laparoskopik solid organ ameliyatlarından biridir, ancak ileri laparoskopik cerrahi deneyimi gerektiren bu yöntem, minimal invaziv girişimlere özgü daha üstün kozmetik sonuç, erken günlük hayata dönme ve daha düşük yara yeri problemleri gibi avantajların tümünü sağlamaktadır. Hastanemizde rutin 3 port laparoskopik splenektomi yapılmaktadır.

Tek delikten yapılan laparoskopik ameliyat tekniği safra kesesi ameliyatlarında yaygın kullanılmakla birlikte böbrek ve dalak ameliyatlarında çok yenidir. SILS splenektomi ise daha küçük ameliyat izi ve daha yüksek hasta memnuniyeti sağlamaktadır. Bu ameliyat sonucunda dalağında kitle olan hastalarımızda ek başka ameliyat kesisine yada kullanılan giriş deliklerinin daha büyütülmesine gerek olmadan tüm işlemler aynı delikten yapılmıştır.

Hastalarda sol subkostal 3cm insizyon ile 2 adet 5 mm ve bir adet 10 mm trockar girilerek laparoskopik prensplere uygun diseksiyon sonrası hilus 60 mm stapler ile ayrılarak splenektomi tamalandı. Toplam 9 hasta yaş ortalaması 35,1 ortalama operasyon süresi 57±32 dk, ortalama 50 cc kanama oldu. Hiç mortalite ve komplikasyon görülmedi.

SILS laparoskopik cerrahinin üstünlüklerini kendinde toplayan, solis organ cerrahisi sonrası gerekli insizyonu kullanarak ek ağrı ve insizyona gerek duymayan bir teknik olarak uygun vakalarda kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik splenektomi, Sils, Tek insizyon, Üç port

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0670 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Zorlu Kolesistektomilerde önemli bir seçenek: Subtotal kolesistektomi. Erken dönem sonuçlarımız

Ali Cihat Yıldırım, Şahin Kahramanca

Kars Harakani Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars

**AMAÇ:** Safra kesesi taşı hastalığına bağlı gelişen klinik tablo ve uygulanan operasyonlar günlük cerrahi pratiğinde önemli bir yere sahiptir. İnsidental saptanan safra kesesi taşları, 10 yıllık takiplerde % 20-25 oranında semptomatik hale gelebilmektedir.

Semptomatik hale gelen safra kesesi taşı hastalığı, hastalarda başta akut kolesistit olmak üzere birtakım komplikasyonlara yol açabilmektedir. 'Zor kolesistektomi' kavramı standart kolesistektomiye göre artan cerrahi riski içeren, ya biliyer anatomisinin net ortaya konamadığı (akut/kronik kolesistit) ya da cerrahi eksplorasyonun yeterince sağlanamadığı (obezite, kronik inflamasyon) bir kavram olarak ortaya konmuştur.

Ülkemiz şartlarında neredeyse her hastanede standart olarak gerçekleştirilebilen kolesistektomi operasyonu, donanım yetersizliği, cerrahi tecrübe eksikliği ve/veya kaçınılmaz bir takım intraoperatif komplikasyonlar nedeniyle ciddi bir morbidite ve mortalite kaynağıdır. Kendi hastanemizde de özellikle zor kese kavramını kullanabileceğimiz vakalarda uyguladığımız, intraoperatif komplikasyonların önlenmesinde yararlı bulduğumuz, subtotal kolesistektomi cerrahisinin sonuçlarını ve etkinliğini inceledik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kars Harakani Devlet Hastanesinde Mayıs 2014 – Şubat 2018 tarihleri arasında semptomatik kolelithiazis tanısıyla elektif olarak ve akut kolesistit tanısıyla acil şartlarda opere edilen 95 hastanın verisi retrospektif olarak tarandı.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 54±5, kadın/erkek oranı 3.5 idi.

79 hastada elektif cerrahi, 16 hastada akut kolesistit ön tanısıyla yatış sonrası uygulanan medikal tedaviye yanıtızsızlık nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulandı.

Akut kolesistitli hastalarda cerrahi endikasyonumuz; medikal tedaviye rağmen klinik tabloda düzelme olmaması, sağ subkostal bölgede ele gelen palpabl ağrılı distandü safra kesesi varlığı, BK ve CRP düzeylerinde yükseliş olmasıydı. Bütün hastalara standart 4 port laparoskopik yaklaşımla cerrahi planlandı.

95 hastanın 82'i laparoskopik kolesistektomi olarak tamamlandı, 13 hastada cerrahi diseksiyon zorluğu, Callot üçgeni ortaya konamaması nedeniyle konversiyon kolesistektomi yapıldı.

Açık cerrahiye dönülen 13 vakanın 4'ü total kolesistektomi ile tamamlanabilirken, 9 vakada operatif eksplorasyonda «güvenlik açısı» sağlanılamaması ve Callot disseksiyonunda ilerlenilememesi nedeniyle subtotal kolesistektomi uygulandı. Subtotal kolesistektomi vakalarının 3'ü erkek, 6'i kadındı.

Bu 9 hastanın hiçbirinde mekanik ikter tablosu ve ERCP işlemi öyküsü yok idi. 9 hastanın 7 tanesinde medikal tedaviye dirençli akut kolesistit tablosu var iken, 2 hasta elektif cerrahi planlanan gruptaydı.

Hastaların 7 tanesine rekonstitüsyonel tip, 2 tanesinde fenestran tip subtotal kolesistektomi uygulandı.

Postop takiplerinde subtotal kolesistektomi uygulanan 8 hastada, postoperatif herhangi bir cerrahi komplikasyon, safra kaçağı ve mortalite gözlenmezken, bir erkek hastada postoperatif pulmoner tromboemboli gelişmesi üzerine uygulanan medikal tedavi sonrası hasta şifayla taburcu edildi.

**Tartışma ve sonuç:** Subtotal Kolesistektomi; biliyer anatomi ortaya konamadığında çoğunlukla definitif cerrahi olarak uygulanabilir. Zorlu vakaların total kolesistektomiye zorlandığı durumlarda, gelişmesi çok muhtemel bir safra yaralanmasının hasta açısından oluşturacağı morbidite ve mortalite göz önüne alındığında subtotal kolesistektomi primer tedavi edici operasyon olarak uygulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** subtotal kolesistektomi, Callot üçgeni, güvenli cerrahi, laparoskopik kolesistektomi, safra yolu yaralanması.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr

### Subtotal fenestran kolesistektomi

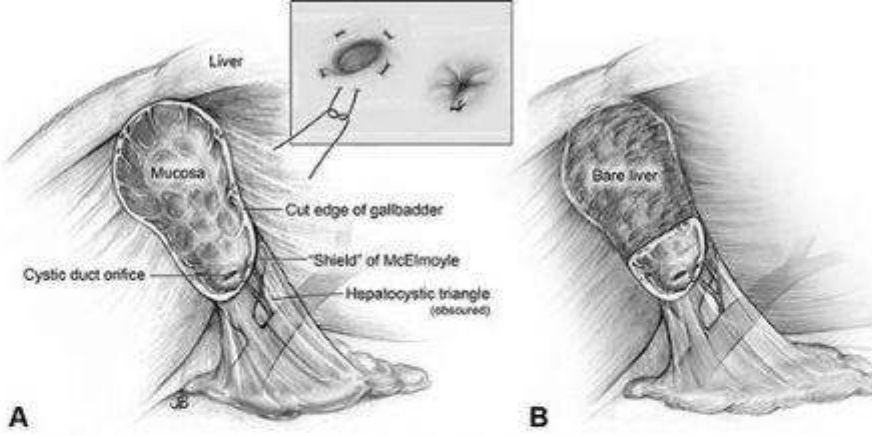


**Figure 5.** Subtotal fenestrating cholecystectomy. (A) The free, peritonealized portion of the gallbladder has been excised except for a lip at the lowest portion of the gallbladder. This acts as a shield to protect against inadvertently entering the hepatocystic triangle ("Shield" of McElmoyle). The portion of the gallbladder adherent to the liver has been left in situ. Stones have been extracted. The cut edge of the gallbladder may be oversewn. The mucosa is usually ablated. The cystic duct may be closed from the inside with a purse-string suture (inset). The cystic duct may be very short, and attempts to ligate the cystic duct outside the gallbladder may result in injury to the common bile duct. (B) As in Figure 5A, except a portion of the gallbladder adherent to the liver has been excised.

### Subtotal rekonstitusyonel kolesistektomi

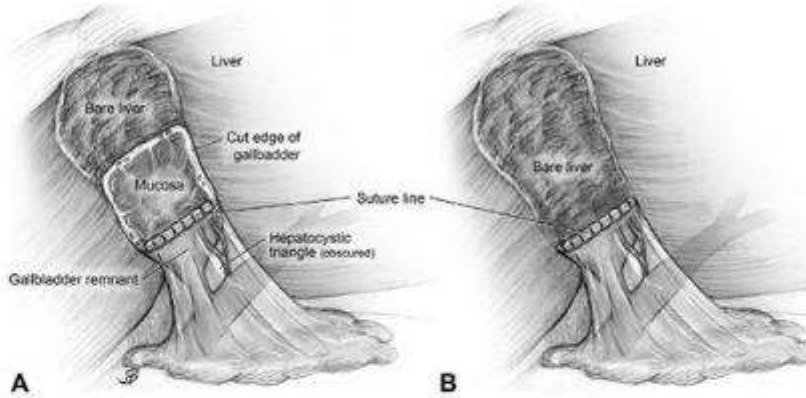


**Figure 6.** Subtotal reconstituting cholecystectomy. (A) The free, peritonealized portion of the gallbladder has been excised. The portion of the gallbladder adherent to the liver may be left in situ as in Figure 5A or partially excised as shown here. The lowest portion of the gallbladder is closed with sutures or staples, reconstituting an intact lumen in which stones may reform. (B) As in Figure 6A, except that only the lowest part of the gallbladder remains. As in Figure 6A, this is closed, reconstituting an intact lumen in which stones may reform. Whether the subtotal cholecystectomy is "fenestrating" or "reconstituting" depends on whether the lowest part of the gallbladder is left open (fenestrating) or closed (reconstituting) and not on the amount of gallbladder that is left attached to the liver.





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzu Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0671 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Hafif Biliyer Pankreatitte Nötrofil Lenfosit Oranının Ranson ile Korelasyonu

Hakan Çakıt, Muhammed Taha Demirpolat, Hüseyin Kerem Tolan, Tolga Canbak, Aylin Acar, Fikret Ezberci  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### Giriş

Nötrofil sayısında artış ve lenfosit sayısında azalma sepsis ve bakteriyemi ile bağlantılıdır. Nötrofil lenfosit oranı cerrahi stres ve enflamasyon gelişimini değerlendirmede yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, hafif akut biliyer pankreatit hastalarında, nötrofil lenfosit oranı ile Ranson değerlerinin korelasyonunun değerlendirilmesi amaçlandı.

#### Materyal metod

Ocak 2012- Aralık 2015 tarihleri arasında genel cerrahi servisine yatırılan hafif akut biliyer pankreatit hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların geliş ve 48. saat Ranson değerleri, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı ve nötrofil/lenfosit oranları hesaplandı. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanıldı ve  $p < 0.05$  anlamlı olarak değerlendirildi.

#### Bulgular

Çalışmaya 221 hasta dahil edildi. Hastaların 48'i (%22) erkek ve 173'ü (%78) kadındı. Median yaş 52 (aralık 18-94) idi. Geliş Ranson, 84 hastada 0 iken 70 hastada 1 ve 67 hastada 2 idi. Ranson 48. saat değeri, hastaların 81'inde 0, 69'unda 1 ve 71'inde 2 idi. Hastaların geliş ortalama nötrofil sayısı 7.58, ortalama lenfosit sayısı 2 ve 48. saat ortalama nötrofil sayısı 5.18, ortalama lenfosit sayısı 1.66 idi. Nötrofil lenfosit oranı değerlendirildiğinde, geliş ortalama nötrofil lenfosit oranı 6.33 ve 48. saatte 9.56 idi ( $p=0.02$ ). Hastaların 48. saatte ortalama nötrofil ve lenfosit sayıları düşerken ortalama nötrofil lenfosit oranları artmakta idi.

#### Sonuç

Akut hafif biliyer pankreatit takibinde nötrofil lenfosit oranı pratik olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Biliyer, Lenfosit, Nötrofil, Pankreatit, Ranson

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0672 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Kolesistektomi sonrası hastalar karaciğer yağlanması açısından takip edilmeli mi?

İsa Çam<sup>1</sup>, Ural Koç<sup>2</sup>, Samed Genez<sup>3</sup>, Abdullah Güneş<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Erzincan Mengücek Gazi EAH Radyoloji Kliniği, Erzincan

<sup>3</sup>Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Derince EAH, Radyoloji Kliniği, Kocaeli

<sup>4</sup>Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Derince EAH, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli

Karaciğer yağlanması ve kolelitiazis birçok metabolik faktörle ilişkili olmakla birlikte bilgisayarlı tomografi (BT) çekilen hastalarda sıkça karşımıza çıkmaktadır. Karaciğer yağlanması günümüzde global bir epidemi olarak kabul edilen bir tablo olup karaciğer yetmezliğine yol açabilmektedir. Güncel olarak, karaciğer transplantasyonu nedenleri arasında ikinci sıradadır. Karaciğer yağlanması çeşitli görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmektedir. Tanıda gold standart biyopsi olmakla birlikte her olguya biyopsi yapma şansı yoktur. Bu yüzden görüntüleme yöntemleri ön plana çıkmaktadır. Yağlanma kontrastsız BT'de karaciğer dansitesinde azalma ile karakterizedir. Biz bu çalışmada, kontrastsız BT görüntüleme yöntemi ile kolesistektomili ve kolelitiazisli hasta gruplarını kontrol grubu ile laboratuvar verileri eşliğinde karşılaştırmayı hedefledik. Çalışma retrospektif olup hastane veri sisteminden, kontrastsız BT çekilen 143 olgu çalışmaya dahil edildi. BT'de karaciğer yağlanmasını değerlendirmek için 4 anatomik bölge (segment 3,4,6 ve 8) belirlendi. Dalak referans kabul edildi. Ortalama karaciğer, dalak ve pankreas dansitesi, karaciğer/dalak dansite oranı, karaciğer-dalak dansite farkı, karaciğer ve dalak boyutları, anterior subkütan yağ doku kalınlığı ve karın çevresi ölçümleri yapıldı. Tüm gruplarda AST, ALT, GGT, ALP, Kolesterol, Trigliserit, LDL, HDL, AKŞ, Total-Direkt bilirubin, Albümin, WBC ve Platelet değerlerine bakıldı.

Kolesistektomili ve kolelitiazisli grup ile kontrol grubu arasında karaciğer ortalama dansiteleri arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.001$ ). Kolesistektomili grup ile kolelitiazisli grup arasında da karaciğer ortalama dansiteleri arasında fark bulundu ( $p=0.041$ ). En düşük dansite değerleri kolesistektomili grupta saptandı. Anterior subkütan yağ doku kalınlığı, karaciğer boyutu ile karaciğer yağlanması arasında pozitif korelasyon saptandı (Spearman's correlation  $r_2=0.213$ ,  $p=0.011$ ,  $r_2=0.405$ ,  $p<0.001$ ,  $r_2=0.326$ ,  $p<0.001$ ). Karaciğer yağlanması ile pankreas yağlanması arasında korelasyon saptanmadı ( $p=0.124$ ). Karaciğer yağlanmasının değerlendirilmesinde kontrastsız BT, manyetik rezonans(MR) ve USG görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. MR'ın sensitivite ve spesifitesi daha yüksek olmakla birlikte, kontrastsız BT'de de karaciğer yağlanması hem görsel hem niceliksel olarak değerlendirilebilmektedir. BT veya MR ile yapılmış kesitsel incelemeleri içeren klinik çalışmalar azdır. Daha çok biyokimyasal ve sonografik çalışmalar mevcuttur. Karaciğer yağlanması, günümüzün epidemik ve popüler konularından biridir. Çalışmamız numerik dansite değerlerinin ortaya konulması açısından operatör bağımlı sonografik bazlı çalışmalardan daha değerlidir. Sonuç olarak kolelitiazisli ve kolesistektomili olguların karaciğer yağlanması açısından takip edilmesi daha ileri çalışmalarla irdelenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** karaciğer yağlanması, kolesistektomi, takip

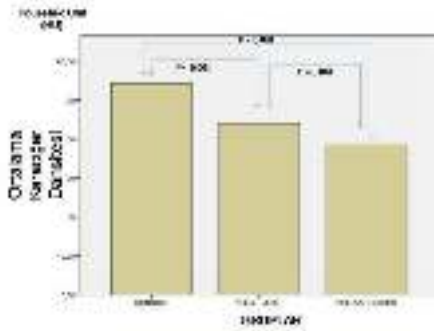
**Figur 1**

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



Kolesistektomili-kolelitiazisli-kontrol grupları arasında karaciğer ortalama dansiteleri

### Tablo1

[illegible]

Ortalama dansite degerleri

## Tablo2

| Cognitive              | Emotional | Social interests |            | Cognitive interests |            | Emotional | Social | Cognitive |
|------------------------|-----------|------------------|------------|---------------------|------------|-----------|--------|-----------|
|                        |           | Interest         | Engagement | Interest            | Engagement |           |        |           |
| Male                   | 10.40     | 12.81            | 10.34      | 11.21               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Female                 | 10.30     | 11.4             | 10.34      | 11.21               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age                    | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age <sup>2</sup>       | 1.30      | 0.34             | 1.30       | 0.34                | 0.30       | 0.10      | 0.10   | 0.10      |
| Age <sup>3</sup>       | 0.40      | 0.34             | 0.34       | 0.34                | 0.30       | 0.10      | 0.10   | 0.10      |
| Gender                 | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Gender             | 10.30     | 11.30            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>2</sup>   | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>3</sup>   | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>4</sup>   | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>5</sup>   | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>6</sup>   | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>7</sup>   | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>8</sup>   | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>9</sup>   | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>10</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>11</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>12</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>13</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>14</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>15</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>16</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>17</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>18</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>19</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>20</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>21</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>22</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>23</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>24</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>25</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>26</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>27</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>28</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>29</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>30</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>31</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>32</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>33</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>34</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>35</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>36</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>37</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>38</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>39</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>40</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>41</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>42</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>43</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>44</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>45</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>46</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>47</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>48</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>49</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>50</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>51</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>52</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>53</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>54</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>55</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>56</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>57</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>58</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>59</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>60</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>61</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>62</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>63</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>64</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>65</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>66</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>67</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>68</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>69</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>70</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>71</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>72</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>73</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>74</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>75</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>76</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>77</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>78</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>79</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>80</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>81</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>82</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>83</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>84</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>85</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>86</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>87</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>88</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>89</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>90</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>91</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>92</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>93</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>94</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>95</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>96</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>97</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>98</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>99</sup>  | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |
| Age*Age <sup>100</sup> | 10.30     | 10.34            | 10.34      | 10.34               | 10.30      | 10.10     | 10.10  | 10.10     |

Laboratuvar verileri ve BT bulguları



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0673 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### **ASA IVE hastalar için Akut kolesistit tedavisinde perkutan kolesistostomi kataterine alternatif tedavilerin tartışılma zamanı geldi**

Hamit Ahmet Kabuli<sup>1</sup>, Alpen Yahya Gümüšoğlu<sup>1</sup>, Seymur Abdullayev<sup>1</sup>, Aysun Erbahceçi Salık<sup>2</sup>, Kıvanç Derya Peker<sup>1</sup>, Mehmet Emin Güneş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Tokyo 2018 klavuzuna göre akut kolesistit olan yüksek riskli hastalarda perkutan kolesistostomi katateri(PK) öneri düzeyi 1 seviye B olarak bildirilmektedir. Yüksek riskin tanımı ise akut kolesistit ciddiyet seviyesi III, CCI (Charlson komorbidite indeksi) 4 veya daha büyük olanlar ya da American Society of Anesthesiologists (ASA-PS) 3 veya daha yüksek olanlardır. Bu grubun bir kısmı akut atağı geriledikten ve ek hastalığa bağlı ko-morbiditeleri düzeltildikten sonra kolesistektomiye adaydırlar. Ancak ASA IVE ile başvuran, akut atak tedavisi amacı ile PK uygulanan hasta grubunda, ek hastalıklarına bağlı ko-morbiditesi gerilemez, daima ASA IV olarak kalır ve çekilen kolanjiografide distale geçiş izlenmez pü drenajı devam ederse bu hastalar PK'ye bağlı kalmakta ve hayat kaliteleri düşmektedir. Bu hastalarda farklı tedavi modaliteleri düşünülmelidir. Biz çalışmamız ASA IV hastalarda PK uygulanmış ve katateri çekilemeyen hastaların sonuçlarını bildirmeyi amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2010-2018 yılları arasındaki PK uygulanan hastalar incelendi. Bu hastalardan halen takibe devam edenler ya da ex olanlar çalışmaya dahil edildi. Kliniğimiz tarafından işlem sonrası takip edilemeyenler çalışma dışına alındı. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, ek hastalıkları, ASA skorları, Tokyo Risk kategorileri değerlendirildi. Kolanjiografi ile değerlendirilen ve PK si çekilemeyen ve halen ASA IV olan hastaların verileri incelendi.

**SONUÇLAR:** İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2010-2018 yılları arasında toplam 266 ASA IV hastaya PK uygulandı. 107 hastanın PK'si ASA skorunda gerileme olmadığı için ve pü drenajın devam etmesi nedeni ile çekilemedi. Ortalama Yaş 70,6 yıl (56-84), Erkek / Kadın oranı: 1,18. Ortalama takip süresi 3,8 yıl. Takipte 15 hasta komorbiditeleri nedeniyle ölüm gerçekleşti.

**SONUÇ:** ASA IVE nedeni ile PK uygulanan hastalar PK ye alternatif tedavilerin kanıt değerinin düşük olması nedeniyle ve bu hastaların alternatif tedavi için komplikasyonların mortal seyretme olasılığı olması nedeniyle PK ile yaşamak zorunda kalacaklar gibi görülmektedir

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit, perkutan kolesistostomi, Tokyo 2018

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0674 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Kolesistoduodenal fistüllere laparoskopik yaklaşım deneyimimiz

Nail Omarov, Mesut Kaya, Azad Gazi Şahin  
Koç Üniversitesi hastanesi

Kolesistoduodenal fistüllere laparoskopik yaklaşım deneyimimiz

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Bilioenterik fistüller safra yollarının ve gastrointestinal sistemin nadir görülen anormal bağlantısıdır. Sıklıkla taş çapının 20mm'de büyük olduğu olgularda karşılaşırlar. Bu tip fistüller safra kesesi ile duodenum ya da kolon arasında oluşabilir. Safra kesesinin duodenuma fistülize olduğu durumlarda, akut ya da kronik kolesistit tablosu safra taşı ileusu ile beraber olabilir. Safra kesesinin kolona fistülize olduğu durumlar ise daha çok kronik kolesistit olarak kendini belli eder.

VAKA: 1

79 yaşında bayan hasta 7 gün önce üşütme, titreme şikayetleri üzerine dış merkezde tetkik edilmiş ve karaciğer enzimleri yüksek bulunması nedeniyle kurumumuza yönlendirilmiş. Batın USG'de safra yollarında hava tespit edilmesi üzerine yapılan MR incelemesinde intra ve ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon, aerobili ve koledok içerisinde safra çamuruna ait bulgular izlendi. Safra kesesi içerisinde taşlar, safra kesesi fundusu ile duodenum proksimali arasında fistül traktı saptandı. ERCP ile sfinkterotomi, koledoktan safra çamuru ekstraksiyonu yapıldı. Laparoskopik olarak fistül traktı rezeksiyonu için duodenum anterior yüzden EndoGIA ile wedge rezeksiyon yapıldı. İleri derecede yapışıklık nedeniyle açık olarak kolesistektomi tamamlandı. Hasta ameliyat sonrası 4. gününde şifa ile taburcu edildi.

Vaka 2

76 yaşında bayan hasta karın ağrısı şikayetiyle kurumumuza baş vurdu. Hasta, safra kesesinde 30 yıldır taş olduğunu ifade etti. Laboratuvar değerlerinde mekanik ikter izlenen hastanın batın USG ve MRCP'sinde safra kesesinde ve koledokta taş saptandı. Preop görüntülemelerde kolesistoduodenal fistül izlenmedi. ERCP ile sfinkterotomi ve koledoktan taş ekstraksiyonu yapıldı. Laparoskopik olarak kolesistektomi, perop saptanan kolesistoduodenal fistüle duodenum ön yüzden EndoGIA ile wedge rezeksiyon yapıldı. Hastanın safra kesesinde adenomatöz polip saptandı. Hasta ameliyat sonrası 7.gününde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Bilioenterik fistüller nadir karşılaşılan safra yolları komplikasyonlarıdır. Safra kesesinde taş olan hastalarda insidansı %0,15-8 arasında değişebilir. Genelde 60 yaş üzerinde görülür. Kolesistoduodenal fistüller porselen safra kesesi olgularında ileri derecede yapışıklıklarla beraber gelişebilir. Bu hastalarda karın ağrısı, bulantı, kusma, sarılık, şişkinlik, safra taşı ileusu gibi bulgular oluşabilir. Bu vakalarda mortalite %15-22 arasında değişebilir. Hastalarda mortalite yüksekliğinin esas sebepleri tetkik ve tedavi esnasında gelişebilecek pankreatit, kolanjit, safra fistülü, ileri yaş nedeniyle yüksek komorbidite olmasıdır.

Sonuç

Kolesistoduodenal fistüller ileri yaş hastalarda görülür. Komorbidite ve komplikasyon oranı yüksek olduğu için mortalite oranı yüksektir. Özellikle eski fistül olgularında safra kesesi kanseri açısından dikkatli olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolesistoduodenal fistül, laparoskopi, ERCP

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### EPS-0675 [Hepatobiliyer Cerrahi]

#### Kolorektal Kanser Karaciğer Metastazlı Hastalarda ALPPS prosedürü: Ankara Üniversitesi Deneyimi

Deniz Balcı<sup>1</sup>, Elvan Onur Kırımker<sup>1</sup>, Mehmet Ali Koç<sup>1</sup>, Evren Üstüner<sup>2</sup>, Tunahan Akdoğan<sup>3</sup>, Haydar Celasin<sup>4</sup>, Cihangir Akyol<sup>1</sup>, Ethem Geçim<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

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

<sup>4</sup>Kavaklıdere Umut Hastanesi, Ankara

#### GİRİŞ:

Kolorektal kanser karaciğer metastazı(KKKM) olan hastaların sağkalımı cerrahi müdahale ile arttırılabilmektedir. Fakat genişletilmiş karaciğer operasyonları sonrası oluşacak postoperatif remnant karaciğer(PRK) hacminin yetersiz kalması ve buna bağlı olarak karaciğer yetmezliği riskinin yüksek olması KKKM'li hastaların operabilitesini sınırlandıran en önemli faktördür. Son yıllardada ALPPS(Associating Liver Partitioning and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy) kısaltması ile bilinen ve PRK hacmini hızlı bir şekilde arttırılabilmesini sağlayan iki aşamalı bir karaciğer rezeksiyonu prosedürü tanımlanmıştır. Bu çalışmada KKKM'li hastalardaki ALPPS deneyimimizi sunmayı amaçladık.

#### METOD:

Aralık 2012 ile Aralık 2017 arası ALPPS prosedürü uyguladığımız 18 hasta incelendi. Tüm hastaların PRK hacim hesaplamaları preoperatif ve postoperatif 7. günde trifazik karaciğer bilgisayarlı tomografi(BT) den gelen görüntülerin Liversion yazılımı ile analiziyle yapıldı. Yeterli PRK rejenerasyonu oluşmayan hastalar iki hafta sonra tekrar BT ile değerlendirildi.

#### BULGULAR:

Sekiz hastaya sağ trisegmentektomi, dört hastaya genişletilmiş sağ hepatektomi, üç hastaya sol trisegmentektomi, bir hastaya sağ hepatektomi ve bir hastaya da sol hepatektomi(+)sağ posterior segmentektomi yapıldı. Bir hasta da ilk aşama yapılmış fakat yeterli PRK hacim artışı sağlanmasına rağmen intraoperatif ileri derecede adezyon olması ve kanama nedeniyle mortalite riskinden dolayı ikinci aşaması yapılamadı.

Hastaların yaş ortalaması 55,53'tür. Ortalama PRK hacim hipertrofisi % 71,53'tür. Hipertrofi için geçen sürenin median değeri 10 gündür. Birinci aşama sonrası hastanede kalım süresi ortalama 10,47 gün ve ikinci aşama sonrası ise 17,07 gündür. Birinci aşama sonrası iki hastada safra kaçağı, bir hastada pulmoner emboli. İkinci aşama sonrası ise 3 hastada karaciğer yetmezliği, bir hastada intraabdominal apse, iki hastada kesi yeri enfeksiyonu, bir hastada pnömoni, iki hastada safra kaçağı ve bir hastada safra fistülü izlendi. Patolojik değerlendirme, bir hasta R1, diğer hastalarda R0 olarak geldi İki hastada perioperatif (0-90 gün ) mortalite görüldü. Hastalardan üçü sırasıyla 17 ay, 20 ay ve 30 ay sonra nükse bağlı mortalite görüldü. Tüm hastaların Kaplan Meier analizi ile beklenen ortalama 1,3,5 yıllık sağkalımları %81, %57 ve %57 olarak saptandı.

#### SONUÇ:

KKKM'li hastalarda ALLPS prosedürü konvansiyonel yöntemlerle cerrahi yapılamayan hastalarda deneyimli merkezlerde potansiyel küratif bir cerrahi seçenek olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** ALPPS, Kolorektal Kanser, Metastaz, Karaciğer

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



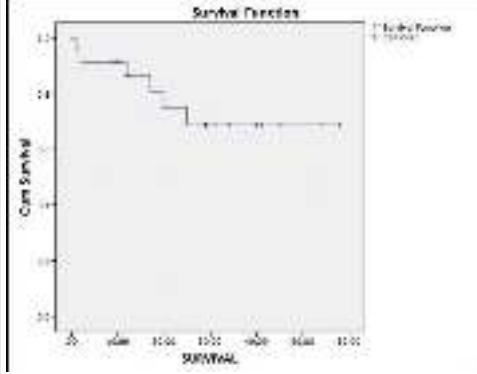
www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



Resim 1. Hastaların Kaplan-Meier analizine göre sağkalım grafiği



Tablo 1. Serimizdeki hastaların karakteristikleri.

|    | Yaş | Cinsiyet | Primer Tümör (Rektum /Kolon) | Metastaz Sayısı | En büyük metastaz (cm) | Operasyon* | FLR (ml) | FLR artış zamanı (gün) | Cerrahi Sınır | CEA   | Tm Nüks | Eksitüs (E/H) | Sağ kalım (ay) |
|----|-----|----------|------------------------------|-----------------|------------------------|------------|----------|------------------------|---------------|-------|---------|---------------|----------------|
| 1  | 42  | E        | R                            | 5               | 1,1                    | 1          | 629      | 16                     | -             | 2,75  | +       | E             | 11             |
| 2  | 50  | K        | R                            | 6               | 2                      | 1          | 509      | 7                      | -             | 5,41  | +       | E             | 17             |
| 3  | 46  | E        | R                            | 7               | 2                      | 1          | 735      | 9                      | -             |       | +       | E             | 30             |
| 4  | 54  | K        | K                            | 7               | 5                      | 6          | 520      | 7                      | -             | 6,3   | -       | E             | 1              |
| 5  | 58  | E        | R                            | 6               | 2,8                    | 2          | 802      | 13                     | +             | 93,83 | +       | E             | 20             |
| 6  | 65  | E        | K                            | 7               | 1,6                    | 3          | 695      | 19                     | -             | 7,7   | -       | E             | 2              |
| 7  | 70  | E        | K                            | 10              | 1,4                    | 5          | 355      | 117                    | -             |       | -       | H             | 30             |
| 8  |     | K        |                              |                 |                        | 2          |          |                        | -             |       | -       | H             | 4              |
| 9  | 62  | K        | R                            | 3               | 2,4                    | 4          | 619      | 6                      | -             | 6,98  | +       | H             | 44             |
| 10 | 36  | E        | K                            | 2               | 2,4                    | 1          | 385      | 7                      | -             | 4,11  | +       | H             | 42             |
| 11 | 66  | E        | K                            | 1               | 8,2                    | 2          | 708      | 9                      | -             | 3,12  | -       | H             | 44             |
| 12 | 56  | E        |                              | 7               | 8                      | 1          | 792      | 10                     | -             | 5,24  | +       | H             | 15             |
| 13 | 59  | K        | R                            | 2               | 6                      | 1          | 666      | 10                     | -             | 78,98 | +       | H             | 54             |
| 14 | 43  | E        |                              | 5               | 2                      | 1          | 365      | 13                     | -             | 0,5   | -       | H             | 6              |
| 15 | 72  | E        | K                            | 3               | 1,9                    | 3          | 543      | 17                     | -             | 2,37  | -       | H             | 43             |
| 16 | 61  | E        |                              | 6               | 2,5                    | 1          | 725      | 12                     | -             | 1,52  | +       | H             | 15             |
| 17 | 64  | E        | K                            | 3               | 4                      | 3          | 406      | 10                     | -             | 2,34  | -       | H             | 6              |
| 18 | 57  | E        |                              | 3               | 2,5                    | 3          | 538      | 31                     | -             | 2,85  | -       | H             | 31             |

\*1. Sağ triseksiyonektomi 2. Sol triseksiyonektomi 3. Genişletilmiş sağ hepatektomi 4. Sağ hepatektomi 5. Opere edilmemiş 6. Sol hepatektomi+ sağ posterior segmentektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0676 [İdari Konular]

#### Multitravmayla Acil Servise Gelen Hastalarla İlgili Birimler Arasındaki Sorunlar ve Çözümler

Yıldırım Dadük<sup>1</sup>, Murat Karakoç<sup>1</sup>, Ali Levent<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Şanlıurfa

**Amaç;** Acil cerrahi servisine multitravmayla gelen hastalarla ilgili, birimler arasındaki tartışmayı engellemek, erken resüstasyonun yapılması ve ilgili birimin adına yatırılarak tedavisi başlanması mortalite ve morbiditeyi azalttığını kanıtlamak.

**Gereç ve Yöntemler;** 2016-2017 yılları arasında multitravma nedeniyle acile cerrahi birimimize entübasyon gerektirmeyen 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi, genel cerrahi ve ortopediyi ilgilendiren hasta grupları seçildi. Radyolojik olarak bilgisayarlı tomografi ve direk grafilardan yararlanıldı. Bu hastaların hepsi cerrahi yoğun bakımda takip edildi. Hasta gruplarının yarısı daha önce belirlenen doktor adına, diğer yarısı acilde belirlenen birim adına yatırıldı. **Bulgular;** Multitravmalı hastalardan acil cerrahide bütün tetkikleri ve resüstasyonları yapıldıktan sonra direk cerrahi yoğun bakım sorumlusu adına yatırılıp takip edildiğinde, hastalar hızlı bir şekilde değerlendirildiği ve yoğun bakıma transportu hızlı olduğu görüldü. Hastaların iyileşme süresi daha kısa olduğu saptandı. Yoğun bakımdan ilgili servise erken nakledildi. Birimler arasında tartışmalara sebebiyet verilmedi. Diğer grup ise yoğun bakıma nakledilme aşamasında ve yatışı esnasında tetkik ve tedavide aksama ve gecikmeler oldu. Yoğun bakımda uzun süre yattıktan sonra hangi servise gideceği konusunda tartışmalar yaşandı.

**Sonuç;** Multitravma nedeniyle acil cerrahi birimine gelen hastaları acil uzmanı tarafından karşılanması ve hızlıca tetkik ve müdahaleleri yapılmalı. Daha önce idare tarafından belirlenen cerrahi branşın adına yatışı yapılması durumunda hastaların mortalite ve morbiditesi azalır.

**Anahtar Kelimeler:** Erken transport, multitravma, uyumlu çalışma

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzu Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0677 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Subtotal kolektomiyadan sonra ağız boşluğunun ve dışının mikroflorasının dinamikleri

Hidayet Hidayet Bilaloğlu, Turan Muradkızı Kerimova  
M.A.Topçubaşov adına bağlı Elmi Cerrahiye Merkezi, Bakü, Azerbaycan

Dekompanse dönemde olan yavaş geçişli kabızlık(kolonik inertia(Kİ) ) nedeniyle subtotal kolektomi (SK) uygulanmış hastalarda sindirim sistemindeki mikroflorada ciddi değişiklikler ortaya çıkıyor.

AMAÇ: Kİ nedeniyle SK sonrası ağız boşluğu(AB) mikroflorasının içeriği ve miktarındaki değişiklikleri tanımlamaktır.

YÖNTEMLER: SK uygulanmış 30 hastada (1. grup) ve 10 sağlıklı kişide (2. grup) AB'da mikroflora değerlendirilmiştir. Mikropların koloni yapma kapasitesi (KYK) ve Antilizosim aktivitesi(ALA) hesaplanmıştır.

Bulgular: 1. Grupda stafilokoklar 3,6-105 KYV/sm<sup>2</sup>; 2.grupda 2,56±0,49x10<sup>2</sup> KYV/ sm<sup>2</sup> tespit edilirken St. Aureus %47 olmuş; 2.grupda %8 tespit edildi.

1.grupda Laktobasiller %73,2(8,8 ±1,2x10<sup>4</sup> KYV/sm<sup>2</sup> ), 2.grupda 5,87±1,09x10<sup>5</sup> KYV/sm<sup>2</sup> tespit edilmiştir.

Staphylococcus epidermidis 1.grupda 5,2x10<sup>5</sup>±0,68x10<sup>3</sup> KYV/sm<sup>2</sup>; 2.grupda 2,0±0,27x10<sup>2</sup> KYV/sm<sup>2</sup> miktarında belirlendi.

Streptococcus salivarius 1.grupda %57,3, 2.grupda %24,8 seviyesindeydi; Strep. mutans 1.grupda %30,9; 2.grupda %15,6 ve Strep. haemolyticus sırasıyla %44,3 ve %8,2 belirlendi.

Strep.mitis 1.grupta 2,51±0,38x10<sup>5</sup> KYV/sm<sup>2</sup>, 2.grupta 1,05±0,38x10<sup>4</sup> KYV/sm<sup>2</sup> ve 1. Grupta AB'da Candida grubu mantarları %57,6, 2.grupda %21,3 saptanmıştır. Normal sağlıklı bireylerin AB'da %90,7 Laktobakteri, %23,9 bakteroid ve %25,9 S.aureus saptanırken, Enterobakteri görülmedi.

Staph. aureus ve Staph. epidermidis hariç diğer patojen mikrofloranın ALA göstergesi her iki grupta da düşük seviyededir.Staph. aureus ve epidermidisin ALA göstergeleri 1. Grupta 2. Gruba kıyasla sırasıyla 2,5 ve 1 kez yüksek düzeyde saptanmıştır.

SK uygulanan hastalarda AB'nun mikrobiyotik florasının özelliği enterobakteriyaların algılama, Staph. Aureus'un kolonisinin 2 defadan fazla artması, laktobasillerin dominantlığının %76,2 azalması ve Candida grubu mantarlarının dominant durum almasıdır(%57,6).

SONUÇ: SK yapılan hastalarda AB'nun biyolojik savunma faktörlerinin azalmasıyla mikrofloranın yüksek invazivliyi arasında korelasyon vardır. Kİ nedeniyle SK uygulanmış hastalarda uzun dönemde AB'nun mikroflorasında stafilokokların ve streptokokların artması (sırasıyla % 70,5 ve 27,9), laktobasillerin dominantlığının %76,2 azalması ile yapısal değişim oluşur. Mikrofloranın önemli bir bölümünü gram pozitif flora (%78), maya mantarları(%44,8) ve enterobakteriler(%37,1) oluşturur.

**Anahtar Kelimeler:** subtotal kolektomi, mikroflora, ağız boşluğu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0678 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### İleosigmoid düğümlenmenin klinik görünümü ve tanısı

Sabri Selçuk Atamanalp, Esra Dişçi, Erdem Karadeniz  
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

**AMAÇ:** İleosigmoid düğümlenmenin klinik görünümü ve tanısını irdelemek.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Haziran 1966 ile Temmuz 2017 arasındaki 51 yıllık sürede tedavi edilen 79 hastanın kayıtları, Haziran 1986'ya kadar (56 olgu) retrospektif, ondan sonra da (23 olgu) prospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş 47.4 yıldır (aralık: 7-92 yıl), 57 hasta (% 72.2) erkekti. Hastalardan 14'ünde (% 17.7) sigmoid volvulus hikayesi, 14'ünde (% 17.7) eş hastalık, 3'ünde (% 13.6, 3/22 kadın) de gebelik vardı. Ortalama semptom süresi 44.2 saattir (aralık: 6-120 saat), 43 hasta (% 54.4) şoktaydı. En sık belirtiler karın ağrısı (% 100.0), gaz-gaita çıkaramama (% 98.7), şişkinlik (% 96.2) ve kusma (% 78.5); en sık bulgular karında hassasiyet (% 100.0), şişkinlik (% 96.2), hipo-hiperkinetik barsak sesi (% 89.9), boş rektum (% 50.6), müsküler defans-rebound pozitifliği (% 48.1) ve gangrenöz rektal muhtevaydı (% 15.2). Direk grafisi bulunan 57 hastadan 4'ünde (% 7.0), genişlemiş sigmoid kolon ile birlikte çok sayıda barsak hava-sıvı seviyesinden oluşan radyolojik bulgular vardı. Klinik veriler direk grafilerle birlikte değerlendirildiğinde doğru tanı oranı % 12.7 idi. İleosigmoid düğümlenme, hastaların % 69.6'unda obstrüktif acil, % 17.7'sinde de nonobstrüktif acil olarak yanlış tanı almıştı. CT ve MR'ın doğru tanı oranları, ileum ve sigmoid kolon mezolarındaki dönme ile birlikte çok sayıda barsak hava-sıvı seviyesinden oluşan radyoloji bulgular ile % 100.0 idi (sıra ile 8/8 ve 3/3).

**TARTIŞMA-SONUÇ:** İleosigmoid düğümlenme genellikle erişkin erkeklerde görülür. Karın ağrısı-hassasiyet, gaz-gaita çıkaramama ve şişkinlik çoğu hastada vardır. CT veya MR kullanılmazsa ameliyat öncesi doğru tanı kolay değildir.

**Anahtar Kelimeler:** İleum, Sigmoid kolon, Düğümlenme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0679 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Nadir Bir İleus Sebebi, Chilaiditi sendromu olan ve Gullian Barre Gelişimi Sonucu Oluşan İleus Tablosu

Enes Şahin, İlhan Ece, Serdar Yormaz, Bayram Çolak, Akın Çalışır, Halil Kirazlı  
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

**AMAÇ:** Chilaiditi sendromu, kolon veya ince bağırsakların sağ diyafram ile karaciğer arasına yer değiştirmesi durumudur. Genellikle bulgu vermemesine rağmen, bazı hastalarda solunum ya da sindirim sistemi ile ilgili yakınmalara neden olabilir. Gullian Barre sendromu ise periferik sinir sisteminin akut başlangıçlı, immün aracılı bir bozukluğudur. Hastanemize karın ağrısı ve gaz gaita çıkaramama şikayetleri ile başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda chilaiditi sendromlu hastada gullian barre sendromu da gelişmesi üzerine ileus olan hastamızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 72 yaşında erkek hasta hastanemize karın ağrısı ve gaz gaita çıkaramama şikayeti ile başvuruda bulundu. Hastanın acil serviste yapılan muayenesinde batın distandü görünümde izlendi. Akut batın hali mevcut olmayan hastanın rektal tuşesi boş olarak değerlendirildi. Yapılan tetkiklerinde ADBG'de ince barsak segmentlerinde seviyeleri olduğu izlendi. Etyoloji amacı ile çekilen tomografisinde ince barsak seviyelerine ilave olarak sağ hemidiyafram oldukça yüksek konumda bulunmuş olup görüntüye giren kesitlerde akciğer sağ alt lobun havalanmadığı tespit edildi. Kolon segmentinin karaciğerin üzerinde diyafram altında yerleşim gösterdiği belirtilerek hastaya chilaiditi sendromu tanısı koyularak genel cerrahi servisine yatırıldı. Yattığı süreçte ekstremitelerinde güçsüzlük şikayetleri de gelişmesi üzerine nöroloji konsültasyonu istenmiş ve yapılan tetkikler neticesinde hastaya Gullian Barre tanısı koyuldu. Daha önceden cerrahi girişimi olmayan ve yapılan tetkiklerde ileus için etyolojik bir sebep bulunamayan hastanın chilaiditi sendromu dışında bir patoloji bulunamayan hastanın akut gelişen gullian barre sendromundan dolayı diyafram paralizi geliştiği ve buna bağlı olarak kolon segmentinin karaciğer üzerinde diyafram arasında sıkışarak ileus kliniği oluşturduğu düşünüldü. Hasta nöroloji servisine devredilerek tedavisi planlandı ve ileus kliniği de düzeldi.

**SONUÇ:** Genel cerrahi acil vakaları içerisinde barsak obstruksiyonları ve ileus hastaları ile oldukça sık karşılaşılmaktadır. İleus hastalarında etyolojisinde daha önceden operasyon geçiren hastalarda brid ileus veya yeni gelişen bir tümöre bağlı barsak obstrüksiyonları ilk akla gelmektedir. İleus etyolojisi araştırılırken chilaiditi sendromu olan hastalarda nörolojik hastalıklarında etkili olarak ileus kliniği oluşturabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** ileus, chilaiditi sendromu, gullian barre

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0680 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Nadir Görülen Bir Akut Batın Sebebi, Ogilvie Sendromu

Semra Demirli Atıcı<sup>1</sup>, Hüseyin Esin<sup>1</sup>, Dilek Kuzukıran<sup>2</sup>, Cengiz Aydın<sup>1</sup>, Levent Uğurlu<sup>1</sup>, Yasemin Kırmızı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi

Ogilvie sendromu diğer adıyla akut kolonik psödoobstrüksiyon; organik obstrüksiyon olmaksızın kolonun aşırı derecede dilatasyonu ile obstrüksiyon bulguları oluşturan sendromdur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte patogeneizde sempatik innervasyon dengesizliğinin rol oynadığı, geçirilmiş cerrahi operasyonlar, travma ve kardiyak hastalıklar ile ilişkilendirilmiştir.

OLGU: 58 yaşında erkek hasta acil servise on gündür gaz ve gayta yapamama şikayeti ile başvurdu. Geçirilmiş menenjit ve ortopedik multipl operasyon öyküsü olduğu, daha önce benzer şikayetlerle acil servise multipl başvuruları olduğu gözlenmiştir. Hastanın yapılan fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet ve abdominal distansiyon mevcuttu, yapılan rektal tuşede rektum boş olarak saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 11,700 (%85 nötrofil hakimiyeti mevcut) dışında patoloji yoktu. Çekilen ADBG'de yaygın hava sıvı seviyesi saptandı. Tüm Abdomen BT'de kolonik ansların yaygın dilate ve çekum çapının 15cm olduğu gözlemlendi. Hasta ön planda Ogilvie Sendromu düşünüldü, mevcut fizik muayenesinde mikroporasyon olasılığı göz önünde bulundurularak acil opere edildi. Subtotal kolektomi ve uç ileostomi uygulandı. Postoperatif servis izlemine alındı. Ostomisi çalışan hastaya oral başlandı, tolere etti, artırıldı. Hasta postoperatif 7. gün dreni çekilerek, şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Ogilvie Sendromu multifaktöriyel olup, geçirilmiş cerrahi girişimler, travma (özellikle retroperitoneal), enfeksiyon, kalp hastalıklarının etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar, olguların %95 kadarının medikal ya da cerrahi durumlarla ilişkili olduğunu, geri kalanının ise idiyopatik olduğunu göstermiştir. Bugün hastalığın spesifik tedavisi konservatif yaklaşım ve uygulama olanağı varsa kolonoskopik dekompresyondur. Cerrahi girişim peritoneal irritasyon bulgularına sahip ve kolonik dekompresyondan fayda görmeyen hastalarda uygulanmalıdır. Ogilvie sendromlu hastalarda tanı mekanik bir obstrüksiyon için spesifik olmayan belirti ve semptomların Ogilvie sendromuna bağlı olabileceğinin düşünülmesi ile konur. Bu hastalarda yaygın abdominal distansiyon mevcuttur ve genellikle yandaş bir patolojiye sahiptirler. Tanı koymada spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Anamnez ve görüntüleme tetkiklerinden Ayakta düz batın grafisi ve tüm abdomen BT tanı koymada yardımcı olur. Acil operasyon gerektirecek peritonit hali olmayan veya görüntülemelerinde batın içi iserbest hava saptanmamış olan olguların oral alım kesilir, nazogastrik dekompresyon, intravenöz sıvı tedavisi, rektal tüp ve lavman uygulanarak konservatif yaklaşılmaktadır. Konservatif takip sırasında gelişebilecek en önemli komplikasyon çekum perforasyonudur. Yapılan çalışmalarda çekum perforasyonunun insidansı %3-40, ve buna bağlı mortalite de %40-50 olarak bildirilmiştir. Medikal tedaviye yanıtız veya akut batın bulguları olan hastalarda mutlaka cerrahi girişim geciktirilmeden uygulanmalıdır. Cerrahi girişim olarak subtotal kolektomi ve uç ileostomi tercih edilmelidir.

SONUÇ: Ogilvie sendromlu hastalarda tanı mekanik bir obstrüksiyon için spesifik olmayan belirti ve semptomların Ogilvie sendromuna bağlı olabileceğinin düşünülmesi ile konur. Peritoneal irritasyon bulgusu olmayan hastalarda konservatif takip önerilmektedir. Konservatif takip sırasında gelişebilecek en önemli komplikasyon olan çekum perforasyonu akılda tutulmalı ve hastalar yakın takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** ogilvie sendromu, akut kolonik psödoobstrüksiyon, subtotal kolektomi, çekum perforasyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Subtotal Kolektomi Materyali



Subtotal Kolektomi Materyali

### Hastanın preopreatif batin distansiyonu mevcut



Hastanın preopreatif batin distansiyonu mevcut

### Peroperatif Tüm Barsak Anslarında Yaygın Dilatasyon Mevcut



Peroperatif Tüm Barsak Anslarında Yaygın Dilatasyon Mevcut

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0681 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolon rektum cerrahisinde CR-POSSUM, orijinal ACPGBI and yeni ACPGBI skorum sisteminin karşılaştırılması

Ömer Faruk Özkan<sup>1</sup>, Ali Güner<sup>2</sup>, Ümit Kaya<sup>2</sup>, Can Keçe<sup>2</sup>, Erhan Resi<sup>2</sup>, Sevgi Kesici<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Önceki Kurum: Trabzon:Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>Önceki Kurum: Trabzon:Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

#### Amaç

Kolorektal kanser cerrahisinden sonra mortaliteyi saptayabilmede etkinliğini değerlendirmek için Colorectal Physiological and Operative Score for enUmeration of Mortality and Morbidity (Cr-POSSUM), orijinal Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI) ve yeni ACPGBI skorum sisteminin karşılaştırılması amaçlandı.

#### YÖNTEMLER:

Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan 105 hastanın Cr-POSSUM, orijinal ACPBGI ve yeni ACPGBI skorları geriye dönük olarak hesaplandı. Veriler hastaların tıbbi kayıtları ve ameliyat notlarından elde edildi. Mortalite, ameliyattan sonraki 30 gün içinde ölüm olarak tanımlandı. Skorlar, kalibrasyon ve diskriminasyon olarak değerlendirilerek doğrulandı. Kalibrasyon, Hosmer-Lemeshow uyum iyiliği testi ve buna tekabül eden kalibrasyon eğrileri kullanılarak değerlendirildi. Modellerin ayırt edici kabiliyeti ise (ROC) eğrisi analizi kullanılarak değerlendirildi.

#### SONUÇLAR:

Gözlenen mortalite oranı% 4.8 idi. Cr-POSSUM, orijinal ACPGBI ve yeni ACPGBI'nin mortaliteyi tahmini sırasıyla% 9.92,% 7.35 ve% 4.20 idi. Cr-POSSUM, orijinal ACPGBI ve yeni ACPGBI puanları için eğri altındaki alanların (AUC) sonuçları sırasıyla 0,792, 0,844 ve 0,801'dir.

#### SONUÇLAR:

Cr-POSSUM, orijinal ACPGBI ve yeni ACPGBI skorum sistemleri, mortalite oranlarının belirlenmesinde ve bireysel hastalarda ölüm riskinin tahmininde etkin yöntemlerdir. Yeni ve orijinal ACPGBI skorum sistemleri, Cr-POSSUM puanlama sisteminden biraz daha iyi performans göstermiştir.

Bu çalışma Chirurgia (Bucur). 2014 Nov-Dec;109(6):800-5'da basılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal kanser, CR Possum. Yeni ACPGBI

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0682 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolostomi kapatılmasının postoperatif komplikasyonları ve komplikasyon gelişmesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi

Nuri Emrah Göret<sup>1</sup>, Ceren Canbey Göret<sup>2</sup>, Kenan Çetin<sup>3</sup>, Ahmet Feran Ağaçaşan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Bu çalışmada kolostomi kapama operasyonu yapılan hastalarda postoperatif dönemde hangi komplikasyonlarla karşılaştığımızı ve bunları minimuma çekebilmek için ne gibi önlemler alınabileceğinin sunulmasını amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Ocak 2007 ile Ocak 2015 tarihleri arasında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde kolostomi kapama operasyonu uygulanan 168 hasta retrospektif olarak incelendi. Çifte namlusu şeklinde açılan uç ilostomi-kolonik müköz fistül stoma kapamaları, divine kolostomi kapamaları ve tüp çekostomi kapamaları çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalar cinsiyet, yaş, ek hastalık, ilk operasyon nedeni, acil mi elektif mi olduğu, stoma şekli, ilk operasyonla kapama süresi arasında geçen süre (ay), insizyon şekli, ameliyat süresi, anastomoz kapatma yöntemi ve şekli, yatış süresi, operasyon sonrası gelişen komplikasyonlar kıyaslama yapılarak değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Toplam 168 hastanın 118'i (%70.1) erkek, 50'si (%29.8) kadın idi. Olguların yaş dağılımı 20-88 arasında olup, yaş ortalaması 52.8 (SD:15.6) idi. Hastaların 63'üne (%37.5) malignite, 25'ine (%14.9) travma, 40'ına (%23.8) divertikül perforasyonu, 18 'ine (%10.7) volvulus, 22'sine (%13.1) diğer benign sebeplerden dolayı stoma açılmıştır. 142 (%84.5) operasyon acil, 26 (%15.5) operasyon elektif koşullarda yapılmıştır. Acilde en fazla uç kolostomi, elektifte sigmoidostomi uygulanmıştır. Yalnızca stoma kapatma operasyonu yapılan sigmoidostomili ve transversostomili hastalar insizyon şekilleri lokal ve laparotomi olarak karşılaştırıldığında operasyon süreleri ve yatış süreleri arasında anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,05$ ).

Postoperatif takiplerinde 36 (%21.4) hastada komplikasyon tespit edilmiş olup 27 (%16) hastada yara yeri enfeksiyonu, 14 (%8.3) hastada evisserasyon, 6 (%3.6) hastada tedavi düzenlemesi veya değişimi gerektirecek pulmoner komplikasyon, 4 (%2.4) hastada pasaj problemi (anastomoz kaçağı olmaksızın 5 günden fazla gaita deşarjı olmaması) ve 9 hastada anastomoz kaçağı (%5.3) gelişmiştir. Anastomoz kaçağı gelişen 1 hasta konservatif, 8 hasta reopere edilerek tedavi edildi. Birden fazla ağır komorbiditesi olan 5 hasta (%2.98) postoperatif ex olmuştur. Anastomoz kaçağı, yara yeri enfeksiyonu ve eviserasyon DM'li hastalarda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bekleme süresi 3 aydan daha uzun olan hastalarda, 3 ay ve daha kısa olan hastalara göre anastomoz kaçağının anlamlı olarak daha az görüldüğü saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**SONUÇ:** Kolostomi kapama işleminin mortalitesi azımsanmayacak seviyede olan ve morbiditesi yüksek olan bir operasyon olduğunun unutulmaması gerektiğini ve komplikasyon oranlarının azaltılması için komorbiditenin kontrolünün önemli olduğunu söyleyebiliriz.

**Anahtar Kelimeler:** Kolostomi, anastomoz kaçağı, postoperatif komplikasyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0683 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Rektal Dev Tubulovillöz Adenom Zemininde Müsinöz Adenokarsinomun Transanal Eksizyonu

Süleyman Çağlar Ertekin<sup>1</sup>, Yalçın Burak Kara<sup>3</sup>, Mümin Coşkun<sup>2</sup>, Tevfik Kıvılcım Uprak<sup>2</sup>, Vafi Atalay<sup>2</sup>, Şevket Cumhuriyet Yeğen<sup>2</sup>, Ömer Günel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Kars Sarıkamış Devlet Hastanesi, Kars

Polipler mide, ince bağırsak ve kalın bağırsaktan kaynaklanan ve organın iç yüzeyine doğru büyüyen ve milimetrik ölçülerden, santimetre ile ifade edilen ölçülere ulaşabilen kitlelerdir. Yaşam boyu bağırsak polibi belirlenme riski % 6 olarak bildirilmektedir. Kolonoskopi tetkikinde, yüksek riskli olarak bulunan poliplerin, sadece % 5'inde bağırsak kanseri belirlenmektedir.

#### OLGU:

83 yaşında ileus tablosuyla acil servise başvuran Kalp yetmezliği ve Atrial fibrilasyonu olan (Ejeksiyon fraksiyonu %30) hastanın yapılan rektal muayenesinde rektum 4.cm'den başlayan proksimale uzanan obstrüksiyon yaratan dev kitle palpe edildi. Obstrüksiyon nedeniyle acil operasyon kararı alınan ve anesteziyoloji muayenesinin ardından genel anestezi uygulanması riskli olan hastaya spinal anestezi uygulanmasına karar verildi. Spinal anestezinin ardından litotomi pozisyonu verilen hastaya yapılan rektal muayenede dev polipoid kitlenin mobil olduğu saptandı ve lokal eksizyona karar verildi. rektum 3.cm'den proksimale doğru 10cm çaplı cerrahi sınırlar korunarak lokal ekzizyon yapıldı. Rektum tam kat eksize edildi ve eksizyon alanı çiftkat sütürler ile kapatıldı. Hastanın postoperatif 1.gün defekasyonu oldu. postoperatif. 5.gün taburcu edildi. Spesmenin patoloji sonucu 10x7x6 cm geniş tabanlı vegetatif görünümde 1 adet doku parçası tubulovillöz adenom zemininde müsinöz adenokarsinom, cerrahi sınırlar sağlam T1 tümör olarak raporlandı. Onkolojik kontrol çekilen PET filminde patoloji saptanmadı.

#### TARTIŞMA:

Barsak kanserinin bilinen öncelikli tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Kolorektal adenomlar malignleşebilen premalign lezyonlardır. Malignleşme riski adenomun boyutu ve sayısı arttıkça yükselmektedir. İstinai olarak villöz adenomlar malignleşmeden dramatik boyutlara ulaşabilmektedirler. Malignite komponenti barındıran adenomların tedavisi cerrahidir. Cerrahinin tipi preoperatif değerlendirmelere göre şekillenmektedir. Olgumuzda hastanın ek hastalıkları nedeniyle genel anestezi uygulanması riskli olduğu için spinal anestezi ile lokal eksizyon operasyonu uygulanmıştır.

#### SONUÇ:

Poliplerin tanısı ve erken tedavisi için altın standart yöntem endoskopidir. Hastamız geç tanı almasına ve obstrüksiyon kliniği ile başvurmaya rağmen cerrahi sonrasında invazif kanser saptanmamıştır. Kitle eksize edildikten kısa bir süre sonra klinik tablos hızla düzelmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** dev rektal polip, transanal eksizyon, adenokarsinom, rektum

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**rektal dev polip - spinal anestezi ile muayene**



**rektal dev polip - spinal anestezi ile muayene**

**rektal dev polip - transanal eksizyon**



**rektal dev polip - transanal eksizyon**

**rektum duvarının kapatılması**



**rektum duvarının kapatılması**

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0684 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Pararektal Kitle: Nadir Görülen Agressif Anjiomiksoma Olgusu

Sadettin Er, Sabri Özden, Birkan Birben, Metin Yalaza, İsa Sözen, Erdinç Çetinkaya, Hüseyin Berkem, Yusuf Sevim, Serhat Ocaklı, Ahmet Keşşaf Aşlar

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği/ Kolorektal Departmanı

**Amaç:** Pararektal bölgede nadir görülen ve genç kadınlarda tanı olarak hatırlanması gereken bir olguyu sunmaktır.  
**Olgu:** Jinekolojik muayene yapılan ve gebelik kesesi tespiti için başvuran 21 yaşındaki bir kadın hastada, pelvik Ultrason ile rahimde gebelik kesesi (beta hcg: 1911 mU / mL) ve vajinayı öne doğru iten içinde yoğun heterojen bir sıvı bulunan rahim ağzının posteriorunda 10x8 cm'lik bir kitle tespit edildi. Bunun üzerine hastaya pelvik Magnetik Resonans Görüntüleme(MRG) yapıldı. MRG'de lezyonun T1'de hipo ve hipersignal, T2'de intermediate buyutunun 10x8x13cm ve bilobüle olduğu görüldü. Bu aşamada bulgular tailgut kisti ile uyumlu idi. Hasta kadın doğum servisi tarafından kolorektal cerrahi kliniğine danışıldı. Gebelik yüzünden ameliyat ertelendi. Fakat, 2 hafta sonra hastanın bebeğinin sonlandırılması üzerine hasta ameliyat edildi. 20x10x6 cm ebatlarındaki kitleler parakoksigeal yaklaşımla tamamen çıkartıldı. Kontrolsüz bir kanama yüzünden peking işlemi gerçekleştirildi. 24 saat sonraki reoperasyonda kanama olmaması üzerine yara sütüre edildi. Patolojik tanıda, tümör hücreleri hem östrojen hem de progesteron reseptörleri, desmin pozitif ve periferik iskelet kası içeren agresif anjiomiksoma olarak raporlandı. Postoperatif 7. gününde hasta taburcu edildi.  
**Tartışma ve sonuç:** Agresif anjiomiksoma da tedavi negatif cerrahi sınır elde etmek için yapılan cerrahi rezeksiyondur. Bu hastalarda rekürrens oranı sıklıkla % 25-47 arasında değişirken, rekürrenslerin % 85'i 5 yıl içinde gerçekleşir(1). Tedavide gonadotropin salınım hormonu agonisti (GnRH-α) ve aromataz inhibitörleri kullanılmaktadır. Özellikle radyoterapi ile rekürrensin 2-3 yıl gözlenmediği bildirilmiştir(2). Bu hastaların uzun dönem yakın takip edilmesinin uygun olduğunu düşünüyoruz.

#### Referanslar

- 1- Sutton BJ, Laudadio J. Aggressive angiomyxoma. Arch Pathol Lab Med 2012;136:217–21.
- 2- Suleiman M, Duc C, Ritz S, et al. Pelvic excision of large aggressive angiomyxoma in a woman: irradiation for recurrent disease. Int J Gynecol Cancer 2006;16(suppl 1):356–60.

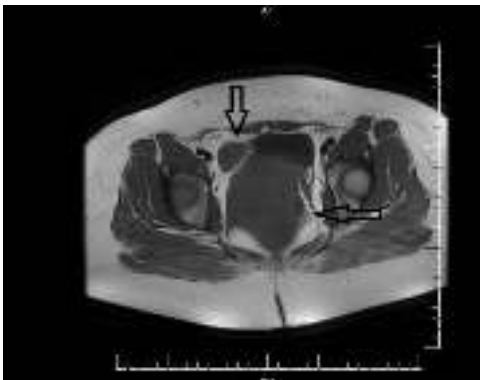
**Anahtar Kelimeler:** Agresif anjiomiksoma, rekürrens, anokoksigeal yaklaşım

Şekil-1



MR Şekil-1

Şekil-2



Şekil-2

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0685 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Sağ Hemikolektomi Sonrası Stapler Anastomozuna Bağlı Kolonik-Psoas Fistülü ve Apsesi:Olgu Sunumu

Mehmet Emin Unutmaz, Şevket Barış Morkavuk, Ersin Gürkan Dumlu, Abdussamed Yalçın, Ali Coşkun, Mehmet Kılıç Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

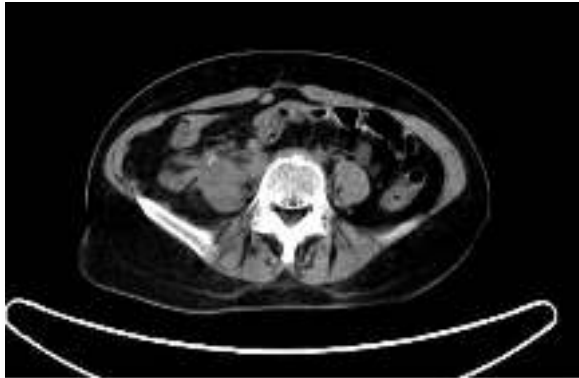
**GİRİŞ:** Psoas kası 12. göğüs ve tüm bel omurlarının transvers çıkıntılarından ve intervertebral disklerinden başlayıp omurganın iki yanından aşağı dışa doğru inerek iliak kasın lifleri ile birleşir ve femurda trochanter minora yapışarak sonlanır. Uyluğa fleksiyon hareketi yaptırır. Sigmoid kolon, apendiks, jejunum, üreter, abdominal aorta, böbrekler ve vertebralar ile yakın komşuluk içinde olup bu organların enfeksiyonu psoas kasına yayılım gösterebilmektedir. Fistül iki epitelize yüzey arasında oluşmuş anormal ilişkiye denilmektedir. Fistüller, anatomik ve fizyolojik konumları ile etkenlerine göre sınıflandırılırlar. Anatomik İnternal/ eksternal, fizyolojik debi (ml/ gün) miktarına göre günlük düşük <200, orta 200-500 ve yüksek debili >500 ve etyolojik altta yatan nedene göre tanımlanmaktadır. Biz bu yazıda çekum tm tanısı ile 2 yıl önce sağ hemikolektomi yapılan, takiplerinde sağ psoas kasında apse-tümör nöks? ön tanısı ile laparotomi yapılan, eksplorasyonda stapler anastomozunun psoas kasına fistülüze olduğu ve buna bağlı gelişen psoas apseli hastayı literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 2 yıl önce kliniğimizde sağ hemikolektomi operasyonu geçiren hasta karın ağrısı şikayetleri ile servimize yatırıldı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde wbc 12200/µl ve Hgb 12.7gr/dl olarak izlendi. Pa grafi ve ADBG'de belirgin patoloji izlenmeyen hastanın çekilen abdomen BT'sinde sağ kadranda psoas kasında anastomoz hattı medialinde apse ve nöks ayrımı yapılamayan lezyon izlendi. Hastanın eski patoloji sonucu incelendiğinde sağ hemikolektomi materyalinin müsinöz adenokarsinom ile uyumlu olması üzerine hastaya PetBT çekildi. Psoas kasında izlenen lezyon SUVmaks 15.26 ve tümör dokusu ile uyumlu gelmesi üzerine laparotomi planlandı. Eksplorasyonda geçirilmiş sağ hemikolektomiye bağlı stapler yardımı ile yapılan ileotransversostomi ansının psoas kasına penetre olduğu, bu bölgeden psoas kasına fistülüze ve buna bağlı psoas apsesi olduğu izlendi. Künt vekeskin diseksiyon ile anastomoz hattı psoas kasından serbestlenip anastomoz revizyonu yapıldı. Psosa kasından gönderilen frozen enflemasyon ile uyumlu gelmesi üzerine operasyon sonlandırıldı.

**TARTIŞMA:** Psoas apsesi nadir görülen, genellikle geç tanı konulan, mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bir hastalıktır. Psoas apsesi primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer psoas absesinde etyoloji belli değildir. Genellikle bilinmeyen bir odaktan bakterilerin hematogen veya lenfatik yolla yayılması sonucu gelişir. Sekonder Psoas apseleri olguların %70'ni oluşturur ve çevre enfekte dokulardan lokal yayılım sonucu ortaya çıkarlar. Bağırsaklar, böbrekler, vertebralar gibi komşu yapılardan enfeksiyon etkeninin direkt olarak yayılması ile meydana gelir. Literatürler tarandığında stapler anastomoz hattının psoas kasına migrasyonu neticesinde gelişen bir fistül ve sonrasında oluşan apseye rastlanılmamıştır. Psoas apsesi gelişen olgularda en sık sapta- nan yakınmalar ateş ve yan ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Ölüm nedeni çoğunlukla tanı ve tedavinin ge- ciktığı olgulardaki septik komplikasyonlara bağlıdır. Tedavi tüm apselerde olduğu gibi perkutan yada laparotomi ile cerrahi drenajdır.

**Anahtar Kelimeler:** Fistül, Stapler, PetBT

#### Resim 1



Psoas apse

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0686 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Anal Koitus Sonrası Rektovajinal Septum Perforasyonu:Olgu Sunumu

Şevket Barış Morkavuk, Mehmet Özer, Ersin Gürkan Dumlu, Ali Coşkun, Abdussamed Yalçın, Mehmet Kılıç  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:**Rektovajinal fistül,vajenin posterior duvarı ile rektumun anterior duvarı arasındaki septumun bütünlüğünün bozulması neticesinde epitelyal bir yol ile bağlantısı olarak tanımlanmaktadır.Rektovajinal fistüllerin büyük bir çoğunluğu edilgen ilen çok az bir kısmı konjenitaldir.Sıklıkla doğum travmalarına bağlı gelişen fistül ikinci sıklıkla inflamatuvar barsak hastalıklarına sekonder gelişmektedir.Yabancı cisim cinsel enstrümantasyon ve koitus sonrası özellikle anal koitus sonrası septum defektleri ise oldukça nadir olarak izlenmektedir.Bir bu yazıda anal koitus sonrası acil servise vajinal ve rektal kanama şikayeti ile başvuran hastanın yapılan muayenesinde septum perforasyonu izlenen hastayı literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık

**OLGU:** 27 yaşında bayan hasta koitus sonrası vajinal ve rektal kanama şikayetleri ile başvurdu.Hastanın anamnezinde 2 saat önce anal koitus sonrası sonrası anal bölgede ani başlayan şiddetli ağrı sonrası anus ile vajenden sızma şeklinde kanama şikayetleri başlamış.Hastanın spekulum ile yapılan muayenesinde vajen posteriör duvarda girimden 2cm proksimalde başlayan oblik uzanımlı 3 cm'lik septum tam kat ve bunun proksimaline doğru devam eden 3 cm'lik rektum mukozası laserasyonu izlendi.Vital bulguları stabil olarak seyreden hastanın Hgb 13.2 g/dL idi.Şiddetli ağrısı olmasından dolayı rektal muayenesi yapılamayan hasta operasyona alındı. Genel anestezi altında yapılan ayrıntılı pelvik muayenede,rektum ön duvarında, dentat linenin 2 cm proksimalinden başlayıp 3 cm daha proksimale giden,linear uzanımlı ve vagina posterior duvardaki yaralanma ile iştirakli tam kat yaralanma olduğu saptandı.Sfinkter yaralanması izlenmeyen hastanın spekulum yardımı ile vajen açıldı.Posterior duvardaki defekt 3/0 vicryl ile kapatıldı.Rektum mukozası tam kat 3/0 vicryl ile kapatıldı.Mini laparotomi ile sol lateral periton açılıp sigmoid kolon loop sigmoidostomi şeklinde batın sol kadrandan cilde ağızlaştırıldı.Postop takiplerinde ek patoloji izlenmeyen hasta 2 ay sonrasına rektal ve vajinal muayenesine göre ostomi kapatılması planlanarak taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Rektovajinal septum laserasyonu çoğu zaman doğum eylemi ve cerrahi travma gibi nedenlere bağlı gelişmektedir.Son yıllarda yabancı cisim cinsel enstrümantasyon ve koitus sonrası gelişen septum perforasyonlarında artış izlenmekte olsa da oldukça nadir olarak görülmektedir. Rosenhein ve arkadaşlarının 1980 yılında tanımladıkları ve bugünümüz şartlarında kullanılmaya devam eden rektovajinal lezyonlar için bir klasifikasyon ve tedavi protokolu önermişlerdir.5 tipte bölünen bu sınıflamada Tip I: Fistülsüz, perineal yapının kaybı,Tip II: Alt 1/3 vajen fistülü,perineal yapının kaybı,Tip III: Alt 1/3 vajen fistülü,intakt perineal kaslar,Tip IV:Orta kısım 1/3 vajen fistülü ve Tip V:üst kısım 1/3 vajen fistülü'dür.Tedavide öncelikle laserasyonun seviyesine göre gelişen ödemin ve enfeksiyonun gerilemesi amacı ile 4-6 ay kadar bekleme,ihtiyaç halinde ostomi açılarak diversiyon ve sonrasında fistülotomi,anoplasti veya her iki duvar arasına doku yerleştirilen interpozisyon ameliyatları ile kaydırıcı flep ameliyatları uygulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Rektovajinal Fistül,Rosenhein Sınıflaması,Septum Perforasyonu

#### Resim 1



Rektovajinal Septum Perforasyonu

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0687 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Apendektomi Materyalinin Rastlantısal Olarak Burkitt Lenfoma Görülmesi

Erman Yekenkurul, İsmet Özyayın, Mehmet Fuat Çetin, Ufuk Önsal  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

**GİRİŞ:** Apendiks neoplazmları nadirdir, apendektomi örneklerinin yaklaşık %1'inde görülür ve genel bağırsak tümörlerinin %1'inden daha azını oluştururlar. En sık görülen histoloji, müsinöz adenokarsinom ve bunu takiben intestinal tip adenokarsinomdur. Karsinoid tümörler sadece %11'ini oluşturmaktadır. Primer apendiks lenfoma, tüm apendektomi materyallerinde %0.015 oranında görülmektedir. 8699 apendektomi örneğinden yapılan bir çalışmada 101'i neoplazi, bununda üçü lenfoma olarak sonuçlanmıştır ve apendiks lenfomaların çoğunluğu non-hodgkin B hücreli lenfomadır. Burada apendektomi yapılan ve patolojiye gönderilen materyalde rastlantısal olarak Burkitt lenfoma saptanan olgu sunulmuştur.

**OLGU:** 27 yaşında erkek hasta, acil servise karın ağrısı, mide bulantısı ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Hasta altı aydır ara ara sağ batın alt kadranda ağrıları olduğunu fakat son 3 gündür daha şiddetli olduğunu ve ateşi olduğunu belirtti. Muayenesinde, batında sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound pozitif. Hastanın yapılan tetkiklerinde lökositoz yoktu, elektrolitler normaldi. Batın tomografisinde perçekal alanda kitlesel görünümün olduğu raporlanmıştı. Bu sebeple hastaya kolonoskopi yapıldı ve rektumdan çekuma kadar tüm kolon incelendi. Kolonoskopi sonucu normal olarak değerlendirildi. Ardından hastaya tanısal laparoskopi yapma kararı alındı. Laparoskopik batın ekplorasyonunda apendiksin ödemli, hiperemik olduğu ve perçekal alanda apse olduğu izlendi, apendektomi yapıldı. Alınan apendiks materyali patolojiye gönderildi ve Burkitt lenfoma olarak sonuçlandı. Hasta hematoloji ve onkolojiye konsülte edildi; önerileriyle postoperatif kemoterapi almaya başladı.

**TARTIŞMA:** Gastrointestinal sistem, non-Hodgkin lenfomanın en sık ektranodal tutulum gösteren bölgesidir. Hodgkin dışı lenfomaların % 4-20'sinde ve ektranodal vakaların % 30-45'inde gastrointestinal sistem hastalıkları görülmektedir. En sık mide, ardından ince bağırsak, farinks, kolon ve özefagusda izlenir. Apendiks tutulumu literatürde az görülmekle beraber geniş çaplı çalışmalarda gastrointestinal lenfomalardan bahsedilmiş ve gastrointestinal tutulum sıklığı % 1-3 aralığında gösterilmiştir. Bu vakaların çoğunluğunun non-hodgkin olduğu rapor edilmiştir. BT'de apendikal genişleme, mezenter kirlenmesi, apendiks çapının 6-7 mm görülmesi apandisit bulgusu olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte eksik olan bilgi, standart nontümöral apandisit yanısıra, infiltratif neoplazmlarda apendiks üst sınır çapının kaç olması gerektiğidir. Neoplazi olmayan inflamasyonlu apendiksin BT'deki çapı genellikle 15 mm'yi aşmaz, bu boyutun ötesinde genişleme neoplazmdan şüphelenmeye yeterlidir. Literatürde görülen vakaların çoğunda apendiks çapı 2.5 cm veya üzerinde ölçülmüştür. Apendiks lenfoma tedavisinde guideline oluşturmak zordur. Primer apendiks lenfoma, apendektomiyle birlikte sağ hemikolektomi yapılarak veya yapılmadan, başarıyla tedavi edilebilir. Yardımcı kemoterapi, hastalığın evresine ve histopatolojiye bağlıdır. Bizim vakamıza postoperatif dönemde kemoterapi önerildi.

**SONUÇ:** Apendiks materyallerinin histopatolojik değerlendirmesinde, lenfoma ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalı ve uygun örneklemeler ile değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Apandisit, Apendiks Lenfoma, Burkitt Lenfoma.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0688 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolon Kanseriinde Trokar Giriş Yeri Metastazı

Sami Doğan<sup>1</sup>, Mehmet Fuat Çetin<sup>1</sup>, Erman Yekenkurul<sup>1</sup>, Dilek Yekenkurul<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Akçakoca Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ve Klin. Mikro. Kliniği, Düzce

**GİRİŞ:** Kolorektal kanser vakalarında laparoskopik cerrahide, trokar yerlerine metastaz insidansının düşük olması çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu olgu ile kolon serozasını aşmamış, cerrahi sınırları intakt gelen, adenokarsinom tanılı vakanın, postoperatif trokar giriş yeri metastazını (TGYM) anlatmak istedik.

**OLGU:** 29 yaşında bayan hasta, karın ağrısı, ishal, kilo kaybı şikayetleriyle enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurmuş oradan tarafımıza yönlendirilmişti. Hasta sol alt kadranda lokalize iki aydır karın ağrısının olduğunu ve gaitasının bazen siyah geldiğini tariflemekteydi. Gaz gaita çıkışı vardı, sol alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Kan tetkikleri normaldi, kolonoskopide rektosigmoid bileşkede ülser, vejetan kitlesel lezyon görüldü ve biyopsisi adenokarsinom olarak sonuçlandı. BT'de rektosigmoid alanda kitlenin olduğu ama metastazın olmadığı raporlandı. Laparoskopik low anterior rezeksiyon planlandı. Sigmoid distali, rektum proksimalinde kitlesel lezyon görüldü fakat serozayı aşmamıştı, karaciğer ve diğer bağırsak segmentleri doğaldı. Kitle eksize edildi; inen kolon-rektum anastomozu yapıldı. Patoloji sonucu grade iki, müsküler tabakaya invaze olmuş, lenfatik invazyon yapmamış, distal cerrahi sınırı intakt ve metastatik lenf nodu olmayan adenokarsinom olarak geldi. Hasta onkolojiye konsülte edildi, patoloji raporuna göre KT'ye gerek olmadığı söylendi. Hasta beş ay sonra tekrar karın ağrısı ve mide bulantısıyla başvurdu. İleus ön tanısıyla yatırıldı, kolonoskopi yapıldı. Rektumda darlıklar görüldü ve buji dilatasyonu yapıldı. Biyopsi alındı, patoloji sonucu; granülasyon dokusu olarak raporlandı. İki ay sonra hasta karın ağrısı ile tekrar başvurdu. Yapılan muayenede trokar yerlerinde metastazlar görüldü. Tanısal laparoskopik yapıldı; omentum ve eski trokar giriş yerlerinde metastazlar görüldü. Bu yüzden laparotomiye geçildi. Omentum ve batin ön duvarına metastaz olan kitleler eksize edildi. Pelviste ve rektumda yaygın tümör implantları görüldü. Fakat rezeksiyon için uygun değildi. Postoperatif altıncı günde taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası gelişen TGYM ilk 1993'de rapor edilmiştir. Literatürlerde kolorektal kanser vakalarında açık ve laparoskopik cerrahinin trokar yeri veya insizyon hattı nüks arasında fark olmadığı ve insidansın %1 olduğu görülmüştür. Son yıllarda azalmakla birlikte nadiren TGYM görülmektedir. Bir çalışmada TGYM nedenleri; doğrudan implantasyon, aletlerden bulaşma, tümör hücrelerin aerosol haline getirilmesi, cerrahi teknik, tümör manipülasyonu ve hematojen yayılım olarak belirtilmiştir. TGYM'nı önlemek için alınacak tedbirler; doku travmasını en aza indirmek için trokarları peritonea dik yerleştirmek, trokar tespiti yapmak ve karbondioksit sızıntısını önlemek, tümör dokusuna dokunmayı minimize etmek ve tümör dokusunu kesmemek, tümörün distalinden kesmek, tümör dokusunu bag içinde batından çıkarmak, yeterli eğitim ve teknik donanım kullanmak, ekstraksiyon yerini korumak ve doğru hasta seçimidir.

**SONUÇ:** Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilmiş hastalarda, karın ön duvarı trokar giriş yeri gibi alanlarda yeni tespit edilen kitlelerin metastatik lezyonlar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolon Kanseri, Metastaz, Trokar Giriş Yeri.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0689 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### **Sfinkteroplasti yapılan hastaların anal sfinkter tonuslarının manometrik olarak operasyon öncesi ve sonrası inceleme sonuçları**

Uğur Topal, İsmail Cem Eray, Ahmet Rencüzoğulları, Orçun Yalav, Ömer Alabaz  
Çukurova Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

#### **GİRİŞ:**

Fekal inkontinans, 4 yaş üzeri bireylerde, en az 1 ay süre ile rekürren ve kontrolsüz fekal materyal pasajı olarak tanımlanır. Anal sfinkter hasarı obsterik veya cerrahi travma sonrası gelişebilir. Fekal inkontinansta cerrahi tedavi medikal tedaviye yanıt vermeyen veya anatomik defekti kanıtlanmış hastalara uygulanmalıdır. Literatürde tanınmamış farklı sfinkter tamir seçenekleri mevcuttur. Anal sfinkter tamirinin preoperatif tanısı ve postoperatif takibinde anal manometri ve Ultrasonografi sıkça kullanılan anorektal fizyolojik testler olarak karşımıza çıkmaktadır.

#### **Gereç ve Yöntem**

Çalışmamıza Ocak 2015 ile Ağustos 2017 arasında proktoloji ünitesi tarafından overlapping sfinkteroplasti yapılan hastalar değerlendirildi. Hastalara preoperatif ve postoperatif 6 ay sonra manometrik inceleme yapıldı. Hastaların sfinkter sıkma basınç verileri retrospektif olarak dosya ve elektronik kayıtlardan incelendi.

#### **Bulgular**

Çalışmamızdaki hastaların 3 tanesi erkek, 5 tanesi kadın idi. Yaş ortalaması 38,75'ti. Etiyolojik nedenlere bakıldığında 5 hastada obsterik travmaya bağlı, 3 hastada cerrahi travma sonrası oluşan sfinkter hasarı mevcut idi. Hastaların hepsine preoperatif ve postoperatif manometri uygulandı. Hastaların %33'ünde operasyon öncesine göre azalmış, %67'sinde operasyon öncesine göre artmış sfinkter basınçları bulundu.

#### **Tartışma..**

Perianal bölgenin obsterik, operatif veya dış faktörlere bağlı travmasıyla oluşan anatomik sfinkter hasarlanmaları, anal inkontinansın cerrahi olarak düzeltilebilir nedenlerinin en sık görülenleridir. Genellikle multifaktöriyel etyolojiye sahip inkontinans, nörolojik patern belli oranlarda tabloya eşlik eder. Özellikle obsterik travmalarda pudental siniri de belli oranda eşlik ettiği için sfinkteroplasti sonrası başarı şansı düşmektedir. Anal manometri sfinkteroplasti sonrası sfinkter basınçlarının tespitinde objektif değerlendirmesinde kullanılabilecek bir anorektal fizyoloji testidir.

**Anahtar Kelimeler:** Fekal inkontinans, sfinkteroplasti, anal manometri

#### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0690 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### **Fekal inkontinans ile başvuran hastalarda özgeçmişlerinde obsterik travma olan ve olmayan hastaların endoanal usg de sfinkter defekti bulunma oranlarının kıyaslanması sonuçları**

Uğur Topal, İsmail Cem Eray, Ahmet Rencüzoğulları, Orçun Yalav, Ömer Alabaz  
Çukurova Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

#### **GİRİŞ:**

Fekal inkontinansın, barsak içeriğinin uygun zaman ve uygun yerde, anal yoldan çıkışının kontroledilememesi şeklinde tanımlanması uygundur. Fekal inkontinansın altında yatan mekanizmayı belirlemek için pek çok spesifik test mevcuttur. Diagnostik test seçiminde olası etiyolojik faktör, semptomların şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkisi ile hastanın yaşı etkilidir. Fekal inkontinans en sık obsterik yaralanma sonucu görülür. Doğum sonrası kadınların onda birinde fekal inkontinans, vajinal doğumların ancak %10'unda sfinkter hasarı belirgin olsada, diğer kadınlarda da okkült hasar oluşur. Doğum sonrası ultrasonografi incelemelerinde ilk vajinal doğum sonrası kadınların %30'unda sfinkter hasarı olduğu gösterilmiştir. Anal Endosonografi: Eksternal ve internal anal sfinkter kaslarının yapısal bütünlüğünü ve kalınlığını değerlendirmede veskatrizasyon, sfinkter incelenmesi, kas doku kaybı ve diğer lokal patolojileri göstermede faydalıdır.

#### **Gereç ve Yöntem**

Çalışmamıza Ocak 2015 ile Ağustos 2017 arasında proktoloji ünitesine fekal inkontinans nedeni ile başvuran 74 kadın hasta dahil edildi. Hastaların klinik özgeçmişleri sorgulandı, obsterik travma öyküsü olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların endoanal usg sonuçları retrospektif olarak dosya ve elektronik kayıtlardan incelendi.

#### **Bulgular**

Çalışmamızdaki hastaların 54 tanesinde öyküsünde obsterik travma yok idi, bu hastaların yapılan endoanal usglerinde 29 (%53.7) tanesinde sfinkter defekti vardı, 20 hastanın öyküsünde obsterik travma var idi, bu hastaların 16 (%80) tanesinde sfinkter defekti saptandı.

#### **Tartışma.**

Anal endosonografi anal sfinkterleri göstermede basit ve ucuz bir yöntemdir ve günümüzde anal sfinkter morfolojisini incelemeye tercih edilmektedir. Bu testlerin sonuçları ileri tetkik ve tedavi için yol gösterici olur. USG yapılan hastaların öyküsünde doğum travması olanların % 80'inde olmayan hastaların % 53'ünde sfinkter defekti saptanmıştır. Doğum travması hastalarda sfinkter defekti bulunma oranını belirgin olarak artırmıştır. Öyküsünde obsterik travma olmayan hastalarda sfinkter defekti saptama oranına bakarsak hastaların obsterik travma öyküsünden bağımsız olarak normal vajinal yoldan doğum yapan hastalarda sfinkter hasarı bulunabilir, bu yüzden anal endosonografi yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** FEKAL İNKONTİNANS, OBSTERİK SFİNKTER YARALANMASI, ENDOANAL USG

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0691 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

### Kolorektal Cerrahide Anastomoz Kaçaklarının Erken Tanısında Crp Ve Prokalsitonin Değerlerinin Rolü: Deneysel Çalışma

Cenk Yazkan, Özcan Dere, Okay Nazlı

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Muğla

Barsak anastomozları sonrasında postoperatif anastomoz kaçakları çok ciddi mortalite ve morbidite oranlarını beraberinde getirebilmektedir. Anastomoz kaçaklarının erken tanısındaki zorluklar bu mortalite ve morbidite oranlarını artırmaktadır. Sonuç olarak hastalarda peritonit, sepsis ve septik şok gibi oldukça mortal komplikasyonlar gelişebilmektedir.

İnsanlar üzerinde yapılan pek çok retrospektif çalışmada kandaki CRP ve prokalsitonin düzeylerinin anastomoz kaçaklarının erken tanısında anlamlı olabileceği gösterilmiştir. Ancak bu konudaki prospektif çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. İnsanlar üzerinde yapılan çalışmalarda; hastaların yaşı, cinsiyeti, komorbid hastalıkları, kullanılan cerrahi teknikler ve uygulanan postoperatif tedavilerdeki farklılıklar gibi durumlardan dolayı homojen çalışmalar gerekmede ve doğru sonuçlar elde etmekte güçlükler karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle homojen gruplarda, aynı cerrahi teknik uygulanan, CRP ve prokalsitonin düzeylerinin en az değişken ile etkileneceği deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmadaki amacımız ratlarda kontrollü bir anastomoz kaçağı oluşturarak postoperatif 1.gün ve 5.gün ' deki kan CRP ve Prokalsitonin düzeylerinin kontrol ve çalışma grubundaki kan değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı ve kullanılabilir bir farklılık olup olmadığı araştırmaktır.

20 adet erkek cinsiyetli, Wistar Albino cinsi rat, 10 adet kontrol grubu, 10 adet çalışma grubu olarak iki gruba ayrıldı. Tüm uygulamalar aynı araştırma ekibi tarafından gerçekleştirildi.

Çekumun birkaç cm distalinden tam kat kesi sonrasında, kontrol grubunda 8 adet sütür kullanılarak; çalışma grubunda ise 4 adet sütür kullanılarak uç uca tek kat kolo-kolik anastomoz uygulandı. Anastomoz kaçağı modeli için literatür verilerinden yararlanıldı.

Postoperatif 1. günde kontrol ve çalışma grubundan kan örnekleri alınarak CRP ve Prokalsitonin değerleri analiz edildi. Tüm ratlar ayrı kafeslerde takip edilerek postoperatif 5. günde tekrar kan örnekleri alınarak CRP ve Prokalsitonin değerleri analiz edildi. Anastomoz yapılan kolonik segment eksize edilerek sakrifikasyon işlemi uygulandı.

Sonuç olarak 4 sütür ile anastomoz yapılan ratlarda belirgin anastomoz kaçağı tespit edilirken 8 sütür ile anastomoz yapılan ratlarda belirgin bir anastomoz kaçağı tespit edilmedi. Kan CRP ve Prokalsitonin değerlerinin 4 sütür ile anastomoz yapılan; anastomoz kaçağı görülen grupta belirgin olarak yüksek olduğu görüldü. Kontrol ve çalışma grubunun CRP ve prokalsitonin değerleri istatistiksel olarak analiz edildi. Postoperatif 1. ve 5. gündeki değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Anastomoz yapılan kolonik segment eksize edilerek patlama basınçları ölçüldü. Anastomoz hattı intakt olan ratlarda patlama basıncı ölçüm sonuçları değerlendirildi. Çalışma sonuçlarına göre CRP ve Prokalsitoninin anastomoz kaçaklarının erken tanısında pozitif prediktif değeri ortaya konuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Anastomoz kaçağı, CRP, Prokalsitonin

#### Patlama basıncı ölçümü



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

plastron halini almış anastomoz alanı



4 sütür ve 8 sütür ile anastomoz yapılan gruplardaki deneklerin postoperatif 1. gün ve 5.gündeki kan Prokalsitonin(PRC) düzeylerinin karşılaştırılması

| DENEK NO: | 1.GÜN PRC DEĞERİ | 5.GÜN PRC DEĞERİ |
|-----------|------------------|------------------|
| 8.1       | 478,7            | 1570,7           |
| 8.2       | 552,7            | 1573,7           |
| 8.3       | 850,7            | -                |
| 8.4       | 818,7            | 1534,7           |
| 8.5       | 855,7            | 1628,7           |
| 8.6       | 1380,7           | 1785,4           |
| 8.7       | 979,7            | 2153,7           |
| 8.8       | 1441,7           | -                |
| 8.9       | 949,7            | 1658,7           |
| 8.10      | -                | -                |
| 4.1       | 1321,7           | 2689,7           |
| 4.2       | 816,7            | 2048,7           |
| 4.3       | 1167,7           | 2580             |
| 4.4       | 1033,7           | 2387,7           |
| 4.5       | 1251,7           | 2640,7           |
| 4.6       | 979,7            | 2580             |
| 4.7       | 1266,7           | -                |
| 4.8       | 1861,7           | 2850,7           |
| 4.9       | 1375,7           | -                |
| 4.10      | -                | -                |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### Anestezi uygulanması



Tablo 1: Postoperatif 1.gün CRP değerleri

| DENEK NO: | CRP DEĞERİ: | DENEK NO: | CRP DEĞERİ: |
|-----------|-------------|-----------|-------------|
| 8.1       | 112,2       | 4.1       | 260,9       |
| 8.2       | 120,7       | 4.2       | 130,4       |
| 8.3       | 80,0        | 4.3       | 168,3       |
| 8.4       | 145,0       | 4.4       | 177,0       |
| 8.5       | 133,0       | 4.5       | 205,4       |
| 8.6       | 165,4       | 4.6       | 199,0       |
| 8.7       | 145,5       | 4.7       | 123,4       |
| 8.8       | 113,0       | 4.8       | 232,7       |
| 8.9       | 174,3       | 4.9       | 187,4       |
| 8.10      | -           | 4.10      | -           |

(Denek no:8.10 ve denek no:4.10 postoperatif 1.günde kaybedilmiştir)

### Deneklerin pozisyonu



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Postoperatif 5.gün CRP değerleri

| DENEK NO: | CRP DEĞERİ | DENEK NO: | CRP DEĞERİ |
|-----------|------------|-----------|------------|
| 8.1       | 109,4      | 4.1       | 389,5      |
| 8.2       | 192,7      | 4.2       | 226,6      |
| 8.3       | -          | 4.3       | 271,1      |
| 8.4       | 223,8      | 4.4       | 265,1      |
| 8.5       | 120,4      | 4.5       | 416,8      |
| 8.6       | 200,4      | 4.6       | 407,9      |
| 8.7       | 209,6      | 4.7       | -          |
| 8.8       | -          | 4.8       | 416,8      |
| 8.9       | 195,7      | 4.9       | -          |
| 8.10      | -          | 4.10      | -          |

(Denek no:8.10, 4.10 postoperatif 1.günde kaybedilmiştir. Denek no: 8.3, 8.8, 4.7, 4.9 postoperatif 5.güne kadar kaybedilmiştir.)

### Cerrahi alan temizliği



### Postoperatif 1.gün Prokalsitonin (PRC) değerleri

| DENEK NO: | PRC DEĞERİ | DENEK NO: | PRC DEĞERİ |
|-----------|------------|-----------|------------|
| 8.1       | 478,7      | 4.1       | 1321,7     |
| 8.2       | 552,7      | 4.2       | 816,7      |
| 8.3       | 850,7      | 4.3       | 1167,7     |
| 8.4       | 818,7      | 4.4       | 1033,7     |
| 8.5       | 855,7      | 4.5       | 1251,7     |
| 8.6       | 1380,7     | 4.6       | 979,7      |
| 8.7       | 979,7      | 4.7       | 1266,7     |
| 8.8       | 1441,7     | 4.8       | 1861,7     |
| 8.9       | 949,7      | 4.9       | 1375,7     |
| 8.10      | -          | 4.10      | -          |

(Denek no:8.10 ve denek no:4.10 postoperatif 1.günde kaybedilmiştir)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Postoperatif 1.gün Prokalsitonin (PRC) değerleri

| DENEK NO: | PRC DEĞERİ | DENEK NO: | PRC DEĞERİ |
|-----------|------------|-----------|------------|
| 8.1       | 478,7      | 4.1       | 1321,7     |
| 8.2       | 552,7      | 4.2       | 816,7      |
| 8.3       | 850,7      | 4.3       | 1167,7     |
| 8.4       | 818,7      | 4.4       | 1033,7     |
| 8.5       | 855,7      | 4.5       | 1251,7     |
| 8.6       | 1380,7     | 4.6       | 979,7      |
| 8.7       | 979,7      | 4.7       | 1266,7     |
| 8.8       | 1441,7     | 4.8       | 1861,7     |
| 8.9       | 949,7      | 4.9       | 1375,7     |
| 8.10      | -          | 4.10      | -          |

(Denek no:8.10 ve denek no:4.10 postoperatif 1.günde kaybedilmiştir)

### İnsizyon sonrası batin eksplorasyonu



### Postoperatif 5.gün Prokalsitonin (PRC) değerleri

| DENEK NO: | PRC DEĞERİ | DENEK NO: | PRC DEĞERİ |
|-----------|------------|-----------|------------|
| 8.1       | 1570,7     | 4.1       | 2689,7     |
| 8.2       | 1573,7     | 4.2       | 2048,7     |
| 8.3       | -          | 4.3       | 2580       |
| 8.4       | 1534,7     | 4.4       | 2387,7     |
| 8.5       | 1628,7     | 4.5       | 2640,7     |
| 8.6       | 1785,4     | 4.6       | 2580       |
| 8.7       | 2153,7     | 4.7       | -          |
| 8.8       | -          | 4.8       | 2850,7     |
| 8.9       | 1658,7     | 4.9       | -          |
| 8.10      | -          | 4.10      | -          |

(Denek no:8.10, 4.10 postoperatif 1.günde kaybedilmiştir. Denek no: 8.3, 8.8, 4.7, 4.9 postoperatif 5.güne kadar kaybedilmiştir.)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Anatomik görünüm



**4sütür ve 8 suture ile anastomoz yapılan gruplardaki deneklerin postoperatif 1. gün ve 5.gündeki kan CRP düzeylerinin karşılaştırılması**

| DENEK NO: | 1.GÜN CRP DEĞERİ | 5.GÜN CRP DEĞERİ |
|-----------|------------------|------------------|
| 8.1       | 112,2            | 109,4            |
| 8.2       | 120,7            | 192,7            |
| 8.3       | 80,0             | -                |
| 8.4       | 145,0            | 223,8            |
| 8.5       | 133,0            | 120,4            |
| 8.6       | 165,4            | 200,4            |
| 8.7       | 145,5            | 209,6            |
| 8.8       | 113,0            | -                |
| 8.9       | 174,3            | 195,7            |
| 8.10      | -                | -                |
| 4.1       | 260,9            | 389,5            |
| 4.2       | 130,4            | 226,6            |
| 4.3       | 168,3            | 271,1            |
| 4.4       | 177,0            | 265,1            |
| 4.5       | 205,4            | 416,8            |
| 4.6       | 199,0            | 407,9            |
| 4.7       | 123,4            | -                |
| 4.8       | 232,7            | 416,8            |
| 4.9       | 187,4            | -                |
| 4.10      | -                | -                |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Çıkan kolonda vaskülarite bozulmadan oluşturulan tam kat kesi alanı**



**8 suture ile tamamlanmış kolon anastomozu**



**Patlama basıncı ölçüm sonuçları**

| DENEK NO: | PATLAMA BASINCI | DENEK NO: | PATLAMA BASINCI |
|-----------|-----------------|-----------|-----------------|
| 8.1       | 21              | 4.1       | -               |
| 8.2       | 12              | 4.2       | 6               |
| 8.3       | -               | 4.3       | -               |
| 8.4       | 22              | 4.4       | -               |
| 8.5       | 19              | 4.5       | -               |
| 8.6       | 23              | 4.6       | -               |
| 8.7       | 19              | 4.7       | -               |
| 8.8       | -               | 4.8       | -               |
| 8.9       | 20              | 4.9       | -               |
| 8.10      | -               | 4.10      | -               |

(Denek no:8.10, 4.10 postoperatif 1.günde kaybedilmiştir. Denek no: 8.3, 8.8, 4.7, 4.9 postoperatif 5.güne kadar kaybedilmiştir.)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### Bitmiş anastomoz sonrasında



4 sütür ve 8 sütür ile anastomoz yapılan gruplardaki deneklerin postoperatif 1. gün ve 5.gündeki kan CRP düzeylerinin, anastomoz kaçağı tespit edilen deneklerde karşılaştırılması.

| DENEK NO: | 1.GÜN CRP DEĞERİ | 5.GÜN CRP DEĞERİ | ANASTOMOZ KAÇAĞI |
|-----------|------------------|------------------|------------------|
| 8.1       | 112,2            | 109,4            | -                |
| 8.2       | 120,7            | 192,7            | -                |
| 8.3       | 80,0             | -                | -                |
| 8.4       | 145,0            | 223,8            | -                |
| 8.5       | 133,0            | 120,4            | -                |
| 8.6       | 165,4            | 200,4            | -                |
| 8.7       | 145,5            | 209,6            | +                |
| 8.8       | 113,0            | -                | -                |
| 8.9       | 174,3            | 195,7            | -                |
| 8.10      | -                | -                | -                |
| 4.1       | 260,9            | 389,5            | +                |
| 4.2       | 130,4            | 226,6            | -                |
| 4.3       | 168,3            | 271,1            | +                |
| 4.4       | 177,0            | 265,1            | +                |
| 4.5       | 205,4            | 416,8            | +                |
| 4.6       | 199,0            | 407,9            | +                |
| 4.7       | 123,4            | -                | -                |
| 4.8       | 232,7            | 416,8            | +                |
| 4.9       | 187,4            | -                | -                |
| 4.10      | -                | -                | -                |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Patlama basıncı düzenegi



**4 suture ve 8 suture ile anastomoz yapılan gruplardaki deneklerin postoperatif 1. gün ve 5.gündeki kan Prokalsitonin(PRK) düzeylerinin, anastomoz kaçağı tespit edilen deneklerde karşılaştırılması.**

| DENEK NO: | 1.GÜN PRK DEĞERİ | 5.GÜN PRK DEĞERİ | ANASTOMOZ KAÇAĞI |
|-----------|------------------|------------------|------------------|
| 8.1       | 478,7            | 1570,7           | -                |
| 8.2       | 552,7            | 1573,7           | -                |
| 8.3       | 850,7            | -                | -                |
| 8.4       | 818,7            | 1534,7           | -                |
| 8.5       | 855,7            | 1628,7           | -                |
| 8.6       | 1380,7           | 1785,4           | -                |
| 8.7       | 979,7            | 2153,7           | +                |
| 8.8       | 1441,7           | -                | -                |
| 8.9       | 949,7            | 1658,7           | -                |
| 8.10      | -                | -                | -                |
| 4.1       | 1321,7           | 2689,7           | +                |
| 4.2       | 816,7            | 2048,7           | -                |
| 4.3       | 1167,7           | 2580             | +                |
| 4.4       | 1033,7           | 2387,7           | +                |
| 4.5       | 1251,7           | 2640,7           | +                |
| 4.6       | 979,7            | 2580             | +                |
| 4.7       | 1266,7           | -                | -                |
| 4.8       | 1861,7           | 2850,7           | +                |
| 4.9       | 1375,7           | -                | -                |
| 4.10      | -                | -                | -                |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### Postoperatif 5.gün relaparotomi



### İstatistiksel analiz sonuçları

| ANALİZ ADI    | ANALİZ SONUCU                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRP           | 8 sütür ve 4 sütür ile anastomoz yapılan gruplarda postop 1. günde ölçülen CRP değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. ( p: 0,008 ) Mann-Whitney U test                                                                                       |
| CRP           | 8 sütür ve 4 sütür ile anastomoz yapılan gruplarda postop 5. günde ölçülen CRP değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. ( p: 0,001 ) Mann-Whitney U test                                                                                       |
| CRP           | 8 sütür ile anastomoz yapılan grubun postoperatif 1. günde CRP değerleri ile 4 sütür ile anastomoz yapılan grubun postoperatif 5.gündeki CRP değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. ( p: 0,000 ) Mann-Whitney U test                   |
| CRP           | 4 sütür ile anastomoz yapılan grupta postoperatif 1.gündeki ve postoperatif 5.gündeki CRP değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. ( p: 0,018 ) Wilcoxon test                                                                            |
| CRP           | 8 sütür ile anastomoz yapılan grupta postoperatif 1.gündeki ve postoperatif 5.gündeki CRP değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. ( p: 0,063 ) Wilcoxon test                                                                          |
| PROKALSİTONİN | 8 sütür ile anastomoz yapılan grup ve 4 sütür ile anastomoz yapılan grup arasında postoperatif 1.günde kan prokalsitonin düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ( p: 0,094 ) Mann-Whitney U test                                       |
| PROKALSİTONİN | 8 sütür ile anastomoz yapılan grup ve 4 sütür ile anastomoz yapılan grup arasında postoperatif 5. günde kan prokalsitonin düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık görülmüştür. ( p: 0,094 ) Mann-Whitney U test                                            |
| PROKALSİTONİN | 8 sütür ile anastomoz yapılan grupta postoperatif 1. günde kan prokalsitonin düzeyleri ile 4 sütürle anastomoz yapılan grupta postoperatif 5. günde kan prokalsitonin düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık görülmüştür. ( p: 0,000 ) Mann-Whitney U test |
| PROKALSİTONİN | 8 sütür ile anastomoz yapılan grupta postoperatif 1.gündeki ve postoperatif 5.gündeki Prokalsitonin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. ( p: 0,018 ) Wilcoxon test                                                                  |
| PROKALSİTONİN | 4 sütür ile anastomoz yapılan grupta postoperatif 1.gündeki ve postoperatif 5.gündeki Prokalsitonin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. ( p: 0,018 ) Wilcoxon test                                                                  |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Eksize edilen anastomoz hattı**



**Patlama basıncı ölçümü**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0692 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Parakoksigeal yaklaşımla rezekte edilen presakral epidermoid kist

Emrah Şahin, Arife Simsek, Abuzer Dirican, Mustafa Ates  
İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

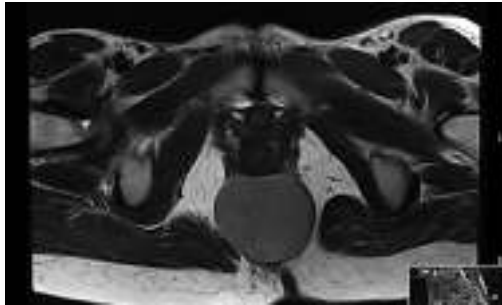
**AMAÇ:** Presakral (retrorektal) kitleler çoğunlukla asemptomatik olup başka nedenlerle yapılan görüntülemeler sırasında insidental olarak saptanırlar. Tedavilerinde hedef komplet eksizyondur. Presakral kitlelerin komplet eksizyonunda cerrahi yaklaşımın seçimi önem arz etmektedir. Anterior (abdominal), posterior (sakral-koksigeal-perineal) ya da kombine yaklaşımlar tercih edilebilir. Kitle eksizyonuna sakrektomi / koksiksektomi eşlik edebilir ya da etmeyebilir. Bu yazıda semptomatik hale gelen retrorektal kistik bir kitlenin parakoksigeal yaklaşımla rezeksiyonu sunulmuştur.

**OLGU:** 29 yaşında kadın hasta belinde ve her iki kalçasında 6 aydır mevcut olan ağrı ve intergluteal bölgede şişlik nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesi ve laboratuvar tetkikleri normaldi. Manyetik rezonans görüntülemesinde anal kanalın posterior komşuluğunda ekstrasfinkterik alanda yerleşen 6x4x4 cm boyutunda T1A da hipointens, T2A da hiperintens, kontrast tutulumu göstermeyen düzgün sınırlı kistik kitle izlendi (Figür 1-2). Rektosigmoidoskopide herhangi bir kitle saptanmadı. Görüntülemesindeki benign natürü nedeniyle preoperatif biyopsiye gerek duyulmadı. Genel anestezi altında Jackknife pozisyonunda parakoksigeal yaklaşımla eksize edilen kitlenin histopatolojisi epidermoid kist olarak geldi (Figür 3). Postoperatif 1. gün taburcu edilen hastanın 6 aylık takibinde herhangi bir sorun saptanmadı.

**SONUÇ:** Presakral kitlelere cerrahi yaklaşımda kitlenin S3 vertebraya göre yerleşimi ve natürü önem arz etmektedir. Mevcut olgudaki gibi S3 vertebra seviyesinin altında yerleşen, çevre dokuya invazyonu izlenmeyen, muhtemel benign natürlü kitlelerde parakoksigeal yaklaşımla eksizyon kolay uygulanabilir etkin bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Epidermoid kist, parakoksigeal, parasakral, presakral kitle, retrorektal kitle

#### Resim 1



Manyetik Rezonans Görüntüleme T1A kesitinde presakral yerleşimli hipointens kitle

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



Manyetik Rezonans Görüntüleme T2A kesitinde presakral yerleşimli hiperintens kitle

**Resim 3**



Parakoksigeal yaklaşımla eksize edilen presakral epidermoid kist

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0694 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Primer ve Nuks Pilonidal Sinüs Hastalığında Katı Fenol Uygulaması Sonuçlarımız

Ömer Faruk Özkan, Sema Yüksekdağ, Abdullah Yıldız, Ahmet Topçu, Özgül Düzgün, İsmail Kabak, Ethem Ünal  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Amaç

Pilonidal sinüs toplumda sık karşılaşılan bir hastalık olup günümüzde halen, tedavisiyle alakalı, tartışmalar devam etmektedir. Günümüzde halen hastalıklı dokunun tamamıyla çıkarılması tedavinin temel prensiplerini oluştursa da, lokla olarak fenol uygulaması günümüzde halen geçerliliğini devam ettirmektedir. Biz çalışmamızda primer ve nuks pilonidal sinüs hastalarında katı fenol uygulama sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

#### Materyal-Metod

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine pilonidal sinüs hastalığı veya pilonidal sinüs nedeniyle opere edilip nuks gelişen hastalar retrospektif olarak dahil edildi. Hastalarda yaş, cinsiyet, sinüs sayısı, Ferriman Gallway Klasifikasyonuna (FK) kıllanma durumu nuks hastalardaki geçirilmiş cerrahi şekli, kaç kez fenol uygulandığı ve başarı durumu değerlendirildi.

#### Sonuç

Çalışmaya dahil edilen 18 hastanın yaş ortalaması 37 olup, olguların onyedisi (%95) erkek ve biri (%5) kadın cinsiyetteydi. Ortalama sinüs sayısı ikiye. Kıllanma durumu ortalaması ikiye. Bir hastada limberg flep ve bir hastada primer onarım sonrası nuks saptandı. Ondört hastada tek seans ikişer dakika arayla 3 kez fenol uygulaması sonrası tam iyileşme sağlanırken nüks olguların her ikisinde 3 er seans sonrası tam iyileşme gerçekleşmiştir. Bir hastada 2 seans sonrası iyileşme sağlanamamış olup opere edilmiştir. Tüm işlemler poliklinik şartlarında yapılmış olup, hastalara aktivite kısıtlaması yapılmamıştır.

#### Tartışma

Literatürle uyumlu olarak, sınırlı sayıdaki olgumuzda katı fenol uygulamasının pilonidal sinüs hastalığında nüks ve primer olgularda etkin, güvenli, aktivite kısıtlaması gerektirmeyen ve düşük maliyetli bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Pilonidal Sinüs, Katı Fenol, Nüks

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0695 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde Limberg flep yöntemi ile Cleft lift tekniğinin uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması; Retrospektif çalışma

Yavuz Savas Koca

Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

**Amaç:** Günümüzde, pilonidal hastalığın tedavisinde Limberg flep uygulaması en yaygın kullanılan yöntemlerin başında gelmektedir. Sonuçları ile ilgili birçok yayın yapılmıştır. Cleft lift prosedürü ise Bascom tarafından tanımlanmış daha yeni bir yöntemdir. Bu yöntem ile ilgili yapılan çalışmalarda ise daha çok kısa dönem sonuçlar sunulmuştur. Ayrıca yöntemin yeni olması nedeniyle geniş vaka serileri de yoktur. Çalışmamızda her iki yöntem karşılaştırılarak sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** 2007-2012 yılları arasında kliniğimizde gerçekleştirilen tüm pilonidal sinüs ameliyatlarının kayıtları retrospektif olarak incelendi. 1. Gruba Limberg grubu (LG), 2. Grup Cleft Lift Grubu (CLG) olarak isimlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, operasyon süresi, postoperatif komplikasyonlar (seroma, hematoma, enfeksiyon, yara ayrılması, flep nekrozu), dren çekilme günü, hastanede kalış günü açısından dosyalar incelendi. Hastalar postoperatif 6 ayda kontrole çağırılarak fizik muayene ile nüks ve hissiyet açısından değerlendirildi. Tüm hastalara telefon ile ulaşıp geçen süre içerisinde nüks olup olmadığı soruldu. Verilerine ulaşılamayan, 6. ay muayene gelmeyen, telefonla ulaşılamayan ve çalışmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

**Bulgular:** Ortalama yaş LG'da  $24,08 \pm 4,880$ , CLG'da  $23,68 \pm 4,780$  olarak bulundu ( $p = 0,331$ ).

Operasyon süreleri LG'da  $43,15 \pm 0,410$  dakika, CLG'da  $39,53 \pm 1,178$  dakika olarak bulundu ( $p = 0,003$ ). CLG'da operasyonlar daha kısa zamanda yapılmıştır. Dren çıkarılma zamanı açısından bakıldığında LG'da ortalama  $2,94 \pm 0,60$  gün, CLG'da  $1,75 \pm 0,55$  gün olarak bulundu. ( $p = 0,001$ ). Seroma LG'da 21 (%7,2), CLG'da 17 (%6,3) hastada gözlemlendi ( $p = 0,738$ ). Hematom ise LG'da 12 (%4,1), CLG'da 6 (%2,2) hastada gözlemlendi ( $p = 0,237$ ).

Yara yeri enfeksiyonu LG'da 13 (%4,5), CLG'da 6 (%2,2) hastada gelişmişti ( $p = 0,166$ ). Flep nekrozu gelişen hastalar değerlendirildiğinde LG'da 19 (%6,5) hastada, CLG'da ise 7 (%2,7) hastada nekroz gelişmişti ( $p = 0,028$ ). Yara ayrılması LG'da 16 (%5,5), CLG'da ise 37 (%13,7) hastada gözlemlendi ( $p = 0,001$ ). Hastanede kalış süreleri ise LG'da ortalama  $2,94 \pm 0,60$  gün, CLG'da ise ortalama  $1,75 \pm 0,55$  gün olarak bulundu ( $p = 0,001$ ). Operasyon yerinde lokal his kaybı LG'da 46 (%15,8) hastada, CLG'da 14 (%5,2) hastada tespit edildi ( $p = 0,001$ ). Operasyon skarının kozmetik açıdan hastaları rahatsız edip etmediğini sorulduğunda ise LG'da 236 (%80,8), CLG'da ise 262 (%97,0) hasta operasyon izinden rahatsız olmadığını beyan etti ( $p = 0,001$ ). Nüks oranları ise LG'da 12 (%4,1), CLG'da 3 (%1,1) olarak bulundu ( $p = 0,035$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak yara ayrılmasının daha fazla görülmesine rağmen cleft lift prosedürü; daha kısa ameliyat süresi, dren ihtiyacının daha az olması, hastanede kalış süresinin daha kısa olması, flep nekrozunun daha az olması, kozmetik sonuçlarının ve hasta memnuniyetinin iyi olması ve de nüks oranlarının daha düşük olmasından dolayı limberg flebi tekniğine göre daha avantajlı bir yöntem olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Pilonidal sinüs, kıl dönmesi, cleft lift, limberg flebi,

#### Tablo

| Tablo 1                                                                              | Cleft Lift-Grubu (CLG) | LT Flep-Grubu (LTG) | p değeri |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|----------|
| Yaş (ort)                                                                            | 24,08±4,880            | 23,68±4,780         | p=0,331  |
| Cinsiyet                                                                             |                        |                     | p=0,745  |
| Erkek                                                                                | 10 (26,2%)             | 10 (26,2%)          |          |
| Kadın                                                                                | 28 (73,8%)             | 28 (73,8%)          |          |
| BMI                                                                                  | 22,01±3,499            | 21,91±3,499         | p=0,122  |
| Operasyon süresi (ortalama)                                                          | 43,15±0,410            | 39,53±1,178         | p=0,003  |
| Operasyon süresi (ort)                                                               | 43,15±0,410            | 39,53±1,178         | p=0,003  |
| Dren çıkarılma günü                                                                  | 2,94±0,60              | 1,75±0,55           | p=0,001  |
| Hastanede kalış (ort)                                                                | 2,94±0,60              | 1,75±0,55           | p=0,001  |
| Hastanede kalış (ort)                                                                | 2,94±0,60              | 1,75±0,55           | p=0,001  |
| Seroma (n)                                                                           | 21 (7,2%)              | 17 (6,3%)           | p=0,738  |
| Hematom (n)                                                                          | 12 (4,1%)              | 6 (2,2%)            | p=0,237  |
| Yara yeri enfeksiyonu (n)                                                            | 13 (4,5%)              | 6 (2,2%)            | p=0,166  |
| Flep nekrozu (n)                                                                     | 19 (6,5%)              | 7 (2,7%)            | p=0,028  |
| Yara ayrılması (n)                                                                   | 16 (5,5%)              | 37 (13,7%)          | p=0,001  |
| Hastanede kalış (ortalama)                                                           | 2,94±0,60              | 1,75±0,55           | p=0,001  |
| Operasyon yerinde lokal his kaybı (n)                                                | 46 (15,8%)             | 14 (5,2%)           | p=0,001  |
| Operasyon skarının kozmetik açıdan hastaları rahatsız edip etmediğini beyan etti (n) | 236 (80,8%)            | 262 (97,0%)         | p=0,001  |
| Nüks oranları (n)                                                                    | 12 (4,1%)              | 3 (1,1%)            | p=0,035  |

Tablo 1

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0696 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Hartmann Prosedürü: Tek Merkez Deneyimi

Ozan Akinci, Müge Yurdacan, Başar Can Turgut, Server Sezgin Uludağ, Osman Şimşek

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

**AMAÇ:** Hartmann prosedürü ilk kez 1923 yılında Fransız cerrah Henry Hartmann tarafından rektosigmoid kanserlerde, yüksek riskli hastalarda abdominoperineal rezeksiyona alternatif olarak tanımlanmıştır. Abdominal boşluğun ağır inflamasyonu veya kontaminasyonu primer anastomozu engelleyebilir. Hartman prosedüründe bir end kolostomi ve bir rektal güdük bırakılır. Hartman ameliyatının en sık yapıldığı durumlar kanser ve abdominal sepsisle birlikte perforé divertiküldür. İdeal olarak, inflamasyon veya primer hastalık zamanla geriledikçe Hartmann kapatılması düşünülebilir. Ancak bu ameliyat yüksek morbiditeye sahip olduğu için olguların doğru seçilmesi ve ameliyata hazırlığın iyi yapılmasını gerekli kılar. Bu yazımızda 2010-2016 yılları arasında kliniğimizde gerçekleştirilen Hartmann prosedürlerinin sonuçlarını bildirmeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamızda 2010-2016 yılları (6 yıllık dönem) arasında, kliniğimizde acil veya elektif olarak Hartmann prosedürü uyguladığımız 78 olguyu ve bunlardan Hartmann kapatılan 32 olguyu retrospektif olarak inceledik. Veriler hasta dosyaları, ameliyat ve patoloji raporları incelenerek ve hastalar ile telefon görüşmeleri yapılarak elde edildi.

**BULGULAR:** Olguların 45'i erkek, 33'ü kadın olup yaş ortalaması 63'tür. 61 olgu (%78) acil olarak opere edilmişken 17 olgu (%22) elektif operasyona alınmıştır. Olguların 32'si malignite, 15'i divertikül perforasyonu, 11'i sigmoid volvulus, 5'i iatrojenik nedenler, 3'ü iskemik kolit, 3'ü sigmoidovezikal fistül, 2'si inflamatuvar barsak hastalığına sekonder striktür, 1'i travma, 1'i ise rektovaginal fistül nedeniyle opere edilmiştir. 32 olguda ikinci bir operasyon ile Hartmann kapatılmıştır. İlk operasyon ile ikinci operasyon arası geçen süre ortalama 185 gündür. Birinci operasyon sonrası hastanede yatış süresi ortalama 16.7 gün, ikinci operasyon sonrası ise 11.7 gündür. Postoperatif dönem komplikasyonlarına bakıldığında birinci operasyondan sonra en sık intraabdominal enfeksiyonlar (17 olgu), ikinci operasyondan sonra ise yara yeri enfeksiyonları (5 olgu) gelişmiştir. Birinci operasyona ait mortalite oranı %14 (11 olgu) olup ikinci operasyonda mortalite saptanmamıştır. Stoma onarımımızın az olmasının nedeni ise; öncelikle hastaların çoğunluğunda kansere bağlı genel durum bozukluğu ve/veya ek hastalıklarının bulunması ya da kanser nükslerinin görülmesi, ikinci olarak da hastaların bazılarının (14 olgu) ikinci ameliyatı reddetmesidir.

**TARTIŞMA – SONUÇ:** Anastomozlu primer rezeksiyon son yıllarda giderek popüler hale gelmesine rağmen, hâlen pek çok cerrah diffüz peritonit veya ciddi obstruksiyon gibi komplikasyonların varlığında Hartmann prosedürü gibi çok aşamalı yöntemleri tercih etmektedir. Yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden Hartmann prosedürünün kapatılması sıklıkla benign kolon hastalıklarında yapılabilmektedir. Kapatılmanın uygun zamanlamasına karar verme süreci ise bireye özgü olarak yapılmalıdır. Cerrah, hastanın durumunu optimize ederek ameliyat ile ilişkili morbiditeyi azaltma şansına sahip olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hartmann prosedürü, kolorektal kanser, komplikasyon

**Tablo -1**

| Endikasyonlar              | n  | %   |
|----------------------------|----|-----|
| Rektosigmoid kanser        | 32 | 41  |
| Divertikül Perforasyonu    | 15 | 19  |
| Sigmoid volvulus           | 11 | 14  |
| Anastomoz kaçağı           | 5  | 6,5 |
| İyatrojenik travma         | 5  | 6,5 |
| İskemik kolit              | 3  | 4   |
| Kolovezikal fistül         | 3  | 4   |
| Striktür (İBH'ye sekonder) | 2  | 3   |
| Ateşli silah yaralanması   | 1  | 1   |
| Rektovajinal fistül        | 1  | 1   |

Hartmann prosedürü endikasyonları

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0697 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Hartmann Kolostomi Kapatılan Hastalarda Anastomoz Kaçakları ve Yönetimi

Sadettin Er, Umut Fırat Turan, Sabri Özden, Hüseyin Berkem, Erdiñ Çetinkaya, Yusuf Sevim, Bülent Cavit Yüksel, Mesut Tez

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği/Kolorektal Cerrahi

**AMAÇ:** Çeşitli kolorektal hastalıklar nedeni ile, Hartmann kolostomi açılan hastaların kolostomileri kapatıldıktan sonra oluşan anastomoz kaçakları ve yönetimini değerlendirmek.

**MATERYAL-METOD:** 1 Ocak 2012-31 Aralık 2017 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Hartmann kolostomi kapatılan 66 hastanın demografik verileri, kolostomi açılma nedenleri, komplikasyonları ve özellikle anastomoz kaçağı olan hastaların tanı ve tedavi yaklaşımları ile ilgili veriler retrospektif olarak elektronik ortamdaki kayıtlarından elde edildi.

**BULGULAR:** 66 hastanın 46(% 69)'sı erkek ve 20(%31)'si kadındı. Bunların ortalama yaşları 56(18-85) idi. Çalışmaya dahil olan hastaların 21'i kolorektal kanser, 11'i sigmoid volvulus, 4'ü divertikülit perforasyonu ve geri kalan 30 hasta diğer nedenlerle Hartmann kolostomi açılmış hastalardır. Ostomilerin ortalama kapatma süreleri 3 aydır. Postoperatif dönemde 19 hastada cerrahi alan enfeksiyonu ve 4 hastada anastomoz kaçağı tespit edildi. Anastomoz kaçağı tanısı klinik, laboratuvar ve görüntüleme(Abdominal Tomografi) bulguları ile konuldu. Bunların 1'inde mortalite gelişti. Mortalite gelişen hastanın Charlson Comorbidity Index (CCI)'i 6 ve ölüm nedeni de pulmoner emboliydi. 2 hastaya yeniden Hartmann kolostomi yapıldı. Geri kalan 1 hasta da medikal tedavi ile tam iyileşme sağlandı. Mann-Whitney Testinde anastomoz kaçağı olanlarla olmayanlar arasında CCI için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(P=0,271).

**SONUÇ:** Hartmann kolostomi kapatılması CCI yüksek olan hasta grubunu oluşturur. Barsak devamlılığını sağlamak uygun zamanlama ve doğru hasta seçimini gerektirir. Cerrahi sonrası bu hastaların sahip oldukları komorbidite nedeni ile komplikasyon oranları yüksektir. Literatürde komplikasyon oranı % 55,mortalite oranı ise % 4 ve anastomoz kaçak oranı %5-7 olarak bulunmuştur. Komplikasyonları öngörmek ve tanımlamak çok önemlidir. Çalışmamızda anastomoz kaçak oranımız düşük mortalite oranı ile kontrol altına alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hartmann kolostomi, Anastomoz kaçağı, Anastomoz kaçak yönetimi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0698 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Low Anterior Rezeksiyon Sonrası Gelişen Anastomoz Darlıklarında Endoskopik Dilatasyon

Mürşit Dincer

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Kolon-rektum ameliyatları sonrası benign anastomoz darlığı gelişmesi uzun dönem komplikasyonlardandır. Genellikle anastomoz kaçakları sonrasında görülür. Radyoterapi, anastomozun staplerle yapılmış olması, iskemik anastomoz hattı gibi faktörler de benign darlık etyolojisinde rol alır. Tedavisinde öncelikli olarak endoskopik balon ve buji dilatasyonlar uygulanır. Bu çalışmada low anterior rezeksiyon sonrası gelişen benign anastomoz darlığı nedenleri araştırılarak anastomoz darlıklarında uygulanan buji dilatasyon sonuçlarını sunmak amaçlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Son bir yılda low anterior rezeksiyonu uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Anastomoz darlığı gelişen ve sonrasında dilatasyon uygulanan olgular çalışmaya dahil edildi. Kontrol endoskopilerinde anastomoz darlığı gelişen olgulara buji dilatasyon uygulandı. Anastomozdan geçebilen en küçük çaplı buji ile başlanarak uygulanabilen en büyük çaplı bujiye kadar dilatasyon işlemine devam edildi.

**BULGULAR:** Low anterior rezeksiyon sonrası anastomoz darlığı gelişen 7 olgu çalışmaya dahil edildi. Beş olgu erkek, iki olgu bayandı. Ortalama yaş 55.2 idi (37-84). Dört olgu rektum adenokarsinom, bir olgu rektal polip, iki olgu rektuma invaze endometriozis nedeniyle opere edildi. Anastomoz darlığı ortalama 4.1 ayda gelişti (2-12 ay). Üç olguda anastomoz kaçığı, iki olguda radyoterapi, iki olguda ise stapler kullanımı etyolojide suçlandı. Dört olguda tek seans buji dilatasyon sonrası işlem başarılı oldu. İki olguda buji dilatasyon işlemi başarısızlıkla sonuçlandı. Bu olgulardan birinde anastomoz kaçığı sonrası açılan stoma kapatılamadı. Diğer olguya da stoma açılması **TARTIŞMA VE SONUÇ:** Benign anastomoz darlıkları kolon-rektum cerrahisi sonrasında istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir. Bazı olgularda saptırıcı stomalar kalıcı stoma haline gelebilmektedir. Özellikle anastomoz kaçığı ve radyoterapiye bağlı gelişen anastomoz darlıklarında tedavi daha güç olmaktadır. Anastomoz darlıklarının tedavisinde öncelikli olarak endoskopik dilatasyonlar uygulanır. Endoskopik olarak sonuç alınamayan olgularda cerrahi bir tedavi seçeneği olabilir. Ancak bu olgularda relaparotomi başarı oranı da düşüktür. Sonuç olarak kolon-rektum cerrahisi sonrasında gelişen benign anastomoz darlıklarının yönetimi güç olabilmektedir. Anastomoz kaçığı ve/veya radyoterapi sonrasında gelişebilecek anastomoz darlıklarında hastalar benign bir neden sonrasında kalıcı stomaya mahkum olabilmektedir. Bu çalışmanın negatif yönü olgu sayısının azlığıdır. Ancak anastomoz darlığı sonrası bu olguların yönetiminde tecrübeli merkez sayısı da fazla değildir. Bu çalışmanın verileri ışığında anastomoz darlıklarında buji dilatasyonun balon dilatasyona oranla daha efektif olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Anastomoz darlığı, cerrahi, endoskopik dilatasyon, kolorektal

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0700 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolorektal kanserde laparoskopi deneyimimiz

Ömer Avlanmış<sup>1</sup>, Buşra Burcu<sup>1</sup>, Gürhan Işıl<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Çamlıca Erdem Hastanesi

<sup>2</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Giriş

Kolorektal kanser cerrahisinde laparoskopik rezeksiyon son iki dekad itibari ile konvansiyonel cerrahiye kabul edilir bir alternatiftir.(1) Büyük yara kesisi olmaması, cerrahi stresi azaltması, kısa dönemde mobilizasyon ve hastanede kalış süresini azaltması bilinen avantajlarından olup, fast-track cerrahi uygulamayı kolaylaştırmaktadır.(2)

#### Amaç

Bu çalışmada 2014-2017 yılları arasında Özel Çamlıca Erdem Hastanesi'nde kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik rezeksiyon uygulanan hastaların kısa dönem sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

#### Yöntem

2014-2017 yılları arasında preoperatif kolorektal kanser tanısı alarak opere edilen 84 olgu retrospektif olarak incelendi.

#### Bulgular

Toplam 84 hastanın %66,7'si (56) erkek, %33,3'ü (28) kadın idi.Olguların yaşları 40 ile 93 arasında değişmekte olup, ortalama 60,76±11,64 yıldır.İlk gaz çıkışı ortalama 2,35±0,65 günde olmuştur. İlk oral alım zamanı olguların ortalama 2,13±0,37 günde olmuştur. Reoperasyon %1,2 (1) oranındadır. Yatış süreleri ortalama 4,70±1,25 gündür.Olguların %4,8'sinde (4) komplikasyon, %1,2'sinde (1) cerrahi alan enfeksiyonu ve %1,2'sinde (1) kaçak, %1,2'sinde(1) evantrasyon ve %1,2'sinde (1) kanama saptanmıştır.Kaçak olan olguya low anterior rezeksiyon yapılmış ve stoma açılmamıştır.Komplikasyonlar kanama hariç konservatif tedavi edildi.Anastomozlar Phenesteil ve ya mini göbek üstü insizyon ile extrakorporeal yapıldı.Koruyucu ileostomi %8,4 (7) yapıldı, uzak metastaz%2,4 (2) oranında gözlenmiştir.Lokalizasyon incelendiğinde; %32,2'sinde (27) çıkan kolonda, %22,6'sında (19) inen kolonda, %20,2'sinde (17) sigmoidde ve %25,0'inde (21) rektumda olduğu gözlenmiştir.Histoloji tüm olgularda (84) adeno karsinom şeklindedir.Tümör çapları 1,5 ile 9 cm arasında değişmekte olup, ortalama 3,39±1,30 cm; diseke edilen lenf nodu sayısı 10 ile 94 arasında değişmekte olup, ortalama 22,71±12,14'tür.Lokalizasyona göre diseke edilen lenf nodu sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p>0,05); inen kolon grubunda diseke edilen lenf nodu sayısının diğer gruplardan düşük olması dikkat çekicidir. Komplikasyon görülen 3 olguda erkek ve 50 yaş üzerindedir.İkisinin tümör lokalizasyonu sigmoid, birinin ise rektumdur. Mortalite gözlenmedi.

#### TARTIŞMA:

İlk laparoskopik kolon rezeksiyonu 199'de Jacobs M, Verdaja JC, Golstein HS tarafından uygulanmıştır.(3)2004'de Senagore medial-lateral mobilizasyon yaptığını ve damar bağlamayı da laparoskopik yaptığını bildirdi.Rezeksiyon ve anastomoz extracorporeal idi.(4)

1994'de port yeri metastazı %21'iken, 2010'da %2,4 ile kabul edilebilir seviyededir.(5)Anastomoz kaçağı açısından konvansiyonel cerrahi ile arasında anlamlı fark bulunmamıştır.(6)T4 tümörlerde uygulanmaması gerektiği düşünülse de kabul edilir onkolojik sonuçları güvenli olan çalışmalar da literatürde mevcuttur.(7)Evre 3-4'de diseke edilen lenf nodu bu çalışmada 10-67(ort:23) olup lokal nüks gözlenmedi.Rektal kanserde sfinkter koruma oranı arttıkça kaçağın da arttığı gözlenmektedir.(8) Koruyucu stoma sıklıkla uygulanan bir yöntem olup bir çok çalışmada etkili bulunmamıştır.(9)Bu seride kaçak %1,2 olarak görülmüş olup, konvansiyonel yöntemle kıyasla yüksek değildir. Konversiyon oranı literatürde %4-30 olarak görülmüştür(10)Bizim serimizde konversiyon görülmedi.

Kolorektal kanserde laparoskopik rezeksiyon günümüzde artık altın standart olarak kabul edilmemektedir.Biz de laparoskopinin güvenle uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** kolorektal kanser, laparoskopik rezeksiyon, fast-track cerrahi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Hastalık özellikleri

|                                |                                                  |                                                                          |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Lokalizasyon; n (%)            | Çıkan kolon<br>İnen kolon<br>Sigmoid<br>Rektum   | 27 (32,2)<br>19 (22,6)<br>17 (20,2)<br>21 (25,0)                         |
| Histoloji; n (%)               | Adeno ca                                         | 84 (100,0)                                                               |
| Diferans; n (%)                | Az<br>Orta<br>İyi                                | 1 (1,2)<br>26 (30,9)<br>57 (67,9)                                        |
| Tümör çapı (cm)                | Min-Mak (Medyan)<br>Ort±Ss                       | 1,5-9 (3)<br>3,39±1,30                                                   |
| Disekte edilen lenf nodu       | Min-Mak (Medyan)<br>Ort±Ss                       | 10-94 (21)<br>22,71±12,14                                                |
| Metastatik lenf nodu; n (%)    | Yok<br>Var                                       | 56 (66,7)<br>28 (33,3)                                                   |
| Lenfovasküler invazyon; n (%)  | Yok<br>Var                                       | 52 (61,9)<br>32 (38,1)                                                   |
| Perinöral invazyon; n (%)      | Yok<br>Var                                       | 70 (83,3)<br>14 (16,7)                                                   |
| Metastaz; n (%)                | Yok<br>Var                                       | 82 (97,6)<br>2 (2,4)                                                     |
| T evresi; n (%)                | T1<br>T2<br>T3<br>T4                             | 17 (20,2)<br>22 (26,2)<br>37 (44,1)<br>8 (9,5)                           |
| N evresi; n (%)<br>Evre; n (%) | N0<br>N1<br>Evre 1<br>Evre 2<br>Evre 3<br>Evre 4 | 57 (67,9)<br>27 (32,1)<br>36 (42,9)<br>21 (25,0)<br>25 (29,7)<br>2 (2,4) |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0701 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolon Schwannomunda laparoskopik rezeksiyon: olgu sunumu

Ömer Avlanmış<sup>1</sup>, Buşra Burcu<sup>1</sup>, Gürhan Işıl<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çamlıca Erdem Hastanesi

<sup>2</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Giriş

Schwannomlar nöral kılıfta Schwann hücrelerde köken alan; sıklıkla kafa, boyun ve ekstremitelerde gözlenen tümörlerdir [1]Kolon ve rektumda Von Recklinghausen ile ilişkisiz primer schwannom görülmesi oldukça nadirdir [2]Tüm gastrointestinal kanal submukozal tümörlerin %2-6'sını oluştururlar [3].Preoperatif tanı alması zor olup, tedavisi radikal eksizyondur.Schwannomlar gastrointestinal kanalda midede %83 oranında, ince barsaklarda %12 oranında görülür [2]Kolorektal yerleşimi ise oldukça nadirdir.Yavaş büyüme gösteren,benign karakterli kapsüllü tümörlerdir [4].Lokal ve uzak metastaz oranları sırası ile %30 ve %2'dir [1].Kadın ve erkekte görülme sıklığı eşit olup, görülme yaşı 60-70'tir [2].

#### Olgu

67 yaşında erkek hasta kliniğimize halsizlik şikayeti ile başvurdu.Hastanın medikal geçmişinde özellik yoktu.Tetkiklerinde hemoglobulin(Hb) 5.8 g/dl, hematokrit(Hct) %28.8 olması dışında anormallik saptanmadı.Çekilen batın bilgisayarlı tomografisinde (BT); çekum ve çıkan kolon düzeyinde 3.5 x4 cm polipoid kitle görülmesi ile kolonoskopi yapıldı.Kolonoskopide çıkan kolon düzeyinde yaklaşık 3 cm'lik, üzeri ülserle polipoid lezyon GİST olabileceği şeklinde yorumlandı. Alınan biopsi sonucu ise lenfoma ya da leomyoma olabileceği şeklinde raporlandı.Hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı.Hastanede yatış süresi 5 gün olan hastada komplikasyon görülmedi. Patoloji sonucu; tümör 4x3.8x3 cm, invazyon göstermeyen, Ki-67 %4, mitotik index <1'in altında idi. CD 117, CD 34, desmin negatif ve S100 pozitif olup schwannom olarak raporlandı.33 adet lenf nodu örneklenmiş ve metastaz saptanmamıştır. Takibinin 5.ayında olan hasta sorunsuz seyretmektedir.

#### Tartışma

Schwannom ilk kez Verocay tarafından 1910'da bildirildi [4].Gastrointestinal kanalda çoğunlukla Aurbach's plexusundan kaynaklanır ve lümene doğru büyüyen sesil polip yapısındadır. Meisner's plexusundan kaynaklandığında ise pediküllü polip izlenimi verir [2].Tanısı genelde ameliyat sonrası immühistokimya inceleme ile konur. Schwannom benign karakterli bir tümör olsa da, tedavi edilmezse malign dönüşüm gösterebilir. Diğer polipoid lezyonların neden olduğu karın ağrısı, obstrüksiyon, rektal kanama gibi semptomlara neden olur [5].Anemi ile tetkik edilen olgumuzda saptanmış olup literatürde buna rastlanmamıştır.

Gastrointestinal stromal tümörlerin (GİST) subtiplerinden kabul edilen schwannomlar immünhistokimyasal inceleme ayrılırlar. CD117(KIT), CD34, CKs, SMA, desmin negatiftir.S 100 protein ve vimentin genelde pozitif boyanma gösterirler [5].Ki-67 proliferatif indexin ≥5% olması ve tümör çapının 5 cm'den büyük olması malignite olasılığını güçlendirir. Ayrıca mitotik aktivite hızının >5 mitozdan fazla olması da metastaz ve rekürrens riskini artıran bir parametredir [6].Olgumuzda Ki-67 %4, tümör en geniş yerinde 4 cm ve mitotik index <1'in altındaydı.

Tedavisinde genel görüş komplet lokal eksize edilmesidir.Günümüzde laparoskopik kolektomiler komplikasyon riskini artırmadan, daha az hastanede kalış süresi, daha az postop ağrı ve kozmetik üstünlük ile yaygın şekilde kullanılmaktadır.Takiplerinde komplikasyon ya da nüks ile karşılaşmadık.

Sonuç olarak; schwannomlar ameliyat sonrası tanı alan tümörler olup tedavisi rezeksiyondur.Laparoskopik yaklaşım diğer gastrointestinal tümörlerde olduğu gibi güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Schwannom, Von Recklinghausen, sağ hemikolektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

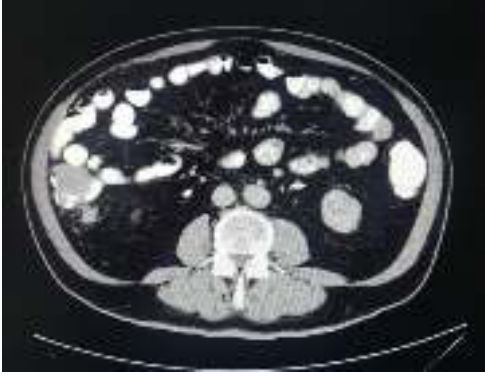
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

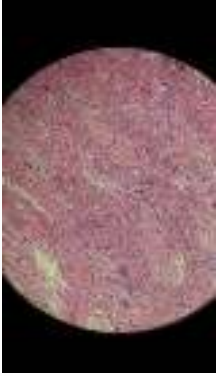


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**BT görüntüsü**



**Mikroskopik görüntü**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0702 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Çekal nöroendokrin tümör: olgu sunumu

Fatih Dolu<sup>1</sup>, Anıl Koçman<sup>1</sup>, Erkan Hazar<sup>1</sup>, Hatice Özer<sup>2</sup>, Kürşat Karadayı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı Sivas

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Sivas

**GİRİŞ:** Nöroendokrin tümörler gastrointestinal sistemdeki Leiberkuhn kriptalarının bazalinde yerleşmiş enterokromafin Kulchitsky hücrelerinden köken alan tümörlerdir. Dünya Sağlık Örgütü 2010' da nöroendokrin tümörleri; nöroendokrin tümör G1 (karsinoid), nöroendokrin tümör G2, küçük veya büyük hücreli nöroendokrin karsinom, miks adenonöroendokrin karsinom, hiperplastik ve preneoplastik lezyonlar olarak sınıflamıştır.

**AMAÇ:** Burada çekum yerleşimli nöroendokrin tümörlü bir hastayı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Karın ağrısı ve kabızlık şikayeti ile başvuran 54 yaşında erkek hastanın anamnezinden ve epikrizinden çocukluk çağında mezenter malrotasyonu nedeni ile segmenter ince bağırsak rezeksiyonu ve ileotransversostomi uygulandığı öğrenildi. Hastaya çekilen bilgisiyarlı tomografide çekumda yaklaşık 2 cm' lik kitle ve periçekal lenf nodları tespit edildi. Yapılan kolonoskopide çekum tabanında yaklaşık 2 cm lik üleserovejetan kitle saptandı. Kolonoskopik biyopsinin patolojik inceleme sonucu nöroendokrin tümör olarak bildirildi. Rutin laboratuvar testleri normal olan hastanın kliniğinde karsinoid sendromu düşündürecek semptom yoktu. Evreleme amaçlı torakoabdominal tomografide uzak metastaz saptanmayan hastaya sağ hemikolektomi ve total mezokolik eksizyon uygulandı. Patoloji sonucu nöroendokrin tümör, grade 2, ki 67 indeksi % 4, tutulan lenf nodu oranı 6/14 ve cerrahi sınırlar negatif olarak rapor edildi. Hastaya tümör konseyinde ilave sistemik tedavi gerekli görülmedi. Hasta halen postoperatif ikinci ayında takiptedir.

**SONUÇ:** Çekal nöroendokrin tümörler oldukça nadir görülürler, çoğunlukla asemptomatik seyrederler. Genellikle tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, kolonoskopi gibi işlemler sırasında veya ameliyat esnasında rastlantısal olarak saptanırlar. Şeçilmiş olgularda somatostatın analogları ve kemoterapinin yeri olmakla birlikte cerrahi halen en önemli tedavi seçeneğidir.

**Anahtar Kelimeler:** nöroendokrin tümör, karsinoid, ki 67 indeksi,

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0703 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### **Kolorektal kanserde prediktif ve prognostik biyolojik belirteçler: Son gelişmeler ve zorlukların sistematik olarak gözden geçirilmesi**

Vefa Sadiqova, Amil Huseynov, Muhittin Yaprak  
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

#### Giriş

KRK, çoğunlukla kolon epitel hücrelerinde genetik ve epigenetik değişikliklerden oluşur ve daha sonra adenokarsinoma dönüşür. KRK, alarm özellikleri gelişmiş aşamaya gelene kadar büyük ölçüde asemptomatik olduğundan, tarama programının uygulanması, kanser insidansını ve mortalite oranlarını azaltmak için çok önemlidir. Karsinoembriyonik antijen (CEA) ve CA 19-9 kolorektal kanserli hastalarda yaygın olarak kullanılan tümör belirteçleridir. Bu çalışmanın amacı Kolorektal kanserde (KRK) ameliyattan önceki tümör belirteçleriyle sonraki patolojik tanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

#### Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, 2016 - 2017 yılında Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde primer kolorektal tümörleri için iyileştirici cerrahi uygulanan toplam 42 hasta alındı. Her hasta için, kurumsal tıbbi kayıtlar kontrol edildi ve prospektif olarak muhafaza edilen bir veri tabanından demografik özellikler, klinik, operatif, patolojik ve takip verileri toplandı. Ameliyat öncesi rutin kan testlerine ek olarak tümör belirteçleri dahil edildi.

#### Bulgular

Hastaların % 11.9 'unda artmış CEA düzeyleri olmaksızın sadece CA 19-9 seviyeleri yüksekti ve % 33.3'ünde CA 19-9 ve % 38.0'inde CEA düzeylerinde artış vardı. Ameliyat öncesinde pozitif belirteç bulunan hastaların % 88.0'inde postop patoloji adenokarsinom olarak yorumlandı ( $p = .013$ ). Buna yanında negatif belirteç bulunanların da %57, sinde postop patoloji adenokarsinomdu.

#### Sonuç

Günümüzde birçok potansiyel biyolojik belirteç örneği klinik uygulamalarda başarılı bir şekilde kullanılmaktadır (dışkı hemoglobini, karsinoembriyonik antijen (CEA) ve CA19.9 vs...) Ancak bunlar kişiselleştirilmiş tıpta son derece umut verici tanısal hedef değildir. Dolayısıyla hastalığı mümkün olan en erken evrede saptamak amaçlı bireyselleştirilmiş ve optimize edilmiş hasta tedavisinin güvenilir, minimal invaziv, duyarlı ve spesifik hale getirecek genetik belirteçlere önemli ölçüde bir ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal Kanser, Tümör Belirteçleri, Prognostik Biyolojik Belirteçler

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0704 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Retrorektal kitle eksizyonu: Yedi hasta üzerinde klinik çalışma

Amil Huseynov, Muhittin Yaprak

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

#### Amaç

Retrorektal boşluktaki tümörler nadir görülür ve patolojik olarak heterojendir. Presakral (retrorektal) boşluktaki primer tümörler, erişkinlerde oldukça nadirdir ve büyük merkezlerde tahmin edilen insidans 0.0025-0.014'tür. Bu çalışmanın amacı, kurumumuzdaki retrorektal tümörlerin cerrahi tedavisinin sonuçlarını değerlendirmektir..

#### Yöntem

Mart 2015'ten Aralık 2016'ya kadar tıbbi kayıtlar, radyoloji, patoloji raporları ve cerrahi yaklaşımlar geriye dönük olarak kontrol edildi. Genel anestezi altında opere edilen primer veya rekürren retrorektal tümörü olan 7 hasta [6 erkek; ortalama yaş = 48.45 ± 4.8 (dağılım, 32-91) yıl] çalışmaya dahil edildi.

#### Bulgular

Cerrahi olarak 2 olguda laparotomi, 1 olguda sakral, 4 olguda anterior-posterior ve bir olguda abdomino-sakral yaklaşım kullanıldı. Ortalama hastanede yatış süresi 14.55 ± 2.75 (7-25) gün idi. Takip süresinin sonunda bir hastada (% 15) rekürrens izlendi. Toplamda 5 (% 71.4) hastada ameliyattan sonra patoloji malign olarak yorumlandı. Üç hastanın patolojisi Müsinöz kistadenokarsinom, iki hasta Liposarkom ve diğerleri Epidermal kist ve Anjiyomiyofibromblastom olarak rapor edildi. Bilinenin aksine, sadece bir hasta kadındı ve patolojik raporlarda malign tümörlerin oranı yüksek olarak görüldü.

#### Sonuç

Bu tümörlerin başarılı bir şekilde tedavisi için pelvik cerrahide dikkatli klinik değerlendirme ve uzmanlık gerekir. Cerrahi tedavi başlıca tedavi, MR en yararlı görüntüleme yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Retrorektal Kitle, Retrorektal Tedavi, Cerrahi Tedavi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0705 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Perianal Fistül Tedavisinde Filac Uygulanan Hastalarda Kısa Dönem Sonuçlarımız

Ahmet Sürek, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Bahadır Kartal, Savaş Bayrak, Mehmet Emin Güneş  
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** FİLaC anal fistül semptomlarının iyileştirilmesinde sfinkter koruyucu bir tedavi seçeneğidir. Fistül traktının primer kapanması diyet lazere bağlı bir radyal fiber tarafından yayılan lazer enerjisi kullanılarak elde edilir. Kısa dönem ve orta dönem sonuçları efektif ve güvenlidir. Biz bu çalışmamızda FİLaC uyguladığımız hastaların kısa dönem sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Anal fistülü olan 20 hastaya FİLaC uygulandı. İşlem öncesi tüm hastalara kolonoskopi ve pelvik mr çekilerek fistül traktı ortaya konuldu. Hastalar ve fistül özellikleri, önceki tedaviler, iyileşme oranları, başarısızlıklar ve postoperatif inkontinans gözden geçirildi.

**BULGULAR:** Hastaların 8'i(%40) kadın, 12' si(%60) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 44,2 idi. Hastalardan 4'üne daha önce fistül nedeniyle abse boşaltılması veya seton uygulaması yapılmıştı. 16 hasta ilk olarak FİLaC ile tedavi edildi. FİLaC sonrası takip süresi ortalama 3 ay idi(1-5). Kısa dönem sonuçlarda 18(%90) olguda anal fistül semptomlarının iyileştiği izlendi. 2(%10) olguda ise FİLaC tedavisi sonrası perianal abse gelişimi izlendi. Olguların hiçbirinde inkontinans gelişmedi. **SONUÇ:** Perianal fistül tedavisinde FİLaC prosüdüğü güvenli, basit, sfinkter hasarı oluşturmeyen kısa dönemde yüksek başarı şansına sahip minimal invaziv bir yöntemdir. Uzun dönem sonuçlarının ortaya konulması için daha geniş kapsamlı ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** filac, perianal fistül, eksternal anal sfinkter

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0706 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Magnetik rezonans görüntülemenin anal fistüllerin tipini saptamadaki etkinliği

Mustafa Haksal

Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Çalışmamızın amacı perianal fistül lokalizasyonunu belirlemede magnetik rezonans görüntülemesinin (MRI)' in etkinliğini saptamaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Eylül 2014 ile Şubat 2018 arasında perianal fistül nedeniyle opere edilen hastalardan hastanemiz veritabanında MRI çekimi olanlar retrospektif olarak irdelendi. Tetkikler değerlendirilerek fistül tipi belirlendi. MRI'nin fistül tipini tanımadaki duyarlılık, özgüllük ve pozitif öngörü değerleri belirlendi.

**BULGULAR:** 74 hasta (55 [ %74,3 ] erkek, ortalama yaş  $39,8 \pm 11,9$  ) çalışmaya dahil edildi. Hastalara ameliyat bulgularına göre intersfinkterik (n=27, %36,5), transsfinkterik (n=43, %58,1) ve suprasfinkterik (n=4, %5,4) fistül nedeniyle fistülotomi ( $\pm$  fistülektomi) (n=61, %82,4), seton uygulaması (n=13, %17,6) yapıldı. MRI tetkiklerinde intersfinkterik fistüllü olguların 20'si ( %57,1) intersfinkterik, 14'ü (%40) transsfinkterik, 1'i (%2,9) suprasfinkterik; transsfinkterik fistüllü hastaların 7'si (%19,4) intersfinkterik, 29'u (%80,6) transsfinkterik; suprasfinkterik fistüllü hastaların 3'ü (%100) suprasfinkterik olarak yorumlandı. MRI'nin intersfinkterik, transsfinkterik ve suprasfinkterik fistül türünü göstermede duyarlılık, özgüllük ve pozitif öngörü değerleri %74,1, %68,1 ve %57,1; %67,4, %77,4 ve %80,6 ile %75, %100 ve %100 idi.

**SONUÇ:** Perianal fistül sebebiyle opere olacak hastalarda MRI'nin fistülün intersfinkterik veya transsfinkterik olduğunu ortaya koymada belirli bir değeri vardır. Özellikle suprasfinkterik fistüllü hastaların dışlanması etkindir. Bu nedenle perianal fistüllü hastalarda MR'in rutin olarak kullanılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anal fistül, magnetik rezonans görüntüleme, perianal hastalık, fistülotomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0707 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Tanımlanmamış Sigmoid Kolon Tümörüne Bağlı Strangule Rektal Prolapsus; Acil Cerrahi Yaklaşım

Sadık Keşmer<sup>1</sup>, Kadir Yıldırım<sup>2</sup>, Barış Candan<sup>1</sup>, Ahmet Ragıp İyiyol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Burdur Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Samsun Liv Hospital Genel Cerrahi Kliniği

Rektal prolapsus(RP) rektumun tam kat anüsden dışarı çıkmasıdır. Nadiren strangülasyon görülebilir. RP'un yıllık insidansı 100 000 nüfusta 2,5'tir. Kadınlarda ve yaşlılarda daha sık görülmektedir. Kadın/erkek oranı 6-10/1 civarındadır. RP etyolojisinde kolon tümörü(KT) nadirdir. Sfinkter tonusu yüksek olan hastalarda inkaserasyonla birlikte strangülasyon olabilmekte ve acil cerrahi gerekmektedir.

Olgu; 72yaş bayan 3gündür redükte edilemeyen, uç kısmında tanı konmamış kitle olan, RP ile baş vurdu. 25cmlik kolon prolabe idi. 3gün önce dış merkezde, kitlenin KT olabileceği düşünülerek biyopsi yapıpı taburcu edilmiş. Başvuruda prolabe kısım ödemli ve kanamaların olduğu gözlemlendi. Nekroz yoktu manuel redükte edilmeye çalışıldı. Ağrı nedeniyle anestezi altında redükte edilmek için ameliyathaneye alındı. Hiçbir koşulda redükte olmayan, KT ihtimali düşünülen hastaya açık anterior rezeksiyon yapıldı. Laparotomide invajine distal kısım ile normal proksimal kolon arasında 4kat çap farkı gözlemlendi. İnkansere kısım batına, kolon perfore edilerek çekilebildi. Çap farkı, klinik durum nedeniyle hartman uygulandı. Pataloji adenokarsinom olarak belirtildi. Çıkarılan 19adet lenf nodunda(LN) tutulumu yoktu. 30aylık takibinde problem yaşanmadı.

Tartışma; RP yaşam kalitesini oldukça azaltır. Defakasyon ile berber yada bağımsız rektum prolabe olabilir. Rektum mukozası çoğunlukla ödemli, frajildir. Ülsere alanlar görülebilir,kanamaya meyillidir. Genelde elle redükte edilebilir. Strangüle RP şiddetli ağrı, kanama şikayetiyle gelir. Strangülasyona erken müdahale edilmezse nekroz ve perforasyon gelişebilir. Olgumuzda strangüle kısım ödemli, kanamalı ve şiddetli ağrı ile birlikte idi. Spontan, elle ve anestezi altında dahi redükte edilememesine rağmen nekroz, perforasyon görülmedi. Laparotomi sonrası batın içine tümöral bölgenin hemen proksimalinden perforasyon sağlanarak redükte edilebildi.

RP etyolojisinde nadir bir sebep KTYe bağlı intussusepsiyondur. SunArk.; genç popülasyonda RP en sık nedeninin, %61 uzun rektosigmoid kolon olduğunu belirtmiştir. Olguda kolo-kolik intussepsiyon, öncül nokta olan tümöral yapıyı, prolabe olan kolon segmentinin uç kısmına sürüklemiş, ödem ve ağrı prolapsusun redükte olmasını imkansız hale getirmiştir. Strangülasyonun olmadığı, redükte olamayan durumlarda sedasyon ve analjezi altında redüksiyon önerilmektedir. Olguda anestezi altında dahi redükte edilememiştir. Patolojik tanı olmasada prolapsusun uç kısmındaki kitle için ek değerlendirme yapılabilecek imkan yoksa kitlenin KT olarak değerlendirilmesi ve uygulanacak prosedürün tümöre göre uygulanması gerektiğini düşünüyoruz. Olgumuzda tümöral kitle nedeniyle yeterli mezenter ve LN eksizyonu yapılabilmesi için açık sigmoidektomi planladık. Kitlenin adenokanser rapor edilmesi uyguladığımız prosedürü desteklemektedir. Kolostomi agresif bir yaklaşım gözükse de kolo-rektal anastomoz, riskli görülmüştür.

Sonuç; Anorektal aciller içinde RP nadirdir. RP sebeplerinden birinin KT olabileceği unutulmamalıdır. Kolorektal kitleler sonrası oluşan RP olgularında uygulanabiliyorsa biyopsi alınmalı kolonoskopi yapılmalıdır Seçilecek cerrahi, hastanın geliş zamanı ve hastanenin imkanlarına göre dahi değişebilmektedir. Patolojik tanının olmadığı acil durumlarda, kitle mevcut ise KT olarak değerlendirilip uygun acil cerrahi uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** rektal prolapsus, kolon tümörü, strangülasyon

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### 1-prolabe kolon tümörü



### 2-pelvik boşluk (laparotomi)



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0708 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Apandikte Hiperplastik Polip Olgusu

Barış Tırman, İsmail Alper Tarım, Ayfer Kamalı Polat  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Genel Cerrahi A.B.D, Samsun

#### AMAÇ

Apandiksin serrated adenomları kolon ve rektumun serrated adenomlarına göre daha agresif seyirli kabul edilmektedir. Histolojik olarak serrated polipler üç alt gruba ayrılır, hiperplastik polip, sesil serrated adenoma, traditional serrated adenoma. Apandiksin hiperplastik polipleri nadiren görülürler ve morfolojik kolondaki hiperplastik poliplere benzerler. Bu olgunun patolojik değerlendirmesinde akut apandisit, hiperplastik polip ile uyumlu görünüm olarak raporlanmıştır. Apandiks hiperplastik polipleri akut apandisit ile birlikte olabildikleri gibi sıklıkla insidental olarak görülmektedir. Kalın barsakta adenokarsinomlar ile birlikte olabilmeleri ve apandektomide mukozal hiperplazi bulgusunun olması kolorektal neoplazilerin dışlanması için ileri tetkikleri gerekli kılar.

#### OLGU SUNUMU

62 yaşında kadın olan hasta üç gün önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde, batında sağ alt kadranda, rebound ve defans; akut batın bulguları saptandı. Preoperatif yapılan batın ultrason incelemesinde apandiks 8 mm çapta, duvarı kalın ve ekojen, çok az komprese edilebilmekteydi. Uç kısmında duvarda inceltme ve duvar devamsızlığı izlendi. Bulgular perfore akut apandisit ile uyumlu olarak raporlanması üzerine, opere edildi. Apandektomi uygulandı. Postop 2. günde taburcu edildi. Cerrahi spesmenin makroskopik incelemesinde üzerinde bir miktar periappendiküler, nekrotik görünümlü yağ dokusu bulunan, 4 cm uzunluğunda 0,6-0,9 cm çapında appendektomi materyali izlenmiş olup, materyal oblitere görünümde, lümeni fekaloid içerikle tıkalı olup, histopatolojik incelemede akut apandisit ile uyumlu görünüm ve hiperplastik polip olarak raporlandı. Kolonda senkron adenokarsinom olasılığını ekarte etmek için postoperatif birinci ayda yapılan kolonoskopik incelemede kolonda polip saptanmadı.

#### TARTIŞMA

Apandiksin hiperplastik poliplerine sıklıkla insidental olarak rastlanırken, bazen de olgumuzda olduğu gibi akut apandisit kliniği ile karşımıza çıkabilir.

Apandiks hiperplastik poliplerinin kalın barsaktaki adenokarsinomalar ile birliktelikleri önemli olup appendektomi spesmenleri mutlaka histopatolojik olarak araştırılmalıdır. Apandiks malignansileri çok nadirdir. Apandektomi spesmenlerinin % 0,5 ve % 1,4 ünde primer apandiks kanseri tanısı konulur. Tümörlerin preoperatif dönemde şüphelenilmesi çok enderdir. Apandiks kanserleri içerisinde karsinoid en sık görülenidir, ve apandiksin primer lezyonlarının % 50 sini meydana getirir. Çok ender olmakla birlikte apandikte granüler hücreli tümör, paraganglioma, nöroma ve nörofibroma görülebilir. Malign lenfoma apandiksi tutabilir, ayrıca gastrointestinal sistem, meme ve kadın genital organları kökenli metastazlar bildirilmiştir. Yakın zamanda yapılan bir incelemede apandektomi materyallerinin histopatolojik incelemesinde insidental malign tümör sıklığı % 0,3 olarak bildirilmiştir. Bu nedenle apandektomide çıkan materyale mutlaka histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

#### SONUÇ

Hastalara postoperatif dönemde kontrol muayeneye patoloji raporları ile birlikte gelmeleri ve rapor hakkında doktorlarından mutlaka bilgi almaları gerektiği önemle hatırlatılmalıdır. Olası bir apandiks tümörü tanısını alan olgular başlı başına özellikli yaklaşım ve tedavi gerektirmekle birlikte, apandiks yerleşimli hiperplastik polip tanısı da, kalınbarsaktaki senkron polip ve adenokarsinomları dışlamak için ilerleri tetkik endikasyonu koydurtur.

**Anahtar Kelimeler:** Apandisit, serrated polip, apandiks hiperplastik polip

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



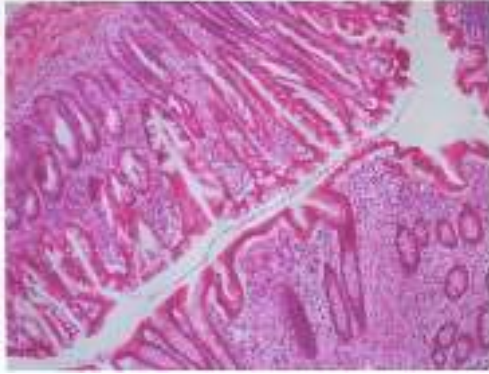
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 1



Resim 1: H&E x40 yüzeyi ve glandları hiperplastik karakterde epitelle döşeli, kistik genişlemiş glandlardan kurulu polibe ait dokular izlenmiştir.

resim 2



Resim 2: H&E x100 yüzeyi ve glandları hiperplastik karakterde epitelle döşeli, kistik genişlemiş glandlardan kurulu polibe ait dokular izlenmiştir.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0709 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Melanozis Coli: Olgu Sunumu

Cengiz Tavusbay<sup>1</sup>, Serkan Karaisli<sup>1</sup>, Haldun Kar<sup>1</sup>, Ilgın Aydın<sup>2</sup>, Mehmet Hacıyanlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Melanozis koli, özellikle ileri yaşlarda görülen kronik konstipasyon nedeniyle, uzun süre ile laksatif kullanan hastalarda ortaya çıkan, apopitotik epitelyal hücrelerin yıkımı sonucunda üretilen kahverengindeki lipofuskin pigmentinin mukozada birikimine bağlı olarak ortaya çıkan, kolonun koyu kahverengi pigmentasyonudur. Bu çalışmada, laksatif kullanımına bağlı melanozis koli gelişen, 78 yaşındaki bir kadın hasta sunularak, ilgili literatür eşliğinde hastalığın tartışılması amaçlanmıştır.

**OLGU.** 78 yaşında kadın hasta. Acil servisimize karında kolik tarzında karın ağrısı, şişkinlik, gaz gaita çıkaramama ve iştahsızlık yakınmaları nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde; son 10 yıldan beri D. Mellitus, KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı) ve esansiyel hipertansiyon olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde; önemli bir özellik yoktu. Yapılan fizik bakışında; karında distansiyon ve dinlemekle de tüm karın kadranslarında tek tük metalik ses saptandı. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde; kan şekeri yüksekliği, CRP ve prokalsitonin değerlerinde artış dışında önemli bir özellik yoktu. Radyolojik olarak, ayakta karın grafisinde yaygın gaz gölgeleri ve karın tomografisinde; öncelikle adezyona sekonder ince barsak obstrüksiyonu ile uyumlu olduğu saptandı.

Hasta mekanik bağırsak tıkanıklığı nedeni ile acil ameliyata alındı. Eksplorasyonda; sağ kolonun normale nazaran oldukça mobil ve dilate olduğu görüldü. Ayrıca, transvers kolon orta kısımlarından rektuma dek tüm kolon segmentlerinin dilate, elonge görünümde olduğu ve sol kolondan sigmoid kolona kadar yaklaşık 1 metre uzunluğunda bir segmentin mezosunda da yer yer yoğun fibrotik değişiklikler saptandı. Hastaya parsiyel kolon rezeksiyonu ve uç uca anastomoz uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz olarak geçen hasta, 7. gün şifa ile taburcu edildi. Kolektomi materyalinin mikroskopik tetkikinde, divertiküler hastalık+melanozis koli saptandı. Hastanın 6. ayında yeniden yapılan değerlendirmesinde herhangi bir yakınması olmadığı saptandı. Yapılan kontrol kolonoskopisinde de herhangi bir anormallik yoktu.

**SONUÇ:** Melanozis Koli özellikle uzun süre laksatif kullanan hastalarda nadir rastlanılan bir antitedir. Laksatif kullanımının kesilmesi ile geriye dönüşümü mümkündür.

**Anahtar Kelimeler:** Melanozis koli, antrakuinon laksatifler, kolon kanseri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

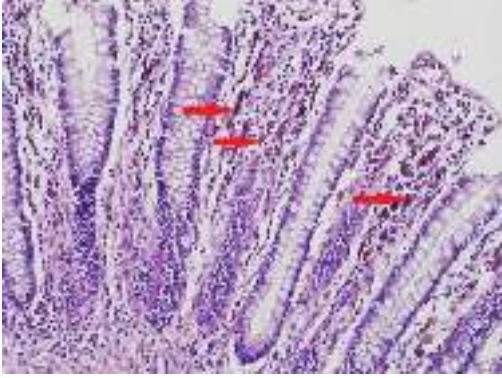


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim 1. Hastaya ait abdominal tomografi bulgusu.



Resim 2. Kolon mukozasında, lamina propriada, kahverengi granüler pigment içeren histiyositler (H&E, x200).



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0710 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs Hastalığında Cleft Lift Operasyonu Sonuçlarımız

Yavuz Savaş Koca<sup>1</sup>, Mustafa Uğur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

**AMAÇ:** Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde Bascom ve arkadaşları 2002 yılında hastalığın intergluteal sulkustaki hasarlanmış dermis ve epidermisten kaynaklandığını düşünerek cleft lift operasyonunu tanımlamışlardır. Bu yöntemde derin dokular yerinde bırakılarak sadece hastalıklı alanlar eksize edilerek dermis ve epidermisden oluşturulan asimetrik fleplerle intergluteal sulkus kaydırılmaktadır.

Bu çalışma cleft lift operasyonu yapılan hastalarda gelişen komplikasyonları belirlemek amacı ile planlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 2008-2013 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde pilonidal sinüs hastalığı tanısı ile cleft lift operasyonu yapılan hastalar incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, ameliyat süresi, vücut kitle indeksi, ameliyatta dren kullanımı ve drenin çekilme zamanı kaydedildi. Kanama, flep nekrozu, seroma, hematoma, yara ayrılması, yara enfeksiyonu ve hastanede yatış süresi belirlendi. Hastalar ilk 1 yıl 3 ay, daha sonra 6 ay aralıklarla kontrole çağrılarak gelişen nüks oranları belirlendi. Kontrole gelmeyen veya takip sürecinde bilgileri kaybolan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Operasyonda pilonidal sinüsleri içine alacak şekilde dermis ve epidermis çıkarıldı. Oluşturulan flepler yardımı ile orta hat kaydırıldı. Cilt altına hemovac dren yerleştirilerek cilt primer olarak kapatıldı (Resim 1-A, B).

**BULGULAR:** Çalışmaya cleft lift operasyonu yapılan 296 hasta dahil edildi. Takip süresi median 43 (min 12, max 60) aydı. Hastaların 18'inde (6,1%) yara ayrılması, 16'sında (5,4%) seroma, 15'inde (5,1%) yara enfeksiyonu, 5'inde (1,7%) nüks gözlemlendi (Tablo 1).

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde cleft lift operasyonun avantajları kısa operasyon süresi, erken dren çekilmesi, kısa hastanede yatış süresi, düşük nüks oranı ve düşük flep nekrozu oranıdır. Çalışmamızda bu oranlar literatürle uyumlu olarak bulundu. Ancak yara ayrılması ve seroma oranları literatürle karşılaştırıldığında daha yüksekti. Bunun bir sebebi literatürde benzer çalışmalarda hasta sayısının yetersizliği olabilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde çalışmamızda yeterli hasta sayısı olduğunu ve daha objektif sonuçlar elde ettiğimizi söyleyebiliriz. Bir diğer sebebi ise erken dren çekilmesi olabilir. Bunun için prospektif çalışmaların yapılması gerektiği görüşündeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Cleft lift, Pilonidal sinüs, Yara ayrılması

#### Resim 1 A, B



A: Cleft lift operasyonu için sakrokoksigeal alanın çizilerek belirlenmesi B: Cleft lift operasyonu yapılarak intergluteal sulkusu kaydırılan hastanın postoperatif görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1**

|                                      |                                         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                      | Cleft lift operasyonu<br>(n=296)        |
| Yaş                                  | 24,00 (min15, max38)                    |
| Cins                                 | Erkek: 252 (85,1%)<br>Kadın: 44 (14,9%) |
| Vücut kitle indeksi                  | 4,10±3,437                              |
| Operasyon süresi (dakika)            | 37,30±8,953                             |
| Dren çekilme zamanı (gün)            | 1,32±0,566                              |
| Seroma (n)                           | 16 (5,4%)                               |
| Hematom (n)                          | 11 (3,7%)                               |
| Yara enfeksiyonu (n)                 | 15 (5,1%)                               |
| Flep nekrozu (n)                     | 5 (1,7%)                                |
| Yara ayrılması (n)                   | 18 (6,1%)                               |
| Hastanede yatış süresi (n), (median) | 2 (min1,max12)                          |
| Nüks (n)                             | 5 (1,7%)                                |
| Takip süresi (ay), (median)          | 43 (min12, max60)                       |

Cleft lift operasyonu yapılan hastalarda gelişen komplikasyonlar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0711 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### **Pilonidal Sinüs Hastalığı için Tedavi Yaklaşımlarının değerlendirilmesi, Cerrahlar için Anket Çalışması Erken Dönem Sonuçları**

Ömer Faruk Özkan, Sema Yüksekdağ, Özgül Düzgün, Abdullah Yıldız, Ethem Ünal, Neşet Köksal  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### **Amaç**

Pilonidal sinüs toplumda sık karşılaşılan bir hastalık olup halen, etyolojisi ve tedavisiyle alakalı, tartışmalar devam etmektedir. Günümüzde birçok hastalıkta konsensus oluşmasına rağmen, pilonidal sinüste tam net olarak bir algoritma oluşturulamamıştır. Çalışmamızda genel cerrahi uzmanlarına yönelik hazırlanan 15 soruluk bir anketle tedavi yaklaşımındaki farklılığın ortaya konulması amaçlandı. Materyal-Metod

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınan etik kurul onayı sonrası hazırlanan 15 farklı soruyu içeren çoktan seçmeli ve kategorik anket genel cerrahi uzmanlarına yöneltildi. Sonuçlar SPSS'te hazırlanan data havuzuna yüklendi. Sonuçlar yüzdelik dilimlere göre değerlendirildi..

#### **Sonuç**

Yüz elli genel cerrahi uzmanında planlanan çalışmanın erken dönemde ilk planda elde edilen otuz katılımcının sonuçlarına göre, yılda ortalama 10-50 arası pilonidal sinüs vakası gören uzman sayısı 20 (%66,6) olup, fenol tedavisi uygulama oranı %1' di. Cerrahi tedavi yöntemlerinden en sık flepli yöntemler tercih edilirken %50, primer onarım oranı %30'du.

Katılımcıların çoğunluğu postoperatif antibiyoterapi önerirken (%80), ulusal toplantılarda pilonidal sinüs konusuna yeterli zamanın ayrılmadığı düşünülmekteydi

#### **Tartışma**

Çalışmamızın erken dönem sonuçlarına göre pilonidal sinüs hastalığı cerrahların sıklıkla karşılaştığı bir durum olup, tedavide ön planda flepli yöntemler tercih edilmekte ve antibiyoterapi hastalığın tedavisi sonrası cerrahlar tarafından sıklıkla önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Pilonidal sinüs, Anket, Genel Cerrahi Uzmanları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0712 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Gardner Sendromu; monozigot ikizlerde eş zamanlı tanı ve tedavi

Ramazan Kozan<sup>1</sup>, İlhan Taşdöven<sup>1</sup>, Eray Seven<sup>1</sup>, Selim Aydemir<sup>2</sup>, Banu Doğan Gün<sup>3</sup>, Mustafa Cömert<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Zonguldak

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

#### Amaç

Gardner Sendromu'nun (GS) monozigot ikizlerdeki senkron tanı ve tedavisi sunularak bu nadir hastalığa dikkat çekilmesi hedeflenmiştir.

Olgu 1: 16 yaşındaki monozigot ikiz eşi, erkek hastaya diş problemleri nedeniyle panoramik görüntüleme yapılmış ve mandibulada osteom yönünden şüpheli görünüm izlenmiş. Plastik Cerrahi'ye yönlendirilen hastanın maksillofasiyal bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol mandibula ramus kesiminde, yaklaşık 17 mm çapında, egzofitik, kısmen lobule, osteom ile uyumlu lezyon saptanmış (Resim 1). Bu lezyon yüz manyetik rezonans (MR) tetkikinde de 17x12 mm'lik osteom olarak nitelendirilmiş (Resim 2). Kolonoskopide rektumda birkaç adet milimetrik çaplı polip saptanırken diğer kolon segmentlerinin tamamında yaklaşık 30-35 adet polip olduğu görülmüş (Resim 3). Tarafımıza yönlendirilen hastanın fizik muayenesinde sol mandibulada yaklaşık 2x2 cm'lik kitle (Resim 4) ve sol lumbal bölgede cilt altına lokalize yaklaşık 2x2 cm çaplı lipomatöz kitle saptandı. Laboratuvar parametreleri, göz muayenesi ve tiroid ultrasonografisi (USG) normaldi. Rektosigmoidoskopide rektumda soğuk forseps ile eksize edilmiş birkaç adet polipe ait iyileşme sürecindeki mukozal ülserler dışında patoloji izlenmedi. Özofagogastroduodenoskopi, ince barsak pasaj grafisi ve abdomen MR tetkikleri normaldi. Hastaya total kolektomi ve ileorektal anastomoz yapıldı.

Olgu 2: Bir numaralı olgunun ikiz eşi olan hasta şikayeti olmaksızın, kardeşindeki bulgular nedeniyle eş zamanlı tetkik edilmiş. BT'de sol mandibula ramus kesiminde, egzofitik, düzgün sınırlı, 15 mm çaplı osteom ile uyumlu lezyon görüntülenmiş (Resim 5). MR'da sol mandibula korteksinde ekspansiyona yol açan osteom ile uyumlu lezyon izlenmiş (Resim 6). Kolonoskopi bulguları kardeşi ile benzer olan hastanın muayenesinde sol mandibulada yaklaşık 2x2 cm çaplı kitle (Resim 7), sol skapula inferior ve ensede birer adet yaklaşık 2x1 cm çaplı lipomatöz kitle saptandı. Laboratuvar parametreleri, göz muayenesi, tiroid USG, özofagogastroduodenoskopi, ince barsak pasaj grafisi ve abdomen MR normaldi. Kardeşiyle aynı cerrahi prosedür uygulandı (Resim 8).

#### Tartışma

GS'da karakteristik olarak gastrointestinal polipozise osteom, lipom, fibrom veya desmoid tümörler gibi kemik ve mezenkimal doku neoplazmları eşlik eder. Tedavi edilmeyen hastaların tamamında 40 yaşından önce kolorektal kanser gelişimi kaçınılmazdır. Tedavi seçenekleri proktokolektomi ve kalıcı terminal ileostomi, restoratif proktokolektomi ve ileal poş-anal anastomoz, total kolektomi ve ileorektal anastomozdur. Seçilecek cerrahi prosedüre dair tam bir konsensus olmayıp rektumun tutulumu ve hastaya ait faktörler göz önünde tutulmalıdır. Hastalar ve ailenin tercihi, rektumun kısmen korunmuş olması, periyodik kontrolleri sağlayabilecek sosyo-kültürel düzeye sahip olmaları gibi faktörlerinin sonucunda total kolektomi ve ileorektal anastomoz yapılmıştır. Diş yakınmaları ile başlayan tanı sürecinin doğru yönetimi ile ikizlerde GS tanısına ulaşılması, klinisyenlerin ve diş hekimlerinin özellikle ekstraintestinal bulgular ile başvuran erken yaş hastalarda bu nadir hastalık yönünden dikkatli ve şüpheli olmaları gerektiğini işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gardner Sendromu, monozigot ikiz, polipozis koli, osteom, kolorektal kanser

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



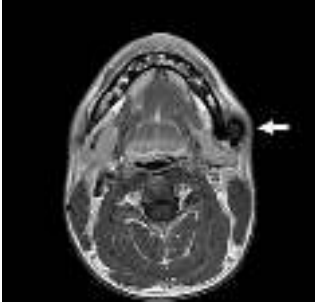
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Maksillofasiyal BT'de sol mandibular osteom-Olgu 1

**Resim 2**



Fasiyal MR'da sol mandibular osteom-Olgu 1

**Resim 3**



Kolonoskopide polipozis-Olgu 1

**Resim 4**



Sol mandibulada osteom-Olgu 1

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



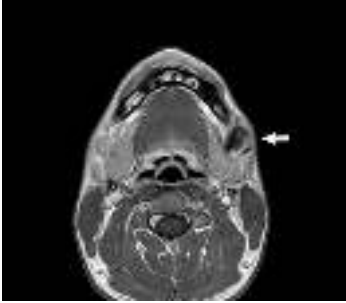
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 5**



Maksillofasiyal BT'de sol mandibular osteom-Olgu 2

**Resim 6**



Fasiyal MR'da sol mandibular osteom-Olgu 2

**Resim 7**



Sol mandibulada osteom-Olgu 2

**Resim 8**



Kolonik polipozisin postoperatif görünümü-Olgu 2

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0713 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

### Onkolojik hasta gruplarında nötropenik enterokolit: 4 olgu sunumu

Server Sezgin Uludağ, Emre Tunç, Osman Şimşek, Mehmet Velidedeoğlu, Salih Pekmezci  
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

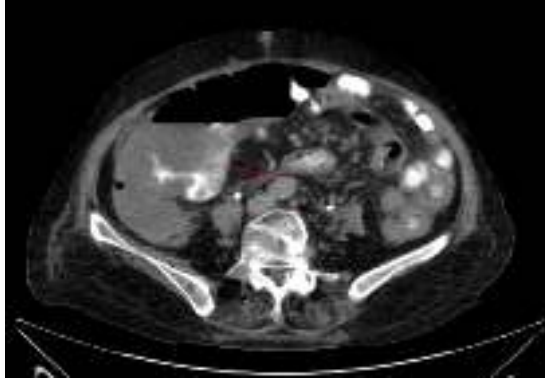
**AMAÇ:** İleoçekal sendrom, tiflit olarak da bilinen nötropenik enterokolit; immunsuprese hastalarda görülen çekumun ve çevre dokuların inflamasyonu olarak tanımlanmıştır. Lösemik pediatrik hastalarda ilk olarak tanımlanan tiflit, lösemik hastalarda en sık görülen gastrointestinal komplikasyondur. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da nötropenik enterokolitin immunsuprese hastalarda nötropeni ve mukozal yaralanma ile birlikte oluşan bakteriyel invazyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Hasarlı mukozada yaygın olarak gram negatif çomaklar, gram pozitif koklar, enterokoklar, mantarlar ve virüsler saptanmasına rağmen bunlar bir tanı kriteri olarak değerlendirilmemektedir. Kemoteropatik ajanlar direk mukoza yaralanması yapmakla birlikte intestinal motiliteyi azaltarak distansiyon ve nekroz oluşturup nötropenik enterokolit oluşmasına sebep olmaktadır. Akut miyeloid lösemilerde kemoterapi rejiminden önce oluşan nötropenik enteroklit vakalarında histolojik olarak lösemik infiltrasyon gösterilememiş olmasına karşın diğer histolojik bulguların olması ( mukozal ülserler, intramural hemorajii nekroz) nötropenik enterokolitin patogeneziinde lösemik tutulumun da önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Başlangıçta taksan grubu kemoterapitiklerden sonra nötropenik enterokolit vakaları saptanmasına rağmen sitozin arabinozid, gempitabin, vinkristin, doxorubisin, siklofosfamid, lökoverin ve daunorubisin sonrası oluşan vakalar da bildirilmiştir.

Bu çalışmada 01/08/2017- 01/02/2018 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde takip ve tedavi edilmiş 4 nötropenik enterokolit olgusu sunulmuştur.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Nötropenik enterokolit, immunsuprese hastalarda görülen önemli mortalite ve morbidite kaynağı bir hastalıktır. İncelenen olgularda hastalığın, hastanın nötropenisinin derinleştiği zaman semptomatik olduğu gözlenmiştir. Hastaların ilk olarak ateş ve karın ağrısı yakınmalarının olduğu izlenmiş olup, semptomatik olduğu zaman gönderilen gaita kültürlerinde üreme olmamıştır. Hastaların semptomatik oldukları zaman, derin nötropenik olmaları nedeniyle operasyona uygun olmadıkları, antibiyoterapilerinin genişletilerek oral alımın kesilmesi, günlük fizik muayene ve laboratuvar kontrolü, aralıklı radyolojik görüntüleme ile takip edilebileceği görülmüştür. Nötropenik enterokolit konusunda literatürdeki yetersizlik bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

**Anahtar Kelimeler:** tiflit, nötropenik enterokolit, ileoçekal sendrom

### OLGU 1



Anamnezinde özgeçmişinde özellik olmayan 67 yaşında kadın hasta Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma tanısıyla kemoterapi rejimi almak üzere dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın başvurusundaki kan tetkiklerinde hemoglobin 10,1 g/dl hematokrit 30,8 %, platelet  $273 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , lökosit  $5,8 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , ve nötrofil  $4,8 \times 10^3 / \text{mm}^3$  nötrofil %82 dir. Hastaya CODOX-M (siklofosfamid, vinkristin, doksorubisin, metotreksat ) tedavisi başlanmış olup tedavinin 7. Gününde hastanın 38.0 C e varan

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



ateşleri ve karın ağrısı yakınması mevcut idi. Hastanın genel durumu orta, nabız ve tansiyon doğal, solunum ve dolaşım sistemi muayenesi doğaldı. Batın muayenesinde tüm kadranda yaygın hassasiyet saptandı, defans ve rebound yoktu. Mevcut nötropenik durum nedeniyle rektal tuşe yapılamadı. Hastanın semptomlarının olduğu gün gönderilen kan tetkiklerinde hemoglobin 7.6 g/dl hematokrit 23,2 %, platelet  $55 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , lökosit  $0,1 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil  $0,1 \times 10^3 / \text{mm}^3$  olarak saptandı. Batın tomografisinde; distal ileal anslardan başlayarak transvers kolona kadar uzanan dilatasyon ve mezenterde kirlenme ve bulanıklaşma saptandı. İleal anslar en geniş yerinde 4 cm ölçüldü. Nötropenik enterokolit olarak değerlendirilen hastaya 4\*4.5 gr Piperasilin-Tazobaktam başlandı. Oral alım kesildi. Kan ve gaita kültürlerinde üreme saptanmadı, idrar kültüründe Acinetobacter spp. üredi. Hasta günlük karın muayenesi ve laboratuvar takibi ile izlendi. 7.günde çekilen kontrol tomografisinde; tiftit bulgularının devam ettiği izlendi. Hasta günlük fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile takip edildi. Kemoterapisine ara verilen hasta medikal tedavinin ardından, 13 gün sonra asemptomatik hale geldi ve akut faz yanıtının normal göstergede olduğu saptandı. Nötropenik durumu ve genel durumunun düzeldiği 50. günde hastanın kemoterapi rejimine devam edildi. Hastanın tiftit öntanısıyla takibi sırasında laparotomi ihtiyacı olmadı.

### OLGU 2



Diyabetes mellitus ve kronik derin ven trombozu öyküsü mevcut olan 40 yaşında erkek hasta Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma nedeniyle kemoterapi almak üzere dahiliye servisine kabul edildi. Hastanın başvurusunda alınan kan tetkiklerinde hemoglobin 8,3 g/dl hematokrit 24,1 %, platelet  $153 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , lökosit  $2,6 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , ve nötrofil  $2,3 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil %88'dir. Hastaya R-CHOP ( rituksimab, siklofosamid, doksorubisin, vinkristin ve prednizon) tedavisi başlanmış olup, tedavinin 8. Gününde hastada karın ağrısı ve yüksek ateş gözlemlendi. Hipotansiyon, oligüri ve taşikardi olması üzerine sepsis öntanısıyla dopamin infüzyonu (3 mcg /kg/dk) başlandı. Hastanın genel durum kötü, fizik muayenede batın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet mevcut olup defans, rebound saptanmadı. Hastanın mevcut nötropenik durumu nedeniyle rektal tuşe yapılamadı. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde hemoglobin 8,0 g/dl hematokrit 26 %, platelet  $53 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , lökosit  $0,3 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil  $0,1 \times 10^3 / \text{mm}^3$  dür. Hastanın yapılan karın tomografisinde terminal ileumda ve çekumda duvar kalınlık artışı olduğu, sağ alt kadranda mezenterinde bulanıklaşma ve batın içerisinde multiple konglomere lenfadenopatilerinin (lenfoma) varlığı söylendi. Tiftit öntanısıyla oral alımı kesilen, parenteral tedaviye geçilen hastaya 4\*4.5 gram Piperasilin-Tazobaktam başlandı. Hastanın alınan kan kültüründe gram pozitif diplokok üremesi görülürken idrar ve gaita kültüründe üreme saptanmadı. Kemoterapisine ara verilen hasta medikal tedavi, günlük fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile takip edildi. Hasta 12 gün sonra asemptomatik hale geldi. Çekilen kontrol tomografisinde tiftit bulguları gerilemiş ve akut faz yanıtı normal aralıkta izlendi. Hasta nötropenik durumunun düzeldiği 25. Günde kemoterapi rejimine devam etmiştir. Hastanın takipleri sırasında laparotomi ihtiyacı olmamıştır.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### OLGU 3



Anamnezinde özgeçmişinde özellik olmayan 60 yaşında kadın hasta MDS zemininde AML M4 nedeniyle kemoterapi almak üzere dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın başvuru sırasındaki kan tetkiklerinde hemoglobin 8,6 gr/dl hematokrit 25,4 %, platelet  $143 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , lökosit  $5,4 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil  $2,3 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil %42'dir. Hastaya İdurubicin ve Alexan tedavisi başlanmış tedavinin 3. Gününde karın ağrısı ateş ve hemotokezya olmuştur. Hastanın fizik muayenesinde genel durum orta solunum sistemi ve dolaşım sistemi muayenesi doğal. Batın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet mevcut olup defans ve rebound saptanmadı. Hastanın mevcut nötropenik durumu nedeniyle rektal tuşe yapılamadı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 6,7 gr/dl hematokrit 20,1 % platelet  $112 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil  $0,6 \times 10^3 / \text{mm}^3$  dür. Hastanın yapılan tomografik görüntülemesinde çekum ve ascenden kolon çevresinde kirlenme tifilitis, mezenterde kirlenme saptanması üzerine hastanın piperasilin tazobaktam tedavisine metronidazol eklenmiş. Hastanın oral alımı kesilmiş, parenteral tedavi başlanmıştır. Hastanın alınan idrar kan ve gaita kültürlerinde üreme olmadı. Kemoterapisine ara verilen hasta günlük fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile takip edildi. Hasta 4 gün sonra asemptomatik hale gelmiş ve nötropenik durumunun düzeldiği 16. Günde kemoterapi rejimine devam etmiştir.

### OLGU 4



Bilinen hipertansiyon tanısı mevcut olan 67 yaş erkek hasta AML M4 nedeniyle kemoterapi almak üzere dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın başvuru sırasında alınan kan tetkiklerinde hemoglobin 8,5 gr/dl, hematokrit 25 % platelet  $179 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , lökosit  $64,2 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil  $47,4 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil %73'dür. Hastaya İdarubisin, Siterabin tedavisi başlanmış olup tedavinin 6. Gününde karın ağrısı ve ateş şikayetleri mevcut. Hastanın genel durum kötü, fizik muayenesinde özellikle sağ akciğer alt zon olmak üzere bilateral solunum seslerinde azalma ve bilateral akciğerde raller mevcut. Dolaşım sistemi muayenesi doğal. Batın muayenesinde batın distandü, iki taraflı alt kadranda hassasiyet saptandı. Hastanın mevcut nötropenik durumu nedeniyle rektal tuşe yapılamadı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 8,5 gr/dl hematokrit 27,5%, platelet  $165 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , lökosit  $0,3 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , nötrofil  $0,1 \times 10^3 / \text{mm}^3$  olarak saptandı. Hastanın yapılan tomografik görüntülemesinde terminal ileum ve çekum duvarında kalınlık artışı, çevre mezenterde ödem, kirlilik ve bilateral parapelvik effüzyon saptandı. Hastanın oral alımı kesildi, parenteral nütrisyona başlandı. Meropenem 3x1gr, teikoplanin 400mg 1x1, amfoterisin B 50 1x1 mg (toraks BT 'de sağ apekse ve hlusa yakın bölgede tomurcukalanan ağaç manzarası görüntüsü mevcut idi. Fungal pnömoni ile uyumlu görüntü saptandı) başlandı. Hasta günlük fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile takip edildi. Hastanın alınan idrar ve kan gaita kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın solunum sıkıntısı olması üzerine çekilen toraks tomografisinde fungal pnömoni saptandı. Hasta pnömosepsis nedeniyle yoğun bakım ünitesinde 10 gün sonra ex oldu. Hasta kemoterapi rejimine devam edemedi. Tifilit öntanıyla takipleri sırasında laparotomi ihtiyacı olmadı.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0714 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Erişkin Hastada Dev Juvenil Polip

Bartu Badak, Muhammed Kandemir, Necdet Fatih Yaşar  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Polip, epitelyal bir yüzeyden kaynaklanan makroskopik olarak görülebilen lezyonlara verilen addır. Polipler histolojik özelliklerine neoplastik olanlar veya neoplastik olmayanlar olarak iki gruba ayrılır. Neoplastik olmayan polipler inflamatuvar, hamartomatöz, submukozal (lipom, lenfoid polip), hiperplastik polip olarak 4 gruba ayrılır. İnflamatuvar polipler, gland yapısı içeren, fakat epitelinde atipi gözlenmeyen poliplerdir. Özel bir formu juvenil poliptir. Juvenil polipler aynı zamanda hamartomatöz olarak da sınıflandırılmaktadır. Juvenil polipler (JP) sıklıkla çocukluk ve genç yetişkin yaşlarda görülen poliplerdir. En sık olarak 2-4 yaşta görülür. Sıklıkla izole juvenil polip olarak görülür ve genellikle sol taraf yerleşimlidir. Saplı ve büyük boyutlu olabilirler. Bazı vakalarda otoampute olarak atılabilirler. En sık semptomu ağrısız rektal kanamadır. Bizim hastamız 62 yaşında erkek hasta idi. Bilinen 10 yıldır hipertansiyon ve 5 yıl öncesinde koroner arter hastalığı nedeniyle 2 adet kardiyak stent öyküsü mevcuttu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde Hb değeri 6.2 gr/dl gelmesi üzerine 3 ünite eritrosit replasmanı ile Hb 10. 1 gr/dl düzeyine getirildi. Anemi etiyolojisini araştırmaya yönelik özafagogastroduodenoskopi ve kolonoskopi istenen hastanın yapılan özafagogastroduodenoskopide özafagus, fundus, kardiya mukozaları normal, mide corpus ve antrum mukozaları ödemli, bulbus ve postbulber mukozalar normal olarak bulundu. Kolonoskopide sigmoid kolonda 0.5 cm çapında polibe polipektomi yapıldı, transvers kolonda ucu nekroze ülser, sapından ucuna yaklaşık 10 cm uzunluğunda saplı polip izlenmiş ve bx alınmış. Patolojik değerlendirmede, sigmoid kolon polipektomi materyali hiperplastik polip, transvers kolon polip biyopsi sonucu fokal alanlarda ülser ve enfekte yüzeyel polipoid dokular olarak raporlandı. Fizik muayenesinde aktif bir patoloji görülmedi. Gerekli barsak temizliği yapılarak, hastaya total eksizyon amaçlı rekolonoskopi yapıldı. Yapılan kolonoskopide transvers kolon ortasından başlayıp, hepatik fleksuraya doğru uzanan, yaklaşık 10 cm uzunluğunda ucu ülser, saplı polip görüldü. Görülen polip endoskopik snare ile sapından çepeçevre yakalandı. Elektrokoagülasyon akımı ile kesildi. Daha sonra yakalama forsepsi ile dışarıya alındı. Kolon diğer segmentleri normal olarak değerlendirildi. İşlem sırasında herhangi bir komplikasyon görülmedi. JP'ler tipik olarak, malign potansiyelleri az olan hamartomatöz lezyonlar olarak düşünülür. Juvenil polipler ayrıca juvenil polipozis sendromun (JPS) da görülmektedir. JPS da ailesel öykünün ve 3-5 adet juvenil polip bulunması gerekir. JPS, kolorektal kanser için bir risk faktörü olarak bildirilmektedir ve JPS'li hastaların, genel popülasyona kıyasla kolorektal kanser gelişme riski belirgin olarak yüksektir. Bizim hastamızda bir adet juvenil polip saptandı. En sık semptomu ağrısız rektal kanamadır. Bizim olgumuzda ağrısız kanamaya sebep oldu. Hastaneye başvuru anında anemi mevcuttu ve endoskopik rezeksiyon sonrası kontrol Hb değeri yükselmiş olduğu görüldü. Sonuç olarak juvenil polipler sıklıkla çocukluk ve genç yaşlarda görülmesine rağmen, nadir de olsa ileri yaşlarda da görülebileceği ve anemi sebebi olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** polip, juvenil, dev

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



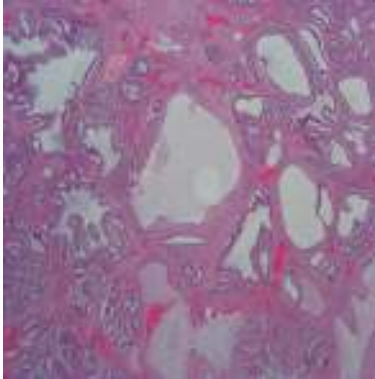
kolonoskopik imaj

**Resim 2**



Kolonoskopik eksizyon materyali

**Resim 3**



Histopatolojik inceleme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0715 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolorektal kanserin senkron karaciğer metastazlarında eş zamanlı rezeksiyon etkin olarak yapılabilir mi?

Erman Sobutay, Çağrı Bilgiç, Uğur Can, Serkan Zenger, Bülent Gürbüz, Ender Anılır, Orhan Bilge, Dursun Buğra  
VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Senkron karaciğer metastazlı kolorektal kanser hastalarında cerrahi tedavi seçiminin sıralı mı yoksa eş zamanlı rezeksiyon mu olması gerektiği halen tartışmalıdır. Merkezimizde eş zamanlı kolorektal kanser ve karaciğer rezeksiyonu, senkron karaciğer metastazlı kolorektal kanser tanısı konulan tüm hastalarda, primer tümörün lokalizasyonuna, karaciğerdeki metastazların sayısına, boyutlarına ve yerleşim yerlerine bakılmaksızın R0 rezeksiyon sağlanacağı ve yeteri kadar karaciğer volümü kalacağı öngörülen tüm hastalarda ilk cerrahi seçeneği olarak benimsenmiştir. Bu cerrahi strateji sayesinde olası seçim yanlılıkları engellenen hasta grubumuzda, eş zamanlı kolorektal ve karaciğer rezeksiyonunun kısa dönem cerrahi ve uzun dönem onkolojik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Merkezimizde Ocak 2010 – Ocak 2017 tarihleri arasında senkron karaciğer metastazlı kolorektal kanser tanısı ile ameliyat edilen 56 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, medikal bulguları, cerrahi tedavileri, postoperatif takipleri, patolojik sonuçları ve uzun dönem takip bilgileri kayıt altına alındı.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $60.80 \pm 11.38$  idi ve 37 hasta (66.1%) erkekti. Primer tümörlerin 16'sı (%28.6) sağ kolon, 27'si sol kolon (%48.2) ve 13'ü (%23.2) rektum yerleşimli idi. Karaciğer metastaz sayısı 1 ile 32 arasında olup, 24 hastada (%42.8) üçten fazla metastaz bulunmaktaydı. 18 hastada (%32.1) bilobere karaciğer metastazı mevcuttu. Hastalardaki en büyük metastaz çapı 9 ile 105 mm arasında olup, ortalama 25 mm idi. Hastaların 24'üne (%42.9) preoperatif kemoterapi, 6'sına preoperatif radyoterapi uygulandı. Laparoskopik kolorektal rezeksiyon 24 hastaya (%42.9) yapıldı. Major karaciğer rezeksiyonu 8 hastada (%14.3) yapıldı. Radyofrekans ablasyon 22 hastada (%39.3) karaciğer rezeksiyonuna ek olarak uygulandı. Ortalama ameliyat süresi  $316.14 \pm 99.66$  dakikaydı. Postoperatif minor komplikasyonlar 18 hastada (32.1%) görülürken, major komplikasyonlar 15 (26.8%) hastada görüldü. Ortalama hastanede kalış süresi 8.5 gündü. Ortalama takip süresi  $34.49 \pm 20.96$  aydı. Ortalama sağkalım  $59.14 \pm 5.65$  aydı. Genel sağkalım 1 yıllık %  $91.0 \pm 3.8$  ve 4 yıllık %  $48.1 \pm 9.4$  idi. Ortalama hastalıksız sağkalım  $42.56 \pm 5.65$  aydı. Hastalıksız sağkalım 1 yıllık %  $71.4 \pm 6.0$  ve 4 yıllık %  $32.8 \pm 7.6$  idi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Senkron karaciğer metastazlı kolorektal kanser tanılı hastalarda net bir tedavi algoritması oluşturulamamıştır. Eş zamanlı rezeksiyonun sıralı rezeksiyonlarla karşılaştırıldığı çalışmalarda, eş zamanlı rezeksiyonun hastanede yatış süresini kısalttığı, postoperatif morbidite ve mortaliteyi arttırmadığı ve hastalıksız sağ kalım ve genel sağ kalımda herhangi bir farklılık oluşturmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, primer tümör yerleşiminin, artmış karaciğer metastaz sayısının, bilobere metastaz yerleşiminin ve major karaciğer rezeksiyonunun hastalıksız sağ kalım, genel sağ kalım ve major komplikasyonlar üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı bulundu. Sonuç olarak, deneyimli merkezlerde eş zamanlı rezeksiyonun cerrahi seçenek olarak kullanılabileceği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Eş zamanlı rezeksiyon, kolorektal kanser, senkron karaciğer metastazı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)







www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0716 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Apendiks müsinöz karsinomu olgu sunumu

Merve Yiğit, Güner Çakmak, Yeşim Akdeniz, Kayhan Özdemir, Yasin Alper Yıldız  
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

#### GİRİŞ:

Apendiksin primer adenokarsinomu %0.1-1.35 oranında olup çoğunlukla 50-60 yaşları arasında görülür. Erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha sık görülür. Apendiks karsinomları, karsinoid tümörlerden farklı olarak genellikle apendiks tabanında ortaya çıkarlar. Bu tümörlerde belirgin müsin üretimi bulunur. Hastalarda akut apandisit, asit ya da palpabl kitle tespit edilebileceği gibi peroperatif rastlantısal olarak da saptanabilir.

#### OLGU:

66 yaşında kadın hasta, leiomyom tanısıyla jinekoloji kliniği tarafından operasyona alındı. apandisit şüphesiyle peroperatif tarafımıza konsülte edilen ve apandisit olarak değerlendirilen hastaya apendektomi yapıldı. Batın içerisinde başka bir patoloji yoktu. Patoloji sonucunun müsinöz ca olarak gelmesi üzerine reoperasyon kararı alındı. Hastanın fizik muayenesi olağan, hassasiyet yok. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda. Çekilen bilgisayarlı tomografide başka bir patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya sağ hemikolektomi, ileotransversostomi yapıldı. Hastanın postoperatif takiplerinde erken komplikasyon görülmedi. 2. operasyonun patoloji sonucunda rezidü tümör dokusuna rastlanmadı. Onkoloji konseyi kararıyla kemoterapi tedavisine başlandı.

#### TARTIŞMA:

Apendiksin primer adenokarsinomunun histolojik olarak 5 alt tipi vardır: Müsinöz adenokarsinom, kolonik adenokarsinom, adenokarsinoid, taşlı yüzük hücreli karsinom, malign karsinoidler. Apendiks adenokarsinomları genellikle çok miktarda müsin üretimiyle karakterize ve iyi diferansiye morfolojik yapıdadır. Ancak psödomiksoma peritonei denilen tümörün tüm peritoneal yüzeyler boyunca yayılımını ve periton ile kaplı organların minimal tutulumunu belirten tabloya da yol açabilir. Apendiks adenokarsinomu saptanan hastaların çoğu kendini semptomlarla (apandisit, kitle, abdominal karsinomatosis) %25'i ise insidental olarak saptanır. Bazı çalışmalar bilgisayarlı tomografinin preoperatif tanıda da etkili olduğunu öne sürmüştür. Apendiks adenokarsinomlarında önerilen cerrahi prosedür sağ hemikolektomidir. Psödomiksoma peritonei varlığında sitoprotektif cerrahi önerilmektedir. Prognoz hastanın evresi ve tümör tipi ile ilişkilidir. Taşlı yüzük hücreli karsinomun diğerlerine göre en kötü, malign karsinoidlerin diğerlerine göre en iyi prognozlu olduğu bildirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** apendiks, müsinöz, karsinom

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0717 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Akut apandisit tanısı ile ameliyata alınan hastaların ameliyata alınma zamanı ve sonuçlarının karşılaştırılması

Sinan Ömeroğlu, Emre Bozkurt, Cemal Kaya, Mehmet Mihmanlı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Suam Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### AMAÇ:

Akut apandisit, hızla ilerleyen bir iltihabi hastalık olup, standart tedavisi ameliyattır. Son yıllarda gece ameliyat yapılamayan merkezlerde, akut apandisitın antibiyotikle tedavisini bildirilen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada akut apandisit tanısı koyduğumuz ancak hasta yada hastaneye bağlı nedenlerle bekleyen hastaların bekleme süresinin komplikasyonlar üzerine etkisini araştırdık.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Çalışmamızda Ekim 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında akut apandisit tanısı almış ve apendektomi yapılan hastaların dosyaları tarandı.

Literatür taraması yapıldı, sınıflandırma için ameliyat öncesi bekleme süresi <10 saat olanlar Grup A (Acil), ≥10 saat olanlar Grup B (Erken) olarak sınıflandırıldı. Demografik verileri, yandaş hastalıkları, tanı konulma zamanı ve ameliyata alınma zamanı arasında geçen süre, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri, antibiyotik kullanımları, analjezik ihtiyaçları, patoloji raporları ve yeniden başvuru durumları kayıt edildi.

#### BULGULAR:

Çalışmamıza 160 hasta dahil edildi. Grup A'da 79, Grup B'de 81 hasta vardı. Grup A ve Grup B'de sırası ile K/E dağılımı 23/56 ve 27/54 idi. Grup A ve Grup B'de sırası ile yaş ortalaması  $31,9 \pm 11,5$  yaş (dağılım: 18-66) ve  $30,8 \pm 8,8$  yaş (dağılım: 18-65) olarak saptandı ( $p:0,882$ ).

Ortalama ameliyat öncesi bekleme süresi Grup A'da  $4,4 \pm 2,0$  saat (dağılım: 1-9), Grup B'de  $15,1 \pm 4,3$  saat (dağılım: 10-32) olarak saptandı ( $p < 0,001$ ). Ortalama ameliyat süreleri Grup A'da  $50,3 \pm 16,2$  dk (dağılım: 20-90), Grup B'de  $54,0 \pm 12,6$  dk (dağılım: 20-80) olarak saptandı ( $p:0,040$ ). Hastanede kalış süreleri Grup A'da  $30,4 \pm 13,5$  saat (dağılım: 8-96), Grup B'de  $30,3 \pm 8,3$  saat (dağılım: 11-48) saat olarak satandı ( $p:0,391$ ). Yara yeri enfeksiyonu Grup A'da 3, Grup B'de 5 hastada görülürken istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ( $p:0,720$ ). İntra-abdominal apse sadece Grup B'de 2 hastada görülürken her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı ( $p:0,497$ ).

Patolojileri sonuçlarında Grup A'da 75 hasta (94,9%) akut apandisit, 3 hasta (3,8%) lenfoid hiperplazi, 1 hasta (1,3%) ise müsinöz neoplazi olarak rapor edilirken; Grup B'de 78 hasta (96,3%) akut apandisit, 3 hasta (3,7%) lenfoid hiperplazi olarak rapor edildi; iki grup arasında sonuçlar açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ( $p:0,837$ ).

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Komplike olmayan akut apandisit tanısı alan hastaların acil serviste ameliyat öncesi bekleme süresinin komplikasyonlar üzerine olumsuz etkisi yoktur. Daha geniş serilerde randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına gerek vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Apandisit, Interval apendektomi, Unkomplike apandisit

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Tablo1

**Tablo 1: Hastalara ait operasyon bilgileri**

|                                        | Grup A    |          | Grup B    |          | p      |
|----------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------|
|                                        | Ort±SD    | Min- Max | Ort±SD    | Min- Max |        |
| Ameliyata alınana kadar geçen süre (h) | 4,4±2,0   | 1-9      | 15,1±4,3  | 10-32    | <0,001 |
| Operasyon süresi (min)                 | 50,3±16,2 | 20-90    | 54,0±12,6 | 20-80    | 0,040  |
| Hastanede kalış (h)                    | 30,4±13,5 | 8-96     | 30,3±8,3  | 11-48    | 0,391  |

Tablo2

**Tablo 2: Postoperatif bulguların gruplara göre karşılaştırılması**

|                             | Grup A |     | Grup B |      | p     |
|-----------------------------|--------|-----|--------|------|-------|
|                             | n (79) | %   | n(81)  | %    |       |
| Hastanede SSI*              | 3      | 3,8 | 5      | 6,2  | 0,720 |
| Batın içi apse              | -      | -   | 2      | 2,5  | 0,497 |
| Antibiyotik kullanımı       | 79     | 100 | 80     | 98,8 | 1,000 |
| Narkotik analjezik ihtiyacı | 7      | 8,9 | 9      | 11,1 | 0,343 |

\*SSI: Cerrahi alan enfeksiyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0718 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kronik anal fissür tedavisi: Açık lateral internal sfinkterotomi (LİS) güvenli ve yeterli bir seçenek midir?

Turan Acar, Nihan Acar, Feyyaz Güngör, Erdiñç Kamer, Hilmi Güngör, Mehmet Sercan Candan, Halis Bağ, Ercüment Tarcan, Osman Nuri Dilek, Mehmet Hacıyanlı  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Anal fissür, dentat çizgisinin hemen altındaki anodermde uzunlamasına bir yaradır ve çoğunlukla anüsün posterior orta hattında bulunur. Anorektal bölgenin en yaygın patolojilerinden biridir ve defekasyon sırasında ağrı ve/veya duygusal strese neden olduğu için yaşam kalitesini değiştirebilir. Nedenleri halen net olarak bilinmemektedir, sert dışkı maddesinin geçişi ile birlikte, sfinkter basıncının önemli derecede artmasına (istirahat durumunda bile) bağlı olduğu düşünülmektedir. Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahileri Derneği (ASCRS), başlangıç tedavisi olarak dışkı yumuşatıcıları, yüksek lifli diyet ve ılık suya oturma banyosu ile konservatif tedaviyi önermektedir. Fakat hastalar çoğunlukla cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyar. Günümüzde KAF'ün cerrahi tedavisi için çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Bu teknikler arasında anal dilatasyon ve lateral internal sfinkterotomi (LİS) en yaygın olanıdır. Diğer sık kullanılan yöntemler botulinum enjeksiyonu ve sakrum nöromodülasyonudur. LİS dikkatli ve usulüne uygun yapılmadığı takdirde erken dönem nüks, anal inkontinans gibi istenmeyen sonuçlara neden olabilir.

Bizde bu retrospektif çalışmada, kronik anal fissür nedeni ile açık lateral internal sfinkterotomi yaptığımız hastaların erken ve uzun dönem sonuçlarını değerlendirdik.

**YÖNTEMLER- GEREÇLER:** Ocak 2010- Ekim 2017 tarihleri arasında hastanemiz Genel Cerrahi Kliniği'nde kronik anal fissür nedeniyle LİS yapılan 417 hastanın çalışmaya dahil edildiği retrospektif bir çalışmadır.

Hastaların dosyaları geriye yönelik taranarak demografik verileri (cinsiyet, yaş), özgeçmişleri, başvuru semptom ve bulguları kaydedildi. Tüm hastalar tek tek aranarak, birinci- ikinci- dördüncü ve sekizinci haftadaki tedaviye verilen cevap (ağrılarının rahatlaması ve fissürün eritem ve/veya inflamasyonunun değerlendirilmesi), takipleri sırasında gelişen komplikasyonlar ve hastalık nüksü değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 417 hastanın 228'i (%54.7) kadın, 189'u (%45.3) erkek ve ortalama yaş 46.1 (17- 83) yıl. Hastaların başlıca başvuru şikayetleri; ağrı (n:406, %97.4), kanama (n:325, %77.9), konstipasyon (n:154, %36.9), kaşıntı (n:71, %17).

Operasyon sonrası birinci haftada 263 (%63.1), ikinci haftada 322 (%77.2), dördüncü haftada 363 (%87) ve sekizinci haftada 381 (%91.4) hastanın ağrısında rahatlama olmuş.

Postoperatif erken dönemde iki hastada perianal hematoma, üç hastada perianal apse gelişmiş. Drenaj sonrası hastalar rahatlamış. On beş hastada nüks ve yedi hastada inkontinans (dördünde gaz, üçünde sıvı) gelişmiş. Nüks olan hastalardan onunun bir kez, ikisinin ise iki kez daha opere olduğu belirlendi. Gaz inkontinansı gelişen tüm hastaların ve sıvı inkontinansı gelişen bir hastanın şikayeti ortalama postoperatif dördüncü ayda gerilerken, diğer üç hastada kalıcı sıvı inkontinansı mevcut.

**SONUÇ:** Lateral internal sfinkterotominin uzun dönem sonuçları değerlendirdiğın de, kronik anal fissür tedavisinde etkili, güvenilir ve tekrarlanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Anal fissür, kronik, lateral internal sfinkterotomi.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Resim 1: Kronik anal fissür (Beyaz ok) ve eşlik eden hipertrofik papilla (Sarı ok)**



**Resim 2: İnternal anal sfinkter (Beyaz ok)**



**Tablo 1: Çalışma grubunun klinik profili**

| Klinik Özellikler   | Sayı (%)      |
|---------------------|---------------|
| Kadın               | 228 (%54.7)   |
| Erkek               | 189 (%475.3)  |
| Yaş (yıl); ortalama | 46.1 (17- 83) |
| Başvuru Şikayeti    |               |
| Ağrı                | 406 (%97.4)   |
| Kanama              | 325 (%77.9)   |
| Konstipasyon        | 154 (%36.9)   |
| Kaşıntı             | 71 (%17)      |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0719 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### El yardımcı laparoskopik (HALS) ile kolon ve rektum cerrahisi

Koray Baş<sup>1</sup>, Emre Turgut<sup>1</sup>, Burak Dede<sup>2</sup>, Gürsoy Erdoğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Kolon ve rektum cerrahisinde minimal invazif uygulamalar giderek yaygınlaşmakta olup el yardımcı laparoskopik cerrahi (HALS - Hand Assisted Laparoscopic Surgery) yöntemi de sunduğu avantajlar ile son yıllarda bu alanda kendine yer bulmaya başlamıştır. Kosmosis ve postoperatif ağrının daha az olmasının yanında, taktil duyusunun video görüntüsüne olan katkısı ile dokuların identifikasyonunu ve diseksiyonu kolaylaştırmakta ve bu sayede ameliyat güvenliğini artırmaktadır. Ayrıca literatürde açık cerrahiye dönme oranı ve hastanede kalış süresini de azalttığı bildirilmiştir. Biz bu bildiride invazif kanser nedeniyle el yardımcı laparoskopik kolon ve rektum cerrahisi uyguladığımız olgularımızı sunuyoruz. İki erkek 5 hastamızın yaş ortalamaları 67,8 (50-84) ve VKİ ortalamaları 32,1 kg/m<sup>2</sup> (29,2-34,6) idi. Tümör yerleşim yerleri; transvers kolon, hepatik fleksura, rektosigmoid bileşke (iki hasta) ve üst rektum olan hastalarımıza sırasıyla; genişletilmiş sağ hemikolektomi, sağ hemikolektomi ve low anterior rezeksiyon ameliyatları HALS yöntemiyle yapıldı. Rektosigmoid bileşke ve üst rektum yerleşimli tümörleri olan üç hastamıza, tümöre bağlı akut intestinal obstrüksiyon nedeniyle, ameliyatlarından ortalama 11 gün önce (8-14) ameliyatları gerçekleştiren cerrah tarafından SEMS (Self-expanding metallic stent) ile kolonik stent uygulaması yapılarak elektif cerrahiye köprüleme (bridge) yapıldı. Tümör boyutu küçük olan hepatik fleksura tümörü için de ameliyat öncesi dönemde, yine ameliyatı gerçekleştiren cerrah tarafından kolonoskopik olarak karbon boya ile güvenli distal sınır işaretlemesi yapıldı. Rezeke edilen ameliyat materyalinin karın dışına alınacağı ve aynı zamanda el yardımı için kullanılacak portlar, standart olarak 8 cm'lik transvers insizyon ile suprapubik alana yerleştirildi. Kamera ve çalışma aletleri için trokar yerleri tümör lokalizasyonuna göre seçildi. Cerrahi diseksiyon için enerji cihazları ile vasküler kapama için plastik ve metalik klipler kullanıldı. Anastomozlar el portu yerinde ekstrakorporeal olarak lineer ve sirkular staplerlar kullanılarak yapıldı. Hiçbir hastamıza koruyucu amaçlı saptırıcı stoma uygulanmadı. Ortalama cerrahi süresi yaklaşık 153 dakika olarak hesaplandı (140-165). Hastalarımızda cerrahiye bağlı komplikasyon yaşanmadı. Low anterior rezeksiyon uygulanan bir hastamız postoperatif ikinci günde, AMI'ye bağlanan kardiyak arrest nedeniyle kaybedildi. Genişletilmiş sağ hemikolektomi hastamızda postoperatif sızıntı şeklindeki kanama için kan ürünleri ile konservatif tedavi yapılmasının dışında ek morbidite izlenmedi. Hastaların kontrollerinde bir skorlama sistemi kullanılmamış olsa da, cerrahi ağrı ve kosmosis açısından memnuniyetlerinin çok yüksek düzeyde olduğu izlendi. Patoloji sonuçları ile onkolojik prensiplere uygun rezeksiyonlar yapıldığı teyit edildi. Bu sınırlı vaka serisi ile el yardımcı laparoskopik kolon ve rektum cerrahisi uygulamalarının; güvenli, onkolojik prensiplere uygun ve kosmetik sonuçları ile hasta memnuniyetinin açık cerrahiye oranla daha iyi olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** El yardımcı laparoskopik cerrahi, HALS, kolon ve rektum cerrahisi, minimal invazif cerrahi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### HALS - Genişletilmiş sağ hemikolektomi



El yardımcı laparoskopik genişletilmiş sağ kolon rezeksiyonu

### HALS - Low anterior rezeksiyon



El yardımcı laparoskopik low anterior rezeksiyon

### HALS - Sağ hemikolektomi



El yardımcı laparoskopik sağ hemikolektomi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### HALS 1



El yardımı ile mezenter vasküler yapıların kontrolü

### HALS 2



El yardımı ile diseksiyon

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0720 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Fournier Gangreninde Multidisipliner Yaklaşım ve Kolostominin Önemi

Dilek Yekenkurul<sup>1</sup>, Abdulkadir Yiğman<sup>2</sup>, Erman Yekenkurul<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Akçakoca Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce

<sup>2</sup>Akçakoca Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Düzce

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

#### GİRİŞ:

Fournier gangreni; yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, hızlı ilerleyen, perineal ve genital bölgelerden başlayarak fasya boyunca yayılan, polimikrobiyal etkenli, nekrotizan enfeksiyöz bir hastalıktır. Tedavide gecikme mortaliteyi oldukça arttırdığı için acil tanı ve tedavi gerektirir. Başta DM olmak üzere, vasküler hastalık ve obezite gibi predispozan faktörler yatkınlığı arttırmakla kalmayıp tedavide zorluğa da sebep olur. Burada DM tanılı, protez enfeksiyonu ve SVO sebebiyle yatağa bağımlı olan, fournier gangreni olgusunun multidisipliner yaklaşımla tedavisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

#### OLGU:

65 yaşında erkek hasta, protez yerinde akıntı şikayetiyle başvurdu. Bilinen DM, geçirilmiş SVO tanıları olan hasta destekle yürüyebiliyorken, dokuz ay önce sol kalça eklemine protez implantasyonu uygulanmış, operasyon sırasında ikinci kez SVO geçirmiş ve sağ hemiparezi gelişmiş, sonrasında immobilizasyona bağlı sakral bölgede bası yarası başlamış. Mevcut şikayetlerle ortopedi polikliniğine başvuran hastanın idrar sondası mevcuttu ve TİT'de piyüri de görüldü. Muayene ve tetkik sonuçlarıyla; İYE, protez enfeksiyonu ve sakral bölgede fournier gangreni tanılarıyla yatışı yapıldı; acil operasyona alındı. Ortopedi ve genel cerrahinin birlikte müdahale ettiği operasyonda hastanın protezi çıkarıldı, fournier gangreni görülen sakral bölgede derin debridman yapıldı ve gaita kontaminasyonunu engellemek amacıyla kolostomi açıldı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından geniş spektrumlu antibiyoterapisi düzenlendi, kontrolsüz diyabeti olduğu için iç hastalıkları bölümü tarafından insülinleri ayarlandı. Beyaz küresi 16600/mm<sup>3</sup>, CRP 40 mg/dl, sedimentasyon 99 mm/saat olan hasta pansuman, debridman ve zaman zaman negatif basınçlı yara tedavi yöntemi uygulanarak takip edildi. Öncelikle anal sfinkter korunarak debridman yapılmasına rağmen takip eden debridmanlarda tüm perianal bölge rezeke edildi. Derin doku ve idrar kültürü sonuçlarına göre antibiyoterapisi tekrar gözden geçirildi. Yaklaşık 24 gün geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi aldı. Akıntısı kesilen, doku iyileşmesi görülen, beyaz küre 8500/mm<sup>3</sup>, CRP 4,5 mg/dl, sedimentasyon 39 mm/saat olarak gerileyen hasta yaraları sütüre edilerek ve moksifloksasin 400 mg tb 1x1 önerilerek taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

Fournier gangreninin tedavisinde agresif resüsitasyon, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, erken cerrahi drenaj ve DM olan hastalarda glukoz regülasyonu önemlidir. Yara ile gaitanın kontaminasyonunun engellenmesi, yara iyileşmesi için faydalıdır; bu yüzden bazı durumlarda kolostomiye gereksinim duyulabilir. Literatürlerde, negatif basınçlı yara tedavisi yöntemiyle pansuman sayılarında ve hastanede yatış süresinde azalma olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.

#### SONUÇ:

Fournier gangreni, acil tanı ve tedavisinin yapılması gereken; enfeksiyon hastalıkları, cerrahi birimler ve komorbidite durumunda iç hastalıkları gibi diğer birimler tarafından ortak takip edilmesi gereken hastalıklardandır. Mikrobiyoloji laboratuvarı olmayan, merkez devlet hastanesine araçla taşıma yöntemiyle kültür gönderilen ikinci basamak sağlık kurumunda takibi zor olan ve mortalitesi yaklaşık %16-40 arasında bildirilen fournier gangreninde multidisipliner yaklaşımın ne kadar önemli olduğunu göstermek amacıyla bu olgu sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Antibiyoterapi, Fournier Gangreni, Multidisipliner Yaklaşım

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0721 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Tam fekal diversiyon sağlayan tüp ileostomi tekniğimizde kısa dönem sonuçlarımız

Wafi Attaallah, Alisina Bulut, Tevfik Kıvılcım Uprak, Cumhuriyet Yeğen  
Marmara Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Distal anastomozları korumak için konvansiyonel olarak loop ileostomi günümüzde çok yaygın kullanılmaktadır. Ancak ileostomiye bağlı morbiditeler ve ikinci operasyon gerekliliği gibi sorunlar mevcuttur. Tüp ileostomi tanımlanmış bir yöntem olmasına rağmen yöntemin etkinliği ve uygulama problemleri nedeni ile loop ileostomi yerine geçememiştir. Bu çalışmada tam diversiyon sağlayan tüp ileostomi tekniğimizi ve kısa dönem sonuçlarımızı sunduk.

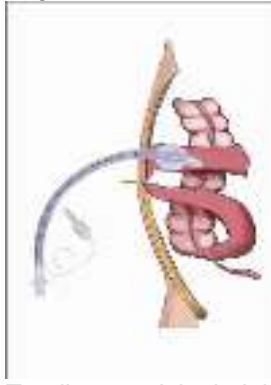
**Gereç ve Yöntem:** Prospektif olarak yapılan bu çalışmada koruyucu ostomi açılması gerekli görülen hastalara distaldeki anastomozu korumak için tüp ileostomi açılması planlanmıştır. Açık veya laparoskopik tümör rezeksiyonu sonrası anastomozu takiben; ileoçekal valve 30 cm mesafede, terminal ileum antimezenterik duvarına purse string sütür atılarak 7.5 mm çapında spiralli endotrakeal tüp ciltten karın boşluğuna doğru gönderildi, purse sütürün içinden geçirilip ileum proksimaline doğru yerleştirilerek sabitlendi. Tüpün balonu lümeni dolduracak kadar şişirildi. İleum tüp kenarından 2 adet sütür ile karın duvarına tespit edildi. Tam fekal diversiyon sağlamak amacı ile tüpün ileuma girdiği alanın 5 cm distalinde, ileumun mezosundan penröz dren geçirilerek barsak askıya alındı, penrözün uçları ciltte oluşturulan 5 mm.lik insizyondan dışarıya alınıp, barsak lümeninin tam oklude olmasını sağlayacak şekilde cilde tespit edildi. Postoperatif 1. günde sıvı gıdalar başlandı ve tüpten barsak içeriği geldikten sonra hastalar taburcu edilip ayaktan takip edildi. Postoperatif 14. günde penröz askı çekilip, 1 hafta boyunca defekasyon olup olmadığı takip edildi. Hasta kontrole çağırılarak postoperatif 21. günde tüpün balonu indirilerek çekildi. Daha sonra barsak içeriğinin tüp yerinden kaç gün geldiği kaydedildi.

**BULGULAR:** Haziran 2016-Şubat 2018 arasında 32 hastaya tariflenen tüp ileostomi tekniği uygulandı. Hastaların median yaşı 61 (31-82) ve yirmi dördü (%75) erkek hastaydı. 26 (%81) hasta rektum tümörü, diğer 6 hasta sigmoid tümörü, çekum tümörü, ülseratif kolit, mesane tümörü rektum invazyonu ve rektovesikal fistül nedeni ile opere edildi. 29 (%91) hastaya açık, 3 (%9) hastaya laparoskopik cerrahi uygulandı. Hastanede kalış süresi 4 (3-7) gündü. Penröz dren varlığında hiçbir hastada defekasyon olmadığı görüldü. Penröz dren çekildikten sonra tüp çekilene kadar 3 hastanın (%9) defekasyon yapamadığı ancak tüp çekildikten sonra defekasyon yaptığı gözlemlendi. Tüp çekildikten sonra hastalarda tüpün çıktığı yerin median 6 (1-30) günde iyileştiği görüldü ve hastaların hiç birisinde kalıcı fistül gelişmedi. 2 hastada tüp çevresinde sellülit izlendi ve antibiyoterapi ile düzeldi.

**SONUÇ:** Tanımladığımız tüp ileostomi tekniği tam fekal diversiyonu sağlamak için etkin bir yöntemdir. Ostomi kapatılması için ikinci operasyon gerekmemesi, kolay uygulanabilir olması, loop ileostomiye bağlı komplikasyonların görülmemesi nedeni ile loop ileostomi yerine tercih edilebilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Tüp ileostomi, Fekal diversiyon, Kolorektal anastomoz

#### Tüp ileostomi



Tüp ileostomisi tekniğimiz

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0722 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Nadir bir olgu: erişkin Hirschsprung hastalığı

Rumeysa Kevser Liman<sup>1</sup>, Ünal Bakal<sup>3</sup>, Sertaç Usta<sup>2</sup>, Koray Karabulut<sup>1</sup>, Ziya Çetinkaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

<sup>2</sup>İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Malatya

<sup>3</sup>Fırat Üniversitesi, Çocuk Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

#### AMAÇ

Hirschsprung hastalığı distal kolon ve rektumda miyenterik plexusta ganglion hücrelerinin bulunmamasıyla karakterize konjenital bir hastalıktır. Genellikle yenidoğan ve çocukluk çağında görülen hastalık, nadir olarak erişkinlerde de görülebilmektedir. Sfinkteromiyotomi ile tedavi ettiğimiz erişkin Hirschsprung hastasını sunmayı amaçladık.

#### OLGUNUN ÖZELLİKLERİ

Kabızlık şikayeti ile polikliniğimize başvuran 22 yaşında kadın hastanın öyküsünde çocukluk çağından itibaren şişkinlik, el yardımı ile dışkılama şikayetlerinin olduğu, üç yıl önce elle halas ve rektum biyopsisi yapılan ve biyopsi metaryalinin aganglionik olması nedeniyle Hirschsprung hastalığı tanısı aldığı öğrenildi. Ayakta direkt karın grafisinde kolonik dilatasyon ve kolonik hava-sıvı seviyelenmesi mevcuttu (Resim-1). İntravenöz kontrast verilerek çekilen karın tomografisinde inen kolon, sigmoid kolon ve rektumda 12 cm'ye varan dilatasyon, anal bölgede 12 mm'lik segmentte ani daralma saptandı (Resim-2). Laparoskopik eksplorasyon ve biyopsi ile geçiş zonunun saptanması planlandı. Ameliyat sırasında pelvik periton açılmadan sigmoid kolon ve rektum ön duvardan alınan biyopsilerde ganglion hücreleri mevcuttu. Kısa segment Hirschsprung olduğu kanaatine varılan hasta için sfinkteromiyotomi yapılması kararlaştırıldı. Dentat çizginin üzerinden başlayarak 6-7 cm'lik longitudinal miyotomi yapıldı. Miyotomi proksimalinden alınan rektal biyopsi örneğinde ganglion hücresi pozitif. Ameliyat sonrası sorunsuz seyreden hasta 3. gün taburcu edildi. Takiplerinde distansiyonu geriledi ve dışkılaması normale döndü. Birinci aydaki kontrastlı kolon grafisinde, kolon ve rektum dilatasyonunun kaybolduğu, dışkılama sonrası çekilen grafide rektumda kontrast kalmadığı görüldü (Resim-3).

#### TARTIŞMA VE SONUÇ

Erişkin yaşa kadar tanı konamayan Hirschsprung hastalarında, aganglionik segmentin kısa olması dolayısıyla semptomların, pediatrik yaşta tanı alan hastalara göre daha silik olduğu, hastaların çoğu zaman kabızlık tanısı alarak semptomatik tedavi gördükleri bilinmektedir. Hastamızda, laparoskopi yardımı ile hastalığın kısa segment olduğu ortaya konmuş ve kısa segment hastalıkta literatürdeki az sayıda olgu ile etkili bir tedavi yöntemi olarak tarif edilen sfinkteromiyotomi ile tedavi edilmiştir. Bu yöntem diğer yöntemlere göre daha az invaziv olması, stoma açılma gerekliliği olmaması gibi avantajları nedeniyle erişkin Hirschsprung hastalığının tedavisinde akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** erişkin Hirschsprung, miyotomi, Hirschsprung, sfinkteromiyotomi

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim-1**



Hastanın ayakta direkt karın grafisi

**Resim-2**



Hastanın karın tomografi kesiti

### **sfinkteromiyotomi**



Dentat çizginin üzerinden başlayarak 6-7 cm'lik longitudinal miyotomi

### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### sfinkteromiyotomi



sfinkteromiyotominin operasyon sonrası görünümü

### Resim-3



operasyondan 1 ay sonra çekilen kontrastlı kolon grafisi

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0723 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Nadir bir akut apandisit nedeni; B hücreli lenfoma

Çağdaş Karaman<sup>1</sup>, Şahin Kaymak<sup>1</sup>, Oğuz Hançerlioğulları<sup>1</sup>, Hüseyin Sinan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Genel Cerrahi 1, Ankara

<sup>2</sup>Metabolik Cerrahi Vakfı, İstanbul

**GİRİŞ:** Akut apandisit; apendiks vermiformisin mukozasından başlayıp zamanla tüm katlarını içine alan inflamasyondur. Apendiks lümeninin obstrüksiyonu apandisit primer nedenidir. En sık neden fekalitlerdir. Daha az sıklıkla; lenfoid doku hiperplazisi, tümörler, sebze, meyve çekirdekleri, intestinal parazitlerdir. Biz rutin apendektomi ameliyatı sonrası tanısı lenfoma gelen bir olguyu paylaşmak istedik.

**OLGU:** 40 yaşında erkek hasta, 2 gün önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş. WBC 16700 olan hastanın fizik muayenesinde sağ alt kadranda defans ve rebound pozitif. Radyolojik görüntüleme yöntemleri ile de akut apandisit ön tanısı desteklenen hasta akut apandisit tanısı ile kliniğe yatırıldı. Hasta aynı gün ameliyata alınarak appendektomi yapıldı. Postoperatif komplikasyonu olmayan hasta 1 gün taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu yüksek dereceli B hücreli lenfoma olarak raporlandı. Bunun üzerine hasta çağırılarak Tıbbi onkoloji konsültasyonu alındı ve hastaya ek tedavi planlanmadı.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Akut apandisit nedenleri arasında nadir de olsa lenfoid doku hiperplazileri ve tümörler de olduğu unutulmamalıdır. Genel cerrahinin en sık acillerinden olan appendektomi sonrası dönemde hastaların patoloji sonucu mutlaka takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** akut apandisit, akut batın, B hücreli lenfoma

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### EPS-0724 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Atipik yerleşimli appendiks: Video sunumu

Turan Acar, Feyyaz Güngör, Nihan Acar, Araz Babayev, Mehmet Hacıyanlı  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Video, kolelitiazis tanısıyla elektif laparoskopik kolesistektomi planlanarak ameliyata alınmış olguda eksplorasyon esnasında safra kesesi komşuluğunda saptanan appendiksi göstermektedir. Hastanın ameliyat öncesinde yaşadığı sağ üst kadranda karın ağrısı yakınmasının, atipik yerleşimli bu appendiks ile de ilişkili olabileceği düşünüldüğünden, kolesistektominin ardından aynı seansta laparoskopik appendektomi de yapılmasına karar verildi. Appendiks grasper ile askıya alınarak mezosu ortaya konuldu. Enerji cihazı ile mezo koagule edilip kesildi. Ardından appendiks güdüğü iki adet plastik polimer endoklipe kapatılarak appendektomi tamamlandı.

**Anahtar Kelimeler:** appendiks, atipik, laparoskopik

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0725 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Sağ ve Sol Taraf Yerleşimli Kolon Kanseri Hastaların Karakteristik, Histopatolojik ve Kanseri Morfolojileri Arasında ki Farklılıklar

Turan Acar, Nihan Acar, Fevzi Cengiz, Erdiñç Kamer, Halis Bağ, Ercüment Tarcan, Mehmet Hacıyanlı  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### AMAÇ:

Dünyada her yıl bir milyon kişiye kolon kanseri (KK) tanısı konulmaktadır ve bu kanser tipi tüm olguların yüzde 9'unu oluşturmaktadır.

Yakın tarihli raporlar, sol ve sağ taraflı kolon kanserlerinin farklı klinik ve biyolojik özellikler sergilediğini göstermektedir. Özellikle, sağ taraflı kolon kanserinin sıklıkla kadınlar ve genç hastalarda, sol taraflı kanserlerin ise erkekler ve yaşlı hastalarda baskın olduğu tespit edilmiştir. Hastaların demografik, kalıtsal ve çevresel özellikleri incelenmesine rağmen, bu durumun nedenine yönelik kesin bir veri bulunamamıştır. Tümörün biyolojik davranışına bağlı olabileceği varsayılmıştır. Ülkemizde ise bu konuda bir çalışma bulunmamaktadır.

Biz bu çalışmamızda, kolon kanseri tanılı hastaları tümör lokalizasyonuna göre sınıflandırarak, yaş ve cinsiyet ilişkisinin olup- olmadığı, klinik semptomlar, kanser invazyon derinliği, kanser morfolojisi ve histolojisi arasındaki farklılıkların ortaya konması amaçlandı.

#### GEREÇ VE YÖNTEMLER:

Ocak 2011-Temmuz 2017 tarihleri arasında hastanemiz Genel Cerrahi Kliniği'nde kolon kanseri nedeni ile opere edilen 493 hastanın çalışmaya dahil edileceği retrospektif bir çalışmadır.

Grup 1 (Sağ kolon yerleşimli tümörler): Çekum, çıkan ve transvers kolon tümörleri

Grup 2 (Sağ kolon yerleşimli tümörler): Splenik köşe, inen ve sigmoid kolon tümörleri

Hastaların dosyaları geriye yönelik taranarak demografik verileri (cinsiyet, yaş), özgeçmişleri, başvuru semptom ve bulguları, laboratuvar ve radyolojik verileri, preoperatif evreleme skorları, tümör lokalizasyonları, lenf nodu diseksiyon sayıları ve pozitiflik oranları, hospitalizasyon süreleri, nüks ve sağkalımları değerlendirildi.

#### Çalışmaya Dahil Edilen Hastalar:

1. Kolon kanseri tanılı hastalar
2. Cerrahi tedavi uygulananlar
3. Epitelyal malignansiler (Adeno- Skuamoz Karsinom)

#### Çalışma Dışı Bırakılan Hastalar:

1. Bening tümörler
2. Metastatik hastalar
3. Senkron tümörü bulunanlar
4. Sadece endoskopik tedavi yapılanlar (Endoskopik Submukozal Diseksiyon- ESD)
5. Non- epitelyal malignansiler (Lenfoma, karsinoma gibi)
6. Apendiks karsinomu, rektum ve anal tümörler

#### BULGULAR:

Grup 1'de 200 ve Grup 2'de 293 olmak üzere çalışmaya alınan 493 hastanın %61.5'i erkek ve %38.5'i kadın. Hastaların demografik ve klinik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre gruplar arası cinsiyet, yaş dağılımı ve başvuru semptomları açısından istatistiksel anlamlı farklılık mevcut.

Hastaların tümör lokalizasyon dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre Grup 1'de en fazla çıkan kolon, Grup 2'de ise sigmoid kolon tümörlü hasta bulunmaktadır.

Gruplar arası histolojik ve morfolojik farklılıklar Tablo 3'de verilmiştir.

#### SONUÇ:

Bizim çalışmamıza göre; sağ kolon tümörleri sol kolon yerleşimli tümörlere göre daha genç yaşlarda görülmesine rağmen, kötü histolojik tip ve müsinöz komponent mevcudiyeti daha fazladır. Bunlara bağlı olarak da prognozları daha kötüdür.

**Anahtar Kelimeler:** Kanseri, kolon, lokalizasyon, sağkalım.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri**

| Özellikler            |                             | Sayı (%)              |                        |          |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|----------|
|                       | Tüm hastalar (%)<br>(n:493) | Grup 1 (%)<br>(n:200) | Grup 2 (%)<br>(n: 293) | p değeri |
| Cinsiyet              |                             |                       |                        |          |
| Erkek                 | 303 (%61.5)                 | 111 (%55,5)           | 192 (%65,5)            | <0.05    |
| Kadın                 | 190 (%38.5)                 | 89 (%44,5)            | 101 (%34,5)            |          |
| Yaş (Yıl)             |                             |                       |                        |          |
| ≤ 50                  | 65 (%13.1)                  | 33 (%16,5)            | 32 (%10,9)             | <0.05    |
| 51- 65                | 184 (%37.4)                 | 65 (%32,5)            | 119 (40,6)             |          |
| 66- 75                | 139 (%28.2)                 | 56 (28)               | 83 (%28,3)             |          |
| ≥ 75                  | 105 (%21.3)                 | 46 (%23)              | 59 (%20,1)             |          |
| Başvuru<br>septomları |                             |                       |                        |          |
| Kanama veya anemi     | 211 (%42.7)                 | 136 (%68)             | 75 (%25.6)             | <0.05    |
| Pasaj problemi        | 197 (%40)                   | 34 (%17)              | 163 (%55.6)            |          |
| Abdominal kitle       | 32 (%6.5)                   | 11 (%5.5)             | 21 (%7.2)              |          |
| Semptom yok           | 53 (%10.8)                  | 19 (%9.5)             | 34 (%11.6)             |          |

**Tablo 2: Tümör lokalizasyon dağılımı**

| Grup 1<br>(n: 200) (%40.6) |             | p değeri | Grup 2<br>(n: 293) (%59.4) |             | p değeri |
|----------------------------|-------------|----------|----------------------------|-------------|----------|
| Çekum (%)                  | 61 (%30.5)  | <0.05    | Splenik köşe (%)           | 63 (%21.5)  | <0.05    |
| Çıkan kolon (%)            | 111 (%55.5) |          | İnen kolon<br>(%)          | 87 (%29.7)  |          |
| Transvers kolon (%)        | 28 (%14)    |          | Sigmoid kolon (%)          | 143 (%48.8) |          |

**Tablo 3: Gruplar arası histolojik ve morfolojik farklılıklar**

|                                         | Grup 1 (n:200) | Grup 2 (n:293) | p değeri |
|-----------------------------------------|----------------|----------------|----------|
| Kanser invazyon derinliği (%)           |                |                |          |
| T1                                      | 12 (%6)        | 19 (%6,5)      | 0.841    |
| T2                                      | 12 (%6)        | 23 (%7,8)      |          |
| T3                                      | 131 (65,5)     | 195 (%66,6)    |          |
| T4                                      | 45 (%22,5)     | 56 (%19,1)     |          |
| Diseke edilen ortalama lenf nodu sayısı | 19 (7, 47)     | 16.5 (6- 39)   |          |
| Lenf nodu durumu (%)                    |                |                |          |
| N0                                      | 112 (%56)      | 165 (%56,3)    | 0.511    |
| N1                                      | 52 (%26)       | 88 (%30)       |          |
| N2                                      | 36 (%18)       | 40 (%13,7)     |          |
| Evre (%)                                |                |                |          |
| I                                       | 16 (%8)        | 25 (%8,5)      | 0.195    |
| II                                      | 93 (%46,5)     | 134 (%45,7)    |          |
| III                                     | 91 (%45,5)     | 134 (%45,7)    |          |
| Histoloji (%)                           |                |                |          |
| İyi                                     | 23 (%11,5)     | 44 (%15)       | <0.05    |
| Orta                                    | 113 (%56,5)    | 206 (%70,3)    |          |
| Kötü                                    | 64 (%32)       | 43 (%14,7)     |          |
| Lenfovasküler invazyon pozitifliği (n)  | 67 (%33,5)     | 102 (%34,8)    | 0.378    |
| Nöral invazyon pozitifliği (n)          | 34 (%17)       | 56 (%19,1)     | 0.268    |
| Musioz komponent pozitifliği (n)        | 60 (%30)       | 38 (%13)       | <0.05    |
| Ameliyat koşulu                         |                |                |          |
| Acil                                    | 25 (%12,5)     | 76 (%25,9)     | <0.05    |
| Elektif                                 | 175 (%87,5)    | 217 (%74,1)    |          |
| Hastanede kalış süresi (gün)            | 10,14±6,31     | 11,05±6,99     | 0.384    |
| Morbidite                               | 17 (%8,5)      | 48 (%16,4)     | <0.05    |
| Nüks ve/veya metastaz                   | 38 (%19)       | 31 (%10,6)     | <0.05    |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0727 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Appendiks müsinöz kistadenomu: nadir görülen bir olgu sunumu

Mustafa Demir, Süleyman Atalay, Mehmet Çuhadar, Taygun Gülşen, Bülent Güleç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bilim Dalı, İstanbul

Appendiks mukoseli, appendiks lümeninin obstrüksiyonu sonucunda mukus birikimi ve dilatasyonu ile kistik bir kitle halini almasıyla karakterize, sıklıkla asemptomatik seyir gösterip insidental olarak tespit edilen, nadir görülen bir durumdur. Bu olgu sunumunda yaklaşık 2 aydır sağ alt kadranda aralıklı olan karın ağrısı şikayeti ile hasta polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda ele gelen kitle tespit edilmesi üzerine görüntüleme yapıldı. Görüntüleme sonucunda 7.5 cm'lik appendiks mukoseli ile uyumlu kitle saptandı. Hastaya elektif şartlarda konvansiyonel appendektomi planlandı. Yapılan eksplorasyonda appendiks lojunda kistik kitle görüldü ve appendektomi uygulandı. Hasta postoperatif 1.günde sorunsuz taburcu edildi. Patolojik tanı müsinöz kistadenoma bağlı mukosel olarak sonuçlandı ve malignite bulgusuna rastlanılmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Appendiks, mukosel, müsinöz kistadenom

Resim 1



Batın BT'de aksiyel planda appendiks lojunda kitle lezyon

Resim 2



Piyesin makroskopik görünümü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0728 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Soliter Çekum Divertikülitlerinin Nonoperatif Tedavisi

Cemal Kaya, Onur Güven, Mehmet Mihmanlı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Çekumun soliter divertikülü nadir görülen ve çoğunlukla asemptomatik seyreden bir patolojidir. Akut apandisit ile karıştırıldığından dolayı tanısı genellikle ameliyat sırasında konmakta ve preop tanısı genellikle atlanmaktadır.

Çalışmamızda nadir görülen bu olguların tanı ve tedavisi konusundaki yaklaşımımızı irdelemeyi amaçladık.

**BULGULAR:** Çalışmamızda karın sağ alt kadranda ağrısı şikayetiyle başvuran ve akut apandisit şüphesiyle tetkik edilen ancak soliter çekal divertikülit tanısı konan ve nonoperatif tedavi edilen 6 vakayı sunduk. Hastaların yaş ortalaması 51.1 (32-67) olup 4'ü kadın, 2'si erkek idi. Klinik bulguları sağ alt kadranda hassasiyet ile birlikte ateş, lökositoz ve artan CRP değerleri mevcuttu. Hastaların ortalama lökosit değerleri 13.700/mm<sup>3</sup> (9800–19.400/mm<sup>3</sup>), CRP 38 (24-87) olarak saptandı. Batın ultrasonografisinde apendiksin normal görünümde olması nedeniyle çekilen kontrastlı batın tomografisinde soliter çekal divertikülit tanısı kondu (Resim1,2). Çalışmamızdaki olguların tümü çekum ön yüzde yerleşimli idi. Beş hastaya medikal tedavi, bir hastaya ise perkütan drenaj ile birlikte medikal tedavi uygulandı. Herhangi bir cerrahi operasyona gerek kalmadan ortalama 5.3(4-7) günde hastalar şifa ile taburcu edildiler. Hastaların kontrol poliklinik takiplerinde kliniği sorunsuz seyretti.

**TARTIŞMA:** Çekumun soliter divertikülü nadir görülen ve genellikle divertikülit, perforasyon veya kanama gibi komplikasyonlar geliştiğinde saptanan bir patolojidir. Diğer kolonik divertiküllerin aksine tam kat kolon duvarından oluştukları için lümeninin tıkanmasına bağlı olarak gelişebilecek tablo genellikle akut apandisit ile benzerdir. Ancak ağrının daha uzun süreli olması ve iştahsızlık-bulantı şikayetlerinin nadiren görülmesiyle akut apandisitten ayrılır. Genellikle preop tanısı atlanmakta ve tanısı ameliyat sırasında konmaktadır. Nadiren de özellikle çekum posteriorunda yerleşmiş divertiküller komplike hale geldiklerinde tümör ile karışabilmektedirler. Preop tanısı ise klinik tablodan şüphelenilmesi ile radyolojik görüntüler aracılığıyla konur. Özellikle kontrastlı batın tomografisinde apendiksin normal görünümde olması ve enflame divertikülün görülmesi ile tanınması durumunda bu hastalar operasyona gerek kalmadan medikal olarak tedavi edilebilirler. Ancak yine de preop atlanması ve nadir rastlanması nedeniyle tanı ve tedavi konusunda bir standardizasyon yoktur.

**SONUÇ:** Akut apandisit kliniği ile başvuran hastalarda klinik başlangıcın farklı ve radyolojik olarak apendiksin normal görünümde olması durumunda çekum divertikülitini akılda bulundurulmalıdır. Tanısının ameliyat öncesi konması geniş rezeksiyonlara neden olabilecek ameliyatlara gerektirmeden medikal tedavi ile sağlanması nedeniyle önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut apandisit, Nonoperatif tedavi, Soliter çekum divertikülit

**Resim-1:Çekum divertikülit**



**Resim-2:Çekum divertikülit; sarı ok. Normal apendiks; kırmızı ok**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



## EPS-0729 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

### Sinüs Pilonidalisin Kristalize Fenol İle Yapılan Tedavisinde Uzun Dönem Sonuçları

Osman Doğru<sup>1</sup>, Süleyman Kargın<sup>2</sup>, Ersin Turan<sup>3</sup>, Saygın Kerimoğlu<sup>1</sup>, Emet Ebru Nazik<sup>1</sup>, Derviş Ateş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya

<sup>2</sup>Özel Medicana Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Konya

<sup>3</sup>Beyhekim Devlet Hastanesi Konya

#### Amaç

Sinüs pilonidalis tedavisinde tarafımızdan geliştirilen kristalize fenol tedavisinin ilk 8 yıllık başarılı (%95) sonuçlarını 2004 yılında, opere nüks vakalardaki sonuçlarımızı (%91) ise 2010 yılında yayınlamıştık. Daha sonra bu metot popülerite kazanmış ve bir çok çalışmaya konu olmuştur. Şimdi sizlere bu konu ile ilgili 20 yıllık sonuçlarımızı sunarak tedavinin etkinliğini daha iyi ortaya koymayı düşündük.

#### Materyal Metot

Mart 1996 ile Şubat 2015 yılları arasındaki hastaların verileri prospektif olarak toplanıp retrospektif analizleri yapıldı. Bir yıldan daha az takibi olan ve opere nüks hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaya ait demografik bilgiler, iletişim bilgileri, çok oturma olup olmadığı, alışkanlıkları, cilt rengi, aile anamnezi, boyu, ağırlığı, BMI'si, (BMI<30 ve BMI>30), kılınma durumu, sinüsün akut yada kronik olduğu, delik sayısı kaydedildi. Yukarıda belirtilen faktörlerin uygulama sayısını ve nüksü etkileyip etkilemediği araştırıldı.

#### Bulgular

Hastaların %88.6'sı erkekti. Ortalama yaş 26.9, ortalama BMI'si 26.2 idi. Hastaların %52'sinde sigara alkol gibi bir alışkanlığı yoktu. Tedaviye başlamadan önceki ortalama hastalık süresi ise iki yıldır. Hastalar en az 1 en fazla 20 yıl (ortalama 4 yıl) takip edilmişlerdir. Hastalarımızın %38'inde aile anamnezi pozitif ve %80'i müracaat anında kronik evredeydi. Ortalama uygulama sayımız 2.1, uygulama süremiz ise 8.6 hafta idi. Kriterlerimize uygun 1026 hasta çalışmaya alınmıştır. Takip süresince 652 hasta hiçbir sorun yoktu. Hastalığın nüks ettiği ve ulaşılabilen 193 hasta'dan 59'u tekrar tarafımızdan tedavi edilmiş ve şu anda sorunu yokken 45 hasta ameliyat olmayı tercih etmiştir. Aynı gruptan 89 hasta ise nüksten sonra herhangi bir tedavi yaptırmamış ve halen hastalığı devam etmektedir. Sonradan ulaşılabilen hastalardan 154 adedinin ise ulaşılabilirdikleri süre içerisinde nüksleri görülmemiştir. Başarı oranımızda %84.3 olarak gerçekleşmiştir. Nüks olan hastaların yaşı nüks olmayan gruba göre daha düşüktü. Sigara kullananlarda nüks daha fazla idi (p<0.05). Tedaviden önceki dönemde hastalık süresi fazla olanlarda nüks daha yüksekti (p<0.05). BMI>30 grubuna nüksler daha fazla idi (p<0.044). Cinsiyet nükste etkili değildi. Nüks; delik sayısı daha fazla olanlarda, uygulama sayısı ve süresi daha uzun olanlarda ve aile öyküsü pozitif olanlarda daha fazla idi (%p<0.05). Anamnezde fazla oturma hikayesi olması, ten rengi, kılınma durumu, sinüsün akut yada kronik olması nükse etkili değildi.

#### Tartışma ve Sonuç

Sinüs pilonidalisin kristalize fenol ile yapılan tedavisinde uzun dönem sonuçları oldukça başarılıdır. Bu tedavinin nüksünde rol alan faktörler; BMI>30 olması, daha genç yaş, ailesel yatkınlık, sigara alışkanlığı, tedaviden önceki dönemdeki sürenin fazlalığı, artmış delik sayısıdır. Ucuz, ayaktan uygulanabilir, noninvaziv, kolayca tekrarlanabilir bir işlem olması, cerrahi işlemlerle karşılaştırılabilir sonuçları olması ve hastada iş ve güç kaybına neden olmaması sebebiyle bizce sinüs pilonidalis tedavisinde ilk seçim kristalize fenol uygulaması olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sinüs Pilonidalis, Tedavi, Kristalize Fenol

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



**21. ULUSAL  
CERRAHİ KONGRESİ**  
**16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0730 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Akut Appendisit Kliniğini Taklit Eden Nadir Bir Patoloji: Çekum Divertikülit Perforasyonu

Veysel Barış Turhan, Hakan Buluş, Fatih Polat

T.C. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### GİRİŞ:

Kolon divertikülleri sıklıkla sigmoid kolon yerleşimli olarak karşımıza çıkar. Toplumda sıklığı oldukça yüksektir. Bununla beraber çekum divertikülleri nadir olarak görülür. Soliter çekum divertikülleri vakaların % 80'inde ileoçekal valvden 2.5 cm mesafede ve % 50'sinde kolonun ön yüzünde görülmektedir. Çıkan kolonda var olan divertiküllerin inflamasyonu kendini sağ alt kadranda ağrı, ateş ve periton iritasyon bulgularıyla gösterir. Bu tablo genellikle akut appendisit ile karışabilir. Tanı genellikle intraoperatif olarak konulur.

#### OLGU:

72 yaşında kadın hasta 3 gündür karın ağrısı, bulantı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet defans ve rebound saptandı. Ateşi 37,2°C olan hastanın tam kan sayımında 10500/mm<sup>3</sup> lökosit görüldü. 10 yıl önce appendektomi öyküsü olan abdomen tomografi (CT) yapıldı ve çekum ve ileoçekal bölgede belirgin düzeyde enflamasyon izlendiği, görünüm akut apendisit açısından anlamlı olduğu fakat apendiksin bu enflamasyon alanı içerisinde ayırt edilemediği şeklinde raporlandı. Çekum duvarının enflame ve karın duvarına yapışık olduğu gözlemlendi. Künt ve keskin disseksiyonla ayrıştırıldı. Perfore divertikülit olduğu görüldü. sonra kolon duvarı 2/0 absorbabl vicrl dikiş ile tek tek primer onarıldı. Karın içi yıkandı. 1 adet dren konularak operasyona son verildi. Hastaya seftriakson 2 gr/gün ve ornidazol 1 gr/gün başlandı. Hastaya postoperatif 2. gün oral gıda başlandı ve postoperatif 4. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede çekumdan rezeke edilen divertikülitte, iltihabi infiltrasyonun ve fibrosizin bulunduğu, tüm barsak katmanını içeren gerçek soliter çekum divertikülü olduğu saptandı. Ayrıca herhangi bir inflamatuvar barsak hastalığı, displazi ve malignite bulgusunun saptanmadığı görüldü.

#### TARTIŞMA

Çekum divertikülleri, özellikle soliter divertiküller nadir rastlanan ve genellikle asemptomatik seyreden lezyonlardır. Çoğunlukla çekumun anterior yüzünde görülürler. Distal kolon divertikülleri ile karşılaştırıldığında genellikle tüm katları içeren gerçek divertiküllerdir. Appendektomi planlanarak yapılan 300 hastanın 1'inde çekum divertikülü saptanmaktadır. Literatürde 24 saatten uzun süren sağ alt kadranda ağrısı ve appendektomili, Asya kökenli hastalarda çekum divertikülü yönünden süphelenmek gerektiği vurgulanmaktadır. Nadir de olsa maligniteye bağlı perforasyonu taklit edebilir. Diğer çekum perforasyonu yapan nedenler arasında çekum tümörleri, yabancı cisim perforasyonu, ameboma, yanıklı hasta, tüberküloz ve iyatrojenik nedenler sayılabilir. Perforasyon olmadığı sürece appendisit tanısı da ekarte edilirse antibiyotik tedavisi verilebilir. Çekum ön yüzünde olan soliter divertiküller laparoskopik cerrahiye uygun olabilir fakat lateral ve posterior yerleşimli olanlarda laparoskopik girişim kolay olmayabilir.

#### SONUÇ

Sonuç olarak sağ alt kadranda ağrısıyla gelen hastalarda öncelikli tanı appendisit olsa da ameliyat sırasında çekum divertikül perforasyonu unutulmamalıdır. Cerrahin ameliyatı planlarken bu durumu da unutmaması ve buna yönelik önlemleri alması gerekir. Ameliyat ve sonrasında gelişebilecek zorluk ve komplikasyonlar bu şekilde en aza indirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Çekum perforasyonu, perforasyon, çekim

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0731 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolonu Obstrukte Eden Nadir bir olgu olan Lipomda Laparoskopik Anterior Rezeksiyon ile yaklaşım

Eyüp Murat Yılmaz, Ahmet Ender Demirkıran  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Aydın

**AMAÇ:** Gastrointestinal lipomlar bağırsak duvarındaki yağ dokusundan köken alan tümörlerdir. Gastrointestinal sistemde lipomlar sıklıkla kolonda lokalizedirler, bununla beraber özofagus ve ince bağırsakta da yerleşebilirler. (1,2)Obstruksiyona sebebiyetleri oldukça nadirdir. Biz bu olgumuzda obstruksiyona sebep olan sigmoid kolon lipomu sunacağız.

**OLGU:** Yetmiş Sekiz yaşında kadın hasta, aralıklı karın ağrısı ve yaklaşık 1-2 aydır giderek artan büyük abdestini yapmakta zorlanma şikayetleri ile Genel Cerrahi polikliniğimize başvurdu. Hastanın özellikle son birkaç haftadır büyük abdestini çok zor yaptığı ve bunun için rektumundan parmağını kullanarak yardım aldığı öyküsünde bulunmaktaydı. Kilo kaybı ve kanama öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenede sol kadranda hassasiyet var iken, defans ve rebound yok, barsak sesleri hipoaktif idi. Kan değerlerinde biyokimyasal açıdan patolojik bulgu saptanmaz iken hemogram değerleri de normal bulundu. Çekilen ADBG'de yaygın gaz gözlenmekte idi. Hastaya rektoskopi yapıldı ve lümenin renginin koyulaşmış olduğu (melanozis koli?) ve anal kanaldan itibaren 35. cm de skopun geçişine izin vermeyen 4x5 cm lik tabanı net değerlendirilemeyen, düzgün sınırlı, hareketli kitle saptandı.(polip?, lipom?)(Resim 1) Biyopsi sonucu lipom olarak değerlendirilen hastada obstruksiyon bulguları nedeniyle rezeksiyon yapılmasına karar verildi ve laparoskopik anterior rezeksiyon yapıldı.(Resim 2) Postoperatif servise alınan hasta postoperatif 4. Gün önerilerle taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Gastrointestinal lipomlar, bağırsak duvarındaki yağ dokusundan köken alan, iyi diferansiye olan ve yavaş büyüyen mezenkimal tümörlerdir(3) Kadınlarda erkeklere göre daha sık izlenen lipomlar 5. ve 6. dekadlarda pik yaparlar(4) Olguların %90 kadarında lipomlar submukoza kökenlidir. Çok daha nadir olarak subserozal alandan da köken alabilirler. Boyutları çok değişken olup bazı hastalarda 20- 30 cm'i bulan çapa ulaşabilirler. Lipomların kolonda en sık izlendiği yer çekum ve asendan kolondur. Bu kısımları sırasıyla transvers kolon, splenik fleksura, inen kolon, sigmoid kolon ve rektum takip eder (5) Bizim olgumuzda sigmoid kolonu obstrukte eden 5 cm lik lipom olarak değerlendirildi. Tedavide küçük ve asemptomatik olanlarda takip yeterli iken, 2 cm olanlarda endoskopik daha büyüklerde çıkartılamıyorsa ve yapılabiliyorsa laparoskopik segmenter rezeksiyon önerilmektedir. (6)Biz de endoskopik olarak başarılı olamadığımız için laparoskopik anterior rezeksiyonu tercih ettik.

Tıkalıcı kolon polipleri nadir vakalar olup tedavi ve takibi uygun olarak planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sigmoid Kolon, Polip, Laparoskopik Anterior Rezeksiyon

#### Resim 1



Sigmoid Kolonda Tıkalıcı Polip

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim 2



Postoperatif Görünüm

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0732 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Eş Zamanlı Yapılan Laparoskopik Sigmoidektomi ile Birlikte Laparoskopik Sol Parsiyel Nefrektomi Olgusu

Erdinç Kamer<sup>1</sup>, Sacit Nuri Görgel<sup>2</sup>, Yiğit Akın<sup>2</sup>, Fevzi Cengiz<sup>1</sup>, Mustafa Peşkersoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

#### AMAÇ:

Renal anjiyomiyolipom, mezenkimal elementlerden kaynaklanan benign bir neoplazidir ve ilk kez 1951'de bildirilmiştir. Anjiyomiyolipoma, yağ dokusu, düz kas ve kan damarları da dahil olmak üzere değişen bileşimi nedeniyle 'hamartom' olarak da adlandırılır. Diğer taraftan Jacobs ve ark. 1990'lı yılların başında ilk laparoskopik kolektomiyi bildirdiler. Açık cerrahiyle karşılaştırıldığında, laparoskopik kolorektal cerrahide bazı potansiyel avantajlar vardır. Biz çalışmamızda sigmoid kolon karsinomu ve senkron olarak sol böbrekte anjiomyolipom bulunan hastamıza yaptığımız eş zamanlı laparoskopik sol hemikolektomi ve sol parsiyel nefrektomi sonucumuzu sunmayı amaçladık.

#### OLGU ÖZELLİKLERİ:

64 yaşındaki bir kadın hastaya dışkıda gizli kan bulgusu nedeniyle kolonoskopi uygulandı. Kolonoskopide, anal kanala 20 cm uzaklıktaki 5-6 cm uzunluğundaki kolon lümeninin daralmasına neden olan vejetaryen kitle görüldü ve şüpheli lezyondan biyopsi alındı. Biyopsi patolojisi orta derecede diferansiye adenokarsinoması olarak rapor edildi. Hastaya çekilen evreleme amaçlı bilgisayarlı tomografide sigmoid kolonda düzensiz mukoza-duvar kalınlaşması-lümen daralması ve sol böbrek üst kutbundan kaynaklanan 8.5 cm anjiomyolipom (6 cm uzunluğunda) görüldü. Böbrek üst kutbundaki kitlenin özellikleri için MR uygulandı (Resim). Aynı seansta eş zamanlı laparoskopik sigmoidektomi ve sol parsiyel nefrektomi planlandı. Klasik laparoskopik sigmoidektomi için portlar yerleştirildi. A ve V mesenterika inferior bağlanarak medialden diseksiyon tamamlandı. Lateral diseksiyon da tamamlandıktan sonra splenik köşe düşüldü. Böylece sol böbrek lojunada ulaşılmış olundu. Üroloji ekibi ameliyata dahil oldu. Ek port girmeden sol parsiyel nefrektomi işlemi uygulandı. Ardından laparoskopik sigmoidektomi tamamlandı. (Resim). Hastanın patolojisi orta derece diferansiye adenokarsinom (T3N0T0) ve anjiomyolipom olarak bildirildi. Hasta postoperatif 5. günde komplikasyonsuz taburcu edildi. 1. ve 3. ay izlemlerinde bir sorun ile karşılaşılmadı. Postoperatif adjuvan tedavi düşünülmeydi.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Kesitsel görüntülemenin artan kullanımı insidental rastlanan anjiomyolipom oranında artış saptandı. Böbrek anjiomyolipomları % 15 oranında spontan kanama, % 10'a varan oranda ise hemorajik şok tablosu oluşturabilir. Böbrek işlevinin korunması renal anjiomyolipomalı hastalarda önemlidir. Bu nedenle nefron koruyucu cerrahi düşünülmelidir. Hastamıza sigmoid kolon tümörü nedeniyle zorunlu cerrahi uygulanacak olması, sol retroperitonda çalışılacak olması kanama riskini biraz daha arttırdığı için preop dönemde operasyonun planlanması için genel cerrahi, üroloji radyoloji ve tıbbi onkoloji ile bir konsey yapıldı. Konsey sonucunda eş zamanlı ameliyat kararı alındı. Literatürde bu tip bir vakaya rastlamadık.

Sonuç olarak, sigmoid kolon karsinomu ve senkron olarak sol böbrekte anjiomyolipom bulunan olgularda eş zamanlı laparoskopik sol hemikolektomi ve sol parsiyel nefrektomi, laparoskopik cerrahi deneyimi olan merkezlerde uygulanabilir bir prosedür olacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Sol parsiyel nefrektomi, Sigmoidektomi, Eş zamanlı

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

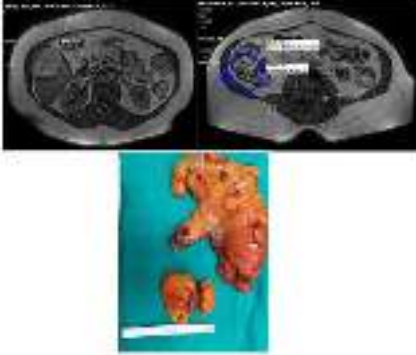
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim:**



A) Angiomyolipomun MR görüntüsü B) Sigmoid kolon tümörünün MR görüntüsü C) Ameliyat piyesinin görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0733 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Aşağı anterior rezeksiyonlarda saptırıcı ostominin anastomoz darlığı ile ilişkisi

Hayyam Babayev, Wafi Attaallah, Cumhuriyet Yeğen  
Marmara Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### AMAÇ:

Aşağı anterior rezeksiyon uygulanan riskli hastalarda anastomozu korumak için loop ileostomi veya loop kolostomi açılmaktadır. Saptırıcı ostominin kapatılması için hastalar bir süre beklemektedir. Ostomi kapatılmadan önce yapılan kontrol kolonoskopilerde anastomozda darlık izlenebilmektedir. Bu çalışmada saptırıcı ostomi açılan hastalarda rektal anastomozda darlık oranı araştırılmıştır. Ayrıca anastomoz darlığı ile ostomi kapatılması için beklenen süre arasında korelasyon olup olmadığı araştırılmıştır.

#### MATERYAL-METOD:

2009 -2016 yılları arasında tek merkezde aşağı anterior rezeksiyon ile birlikte saptırıcı ostomi açılan hastaların bilgileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalara ait demografik özellikler, kemoradyoterapi alıp almadıkları ve indeks operasyondan sonra kontrol kolonoskopi raporları incelenmiştir. Kolonoskopi yaptırmayan hastalar telefon ile aranarak çağırıldı, fizik muayene ve kolonoskopi işlemleri yapıldı. Birincil çıkarım olarak anastomoz darlık oranları hesaplandı. Kolonoskop ile anastomozdan geçilemeyen durumlarda anastomoz darlığı olarak değerlendirildi. İkincil çıkarım olarak anastomoz darlığı ile ostomi kapatılması için beklenen süre arasında korelasyon olup olmadığı araştırıldı.

#### BULGULAR:

2009- 2016 arasında 61 hastaya aşağı anterior rezeksiyon ile birlikte saptırıcı ostomi açılmıştır. Ostomi kapatılmadan önce 38 hastanın kontrol kolonoskopi raporlarına ulaşılmıştır. Çalışma grubunu oluşturan 38 hastanın ortalama yaşı 63 (28-78) ve yirmisi (%53) erkek hastaydı. Hastaların tamamı rektum tümörü nedeni ile opere olmuş. 7 (%18) hasta neoadjuvan, 9 (%24) hasta adjuvan radyoterapi almıştır. 22 (%58) hasta adjuvan kemoterapi almıştır. 7 (%18) hastaya laparoskopik rezeksiyon uygulanmıştır. 26 (%68) hastaya loop ileostomi, 12 (%32) hastaya loop kolostomi açılmıştır. İndeks operasyondan Kontrol kolonoskopiye kadar geçen median takip süresi 12 (3-23) ay bulunmuştur. Yapılan kontrol kolonoskopilerde 17 (%45) hastada anastomozda darlık izlenmiştir. Anastomoz darlığı ile ostomi kapatılması için beklenen süre arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

#### SONUÇ:

Aşağı anterior rezeksiyon uygulanan ve anastomozu korumak için saptırıcı ostomi açılan hastalarda yüksek oranda anastomoz darlığı izlenmiştir. Anastomoz darlığı ile ostomi kapatılması için beklenen süre arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bu çalışmada, anastomoz darlık oranında ostominin kapatılmasına kadar geçen sürenin etkisinin olmadığı gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** aşağı anterior rezeksiyon, anastomoz darlığı, loop ostomi,

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0734 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Bir Eğitim Araştırma Hastanesi olan hastanemizde Hemoroidektomi deneyimlerimiz

Ekrem Ferlencez, Fazilet Erözgen, Gamze Çıtlak, Leyla Zeynep Tigrel, Mürşit Dincer, Muzaffer Akıncı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Hemoroidal hastalık çok sayıda bireyin cerrahi kliniklerine başvuru sebeplerinden biridir. Tedavisi genelde medikal olsa da tedaviye yanıt vermeyen durumlarda cerrahi düşünülür. Biz bu çalışmamızda kliniğimizde yaptığımız hemoroidektomi sonuçlarımızı paylaşmak istedik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde 2013 Ocak-2018 Ocak tarihleri arasında hemoroidektomi yapılan 375 hastanın bilgileri retrospektif olarak incelendi. Bulgular hastaların demografik özelliklerine, hemoroid evrelerine, uygulanan cerrahi tekniğe ve postop komplikasyon açısından incelendi.

**BULGULAR:** Hemoroidektomi yapılan hemoroid evresi grade 2-3-4 olan hastalarda uygulanan cerrahi tekniğin (Ferguson, Milligan-Morgan, Band Ligasyonu, Ligasure ile hemoroidektomi), cinsiyetin, hemoroid evresinin postop iyileşme süresinde farkının olmadığı fakat Ligasure yardımı ile Band Ligasyonu ile yapılan hemoroidektominin anlamlı olarak diğer cerrahi tekniklere nazaran ameliyat süresini kısalttığı saptanmıştır.

**TARTIŞMA:** Hemoroidektomi hala medikal tedaviye yanıt vermeyen hemoroid hastalığı olan hastalarda yüzgüldürücü sonuç veren bir girişimdir. Uygulama teknikleri değişse de sonuçları bakımından ameliyat süresini değiştirmek dışında bir farklılığı saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemoroidektomi, Ligasure, Band Ligasyonu

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0736 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Ksantogranulomatoz Piyelonefritin Neden Olduğu Renokolik Fistül Ve Sinistral Portal Hipertansiyon

Bakhtiyar Chakhalov<sup>1</sup>, Nilay Tuğba Uzunay<sup>1</sup>, Samir Aghalarov<sup>2</sup>, Deniz Tazeoğlu<sup>1</sup>, Alper Ötünçtemur<sup>2</sup>, Fazıl Sağlam<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

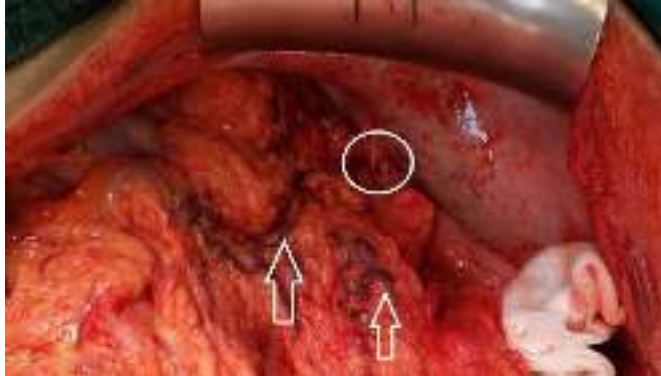
Giriş: GİS traktı ile böbrek arasındaki fistüller nadir görülür. Nefroenterik fistüller arasında en sık görüleni nefrokolik fistüllerdir ve 130'un üzerinde vaka rapor edilmiştir. Ksantogranulomatoz piyelonefrit(KSGPN) nadir bir hastalık olarak görülür; 1980'e kadar literatürde yaklaşık 400 vaka bildirilmiştir. KSGPN vakaların yaklaşık 1/3 apse ve fistül gibi komplikasyonlar ile ilişkilendirilmiştir. Burda KSGPN neden olduğu renokolik fistül ve sinistral portal hipertansiyon olgusunu sunmaktayız.

Olgu Sunumu: Sol yan ağrısı,yüksek ateş ve halsizlik yakınmasıyla acile başvuran elli yaşında erkek hastanın bilinen kronik bir hastalığı yok. Fizik muayenesinde sol üst kadranda hassasiyeti mevcut, laboratuvar tahlillerinde kan ve idrarda enflamatuvar değerleri yüksekti. Batın USG'de sol böbrek renal pelviste en büyüğü 17mm diğerleri ise daha küçük çok sayıda taşlar izlendi. Sol böbrek parankim kalınlığı 4.8 mm ile artmıştır.Kontrastlı Batın BT'de splenomegali,sol böbrek morfolojik görünümünü tümü ile kaybetmiş olup,normalden büyük ve parankimi incelmıştır. Sol böbrek kaliksinde ve sol üreterde çok sayıda multiple kalkül izlenmekte ve bu kalküller sol üreter distalinde obstrüksiyona neden olmuş görünümündedir. Sol böbrek parankiminde ki hava dansiteleri amfizematöz piyelonefrit ile uyumludur ve içinde hava-sıvı seviyelenmesi oluşturan apse görünümünü dikkati çekmiştir. Perirenal yağlı dokular silinmiştir. Hastaya peruktan apse drenajı yapıldı ve drenajdan kontrast verilerek yapılan görüntüleme de inen kolon ile fistüle olduğu ve kontrast maddenin kolona yayıldığı izlendi. Drenaja rağmen enflamatuvar değerleri gerilemeyen hastaya cerrahi kararı verilerek Sol nefrektomi + Sol hemikolektomi operasyonu yapıldı. Perop sol böbreğin splenik vene basısına bağlı portal hipertansiyon oluşturduğu ve buna sekonder omentum damarların dilate olduğu görüldü. Ameliyat sonrası dönemi stabil geçti. Postop dönemde yapılan gastroskopide mide fundusta varisler mevcuttu. Poliklinik kontrol ile takip edilmekte.

TARTIŞMA: Renokolik fistüller çok nadir görülmektedir. Çıkan ve inen kolon en sık etkilenen bölgelerdir. En sık genç ve orta yaş erişkinlerde ve her iki cinsten de eşit sıklıkta görülür. Renokolik fistüller travmatik veya spontan olabilir. Spontan renokolik fistüller primer böbrek patolojilerinden gelişir. Renokolik fistüllerin ana tedavisi cerrahidir, sadece fistüller çok küçükse konservatif takip edilebilir. Cerrahi tedavide genellikle nefrektomi ve kolon rezeksiyonu yapılır. Hastalığın prognozu etiyolojisine, süresine, böbrek yetmezliği derecesine ve hastanın genel durumuna bağlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** nefrokolik fistül, renokolik fistül, ksantogranulomatoz pyelonefrit

#### Renokolik fistul



Renokolik fistul alanı ve omentum üzerindeki dilate vasküler alanlar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0737 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Dev Perianal Papillom

Eyüp Murat Yılmaz<sup>1</sup>, Ethem Bilgiç<sup>2</sup>, Erdem Barış Cartı<sup>1</sup>, Deniz Uçar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Aydın

<sup>2</sup>Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### Giriş

Kondulama akumunata HPV virüsü ile bulaşan, yaygın bir seksüel geçişli hastalıktır.(1,2) Ancak semptomatik olduğu için perianal bölgedeki dev kondulama akumunata nadir görülen bir durumdur ve sıklıkla bu bölgedeki SCC(squamous cell karsinoma) ile karışır. Bu olgumuzda 80 yaşındaki dev bir peri anal bölge kondulama akumunata olgusunu sunacağız.

#### Olgu Sunumu

Seksen Yaşında erkek hasta makat bölgesi çevresinde kaşıntı ve ele gelen kitle şikayeti ile Genel Cerrahi polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede perianal bölgede yaklaşık 8x8 cm'lik dev perianal papillom gözlemlendi. RT'de hafif içeriye devamlılığı gözlemlendi.(Resim 1) Hastaya kolonoskopi istendi ve kolonoskopisi normal olarak raporlandı. Kitleden alınan biyopsi sonucunda kondulama akumunata HPV tip 6 olarak yorumlandı. Bunun üzerine lokal eksizyon ve koruyucu kolostomi açılmasına karar verildi ve hasta ile yakınlarına bilgi verilerek onam alındı. Kitle temiz cerrahi sınırlar ile temizlendi.(Resim 2) Koruyucu kolostomi açıldı. Yara için günlük pansuman yapıldı ve hasta aburcu edilip poliklinik kontrolüne düzenli çağrıldı. Postop 2 ay sonra yaranın kapandığı ve tam iyileşme sağlandığı gözlenince kolostominin kapanmasına karar verildi. Loop kolostomi kapatıldı. Anal kanalda kısmi darlık oluştu ve dilatasyon bujisi ile genişletilip hasta rahatlatıldı. Hasta postop 6. Ayda ve nüks gözlenmedi.

#### Tartışma

Kondulama akumunata, perianal bölgede proliferasyon gösterip SCC'ye dönüşebilen bir lezyondur.(3) Bu yüzden ihmal edilmeden yakın takip edilmeli ve gereken tedavi mutlaka uygulanmalıdır. HPV tip 6, 11 düşük malignite riski taşıırken 16 ve 18 daha yüksek malignite riski taşımaktadır. Bizim vakamızda da alınan biyopsi sonucunda HPV tip 6 olarak yorum geldiği görüldü.

Bu vakalarda literatürde tedavi algoritması düzenli olarak maalesef yoktur. İmmunomodulator ajanlar (interferon, imiquimod vs) verilebilirken, lokal eksizyon ve radikal cerrahi+ flep tedavisi seçilebilir(1) Biz de malignite şüphemiz olmadığı için lokal eksizyonu seçtik ancak büyük defektin iyileşmes sıkıntısı sebebiyle kolostomi açılmasını uygun gördük.

#### Kaynaklar

- 1- Gürbulak EK, Akgün İE, Ömeroğlu S, Öz A. Giant perianal condyloma acuminatum: Reconstruction with bilateral gluteal fasciocutaneous V-Y advancement flap. Ulus Cerrahi Derg. 2015 2;31(3):170-3.
- 2- Renzi A, Giordano P, Renzi G, Landolfi V, Del Genio, Weiss EG. Buschke-Lowenstein tumor successful treatment by surgical excision alone: a case report. Surg Innov. 2006;13:69-72.
- 3- Balık E, Eren T, Bugra D. A surgical approach to anogenital Buschke Loewenstein tumours (giant condyloma acuminata) Acta Chirurgica Belgica. 2009;109:612-616.

**Anahtar Kelimeler:** Papillom, Eksizyon, Cerrahi, Dev

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim 1



Dev Perianal Papillom

Resim 2



Eksizyon Sonrası kavite

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0738 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Lokal İleri Evre Rektum Kanseri Hastalarında Neoadjuvan Tedavinin Yeri Ve Önemi

Halil Kirazlı, Akın Çalışır, Enes Şahin, Fahrettin acar, Mustafa Şahin  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

#### Giriş-AMAÇ:

Kolorektal kanserler dünyada kanserden ölümün en sık üçüncü sebebidir. Rektum kanserinin tedavisi zor olmakla birlikte yüksek lokal nüks riski taşımaktadır. Bu çalışmada lokal ileri evre rektum kanseri olan hastalarda neoadjuvan tedavinin lokal nüks oranları ve patoloji sonuçları üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### MATERYAL-METOD:

2011-2018 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi genel cerrahi bölümünde opere edilmiş olan rektum kanseri tanılı toplam 99 hastayı retrospektif olarak inceledik.

#### BULGULAR:

Lokal ileri evre rektum kanseri olgularından neoadjuvan tedavi alan 21 hastamız mevcuttu. Bu gruptaki hastaların preoperatif kolonoskopisinde kitle kolonu obstrükte etme eğiliminde değildi. Neoadjuvan tedavi sonrası hastaların 5'ine laparoskopik low anterior rezeksiyon(LAP LAR); 4'üne açık low anterior rezeksiyon(LAR); 8'ine laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon(LAP APR); 4'üne açık abdominoperineal rezeksiyon(APR) ameliyatları yapıldı. Neoadjuvan tedavi öncesi tomografi görüntülemesinde hastaların 6'sı T4; 15'i T3 tümör olarak saptandı. Neoadjuvan akabinde cerrahi sonrasındaki patoloji raporlarında hastalardan sadece 1'inde T4 gelmiş olup; 11'inde T3; 7'sinde T2; 2'sinde T0 tümör olarak geldi. Patoloji sonuçlarında %23,8'inde vasküler; %38,6'sında perinöral invazyon mevcuttu. Toplamda 240 adet lenf nodu çıkartılırken bunların %20,8'i metastatikti. Hastaların ortalama takip süresi 15,9 ay(2-43) olarak bulundu. Takip esnasında 2 hastamız onkolojik tedavisini alırken ex oldu. Hastaların takip kolonoskopilerinde hiçbir hastanın anastomoz hattında nüksü yoktu. Radyolojik görüntülemelerde bir hastada karaciğer metastazı görüldü. Lokal ileri evre rektum kanseri olan ve neoadjuvan tedavi almayan 78 hastamız mevcuttu. Preoperatif kolonoskopide 25 hastada tümör kolonu obstrükte etme eğilimliydi. Hastaların 27'sine LAP LAR; 27'sine açık LAR; 9'üne LAP APR; 7'sine açık APR yapılmış olup 8'i inoperabil olarak kabul edilip kolostomi açılması işlemi uygulandı. Preoperatif görüntülemelerde hastalardan 1'i T4; 69'ü T3 olarak geldi. Hastaların postoperatif patoloji sonuçları da aynıydı. Hastaların %42,8'inde vasküler; %45,7'sinde perinöral invazyon mevcuttu. Toplamda 1051 lenf nodu çıkartılırken bunların %26'sı metastatikti. Hastaların ortalama takip süresi 31 ay(1-89) olarak bulundu. Takiplerde 17 hasta onkolojik tedavisini alırken ex oldu. Hastaların kolonoskopik incelemesinde 2 hastada anastomoz hattında nüks meydana geldi. Bu hastalardan birisi tekrar ameliyata alınarak rezeksiyon işlemi yapıldı. Diğer vakada karaciğer metastazı olduğu için ve hastada obstrüksiyon bulguları olmadığı için hastanın onkolojik tedavisine devam edildi. Radyolojik olarak hastaların %61,4'ünde patoloji saptanmazken; %38,6'inde uzak organ metastazları saptanmıştır.

#### SONUÇ:

Rektum kanserli hastalarının tedavisinde temel basamak küretif cerrahidir. Nüksleri azaltmak için cerrahi ile birlikte neoadjuvan tedaviler kombine edilebilir. Rezektabil rektum kanseri olgularında neoadjuvan tedavinin lokal nüksü %11'den %5'e geriletildiği, unrezektabil ise neoadjuvan tedaviden sonra cerrahi uygulandığında nüksü %17 oranında azalttığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda da lokal nüks neoadjuvan tedavi alanlarda görülmezken; almayanlarda %2,8 oranında görülmüştür. Hasta sayısının az olmasına rağmen sonuçlarımız lokal ileri evre rektum kanseri olgularında neoadjuvan tedavinin lokal nüksü, perinöral, vasküler invazyonu, uzak metastaz oranlarını azalttığını göstermektedir. Hasta sayısının artması durumunda istatistiksel olarak daha anlamlı veri olacağına düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Rektum Kanseri, Neoadjuvan Tedavi, Adjuvan Tedavi, Lokal İleri Evre Rectum Kanseri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzu Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0739 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolorektal Anastomoz Darlıklarına Yaklaşımında Doğrular ve Yanlışlar: Ne Zaman?, Hangi Teknik?

Önder Altın, Selçuk Kaya, Mustafa Özgün Yüksek, Yunus Emre Altuntaş, Hasan Fehmi Küçük  
S.B.Ü Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### GİRİŞ:

Kolorektal cerrahi sonrası en sık komplikasyonlardan birisi benign anastomoz darlıklarıdır. Kolorektal anastomozların % 5-22' inde gelişebilir. Anastomoz alt rektumda yer alıyorsa direkt digital dilatasyon, endoskopik balon ya da buji dilatasyon ile tedavi mümkündür. Diğer seviyedeki anastomoz darlıkları olan tüm hastalar için en iyi yöntem endoskopik balon dilatasyonudur. Çalışmamızda, kliniğimizde kolorektal kanser hastalarında gelişen anastomoz darlıklarına uyguladığımız endoskopik balon ve buji dilatasyon tekniklerinin başarısını irdledik.

#### MATERYAL-METOD:

Temmuz 2014 ile Aralık 2017 tarihleri arasında kliniğimizde rektum tümör tanılı 167 hastaya low anterior rezeksiyon (LAR)+ koruyucu ileostomi yapıldı. Anastomoz darlığı gelişen 19 (%11.4) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bulguları, stoma süreleri, dilatasyon teknikleri, dilatasyon uygulama sayıları ve zamanları değerlendirildi. Anastomoz kaçaklarına bağlı darlıklar çalışma dışı bırakılmıştır.

#### BULGULAR:

Kliniğimizde LAR yapılan 19 hastanın 14'ü (%73.6) erkek, 5' i (%26.4) kadın idi. Çalışmamızdaki tüm hastalara neoadjuvan kemoradyoterapi uygulanmıştı. Postoperatif 2. aya kadar ilk dilatasyon uygulananlar (Grup 1) ve 2. aydan daha geç uygulananlar (Grup 2) şeklinde iki gruba ayrıldı. Birinci grupta 13 hastaya  $\leq 3$  adet dilatasyon gereksinim olurken, ikinci grupta 6 hastaya  $\geq 3$  adet dilatasyon gereksinimi duyulmuştur. Üç ve altında dilatasyon uygulanan hastaların stoma kapatma ayları ortalama 4. ay iken,  $\geq 3$  adet dilatasyon uygulananlarda ise bu oran ortalama 7. ay olarak görülmüştür.

#### SONUÇ:

Kolorektal anastomozundan sonra oluşan striktür iyi bilinen fakat halen tam bir tanımı yapılmamış bir komplikasyondur. Anastomoz darlığının tarifi literatürde farklılık gösterdiğinden dolayı, tarifte tam bir konsensüs yoktur. Operasyon sonrası kolonoskopi ile takip aylar ya da yıllar içinde yapıldığından kolorektal anastomozlar için gerçek striktür oluşum hızını belirlemek zordur. Literatür taramamızda anastomoz strüktürünün gelişmesinde bağımsız etkenler; erkek cinsiyet ve anastomoz kontrolünün 4 ay sonra değerlendirilmesi risk faktörleri olarak görülmüştür. Bazı çalışmalar stapler ile yapılan anastomozlarda, elle yapılanlara oranla strüktür oaranının daha fazla olduğunu göstermiş. Tedavide; parmak, buji (Hegar), balon ile dilatasyon uygulanabilmektedir. Biz bu çalışmamızda buji ve balon dilatasyon tekniklerini uyguladık. Literatürde postoperatif anastomoz değerlendirilmesinin 4. aydan sonra yapılanlarda anastomoz darlığı riskinin arttığı belirtilmektedir. Biz çalışmamızda; ameliyat sonrası iki aya kadar yapılan anastomoz değerlendirilmelerinin striktür riskini azaltacağını göstermeye çalıştık. Ancak bunu destekleyecek daha hacimli hastaları içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal anastomoz, striktür, dilatasyon

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0740 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Olgu Sunumu: Strangule Rektal Prolapsusun Tedavisinde Perineal Rectosigmoidektomi

Akın Çalışır, Sefer Duruçan, Halil Kirazlı, Enes Şahin, Mustafa Şahin  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

#### Giriş

Tam kat rektal prolapsus, rektum duvarının tüm katmanlarıyla anüsten protrüze olması durumudur. Tam insidansı net olarak tahmin edilemese de, genellikle yaşlı popülasyonda görülmektedir ve vakaların %80-90'ı kadındır. Rektal prolapsusun patogenezi halen tartışmalı durumdadır. Tam kat prolapsus, pelvik fasyadaki bir defekten sliding tarzda olabileceği gibi internal rektal intussepsiyonun tam kata ilerlemesi şeklinde de oluşabilir. Mukozal prolapsus aynı zamanda rektumun konnektif doku bağlarının zayıflığı ve gevşekliğine bağlı da oluşabilir. Tedavinin cerrahi olmasına rağmen optimal cerrahi prosedürün ne olduğuna dair kesin bir konsensüs oluşturulabilmiş durumda değildir ve bu konuda birçok cerrahi prosedür tanımlanmıştır. Cerrahi tekniği kabaca sınıflandıracak olursak, abdominal ve perineal prosedürler olarak iki alt grupta sınıflanabilir. Biz bu vaka sunumunda redükte olmayan tam kat rektal prolapsus vakasını sunmayı amaçladık.

#### Vaka Sunumu

42 yaşında erkek hasta tuvalette kuvvetli bir ıkınma sonrası makatının dışarı çıkması şikayetiyle acil servise başvurdu. Hasta rektal prolapsus ön tanısıyla kliniğimize danışıldı. Hastanın alınan hikayesinde çocukluk çağından itibaren zaman zaman defakasyon esnasında olan fakat el ile redükte olabilen rektal prolapsusu ve zaman zaman inkontinansı olduğu öğrenildi. Hastanın vitallerinde anormal bulgu saptanmadı. Batın muayenesi rahattı. Rektal muayenede ağrılı, ödemli ve redükte edilemeyen yaklaşık 20 cm çapında rektal prolapsus tespit edildi. Hasta operasyona alındı. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda hazırlandı. Operasyon masasında redüksiyon denendi fakat başarılı olunamadı. Bunun üzerine perineal rectosigmoidektomi (Altemeier prosedürü) yapılmaya karar verildi. Dentatline'in altından prolabe kolon duvarına çevresel olan tam kat insizyon yapıldı. Ardından mezorektum ve mezosigmoid damarları bağlandı ve mezo ayrıldı. Prolabe olan rektosigmoid doku rezekte edildi ve el ile 2/0 absorbe olabilen sütürlerle tek tek koloanal anastomoz yapıldı. Hastaya herhangi bir koruyucu ostomi işlemi yapılmadı, bu nedenle postoperatif 3. güne kadar oral verilmedi. Postoperatif 5. gün gaita çıkışı oldu. Postoperatif 6. gün hastanın anastomozunda herhangi bir problem olmaması üzerine hasta taburcu edildi. Hasta taburculuk sonrası 1 hafta ve 1 ay sonra poliklinik kontrolüne geldi. Takiplerinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı.

#### Tartışma

Rektal prolapsusun cerrahi tedavisinde perineal operasyonlar, abdominal operasyona göre özellikle yaşlı hastalarda daha az invazif olması nedeniyle daha uygulanabilir bir yaklaşımdır. Perineal rektosigmoidektomi, ilk olarak Mickulicz tarafından tanımlanmıştır fakat rekürrens oranlarının yüksek olduğuna dair çalışmalar çıkması nedeniyle kullanımı sınırlı kalmıştır. Daha sonra Altemeier tarafından yayınlanan daha iyi sonuçlar sayesinde tekrar kullanımı artmıştır. Altemeier operasyonu sonrası %10-12 oranında komplikasyon tanımlanmıştır. En sık görülen ciddi komplikasyon anastomoz kaçağıdır. Diğer komplikasyonlar ise pelvik apse, ürogenital disfonksiyon, anastomoz stenozu'dur. Sonuç olarak nadir bir cerrahi acil olan inkarsere rektal prolapsus durumunda perineal rektosigmoidektomi operasyonu güvenle uygulanabilir bir alternatiftir.

**Anahtar Kelimeler:** Rektal prolapsus, Perineal Rectosigmoidektomi, Strangule Rektal Prolapsus

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

ilk başvuru anı



Vaka içinden görüntü



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0741 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Perianal Paget Hastalığı: Olgu Sunumu

Şükrü Çolak<sup>1</sup>, Sevgi Kurt Yazar<sup>2</sup>, Ufuk Oğuz İdiz<sup>1</sup>, Ekrem Çakar<sup>1</sup>, Hasan Bektaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstruktif Cerrahisi Kliniği

Paget hastalığı asıl olarak memede görülen neoplastik bir hastalıktır. Perianal bölgede görülen paget hastalığı Ekstramamarian Paget Hastalığının (EPH) bir alt grubu olarak tanımlanmaktadır. EPH en sık olarak vulva, periskrotal ve perianal bölgelerde görülmektedir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde aralık 2017 yılında nadir görülen primer Perianal Paget Hastalığı (PPH) olgusunun klinik bulguları, tanı ve cerrahi tedavisini sunmayı amaçladık.

Yetmiş yedi yaşında kadın hastanın özgeçmişinde hidrosefali nedeniyle operasyon ve geçirilmiş serebrovasküler hastalık mevcut idi. Hastanın yaklaşık 3 yıldır perianal bölgesinde kırmızı renkli, deriden kabarık yara şikayeti mevcut idi. Dış merkezlerde topikal tedaviler başlanan ancak şikayetleri gerilemeyen hastanın hastenemiz dermatoloji kliniğine başvurması sonucunda yapılan tetkikler ve biyopsi sonucunda perianal bölge Ekstramamarian Paget Hastalığı tanısı konuldu. Hasta ameliyat edilmek üzere interne edildi. Çekilen alt batin MR tetkikinde anal kanalın hemen üzerinde rektum mukozasında kalınlaşma saptanması nedeni ile yapılan kolonoskopide özellik saptanmadı. Hastanın ameliyatı genel cerrahi ve plastik cerrahi ekibi tarafından gerçekleştirildi. Hastaya prone pozisyonda vulvaya kadar uzanan perianal bölgedeki lezyon 2 cm sağlam sınır ile eksize edildi. Ardından gluteal bölgeden hazırlanan transpozisyon flepleri ile koksiks bölgesindeki defekt onarılırken, anal kanal rekonstrüksiyonu için defektin her iki kenarından hazırlanan Ying-Yang flepleri lojlara dren konularak anal kanal mukozasına sütüre edildi. Ardından supin pozisyone geçilerek laparoskopik sigmoid loop kolostomi yapıldı. Hasta serviste takip edilirken postop 7. günde yara enfeksiyonu ve yara ayrışması gelişti. Seri pansumanlarla postop 39. gün taburcu edildi. Rezeke edilen piyesin patoloji sonucu Minimal invaziv Ekstramamaryan Paget Hastalığı olarak rapor edildi.

Perianal Paget Hastalığı (PPH), perianal deri içerisinde ortaya çıkan EPH'nin bir alt grubudur ve kaynaklandığı dokuya göre 2 kategoride incelenir. Primer PPH, perianal bölgedeki apokrin bezlerden veya alttaki dokuların karsinomundan kaynaklanırken sekonder PPH, uzak bölgelerdeki malignite ile ilişkilidir. Sekonder PPH daha yaygındır ve daha kötü bir prognoza sahiptir. Nadir görülmesi nedeniyle literatürde zaman zaman vaka sunumları olarak kendine yer edinmiştir. PPH kesin insidansı ve sağkalım oranı bilinmemekle birlikte tedavi stratejisi henüz standardize edilememiş bir hastalıktır.

**Anahtar Kelimeler:** Perianal, Ekstramamarian, Paget Hastalığı, İn situ karsinom

#### Perianal bölgede Paget Hastalığı



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.2018uck.org](http://www.2018uck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Postop görüntüsü**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0742 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### SILS Port ile Transanal Endoskopik Mikrocerrahi (TEM) uygulaması

Koray Baş, Hakan Ögücü, Emran Kuzey Avcı, Yahya Çapkis

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Transanal endoskopik mikrocerrahi (TEM), kolonoskopik yöntemler ile eksize edilemeyen rektal tümöral yapıların cerrahi eksizyonlarında radikal rezeksiyonlara iyi bir alternatif olarak modern rektum cerrahisi içerisinde gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Bu alanda ilk çalışmalar G. Buess ve arkadaşlarının 1980'lerin başlarında yaptıkları hayvan deneyleriyle başlamış olup, aynı grup ilk hasta serisini 1985 yılında "transanal endoskopik mikrocerrahi" adıyla yayımlamıştır.

Transanal yaklaşımın orijinal tekniğinde kullanılan rijit proktoskop dış çapı 4 cm olup, işlem sonrası anal sfinkter basıncı azalması ve buna bağlı inkontinans gibi ciddi morbiditelere yol açabildiğine yönelik çalışmalar mevcuttur. Biz bu bildirimizde, alternatif bir yöntem olarak SILS port aracılığıyla TEM uyguladığımız bir olgumuzu paylaşıyoruz.

66 yaşındaki erkek hastamızın tarama amaçlı yapılan kolonoskopi incelemesinde; rektumda 6.cm'de başlayan, sol lateral duvar yerleşimli, yaklaşık boyutları 4x3 cm olarak izlenen, sesil tabanlı polipoid bir kitle saptanmış ve alınan endoskopik punch biyopsi sonucu orta derece displazi gösteren adenom olarak raporlanmıştır. Kolonun diğer segmentlerinde senkron lezyona rastlanılmamıştır. Pelvik manyetik rezonans görüntülemesi ile duvar invazyonu ve çevresel patolojik lenfadenopati olmadığı teyit edilen hastaya TEM ile lezyonun eksizyonu kararı alınmıştır. Teknik: Genel anestezi altında sol dekubit pozisyonunda anal kanala yerleştirilen SILS port üzerinden bir adet 10 mm ve iki adet 5 mm trokar kullanıldı. 10mm ve 5mm 30 derece açılı optik kameralar hazırlandı. Konvansiyonel laparoskopik aletleri ve enerji cihazları eşliğinde lezyon çepeçevre 1'er cm salim sınır ile birlikte ve tabanda sirküler kas tabakasına kadar derinleştirilerek eksize edildi. Mukoza defekti endoskopik olarak sütüre edilerek kapatıldı. Hasta postoperatif 2.gün taburcu edildi. Spesmen histo-patolojisinde invazif odak izlenmeyen orta derecede displazi gösteren adenom olduğu ve tüm sınırların negatifliği teyit edildi. 6. ay kontrol rektosigmoidoskopisinde rezeksiyon alanında patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Rektal adenomalar için TEM; minimal invazif cerrahinin avantajlarını sunması nedeniyle önerilen bir yöntem olmakla birlikte, klasik rijit proktoskopun yanısıra SILS port gibi daha az travmatik araçlar ile de bu işlemin yapılabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Transanal endoskopik mikrocerrahi, TEM, SILS port, rektal adenoma

#### TEM



Rektal adenoma için TEM uygulaması

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0743 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Multipl myeloma bağlı sigmoid kolon perforasyonu

Evren Besler, Mehmet Taner Ünlü, Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, Mehmet Uludağ  
T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Kolonun sterkoral perforasyonu nadir görülen ve nedeni anlaşılamamış bir acil cerrahi durumdur. Literatürde çeşitli nedenlere bağlı spontan kolon perforasyonu tanımlanmış olmakla birlikte konu ile ilgili bilgi kısıtlıdır. Bu bildiride multipl myelom tedavisi altında bir hastada gelişen spontan sigmoid kolon perforasyonu sunulması amaçlanmıştır.

**Olgunun özellikleri (Yakınma, öykü, klinik ve laboratuvar bulgular, tedavi ve prognoz):** 64 yaşında kadın hasta acil servise 1 haftadır mevcut karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, koroner arterlerinde stentleme öyküsü, appendektomi, seksiyö-sezeryan, tanısı konulmamış spastik kolon, tedavi altında multipl myelom ve buna bağlı vertebral metastazlar mevcuttu. Hasta hematoloji-onkoloji ünitesinde multipl myelom için kemoterapi-kortikosteroid tedavisi almakta idi. Hastanın başvuru fizik muayenesinde karın alt kadranda belirgin hassasiyet ve rebound bulguları mevcuttu. Bulantı-kusma ve ateş yüksekliği yoktu. Spontan gaz ve gayta çıkışı mevcuttu. Bağırsak sesleri hipoaktif idi. Laboratuvar değerleri; Wbc:4,67  $10^3/uL$ , Neu: %53, CRP:96 mg/L idi. Ultrasonografisinde batın içinde subhepatik alanda minimal, sağ alt kadranda daha belirgin olmak üzere anekoik serbest sıvı izlendi. Bilgisayarlı tomografisinde rektosigmoid kolon etrafında serbest hava ve kirlilik, kolonun muhtelif kısımlarında fekalomlar ile uyumlu görünüm saptandı. Hasta içi boş organ perforasyonu - akut cerrahi karın ön tanısı ile acil ameliyata alındı. Ameliyatta karın içi pürülan mayi, kolon rektosigmoid köşeye yerleşmiş ve bu kısım kolon duvarını aşındırıp inceltmiş fekalom, beslenmesi bozulmuş rektosigmoid kolon segmenti ve diğer kolonik segmentler içerisinde taşlaşmış fekalomlar görüldü. Hastaya segmenter rektosigmoid kolon rezeksiyonu, kolon içi fekalomların boşaltılması ve uç kolostomi işlemi yapıldı. Hasta postoperatif 1 gün yoğun bakım servisinde kaldıktan sonra servise alındı. Hastanın postoperatif 2. gün kolostomiden gaz-gayta çıkışı oldu, hastaya postoperatif 2. gün oral gıda başlandı ve hasta postoperatif 8. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi. Hastanın patolojisi kolon perforasyonu, serozal peritonit, ödem, miks tip iltihabi hücre infiltrasyonu şeklinde rapor edildi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Sterkoral kolon perforasyonu çeşitli klinik durumlar ile birlikte tanımlanmış olmakla birlikte nedeni anlaşılamamış bir acil cerrahi durumdur. Bu multipl myeloma bağlı sterkoral perforasyon vakası literatürde bildirilmiş ikinci vakadır. Hastanın yoğun kemoterapötik ajanlar ve kortikosteroid tedavisi altında olmasına bağlı baskılanmış bağışıklık sistemi ile vizkozitesi artmış plasmaya ikincil olarak dehidratasyon ve buna bağlı konstipasyon ile bağırsak duvar iskemisine ikincil olarak perforasyonun oluştuğunu düşünmekteyiz. Sterkoral perforasyon nedeninin tam anlaşılabilmesi için ile ilgili daha geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Multipl myelom, kolon, perforasyon, sigmoid

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



## Tomografi görüntüsü 1/2



Tomografi görüntüsü - kolonda fekalomlar ve dilate kolon

## Tomografi görüntüsü 2/2



Tomografi görüntüsü - rektosigmoid kolon etrafında serbest hava ve kirlilik

### Ameliyat görüntüsü



Ameliyatta sigmoid kolonda taşlaşmış fekalom

## Patoloji raporu

**Alarms:** Yes  
**Kiosk Time:** 09:00-18:00  
**Kiosk Days:** Monday-Friday

[illegible][illegible]

## Hastanın patoloji raporu



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0744 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Geriatrik Yaş Grubunda Akut Apandisit Olgularımız

Eyüp Gemici, Ahmet Sürek, Murat Çikot, Hakan Seyit, Osman Köneş, Bahadır Kartal, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Menmet Emin Güneş  
Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

#### Amaç

Akut batın nedeniyle apandektomi uygulanan hastalarda ileri yaşın cerrahi yönetim, ameliyat sonrası takip ve cerrahi alan üzerine etkisini saptamak, olgu serimizin sonuçlarını tartışmaktır

#### Gereç-Yöntem

Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde, 01.01.2018 tarihine kadar akut batın ön tanısı ile ameliyata alınan ve de apandektomi yapılan 16 olgu çalışmaya dahil edildi. Bu retrospektif çalışmada geriatrik yaş grubundaki ( $\geq 80$ ) olguların, demografik verileri, lökosit değeri, alvarado skorlaması, görüntüleme metotlarının varlığı, komplikasyon gelişimi ve hastanede yatış süresi sorgulandı.

#### Bulgular

Sekizi erkek (%50), sekizi kadın (%50) toplam onaltı olgu ameliyat edildi. Yaş ortalaması 83(min:80-maks:96) idi. Hastalar ortalama 2,6 günlük (1-5) karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Şikayetleri değerlendirildiğinde tüm olgularda iştahsızlık eşlik ediyordu. Hiçbir olguda ateş saptanmadı. Sadece 1 olguda ağrının yer değiştirdiği, diğer tüm olgularda sağda daha fazla olmak üzere ağrının tüm kadrantlarda olduğu bildirildi. 6 olguda lökositoz saptanmadı. Ortalama lökosit değeri 13356/mm<sup>3</sup> (4500-21200) olarak ölçüldü. Alvarado skoru tüm olgularda 5 ve 8 arasında belirlendi. Ameliyat öncesinde tüm olgulara batın ultrasonografisi yapıldı. Yalnızca 3 olguda (%16) apandisit tespit edilebildi. Ultrasonografinin bilgi vermediği tüm hastalara tüm karın tomografisi yapıldı. Tomografinin radyolog değerlendirmesinde tüm apandisit olguları rapor edildi. 12 olguya laparoskopik apandektomi yapıldı. 3 olguda açığa geçilerek ameliyat tamamlandı. 1 olguda da açık olarak başlandı. 8 olguda (%50) perforasyon saptandı. Ameliyat sonrası 2 olguda (%12,5) karın içi abse gelişti. Majör cerrahi gerektirmeyecek şekilde perkütan kateter ile drene edildi. Ortalama hastanede yatış süresi 4,3 gün (1-12) olarak tespit edildi. Olguların taburculuk sonrası poliklinik kontrollerinde cerrahi alanın sorunsuz olduğu görüldü. Patoloji raporlarında maligniteye rastlanmadı.

#### Tartışma ve Sonuç

Geriatrik yaş grubunda akut apandisit her ne kadar az görülüyor olsa da, yeni başlayan ağrı tarifleyen olgularda, hemen akla gelmelidir. İleri yaş grubunda lökositoz ve ateş görülmeyebilir. Ultrasonografinin yetersiz olduğu durumlarda tanıya gitmek için kesitsel yöntemler önerilir. Ameliyat sonrası hastanede yatış süreleri apandisit sık görüldüğü yaş grubu olan genç olgulara göre daha uzun süredir.

**Anahtar Kelimeler:** apandisit, geriatri, laparoskopi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0746 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Psoas Apsesinin Ender Bir Sebebi: Apendiks Müsinöz Karsinomu

Melih Can Gül, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, Ayfer Şen, İsa Karaca  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

**AMAÇ:** Psoas apsesi (PA) nadir görülen, genellikle geç tanı konulan, mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bir hastalıktır. Psoas kası; apendiks, kolon v.b. organlarla komşuluk gösterir. İlgili enfeksiyonlar psoas kasına yayılım gösterebilmektedir. Bulguları ateş, karın ağrısı, bel ağrısıdır. Psoas apsesi primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer psoas absesinde (pPA) etyoloji belli değildir. Sekonder Psoas apseleri (sPA) olguların %70'ni oluşturur ve çevre enfekte dokulardan lokal yayılım sonucu ortaya çıkarlar. Psoas absesinde tedavideki uygun antibiyotik seçimi, açık veya perkütan olarak yapılan apse drenajıdır. Hastamızda tekrarlayan sağ psoas kası apsesi ön tanısı ile yapılan son görüntülemelerinde apendiks perforasyonuna sekonder psoas kası apsesi lehine yorumlanması nedeniyle yapılan apendektomi materyalinin patoloji sonucunun apendiks müsinöz karsinomu gelmesi ve literatürde eşine rastlanmaması üzerine olgu olarak hazırlanmıştır.

**OLGU:** 84 yaşında erkek hasta 3 ay önce sağ yan ağrısı, ateş bulantı şikayetleriyle hastanemiz acil servisinde değerlendirilip yapılan USG sinde sağ psoas kası düzeyinde 8x4 cm'lik apse gözlenmesi üzerine servisimize yatırıldı. Hastanın 25 yıldır diyabet 14 yıldır hipertansiyon ve 3 yıldır kronik böbrek yetmezliği tanıları olup kısa ve uzun etkili insülin, metoprolol, norvasc kullanmaktaydı. Laboratuvar bulguları: BUN:30mg/dl, Kreatinin:2.39mg/dl, Na:142mmol/L, K:4.49mmol/L, Hemogram:WBC:12100/µl, TİT: normal olarak bulundu. Hastaya girişimsel radyoloji bölümü tarafından drenaj katateri takıldı. Takiplerinde kültürlerdeki üremelere göre uygun antibiyotik tedavisi düzenlenen hastanın tüberküloz ve brusella dahil diğer sekonder psoas kası apsesi sebepleri dışlandıktan sonra mevcut tablonun daha çok diyabet ile ilişkilendirilmesi, apse poşunun tamamen regrese olması ve mevcut klinik tablonun düzelmesi nedeniyle taburculuk planlandı. Taburculuktan 1 ay sonra mevcut önceki klinik tablonun tekrarlama üzerine servisimize yatırılıp tekrar tetkik edilen hastada yapılan batın USG de apendiksin çekumdan orjin alarak boyunca duvar kalınlığı oluşturup distalde daha önce tanımlı abse ile devamlılık oluşturduğu distal ucunun duvar bütünlüğünün bozulduğu raporlandı. Hastaya operasyon kararı alındı. Yapılan eksplorasyonda Apendiksin çekumdan çıkışından sonra distalinin psoas kası üzerine yapışık olduğu gözlemlendi. Hastaya apendektomi uygulanıp apse kavitesinin duvarı kürete edildi. Hasta postoperatif 4. gününde şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu apendiks müsinöz karsinomu gelmesi üzerine hastaya sağ hemikolektomi uygulandı.

#### [TARTIŞMA VE SONUÇ:

Psoas apsesi nadir görülen, tipik klinik bulgusu olmayan, tanıda ileri görüntüleme tekniklerine ihtiyaç duyulan, ciddi komplikasyonlarla seyredebilen, tedavisi güç ve ölümcül seyredebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Psoas apselerinin %30'u primer ve %70'i sekonder olarak sınıflandırılır. Literatürde sPA ilk sırayı Crohn hastalığı (%60) almaktadır. Bunu pott hastalığı, geçirilmiş batın içi cerrahiler, böbrek taşı, brusella, diyabet takip etmektedir. Etoloji olarak her ne kadar yukarıda bahsedilen sebepler ön planda tutulsa da batın içi komşu organların durumlarının da tekrar gözden geçirilmesi tanı koymaya yardımcı düşünmekteyiz. Bu açıdan perforasyon apandisit ön tanısı ile opere edilen hastanın patolojisinin zemininde malignite olduğu anlaşılarak hastaya tamamlayıcı cerrahi uygulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** apendiks müsinöz karsinomu, perforasyon apandisit, psoas apsesi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0747 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Açık ve Kapalı Lateral İnternal Sfinkterotomide postoperatif Ağrı ve Nüks oranlarının Karşılaştırılması

Melih Can Gül, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, Mahmut Bülbül, Nesime İnci Eryılmaz  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Anal fissür oluşumunda internal anal sfinkterin basıncının yükselmesi, eksternal anal sfinkterin anatomik pozisyonu ve iskemi suçlanmaktadır. Lateral internal sfinkterotomide, anal kanaldaki basıncı düşürmek hedeflenir. Anal kanal basıncı yüksek olan hastalarda lateral internal sfinkterotomiden sonra %40-50 oranında basıncın düştüğü ve buna paralel olarak anal fissürün iyileştiği saptanmıştır. Bu çalışmada Açık ve Kapalı Lateral İnternal Sfinkterotomide postoperatif ağrı düzeyleri ve operasyon sonrası kontrollerdeki nüks oranları karşılaştırılmıştır. Prospektif ve randomize olarak oluşturulan her iki grupta 20'şer hasta çalışmaya dahil edildi. bütün hastaların operasyonu spinal anestezi eşliğinde gerçekleştirildi ve postoperatif dönemde 6 saatte bir kilograma 1 mg dan petidin hcl (aldolan) intramuskuler olarak uygulandı. Postoperatif dönemde her iki hasta grubunda 24. saatte analjezikler stoplanarak taburculuk planlandı. Hastaların 4, 8, 12, 24. Saatlerde kliniğimiz nöbetçi ekiplerince, periferik oksijen satürasyonu, solunum sayısı, kalp atım hızı, non-invaziv arteriyel kan basıncı değerleri kaydedildi. İki grup arasında yaş, cinsiyet, kilo, ASA ve ameliyat süresi açısından anlamlı farklılıklar saptanmadı. Postoperatif ağrı düzeylerinin anamnezik bulgularında hiçbir çalışma saatinde farklılık saptanmadı. Hastalar 21 gün aralıklarla olacak şekilde 9-13 ay takip edildi. Her iki grupta da 1 er hastada nüks görüldü ve tekrardan sfinkterotomi uygulandı.

Açık ve Kapalı Lateral İnternal Sfinkterotomide postoperatif ağrı düzeyleri açısından ilk 24 saatte farklılık saptanmamakla birlikte nüks oranları da eşit ve düşük bulundu. Her iki yöntemde ağrı ve etkinlik açısından güvenilir bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Anal fissür, anal spazm, lateral internal sfinkterotomi, postoperatif ağrı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0748 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Laparoskopik Total Kolektomi İleal Poş İleoanal Anastomoz Saptırıcı Terminal Loop İleostomi: 2015—2017 Deneyimlerimiz

Esra Dişçi, Mehmet İlhan Yıldırğan, Yavuz Albayrak, Sabri Selçuk Atamanalp, Ufuk Memiş, Mustafa Yeni  
Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum

#### AMAÇ:

Ülseratif kolit (ÜC) ve familyal polipozis koli (FAP) nedeniyle yapılan stapler yardımcı total kolektomi ileoanal poş yapılması operasyonu, laparoskopik gereç ve tecrübelerde artış olması ile birlikte uygulanabilir cerrahi yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ameliyat sonrası daha az ağrı, hastanede yatış süresinin kısalması, daha erken işe dönüş ve daha iyi kozmetik sonuçlar sağlanması laparoskopik operasyonun açık cerrahi işleme üstünlükleridir.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

2015-2017 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde laparoskopik total kolektomi ileal poş ileoanal anastomoz saptırıcı terminal loop ileostomi yapılan hastalara ait hasta bilgileri, operasyon bilgileri ve operasyon sonrası izlem bilgileri geriye dönük olarak incelendi. Operasyonlar farklı cerrahlar tarafından 4 trokar kullanılarak yapıldı. Damarlar klip kullanılarak kapatıldı.

#### BULGULAR:

Toplam 9 hastaya laparoskopik total kolektomi ileal poş ileoanal anastomoz saptırıcı terminal loop ileostomi uygulandı. Hastaların 4'ü (% 44,5) kadın, 5'ü (% 55,5) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 38,8 (23-63) idi. Dört hastada operasyon endikasyonu ülseratif kolit iken, diğer beş hastada ise FAP idi. Operasyonlar tüm hastalarda 4 trokar ile gerçekleştirildi. Tüm hastalarda stapler yardımcı ile ileal poş yapıp ileoanal stapler ile anastomoz uygulandı. Operasyon süresi ortalama 180 dakika idi. Hiçbir hastada açığa dönülmedi. Kolon rezeksiyon materyali batin sağ alt kadrandan batin dışına alındı ve buraya loop ileostomi yapıldı. Hiçbir hastada operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon yaşanmadı.

#### SONUÇ:

Total kolektomi ileal poş ileoanal anastomoz saptırıcı terminal loop ileostomi operasyonu laparoskopik olarak güvenle yapılabilmekte olup gerek insizyon problemlerinin olmaması gerekse hastanede yatış süresini kısaltması bakımından açık cerrahi yöntemin yerini almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Familyal Polipozis Koli, Ülseratif Kolit, Total Kolektomi İleoanal Poş

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr

## EPS-0749 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

### Total Mezokolik Eksizyon Sonrası Nüks ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Çağrı Büyükkasap, Mesut Yavaş, Mircelil Seyidov, İlker Ermiş, Osman Yüksel  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Kolon kanseri cerrahisinde mezokolik eksizyon (MKE) standart cerrahi bir yaklaşımdır. Ancak ideal bir cerrahi sonrası dahi lokal ve lokorejyonel rekürrensler görülebilir. Bu çalışmada 2010-2017 yılları arasında kolon kanseri nedeniyle MKE yapılan hastaların sonuçları değerlendirilmiştir.

**YÖNTEM:** 2010-2017 yılları arasında kolon kanseri nedeniyle elektif olarak MKE yapılan 100 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Nüks üzerine etkili faktörler araştırıldı. 5 hastada nüks saptandı (%5). Nüks saptanan hastaların özellikleri tabloda verilmiştir (Tablo 1). Ortalama takip süresi 33,67 aydı.

**SONUÇ:** Kolon kanseri cerrahisinde standart bir mezokolik eksizyonun yanında tümörle ilişkili faktörlerde lokal nükslerde etkilidir. Bu çalışmada diferansiasyon derecesinin lokal nüks açısından anlamlı olduğu gösterilmiştir. Diğer olası beklenen faktörler perinöral invazyon, anjiolenfatik invazyon ve müsinöz komponentin bizim çalışmamızda beklendiği gibi oransal olarak yüksek bulunup ancak istatistiksel olarak anlamlı olmaması nüks grubundaki olgu sayısının azlığı ile açıklanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Total Mezokolik Eksizyon, Lokal Nüks, Lokorejyonel Nüks

### Lokal nüks üzerine etkili faktörlerin değerlendirilmesi

[illegible]

## Total mezokolik eksizyon yapılan hastalarda lokal nüks üzerine etkili faktörlerin değerlendirilmesi





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0750 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Hemoroidal hastalık ve intraepitelial neoplazi

Hüsnü Çağrı Genç<sup>1</sup>, Hakkı Coşkun<sup>1</sup>, Hatice Özer<sup>2</sup>, Ali Cihan Yıldırım<sup>1</sup>, Erkan Hazar<sup>3</sup>, Kürşat Karadayı<sup>3</sup>, Erol Kisli<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Sivas

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Sivas

#### AMAÇ

Grade III miks hemoroidal hastalık nedeni ile eksizyonel hemoroidektomi uygulanan ve histopatolojik inceleme ile yüksek dereceli anal skuamöz intraepitelial neoplazi (ASİN), tespit edilen olgunun sunulmasıdır.

#### Olgu

40 yaşında erkek bir hasta 5 yıldır olan anal kanama ile birlikte perianal ele gelen pakeler ve kaşıntı şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Rektal tuşe muayenesinde saat 3, 6 ve 12 hizasında grade III miks hemoroidal hastalık tespit edildi. Hastaya Ferguson tip kapalı hemoroidektomi uygulandı. Her üç kadrana ait hemoroidal doku spesmenlerinin histopatolojik incelemesinde; mukozada multipl odaklarda yüksek dereceli ASİN tespit edildi. Yer yer koilositik değişiklikler dikkati çekti. Cerrahi sınırlar temiz olarak rapor edildi. Hasta 3 yıl süre ile takibe alındı. Herhangi bir rekürrens görülmedi.

#### Tartışma ve Sonuç

Yüksek dereceli ASİN, anal kanal tümörlerinin Dünya Sağlık Örgütü 2010 sınıflamasına göre düşük dereceli ASİN ile birlikte premalign epitelial lezyon olarak sınıflandırılmıştır. Çoğunlukla ASİN; benign hastalıklar için yapılan cerrahi spesmenlerinde tesadüfen rastlanılan bir patolojidir. ASİN; egzematöz veya papillomatöz alan ya da papül veya plak olarak ortaya çıkabilir. İndurasyon veya ülserasyon invazyonu gösterebilir. Histopatolojik olarak ASİN, epitelde değişen derecelerde nükleer polarite ve stratifikasyon kaybı, artmış mitotik aktivite, nükleer pleomorfizm ve hiperkromazi ile karakterizedir. Yüzey keratinize olabilir veya olmayabilir. Koilositik değişiklikler olabilir. ASİN düşük ve yüksek dereceli olarak sınıflandırılır. Çoğu çalışmada HPV enfeksiyonu, HIV seropozitifliği, düşük CD 4-T hücre sayısı, solid organ transplantasyonu, anal cinsel ilişki ve sigara içilmesi anal skuamöz hücreli karsinom için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Hastalığın tanısında klinik bulgular şüphelendirici olabilir, ancak tanı patolojik inceleme ile konur. Kesin önerilen bir tedavi modalitesi olmamakla birlikte cerrahi olarak çıkarılması düşük tekrarlama riski nedeni ile tercih edilebilir. Hastamızla ilgili olarak; görülen semptomlar hemoroidal hastalık olarak değerlendirildi. Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve kliniği tespit etmedik. Ancak 15 yıldan uzun süredir sigara kullanıyordu. Prolabe hemoroid dokusundan farklı bir doku veya yumru görülmedi ve palpe edilmedi. Hasta grade III hemoroidal hastalık tanısı ile opere edilerek her üç kadrana Ferguson tip kapalı hemoroidektomi uygulandı. Her üç kadrandan çıkarılan hemoroidal doku spesmeninde yüksek dereceli ASİN tespit edildi. Cerrahi onkoloji ve medikal onkoloji klinikleri ile konsülte edildi. Sistemik bir yayılım ve lokal invazyon tespit edilmeyen hasta takibe alındı. Üç yıl süre ile takip edildi. Rekürrens veya sistemik bir tutulum bulgusu görülmedi. Hemoroidal hastalık cerrahisinde, insidental olarak tespit edilen önemli lezyonların olabileceği akılda tutulmalı ve çıkarılan tüm hemoroidal doku spesmenleri patolojik olarak değerlendirilmelidir. Anal prekanseröz lezyonlarda ise temiz cerrahi sınır sağlanmalı ve takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** hemoroidal hastalık, intraepitelial neoplazi, ferguson yöntemi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0751 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Kolon Kanseri Hastalarda Lenf Nodu Sayısı Ve Anatomik Dağılımı

Aman Gapbarov<sup>1</sup>, Nuray Çolapkulu<sup>1</sup>, Metin Leblebici<sup>1</sup>, Fatih Akkın<sup>1</sup>, İbrahim Ali Özemer<sup>1</sup>, Özgür Ekinci<sup>1</sup>, Hatice Şeneldir<sup>2</sup>, Gözde Kır<sup>2</sup>, Orhan Alimoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**AMAÇ:** Kolon kanserlerinde bölgesel lenf nodu metastazları önemli bir prognostik faktördür. Çalışmalarda mezokolonda normal lenf nodu sayısı ve dağılımı hakkında farklı sonuçlar bildirilmiştir. Amacımız kliniğimizde kolon kanser nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarda mezokolonda anatomik bölgelere göre lenf nodu sayısını ve dağılımını araştırmaktır.

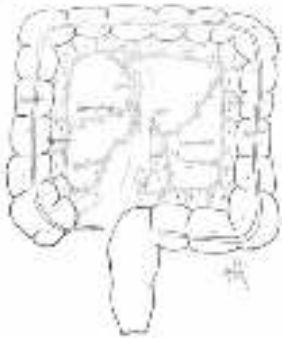
**METOD:** Ağustos 2017 ve Şubat 2018 tarihleri arasında kliniğimizde konvansiyonel yöntemle ameliyat edilen 10 kolon kanser hastası çalışmaya alındı. Ameliyatlar ve patolojik incelemeler tek cerrah ve tek patolog tarafından gerçekleştirildi. Cerrahi esnasında mezokolon vasküler yapıları high ligasyon tekniğiyle bağlanarak total mezokolik eksizyon gerçekleştirildi. Rezeksiyon sonrası mezokolondaki lenf nodları cerrah tarafından epikolik, parakolik, intermediate ve main kolik lenf nodu istasyonlarına göre ayrıştırıldı ve histopatolojik inceleme bu istasyonlara göre yapıldı.

**BULGULAR:** Kolon kanser nedeniyle opere edilen 10 hastadan 5'i erkek ve 5'i kadın olup, yaş ortalaması 71.6 (51-87 yaş) olarak saptandı. Hastaların 5'i Sağ hemikolektomi ve 5'i Sol hemikolektomi uygulandı. On hastada 258 lenf nodu incelenmiş olup ortalama lenf nodu sayısı 25.8 (7-49). Sağ hemikolektomi uygulanan hastaların ortalama lenf nodu sayısı 34 (15-49) idi. Epikolik bölgede ortalama lenf nodu sayısı 0.6 (0-1), parakolik bölgede ortalama lenf nodu sayısı 18.5 (8-36), intermediate bölgede ortalama lenf nodu sayısı 15.2 (7-28) olarak tespit edildi. Saptanan metastatik lenf nodu oranları parakolik alanda %4.39 (4/91) iken diğer alanlarda metastatik lenf noduna rastlanmadı. Sol hemikolektomi uygulanan hastaların ortalama lenf nodu sayısı 17.6 (7-31). Epikolik bölgede ortalama lenf nodu sayısı 0.2 (0-1), parakolik bölgede ortalama lenf nodu sayısı 11.8 (3-24), intermediate bölgede ortalama lenf nodu sayısı 4.8 (4-6) ve main kolik bölgedeki ortalama lenf nodu sayısı 1 (0-2) olarak tespit edildi. Saptanan metastatik lenf nodu oranları parakolik alanda %22 (13/59), intermediate alanda %4.2 (1/24) iken diğer alanlarda metastatik lenf noduna rastlanmadı.

**SONUÇ:** Lenf nodlarının kolon mezosundaki dağılım ve sayıları ile metastatik lenf nodu dağılımları cerrahi rezeksiyon genişliği öngörmeye önem arz edebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Total mezokolon eksizyon, kolon kanseri, lenf nodu,

#### Kolon lenfatik istasyonları



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0752 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Tıkayıcı kolon ve rektum tümörlerinde SEMS (self-expandable metal stent) uygulamaları

Koray Baş, Gizem Kılınç, Hüseyin Esin, Lütfi Mutlu, Avni Şamlı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Endoskopik yolla yerleştirilebilen stentlerin ilk uygulama alanları biliyer ve özofagial tıkayıcı patolojilerdi. Günümüzde duodenal ve kolonik ileri evre tıkayıcı lezyonların palyasyonu amacıyla da cerrahiye alternatif bir yöntem olarak daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Son yıllarda ise özellikle sol kolon ve rektumun tıkayıcı tümörlerinde hastaları elektif cerrahiye köprüleme (bridge) amacıyla kullanım alanı bulmaktadır. Kolonik tıkayıcı lezyonların acil cerrahisi tedavisi morbidite ve mortalitesi yüksek uygulamalardır. Uygun vakalarda endoskopik kolonik stent uygulamaları hastayı tıkanmaya bağlı acil cerrahiden koruyabilir.

Stent yoluyla lümenal tıkanıklığın giderilmesi ile;

- Tıkanıklığın proksimalinde dilate olmuş kolonik ansların dilatasyonu azalır ve dolayısıyla bağırsak vasküler perfuzyonu normalleşir. Bu sayede nekroz ve perforasyon ihtimali düşer
- Üçüncü boşluğa sıvı kaçıışı neticesinde bozulmuş sıvı ve elektrolit dengesi normale döndürülebilir
- Lümen içi bakteri translokasyonu azalır, septik tablo kontrolü kolaylaşır
- Distansiyonun azalması ile intra-abdominal basınç düşer ve olası abdominal kompartman sendromu engellenmiş olur
- Hastanın vital parametreleri düzeleceği için genel anestezi riski azalır
- Hastanın aciliyetinin ortadan kaldırılması ile tümörünün histopatolojik tanısı sağlanabilir
- Kansere evrelemesi için ileri görüntüleme tetkikleri kullanılabilir; örneğin lokal ileri bir rektum kanseri saptanması halinde hastaya neoadjuvan kemo-radyoterapi şansı verilebilir
- Distansiyonu giderilmiş kolonik ansların rezeksiyonunda onkolojik prensiplere daha uygun cerrahi yapılabilir
- Rezeksiyon cerrahisi için laparoskopik ve robotik cerrahi kullanma şansı artırılır
- Proksimal ve distal kolonik lümen çapları birbirlerine yaklaşacağı için anastomoz ile bağırsak devamlılığını sağlama ihtimali artar
- Hastanın ve cerrahinin daha optimum olduğu koşullarda ameliyatın gerçekleştirilmesi ile anastomoz güvenliği artırılır.

Bu bildiride sol kolon ve rektum tıkayıcı lezyonu nedeniyle SEMS uygulayarak acil cerrahiden elektif cerrahiye köprüleme yaptığımız 4 olgudaki tecrübelerimizi paylaşıyoruz. Yaş ortalamaları 65,8 (50-84) İki erkek ve iki kadın hastanın tıkayıcı tümöral lezyon yerleşim yerleri; üst rektum, rektosigmoid bileşke (iki hasta) ve distal sigmoid kolon idi. İşlemlerde kolonoskopi lümeni yoluyla ve direk görüş altında uygulanan dış çapları 25 mm ve uzunluğu 80 ve 100 mm olan yarı kaplı kendiliğinden genişleyen kolonik stentler kullanıldı. Distal sigmoid yerleşimli ileri derecede sert yapıda tümörü olan hastamızda işlem sırasında perforasyon yaşandı, hasta ameliyata alınarak Hartman prosedürü uygulandı. Diğer 3 hastamızın ameliyatları 14, 8 ve 11 gün sonra yapıldı. Elektif cerrahi şartlarında her üç hastamıza da el yardımcı laparoskopik cerrahi (HALS) yöntemiyle low anterior rezeksiyon yapıldı. Anastomoz koruyucu amaçlı saptırıcı stoma uygulanmadı. Bir hastamız cerrahi dışı nedenle kaybedildi. Bu sınırlı olgu serisi ile SEMS uygulamalarının uygun vakalarda tıkayıcı kolonik tümöral lezyonların acil cerrahinin getireceği yüksek morbidite ve olası mortaliteden koruyabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** SEMS, kendiliğinden genişleyen metalik stent, cerrahiye köprüleme tedavisi, kolon ve rektum tıkayıcı tümörleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### SEMS: Ameliyat



SEMS ile elektif cerrahiye köprüleme yapılmış hastanın laparoskopik olarak uygulanan cerrahi tedavisi

### SEMS: Bilgisayarlı Tomografi



SEMS: BT sagittal imaj

### SEMS: Endoskopi



Rektum tıkaçıcı tümöründe SEMS uygulaması

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0753 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Port Hernisi ile Prezente Olan Pseudomiksoma Peritonei Olgusu

Serkan Karaisli, Atahan Acar, Feyyaz Güngör, Kemal Atahan  
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Pseudomiksoma peritonei (PP), milyonda bir sıklıkta görülen nadir bir tümördür. Sıklıkla apendiküler mukosel veya müsinöz over tümörü ile ilişkilidir. PP, inguinal daha sıklıkla olmak üzere nadiren herni ile prezente olabilir. Bu yazımızda; laparoskopik port hernisi ile prezente olan appendiksin müsinöz tümörüne sekonder PP tanılı hastanın tanı ve tedavi sürecini sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Bilinen tip-2 diyabet, hipertansiyon ve 10 yıl önce laparoskopik kolesistektomi öyküsü olan 72 yaşındaki erkek hasta, iki aydır devam eden karında şişlik ve umblikus üzerindeki eski insizyon skar alanında artan şişlik şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede, distansiyon ve umblikal protrüzyon dışında sağ alt kadranda hassasiyet saptandı. Laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı. Yüzeysel ultrasonografide umblikus superiorunda 1,5 cm fasyal defekt görülürken; bilgisayarlı tomografi terminal ileum düzeyinde mezenterik yerleşimli ve umblikus superiorundaki alanda kısmen herniye olan, yaklaşık 19x13x16 cm boyutta, multiloküle kistik kitle şeklinde raporlandı. Hastaya batın içi kitle öntanısı ile laparotomi planlandı. Ameliyatta port hernisi olan alanda protrüzyone yol açan batın içi yaygın jelatinöz sıvı olduğu, appendiks distalinde 6x5x4 cm boyutlarında kitle olduğu görüldü. Sıvıdan gönderilen örneğin frozen incelemesi, PP düşündüren müsinöz karakterde sıvı olarak bildirildi. Hastaya sağ hemikolektomi, ileotransversostomi ve peritoneal debridman yapıldı. Genel performansı kötü olan hastaya, sitoredüktif cerrahi ya da intraperitoneal hipertermik kemoterapi düşünülmeydi. Hasta, ameliyat sonrası 6. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Patoloji sonucu; appendiksin müsinöz tümörü olarak raporlandı. Hastanın 1 aylık izleminde cerrahi komplikasyon izlenmedi. Ek cerrahi girişimi kabul etmeyen hasta tıbbi onkoloji birimine yönlendirildi.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Literatürde, PP'nin nadiren inguinal, femoral, insizyonel veya umblikal herni ile prezente olduğunu gösteren olgular bildirilmiştir. Ancak port hernisi ile prezente olan PP olgusu daha önce tanımlanmamıştır. Oldukça nadir görülen port hernisi olgularında, beraberinde artan batın distansiyonu olması halinde PP olasılığı akılda tutulmalı ve tüm batın görüntülemesi yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** appendiks, müsinöz tümör, port hernisi, pseudomiksoma peritonei

Resim 1



Port hernisine yol açan ve batın içi yerleşimli kistik kitle

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



Eski laparoskopik port insizyon alanında herni görünümü.

**Resim 3**



Appendiks distalinde görülen müsinöz tümör ve batın içi yaygın jelatinöz tümör materyali

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0754 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Günümüzde fournier gangreni tedavisinde saptırıcı kolostominin yeri

Fevzi Cengiz, Emine Özlem Gür, Kemal Erdiñç Kamer, Cengiz Tavusbay, Ahmet Atasever, Necat Cin, Gülden Ballı, Mehmet Hacıyanlı

İzmir Katip Celebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, izmir

#### Amaç;

Fournier gangreni(FG) perineal, genital veya perianal bölgelerin sinerjistik polimikrobial enfeksiyonuna bağlı gelişen nekrozitan fasitisi ile karakterize bir hastalıktır. FG, acil cerrahi girişim gerektiren, sinsi kliniği ile yüksek mortaliteye sahiptir [1]. Aslında var olan düşük virülansa sahip bakteriler, lokal travma yada enfeksiyon gibi patolojik durumlarda ve sıklıkla yandaş sistemik bir hastalık ile sinerjistik etkileri tetiklenerek, yıkıcı ve hızlı yayılan doku harabiyetine yol açtığı bir hastalıktır. FG nedeni ile ölümler %80'lerden son 15 yılda %40'lara günümüzde %20'lerin altına inmiştir[2].

Yapılan cerrahi debridmanlara, geniş spektrumlu antibiyotiklere, gelişen yara bakım ürünlerine ve yoğun bakım imkanlarına rağmen halen saptırıcı kolostomi açık olmayan tartışmalı bir şekilde tavsiye edilmektedir. Çalışmamızın amacı saptırıcı kolostominin FG'nin tedavisindeki etkisini irdelemektir.

#### Gereç ve Yöntem;

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği' ne 2014-2017 tarihleri arasında sadece perianal bölge kaynaklı FG nedeni ile ameliyat olmuş 33 hasta çalışmaya alındı. Hastalar, saptırıcı kolostomi açılan grup (Grup I, n=17) ve saptırıcı kolostomi açılmayan grup (Grup II, n=16) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik verileri, Uludağ Fournier gangreni Şiddet Skoru(UFGSI), debridman sayıları ve sonrasında uygulanan lokal tedavileri (vakum yardımcı kapama sistemleri-VAC) hastane veri tabanında prospektif olarak tutulan kayıtlardan retrospektif olarak taranmıştır. Çalışma grubunun tamamı ameliyat sonrası taburculuk dönemine kadar olan zaman dilimi içinde değerlendirilmiştir. İstatistiksel çalışmada Fisher exact test ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

#### Bulgular;

Hastalarımızın 5'i (%21.2) kadın, 26'sı (%78.8) erkek idi. Grupların demografik verilerinde cinsiyet farklılığı izlenmez iken, kolostomi açılan hastaların istatistiksel olarak daha genç olduğu bulundu(Tablo 1). Saptırıcı kolostomi açılan hastaların UFGSI skorunun ve debridman sayısının istatistiksel olarak yüksek olduğu izlenmiştir. Gruplar arası uygulanan VAC tedavisinde ve mortalite de istatistiksel fark izlenmemiştir(Tablo 1).

#### Tartışma ve Sonuç;

Saptırıcı kolostominin amacı, yara iyileşmesi için dışkının enfeksiyonlu bölgeden geçmesini önlemektir. Ancak bu karar uzayan ameliyat süresi, morbidite nedenidir. Çalışmamızda kolostomi fiziksel parametreleri kötü ve yarası daha geniş hastalar için uygulandığı görülmektedir. Ancak bu grubun yaşı genç ve debridman sayısı fazla olmasına karşın, yaşlı ve daha az debridman yapılan hastalara göre uygulanan lokal tedavilerinde ve mortalite oranlarında fark saplanmamıştır. Kolostomi tercihlerimizde yara ve hastanın genel durumu değerlendirilirken, debridman sayısını ve mortaliteyi değiştirmede, sonrasındaki doğuracağı fonksiyonel ve estetik bozuklukların yanı sıra ikincil cerrahi gerekliliği de düşünüldüğünde daha az uygulanması gerektiği kanısındayız.

#### Referanslar

1. Erkan O, Dilek Ş. Using negative pressure therapy for improving skin graft taking on genital area defects following Fournier gangrene. Turk J Urol. 2017;43:366–370.
2. Tuncay Y. Fournier gangreni: sinsi, öldürücü, ancak tedavi edilebilir hastalık. Kolon Rektum Hast Derg 2012;22:45-49

**Anahtar Kelimeler:** Fournier gangreni, mortalite, kolostomi,

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1**

| Demografik veriler         | Kolostomili Hastalar<br>n=17 | Kolostomi Açılmayan Hastalar<br>n=16 | p      |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------|
| Cinsiyet n (%)             |                              |                                      |        |
| Kadın                      | 5 (29,4)                     | 2 (12,5)                             |        |
| Erkek                      | 12 (70,6)                    | 14 (87,5)                            | 1,000  |
| Yaş(yıl) ort±ss            | 43,3±7,4                     | 68,1±8,8                             | 0,001  |
| UFGSI skoru M (Q1-Q3)      | 12 (5,5-17,5)                | 6 (3,25-10,7)                        | 0,063* |
| Debritman sayısı M (Q1-Q3) | 2 (1-3)                      | 1 (1-2)                              | 0,204* |
| VAC n (%)                  |                              |                                      |        |
| Var                        | 2 (11,8)                     | 6 (37,5)                             |        |
| Yok                        | 15 (88,2)                    | 10 (62,5)                            | 0,118  |
| Mortalite n (%)            |                              |                                      |        |
| Var                        | 5 (29,4)                     | 5 (29,4)                             |        |
| Yok                        | 12 (70,6)                    | 12 (70,6)                            | 1,000  |

Perianal bölge kaynaklı 33 hastanın verileri. M (Q1-Q3): Kartil değerleri \* Exact significance

**Tablo 1**

| Demografik veriler         | Grup I<br>n=17 | Grup II<br>n=16 | p      |
|----------------------------|----------------|-----------------|--------|
| Cinsiyet n (%)             |                |                 |        |
| Kadın                      | 5 (29,4)       | 2 (12,5)        |        |
| Erkek                      | 12 (70,6)      | 14 (87,5)       | 1,000  |
| Yaş(yıl) ort±ss            | 43,3±7,4       | 68,1±8,8        | 0,001* |
| UFGSI skoru M (Q1-Q3)      | 12 (5,5-17,5)  | 6 (3,25-10,7)   | 0,063* |
| Debritman sayısı M (Q1-Q3) | 2 (1-3)        | 1 (1-2)         | 0,204* |
| VAC n (%)                  |                |                 |        |
| Var                        | 2 (11,8)       | 6 (37,5)        |        |
| Yok                        | 15 (88,2)      | 10 (62,5)       | 0,118  |
| Mortalite n (%)            |                |                 |        |
| Var                        | 5 (29,4)       | 4 (25,0)        |        |
| Yok                        | 12 (70,6)      | 12 (75,0)       | 1,000  |

M (Q1-Q3): Kartil değerleri \* Exact significance

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0755 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Acil şartlarda ameliyat olan ASA 3 kolon kanser hastaları

Fevzi Cengiz, Kemal Erdiñç Kamer, Turan Acar, Hızır Taner Coşkun, Halis Bağ, Atahan Acar, Mehmet Hacıyanlı  
İzmir Katip Celebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### Amaç;

Kolon kanseri olan hastaların yaklaşık %15-30'sinde acil cerrahi girişim gerekir[1]. Bu durumda ostomi, rezeksiyon+ostomi veya rezeksiyon+anastomoz şeklinde birçok tedavi seçeneği mevcuttur. Literatürde bu durumda sadece ostomi açılmasını öneren yazılar olduğu gibi, rezeksiyonun da yapılabileceğini belirten yazılarda mevcuttur[2]. Çalışmamızın amacı kolorektal kanser nedeni ile acil cerrahi müdahale gereken, Amerikan Anestezistler Derneğinin(ASA-American Society of Anesthesiologists) yapmış olduğu skorlama sisteminde ciddi sistemik hastalığa bağlı günlük aktiviteleri etkilemeyen(ASA 3) hastalara yapılan cerrahi girişimler ve sonuçlarını irdelemektir.

#### Gereç ve Yöntem;

2010 - 2017 tarihleri arasında acil kolon kanser nedeni ile ameliyat olmuş ASA 3 hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastaların demografik verileri, ameliyat endikasyonları, ameliyat bilgileri, ameliyat süreleri, ameliyat komplikasyonları ve mortalite hastane veritabanında prospektif olarak tutulan kayıtlardan retrospektif olarak taranmıştır. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirilme yapılmıştır. Çalışma grubunun tamamı ameliyat sonrası ilk 30 günlük zaman dilimi içinde değerlendirilmiştir. Sonuçlar ölen ve yaşayan hastalarının verilerinin istatistiksel karşılaştırılması ile yapılmıştır. İstatistiksel çalışmada kategorik değişkenler için rXc tabloları için Kikare exact test, sayısal değişkenler için t testi kullandık. Bulgular;

Çalışma belirtilen süre içinde 133 hasta üzerinden yapılmıştır. Grupların demografik verilerinde, ameliyat endikasyonlarında istatistiksel bir fark izlenmemiştir(Tablo 1). Gruplar arasında yapılan ameliyat farklılıkları ve süreleri de istatistiksel bir fark yaratmamıştır(Tablo 1). Acil şartlarda rezeksiyon sonrası anastomoz yapılan ve ostomi açılmayan iki hastada cerrahi müdahale gerektiren anastomoz kaçağı izlenmiştir, bu hastalarda mortalite izlenmemiştir. İki grup arasında Clavien-Dindo sınıflamasına göre grade >2 gözlenen cerrahi komplikasyon oranı istatistiksel olarak fark göstermemiştir(%21.0, %17.8, p=0.577).

#### Tartışma ve Sonuç;

Çalışmamızda ASA 3 kolon kanseri hastaların acil şartlarda yapılan cerrahi müdahallerin ve buna bağlı değişen ameliyat sürelerinin kısa dönemde gözlenen morbidite ve mortalite açısından istatistiksel fark yaratmadığı bulunmuştur. Ancak acil şartlarda ameliyat olan hastaların uzun dönem sonuçların aynı evredeki elektif hastalar göre sonuçlarını daha kötü olduğu bilinmektedir[3]. Bu durumda mümkünse yapılacak cerrahi girişimin elektife taşınmasının uygun olacağı kanısındayız. Ayrıca çalışma grubumuzda ölen ve yaşayan hastaların birbirine olan oranının fazla olması istatistiksel sonuçları etkilemektedir, sonuçların daha geniş seriler ile değişebileceği kanısındayız.

#### Referanslar

1. Ananth RV, Brackstone M, Parry N, et al. An acute care surgery service expedites the treatment of emergency colorectal cancer: a retrospective case-control study. World J Emerg Surg. 2014;21:9:19
2. Antolovic D, Reissfelder C, et al. Restoration of intestinal continuity after Hartmann's procedure--not a benign operation. Are there predictors for morbidity? Langenbecks Arch Surg. 2011;396:989-96.
3. Fikri K, Metin K, Kenan C, Levent K, et al. Evaluation of the patients with colorectal cancer undergoing emergent curative surgery. SpringerPlus. 2016;5:2024

**Anahtar Kelimeler:** Kolon kanseri, acil cerrahi, kolostomi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1**

| 133 Hasta            |                   | ÖLEN       | YAŞAYAN    | P     |
|----------------------|-------------------|------------|------------|-------|
| Demografik veriler   |                   | n=33       | n=100      |       |
| Cinsiyet             | kadın             | 14(42,4)   | 31(31,0)   |       |
|                      | erkek             | 19(57,6)   | 69(69,0)   | 0,289 |
| Yaş(yıl)             | ortalama±s.sapma  | 68,2±12,3  | 66,4±10,5  | 0,509 |
| Ameliyat endikasyonu | ileus             | 23(69,7)   | 76(76,0)   |       |
|                      | perforasyon       | 9(27,3)    | 12(12,0)   |       |
|                      | anostomoz leak    | 1(3,0)     | 11(11,0)   |       |
|                      | kanama            | 0(0,0)     | 1(1,0)     | 0,100 |
| Ameliyat bilgileri   | sadece ostomi     | 22(66,7)   | 58(58,0)   |       |
|                      | rezeksiyon+ostomi | 11(33,3)   | 31(31,0)   |       |
|                      | anastamoz         | 0(0,0)     | 11(11,0)   | 0,144 |
| Ameliyat süreleri    | ortalama±s.sapma  | 124,4±23,7 | 116,7±23,3 | 0,103 |

Hastaların demografik verileri, endikasyonları, ameliyat bilgileri, ameliyat süreleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0756 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Erişkin Hastada Sıradışı Bir İntestinal Obstruksiyon Sebebi: Anal Atrezi - Rektovajinal Fistül: Olgu Sunumu

Rifat Mert Gülmez, Sinan Efe Yazıcı, Yusuf Alper Kılıç  
Hacettepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

#### ERİŞKİN HASTADA SIRADIŞI BİR İNTESTİNAL OBSTRUKSİYON SEBEBİ: ANAL ATREZİ – REKTOVAJİNAL FİSTÜL: OLGU SUNUMU

##### GİRİŞ-AMAÇ:

Anorektal malformasyonlar rektum ve anüsün bir dizi anatomik anomalilerini tanımlayan 5.000 canlı doğumda bir izlenen doğumsal defektlerdir. Tanı konulması kolay olduğu için genellikle doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde tanı alıp erken dönemde cerrahi tedavi görürler. Buna rağmen gelişmekte olan ülkelerde erişkin döneme kadar tedavi almamış olgular bildirilmiştir. Bu sunumda sosyoekonomik seviye düşüklüğü sebebiyle ileri yaşa kadar tedavi almayan, daha sonra intestinal obstruksiyon nedeniyle hastaneye başvuran anal atrezi – rektovajinal fistül olgusu sunulmuştur.

##### OLGU:

Otuz iki yaşında ek dahili hastalığı olmayan kadın hasta doğuştan beri vajenden defekasyon yapma ve kronik kabızlığı takip eden intestinal obstruksiyon şikayetleriyle başvurdu. Hastanın muayenesinde anal girimin olmadığı ve rektumla vajen arasında fistül olduğu görüldü. (Resim 1). Rutin laboratuvar tetkiklerinde bir patoloji olmayan hastanın yapılan anal Manyetik Rezonans görüntülemesinde anal girimin olması gereken lokalizasyondan itibaren 3 cm proksimale kadar anal kanalın tümüyle ince bir bant halini aldığı görüldü, luminal bir yapı, internal ve eksternal sfinkter izlenmedi ve dentat çizgi düzlemine denk gelen bölgede vajen ile ilişkili fistül traktı izlendi (Resim 2-3). Bilgisayarlı Tomografide ise pelvisi tamamen dolduran 13x29 cm boyutunda gayta görüldü (Resim 4). Ameliyata alınan hastanın inen kolon ve sigmoid kolonunun tamamıyla gayta ile dolu ve distandü olduğu görüldü. (Resim 5). Enterotomi yapılarak gayta boşaltıldı, ardından gelişebilecek bir motilite bozukluğunu engellemek için kısa bir kolon segmenti rezeke edildi ve inen kolon düzeyinden uç kolostomi açıldı. Postoperatif 2. gününde orali açılan hasta postoperatif 12. gününde rekonstrüktif cerrahisi planlanmak üzere taburcu edildi.

##### TARTIŞMA VE SONUÇ:

İleri yaşta anal atrezi nadir bir durumdur; ancak üretraya, mesaneye veya bu olgudaki gibi vajinaya fistülize olması durumunda ileri yaşlara kadar tedavi gecikebilir. İmperfore anüs, bir fistül traktı olmadıkça acil cerrahi gerektiren bir durumdur. Cerrahi tedavide perineal anoplasti veya kolostomi uygulanabilir. Güncel yayınlarda erişkin hastalara öncelikle kolostomi açılıp ardından ikinci seansta posterior sagittal anorektoplasti uygulanmasının en etkili yöntem olduğu belirtilmiştir. Konjenital anorektal malformasyonu bulunan hastalarda bahsedilen ileriye yönelik rekonstrüktif cerrahi seçenekleri akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anal atrezi, Anorektal malformasyon, İntestinal obstruksiyon, Perineal anoplasti, Rektovajinal fistül

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



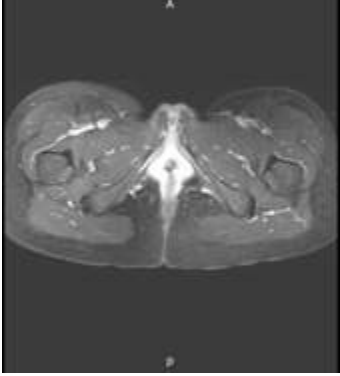
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 1



Litotomi pozisyonundaki hastanın eksternal genitalyası ve agenezik sinüsü

Resim 2



Manyetik Rezonansta anal atrezi, rektovajinal fistül görünümü

Resim 3



Manyetik Rezonansta rektumun kesintiye uğradığı yerden vajenle olan ilişkisi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 4**



Bilgisayarlı Tomografide inen kolonda 13x29 cm boyutunda dev gayta görünümü

**Resim 5**



Sigmoid kolonun intraoperatif görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0757 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Everolimus İle İmmunsistemi Baskılanmış Sıçanlarda Yağ Dokusu Kökenli Kök Hücre Uygulamasının Kolon Anastomoz Üzerindeki Etkileri: Deneysel Çalışma

Emre Karakaya<sup>1</sup>, Aydıncan Akdur<sup>1</sup>, Tugan Tezcaner<sup>1</sup>, Alev Ok Atılğan<sup>2</sup>, Çağrı Uysal<sup>3</sup>, Huriye Eda Özturan Özer<sup>4</sup>, Sedat Yıldırım<sup>1</sup>, Mehmet Haberal<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi, Patoloji AD, Ankara

<sup>3</sup>Başkent Üniversitesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Ankara

<sup>4</sup>Başkent Üniversitesi, Biyokimya AD, Ankara

#### Giriş

Gastrointestinal cerrahiden sonra anastomoz sızıntısı ciddi mortalite ve morbiditeye neden olur. Anastomozun güvenliğini etkileyen birçok faktör vardır. MTOR inhibitörleri daha güçlü bağışıklık baskılamasına sahip olmakla birlikte, yara iyileşmesi, infertilite, pnömoni ve trombositopeni gibi yan etkilere sahiptir. Mezenkimal kök hücre tedavisi, birden çok dokuya diferansiyasyona bağlı olarak yara iyileşmesi üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir ve yeni kan damarlarının oluşumunu artırır. Adipoz dokudan türetilen kök hücrelerin, mTOR inhibitörleri ile immünsüprese edilen sıçanlarda yara iyileşmesi üzerine etkisini araştırılması.

#### Yöntem

Bu çalışmada 56 adet Sprague-Dawles erkek sıçan kullanılmış ve bunlar dört gruba bölünmüştür. Grup 1 (kontrol, kolon anastomozu), grup 2 (kolonik anastomoz + kök hücre), grup 3 (kolonik anastomoz + immünsupresyon), grup 4 (kolonik anastomoz + immünsupresyon + kök hücre). Anastomozlar, tüm gruplardaki inen kolonda yapıldı. Üçüncü ve dördüncü grup, laparatomiden 7 gün önce her gün everolimus ile bağışık sistemi baskılandı. İkinci ve dördüncü gruplarda anastomoz bölgesinde subserolar adipoz doku kökenli kök hücre enjeksiyonu yapıldı. Her grubun alt gruplarından biri dördüncü gün kurban edildi ve diğerleri yedinci gün kurban edildi. Her grupta, adezyon, kolonik anastomoz patlama basıncı, doku hidroksiprolin seviyesi ölçümü, floresan mikroskopik inceleme ile histopatolojik ve kök hücre saptaması yapıldı.

#### Sonuçlar

Adezyon grup 3'te en fazla görüldü ve kök hücre uygulamasının adezyonlarının grup 4'te daha az görünmesine neden oldu. Yedinci gün, dördüncü günden daha yüksek doku hidroksiprolin düzeyleri tespit edildi ( $p < 0.001$ ). Immunosupresyonun doku hidroksiprolin düzeyinde azalmasına neden olduğu görüldü. Kök hücre uygulaması, grup 2'de hidroksiprolin düzeyinde bir artışa neden olurken ( $p < 0.001$ ), grup 4 aynı etkiye neden olmamıştır. Anastomozların dördüncü ve yedinci gününde en yüksek patlama basıncı grup 2'de, en düşük grup 3'te bulundu. Kök hücre uygulaması dördüncü günde grup 4'te patlama basıncını arttırmasına rağmen, yedinci günde de aynı etki görülmedi. Histopatolojik incelemede kök hücre grubunda yüksek vasküler proliferasyon saptandı ( $p < 0.001$ )

#### Tartışma

Bağışıklığı baskılanmış, everolimuslu sıçanlarda kolonik anastomozda subserozal kök hücre enjeksiyonu anastomoz direncini artırır ve vasküler proliferasyonu arttırmaktır. Riskli gastrointestinal anastomozda, yağ dokusu kökenli kök hücre uygulaması uygun bir yöntem olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** immünsüpresyon, everolimus, anastomoz

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1.**



Inguinal yağ yastıkcığı eksizyonu

**Resim 2.**



Thoma laminda gosterilmekte olan büyük nükleuslu büyük sitoplazmalı kök hücreler

**Resim 3.**



Rezeke edilen, anastomoz bölgesini içeren kolon segmentinin patlama basıncı ölçümü sonrası patolojik ve biyokimyasal değerlendirme amacı ile longitudinal olarak iki eşit parçaya bölünmüş görünümü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

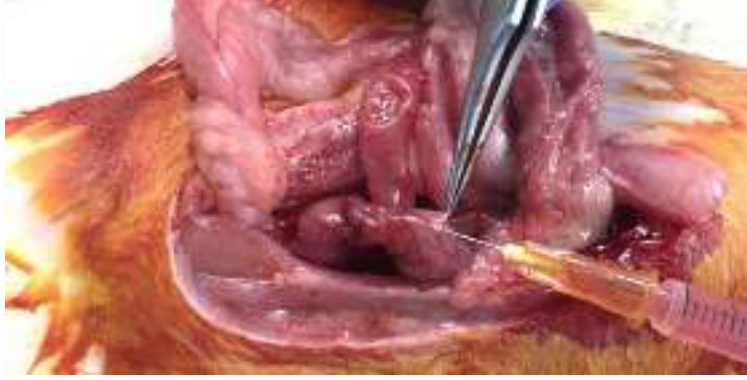
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



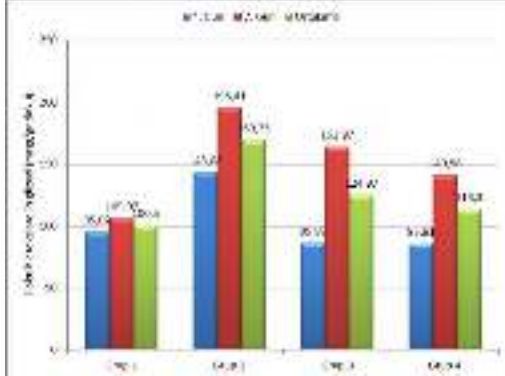
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 4.**



Anastomoz bölgesine subserozal ADKKH enjeksiyonu yapılması

**Tablo 1.**



Hidroksiprolin düzeyinin, gruplar, işlem turu ve sakrifikasyon günü ile ilişkisi (mikrogr/gr doku). (Grup 1: Kontrol, Grup 2: Kok hücre, Grup 3: Everolimus, Grup 4: Everolimus+ Kök hücre)

**Tablo 2.**

| Parametre |        | Grup |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------|--------|------|----|----|----|----|----|----|----|
|           |        | 1A   | 1B | 2A | 2B | 3A | 3B | 4A | 4B |
| Kök hücre | Yüksek | 0    | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
|           | Düşük  | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| Kök hücre | Yüksek | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
|           | Düşük  | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| Kök hücre | Yüksek | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
|           | Düşük  | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| Kök hücre | Yüksek | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
|           | Düşük  | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| Kök hücre | Yüksek | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
|           | Düşük  | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| Kök hücre | Yüksek | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
|           | Düşük  | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |

Gruplar ile patolojik parametreler arasındaki ilişkisi. (Grup 1: Kontrol, Grup 2: Kok hücre, Grup 3: Everolimus, Grup 4: Everolimus + Kok hücre)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Tablo 3.

| Tablo 3 |                     |     |      |      |                           |     |      |      |                           |     |     |
|---------|---------------------|-----|------|------|---------------------------|-----|------|------|---------------------------|-----|-----|
| Grup    | Klinik Parametreler |     |      |      | Laboratuvar Parametreleri |     |      |      | Statistiksel Parametreler |     |     |
|         | Yaş                 | Yer | Yeni | Yeni | Yaş                       | Yer | Yeni | Yeni | Kat                       | Kat | Kat |
| 1       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 2       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 3       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 4       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 5       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 6       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 7       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 8       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 9       | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 10      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 11      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 12      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 13      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 14      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 15      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 16      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 17      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 18      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 19      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 20      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 21      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 22      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 23      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 24      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 25      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 26      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 27      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 28      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 29      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 30      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 31      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 32      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 33      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 34      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 35      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 36      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 37      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 38      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 39      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 40      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 41      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 42      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 43      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 44      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 45      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 46      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 47      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 48      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 49      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 50      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 51      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 52      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 53      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 54      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 55      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 56      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 57      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 58      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 59      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 60      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 61      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 62      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 63      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 64      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 65      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 66      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 67      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 68      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 69      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 70      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 71      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 72      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 73      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 74      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 75      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 76      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 77      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 78      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 79      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 80      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 81      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 82      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 83      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 84      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 85      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 86      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 87      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 88      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 89      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 90      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 91      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 92      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 93      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 94      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 95      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 96      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 97      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 98      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 99      | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |
| 100     | 1                   | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1    | 1    | 1                         | 1   | 1   |

Tüm gruplar ile patolojik parametreler arasındaki ilişkisi. (Grup 1: Kontrol, Grup 2: Kok hücre, Grup 3: Everolimus, Grup 4: Everolimus + Kok hücre)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0758 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### İntestinal Lenfanjiyektazinin Neden Olduğu Mekanik Barsak Obstrüksiyonu

Semra Tutcu Şahin<sup>1</sup>, Aslan Sakarya<sup>1</sup>, Ahmet Bilal Yıldırım<sup>1</sup>, Teoman Coşkun<sup>1</sup>, Yavuz Kaya<sup>1</sup>, Semin Ayhan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

**AMAÇ:** İntestinal lenfanjiyektazi, intestinal lenfatik kanalların (mukozal, submukozal ve subserozal) fokal veya diffüz dilatasyonu ile karakterize benign bir hastalıktır. Oldukça nadir görülen ve mekanik barsak obstrüksiyonuna neden olan intestinal lenfanjiyektazili vakamızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 64 yaşında erkek hasta, intermitan karın ağrısı ve kabızlık şikayetleri ile bir sağlık kuruluşuna başvurmuş. Bu merkezde yapılan kolonoskopisinde sigmoid kolon 30. cm'de submukozal lezyonlar izlenmiş. Biopsi alınmadan önce endoskopik ultrasonografi ile değerlendirilmesi önerilmiş. Endoskopik ultrasonda, kolonoskopide tanımlanan lezyonun submukozal varisler ile uyumlu olduğu söylenmiş.

Mevcut tetkikleri ile hastanemize başvuran hastanın fizik muayenesinde batında minimal hafif hassasiyet ve bilateral inguinal herni dışında patolojik bir bulgu yoktu. Hemogram, kan biyokimyası ve idrar tahlili değerleri normaldi. Hastanemize tetkik için yatışının ikinci gününde gaz gaita deşarjının olmaması ve mekanik obstrüksiyon bulguları göstermesi üzerine acil operasyona alındı. Eksplorasyonda sigmoid kolonda, lümen içi tıkanıklığa neden olan, yumuşak kıvamlı kitle palpe edildi. Segmenter kolon rezeksiyonu ve anastomoz yapıldı. Postoperatif problemi olmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Patoloji raporu, kolonik intestinal lenfanjiyektazi olarak raporlandı. Operasyon sonrası takibinin 6. ayında olan hastanın, bu süre içerisinde herhangi bir sorunu olmadı.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** İntestinal lenfanjiyektazi (İL), intestinal lenfatik kanalların (mukozal, submukozal ve subserozal) fokal veya diffüz dilatasyonu ile karakterize benign bir hastalıktır. İnsidansı hakkında sağlam bir çıkarımda bulunabilmek için vaka sayısı yetersizdir. İL ile ilgili yapılan çıkarımlar 200'den daha fazla vakaya dayanmamaktadır. İL'nin erkek ve kadınlarda görülme sıklığı eşittir. Primer ve sekonder olmak üzere 2 ayrı klinik tipi bulunmaktadır. Primer formu, lenfatik kanalların konjenital obstrüksiyonuna bağlı olarak, çoğunlukla çocukluk çağında görülür. 30 - 40 yaşlarında ortaya çıkan primer lenfanjiyektazi vakaları da bildirilmiştir. Sekonder formu ise travma, intestinal maligniteler, pankreatit, intestinal Behçet hastalığı gibi bazı klinik durumlarla ilişkilidir.

Klinik olarak genellikle diare, ödem, hipoproteinemi ve lenfositopeni izlenir. Bazı hastalarda şiddetli malabsorbsiyona bağlı olarak şilöz efüzyon da oluşabilir. En sık görüldüğü bölgeler baş, boyun ve aksilladır. Tüm lenfanjiyektaziler içinde batın içi organlarda görülme oranı %1,6 olarak bildirilmiştir. Medikal tedavisinde altta yatan nedenin kaldırılması ve yağdan fakir diyet önerilmektedir. Segmental intestinal tutulum nedeniyle cerrahi rezeksiyon yapılan birkaç olgu da bildirilmiştir.

Bizim vakamızda, hastanın anamnezi, klinik ve laboratuvar bulguları, ayırıcı tanıda İL düşündürecek uygunlukta değildi. Mekanik barsak obstrüksiyonu kliniği ile rezeksiyon yaptığımız hastamızda, bu hastalık için oldukça nadir yerleşimli bir organ olan kolonda lümeni tıkayan bir İL vakası ile karşılaştık. Segmental intestinal tutulumu olan lenfanjiyektazili hastalarda semptomları gidermek ve altta yatan hastalıkları dışlamak için cerrahi seçilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** İntestinal Lenfanjiyektazi, Kolonik Lenfanjiyektazi, Mekanik Barsak Obstrüksiyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Rezeksiyon Materyali

**Resim 2**



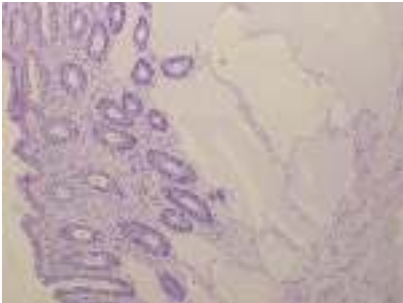
Makroskopik Görünüm

**Resim 3**



HE ile boyalı mikroskopik görünüm (x40 BB)

**Resim 4**



HE ile boyalı mikroskopik görünüm (x100 BB)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0759 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Nadir görülen endometriozis lokalizasyonu: Perianal bölgede endometriozis

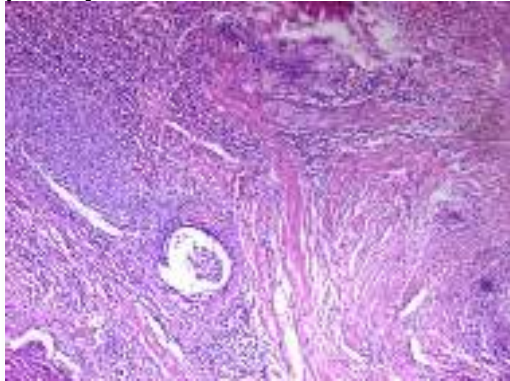
Mehmet Biçer, Murat Çakır, Mehmet Aykut Yıldırım

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Konya

Endometriozis endometrial dokunun uterus dışında başka bir yere yerleşmesidir. En sık periton, overler, douglas ve rektovajinal septumda yer almakla birlikte vücutta bir çok bölgeye yerleşebilir. Bu olguda perianal bölgeye yerleşim göstermiş endometriozis vakasını inceledik. 26 yaşında bayan hasta her ay olan perianal bölgede ağrı ve şişlik şikayeti olması sebebiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın perianal abse nedeniyle daha önce mükerrer cerrahi müdahale öyküsü mevcuttu. Şikayetleri geçmemesi üzerine tarafımızca opere edildi. Operasyonda abse saptanmadı. Hastanın perianal bölgesindeki sertlik total olarak eksize edildi. Patoloji sonucu endometriozis olarak geldi. Bu olguda endometriozisin alışıl gelmiş yerleşim lokalizasyonlarından farklı bölgeye yerleşebileceğini sunmayı amaçladık.

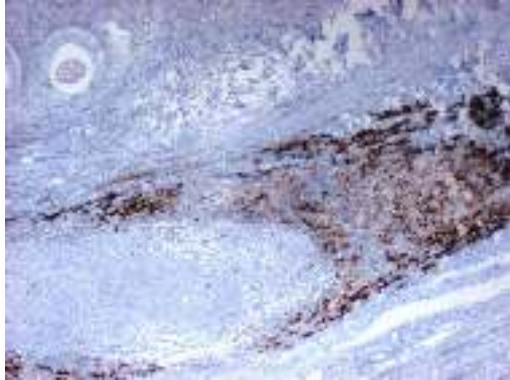
**Anahtar Kelimeler:** perianal apse, endometriozis, ağrı.

#### patoloji resimleri 1



Fibroadipoz dokular içerisinde endometrial stromal ve endometrial glanduler dokular.( hemotoksilen&Eozin x40)

#### patoloji resimleri 2



immunhistokimyasal CD-10 stromal hücrelerde ve Pansitokeratin endometrial glandüler yapılarda (+)( CD-10 x 40)

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

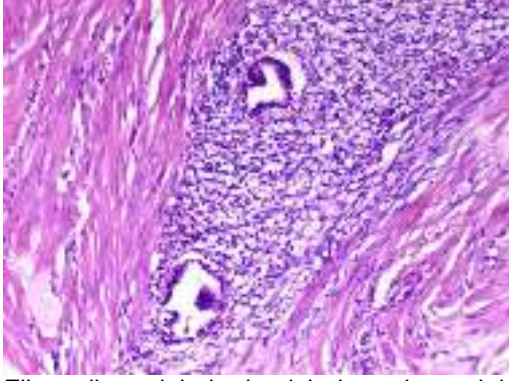
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



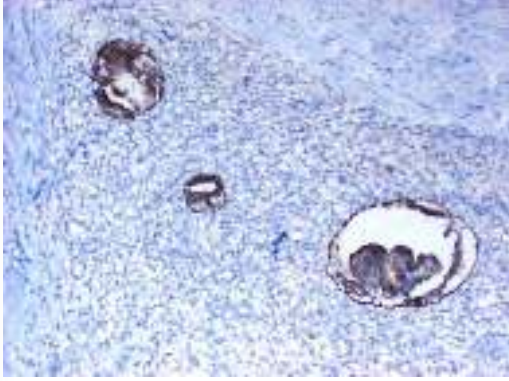
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### patoloji resimleri 3



Fibroadipoz dokular içerisinde endometrial stromal ve endometrial glanduler dokular.( hemotoksilen&Eozin x100)

### patoloji resimleri 4



immunhistokimyasal CD-10 stromal hücrelerde ve Pansitokeratin endometrial glandüler yapılarda (+)( CD-10 x 100)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0760 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Senkron kolon ve rektum kanseri rezeksiyonu sonrası anastomozu kolaylaştırmak için deloyers prosedürü

Arif Aslaner, Tuğrul Çakır, Kemal Eyvaz, Osman Zekai Öner  
SBÜ Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul Antalya SUAM

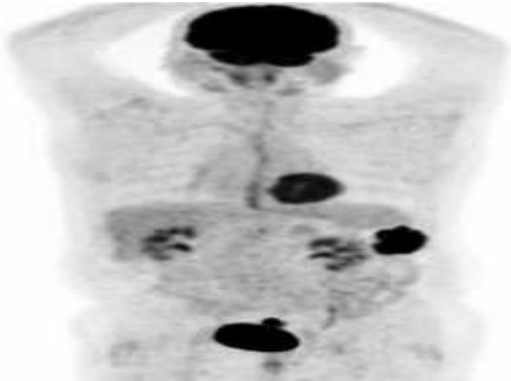
Amaç Genişletilmiş sol kolektomi sonrası iyi bir gerginliksiz bir kolorektal anastomoz elde etmek için, sağ kolonun ileokolik damarının eksenini çevresinde inversiyonunu içeren Deloyers prosedürü kullanılabilir. Bu olguda, hem rektumda hem de kolonda senkron malignitesi olan ve sağ kolon transpozisyonu uyguladığımız hastanın sunulması amaçlanmıştır. Olgunun özellikleri 79 yaşında erkek hasta karın ağrısı rektal kanama şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayene kolonoskopi, USG, BT ve PET CT lerinde hastanın kolon hepatik fleksura düzeyinde ve rektum 10. cm de kitlesi mevcuttu. Patolojileri adenokarsinom olarak raporlanan hastaya genişletilmiş sol hemikolektomi düşük anterior rezeksiyon ve sağ kolonun transpozisyonu ile kolorektal ucuca anastomozu uygulandı. Saptırıcı ileostomisi açıldı. Takiplerinde şikayeti olmayan hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi. Tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

#### Tartışma ve Sonuç

Kolonun hepatik köşesinde ve rektumda senkron tümör olgusu nadir bir durumdur. Biz bizim olgumuzda da olduğu gibi rektumu ve kolonu eş zamanlı tutan genişletilmiş kolon rezeksiyonu yapılması gerekli durumlarda Deloyers in tanımladığı sağ kolon transpozisyon prosedürünü güvenli bir şekilde uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Deloyers prosedürü, senkron, kolon, rektum, kolorektal anastomoz

#### PET CT



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0761 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Konjenital İntestinal Malrotasyonlu Nüks Sağ Kolon Tümör Vakası: Olgu Sunumu

Hikmet Fatih Ağalar<sup>1</sup>, Mirkhalig Javadov<sup>1</sup>, Emrah Karatay<sup>2</sup>, Oktay Karadeniz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi İhtisas Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

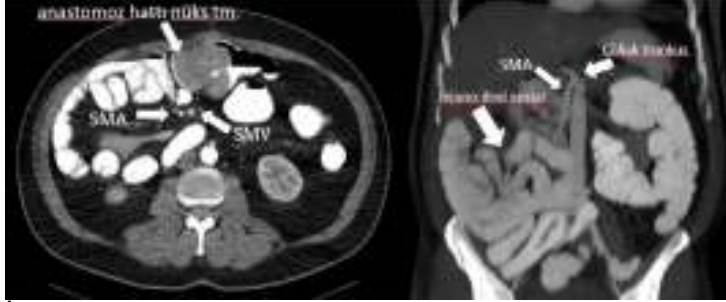
<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi İhtisas Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Anadolu Sağlık Merkezi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

Bu olguda nüks sağ kolon tümörü tanısı ile opere olmuş konjenital intestinal malrotasyonu olan hasta vakası sunulmaktadır. İlk olarak iki sene önce anemi ve nonspesifik karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastaya yapılan kolonoskopi sonucu çekumda tümör saptandı. Hastaya yapılan kontrastlı batın tomografi sonucu sağ kolonda kitle ve intestinal malrotasyon görüldü. Hastaya açık sağ hemikolektomi operasyonu yapıldı. Preoperatif olarak duodenum dahil duodenojejunal bileşkenin vertebral sütünün sağında olduğu görüldü. Ayrıca sağ kolonun da sağ batın duvarına uzun bandlarla (Ladd bandları) yapışık olduğu ve bu yüzden mobilizasyonun zor olduğu tespit edildi. Radyolojik ve operatif olarak jejunal ve ileal ansların orta hattın sağında izlendiği, Superior Mezenter Arterin orta hattın sağına uzanım gösterdiği tespit edildi ve superior mezenterik ven solda izlendi (SMV rotasyon bulgusu). Spesimen patoloji sonucu T3N0 olarak raporlanması üzerine hastaya onkoloji konsey kararı ile takip önerildi. Yaklaşık iki sene sonraya hastaya yapılan kontrol kolonoskopi ve tomografide anostomoz hattında nüks tümör ile uyumlu görünüm saptanarak biopsi alındı. Biopsi sonucu adenokanser gelen hastaya evreleme amacı ile Pet CT yapıldı. CEA değeri 1.41, hemoglobin değeri 9.6 olarak saptandı. Hasta tekrar opere edilerek nüks sağ kolon rezeksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu T3N0 olarak raporlandı. Ayrıca hastanın kızında sol kolonda tümör saptanarak opere edildi. Hastanın spesimen patolojisine yapılan ek genetik incelemede yüksek düzey mikrosatellit instabilitesi (MSI-H) raporlanması üzerine HNPCC/Lynch sendromu olasılığı üzerine genetik danışma önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** İntestinal malrotasyon, nüks kolon tümörü, Ladd bandları, mikrosatellit instabilite

#### intestinal malrotasyonlu sağ hemikolektomize nüks kolon tümörlü vaka



İntestinal malrotasyonlu sağ hemikolektomize olguda, oral, iv kontrastlı batın BT incelemesinde aksiyel ve koronal görüntülerde nüks kolon tümörü, jejun-ileal anslar superior mezenterik arter orta hattın sağında izlendi.

#### Yeditepe Üniversitesi İhtisas Hastanesi



**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ  
HASTANESİ**

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0762 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### İleal J Poşun Geç Dönem Komplikasyonu: Uzun ve Genişlemiş Efferent Ansa Bağlı Afferent Ans Obstrüksiyonu

Direnç Yiğit<sup>1</sup>, Neriman Şengül<sup>1</sup>, Mustafa Hızal<sup>2</sup>, Safiye Güler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı

<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

#### GİRİŞ:

Restoratif proktokolektomi ileal poş anal anastomoz, ülseratif kolit ve FAP olan hastalar için günümüzde standart tedavi yöntemi haline gelmiştir. İleal poş cerrahisi komplikasyonları ve yönetimi ile bilgiler poş kaçağı, pelvik apse, poş fistülü gibi çoğunlukla erken döneme aittir. Poş konfigürasyonu ve bununla ilişkili olabilecek geç dönem komplikasyonlara ait yeterli bilgi bulunmamaktadır.

Bu çalışmada ülseratif kolit nedeniyle 15 yıl önce ileal j poş yapılan ve efferent poş sendromu nedeniyle postoperatif 15. yılda cerrahi revizyon yapılan olgu sunulmuştur.

#### OLGU:

60 yaşında erkek sık tekrarlayan karın ağrısı ve intestinal obstrüksiyon atakları nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 13 yıl önce displazi gelişmiş ülseratif kolit tanısı ile restoratif proktokolektomi ileal poş anal anastomoz öyküsü mevcuttu. Hastanın postoperatif 5 yıldan itibaren başlayan senede 3-4 kere hospitalizasyon gerektiren persistant abdominal ağrı, şişlik yakınmaları ve tekrarlayan ince barsak obstrüksiyonları öyküsü mevcuttu. Hastaya yakınmaları nedeniyle kolonoskopi uygulandı. Kolonoskopisinde J poşun kör ucunun uzun olduğu ve poşit olduğu saptandı. Bunun ardından Abdominal BT uygulandı. Abdominal BT'sinde "kör J poşun efferent kesiminde rotasyon açısından kuşkulu görünüm" gelmesi üzerine hastaya Poşogram uygulandı (Şekil 1 ve 2). Poşogramda da kör ansın dilate ve uzun olduğunun tespit edildi. Efferent poş sendromu tanısı ile laparotomi planlandı.

Laparotomide hastada yaygın adhezyonların olduğu görüldü. Adhezyolizis uygulanıp poş explore edildi. Hem afferent hem de efferent ansın dilate olduğu ve efferent ansın pelvisten çıkıp abdominal kaviteye uzandığı izlendi. Efferent ans kolonoskop ile SF ile doldurulduğunda afferent ansa bası yapıp obstrükte ettiği izlendi. Efferent ans poş giriminden eksize edildi. Hastanın postop takibinde yakınmaları geriledi. Orali iyi tolere etti ve 6. Gün taburcu edildi. Kontrolünde değerlendirilen hastanın herhangi bir obstrüksiyon semptomu bulunmamaktaydı.

#### SONUÇ:

Uzun dönem mekanik komplikasyonlarda poş dizaynının nasıl yapıldığı önemlidir ve fonksiyonel düzelme için cerrahi düzeltme gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** ileal poş, komplikasyon, efferent poş sendromu, ülseratif kolit

#### Resim1



Poş Grafisinde Uzamış ve Dilate Efferent Ans Görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

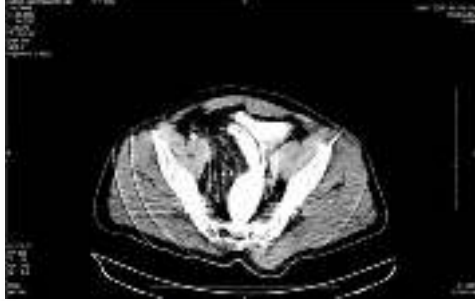
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim2**



Kesitsel Görüntülemeye Dilate Efferent Ans Görüntüsü

**Resim3**



Kolonoskopide Dilate Kör Ans

**Resim4**



İntraop Afferent ve Efferent Ansların Görüntüsü

**Resim5**



Kolonoskopide Dilate Afferent ve Efferent Anslar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0763 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Komplet mekanik bağırsak obstrüksiyonlu senkron kolon tümörü: iki olgunun sunumu

Uğur Gökçelli, Orhan Üreyen, Murat Uz, Demet Alay, Hüseyin Fenercioğlu, Enver İlhan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

**GİRİŞ:** Primer tümör tanısı aldıktan sonra 6 ay içerisinde saptanan ikincil tümörlere senkron tümör denir. Kolorektal adenomatöz polip saptanan olgularda senkron polip saptanma oranı literatürde %30-50 arasında değişmektedir. Kolorektal kanser tanısı alan bir olguda ikinci bir tümör odağının saptanma oranı ise %3,5 olarak belirtilmiştir.(1) Bizde 15 gün içerisinde komplet mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedeniyle acil başvuru sonrası opere edilen ve intraoperatif senkron kolon tümörü saptanan iki olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu 1:** Yaklaşık 2 aydır iştahta azalma, bulantı, dışkılama alışkanlığında düzensizlik yakınmaları ile 57 yaşında erkek olgu dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde yapılan kolonoskopisinde splenik fleksura düzeyinde kolonoskopun geçişine izin vermeyen kitle saptanmış biyopsileri alınıp patoloji sonucunu takip etmesi önerilmiş. Tetkikten 10 gün sonra tarafımıza yaygın karın ağrısı nedeniyle başvuran olgu, akut karın bulguları saptanması üzerine operasyona alındı. Eksplozasyon sırasında olguda transvers kolon proksimalinde ve sigmoid kolon proksimalinde 2 adet lümeni tam tıkamış kitle görüldü ve subtotal kolektomi+ ileokolik anastomoz uygulandı. Olgu postoperatif 8. gün şifa ile taburcu edildi. Histopatolojisinde her iki tümör de T4a ve 34' te 1 lenf nodu metastazı saptandı.

**Olgu 2:** 66 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 gündür devam eden yaygın karın ağrısı bulantı kusma yakınmalarıyla dış merkeze başvurmuş. Başvuru sonrası olgu tarafımıza sevkli olarak gönderilmiş. Yapılan değerlendirmesinde akut karın bulguları saptanan olgu acil olarak opere edildi. İntraoperatif sigmoid kolonda ve splenik fleksurada lümeni tamamen tıkamış iki adet tümörü saptanan olguya genişletilmiş sol hemikolektomi + kolorektal anastomoz ve koruyucu loop ileostomi uygulandı. Olgu postoperatif 9. gün şifa ile taburcu edildi. Histopatolojisi bir tümör T3 diğeri ise T4a ve 26 adet reaktif lenf nodu olarak rapor edildi.

**SONUÇ:** Kolorektal kanserli olgular acil servise komplet ya da inkomplet obstrüksiyonlarla başvurabilmektedir. Acil şartlarda operasyona alınan ileuslu olgularda her zaman ikinci bir tümör odağının olabileceği akılda tutularak intraoperatif tüm kolon ayrıntılı muayene edilmelidir. Ayrıca kolonoskopide tümör saptanıp tümörün proksimaline gidilemeyen olgular intraoperatif kolonoskopi ile değerlendirilmelidir. Saptanan senkron tümör yerleşim lokalizasyonuna göre yapılacak operasyona karar verilmeli ve uygulanmalıdır. Bu tür acil olarak opere edilen ve intraoperatif kolonoskopi yapılamayan olgularda operasyon sonrası en erken dönemde kolonoskopi planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** akut batın, kolon kanseri, Senkron

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0764 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Rektum müsinöz karsinomunun bilateral meme metastazı (Nadir olgu )

Emine Özlem Gür, Coşkun Onak, Turan Acar, İbrahim Kokulu, Selda Hacıyanlı, Osman Nuri Dilek  
Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ABD, İzmir

**GİRİŞ:** Primeri meme kanseri olmayan metastatik meme karsinomu klinikte nadir görülen bir durumdur. Lenfoma, metastatik melanoma ve bronş karsinoması meme metastazlarının çoğunu oluşturan malignitelere aittir. Rektal karsinomdan memeye metastaz nadirdir, bilateral meme metastazı ise çok nadir bir klinikopatolojik durumdur. Burada, 47 yaşında erkek hastada rektum müsinöz adenokarsinomu nedeniyle low anterior rezeksiyon uygulanan ve 2 yıl sonra bilateral meme metastazı saptanan hastayı sunuyoruz.

**OLGU:** 47 yaşında erkek olgu, 2 ay önce her iki memede kitle şikayeti nedeni ile değerlendirildi. Hastanın öz geçmişinde, 2 yıl önce başka bir kurumda rektum müsinöz adenokarsinomu nedeniyle low anterior rezeksiyon ve koruyucu loop ileostomi uygulanmış, patoloji sonucu müsinöz adenokarsinom, 22 adet lenf bezinin 10'u metastatik ( pT4N2) olarak raporlanmış. Adjuvan radyoterapi ve kemoterapi uygulanmış. Hastanemizde yapılan tetkiklerinde, bilateral meme ultrasonunda sağ memede saat oniki hizasında ciltten protrüde 15x12 mm boyutta düzensiz sınırlı çevre yağlı planlarda desmoplastik reaksiyona bağlı ekojenite içeren malignite şüphesi yüksek solid bir kitle, sol memede üst dış kadranda da yine ciltten protrüde 19x9 mm boyutta, sağdakine kıyasla nispeten daha iyi sınırlı ancak yine inhomojen malignite şüpheli kitle izlenimi mevcut olup her iki aksillada radyopatolojik lenf nodu saptanmamıştır. Hastanın karsinoembriyonik antijen( CEA), CA15-3 ve CA19-9 normal değerlerde olup yapılan pozitron emisyon tomografisinde (PET CT) sağ meme kutanöz dokuda 15x10 mm boyutlu, SUV max 3.2 olan yeni lezyon metastaz olarak yorumlanmıştır. Hastanın yapılan tru-cut meme biyopsisinde müsinöz karsinom metastazı olarak raporlandı. PET CT 'de meme dışında metastazı saptanmayan hasta tümör konseyinde görüşüldü ve bilateral memeden kitle eksizyonu uygulandı.

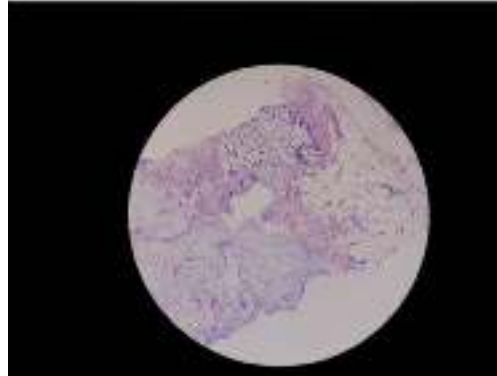
**SONUÇ:** Literatüründe bilateral meme metastazıyla gelen çok az rektum müsinöz adenokarsinomu olgusu bildirilmiştir ancak daha önce rektum ca nedeniyle opere olan hastalarda da memeye metastaz olabileceği düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** rektum karsinomu, meme, metastaz

**Resim 1: Her iki meme dokusunda kitle**



**Resim 2: Mikroskopik görünüm, HE boyalı**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0765 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Nüks Rektovaginal Fistülde Bulbokavernöz Flep Cerrahisi ile Onarım

Eyüp Murat Yılmaz, Erkan Karacan, Ahmet Ender Demirkıran  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Aydın

**Giriş:** Rekto-vajinal fistül (RVF) rektum ön duvarı ile vajinanın arka duvarı arasında anormal epitelyal bağlantı sonucu oluşan ve hastaya çok fazla sosyal sıkıntı hissi veren bir hastalıktır(1) En sık rastlanan semptomları vajinal akıntı, disparonia ve vajinadan gaz/gaita gelmesidir (2). Tedavisi zordur ve sıklıkla rekürrensle karşılaşılır. Cerrahi tedaviler arasında lokal tamir yöntemleri (transanal, vajinal, perineal), çeşitli doku transpozisyon yöntemleri ve transabdominal tamirler sayılabilir. Bu olgumuzda 2 kere nüks olan bir rektovaginal fistül olgumuzu bulbokavernöz fistül ile tamir ile sunmayı planladık.

**Olgu sunumu:** Kırksekiz yaşında bayan hasta vajenden gayta gelmesi şikayeti ile Genel Cerrahi Polikliniğine başvurdu. Daha önce 3 kere transvaginal doğum ve epizyo öyküsü olan hastada başka travma ve radyoterapi, malignite öyküsü yoktu. Hastaya 2 yıl önce Kadın Doğum ve 1 Yıl öncede Genel Cerrahi tarafından aynı fistül için primer tamir yapılmış, ilki 1 sene sonra, ikincisi postop 1. Gün nüks etmiş. Hastaya bulbokavernöz fistül ve koruyucu loop kolostomi planlanıp onam alındı. Operasyon yapıldı.(Resim 1,2) Postop 2. Gün taburcu edildi. Postop 2. Ay rektoskopi ve vaginal muayenesi normal olan ve şikayetleri olmayan hastanın loop kolostomisi kapatıldı. Hastada postop 6. Ayında ve şikayetleri yok.

**Tartışma:** Gelişmekte olan ülkelerde RVF etyolojisinde obstetrik nedenler ilk sırayı alırken, batılı (gelişmiş) ülkelerde daha çok jinekolojik maligniteler nedeniyle uygulanan cerrahi girişimler ve radyoterapiye sekonder fistüller görülmektedir(3,4) Hastaya primer tamir, myokutanöz fistül ve bulbokavernöz fistül denenebilir.(1) Primer tamirlerde nüks oranı oldukça yüksektir. Bizim hastamızda da 2 hkere primer tamir ile nüks olduğunu gözlemledik. Ameliyat öncesi vagen ve kolon hazırlığı yapıp koruyucu stoma açılması operasyonun başarısını arttıran faktörlerdir.

#### Kaynaklar

- 1-Menteş BB, Kurukahvecioğlu O, Güner MK ve ark. REKTOVAJİNAL FİSTÜLLERİN CERRAHİ TEDAVİSİ – VAKA SERİSİ Gazi Tıp Dergisi 2007; Cilt 18: Sayı 1: 39-42
- 2-Soriano D, Lemoine A, Laplace C, Deval B, Dessolle L, Darai E, Poitout P. Results of recto-vaginal fistula repair: retrospective analysis of 48 cases. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 2001; 96: 75-79.
- 3-Bai SW, Kim SH, Kwon HS, Rha KH, Chung KA, Kim SK. Surgical outcome of female genital fistula in Korea. Yonsei Med J 2002; 43: 315-319.
- 4-Bai SW, Kim SH, Kwon HS, Rha KH, Chung KA, Kim SK. Surgical outcome of female genital fistula in Korea. Yonsei Med J 2002; 43: 315-319.

**Anahtar Kelimeler:** Rektovaginal Fistül, Bulbokavernöz Flep, Nüks,

Resim 2



Resim 2: Bulbokavernöz Flep

Resim1



Resim 1: Rektovaginal Fistül

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0766 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Gaitada Gizli Kan Pozitif hastalara yaptığımız tarama kolonoskopisi sonuçlarımız

Yasin Kara, İnanç Şamil Sarici, Mustafa Uygur Kalaycı

SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### AMAÇ:

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

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Çalışmaya, son bir yıl içerisinde, sağlık ocaklarında GGK pozitifliği saptanan ve ileri araştırma için kliniğimize yönlendirilen ardışık 100 hasta dahil edildi ve kolonoskopi bulguları, tanı bilgileri ve demografik özellikleri irdelendi.

#### BULGULAR:

Hastalarımızın 60 (%54.5)'i kadın, 50 (%45.5)'si erkek idi. Hastalarımızın yaş ortalaması 56 (50-70) dir. İki hastamızda (%1.8), birinde inen kolonda ve diğerinde rektumda olmak üzere geniş ülserovejetan kitleler izlendi, biyopsi sonuçları adenokarsinom olarak rapor edildi. Hastalarımız 45 (%41) 'sında polipler saptandı polipektomi yapıldı, 29 (%26.3)'unda normal kolonoskopik bulgular rapor edilirken 16 (%14) tanesinde benign anorektal hastalıklar (fissür, hemoroid )saptandı, 10 (% 9) hastamızda divertiküler hastalık tesbit edildi. Patoloji tanısı ile 3 (%2.7) hastaya ülseratif kolit ve 5 (% 4.5) hastayada nonspesifik kolit tanısı kondu.

#### SONUÇ:

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

**Anahtar Kelimeler:** Kolon kanseri tarama programı, etkinlik, sonuçlar

**Tablo 1:Tarama kolonoskopisi sonuçları**

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| <b>Toplam Hasta n (%)</b>        | <b>110 (100)</b> |
| <b>Normal Kolonoskopi</b>        | <b>29 (26.3)</b> |
| <b>Kolon kanseri</b>             | <b>2 (1.8)</b>   |
| <b>Kolon polipleri</b>           | <b>45 (41)</b>   |
| –Prekanseröz (YGD*li)            | 10 (9)           |
| –Prekanseröz (YGD*li)            | 35 (32)          |
| <b>Benign anorektal hastalık</b> | <b>16 (14)</b>   |
| <b>Divertiküler hastalık</b>     | <b>10 (9)</b>    |
| <b>Nonspesifik kolit</b>         | <b>5 (4.5)</b>   |
| <b>Ülseratif kolit</b>           | <b>3 (2.7)</b>   |

\*YGD: Yüksek Grade Displazi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 2: Saptanan poliplerin histopatolojik tanıları ve oranları**

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| <b>Toplam Hasta n (%)</b>              | 53 (100)  |
| <b>Tübüler adenom (YGD)'li</b>         | 3 (5.6)   |
| <b>Tübüler adenom (YGD)'siz</b>        | 28 (52.9) |
| <b>Tübülovillöz adenom (YGD)'li</b>    | 3 (5.6)   |
| <b>Tübülovillöz adenom (YGD)'siz</b>   | 5 (9.5)   |
| <b>Villöz adenom</b>                   | 1 (1.88)  |
| <b>Sesil serrated adenom (YGD)'li</b>  | 4 (7.5)   |
| <b>Sesil serrated adenom (YGD)'siz</b> | 2 (3.77)  |
| <b>Hiperplastik polip</b>              | 7 (13.2)  |

\*YGD: Yüksek Glandüler Displazi

**Tablo 3: Saptanan kanser ve prekanseröz lezyonların lokalizasyonu**

| Lokalizasyon                       | Rektum | Sigmoid<br>kolon | İnce<br>kolon | Transvers<br>kolon | Çekir<br>kolon | Çekir<br>kolon |
|------------------------------------|--------|------------------|---------------|--------------------|----------------|----------------|
| Adenokarsinom                      | 3      | -                | 1             | -                  | -              | -              |
| Tübüler<br>adenom (YGD)'li         | -      | 1                | -             | -                  | 2              | -              |
| Tübüler<br>adenom (YGD)'siz        | -      | 9                | 6             | 3                  | 3              | 3              |
| Tübülovillöz<br>adenom (YGD)'li    | -      | 2                | 1             | -                  | -              | -              |
| Tübülovillöz<br>adenom (YGD)'siz   | 3      | 2                | 1             | -                  | -              | -              |
| Villöz adenom                      | -      | 1                | -             | -                  | -              | -              |
| Sesil serrated<br>adenom (YGD)'li  | -      | 4                | -             | -                  | -              | -              |
| Sesil serrated<br>adenom (YGD)'siz | -      | 2                | -             | -                  | -              | -              |
| Hiperplastik<br>polip              | 4      | 2                | -             | -                  | 1              | -              |

\*YGD: Yüksek Glandüler Displazi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0767 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Anal apse drenajında seton uygulanmalı mı?

Turgay Sayın, Ahmet Oğuz Hasdemir, Yasin Uçar, Oğuzhan Eyi, Yusuf Özer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmada anal apse nedeniyle drenaj uygulanan hastalar ile eş zamanlı drenaj ve seton uygulanan hastaların yaşam kalitesi, nüks apse ve fistül gelişimi yönünden karşılaştırılması amaçlandı.

**HASTALAR VE YÖNTEM:** 2015-2017 yıllarında poliklinik ve acil serviste anal apse tanısı ile tedavi edilen 34'ü erkek, 11'i kadın olmak üzere toplam 45 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik bilgileri kaydedildi. Uygulanan cerrahi girişimlerin sonuçları bilgisayar kayıtları taranarak ve hastalar kontrol muayenelere davet edilerek sağlandı.

Yaşam kalitesi, iyi (akıntı, ağrı, ateş yok), orta (akıntı var, ağrı-ateş yok) ve kötü (ağrı, ateş, akıntı var ve yeniden drene edilmesi ve/veya spontan drenaj olması) olarak değerlendirildi.

Apse drenajı lokal veya genel anestezi altında fenestre edilerek sağlandı. Hastalar, basit drenaj yapılan (Grup I, n=30) ve poş ile rektum arasındaki ilişki ortaya konup seton uygulanan hastalar (Grup II, n=15) şeklinde gruplandırıldı. İzlem süreleri Grup I' de 6-22 ay (median 13), grup II' de 4-24 ay (median 15) idi.

**SONUÇLAR:** Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve median takip süreleri yönünden fark yoktu.

Grup I'deki 30 hastanın 16(%53,3)'sının yaşam kalitesinin "iyi" olduğu, 11(%36,6)'inde akıntının devam ettiği, 3(%10)'ünde ise apse geliştiği yeniden drene edildiği öğrenildi. Kontrol muayenelerine gelen 26 hastanın 12(%40)'sinde drenaj sonrası herhangi bir yakınmanın olmadığı, 11(%42,3) hastanın drenajdan sonra fistül nedeni ile definitif cerrahi girişim geçirmiş olduğu öğrenildi.

Grup II'de kontrole gelen 15 hastanın 11(%73,3) 'inde yaşam kalitesi "iyi" idi. Setonla yaşayan ve ameliyatı kabul etmeyen 3 hasta minimal akıntı ile izlenmekte idi. Setonunun koptuğu 1 hastada tekrarlayan abselerin olduğu ve yaşam kalitesinin "kötü" olduğu gözlemlendi. Yedi(%46,6) hastanın setonu cerrahiden ortalama 6 hafta sonra kesici setona çevrildiği, 4(%26,6) hastaya da definitif cerrahi girişim uygulandığı öğrenildi. Nüks yoktu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Sunulan seride Grup I'de yaşam kalitesi %40'ında "iyi" iken, Grup II'de %73,3 idi. Grup I'de abse nüksü %23,3 gözlenirken Grup II'de %6,6 idi. Definitif cerrahi gereksinimi Grup I'de %36 iken, grup II'de %26 idi. Abse drenajında fenestrasyona ek olarak yapılan seton uygulamasının, nüks apse gelişimini engellediği, definitif cerrahi ihtiyacını azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı görüşündeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Anal apse, Seton uygulaması, Anal fistül

| Hastalar         | Grup I                            | Grup II                    | p  |
|------------------|-----------------------------------|----------------------------|----|
| Yaş ortalaması   | 44,6 (21-74)                      | 47,5(25-62)                | NS |
| Cinsiyet E/K     | 22/8                              | 22/8                       | NS |
| Takip süresi     | 6 ay-22 ay<br>Median 13 ay (n=26) | 4 ay-24 ay<br>Median 15 ay | NS |
| İzlem Sonuçları  | (n)                               | (n)                        |    |
| Anamnestik bilgi | 30                                | 15                         |    |
| Muayene          | 26                                | 15                         |    |
| Yaşam kalitesi   |                                   |                            |    |
| İyi              | 16                                | 11                         |    |
| Orta             | 11                                | 3                          |    |
| Kötü             | 3                                 | 1                          |    |
| Nüks abse        | 7                                 | 1                          |    |
| Fistül           | 11                                | 4                          |    |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0768 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Rektum Tümörü Nedeniyle Low Anterior Rezeksiyon ve Abdominoperineal Rezeksiyon Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

Mehmet İlker Turan<sup>1</sup>, Bülent Dinç<sup>2</sup>, Özgür Cem Müsri<sup>2</sup>, Umut Rıza Gündüz<sup>3</sup>, Okan Erdoğan<sup>4</sup>, Güner Ögünç<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Kepez Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

<sup>2</sup>Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

<sup>3</sup>Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

<sup>4</sup>Özel Medstar Antalya Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

<sup>5</sup>Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

**AMAÇ:** Kolorektal karsinomlar tüm kanserler içerisinde üçüncü sıklıkta, gastrointestinal sistem kanserleri içerisinde ise en sık görülen malignitelerdir. Bu çalışmada rektum tümörü nedeniyle radikal cerrahi yapılan hastalarda yaşam kalitesinin karşılaştırılması amaçlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Mayıs 2009 ile Aralık 2015 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde rektum kanseri nedeni ile low anterior rezeksiyon (LAR) veya abdominoperineal rezeksiyon (APR) yapılan hastalar Short Form-36 (SF-36) yaşam kalitesi skorları ile karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** APR yapılan hastaların fiziksel fonksiyon (FF), fiziksel rol gücü (FRG), emosyonel rol gücü (ERG), enerji/canlılık/vitalite (ECV), ruhsal sağlık (RS), sosyal işlevsellik (SG) ve genel sağlık algısı (GSA) parametrelerinde LAR yapılan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi durumda olduğu, ağrı (A) skorları için ise LAR yapılan hastalar ile APR yapılan hastalar arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlemlendi. Sadece komplikasyon gelişimi olmayan hastalardaki değerlendirilmede ise, LAR ve APR yapılan hastalar arasında FF, FRG, ERG, ECV, A ve GSA parametrelerinde anlamlı farklılık görülmezken, RS ve SG parametrelerinde LAR yapılan hastaların APR yapılanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi durumda oldukları görüldü.

**Tartışma ve SONUÇ:** APR ve LAR yapılan hastalar arasında onkolojik sonuçlar açısından farklılık olmamasına rağmen yaşam kalitesi değerlendirmelerinde komplikasyon gelişimi önemlidir. Komplikasyon gelişimi olmadığı takdirde LAR yapılan hastalarda yaşam kalitesinin oldukça iyi olduğu fakat komplikasyon gelişimi durumunda, yaşam kalitesinin kalıcı stoma açılan hastalardan daha kötü seviyeye düştüğü sonuçları göz önüne alınarak hastada anastomoz darlığı ve anastomoz kaçağı gibi komplikasyonlar açısından yüksek risk mevcut ise rezeksiyon tekniği seçiminin restoratif prosedürlerden ziyade APR yönünde olabileceği kanaatine varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Rektum Tümörü, Low Anterior Rezeksiyon, Abdominoperineal Rezeksiyon, Yaşam Kalitesi Skorlaması

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0769 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Transanal Endoskopik Mikrocerrahi'de Klinik Deneyimlerimiz

Selman Alkan, Murat Çakır, Mehmet Aykut Yıldırım, Celalettin Vatansev, Ahmet Tekin  
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

**AMAÇ:** Transanal Endoskopik Mikrocerrahi (TEM) rektal polip ve lezyonlarda kolonoskopik rezeksiyona uygun olmayan durumlarda tedavi amacı ile kullanılan bir yöntemdir. Kliniğimizde 2015-2017 yılları arasında uygulanan TEM vakalarının sonuçlarını ve uygulanmış olan bir hastanın video sunumunu paylaşmayı amaçladık.

**Video İçeriği:** Kliniğimizde 2015-2017 yılları arasında TEM yapılan hastalar seriyeye dahil edildi. Hastalar, lezyonun iyi ve orta diferansiye olması, lümenin 1/3 den fazlasını kapatmayacak şekilde olması, benign lezyonlarda 8 cm, malign lezyonlarda 3 cm çaptan daha büyük olmaması ve lenfovasküler ve perinöral invazyon olmaması, T1 lezyon olması kriterlerine göre seçildi. Seçilen hastalarda lezyonlar rektumda 15. cm ye kadar olup 2 hastada üst rektumda, 4 hastada orta rektumda ve 11 hastada alt rektumda yerleşmekteydi. Hastalar, 3 mm çevresel ve 10 mm perirektal yağlı planda makroskopik olarak temiz cerrahi sınır olacak şekilde TEM yöntemi ile açılı laparoskopik cihazlarla opere edildi. diseksiyon sonrası piyes eksize edildikten sonra mukoza sütüre edilerek kapatıldı.

**Tatışma ve SONUÇ:** Ameliyat edilen 17 hastanın 11 i erkek 6 sı kadın. 8 hastada adenomatöz polip, 2 hastada hiperplastik polip, 1 hastada fibroepitelyal polip saptandı. 1 hastada soliter rektal ülser mevcuttu. 4 hastada grade 1, T1, lenfovasküler ve perinöral invazyon olmayan adenokarsinom mevcuttu. tüm hastaların takiplerinde nüks saptanmadı. Cerrahi sonrası komplikasyon olmayıp bir gün sonra şifa ile taburcu edildi. TEM minimal invazif bir işlem olup seçilmiş hastalarda hastanede kalış süresi ve hasta konforu açısından son derece iyi sonuçlara sahiptir. Uzun dönem sonuçları henüz yeterli olmayıp bu konuda yapılacak daha geniş seriler ve uzun takip süreleri ile gelecekte hasta konforu artırılması ve morbiditesinin azaltılması açısından klinik uygulamalarda geniş yer bulacağını düşündüğümüz güncel bir metod olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** TEM, Transanal mikrocerrahi, minimal invazif, endoskopik,

#### Resim 1a,1b



TEM cerrahi esnasında lezyonun görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim 2



Patolojik inceleme için oriente edilmiş piyes görüntüsü

Tablo 2

| Kolonoskopide<br>mesafe | Anal<br>Verge | olan | En Geniş<br>Çap |          |        |
|-------------------------|---------------|------|-----------------|----------|--------|
|                         | N (%)         |      | <20 mm          | 20-40 mm | >40 mm |
| >100 mm                 | 2 (11)        |      | 2               |          |        |
| 50-100 mm               | 4 (22)        |      | 1               | 2        | 1      |
| < 50mm                  | 11 (67)       |      | 6               | 3        | 2      |

Tablo 1

| Cinsiyet | n (%)   | Yaş   |
|----------|---------|-------|
| Erkek    | 11 (65) | 51±19 |
| Kadın    | 6 (35)  | 50±21 |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0770 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### **İnguinal Kanalın İzinde: Sol alt kadranda nekrotizan fasiiti prezentasyonu ile sigmoid divertikül fistülü olgu sunumu:**

Gökhan Pösteği, Saffet Çınar, Alican Güreşin, Ersin Kılıç, Turgay Şimşek, Sertaç Ata Güler  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

75 yaşında bayan hasta sol alt kadranda hiperemi ve ekimoz şikayeti ile acile başvurdu. Yapılan muayenede hastada karın sol alt kadranda inguinal bölgede krepitasyonun ve büllelerin eşlik ettiği ve ciltte hasiyetin bulunduğu fark edildi ancak hastada abdominal hassasiyet defans ve rebound mevcut değildi. Nekrotizan fasit açısından atipik bir lokalizasyon olduğu düşünülen olguya çekilen BT de karın içi organlarda patoloji saptanmadı ancak sol inguinal bölge cildinde nekrotizan fasit ile uyumlu bulgular olarak rapor edildi. Hasta debritleme amacıyla operasyona alındı. İnsizyonu yapılmasının ardından fekal içerik gelmesi üzerine abdomen explore edildi. Eksplozasyonda intraperitoneal alan tamamıyla temiz olduğu saptanan olguda sigmoid kolonun inguinal kanala doğru adeze olduğu ve inguinal kanal yoluyla cilde doğru fistülizasyon geliştiği görüldü. Diseksiyon derinleştirildiğinde fistülizasyonun inguinal kanla aracılı olduğunu fark ettik. Sigmoid kolon divertiküllerinin özellikle mesane ve diğer abdominal organlara fistülizasyonu söz konusu olabilmektedir. Ancak Literatürde inguinal kanal aracılı bir füstülizasyona rastlamadık. Prezentasyon şekli ve olgunun BT de tanımlanmasının zorluğu nedeniyle sol inguinal bölge selülit ya da nekrotizan fasiitinde akılda bulunması gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Sigmoid Fistül, Nekrotizan Fasiit, İnguinal Kanal

#### **Hastanın acil prezentasyonu: İnguinal Nekrotizan Fasiit**



#### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Peroperatif Fotoğraf: Debrtman Sonrası İnguinal Kanal**



**Peroperatif Fotoğraf: Sigmoid kolonun İnguinal Kanala Penetrasyonu**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0771 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Çekumda nadir görülen mikst adenonöroendokrin karsinoma: Bir olgu sunumu

Halis Bağ<sup>1</sup>, Danial Khabbazazar<sup>1</sup>, Haldun Kar<sup>1</sup>, Hilmi Güngör<sup>1</sup>, Neşe Ekinci<sup>2</sup>, Hüdai Genç<sup>1</sup>, Beste Şuataman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Gastrointestinal sistemin ekzokrin-nöroendokrin tümörlerinin tanımı ilk kez 1924 yılında Cardier tarafından yayınlandı. Bu tümörlerin multipotent kök hücrelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Son Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre, ekzokrin ve nöroendokrin bileşeni olan neoplazmalar "Mikst adenonöroendokrin karsinomalar" (MANEK) olarak adlandırılır. İngilizce literatürde günümüze kadar 10'dan daha az çekum MANEK tümörü raporlanmış. Vakaların çoğu karaciğer metastazların ardından tanımlanmıştır. yazımızda ilk kez apandisit tablosuna neden olan nadir bir çekum MANEK tümörünü sunmaktayız.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** 64 yaşında bayan hasta, bulantı, kusma ve sağ alt kadranda karın ağrısı şikayetiyle hastanemizin acil servisine başvurdu, yapılan tetkiklerde akut apandisit ön tanısı ile hastaya laparatomik eksplorasyon kararı alındı. Operasyonda apandiks kokunu tıkayan bir kitle saptandı.

**BULGULAR:** Yetişkin hasta 3 günden beri karnının sağ alt tarafında olan ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde kronik hastalık hikayesi yok ve düzenli olarak ilaç kullanım öyküsü yoktu. Aile öyküsünde birinci derecedeki akrabalarında gastrointestinal kanser hikayesine rastlanmadı. Fizik muayenede sadece sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Diğer sistemlerin muayenesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar değerleri WBC: 9900 K/u (4X103-10x103), CRP: 3.95mg/dL (<0.5) idi. Bilgisayarlı tomografisinde (BT) çekumda 28x24 mm boyutlu kontrast tutulumu ve apandiksin kitlenin basısına bağlı olarak geniş ve inflame olduğu görüldü. Hastaya apendektomi ve çekum wedge rezeksiyonu yapıldı. Patoloji raporu kötü diferansiye adenokarsinom olarak raporlandı. Bu nedenle hasta takibe alındı ve bir ay sonra sağ hemikolektomi yapıldı, patoloji Mikst adenonöroendokrin karsinoma olarak raporlandı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Nöroendokrin neoplaziler (NEN'ler) endodermal hücrelerden kaynaklanır. Bu hücreler, benzer görünen, biyojenik aminler ve polipeptit hormonları üretgenlik gibi ortak özelliklere sahipler. Bazen NEN, kötü huylu ekzokrin glandüler hücreleri içerir, en az % 30'u temsil ettiğinde, MANEK olarak adlandırılır. Bu tümörler spesifik olmayan semptomlarla, genellikle yaşamın beşinci veya altıncı on yılda meydana gelir. MANEK uzak metastazlara yatkın, kötü huylu bir tümördür. Bu yüzden genellikle geç ve metastatik evrede tanı konulur. Eğer tanı erken evrelerde konulursa, cerrahi rezeksiyonu tedavi edici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Apandisit, Çekum, Mikst adenonöroendokrin karsinoma

#### İV kontrastlı üst ve alt batin BT



TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0772 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Politetrafluoroetilen (ePTFE) mesh ile transperineal onarım yapılan rektosel olgusunda mesh erezyonu nedeni ile meshin total olarak çıkarılması

Fatma Ayça Gültekin

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

**AMAÇ:** Pelvik organ prolapsuslarında meshli onarımların bir komplikasyonu olan meshin erezyonu cerrahlar arasında özellikle de yarattığı medikolegal sorunlar nedeni ile korkulan bir durumdur. Bu durum onarımlarda değişik mesh tiplerinin kullanılmasına neden olmaktadır. Mevcut meshlerin bir kısmı şiddetli fibrozis, yüksek oranda erezyon ve düşük rekürrens oranına sahipken, bir kısmı da zayıf fibrozis, yüksek rekürrens ve meshin rejeksiyonu gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Videoda politetrafluoroetilen (ePTFE) mesh ile transperineal mesh onarımı yapılan rektosel olgusunda meshin rejeksiyonu nedeni meshin çıkarılması operasyonu sergilenmektedir.

**Video:** Tam barsak temizliği ve spinal anestezi altında litotomi pozisyonunda gerçekleştirilen operasyonda meshin, 2/3'nün rejeksiyona uğradığı ancak enfeksiyon lehine bir bulgu olmadığı tespit edilmiştir. Meshin geri kalanın çıkartmak üzere rektovajinal septum diseke edilmiş zayıf adezyonlar nazik künt diseksiyonlarla açılarak mesh total olarak çıkarılmıştır. Rektum, rektal tuşe ve fleksible rektosigmoidoskopi ile kontrol edilmiştir. Son olarak rektum metilen mavisi ile doldurularak, rektal tuşe ve fleksible rektosigmoidoskopi de gözden kaçabilecek boyuttaki rektovajinal fistül riski açısından kontrol edilmiştir. Kontroller sonrasında herhangi bir patoloji saptanmayan hastada loj serumfizyolojik ile bol yıkanmıştır. Perine ve vajen 3/0 vicryl süturler ile primer kapatılmıştır.

**SONUÇ:** Pelvik organ prolapsusu onarımında mesh kullanımı gerekebilmektedir. Böyle bir durumda mesh seçimi ve ve seçilen meshin hangi yolla kullanılacağı kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** rektosel, pelvik organ prolapsusu, mesh erezyonu

Resim 1



Vajen posterior duvarını erode etmiş mesh

Resim 2



Meshin transperineal eksizyonu

Resim3



Eksize edilen politetrafluoroetilen (ePTFE) mesh

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0773 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Nadir bir olgu: Lenfomada perianal bölge tutulumu

Özhan Albayrak, Bünyamin Gürbulak, Şükrü Çolak, Ekrem Çakar, Hüsnü Şevik, Hasan Bektaş  
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Lenfomalar, lenforetiküler hücrelerden köken alan malign hastalıklardır. Hodgkin lenfoması ve Hodgkin dışı lenfoma olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Lenforetiküler hücreler özellikle lenf bezlerinde bulunur, bu nedenle çoğu kez lenf bezlerinin tümöral büyümesi önde gelen klinik semptomdur fakat görüldükleri yerlere göre semptomlar farklılık gösterebilir. Lenfoma, perianal bölge lezyonlarının ayırıcı tanısı içerisinde bulundurulması gereken bir hastalıktır. Bu çalışmamızda perianal apse ön tanısı ile servise interne edilen bir lenfoma olgusunun sunulması amaçlanmaktadır.

**OLGU:** 55 yaşında komorbiditesi olmayan kadın hasta son bir haftadır olan makatta ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın başvurusu sırasında fizik muaynesinde perianal bölgede şişlik tespit edilmesi üzerine hasta perianal apse ön tanısı ile operasyona alındı. Apse poşuna ulaşılamadığından drenaj sağlanamadı. Hastaya takiplerinde kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide rektumda 3.cm'de lümeni çepeçevre daraltan, geçişi zorlaştıran ödemli yer yer nekrotik alanlar içeren ve yaklaşık 3 -4 cm lik segmenti kapsayan kitlesel lezyon izlendi. Hastaya alt batin BT ve alt batin MR çekildi. Pelviste öncelikle hematolojik bir tümör görüntüsü veren kitle tespit edildi. Hastanın takiplerinde ileus tablosu gelişmesi üzerine tekrar operasyona alındı. Hastanın operasyonunda pelvisin tamamen dolduran unrezektable bir kitle görüldü. Bu kitleden patoloji materyali alındı, loop kolostomi açıldı. Hastanın takiplerinde yanakta şişme şikayeti olan hastaya paranazal sinüs ve maksilofasyal BT ile boyun ve yüz MR'ı çekildi. Hastanın sağ maksiller sinüsten mandibulaya kadar uzanan kitle görüntüsü görülmesi üzerine KBB kliniğince biyopsi alındı. Patolojik inceleme sonucunun plazma hücre diferansiasyonu gösteren yüksek gradeli büyük B hücreli lenfoma olarak raporlanması üzerine hastaya hematoloji kliniğince kemoterapi başlandı. Kemoterapinin 2. gününde kardioplumoner arrest gelişen hasta kaybedildi.

**TARTIŞMA- SONUÇ:** Perianal apse anal kanaldaki kriptoglandüler epitelden orijin aldığı düşünülen ve iskiorektal, supralevatorik, transsfinkterik ve intersfinkterik boşluklarda görülebilen bir hastalıktır. Perianal bölgede gelişen hiperemi, ısı artışı, dolgunluk ile prezente olan lezyonlarda ilk planda perianal apse akla gelse de, görüntülemelerinde lenfadenomegali, B semptomları, hematolojik laboratuvar parametrelerinde bozulma gibi özellikler saptanması halinde perianal bölge tutulumu olan lenfomaların akılda bulundurulması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** lenfoma, perianal, apse

resim 1



Perianal bölge tutulumu

**TÜRK CERRAH  DERNEĐ **

Koru Mahallesi Ihlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0774 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Rektum Cerrahisi Sonrası Nadir Bir Fistül Lokalizasyonu: Alt Ekstremitte Fistülleri

Ahmet Orhan Sunar, Yusuf Emre Aydin, İbrahim Ethem Cakcak, Eyüp Kahya, Doğan Albayrak  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Edirne

#### GİRİŞ-AMAÇ:

Kolorektal cerrahi sonrasında sık görülen komplikasyonlar; kesi yeri enfeksiyonu, apse, fekal fistül, anastomoz kaçakları, pyoflebitis ve ileustur. Fistüller genellikle dren çıkış yerlerinden ve insizyon hattından olurken, alt ekstremitte uzanan fistüllerin gelişme ihtimali düşük olsa da vardır. Bu yazımızda rektum cerrahisi sonrası nadir görülen alt ekstremitte fistüllerinin kliniğini ve cerrahi deneyimlerimizi anlatmak istedik.

#### Olgu 1:

32 yaşında erkek hasta dış merkezde batına nazif ateşli silah yaralanması sonrası acil olarak eksplore edilmiş. Anterior rezeksiyon ve kolorektal anastomoz yapılmış. Hasta tarafımıza postop 17. Günde batın içi abse ve septik klinik tablo ile gönderildi. Yapılan muayenede batın sol alt kadranda hassasiyeti mevcuttu. Sol uylukta ödem, ısı artışı ve cilt altı dokuda krepitasyon mevcuttu. Yapılan tetkiklerde lökositoz ve crp yüksekliği vardı. Acil çekilen pelvik tomografisinde anastomoz hattından sol alt ekstremitteye fistülü olduğu görüldü. Acil eksplore edildi. Hartman kolostomi açıldı ve perop ortopedi konsültasyonu ile sol alt ekstremitteye debridman yapıldı. Hasta uygun süre tekrarlanan debridmanlar ve antibiyoterapi sonrası taburcu edildi.

#### Olgu 2-3:

63 ve 57 yaş erkek hastalar, rektum kanseri sebebiyle neoadjuvan tedavileri tamamlandıktan sonra low anterior rezeksiyon ve kolorektal anastomoz operasyonu yapılmış. Her iki hasta operasyon sonrası 7. günde şifaen taburcu edilmiş. Operasyon sonrası 3. haftada acil servise lökositoz, crp artışı ve olgu-2 sağ, olgu-3 sol alt ekstremitte fournier gangreni bulguları ile başvurdu. Yapılan görüntülemelerde rektogluteal fistül tespit edildi. Acil operasyona alınan ve perop ortopedi konsültasyonu istenen hastalara hartman kolostomi açılması, sol kalça dezartikülasyon operasyonu yapıldı. Hastaların uygun süre takip ve antibiyoterapileri sonrası şifaen taburculukları yapıldı.

#### Olgu 4:

57 yaşında erkek hasta, mesane kanseri sebebiyle radikal sistektomi ve ileal loop yöntemi ile üriner diversiyon operasyonu öyküsü mevcut. Bu operasyon sırasında tarafımıza iatrojenik rektum yaralanması olması sebebiyle perop konsulte edilmiş ve hastaya tarafımızca primer rektum tamiri uygulanmış. Hasta operasyon sonrası 7. günde dreninden gelen olmaması, gaz gaita çıkışının olması sonrası dreni çekilerek şifaen taburcu edilmiş. Postop 17. günde acil servise ateş, sol alt ekstremitte ağrı, ısı artışı ve cilt altı krepitasyon bulguları ile başvurdu. Lokal muayene bulgularının yanı sıra sistemik septik bulguları olan hastanın lökositoz ve crp yüksekliği mevcuttu. Çekilen alt batın mr görüntülemesinde rektogluteal fistül tespit edildi. Acil operasyona alınan hastaya hartman kolostomi açılması, perop ortopedi konsültasyonu ile sol alt ekstremitteye debridman ve VAC uygulama operasyonu yapıldı. Seri debridmanlar ve antibiyoterapi sonrası hasta şifaen taburcu edildi.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Kolorektal cerrahi sonrası sık görülen komplikasyonlar arasında olan fekal fistüller, dren çıkış yerleri ve insizyon hattı gibi sık görüldükleri lokalizasyonlarda ise kolay tanı alabilirler. Kolon ve rektum cerrahisi öyküsü olan hastalarda alt ekstremitte cilt altı krepitasyon, ısı artışı, ödem gibi enfektif klinik ve fournier gangreni bulguları varlığında rektogluteal fistüller akılda tutulmalı, uygun görüntüleme sonrası acil cerrahi tedavi sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Altekstremitte, cerrahi, fistül, kolorektal

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

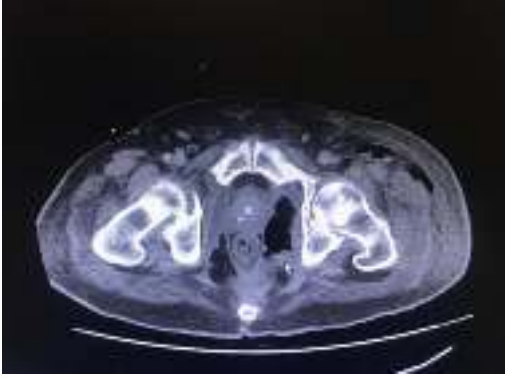


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

olgu 2



olgu 3



olgu4



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0776 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Gluteal Dermoid Kist

Serhat Tokgöz, Yasin Uçar, Muzafer Akkoca, Zafer Ergül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Gluteal bölgede anal kanal ve eksternal anal sfinktere komşu olan dermoid kistin eksizyonel cerrahisindeki deneyimimizi paylaşmak

**Olgunun Özellikleri:** 32 yaşında bayan hasta, kalçada ağrı ve şişlik şikayeti ile yapılan muayenesinde sağ gluteal bölgede yaklaşık 10 cm'lik ele gelen bir kitle tespit edildi ve çekilen pelvik MR da sağ gluteal alanda kas doku içinde eksternal anal sfinkter ve anal kanala komşu düzgün sınırlı 100x 80 mm boyutlarında yoğun içerikli kist olabilecek kitle tespit edildi. Rektal muayenesinde anal kanal komşuluğunda bası etkisi hissedilebiliyordu. Laboratuvar parametreleri ve tümör belirteçleri (CEA, CA 19-9, alfa fetoprotein) normal sınırlardaydı. Jackknife pozisyonunda sağ gluteal bölgede intergluteal sulcusa paralel vertikal bir insizyon ile çalışıldı, cilt ve cilt alt dokular geçildikten sonra kistik kitlenin gluteus maksimus kasının medialinden eksternal anal sfinktere uzanan, anal kanala komşu ve bası yapmış yaklaşık 10x10 cm boyutlu olduğu gözlemlendi, sağlam sınırlar ile eksize edildi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Germ hücrelerinden oluşan; deri ve ekleri, saç, kıl, diş, tırnak, kemik, kıkırdak gibi dokuları içinde bulundurabilen, matür kistik teratom olarak da adlandırılan dermoid kistler genelde benign kitlelerdir. Sıklıkla asemptomatiktirler. Büyüdükçe lokalizasyonuna bağlı bası bulguları ortaya çıkabilir. İntraabdominal olan dermoid kistler torsiyone, enfekte ve rupture olabilir. Bayanlarda over kaynaklı dermoid kistler jinekolojik ve ürolojik sorunlar ile karşımıza çıkabilir hatta hipertiroidi kliniğine sebep olan Struma Overi şeklinde gözlenebilir. Malign transformasyon nadir olmakla birlikte karşılaşılabileceğimiz sorunlardandır. Presacral yerleşimli dermoid kistlerde adenocarcinom ve nöroendokrin tümör dönüşümleri literatürde bildirilmiştir. Bunlardan daha sık olarak skuamöz karsinom, carcinoid tümörler gözlenmiştir. Ayrıca overyan ve retroperitoneal dermoid kistlerde ektramammarian page hastalığı da tariflenmiştir. Özellikle presakral yerleşimli olanlarda; otozomal dominant olan, sacral agenezi, anorektal bölge defektleri ve presakral kitle triadı ile bilinen Currarino sendromu olabileceği için preoperatif değerlendirme iyi yapılmalıdır. Bizim olgumuzda ele gelen kitle ve ağrı şikayetleri vardı. Tanıda ultrasonografi bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans ile görüntüleme fayda sağlamaktadır. Hastamızda preoperative patolojik örneklemeye ihtiyaç duyulmamıştır. Her ne kadar radyolojik incelemede matür kistik teratom düşünülse de; malign transformasyon akılda tutularak, onkolojik cerrahi nosyondan uzaklaşmadan, sağlam sınırlarla, çevre vasküler, nöral ve visceral yapılara zarar vermeden eksizyon yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermoid Kist, Matür Kistik Teratom, Gluteal Dermoid Kist

#### İntraoperatif eksizyon aşaması



Anal sfinkter kasları, anal kanal, rektum, çevre vasküler ve nöral yapılara zarar verilmeden eksize edilen 10x10cm'lik matür kistik teratom

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Preoperatif MR görüntüsü**



**İntraoperatif eksizyon aşaması**



**Makroskopik spesmen görünümü**



**Mikroskopik spesmen görüntüsü**



hematoksilen&eozin x200 büyütme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0777 [Kolon ve Rektum Cerrahisi]

#### Perfore rektosigmoid kansere sekonder gelişen alt ekstremitelerde nekrotizan fasiit

Rahman Şenocak, Emin Lapsekili, Oğuz Hançerlioğulları, Şahin Kaymak, Aytekin Ünlü  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim dalı

**Amaç:** Nekrotizan fasiitin erken evrelerde teşhisi zordur ancak %50-70 mortalite ile progresif seyir gösterir. Etkilenen alanda ilk olarak ağrılı fakat görünümde görsel değişiklik olmayabilir. Dokular sonrasında eritemle ve nekrozla beraber ödemli bir hale gelir ve krepitus palpe edilir. Kolorektal maligniteye bağlı abdomen ve perine yerleşimli nekrotizan fasiit vakaları daha sık gözlenirken izole ekstremitelerde tutulumu son derece nadirdir. Bu vakada ilk bulgusu alt ekstremitelerde nekrotizan fasiit ile komplike hale gelen rektosigmoid yerleşimli tümör perforasyonunun tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu Sunumu:** Metastatik kolorektal kanser nedeniyle sistemik kemoterapi tedavisi gören 68 yaşında kadın hasta 3-4 gündür devam eden sol alt ekstremitelerde ağrı, şişlik ve ateş şikayetleri ile Genel cerrahi kliniğine konsulte edildi.

Muayenesinde üst uyluk ciltaltında krepitus, sağa göre belirgin ödem ve şişlik olduğu gözlemlendi (Resim 1). Yapılan doppler ultrasonografide vasküler patoloji saptanmamıştı ancak yumuşak dokularda gaz ile uyumlu görünüm tespit edildi.

Abdominal ve Alt ekstremitelerde tomografisinde rektosigmoid bölgede malign görünümde asimetrik duvar kalınlaşması ve sol uyluk anteromedial ve daha distale doğru uzanım gösteren gaz ve sıvı koleksiyonu olduğu gözlemlendi. Hasta acil olarak ameliyata alındı. Eksplozasyonda pelvik periton hizasında rektosigmoid bölgede kitle olduğu, bunun retroperitoneal yapılara, anteriorde mesaneye ve femoral bölgeye invazyon gösterdiği gözlemlendi (Resim 2-3). Yapışıklıklar ayrıldığında kitlenin bu bölgeye penetre ettiği, etraf dokuların nekrotik görünümde olduğu, vasküler yapıların superiomedialinden üst uyluk ve bacağı uzandığı ve buralarda yaygın kolonik içerik ve koku olduğu gözlemlendi. Sigmoid kolon ve rektum üst kısmı rezeksiyon edilerek uç kolostomi ameliyatı uygulandı. Üst uyluk mediali açılarak bu bölgedeki kolonik içerik ve nekrotik dokular debride edildi. Abdominal olarak 4 seans vakum tedavisi, uyluk bölgesine 10 seans vakum tedavisi yapıldıktan sonra batin primer kapatıldı. Üst uyluktaki defekt kas flepleriyle kapatıldı (Resim 4). Yaklaşık 2 ay yoğun bakım tedavisi sonrası hasta klinik odasına alınarak halen bası yarası ve kolostomi enfeksiyonu ve açılması nedeniyle tedavisi devam etmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Çok nadir de olsa rektal perforasyonların Perineal Fournier Gangrenine neden olduğu bilinmektedir. Ancak üst uyluk ve alt ekstremitelerde yayılım gösteren nekrotizan fasiit gelişimi çok çok nadirdir. Fekal materyalin bu bölgeye ulaşmasında birkaç yol vardır. Femoral kanal, Obturator foramen ve psoas kılıfı. Bu vakada polimikrobiyal enfeksiyon olmasına rağmen septik şok ve mortalite gelişmedi. Hiperbarik oksijenin cerrahi işlem sayısını, mortalite ve morbiditeyi azalttığı gösterilmesine rağmen bu vakada uygulanamadı. Ayrıca alt ekstremitelerde amputasyon gerektirecek komplikasyon gelişmedi. Nekrotizan fasiit ile seyreden bu durumlarda yapılacak sık debridman, kombine abdominal ve alt ekstremitelerde uygulanan vak tedavisi ile uzuv kaybının ve hatta mortalitenin önlenebileceğini işaret eder.

**Anahtar Kelimeler:** kolon perforasyonu, nekrotizan fasiit, vakum tedavisi

#### Resim 1-4



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0778 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

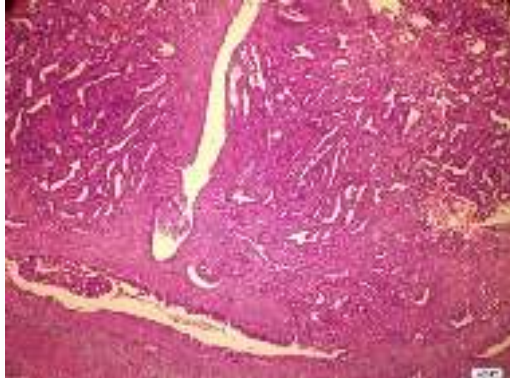
#### Nadir Bir Meme tümörü: Adenomiyoepitelyoma

Sönmez Ocak, Ömer Faruk Bük, Mehmet Celal Kızılkaya, Zülay Kazak  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Adenomiyoepitelyoma (AME); oldukça nadir görülen, hem epitelyal hem de miyoepitelyal hücrelerin bifazik proliferasyonu ile karakterize bir tümördür. Büyük oranda benign karaktere sahip olmak ile birlikte yetersiz cerrahi sınır ile rezeke edildiğinde yüksek rekürrens oranlarına sahiptir. 33 yaşında 12 haftalık gebeliği bulunan bayan hasta genel cerrahi polikliniğine memesinde ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. USG'de; Sol memede BIRADS 4b lezyon saptandı. Lezyondan tru-cut biyopsi alındı. Biyopsi sonucu şüpheli gelmesi üzerine kitle eksize edildi. Nihai patoloji sonucu adenomiyoepitelyoma olarak raporlandı. Postoperatif 9. ayında yapılan kontrollerde herhangi bir lokal nüks saptanmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Adenomiyoepitelyoma, tru-cut biyopsi, meme tümörü

#### Resim 1



Papiller ve nodüler yapılanma gösteren proliferatif miyoepitelyal hücreler. (H&E x 40)

#### Resim 2a



SMA (+) proliferatif miyoepitelyal hücreler. (x100)

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

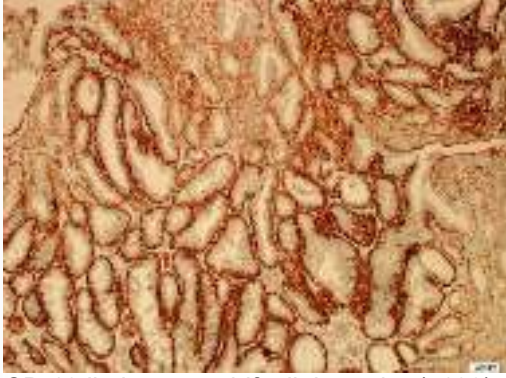
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



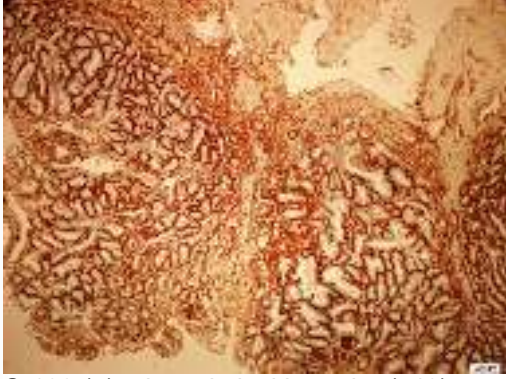
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2b**



CD 10 ile boyanan bifazik hücreler (x100)

**Resim 2c**



S-100 (+) miyoepitelyal hücreler (x40)

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0781 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Nötrofil/lenfosit oranı ve trombosit/lenfosit oranının idiopatik granümatöz mastitli hastalarda rekürrens üzerindeki prediktif değeri

Ömer Arda Çetinkaya<sup>1</sup>, Süleyman Utku Çelik<sup>2</sup>, Serdar Gökay Terzioğlu<sup>3</sup>, Aydan Eroğlu<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

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

<sup>4</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

#### Amaç

İdiopatik granümatöz mastit (İGM), memenin nadir görülen ve etiyolojisi tam olarak bilinmeyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. İGM, histopatolojik olarak benign bir hastalık olmasına rağmen fistül, apse gibi komplikasyonları ve sıklıkla tekrarlayıcı olması nedeni ile tanı ve tedavisi zor bir klinik tablodur. Bu çalışmanın amacı, nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ve trombosit/lenfosit oranı (TLO) gibi inflamatuvar parametreler ile İGM'nin prognozu ve rekürrensi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

#### Gereç ve Yöntem

Çalışmada Ocak 2010 – Nisan 2016 tarihleri arasında daha önce malignite veya inflamatuvar bir meme patolojisi nedeni ile tanı almamış ve histopatolojik olarak İGM tanısı konularak tedavi edilmiş 31 hasta geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik bilgilerinin yanı sıra, vücut kitle indeksi (VKİ), pre- ve postoperatif tam kan sayımı, komorbiditeleri ve nüksle ilgili bilgileri klinik kayıtlardan elde edildi. Hastalar öncelikle NLO ile TLO değerleri açısından pre- ve postoperatif olarak değerlendirildi. Ardından pre- ve postoperatif NLO ve TLO değerlerinin rekürrens üzerindeki prediktif etkisi incelendi. Sonuçlar ortalama, ortanca ve frekans olarak verildi; p değerinin <0,05 olması istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

#### Bulgular

Tüm hastalar kadın olup ortalama yaşları  $35,0 \pm 7,3$  (21-49) idi. Hastaların ortalama takip süresi  $18,1 \pm 14,2$  (3-66) aydı. VKİ ortalama  $30,7 \pm 5,7$  kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplandı. Takip süresince toplam 4 (% 12,9) hastada tekrarlayıcı İGM tespit edildi. Preoperatif NLO, postoperatif NLO, preoperatif TLO ve postoperatif TLO sırasıyla ortalama 3,8 - 3,3 - 161,8 ve 151,3 olarak saptandı. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde NLO ve TLO değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla p=0,807 ve p=0,824). Gruplar arasında yaş, VKİ, preoperatif TLO, postoperatif TLO ve postoperatif LNO açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Ancak preoperatif LNO düzeyi tekrarlayan İGM'de anlamlı derecede daha yüksek olarak saptandı (p=0,02).

#### Tartışma ve Sonuç

İGM, memenin kronik inflamatuvar bir hastalığı olmasına rağmen karsinom ile karışması nedeni ile cerrahi pratiğinde önemli bir yer tutmaktadır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte tedavisi de tartışmalıdır. Ayrıca, İGM hem klinisyenler hem de hastalar için takip sürecindeki nüksleri ve komplikasyonlarıyla zorlu bir hastalıktır. Mevcut çalışma ile basit bir tam kan sayımı ile elde edilen NLO'nun inflamatuvar bir parametre olarak kullanımının İGM prognozu ve rekürrensini tayininde yol gösterici olabileceği ortaya konulmuştur. Ancak daha anlamlı sonuçlar için daha fazla sayıda hastanın yer aldığı çok merkezli çalışmaların yapılması şarttır.

**Anahtar Kelimeler:** Granümatöz mastit, nötrofiller, trombositler, lenfositler, oran

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1. Rekürren ve non-rekürren IGM'li hastalarda laboratuvar bulgularının karşılaştırılması.**

|                               | Grup 1        | Grup 2       | p değeri    |
|-------------------------------|---------------|--------------|-------------|
| <b>n</b>                      | 27 (% 87,1)   | 4 (% 12,9)   |             |
| <b>Yaş</b>                    | 34,6 ± 7,4    | 36,7 ± 7,6   | 0,59        |
| <b>VKI (kg/m<sup>2</sup>)</b> | 30,5 ± 5,8    | 31,6 ± 6,1   | 0,72        |
| <b>Preoperatif TLO</b>        | 160,0 ± 58,7  | 174,2 ± 41,1 | 0,64        |
| <b>Postoperatif TLO</b>       | 156,1 ± 146,4 | 119,7 ± 30,3 | 0,62        |
| <b>Preoperatif NLO</b>        | 3,3 ± 1,4     | 7,1 ± 4,5    | <b>0,02</b> |
| <b>Postoperatif NLO</b>       | 3,3 ± 3,7     | 2,8 ± 0,8    | 0,77        |

TLO, trombosit/lenfosit oranı; NLO, nötrofil/lenfosit oranı.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0782 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Metaplastik Meme Karsinomu; Nadir Görülen Bir Subtip Kondroid Metaplazili Karsinom

Semra Demirli Atıcı<sup>1</sup>, Semra Salimoğlu<sup>1</sup>, Yasemin Kırmızı<sup>1</sup>, Dilek Kuzukıran<sup>2</sup>, Cengiz Aydın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Tatvan Devlet Hastanesi

Metaplastik meme karsinomu, tüm meme malign meme lezyonlarının %1-2'sini oluşturmaktadır ve klinik olarak diğer meme kanseri alt tiplerine göre daha agresif seyirlidir.

2012 WHO sınıflandırmasına göre metaplastik meme karsinomlarının beş alt türü vardır; düşük dereceli adenoskuamöz karsinom, fibromatöz benzeri metaplastik karsinom, skuamöz hücreli karsinom, iğsi hücreli karsinom, mezenşimal diferansiyasyon gösteren karsinoma ( kondroid diferansiyasyon, osseöz diferansiyasyon ve diğer mezenkimal diferansiyasyon gösteren tipler)

Bu yazıda, 55 yaşında bir bayan hastada memenin metaplastik karsinomunun bir alt tipi olan kondroid metaplazi olgusu sunulmuştur.

55 yaşında bayan hasta sol memede ele gelen kitle ve memenin neredeyse tümünü kaplayan sertlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan meme USG'de; sol meme alt orta zonda yaklaşık 6x6 cm boyutlarında lobule konturlu iç ekosu solid heterojen kalsifikasyonlar içeren malignite olma olasılığı gösteren kitle saptandı. Yapılan tru cut biyopsi: İnvaziv Duktal Karsinom Grade 2; Tümör Histolojik Derecesi 2, Nükleer Grade 2, ER %40 (+), PR (-), Ki67:%20, CerB2: (-) EKaderin: (+) olarak raporlandı. Preoperatif çekilen Torakobdominal CT'de herhangi bir uzak metastaz bulgusu gözlenmedi. Operasyon sırasında Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi frozena gönderilmiştir. Frozen sonucu reaktif lenfadenopati olarak gelmesi üzerine aksiller diseksiyon uygulanmamıştır. Ardından hastaya memenin neredeyse tamamını kaplayan kitle nedeniyle Sol Mastektomi uygulanmıştır. Postoperatif üçüncü gün operasyon lojundaki hemovac dreni çekilerek, taburcu edilmiştir. Metaplastik meme kanseri için optimal tedavi stratejileri hala kesin olarak bilinmemekle birlikte invaziv duktal karsinoma göre daha büyük kitleler ile karşımıza çıkan hastalara teorik olarak lumpektomiden ziyade mastektomi yapılmasını öngören çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda modifiye radikal mastektomi veya meme koruyucu terapi uygulanan metaplastik meme kanserli hastalar arasında genel ya da hastalısız sağkalım arasında herhangi bir fark olmadığını göstermiştir. Bizim olgu sunumu olarak sunduğumuz bu vakada da tümörün mevcut meme dokusunun büyük bir kısmını kaplaması nedeniyle, intraoperatif SLNB yapılmıştır. SLNB negatif gelmesi üzerine Mastektomi uygulanarak operasyon sonlandırılmıştır. Hasta postoperatif tedavisinin devamı amacıyla Tıbbi Onkoloji bölümüne yönlendirilmiştir. Metaplastik karsinomlar daha çok hematogen yol ile yayılmakta olup, en sık uzak metastazları akciğer, kemiklere olmaktadır. Büyük tümör boyutların rağmen Lenf nodu tutulumları adenokarsinoma kıyasla daha az görülmektedir. Lenf nodu metastazı insidans oranı %0-63 arasında değişebilmektedir. Hastalara metaplastik meme kanseri teşhisi konulduğunda genellikle hastalık evresi, invaziv karsinoma göre daha yüksek evrede olma eğilimindedir. Buna ek olarak tedavide ise kemoterapiye diğer bazal benzeri tümörlere kıyasla daha düşük yanıt oranları göstermektedirler. Kısacası metaplastik karsinomun prognozu konvansiyonel invaziv karsinomunkinden daha kötüdür. Hormon reseptör negatifliği ve tümörün histopatolojik alt komponentleri prognoz ve tedavi üzerine etkili faktörlerdir

**Anahtar Kelimeler:** Metaplastik meme karsinomu, kondroid metaplazi, mastektomi, lumpektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



## EPS-0783 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

### Aksiller Lenfadenopati Ayırıcı Tanısında Nadir Görülen Bir Yumuşak Doku Tümörü, Sinovyal Sarkom

Semra Demirli Atıcı, Değercan Yeşilyurt, Emre Dikmeer, Semra Salimoğlu, Cengiz Aydın  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sinovyal sarkom bir yumuşak doku tümörü olup, epitelyal ve mezenşimal diferansiyasyon gösterir. Tüm yumuşak doku sarkomları arasında %5.6-10 sıklığında görülür. Aksiller bölgede ele gelen kitle ile başvuran hastalarda, aksiller kitle ayırıcı tanısında nadir olarak görülebilen, atipik yerleşimli, sinovyal sarkom da düşünülmelidir.

68 yaşında bayan hasta son iki aydır sağ koltuk altında ele gelen ağrısız şişlik şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Kronik bir hastalık öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ aksillada konglomere, fiks, sert yapıda lenfadenopati saptandı. Her iki meme muayenesi, batin muayenesi normal olup, ailede malignite öyküsü yoktu.

Hastaya tetkik amaçlı yapılan yüzeysel doku ultrasonografisinde; sağ aksillada 4 cm çapında lobule sınırlı yer yer nekrotik lenfadenopati ile uyumlu lezyon saptandı. Metastaz açısından şüpheli görünüm mevcut olduğu rapor edildi. Hastada ön planda aksiller lenfadenopati ayırıcı tanısında bayan hastalarda en sık karşımıza çıkan Meme karsinomu dışlanmak üzere Meme USG ve Mammografi çekildi. Meme muayenesinde ele gelen kitle saptanmayan hastanın çekilen Meme USG ve Mammografisinde; sağ aksillada 46x32 mm boyutlarında yer yer milimetrik kistik alanlar içeren, hiperekojen interseptal oluşumlar bulunan, düzgün sınırlı, hipoeoik BIRADS 4 malignite kuşkulu solid lezyon izlendi. Hastaya malignite tarama amaçlı Torakoabdominal BT çekilmiş olup, sonucu olağan olarak raporlandı. Malignite şüphesi taşıyan aksiller lenfadenopatiden doku tanısı koyabilmek için tru-cut biyopsi alındı. Biyopsi sonucu; epitelyal ve mezenkimal hücrelerden oluşan bifazik lezyon olarak yorumlanmış olup, primeri saptanamadı. Bu nedenle hastaya diagnostik amaçlı güvenli cerrahi sınır ile kitlenin total eksizyonu kararı alındı. Postoperatif alınan patoloji sonucu histopatolojik olarak bifazik tip sinovyal sarkom ile uyumlu saptandı. Hasta onkoloji bölümüne takip ve tedavi amaçlı yönlendirildi.

Sinovyal sarkom bir yumuşak doku tümörü olup, epitelyal ve mezenşimal diferansiyasyon gösterir. Tüm yumuşak doku sarkomları arasında %5.6-10 sıklığında görülür. Histolojik olarak monofazik, bifazik ve kötü diferansiye tip olmak üzere 3 alt tipi mevcuttur. En sık alt ekstremitelerde özellikle diz çevresinde ve 3.-5. dekatlarda görülür. Bizim vakamızda ise, ileri yaş, omuz ekleminde köken alan, nadir ve atipik yerleşimli bir sinovyal sarkom mevcuttu. Hastalığın prognozu kötü olup 5 yıllık ve 10 yıllık sağkalım oranları %38-76 ve %20-63'tür. Tümörün güvenli cerrahi sınırla çıkartılması prognozda önemli olup, lokal nüksü önlemede ki en büyük faktördür. Sinovyal sarkom tedavisinde grade, büyüklük ve yerleşim özelliklerine göre preoperatif neoadjuvan kemoradyoterapi verilir, ardından cerrahi, ve postoperatif adjuvan kemoterapi tedavi seçeneğinin sağkalım üzerine olumlu katkısı olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur.

Genel cerrahi kliniğine, sıklıkla başvuru sebebi olan aksiller lenfadenopatide; hastalarda en başta meme karsinomu olmak üzere, lenfoma, lösemi, mide kanseri gibi solid organ karsinomuna ait metastaz, tüberküloz lenfadenit, kedi tırnağı gibi hastalıklar yanında, atipik yerleşimli, nadir görülen sinovyal sarkom da düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** meme karsinomu, yumuşak doku tümörü, aksiller lenfadenopati, eksizyon, sinovyal sarkom

### Aksiller Kitlenin Total Eksizyonu



Aksiller Kitlenin Total Eksizyonu

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0784 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin İntraduktal Papillomlarının Tedavisinde Cerrahi Eksizyonun Gerekliliğinin Değerlendirilmesi

Yusuf Murat Bağ<sup>1</sup>, Marlen Süleyman<sup>1</sup>, Pelin Seher Öztekin<sup>2</sup>, Rüçhan Bahadır Celep<sup>1</sup>, Soykan Dinç<sup>1</sup>, Çağdaş Topel<sup>3</sup>, Serap Erel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B.Ü. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>S.B.Ü. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi., Radyoloji Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı

**GİRİŞ:** Memenin papiller lezyonları benign, atipik ve malign olabilen birden fazla lezyonu ifade eder. Görüntüleme yöntemlerinde intraduktal papillom (İDP) olduğu düşünülen olgularda görüntüleme eşliğinde biyopsi (GEB) sonucunda malignite yada atipi mevcutsa lezyonun eksizyonu konusunda genel bir görüş birliği mevcuttur ancak biyopsi sonucu benign intraduktal papillom olan hastalarda cerrahi tedavi konusu tartışmalıdır. Çalışmamızda çeşitli biyopsi yöntemleriyle intraduktal papillom tanısı olan hastalar incelenerek cerrahi eksizyon gerekliliğini araştırmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamızda SBÜ Ankara EAH'de Ocak 2011-Şubat 2017 tarihleri arasında farklı cerrahlar tarafından takip edilen ve görüntüleme eşliğinde meme biyopsisi, insizyonel-eksizyonel meme biyopsisi yapılan 3368 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu kayıtlar arasından patoloji raporunda "İnaduktal Papillom" ibaresi olan 67 rapor arasından 51 İDP olgusu çalışmaya dahil edildi. Bu olguların demografik, klinik, patolojik, radyolojik ve cerrahi özellikleri incelendi.

**BULGULAR:** Cerrahi olarak eksize edilen 35 lezyonun 13 tanesinin(%37.1) kesin patolojik sonucu atipik papillom yada duktal karsinoma insitu ile birlikte papillom şeklinde raporlanmıştır ve bu olguların 8 tanesinin cerrahi öncesi GEB sonucu benign intraduktal papillom şeklinde yorumlanmıştır. Ultrasonografik olarak duktal dilatasyon olmaksızın solid kitle şeklinde görülen olgularda(p=0.003) ve periferik yerleşimli olgularda(p=0.046) atipi-malignite görülme oranı anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

**TARTIŞMA:** Benign papiller lezyonların tedavisinde cerrahi eksizyon öneren yada cerrahi eksizyon yerine yakın takibi öneren pek çok çalışma mevcuttur. Çalışmamızda GEB sonucu benign İDP olan ve cerrahi uygulanan 15 hastanın 8'inde (%53.3) kesin patolojik tanı atipik papillom yada DKİS şeklinde yükselmiştir ve kesin patolojik tanısı atipik papillom yada DKİS olan ve operasyon öncesi GEB yapılan toplam 10 hastanın sadece 2'sinde (%20) GEB sonucu atipik papillom şeklinde raporlanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda yaş, semptomatik olma durumu, eş zamanlı ipsilateral meme karsinomu olması, lezyonun radyolojik boyutu, görüntülemeye ve GEB sonucunda mikrokalsifikasyon görülmesi tanı yükselmesi için prediktif faktörler olarak değerlendirilmişlerdir. Çalışmamızda ultrasonografik görüntüleme özelliklerine baktığımız zaman GEB sonucu benign İDP olan hastalar arasında kesin patoloji sonucu benign İDP olan gruptaki 7 hastanın tümünde solid kitle olduğu ve 5 tanesine duktal dilatasyonun eşlik ettiği; aksine kesin patoloji sonucu atipik papillom yada DKİS ile birlikte papillom olan gruptaki 8 hastanın tümünde solid kitlenin olduğu fakat hiçbirine duktal dilatasyonun eşlik etmediği görüldü ve iki grup arasındaki bu farklılık anlamlıydı(p=0.007).

**SONUÇ:** Kesin patoloji sonucu atipik papillom yada DKİS ile birlikte papillom olan olgu sayısının hem tüm çalışma grubunda hem de görüntüleme eşliğinde biyopsi sonucu benign İDP olan olgularda yüksek olması nedeniyle İDP olduğu düşünülen olgularda cerrahi eksizyonun gerekli olduğu kanaatindeyiz. Ultrasonografik olarak duktal dilatasyon olmaksızın solid kitle şeklinde görülen ve periferik yerleşimli olgularda atipi-malignite görülme olasılığı artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** intraduktal papiilom, eksizyonel biyopsi, görüntüleme eşliğinde biyopsi, atipi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

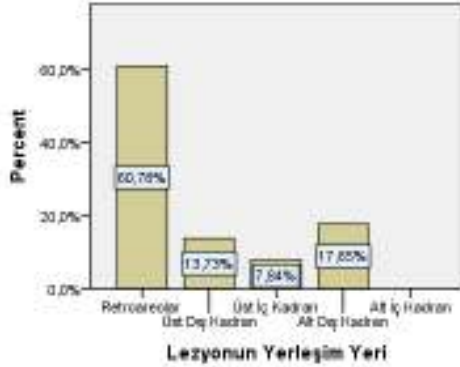
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

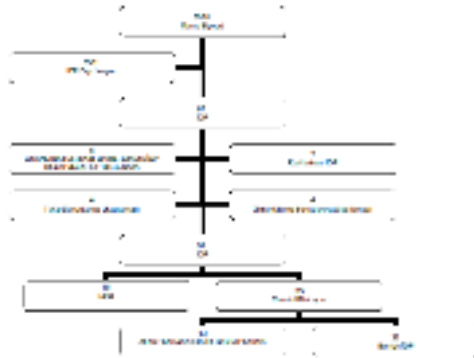


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Lezyonların Yerleşim Yerinin Grafikselsel Gösterimi



### Olguların çalışmaya dahil edilme protokolü



### Biyopsi, Cerrahi, Takip Kararında Etkili Faktörler

| Klinik- Radyolojik Özellikler  | Grup-1<br>Biyopsi+ Cerrahi+<br>(n=17) | Grup-2<br>Biyopsi – Cerrahi+<br>(n=18) | Grup-3<br>Biyopsi+ Cerrahi–<br>(n=16) |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| Lezyonun Yerleşim Yeri         |                                       |                                        |                                       |
| Santral                        | 8                                     | 13                                     | 10                                    |
| Periferik                      | 9                                     | 5                                      | 6                                     |
| USG Özellikleri                |                                       |                                        |                                       |
| Normal                         | -                                     | -                                      | 1                                     |
| Solid kitle                    | 12                                    | 9                                      | 3                                     |
| Duktal Dilatasyon± Solid Kitle | 5                                     | 9                                      | 12                                    |
| MRG-Kinetik Eğriler            |                                       |                                        |                                       |
| Yok                            | 7                                     | 14                                     | 8                                     |
| Tip 1                          | 3                                     | 1                                      | 3                                     |
| Tip 2                          | 2                                     | 1                                      | 5                                     |
| Tip 3                          | 5                                     | 2                                      | -                                     |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0785 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin Paget Hastalığı; 2 Farklı Olgu Sunumu

Serap Ulusoy<sup>1</sup>, Fariz Hüseyinov<sup>2</sup>, Mehmet Özer<sup>1</sup>, İbrahim Kılınç<sup>1</sup>, Şevket Barış Morkavuk<sup>1</sup>, Ömer Parlak<sup>2</sup>, Abdussamed Yalçın<sup>2</sup>, Ali Coşkun<sup>2</sup>, Mehmet Kılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

#### GİRİŞ:

Paget hastalığı kanserin ön bulgusu olarak meme başında egzematöz değişiklikler ile ortaya çıkmaktadır. Oldukça nadir görülmesine rağmen %92-100 arasında kanser ile ilişkilidir. Paget hastalığı olan hastalar dermatoloji kliniklerine başvurmakta ve pekçoğu dermatit gibi tedavi edilmeye çalışılırken vakit kaybetmektedir. Biz buarada 2 farklı Paget hastalığı olan vakamızı sunmayı amaçladık.

#### Olgu 1:

45 yaşında bayan hasta yaklaşık 1 yıldır sol meme başında olan kepekli, kurutlu, kaşıntılı lezyon için farklı dermatoloji kliniklerine başvurmuş. Topikal tedaviler önerilmiş. Şikayetleri gerilemeyen hasta genel cerrahi kliniğine yönlendirilmiş. Değerlendirilen hastaya areoladan insizyonel biyopsi yapılmış. Patoloji sonucu memenin Paget hastalığı olarak sonuçlanan hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol memede areolanın tamamını kaplayan kurutlu, üzeri kepeklenen lezyon mevcuttu. Memede sınır veren net bir kitle ve aksillada lenf nodu palpe edilmedi. Hastanın öz geçmişinde anlamlı özellik yoktu. Hastaya meme MR yapıldı. MR da meme başı altında geniş bir alanda şüpheli lezyon tespit edildi. Hasta preoperatif hazırlanarak operasyona alındı. Sentinel lenf nodu çalışıldı. Metastaz saptanmadı. Hastaya simple mastektomi yapıldı. Patoloji sonucunda 8 cm lik komedo nekrozlu karsinoma insitu içinde 6 mmlik karsinom odağı saptandı. ER, PR negatif, c-erbB2 pozitif idi. Hastaya paklitaksel ve transtuzumab başlandı. 3. ay kontrolünde herhangi bir patolojisi yoktu.

#### Olgu 2:

50 yaşında bayan hasta 6 aydır sağ meme başında olan lezyon nedeni ile hastanemiz dermatoloji bölümüne başvurmuş. Dermatolojide cilt biyopsisi yapılan hastanın patolojisi memenin Paget hastalığı olarak sonuçlanmış. Hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın fizik muayenesinde sağ meme başının tamamını kaplayan kurutlu, kepeklenen, egzematöz lezyon mevcuttu. Fizik muayenesinde memede sınır veren kitle ve aksillada lenf nodu tespit edilmedi. Hastanın öz geçmişinde anlamlı özellik yoktu. Meme ultrasonografi, mamografi ve meme MR yapıldı. Anlamlı bir patoloji saptanmadı. Hasta ile konuşularak preoperatif olarak hazırlanıp operasyona alındı. Sentinel lenf nodu çalışıldı. Metastaz saptanmadı. Hastaya simple mastektomi yapıldı. Patoloji sonucu memenin Paget hastalığı ve bening meme dokusu olarak sonuçlandı. Hastanın 3. ay kontrolünde anlamlı patoloji yoktu.

#### SONUÇ:

Paget hastalığı invaziv meme kanserleri ile beraber görülebilmektedir. Erken teşhis edilip tedavi planının yapılması ileri evre kanserlerin önlenmesine oldukça önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Memenin Paget hastalığı, memenin invaziv kanseri, sentinel lenf nodu

#### Resim 1



Olgu 1, Sol meme Paget hastalığı

#### Resim 2



Olgu 2, Sağ meme Paget hastalığı

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0786 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Stewart-Treves Sendromu: Olgu Sunumu

Bahri Çakabay, Abidin Tüzün, Mehmet Ali Can

SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

**GİRİŞ:** Stewart-Treves Sendromu uzun süren lenfödemden neden olduğu nadir görülen bir maling mezenkimal tümördür. Çoğu zaman bu tümör meme kanserini tedavi etmek için uygulanan radikal mastektomi ve aksiller disseksiyon sonucu oluşan lenfödem ile indüklenebilir.

Bu yazımızda kliniğimize aksiller kitle şikayeti ile başvuran Stewart-Treves Sendromu olgusunu sunmayı amaçladık. **OLGU:** Kliniğimize sol aksiller kitle ile başvuran 54 yaşındaki kadın hasta Duktal meme kanserini nedeniyle opere edilmiş. 4 yıl önce sol modifiye radikal mastektomi ve aksiller lenfnodu disseksiyonu uygulanmış. Kemoterapi ve radyoterapi uygulanmış hastanın postoperatif dönemde lenf ödem şikayetleri mevcutmuş. Bu lenfödeme birkaç aydır aksiller bölgesinde şişlik eklenmiş. Aksiller bölgedeki kitleden yapılan biyopsi sonucu anjiosarkom olarak belirlendi. Radyolojik incelemelerinde göğüs duvarına fikse unrezektabl kitlenin uzak metastaz saptanması üzerine hasta medikal onkolojiye devredildi.

**TARTIŞMA:** Stewart-Treves sendromu terimi, konjenital lenfödem veya mastektomi gibi herhangi bir nedene bağlı olarak gelişen kronik lenfödemden oluşturduğu anjiosarkom için kullanılır. Lenfatik akımın bozulması proteinden zengin interstisyel sıvının artmasıyla sonuçlanır. Bu da immün sistemi ve immün hücrelerin aktivitesini bozar. Vücut bu durumu kollateral lenfatik ve damar dolaşımı oluşturmaya çalışarak kompanse etmeye çalışır. Ancak mevcut immün supresyon nedeniyle neoanjiogenesiz tümörleşme ile sonuçlanabilir ve karşımıza Stewart Treves Sendromu dediğimiz maling mezenkimal tümör ile çıkabilir. Olguların çoğu meme kanseri nedeniyle opere edilen kadın hastalardan oluşmaktadır. Radyasyon tedavisinin doğrudan yada lenf nodlarının sklerozuna neden olarak dolaylı yoldan bu sarkomun indüksiyona neden olabileceği varsayılmaktadır. Oldukça nadir görülen bu sarkomun prevalansı meme kanserindeki konservatif tedavilerindeki artış, güncel cerrahi ekipmanlar ve radyoterapi teknikleri sayesinde giderek azalmaktadır. Olguların ortalama görülme yaşı 60'dır ve meme cerrahisinden sonra ortalama 10 yıl içinde görülmektedir. Bizim olgumuz ise 50 yaşında meme cerrahisi geçirmiş olup bundan 4 yıl sonra anjiosarkom gelişmiştir. Sarkom eğer ekstremitelerde izole ise amputasyon ile kür sağlanabilir. Ancak olgumuzda da sunduğumuz gibi aksiller bölge gibi R0 rezeksiyonun mümkün olmadığı olgularda kemoterapi ve radyoterapi fayda sağlayabilir.

**SONUÇ:** Stewart-Treves sendromu meme kanserinde uygulanan modifiye radikal disseksiyon ve muhtemelen de radyoterapi ile ilişkili oldukça nadir bir sarkom türüdür. Klinisyenler lenfödem gelişen tüm hastalarda bu sarkomun gelişebileceğini akılda tutmalıdır. Hastalarda kompresyon pompaları ve fizyoterapi ile lenfödem ile mücadele etmenin önemini unutulmaması gerekmektedir.

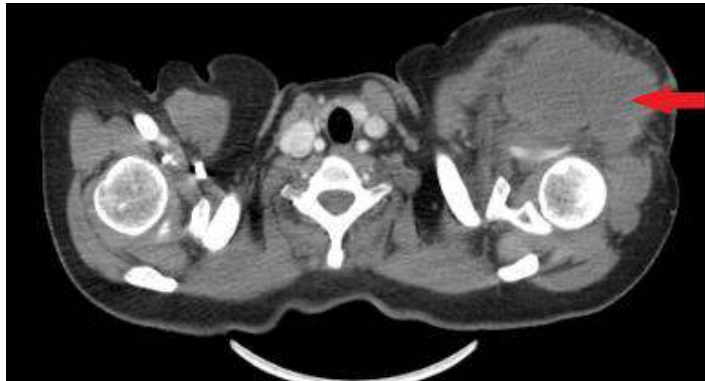
**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, Lenf ödem, Anjiosarkom

#### Resim



Aksilladaki Kitle

#### Resim 2



Tomografi Görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0787 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanseri Taklit Eden Desmoid Tümör Olgusu

Özkan Demiroğlu, Abidin Tüzün, Serdar Gümüş, Mehmet Ali Can, Yusuf Yağmur, Bahri Çakabay  
SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

**GİRİŞ:** Meme fibromatosizi ender rastlanan benign bir tümördür. Kas apeunevrozlarından kaynaklanan fibröz dokunun proliferasyonu ile karakterizedir. Genelde pektoral kas fasiadan köken almaktadır. Lokal invazyon ve rekürrenslerle seyreder ancak metastaz yapmaz. Memenin solid tümörlerin %0.3'ünü, fibröz tümörlerin de %3.5'ini oluştururlar. Bu yazıda ender görülen, meme kanseri ile benzer fizik muayene ve radyolojik özelliklere sahip bir meme fibromatosizi olgusunu sunmayı amaçladık.

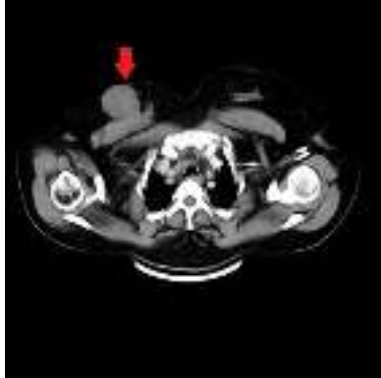
**OLGU:** 34 yaşında kadın hasta sağ memesindeki kitle nedeniyle başvurdu. Öyküsünde anlamlı özellik bulunmamaktaydı. Travma veya geçirilmiş meme cerrahi anamnezi yoktu. Fizik muayenede sağ meme üst dış kadranda 4 cm çapında düzensiz sınırlı fiks kitle saptandı. Aksiller lenf noduna rastlanmadı. Ultrasonografide sağ meme üst dış kadranda düzensiz sınırlı lobüle konturlu hipoekoik solid kitle lezyonu izlendi. Tru-cut biyopsinde yoğun fibroblastların izlendiği benign değişiklikler tespit edildi. Meme MR görüntülemesinde kontrastlanmayan solid kitle görüldü. Kitle, üzerindeki cilt ve altta yatan pektoral kas fasyası ile birlikte total olarak çıkarıldı. Patolojik incelemede maligniteye rastlanmayıp, lezyonun meme fibromatosizi olduğu tespit edildi.

**TARTIŞMA:** Meme fibromatosizi (desmoid tümörü) primer olarak meme dokusundan veya altındaki pektoralis major kasından köken alan, fibroblast kökenli, klinik ve radyolojik olarak meme kanserini taklit edebilen, nadir görülen bir yumuşak doku tümördür. Genellikle reproduktif dönemde görülür. Etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Geçirilmiş travma, cerrahi skarlar, silikon implantlar, hormonal faktörler, gebelik söz konusu olabilir. Familiyal adenomatoz poliposiz (FAP) ve Gardner Sendromu ile birlikteliği gösterilmiştir. Klinikte ele gelen, ağrısız, sert, düzensiz sınırlı ciltte kalınlaşma yapan bulgular ile karşımıza çıkabilir. Radyolojik olarak meme kanserinden ayırımı oldukça güçtür. Histolojik olarak lezyonda komşu kaslara invaziv; fibroblast ve kollajenden zengin düşük gradeli, hiposellüler igsi hücreler görülür. Histopatolojik inceleme olmadan malign-benign ayırımı yapılamaz. Cerrahi düşünülen olguda geniş lokal eksizyon yapılmalıdır. Olguların 1/4 de rekürrens izlenir. Radyoterapi, kemoterapi ve antiöstrojen tedavi lezyonun kontrolü veya eradikasyonunda yardımcı olabilir. Nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar ile askorbik asit ve tamoksifenin desmoid tümörün büyümesini engellemek için kullanıldığı bazı yazılarda bildirilmiştir.

**SONUÇ:** Meme fibromatosizi klinik ve radyolojik görüntüleme özelliği ile meme kanserini taklit edebilmektedir. Aksiller tutulum olmaz. Bu olgular FAP ve Gardner sendromu açısından kolonoskopik incelenmelidir. Kesin tanısı sadece histopatolojik olarak konulabilmektedir. Kitlenin total eksizyonu esas tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Fibromatozis, Desmoid tümör, Meme kanseri

#### Resim



Tomografi Görüntüsü

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0788 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### **Makromastili, metakron bilateral meme kanseri olgusu. Görüntüleme yöntemlerinde yetersizlik**

Halis Bağ, Hilmi Güngör, Ahmet Atasever, Mehmet Sercan Candan, Yasin Peker  
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

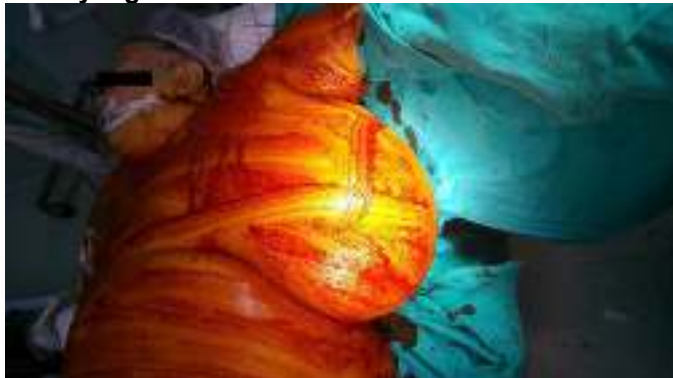
**GİRİŞ:** Meme kanseri kadınlarda en sık gözlenen kanser türüdür. Meme kanserli kadınlarda diğer memede kanser gelişme riski artmaktadır. Kadınlarda bilateral meme kanseri (BMK) görülme sıklığı %2-11 arasındadır. BMK ikinci tümörün ortaya çıkış zamanına göre senkron ve metakron olarak iki alt gruba ayrılır. BMK, çoğunlukla ikinci bir primer kanser olarak ortaya çıkar. Meme kanseri en sık kemiğe metastaz yapar. Bu metastazlar çoğunlukla torakal ve lomber omurgalarda gözlenir. Makromastili hastalarda muayenede ve görüntüleme yöntemlerinde sıkıntılar yaşanmaktadır.

**HİKAYESİ:** Dış merkezde sağ memeden kitle eksizyonu uygulanan hasta, patoloji tanısının "invaziv duktal karsinom" gelmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Muayenede hastanın sağ meme üst dış kadranda skar izi görüldü. Memede yaygın enflamasyon mevcuttu. Hastada bilateral makromasti ve obezite görünümü vardı. Boy 160 cm, kilosu 116 kg, BMI 45 idi. Kontrol meme usg ve mamografisinde sağda aksillada 4 cm çapında konglomere lap saptandı. Parafin bloklar tekrar değerlendirildi. Tümörün 2 cm çapında olduğu ve cerrahi sınırların salim olduğu belirtildi. Meme konseyinde kemoterapi (KT) kararı verildi. Hastanın KT sürecinde progresyon görüldü. Cerrahi kararı verildi. Hastaya sağ modifiye radikal mastektomi (MRM) yapıldı. Patoloji "sklerozan adenozis, fibrokistik değişiklikler, invaziv duktal karsinom metastazı ve perinodal infiltrasyon, 14/18 sağ aksiler lenf nodları" olarak değerlendirildi. Konseyde KT ve radyoterapi (RT) kararı verildi. Onkoloji tedavisi ve izlemine alındı. Yaklaşık bir yıl sonra hastada sol memede sellülit nedeniyle tekrar tarafımıza danışıldı. Hastanın muayenesinde memede ileri derecede boyut artışı ve hiperemi mevcuttu. Meme usg ve mamografide malignite bulgusu saptanmadı. Onbeş gün sellülit tedavisi yapılan hastada yanıt alınamadı. Hastada denge problemi meydana geldi. Hasta bilgilendirilip mastektomi kararı verildi. Operasyona hazırlanan hastada gribal enfeksiyon gelişince tedavi verilip taburcu edildi. Bu dönemde evde düşen hastada sol kalça fraktürü meydana geldi. Ortopedi tarafından opere edilen hastanın fraktür alanından alınan küretaj materyali "meme karsinom metastazı" olarak değerlendirildi. Hastaya bir ay sonra sol MRM uygulandı. Piyes yaklaşık 6 kg idi. Patolojisi "mikst tipte meme karsinom (invaziv duktal+invaziv lobüler karsinom), karsinom metastazı ve perinodal infiltrasyon, 19/19, sol aksiller diseksiyon lenf nodları" olarak değerlendirildi. Tm konseyinde KT + RT kararı verildi. Hastanın izleminde şiddetli sırt ağrısı için yapılan tetkiklerinde torakal MR da T 4-9 arasında metastaz ve hafif myelomalazi saptandı. Beyin Cerrahisi tarafından operasyon önerilen hasta kabul etmedi. Hastanın Palyatif Destek Kliniğinde ek hastalıkları için tedavisi ve izlemi devam etmekte iken postop 4. ayda ani gelişen kardiopulmoner arrest sonucunda hasta kaybedildi.

**SONUÇ:** Makromastili hastalarda meme kanseri teşhisinde güçlükler yaşanmaktadır. Bu hastalarda meme kanseri tanısı sonrası deneyimli ekipler tarafından yakın takip gerekmektedir. Konvansiyonel tedavilere cevap vermeyen hastalarda cerrahi geciktirilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bilateral meme kanseri, Makromasti, Metastaz

#### **Ameliyat görüntüsü 1**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Ameliyat görüntüsü 2**



**Ameliyat görüntüsü 3**



**Ameliyat görüntüsü 4**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Ameliyat piyesi 1**



**Ameliyat piyesi 2**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0789 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin Primer Solid Nöroendokrin Karsinomu

Halim Kale<sup>1</sup>, Ömer Faik Ersoy<sup>1</sup>, Zübeyde İlke Narlı İnce<sup>2</sup>, Alpay Aktümen<sup>2</sup>, Harun Erol<sup>2</sup>

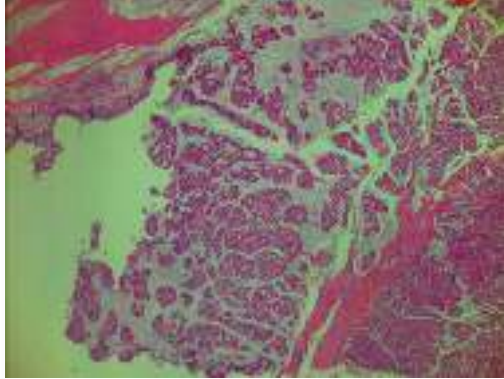
<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Karabük

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Karabük

Nöroendokrin tümörler vücudun bir çok yerinde bulunmalarına rağmen memede gerçek karsinoid tümörlerin varlığı tartışmalıdır. Bu nedenle de oldukça nadir görülmektedir. 77 yaşında bayan hasta sağ meme de ele gelen kitle nedeniyle polikliniğimize müracaat etti. Bu hastanın 2 yıl önce de yine aynı memede ve aynı lokalizasyonda daha küçük boyutlu kitle ile hastanemize müracaat ettiği ve yapılan tru-cut biyopsinin fibroadenom geldiği tespit edildi. Kontrol takiplerine gelmeyen hasta memedeki kitlenin hızla büyümesi üzerine tekrar müracaat etti. Yapılan meme ultrasonografisinde sağ memenin tamamını dolduran 80mm\*50mm boyutunda sınırları düzgün ancak iç yapısı heterojen yer yer kistik alanlar içeren solid kitle lezyon izlendi, aksiller patolojik lenfadenopati izlenmedi. Hastanın meme MR görüntülemesinde sağ memede parankimi tüm alanlarda dolduran 70mm\*40mm\*25mm boyutlarında keskin ve lobule sınırlı solid kitle lezyon izlendi. Yapılan tru-cut biyopsi sonucu malign epitelial tümör olarak geldi. Hastaya modifiye radikal mastektomi ameliyatı yapıldı. Hastanın patoloji sonucu müsinöz karsinom+ solid nöroendokrin karsinom (mikst tipte invaziv meme karsinomu) olarak geldi. Patoloji spesmeninin değerlendirilmesinde sinaptofizin ve kromoginin pozitif olarak tespit edilmiştir. 25 lenf nodu reaktif iken metastatik lenf nodu tespit edilmemiştir. Bilindiği gibi meme nöroendokrin tümörler oldukça nadir görülmeleri nedeniyle standart tedavi protokolleri henüz tam netlik kazanmamıştır. Lokal ve uzak nüks oranları oldukça yüksektir.

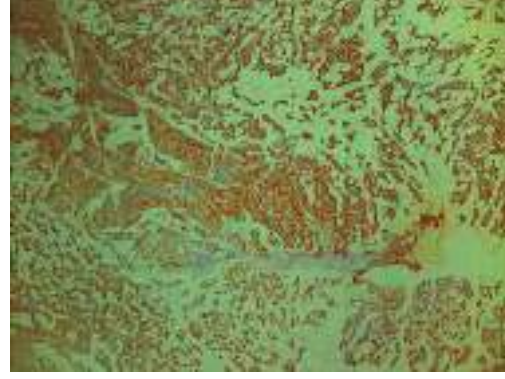
**Anahtar Kelimeler:** meme kanseri, nöroendokrin tümör, tedavi

#### Hemotoksilen-eosin boyası (4 büyütme)



Tümör müsinöz alanlar içinde solid ve kribriform patern oluşturuyor.

#### Sinaptofizin immün boyası (4 büyütme).



Tümör nöroendokrin köken gösteriyor.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0790 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memede nadir görülen Myofibroblastik Sarkom Olgusu

Ahmet Gökhan Sarıtaş<sup>1</sup>, Cihan Atar<sup>1</sup>, Kubilay Dalcı<sup>1</sup>, Gürhan Sakman<sup>1</sup>, Kıvılcım Eren Erdoğan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji

#### GİRİŞ-AMAÇ

İlk olarak 1887 yılında tanımlanmış olan Miyofibroblastik Meme Sarkomu çok nadir görülmektedir. Memede ele gelen kitle ile semptom verebilir. Meme Ultrasonografi (USG), Mamografi ve Meme Magnetik Rezonans Görüntüleme (MR) teşhiste kullanılır. Tedavisi cerrahi rezeksiyon, radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonunu içeren farklı modalitelere sahiptir.

#### OLGU SUNUMU

Altmış altı yaşında bayan hasta, sol meme üst dış kadranda ele gelen kitle şikayeti nedeni ile başvurdu. Tarama esnasında sol memede tespit edilen kitle nedeniyle opere olmuş ve malign mezenkimal tümör tespit edilmiş. Hasta operasyon sonrası tedavisine devam etmemiş ve sol memede ele gelen kitle şikayeti nedeni ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol meme saat 1-5 kadranı arasında 6 x 6 cm lik kitle tespit edildi. Meme USG, Mamografi ve MR görüntülemesinde sol meme üst dış kadranda 6.5 x 5.5 cm boyutlarında lobüle konturlu, mikrolobülasyonları bulunan tümoral kitle görüldü. Sol aksillada patolojik görüntü saptanmadı. Hastaya sol simple mastektomi ve sentinel lenf nodu biyopsisi uygulandı ve frozen biyopsi reaktif lenf nodları olarak değerlendirildi. Mastektomi materyali malign mezenkimal tümör, myofibroblastik sarkom olarak değerlendirildi.

#### TARTIŞMA

Meme myofibroblastik sarkomu çok ender görülmektedir, literatürde sınırlı sayıda olgu bildirimi ve çalışmalar bulunmaktadır. Cerrahi olarak negatif cerrahi sınır sağlayacak şekilde rezeksiyon yapılmalı, radyoterapi ve/veya kemoterapi seçenekleri de tedaviye eklenmelidir. Memede kitle lezyonlarının ayırıcı tanısında myofibroblastik sarkom olabileceği de düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme, kitle, myofibroblastik sarkom

#### Resim 1:



Sol meme üst dış kadranda kitle.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



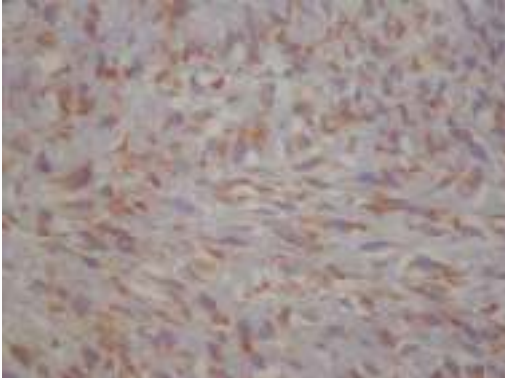
Kitlenin makroskopik görüntüsü

**Resim 3:**



Küçük büyütmeye iğsi hücrelerden oluşmuş tümörde yağ doku infiltrasyonu

**Resim 4:**



SMA pozitifliği gösteren tümör hücreleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0791 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Rabdomyosarkomun memeye metastazı: Olgu Sunumu

Bercis İmge Uçar<sup>1</sup>, Ertunç Altuntaş<sup>2</sup>, Akile Zengin<sup>1</sup>, Mehmet Korkmaz<sup>3</sup>, Mustafa Şahbazlar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dumlupınar Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya

<sup>2</sup>Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Kütahya

<sup>3</sup>Dumlupınar Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kütahya

<sup>4</sup>Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, Kütahya

Rabdomyosarkom pediatrik yaş grubunda ve adölesan çağda sık gözlenen bir yumuşak doku sarkomudur ve tüm çocukluk çağı malignansilerinin %4-8'ini oluşturur. Genellikle baş, boyun, orbita, genitoüriner trakt, retroperiton, ekstremiteler, gövde, gluteal bölge, mediastinum ve gastrointestinal trakt gibi pek çok yerden köken alabilen rabdomyosarkomun meme metastazı çok nadirdir (%6).

14 yaşında kadın hasta, 2 yıl önce sağ servikal bölgede rabdomyosarkom tanısı ile operasyon öyküsü mevcut olup sonrasında rutin medikal onkoloji poliklinik kontrolleri sırasında sol meme üst dış kadranda şüpheli bir kitlenin saptanması ve aynı bölgede Pozitron Emisyon Tomografisi'nde (PET-BT) artmış florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu olması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Girişimsel radyolog ultrasonografi eşliğinde işaretleme yaptıktan sonra işaretli kitleleri içine alacak şekilde lumpektomi yapıldı. Loj hemoklipsler ile işaretlenerek işleme son verildi. Patoloji raporunun cerrahi sınırları pozitif mikst tip (%20 embriyonal, %80 alveolar) rabdomyosarkom gelmesi üzerine reoperasyon planlandı. Eski loj, kas fasyasını içine alacak şekilde reotroareolar bölge ile birlikte geniş olarak eksize edildi. Frozen sonucunun lezyonun medial, lateral, anterior cerrahi sınırlarda devamlılık göstermesi, superior ve inferior cerrahi sınırlarda şüpheli invazyon alanlarının olması ve anteriorda negatif cerrahi sınır için meme başının korunamayacağı sonucuna varılarak hasta yakınlarının onayı alınarak modifiye radikal mastektomiye (MRM) gidilmesine karar verildi. Peroperatif onkoloji konsültasyonu sonucunda tümörün sarkom olması nedeni ile lenfatik yayılım olmayacağı için aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmamasına karar verilerek mastektomi tamamlandı. MRM'ye ait patoloji sonucu "Çoklu odaklar halinde tümör hücreleri izlenmiş olup lateral cerrahi sınıra 1 mm uzaklıkta embriyonel tipte rabdomyosarkom odakları izlenmiştir. Medial, superior, inferior, posterior cerrahi sınırdaki tümör izlenmemiştir." şeklinde raporlandı. Onkoloji ve genel cerrahi takibinde olan hastanın postoperatif 9. ayda karşı memede de multifokal kitleler olması üzerine dış merkezde sağ MRM yapıldığı öğrenildi.

Adölesan çağ meme kitlelerinin hemen hepsi benign olmakla birlikte malignensi öyküsü bulunan hastalarda metastatik meme kanseri akılda tutulmalıdır. Özellikle rabdomyosarkom öyküsü olan adölesan çağdaki hastalarda yakın poliklinik takibi oldukça önemlidir ve meme muayenesi mutlaka fizik muayenenin bir parçası olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, rabdomyosarkom, meme, metastaz

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0793 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Tru cut biyopsi sonrası gelişen meme nekrozu olgusu

Ozan Utku Öztürk, Mustafa Uğur

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi

**AMAÇ:** Memede kitle saptanan hastalarda tanı koymanın en önemli araçlarından biri tru-cut biyopsidir. Başlıca komplikasyonları hematoma (%2-10), enfeksiyon (%4-6) ve ağrıdır (%12-18). Cilt ve meme dokusu nekrozu gelişmesine ise literatürde rastlanmamıştır.

Bu olgu sunumunda tru cut biyopsi sonrası nadir görülen bir komplikasyon olarak cilt ve meme dokusunda nekroz gelişen hasta sunuldu.

**OLGU:** 70 yaşında kadın hasta sağ memesinde ele gelen kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Daha önce meme ile ilgili aktif şikayeti olmamış ve biyopsi uygulanmamıştı. Ailesinde herhangi bir over ya da meme kanseri öyküsü yoktu. Fizik muayenede her iki memede grade 3 pitozis vardı. Meme üst iç kadranda yaklaşık 5 santimlik mobil, sınırları düzenli kitle mevcuttu. Meme ultrasonunda sağ memede saat 2 hizasında aerola komşuluğunda heterojen alan, mamografide her iki memede yaygın kalsifikasyonlar, sağ memede asimetrik dansite artımı vardı (BIRADS 4A). Bunun üzerine lezyondan tru cut biyopsi yapılmasına karar verildi. Girişimsel radyoloji tarafından hastaya 14 G iğne ile tru cut biyopsi uygulandı. İşlem sonrası erken dönemde komplikasyon gelişmedi. Patoloji sonucu "fibrokistik değişiklikler, adenozis, mikrokalsifikasyon" olarak raporlandı. İşlemden 15 gün sonra hasta sağ memede ağrı, renk değişikliği şikayeti ile tekrar polikliniğe başvurdu. Muayenede sağ memede biyopsi yapılan alandan başlayan ve tüm üst iç kadranı kaplayan nekrotik alan mevcuttu. Hasta acil olarak ameliyata alındı. Nekrotik cilt ve meme dokusunu içerecek şekilde kadrenektomi yapıldı. Postoperatif herhangi bir sorunu olmayan hasta 4.gün taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Meme lezyonlarında tru cut biyopsi daha az invaziv işlem olması ve düşük komplikasyon oranlarından dolayı yaygın olarak tercih edilmektedir. Ancak sunduğumuz olguda olduğu gibi özellikle büyük boyutlu, sarkık memeye sahip hastalardan ve medial perforatör damarları içermesi nedeniyle üst iç kadrandaki kitlelerden tru cut biyopsi alınması sonrası iskemi ve nekroz gelişebileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** tru cut, biyopsi, meme, nekroz

Resim 1



Tru cut biyopsi sonrası 15. gün

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr

**EPS-0794 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]**

## Memedeki Kitlelerin BIRADS Sınıflaması İle Histopatolojik Sonuçların Korelasyonu

Nizamettin Kutluer<sup>1</sup>, Ali Aksu<sup>1</sup>, Mehmet Buğra Bozan<sup>1</sup>, Burhan Hakan Kanat<sup>1</sup>, Hülal Kargıcı<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Çalışmamızda hastanemiz genel cerrahi polikliniklerine memede kitle, ağrı, akıntı şikayetleri ile başvurmış hastaların BIRADS Sınıflama Sistemi ile Patoloji sonuçları arasındaki korelasyonu değerlendirerek, BIRADS Sınıflamasının güvenilirliğini amaçladık. Bu retrospektif çalışma, 2009-2011 yılları arasında S.B.Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniklerine memede kitle, ağrı ve akıntı şikayetleri ile başvurmış, BIRADS 3, BIRADS 4 (4a, 4b, 4c) alt grupları ve BIRADS 5 kategorisinde toplam 150 kadın hastanın epikriz formları, tetkik sonuçları (tümör belirteçleri) ve patoloji sonuçları değerlendirilerek yapılmıştır. Değerlendirmeye alınan 150 hastanın 21 tanesi BIRADS 3 grubunda, 44 tanesi BIRADS 4a, 35 tanesi BIRADS 4b, 22 tanesi BIRADS 4c grubunda ve 28 tanesi BIRADS 5 grubundaydı. BIRADS 3 sınıfına ait hastaların tamamı (%100), BIRADS 4a sınıfında 43 hasta (%97,72), BIRADS 4b sınıfında 34 hasta (%97,14), BIRADS 4c sınıfında 8 hasta (%36,36) ve BIRADS 5 sınıfında 1 hasta (%3,57) benign olarak bulundu.

BİRADS 4a grubunda 1 hasta (%2,28), BİRADS 4b grubunda 1 hasta (%2,86), BİRADS 4c grubunda 14 hasta (%63,64) ve BİRADS 5 grubunda 27 hasta (96,43) malign olarak bulundu. Patolojik veriler ışığında BİRADS 3 sınıfının pozitif tahmini değeri %100 olarak bulundu. BİRADS 4a sınıfının pozitif tahmini değeri %2,28, BİRADS 4b sınıfının pozitif tahmini değeri %2,86, BİRADS 4c sınıfının pozitif tahmini değeri %63,64 ve BİRADS 5 sınıfının pozitif tahmini değeri %96,43 bulundu. Bu sonuçlardan anlaşılabacağı üzere, BİRADS 4 grubunun alt tiplendirilmesi deneyimli radyologlarca yapıldığı takdirde gereksiz biyopsiler önlenecektir. Çalışmamızın sonucunda BİRADS 3 grubundakilerin takibine, BİRADS 4a ve BİRADS 4b grubundakiler ve özellikle BİRADS 4c ve BİRADS 5 grubundakilere perkutan biopsi yöntemlerinden biriyle doğrulamanın uygun olacağı belirlendi. Bu veriler ışığında BİRADS 4 sınıflamasının alt gruplara ayrılmasının memede tespit edilen kitlelere yaklaşım konusunda önemli bir yol gösterici olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** BIRADS sınıflaması, BIRADS 4 grubunun alt tipleri, memede kitle lezyonları

## Tablo

Table 10. HFD/ATOC: Hepatic Cytosolic Phospholipase Activity (U/g Liver)

|         | 0.5-200<br>7-2500 |      | 5000-100000 |      | p    | k <sup>2</sup> |
|---------|-------------------|------|-------------|------|------|----------------|
|         | 0.5               | 200  | 5           | 20   |      |                |
| 0.00001 | 0.0               | 0.00 | 0           | 0    | 0.00 | 11.449         |
| 0.00005 | 0.0               | 0.00 | 0           | 0.02 |      |                |
| 0.00010 | 0.0               | 0.00 | 0           | 0.02 |      |                |
| 0.00050 | 0                 | 0.01 | 0.01        | 0.02 |      |                |
| 0.00100 | 0                 | 0.01 | 0.01        | 0.02 |      |                |
| 0.00500 | 0                 | 0.01 | 0.01        | 0.02 |      |                |
| 0.01000 | 0                 | 0.01 | 0.01        | 0.02 |      |                |
| 0.05000 | 0                 | 0.01 | 0.01        | 0.02 |      |                |
| 0.10000 | 0                 | 0.01 | 0.01        | 0.02 |      |                |

\*model was fit by Tree++ (Briand 1996) using bootstrap support for each node to provide bootstrap level of each variable in the model.  $p < 0.001$  and  $p < 0.01$  ;  $n = 110, 121$

### BIRADS Skoruna Göre Patoloji Sonuçlarının Dağılımı

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0795 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Literatürdeki invaziv duktal karsinomun eşlik ettiği en genç erkek meme Paget hastalığı

Makbule Begüm Balkan<sup>1</sup>, Meltem Öznur<sup>2</sup>, Tuğba İlkem Kurtoğlu Özçağlayan<sup>3</sup>, Fatin Rüştü Polat<sup>1</sup>, Sibel Özkan Gürdal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Namık Kemal Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

<sup>2</sup>Namık Kemal Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

<sup>3</sup>Namık Kemal Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

**GİRİŞ:** Memenin Paget hastalığı (MPH) tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur. Erkek meme kanserleri de tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur. Erkeklerde Paget hastalığı ise oldukça nadir meme kanseridir ve bu nedenle standart preoperatif değerlendirme ve ameliyat prosedürü bulunmamaktadır. Bu vaka sunumunda hastanın şikayetleri, tanısı, tedavisi ve postoperatif takibini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

**OLGU:** 39 yaşındaki erkek hasta, son 3 aydır sol meme başında ara ara kızarıklık ve büyüyen kitle (Resim 1) şikayetleri ile NKÜ meme polikliniğine başvurdu. Anamnezinde aile öyküsü, hormon kullanımı, radyoterapi gibi risk faktörleri saptanmadı. Sol meme başında krutlu, eritemli yaklaşık 1 cm'lik kitle saptanan hastanın muayenesinde memede palpabl kitle bulunmaması üzerine eksizyonel biyopsi kararı verildi. Eksizyonel biyopsi sonucunda 1x0,8x0,8 cm ölçülerinde dermiste invaziv duktal karsinom infiltrasyonunun eşlik ettiği meme başının Paget hastalığı saptandı (Resim 2). Mamografide ve meme MRI'da aksilla ve memede patoloji saptanmadı. Meme ultrasonunda bilateral jinekomasti ile uyumlu glandüler yapı, sol meme başı medial komşuluğunda 3mm rezidü açısından şüpheli odak saptandı (Resim 3). Aksillada lenfadenopati saptanmadı. Simple Mastektomi ve Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB) yapıldı (Resim 4). SLNB negatif geldiği için aksiller diseksiyon yapılmadı. Kemoterapi ve hormonoterapi ile tedavisi planlandı.

**TARTIŞMA:** Literatürde MPH ile başvuran erkeklerin ortalama yaşı 60'tır (43-81). Bizim olgumuz literatürdeki en genç erkek MPH'dir. Erkeklerde hastalığın tedavisindeki gecikme ortalama belirtilerin başlangıcından itibaren yaklaşık sekiz aydır. Erkekler daha erken semptomlarla başvurduğu ve histolojik olarak kadınlardan farklı olmadığı halde, 5 yıllık % 20-30'luk sağkalım oranıyla prognozları daha kötü olma eğilimindedir. Klinik olarak meme başında ve daha nadir olarak da aerolada; üzeri pullu, çatlaklı, sızıntılı ve eritemli cilt lezyonları yavaş seyirli bir biçimde gelişirler. Meme başından başlayarak aerola ve etrafındaki meme cildine doğru ilerler. Meme başı ve aeroladaki cilt lezyonlarını dermatit veya benign dermatolojik lezyonlar olarak düşünerek topikal steroidler ile tedavi etmeye çalışmak, tanıdaki bu gecikmenin en önemli sebebidir. Bizim olgumuzda da genç yaşına rağmen tedaviye dermatit olarak devam edilmeden biyopsi kararı verildiği için T1N0M0 olarak tanı konularak erken evre meme kanseri tedavisine başlandı. Genç yaşta da olsa klinik olarak şüpheli olgularda tedaviye başlamadan önce cilt biyopsisi yaparak tanıdan emin olunduktan sonra tedaviye başlamanın önemini vurgulamaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** Biyopsi, erkek meme kanseri, invaziv duktal karsinom, meme paget hastalığı

#### Resim 1



Hastanın başvuru anındaki meme görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





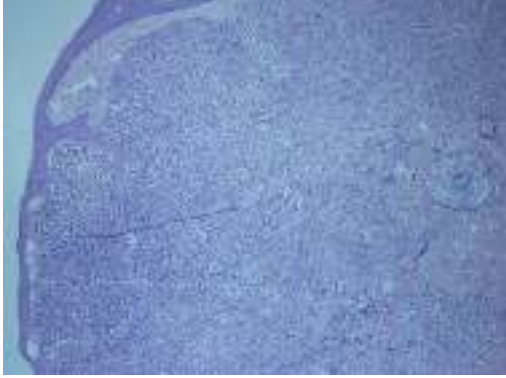
www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 2



Eksizyonel biyopside dermiste invaziv duktal karsinomun eşlik ettiği memenin Paget hastalığı(H&E-x20)

Resim 3



Bilateral meme ultrason görüntüsü

Resim 4



Perop mastektomi çizimi

Tablo1

| Yazar | Yaş              | Yapı | Semptom                | Ölçümler | Tedavi            | Aktarım | Talip            |
|-------|------------------|------|------------------------|----------|-------------------|---------|------------------|
| 1     | Uicker H (1)     | 61   | İnflamasyon            | +        | Mastektomi        | +       | Mastektomi 5 yıl |
| 2     | Serfaty F (2)    | 75   | Şişlik, ağrı           | +        | Mastektomi        | +       | Mastektomi 8 yıl |
| 3     | O'Sullivan S (4) | 62   | İnflamasyon            | +        | Simple mastektomi | N/A     | 5 yıl yaşamı     |
| 4     | Hayes F (5)      | 65   | Karın ağrısı, dışarıya | +        | Mastektomi        | +       | Mastektomi 5 yıl |
| 5     | Nakajima S (6)   | 65   | Karın ağrısı, dışarıya | +        | Simple mastektomi | N/A     | Mastektomi 5 yıl |
| 6     | Semadeni M (10)  | 62   | Şişlik, ağrı           | +        | Tedavi            | N/A     | N/A              |
| 7     | Uicker H (11)    | 64   | İnflamasyon            | +        | Mastektomi        | N/A     | N/A              |
| 8     | Hayes F (12)     | 61   | Karın ağrısı, dışarıya | +        | Mastektomi        | +       | Mastektomi 7 yıl |
| 9     | Nakajima S (13)  | 61   | Karın ağrısı, dışarıya | +        | Mastektomi        | +       | Mastektomi 1 yıl |
| 10    | Masuda Y (14)    | 62   | Şişlik, ağrı           | +        | Simple mastektomi | N/A     | Mastektomi 8 yıl |

\*\*Akita M, Kusnoki N, Nakajima T, Takase S, Maekawa Y, Kajimoto K, Ohno M Paget's disease of the male breast: a case report. Surgical Case Reports 2015;1:103

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0796 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme kanseri tarama kılavuzları arasındaki farklar: Sözlü sunum

Mehmet Eren Yüksel

Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Aksaray

**GİRİŞ:** Amerikan Kanser Cemiyeti (American Cancer Society (ACS)), Amerikan Koruyucu Hizmetler Görev Gücü (U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)), Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)) ve Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network) Amerika Birleşik Devletleri'nde meme kanseri taraması için kılavuz yayınlayan başlıca kuruluşlardır. Bu kuruluşların ortak tavsiyesi asemptomatik, ortalama riskli, 50-74 yaş arasındaki kadınların mamografi ile taranmasıdır. Ancak, söz konusu kuruluşların mamografi ile tarama sıklığı hakkında önerileri farklıdır. Ayrıca, kişinin kendi memesini muayene etmesi ve klinik meme muayenesi hakkında, 40-49 yaş arasındaki kadınlara mamografi incelemesi yapılıp yapılmaması hakkında ve hangi yaştan sonra mamografi taramasına gerek olmadığı ile ilgili olarak söz konusu kuruluşlar arasında görüş ayrılıkları vardır.

**TARTIŞMA:** Amerikan Kanser Cemiyeti 45-54 yaş arasındaki kadınlara yılda bir kez mamografi incelemesi yapılmasını önermektedir. 55 yaş ve üstündeki kadınlara ise iki yılda bir mamografi incelemesi önerirken yıllık taramaya devam edilebileceğini belirtmektedir. Amerikan Koruyucu Hizmetler Görev Gücü 50-74 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir kez mamografi çekilmesini tavsiye etmektedir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği yıllık veya iki yılda bir tarama yapılmasını tavsiye etmiştir. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı ise yıllık mamografi incelemesi yapılmasını önermektedir. Amerikan Kanser Cemiyeti klinik meme muayenesini önermemektedir. Amerikan Koruyucu Hizmetler Görev Gücü "klinik meme muayenesini önermek veya önermemek için yeterli veri yoktur" demektedir. Ancak, Amerikan Koruyucu Hizmetler Görev Gücü "Hastalara kendi memesini muayene etmesini öğretmeli miyim?" sorusuna cevap olarak "Hayır" demektedir. USPSTF klinisyenlerin hastalara meme muayenesini öğretmesine karşıdır (Grade 4 tavsiye). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği ve Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı ise 25-39 yaş arasındaki kadınlara her 1-3 yılda bir kez, 40 yaşın üzerindeki kadınlara ise yıllık klinik meme muayenesi yapılmasını önermektedir.

**SONUÇ:** Meme kanseri tarama kılavuzları arasındaki farklar sunum esnasında tartışılacaktır. Söz konusu kuruluşların ortak tavsiyesi olan asemptomatik, ortalama riskli, 50-74 yaş arasındaki kadınların mamografi ile taranmasının önemi vurgulanacaktır. Ayrıca 21. Ulusal Cerrahi Kongresi Türkiye Meme Kanseri Tarama Önerileri'nin oluşturulması için çalışılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** meme, kanser, tarama, kılavuz, mamografi, muayene

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0797 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Senkron Bilateral Erkek Meme Kanseri: Nadir Bir Olgu

Muzafer Akıncı<sup>1</sup>, Zehra Zeynep Keklikkırın<sup>2</sup>, Mürşit Dincer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Ordu Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ordu

**AMAÇ:** Tüm meme kanserlerinin %1'den daha azı erkeklerde görülür. Erkeklerde görülen kanserler içinde %0,17-1,5' ini meme kanseri oluşturur. Nadir görülmesi nedeniyle bilgilerin çoğu tek merkezin geriye dönük çalışmalarına veya kadın meme kanseri (KMK) çalışmalarına dayanır. Erkek meme kanseri (EMK) görülme sıklığı yaş ile birlikte artmaktadır. Nadir görülen bir olgu olması nedeniyle bilateral erkek meme kanseri olgusu sunulmuştur.

**OLGU:** Yetmiş iki yaşında erkek hasta memede şişlik şikayetiyle başvurdu. Kitlelerin başlangıçta küçük, ağrısız olduğunu ancak giderek büyüdüğünü belirtti. Aynı zamanda sol koltuk altında ele gelen ağrısız ve giderek büyüyen şişlikler farkettiğini belirtti. Özgeçmişinde her iki meme için travma öyküsü yoktu. Soygeçmişinde kızı meme kanseri nedeniyle opereydi. Fizik muayenesinde sağ meme başında çekinti ve sol memenin yan tarafında, çıkıntılı, sert bir lezyon vardı (Şekil 1). Palpasyonla sağ meme başının hemen altında 2,5 cm boyutunda kitle ve sol memede 5,5 cm boyutunda kitle saptandı. Sol aksiller lenf düğümleri palpe edildi. Hastanın hormonal profilleri normaldi. CA15-3 düzeyi 53,4 U / mL idi (N: 0-31,3 U / mL). Hasta BRCA1 / 2 genleri için genetik analizleri yaptırmayı reddetti. Radyolojik olarak, meme ultrasonografisi ve Meme Manyetik Rezonans Görüntülemeye her iki göğüsün subareolar alanında kitleler gösterildi (Şekil 2). Buna ek olarak, göğüs radyografisinde karaciğer ultrasonografisinde metastatik hastalığa dair bir bulguya rastlanılmadı. Preoperatif F-18 fluorodeoksiglukoz (18F-FDG) pozitron emisyon tomografisi / bilgisayarlı tomografi (PET / BT) yapıldı ve sol memede SUVmax subareolar alanlarında kutanöz invazyon ile bilateral alım ve her iki aksillada hafif tutulum saptandı. İğne biyopsisinde sağ memede invaziv duktal karsinoma ve sol memede in situ karsinomalı papiller neoplazi saptandı. Sol aksiller lenf düğümünün ince iğne aspirasyon sitolojisi negatif olarak geldi. Sol modifiye radikal mastektomi ve sağ basit mastektomi ve sağ sentinel lenf nodu biyopsisi (negatif) yapıldı. Histopatolojik incelemede sağ göğüste invaziv duktal karsinom (maksimum çap 2.5 cm) ve sol memede intrakistik papiller karsinom (maksimum çap 5.5 cm) olduğu görüldü. TNM sınıflaması evre IIIa ile uyumlu idi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Erkek meme kanserinin tanısı kadın meme kanserine göre daha geç yaşta konulabilmektedir ve tanı anında daha ileri evrede olmaktadır. Erkek memesinde gelişen ve iyileşmeyen deri lezyonlarında erken tanı için ileri tetkik yapılmasının önemi vurgulanmıştır.

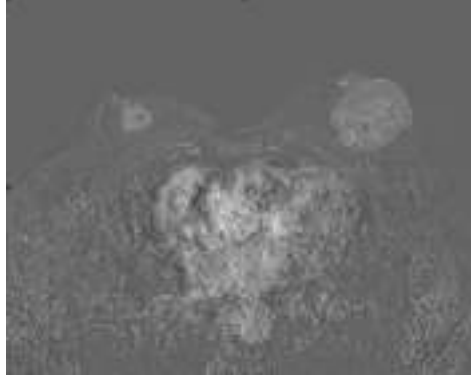
**Anahtar Kelimeler:** Erkek meme kanseri, senkron tümör, invazif duktal karsinom

Resim 1



Makroskopi Bulguları

Resim 2



MR Bulguları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0798 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Nadir gözüken bir olgu juvenil papillomatozis; takip mi, eksizyon mu?

Abdullah Durhan<sup>1</sup>, Koray Koşmaz<sup>1</sup>, Marlen Süleyman<sup>1</sup>, Enes Cebeci<sup>1</sup>, Pelin Seher Öztekin<sup>2</sup>, Pınar Celepli<sup>3</sup>, Gamze Durhan<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara.

<sup>3</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara.

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara.

Juvenil papillomatozis genç yaş kadınlarda nadir görülen bir meme hastalığıdır. Etiyolojisi bilinmemektedir. Sıklıkla ailede meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Öykü, klinik ve radyolojik bulgular tanı konulmasında yardımcı olur. Bu olgu sunumunda amaç nadir gözüken juvenil papillomatozis olgusunu klinik, radyolojik, patolojik bulgular ve cerrahi yaklaşım ile birlikte tartışmaktır.

26 yaşında kadın hasta sağ memede ele gelen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Muayenesinde sağ meme saat 6 hizasında sınırları düzensiz mobil kitle mevcuttu. Hastanın mevcut kitlesi 5 yıldır dış merkezde ultrasonografi (US) takibinde idi. Hastanın muayenesinde kitlenin düzensiz sınırlara sahip olması nedeni ile hastaya tekrar US istendi. US'de sağ meme saat 6'da çok sayıda kist içeren ancak aynı zamanda vaskularizasyon gösteren solid komponent de bulunduran kitle izlendi (Resim 1A-1B). Bu solid komponent ve hastanın aile öyküsü nedeni ile hastaya meme manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de yapıldı. Meme MRG'de tanımlanan kitle içerisinde çok sayıda kist barındırmakta ve malignite açısından şüpheli tip 3 dinamik eğri göstermekte idi (Resim 2A-2B, 3A-3B, 4) Şüpheli radyolojik bulgular nedeni ile kitleden ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu kist içeriği olarak geldi. Ancak klinik, öykü ve radyolojik bulgular ile birlikte değerlendirildiğinde hastada juvenil papillomatozis ön tanısı düşünüldü ve kitle temiz cerrahi sınır ile eksize edildi. Patoloji sonucu juvenil papillomatozis için tipik olan "İsviçre Peyniri" özelliğini göstermekte, çok sayıda kistlerin içerisinde papillomlar bulunmakta idi. Papillomların birisinin içerisinde de karsinoma in situ odağı mevcuttu (Resim 5A-5B-5C-5D). Nadir gözüken ve nadir bilinen bir olgu olan juvenil papillomatozis sıklıkla aile öyküsü pozitif olan 30 yaş kadınlarda çok sayıda kist içeren lezyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Lezyonların klinisyenler ve radyologlar tarafından da az bilinmesi nedeni ile uzun süre fibrokistik hastalık şeklinde takip edilebilirler. Her ne kadar bu olgular uzun süre stabil kalabilse de ilerleyen dönemde meme kanseri gelişme riski artmış olması nedeni ile lezyonların eksizyonu önerilmektedir. Bizim olgumuz da olgu uzun süre takip edilmiş ancak klinik radyolojik bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde juvenil papillomatozis akla gelmiş ve lezyon eksize edilmiştir. Patoloji sonuçları da bu tanıyı doğrulamıştır. Genç yaşta komplike kistik lezyonlar ile gelen hastada öykü, fizik muayene ve radyolojik bulgular ile birlikte değerlendirilmeli, juvenil papillomatozis akılda tutulmalıdır. Bu olgularda ince iğne aspirasyon biyopsisinden ziyade kalın iğne biyopsisi tercih edilmeli ve olası senkron tümör açısından da temiz cerrahi sınır ile eksizyon önerilmelidir. Ancak geniş cerrahi rezeksiyon ya da profilaktik mastektomi önerilmemektedir. Sonuç olarak, cerrahi eksizyon ile juvenil papillomatozis olgularında meme kanseri gelişimi önlenemez, erken tanı ve tedavi sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** juvenil papillomatozis, ultrasonografi, cerrahi eksizyon

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

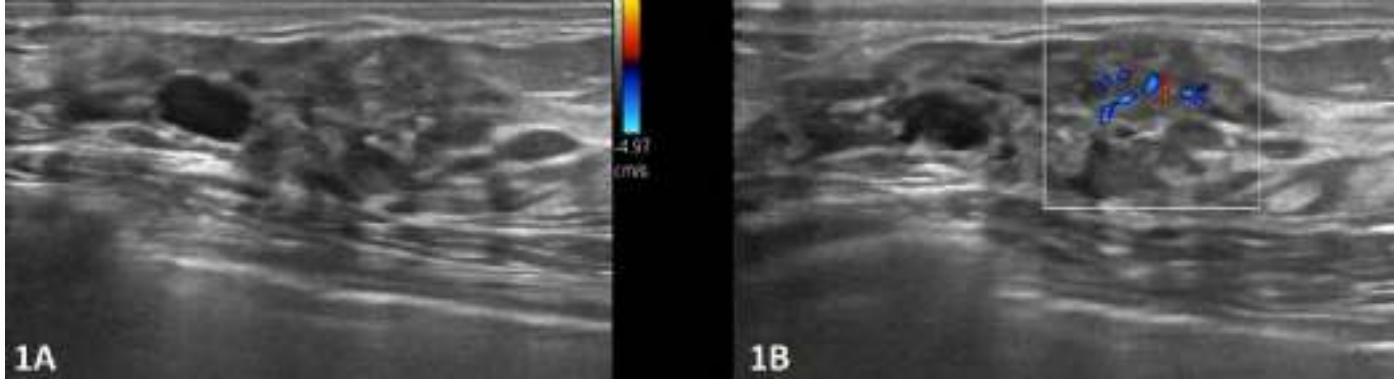
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



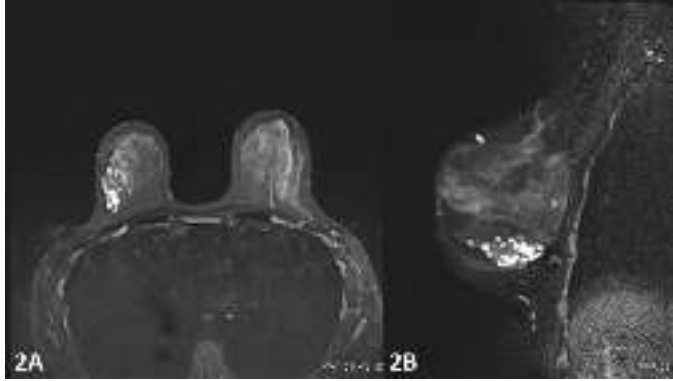
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 1A-1B



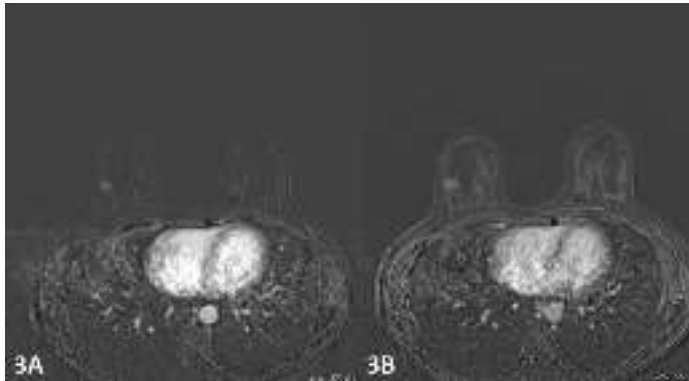
A Sağ meme saat 7-8 hizasında içerisinde büyüğü 1 cm ölçülen çok sayıda kist barındıran sınırları silik heterojen hipoeoik yapıda kitle lezyonu izleniyor. B Lezyonun Doppler kontrolünde internal vaskülarizasyon gösterdiği gözleniyor.

Resim 2A-2B



Lezyonun yağ baskılı T2 aksiyel (A) ve sagittal (B) görüntülerinde çok sayıda kistik komponent barındırdığı izleniyor.

Resim3A-3B



A Lezyonun 1. postkontrast subtraksiyon görüntüsünde, anteriorda 13x11 mm boyutlarında orta hızda heterojen kontrastlanan komponentinin bulunduğu ve geç seride B hafif kontrast kaybına uğradığı gözlenmektedir.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

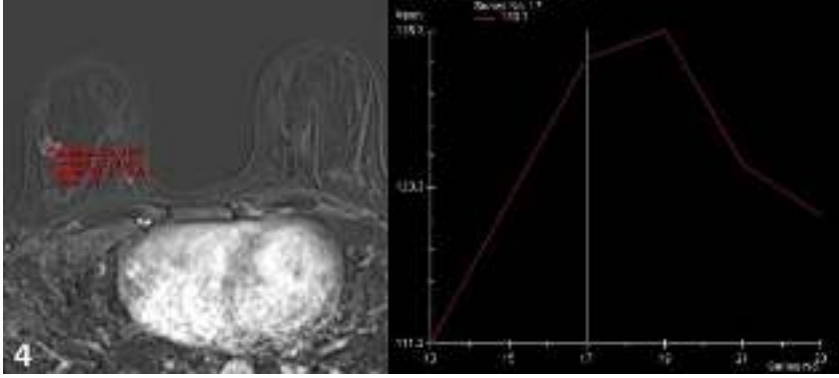
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



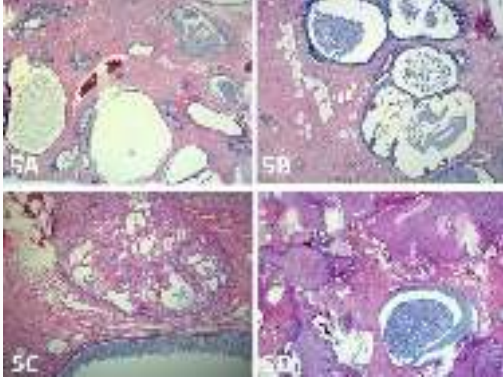
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 4



Lezyondan elde edilen tip 3 kinetik eğri

Resim 5A-5B-5C-5D



Juvenil papillomatozis. A.B. Meme parankiminde “İsviçre peyniri” görünümünde çok sayıda kistler ve belirgin genişlemiş duktuslar izlendi. C. D. Genişlemiş duktusların lümenlerinde çökmüş sekretler, duktal epitelyal hiperplazi, apokrin metaplazi ve duktal karsinoma in-situ alanları gözlendi.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0799 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Nadir Bir Olgu Sunumu; Memenin Mondor Hastalığı

Yeşim Akdeniz<sup>1</sup>, Ali Küçük<sup>2</sup>, Kayhan Özdemir<sup>1</sup>, Ahmet Tarık Harmantepe<sup>1</sup>, Enes Baş<sup>1</sup>, Belma Koçer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi A.B.D.

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Onkolojik Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Mondor hastalığı, meme ve ön göğüs duvarı subkütan damarlarının tromboflebiti ile karakterize nadir görülen iyi huylu bir hastalıktır. Kadınlarda genellikle 30-60 yaşlar arasında görülür. Cilt yüzeysel damarlarında ağrı ve sertleşme şeklinde klinik bulgu verir. Bu olgumuzda, mondor hastalığı tespit ettiğimiz vakamızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Otuzaltı yaşında bayan hasta, iki haftadır sağ memesinde ağrı ve sertlik hissetmesi sebebiyle polikliniğe başvurdu. Kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın meme muayenesinde sağ meme yüzeysel venlerin inspeksiyonla izlenebildiği, palpasyonla da ön aksiller çizgiden başlayıp areolayı çevreleyen, tromboflebit ile uyumlu venöz yapılar tespit edildi (fig 1). Hastanın bu memesine daha önceden almış olduğu darbe veya operasyon öyküsü yoktu. Bilateral alt ekstremitelerde variköz lezyonları mevcuttu. Kalp damar cerrahisi tarafından bu sebeple takipte olan hastanın rutin kullanmakta olduğu bir ilaç yoktu. Hemogram, biyokimyasal parametreleri, fibrinojen ve D-dimer düzeyleri normaldi. Yapılan bilateral meme ultrasonografisi, sağ meme üst dış kadranda birbiri ile birleşme eğiliminde, en geniş yerinde 5,8 mm ölçülen dilate yüzeysel venler izlenmiştir. Kompresyona yanıt vermemektedir. Cidarları normalden kalındır. Memede yüzeysel tromboflebit ile uyumludur, şeklinde yorumlanmıştır. Hastaya non-steroid antiinflamatuvar tablet ve sıcak kompres tedavisi önerildi. İki hafta sonunda gözle görülen tromboze venlerde belirgin gerileme, ağrı şikayetinde azalma, 4 hafta sonunda da tam anlamıyla tedavinin gerçekleştiği tespit edildi.

**TARTIŞMA:** Mondor hastalığı ilk kez 1939'da Henry Mondor tarafından tanımlanmıştır. Orta yaş kadınlarda daha sık görülür. Hastalığın patofizyolojik mekanizması belirsizdir. Memenin ve ön göğüs duvarının yüzeysel venleri tutulur. Meme biyopsisi, travma, aksiller metastaz, giyilen çamaşırın sıkılığı veya o bölgeye maruz kalınan travma olabilecek etiyolojik nedenler arasında belirtilmiştir. Teşhis genellikle klinik olarak yapılır, ancak tanı amaçlı görüntüleme, palpabl bir kitlenin tromboze yüzeysel ven kordonu olduğunu tespit etmek önemlidir. Doppler USG' de tanıda kullanılabilir. Olası maligniteleri de dışlamak gerekir. Tedavisinde non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (nsaii) ile birlikte o bölgeye sıcak kompres uygulanır. Biz de hastamıza NSAİİ tedavisi yanında sıcak kompres uygulaması şeklinde bir tedavi uyguladık. Sonuç olarak; Mondor hastalığı nadir görülen bir durumdur, maligniteler ekarte edildikten sonra bu belirti ve bulguların mondor hastalığı olabileceğinin klinisyenler tarafından göz önde bulundurulması gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** meme, mondor, tromboflebit

fig 1



Sağ meme yüzeysel venlerin inspeksiyonla izlenebildiği, palpasyonla da ön aksiller çizgiden başlayıp areolayı çevreleyen, tromboflebit ile uyumlu venöz yapılar görülmektedir.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0800 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Erkek meme kanserini taklit eden nadir kitle: Pilomatriksoma

Marlen Süleyman<sup>1</sup>, Yusuf Murat Bağ<sup>1</sup>, Kevser Uzunoğlu<sup>1</sup>, Pınar Celepli<sup>2</sup>, Pelin Seher Öztekin<sup>3</sup>, Serap Erel<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

<sup>3</sup>SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**Giriş:** Pilomatriksoma; kıl köklerinin matriks hücrelerinden gelişen, derin dermal veya subkütanoz yerleşimli benign bir tümördür. Yaşamın ilk iki dekadında sık görülür, nadiren pilomatriks karsinomaya dönüşür. En çok baş-boyun bölgesine yerleşip memede yerleşimi çok nadirdir.

**Olgu:** 43 yaşında erkek hasta sağ memede 2 yıldır ele gelen kitle nedeniyle başvurdu. Muayenede sağ meme üst dış kadranda sert kıvamda, lobüler kitle palpe edildi.

USG'de sağ meme saat 2-3 lokalizasyonunda meme başından yaklaşık 3 cm uzaklıkta, 30x12 mm boyutlarında, mikrolobülasyonlar içeren, homojen yapıda hiperekoik solid kitle lezyonu izlendi. Kitle içerisinde mikrokalsifikasyonlar görüldü. RDUS ile incelemede belirgin kanlanma saptanmadı.

**Mamografi:** Sağ meme orta hatta yaklaşık 3x2 cm boyutunda, içerisinde kaba kalsifikasyonlar ve mikrokalsifikasyonlar bulunan düzgün sınırlı orta yoğunlukta fuziform dansite izlendi. Sağ memede malignite yönünden şüpheli solid kitle (BIRADS 4) olarak değerlendirildi. (Resim 1).

Radyolojik bulguların BIRADS 4 olarak değerlendirilmesi üzerine Tru cut biyopsi yapıldı, patoloji sonucu pilomatriksoma olarak raporlandı.

Sonrasında total eksizyon gerçekleştirilen hasta postoperatif 1. gününde taburcu edildi. (Resim 2).

Histopatolojik incelemede pilomatriksoma (Malharbe tümörü) bulguları saptandı, ( Resim 3).

**Tartışma:** Pilomatriksoma kıl kökleri matriksinden gelişen nadir benign yumuşak doku neoplazmidir. Bu lezyonu ilk 1880'de Malherbe ve Chenantais tarif etmişler ve kalsifye epitelioma olarak adlandırmışlardır. En çok baş ve boyun bölgesinde gelişir, gövde ve ekstremitelerde daha az, memede çok nadir rastlanır. Bugüne kadar meme yerleşimli benign pilomatriksoma ile ilgili toplam 15 bildiri yayınlanmıştır.

Genellikle derialtı yerleşimli, 3 cm'den küçük sert kitlelerdir. Lezyon çoğu durumda deriye yapışiktır, alttaki kitle deriyi gerer ve nodüler görünüm oluşturur. Bu patognomik bulguyu "çadır belirtisi" olarak 1978 yılında Graham tarafınca tarif edilmiştir. Tek lezyon olarak ortaya çıkar, %2 oranda multipl olabilir.

Ultrasonografide pilomatriksoma iyi sınırlı, enkapsüle, yüzeysel, posterior akustik gölgelenmesi olan izoekoik, heterojen yapıli kitle olarak görünür. Kitle içinde multipl parlak odaklar ve kapsülü hipoekoik görüntü verebilir. Bizim vakada radyolog mikrolobülasyonlar içeren, homojen yapıda hiperekoik, içerisinde mikrokalsifikasyonlar olan, kanlanma saptanmayan solid kitle tarif etmiştir.

Mamografide pleomorfik kaba, irregüler kalsifikasyonlar içeren nodüler opasiteler olarak görünür (BIRADS IV-V).

Bizim vakada da malignite açısından şüpheli (BIRADS IV), kaba kalsifikasyonlar ve mikrokalsifikasyonlar bulunan düzgün sınırlı orta yoğunlukta fuziform dansite izlenmiştir.

Tedavisi cerrahi eksizyondur. Uygun cerrahi sınırlar ile eksizyon tam kür sağlar, rekürens nadirdir. Pilomatriksoma benign lezyondur fakat malign vakalar da olabileceğini unutmamak lazım. Sadece bir memede malign pilomatriks karsinom vakası bildirilmiştir.

Sonuç olarak nadir rastlanan meme yerleşimli pilomatriksoma memenin primer malign lezyonlarından radyolojik olarak ayırt etmek zordur, ancak histopatolojik inceleme ile tanı konulur. Memede malign görünümlü lezyonların ayırıcı tanısında pilomatriksoma da unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Pilomatriksoma, meme, erkek

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

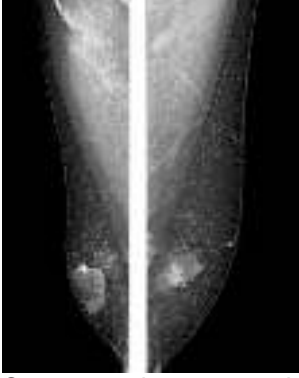
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



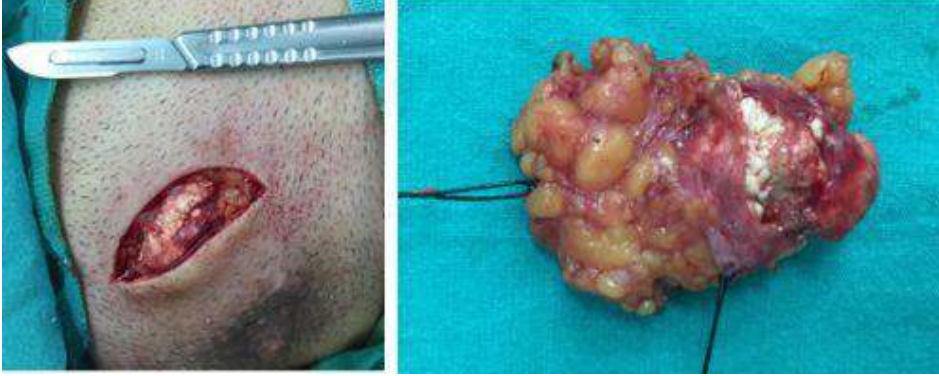
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 1.



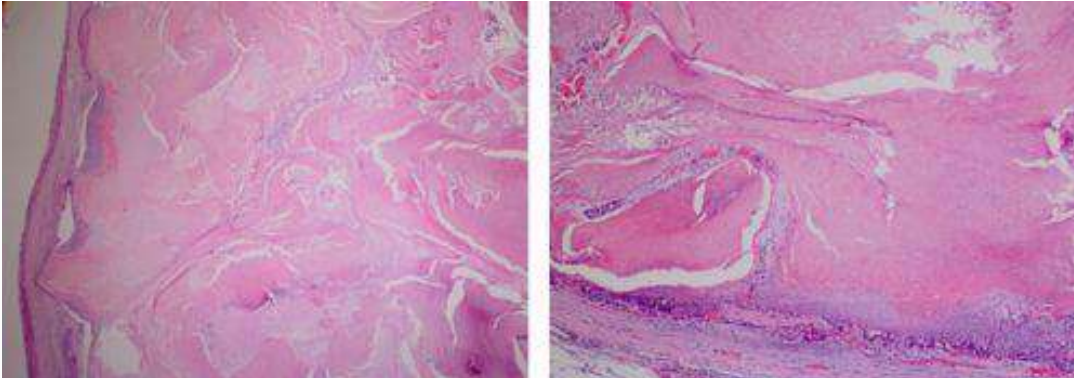
Sağ memede saptanan kitlenin mamografik görüntüsü

Resim 2



Ameliyat görüntüleri: cilt kesisi ve eksizyon materyali

Resim 3.



Matür yağ doku içerisinde iyi sınırlı pilomatriksomaya özgü eozinofilik boyanan gölge hücreler ve bazofilik boyanmış bazaloid hücrelerden oluşan düzensiz adacıklar ve aralarda geçiş zonundan oluşmaktadır. ( X 40, Hematoksilen ve Eozin).

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0801 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Senkron meme ve mide kanseri- Olgu sunumu

Sevinç Dağıstanlı<sup>1</sup>, Nilüfer Bulut<sup>2</sup>, Mustafa Uygur Kalaycı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medikal Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Senkron tümörler hem tanı hem de tedavi planlanmasında güçlük yaratan tümörlerdir. Tanı aşamasında asemptomatik olan tümörün gözden kaçma olasılığı yüksektir. Bunların tedavisinde kesin tedavi protokolleri olmadığı için hastaya özel tedavi stratejisi geliştirmek lazım. Bu olgu sunumunda meme tümörü nedeniyle başvuran hastada evreleme amacıyla yapılan taramalarda rastlantısal olarak senkron mide tümörü saptanmıştır.

**OLGU:** Elli altı yaşında kadın hasta, sağ memede 7mmlik kitle sebebiyle başvurdu. Yapılan tetkiklerinde MMG 'de sağ memede saat 1 hizasında areolaya 3cm uzaklıkta 23x22mm boyutlu düzensiz sınırlı spiküle konturlu hipoekoik lezyon ve sağ aksillada multiple bir kısmının yağ hilusu seçilmeyen lenf nodu saptandı. Memedeki kitleden ve sağ aksilladaki LAP'tan yapılan biyopsi sonuçları invaziv duktal karsinom, aksiller metastaz( Grade:2, ER:+++ PR:++ C-erb-b2: - ki67:%30) olarak rapor edildi. Hastanın uzak organ metastaz tarama amacıyla yapılan PET-CT' de mide korpusta küçük kurvaturada lokalize ve antrum alt yüzünde sonlanan 8 cm'lik segmentte uzanan malign prostate yoğun FDG tutulumu (SUVmax:14.2) ve sağ meme üst iç kadranda saat 2 düzeyinde 23x20mm çaplı artmış FDG tutan (SUVmax:2.9) lokalize ikinci primer tümör ve sağ aksillada level 1 ile level 2'de minimal artmış FDG tutan(SUVmax:3.1) büyüğü 15mm çaplı birkaç adet LAP izlendi. Bunun üzerine yapılan endoskopi de KÖS bileşkenin hemen altından başlayan küçük kurvatura boyunca korpuse ilerleyen ülserovegetan kitle saptandı. Histopatolojik incelemede orta derecede diferansiye adenokarsinom( IHK 'de ER:-,PR:-, C-erb-b2:-) saptandı. Onkoloji konseyinde tartışılan hasta da önce mide tümörüne müdahale edilmesi sonra meme tümörü için neoadjuvan KT( 6 kür FAC) uygulanması daha sonra meme tümörünün cerrahisine karar verildi. Hastaya önce total gastrektomi+D2 diseksiyon uygulandı. Post-operatif mide tümörü patolojisi T3N2M0 ( 3/24 LN) saptandı. Meme tümörü için neo-adjuvan KT(6 kür FAC) uygulandı. Mide ameliyatından 4 ay sonra hastaya modifiye radikal mastektomi uygulandı. Post-operatif meme tümörü patolojisi T2N2M0 ( 9/13 LN, RCB3) saptandı. Mide ve meme cerrahi sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta meme cerrahi sonrası mide tümörü için radyoterapi tedavisi için radyasyon onkolojisine gönderildi. Hastanın 3 ay sonrası yapılan görüntülemelerinde nüks ve/veya uzak metastaz saptanmadı.

**SONUÇ:** Malignite saptanan hastalarda farklı originli ikinci bir tümörün olabileceği akılda tutulmalıdır. Sistemik fizik muayenede ve yapılan tüm görüntüleme ve laboratuvar testlerinde senkron tümör saptanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olguda mide tümörünün meme tümörüne göre daha agresif seyri ve hastanın sağkalımını etkileyeceği göz önünde bulundurularak tedavide mide tümörüne yönelik girişime öncelik verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme tümörü, mide tümörü, senkron tümörler

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

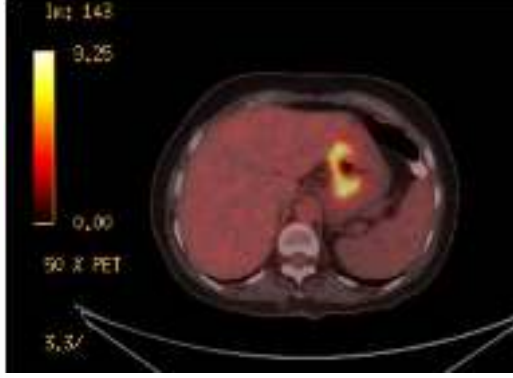
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

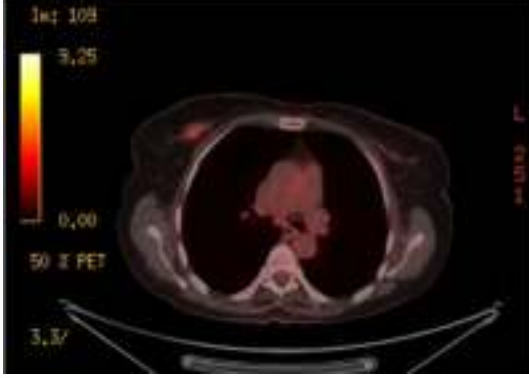


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

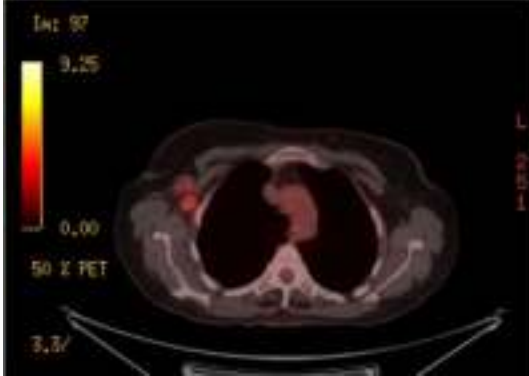
**Resim 1**



**Resim 2**



**Resim 3**



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0802 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Glikojenden Zengin Berrak Hücreli Meme Karsinomu; Klinik Tecrübemiz

Ahmet Karayigit, Mahmut Onur Kültüroğlu, Mehmet Furkan Sağdıç, Onur Can Güler, Bülent Aksel, Lütfi Doğan  
SBÜ Ankara Onkoloji SUAM, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

#### GİRİŞ

Glikojenden zengin berrak hücreli karsinom (GZBHK) meme maligniteleri arasında nadirdir, tüm meme kanserlerinin % 1.4 ila % 3'ü arasında görülür(1). Memenin GZBHK'u, tümör hücrelerinin % 90'dan fazlasının glikojen içeren bol miktarda berrak sitoplazmaya sahip olduğu bir karsinom olarak tanımlanır ve ayrı bir histolojik varyant olarak kabul edilirdir(2).

#### YÖNTEM VE GEREÇLER

2013-2018 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen 4350 meme kanserli hastanın retrospektif taranması sonucunda 5 hastanın memenin GZBHK tanısı almış olduğunu gördük(%0.1). Hastaların klinik ve patolojik özellikleri kaydedilerek, hastalıklı ve toplam sağkalım süreleri hesaplanmıştır.

#### BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 53 (36-65) olarak bulunmuştur. Hastaların 4'ü (%80) tanı anında postmenapozal olduğu görülmüştür. Tanı hastaların %40'ına eksizyonel biyopsi ile konulmuştur. Hastaların %80'ine mastektomi, %20'sine meme koruyucu cerrahi uygulanmıştır. Hastalardan 2'sinde (%40) Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) reaktifti. SLNB pozitif olan 2 (%40) hastaya aksiller diseksiyon yapılmıştır. Tümör özelliklerine bakıldığında %40'ının T1, %40'ının T2 boyutunda olduğu, tümörlerin %60 ER (-), tamamında PR (-), %80'inde cERBB2 skor0 olduğu saptanmıştır. Hastaların %80'i grade III olarak bulunmuştur. Hormonoterapi alan hasta oranı ise %20'dir. Ortalama 13 aylık takip süresinde hiçbir hastada lokal rekürrens görülmemiş olup 1 hastada sistemik rekürrens izlenmiştir.

#### TARTIŞMA

GZBHK memenin nadir görülen bir tümörüdür. Ancak berrak hücreli morfolojide olan meme kanserlerinden en sık görülenidir(1). Memenin GZBHK'u, tümör hücrelerinin % 90'dan fazlasının glikojen içeren bol miktarda berrak sitoplazmaya sahip olduğu bir karsinom olarak tanımlanır ve ayrı bir histolojik varyant olarak kabul edilir(2). 1985'te Fisher ve arkadaşları 45 olguda memenin GZBHK için yaygın olarak görülen meme karsinomlarına göre hastalıklı sağ kalım açısından anlamlı olarak düşük (p=0,0038) olduğunu bildirdiler. Memenin GZBHK morfolojisi akciğer, endometrium, serviks, böbrek ve tükrük bezi karsinomları ile benzerlik göstermektedir. Ayırıcı tanıda bu tümörlerin metastazı akılda tutulmalıdır. Memedeki GZBHK prognozunun olumlu olmadığı, ayrıca sıradan invaziv duktal karsinomlarla evre temelli kıyas edildiği zaman benzer veya daha kötü olabileceği rapor edilmiştir.

#### KAYNAKLAR

- 1) Markopoulos C, Mantas D, Philipidis T, Kouskos E, Antonopoulou Z, Hatzinikolaou ML, Gogas H. Glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast. World Journal of Surgical Oncology 2008, 6:44 doi:10.1186/1477-7819-6-44
- 2) Mizukami Y, Takayama T, Takemura A, Ichikawa K, Onoguchi M, Taniya T. Glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast: a case report. J Med Ultrasonics (2009) 36:39-43
- 3) Baslaim MM, Junainah EM, Ahmad HH, Semilan AF, Al-Ghamdi AO, Rahimuddin NO, Salman BA. Glycogen Rich Clear Cell Carcinoma (GRCC) of the breast may not have a poor prognosis. International Journal of Surgery Case Reports 33 (2017) 92-96

**Anahtar Kelimeler:** glikojen, kanser, meme kanseri

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**TABLO-1**

|                |               |      |
|----------------|---------------|------|
| YAŞ            | <50           | %20  |
|                | >50           | %80  |
| MENOPOZ DURUMU | Postmenopozal | %80  |
|                | Premenopozal  | %20  |
| BİYOPSİ        | Eksizyonel    | %40  |
|                | Diğer         | %60  |
| CERRAHİ        | Mastektomi    | %80  |
|                | Mkk           | %20  |
| TM BOYUTU      | T1            | %40  |
|                | T2            | %40  |
| GRADE          | G2            | %20  |
|                | G3            | %80  |
| ER             | +             | %40  |
|                | -             | %60  |
| PR             | +             | %0   |
|                | -             | %100 |
| Cerb2          | Skor0         | %80  |
|                | Skor1         | %20  |
| KT             | +             | %100 |
|                | -             | %0   |
| RT             | +             | %100 |
|                | -             | %0   |
| HT             | +             | %20  |
|                | -             | %80  |

Hastaların klinik ve patolojik özellikleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0803 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Granülatöz Mastitte Cerrahların Tedavi Yaklaşımında Farkındalığının Değerlendirilmesi: Anket Çalışması

Sema Yüksekdağ, Ömer Faruk Özkan, Özgül Düzgün, Ethem Ünal, Fikret Ezberci, Neset Köksal  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### AMAÇ

Granülatöz Mastit, etyolojisi ve tedavisiyle ilgili tartışmaların süregeldiği, memenin benign bir patolojisi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde birçok hastalıkta konsensus sağlanmışken, granülatöz mastit tedavi ve yaklaşım algoritması oluşturulamamıştır. Çalışmamızda genel cerrahi uzmanlarına yönelik hazırlanan 15 soruluk bir anketle granülatöz mastite hekimlerin yaklaşımındaki farklılığın ortaya konulması amaçlandı.

#### MATERYAL – METOD

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınan etik kurul onayı sonrası hazırlanan 15 farklı soruyu içeren çoktan seçmeli ve kategorik anket genel cerrahi uzmanlarına yöneltildi. Toplanan veriler istatistiksel olarak değerlendirilmek üzere SPSS programına yüklendi. Sonuçlar yüzdelerle dilimlere göre değerlendirildi.

#### SONUÇ

Yüz elli genel cerrahi uzmanında planlanan çalışmanın erken dönemde elde edilen otuz katılımcının sonuçlarına göre, yılda ortalama 5-10 arası granülatöz mastit vakası gören uzman sayısı 8 ( % 26,6), 5'den az vaka gören uzman sayısı 16 (%53,3) olup, tedavide tüm katılımcı uzmanların ilk tedavi seçeneği medikaldir. Medikal tedavi yöntemlerinden en sık antibiyoterapi tercih edilirken %85, cerrahi tedavi yöntemlerinden en sık abse drenajı( %70) 'ydı. Katılımcıların çoğunluğu ulusal toplantılarda granülatöz mastit konusuna yeterli zamanın ayrıldığını düşünmekteydi.

#### TARTIŞMA

Çalışmamızın erken dönem sonuçlarına göre, granülatöz mastit hastalığında cerrahlar ön planda medikal tedaviyi tercih etmekteydi; medikal tedavide de, ilk sırada antibiyoterapi; ikinci sırada da topikal steroid tercih edilmişti.

**Anahtar Kelimeler:** Granülatöz mastit, Anket Çalışması, Genel Cerrahi Uzmanları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0804 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanserinde SLNB'nin Yok Denilen Yalancı Pozitifliği; Klinik Değerlendirme

Semih Yaman, Mustafa Şit, Bahri Özer, Oğuz Çatal, Elif Yalçın, Selçuk Köksal, Muhammet Fatih Keyif, Ferdi Bolat, Özgür Kurtkulağı, Mehmet Hayri Erkol

Abant İzzet Baysal Üniversite, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu, Türkiye

Tümörün bulunduğu yerden, drene olacağı ilk lenf bezine bekçi, gözcü veya haberci anlamına gelen “sentinel” lenf bezi denmektedir(1). Hipotetik olarak eğer sentinel lenf bezi tümör taşımıyorsa o bez yatağındaki diğer lenf bezlerinin de tümörsüz olduğu kabul edilir. Böylece yapılacak olan bölgesel lenfatik diseksiyona gerek kalmaz ve buna bağlı olabilecek vasküler ve nöral zedelenmeler ile yara enfeksiyonları ve işleme bağlı yüksek maliyetten kaçınılmış olunur. SLNB aksillanın evrelemesinde düşük morbidite ve % 90'ın üzerinde doğruluk oranıyla kolay uygulanabilir bir teknik olarak meme cerrahisinde başarı ile birçok merkezde uygulanmaktadır. Yapılan birçok çalışmada SLNB'nin yaklaşık % 5-10 yanlış negatif sonuçla etkili ve kolay uygulanan bir yöntem olduğu gösterilmiştir(2). LN'nin intraoperatif değerlendirmesinde, frozen kesit ve sitolojik incelemenin doğruluk oranları birbirine yakın olup % 80 ile % 99 arasında değişmektedir. Yanlış pozitiflik yok ya da yok denecek kadar azdır. Yanlış negatiflik ise frozen kesit için % 9- 52, sitolojik inceleme için ise % 5-70 olarak bildirilmektedir. Her iki yöntem için de yanlış negatif sonuçların önemli bölümü (% 75-90) mikrometastaza bağlıdır(10,11). Bu retrospektif çalışmada literatürde yok ya da yok denecek kadar az olduğu bilinen SLNB'nin yalancı pozitifliği 1 vakada gözlenmiştir. SLNB'i yapılan 52 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların tamamının klinik ve radyolojik kayıtları değerlendirilmiştir. 52 hastadan 15 hastada SLNB'sinde tutulum gözlenmiştir ve ALND'i yapılmıştır. Geriye kalan 37 hastada SLNB negatif gelmiştir. SLNB'si frozen inceleme de pozitif olan ve ALND yapılan 15 hastadan 1 hastada ALND negatif gelmiştir. Oran vermek için hasta sayısı az olmakla birlikte SLNB'nin literatürdeki gibi yok ya da yok denecek kadar az yalancı pozitifliğinin olması açısından daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulması adına yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Meme, SLNB, Yalancı pozitif

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0805 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Erken Evre Meme Kanseri SLNB'i Yapılan ve Negatif Gelen 37 Hastanın Uzun Dönem Takiplerinde Aksiller Tutulum Olan İki Hasta

Mustafa Şit, Semih Yaman, Oğuz Çatal, Bahri Özer, Elif Yalçın, Selçuk Köksal, Muhammet Fatih Keyif, Ferdi Bolat, Özgür Kurtkulağı, Mehmet Hayri Erkol  
Abant İzzet Baysal Üniversite, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu, Türkiye

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de meme kanseri en çok gözlenen kanserlerdendir. Kadınlarda kanserlerin yaklaşık %30 gibi ciddi bir orana sahiptir ve kansere bağlı ölümlerin %20'sini oluşturur. Ancak erken tanı konulup doğru tedavi ile uzun süre hastalıksız sağ kalım sağlanabilmektedir. ALND'nun morbiditesinin fazlalığı ve erken evre meme kanserinde klinik olarak aksillası negatif olan hastalarda aksillanın %60-70 negatif çıkma olasılığı, günümüzde yerini daha az invaziv bir işlem olan ve aksillanın durumunu yüksek olasılıkla (%95 gibi) doğru bir şekilde yansıtan SLNB'ye bırakmaktadır. Sentinel lenf nodu (SLN), aksilladaki lenfatik akımı alan ilk lenf nodudur. Sentinel lenf nodu (SLN) nun belirlenmesinde sadece mavi boya (İzosülfan mavisi, metilen mavisi, patent blue viole), sadece nükleer madde (Genellikle Tc-99) tek başına kullanılabileceği gibi iki yöntemin birleştirilmesinin başarıyı artırdığı genel kabul gören bir durumdur. Ancak bu yöntemin standart I. ve II. düzey ALND'nun yerine kullanılabilmesi için %90'nın üzerinde doğruluk ve %5'in altında yanlış negatiflik oranlarına ulaşılacak tecrübenin kazanılmış olması gerekmektedir (7). Yapılan bir çok çalışmada negatif SLNB'i sonrasında ALND yapılmayan hastalarda nüks %0-3 arasında olduğu gösterilmiştir ki bu durum SLNB'yi ciddi anlamda desteklemektedir. Yine yapılan birçok çalışmada SLNB'nin yaklaşık % 5-10 yanlış negatif sonuçla etkili ve kolay uygulanan bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Bu retrospektif çalışmada erken evre meme kanseri olan 52 hastaya İzosülfan mavisi ile SLNB yapılmıştır, 37 hastada SLNB(-) gelmiştir, uzun dönem takiplerinde sadece 2 hasta da aksiller tutulum gözlenmiştir. Aksiller tutulum tespit edilen hastalara ALND yapılmıştır ve hastalarda survey kaybı gözlenmemiştir. Retrospektif bu çalışmamızda vurgu yapmak istediğimiz konu da aslında erken evre meme kanserinde SLNB'si negatif gelen ve ALND yapılmayan hastalarda aksiller metastaz/mikrometastaz yoktur kararına varmamamız gerektiği, metastaz/mikrometastaz olabileceği ve SLNB yalancı negatifliğinin unutulmaması gerektiğidir. Hastaya bu konuda gerekli açıklamaların yapılması gerektiği, hasta takibinin ve hasta uyumunun ne kadar önem arz ettiğini göstermektir. Bu şartlar altında SLNB'nin ALND'ye alternatif bir yöntem olabileceğidir.

**Anahtar Kelimeler:** Aksilla, Meme, SLNB

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0806 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanseri Farkındalık Değerlendirmesi

Bedri Burak Sucu, Yavuz Pirhan, Utku Özgen, Musa Karakuş, Arife Polat Düzgün  
Amasya Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Amasya

#### AMAÇ:

2000'li yıllardan beri tüm kanser istatistiklerimizde kadın kanserlerinin %20-25'i meme kanseridir. 2004 yılından beri kadınların meme kanserinin erken teşhisinin önemini ve meme kanseri farkındalığının vurgulanması amacıyla Ekim ayı tüm dünyada ve ülkemizde meme kanseri bilinçlendirme ve farkındalık ayı olarak belirlenmiştir. Biz de aktif geçen bu ayın sonunda bayanlara meme kanseri hakkında sorular sorarak cevaplarını değerlendirmeyi amaçladık.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Hastanemiz genel cerrahi kliniğinde Kasım 2017 tarihinde refakatçi olarak bulunan ve hasta ziyaretine gelen 18 yaş üstü 100 bayana meme kanseri konusunda yaş, kimlerde meme kanseri riski vardır?, mamografi meme kanseri yapar mı?, doğum kontrol hapları meme kanseri yapar mı? ve üzüntü meme kanseri yapar mı? soruları yüzyüze soruldu. Verdikleri cevaplar IBM SPSS paket programı kullanarak değerlendirildi.

#### BULGULAR:

Bayanların yaş ortalaması 45 idi. Kimlerde meme kanseri riski vardır? sorusunu %25 i aile öyküsü olanlarda, %12 si 40 yaş üstünde ki bayanlar ve %25 i de bilmediğini söyleyerek cevapladı. Ayrıca alkol, sigara ve radyasyon cevapları da verildi. Mamografi çekilmesini %34'ü tehlikeli olarak biliyordu. %43'ü oral kontraseptif kullanımı meme kanseri yapar diyerek cevapladı. %87'si de üzüntü meme kanseri yapar diyerek cevap verdi.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Meme kanserine karşı en iyi koruyucu yöntem erken teşhistir. Bu nedenle kadınların bilinçlendirilmesi şarttır. Bu çalışma grubu örnek alındığında bayanlarda meme kanseri farkındalığını artırmalıyız. Meme kanseri farkındalığının artması hastaların erken evrede başvurmasını sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** meme kanseri, meme kitleleri, farkındalık

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0807 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Granülatöz Mastitte Sistemik Steroid Tedavisi Sonuçları: Ardışık 20 Olgunun değerlendirilmesi

Sema Yüksekdağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Granülatöz mastit, etiolojisi ve tedavisiyle ilgili tartışmaların süregeldiği, memenin benign bir patolojisi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde birçok hastalıkta konsensus sağlanmışken, granülatöz mastit tedavi ve yaklaşım algoritması oluşturulamamıştır. Çalışmamızda granülatöz mastit nedeniyle sistemik steroid tedavisi uygulanan hastaların sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğinde son üç yılda (Ocak 2015-Aralık 2017) granülatöz mastit nedeniyle takip ve steroid tedavisi yapılan 20 hastanın demografik verileri, radyolojik sonuçları, lokalizasyonu, tedavi sonuçları hastane verilerinden ve hastalarla bire bir temas kurularak kaydedildi. Sonuçlar ortalama verilere göre değerlendirildi.

**BULGULAR:** Granülatöz mastit nedeniyle takip edilen 20 kadın hastanın yaş ortalaması 38 olup (range, 24 - 48), lezyonun lokalizasyonu açısından değerlendirildiğinde hastaların 16'sında lezyon sol meme yerleşimliken (% 80), hastaların 3'ünde sağ yerleşimli (% 15), 1 hastada bilateral yerleşimliydi (% 5). Şikayetler açısından değerlendirildiğinde, hastaların tamamında lezyonun olduğu bölgeden seropürülan akıntı (n=20, % 100), 14 hastada ağrı (% 70), 10 hastada ise ele gelen kitle şikayeti (% 50) mevcuttu. Hastaların tamamında ultrasonografik olarak sıvı koleksiyonu ve kitlesel imaj saptandı. Ultrason eşliğinde yapılan biyopside, 18 hastada ilk biyopsi sonrası tanı konulurken; 2 hastada biopsi tekrarı sonrası tanı konuldu. Abse formasyonu olan hastalara drenaj işlemi yapıldı. Diğer tanı almış hastalara drenajsız, antibiyoterapi uygulandı. Tüm hastalara antibiyoterapi sonrası, tanının kesinleşmesini takiben 60 mg/gün sistemik steroid tedavisine başlandı. Steroid tedavisi sonrası hastalığın cevabına göre yapılan haftalık kontrollerde, 4.haftanın sonunda steroid dozu azaltılarak 6. haftada sonlandırıldı. Takip edilen 20 hastada tam yanıt alınmış olup, süreç içerisinde herhangi bir olguda nüks saptanmadı.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Granülatöz mastit tanı ve tedavi sürecindeki tartışmalar günümüzde halen devam etmektedir. Sistemik steroid tedavisinin granülatöz mastitte etkin, uygulanabilir, düşük maliyetli bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Granülatöz Mastit, Sistemik Steroid, Tedavi Sonuçları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0808 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin Nadir Görülen Tümörü: Müsinöz Kistadenokarsinom

Hande Köksal<sup>1</sup>, Meryem İlkay Eren Karanis<sup>2</sup>, Derviş Ateş<sup>1</sup>, Osman Doğru<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Konya

#### Amaç

Memenin primer müsinöz kistadenokarsinomu son derece nadir görülmekte olup, histolojik olarak over, pankreas, ve appendiksin müsinöz kistadenokarsinomlarına benzer şekilde ekstrasellüler ve/veya intrasellüler müsin varlığı ile karakterizedir. Literatürde çoğunlukla hormon reseptörleri negatif olarak saptanmış ve hormon bağımsız tümörler olarak bildirilmiştir. Burada, biyopsi materyalinde hormon reseptörleri pozitif olarak değerlendirilen ve adjuvan hormonoterapi planlanan hasta tanıdaki güçlükler ve tedavi planlaması açısından tartışılmak üzere sunulacaktır.

#### Olgu

85 yaşındaki kadın hasta sol memede yaklaşık 1 ay önce fark ettiği, ele gelen şişlik nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol meme saat 11 hizasında areoladan 3-4 cm uzakta 2 cm çaplı düzensiz sınırlı, sert, mobil kitle saptandı. Ultrasonografi ve mamografisinde "BIRADS 5" olarak raporlanan lezyondan trucut bx yapıldı. Patoloji sonucu "ER pozitif invaziv meme karsinomu" olarak bildirildi. Evreleme çalışmalarında başka bir odak saptanmadı ve hastaya cerrahi tedavi önerildi. Tedaviyi kabul etmeyen hasta 2 yıl sonra sol memeyi yarıya yakın dolduran, yaklaşık 10 cm çaplı, ülserle lezyon ile tekrar başvurdu. Fizik muayenede kitlenin pektoral kasa fikse olmadığı ve aksillada da ele gelen lenf nodu olmadığı görüldü. Evreleme için tekrar tetkikler yapıldı ve memeden başka odak saptanmadı. Medikal onkoloji tarafından da değerlendirilen hastaya öncelikle cerrahi tedavi önerildi ve mastektomi yapıldı. Spesmenin immünohistokimyasal incelemesinde 9x6,3x5 cm boyutunda, intaduktal karsinom alanları da içeren, intrasellüler ve ekstrasellüler müsin içeren müsinöz kistadenokarsinom saptandı. Mammoglobulin ve GCDFP-15 boyalarının negatif olmasına rağmen evreleme için yapılan PET-CT'de başka odak olmaması ve spesimde tümör çevresinde duktal karsinoma in-situ odaklarının da olması nedeniyle tümör primer meme kaynaklı olarak yorumlandı. Biyopsi materyalinde ER(+) olmasına rağmen spesimde ER ve PR reseptörleri de negatifti. Bu da tümörün heterojen iç yapısı ile ilişkilendirildi. Performans statusu göz önüne alınarak kemoterapi planlanmayan hastaya biopsideki ER(+)lığına dayanılarak adjuvan hormonoterapi başlandı. Hasta postoperatif 4. ayda olup hastaliksiz takip altındadır.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Müsinöz kistadenokarsinom ileri yaş kadınlarda görülme eğiliminde olup iyi prognozludur. Bizim vakamız da ileri yaştadır. Ayrıca ilk tanıdan iki yıl sonra opere olmasına rağmen uzak metastaz saptanmaması iyi prognozla uyumlu olabilir. Literatürdeki çoğu vakada hormon reseptörleri negatif olarak bildirilmesine rağmen, bizim hastamızda biyopsi spesmeninde ER pozitifliği saptanması nedeniyle hormonoterapi planlanmıştır. Memenin nadir görülen tümörlerinden olan müsinöz kistadenokarsinom gerek tanıdaki güçlükler gerek tedavi planlamasındaki aşamalar açısından tartışılmış olup literatürde de nadir rastlanan vakalardan elde edilen bilgi birikimine katkıda bulunulmak amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** kistadenokarsinom, meme kanseri, müsinöz

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim 1



Resim 2



Resim 3



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

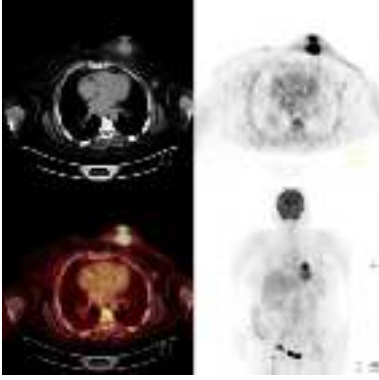
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

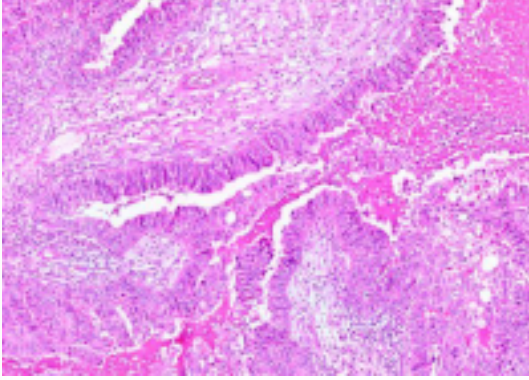


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 4**

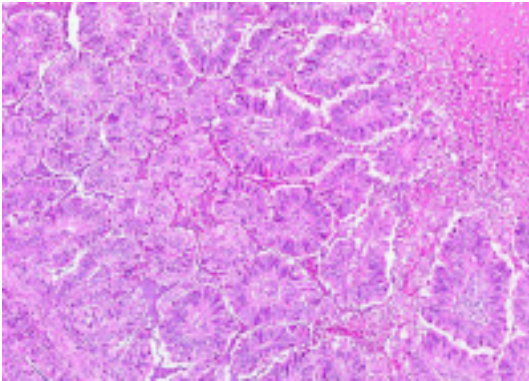


**Resim 5**



Resim 5 ve 6: Müsinöz kistadenokarsinomun mikroskopik görünümü. Fibrovasküler kordlar etrafında sıralanmış, soluk-eozinofilik sitoplazmalı, veziküler nükleuslu, pleomorfik hücrelerden oluşan papiller yapılar yapmış tümoral lezyon, HEx100.

**Resim 6**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

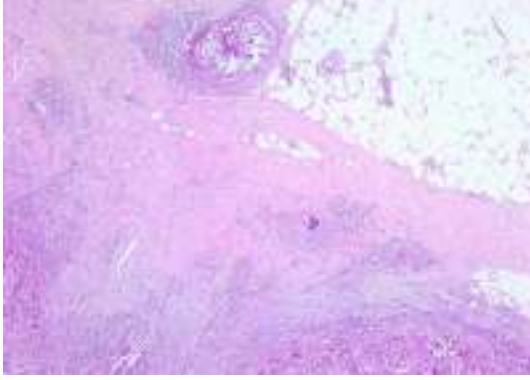
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



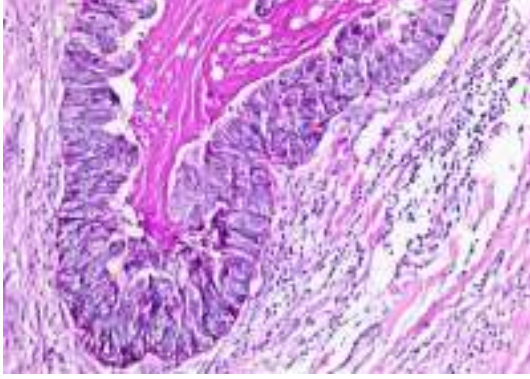
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 7**



Resim 7: Resmin alt tarafında invaziv tümör, resmin üst kısmında intraduktal karsinom alanı, HEx50.

**Resim 8**



Resim 8: Histokimyasal PAS boyası ile tümör hücrelerinin stoplazmalarında müsin varlığı, PASx200.

**Resim 9A**



Resim 9A: İmmünohistokimyasal Müsin 1 boyası ile tümör hücrelerinin stoplazmalarında pozitif boyanma, MUC1X200

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

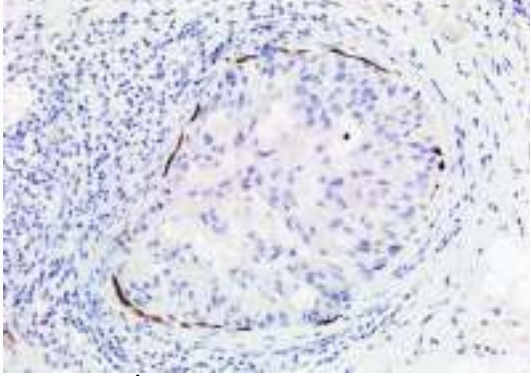
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 9B**



Resim 9B: İmmünohistokimyasal CK14 boyası ile intraduktal karsinom çevresinde miyoepitelial hücre varlığı, CK14x200.

### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0810 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Enkapsüle Papiller Meme Karsinomu; Gerçekten Masum Bir Tümör Mü?

Cemal Kaya<sup>1</sup>, Pınar Yazıcı<sup>1</sup>, Ramazan Uçak<sup>2</sup>, Deniz Türkyılmaz Mut<sup>3</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Enkapsüle papiller karsinom (EPK), invaziv duktal karsinomun bir varyantı olarak kabul edilen ve nadir görülen bir meme karsinomudur. Şimdiye kadar yapılmış çalışmalarda bu tümörler mükemmel prognoza sahip benign davranışlı olarak sunulmuştur. Çalışmamızda agresif seyirli bir EPK olgusunda tanı ve tedaviye yaklaşımı irdelemeyi amaçladık.

**OLGU:** Altmışsekiz yaşında kadın hasta 10 ay önce sol memede yeni gelişen kitle nedeniyle dış merkeze başvurması üzerine yapılan görüntüleme ve sonrasında tru cut biopsi sonucu negatif gelmesi üzerine hastaya takip önerilmiş. Sol memedeki kitlenin büyümesi ile birlikte sternum üzerinde de yeni gelişen kitle oluşması üzerine tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol meme iç kadranını dolduran ve meme cildinde çekintiye neden olan yaklaşık 8\*7 cm boyutunda mobil orta serlikte kitle ve sternumda yaklaşık 7\*4 cm boyutunda sert yapıda kitleler palpe edilirken aksilla negatif olarak saptandı. Yapılan mamografi ve ileri manyetik rezonans görüntülemesinde sol meme iç kadranda 7.5\*6 cm'lik solid komponenti bulunan kistik kitle ve bu kitleyle bağlantılı sternumun büyük kısmını içine alan nekrotik karakterde ikinci bir kitle saptandı (Resim-1). Sol memedeki kitleden yapılan biyopsi sonucunda invazyon karakteri belirlenemeyen papiller tümör gelmesi üzerine sol memedeki kitleye geniş eksizyon yapıldı. Hasta postoperatif 2. gün sorunsuz taburcu edildi. Histopatolojik incelemede 3\*3\*2 cm lik solid komponenti bulunan enkapsüle papiller karsinom tespit edildi (Resim-2). Lenfovasküler invazyon saptanan kitlenin immunohistokimyasal değerlendirmesinde Lüminal A paterni izlendi. Hasta onkolojik tedaviye yönlendirildi.

**TARTIŞMA:** Literatürde genellikle iyi huylu davranışlı olarak tarif edilen memenin papiller karsinomunun tanı ve tedavisi konusunda nadir görülmeleri sebebiyle yeterince kanıt bulunmamaktadır. EPK tüm meme kanserlerinin %0.5-1'ini oluşturan ve genellikle postmenapozal kadınlarda görülen bir tümördür (1). Meme duktus epitelinden kaynaklanan bu tümörü normal meme dokusundan ayıran ince bir kapsül mevcuttur. Bu hastalar çoğunlukla memede büyük kistik kitleler şeklinde karşımıza çıkmaktadırlar. Tanısında core-biopsi atipi, yüksek riskli lezyon varlığı ya da radyoloji-histoloji uyumsuzluğu durumunda cerrahi eksizyon önerilmektedir (2). Bizim olgumuz yukarıda belirtilen özellikler ışığında tipik bulgular sergilemekte ise de ayırıcı tanı zorluğu nedeniyle hastalık ileriki evrelerde tespit edilebilmiştir.

Tedavi prosedürü, uygun olgularda kitlenin lumpektomi veya mastektomi (sentinel lenf nodu/ aksiller diseksiyon ile) ve ardından adjuvan radyoterapi +/- hormonoterapi yaklaşımını içermektedir. On yıllık sağkalım oranları %95'in üzerinde olmasına rağmen özellikle yüksek dereceli tümörlerde rekürrens ve metastaz riski vardır. Fakat bizim olgumuzda olduğu gibi geç tespit edilen ileri evre tümörlerde tümör derecesinden bağımsız agresif davranış görülebileceği unutulmamalıdır.

**SONUÇ:** İleri yaş kadın hastalarda görüntüleme ve biyopsi inceleme sonuçları uygunsuzluğunda papiller karsinom mutlaka akılda tutulmalı ve tanıda ileri tetkik ve kitlenin eksizyonel biyopsisi alternatif akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Enkapsüler papiller kanser, Meme, Prognoz

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim-1: Sol memede kitle ile sternal metastaz arasındaki bağlantı; sarı ok**



**Resim-2: Tümörün makroskopik kesiti**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0811 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### İnvaziv Mikropapiller Meme Karsinomalı Olguların Mikro Papiller Komponent Oranının Prognoz Üzerine Etkisi

Cemal Kaya<sup>1</sup>, Ramazan Uçak<sup>2</sup>, Emre Bozkurt<sup>1</sup>, Sinan Ömeroğlu<sup>1</sup>, Kinyas Kartal<sup>1</sup>, Pınar Yazıcı<sup>1</sup>, Ufuk Oğuz İdiz<sup>3</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Memenin invaziv mikropapiller karsinoması (İMPK) invaziv duktal karsinomanın seyrek rastlanan, agresif bir varyantıdır. Bu tümörlerdeki mikropapiller komponent (MPC) oranının prognostik önemi tartışmalıdır. Bu çalışmada, MPC oranının bu hastaların prognozu üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEMLER:** İMPK'lı 47 hastanın verileri retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastalar iki gruba ayrıldı: MPC-r, ≤% 75 (Grup 1) ve >% 75 (Grup 2). Hastaların demografik özellikleri, tümörün histopatolojik özellikleri ve sağkalım oranları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** İki grup arasındaki demografik özellikler benzerdi. Tümör çapı, lenf nodu metastazı, lenfovasküler invazyon, histolojik grade, multisentrikite, lokal rekürrens, uzak metastaz ve genel sağkalım açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo-1,2,3. Resim-1).

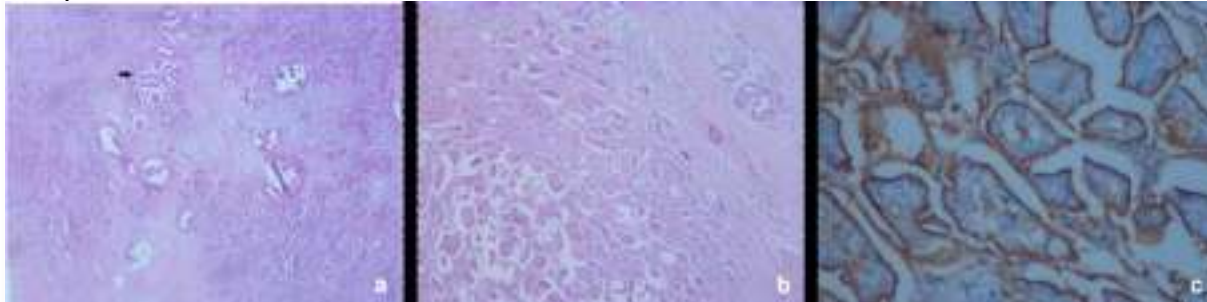
**TARTIŞMA:** 2003 yılındaki WHO sınıflamasında İMPK, memenin duktal karsinomunun bir alt tipi olarak tanımlanmış ancak özellikle saf formunun çok nadir görülmesi nedeniyle MK oranı ile ilgili bir yüzde belirtilmemiştir(1). Daha sonra yapılan çalışmalarda genel olarak kabul edilen MK'in %50'nin üzerinde olması teşhis için gerektiği yönünde olmasına rağmen %25 hatta %10 gibi oranların da bu tümörlerin tanımı için yeterli olabileceği söylenmektedir (2).

İMPK ile ilgili daha önce yapılan çalışmalarda bu tümörlerin genellikle daha yüksek TNM evresi, lenf nodu metastazı ve lenfovasküler invazyon(LVI) başta olmak üzere birçok prognostik faktör ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (3,4). Çalışmamızda da genel olarak meme kanserlerinde etkili olan prognostik parametreler ele alınarak MPC oranlarına göre karşılaştırıldı ancak bir ilişki saptanmadı

**SONUÇ:** İPMC'li hastalarda, pozitif reseptör karakteristikleri yüksek MPC-r ile ilişkili olmasına rağmen, nüks ve sağ kalım oranları, farklı MPC-r için % 75'lik bir kesme seviyesinde benzer bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** İnvaziv mikropapiller karsinom, Meme kanseri, Mikropapiller komponent

**Figür1-a) İnvaziv duktal karsinomalı (Hematoksilen-eozin, x40) fokal mikro papiller yapılar (ok), b) invaziv karsinomda difüz mikropapiller diferansiyasyon, c) mikropapiller karsinomda "iç-dış" patern (immünohistokimya, x200)**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Tablo-1: Hastaların genel özellikleri

| Özellik               | n  | %     |
|-----------------------|----|-------|
| Yaş                   |    |       |
| 0-50                  | 14 | 30.0% |
| >50                   | 14 | 30.0% |
| Tumor boyutu (cm)     |    |       |
| <2                    | 4  | 14.3% |
| 2-5                   | 16 | 34.3% |
| >5                    | 4  | 14.3% |
| Grade                 |    |       |
| 1                     | 1  | 2.1%  |
| 2                     | 13 | 27.9% |
| 3                     | 9  | 19.6% |
| 4                     | 1  | 2.1%  |
| Östrogen reseptörü    |    |       |
| N                     | 21 | 44.7% |
| P                     | 5  | 10.6% |
| Lymph node            |    |       |
| 1-3                   | 13 | 27.9% |
| >3                    | 5  | 10.6% |
| Lymph node metastasis |    |       |
| N                     | 1  | 2.1%  |
| P                     | 21 | 44.7% |

Tablo-2: Grupların genel karşılaştırılması

|                       |        | Mikropapiller ratio |       |      |       |       |
|-----------------------|--------|---------------------|-------|------|-------|-------|
|                       |        | <75%                |       | >75% |       |       |
|                       |        | n                   | %     | n    | %     | p     |
| Age                   | ≤ 50   | 14                  | 30.0% | 5    | 31.8% | 0.71  |
|                       | >50    | 14                  | 30.0% | 13   | 68.4% |       |
| Tumor diameter (cm)   | ≤ 2 cm | 4                   | 14.3% | 2    | 10.5% | 0.49  |
|                       | 3-5 cm | 16                  | 34.3% | 16   | 84.2% |       |
|                       | > 5 cm | 4                   | 14.3% | 1    | 5.3%  |       |
| Grade                 | 1      | 1                   | 2.1%  | 2    | 10.5% | 0.486 |
|                       | 2      | 13                  | 27.9% | 3    | 15.8% |       |
|                       | 3      | 9                   | 19.6% | 5    | 26.3% |       |
|                       | 4      | 1                   | 2.1%  | 1    | 5.3%  |       |
| ER                    | N      | 25                  | 52.1% | 14   | 71.7% | 0.486 |
|                       | P      | 5                   | 10.6% | 5    | 26.3% |       |
| Lymph node            | 1-3    | 13                  | 27.9% | 6    | 31.6% | 0.751 |
|                       | >3     | 5                   | 10.6% | 7    | 35.8% |       |
| Lymph node metastasis | N      | 7                   | 14.3% | 3    | 15.8% | 0.440 |
|                       | P      | 21                  | 44.7% | 16   | 84.2% |       |

Tablo-3: Moleküler özelliklere göre grupların karşılaştırılması

|                   |             | Micropapillary ratio |       |      |       |        |
|-------------------|-------------|----------------------|-------|------|-------|--------|
|                   |             | ≤75%                 |       | ≥75% |       |        |
|                   |             | n                    | %     | n    | %     | p      |
| ER                | N           | 11                   | 39.3% | 2    | 10.5% | 0.001* |
|                   | P           | 17                   | 60.7% | 17   | 89.5% |        |
| PR                | N           | 11                   | 39.3% | 4    | 21.1% | 0.188  |
|                   | P           | 17                   | 60.7% | 15   | 78.9% |        |
| HER 2             | N           | 20                   | 71.4% | 11   | 57.9% | 0.337  |
|                   | P           | 8                    | 28.6% | 8    | 42.1% |        |
| EG 67             | <14%        | 13                   | 46.4% | 5    | 26.3% | 0.164  |
|                   | ≥14%        | 15                   | 53.6% | 14   | 73.7% |        |
| Molecular subtype | Luminal A   | 16                   | 57.1% | 9    | 47.4% | 0.007* |
|                   | Luminal B   | 3                    | 10.7% | 8    | 42.1% |        |
|                   | HER 2       | 5                    | 17.9% | 0    | 0%    |        |
|                   | Triple Neg. | 4                    | 14.3% | 2    | 10.5% |        |

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



**21. ULUSAL  
CERRAHİ KONGRESİ**  
**16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

|              |           | Longitude |     |     |     |
|--------------|-----------|-----------|-----|-----|-----|
|              |           | 1         | 2   | 3   | 4   |
| Pasta        | average   | 2         | 3.5 | 4   | 4.5 |
|              | deviation | 0         | 1.5 | 1   | 1.5 |
| Salted Pasta | average   | 1         | 2.5 | 3   | 3.5 |
|              | deviation | 0         | 1.5 | 1   | 1.5 |
| Crispology   | average   | 1         | 1.5 | 1   | 1.5 |
|              | deviation | 0         | 1   | 0.5 | 1.5 |
| Browning     | average   | 0         | 0.5 | 1   | 1.5 |
|              | deviation | 0         | 0.5 | 1   | 1.5 |
| Tenderness   | average   | 0         | 1   | 1.5 | 2   |
|              | deviation | 0         | 1   | 1   | 1.5 |
| Soakiness    | average   | 0         | 0.5 | 1   | 1.5 |
|              | deviation | 0         | 0.5 | 1   | 1.5 |
| Lipid        | average   | 1         | 1.5 | 2   | 2.5 |
|              | deviation | 0         | 1   | 1   | 1.5 |
| Protein      | average   | 1         | 1.5 | 2   | 2.5 |
|              | deviation | 0         | 1   | 1   | 1.5 |
| Moisture     | average   | 0         | 0.5 | 1   | 1.5 |
|              | deviation | 0         | 0.5 | 1   | 1.5 |
| Lipid        | average   | 1         | 1.5 | 2   | 2.5 |
|              | deviation | 0         | 1   | 1   | 1.5 |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**  
Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0812 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memede Malign Melanom Metastazı

Hakan Atas, Gül Dağlar

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Meme-Endokrin Cerrahisi Bölümü, Ankara

**AMAÇ:** Memenin metastatik tümörleri nadir görülmekte olup literatürde %1-5 olarak bildirilmiştir. Malign melanom (MM), lenfoma, akciğer kanseri, yumuşak doku sarkomları, böbrek, over ve gastrointestinal sistem tümörleri memeye en sık metastaz yapanlardır. Memeye metastaz genellikle yaygın hastalık ve kötü prognoz durumunda ortaya çıkar. Bizde cerrahi pratiğimizde sıkça görmediğimiz memeye metastaz yapmış MM olgusunu tanı ve tedavi yaklaşımları eşliğinde sunmak istedik.

**OLGU:** 50 yaşında bayan hasta. 2014 yılında dış merkezde alt dudaktan nevüs eksizeyonu yapılmış ve patolojik inceleme melanositik nevüs olarak raporlanmış. 2016 yılında çene altında şişlik şikayetiyle hastanemize başvuran hastada submental lenf nodu (LN) tespit edilmiş. Yapılan biyopsi sonucu MM metastazı olarak raporlanınca hastaya geniş eksizyon ve fonksiyonel boyun disseksiyonu cerrahisi uygulanmış. Patolojik inceleme sonucunda intradermal nevüs üzerinden gelişmiş yaygın insitu komponent gösteren pT2a pN2b, 1.1 mm kalınlığında melan A ile pozitif boyanan MM ile uyumlu lezyon izlenmiş. Çıkarılan 44 LN'nun 3 tanesinde metastaz saptanmış. 6 kür DTIC- cisplatin kombine kemoterapisi uygulanan hastada 1 yıl sonra ultrasonografide (USG) sağ memede saat 12 hizasında areolaya 3 cm mesafede 10x8,5 mm BIRADS-4 kitle tespit edildi. Mammografik olarak kitle düzgün sınırlı, hiperdens nodüler opasite olarak tanımlandı. Yapılan tru-cut biyopsi sonucu MM metastazı olarak raporlandı. Hastaya segmental mastektomi ve sentinel LN biyopsisi yapıldı. Peroperatif frozen incelemede çıkarılan LN'ları hakkında kesin görüş bildirilemedi ve parafin incelemeye bırakıldı. Sonrasında çıkarılan 2 sentinel LN, MM metastazı olarak raporlandı. Ek girişim yapılmadı. Hastaya tıbbi onkoloji kliniği önerisiyle oral temozolamid başlandı. Postoperatif 6. ayda halen takip ve tedavisi devam etmektedir.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** MM ve meme birlikte farklı şekillerde karşımıza çıkabilir. Memenin ya da meme cildinin primer melanomu olabileceği gibi memeye metastaz yapmış göz ya da deri gibi organlardan kaynaklı olgular da akılda tutulmalıdır. MM tanısı almış ve memede kitle saptanan olgularda her iki meme ve aksillanın mamografi ve USG ile değerlendirilmesi, varsa multisentritenin, aksiller tutulumun belirlenmesi ve sitolojik (ince iğne biyopsisi yada tru-cut biyopsi ile) olarak tanının doğrulanması gereklidir. Memede bilateral metastazların varlığı metastatik multi-organ hastalığını düşündürmeli ve terapötik süreçler bu yönde planlanmalıdır. Multisentrik olmayan olgularda kadranektomi en uygun seçenek olmakla birlikte basit mastektomi de uygulanabilmektedir. Klinik ve patolojik olarak aksiller tutulumun pozitif olduğu olgularda aksiller disseksiyon yapılabilir de konu tartışmalıdır. Kutanöz MM'ların meme parankimine metastazları nadir olup dissemine hastalık ve kötü prognoz göstergesidir. Kısa sağkalım süreleri akılda tutularak agresif cerrahiden kaçınılmalıdır. Kemoterapinin etkinliği tartışmalı olup yapılacak yeni çalışmalar yol gösterici olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Malign melanom, meme, metastaz

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0813 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memede Mikrokalsifiye Odaklarda Cerrahi Eksizyon için Stereotaksik İşaretlemenin Önemi

Akın Çalışır, Halil Kirazlı, Enes Şahin, Mustafa Şahin  
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

#### AMAÇ:

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Rutin meme taramaları sayesinde erken tanı koyulması ve multidisipliner tedavi yaklaşımları ile sağ kalım oranları önemli ölçüde artmıştır. Mamografi, uygun hastalarda özellikle palpe edilemeyen ve ultrasonik inceleme ile görüntülenemeyen olası malign lezyonların tanısının koyulmasında etkili bir görüntüleme yöntemidir. Mevcut odakların tel ile işaretlenmesi sonrası eksizyonel biyopsi yapılması günümüzde olası malignitelerin tanısında çok yararlı bir yöntemdir. Bu retrospektif çalışmada şüpheli nonpalpabl meme lezyonu olan olgularda mamografi eşliğinde telle işaretleme sonrası yapılan cerrahi eksizyon ve histopatolojik sonuçların sunulması amaçlanmıştır.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Ocak 2010-Temmuz 2016 tarihleri arasında selçuk üniversitesi tıp fakultesi hastanesi genel cerrahi kliniğinde mamografi görüntülenmesinde şüpheli lezyonu olan ve telle işaretleme sonrasında cerrahi eksizyon yapılan 77 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

#### BULGULAR:

Hastaların ortalama yaşı 49,6 (27-75) idi. Hastalara lokal anestezi ve sedasyon altında işlem uygulandı. Hastalar postoperatif 4-6 saatte orali açılıp 8-12 saatte taburculuğu planlandı. Eksizyon sonrası yapılan patolojik inceleme sonrası 17 hastada duktal karsinoma in situ, 6 hastada invaziv karsinom ve 1 hastada ise invaziv duktal karsinom olmak üzere toplam 24 hastada sonuç malign olarak değerlendirildi. Malignite çıkan hastaların 13'ü mikrokalsifikasyon, 3'ü hipoeoik lezyon, 2'si speküle konturlu lezyon, 6'si ise şüpheli görünümüne kitle nedeniyle işaretlenmişti. Bu hastalardan sentineal lenf nodu biyopsisi (SLNB) negatif olan 8 hastaya mastektomi, SLNB pozitif olan 16 hastaya ise modifiye radikal mastektomi operasyonu yapıldı. Patoloji sonucu benign olarak gelen hastalardan 21 tanesi sonraki kontrollerine de kliniğimize başvurdu. Hastalar uygun intervallerde yapılan görüntülemelerle ortalama 3,8(1-6) yıl takip edildi. Yapılan takiplerde hastalarda tekrar biyopsi gerekliliği veya ileri görüntüleme gerektiren herhangi bir lezyon veya maligniteye raslanmadı.

#### SONUÇ:

Meme kanseri günümüzde tarama programları ile erken teşhis şansı olan kanserlerdendir. Taramalarda şüphe taşıyan lezyonlardan İİAB, Tru-Cut biyopsi veya eksizyonel biyopsi sonrası patolojik inceleme yapılması son derece önemlidir. Ele gelmeyen ve USG'de net olarak değerlendirilemeyen özellikle mikrokalsifiye odakların olduğu olgularda uygun bir şekilde telle işaretleme sonrasında cerrahi eksizyonun yapılması ve gelen patoloji sonucuna göre takip, tanı ve tedavi yönetiminin belirlenmesi son derece önemli ve en doğru yaklaşım olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Stereotaksik İşaretleme, Meme, Mikrokalsifikasyon, Modifiye Radikal Mastektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0814 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanseriinde onkoplastik cerrahi sonuçlarımız

Ekrem Ferlengez<sup>1</sup>, Fazilet Erözgen<sup>1</sup>, Erol Kozanoğlu<sup>2</sup>, Gamze Çıtlak<sup>1</sup>, Yusuf Emre Altundal<sup>1</sup>, Ahmet Kocakuşak<sup>1</sup>, Adem Duru<sup>1</sup>, Muzaffer Akıncı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi, İstanbul

**AMAÇ:** Günümüzde meme kanseri hala 8-10 kadından birinde yaşam boyu gözlenmektedir. Yakın geçmişte meme kanseri tedavisi medikal onkolojinin ve radyasyon onkolojinin hızla gelişmesi ile cerrahi tedavi seçenekleri de bunlara paralel olarak değişmeye başlamıştır. Bu çalışmada ise hastanemizde uyguladığımız onkoplastik yöntemlerin sonuçları hakkında bilgi vermek istedik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 2016 Ocak ile 2017 Aralık tarihleri arasında ameliyat ettiğimiz mastektomi yapmadığımız 17 hastada onkoplastik cerrahi teknikleri uyguladık. Yöntem seçimi NAK (nipple areola kompleks) tutulumu, tümör yerleşimi, tümör büyüklüğü ve memenin pitoz durumuna göre karar verildi. Olguların demografi ve tümör özellikleri incelendi.

**BULGULAR:** Ortalama Yaş 46.5 Dir. Olguların çoğunda tümör (%85) T1-T2 olarak saptandı. Onkoplastik teknik olarak periareolar mammaplasti(4), inferior pedicle mammaplasti(2), batwing mammaplasti(3), Lateral mammaplasti(4), medial mammaplasti(2), vertikal mammaplasti(1), İnverted -T mammaplasti(1). Hastalarımızda major bir komplikasyon gelişmedi. Hastalarımızın %88'i kozmetik sonuçtan memnun idi.

**TARTIŞMA:** Günümüzde meme kanseri olan uygun vakalarda onkoplastik cerrahi yüz güldürücü sonuçlar vermektedir ve yakın gelecekte meme koruyucu cerrahinin yerini alması muhtemeldir.

**Anahtar Kelimeler:** onkoplasti, meme kanseri, mammaplasti

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0815 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Yaşlı Meme Kanseri Hastalarımızın Tümör Karakteristikleri ve Tedavi Yöntemleri

Cem Karaali, Can Arıcan, Emre Turgut, Serdar Küçükalioglu, Cengiz Aydın  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** 70 yaş ve üstü meme kanserli kadın hastalarımızdaki tümör karakteristikleri, seçilen cerrahi yöntem, lokal nüks ve uzak metastaz oranlarının belirlenmesi.

**GEREÇ-YÖNTEM:** İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği C biriminde 30/04/2007-30/04/2017 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle opere edilmiş kadın hastaların ameliyat yöntemleri, tümörlerin; histolojik tipi, grade'i, boyutları, hormon reseptörleri, c-erbB2 reseptörü, aksiller lenf nodu tutulumları incelendi. Ayrıca yerel yinelemeler ve uzak metastaz varlığı araştırıldı.

**BULGULAR:** Ameliyat olan toplam 68 kadın hasta incelemeye alındı. Yaş ortalaması 75,3±5,3 idi (min-max 70-95). Hastalar uygulanan ameliyat tiplerine göre incelendiğinde sıklıkla meme koruyucu cerrahi (MKC)+aksiller diseksiyon uygulandığı ve en sık patolojik tanının invaziv duktal karsinom olduğu saptanmıştır. Tablo 1 ve 2'de uygulanan cerrahi prosedürler ve patolojik tanımlar ayrıntılı olarak sunulmuştur. Hastalar reseptörlerine göre incelendiğinde 51 (%75) hastanın östrojen reseptörünün (ÖR) pozitif olduğu ve 53 (%78) hastanın ise c-erbB2 reseptörünün negatif olduğu saptanmıştır. Hastaların sadece 7'sinin (10%) tümör grade'i 1 olup geriye kalan hastaların tümör grade'leri 2 ve 3 idi. Çıkarılan piyesteki tümör boyutlarının ortalaması 3±1,6 cm (min-max 0,1-8,5 cm) iken, 27 (40%) hastanın aksillasında metastatik lenf nodu saptanmıştır. Hastaların izleminde 4 (6%) hastada lokal nüks, 9 (13%) hastada ise uzak metastaz olduğu saptanmıştır.

**SONUÇ:** Literatürde meme kanserli yaşlı hastalar ile ilgili net tedavi yaklaşımları yoktur. İlerleyen yaş ile komorbiditeler arttığından dolayı anestezi ve cerrahi birimler hastalara yapılacak major girişimlerden çekinmektedirler. Her ne kadar hastalarımızın sayısı yeterli olmasa da yerel nüks oranları ve uzak metastaz oranları literatür ile uyumlu bulunmuştur. Bu nedenle yaşlı meme kanserli hastalarda meme koruyucu yöntemlerin de hasta bazında karar verilerek uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

not: 19-22 Ekim 2017 - 14. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi'ne poster sunumu olarak kabul edildi.

**Anahtar Kelimeler:** cerrahi tedavi, meme kanseri, yaşlı meme kanseri

**Tablo 1**

| CERRAHİ YÖNTEM | Modifiye Radikal Mastektomi | Mastektomi + Bekçi Lenf Düzümü Örneklemesi | Mastektomi (Aksiller Girişim Olmaksızın) | Meme Koruyucu Cerrahi + Aksiller Diseksiyon | Meme Koruyucu Cerrahi + Bekçi Lenf Düzümü Örneklemesi | Meme Koruyucu Cerrahi (Aksiller Girişim Olmaksızın) | Bilateral Modifiye Radikal Mastektomi |
|----------------|-----------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| HASTA SAYISI   | 13(19%)                     | 1(1%)                                      | 5(7%)                                    | 25(35%)                                     | 15(21%)                                               | 6(9%)                                               | 3(4%)                                 |

Hastalara uygulanan cerrahi yöntemler

**Tablo 2**

| HİSTOLOJİK TİP | Duktal Karsinoma in Situ | İnvaziv Duktal Karsinom | İnvaziv Lobuler Karsinom | Müsinöz Karsinom | Diğer (Apokrin, Papiller, Medüller Karsinom) |
|----------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------------------------|
| HASTA SAYISI   | 9(13%)                   | 45(64%)                 | 4(5%)                    | 6(9%)            | 5(7%)                                        |

Hastaların postoperatif patolojik tanıları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0816 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin Nadir Görülen Tümörü;Liposarkom Onkoplastik cerrahiyle tedavi edilebilir mi?

Mesut Bala<sup>1</sup>, Güven Güvey<sup>2</sup>, Betül Bozkurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çorum

<sup>2</sup>Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Çorum

**GİRİŞ:** Memenin sarkomları, tüm malign meme tümörlerinin %1'den azını oluşturur (1).

Liposarkomlar ise memedeki sarkomların yaklaşık %0,3'ünü oluştururlar (2).

Memede liposarkomların çoğunluğu elli yaş üzerinde görülür, ancak genç yaşta da görülebilirler (3).

Bu olguda 59 yaşında sağ memesinde gittikçe büyüyen şişlik şikayetiyle başvurup liposarkom ön tanısı ile opere ettiğimiz kadın hastayı histopatolojik ve radyolojik bulguları ile sunmayı amaçladık

**OLGU SUNUMU:** 59 yaşında kadın hasta sağ memesinde şişlik ve diğer memeye göre daha asimetrik büyük olması ile genel cerrahi polikliniğimize başvurdu. Meme muayenesinde sağ meme diğerinin yaklaşık 2 katı büyüklüğündeydi, sol meme muayenesi normaldi, Sağ memesinde hareketli, daha çok lateral yerleşimli, yumuşak, ağrısız, oval kitle tespit edildi. Bilateral aksiller lenf nodu palpe edilmedi. Eksojen östrojen kullanım hikayesi ve ailesinde meme kanseri hikayesi yoktu.

Ultrasonda; Sağ meme üst ve dış kadranı tamamen kaplayan en derin yerinde AP boyutu 130 mm ölçülen yağ ile benzer ekoda solid lezyon izlendi.

Mamografide; Sağ meme üst orta ve dış kadranın tamamını kaplayan, kapsül yapısı gösteren ancak aksiller alandaki sınırı seçilemeyen mediolateral boyutu ve ön arka boyutu 20 cm ölçülen yağ dansitesinde kitle lezyonu izlendi.

Meme sağ üst kadrandan yapılan "crescent" insizyonla cilt çıkarılarak kitle sağlam cerrahi sınırlarla eksize edildi, şüpheli retroareolar duktal dilate alandan biyopsi alındı, oluşan kavite intraglandüler flep oluşturularak yaklaştırıldı

Hastanın postoperatif dönemde sorunu olmadı, rutin izlemle sorunsuz taburcu edildi.

Postoperatif 3. ay, 6. ay e 1. yıl kontrolünde nüks saptanmadı

Patoloji: İyi diferansiye liposarkoma, GRADE 1; duktus biyopsi sonucu da, duktal epitel hafif hiperplazisi

**TARTIŞMA:** Memede kitle tanısı ile eksizyonel biopsi uygulanan vakalarda mezenkimal lezyonlar enderdir. (4).

Liposarkomlar en sık görülen yumuşak doku tümörü olmasına rağmen, meme dokusunda primer görülmeleri nadirdir. (5).

Memede görülen liposarkomların ortalama çapı 8 cm dir; ancak bizim olgumuz gibi çok daha büyük boyutlara ulaşan olgular da bildirilmiştir (6).

Primer meme liposarkomlarının tedavisi cerrahidir. Günümüzde tümörsüz cerrahi sınırların sağlandığı geniş bir lokal eksizyonun yeterli olduğu kabul edilmektedir (7,8)

Liposarkomların aksiller lenf nodlarına nadiren metastaz yapması nedeniyle aksiller disseksiyon önerilmemektedir.

Metastazlarının büyük çoğunluğu hematogen olup, en sık akciğere metastaz gözlenir. (9).

Yüksek gradeli yakın cerrahi sınırı olan olgularda radyoterapi tedaviye eklenebilir, Özellikle meme koruyucu cerrahi operasyonları sonrası radyoterapi verilmesi önerilmektedir (10)

Kemoterapi ise metastatik olgularda düşünülebilir.

**SONUÇ:** Liposarkomlar, memenin nadir görülen tümörlerindendir. Tedavi yöntemi ve prognozu farklı olduğu için, ayırıcı tanısı diğer meme tümörleriyle yapılmalı ve uygun hastaya onkoplastik meme koruyucu cerrahi tedavi seçeneği sunularak cerrahi planı yapılmalıdır

**Anahtar Kelimeler:** Liposarkom, meme, meme sarkomu

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**meme liposarkom**



preoperatif görünüm

**meme liposarkom**



preoperatif görünüm

**meme liposarkom**



mamografi-2

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

meme liposarkom



mamografi-1

meme liposarkom



peroperatif eksizyon

meme liposarkom



peroperatif eksizyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

meme liposarkom



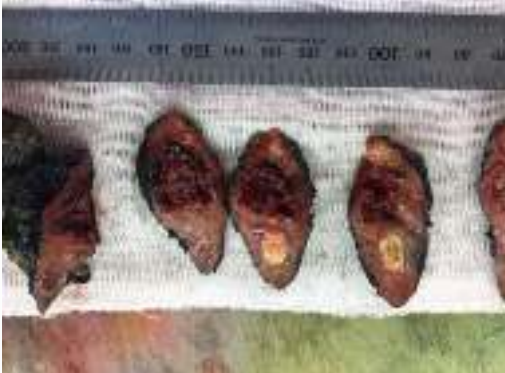
peroperatif eksizyon

meme liposarkom



patoloji-2

meme liposarkom



patoloji-1

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0817 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanserinin Adjuvan Radyoterapisi Sonrası Gelişen Radyasyon İlişkili Meme Anjiyosarkomu

Murat Şen, Özgen Işık, Şehsuvar Gökgöz  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Anjiyosarkom vasküler endotel kaynaklı, yüksek malignite potansiyelli bir hastalıktır. Radyasyon ilişkili anjiyosarkomlar meme kanserinin radyoterapi sonrası görülen nadir ve geç bir komplikasyondur. Çalışmamızda sekonder meme anjiyosarkom olgusu ile ilgili tecrübemizi paylaşacağız.

**OLGU:** Sol memede kitle nedeniyle 2011 yılında merkezimizde tru-cut biyopsi uygulanan ve sonucu invaziv duktal karsinom olarak raporlanan 67 yaşında bayan hastaya 6 kür neoadjuvan kemoterapi sonrasında tel rehberliğinde eksizyon ve aksiller diseksiyon uygulanmıştı. Hasta postoperatif dönemde radyoterapi, hormon reseptörleri pozitif olduğundan anastrozol ve c-erbB2 pozitif olması nedeniyle trastuzumab tedavisi aldı. Daha sonra 2013 yılında başka bir merkezde tiroid nodülleri nedeniyle total tiroidektomi uygulanan olgunun patolojisi papiller ca olarak bildirilmişti. Tiroidektomi sonrası radyoaktif iyot tedavisi uygulanmıştı. Hastanın olağan postoperatif takipleri sırasında Ocak 2016 da sol meme cildinde keloidal skar dokusuna komşu oluşan lezyon nedeniyle dermatoloji poliklinik konsultasyonu istenmişti, eritemli infiltrate plaktan yapılan punch biyopsi anjiyosarkoma olarak sonuçlanmıştı. Yapılan meme görüntülemesinde sol memede 16x8mm boyutlu solid kitle saptandı. Bunun üzerine hastaya meme cildini de geniş olarak içerecek şekilde sol mastektomi ve split thickness skin graft ile cilt rekonstrüksiyonu uygulandı. Hastanın 18. ay kontrolünde nüks veya yeni primer açısından bir bulgu yoktu.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Radyasyonun indüklediği sekonder meme anjiyosarkomlarında interval süre 1 ile 26 yıl arasında değişebilmektedir. Olgular genellikle memede kitle ve meme cildinde purpurik döküntüler ile prezente olmaktadır. Cerrahi tedavisinde geniş negatif sınırlar elde edecek şekilde total mastektomi önerilmektedir. Adjuvan tedavide antianjiyogenik tedaviler ümit vadetmekle birlikte prognoz oldukça kötüdür. Özellikle radyoterapi alan hastalarda takipte ciltte veya rezidü meme dokusunda karşılaşılabilecek vakamızdakine benzer bulgular radyasyon ilişkili anjiyosarkom açısından anlamlı olabileceğinden şüphe uyandırmalı ve bu yönde gerekli tetkik ve tedaviler uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** anjiyosarkom, radyasyon, meme

**Figür 1**



Meme anjiyosarkomunun preop görünümü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0819 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin malign soliter fibröz tümörü: Olgu sunumu

Süleyman Utku Çelik<sup>1</sup>, Mustafa Anıl Turhan<sup>2</sup>, Can Konca<sup>2</sup>, Volkan Genç<sup>2</sup>

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

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

#### Amaç

Soliter fibröz tümörler (SFT) mezenşimden köken alan yumuşak doku sarkomudur. Bu tümörler malign veya benign potansiyelde olabilirler. Malign SFT vasküler perisitlerden köken alması sebebiyle yumuşak dokuların büyük bölümünde ortaya çıkabilir. Sıklıkta plevradan ve akciğerden köken almakla birlikte memede oluşan SFT olguları literatürde sınırlı sayıda olsa da bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda 53 yaşında kadın hastada görülen ve nadir bir neoplazm olan meme malign soliter fibröz tümör olgusunu ve tedavi planını bildirmekteyiz.

#### Olgu Sunumu

Daha önce sol memede lobüler karsinom saptanması üzerine modifiye radikal mastektomi yapılmış 53 yaşında kadın hasta sağ memesinde ele gelen ağrısız kitle nedeniyle hastanemize başvurdu. Ultrasonografide sağ memede, 20x15 mm boyutlarında santral vaskülarizasyon gösteren, ekojenik, sınırları silik lezyon gözlemlendi; aksillada patolojik lenf nodu saptanmadı. Mamografisi BI-RADS 2 kategorisinde değerlendirildi. Bunun üzerine hastaya, kanser öyküsü göz önünde bulundurularak, eksizyonel biyopsi uygulandı. Patolojik inceleme lipomatöz komponent içeren malign soliter fibröz tümör olarak bildirildi. Ayrıca immünohistokimyasal (İHK) incelemede tümör hücrelerinin CD34 pozitif boyandığı saptandı. Bunun yanı sıra tümör cerrahi sınırı pozitif. Sonuçlar ve hastanın kendi isteği doğrultusunda hastaya basit mastektomi yapıldı. Materyalin patolojisi iğsi hücreli neoplazmlardan olan malign soliter fibröz tümör olarak raporlandı. Materyalde reaktif lenf nodları dışında patolojik lenf nodlarına rastlanmadı. Kontrol PET/BT'de vücutta herhangi bir patolojik 18-FDG uptake'i izlenmedi.

#### Tartışma ve SONUÇ:

SFT yaygın görülmeyen mezenkimden köken alan iğsi hücreli bir neoplazmdır. SFT'ler sıklıkla plevrada görülmekle beraber % 50-70 kadarı ekstratorasik bölgede oluşur. SFT'lerin % 10-15'i nüks eder veya metastaz yapar. İHK olarak CD34, CD99, Bcl2 ve vimentin ekspresyonu SFT'nin belirteçlerindendir. Benign SFT'lerin % 77'sinde, malign SFT'lerin ise neredeyse tamamında CD34 pozitifliği bildirilmiştir. Meme SFT'sinin fizik muayene bulguları genellikle tümör boyutuna bağlıdır. Sıklıkla ağrısız bir kitle olarak ortaya çıkar. Radyolojik bulguları ise nonspesifiktir. Taramada USG, BT ve MRG kullanılabilir. Bu lezyonlar, fibroadenom ve filloides tümörlerinden mutlaka ayırt edilmelidir. Tek başına radyolojik inceleme, soliter fibröz tümörleri diğer meme kanserlerinden ayırmak için yeterli değildir. Ayırıcı tanı ve kesin teşhis için histolojik değerlendirme ve İHK özellikleri çok önemlidir. SFT için standart tedavi yöntemi tanımlanmamakla birlikte günümüzde en çok tercih edilen tedavi yöntemi geniş cerrahi eksizyondur. Radyoterapi, kemoterapi ve arteriyel embolizasyon diğer tedavi seçenekleri arasındadır. Hastalık genellikle agresif olmayan bir klinik seyir izlemesine rağmen; lokal rekürrens ve muhtemel metastaz olasılığı, özellikle atipik özellikler varsa sıkı takip etmeyi gerektirir. Tüm bu verilere rağmen memenin nadir görülen tümörlerinden olan malign soliter fibröz tümörü ile ilgili açıklığa kavuşturulması gereken birçok konu mevcuttur. Daha geniş klinik çalışmalar ile tedavi seçeneklerini kıyaslamak kaçınılmazdır.

**Anahtar Kelimeler:** İğsi hücreli neoplazm, meme kanseri, soliter fibröz tümör, yumuşak doku sarkomu

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0820 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanseri Hastalarına Uygulanan Cerrahi Yöntemin Yaşam Kalitesine Etkisi

Abdülkadir Deniz, Muhammet Fikri Kündeş, Erkan Çelik, Mehmet Eser

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi İstanbul

**AMAÇ:** Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser olması yanında cinsellik, psikososyal ve yaşam kalitesini de etkileyen bir durumdur. Bu çalışmamızda, kliniğimizde meme koruyucu cerrahi (MKC) ile modifiye radikal mastektomi (MRM) uygulanan hastaların ameliyat sonrası psikososyal, cinsel yaşam ve genel yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve YÖNTEMLER:** Çalışmaya, kliniğimizde Ocak 2012 ile Ocak 2014 tarihleri arasında meme kanseri tanısı ile opere edilen hastalar dahil edildi. Çalışmaya katılmak istemeyen veya ulaşılamayan hastalar, zeka veya eğitim durumu sebebiyle anket sorularına uygun cevaplar veremeyecek hastalar, neoadjuvan kemoterapi alan ve modifiye radikal mastektomi sonrası radyoterapi gereken hastalar ile ASA3 ve 4 hastalar dışlandı. Hastaların yaşam kaliteleri, tedavi süreçleri (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) tamamlandıktan altı ay sonra EORTC QLQ C30 ve BR23 formu kullanılarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmamız sürecinde kliniğimizde toplam 112 hasta meme kanseri sebebiyle opere edilmiştir. Bunlardan 16'sı dışlanma kriterleri sebebiyle çalışma dışı bırakılmış olup toplam 96 hasta değerlendirmeye dahil edilmiştir. Hastaların tamamı kadın olup yaş ortalaması 50,5 ( SD 11,4) dir. EORTC QLQ30 anketine göre altı fonksiyonel ölçek ( fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, bilişsel fonksiyon, ruhsal durum, sosyal durum, genel iyilik hali) açısından MRM yapılan grubun skor puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. Semptom ölçeklerine bakıldığında; bulantı-kusma, kabızlık ve ishal açısından gruplar arası istatistiksel anlamlılık saptanmamasına karşın, dispne, iştahsızlık, uyku bozukluğu, ağrı ve yorgunluk açısından MRM yapılan grupta skor puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. EORTC QLQ BR 23 anketine göre yapılan fonksiyonel değerlendirmede cinsel doyum açısından iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmezken; vücut görüntüsü, cinsel yaşam ve gelecek beklentisi açısından MRM yapılan hastalarda skor puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Semptom ölçekleri incelendiğinde saç dökülmesi açısından gruplar arası farklılık görülmezken; yan etkiler, meme semptomları ve kol semptomları açısından MRM yapılan hastalarda skor puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

**SONUÇ:** Hastaların yaşam kalitelerine olumlu etkilerinden dolayı, uygun olan hastalara MKC planlanmasının hastanın yaşam kalitesini artıracak kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** : Meme tümörleri, yaşam kalitesi, mastektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr









www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0822 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanseri taramasında Üst Yaş Sınırı Olmalı mıdır?

Hamza Çınar, Çağrı Akalın

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ordu

**AMAÇ:** Yaşam standartlarının yükselmesi, tarama testlerinin yaygınlaşması, tedavi olanaklarının gelişmesi nedeniyle tüm dünyada insan ömrü uzamıştır. İnsanların yaşam süresi uzadıkça 65 yaş üstü (yaşlı) kadın ve erkekler toplumun önemli bir kısmını oluşturmaya başlamıştır. Yaşlı kişilerde ise meme kanseri daha sık ortaya çıkar. Türkiye de meme kanseri taraması 69 yaşına kadar önerilmektedir. 69 yaşından büyük hastalarda ise tarama konusunda tam bir fikir birliği yoktur ve bu hastalar meme kanseri tanısını genellikle geç dönemde alır. Bu çalışmada tarama programının 69 yaşın üzerini neden kapsamaması gerektiğini vurgulamaya çalıştık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ordu ili sınırları içinde 2010-2017 yılları arasında meme kanseri nedeniyle ameliyat edilmiş olan 156 hastanın verileri retrospektif olarak irdelendi. Bu hastalar  $\leq 69$  yaş ve  $\geq 70$  yaş olmak üzere iki gruba ayrıldı. Her iki grubun ameliyat edilen toplam meme kanser hastaları içindeki oranları ve meme kanseri evreleri değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 156 hastanın 153'ü kadın 3'ü erkekti. Ortalama yaşları 58.24(31-94) yılı. Hastaların 122'si  $\leq 69$  yaş iken 34'ü  $\geq 70$  yaşındaydı. Hastaların %21.8'i 70 yaş ve üzerindeydi. Verilerine ulaşılabilen hastaların meme kanseri evreleri değerlendirildiğinde  $\geq 70$  yaş grubunda  $\leq 69$  yaş grubuna göre evre daha ileri idi.

**TARTIŞMA:** Meme kanseri kadınlar arasında %23 ile en sık görülen kanser tipidir(1). Meme kanserinin yaklaşık %40'ı 65 yaş ve üzerinde tanı alır(2). Meme kanseri tarama programları ile kanserin erken dönemde saptanması genel sağ kalımın artması ve mortalitenin azalmasını sağlar(3). Meme kanseri hastalarının kronolojik yaşı ne kadar ileri olursa olsun önemli bir kısmı meme kanserinden dolayı ölmektedir. Dolayısıyla yaşlı hastalarda taramalı ve meme kanserine erken tanı konabilmelidir(4).

**SONUÇ:** Meme kanseri vakalarının önemli bir kısmını 70 yaş ve üzeri hastalar oluşturur. Bu hastalar tarama programına alınmadığı için daha ileri evrede tanı alır. Meme kanseri taraması için üst yaş sınırı koymaktansa genel sağlık durumu iyi ve beklenen yaşam süresi 5 yıldan daha uzun olan kişilerde tarama devam etmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, meme kanseri, tarama

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0823 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### **Meme Kanserlerinde Sadece Metilen Mavisi Kullanılarak Yapılan Sentineal Lenf Nod Biyopsisinin Doğruluğunu Değerlendirmek**

Yıldırım Dadük, Murat Karakoç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

**Amaç;** Sentineal lenf nod biyopsisi tekniği doğru yapıldığında sadece metilen mavisinin kullanılması yeterli olduğunu kanıtlamak.

**Gereç ve Yöntemler;** 2015-2017 yılları arasının klinik olarak non-palpabil ve radyolojik olarak aksillada patolojik lenf nodları olmayan 22 bayan hasta çalışmaya dahil edildi. Periareolar ve peri tumoral %2 lik metilen mavisi kullanılarak işlemler yapıldı. Metilen mavisi enjeksiyonundan sonra tüm hastalara sıcak kompres ile sarılarak 5 dk masaj yapıldı. Ameliyat esnasında frozen tekniğinden yararlanıldı. Aynı lenf nodları daha sonra patoloji kesitleri ile karşılaştırıldı.

**Bulgular;** Yedi hastaya frozen sonrası maling gelmesi üzerine aksiller küretaj yapıldı. Diğer hastaların raporu selim geldiğinden aksillaya dokunulmadı. Aksiller küretaj yapılan 4 hastada seroma, 1 hastada şiloma gelişti. Bütün hastaların frozenla bakılan materyaller tekrar incelendi peroperatif tanılarıyla aynı olduğu saptandı.

**Sonuç;** Deneyimli cerrah ve patologlarla tekniğine uygun yapıldığında, sadece metilen mavisi ile yapılan işlemlerin sentineal lenf nodu biyopsisi için yeterli olduğunu destekliyoruz. Hasta sayısı daha fazla olduğunda bu orana yakın sonuçlar çıkacağı kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Aksiller küretaj, metilen mavisi, sentineal lenf nod biopsi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0824 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin Filoides Tümörlerinde Cerrahinin Önemi

Muhammet Fikri Kündeş, Abdülkadir Deniz, Metin Kement

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi İstanbul

**AMAÇ:** Filoides tümörü tanısı alan hastaların kliniğimizdeki tedavi ve nüks durumunu literatür eşliğinde irdelemek.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2015 ile ocak 2017 tarihleri arasında hastanemizde fibroepitelyal lezyon tanısı ile opere edilen bayan hastalar dahil edildi. Veriler hasta dosyası incelenerek geriye dönük olarak toplandı. Hastalar patoloji sonuçlarına göre yapılan ameliyat, kemoterapi ve radyoterapi alıp almamaları, kitlenin büyüklüğü, nüks, survi ve demografik özelliklerine göre değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 25 hasta değerlendirildi. Tüm hastalar için ortalama yaş  $36,6 \pm 11,8$  olup ortancası ise 39 olarak bulunmuştur. Hastaların 14 (% 56)'ünde tümörler sol memede lokalize idi. Ortalama patolojik tümör boyutu  $6,3 \pm 3,3$  cm idi. Hastaların 8 tanesinde malign filoides tümör, 3 tanesinde borderline filoides tümör, 7 tanesinde benign filoides tümör ve 7 tanesinde fibroadenom tesbit edildi. 8 malign filoides tümörlü hastanın 1'ine mastektomi diğerlerine geniş lokal eksizyon (GLE) uygulandı. GLE uygulanan 7 hastanın birinde sınır pozitif olduğu için mastektomi yapıldı. Sınır 1 cm den daha yakın olan iki hastamızdan birine radyoterapi (RT) diğerine radyoterapi ve kemoterapi (KT) uygulandı. Bu iki hastamızda nüks gelişti. Daha sonra metastaz nedeni ile ex oldular. Diğer 17 hastamıza biri hariç ( kitle memeyi tamamen kapladığı için mastektomi yapıldı) hepsine GLE uygulandı. Çalışmamızda selim/borderline filoides tümörlerde 5 yıllık survi %93.8, malign filoides tümörler için %70 olarak bulundu. Malign filoides tümörlerde nüks oranımız %25 idi.

**SONUÇ:** Malign filoides tümör tedavisi için çeşitli görüşler bulunmaktadır. Ancak cerrahi sınır negatifliği ön plana çıkmaktadır. RT ve KT eklenip eklenmemesi halen tartışmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Malign filoides tümör, nüks, tedavi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0825 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

**Medikal tedaviye yanıtız idiopatik granülopatöz mastit hastalarında makroskopik normal meme dokusu görölene kadar yapılan rezeksiyon nüks oranında azalmayı sağlıyor**

Erdal Uysal, Göktürk Maralcan  
Sanko Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

**AMAÇ:** İdiopatik granülopatöz mastit (IGM) etiyolojisi tam aydınlatılamayan nadir görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. IGM özellikle 17-42 yaş aralığındaki reproduktif olarak aktif kadınları etkilemektedir. IGM benign hastalık olmasına rağmen hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. IGM tedavisi halen tartışmalı olup kabul görmüş ortak bir tedavi yöntemi yoktur. En az nüks oranına sahip tedavi yöntemlerinin arayışı devam etmektedir. Çalışmamızda medikal tedaviye yanıtız IGM hastalarında tedavide makroskopik normal meme dokusu görölene kadar yapılan rezeksiyonu ile elde edilen sonucun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Çalışma retrospektif yapıldı. Hasta verileri; çalışma için oluşturulan protokole uygun olarak hasta dosyaları ve elektronik kayıtlardan alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, fizik muayene bulguları, semptomları, lezyonların lokalizasyonları, tanı, tedavileri ve nükslerinin değerlendirilmesi planlandı. Çalışmaya histopatolojik olarak IGM tanısı alan hastalar dahil edildi. Erkek, IGM ve meme kanseri birlikteliği olan ve IGM dışı hastalar çalışmaya alınmadı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 62 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması  $38.3 \pm 10.2$  (16-64) idi. Hastaların %80'inde en sık görülen semptom kitle olarak belirlendi. En sık sağ üst kadranda % 25 olarak bulundu. Bilateralite oranı % 4 olarak saptandı. Ortalama takip süresi  $27.7 \pm 17.2$  (2-85) ay olarak bulundu. Hastaların tümüne cerrahi tedavi uygulandı. Makroskopik olarak normal meme dokusu görölene kadar yapılan geniş eksizeyon ya da segmentektomi standart tedavi olarak belirlendi. Hastaların 2'sinde (%3) nüks görüldü. Ortalama nüks görölme zamanı 5 ay olarak belirlendi. Nüks sonrası 1 hasta yeniden geniş eksizeyon, 1 hasta sadece apse drenajı ile tedavi edildi.

**SONUÇ:** Medikal tedaviye yanıtız IGM tedavisinde makroskopik olarak normal meme dokusu görölene kadar yapılan rezeksiyonlar sonrası nüks oranları yok denecek kadar az bulunmaktadır. Ayrıca hastaların memnuniyet düzeyleri oldukça yüksektir. Küçük volümlü memelerde yapılan rezeksiyonlar sonrası oluşan kozmetik problemler, dezavantaj olarak görülebilir ancak hastaların preoperatif bilgilendirilmesi ve oluşabilecek kozmetik problemlerin düzeltilebileceğinin anlatılması postoperatif kaygıları azaltmaktadır. Bu konuda medikal ve cerrahi tedavileri karşılaştıran geniş serili prospektif çalışmalara halen ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** idiopatik granülopatöz mastit, cerrahi, nüks

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0826 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### İdiyopatik granülomatöz mastit hastalığında steroid tedavisinin uzun dönem sonuçları

Harun Karabacak<sup>1</sup>, Murat Akın<sup>2</sup>, Güldal Esendağlı<sup>3</sup>, Aydın Yavuz<sup>5</sup>, Serap Gültekin<sup>4</sup>, Kürşat Dikmen<sup>2</sup>, Hasan Bostancı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Genel Cerrahi, ANKARA

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

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı ANKARA

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı ANKARA

<sup>5</sup>Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ANKARA

**Giriş / AMAÇ:** Granulomatöz lobüler mastit (GLM) memenin nadir görülen, kronik bir inflamatuvar hastalığıdır. Etiyoloji bilinmemekle birlikte otoimmün mekanizma şüphelidir. İdiyopatik granülomatöz mastit (IGM) ve spesifik granülomatöz mastit olarak GLM'nin iki formu vardır. Klinik ve radyolojik olarak meme kanseri ve meme enfeksiyonlarından ayırt etmek zor olabilir. IGM için uygun tedavi modeli açık değildir, ancak cerrahi ve tıbbi tedaviler önerilir

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2007 - Haziran 2016 tarihleri arasında kliniğimizde histopatolojik olarak IGM tanısı konulan 122 olgu retrospektif olarak incelendi. Yaş, klinik bulgular, radyolojik görüntüleme, tanı yöntemi, tedavi şekli ve tekrarlar durumu gibi hasta özellikleri değerlendirildi

**BULGULAR:** Hastaların medyan yaşı 38 (22-69) yıl idi. Hastaların şikâyetleri şöyledir; Altmış üç hasta (% 51.63) meme kütlesi vardı, sekizinde (% 8.55) kızarıklık ve ödem vardı ve 51 hastada (% 41.80) meme deri ve akıntısı fistül oluşumu vardı. Bununla birlikte, çoğu hastada, bu şikâyetlerin üçü farklı şekillerde bir arada bulunmuştur. Meme ultrasonu tüm hastalara (% 100), mamografide 58 (% 47.54) ve manyetik rezonans görüntülemeye 16 (% 13.11) yapıldı. IGM tanısı alan yirmi hasta (% 16.39) geniş veya lokal cerrahi eksizyon ile tedavi edildi. Doksan dört hasta (% 77.04) steroid tedavisi gördü. Hastalar tedavi sonrası ortalama 66 ay (5-118) takip edildi. Ameliyatla tedavi edilen beş hasta (% 25) altıncı ayda rekürrens gelişti ve steroid tedavisine başlandı. Tedavi alan 94 hastanın sadece dokuzu (% 9.5) nüksetmiştir.

**SONUÇ:** IGM, meme karsinomasıyla klinik ve radyolojik olarak karışabilir. Özellikle genç kadınları etkileyen, tanı güçlüğü, tedavi başarısızlığı ve tekrarlamaları nedeniyle hastalar olumsuz etkilenebilir. Teşhisi doğrulamak için histopatolojik muayene altın standart olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** idiyopatik granülomatöz mastit, steroid tedavisi, nüks

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0827 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Giant Juvenil Fibroadenom

Mehmet Torun, Zehra Ünal Özdemir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

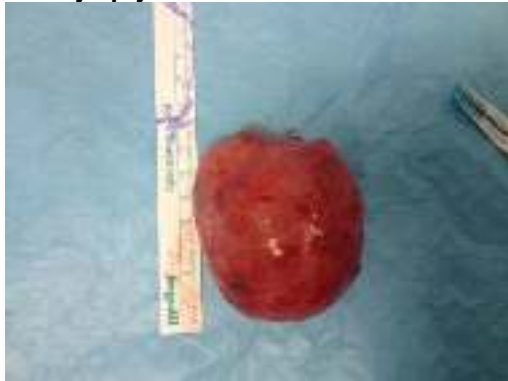
**GİRİŞ:** Meme fibroadenomları genellikle 15-25 yaşları arasındaki genç kadınlarda görülen benign fokal bir tümördür. Fibroadenom hem glandüler hem de mezenkimal komponent içeren bir tümördür.

**OLGU:** 14 yaşında kadın hasta sol memede ele gelen kitle olması üzerine polikliniğe başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ele gelen fiks olmayan yaklaşık 6 cm'lik ele gelen kitle mevcuttu. Hastaya USG yapıldı ve sol memede retroareolar 54\*44 mm boyutlarında belirgin hipervasküler karakterde solid kitle olarak yorumlanmıştır ön planda fibroadenom düşünülmüştür. MR ise sol meme areolada posteriorunda ve dış kadrana doğru büyüme gösteren 60\*58 mm çaplarda lobule ve keskin konturlu solid lezyon izlenmektedir. Lezyonda yoğun kontrast tutulumu mevcut olup duktal dilatasyon ve kontrast tutulumu mevcut değildir. BI-RADS 4 olarak değerlendirildi. Hasta operasyona alındı ve eksizyon yapıldı. Ameliyat patoloji de juvenil fibroadenom gelen hasta rutin kontrele alındı.

**SONUÇ:** Fibroadenom adolesanlar ve geçen kadınlar için meme kitleleri içinde önemli yer tutmaktadır. Genellikle benign, tek taraflı ve tek lezyon olup zaman zaman multiple ve bilateral olabilir. Tanıları radyolojik olarak konulup çoğunlukla eksizyon gerekmez ve takip önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** fibroadenom, Juvenil fibroadenom, meme

#### ameliya piyes



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

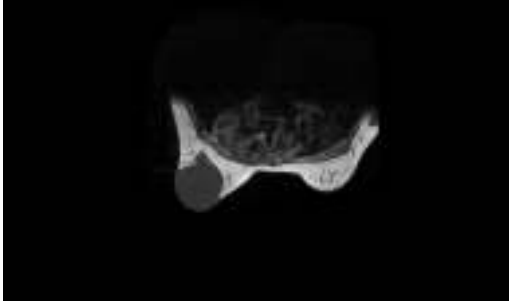
**fibroadenom**



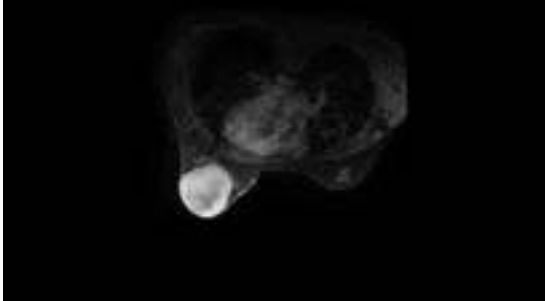
**fibroadenom 2**



**fibroadenom mr**



**fibroadenom mr 2**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0828 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Yeni bir yöntem olan FDG PET/MR Görüntüleme Meme Kanseri Cerrahisinde Sentinel Lenf Nodu Biyopsisinin Yerini Alabilir mi?

Çağrı Büyükkasap<sup>1</sup>, Uğuray Aydos<sup>3</sup>, Seda Gülbahar<sup>2</sup>, Ümit Özgür Akdemir<sup>2</sup>, Osman Kurukahvecioğlu<sup>1</sup>, Lütfiye Özlem Atay<sup>2</sup>, Çağatay Çifter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmada amaç, tüm vücut ve bölgesel FDG PET/MR görüntülemenin yeni tanı meme kanseri hastalarında aksiller lenf nodu metastazının öngörülmesinde klinik katkısını değerlendirmektir.

**YÖNTEM-BULGULAR:** Bu retrospektif çalışmada sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB), aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) ya da her ikisi birden yapılan, tedavi öncesi tüm vücut ve/veya bölgesel FDG PET/MR incelemesine giren 141 adet yeni tanı meme kanseri hastası değerlendirildi. PET/MR görüntülerinde şüpheli aksiller lenf nodlarının değerlendirilmesinde FDG tutulumunu görsel olarak inceleyen, aksiller lenf nodlarında en belirgin FDG tutulum düzeyine göre 0 ile 4 arasında değerler içeren 5 puanlık bir skorlama sistemi kullanıldı (Tablo 1). Histopatolojik olarak doğrulanmış aksiller lenf nodu durumunun doğru öngörülmesi için bu görsel skorlama sistemine göre duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerler ile doğruluk düzeyleri hesaplandı (Tablo 2).

Olgular primer tümörün Ki-67 proliferasyon indeksi %20 sınır kabul edilerek iki gruba ayrıldı. Görsel skorlama sistemi 1 ve üstü anlamlı ve 2 ve üstü anlamlı olarak kabul edilerek her iki grupta duyarlılık, özgüllük, PPV, NPV ve doğruluk düzeyleri hesaplandı (Tablo 3).

**TARTIŞMA:** Yeni tanı meme kanseri hastalarında aksiller lenf nodu metastazının öngörülmesinde FDG PET/MR'ın tanısal performansı FDG PET/BT ile benzer düzeylerdeydi. Geri plan aktivitesinden yüksek düzeyde FDG tutulumu yüksek duyarlılık ve NPV verse de, yöntemin yanlış pozitiflik düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir. Bu nedenle, bu bulgulara göre FDG PET/MR sentinel lenf nodu biyopsisinin yerini alamamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** PET/MR, Meme Kanseri, Sentinel Lenf Nodu

**Tablo 1. Kullanılan Skorlama Sistemi**

| Skor | Tutulum düzeyi                                                       |
|------|----------------------------------------------------------------------|
| 0    | Geri plan aktivitesi ile eşit tutulum                                |
| 1    | Geri plan aktivitesinden yüksek<br>Mediasten kan havuzundan düşük    |
| 2    | Mediasten kan havuzuna eşit ya da hafif yüksek<br>Karaciğerden düşük |
| 3    | Karaciğere eşit                                                      |
| 4    | Karaciğerden belirgin yüksek                                         |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

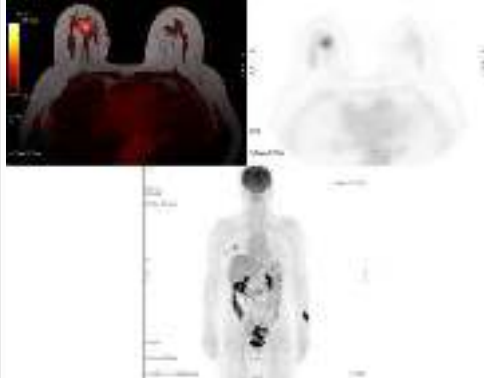
**Tablo 2. Skorlama Sisteminde 1 ve Üstü Anlamli ve 2 ve Üstü Anlamli Kabul Edilerek Sentinel Lenf Nodu Biyopsisine Göre PET-MR Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

|            | Skorlama Sistemi  |                   |
|------------|-------------------|-------------------|
|            | 1 ve üstü anlamli | 2 ve üstü anlamli |
| Duyarlılık | 0,97              | 0,66              |
| Özgüllük   | 0,24              | 0,80              |
| PPV        | 0,54              | 0,75              |
| NPV        | 0,90              | 0,72              |
| Doğruluk   | 0,59              | 0,73              |

**Tablo 3. Ki-67 %20 Sınır Kabul Edilerek Oluşturan İki Grupta PET-MR'ın İki farklı Skorlama Sistemi ile Başarısı**

|            | Ki-67 Proliferasyon İndeksi |      |                   |      |
|------------|-----------------------------|------|-------------------|------|
|            | 1 ve üstü anlamli           |      | 2 ve üstü anlamli |      |
|            | ≤%20                        | >%20 | ≤%20              | >%20 |
| Duyarlılık | 0,97                        | 1,00 | 0,60              | 0,71 |
| Özgüllük   | 0,38                        | 0,13 | 0,95              | 0,60 |
| PPV        | 0,51                        | 0,57 | 0,90              | 0,67 |
| NPV        | 0,92                        | 1,00 | 0,75              | 0,64 |
| Doğruluk   | 0,58                        | 0,59 | 0,80              | 0,66 |

**Ornek Olgu-1: PET/MR Görüntüleri**



Ornek Olgu-1: PET/MR Görüntüleri, 56 yasinda kadın hasta, Invaziv Duktal Karsinom, Tumor capı: 2 cm, Ki-67: %50, Aksiller metastatik lenf nodu sayısı: 1. PET/MR'da tutulum saptanmadı.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

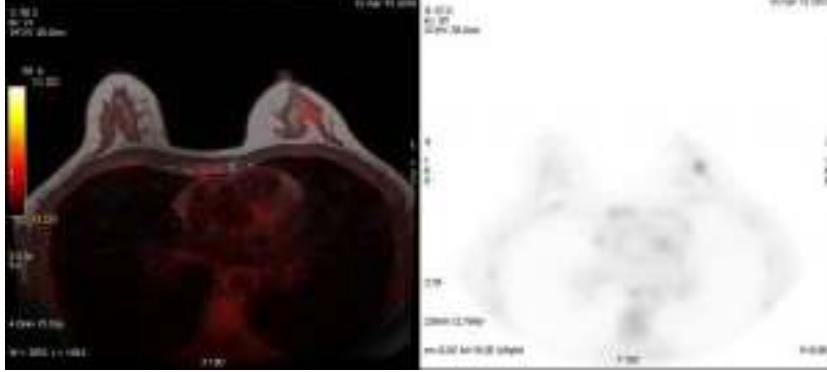
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Ornek Olgu-2: PET/MR Goruntuleri



Ornek Olgu-2: PET/MR Goruntuleri, 35 yasinda kadin hasta, Invaziv Duktal Karsinom, Tumor capı: 1,5 cm, Ki-67: %10, Aksiller metastatik lenf nodu sayisi: 3. PET/MR'da tutulum saptanmadi.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi Ihlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0829 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Genç Meme Kanseri Moleküler Altgrupların Prognostik Faktörlerle İlişkisi

Sertaç Ata Güler, Turgay Şimşek, Saffet Çınar, Nuh Zafer Cantürk, Nihat Zafer Utan  
Kocaeli Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Meme kanseri özellikle gelişmiş ülkelerde, genç yaş kanser ilişkili ölümlerin başında gelmektedir. Meme kanserine ait sağ kalım oranlarına bakıldığında genç yaş meme kanserinde ileri yaşa göre çok daha düşük olduğu görülmektedir. Genç meme kanseri genelde daha ender görülmekle birlikte daha fazla önem teşkil etmektedir. Özellikle sonuçları daha kötü seyretilmektedir. Bunun sebebi de elverişsiz klinikopatolojik özellikler, daha agresif tümör biyolojisi ve tanıda gecikmedir. Genç yaş meme kanseri, ileri yaş meme kanseri ile mukayese edildiğinde, daha ileri evre, hormon reseptör negatifliği, yüksek grad, HER-2 pozitifliği, triple negatif moleküler altgrup ve yüksek oranda lenfovasküler invazyon ile karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeplerle prognozu daha kötü, nüks riski daha fazla ve meme kanseri sebebiyle ölüm oranları daha yüksektir. Genç meme kanseri özellikle 40 yaş altında meme kanseri tanısı konulmuş hasta grubu için yapılmış tanımlamadır. Ayrıca çok genç meme kanseri grubu 35 yaş altında tanı konulmayı gösterirken, prognoz genç meme kanseri grubuna göre çok daha kötüdür. Bu çalışmada literatürde verilen bu bilgilere göre, genç meme kanseri hastalarının prognostik faktörlerini, moleküler altgruplar ile karşılaştırıldı. Yine sağ kalım sonuçlarının genç meme kanseri grubu ile çok genç meme kanseri grubu arasında farkı ortaya koyuldu. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ekim 2013 ile Şubat 2018 tarihleri arasında meme kanseri tanısı ile opere edilmiş 624 hasta değerlendirmeye alındı. Bunun içinde 35 tanesi çok genç yaş grubuna girmek üzere toplam 95 genç meme kanseri hastasının moleküler altgrup verileri ile sağ kalım verileri değerlendirildi. Ex olan 6 hastanın, 3'ünün meme kanseri sebebiyle ex olduğu görüldü. Yine 6 hastada uzak metastaz tespit edilirken, 2 hastada bölgesel nüks, 2 hastada da lokal nüks tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** meme kanseri, genç meme kanseri, moleküler altgruplar, sağ kalım

**Tablo 1: Demografik ve patolojik veriler**

|                         | 35 Yaş Altı Grup | 36 – 40 Yaş Arası Grup | p     |
|-------------------------|------------------|------------------------|-------|
| Erkek                   | 1 (2,8)          | 0 (0,0)                | 0,379 |
| Kadın                   | 35 (97,2)        | 59 (100,0)             |       |
| Sol                     | 19 (52,8)        | 27 (45,8)              | 0,492 |
| Sağ                     | 17 (47,2)        | 30 (50,8)              |       |
| Bilateral               | 0 (0,0)          | 2 (3,4)                |       |
| Neoadjuvan Almadı       | 26 (72,2)        | 41 (69,5)              | 0,959 |
| Neoadjuvan Aldı         | 10 (27,8)        | 18 (30,5)              |       |
| Mastektomi              | 21 (58,3)        | 36 (61,0)              | 0,966 |
| Meme Koruyucu Cerrahi   | 15 (41,7)        | 23 (39,0)              |       |
| Subkutan Mastektomi     | 0 (0,0)          | 4 (6,8)                | 0,294 |
| Basit Mastektomi        | 36 (100,0)       | 56,5 (93,2)            |       |
| SLNB                    | 12 (33,3)        | 17 (28,8)              | 0,872 |
| Direk Diseksiyon        | 20 (55,6)        | 34 (57,6)              |       |
| SLNB Pozitif Diseksiyon | 4 (11,1)         | 8 (13,6)               |       |
| Aksilla Negatif         | 14 (38,9)        | 25 (42,4)              | 0,905 |
| Aksilla Pozitif         | 22 (61,1)        | 34 (57,6)              |       |
| 2 cm Altı Tümör         | 20 (55,6)        | 30 (50,8)              | 0,802 |
| 2 – 5 cm Tümör          | 12 (33,3)        | 19 (32,2)              |       |
| 5 cm Üzeri Tümör        | 4 (11,1)         | 10 (16,9)              |       |
| İnvaziv Duktal          | 27 (75)          | 48 (81,4)              | 0,767 |
| İnvaziv Lobüler         | 2 (5,6)          | 3 (5,1)                |       |
| Mixed                   | 2 (5,6)          | 1 (1,7)                |       |
| Diğer Tipler            | 5 (13,9)         | 7 (11,9)               |       |

n (%) SLNB: Sentinel lenf nodu biyopsisi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Tablo 2: Moleküler sınıflandırmaya ait veriler**

|                | 35 Yaş Altı Grup | 36 - 40 Yaş Arası Grup | p     |
|----------------|------------------|------------------------|-------|
| ÖR Negatif     | 11 (30,6)        | 18 (30,5)              | 1,000 |
| ÖR Pozitif     | 25 (69,4)        | 41 (69,5)              |       |
| ÖR (median)    | 60 (0 – 95)      | 80 (0 – 95)            | 0,639 |
| PR Negatif     | 15 (41,7)        | 20 (33,9)              | 0,588 |
| PR Pozitif     | 21 (58,3)        | 39 (66,1)              |       |
| PR (median)    | 20 (0 – 80)      | 30 (0 – 80)            | 0,694 |
| HER2 Negatif   | 19 (52,8)        | 40 (67,8)              | 0,213 |
| HER2 Pozitif   | 17 (47,2)        | 19 (32,2)              |       |
| Ki67 Negatif   | 7 (19,4)         | 16 (27,1)              | 0,548 |
| Ki67 Pozitif   | 29 (80,6)        | 43 (72,9)              |       |
| Ki67 (median)  | 20 (15 – 49)     | 20 (10 – 40)           | 0,482 |
| Luminal A      | 10 (27,8)        | 13 (22,0)              | 0,107 |
| Luminal B      | 16 (44,4)        | 28 (47,5)              |       |
| HER2           | 8 (22,2)         | 6 (10,2)               |       |
| Triple Negatif | 2 (5,6)          | 12 (20,3)              |       |

n (%) ÖR: Östrojen reseptörü PR: Progesteron reseptörü

**Tablo 3: Hastalık durumuna ait veriler**

|                          | 35 Yaş Altı Grup | 36 - 40 Yaş Arası Grup | p     |
|--------------------------|------------------|------------------------|-------|
| Ölü                      | 2 (5,6)          | 4 (6,8)                | 1,000 |
| Hayatta                  | 34 (94,4)        | 55 (93,2)              |       |
| Memede Nüks              | 0 (0,0)          | 0 (0,0)                | 1,000 |
| Uzak Metastaz            | 2 (66,7)         | 2 (66,7)               |       |
| Her ikisi                | 1 (33,3)         | 1 (33,3)               |       |
| Memede Yeni Primer Tümör | 0 (0,0)          | 0 (0,0)                | 1,000 |
| Memede Gerçek Nüks       | 1 (100,0)        | 1 (100,0)              |       |
| Memede Lokal Nüks        | 0 (0,0)          | 0 (0,0)                | 1,000 |
| Göğüs Duvarında Nüks     | 1 (100,0)        | 1 (100,0)              |       |
| Bölgesel Nüks Var        | 0 (0,0)          | 2 (100,0)              | 1,000 |
| Bölgesel Nüks Yok        | 0 (0,0)          | 0 (0,0)                |       |
| Karaciğer Metastazı      | 0 (0,0)          | 1 (33,3)               | 0,401 |
| Kemik Metastazı          | 3 (100,0)        | 1 (33,3)               |       |
| Beyin Metastazı          | 0 (0,0)          | 0 (0,0)                |       |
| Diğer Metastazlar        | 0 (0,0)          | 0 (0,0)                |       |
| Multiple Metastazlar     | 0 (0,0)          | 1 (33,3)               |       |

n (%)

**Tablo 4: Sağkalım analizi**

|             | 35 Yaş Altı Grup | 36 - 40 Yaş Arası Grup | p     |
|-------------|------------------|------------------------|-------|
| GS (median) | 21 (7 – 38)      | 14 (6 – 33)            | 0,255 |
| HS (median) | 22,5 (7 – 28)    | 15 (6 – 33)            | 0,458 |

GS: Genel sağkalım (ay) HS: Hastalıksız sağkalım (ay)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0830 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### **Metaplastik meme kansinomasının nadir varyantı "İntraduktal Meme kanseri ile birlikteliği"; Olgu Sunumu ve Literatürün gözden geçirilmesi**

Veli Vural, Alim Akbarov, Amil Huseynov, Nurullah Bülbüller  
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

#### Giriş

Metaplastik meme kanserleri (MMK) nadir görülen, morfolojik olarak heterojen olmasına rağmen farklı immunprofile sahip tümör grupudur. İlk kez 1973'de Huvos ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. MMK tüm Meme kanselerinin %0,25-1 'i teşkil etmektedir.

#### Olgu Sunumu

Memede palpabl kitle nedeniyle tetkik edilen 59 yaşında bayan hastada, yapılan USG ve Mammografide sol meme aksiler kuyrukta 40x37x30 mm boyutlu hipoeoik yuvarlak şekilli düzensiz kontrollü solid kitle izlenmesi üzerine kor biopsi planlanmıştır. Metaplastik karsinom, mezenkimal diferansiyasyonlu ve İntraduktal karsinom olarak yorumlanan hastada aksiller patolojik lenf nodu saptanmamış, Lumpektomi sonrası neoadjuvan terapi uygulanarak kür sağlanmıştır.

#### Tartışma

Primer olarak MMK genellikle 50 yaşın üstündeki kadınlarda palpe edilebilir meme kitlesi şeklinde saptanmaktadır. Literatürde 16 yaş en genç yaş olarak bildirilmiştir. Metaplastik karsinomlu hastalara ortalama çapı 3,7cm (1.4-9,5cm) olan büyük tümör boyutları ile hastaneye başvurmaktadırlar. Bu karsinomların mamografik, sonografik ve manyetik rezonans görüntüleme özellikleri intraduktal kanserler ve benign lezyonlara benzer olarak düzensiz kitle veya küme tipi kistik kitle şeklinde görülebilir. MMK'lı hastalar İntraduktal kanserli hastalarla karşılaştırıldığında 5 yıllık sağkalım daha düşük olduğu görülmüştür (%49-68). Aksiller lenf nodu tutulumu %8-40 aralığında değişir. Uzak metastaz riski İntraduktal karsinoma göre daha yüksektir, genelde hematogen yolla Akciğer ve Kemikleredir. Özellikle sarkomatoid morfolojinin baskın olduğu tiplerde hematogen yayılım daha fazladır. Metaplastik karsinomlar genellikle ER,PR ve HER2 negatifdir; ancak tipik olarak CK5/6 ve 34beta E12 dahil yüksek molekül ağırlıklı keratinlerin pozitif ekspresyonunu göstermektedir. Östrojen ve Progesteron reseptor pozitifliği %7-13 arasında bildirilmiştir. Lokal Nüks oranı 2-5 yıl için %35-62 arasında değişmekte. MMK'lı hastaların prognozunu etkilediği kanıtlanmış klinik ve immunohistokimyasal faktörler ile ilgili veriler mevcuttur. Spesifik olarak 40 yaş altı yaş, deri invazyonu ve skuamöz hücre bileşenin baskınlığının prognozu daha kötüdür. Bazı çalışmalar adjuvan RT'nin genel sağkalıma fayda sağladığını göstermiştir.

#### Sonuç

Literatürde Metaplastik ve intraduktal meme kanseri birlikteliği nadiren bildirilmiştir. MMK için standart bir tedavi yaklaşımı mevcut olmamakla beraber, tedavide ek patolojinin varlığı dikkate alınmalıdır. Lokalize hastalık için cerrahi, tedavinin temelini oluşturur ve bunları RT ve/veya KT, hormonal terapi ve diğer hedeflenmiş terapi türleri izleyebilir. Daha etkili tedavi yöntemleri için daha geniş vaka serileri üzerinde çalışmalar yapılmasına gerek duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Metaplastik Meme Kanseri, İntraduktal Meme Kanseri, Metaplastik Karsinoma yaklaşım

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

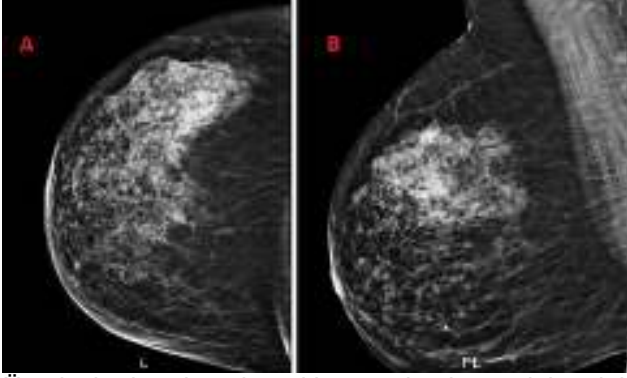
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



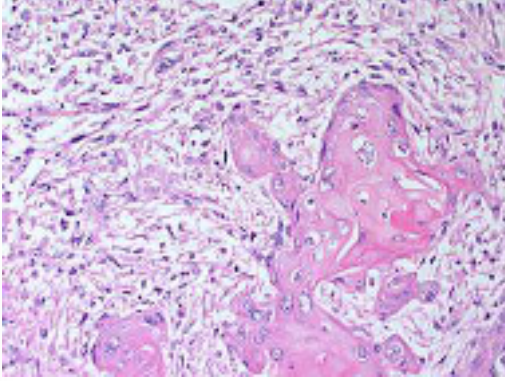
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Mamografik Görüntüleme "Sol Meme"



Üst dış kadranda pektoral kasa yakın komşulukta, lobüle kontürlü olup spiküler uzanımları olan yaklaşık 32x33 mm boyutlarında, kitlesel dansite mevcuttur.

### Patolojik Görüntü



Metaplastik karsinom

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0831 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Erken Evre Meme Kanseri Aksiller Ultrason

Tugba Han Yilmaz<sup>1</sup>, Hasan Yerli<sup>2</sup>, Baha Arslan<sup>1</sup>, Varlık Erol<sup>1</sup>, Hüseyin Gülay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi günümüzde meme kanseri hastalarının aksiller değerlendirmesinde uygulanmakta olan standart bir işlemdir. ACOSOG Z0011 çalışması aksiller diseksiyonun seçilmiş bir grup sentinel nod pozitif hastada uygulanma gerekliliğini sorgulamakta, akla bu tartışmaların ultrason pozitif hastalarda uygulanabilirliğinin irdelenmesi gerektiğini getirmektedir. Çalışmamızın amacı erken evre meme kanserlerinde aksiller durumun değerlendirilmesinde ultrason tetkikinin güvenilirliğinin sorgulanmasıdır.

**METOD:** 2010-2016 yılları arasında kliniğimize başvuran klinik T1-2,N0 hastalar çalışmaya dahil edildi. Sentinel nod biyopsisi ve metastaz tespit edildiğinde aksiller diseksiyon tüm hastalara uygulandı. Aksiller ultrason sonuçları ile hastaların patoloji sonuçları karşılaştırıldı.

**SONUÇLAR:** Aksiller ultrasonun aksiller hastalığın tespitinde sensitivite ve spesifitesi sırasıyla 69.2% and 98%, negatif prediktif değeri 86.4% ve pozitif prediktif değeri 94.7% olarak hesaplanmıştır.

**TARTIŞMA:** Çalışma sonucunda elde ettiğimiz yüksek sensitivite, spesifite, pozitif prediktif değer ve negatif prediktif değerler ile aksiller ultrason meme kanserinin aksiller değerlendirmesinde sentinel nod biyopsisine alternatif yöntem olabilir. Meme kanserli hastalarda aksiller ultrasonu sentinel nod biyopsisi ile karşılaştırmalı çalışan SOUND ve benzeri büyük çalışmalar konunun netleşmesine katkıda bulunacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** aksiller ultrason, meme kanseri, sentinel nod biyopsisi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0832 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Dev Apokrin Kist

Deniz Fındık, Zekeriya Pelen, Ferda Nihat Köksoy  
GOP Taksim EAH, İstanbul

Meme kistleri genellikle benign olmaktadır. Memede ele gelen kitlenin en önemli nedeni meme kistleridir. Meme kistlerinin hormon seviyelerindeki yaşla olan doğal değişime bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Meme kistleri her yaşta görülebilmekle beraber en sık 35 yaş üzerinde gözlenir. Yapılan bir çalışmada 150 meme kistinin patolojik incelemesinde; ki bu kistlerin 79'u ultrasonografik olarak komplike kist tanımı içerisinde; 18'i (%23) malign bulunmuştur. Olgumuzda, 36 yaşında kadın hasta polikliniğimize memelerinde asimetri şikayeti ile başvurdu. Son 6 aydır sağ memesinde renk değişimi eşlik etmeksizin büyüme mevcut. Yaklaşık bir yıl önce aynı memeden kist aspire edilmiş. Fizik muayenede sağ memenin diğer memeye göre belirgin büyük olduğu saptandı. Yapılan meme ultrasonunda Sağ meme retroareolar alanda 13x5 cm boyutlu içerisinde internal ekojeniteler izlenen içerisinde 1 cm çaplı nodüler komponentin izlendiği kistik lezyon izlendi. Meme MR'da sağ memede, sağ memeyi tama yakın dolduran periferik cidar yapısı bulunan post kontrastlı incelemede cidarında lümen protrüzyon gösteren çok sayıda nodüler kontrast tutulumları izlenen malignite olasılığı yönünden yüksek kuşku değerlendirilen komplike kist saptanmıştır. Sol memede malignite kuşku olan lezyon saptanmadı. Yapılan mamografide Sağ meme parankim dansitesinde artış, sağ memeyi tama yakın dolduran düzgün konturlu kitle (kitlenin duvarında multiple kontrast tutan papiller projeksiyonlar bulunan yoğun içerikli komplike kiste ait olduğu izlenmiş. Periareolar insizyon ile kist eksize edildi. Materyalden alınan parçaların kesitlerin mikroskopik incelemesinde kist duvarında, dallanan fibrovasküler korlar ve bu korların üzerinde stratifikasyon, mitoz ve atipi göstermeyen, geniş eozinofilik sitoplazmalı, yuvarlak nükleuslu, küboidal apokrin hücrelerden oluşan epitelyal tabaka barındıran papiller yapılar izlendi. Bu bulgularla olguda ayırıcı tanıda papiller neoplastik lezyonlar ve apokrin kistler bulunmaktadır. immünohistokimyasal olarak uygulanan p63 ile papiller yapılarda myoepitel tabakası saptanmadı. Olgu bu bulgularla Dev Apokrin Kist, İntrakistik Apokrin Papiller Proliferasyon olarak değerlendirildi. Ayırıcı tanımımızda bulunan İntraduktal Papillom (İDP), dallanan fibrovasküler korlar üzerinde epitelyal ve myoepitelyal hücre tabakasını içeren benign lezyonlardır. Dev İDP'lar sık değildir ve bildiğimiz kadarıyla literatürde sadece 7 vaka bildirilmiştir. 1 Bizim olgumuz da 13x8x6 cm boyutlarında ölçülmüş olup, papiller meme lezyonlarında beklenen boyutların üzerindedir.

**Anahtar Kelimeler:** apokrin kist, meme kisti, dev

#### dev apokrin kist



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





[www.2018tuck.org](http://www.2018tuck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

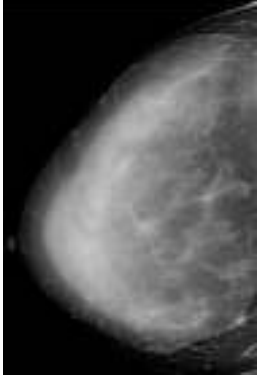
dev kist



eksize edilen kist



mammografi



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

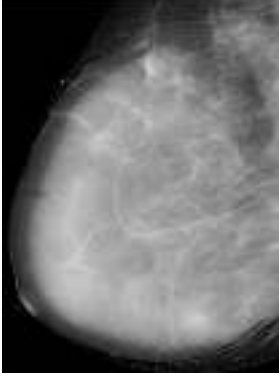
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

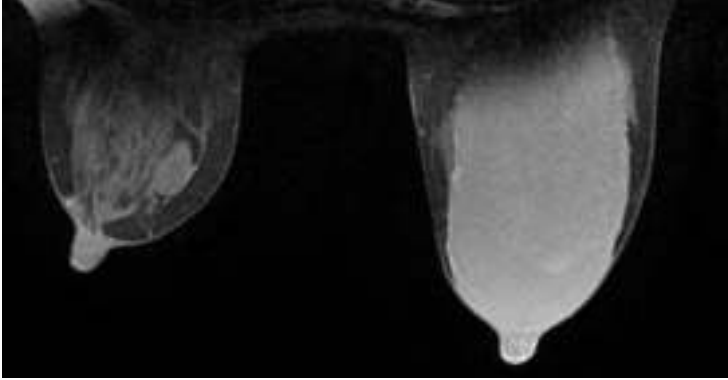


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

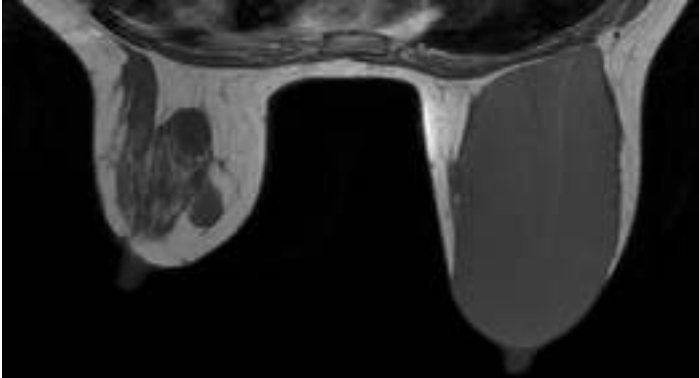
mammografi (MLO)



MR görüntüsü



MR görüntüsü (2)



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0833 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Solid meme kitlelerinin değerlendirilmesinde sonoelastografi

Hasan Yerli<sup>1</sup>, Tuğba Han Yılmaz<sup>2</sup>, Hüseyin Gülay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Çalışmamızın amacı meme kitlelerinin malign-benign ayırımında sonoelastografik skorum sisteminin etkinliğinin değerlendirilmesidir. 155 hastada incelenen 180 solid meme kitlesi (147 benign, 33 malign) 2 yıllık dönemde prospektif olarak değerlendirildi. Her lezyon B mod sonografi ve sonoelastografi ile incelendi. İnceleme sonuçları histopatolojik sonuçlar ile karşılaştırıldı. Sonoelastografik skorum ve B-mod sonografi metodlarının tanısal performansları değerlendirildi. Benign lezyonlar için sonoelastografi ortalama skoru  $2.61 \pm 0.62$  iken malign lezyonlar için  $3.73 \pm 0.69$  olarak tespit edildi. B-mod sonografi için doğruluk, sensitivite, spesifite, pozitif and negatif prediktif değerleri sırasıyla 81%, 89%, 79%, 46% and 97% iken; sonoelastografik skorum için 87%, 73%, 91%, 69% and 92% olarak bulunmuştur. Malign-benign meme kitlelerinin ayırımında, bu sonuçlar ile B-mod sonografi incelemesi sonrası yapılan sonoelastografik değerlendirmenin spesifiteyi arttırabileceğini söyleyebiliriz.

**Anahtar Kelimeler:** sonoelastografi, meme, kanser, ultrason

tablo 1

Table 1.  
Sonoelastographic scores for breast lumps

| Score | Sonoelastographic view                                        |
|-------|---------------------------------------------------------------|
| 1     | Three color imaging (blue-green-red)                          |
| 2     | Diffuse strain (near complete green except some blue data)    |
| 3     | Mostly strain (mixture of green and blue but mostly green)    |
| 4     | Mostly non-strain (mixture of green and blue but mostly blue) |
| 5     | Firm (near complete blue)                                     |

tablo 2

Table 2.  
Patient age, breast volume, BI-RADS scores, sonoelastographic scores

| Property                          | Benign (n=147, 81.7%) | Malignant (n=33, 18.3%) |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Age                               | 45.3±11.3             | 49.1±12.8               |
| Lesion volume (ml) (mean)         | 3.7±1.14              | 10.5±1.89               |
| Lesion volume (ml) (SD)           | 11.4±7.56             | 18.4±10.67              |
| Method                            |                       |                         |
| B-Mode Sonography (BI-RADS score) | 2.29±0.91 (Median: 2) | 4.25±0.69 (Median: 4)   |
| Sonoelastographic score           | 2.61±0.62 (Median: 2) | 3.73±0.69 (Median: 4)   |

BI-RADS: Breast imaging reporting and data system



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

tablo 3

Table 3:

Comparison of benign and malignant lesions

| Method                   | Benign<br>Count | Benign rate (%)<br>(n/N) | Malignant (n/N)<br>(N/N) | Malignant rate<br>(%) |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Ultrasound (n=100)       | 3               | 3                        | 3                        | 3 (3)                 |
| Biopsy                   | 3               | 3                        | 3                        | 3 (3)                 |
|                          | 4               | 4                        | 4                        | 4 (4)                 |
|                          | 3               | 3                        | 3                        | 3 (3)                 |
| Sonoelastography (n=100) | 7               | 7                        | 7                        | 7 (7)                 |
|                          | 7               | 7                        | 7                        | 7 (7)                 |
|                          | 4               | 4                        | 4                        | 4 (4)                 |
|                          | 7               | 7                        | 7                        | 7 (7)                 |

\*p < 0.05. (Fisher's exact test and chi-square test)

tablo 4

Table 4:

Comparison of sonoelastography vs. B-mode sonography in distinguishing benign and malignant breast lesions

| Diagnostic performance        | B-mode sonography | Sonoelastography |
|-------------------------------|-------------------|------------------|
| Accuracy (%)                  | 81                | 87               |
| Specificity (%)               | 79                | 91               |
| Sensitivity (%)               | 89                | 73               |
| Negative predictive value (%) | 97                | 92               |
| Positive predictive value (%) | 46                | 69               |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0834 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanseri Tarama Uygulamalarının Etkinliği

Ender Onur, İksan Taşdelen, Ali Cihan Bilgili, Ahmet Yalın İşcan, Mehmet Okuducu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Meme kanserinde tarama uygulamalarının etkinliği bilinmektedir. Acaba bu tarama uygulamaları ülkemizde etkin olarak gerçekleşmekte midir. Bu konuyu araştırmak için tarama hastanesi olarak seçilen hastanemizde seçilmeden önce ve seçildikten sonra ameliyat edilen olgular karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza toplam 288 hasta alınmıştır. Bu 288 hastanın 285 (%99)'ü kadın, 3 tanesi erkektir. Başvuran hastaların yaş ortalaması  $56.70 \pm 13.23$  (55,17-58,24) idi. Hastaların tutulan meme tarafı incelendiğinde 153 sol meme, 135 sağ meme olduğu görüldü. Tümör büyüklüğü incelendiğinde 159(%55.2) hastanın  $<2$  cm, 116(%40.3) hastanın 2-5 cm, 13(4.5) hastanın  $>5$  cm tümör büyüklüğü olduğu saptandı. 101(%35.1) hastanın Evre 1, 78(%27.1) hastanın evre 2A, 45(15.6) hastanın evre 2B, 38(13.2) hastanın evre 3A, 23(%8) hastanın evre 3C, 1(%0.3) hastanın evre 4 olduğu saptandı. Tüm hastaların 203(%70) tanesi tarama öncesi hasta grubu olup Grup A olarak isimlendirilmiştir. 85 (%30) tanesi ise tarama sonrası grup olup Grup B olarak adlandırılmıştır.

A grubundaki 203 hastanın 100 tanesinde kitle sol yerleşimlidir. Tümör büyüklüğü incelendiğinde A grubundaki 107(%52.7) hastanın  $<2$  cm, 86(%42.4) hastanın 2-5 cm, 10(%4.9) hastanın  $>5$  cm tümör büyüklüğü olduğu saptandı. 67(%33) hastanın Evre 1, 55(%27.1) hastanın evre 2A, 31%(15.3) hastanın evre 2B, 29(%14.3) hastanın evre 3A, 21(%10.3) hastanın evre 3C, 1(%0.04) hastanın evre 4 olduğu saptandı.

B grubundaki 85 hastanın 53 (%62.4) ünde kitle sol yerleşimlidir. Tümör büyüklüğü incelendiğinde 52(%61.2) hastanın  $<2$  cm, 30(%34.2) hastanın 2-5 cm, 3(%3.5) hastanın  $>5$  cm tümör büyüklüğü olduğu saptandı. 36(%42.4) hastanın Evre 1, 23 (%27.1) hastanın evre 2A, 14(%16.5) hastanın evre 2B, 9(%10.6) hastanın evre 3A, 3(%3.5) hastanın evre 3C olduğu saptandı.

Tüm verilerin 2 grup arası karşılaştırmalarında gruplar arası fark saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Tarama, Meme Kanseri, evreleme

#### Toplam Hasta Sayısı



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### GRUPLARA GÖRE PATOLOJİK EVRELER

|        | EVRE 1         | EVRE 2A      | EVRE 2B        | EVRE 3A       | EVRE 3C      | EVRE 4        |
|--------|----------------|--------------|----------------|---------------|--------------|---------------|
| GRUP A | n=67<br>% 33   | n=55<br>% 27 | n=31<br>%15    | n=29<br>% 14  | n=21<br>% 10 | n=1<br>% 0,04 |
| GRUP B | n=36<br>% 42,5 | n=23<br>%27  | n=14<br>% 16,5 | n=9<br>% 10,5 | n=3<br>% 3,5 |               |

Patolojik evre açısından gruplar arasında anlamlı fark yok.

### Gruplara Göre Tümör Büyüklüğü

|        | <2 cm           | 2-5 cm         | >5 cm       |
|--------|-----------------|----------------|-------------|
| GRUP A | n=107<br>% 52,5 | n=86<br>% 42,5 | n=10<br>% 5 |
| GRUP B | n=52<br>% 62    | n=30<br>% 34   | n=3<br>% 4  |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0835 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Nadir bir meme hastalığı: Granülomatöz mastit

Banu Karapolat<sup>1</sup>, Halil Afşin Taşdelen<sup>1</sup>, Sercan Büyükkakıncak<sup>2</sup>, İzzettin Kahraman<sup>1</sup>, Yusuf Ziya Yamak<sup>1</sup>, Ömer İleli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, Trabzon

<sup>2</sup>Haçkalıbaşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi kliniği, Trabzon

**GİRİŞ:** Granülomatöz mastit memede kızarıklık, şişlik ve sertlikten sinüs veya apse oluşumuna kadar değişik klinik tablolar ile kendini gösteren ve etiyolojisi tam olarak bilinmeyen meme dokusunun kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Oluşan lezyonlar düzensiz sınırlı sert bir kitle şeklinde görülebildiğinden dolayı meme kanseri ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

**AMAÇ:** Granülomatöz mastit olgularının radyolojik, patolojik özelliklerinin belirlenmesi ve tedavi sonuçlarının incelenmesi

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2016 ve Ocak 2018 tarihleri arasında mastit nedeni ile 2 haftadan uzun süreli nonspesifik antibiyoterapi ve antiinflamatuvar ilaç tedavisi alan ve tedaviye cevap vermeyen 25 olgu çalışmaya alınmıştır.

**BULGULAR:** Olguların yaşları 23-54 arasında olup ortalama yaş 34 idi. Tüm olgular meme ultrasonografisi ile incelendi. Gerek görülen olgulara mamografi ve meme manyetik rezonans görüntüleme istendi. Onüç (%52) olguda sağ memede, 10 (%40) olguda sol memede ve 2 (%8) olguda ise bilateral tutulum mevcut idi. Yerleşim yeri itibarıyla en sık 9 (%36) olguda sağ üst dış kadran ve 4 (%16) olguda sol üst dış kadran yerleşimi görüldü. Yedi (%28) olgunun radyolojik tetkiklerinin malign görünümlü olması üzerine bu olgulara tru-cut biyopsi yapılmış ve malignite tanısı ekarte edilmiştir. Geriye kalan olgularda tüberküloz, bakteriyel veya mantar enfeksiyonu olmadığı kültür veya ince iğne aspirasyon biyopsisi ile kanıtlanmıştır. Tedavi öncesi 6 (%24) olguda apse tespit edildi ve drenaj sonrası antibiyotik tedavisi verildi. Tüm olgulara 0,6 mg/kg dozunda 1 ay süre ile metilprednisolon tedavisi uygulandı. Daha sonra doz azaltılarak kesildi. Onsekiz (%72) olguda tedaviye cevap alındı. Üç (%12) olgu steroid tedavisinden fayda görmedi. Dört (%16) olguda ise tedavi esnasında nüks görülmesi üzerine cerrahi kararı verildi. Bu olgularda negatif cerrahi sınır oluşturulacak şekilde tüm kitleler rezeke edildi. Çıkarılan spesmenlerin histopatolojik incelemeleri ile idiyopatik granülomatöz mastit tanısı konuldu. Tüm olgular 6 ay boyunca takip edilmişlerdir. Sadece steroid tedavisine cevap alınan 1 (%4) olguda takibin 4. ayında travma ile tetiklenen karşı meme dokusunda nüks saptanmıştır.

**SONUÇ:** Nadir bir meme hastalığı olan granülomatöz mastit olgularında ayırıcı tanıları arasında enfeksiyon ve malignite mutlaka ekarte edilmelidir. Granülomatöz mastit tanısı konulduktan sonra herhangi bir kontrendikasyon yoksa tüm olgulara steroid tedavisi başlanmalıdır. Bu tedavi yüksek başarı oranlarına sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Granülomatöz mastit, tedavi, steroid

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0836 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Anestezisi Yüksek Riskli Hastada İnterfasial Gövde Blokları Uygulanarak Yapılan Mastektomi Olgusu

Ufuk Karabacak<sup>1</sup>, Cengiz Kaya<sup>2</sup>, Ayfer Kamalı Polat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Samsun

**OLGU:** 80 yaşında kadın hastada; sol meme alt orta kadranda 3 cm boyutlu, cilt tutulumu olan invaziv meme kanseri (ER+, PR-, HER2+) mevcuttu, aksiller ya da uzak metastaz tespit edilmedi. Anamnezinde konjestif kalp yetmezliği, kardiyak pacemaker, skolyoz ve pektus ekskavatum bulunan hastaya yüksek ko-morbiditesi nedeniyle tıbbi onkoloji tarafından kemoterapi planlanmadı. Preoperatif anestezi değerlendirilmesinde risk skoru yüksek bulunan hastaya cerrahi anestezi için pektoral sinir bloğu (PECs) ve serratus anterior alan (SAP) bloğu planlandı. Ultrason (US) eşliğinde blok iğnesi (22 G, 50-100 mm) ile pektoralis major ve minor kasları arasına ulaşılarak 0,2 ml/kg, 0.25% bupivakain enjekte edildi. Daha sonra anterior aksiler çizgide 4. kosta görüntülenerek pektoralis minor ile serratus anterior arasındaki fasiyal alana 0,2 ml/kg, 0.25% bupivakain uygulandı. SAP blok ise daha lateral ve posterior bölgede, midaksiller çizgide 5. kosta görüntüsüne ulaşılarak yapıldı. Burada US probu coronal planda yerleştirilerek serratus anterior ile latissimus dorsi arasındaki fasiyal plana 0,4 ml/kg, 0,125% bupivakain verildi. Böylece meme ve aksillada yapılacak cerrahi işlemler için analjezi sağlanarak sol mastektomi ve sentinel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Perioperatif dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmayan hastanın postoperatif analjezi gereksiniminin azaldığı gözlemlendi. Hasta sorunsuz olarak postoperatif 3. gün taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Toraks anestezisi için Blanko tarafından 2011-2013 yılları arasında geliştirilen PECs ve SAP blokları, US rehberliğinde uygulanan bir interfasial rejyonel anestezi tekniğidir. PECs blokları iki aşamada gerçekleştirilmektedir. PECs I ile pektoralis major ve minor kasları arasında bulunan medial ve lateral pektoral sinirler ve interkostal sinirlerin anterior dalları bloke edilirken PECs II blokta ise pektoralis minör ile serratus anterior kasları arasına lokal anestezi enjekte edilerek üst interkostal sinirlerin (T3-9) lateral dallarının blokajı sağlanır. SAP blok ile ise serratus anterior kası ile latissimus dorsi kasları arasına enjeksiyon yapılarak torasikus longus, torakodorsal sinir ve interkostobrakial sinirler bloke edilmiş olur. Bu sinirler özellikle aksillanın innervasyonunda önemli rolleri vardır. Bu bloklar aslında, hemitoraksa uygulanan cerrahiler için analjezi sağlamak amacıyla, torasik epidural ve paravertebral bloklara alternatif olarak geliştirilmiş; böylece hemodinamik (hipotansiyon, bradikardi gibi) ve teknik ilişkili yan etkilerden (pnömotoraks, spinal kord hasarı gibi) kaçınılmış olunmaktadır. Literatürde bu blokların genellikle meme cerrahisinde postoperatif analjezi amacıyla genel anestezi ile kombine edildiği görülse de yalnız başına cerrahi anestezi içinde kullanıldığı bildirilmiştir. Olgumuzda da PECs ve SAP bloğu yalnız başına cerrahi anestezi için kullanılırken postoperatif dönemde etkin analjezi sağlandığı gözlemlendi.

**SONUÇ:** PECs ve SAP bloğu meme cerrahisinde, daha çok postoperatif dönemde multimodal analjezinin bir komponenti olarak kullanılsa da yüksek riskli hastalarda yalnız başına genel anesteziye alternatif olarak uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme Kanseri, İnterfasial Gövde Blokları, Yüksek Riskli Anestezi

**PECs blokta lokal anestezi yayılımının ultrasonografik görüntüsü.**



PM: Pektoralis majör, Pm: Pektoralis minör, LA: Lokal anestezi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0837 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Prostat Kanseri Ve Meme Kanseri Birlikteliği Nadir Bir Olgu

Gizem Kilinç<sup>1</sup>, Hüseyin Esin<sup>1</sup>, Cem Karaali<sup>1</sup>, Kadri Murat Erdoğan<sup>2</sup>, Lütfi Mutlu<sup>1</sup>, Mustafa Emiroğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Genel Cerrahi Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir/TÜRKİYE

<sup>2</sup>Tıbbi Genetik, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir/TÜRKİYE

**AMAÇ:** Tüm meme kanserlerinin %1 i erkeklerde görülmektedir. Meme kanseri, prostat kanseri ve akciğer kanserinden sonra erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser türüdür. Erkek meme kanseri ve prostat kanseri etiyopatogenik olarak benzerlik gösterse de bu iki kanser türünün birlikteliği nadir görülmektedir. Bu olgu sunumunda ailesinde meme kanseri hikayesi olmayan, metastatik prostat kanseri tanısı nedeniyle medikal tedavi gören ve izlemlerinde meme kanseri tespit edilen bir vaka anlatılmaktadır.

**OLGU:** 2011 yılında kemiğe metastatik prostat adenokarsinomu tanısı alan operasyon öyküsü olmayıp Luteinize hormone-releasing hormone analogu ve bifosfonat kullanım öyküsü olan 82 yaş erkek hasta sağ memede ele gelen sertlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ memede retroareolar alanda meme başında çekintiye neden olmuş cilde invaze yaklaşık 3 cm çapında sert fikse kitle mevcuttu. Soygeçmişinde özellik olmayan hastanın yapılan meme ultrasonunda sağ memede lobule konturlu 17x23 mm boyutunda içinde kaba kalsifikasyon içeren solid lezyon olduğu görüldü. Takiben hastaya çekilen mammografide sağ meme retroareolar alanda 24x20 mm boyutlarında düzensiz sınırlı kaba kalsifikasyon içeren kitleye ait opasite izlendi. Kitle BIRADS 4 olarak değerlendirildi, grafiye dahil aksiler alanlarda malign özellikte lenf bezi saptanmadı. Hastanın tumor marker incelemelerinde CA 15-3:15.3 U/ml, CEA:0,74 ng/ml, PSA:5,138 ng/ml, total testesteron:1,6 ng/dl olarak ölçüldü. Hastaya sağ memedeki kitleye yapılan tru cut biyopsi patolojik sonucu skuamöz diferansiyasyon gösteren invaziv karsinom ER(-), PR(-), CerbB2(+1)(NEGATİF), E kaderin(+) p63 nadir(+), CK5/6(+),CD31 CD34 damar duvarında (+) olarak raporlandı. Hastanın preoperatif hazırlıkları yapılarak hasta operasyona alındı ve hastaya modifiye radikal mastektomi uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif ikinci günde şifa ile taburcu edildi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Erkeklerde görülen tüm kanserlerin yaklaşık % 0,2'si meme kanseridir. Erkek meme kanseri tanıli hastalarda metakron ve senkron kanser görülme insidansı %10,6 olarak belirtilmiştir. Erkek meme kanseri ve prostat kanseri etiyopatogenik olarak benzerlik göstermekte olup hormonal, genetik ve çevresel faktörler etiyolojide önem kazanmaktadır. BRCA2 mutasyonunun erkeklerde prostat ve meme kanseri riskini arttırdığı gösterilmiştir. Prostat kanseri tanısı konan hastalarda BRCA2 geninin taranması hem hastanın hem de aile fertlerinde ileride olabilecek meme kanseri riski açısından faydalı olabilir. Erkeklerde meme kanseri sık görülmemekte olup metakron ve senkron kanser görülme oranları yüksek olması nedeniyle prostat kanserli hastalarda yapılacak taramalar ve gen analizleri erken teşhis ve tedavide önem kazanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Erkek meme kanseri, Prostat kanseri, BRCA-2

#### Resim 1



Jinekomasti ve areolayı tutan cilde invaze kitlesel lezyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

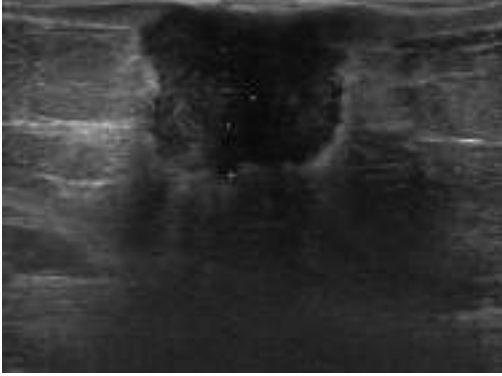
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



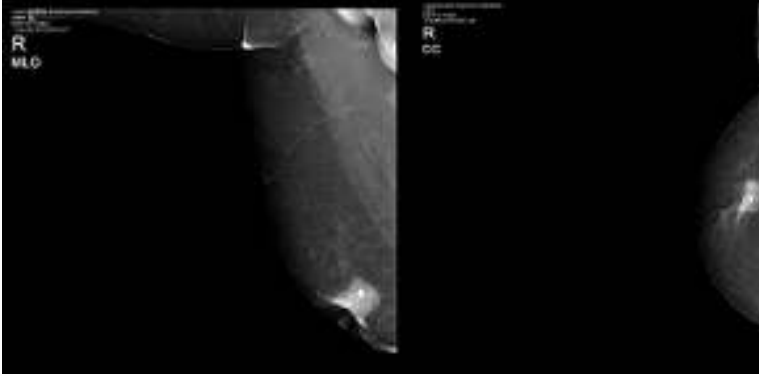
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 2



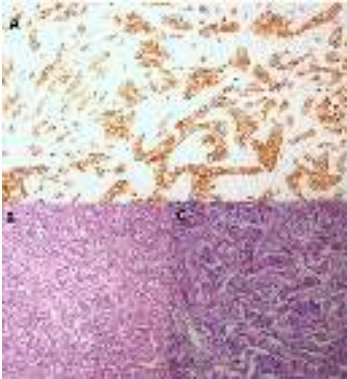
Sağ memede 17x23 mm boyutundaki kitlesel lezyonun ultrasonografik görüntüsü

Resim 3



Sağ meme 17x23 mm boyutundaki kitlesel lezyonun mammografi görüntüleri

Resim 4



A- Spesmenin patolojik değerlendirilmesinde immunohistokimyasal boyamada Cerb-B2 bakılması B,C- Hematoksilen-Eozin boyamada skuamöz diferansiyasyon gösteren tumor hücrelerinin görüntüleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0838 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Mastalji şikayeti ile başvuran hastalarda etyolojik faktörler

Turgut Anuk

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kars

#### AMAÇ:

Mastalji, kadınların yaklaşık 2/3'ünün hayatlarının bir döneminde doktora başvurmasına sebep olan şikayet sebebidir. Meme başı ağrısının yanı sıra memelerden biri veya ikisindeki ağrı duyusu olarak tanımlanır. Kadınlarda malignite endişesi sebebi ile günlük yaşantıyı etkiler. Mastalji etyolojisi ile ilgili literatürde birçok predispozan faktör literatürde sorumlu tutulmuştur. Özellikle hormonal faktörlerin başında östrojen, progesteron ve prolaktin seviyelerindeki değişimler tartışılmıştır. Meme ağrısı siklik ve nonsiklik olarak değerlendirilmektedir. Siklik mastalji; menstruasyon ilişkili bilateral hissedilen ağrı şeklinde iken, non siklik mastalji menstrual siklusu takip etmeyen unilateral ağrı şeklindedir. Çalışmamızda mastalji şikayeti ile başvuran hastalardaki predispozan faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

#### YÖNTEM:

Ocak 2016 – Aralık 2017 tarihleri arasında kadın doğum polikliniklerinden yönlendirilen ve genel cerrahi polikliniğine memede ağrı şikayeti ile başvuran ve çekilen mamografi ve ultrasonografilerinde herhangi bir patoloji saptanmayan hastaların dosya ve arşiv kayıtları tarandı. Hastaların yaş, meslek ve eğitim durumları, şikayet başlangıç süreleri, günlük ağrı süreleri, ağrının mens ilişkisi, menapoz durumları, aile öyküsü, geçirilmiş meme cerrahisi anamnezi, hastanın geçmişte psikiyatriye başvuru ve ilaç kullanım öyküleri, vücut kitle indeksleri, başvuru anında FSH, LH, östrojen, progesteron ve prolaktin düzeyleri kaydedildi.

#### İstatiksel analiz

Verilerin analizi SPSS for Windows 22 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterilmiştir. Gruplar arasındaki kategorik değişkenler Chi-square testiyle değerlendirilmiştir.

#### BULGULAR:

Çalışmamızdaki dahil edilen 115 hastanın yaş ortanca değeri 37 (18-70) idi. Yedi hastada ailede meme kanseri öyküsü anamnezi vardı. Yüz bir hasta ev hanımı iken, 68 hasta ilköğretim mezunu idi. Hastaların %45.2'sinde ağrılar 24 haftanın üzerinde idi. Günlük ağrı süreleri incelendiğinde en sık nadiren ağrı ve günlük 1-2 saat süren ağrı şikayetlerinin olduğu gözlemlendi. Yirmi dokuz hastanın mastaljisinin menstrüel siklus ilişkili olduğu tespit edildi. On yedi hasta menapozda idi. Sadece 3 hastanın özgeçmişinde meme cerrahisi geçirmiş olduğu öğrenildi. Hastaların 17'sinin daha önce psikiyatri polikliniğine başvurduğu ve 18'sinin halen psikiyatrik ilaç kullandığı tespit edildi. Hastaların %35.7'sinin vücut kitle indekslerinin 25.1-27.5 arasında olduğu hesaplandı. Jinekolojik hormon seviyeleri de Tablo 1'de verilmiştir.

#### SONUÇ:

Her ne kadar daha yüksek popülasyonlu hasta gruplarına ihtiyaç duysak ta, çalışmamızın düzenlendiği bölge itibarı ile sosyo kültürel düzeyi düşük olan lokasyonda, geçmişinde de psikiyatrik tedavi görmüş olan hastaların sekonder kazanç sağlama amaçlı mastalji şikayetleri ile hekime başvurdıkları sonucuna ulaştık.

**Anahtar Kelimeler:** Mastalji, jinekolojik hormonlar, siklik mastalji

#### Jinekolojik hormon seviyeleri

| Jinekolojik hormon seviyeleri | FSH                   | LH                 | ÖSTROJEN             | PROGESTERON       | PROLAKTİN |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|-----------|
|                               | 6.45<br>(1.90-115.20) | 6.8<br>(1.5-277.0) | 95.0<br>(12.0-593.4) | 0.7<br>(0.1-15.4) | 198       |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0839 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Fibroadenom öntanılı eksizyonel meme biyopsilerindeki atipik patoloji sonuçları ve klinik yaklaşım

Hamit Sinan Hatipoğlu

Adıyaman Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adıyaman

**AMAÇ:** Eksizyonel meme biyopsileri hem tanısal hem de tedavi edici özellikte olup; memede klinik olarak benign olduğu düşünülen kitlelerin tanısında kullandığımız en önemli ve efektif cerrahi girişimdir. Memedeki kitlelerin en sık görülen patolojisi fibroadenomlar olup klinik ve radyolojik olarak fibroadenom öntanısı ile opere edilen hastaların demografik özellikleri ve patoloji sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Mayıs 2009 ile Ocak 2018 arasında fibroadenom öntanısıyla aynı genel cerrahi uzmanı tarafından 23'ü genel anestezi altında ve 324' ü lokal anestezi altında yapılan toplam 347 ardışık eksizyonel meme biyopsisi yapılan hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların ameliyat öncesi yapılan fizik muayenesinde memede ele gelen kitle mevcut olup bütün hastalara bilateral meme ultrasonografisi ve gereğinde mamografi ve/veya meme MRI tetkikleri yapıldı. Radyoloji sonucunda; malignite? ve/veya BIRADS IV ve üzeri gelen hastalara insizyonel biyopsi tercih edilmiş olup çalışma dışı bırakıldı. Tüm patoloji sonuçları hastanemiz patoloji biriminde değerlendirildi ve patoloji sonuçları rapor sonuç sistemi üzerinden alındı.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 27.6 (13-58) olup biyopsi sonucunda hastaların; 298'inde (% 86) fibroadenom, 32'sinde (% 9.2) hamartom, 14'ünde (% 4) philloides tümörü ve 3 (% 0.8) hastada ise solid papiller karsinom (2 olguda nöroendokrin ve musinöz diferansiyasyon gösteren invaziv solid papiller karsinom, 1 olguda ise solid papiller in situ karsinom) mevcuttu. İn situ solid papiller karsinom olgusuna meme koruyucu cerrahi uygulanırken diğer 2 olguya modifiye radikal mastektomi yapıldı. Philloides tümörü olgularından yalnızca 1 tanesinde malignite saptanmış olup tamamlayıcı olarak modifiye radikal mastektomi yapıldı. Ortalama patolojik kitle lezyon boyutu açısından anlamlı farklılıklar mevcut olup; fibroadenomlarda 2.2 cm, hamartomlarda 2.9 cm, philloides tümörü olgularında 3.8 cm iken solid papiller karsinom olgularında 1.7 cm idi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Memede kitle nedeniyle ve radyolojik olarak fibroadenom ön tanısı ile gelen her hastaya biyopsi yapma gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmış olup hem klinik yaklaşımımızda hem de hastanın bilgilendirilmesinde olabilecek atipik patoloji sonuçları dikkate değerdir. Patolojik kitle lezyon boyutu klinik açıdan göz önünde bulundurulmalıdır. Meme ultrasonografisinde; Philloides tümörleri, solid papiller karsinomlar ve hamartomlar fibroadenomlarla karışabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** eksizyonel biyopsi, fibrodenom, hamartom, memede kitle, papiller karsinom, Philloides tümörü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0840 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin primer nöroendokrin karsinomu

Güney Özkaya, Mehmet Tolga Kırış, Server Sezgin Uludağ, Abdullah Kağan Zengin  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

#### AMAÇ

Memede nadir görülen primer nöroendokrin karsinom, sıklıkla ileri yaş kadınlarda görülüp gastrointestinal sistem ve akciğerlerdeki nöroendokrin tümörlere benzer morfolojik özellikler gösterir. Nöroendokrin karsinomda tümör hücrelerinin %50'den fazlası nöroendokrin belirteçleri eksprese etmektedir. Sunacağımız olguda sağ memede kitle saptanan hastanın tru-cut biyopsi sonucu invazif duktal kanser olarak geldi. Parsiyel mastektomi ve SLNB pozitifliği sonucu aksiller disseksiyon yapılan hastanın patoloji sonucu primer nöroendokrin karsinom olarak geldi. Primer nöroendokrin karsinom bu yazıda olgu olarak sunuldu.

#### OLGU

Mevcut şikayeti olmayan 68 yaşında kadın hastanın sağ memesinde kitle saptandı. Yapılan fizik muayenede sağ meme alt dış kadranda 2 santimetre boyutunda mobil, düzensiz konturlu kitle palpe edildi. Mamografi ve ultrasonografisinde sağ meme orta hat dışta 16x27 milimetre boyutlarında düzensiz sınırlı mikrokalsifikasyonun eşlik ettiği dens lezyon görüldü. Her iki aksillada patolojik boyut ve konfigürasyonda lap izlenmedi. BIRADS-4 kategorisinde değerlendirildi. Tru-cut biyopsi incelemesinde insitu duktal karsinom ve invazif karsinom odağı görüldü. Sağ parsiyel mastektomi ve aksiller disseksiyon uygulandı. Patoloji incelemesinde çapı 2,4 santimetre, intermediate grade, infiltratif karakterde, perinöral invazyon gösteren iyi diferansiye nöroendokrin tümör saptandı. Tümörde insitu komponent, multisentrik tümöral odak, nekroz, kalsifikasyon, lenfatik ve kan damarı invazyonu görülmeydi. Tümörün posterior cerrahi sınıra uzaklığı 0,6 santimetre, diğer cerrahi sınırlara olan uzaklık 1 santimetreden fazla olarak saptandı. Meme başı ve meme derisinde tümör odağı görülmeydi. Sağ aksillada 10 adet lenf düğümünün 3'ünde karsinom metastazı saptanmış olup tamamı metastatik olarak değerlendirildi. İmmunhistokimya boya sonuçlarında östrojen reseptörü %90 kuvvetli pozitif, progesteron reseptörü %95 kuvvetli pozitif, Cerb B2 negatif, Ki-67%1-5, E-kaderin pozitif, kromogranin difüz kuvvetli pozitif, sinaptofizin difüz kuvvetli pozitif, CD 56 difüz kuvvetli pozitif, P63 negatif ve SMA negatif izlendi. Ameliyat sonrası yapılan PET'de primer odak veya metastatik tutulum görülmeydi. Hormonoterapi uygulandı ve 12 aylık takiplerinde nüks ve metastaz saptanmadı.

#### TARTIŞMA

Nöroendokrin tümörler köken aldıkları organın özelliklerini taşıyalar da hepsi ortak nöroendokrin yapı gösterirler. İnsidansı 0.2/100.000 kişi olup tüm kanserlerin %0.5 ini oluşturur. %65 gastrointestinal sistemde, %25 akciğerde, %10 diğer endokrin dokularda görülür. Meme nöroendokrin tümörler ise sıklıkla solid formda gözlenirler. Başka organda nadiren metastaz yapmış oldukları gibi başka organlardaki nöroendokrin tümörler de nadiren memeye metastaz yapabilirler. Noron spesifik enolaz, kromogranin A ve sinaptofizin gibi nöroendokrin belirteçler malign tümör hücrelerinin %50 sinden fazlasında görülürse saf nöroendokrin tümör olarak kabul edilirler. Olgumuzda immunhistokimya boya sonuçlarında kromogranin, sinaptofizin, CD 56 nın diffüz kuvvetli pozitif; östrojen reseptörünün %90 kuvvetli pozitif, progesteron reseptörünün %95 pozitif, cerbB2 nin negatif olması ve operasyon sonrası pet/ct de başka primer odak saptanmaması primer nöroendokrin tanısını desteklemektedir. Operasyon öncesi primer nöroendokrin tümör tanısının konulabilmesi ve tanı halinde tedavi yaklaşımımız gelişmelere açıktır. Dikkatli histopatolojik inceleme, başka odaklarda primer odak saptanmaması ile primer nöroendokrin tümör tanısı ortaya konabilmekle beraber tanı ve tedavideki gelişmelere ihtiyaç duyduğu aşikardır.

**Anahtar Kelimeler:** karsinom, nöroendokrin, meme, kromogranin, sinaptofizin

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

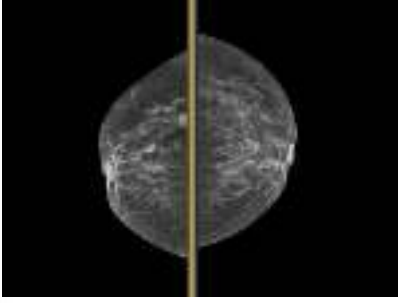
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

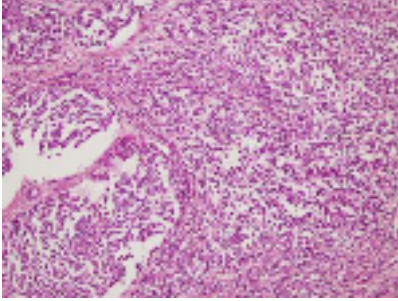


11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Şekil-1: Memedeki kitlenin mamografik incelemede görünümü



Şekil-2: Nöroendokrin karsinoma (hematoksile-eozin\*200)



Şekil-3: Nöroendokrin karsinomada chromogranin ekspresyonu



Şekil-4: Nöroendokrin karsinomada sinaptofizin ekspresyonu



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0841 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme kanserinin demografik özellikler bölgesel farklılık gösteriyor mu?

Emel Demirel<sup>1</sup>, Neşe Dursun Sarıyaz<sup>2</sup>, Kayhan Özdemir<sup>1</sup>, Ebru Menekşe<sup>2</sup>, Havva Belma Koçer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi

#### Giriş

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, 40 yaş ve üzeri kadın ölümlerinin en önemli nedenleri arasındadır. Gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde daha sık gözlenirken, gelişmemiş ülkelerde görülme oranları daha azdır. Ülkemizde de meme kanseri görülme insidansı bölgesel farklılıklar göstermektedir. Bölgesel risk faktörlerindeki farklılıklar bu insidansı değiştirebilir. Meme kanseri risk faktörleri arasında; kadın olmak, 50 yaş üzerinde olmak, menarş ve menapoz yaşı, ileri yaşta doğum yapma, emzirmeme, ailede meme kanseri öyküsünün olması, oral kontraseptif kullanımı, obezite, fiziksel aktivite eksikliği ve çevresel faktörler yer almaktadır. Bu çalışmada amacımız Sakarya ve Ankara'da meme kanseri nedeniyle başvuran hastaların demografik özelliklerini tespit edip, varsa farklılığı ortaya koymaktır.

**Materyal METHOD:** 2015-2017 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde tedavi edilen 174 meme kanserli hastaların demografik özellikleri, 2004-2009 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Meme Endokrin Kliniğinde opere 242 meme kanserli hastanın parametreleri ile karşılaştırılmıştır. Retrospektif yapılan bu çalışmada hastanın yaşı, menarş yaşı, ilk doğum yaşı, son doğum yaşı, menapoz yaşı, boy, kilo, vücut kitle indeksi, öğrenim durumu, hormone replasman tedavisi ve oral kontraseptif kullanım durumu, sigara ve alkol kullanımı, aile hikayesi değerlendirmeye alınmıştır.

**SONUÇLAR:** Sakarya'da opere edilen meme kanserli hastaların ortalama yaşları 54.14 iken Ankara'da ki hastaların 51.15 idi. Sakarya'da bulunan 50 yaş üzeri meme kanserli hastaların Ankara'da bulunan 50 yaş üzeri hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sakarya'da ki meme kanserli hastaların menarş yaşı Ankara'da ki hastaların menarş yaşından daha ileridir ( $p<0.05$ ). Sakarya'da oral kontraseptif kullanma oranı daha fazladır. Her iki ilde de doğum yapmamış hasta oranı aynıdır. Öğrenim durumları, son doğum yaşı, HT, alkol ve sigara kullanımı ve aile öyküsü arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Her iki ildeki hastaların VKİ'si %30-35 idi.

**TARTIŞMA:** Meme kanseri etiolojisinde çevresel ve genetik faktörler rol oynamaktadır. Çevresel ve kültürel farklılıklar bölgesel değişim gösterebilmektedir. Meme kanseri risk faktörleri ülkemizde bölgesel farklılık göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme Kanseri, Mortalite, Demografik Özellikler

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0842 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Klinik olarak nod negatif meme kanserinde aksiller metastaz varlığı

Orhan Üreyen<sup>1</sup>, Demet Kocatepe Çavdar<sup>2</sup>, Zehra Hilal Adıbelli<sup>3</sup>, Enver İlhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

#### GİRİŞ:

Meme kanseri nin en önemli prognostik faktörlerinin başında aksilla tutulumu gelmektedir. Bu nedenle aksillanın evrelemesi; tedavi planlaması ve sağkalım açısından büyük önem arz etmektedir. Aksiller diseksiyon oldukça morbididir. Bu nedenle klinik olarak aksiller tutulumu olmayan olgulara çoğu merkezde sentinel lenf nodu biyopsisi rutin uygulanmaktadır. Bu olguların önemli kısmında ise aksiller metastaz saptanabilmektedir. Çalışmamızda klinik olarak aksilla tutulumu olmayan ancak sentinel lenf nodu biyopsisinde metastaz saptanmasıyla ilişkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

#### MATERYAL-METOD:

Ocak 2012- Ocak 2018 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle sentinel lenf nodu biyopsisi uygulanan olgular elektronik veri kayıtları üzerinden retrospektif olarak değerlendirildi. Olgulara kombine (mavi boya+ lenfosintigrafi), mavi boya ya da lenfosintigrafi ile sentinel lenf nodu biyopsisi uygulandı. Sentinel lenf nodu histopatolojik sonucuna göre aksillanın durumuna karar verildi. Olgular aksiller metastaz saptanan (Grup I) ve aksiller metastaz saptanmayan (Grup II) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar yaş, hormon reseptör durumu, menopoz durumu, tümör yerleşim yeri, tümörün histopatolojik türü, Ki 67, C- erb B2, tümör boyutu ve diğer prognostik faktörleryönünden karşılaştırıldı. Ki-67 % 14 altında negatif, %14 ve üzerinde pozitif olarak ele alındı.

#### BULGULAR:

Grup I de 29(%45) olgu, Grup IIde 35(%55)olgul olmak üzere toplam 64 olgu dahil edildi. Grup I yaş ortalaması 53,48±13,37, Grup II yaş ortalaması ise 51,29±11,58 olup aralarında anlamlı ilişki görülmedi (p: 0,681),Grup I tümör boyutu ortalaması 25,71±13,56, grup II ortalaması 21,37±14,46 idi. (p: 0,069). Gruplar arası tümörün invazyon tipi, histolojik grade'i, vasküler invazyonu, sinir invazyonu, tümörün T evresi, multifokalite, bilateralite açısından fark saptanmaz iken(p>0,05), lenfovasküler invazyon varlığı grup I'de grup II'den anlamlı olarak fazla idi(%57'ye karşın %13)(p: 0,003). Hormon reseptör durumlarına göre bakıldığında östrojen reseptörü ve C erb b2 arasında anlamlı ilişki saptanmadı(p>0,05), progesteron ve Ki67 açısından gruplar arası anlamlı farklılık görüldü(p değerleri sırasıyla; 0,036 ve 0,045 idi.). Menopoz durumu, tümörün palpabl olup olmaması, sentinel nod biopsisinin kombine ya da tekli olarak yapılmasının, incelenen toplam lenf nodu sayısının, parasentinel lenf nodu olup olmamasıyla ve sentinel lenf nodunun bir ya da birden çok olmasıyla gruplar arası fark görülmedi(p>0,05)

#### SONUÇ:

Klinik olarak aksiller tutulumu olmayan olguların önemli bir kısmında aksiller tutulum saptanabilmektedir. Çalışmamız da lenfovasküler invazyonun sentinel lenf nodu biyopsi pozitifliği ile ilişkili olduğunu saptadık. Bunun yanısıra Ki 67 değerinin %14'den az olması ve progesteron reseptörünün pozitif olması iyi prognostik faktör olarak bilinse de çalışmamızda bu iki parametre ile aksillar tutulumu arasında ilişki olduğunu gördük. Bu sonuçlar bize aksiller tutulumu olmasına rağmen klinik olarak saptanamayan olgularda meme kanserinde bildiğimiz klasik prognostik faktörlerin daha farklı yorumlara açık olduğunu gösterdi.

**Anahtar Kelimeler:** aksiller metastaz, meme kanseri, sentinel lenf nodu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0843 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme Kanseri İnteroperatif Konsültasyonda Sentinel Lenf Nodu Değerlendirmesinde Yanlış Negatiflik

Arzu Erdemir<sup>1</sup>, Kürşat Dikmen<sup>2</sup>, Güldal Esendağlı<sup>1</sup>, Osman Kurukahvecioğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

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

**AMAÇ:** Lenfadenektomi, birçok malign tümörde olduğu gibi meme kanserinin evrelemesinde ve tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde standart bir prosedürdür. Meme kanserinde intraoperatif konsültasyon amaçlı aksiller sentinel lenf nodunun aksillerinin durumunu %90-98 oranında başarılı bir şekilde gösterdiği ve %5'ten az oranda yanlış negatiflik olasılığının bulunduğu bildirilmektedir. Bu klinikopatolojik çalışmada merkezimizde intraoperatif konsültasyon amacıyla patoloji laboratuvarına gönderilen sentinel lenf nodu materyallerinin histopatolojik incelenmesinde saptanan yanlış negatiflik oranı ve bunun nedenlerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2008-2017 yılları arasında intraoperatif konsültasyon amacıyla patoloji laboratuvarına gönderilen 760 olguya ait toplam 2012 adet aksiller sentinel lenf nodu, retrospektif olarak hastane bilgi yönetim sistemi ve rapor kayıt defterlerinden taranarak belirlenmiş olup bir meme patoloğu tarafından yeniden değerlendirilmiş ve sonuçlar yüzde olarak belirtilmiştir.

**BULGULAR:** İnvaziv meme karsinomu nedeniyle opere edilen 760 olgunun 755'i (%99.3) kadın, 5'i (%0.7) erkek olup yaş aralığı 28 ile 72 arasında değişmekteydi. İnteroperatif konsültasyon amacıyla gönderilen toplam 2012 adet sentinel lenf nodunun 1535'i (%76.3) "frozen" kesit ve "imprint" yöntemi ile çalışılmış olup geri kalan 487 (%23.7) lenf nodu doku takibi sonrasında kalıcı kesitlerde değerlendirildi. İnteroperatif konsültasyonda incelenen 1535 lenf nodunun 169'unda (%11.0) metastaz saptandı ve kalıcı kesitlerinde de metastatik lenf nodu doğrulandı. Yanlış pozitiflik saptanmadı. Ancak, 1 lenf nodunun "frozen" kesitinde saptanan mikrometastaz odağının kalıcı kesitlerde izlenmediği, bunun nedeninin ise dokudaki tümör odağının işlemdeki tıraşlama aşamasında tükenmesi olduğu anlaşıldı. İnteroperatif konsültasyona gönderilen ancak "frozen" kesit ile çalışılmayan lenf nodları da dahil olmak üzere tüm sentinel lenf nodlarının kalıcı kesitler ile incelenmesi sonrasında toplam 234 (%11.6) lenf nodunda metastaz saptandı. Yanlış negatif olarak değerlendirilen lenf nodu sayısı 65 (%3.2) olarak belirlendi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Literatürde intraoperatif konsültasyonda sentinel lenf nodu değerlendirmesinde yanlış negatiflik oranı <%5 olup çalışmamızda bu konuya ilişkin saptanan sonuç literatür ile uyumludur. Yanlış negatifliğe yol açan nedenler arasında tümörün histolojik subtipi ve boyutu, ayrıca "frozen" kesit işleminde sık karşılaşılan sorunlardan olan dokuda donma artefaktı, kesit katlanması ve dökülmenin yer aldığı saptanmıştır. Sentinel lenf nodu biyopsisinin meme kanseri evrelemesinde lenfadenektomi için başarılı bir gösterge olduğu kanıtlanmıştır. Ancak, intraoperatif konsültasyonda doğal olarak örnekleme ve makroskobik-mikroskobik inceleme hatası olabileceği hem cerrah hem de patolog tarafından bilinmelidir. Bu nedenle, intraoperatif konsültasyon amacıyla gönderilen sentinel lenf nodları her merkezde belirlenmiş olması beklenen intraoperatif konsültasyon protokolüne uygun şekilde patolog tarafından optimal düzeyde incelenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** meme kanseri, sentinal lenf nodu, aksiller evreleme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0844 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### İdiyopatik Granümatöz Mastit tedavisinde tropikal steroid kullanımının etkinliği

Mustafa Ümit Uğurlu<sup>1</sup>, Züleyha Özgen<sup>2</sup>, Samet Kurnaz<sup>3</sup>, Ahmet Koçak<sup>3</sup>, Burak Bilir<sup>3</sup>, Furkan Yılmaz<sup>3</sup>, Enes Gök<sup>3</sup>, Bahadır Mahmut Güllüoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ad.

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ad.

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

**GİRİŞ:** İdiyopatik granümatöz mastit (IGM) etiyolojisi bilinmeyen, klinik ve radyolojik olarak meme kanseri ile karıştırılabilen, kronik inflamatuvar bir meme hastalığıdır. Hastalığın tedavisi hala tartışmalıdır.

**AMAÇ:** Topikal steroid kullanımının, IGM tedavisindeki etkinliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

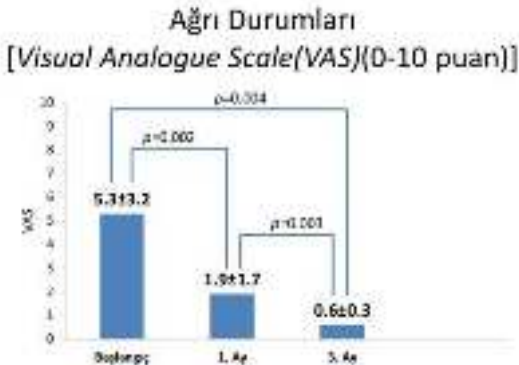
**YÖNTEM:** MÜTF Genel Cerrahi Meme-Endokrin Ünitesine başvurmuş olup halihazırda IGM tanısı alan ve topikal steroidle tedavi edilen olguların 3 aylık klinik takipleri yapıldı. Çalışmaya dahil etme kriterleri: 18 yaşını doldurmuş olmak, klinik ve patolojik olarak IGM tanısı almış olmak, oral steroidlere yanıtı olmamak. Gebeler, malignite tanısı alanlar, onam vermeyenler araştırmaya dahil edilmedi. Olguların demografik özelliklerinin yanında, radyolojik yanıtları (apse varlığı, lezyon sayısı, lezyon lokalizasyonu), fizik muayene bulgularındaki değişiklikler (fistül, eritem varlığı), ağrı durumları [Visual Analogue Scale(VAS)(0-10 puan)] değerlendirildi. Klinik ve radyolojik iyileşme/nüks varlığı kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya IGM tanısı almış 18 kadın olgu dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 35.6±6.4 yıl ve ortalama hastalık süresi 11.2±9.0 ay idi. Hastalık başlangıcındaki ağrı VAS değeri 5.3±3.2 iken, birinci ay 1.9±1.7, 3. ay 0.6±0.3 idi [Başlangıç vs. 1.ay p=0.002 ve 1. ay vs. 3. ay (p=0.003), başlangıç VAS vs. 3. Ay VAS (p=0.004)]. Hastalık başlangıcında hastaların %88.9 (n=16)'sında eritem bulunmakta iken 3. ay muayenelerinde hastaların %46.6 (n=7)'sında eritem tespit edildi (p=0.005). Birinci ay muayenelerindeki hassasiyet oranı %44.4 (n=8) iken 3. ay hassasiyet oranı %46.7 (n=7) idi (p=0.067). Fistül varlığı %27.8 (n=5) iken 3. ay oran %20.0 (n=3) tespit edildi (p=0.02).

**SONUÇ:** IGM hastalarında topikal steroid kullanımının ağrıyı istatistiksel olarak anlamlı oranda azalttığı görülmüştür. Ayrıca, meme eriteminde ve fistül sayısında azalma tespit edilmiştir. Hassasiyet, şekil bozukluğu ve kitle bulgularında anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir.

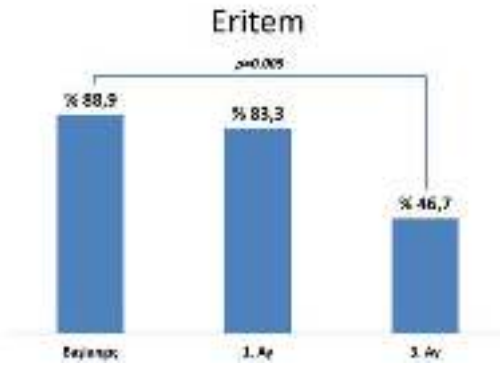
**Anahtar Kelimeler:** Meme, mastit, granümatöz mastit, topikal steroid

Fig 1



Hastalığın başlangıcı, 1. Ay takibi ve 3. Ay takibindeki VAS değerleri

Fia 2



Hastalık başlangıcı, 1. Ay takibi ve 3. Ay takibindeki eritem varlığı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0845 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

**Onkoplastik meme cerrahisi uygulanan olgularda BREAST-Q meme koruyucu cerrahi modülünün hayat kalitesi ve hasta memnuniyetini ölçmedeki etkinliği**

Mustafa Ümit Uğurlu<sup>1</sup>, Bülent Saçak<sup>2</sup>, Yasemin Nazlı<sup>1</sup>, Bahadır Mahmut Güllüoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ad.

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ad.

**GİRİŞ:** Yakın zamanda geliştirilen BREAST-Q modülünün meme koruyucu cerrahi (MKC) yapılan meme kanserli olgularda hayat kalitesini ve de hasta memnuniyetini ölçmede etkinliği gösterilmiştir.

**AMAÇ:** Meme koruyucu cerrahide etkinliği gösterilmiş olan BREAST Q modülünün, onkoplastik MKC yapılan olgularda etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Onkoplastik MKC yapılan, Evre 0-I-IIA meme kanserli olgularda postoperatif 6. ayda BREAST Q modülü ile hayat kalitesi ve hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir. Hasta memnuniyeti açısından düşük memnuniyet yaratan klinik risk faktörleri, hasta memnuniyeti-meme kozmetiği arasındaki ilişki başta olmak üzere BREAST-Q modülünde yer alan ve 0-100 arası skorlanan diğer maddeler (radyoterapi-memnuniyet ilişkisi, psikososyal hasta memnuniyeti, seksüel ve fiziksel memnuniyet, doktor/ekip memnuniyeti, bilgilendirme memnuniyeti) değerlendirmeye alınmıştır. Düşük hasta memnuniyetine sebep olan risk faktörleri lineer regresyon yöntemi ile değerlendirilmiştir. Spearman rho korelasyon analizi ile modülü oluşturan bölümler arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2011-2017 yılları arasında onkoplastik MKC yapılan 96 kadın hastaya BREAST-Q hasta memnuniyeti değerlendirme modülü uygulandı. Hastaların ortalama yaşı  $44.7 \pm 9.3$ 'tü. "Meme kozmetiğinden memnuniyet" değerlendirildiğinde median değer 79 (IQR: 67-86) olarak tespit edildi. En düşük memnuniyet oranı "psikososyal memnuniyet" te tespit edilmiş olup median değer 51 (IQR: 43-60) idi. Multivariate analizde, postoperatif radyoterapi uygulaması, aksillaya cerrahi uygulaması, gecikmiş yara iyileşmesi düşük hasta memnuniyeti için bağımsız risk faktörlerdi (sırayla p: 0.001, p:0.012, p: 0.003). Memenin postoperatif kozmetiğinden memnuniyetle seksüel memnuniyet arasında kuvvetli korelasyon varlığı saptandı (Spearman rho coefficient: 0.697).

**Tartışma ve SONUÇ:** MKC'de validasyonu yapılmış olan BREAST Q modülü Onkoplastik MKC yapılan olgulara uygulandığında postoperatif kozmetik, seksüel, psikososyal memnuniyet ile ilgili değerli bilgiler sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, BREAST-Q, meme koruyucu cerrahi, onkoplastik meme cerrahisi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0846 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Aksiller diseksiyonun nadir görülen komplikasyonu: şilöz fistül

Başar Uçaroğlu<sup>1</sup>, Ahmet Dağ<sup>1</sup>, Giray Akgül<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Mersin

**GİRİŞ-AMAÇ:** Aksiller diseksiyon sonrası şilöz fistül gelişimi oldukça nadir görülen bir komplikasyondur. Meme kanseri sebebiyle sol basit mastektomi, SLNB (sentinel lenf nodu biyopsisi), sonrasında aksiller diseksiyon yapılan ve ameliyat sonrası 5.günde şilöz fistül gelişen olgunun yönetimini sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 59 yaşında sol memesinde kitle farkedenden hastaya dış merkezde tru-cut biyopsi yapılmıştır. Patoloji sonucu invaziv karsinom şeklinde raporlanan hasta polikliniğimize başvurmuştur. Yapılan muayenesinde sol meme üst-dış-kadranda ~2 cm çapında düzensiz sınırlı, sert, hareketsiz malign özellikleri olan kitle tespit edildi. Preoperatif değerlendirmede aksillada ve uzak organlarda tutulum saptanmayan hastaya, hastanın da talebi doğrultusunda sol basit mastektomi ve SLNB yapılmasına karar verildi. SLNB’de lenf nodunda tümör saptanması üzerine, hastaya standart level I-II aksiller diseksiyon yapıldı. Aksiller loja ve flep altına hemovak dren yerleştirildi. Ameliyat sonrasında herhangi problemle karşılaşılmayan hasta, postoperatif 2.günde drenleriyle birlikte taburcu edildi. Postoperatif 5.gün kontrole gelen hastanın aksiller lojdaki dreninin yaklaşık 50cc şilöz vasıfta çalıştığı tespit edildi, hasta yeniden hastaneye yatırıldı. Rejimi kapatılan hastanın dreninden lipid profili çalışıldı. Dren sıvısında trigliserid düzeyi 541 mg/dl (52-252 mg/dl) olarak yüksek saptandı. Lipidsiz diyetle geçilen hastada günlük dren takibi yapıldı. Hastanın takiplerinde dren miktarı tedricen azaldı, içerik seröz vasıfta gelmeye başladı. Hastanın postoperatif 11. gün drenine gelen olmaması üzerine, dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu invaziv lobüler karsinom olarak raporlandı, diseke edilen 24 lenf nodunun 4’ünde metastaz tespit edildi. Hasta onkolojik tedavi protokolüne alındı.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Şilöz fistül daha çok boyun diseksiyonu, mediasten ve özefagus cerrahisinde ve abdominal aort anevrizması cerrahisinde görülebilecek bir komplikasyondur. Öte yandan aksiller cerrahi sonrasında da oldukça düşük oranda vaka literatürde bildirilmiştir. Aksiller diseksiyon sonrası fistül gelişiminde olası mekanizma olarak literatürde daha çok anatomik varyasyon düşüncesi ortaya atılmıştır. Öte yandan aksiller diseksiyonun radikal bir şekilde level III düzeyinde yapılması da bir risk faktörü olabilir. Olgumuzda standart level I-II diseksiyon yapmamıza rağmen böyle bir komplikasyon ortaya çıkmasındaki nedeninin daha çok anatomik varyasyonla açıklanabileceğini düşünmekteyiz. Literatürde boyun diseksiyonunda veya diğer cerrahi girişimlere bağlı gelişen şilöz fistüllerde ağırlıklı olarak konservatif tedavi önerilmiştir. Konservatif yöntemin başarısız olması halinde literatürde sunulan olgularda cerrahi olarak primer süturasyon veya ligasyon da önerilebilmektedir. Biz de olgumuzda öncelikli olarak konservatif tedavi uyguladık; lipidsiz diyet tedavisi verdik. Kısa sürede akıntı miktarının azaldığını ve içeriğinin düzeldiğini gördük. Şilöz fistülün yönetiminde diyet düzenleme gibi konservatif yöntemlerle başarılı bir şekilde kontrol sağlanabileceği düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** aksiller diseksiyon, mastektomi, şilöz fistül

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0847 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### İleri evre meme kanseri: Nadir görülen bir olgu

Fuat Aksoy, Şehsuvar Gökgöz

Uludağ Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. İleri evre meme kanseri kötü prognoza sahip olmakla birlikte günümüzde neoadjuvan kemoradyoterapi etkinliği sayesinde yaşam süresinde artış sağlanabilmektedir.

**OLGU:** 40 yaşında perimenapozal hasta, 1 yıl önce sağ memede şişlik şikayeti ile başvurduğu merkezde yapılan tetkiklerinde yaklaşık 8 cm boyutunda kitle saptanmış, yapılan trucut biyopsisi invaziv duktal karsinom olarak raporlanmıştır. Hastaya neoadjuvan kemoradyoterapi ve sonrasında cerrahi planlanmış ancak hasta tedaviyi reddetmiştir. Hasta 1 yıl sonra sağ meme de 15 cm büyüklüğünde üzeri nekrotik, kötü kokulu akıntı ve aktif kanama şikayeti ile, hemorajik şok tablosunda acil servise başvurmuştur. Hastanın yapılan değerlendirilmesinde tansiyonu 90/50 mmHG nabız dakika sayısı 133 ateşi 36 C idi. Biyokimya tetkiklerinde hemoglobin değeri 5 gr/dL saptandı. Dış merkezli toraks ve abdomen tomografisinde toraks duvarına invazyon, yaygın karaciğer ve akciğer metastazları saptanan hasta, unrezektabl kabul edildi, hemodinamik resüsitasyon ve lokal olarak kanama kontrolü sağlandı.

**SONUÇ:** İnvaziv duktal karsinom tanılı olgularda mevcut neoadjuvan tedaviye yanıt olumlu sonuçlar verse de hastanın tedavi sürecine katılımı prognoza belirgin etkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, ileri evre, invaziv duktal karsinom

#### Meme Kanseri



#### Meme Kanseri — 2



#### Meme Kanseri — 3



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0848 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memenin İzole Kist Hidatik Olgusu

İskan Çallı<sup>1</sup>, İsmail Zihni<sup>1</sup>, Serap Taş<sup>2</sup>, Serap Koç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Van Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Van Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Hidatik kist daha çok endemik bölgelerde görülen paraziter bir hastalıktır. Ülkemizde özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde önemli bir sağlık problemidir. Meme kist hidatiği endemik bölgelerde bile oldukça nadir görülür ve tüm kist hidatik hastalarının sadece % 0.27'sini oluşturur. Yaygın bir hidatik hastalığın parçası olabileceği gibi primeri de olabilir. Cerrahi tedavi en iyi tedavi seçeneğidir. Meme kist hidatiği ile ilgili literatürde çok fazla yayın bulunmamaktadır. Bildirilen olguların çoğunda da tanı ameliyat sonrası konulmuştur. Kesin tanıya sadece klinik muayene ve radyolojik incelemelerle ulaşmak her zaman mümkün değildir. Biz bu olguda 43 yaşında kadın hastadaki izole meme kist hidatik olgusunu tartıştık.

**Anahtar Kelimeler:** Hidatik Kist, meme, izole

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0849 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Genç Meme Kanseri Hastada Meme Koruyucu Onkoplastik Cerrahi Deneyimi

Hasan Turgut Aydın, Zafer Şahlı, Sacit Altuğ Kesikli, Hilmi Erencan Polat, Mete Keskin, Atila Korkmaz  
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Kadınlarda en sık görülen malign tümör meme kanseri olup, tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Meme kanserlerinin tedavisinde güncel bir yaklaşım olan meme koruyucu cerrahi, estetik ve onkolojik olarak çeşitli problemler içerir. Bu problemlere bir çözüm olarak ilk kez 1994 yılında ortaya konan onkoplastik cerrahi yaklaşımlar kozmetik sorunların düzeltilmesi, mastektomi oranlarının azaltılabilmesi, karşı memenin örneklenebilmesi, yüksek yaşam kalitesi ve tek seansta uygulanabilmesi gibi avantajları barındırır. Aşağıda 40 yaşında bir hastada Wise kalıbına göre onkoplastik cerrahi deneyimimiz tartışılmaktadır.

**OLGU:** 40 yaşında kadın hasta sağ memesinde areola altında yaklaşık 1 haftadır eline gelen sertlik ve ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ memede areola altında saat 2 hizasında yaklaşık 1 cm'lik sert kıvamlı kitle tespit edilen hastaya eksizyonel biyopsi uygulandı. Biyopsi sonucunda kitlede malignite izlenmesi üzerine hastaya Wise kalıbıyla onkoplastik cerrahi planlandı. Hastada preoperatif evreleme çalışmalarında metastaz tespit edilmedi. Hastanın memesi Wise kalıbıyla areolayı da içine alacak şekilde çizildi ve mastektomi sınırları belirlendi. Sentinel lenf nodu çalışmasında patoloji lenf nodu saptanmadı. Mastektomi sonrasında hastanın memesi onkoplastik olarak onarıldı. Areolayı da içeren mastektomi spesimeninin patolojik incelenmesinde grade 2, multifokal, peritümöral lenfatik invazyon gösteren ve cerrahi sınırları negatif olan infiltratif duktal karsinoma tespit edildi. İzlemi boyunca ek bir sıkıntısı olmayan hasta şifayla taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Onkoplastik cerrahi çok çeşitli avantajlarına rağmen kimi dezavantajlar da içerir. Estetik beklentinin meme koruyucu cerrahiden daha fazla olması, %7-12 arasında cerrahi sınır pozitifliği nedeniyle mastektomi ihtiyacı, operasyon süresinin daha uzun olması, komplike olan olgularda adjuvan kemoterapiye başlangıç sürelerinin gecikmesi, algoritma ve endikasyonlarının tartışmalı olması gibi dezavantajlara ek olarak kanıt değeri yüksek yayın eksikliği bu yöntemlerin geliştirilmesi ve uygulanması önündeki önemli engellerdir. Uzun dönemli sağkalım verileri ve takipte MRG ihtiyacı diğer önemli sorunlardır. Grosmann ve Roudber Diski ile çizim ülkemizde en sık kullanılan yöntemdir. Wise kalıbına göre cilt çizimi ise makromastili hastalarda en sık kullanılan yöntemdir ve areola çevresi kesisini, düşey olarak alt meme çizgisine giden kesiyi ve meme altında bir yatay kesiyi içerir. Redüksiyon mamoplastisinde geleneksel yaklaşım olarak kullanılan Wise kalıbına uygun mastopeksi sonuçlarıyla yüz güldürücüdür. Lokal ileri kanserlerde de neoadjuvan kemoterapilerden sonra uygulanabileceğine dair yayınlar mevcuttur. Bununla birlikte işlemin kompleks yapısı ve olası komplikasyonlar nedeniyle cerrahin bilgi ve tecrübesinin çok önemli olduğu akıldan çıkartılmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** mastopeksi, meme kanseri, meme koruyucu cerrahi, onkoplastik cerrahi, Wise kalıbı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Wise kalıbı mastopeksi-rezeksiyon materyali**



**Wise kalıbı mastopeksi-operasyon sonu**



**Wise kalıbıyla mastopeksi-postoperatif 1. ay**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0850 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Erkek Meme Kanseri Hastalarında Klinik Deneyimlerimiz

Kazım Çağlar Özçelik<sup>1</sup>, İsmail Zihni<sup>2</sup>, Oktay Karaköse<sup>3</sup>, Hüseyin Pülat<sup>4</sup>, İskan Çallı<sup>2</sup>, Hasan Erol Eroğlu<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yeni Mahalle Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Van Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Van, Türkiye

<sup>3</sup>Samsun Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Samsun, Türkiye

<sup>4</sup>Mersin Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Mersin, Türkiye

<sup>5</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği, Isparta, Türkiye

**GİRİŞ-AMAÇ:** Meme kanseri erkeklerde nadir saptanmaktadır. Ancak son yıllarda kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de meme kanseri insidansı artmaktadır. Çalışmamızda cerrahi uygulanan erkek meme kanseri hastaların bilgileri retrospektif incelenerek literatür eşliğinde hastalığın klinik ve patolojik özellikleri değerlendirildi.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Onkoloji kliniğinde Ocak 2012- Ocak 2016 arasında tanı alan ve tedavi edilen 6 erkek meme kanserli hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 60,3 (min: 50-max: 69) olarak bulundu. Lezyon %33,3 alt dış kadran,%66,7 subareolar alanda tespit edildi. Dört hastada aksillada palpe lenf nodu saptanırken 2 hastanın aksilla klinik olarak negatif saptandı. Hastaların %66,6'sında invaziv ductal karsinom, müsinöz ve mikropapiller karsinom ise %16,7 oranında histopatolojik tanı aldı. Hastaların tamamına modifiye radikal mastektomi (MRM) uygulandı. Tümör boyutu ortalama 2,3 cm (min: 1,5-max: 3), aksiller disseksiyonda ortalama 30,5 lenf nodu disseke edillirken (min: 17-max: 40) ortalama 18,5 lenf nodu (min: 7-max: 30) metastatik olarak saptandı. Hastaların tamamında östrojen ve progesteron reseptörleri pozitif saptanırken HER2 sadece bir hastada pozitif.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Erkek meme kanseri (EMK) tüm meme kanseri ve erkeklerde tespit edilen kanserlerin çok az bir kısmını oluşturmaktadır. Ancak tanı anında genellikle ileri evrede saptanmasından dolayı morbidite ve mortalite oranları yüksektir. Tedavi modifiye radikal mastektomi uygulanmakta ancak erken evre hastalarda meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu örneklenmesi yapılabilmektedir. Buna rağmen 5 yıllık sağkalım %40-65 arasındadır.

**Anahtar Kelimeler:** Erkek, Meme Kanseri, Cerrahi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0851 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### İkincil Aksiller Girişimde Flöresan Yöntemle Ters Haritalama

Hakan Yiğitbaş, Merve Tokoçin, Osman Bilgin Gülçiçek, Atilla Çelik  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

**GİRİŞ:** Lenfödem kronik, ilerleyici, tedavisi korunmasından daha zor olan bir süreçtir. Meme kanseri prognozu için vazgeçilmez öneme sahip olması nedeniyle aksiller örneklemeye veya diseksiyonlar sonrasında karşılaşılan üzücü bir komplikasyondur. Özellikle ikincil girişimlerde daha fazla risk mevcuttur. Olgumuzda ikincil aksiller girişimde İndosiyanin yeşili (İSY) flöresan ters haritalama ile kol lenfatiklerinin korunmasını göstermeyi amaçladık.

**OLGU:** 28 yaşında kadın hasta meme hastalıkları polikliniğimize 2 yıldır olan ancak son 1 ayda büyümüş koltuk altında şişlik şikayeti ile başvurdu. Muayenede her iki memede ele gelen kitle yok iken sol meme üst dış kadrandan aksillaya uzanan sert hareketli kısmen ağrılı lezyon palpe edildi. USG kontrolünde meme üst dış kadrandan aksillaya uzanan 4x4 cm'lik soliter lezyon tespit edilerek görüntüleme eşliğinde kalın iğne biyopsi yapıldı. Sonucu Schwannom gelmesi üzerine hastaya Nöroşirurji kliniği tarafından kitle eksizyonu yapıldı. Patoloji cerrahi sınır pozitif düşük dereceli adenoskuamöz karsinom gelmesi üzerine hasta tümör konseyinde yeniden değerlendirilip kadranektomi ve aksiller diseksiyon kararı alındı. Genel anestezi altında sol el sırtında 3 farklı yere cilt altına 0.2 cc İSY enjekte edildi ve eski insizyonu içerecek şekilde üst dış kadranektomi ve Novodaq Spy Elite Flöresan Görüntüleme Sistemi ile kol lenfatikleri izlenip korunarak lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji cerrahi sınırları en az 1 mm olan tek odakta invaziv adenoskuamöz karsinom ve 23/0 pozitif lenf nodu ile uyumlu idi.

**TARTIŞMA:** Aksiller lenf nodu değerlendirilmesi meme kanserinde kritik öneme sahiptir. Aksilla diseksiyonu yapılan hastalarda lenfödem farklı klinik serilerde %5-28 oranında görülebilmektedir. Hastamızda kalın iğne patolojisinin Schwannom gelmesi nedeniyle ilk girişimde aksiller diseksiyon uygulanmamış ancak nihai patolojinin adenoskuamöz karsinom gelmesi üzerine aksiller diseksiyon gereği doğmuştur. Memeden aksillaya uzanan lenf yollarındaki bozulma nedeniyle diseksiyon ters haritalama yöntemi ile yapılmıştır. Bu yöntem ile hastamızda gelişebilecek lenfödem önlenmiş oldu.

**SONUÇ:** Aksillaya yapılacak ikincil girişimlerde lenfödem gelişmesini önlemek için İSY ve Flöresan görüntüleme ile yapılacak ters haritalama ile hastalara diğer yöntemlerdeki risklerin yüklenmeyeceğine inanmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** aksiller diseksiyon, ters haritalama, indosiyanin yeşili, flöresan görüntüleme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0852 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Meme kanseri olgularında ameliyat öncesi manyetik rezonans görüntüleme ile patoloji sonuçlarının karşılaştırılması

Selman Emirikçi<sup>1</sup>, Leman Damla Ercan<sup>1</sup>, Ravza Yılmaz<sup>2</sup>, Mahmut Müslümanoğlu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, Radyodiagnostik Ana Bilim Dalı

#### GİRİŞ.

MEME KANSERİNDE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ CERRAHLARA OPERASYON ÖNCESİ NEGATİF CERRAHİ SINIR ELDE ETMEK İÇİN PLANLAMA YAPMA İMKANI SUNAR, BU SAYEDE EK CERRAHİ VE NÜKSLERİN AZALTILMASI AMAÇLANIR. GÜNÜMÜZDE MR GÖRÜNTÜLEME MEME KANSERİNİN LOKAL EVRELEMESİNDE ÖNEMLİ BİR YERE OTURMUŞTUR. TÜMÖRLERİN BOYUTU, ÇEVRE MEME DOKUSUNA UZANIMI, İN SİTU UZANIMI, MULTİFOKALİTE VE MULTİSENTRİSİTE KONUSUNDA ÖNEMLİ BİLGİ VERMEKTEDİR.

#### METOD.

OCAK 2017- ARALIK 2017 ARASINDA İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ MEME CERRAHİSİ BİRİMİNDE AMELİYAT EDİLEN 282 HASTANIN VERİLERİ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLDİ.

PREOPERATİF DEĞERLENDİRMEDE MR KULLANILAN VE MR RAPORLARINDA MULTİFOKAL, MULTİSENTRİK VEYA İN SİTU ODAKLAR SAPTANAN HASTALARIN PATOLOJİ SONUÇLARI AYRINTILI OLARAK İNCELENDİ.

#### BULGULAR

DEĞERLENDİRMEYE ALINAN 282 HASTANIN 173'ÜNE AMELİYAT ÖNCESİ MR ÇEKİLDİĞİ VE BU HASTALARIN 46 SININ MR'INDA MULTİFOKAL, MULTİSENTRİK VE/VEYA İN SİTU UZANIM AÇISINDAN ŞÜPHELİ OLDUĞU SAPTANDI. 46 HASTANIN 20 (%53.5)'SİNE MEME KORUYUCU CERRAHİ (MKC), 26 (%56.5)'SİNE İSE MASTEKTOMİ YAPILDI. MR GÖRÜNTÜLEME İLE PATOLOJİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMESİNDE 18 (%39.1) HASTANIN MR İLE PATOLOJİ SONUÇLARININ FARKLI OLDUĞU SAPTANDI. 11(%23.9) HASTANIN MR'INDA DAKİ BULGULAR MULTİFOKAL HASTALIK ŞÜPHELİ İKEN PATOLOJİ PİYESİNDE MALİGNİTENİN TEK ODAK OLDUĞU GÖRÜLDÜ. BU 11 HASTANIN 6'SINDA İKİNCİL USG YAPILDIĞINDA MR'DAKİ EK ODAKLARDA PATOLOJİ İZLENMEDİ. 5(%10.8) HASTANIN MR'INDA TEK ODAK VE İN SİTU UZANIM GÖRÜLDÜĞÜ HALDE PATOLOJİ PİYESİNDE MULTİFOKAL TÜMÖR GÖRÜLDÜ. İN SİTU ODAK DEĞERLENDİRİLMESİ AÇISINDAN YAPILAN KARŞILAŞTIRMADA MR İN 5(%10.8) HASTADA YANLIŞ NEGATİF, 2(%4.3) HASTADA İSE YANLIŞ POZİTİF SONUÇLAR GÖRÜLMÜŞTÜR. PATOLOJİ DEĞERLENDİRMELERİNDE HASTALARIN 25 İNDE İDK, 4 ÜNDE MÜSİNÖZ KARSİNOM, 2 SİNDE DCIS, 7 SİNDE KOMBİNE TİP (İDK + İLK), 3 ÜNDE İLK, 1 İNDE İSE METAPLASTİK KARSİNOM SAPTANDI. TÜMÖRLERİN BİYOLOJİK ALT GRUPLARI ANALİZ EDİLDİĞİNDE 17 HASTANIN LUMİNAL A, 15 HASTANIN LUMİNAL B, 5 HASTANIN İSE TRİPLE NEGATİF GRUPTA OLDUĞU SAPTANDI.

#### SONUÇ

MEME KANSERİNDE UYGUN TEKNİKLERLE ÇEKİLEN MR İLE TÜMÖRÜN LOKAL YAYILIMI ORTAYA KONMAKTA VE MR REHBERLİĞİNDE YAPILAN CERRAHİ İLE EK GİRİŞİM ORANLARI MAKUL DÜZEYLERE DÜŞÜRÜLMÜŞTÜR. ANCAK YANLIŞ POZİTİFLİKTEN KAYNAKLI GENİŞ REZEKSİYONLARI ÖNLEMEK AMACIYLA DİĞER GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ (USG,MMG VS...) DE KULLANILARAK DENEYİMLİ MEME RADYOLOGLARI İLE MULTİDİSİPLİNER ÇALIŞMA GEREKMEKTEDİR.

**Anahtar Kelimeler:** meme,mr, multifokal,multisetrik

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0854 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Memede nadir görülen bir kitle: Adenomyoepitelyoma

Mehmet Biçer, Mehmet Aykut Yıldırım, Selman Alkan, Faruk Aksoy  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Konya

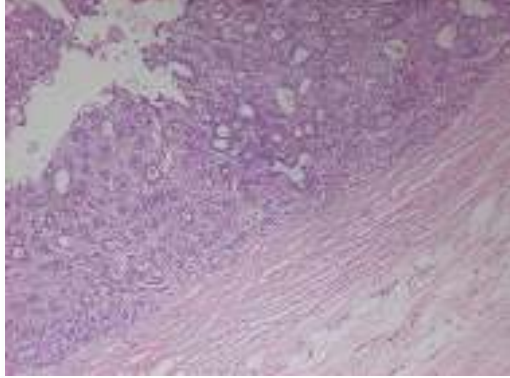
**AMAÇ:** Adenomyoepitelyoma nadir görülen memede kitle nedenidir. Meme kitleleri arasında %0,2 oranında görülür. Tümör 3. ve 9. dekatlar arasında görülmekle beraber 5. ve 6. dekatta daha sık görülür. Genellikle soliter ele gelen kitle şeklinde ya da mamografi görüntüleri ile saptanır. Adenomyoepitelyoma benign olmakla birlikte malign de olabilir. Bu bildiride bir adenomyoepitelyoma vakasını sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 55 yaşında kadın hasta sağ meme üst dış kadranda ele gelen kitle sebebiyle tarafımıza başvurdu. Kitlenin tek odak olması hastanın meme volümünün yeterli olması sebebiyle hastaya tarafımızca segmental mastektomi yapıldı. Hastanın patoloji sonucu adenomyoepitelyoma olarak geldi. Bu olguda meme kitlelerinin ender bir nedeni olan adenomyoepitelyoma literatür bilgileri eşliğinde paylaşılmaktadır.

**Tartışma ve SONUÇ:** Memenin benign ya da malign lezyonlarında fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ayırıcı tanıda önemlidir. Literatürde nadir olarak bildirilen memede adenomyoepitelyoma olgusu bizim vakamızda da patolojik tanı ile ortaya konulmuştur. Preop değerlendirmede ayırıcı tanıda ender görülmesi, memede kitle yapan diğer nedenlerle patognomik olarak ayırıcı özelliği olmaması nedeni ile patolojik incelemenin önemi ön plana çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** adenomyoepitelyoma, kitle, memede kitle

#### patoloji resimleri 1



hemotoksilen & eozin X40 epitelyal ve myoepitelyal hücreler

#### patoloji resimleri 2





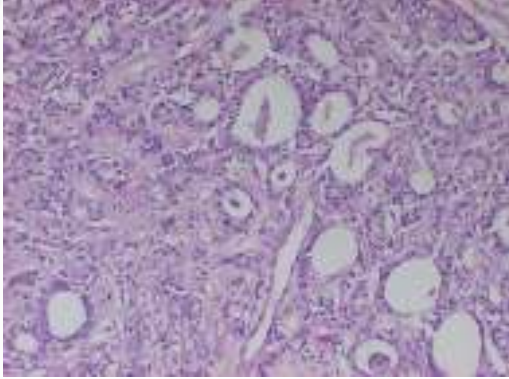
www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

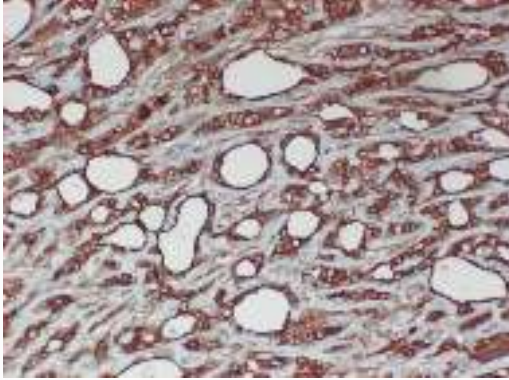


**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**



hemotoksilen & eozin X100 epitelial ve myoepitelial hücreler

### patoloji resimleri 3



sitokeratin- 7 X 100 myoepitelial hücreler

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0855 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

**Meme kanserinde sentinel lenf nodunu değerlendirirken, aksillada ele gelen büyük lenf nodlarını çıkarıyor musunuz?**

Nigar Gasimova, Merve Karlı, Ebru Şen, Cengiz Han Şan Özdemir, Murat Çikot, Mehmet Emin Güneş  
Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Meme kanserinde aksiller evrelemede klinik ve radyolojik olarak aksillada patolojik lenf nodu olmadığında sentinel lenf nod biyopsisi yapılır. Sentinel lenf nodları gerek mavi boya gerekse radyonüklid madde verilerek tespit edilebilir. Bu işlem sırasında boyanmayan ya da aktivite tutmayan ancak o alanda büyük, sert olarak palpe edilen şüpheli lenf nodları da (nonsentinel) çıkarılır.

**METOD:** Ocak 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle ameliyat edilen hastaların kayıtları araştırılarak, sentinel lenf nod biyopsisi yapılanlar arasında nonsentinel lenf nodu da çıkarılanlar incelemeye alındı.

**BULGULAR:** 82 hasta incelendi. Yaş ortalaması 56 (32-81) idi. Hastaların % 66'sı postmenapozaldi. Hastaların 27 'sında total mastektomi, 55'inde meme koruyucu cerrahi yapıldı. Sentinel olarak ortalama 1,5 (1-4); non sentinel olarak 1,4 (1-7) lenf nodu çıkarıldı. Ameliyat sırasında 15 hastada sentinel lenf nodunda metastaz tespit edildi. Nonsentinel lenf nodlarında metastaz 5 hastada saptandı ve bu hastaların hepsinde sentinel lenf nodu da metastatik olarak bulundu.

**SONUÇ:** Nonsentinel olarak çıkarılan lenf nodlarının olguların hiçbirisinde sentinel lenf noduna ek katkı sağlamadığı tespit edildi. Ülkemiz koşullarında özellikle her vakaya ultrasonografik aksiller incelemenin ameliyat öncesi dönemde yapıldığını göz önüne aldığımızda, sentinel lenf nodu dışında ele gelen büyük lenf nodları olsa da bunları çıkarmanın morbiditeyi ve iş yükünü arttıran fazladan bir işlem olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** meme,kanser, sentinel, lenf nod

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0856 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Sentinel lenf bezi negatif olup pozitif gelenlerde aksiller disseksiyon gerekli mi?

Tuğba Ata, Bülent Çitgez, Sıtkı Gürkan Yetkin, Hamdi Özşahin, Mehmet Uludağ, Mehmet Mihmanlı  
SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

#### AMAÇ:

Meme kanseri vakalarında aksiller bölgenin patolojik olarak değerlendirilip evrelemesi son derece önemli prognostik bir göstergedir. Sentinel lenf nodu (SLN), aksilladaki lenfatik akımı alan ilk lenf nodudur. SLNB'de frozen ile tümör hücresi görülmesi durumunda aksiller disseksiyona karar verilmektedir. Bazı durumlarda frozenda negatif saptanabilmesine rağmen parafin kesitte makrometastaza rastlanabilmektedir. Frozenda negatif bulunup parafin kesitte metastaz saptanan hastaların aksiller disseksiyon metastatik lenf nodları araştırıldı.

#### YÖNTEM:

01.01.2017-31.12.2017 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle opere edilen ve koltuk altına SLNB yapılan hastalardan, frozenda tümör tutumu saptanmayan, fakat parafin kesitte makrometastaz saptananlar çalışmaya alındı. Parafin kesitte makrometastaz (2 milimetreden büyük invazyon odağı) saptanan hastalara ikinci bir operasyonla aksiller disseksiyon yapıldı.

#### SONUÇLAR:

SLNB yapılan 120 hastanın 16 tanesinde operasyon esnasında yapılan frozenda metastaz görülmemesine rağmen parafin kesitte metastaz saptandı. Bunların 6 tanesinde mikrometastaz olduğu için ek girişime ihtiyaç duyulmadı. Makrometastaz saptanan 10 hastanın yapılan aksiller disseksiyonunda sekiz hastada başka metastaz saptanmazken, bir hastada altı adet, bir hastada da bir adet metastatik lenf bezi saptandı. Hastaların hiçbirinde komplikasyon olmadan taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

Sınırlı sayıda çalışmada sentinel lenf bezi pozitif olmasına ve aksiller disseksiyon yapılmadan takip edilen hastalarda lokal nükslerin az olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da aksiller disseksiyon yapılan hastaların düşük bir yüzdesinde fazladan metastatik lenf bezine rastlanmıştır. Prospektif randomize çalışmaların sonuçlarının ortaya çıkması ve hastaların ayrıntılı değerlendirilmesi ile seçilmiş hastalarda aksiller disseksiyona gerek kalmayacağı düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Sentinel lenf bezi, metastaz, aksiller disseksiyon

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0857 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Sentinel lenf bezi pozitif olanlarda aksiller disseksiyon gerekli mi?

Tuğba Ata<sup>1</sup>, Bülent Çitgez<sup>1</sup>, Sıtkı Gürkan Yetkin<sup>1</sup>, Hamdi Özşahin<sup>1</sup>, Ramazan Uçak<sup>2</sup>, Cennet Şahin<sup>3</sup>, Mehmet Uludağ<sup>1</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, Patoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

#### AMAÇ:

Meme kanserinde aksillanın tutulumu önemli prognostik bir göstergedir. Sentinel lenf nodu (SLN), aksilladaki lenfatik akımı alan ilk lenf nodudur. SLNB’de birden fazla lenf bezi çıkarılıp bir tanesinde makrometastaz varsa aksiller disseksiyon yapılmaktadır. Frozenda birden fazla lenf bezi çıkarılan ve bir adet metastaz bulunan hastaların aksiller disseksiyon materyalindeki pozitif ve reaktif lenf nodları incelendi.

#### YÖNTEM:

01.01.2017-31.12.2017 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle opere edilen ve SLNB esnasında birden fazla lenf nodu çıkarılan hastalar çalışmaya alındı. Çıkarılan lenf bezlerinde bir adet makrometastaz saptanan ve aksiller disseksiyon yapılan hastaların, disseksiyon materyali incelendi.

#### SONUÇLAR:

SLNB yapılan 120 hastanın 18 tanesinde operasyon esnasında yapılan frozenda birden fazla lenf bezi çıkarıldı. Hastaların sekizinde üç adet, sekizinde iki adet, ikisinde dört adet lenf bezi çıkarıldı. Boyalı sentinel lenf bezlerin hepsi metastatik saptanırken, boyalı olmayanlarda metastaz saptanmadı. On sekiz hastanın aksiller disseksiyon materyali incelendiğinde ise, dört hastada ekstradan bir metastatik lenf bezi saptanırken diğerlerinde birden fazla metastatik lenf bezi saptandı. Hastaların hiçbirinde komplikasyon olmadan taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

Literatürde tartışmalı olmakla beraber sentinel lenf bezi metastaz saptanan hastalarda frozenda birden fazla lenf bezi çıkarıldığı takdirde takip önerilebilmektedir. Bizim sınırlı sayıda hasta içeren çalışmamızda tüm hastalarda metastaz saptanmıştır. Bu nedenle frozenda metastatik lenf bezi saptanan hastalara aksiller disseksiyon halen altın standarttır.

**Anahtar Kelimeler:** Sentinel lenf bezi, metastaz, aksiller disseksiyon

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0858 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Kliniğimizizin Erken Dönem Onkoplastik Meme Koruyucu Cerrahi Deneyimi

Cengiz Han Şan Özdemir, Mehmet Kulus, Seymur Abdullayev, Ebru Şen, Murat Çikot, Mehmet Emin Güneş  
Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Onkoplastik meme koruyucu cerrahi, onkolojik prensipler ışığında meme kanserinin tedavisini yaparken, daha iyi estetik sonuçlara ulaşmak amacıyla plastik rekonstrüktif cerrahi tekniklerinin kullanılmasıyla meme dokusunun yeniden şekillendirilmesini sağlayan modern bir cerrahi yaklaşımdır. Onkoplastik cerrahi (OPC) sonrası lokal nüks oranları meme koruyucu cerrahi ile benzer düzeydedir. OPC daha geniş tümorektomilere olanak sağlar. Ayrıca makromastili hastalarda meme küçültülerek ışın toksisitesinin önüne geçilebilir. Bu yazıda kliniğimizizin onkoplastik cerrahi alanındaki ilk sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**Materyal metod:** Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında onkoplastik meme koruyucu cerrahi uygulanan meme kanserli hastaların özellikleri retrospektif olarak incelendi. Tümör yerleşim yerleri ve uygulanan teknikler belirlendi. Tüm hastalardan yazılı onam alındı. Estetik memnuniyet sözel olarak az-orta-iyi olarak derecelendirildi.

**Sonuçlar:** Bu dönemde meme kanserli 27 hastada onkoplastik meme koruyucu cerrahi uygulandı. Ortalama yaş 53 (34-74) idi. Hastaların % 55'i postmenapozaldi. Tümör yerleşim yerlerine bakıldığında, 15 hastada (% 55) üst dış kadran, 5 (% 18) hastada üst iç kadran, 4 (% 14) hastada alt iç ve 3 (% 11) hastada alt dış kadrandı. Ortalama tümör boyutu 34 mm (20-60mm) idi. Patolojik incelemede 5 hasta Evre1, 16 hasta Evre 2, 6 hasta Evre 3 grubundaydı. Tümör morfolojisi 23 olguda (%85) invaziv duktal karsinom, 3'ünde (%11) invaziv lobuler karsinom, 1'inde (%3) invaziv kribriform karsinomdu.

Onkoplastik meme koruyucu cerrahi tekniklerine bakıldığında, 13 hasta raket mamoplasti, 3 hasta vertikal mamoplasti, 3 hasta round-block mamoplasti, 4 hasta lateral mamoplasti, 2 hasta J mamoplasti, 1 hasta batwing, 1 hasta hemibatwing tekniği ile opere edildi.

Postoperatif bir hastada hematoma, 2 hastada yara yerinde ayrışma ve yağ nekrozu şeklinde akıntı gelişti. Hastaların 25'i postoperatif birinci gün taburcu edildi. İki hasta ikinci gün taburcu edildi. Hasta memnuniyeti erken dönemde % 90 iyi, % 10 orta idi.

Onkoplastik meme cerrahisi hasta memnuniyetini arttıran, meme koruyucu cerrahi yapmamızı kolaylaştıran bir durumdur. Çalışmalar ameliyat sonrası meme deformitelerinde yarı yarıya azalma olduğunu göstermektedir. Erken dönem sonuçları verdiğimiz bu seride hasta memnuniyetinin iyi olduğunu ve komplikasyonların kabul edilebilir düzeyde olduğunu gördük.

**Anahtar Kelimeler:** onkoplastik cerrahi,kanser,meme

**postoperatif**



**preoperatif**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0859 [Meme Hastalıkları ve Cerrahisi]

#### Neoadjuvan kemoterapi verilen hastalarda tümör özelliklerinin tedaviye etkileri

Tuğba Ata<sup>1</sup>, Bülent Çitgez<sup>1</sup>, Hamdi Özşahin<sup>1</sup>, Sıtkı Gürkan Yetkin<sup>1</sup>, Ramazan Uçak<sup>3</sup>, Fatma Aydoğan<sup>2</sup>, Cennet Şahin<sup>4</sup>, Mehmet Uludağ<sup>1</sup>, Mehmet Mihmanlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, Tıbbi ve Medikal Onkoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, Patoloji Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

#### AMAÇ:

Son yıllarda kemoterapinin etkinliğinin artması ile beraber lokal ileri meme kanserlerinde neoadjuvan kemoterapi yönünde bir eğilim mevcuttur. Neoadjuvan KT sayesinde hem meme koruyucu cerrahi mümkün olmakta, hem de kemoterapinin etkinliği kontrol edilebilmektedir. Kliniğimizde Evre 2B ve daha ileri meme tümörlerinde, tümör biyolojisinin Neoadjuvan KT tedavisindeki rolünü inceledik.

#### YÖNTEM:

01.01.2017-31.12.2017 tarihleri arasında lokal ileri meme kanseri nedeniyle Neoadjuvan KT uygulanan ve KT sonrası cerrahi operasyon geçiren hastaların regresyon oranları incelendi.

#### BULGULAR:

Neoadjuvan verilen kırk iki hastanın altısında tam regresyon saptanırken, otuz altı hastada kısmi regresyon saptandı. Tam regresyon görülen hastaların patolojileri incelendiğinde dört hastanın triple negatif, iki hastanın ise hormon reseptörlerinin negatif c-erb 2 pozitif olduğu saptandı.

#### TARTIŞMA:

Lokal ileri evre meme kanserli hastalarda literatürle uyumlu olarak özellikle triple negatif olan hastalarda neoadjuvan kemoterapinin etkinliği artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Neoadjuvan kemoterapi, regresyon, meme kanseri, reseptör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0860 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektomi uygulanan obez hastalarda operatif komplikasyonların değerlendirilmesi; Tek Merkez Deneyimi

Emrah Cengiz<sup>1</sup>, Arif Emre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İslahiye Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gaziantep

<sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

**AMAÇ:** Kliniğimizde obesite tedavisi için laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan hastalarda operasyon sırasında ve sonrasında gelişen komplikasyonları incelemek.

**MATERYAL-METOD:** Nisan 2008- Haziran 2016 tarihleri arasında KSÜTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda obezite tanısıyla bariatrik cerrahi yapılan tüm hastaların demografik ve klinik verileri retrospektif olarak hastane bilgi sistemi ve hasta dosyaları incelenerek tarandı. Laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan 431 hastada operasyon sırasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar incelendi. Komplikasyonlar peroperatif ve postoperatif olmak üzere ikiye ayrıldı. İlk 30 gün içerisindeki ölümler operasyonel mortalite olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Peroperatif komplikasyon olarak hemoraji 13 hastada, kaçak 2 hastada fark edildi. 51 hastada postoperatif bir veya birden fazla komplikasyon gelişti. 20 hastada hemoraji 12 hastada kaçak, 12 hastada pnömoni, 10 hastada intraabdominal abse, 5 hastada yara yeri enfeksiyonu, 2 hastada pulmoner emboli, 1'er hastada da ince bağırsak nekrozu, portal ven trombozu, myokard enfarktüsü, ince bağırsak perforasyonu gelişti. Postoperatif 6 (%1,39) hastada mortalite görüldü.

**SONUÇ:** Günümüz şartlarında sonuçları itibarıyla laparoskopik sleeve gastrektominin uygun obez hasta gurubunda en sık uygulanan, popüler bir cerrahi prosedür olduğunu söyleyebilmemize karşın her cerrahi girişim gibi, laparoskopik sleeve gastrektominin de tamamen masum bir girişim olduğunu söyleyemeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik sleeve gastrektomi, komplikasyon, obezite

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

EPS-0861 [Obezite]

### 60 yaş ve üzeri hastalarda laparoskopik sleeve gastrektomi'nin güvenilirliği ve etkinliği

Varlık Erol, Baha Arslan, Tuğba Han Yılmaz, Hüseyin Gülay

Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Obezite yaşam kalitesini ve süresini azaltan ve en etkili tedavi şekli bariatrik cerrahi olan bir hastalıktır. Bu çalışmada, kliniğimizde Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) uygulanan 60 yaş ve üzeri hastalarda erken ve orta dönemde kilo kaybı ve yandaş hastalıkların tedavisindeki sonuçlarımızın sunulması amaçlandı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Eylül 2014-Ocak 2018 tarihleri arasında LSG uygulanan 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, kilo kaybı ve LSG'nin yandaş hastalıkların giderilmesindeki etkinliği değerlendirildi.

**BULGULAR:** LSG uygulanan 27 hastadan 21'i (%77.77) kadın, 6'sı (%22.33) ise erkek olup, ortalama yaş 63.25 (60-72) olarak belirlendi. Preoperatif ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 48.64 (40.16-64) olarak belirlendi. Ortalama takip süresi 19.14 (3-34) ay olan hastaların postoperatif 12. ay VKİ 33.82, 24. ay ise 31.84 olarak belirlendi. Hipertansiyonu olan 21 ve diabetes mellitus tanısı olan 15 (5 hasta insülin kullanmakta idi) hastanın operasyon sonrası ortalama 2. aydan itibaren ilaç kullanım gerekliliğinin ortadan kalktığı veya azaldığı saptandı. 1 (%3.7) hasta mide stapler hattından kanama nedeniyle, 1 hasta (%3.7) ise operasyon sonrası 20. günde rabdomiyoliz nedeniyle konservatif olarak tedavi edildi. Hiçbir hastada stapler hattından kaçak veya mortalite gözlenmedi.

**TARTIŞMA:** LSG; kabul edilebilir komplikasyon oranlarına sahip ve yeterli kilo kaybı sağlaması nedeniyle günümüzde temel bariatrik cerrahi prosedürlerden biri olarak uygulanan bir tekniktir. Çalışmamızın sonuçları ileri yaştaki hastalarda bariatrik cerrahiye desteklemektedir. Bu hastaların, yalnızca yaşları nedeniyle ameliyatı reddedilmemelidir. Bununla birlikte, hafifçe artan riskler ve daha az tatmin edici sonuç olasılığı konusunda hastalara ayrıntılı bilgi verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve Gastrektomi, ileri yaş, tedavi yönetimi

1

|                           | n          |
|---------------------------|------------|
| Yaş (ortalama)            | 63.25      |
| Cinsiyet                  |            |
| Kadın                     | 21(%77.77) |
| Erkek                     | 6(%22.33)  |
| Ortalama operasyon süresi | 66.92 dk   |
| Hastanede kalış süresi    | 4 gün      |
| Ortalama takip süresi     | 19.14 ay   |

Hastaların demografik verileri.

2

|                 | LSG         |
|-----------------|-------------|
| VKİ Preoperatif | 48.64kg/m2  |
| Postoperatif    |             |
| 1 ay            | 42.86 kg/m2 |
| 6 ay            | 36.24kg/m2  |
| 12 ay           | 33.82 kg/m2 |
| 24 ay           | 31.21 kg/m2 |
| Kilo kaybı      |             |
| 1 ay            | 14.7 kg     |
| 6 ay            | 31.9 kg     |
| 12 ay           | 39.38 kg    |
| 24 ay           | 47.54 kg    |

Hastaların VKİ oranları ve kilo kayıpları.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



EPS-0862 [Obezite]

## Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Bariatrik Cerrahinin Kısa Dönem Sonuçları

Ozan Akinci, Müge Yurdacan, Yasin Tosun, Başar Can Turgut, Abdullah Kağan Zengin

İstanbul Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Tip 2 diabetes mellitus (DM) tüm dünyada pandemik hale gelmiş, kontrolsüz kaldığı takdirde ciddi komplikasyonları, psikososyal ve ekonomik boyutları olan bir sağlık sorunudur. Son dönemlerde bariatrik cerrahi, Tip-2 DM tedavisinde olumlu sonuçları nedeniyle yaygın kabul görmektedir. Bariatrik cerrahinin kısa vadeli (azalan kalori alımı) ve uzun vadeli sonuçlarına (yağ kütlesi ve vücut ağırlığının azalması) ek olarak glukoz metabolizması, insülin direnci ve adipositokin salınımında değişikliğe yol açarak Tip-2 DM remisyona katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bu çalışmamızda kliniğimizde Tip 2 DM nedeniyle laparoskopik mini gastrik bypass ameliyatı yapılan 20 olgunun 6 aylık takip sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamıza Tip 2 DM nedeni ile laparoskopik mini gastrik bypass ameliyatı yaptığımız 20 olguyu dahil ettik. Olguların preoperatif ve postoperatif 6.aydaki vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi (VKİ), açlık kan şekeri (AKŞ), HbA1c düzeyi, insülin kullanımı karşılaştırıldı. Ayrıca postoperatif dönem vitamin B 12, folik asit düzeyleri ölçüldü. Kategorik veriler SPSS 21.0 programında değerlendirildi. Verilerin karşılaştırılmasında iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.  $p<0.05$  anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Olguların 10'u kadın, 10'u erkek olup yaş ortalaması 51 idi. 12'si preoperatif dönemde insülin, 8'i oral antidiyabetik tedavisi almaktaydı. Postoperatif hastanede yatış süresi ortalama 5.2 gün idi. 1 olguda anastomoz kaçağı gelişmiş olup drenaj ve antibiyoterapi ile konservatif tedavi uygulandı. Preoperatif/postoperatif değerlerin ortalaması kıyaslandığında; vücut ağırlığının 104'ten 71'e; VKİ'nin 37.5'ten 25'e; HbA1c'nin %7.1' den %6'ya; AKŞ'nin 195'ten 108'e gerilediği ve bu değerler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). Ameliyat öncesinde insülin kullanan olgulardan yalnızca 1'i insülin tedavisine devam etmiş, 2'si ise oral antidiyabetik tedavisine geçmiştir. Ameliyat öncesi oral antidiyabetik kullanan olguların tamamında ise antidiyabetik medikal tedavi endikasyonu kalkmıştır. Ameliyat sonrası dönemde olguların 5'inde vitamin B-12, 7'sinde folik asit eksikliği gelişmiş ve replasman yapılmıştır.

**Tartışma ve SONUÇ:** Dünyada yaygınlığı giderek artan bariatrik cerrahinin modifiye tekniklerinden biri olan laparoskopik mini gastrik bypass ameliyatı; Tip 2 DM tanılı olgularda kısa dönemde dahi olumlu metabolik etkileri olan güvenilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Bariatrik Cerrahi, Laparoskopik Mini Gastrik Bypass, Tip 2 DM

Tablo 1: Olguların preoperatif – postoperatif parametrelerinin ortalaması

| Parametre           | Preoperatif | Postoperatif |
|---------------------|-------------|--------------|
| Vücut ağırlığı      | 104         | 71           |
| Vücut kitle indeksi | 37.5        | 25           |
| HbA1c %             | 7.1         | 6.0          |
| Açlık kan şekeri    | 195         | 108          |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**EPS-0863 [Obezite]**

### **Laparoskopik sleeve gastrektomi ameliyatında maliyet üzerinde etkili faktörler**

Abdullah Sisik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) obezite tedavisinde güvenli, kolay ve etkin sonuçlara sahip bir cerrahi prosedürdür. LSG'nin hastanelere olan maliyeti pek çok faktör tarafından etkilenmektedir. Bu çalışmada LSG'nin maliyetini etkileyen faktörleri ve hastaneler için maliyet-etkin bir prosedür olup olmadığını belirlemek amaçlandı.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Ocak 2016 – Aralık 2016 tarihleri arasında obezite nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalar geriye dönük olarak hastane kayıt sisteminden tarandı. Hastalara ait demografik özelliklerden yaş, cinsiyet, VKİ, yatış süreleri, kullanılan tıbbi malzeme maliyetleri, ilaç maliyetleri, laboratuvar ve radyolojik incelemelerin maliyetleri, patolojik incelemeler için oluşan maliyetler, kan ürünleri transfüzyonlarına ait maliyetler ve tüm bunlar için hastanenin sosyal güvenlik kurumuna fatura ettiği tutarlar ve ameliyat için SGK'dan alınan paket ödeme miktarları kayıt altına alındı. Tüm bu tutarlar toplanarak toplam maliyet ve toplam fatura edilen tutarlar elde edildi. "Artmış maliyet" ve "Artmış fatura tutarı" ana sonuç değişkenleri olarak tanımlandı. 80 persentilin üzerinde olan maliyet ve fatura tutarları "artmış" olarak belirlendi. Bu yöntemle artmış maliyet, normal maliyet, artmış fatura tutarı, normal fatura tutarı olarak 4 grup oluşturuldu. Hastalara ait yaş, cinsiyet, VKİ, toplam yatış günü sayısı, postoperatif yoğun bakım ünitesinde takip gereksinimi ve komplikasyon varlığı oluşturulan gruplarla karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışma süresince 121 hasta obezite nedeniyle LSG ameliyatı oldu. Hastalardan 10'u erkek, 111'i kadındı. Yaş ortalaması 38,7 (19-62) olarak saptandı. VKİ değerleri incelendiğinde ortalama VKİ'nin 47,6 (40-68) olduğu gözlemlendi. Toplam hastanede yatış günü sayısı 6,9 (3-71) gün olarak saptandı. Toplam maliyet ve toplam fatura tutarları incelendiğinde ortalama maliyetin 3633,5 tl olduğu saptandı. Toplam maliyet için 80 persentile tekabül eden tutarın 4120 tl olduğu ve 4120 tl üzerinde maliyeti olan hastaların "artmış maliyet" grubunda yer aldığı saptandı. Toplam fatura edilen tutar için de 80 persentile tekabül eden tutarın 6095 tl olduğu ve 6095 tl üzerinde fatura edilen hastaların "artmış fatura tutarı" grubunda yer aldığı saptandı (Tablo 1). Komplikasyon gelişmesinin ve hastanede uzun yatış süresinin hem artmış fatura tutarına hem de artmış maliyet oluşumuna istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğu saptandı ( $p=0,001$ ,  $0,001$ ). Yaş, cinsiyet, VKİ ve yoğun bakım gereksiniminin bu durumu etkilemediği sonucuna ulaşıldı ( $p=0,563$ ,  $1$ ,  $0,509$ ,  $0,670$ ) (Tablo 2).

**SONUÇLAR:** LSG'nin obezitenin cerrahi tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir prosedür olduğu kadar maliyet anlamında da etkin bir prosedür olduğu düşünülebilir. Hastalara ait yaş, cinsiyet, VKİ ve ameliyat sonrası hastaların YBÜ'de takip gereksinimi ameliyat maliyetlerini artırmamaktadır. Maliyetlerin artmasındaki en önemli parametreler ameliyat sonrası komplikasyon gelişimi ve hastanede uzun yatış süreleridir. LSG sonrası komplikasyon oranlarının azaltılması ve yatış sürelerinin kısaltılması bu ameliyatlara ait giderleri daha da aşağılara çekecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Laparoskopik sleeve gastrektomi, Maliyet analizi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1**

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri

| N: 171                    |              |               |        |        |                           |            |
|---------------------------|--------------|---------------|--------|--------|---------------------------|------------|
| Cinsiyet                  | Erkek        | Kadın         | Yaş    | BMI    | Etilerle ilgili kriterler | Tıbbi öykü |
|                           |              |               |        |        |                           |            |
| Yaş                       | 58.7±10.8    | 19.62         |        |        |                           |            |
| BMI                       | 27.6±5.6     | 40.68         |        |        |                           |            |
| Etilerle ilgili kriterler | 6.9±10.2     | 3.71          |        |        |                           |            |
|                           |              | Tıbbi öykü    |        |        |                           |            |
|                           |              | 25 50 75 80   |        |        |                           |            |
| Tıbbi öykü                | 4735.5±100.7 | 1417.7±1047.9 | 4445.7 | 4405.4 | 5177.8                    | 4579.7     |
| Tıbbi öykü                | 1555.5±100.5 | 1424.3±1077.9 | 1555.5 | 1555.4 | 1555.5                    | 1555.5     |

**Tablo 2**

Tablo 2: "Normal" ve "Anormal" sonuçların karşılaştırılması

|                           | Normal sonuçlar (n=100) | Anormal sonuçlar (n=71) | p     | Normal sonuçlar (n=100) | Anormal sonuçlar (n=71) | p     |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------------------------|-------|
| Yaş                       | 58.7±10.8               | 19.62                   | 0.001 | 58.7±10.8               | 19.62                   | 0.001 |
| BMI                       | 27.6±5.6                | 40.68                   | 0.001 | 27.6±5.6                | 40.68                   | 0.001 |
| Etilerle ilgili kriterler | 6.9±10.2                | 3.71                    | 0.001 | 6.9±10.2                | 3.71                    | 0.001 |
| Tıbbi öykü                | 4735.5±100.7            | 1417.7±1047.9           | 0.001 | 4735.5±100.7            | 1417.7±1047.9           | 0.001 |
| Tıbbi öykü                | 1555.5±100.5            | 1424.3±1077.9           | 0.001 | 1555.5±100.5            | 1424.3±1077.9           | 0.001 |
| Yaş                       | 58.7±10.8               | 19.62                   | 0.001 | 58.7±10.8               | 19.62                   | 0.001 |
| BMI                       | 27.6±5.6                | 40.68                   | 0.001 | 27.6±5.6                | 40.68                   | 0.001 |
| Etilerle ilgili kriterler | 6.9±10.2                | 3.71                    | 0.001 | 6.9±10.2                | 3.71                    | 0.001 |
| Tıbbi öykü                | 4735.5±100.7            | 1417.7±1047.9           | 0.001 | 4735.5±100.7            | 1417.7±1047.9           | 0.001 |
| Tıbbi öykü                | 1555.5±100.5            | 1424.3±1077.9           | 0.001 | 1555.5±100.5            | 1424.3±1077.9           | 0.001 |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

EPS-0864 [Obezite]

### Negatif Laparotomi Nedeni: Rayteks Görünümü veren Koil Embolizasyon Olgu Sunumu

Şevket Barış Morkavuk, Fariz Hüseyinov, Ersin Gürkan Dumlu, Abdussamed Yalçın, Ali Coşkun, Mehmet Kılıç

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Embolizasyon işlemi, tıbbi nedenler ile vücuttaki damarlardaki kan akımının kontrolümüz dahilinde durdurulması işlemidir. Kontrol altına alınamayan bir kanama durumunda, ameliyat sonrası gelişebilecek kanama durumlarında yeni bir operasyondan kaçınmak amacı ile yada bir tümörü besleyen damarı tıkayarak makroskopik olarak küçülme sağlamak amacı ile yapılabilmektedir. Embolizasyon işleminde damarın içerisine yerleştirilen bir kateterden tıkanması istenen damara kimyasal bir madde yada küçük metal sarmal yerleştirilir. Koil embolizasyon ince bir mikrokaterin içinden itilen, serbest kaldığında bir yumak şeklini alarak damarda tıkanma yapan metal sarmallardır. Biz bu yazıda ADBG'de rayteks görünümü veren, bu nedenle operasyon sonrası yabancı cisim varlığından şüphelenilerek negatif laparotomiye yolaçan koil embolizasyonu yapılmış olguyu literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 46 yaşında bayan hasta kliniğimize morbid obezite tanısı ile sleeve gastrektomi operasyonu amaçlı yatırıldı. Gerekli tetkikleri yapılan hastaya laparoskopik sleeve gastrektomi uygulandı. Hastada postoperatif 3. gününde kanlı kusma ve rektal tuşede melana izlendi. Batın drenlerinden ise patolojik bir sıvı gelişti izlenmedi. Stapler hattı kanaması düşünülerek antikaagulan tedavisi stoplanan hastaya TDP replasmanı yapıldı. Takiplerinde kanaması durmayan hastaya girişimsel radyoloji tarafından koil embolizasyon uygulandı. Embolizasyon sonrası genel durumu düzelen ve kanaması duran hastanın orali açıldı ve şifa ile taburcu edildi. Takiplerinin 1. ayında kliniğimize başvuran hastanın ADBG'de batın içerisinde rayteks ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine çekilen abdomen BT'de batın içerisinde mezenterde kirlenme, geçirilmiş operasyona sekonder değişiklikler varlığı olarak raporlandı. Hasta spongioma düşünülerek laparotomiye alındı. Eksplorasyonda batın içinde ek patoloji izlenmedi. ADBG'de izlenen lezyonun koil embolizasyon metal görünümüne ait olduğu kanatine varıldı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Tüp mide ameliyatı olarak bilinen sleeve gastrektomi vücut kitle indeksi 40 ve üzerinde olan morbid obez hastalarda yada ek hastalığı bulunan vücut kitle indeksi 35 ve üzeri olan hastalarda uygulanan bir obezite ameliyatı türüdür. Fakat her ameliyatta olduğu gibi sleeve gastrektomi sonrasında da görülebilecek komplikasyonlar bulunmaktadır. Bunlar arasında en sık stapler hattından kaçak ve buna bağlı fistül, derin ven trombozu, enfeksiyonlar, vitamin ve mineral emilim bozuklukları ve kanama başlıca yer tutmaktadır. Kanamalar genellikle antikaagulan tedavinin kesilmesi ile kanama altına alınmaktadır. Kontrol altına alınamayan kanamalarda ise embolizasyon yada reoperasyon tedavi yöntemleri arasındadır. Embolizasyonda en sık koil, mikropartiküller, gelfoam, N-butyl cyanoacrylate (glue), ayrılabilir balonlar ve vasküler tıkaçlar kullanılır. Koil değişik boyut ve şekillerde olabilen, metal yapıları nedeni ile fiziksel oklüzyon ve fiber yapıları ile de trombojenik eğilimi arttırıcı etki gösteren embolizandır. Üzerinde pıhtılaşmayı kolaylaştıran fibriller bulunmaktadır. Genellikle bir mikrokaterden bir kılavuz telle basitçe damar içine itilerek kullanılır. Yerleştirildikten sonra da görülebilir olmaları önemlidir. Bu nedenle direkt grafilerde kolaylıkla görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Rayteks, Sleeve Gastrektomi

#### Resim 1



koil embolizasyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0865 [Obezite]

#### Sleeve Gastrektomide Nathanson Ekartöre Bağlı Nadir Bir Komplikasyon: Hepatik İskemi ve Trombositopeni

Aziz Bora Karip<sup>1</sup>, Ali Cihan Bilgili<sup>1</sup>, Emre Teke<sup>1</sup>, Ceren Şanlı Karip<sup>2</sup>, Ümit Akyüz<sup>3</sup>, Filiz Akyüz<sup>4</sup>, Kemal Memişoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Laparoskopik işlemlerin güvenle gerçekleştirilmesinde yeterli cerrahi görüş şarttır. Bu olgu sunumunda, laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) uygulanan bir hastamızda ekartasyona bağlı gelişen hepatik iskemi ve trombositopeni tartışılmıştır.

**OLGU:** 24 yaşında, vücut kitle indeksi 42 kg/m<sup>2</sup> olan kadın hasta laparoskopik sleeve gastrektomi planlanarak ameliyata alındı. Gözlemde karaciğer sol lobu hipertrofik, görünüm hepatosteatoz ile uyumluydu. Nathanson ekartörle karaciğer sol lob ekarte edildi. Stapler aşamasında kardial düzeyinde stapler ateşleme sorununa bağlı mide mukozası açıldı ve bu alan sütürle primer onarıldı. Ameliyat 140 dakika sürdü ve toplam kan kaybı 100 cc olarak ölçüldü.

Ameliyat sonrası birinci günde aşırı terleme ve taşikardi gelişen hastada tam kan sayımında hemoglobin (Hgb) düzeyi 12.1 gr/dl, beyaz küre (BK) ve trombosit (PLT) sayıları sırasıyla 15100 ve 35000/mm<sup>3</sup>, ALT: 4681 UI/L, AST:3741 UI/L, GGT:32 UI/L, ALP:78 UI/L, LDH:3375 UI/L, INR: 1.5 ölçüldü. Sitratlı tüple yapılan kontrolde PLT düzeyi 15000/mm<sup>3</sup> tespit edildi ve hastaya acil periferik yayma yapıldı. Yayma gerçek trombositopeni ile uyumluydu. Acil ultrasonografide (USG) patoloji saptanmayan hastada kontrastlı batin tomografide (BT) ana vasküler yapılar doğal değerlendirildi, karaciğer segment 2 ve 3' ün diğer segmentlere göre perfüzyonunun azalmış olduğu izlendi (Resim 1). Mevcut biyokimyasal ve radyolojik bulgular iskemik hepatitle uyumlu bulunan hastada, heparine bağlı trombositopeni tip 1 dışlanamadığından düşük molekül ağırlıklı heparin kesildi. Hastada takipte aynı gün abondan vajinal kanama gelişti. Hastaya bir adet trombosit aferezi verildi. Altı saat sonra yapılan kontrolde PLT: 55.000/mm<sup>3</sup> iken ALT, AST, LDH düzeylerinde yarı yarıya gerileme tespit edildi. Ameliyat sonrası ikinci gün PLT sayısı spontan yükselişle 100.000/mm<sup>3</sup> ölçüldü, karaciğer fonksiyon testlerindeki düşme devam etmekteydi.

Hastanın ameliyat sonrası 7. gün laboratuvar tetkiklerinde PLT: 246000/mm<sup>3</sup>, ALT: 365 UI/L, AST:38 UI/L ve LDH: 118 UI/L saptandı, ek problemi olmayan hasta aynı gün taburcu edildi. Taburculuk sonrası altıncı günde karın ağrısı gelişen hastada lökositoz saptanması üzerine yapılan ultrasonografide operasyon loju ve karaciğerde patoloji izlenmedi. Doppler incelemede sol lob kan akım paterni normal olarak raporlandı. Kontrastlı batin tomografisinde karaciğer segment 2 ve 3' ün perfüzyonunun hala bozuk olduğu ancak etkilenen alanın küçüldüğü izlendi (Resim 2). Takibinde karın ağrısı gerileyen hasta bir gece izlemin ardından taburcu edildi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Literatür incelendiğinde karaciğer ekartörleri karaciğer iskemisi ve dissemine intravasküler koagülasyona yol açabilmektedir. İskemi için risk faktörleri bizim vakamızda olduğu gibi uzamış ameliyat süresi, artmış karaciğer boyutu ve üst batin cerrahisinde kullanılan ters trendelenburg pozisyonudur. Bu risk faktörlerine sahip hastalarda aralıklı olarak ekartör serbestlenmesinin ve yer değiştirilmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** hepatik iskemi, bariatrik cerrahi, nathanson ekartör, trombositopeni

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Ameliyat sonrası 1. günde portal fazda bilgisayarlı tüm batin tomografi görüntüsü. Portal ven açıklığı normal, karaciğer segment 1 ve 2 de heterojen görünüm.

**Resim 2**



Ameliyat sonrası 13. günde bilgisayarlı tomografide karaciğer sol lobda devam eden kısmi perfüzyon bozukluğu. Eş zamanlı doppler ultrason görüntüleme normal vasküler dolaşım şeklinde rapor edilmiştir.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0866 [Obezite]

#### Sleeve gastrektomi spesmeninde nöroendokrin tümör: Olgu sunumu

Ahmet Mücteba Öztürk<sup>1</sup>, Savaş Yakan<sup>1</sup>, Yasemin Şahin<sup>2</sup>, Murat Bayram<sup>1</sup>, Mehmet Yıldırım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka eğitim ve araştırma hastanesi genel cerrahi kliniği İzmir

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka eğitim ve araştırma hastanesi patoloji kliniği İzmir

**GİRİŞ:** obezite ülkemizde ve dünyada en büyük sağlık problemlerinden biri olup obez birey sayısı gün geçtikçe artış göstermekte buna bağlı yandaş hastalıklar, mortalite ve morbidite artmaktadır. Yapılan çalışmalar obezite tedavisinde tek seçeneğin cerrahi tedavi olduğunu göstermiştir olup cerrahi sonrası tüm örnekler patoloji birimine gönderilerek incelenmiştir. Bu çalışmamızda kliniğimizde yapılsleeve gastrektomi sonrası patoloji spesmeninde nöroendokrin tümör saptanan olgumuzu sunmak amaçlanmıştır.

**OLGU:** 37 yaşında erkek hasta polikliniğimize morbid obezite nedeni ile başvurmuştu. Vücut kitle endeksi 50,7kg/m<sup>2</sup> bulunan ve ek hastalığı saptanmayan olgu obezite cerrahisi programına alındı. Preo operatif tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmayan hastaya standart sleeve gastrektomi uygulandı. Postoperatif dönemde herhangi bir problem gelişmeyen olgu postoperatif 3. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Sleeve gastrektomi materyalinin patolojik incelemesinde; 6x4 mm ve 4,5x3 mm boyutlarında 2 adet nöroendokrin tümör odağı izlenmiştir. Tümör lamina propriayı aşmış submukozayı infiltre etmiştir. Tümör hücreleri Keratin (+), Kromogranin-A (+), Synaptofizin (fokal+) ve CD56 (+) olup, Ki-67 proliferasyon indeksi %12'nin civarındadır. Tümöral alanlarda 10 Büyük Büyütme Alanında sekiz adet mitoz izlenmiştir. Diğer alanlarda yaygın intestinal metaplazi, kronik atrofik gastrit bulguları yanısıra lineer ve mikronodüler türde nöroendokrin hücre hiperplazisi bulguları mevcuttur olarak raporlandı (Resim 1). Hasta onkoloji kliniği ile konsulte edildi ve takibe alındı.

**SONUÇ:** Obezite tedavisinde cerrahinin yeri tartışmasız olup cerrahi sonrasında çıkarılan örnekler muhakkak patoloji kliniğine gönderilmelidir. Rutin olarak incelenen örnekler ile gözden kaçan ek patolojiler saptanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, sleeve gastrektomi, patoloji spesmeni, nöroendokrin tümör

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

EPS-0867 [Obezite]

### Sleeve gastrektomi ile eş zamanlı kolesistektomi ? 294 vakanın değerlendirilmesi

Ahmet Mücteba Öztürk, Savaş Yakan, Burak Dede, Ozan Barış Namdaroğlu, Mehmet Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği İzmir

**GİRİŞ:** obezite dünyada ve ülkemizde giderek artan sıklıkta görülmekte buna bağlı olarak obeziteye bağlı komplikasyonlar, mortalite ve mortalite artmaktadır. Obezitenin cerrahi tedavisinde laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) en sık rastlanan cerrahi prosedür olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite ile kolelitaisis birlikteliği bilinmekte ve obezite cerrahisi sonrası kilo kaybı ile beraber kolelitaisis sıklığı artmaktadır.

**MATERYAL-METOD:** Kliniğimizde 2014-2018 yılları arasında 294 obezite cerrahisi yapılmış, bunların 292 tanesi sleeve gastrektomi diğer 2 tanesi gastrik baypass operasyonu uygulanmıştır. Hastaların bulguları geriye dönük incelenmiş ve preoperatif abdomen ultrasonografileri kayıt altına alınmıştır.

**SONUÇLAR:** Hastaların 58 i erkek(%19,7) 236 kadın(%79,3) idi. Yaş 18-64 arasında, vücut kitle endeksi(vki) 40-67 kg/m<sup>2</sup> dir. Hastaların preoperatif dönemde 41 kişi(%13,9) kolelsistektomili olarak saptanmıştır. 50 hastada(%16,8) kolelitiasis saptanmıştır. Hastalara sleeve gastrektomi ile beraber eş zamanlı olarak kolesistektomi semptomatik olmaması sebebiyle yapılmamış olup obezite cerrahisi yapılan 50 hastadan 5(%10)ine ilerleyen dönemlerde semptomatik hale gelmesi nedeniyle kolesistektomi yapılmıştır. Komplikasyon gelişmeyen olgular sorunsuz olarak postoperatif 2. gün taburcu edilmiştir.

**SONUÇ:** Kolesistektomi genel cerrahi pratiğinde en sık yapılan ameliyatlardan biri olup komplikasyon oranları düşük olmasına rağmen sleeve gastrektomi ile beraber gelişebilecek kolesistektomi komplikasyonu daha büyük bir yıkım meydana getirebilecektir. Bundan kaçınmak ve hastalara cerrahi ek yük getirmemek için sleeve gastrektomi ile beraber kolesistektomiyi aynı anda yapılmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** kolesistektomi, obezite, sleeve gastrektomi,

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0868 [Obezite]

#### obezite cerrahisi asistan eğitimde yer almalıdır? 294 vakanın değerlendirilmesi

Ahmet Mücteba Öztürk, Savaş Yakan, Ozan Namdaroğlu, Burak Dede, Mehmet Yıldırım  
Sağlık bilimleri üniversitesi Bozyaka eğitim ve araştırma hastanesi genel cerrahi kliniği İzmir

**GİRİŞ:** Obezite ülkemizde ve dünyada en büyük halk sağlığı problemlerinden biri olup, obez birey sayısı gün geçtikçe artış göstermekte ve buna bağlı yandaş hastalıklar, mortalite ve morbidite artmaktadır. Ülkemizde 2014 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasına göre kadınların %48'i erkeklerde %30 dan fazlası kiloludur. Aynı çalışmada tip2 diabetes mellitus lu neredeyse nüfusun %10 una tekabül etmekte morbid obez birey sayısı milyonları bulmaktadır. Yapılan çalışmalar obezite tedavisinde cerrahinin en etkin tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. Ciddi komorbiditesi olan olgular cerrahiden en fazla yarar gören hasta grubunu oluşturmaktadır.

**MATERYAL-METOD:** Kliniğimizde 2014-2018 yılları arasında 296 obezite cerrahisi yapılmış olup 2 hastaya gastrik bypass, geri kalan hastalara sleeve gastrektomi uygulanmıştır. Hastaların 58 i erkek(%19,5) 236 kadın(%79,5) idi. Yaş 18-64 arasında, vücut kitle endeksi(vki) 40-67 kg/m<sup>2</sup> dir. 2 hastamız postoperatif 1. ve 3. günde ex olmuş, 2 hastamızda kaçak meydana gelmiştir. Kaçak meydana gelen 2 hasta nitinol kaplı stent ile kaçak kontrol altına alınmıştır. 68 hastayı primer olarak asistan arkadaşlarımız tamamlamışlardır.

**SONUÇ:** Obezite ülkemizde ve dünyada artmakta olup neredeyse pandemi boyutlarına ulaşmıştır. Dünyada 350000 civarında obezite cerrahisi yapılırken ülkemizde bu sayı 15000-20000 civarındadır. Asistan arkadaşlarımız gözetimimiz altında vakaları primer olarak tamamlamışlardır. Hastalarda postoperatif dönemde herhangi bir cerrahi bir patoloji gözlenmemiş ve salimen taburcu edilmişlerdir. Bundan dolayı obezite cerrahisinin asistan eğitim programında yer alması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** asistan, asistan eğitimi, obezite cerrahisi, sleeve gastrektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0869 [Obezite]

#### **Obez ratlarda tek anastomozlu duodeno-ileal bypass + sleeve gastrektomi'nin histopatolojik bulguları ve metabolik hormonlar üzerine etkisi**

Osman Bilgin Gülçiçek<sup>1</sup>, Merve Tokoçin<sup>1</sup>, Ali Solmaz<sup>1</sup>, Talar Vartanoğlu<sup>1</sup>, Nihat Buğdaycı<sup>1</sup>, Fatih Çelebi<sup>1</sup>, Atilla Çelik<sup>1</sup>, Ayşegül Güneş<sup>2</sup>, Tuğçe Çay<sup>3</sup>, Onur Tokoçin<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

<sup>4</sup>Kağıthane Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

**GİRİŞ:** Son yıllarda çağımızın önemli sağlık sorunlarından biri olan obezite, bu konuda çalışanları yeni cerrahi teknikler geliştirmeye ve beslenmede rol oynayan mediyatörler üzerinde araştırmaya zorlamaktadır. Obezite cerrahisinde, ilk yapılan laparoskopik ameliyatlardan olan sleeve gastrektomi (SG) ve gastrik plikasyon (GP) halen güncelliğini korumaktadır. Tek Anastomozlu Duodeno-İleal Bypass + sleeve gastrektomi (SADI-S) ise hem kısıtlayıcı, hem de emilimi azaltıcı etkileri olan ameliyatlardan olup bu yüksek etkili ameliyatın daha güncel ve daha güvenli bir modifikasyonudur.

**AMAÇ:** Sıçanlar üzerinde gerçekleştirdiğimiz gastrik Tek Anastomozlu Duodeno-İleal Bypass + sleeve gastrektomi (SADI-S) modelinde, obezite ve mide metabolizmasında etkili mediyatörler, (ghrelin, leptin ve gastrin) histopatolojik veriler (foveolar hiperplazi ve kistik glandüler dilatasyon) ve kilo kaybı oranlarını karşılaştırarak bu ameliyatların etkinlik düzeyini belirlemeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya türlerine göre obez olan Wistar Hannover cinsi sıçanlar 8'erli SADI-S ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Her iki gruptan ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ağırlıkları ve 30. günde alınan kan örneklerinde gastrin, ghrelin ve leptin düzeyleri ölçüldü. Hayvanların sakrifikasyon sonrası mideleri total olarak çıkarılarak histopatolojik incelemeye alındı.

**BULGULAR:** Ameliyat sonrası birinci ayda SADI-S grubunda kontrol grubuna göre anlamlı kilo kaybı saptandı. SADI-S grubunda kontrol grubuna göre kan ghrelin ve leptin düzeyindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu, kan gastrin düzeyinde ise kontrol grubuna göre anlamlı artış saptandı. SADI-S grubunda kontrol grubuna göre histopatolojik olarak saptanan ghrelin ve leptin düzeyindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, gastrin düzeyindeki artış kontrol grubuna göre anlamlı saptandı. Histopatolojik incelemelerde foveolar hiperplazi (FH) ve kistik glandüler dilatasyon (KGD) SADI-S grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede artış saptandı.

**Tartışma ve SONUÇ:** Eşlik eden hastalıklarla birlikte gelişen komplikasyonlar sonucunda obez hastaların morbiditesi ve sağlık bakım maliyetleri giderek artmaktadır. Kullanılan cerrahi yöntemlerin kilo kaybı açısından etkinliği tartışılırken bu yöntemlerin uzun vadede ortaya çıkarması olası sorunlara karşı da mücadele önümüzdeki dönemlerde tartışmalara yol açacağını düşünmekteyiz. Yaptığımız deneysel modelde SADI-S'in kontrol grubuna göre kilo kaybı açısından daha etkin bir yöntem olduğu ortaya konulurken FH ile mide kanserleriyle birlikte görülme potansiyeli taşıyan KGD'un geliştiği saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, SADI-S, sleeve gastrektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr







www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0870 [Obezite]

#### Morbid Obez hastalarda Sleeve Gastrektomi öncesi uygulanan Üst Gastrointestinal Endoskopisi: 460 olgunun retrospektif analizi

Gökhan Akkurt, Hakan Buluş, Özgür Albuz, Mustafa Alimoğulları  
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

**AMAÇ:** Endoskopi ünitemizde Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) planlanan morbid obez hastaların preoperatif olarak yapılan üst gastrointestinal endoskopi sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışma, Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde LSG öncesi üst gastrointestinal sistem endoskopisi uygulanan, yaş, vücut kitle indeksi, ek hastalıkları ve endoskopi bulguları değerlendirilen 460 morbid obez hasta üzerinde gerçekleştirildi. Endoskopi bulgularından antral gastrit, LES gevşekliliği, pilor disfonksiyonu, özefajit, hiatal herni, pangastrit, vücut kitle indeksi tek değişkenli analizler ve karşılaştırmalı olarak lojistik yöntemi ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** LSG planlanan 460 hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Hastaların 95'i (%20,6) erkek, 365'i (% 80,3) kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması 38,9, kadınların yaş ortalaması 37,3 idi. Erkeklerin vücut kitle indeksi 46,7, kadınların vücut kitle indeksi 44,4 idi. 293 (%64) hastada antral gastrit, 46 (%10) hastada pangastrit, 30 (%6,6) hastada özefajit, 163 (35,6) hastada LES gevşekliliği, 58 (%12,7) hastada Hiatal Herni, 25 (%5,5) pilor disfonksiyonu ve 18 (%3,9) hastada komorbidite saptandı. Antral gastrit izlenen hastalarda LES gevşekliliği ve yaş ile (p 0,002, p 0,003), pangastrit izlenen hastalarda Hiatal Herni, pilor disfonksiyonu ve LES gevşekliliği ile (p 0,007, p 0,004, p 0,002) istatistiksel anlam görülmüştür. Ayrıca özefajit ile Hiatal herni arasında da istatistiksel anlamlılık vardır (p 0,001). Multivariant analizlerinde; Hiatal Herni varlığı pangastrit riskini 2,5 kat artırırken, LES gevşekliliği pangastrit riskini 0,42 kat arttırmıştır. Pilor disfonksiyonunun pangastrit riskini 5,6 kat arttırdığı görülmüştür. Yaş'ın antral gastrit riskini 1,04 kat arttırdığı, LES gevşekliliğinin ise antral gastrit riskini 2,07 kat arttırdığı görülmüştür. Son olarak Hiatal Herni varlığının ise özefajit riskini 10,65 kat arttırdığı saptanmıştır.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Obezite, çeşitli gastrointestinal sistem patolojilerine yol açabilmektedir. LSG, günümüzde özellikle morbid obezite tedavisinde yaygın olarak uygulanan bir tedavi protokolüdür. LSG öncesi hastalarda mutlaka üst gastrointestinal sistem(GİS) patolojileri açısından üst GİS endoskopisi yapılmalıdır. Bizde LSG öncesi üst GİS endoskopisi yaptığımız hastaların %64'ünde antral gastrit ve beraberinde ek patolojiler tespit ettik. Obezite cerrahisi öncesinde yapılacak olan bir üst GİS endoskopisinin, uygulanacak cerrahi yöntemlerin seçiminde oldukça önemli bir rol oynayacağı kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik sleeve gastrektomi, endoskopi, obezite

#### Tablolar

**Tablo IX: Herni varlığının özefajite etkisi**

|       | ÖzefajitExp(B) | 95,0% Güven Aralığı | P value |
|-------|----------------|---------------------|---------|
| Herni | 10,648         | (4,851 -23,375)     | ,000    |

Herni varlığının özefajit riskini 10,65 kat arttırdığı saptanmıştır.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### Tablolar

Tablo VIII: LES gevşekliliği ve yaşın antral gastrit ile ilişkisi (Lojistik regresyon sonuçları)

|                | Antral gastrit Exp(B) | 95,0% Güven Aralığı | P değeri |
|----------------|-----------------------|---------------------|----------|
| YAŞ            | 1,035                 | (1,015-1,055)       | ,001     |
| LES GEVŞEKLİĞİ | 2,070                 | (1,349-3,177)       | ,001     |

Yaşın antral gastrit riskini 1,04 kat arttırdığı, LES gevşekliliğinin ise antral gastrit riskini 2,07 kat arttırdığı saptanmıştır.

### Tablolar

Tablo VII: Hiatal Herni, pilor disfonksiyonu ve LES gevşekliliği pangastrit ile ilişkisi (Lojistik regresyon sonuçları)

|                     | Pangastrit Exp(B) | 95,0% Güven Aralığı | P değeri |
|---------------------|-------------------|---------------------|----------|
| Hiatal Herni        | 2,475             | (1,149-5,354)       | ,021     |
| LES GEVŞEKLİĞİ      | ,319              | (0,134-0,952)       | ,038     |
| PİLOR DİSFONKSİYONU | 5,642             | (2,189-14,342)      | ,000     |

Hiatal Herni varlığı pangastrit riskini 2,5 kat artırırken, LES gevşekliliği pangastrit riskini 0,42 kat azaltmıştır. Pilon disfonksiyonunun pangastrit riskini 5,6 kat artırdığı saptanmış olup pangastrite en etkili risk faktörünü pilor disfonksiyonu olduğu, sonucunda heminin öncelikli tedavisi ve son olarak da LES gevşekliliğinin önleniye çalışmalarıdır.

### Tablolar

Tablo VI: Yaşın antral gastrit, özefajit ve pangastrit ile ilişkileri

|                   | Yaş Ortalaması | P değeri |
|-------------------|----------------|----------|
| Antral gastrit(+) | 37,75±10,63    | 0,002    |
| Antral Gastrit(-) | 34,44±10,69    |          |
| Pangastrit(+)     | 37,23±10,87    | 0,653    |
| Pangastrit(-)     | 36,48±10,75    |          |
| Özefajit(+)       | 36,46±10,00    | 0,96     |
| Özefajit(-)       | 36,56±10,82    |          |

### Tablolar

Tablo V: Özefajit ile LES gevşekliliği, Hiatal herni ve pilor disfonksiyonunun tek değişkenli analizleri

|                                                 | Özefajit (+) | Özefajit(-) | Toplam    | p değeri |
|-------------------------------------------------|--------------|-------------|-----------|----------|
| LES GEVŞEKLİĞİ(+)                               | 7(%)         | 156(%)      | 163(100%) | 0,147    |
| HERNİ(+)                                        | 16(27,6%)    | 42(72,4%)   | 58(100%)  | 0,001    |
| PİLOR DİSFONKSİYONU(+)<br>(Fischer yapılmıştır) | 25(100%)     | 0(0%)       | 25(100%)  | 0,395    |
| VKİ>40 kg/m2<br>(Fischer kullanılmıştır)        | 28(6,5%)     | 400(93,5%)  | 428(100%) | 0,677    |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Tablolar

**Tablo IV: Pangastrit ile LES gevşekliliği, Hiatal herni ve pilor disfonksiyonunun tek değişkenli analizleri**

|                     | Pangastrit(+) | Pangastrit(-) | Toplam    | p değeri |
|---------------------|---------------|---------------|-----------|----------|
| LES GEVŞEKLİĞİ      | 8 (4.9%)      | 155 (95.1%)   | 163(100%) | 0.007    |
| HERNİ               | 12(20.7%)     | 46(79.3%)     | 58(100%)  | 0.004    |
| PİLOR DİSFONKSİYONU | 17(68%)       | 8(32%)        | 25(100%)  | 0.002    |
| VKI>40 kg/m2        | 41(9.6%)      | 387(90.4%)    | 428(100%) | 0.297    |

### Tablolar

**Tablo III: Antral gastrit ile LES gevşekliliği, Hiatal herni ve pilor disfonksiyonunun tek değişkenli analizleri**

|                     | ANTRAL GASTRİT (+) | ANTRAL GASTRİT (-) | TOPLAM    | P değeri |
|---------------------|--------------------|--------------------|-----------|----------|
| LES GEVŞEKLİĞİ      | 119(73%)           | 44(27%)            | 163(100%) | 0.003    |
| HIATAL HERNİ        | 38(65.5%)          | 20(35.5%)          | 58(100%)  | 0.8      |
| PİLOR DİSFONKSİYONU | 12 (48%)           | 13(52%)            | 25        | 0.09     |
| VKI>40 kg/m2        | 274(64%)           | 155(36%)           | 429       | 0.99     |

### Tablolar

**Tablo II: Üst gastrointestinal endoskopi bulgularının cinsiyet dağılımı**

|                         | Erkek(119) | Bayan(334) | Toplam |
|-------------------------|------------|------------|--------|
| Antral Gastrit(+)       | n=78       | n=215      | 293    |
| Pangastrit(+)           | n=16       | n=30       | 46     |
| Özefajit(+)             | n=6        | n=24       | 30     |
| LES gevşekliliği (+)    | n=43       | n=120      | 163    |
| Herni(+)                | n=19       | n=39       | 58     |
| Pilör disfonksiyonu (+) | n=6        | n=19       | 25     |

### Tablolar

**Tablo I: Üst gastrointestinal endoskopi bulguları**

|                     | Pozitif   | Negatif    | Toplam (n) |
|---------------------|-----------|------------|------------|
| Antral gastrit      | 293(%64)  | 165(%36)   | 458        |
| Pangastrit          | 46(%10)   | 412(%90)   |            |
| Özefajit            | 30(%6.6)  | 428(%93.4) |            |
| LES gevşekliliği    | 163(35.6) | 295(%64.4) |            |
| Hiatal Herni        | 58(%12.7) | 400(%87.3) |            |
| Pilör disfonksiyonu | 25(%5.5)  | 433(%94.5) |            |
| Komorbidite         | 18(%3.9)  | 440(%96.1) |            |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0871 [Obezite]

#### Bariatrik Cerrahide Kaygı Düzeyinin Postoperatif Ağrı ve Emezis Üzerine Etkisi

Özgür Albuz<sup>1</sup>, Arzu Boztaş<sup>2</sup>, Halil Fatih Gök<sup>1</sup>, Hakan Buluş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Çermik Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

**AMAÇ:** Durumluk Kaygı Envanteri (STAI (State-Trait Anxiety Inventory) 1) ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI (State-Trait Anxiety Inventory) 2)), Spielberger ve arkadaşları tarafından durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir anksiyete ölçeğidir (1970) (1). Bu çalışmanın amacı, STAI 1 ve STAI 2 'nin Türkçe formunun psikometrik özellikleriyle anlık ve sürekli anksiyetenin bariatrik cerrahi için sleeve gastrektomi operasyonu geçiren hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası ağrı, bulantı ve kusma üzerine etkisinin incelenmesidir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Prospektif kohort özellikteki araştırma, 18-65 yaş aralığında olan 90 bariatrik cerrahi operasyonu geçiren hastadan oluşmaktadır. Katılımcılardan, hem ameliyat öncesi hem de sonrası durumluluk ve sürekli kaygı envanteri, vizüel ağrı skorlamaları'nı içeren ölçme ve değerlendirme envanterlerini doldurmaları istenmiştir. Ameliyat sonrası durumluluk ve sürekli kaygı envanteri postoperatif hasta oryantasyonu ve kooperasyonunun sağlandığı 6. saate uygulanmıştır. Ayrıca hastaların bulantı ve kusma durumları Abramowitz bulantı-kusma skorlamasına göre puanlanmıştır. Vizüel ağrı skorlaması ve Abramowitz bulantı-kusma skorlamaları 6. ve 24. Saate olmak üzere iki kez ölçülmüştür. Ağrı, bulantı ve kusmanın anksiyete ile ilişkisini inceleyen bu çalışmada; Çalışmaya dahil edilen tüm hastalarda ameliyat sonrası ağrı, bulantı ve kusma semptomları için medikasyonda kullanılan tüm anti emetik ve analjezikler için aynı protokoldeki ilaçlar uygulanmıştır. Bu protokole uymayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca medikal tedavide kullanılan ve istatistik analizlerde karıştırıcı faktörler olarak görülen bu ilaçların primer sonuç olarak etkileri araştırılan diğer bağımsız değişkenlerle etkileşimleri gözönüne alınarak, tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler multipl lineer lojistik regresyonla değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Durumluluk ve süreklilik kaygı skorlama envanteri kullanılarak hastalardaki mevcut kaygı düzeylerinin vizüel analog skala(VAS) ve bulantı kusma üzerindeki etkisinin incelenmesi neticesinde; Ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeylerinin 6. Saatteki vizüel analog skala (VAS) üzerine, ayrıca ameliyat öncesi sürekli kaygı düzeyinin 24. saatteki VAS üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Postoperatif durumluluk kaygı skorunun 6. saatteki vizüel ağrı skoruna göre çoklu lineer regresyon ile düzeltilmiş odds oranı AOR: 0.341,% 95 CI (0.037.0.435) olarak bulunmuştur. Diğer yandan, Abramowitz bulantı-kusma şiddet skorunun 6. saat görme vizüel ağrı skoruna göre düzeltilmiş odds oranı [AOR: -0.209,95% CI (-1.434, -0.056) (p: 0.034)] olarak bulunmuştur. Ayrıca multipl lineer regresyon sonucunda preoperatif sürekli anksiyete skorunun 24 saatlik vizüel ağrı skoruna göre düzeltilmiş odds oranı [AOR: 0,275,% 95 CI (0.018, 0.317) (P: 0.007)] bulundu. Ameliyat öncesi sürekli kaygı şiddeti 24. saatte ağrı şikayetlerini arttıran bir faktör olarak bulundu.

**Tartışma ve SONUÇ:** Bu çalışma, bariatrik cerrahi geçiren hastaların durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı yakınmaları üzerinde etkili olabileceğini göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sürekli ve durumluluk anksiyete skoru, bariatrik cerrahi, ağrı, bulantı ve kusma

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0872 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Prosedüründe Spesmen Histolojik İncelemesi Gerekli midir?

Serhan Derici<sup>1</sup>, Koray Atila<sup>1</sup>, Özgül Sağol<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi AD. İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Patoloji AD. İzmir

**GİRİŞ:** Morbid obezitenin cerrahi tedavisi için laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) son yıllarda giderek daha sık uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Bu yöntemde yaklaşık 1000-1100ml hacminde bir mide kısmı rezeke edilmektedir (Resim 1). Midenin rezeke edilen bu kısmının değerlendirildiği çalışmaların bir kısmında rastlantısal malign lezyonların görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda laparoskopik sleeve gastrektomi ameliyatı yapılan hastaların histopatolojik sonuçlarının değerlendirilmesi, varsa malign lezyonların gelişiminde etki eden faktörlerin tartışılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Dünya sağlık örgütü ölçütlerine uygun olarak tek akademik merkezde Ocak 2013 – Ekim 2017 tarihleri arasında LSG ameliyatı yapılmış 246 hastanın prospektif olarak kayıt altına alınan tıbbi verileri retrospektif olarak incelendi.

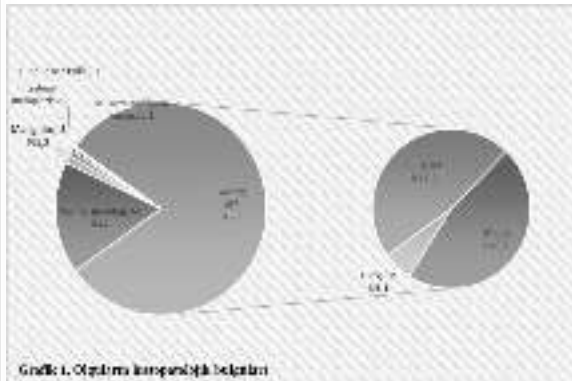
**BULGULAR:** Hastaların %72,4'ü kadındı. Ortalama VKİ:45,41kg/m2 olarak belirlendi (Tablo 1). En sık görülen patolojik bulgu gastrit idi. Üç hastada rastlantısal malignite iki hastada atrofik gastrit ve yaygın intestinal metaplazi saptandı (Grafik 1). Malignite saptanan hastaların ameliyat öncesi değerlendirmelerinde bu bulgulara rastlanmamıştı.

**TARTIŞMA:** Son yıllarda özellikle 60 yaş üzeri kişilere uygulanan bariyatrik ameliyat sayılarında ciddi artış vardır. Obezite diğer sistemik hastalıklar için olduğu gibi malignite gelişimi için de risk faktörüdür. İleri yaştaki kişilerde malignite gelişim insidansı genç bireylere göre daha fazladır. İleri yaştaki obez hastaların daha fazla ameliyat ediliyor olması mide histopatolojilerinde daha fazla malign bulguya rastlanmasına neden olacaktır (Tablo 2). Bu malign lezyonların genel olarak küçük ve subserozal yerleşimleri nedeniyle ameliyat öncesi incelemelerde gözden kaçma olasılıkları bulunmaktadır.

**SONUÇ:** Tüm hastalara ameliyat öncesinde endoskopik muayene yapılması tavsiye edilir. Endoskopik muayenede patolojik bulguya rastlanmasa bile LSG prosedüründe midenin arka yüzünün tam olarak mobilize edilerek olası subserozal lezyonlar açısından incelenmesi ve rezeksiyon sonrası tüm mide spesmenlerinin histopatolojik incelemeye tabi tutulması rastlantısal malignitelerin gözden kaçmaması adına uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, sleeve gastrektomi, sleeve gastrectomy, LSG, GİST, NET

#### Grafik 1



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr







www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0873 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Sonuçlarımız

Cengiz Aydın, Emre Turgut, Levent Uğurlu, Semra Salimoğlu, Anıl Tükenmez  
SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Obezite hayat kalitesini ve süresini azaltan ve birçok komorbid hastalıkla ilişkisi olan bir sağlık problemidir. Günümüzde morbid obezite artık hastalık olarak kabul görmektedir. Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) konvansiyonel yöntemlere göre morbid obezite hastalarında çok daha etkin kilo kaybı ve komorbid hastalıklarda ciddi gerileme sağlamasından dolayı her geçen gün daha çok kabul gören cerrahi bir tekniktir. Kliniğimizde uygulanan LSG ameliyatlarının orta dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık

**METOD:** Kliniğimizde Nisan 2013-Ocak 2018 arası LSG uygulanan 264 hasta çalışmaya dahil edildi. 18-60 yaş arası, vücut kitle indeksi 40 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olan hastalar preoperatif değerlendirmeye alındı. Hastaların hepsi endokrin ve psikiyatri konsültasyonları tamamlandıktan sonra ameliyata alındı. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası düzenli olarak kaydedilen verileri geriye dönük olarak irdelendi.

**BULGULAR:** Hastaların 214'ü (%81.06) kadın, 50'si erkek (%18.94) olup ortalama yaş 37.2'ydi. Ortalama vücut kitle indeksi (VKI) 45.2 olarak hesaplandı. Ortalama takip süresi 27.5 aydı. 7 hastaya sleeve gastrektomi+hiatus onarımı, 16 hastaya sleeve gastrektomi + kolesistektomi yapıldı. Ortalama operasyon süresi 98.5 dakika idi. Median oral alıma geçiş süresi 1 gün, median hastanede yatış süresi 3 gün olarak saptandı. Hiçbir hastada mortalite gözlenmedi. 3 hastada (%1.1) kaçak, 2 hastada (%0.7) hemoraji gözlemlendi. Hastalar ortalama 1. ayda 14.3 kg, 2. ayda 20.2 kg, 3. ayda 25.9 kg, 6. ayda 36.4 kg, 12. ayda 46.5 kg kaybetti. Excess Body Weight Loss (EBWL) 3. ayda %48.5, 6. ayda %67.1, 12. ayda %83.7 olarak belirlendi.

**TARTIŞMA:** LSG uygulama kolaylığı, düşük morbidite mortalite oranları, operasyon süresi ve hastanede kalış süresi kısalığı yanında hastalarda çok etkin kilo kaybı ve metabolik kontrol sağlaması sebebiyle ülkemizde ve dünyada morbid obezite tedavisinde en çok tercih edilen yöntemlerden biri haline gelmiştir. 12 aylık dönem içerisinde hastalar fazla kilolarının ortalama %83.7'sinden kurtulmuş olup kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi gibi komorbid hastalıklarda önemli ölçüde iyileşme kaydetmişlerdir. Uzun dönem sonuçlar incelendikçe daha doğru yorumlar yapılabilecek olup kısa ve orta dönemde LSG'nin obezite tedavisinde etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Laparoskopik Sleeve Gastrektomi, LSG, Sonuçlar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0874 [Obezite]

#### Morbid Obezite Tedavisinde Laparoskopik Roux-N-Y Gastrik By-Pass Cerrahisi Deneyimimiz

Cengiz Aydın, Emre Turgut, Levent Uğurlu, Hakan Ögücü, Ayberk Dursun  
SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Obezite günümüzde giderek artan bir sağlık problemidir. Günümüzde birçok komorbid hastalıkla doğrudan ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Hayat kalitesi ve süresi üzerinde önemli olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Konvansiyonel yöntemlerin sonuçları yüz güldürücü değildir. Günümüzde obezite tedavisinde en etkili yöntemler cerrahi modaliteler olup Laparoskopik Roux-N-Y By-pass (LRYGB) cerrahisi ülkemizde ve dünyada uzun yıllardır etkili bir şekilde uygulanmaktadır. Kliniğimizde yapmış olduğumuz by-pass ameliyatlarının sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**METOD:** Kliniğimizde Nisan 2013- Aralık 2017 tarihleri arasında LRYGB uygulanan 32 hasta çalışmaya dahil edildi. Vücut kitle indeksi 40 kg /m<sup>2</sup>'nin üzerinde olan 18-60 yaş arası hastalar Endokrin ve Psikiyatri konsultasyonları tamamlandıktan sonra ameliyata alındı. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası düzenli olarak toplanan verileri geriye dönük olarak irdelendi.

**BULGULAR:** Hastaların 23'ü (%71,8) kadın, 9'u (%28,2) erkekti. Ortalama yaş 42,5 idi. Ortalama vücut kitle indeksi 48.3 saptandı. Hastalar ortalama 24.3 ay takip edildi. 31 hastanın operasyonu laparoskopik tamamlandı. 1 hastada açığa geçildi. Hiçbir hastada mortalite gözlenmezken 1 hasta ameliyat sonrası Y bacağına perforasyon nedeniyle tekrar opere edildi. Ortalama operasyon süresi 195 dakika, medyan oral alıma geçiş süresi 1 gün, medyan hastanede yatış süresi 4 gün olarak saptandı. Hastalar ortalama 1.ayda 14.7 kg, 2.ayda 20.3 kg, 3.ayda 25 kg, 6.ayda 35.6 kg, 12.ayda 46.8 kg kaybetti. Excess Body Weight Loss (EBWL) 3.ayda %41.6, 6.ayda %57.4, 12.ayda %75.9 olarak belirlendi.

**TARTIŞMA:** LRYGB günümüzde morbid obezite tedavisinde düşük morbidite ve mortalite oranları ile güvenle uygulanabilen ve etkili bir tedavi yöntemidir. Ülkemizde ve dünyada henüz cerrahi dışında etkili bir obezite tedavi yöntemi geliştirilememiştir. Literatürde ve bizim çalışmamızda LRYGB uygulanan hastaların kısa dönemde fazla kilolarından kurtulduğu ve komorbid hastalıklarında ciddi düzelme olduğu gözlenmiştir. Mortalite ve Morbidite oranlarımız literatürle karşılaştırıldığında benzer orandadır. LRYGB'nin endikasyonu olan tüm hastalarda gerekli ameliyat öncesi hazırlıklar titizlikle tamamlandıktan sonra güvenle uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, LRYGB, Laparoskopik, By-pass, Roux-N-Y By-pass

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



EPS-0877 [Obezite]

### Obezite Cerrahisi Öncesi Tanı Alan Hiatal Herni Hastalarında Krurorafı Sonuçlarımız: 12 Hasta

Veysel Barış Turhan, Hakan Buluş, Uğur Kumcu  
T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi

#### GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite son yıllarda dünyada ve ülkemizde hızlı bir şekilde artarak gizli bir salgın boyutlarına ulaşmıştır. Tedavisinde kalıcı ve en etkin yöntem cerrahidir. Obezite cerrahisinde bir çok cerrahi yöntem tanımlanmış ve kullanılmıştır. Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) daha sıklıkla tercih edilmektedir. Obezite ve reflü arasındaki ilişki pek çok bilimsel çalışmayla kanıtlanmıştır. Reflünün en sık nedeni olan hiatal herni obez hastalarda normal hastalara göre daha sık görülür. Karın içi yağ dokunun artması sonucu intraabdominal karın içi basıncın artması ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikte etkilidir. Birçok çalışmada LSG yapılan hastalarda GÖRH'da remisyon görülürken, semptomlarda kötüye gidişler izlenmiştir. Daha önce reflü görülmeyen hastalarda da LSG sonrası GÖRH semptomları oluşabilmektedir. Çalışmamızda LSG yapılan ve hiatal hernisi olan hastaların operasyon sonrası semptomları değerlendirildi

#### YÖNTEM

Çalışmamızda Temmuz 2017 - Ekim 2017 yılları arasında morbid obezite ve hiatal herni sebebi ile LSG + Krurorafı yapılan 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Hiatal herni genişliği 2 cm ve üzeri olan semptomatik hastalar çalışmaya dahil edildi. Semptomatik değerlendirme Reflü Semptom index (RSİ) ve DeMeester (DSS) Semptom skorlamasına göre preop, postop 1. ay ve 3. ayda değerlendirildi. Preop Obez hastaların hepsine endoskopi rutin olarak yapıldı. Hastalara intraoperatif krusları yaklaştırma amaçlı 2/0 non-absorbabl polipropilen 1 veya 3 adet tek tek sütürasyon yapıldı. Hiçbir hastaya mesh kullanılmadı. Hastalara postoperatif 4 hafta mide koruyucu tedavi önerildi. Hiçbir hastada komplikasyon görülmedi.

#### BULGULAR

Çalışmaya dahil olan 12 hastanın 7'si kadın 5'i erkekti. Yaş ortalaması  $45 \pm 3$  idi. Hastaların preop reflü semptom index ortalaması  $21,25 \pm 1,2$  iken DeMeester değeri ortalaması  $4,6 \pm 0,5$  olarak bulundu. 1. Ay kontrollerinde bu oranlarda istatistiksel olarak azalma görüldü. (RSİ ortalama=7,3, DSS=1,4 p=0,0016). 3. Ay kontrollerinde azalma olmakla beraber istatistiksel olarak fark saptanmadı (RSİ ortalama =4,5, DSS=0,75. 7 hastada semptomların tamamı 3. Ay kontrolünde geçmişken, sadece 1 hastanın semptomları devam etti. Bu hastaların 6 tanesinin GÖRH semptomları 1. Ay kontrolünde zaten çok yüksek oranda azalma gösterdiği görüldü.

#### SONUÇ

Yapılan bu çalışmada hasta sayısı az olmakta birlikte LSG+krurorafı yapılan hastaların semptom skorları değerlendirildiğinde yapılan ilave krurorafinin operasyon öncesi reflü semptomları olan hastaların semptomlarında azalma sağladığı bulundu. Daha geniş hasta popülasyonlu yapılacak olan çalışmalarda reflü semptomları olan obez hastalarda yapılacak olan bariatrik cerrahiye ek olarak krurorafı ek prosedür olarak güvenle yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** krurorafı, morbid obezite, sleeve gastrektomi, görh

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0878 [Obezite]

#### Morbid Obezitede Sleeve Gastrektomi Erken Dönem Sonuçlarımız

Mustafa Atabey<sup>1</sup>, Meriç Emre Bostancı<sup>2</sup>, Gülhan Duman<sup>3</sup>, Murat Can Mollaoğlu<sup>4</sup>, Mehmet İlker Özel<sup>1</sup>, Muhammet Aykota<sup>5</sup>, Onur Avcı<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Sivas

<sup>2</sup>Sivas Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Sivas

<sup>4</sup>Zara Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>5</sup>Pamukkale Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Denizli

<sup>6</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Sivas

#### GİRİŞ

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) olarak adlandırılan laparoskopik işlem midenin küçük kurvatur tarafında gastrik tüp oluşturmak üzere fundus ve büyük kurvatur tarafının çıkartılmasıdır. LSG katı gıdaların boşaltımını hızlandırarak, bağırsak geçişini hızlandırmakta ve hormonlarda olumlu bir değişiklik meydana getirmekte, böylece gastrik fundus rezeksiyonu sonrası ghrelin düzeylerinde azalma göz önüne alındığında, restriktif ve iştah azaltma yoluyla kilo vermeyi kolaylaştırmaktadır. LSG'nin avantajları tekniğinin basitliği, ameliyat süresini kısaltması, bağırsak bütünlüğünün ve pilorun korunmasıdır. LSG'nin, kısa ve orta vadede kalıcı kilo kaybı ve morbiditeyi azaltmada son derece etkili olduğu kanıtlanmıştır ve bazı açılardan bariatrik cerrahideki altın standart olan RYGB ile karşılaştırılabilir. Bununla birlikte, LSG'nin uzun dönem sonuçlarıyla ilgili bazı sorular yanıtlanmalıdır; çünkü uzun dönem çalışmalarda sınırlı veri bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı 3 yıllık dönemde LSG yapılan hastaların mortalitelerini, post-op mortalite oranlarını, geç komplikasyon oranlarını göstermektir.

#### YÖNTEM VE METOD

2015 Mayıs- 2017 Aralık tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Genel Cerrahi AD'da LSG yapılan 312 hasta retrospektif olarak tarandı.

#### BULGULAR

Hastaların %72 sinin kadın olup tüm hastalarda yaş aralığı 20-66 idi. Ortalama yaş 42,7 olarak hesaplandı. İlk 98 hastaya ameliyat öncesi dönemde rutin endoskopi yapıldı, biyopsi sonuçlarına göre 3'lü medikal tedavi başlandı, 98 hastadan sonra opere edilecek tüm hastalara rutin 3'lü tedavi başlandı. DMAH ve profilaktik 1 gr sefazol ameliyat öncesi 1. gün tüm hastalara uygulandı ve yine tüm hastalarda anti-embolik çorap kullanıldı. DMAH tedavisi 7 güne, antibiyoterapi ise 3. güne kadar devam edildi. En düşük VKİ 40 en yüksek olan 62,5 olarak hesaplandı. Ortalama ameliyat süresi ilk 50 vakada ortalama 120 dk, 50-100 vakalar arasında ortalama 72 dk, 100. Vakadan sonra ortalama 51 dk idi, 20 hastanın post-op transfüzyon ihtiyacı oldu, 148. hastadan sonra laparoskopik TISSEEL kullanılmaya başlandı ve sonrasında hiçbir hastada transfüzyon ihtiyacı olmadı. Hastaların tümünde per-op metilen mavisi ile kaçak testi uygulandı ve bir hastada metilen mavisi kaçağı görüldü, kaçak olan hastaya 3/0 vicryl ile laparoskopik olarak onarıldı. İki hastada açık operasyona geçildi. Dört hastada post-op dönemde kaçak tespit edildi, 2'si merkezimizde re-opere edildi, 2 hasta ise opere edilmeden dış merkeze endoskopik stent için sevk edildi. LSG yapılan hiçbir hastada mortalite görülmedi. Hastanede yatış süreleri en kısa 3 gün en uzun 45 gündü, ortalama hastanede yatış süresi 7 gündü. Dış merkezde LSG yapılan bir hastaya re-sleeve gastrektomi yapıldı, sonrasında post-op 2. günde kaçak tespit edildi stent için dış merkeze sevk yapıldı. Dört hastada port yeri enfeksiyonu görüldü. Post-op dönemde gastroözofageal reflü şikayeti olan 48 hastaya endoskopi yapıldı, bu hastaların 15 inde hiyatal yetmezlik mevcuttu ve onarım yapıldı. Retrospektif olarak incelenen post-op patoloji sonuçlarına göre pre-op dönemde endoskopi yapılan hastalar ile post-op dönemde reflü şikayeti sebebiyle endoskopi yapılan hastalarda H. pilori pozitifliği açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, laparoskopik sleeve gastrektomi, sonuç

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0879 [Obezite]

#### Literatürde İlk; Sleeve Gastrektomi Sonrası İntraabdominal Abse Etkeni: Rothia Mucilaginosa

Yaşar Çöpelci<sup>1</sup>, Ümit Koç<sup>2</sup>, İsmail Gömceli<sup>2</sup>, Serkan Güler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya SUAM, Antalya

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Antalya SUAM, Antalya

#### AMAÇ:

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) sonrası karşılaşılan komplikasyonlardan biri intraabdominal abse gelişimidir. Bu vaka sunumunda; daha önce literatürde LSG ile ilişkisi tanımlanmayan bir mikroorganizma nedenli intraabdominal abse gelişen olgunun yönetimi bildirilmiştir.

#### OLGUNUN ÖZELLİKLERİ:

40 yaşında, 177 cm boyunda, 155 kg ağırlığında (VKİ: 49,4) olan özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik olmayan erkek hasta uygun hazırlık sonrası LSG operasyonuna alındı. Profilaktik 2 gr sefazolin uygulanması ile perop komplikasyon gelişmeksizin postop serviste takip edildi. Postoperatif vitalleri stabildi ve laboratuvar değerleri normaldi. Dren getirenleri; postop birinci gün 100 cc, ikinci gün 50 cc serözdu. Üçüncü günde oral kontrastlı BT ile anastomoz hattında leak olmadığı, perigastrik derinliği 2 cm olan hematoma görüldü. Oral başlanmasını takiben DMAH reçetesi ile komplikasyon gelişmeksizin eksterne edildi. Postop dokuzuncu günde yeni başlayan karın ağrısı ve ateş ile acil servise başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde epigastrik bölgede izole hassasiyet mevcut, defans ve rebound negatifti. Gaz, gayta deşarjı mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde Hb:13,4 WBC:18,1 CRP:169'ti. Çekilen tomografide; hematoma büyüdüğü ve mide ile hematoma arasından epigastrik bölgeye uzanan serbest hava olduğu görüldü. Kaçak ve abse öntanılarıyla hospitalize edilip, ampirik siprofloksasin ve metronidazol başlandı. Laparoskopik eksplorasyon kararı alındı. Hematom aspire edilip, mayiden kültür için örnek alınarak dren yerleştirildi, gastrik kaçağa rastlanmadı. Postop vitalleri stabil seyreden hastanın drenlerinden anlamlı getiren olmadı. Hb değerleri 11,1 ile 10,6 arasında stabildi. Enfeksiyon parametreleri postop günlük olarak; WBC: 13,2 - 11,8 - 9,7 - 8,7 CRP: 377 - 334 - 199 - 122 olarak sırasıyla izlendi. Perop alınan kültüründe Rothia mucilaginosa üremesi üzerine enfeksiyon hastalıkları görüşü doğrultusunda ertapenem ve linezolid tedavisine geçildi. Postop beşinci günde oral başlandı, tolere etti. Antibiyoterapisinin 14. güne tamamlanmasını takiben hasta eksterne edildi.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

LSG de anastomoz hattı kaçağı ve kanama en sık karşılaşılan komplikasyonlardandır. İntraabdominal abse gelişimi anastomoz kaçağı sonrasında görülebilir. Bu durumda kaynak kontrolü, kültür alınması ve antibiyogram sonucuna uygun tedavi başlanması morbiditeyi ve mortaliteyi azaltmaktadır. Genel pratikte postoperatif intraabdominal abselerde genellikle E. Faecalis ve faecium, Stafilokokus epidermidis, C. Albicans, P. Aureginosa identifiye edilir. Rothia mucilaginosa intraabdominal çok nadir izole edilen ve literatürde sadece periton diyalizi ile ilişkili abselerde gösterilmiş, orofarenks ve respiratuvar sistemin normal florasında yer alan gram pozitif koktur. Bu hasta uygun algoritma izlenmesi sonrası etkene yönelik tedavi ile komorbiditeleri en aza indirgenerek sağlıkla eksterne edilebilmiştir. Literatürde R. mucilaginosa ile LSG ilişkisini gösteren bir yayın saptanamadığından bu konuyu inceleyen ilk çalışmanın bu olgu sunumu olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** intraabdominal abse, peritonit, postoperatif eksplorasyon, Rothia mucilaginosa, sleeve gastrektomi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0880 [Obezite]

#### Olgu: Bariatrik Cerrahi Sonrası Apendiksin Nadir Görülen Yerleşimi

İhsan Burak Karakaya, Tuna Bilecik, Sefa Özyazıcı, Faruk Karateke, Süleyman Çetinküner  
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

**GİRİŞ:** Trokar girişi yerinde insizyonel herni gelişimi laparoskopik ve robotik ameliyatlara özgü bir komplikasyon olup insidansı %1-%22 arasında bildirilmektedir. Bu defektlerden gelişen insizyonel herniler asemptomatik olabilmekle birlikte strangülasyona kadar görülebilen ağır klinik tablolarla karşımıza gelmektedirler.

**OLGU:** 51 yaşında bayan hasta bir buçuk yıl önce sleeve gastrektomi olmuş. 105 kg veren hasta daha sonra abdominoplasti amacıyla reoperasyon alındı. Hastanın göbek altı median trokar giriş yerinden apendiks vermiformis herniasyonu gözlemlendi. Apendektomi yapıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

**TARTIŞMA:** Trokar defektleri kapatılmadığı zaman hastalar intestinal ansların herniasyonu, nadiren de olsa apendiks vermiformis

herniasyonu gibi tablolarla gelebilmektedir. Akut apandisit gelişmesi durumunda hastanın klinik ve fizik muayene bulgularında ciddi değişikliklerin olabileceği de öngörülmektedir.

**SONUÇ:** Bu bilgiler ışığında trokar defektlerinin kapatılması ileri dönemde insizyonel herni insidansını azaltmakta olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** bariatrik cerrahi, abdominoplasti, apendiks vermiformis, herni

#### Abdominoplasti



Apendiks vermiformisin trokar defektinden herniasyonu

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0881 [Obezite]

#### Karaciğer sirozlu morbid obez hastalarda bariatrik cerrahi ameliyatlarında karşılaşılabilecek zorluklar

Erkan Yardımci, Halil Coşkun

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Karaciğer transplantasyonu popülasyonunda obezite prevalansı hızla artmaktadır. Karaciğer sirozlu morbid obezlerde transplant öncesi uygulanan bariatrik cerrahi ameliyatlarında karşılaşılabilecek zorlukların gösterilmesi amaçlandı.

**Videonun İçeriği:** Hepatit B zemininde gelişmiş karaciğer sirozu olan 52 yaş, erkek, vücut kitle indeksi 41 kg/m<sup>2</sup>, Child-Pugh evre A, Model for End-Stage Liver Disease (MELD) skoru 10, üst gastrointestinal sistem endoskopisinde grade II özefagus varisleri olan olguda laparoskopik sleeve gastrektomi ameliyatı planlandı. Standard olarak 5 port ile uyguladığımız ameliyatta, siroz zemininde karaciğer noduler ve short gastrik damarlarda genişleme mevcut idi. Karaciğer ekartasyonu sonrası mide serbestleştirildi. Mide fundus posterior serbestleştirilmesi esnasında genişlemiş damar yapılarına klips uygularken kanama meydana geldi. Laparoskopik olarak hemostazın sağlanması sonrası ameliyat problemsiz tamamlandı.

**Tartışma ve SONUÇ:** Literatürdeki sınırlı sayıdaki çalışmalara bakıldığında morbid obez ve karaciğer sirozu olan transplant adaylarında optimal yönetim tartışmalıdır. VKI > 40 kg/m<sup>2</sup> olan olgulara çoğu merkezde transplant yapılamamaktadır. Kalori kısıtlaması ve diyet değişiklikleri ile yeterli kilo kaybı sağlanamayan olgulara, deneyimli cerrahlar tarafından transplant yapılan kapsamlı merkezlerde bariatrik cerrahi ameliyatları düşük komplikasyon oranları ile uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bariatrik Cerrahi, Karaciğer Sirozu, Obezite

Resim 1



Sirotik karaciğerin görünümü ve ekartörün yerleştirilmesi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



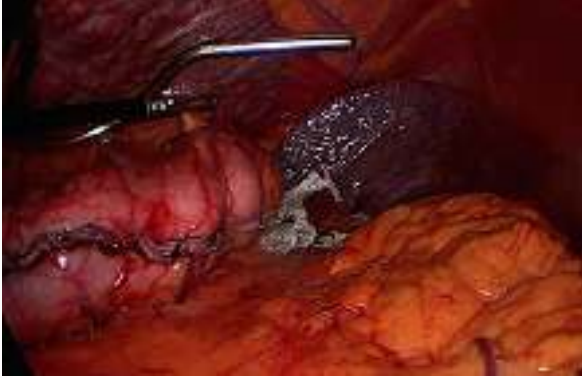
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



Mide fundus posterior serbestleştirilirken klip uygulaması esnasında kanama

**Resim 3**



Ameliyat sonrası midenin görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

EPS-0882 [Obezite]

### Sleeve gastrektomi sonrası “gastro (remnant) - kutan fistül olgusu ve yönetimi”

İlker Sücüllü, Ahmet Ziya Balta, Tuba Gülçelik, Sümeyra Emine Bölük, Süleyman Atalay, Adem Aslan, Yavuz Kurt  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han EAH, Genel Cerrahi Servisi

**AMAÇ:** Sleeve gastrektomi sonrası nadir görülen komplikasyonlardan biri olan Gastrokutan fistül olgusu ve yönetimi sunulacaktır.

**OLGU:** Eksojen obezite nedeniyle müracaat eden, VKİ 45 olan, 34 yaşında erkek hastaya preoperatif hazırlıkları takiben sleeve gastrektomi operasyonu uygulandı. Ameliyat sonrası 2. gün, karın ve omuz ağrısı yakınmaları başlayan hastanın direninden mide içeriği gelmesi ve metilen mavisi ile yapılan test sonucunda da kaçak tespit edilmesi üzerine acil olarak yeniden ameliyata alındı. Ameliyatta sleeve hattında incisura angularis düzeyinde ayrışma olduğu görüldü, defekt laparoskopik olarak primer onarıldı. İkinci ameliyattan 4 gün sonra yaygın karın ağrısı ve septik bulguları yeniden ortaya çıkan hasta tekrar ameliyata alındı ve laparotomi yapıldı. Sütür hattında tekrar bir ayrışma olduğu görülerek pilordan yaklaşık 5-6 cm proksimalden mide stapler ile bölünerek proksimaldeki remnant mide ile jejunum arasında tek anastomozlu mini gastrik by-pass gerçekleştirildi. Üçüncü ameliyat sonrası şikayetleri hızla gerileyen ve genel durumu düzelen hastanın, taburculuk işlemleri sonrasında göbek üstü mediyan insizyon hattından safralı akıntı şikayeti ortaya çıktı (Resim 1). Kontrollü fistül olarak kapanması beklenen fistülün debisinin azalması ancak sürekli drenajının devam etmesi nedeniyle, hasta fistül tedavisi amacıyla ilk baş vurusundan 1 yıl sonra yeniden servisimize yatırıldı. Fistül traktından opak madde verilerek yapılan MR incelemede (Resim 2) fistülün distaldeki remnant mide ile cilt arasında olduğu görüldü. Ameliyat içerisinde fistül dış ağızından metilen mavisi verilerek trakt ortaya konuldu (Resim 3), cilt ile remnant mide dokusu pilor seviyesinden rezeke edilerek fistül traktı çıkartıldı (Resim 4,5). Aynı zamanda insizyonel hernisi bulunan hastaya insizyonel herniorafi de eklenerek ameliyata son verildi. Hasta ameliyat sonrası 5.günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, fistül, komplikasyon

resim 1



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 3



resim 4



resim 5



gastrokutan fistül



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**EPS-0883 [Obezite]**

### **Bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda mikronutrient düzeyleri**

Nihal Çınar Özcan, Aydemir Ölmez, Mehmet Özgür Türkmenoğlu  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

**AMAÇ:** Retrospektif çalışmamızda bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda mikronutrient eksikliği olup olmadığını incelemeyi hedefledik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2016 ve Ocak 2017 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda aynı cerrah tarafından bariatrik cerrahi uygulanan ve hedeflenen kilo kaybına ulaşan 18 hasta çalışmaya alındı. 11 kadın 7 erkekten oluşan grubun yaş ortalaması  $39,33 \pm 11,68$  olarak bulundu (minimum:21, maksimum:55). 3 hastaya gastrik bypass, 15 hastaya sleeve gastrektomi uygulandı. Gruptaki tüm hastalara postoperatif 1 aylık dönemde beslenme solüsyonları ve vitamin preparatları verildi. Postoperatif 1. ayda, 3. ayda, 6. ayda ve 1. yılda kan değerleriyle birlikte kontrolleri yapıldı. Kontrolleri sırasında eksik olan mikronutrientler replase edildi. Preoperatif ve postoperatif 1. yıl takiplerinde ölçülen mikronutrient (hemoglobin, hematokrit, ferritin, albümin, D vitamini, folik asit ve B12 vitamini) düzeyleri karşılaştırıldı. D vitamini düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı artış tespit edildi ( $p=0,037$ ). Ancak diğer değişkenler bakımından istatistiksel bir farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**SONUÇ:** Bariatrik cerrahi sonrası beslenme parametrelerinde beklenenin aksine düşüş saptanmamıştır. Kısa dönem takipler ve suplementer ürün kullanımı ile olası mikronutrient eksiklikleri önlenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** bariatrik cerrahi, D vitamini, mikronutrient eksikliği

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0884 [Obezite]

#### Bariyatrik cerrahi sonrası komplikasyon analizi: tek merkez, 309 hasta

Hakan Çakıt<sup>1</sup>, Abdullah Şişik<sup>1</sup>, Fatih Başak<sup>1</sup>, Yahya Özel<sup>2</sup>, Fikret Ezberci<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Medical Park Gebze Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Obezitenin tedavisinde etkili sonuçlara sahip olan bariyatrik cerrahi uygulamaları bir kısım komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Bu komplikasyonlar yönetilemediğinde ciddi morbiditeler ve mortalite ortaya çıkabilmektedir. Pekçok cerrah ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar sebebiyle bu uygulamalara mesafeli durmaktadır. Bariyatrik cerrahi uygulayan cerrahların cerrahi tekniğin yanında komplikasyon yönetimi konusunda da yeterli bilgi birikimine sahip olmaları gerekmektedir. Çalışmamızda kliniğimizdeki bariyatrik cerrahi uygulamaları sonrası ortaya çıkan komplikasyonları ve tedavi yöntemlerini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Mart 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında kliniğimizde uygulanan bariyatrik cerrahi uygulamaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), uygulanan cerrahinin tipi, hastaların yatış günü sayıları, cerrahi sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar ve bu komplikasyonların tedavi yöntemleri kayıt altına alındı. Elde edilen veriler ayrıca yıllara göre de gruplandırıldı.

**BULGULAR:** Mart 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında 309 hastaya obezite nedeniyle bariyatrik cerrahi uygulandı. Hastaların 258'i kadın (83.5%), 51'i erkekti (16.5%). 299 hastaya sleeve gastrektomi, 10 hastaya ise transit bipartisyon operasyonu yapıldı. 292 hastada (95%) komplikasyon izlenmezken 16 hastada (5.2%) komplikasyon gelişti. Üç hastada (0.9%) postoperatif kaçak olduğu belirlendi. Kaçak endoskopik stent, perkutan drenaj yöntemleriyle kontrol altına alındı. 3 hastada (0.9%) postoperatif darlık belirlendi. Bu hastaların 2'sinde teknik nedenlerle darlık olduğu görüldü ve endoskopik dilatasyon yöntemleriyle darlık tedavi edildi, 1 hastada ise postoperatif saptanan akalazyaya bağlı fonksiyonel darlık gözlemlendi. Öncelikle endoskopik yöntemlerle tedavisi yapıldı, başarılı olmaması nedeniyle heller myotomi uygulandı. Altı hastada (1.9%) postoperatif kanama oldu. Bunların 5'inde enfekte hematoma belirlenerek perkutan drenaj ile tedavi sağlandı. 1 hastada (0.3%) postoperatif dönemde portal ven trombozu gelişti, konservatif olarak antikoagülan ilaç uygulaması ile tedavi edildi. Daha önce geçirmiş olduğu laparatomiler sebebiyle açık cerrahi uygulanan 1 hastada (0.3%) evisserasyona bağlı enterokutanöz fistül gelişti ve fistülün lokal kontrolü sağlanıp hastanın beslenmesi düzenlendi ve hasta 6. ayda kısmi incebarsak rezeksiyonu ile tedavi edildi. 2 hastada (0.6%) postoperatif erken dönem atelektazi gelişti ve solunum egzersizleri yeterli oldu. 1 hasta (0.3%) cerrahiye bağlı olmayan komorbid nedenlerle mortal sonuçlandı. 2015 senesindeki 37 hastada 1 darlık, 2016 senesindeki 116 hastada 3 kaçak, 1 darlık, 5 major kanama ve 2 atelektazi, 2017 senesindeki 156 hastada da 1 darlık, 1 major kanama, 1 portal ven trombozu ve 1 enterokutanöz fistül meydana geldi. Bir hasta da komorbid nedenlerle mortal seyretti.

**SONUÇLAR:** Bariyatrik cerrahi uygulamaları sonrası çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Kaçak, darlık ve kanama en bilinen komplikasyonlardır. Portal ven trombozu, enterokutanöz fistül gibi nadir komplikasyonlara rastlamak da mümkündür. Bariyatrik cerrahi sonrası görülen komplikasyonların yönetimi gerektiği gibi yapıldığında efektif ve güvenli sonuçlar elde etmek mümkündür.

**Anahtar Kelimeler:** Bariyatrik cerrahi, Komplikasyon, Komplikasyon yönetimi

**Tablo: Yıllara göre komplikasyon hastalarının dağılımı**

|                            | 2015         | 2016        | 2017          | Toplam        |
|----------------------------|--------------|-------------|---------------|---------------|
| Hasta sayısı n (%)         | 37(12)       | 116 (38)    | 156 (50)      | 309           |
| Yatış süresi ortalaması    | 4.5 gün(4-8) | 6 gün(4-56) | 3.6 gün(3-16) | 4.6 gün(3-56) |
| Komplikasyonlar n (%)      | 1(2.7)       | 11(9.4)     | 4(2.6)        | 16(5.2)       |
| Kaçak n (%)                |              | 3           |               | 3(0.9)        |
| Darlık n (%)               |              |             |               | 3(0.9)        |
| Teknik nedene bağlı        | 1            | 1           | 1             | 2             |
| Fonksiyonel                |              |             |               | 1             |
| Major kanama n (%)         |              | 5           | 1             | 6(1.9)        |
| Portal ven trombozu n (%)  |              |             | 1             | 1(0.3)        |
| Enterokutanöz fistül n (%) |              |             | 1             | 1(0.3)        |
| Atelektazi n (%)           |              | 2           |               | 2(0.6)        |
| Mortalite n (%)            |              |             | 1             | 1(0.3)        |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



EPS-0885 [Obezite]

### Laparotomi hikayesi olan hastalarda laparoskopik sleeve gastrektomi uygulaması

Burhan Mayir, Ayşe Arduçoğlu Merter, Serkan Ceylan, Osman Zekai Öner, Mehmet Tahir Oruç  
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:** Bariatrik cerrahi girişimler son yıllarda en sık yapılan cerrahi girişimler içinde yer almaktadır. Farklı tipte prosedürler olmakla birlikte Türkiye’de ve dünyada en sık yapılan girişim sleeve gastrektomidir. Geçirilmiş batin cerrahisi laparoskopik sleeve gastrektomi için bir kontrendikasyon olmamakla birlikte, karın duvarının obeziteye bağlı kalın olması ve geçirilmiş cerrahiye bağlı olabilecek yapışıklıklar sebebiyle bu hastalarda özellikle ilk trokarın girilmesi ve intraabdominal yapışıklıklar sebebiyle planlanan cerrahinin uygulanmasında zorluklar yaşanabilmektedir. Bu bildiride kliniğimizde geçirilmiş laparotomi hikayesi olan sleeve gastrektomi uygulanan hastalara ait sonuçlar sunulmuştur.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya sleeve gastrektomi uygulanan ve daha önce herhangi bir sebeple göbek üstü bölgeye laparotomi uygulanan hastalar dahil edildi. Çalışmaya laparoskopik cerrahi hikayesi olan hastalar, phannestiel kesi ile yada göbek altı orta hat kesiyle laparotomi yapılan hastalar dahil edilmedi. Hasta dosyalarından özgeçmişleri, operasyon bulguları ve takip bulguları alınarak kayıt edildi. Cerrahi teknik olarak tüm hastalarda ilk trokar açık teknikle girildi

**Bulgular:** Çalışmaya 21 hasta dahil edildi. Tüm sleeve gastrektomi uyguladığımız hastalar içinde bu hastaların oranı % 6 idi. Hastaların 19’i (%90,5) kadın, 2 (%9,5)’si erkek idi. Hastaların yaşları 25-60 (ort47,2) Ameliyat süresi 42-98 (ort:64,8) dakika idi. En sık laparotomi sebepleri kolesistektomi (sağ subkostal veya göbek üstü orta hat kesi ile), göbek üstü altı orta hat kesi ile histerektomi ve apendektomi idi. Ayrıca 4 hastaya insizyonel herni sebebiyle greft ile onarım uygulanmış idi. Hiçbir hastada trokar girişine yada cerrahi işlemler sırasında yapışıklığa bağlı bir patoloji gelişmedi. Aynı dönemde laparotomi hikayesi olmayan ve sleeve gastrektomi uyguladığımız 100 hasta ameliyat süresini karşılaştırdığımızda ameliyat süresi laparotomi hikayesi olmayan hastalara göre daha uzun saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Laparoskopik sleeve gastrektomi sık uygulanan cerrahi girişimlerdenidir. Çalışmamızda en sık kolesistektomi sebebiyle laparotomi uygulandığı görüldü. Birçok bariatric cerrahi uygulanan hasta serisinde, bu hastaların büyük çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. Kadın olma ve obezite kolelitiazis için birer risk faktörüdür. Bu sebeple en sık geçirilmiş laparotomi sebebi kolesistektomidir. Geçirilmiş laparotomi laparoskopik sleeve gastrektomiye engel değildir. İlk trokarın açık girilmesi ve karın iç yapışıklıklar ameliyat süresinin uzun olmasına yol açabilmektedir. Bu hastalarda dikkatli bir cerrahi yaklaşımla güvenle laparoskopik sleeve gastrektominin yapılabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik Sleeve Gastrektomi, Laparotomi, Bariatrik Cerrahi

#### Resim 1



Göbek üstü ve altı orta hat kesi skarı olan bir hastada laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası görünüm

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0886 [Obezite]

#### Laparoskopik sleeve gastrektomide stapler hattına Tissel uygulamasının etkinliği

Burhan Mayir, Serkan Ceylan, Ayşe Arduçoğlu Merter, Osman Zekai Öner, Mehmet Tahir Oruç  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### Amaç

Bariatric cerrahi girişimler son yıllarda en sık yapılan cerrahi girişimler içinde yer almaktadır. Farklı tipte prosedürler olmakla birlikte Türkiye'de ve dünyada en sık yapılan girişim sleeve gastrektomidir. Sleeve gastrektomi 15 yılı aşkın bir süredir dünya çapında uygulanmakta olup, halen bir çok konuda standartlar oturmamıştır. Bunlardan biride stapler hattına yapılan kanama yada kaçak riskini azaltıcı stapler hattı güçlendiricisi uygulanmasıdır. Kliniğimizde stapler hattına tissel dışında başka bir uygulama yapılmamaktadır. Bu çalışmada stapler hattına Tissel fibrin yapıştırıcı uygulanan ve uygulanmaya hastalara ait sonuçlar karşılaştırılarak Tissel kullanımının yararı sorgulanmıştır.

#### Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Antalya eğitim ve araştırma hastanesi genel cerrahi kliniğinde morbit obezite sebebiyle opere edilen hasalar dahil edildi. Hasta dosyalarından retrospektif değerlendirme yapılarak hasta ve ameliyat bilgileri, ameliyat sonrası takip ve komplikasyon bilgileri kayıt edildi. Tüm operasyonlar aynı genel cerrahi uzmanı tarafından gerçekleştirildi. İki gruba aynı cerrahi teknikle sleeve gastrektomi uygulandı. Tissel uygulanan hastalarda tissel uygulaması tüm stapler hattını içerecek şekilde yapıldı. Tissel kullanılmayan hastalara stapler hattına herhangi bir uygulama yapılmadı. Hastalar Tissel uygulanan (grup 1) ve uygulanmayan (grup 2) hastalar olarak 2 grup halinde değerlendirildi.

#### Bulgular

Tissel uygulanan 47 ve uygulanmayan 47 ardışık hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ve cinsiyet durumları benzer idi. Ameliyat grup 1'de ort 57,4(31-95), grup 2'de 53,7(35-88) dk idi. Ameliyat sonrası iki grupta da hiçbir hasta da kaçak izlenmez iken, tissel uygulanmayan grupta 2 hastada kan transfüzyonu gerektiren kanama gelişti. Kanama dışında hiçbir hastada ek mobidite ve mortaite izlenmedi

#### Tartışma ve Sonuç

Sleeve gastrektomi ile ilgili yapılan bir çok çalışmada, stapler hattını güçlendirici bir çok uygulama yapıldığı, ama bunların hiçbirinin net bir faydası olmadığı bildirilmektedir. Çalışmamızda da stapler hattına tissel uygulanmayan 2 hastada kanama izlendi. Bunu dışında diğer komplikasyonlar açısından bir farklılık izlenmedi. Hasta sayısının düşük olduğu bu çalışma sonuçlarına göre, stapler hattına tissel uygulamasının kanamayı önlemede etkili olabileceği, fakat kaçak üzerinde bir etkisinin gözlenmesi için çalışmaya dahil edilen hasta sayısının artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** LAparoskopik sleeve gastrektomi, bariatric cerrahi, stapler hattı güçlendiricisi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



EPS-0887 [Obezite]

### Sleeve gastrektomi doğru yapılıyor muyuz? Resleeve gastrektomi yapılan bir olgu sunumu

Burhan Mayir, Onur Özener, Yaşar Çöpelci, Barış Özkara, Hülya Evrim Özak  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Sleeve gastrektomi dünya çapında en çok yapılan bariatric cerrahi girişimdir. Diğer bariatrik cerrahi prosedürlere göre daha kısa sürede yapılabilmesi, daha az deneyimle yapılabilmesi düşüncesi ile ülkemizde de çok yaygın olarak yapılmaktadır. Bu olgu sunumunda daha önce sleeve gastrektomi uygulanmış ama sonrasında kilo verimi olmaması sebebiyle tarafımızca opera edilen bir hastaya ait ameliyat bulguları sunulmuştur.

**Olgu:** 67 yaşında bayan hasta 7 yıl önce sleeve gastrektomi ameliyatı geçirmesine rağmen kilo verememe yakınması ile geldi. Hasta ilk ameliyat sonrası ilk ay 13 kilo verdiğini, sonraki aylarda hiç kilo vermediğini ve verdiği kiloları geri aldığını ifade etti. Hasta sorgulandığında ameliyattan sonraki ilk aydan itibaren ilk ameliyattan önceki miktarlarda yemek yiyebildiğini ifade etti. Hastanın özgeçmişinde yandaş bir hastalığı yoktu ama yaygın diz ağrıları olduğu öğrenildi. Hasta başvurduğunda boyu 153, kilosu 98 ve vücut kitle endeksi 41,9 idi. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopik incelemesinde midenin normal boyutlarda olduğu, fundus var olduğu görüldü. Hastaya laparoskopik cerrahi girişim planlandı. 4 trokarla yapılan ameliyatta antrumun salim olduğu görüldü. Buradan başlanarak fundusa doğru yapılan disseksiyonda pilorun 10-12 cm proksimalinden ilk stapler ile rezeksiyona başlandığı ve fundusa doğru yaklaşık 10 cm boyunca midenin rezeke edildiği görüldü. Fundus ve antrumda fazla yapışıklık izlenmedi. Sadece korpusta yapışıklıklar vardı. Yapılan disseksiyonlar sonrası fundus ve antrumun hiç serbestleştirilmediği ve bu bölgelere hiç rezeksiyon yapılmadığı görüldü. Hastaya tekrar sleeve gastrektomi planlandı. Mide büyük kurvaturu fundustan pilora kadar tamamen serbestleştirildi. Orogastrik tüp üzerinden pilorun 2 cm proksimalinden başlayarak sleeve gastrektomi uygulandı. Çıkarılan mide spesmeninin makroskopik olarak görünümünde midenin sadece korpus bölümünden bir rezeksiyon yapıldığı, fundustan hiç rezeksiyon yapılmadığı görüldü ve ilk cerrahi işlemin yetersiz bir şekilde gerçekleştirildiği düşünüldü (Resim). Ameliyat sonrası 1. Gün oral sıvı alımı başlanan hasta ameliyat sonrası 3. Gün sorunsuz taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Sleeve gastrektomi dünya da olduğu gibi ülkemizde de çok popüler bir cerrahi girişimdir. Sleeve gastrektomide özellikle fundus olmak üzere, korpus ve antrumda rezeksiyona dahil edilmelidir. Bunun için mide büyük kurvaturunun tamamen serbestleştirilmesi gereklidir. Burada fundusun disseksiyonu ve tamamen serbestleştirilmesi teknik zorluklar sebebiyle önem arz etmektedir. Yeterli yapılmayan disseksiyon ve rezeksiyon sonrası girişim başarısızlıkla sonuçlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve gastrektomi, resleeve gastrektomi, bariatrik cerrahi

#### Resim



Resleeve gastrektomi sonrası spesimenin makroskopik görünümü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



EPS-0888 [Obezite]

### Laparoskopi Sleeve Gastrektominin Yaşam Kalitesine Etkisi: Öncesi ve Sonrası

Erdinç Kamer<sup>1</sup>, Coşkun Onak<sup>1</sup>, Fevzi Cengiz<sup>1</sup>, Mustafa Agah Tekindal<sup>2</sup>, Mustafa Peşkersoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi Veteriner Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Konya

#### AMAÇ:

Vücut kitle indeksinin 30kg/m<sup>2</sup> nin üzerinde olması obezite anlamına gelmektedir. Birçok ülkede olduğu gibi, Türk toplumunda da obezite giderek artış göstermektedir. Çalışmalar obezitenin bireylerin yaşam kalitesini belirgin düzeyde azalttığını göstermiştir. Fiziksel kapasitede azalma, ağrı, kişilerarası ilişkilerde bozulma, bennik saygısında azalma, özgüven kaybı, depresyon, sosyal etiketlenme, iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevrelerince reddedilme dikkate alındığında obez bireylerin sağlıklıyla ilgili yaşam kalitesinin ne kadar düşük olduğu anlaşılmaktadır. Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) cerrahlar ve hastalar için popülaritesi yüksek, uygulama sıklığı artan güvenli ve etkin bir bariyatrik cerrahi yöntemidir. Literatürde obezitenin yaşam kalitesine negatif etkisini ve bariyatrik cerrahiyi takiben yaşam kalitesinde düzelmeyi gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı, LSG'nin hastaların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir.

#### MATERYAL VE METHOD:

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi (D grubu) Kliniği'nde morbid obezite (VKİ ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>) nedeniyle LSG uygulanan 50 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan hastalara LSG öncesi ve sonrası Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalite ölçeği-kısa formu (WHOQOL-BRIEF) uygulandı. WHOQOL-BRIEF, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Tüm hastalara standardize edilmiş olarak aynı cerrahlar tarafından (EK, FC) LSG uygulandı.

#### BULGULAR:

Çalışmaya alınan 50 hastanın 38'i (%76) kadın, 12'si (%24) erkek, yaş ortalamaları 43.67 ± 8.34 (aralık: 20-65 yıl) yıl ve VKİ ortalamaları 47.4 ± 10.65 kg/m<sup>2</sup> (aralık: 40.0-61.6 kg/m<sup>2</sup>) idi. VKİ ile LSG öncesi fiziksel sağlık durumu, psikolojik durum ve sosyal iletişim durumu arasında biri artarken diğeri azalan %72.9, %49.2, %29.7 oranında istatistik olarak anlamlı bir ilişki vardır. Yani VKİ artarken LSG öncesi fiziksel sağlık durumu, psikolojik durum, sosyal iletişim durumu azalmaktadır. Yaş ile sadece LSG öncesi fiziksel sağlık durumu, LSG öncesi psikolojik durum arasında %30.3 ve %28.4 oranında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 1). Kadınlarda yaş ile sadece LSG öncesi psikolojik durum ile ilişkili %53.4'lük oranda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. VKİ baktığımızda kadınlarda LSG öncesi fiziksel sağlık durumu ve LSG öncesi psikolojik durum ilişkili %69.6 ve %49.7 oranında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. Erkeklerde ise yaş ile gruplar arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmazken, VKİ ile LSG öncesi fiziksel sağlık durumu ve psikolojik durum arasında %82.4 ve %68.5 oranında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 2). Bekarlarda yaş ile hiçbir grup arasında ilişki saptanmazken, VKİ ile LSG öncesi fiziksel sağlık durumu, psikolojik durum ve çevre durumu arasında sırası ile %75.4, %85.2 ve %73.3'lük oranda istatistiksel anlamlılık saptandı. Evlilerde de yaş ile hiçbir grup arasında ilişki saptanmazken, VKİ açısından LSG öncesi fiziksel sağlık durumu, psikolojik durum ve genel sağlık durumu arasında sırası ile %72.3, %33.9 ve %34.4 oranında istatistiksel anlamlılık saptandı (Tablo 3).

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Sonuç olarak, laparoskopik sleeve gastrektomi, morbid obez hastaların aşırı kilolarını kaybetmelerine ve ameliyat sonrasındaki yaşam kalitelerini çarpıcı bir şekilde iyileştirmelerine ciddi şekilde yardımcı olmuş ve LSG sonrası tüm korelasyonun anlamlı düzelmesi sağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalite ölçeği-kısa formu, laparoskopik sleeve gastrektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Tablo1**

Tablo 1: Yaş ve VKİ göre gruplar arasındaki korelasyon

|     | LSG<br>ÖNCESİ<br>GENEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>ÖNCESİ<br>FİZİKSEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG ÖNCESİ<br>PSİKOLOJİK<br>DURUM | LSG ÖNCESİ<br>SOSYAL<br>İLETİŞİM<br>DURUMU | LSG<br>ÖNCESİ<br>ÇEVRE<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>GENEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>FİZİKSEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>PSİKOLOJİK<br>DURUM | LSG<br>SONRASI<br>SOSYAL<br>İLETİŞİM<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>ÇEVRE<br>DURUMU |
|-----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|
| YAŞ | r 0,037                                    | -0,303*                                       | 0,284**                           | 0,064                                      | -0,061                           | 0,071                                       | -0,054                                         | 0,126                                 | -0,303                                         | -0,194                            |
|     | p 0,801                                    | 0,167                                         | 0,510                             | 0,661                                      | 0,576                            | 0,625                                       | 0,708                                          | 0,384                                 | 0,032                                          | 0,177                             |
|     | n 50                                       | 50                                            | 50                                | 50                                         | 50                               | 50                                          | 50                                             | 50                                    | 50                                             | 50                                |
| VKİ | r -0,056                                   | -0,729**                                      | -0,492**                          | -0,297                                     | 0,093                            | 0,278                                       | -0,353*                                        | -0,267                                | -0,204                                         | -0,022                            |
|     | p 0,696                                    | 0,000                                         | 0,000                             | 0,036                                      | 0,522                            | 0,051                                       | 0,012                                          | 0,061                                 | 0,155                                          | 0,881                             |
|     | n 50                                       | 50                                            | 50                                | 50                                         | 50                               | 50                                          | 50                                             | 50                                    | 50                                             | 50                                |

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Yaş ve VKİ göre gruplar arasındaki korelasyon

**Tablo2:**

Tablo 2: Cinsiyetin; yaş ve VKİ' e göre gruplar arasındaki korelasyonu

|       | LSG<br>ÖNCESİ<br>GENEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>ÖNCESİ<br>FİZİKSEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>ÖNCESİ<br>PSİKOLOJİK<br>DURUM | LSG<br>ÖNCESİ<br>SOSYAL<br>İLETİŞİM<br>DURUMU | LSG<br>ÖNCESİ<br>ÇEVRE<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>GENEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>FİZİKSEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>PSİKOLOJİK<br>DURUM | LSG<br>SONRASI<br>SOSYAL<br>İLETİŞİM<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>ÇEVRE<br>DURUMU |
|-------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ERKEK | r 0,130                                    | -0,101                                        | 0,47*                                | 0,194                                         | 0,395                            | 0,325                                       | 0,025                                          | 0,199                                 | -0,294                                         | -0,105                            |
|       | p 0,417                                    | 0,324                                         | 0,001                                | 0,288                                         | 0,064                            | 0,864                                       | 0,788                                          | 0,388                                 | 0,109                                          | 0,419                             |
|       | n 18                                       | 18                                            | 18                                   | 18                                            | 18                               | 18                                          | 18                                             | 18                                    | 18                                             | 18                                |
| KADIN | r -0,389                                   | -0,896**                                      | -0,897**                             | -0,282                                        | 0,289                            | 0,252                                       | -0,229                                         | -0,313                                | -0,142                                         | -0,044                            |
|       | p 0,100                                    | 0,000                                         | 0,001                                | 0,127                                         | 0,571                            | 0,128                                       | 0,148                                          | 0,085                                 | 0,400                                          | 0,798                             |
|       | n 32                                       | 32                                            | 32                                   | 32                                            | 32                               | 32                                          | 32                                             | 32                                    | 32                                             | 32                                |
| ERKEK | r 0,031                                    | -0,118                                        | -0,798                               | 0,046                                         | -0,032                           | 0,187                                       | -0,108                                         | 0,069                                 | -0,198                                         | -0,141                            |
|       | p 0,822                                    | 0,319                                         | 0,007                                | 0,880                                         | 0,860                            | 0,361                                       | 0,376                                          | 0,782                                 | 0,289                                          | 0,602                             |
|       | n 12                                       | 12                                            | 12                                   | 12                                            | 12                               | 12                                          | 12                                             | 12                                    | 12                                             | 12                                |
| KADIN | r -0,384                                   | -0,804**                                      | -0,889**                             | -0,467                                        | 0,108                            | 0,369                                       | -0,087                                         | -0,108                                | -0,178                                         | -0,089                            |
|       | p 0,087                                    | 0,001                                         | 0,004                                | 0,126                                         | 0,580                            | 0,051                                       | 0,540                                          | 0,580                                 | 0,269                                          | 0,215                             |
|       | n 12                                       | 12                                            | 12                                   | 12                                            | 12                               | 12                                          | 12                                             | 12                                    | 12                                             | 12                                |

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Cinsiyetin; yaş ve VKİ' e göre gruplar arasındaki korelasyonu

**Tablo3:**

Tablo 3: Medeni durumun; yaş ve VKİ' e göre gruplar arasındaki korelasyonu

|       | LSG<br>ÖNCESİ<br>GENEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>ÖNCESİ<br>FİZİKSEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>ÖNCESİ<br>PSİKOLOJİK<br>DURUM | LSG<br>ÖNCESİ<br>SOSYAL<br>İLETİŞİM<br>DURUMU | LSG<br>ÖNCESİ<br>ÇEVRE<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>GENEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>FİZİKSEL<br>SAĞLIK<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>PSİKOLOJİK<br>DURUM | LSG<br>SONRASI<br>SOSYAL<br>İLETİŞİM<br>DURUMU | LSG<br>SONRASI<br>ÇEVRE<br>DURUMU |
|-------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ERKEK | r -0,043                                   | 0,365                                         | -0,019                               | -0,245                                        | -0,274                           | 0,119                                       | -0,090                                         | -0,473                                | -0,399                                         | -0,399                            |
|       | p 0,823                                    | 0,042                                         | 0,973                                | 0,059                                         | 0,111                            | 0,788                                       | 0,306                                          | 0,216                                 | 0,399                                          | 0,399                             |
|       | n 8                                        | 8                                             | 8                                    | 8                                             | 8                                | 8                                           | 8                                              | 8                                     | 8                                              | 8                                 |
| KADIN | r -0,354*                                  | -0,822**                                      | -0,592*                              | -0,731*                                       | -0,020                           | -0,388                                      | -0,182                                         | -0,413                                | -0,413                                         | -0,413                            |
|       | p 0,031                                    | 0,007                                         | 0,147                                | 0,008                                         | 0,988                            | 0,329                                       | 0,301                                          | 0,308                                 | 0,308                                          | 0,308                             |
|       | n 8                                        | 8                                             | 8                                    | 8                                             | 8                                | 8                                           | 8                                              | 8                                     | 8                                              | 8                                 |
| ERKEK | r 0,004                                    | -0,341                                        | 0,098                                | 0,013                                         | 0,044                            | -0,178                                      | -0,132                                         | 0,173                                 | -0,282                                         | -0,118                            |
|       | p 0,981                                    | 0,119                                         | 0,612                                | 0,888                                         | 0,781                            | 0,388                                       | 0,393                                          | 0,279                                 | 0,069                                          | 0,467                             |
|       | n 42                                       | 42                                            | 42                                   | 42                                            | 42                               | 42                                          | 42                                             | 42                                    | 42                                             | 42                                |
| KADIN | r -0,059                                   | -0,722**                                      | -0,338*                              | -0,273                                        | 0,301                            | 0,44                                        | -0,335                                         | -0,030                                | -0,148                                         | 0,104                             |
|       | p 0,738                                    | 0,000                                         | 0,028                                | 0,080                                         | 0,052                            | 0,028                                       | 0,088                                          | 0,838                                 | 0,348                                          | 0,612                             |
|       | n 42                                       | 42                                            | 42                                   | 42                                            | 42                               | 42                                          | 42                                             | 42                                    | 42                                             | 42                                |

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Medeni durumun; yaş ve VKİ' e göre gruplar arasındaki korelasyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**EPS-0889 [Obezite]**

### **Obezitenin Cerrahi Tedavisinde Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Sonuçlarımız**

Yavuz Poyrazoğlu, Ahmet Ziya Balta, Taygun Gülşen, Zafer Şenol, İlker Sücüllü, Taner Yiğit, Yavuz Kurt  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamit Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

**AMAÇ:** Laparoskopik Sleeve Gastrektomi obezitenin tedavisinde çok yaygın olarak kullanılan tedavi şeklidir. En çok korkulan komplikasyonları kaçak ve kanamadır. LSG'nin genel komplikasyon oranı %0-24, stapler hatlarından kaçak oranı %0-5,3 ve mortalite oranı %0,39 olarak bildirilmektedir. Kliniğimizde uygulanan LSG hastaların retrospektif erken dönem sonuçlarını değerlendirdik.

**Gereç –YÖNTEM:** Kliniğimizde Aralık 2016- Şubat 2018 yılları arasında LSG uygulanan 32 obezite hastanın demografik özellikleri ve erken dönem sonuçları değerlendirildi. 20-65 yaş arasındaki hastaların vücut kitle indeksi (VKI)  $45 \pm 3$  tı. Erkek / kadın oranı 9/23 tı. Bütün hastalar preoperatif dönemde Psikiyatri, Endokrinoloji, Kardiyoloji ve Göğüs Hastalıkları konsültasyonu ile değerlendirildi. Komorbid özellikleri yoktu. 21 yaşında 1 hasta epilepsi tanısı olan hasta Nöroloji konsültasyonu alındı. Bütün hastaları kliniğimizde gastroskopi yapılarak değerlendirildi. 1 hastada çıkarılan mide spesmeninde insidental olarak stromal tümöre rastlandı.

Hastaların hepsine LSG uygulandı. 14 mmHg lık pnömoperitonum oluşturularak 4 trokar ve karaciğer ekartörü kullanılarak yapıldı. Gastrektomi ortalama 6 adet (2 yeşil, 1 sarı, 3 mavi) stapler kullanarak gerçekleştirildi. Sonrasında metilen mavisi iştirilerek kaçak kontrolü yapıldı. Takiben stapler hattına 1 adet Jackson Pratt dren yerleştirildi. Ameliyat süresi ortalama 75 dakikaydı. Postoperatif 1. günde metilen mavisi iştirilerek kaçak kontrolü yapıldı. Postoperatif 2. günde dren çekildi ve oral alım başladı.

**BULGULAR:** 31 hasta postoperatif problem gelişmedi. Postoperatif 4. Günde hastalar taburcu edildi. Ameliyat sonrası 1 erkek hastada metilen mavisi ile yapılan kaçak kontrolünde dren den metilen mavisi geldi. Oral kontrastlı Abdomen BT de fundustan kaçak olduğu gözlemlendi. Genel durumu bozulmayan hasta konservatif kalınarak gözlemlendi. Takibinde problem gelişmedi. Oral alımı açıldı problem gelişmeyen hasta postop 10. günde taburcu edildi. Hastaların hepsi postoperatif 1, 3, 6 ve 12 aylarda kontrolleri yapıldı.

**SONUÇ:** Obezite tedavisinde LSG, uygun endikasyonu olan ve 3. derece yoğun bakım bulunan merkezlerde düşük morbidite ve mortalite oranları ile güvenli bir şekilde uygulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Laparoskopi, Sleeve, Kaçak

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



EPS-0891 [Obezite]

### Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Morbid obez Hastada Hemodiyaliz Kalitesini Arttırabilir mi?

Başar Aksoy<sup>1</sup>, Selman Ünverdi<sup>2</sup>, Erdal Uysal<sup>1</sup>, Ahmet Orhan Güner<sup>1</sup>, Göktürk Maralcan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sanko Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>Sanko Üniversitesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

**GİRİŞ:** Kronik böbrek yetmezliği hastalığına bağlı hemodiyaliz hastalarında obezite sıklığı yaklaşık %25 olarak raporlanmıştır. Yapılan çalışmalarda obezite ile mortaliteyi yansıtan komorbidite indeksleri arasında pozitif bir korelasyon söz konusudur. Hemodiyalize giren obez hastalarda kardiyovasküler risk daha yüksek saptanmıştır. BMI>35 olan hastalarda AV fistül problemlerinin daha sık rastlanması, daha fazla interdiyalitik kilo artışı, daha yüksek eritropoietin ihtiyacı ve anemi diğer sorunlar arasında sayılabilir. Ayrıca obezitenin böbrek nakli açısından engel oluşturduğu da yaygın olarak bilinmektedir. Burada sleeve gastrektomi yapılan hemodiyaliz hastasının postoperatif metabolik ve laboratuvar bulguları sunulacaktır.

**OLGU:** 31 yaşında, VKİ: 48 kg/m<sup>2</sup> bayan hasta 5 yıldır son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile diyaliz tedavisi görmekte. Nakil programına alınabilmesi için kilo kaybetmesi gerektiğinden kliniğimize başvurdu. Gerekli hazırlıkları takiben hastaya laparoskopik sleeve gastrektomi uygulandı. Ameliyat süresi yaklaşık 1,5 saat kanama 30 cc hesaplandı. Preoperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon olmadı. Postoperatif 2. günde kaçak testini takiben oral alımı açıldı. Post op 3. Günde taburcu edildi. Hastaya hastanede kaldığı sürede rutin diyaliz programına devam edildi. Operasyon öncesi takibinde yüksek doz eritropoietine rağmen yükselmeyen hemoglobin değerleri olan hastanın, kilo verme sonrası eritropoietin ihtiyacı ortadan kalktı. İnterdiyalitik kilo alımı 5000 gr üzerinde iken interdiyalitik kilo alımı 2000 gr'a geriledi. Hastanın diyaliz sıklığı haftada 3'ten 2 ye geriledi, başta seksüel fonksiyonları olmak üzere hayat kalitesinde artış izlendi. Hasta transplantasyon bekleme listesine alındı.

**SONUÇ:** Hemodiyalize giren morbid obez hastanın kilo verme sonrası postoperatif hemodiyaliz ve hayat kalitesinde artış sağlandı.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik böbrek yetmezliği, diyaliz, morbid obezite

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**EPS-0892 [Obezite]**

### **Gastrik Band Sonrası Revizyon Cerrahisi Olarak Laparoskopik Sleeve Gastrektomi**

**Başar Aksoy<sup>1</sup>, Aziz Sümer<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sanko Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Gastrik band uygulaması günümüzde popülaritesini yitirmiş bir bariatrik cerrahi yöntemdir. Bu yazımızda iki farklı merkezde yapılan gastrik band dan sleeve gastrektomiye revizyon yapılan hastalara ait yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, gastrik band süresi, postoperatif takip süresi, hastanede yatış süresi retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 6 hastanın yaş ortalaması 35,3 (27-53) yıl idi. kadın/erkek oranı 2 (4/2). Preoperatif ortalama vki 35,3 (39-47). Ortalama gastrik band süresi 7 yıl. Tüm hastalara gastrik band çıkarılarak laparoskopik sleeve gastrektomi yapıldı. Hastanedeki yatış süresi 3 gün. Post operatif komplikasyon olmadı. Hastalar ortalama postoperatif 28 ay takip edildi. Postoperatif vki 28,3 kg/m<sup>2</sup> ye geriledi.

**SONUÇ:** Laparoskopik sleeve gastrektomi daha önce gastrik band takılan hastalarda yeterli kilo kaybı olmaması durumunda revizyon cerrahisinde kullanılabilecek bir bariatrik cerrahi yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** gastrik band, sleeve gastrektomi, morbid obezite

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

EPS-0893 [Obezite]

### Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Sonrası Superior Mezenterik Ven İle Splenik Ven Trombozu

Cengiz Eriş<sup>1</sup>, Yasin Duran<sup>2</sup>, Nertila Hysenaj Cevheroğlu<sup>3</sup>, Nijet Alishev<sup>4</sup>, Roya Alp<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Özel Baypark Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Namik Kemal Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, Tekirdağ

<sup>3</sup>Özel Baypark Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Özel Baypark Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Bariatrik cerrahi komplikasyonları arasında görülen Portal venöz sistem trombozlarının nadir ancak ciddi bir komplikasyon olduğunu vurgulamayı amaçladık.

**OLGU:** 34 yaşında bayan hasta BMI 41 ile laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) programına alındı. Preop hazırlıkları tamamlanan hastaya preop 12 saat önce düşük molekül ağırlıklı heparini uygulandı. LSG yapılan hasta perop ve postop herhangi bir komplikasyon gelişmeden postop 5. gününde 2 haftalık düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Postop 5. hafta sırta yayılan karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile hasta acil şartlarda kliniğimize interne edildi. Yapılan fizik muayenede karın sağ üst kadranda defans (+), rebound (-) laboratuvar parametrelerinde lökosit ve crp yüksekliği izlendi. Yapılan kontrastlı CT incelemesinde dalakta enfaktlar, splenik ven ile superior mezenterik vende tromboz izlendi. Hastanın oral alımı durdurulup iv sıvı, ikili geniş spektrumlu antibiyotik ve teröpatik dozda düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. On günlük tedavinin ardından oral beslenmeye geçildi hastanın oral beslenmeyi tolere etmesiyle birlikte onördüncü günde hasta tedavi dozundaki düşük molekül ağırlıklı heparin ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bariatrik cerrahi sonrası görülen komplikasyonlara en kısa zamanda doğru tanı konularak gerekli tedaviyi zamanında uygulamak morbidite ve mortaliteyi azaltmak bakımından hayati öneme sahiptir. Bu komplikasyonlar arasında splenik ven trombozu ile superior mezenterik ven trombozu nadir görülen ancak çok ciddiye alınması gereken bir komplikasyondur. Zamanında tedavi edilemediği takdirde trombozun ilerlemesi, portal hipertansiyon, ince bağırsaklarda enfarktler ve sonucunda ince bağırsak nekrozu gibi ciddi tablolara neden olabilir. Özellikle bariatrik cerrahi geçirmiş ve tromboz açısından risk grubunda bulunan (VKİ yüksekliği, Sigara kullanma öyküsü, hareket kısıtlılığı...) hastalarda şiddetli karın ağrısı bulantı ve kusma şikayetleri görüldüğünde ayırıcı tanıda vasküler bir trombozun olabileceği unutulmamalıdır. Tanıda %90 ve üzerinde tanı değeri olan kontrastlı CT planlanmalıdır. Portal venöz sistem trombozu tanısı alan olgularda kesinleşen ortak bir antikoagülan tedavi protokolü yoktur ancak ilk etapta (1 -3 ay) tedavi dozunda düşük molekül ağırlıklı heparin ve ardında 6. Aya kadar koumadin tedavisi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bariatrik cerrahi, Splenik Ven Trombozu, Antikoagülan tedavi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### DALAKTA ENFARKT ALANI



Splenik ven trombozuna bağlı dalakta enfarkt alanı

### SMV Trombozu



Splenik vende tromboz alanı

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**EPS-0894 [Obezite]**

### **Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ile Birlikte Eş Zamanlı Yapılan Selektif Kolesistektomiler**

Erdinç Kamer<sup>1</sup>, Cengiz Aydın<sup>2</sup>, Fevzi Cengiz<sup>1</sup>, Coşkun Onak<sup>1</sup>, Emine Özlem Gür<sup>1</sup>, Emre Turgut<sup>2</sup>, Yasin Peker<sup>1</sup>, Gülден Ballı<sup>1</sup>, Osman Nuri Dilek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

#### **AMAÇ:**

Morbid obezite cerrahisinde laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) en çok kullanılan prosedürlerden biridir. Morbid obez kişilerde safra taşı prevalansı % 19-45'tir. LSG sırasında safra taşlarının yönetimi halen tartışma konusudur. Biz çalışmamızda LSG ile birlikte eş zamanlı yapılan kolesistektomi vakalarımızı sunmayı amaçladık.

#### **YÖNTEM-GEREÇLER:**

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ile SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde toplam 431 hasta LSG uygulamak amacıyla yatırıldı. LSG ile birlikte eş zamanlı selektif laparoskopik kolesistektomi (SLK) uygulanan 26 hasta çalışmaya alındı. LSG endikasyonu VKİ  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> idi. SLK terimi ile LSG de sorun çıkmayan, akut kolesistiti olmayan, eksplorasyonda kolesistektominin sorunsuz yapılacağı düşünülen hastalara uygulanan LC anlaşılmaktadır. Hastaların yaş, cinsiyet, VKİ'leri, safra kesesinin preoperatif ultrasonografileri (USG), uygulanan cerrahi, cerrahi süreleri, komplikasyonlar ve hastanede kalış süreleri kaydedildi. LSG ile eş zamanlı kolesistektomi uygulanan hiçbir hastaya ek trokar girişi uygulanmadı.

#### **BULGULAR:**

Çalışmaya alınan 26 (%6) hastanın 25'u (%96) kadın, 1'i (%4) erkek, yaş ortalaması  $42.6 \pm 1.02$  ve VKİ ortalaması  $44.09 \pm 2.12$  idi. Bütün hastalarımızda LSG için standart port giriş yerleri kullanıldı (Resim). LSG bittikten sonra 1 numaralı trokardan safra kesesinin Hartman poşunu askıya alan grasper, 2 numaralı trokardan optik-kamera, 3 numaralı trokardan disektör, enerji cihazı ve klip aplikatör, 4 numaralı trokardan safra kesesinin fundusunu traksiyona almak için grasper girişi sağlandı. Ek port girişi gerekli olmadı. Hastalarımızı demografik VKİ'leri, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve mortalite-morbidite oranları sunuldu (Tablo).

#### **Tartışma ve SONUÇLAR:**

Morbid obezite ile kolelithiazis birlikteliği %19-45 oranında görülürken bariyatrik cerrahi öncesi bu hastaların %25'inden fazlasına kolesistektomi uygulanmaktadır. Bizim grubumuzda %8.4 hastada morbid obezite ile kolelithiazis birlikteliği mevcuttu. Bu hastaların %6'sına eş zamanlı LSG ve SLK uygulandı. Tucker ve ark çalışmasında bariyatrik cerrahiye kolesistektominin eklemesi ameliyat süresini 18 dk (aralık 15-23 dk) uzattığı bildirdiler. Bizim çalışmamızda bu süre  $24.12 \pm 3.45$  dk. idi. Tarantino ve ark. RYGBP ile eş zamanlı kolesistektomi uygulamasının hastanede kalış süresi ve operasyon süresini uzattığını ancak komplikasyon riskini arttırmadığını bildirdiler. Bizim çalışmamızda hastanede kalış süresi değişmemekle birlikte ameliyat süresini uzattığı görüldü. Warschkow R ve ark çalışmasında hastaların % 14.7'sinde eş zamanlı kolesistektomi uygulamışlar ve bariyatrik hastalardaki asemptomatik safra taşlarının obez olmayan popülasyonda olduğu gibi güvenilir şekilde idare edilebileceği sonucuna varmışlardır. Bariyatrik cerrahi öncesi kolelithiazis asemptomatik olup eş zamanlı kolesistektomi uygulanmayan hastaların %2.7-28.9 oranında bariyatrik cerrahi sonrası kolelithizisin semptomatik hale gelmesi üzerine kolesistektomi uygulandığı görüldü.

Sonuç olarak, LSG ile eş zamanlı uygulanan SLK ameliyat süresini uzatmakla birlikte mortalite ve morbiditeye etkisi bulunmamaktadır. Ayrıca hastaları ikinci cerrahi girişimden kurtarmaktadır. Ancak bariyatrik cerrahi ile eş zamanlı kolesistektomi yapılmasının semptomatik hastalarda önerildiği bilinse de halen bu konu tartışmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Sleeve gastrektomi, kolesistektomi

#### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**EPS-0896 [Obezite]**

### **Bariatrik Cerrahi Sonrası Nutrisyonel Polinöropati**

Melih Can Gül, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, Serdar Açar, İsa Karaca  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

**AMAÇ:** Obezitenin en etkin tedavisinin cerrahi olduğunu günümüzde giderek kabul görmektedir. Bariatrik cerrahinin erken ve geç komplikasyonları cerrahi yönetime ve hasta profiline bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Obesite sıklığı giderek endemik boyutlara ulaşmakta ve buna bağlı olarak bariatrik cerrahi sayısı artmaktadır. Obesite cerrahisi sonrası nutrisyonel ve mekanik nedenlerden dolayı nörolojik komplikasyonlar görülebilmektedir. Vücut ağırlığında %15'den fazla kayıp ile ortaya çıkan subkutan dokunun kaybı sinir liflerini travmaya hassas hale getirmektedir. Kliniğimizde obezite tanısı ile sleeve gastrektomi ve gastrik mini bypass şeklinde iki farklı cerrahi uygulanan postoperatif dönemde gerçekleşen nutrisyonel polinöropatili iki hasta sunularak, ilgili literatür gözden geçirilmeye çalışıldı.

**Olgu-1:** 20 yaşında kadın hasta BMI:45. Hastanın HgA1c:6.9 idi. Bir kaç kez Metformin kullanımı denenmiş gis yan etkileri nedeniyle tolere edememişti. Laparoskopik mini gastrik by pass sonrası hastanın ilk 6 ayda 50 kg kilo kaybı meydana geldi. Son BMI 28.4 olarak bulundu. HgA1c: 5.6 olarak ölçüldü. Alt ekstremitelerde güçsüzlük nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın hastanemiz nöroloji ekibi ile birlikte değerlendirilmesi sonrası Vitamin, elektrolit ve diğer laboratuvar bulguları normal bulundu. İleri tetkik amaçlı nöroloji servisimize yatırılan hastada elektromyografik inceleme sonucunda aksonal dejenerasyonun hakim olduğu asimetric polinöropati tanısı kondu. Oral alım azlığı sonrası Total Parenteral Nutrisyon ve eser element desteği verilen hastanın günlük pregabalın desteği ile mevcut şikayetleri geriledi.

**Olgu-2:** 42 yaşında erkek hasta. BMI:42. hipertansiyon mevcut olup 10 yıldan antihipertansif kullanmaktaydı. Laparoskopik Sleeve gastrektomi prosedürü uygulanan hastanın 8 ayda 58 kilo kaybı oldu. Hasta postoperatif 4. ayda alt ekstremitelerde hissizlik ile başvurdu. Laboratuvar bulgularında 25 OH Vitamin D ve ferritin eksikliğinden anormal bulguya rastlanmadı. Hasta nöroloji kliniğine yönlendirildi. Sıvı elektrolit replasmanı ile elektrolit ve vitamin değerlerinin normal aralıklara gelmesiyle birlikte kas güçlendirme eğitimi sonrası Hastanın semptomları tamamen geriledi.

**Tartışma:** Bariatrik cerrahinin obezitenin kalıcı bir çözümü olarak kabul görmesi ile birlikte giderek yaygınlaşan bir cerrahi olması bununla birlikte postoperatif erken ve geç dönemde gelişen komplikasyonlarında sayısının ve çeşitliliğinin artmasına sebep olmaktadır. Hızlı kilo kaybı ile birlikte hastaların takiplerindeki önerilere uymaması uzun dönem komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Bu komplikasyonlardan bir kısmını da nörolojik problemler oluşturmaktadır. Nutrisyonel nöropati bu patolojilerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların hospitalizasyon sonrası egzersiz ve imbalans açısından desteklenmesi semptomların dramatik bir şekilde düzelmektedir. Bununla birlikte erken dönemde kilo kaybına bağlı olarak peroneal sinir etrafındaki yağ dokusunun azalması da sinirin dış basıya karşı karşıya kalmasına sebep olur. Bu nedenlerden dolayı hekimin bariatrik cerrahi sonrası nutrisyonel polinöropati ve buna benzer nörolojik durumları göz önünde bulundurması gerektiğini, bu riske karşı postoperatif dönemde hastayı uyarmasının faydalı olacağını düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Bariatrik cerrahi, gastrik mini bypass, kilo kaybı, polinöropati, sleeve gastrektomi,

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

EPS-0897 [Obezite]

### Sleeve Gastrektomi Tekniğinin Mide İçi Basıncı Üzerine Etkileri

Eyüp Gemici<sup>1</sup>, Hakan Seyit<sup>1</sup>, Osman Köneş<sup>1</sup>, Ahmet Sürek<sup>1</sup>, Murat Çikot<sup>1</sup>, Bahadır Kartal<sup>1</sup>, Menmet Emin Güneş<sup>1</sup>, Halil Aliş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Aydın Üniversitesi, Medical Park Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

#### Amaç

Sleeve gastrektomi ameliyatı bariatrik cerrahi uygulamaları arasında tüm dünyada en çok kullanılan cerrahi tekniktir. Etkin kilo kaybını sağladığı ve diğer cerrahi prosedürlere kıyasla komplikasyon oranının daha düşük olduğu bildirilmektedir. Ne yazık ki bir çok çalışmada, reflüsü olanlarda şikayetlerde artışa, reflü yakınmaları olmayanlarda da bu şikayetlerin ortaya çıkmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bundan da mide içi basıncı artırarak, içeriğin özofagusu regürjitasyonu sorumlu tutulmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ameliyat öncesi ve sonrası mide içi basıncını manometre ile ölçerek, sleeve gastrektomi tekniğinin etkisini ortaya koymak.

#### Gereç-Yöntem

2016-2017 yılları arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniği endoskopi ünitesinde, sleeve gastrektomi ameliyatı yapılan olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 3. aydaki intragastrik basınç değerleri, demografik verileri bildirildi.

#### Bulgular

Sleeve gastrektomi uygulanıp ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 3. ay verileri olan toplamda 62 olgu mevcuttu. Olguların 50'si (%81) kadın, 12'si (%19) erkek idi. Yaş ortalaması 27(19-42) idi. Ameliyat öncesinde olguların vücut kitle endeksi ortalaması 47,1(37,2-68,4) idi. Ameliyat sonrası 3. ay ortalaması ise 37,3 (1,6-56,4) idi. Ameliyat öncesi olguların mide içi basınç değeri ortalaması 10mmHg (1-18) idi. Ameliyat sonrası 3. ay ortalaması ise 10,5mmHg (3-19) olarak ölçüldü. İstatistiksel olarak p değeri <0,497 olarak anlamsız bulundu.

#### Sonuç

Sleeve gastrektomi tekniği mide içi basınca artışa neden olur. Ancak ameliyat sonrası reflü gelişiminde tek neden olarak bunu ortaya atmak pek doğru değildir. Kaldı ki istatistiksel olarak anlamsız bir faktördür. Çok sayıda olguyla daha uzun süreli takip sonrası yapılacak çok değişkenli ölçümler daha yol gösterici olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** mide içi basınç, sleeve, şişmanlık

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0898 [Obezite]

#### Laparoskopik Vertikal Sleeve Gastrektomi Yapılan Hastalarda Spesmenin Mikroskopik İncelenmesi Gerekli Midir? 815 Hastanın Histopatolojik Değerlendirme Sonuçları

Hüseyin Çiyltepe, Ali Cihan Bilgili, İksan Taşdelen, Nuriye Esen Bulut, Mehmet Mahir Fersahoğlu, Aziz Bora Karip, Kemal Memişoğlu  
SBÜ İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

#### Giriş

Dünya çapında obezite 1975 yılından bu yana neredeyse üç kat artan önemli, önlenebilir bir sağlık sorundur. Bariatrik cerrahinin, bu hasta grubunda kısa ve uzun dönem sonuçları ile etkili bir kilo verme yöntemi olduğu gösterilmiştir. Günümüzde maliyet etkinliği büyük bir endişe haline geldiğinden çoğu cerrahi klinik işlem öncesinde standard tetkik olarak üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi ve abdominal ultrasonografiden vazgeçme eğilimindedir. Yine aynı nedenlerden ötürü çıkarılan sleeve gastrektomi spesmeninin makroskopik değerlendirmesi normal olması halinde histopatolojik değerlendirmeye gerek olmadığını bildiren araştırmalar da mevcuttur. Ülkemizde laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) sayısı her yıl giderek artış gösterse de, bu hasta alt grubundaki gastrik histopatolojik bulguların spektrumu geniş çapta araştırılmamıştır. Bu çalışmada, merkezimizde LSG yapılan 815 morbid obez hastanın histopatolojik bulgularını incelemeyi amaçladık.

#### Materyal&METHOD:

Bu çalışmada kurumumuzda Ocak 2013-Aralık 2017 tarihleri arasında morbid obezite nedeniyle LSG yapılan 815 hastanın mide rezeksiyon materyalleri histopatolojik değerlendirmeleri incelenmiştir.

#### SONUÇLAR:

Çalışmaya alınan 815 hastanın 680'i (% 83.4) kadın, 135'i (16.6) erkekti ve yaş ortalaması 38.29 (18-66 yaş) idi. LSG yapılan hastalar 40 yaş altı ve üstü olmak üzere iki gruba ayrıldığında hasta sayılarının birbirine yakın olduğu saptandı (n:446 ve n:369) (Tablo 1).

Değerlendirmeye alınan 815 LSG spesmeninin neredeyse yarısında (%48.7) normal bulgular saptanırken, en sık saptanan patolojik değişiklik lamina propriada kronik inflamatuvar hücrelerin görülmesi ile karakterize olan kronik inaktif gastrit idi (%34.9). Saptanan diğer histopatolojik değişiklikler ise hafif derece yüzeysel kronik aktif gastrit (%6.6), kronik aktif gastrit (%6.5), lenfoid agregat (%3), ve gastrointestinal stromal tümör (GİST) (%0.1) idi. (Tablo 2)

Histopatolojik değerlendirmede normal dışı bulgular saptanan 418 hastanın spesmenleri Giemsa ve Alsiyan mavisii ile boyanarak mikroorganizma ve intestinal metaplazi araştırması yapıldı. Buna göre %11.9 hastada helicobakter pylori pozitif saptanırken %3.3 hastada intestinal metaplazi saptandı. 40 yaş altı ve üstü diye hastalar gruplandırıldığında helicobakter pylori pozitifliğinin benzer olduğu (%10.4, %14, p>0.05) ancak intestinal metaplazinin ≥40 yaş hasta grubunda daha yüksek (%0.8, %6.7, p<0.05) olduğu saptandı. (Tablo 3)

#### TARTIŞMA-SONUÇ:

Yaptığımız çalışmada LSG sırasında çıkarılan mide spesmenlerinin çoğunda benign histopatolojik değişiklikler saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda rutin histopatolojik değerlendirme yerine selektif hasta grubunda (ileri yaş, ailede kanser öyküsü olan ve makroskopik değerlendirmede patoloji izlenen) histopatolojik değerlendirme yapılmasının daha maliyet etkin ve güvenilir bir yöntem olacağı kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik sleeve gastrektomi, Mide, Histopatolojik değerlendirme, Makroskopik değerlendirme

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**Resim 1: Sleeve gastrektomi piyesinin ameliyat odasında mukoza değerlendirilmesi. (Yuvarlak ile işaretlenmiş alanda submukozal lezyon saptandı)**



**Tablo 1: Yaş gruplarına göre hasta sayısı ve cinsiyet dağılımı.**

| Yaş Grubu | Hasta Sayısı, n (%) | Erkek:Kadın    |
|-----------|---------------------|----------------|
| <40 yaş   | 446 (54.7%)         | 1:3.9 (90:356) |
| ≥40 yaş   | 369 (45.3%)         | 1:7.2 (45:324) |

**Tablo 2: LSG spesmenlerinin histopatolojik değerlendirilmesi tipleri ve prevalansı.**

|                     | Histopatolojik değerlendirme | Normal Bulgular | Kronik İnaktif Gastrit | Hafif Derecede Yüzeysel Kronik Aktif Gastrit | Kronik Aktif Gastrit | Lenfoid Agregat | Leiomyom  |
|---------------------|------------------------------|-----------------|------------------------|----------------------------------------------|----------------------|-----------------|-----------|
| Toplam Hasta Sayısı | 815                          | 397 (48.7 %)    | 285 (34.9 %)           | 54 (6.6 %)                                   | 53 (6.5 %)           | 25 (3.0 %)      | 1 (0.1 %) |
| <40 yaş             | 446                          | 206 (46.1 %)    | 156 (34.9 %)           | 37 (8.2 %)                                   | 39 (8.7 %)           | 8 (1.8 %)       | 0         |
| ≥40 yaş             | 369                          | 191 (51.7 %)    | 129 (34.9%)            | 17 (4.6 %)                                   | 14 (3.8 %)           | 17 (4.6 %)      | 1 (0.3 %) |

**Tablo 3: Histopatolojik değerlendirmede anormal bulgular saptanan hastalarda helikobakter pylori ve intestinal metaplazi prevalansı ve yaş gruplarına göre dağılımı.**

|                     | H.Pylori pozitifliği | İntestinal Metaplazi |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| Toplam Hasta Sayısı | 50 /418 (11.9%)      | 14/418 (3.3%)        |
| <40 yaş             | 25/240 (10.4%)       | 2/240 (0.8%)         |
| ≥40 yaş             | 25/178 (14.0%)       | 12/178 (6.7%)        |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0899 [Obezite]

#### Sleeve Gastrektomi Sonrası Portomezenterik Venöz Tromboz: 2 olgu sunumu

Güliden Ballı, Salih Can Çelik, Tuğba Balkaya, Murat Kemal Atahan, Ercüment Tarcan  
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Portomezenterik Venöz Tromboz (PMVT), laparoskopik bariyatrik cerrahi sonrası nadir rastlanan ancak morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir klinik durumdur. Bu yazıda Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) sonrası PMVT gelişen 2 olgunun sunumu amaçlanmıştır.

**Olgu 1:** 36 yaşında kadın hasta 21 gün önce dış merkezde Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ameliyatı sonrası sorunsuz olarak taburcu edilmiş. Hasta acil servise epigastrik bölgede başlayan karın ağrısı ve gaz gayta çıkaramama yakınması ile başvurdu. Çekilen oral+ivopaklı Abdomen Tomografisinde Portal ven, süperior mezenterik ven ve ana dalları, splenik vende kontrastlanma kaybı izlenmekte olup akut-subakut tromboz lehine değerlendirildi. Aynı zamanda jejunumda uzun bir segment boyunca devamlılık gösteren diffüz konsantrik homojen duvar kalınlaşması mevcuttu. Hasta acil şartlarda ameliyata alındığında treitzdan itibaren 50. Cm de 50 cm lik barsak ansının nekroze gittiği görüldü. Rezeksiyon anastomoz yapılan hasta postoperatif dönemde fraksiyone heparin, etkin heparinizasyon sonrası varfarin ile antikoagüle edildi. Yapılan hematolojik değerlendirmede Faktör 5 Leiden mutasyonu saptanan hastaya ömür boyu antikoagülasyon kararı alındı.

**Olgu 2:** 37 yaşında erkek hasta 19 gün önce hastanemizde LSG ameliyatı sonrası sorunsuz olarak taburcu edilmişti. Hasta acil servise genel durum bozukluğu ve gaz gayta çıkaramama yakınması ile başvurdu. Çekilen oral+ivopaklı Abdomen Tomografisinde Orta jejunal düzeyden proksimal ileal seviyeye uzanan uzun ince barsak segmentinde intestinal nekroz bulguları mezenterik vasküler ve SMV lümeni, portal ven dallarından serbest hava lüsenisleri, batında yaygın serbest sıvı görüldü. Hasta acil servise başvuru anında asidozu gelişmiş ve genel durumu kötü idi. Acil şartlarda ameliyata alındığında treitzdan itibaren 500. Cm de 160 cm lik barsak ansının nekroze gittiği görüldü. Rezeksiyon anastomoz yapılan hasta peroperatif ve postoperatif dönemde fraksiyone heparin ile izlendi. Postoperatif 1. Gün yoğun bakım şartlarında eksitus oldu.

**TARTIŞMA:** Laparoskopik cerrahiden sonra PMVT komplikasyonunun etyolojisi multifaktöriyeldir. Bu durumun patogeneze katkıda bulunabilecek faktörler arasında, tanı konulmamış trombofili, portal akışa yakın lokal hasar, cerrahi hasar, oral kontraseptif kullanımı, pnömoperitoneum nedeniyle intraabdominal basıncın artması ve uzun süreli ters Trendelenburg pozisyonu sayılabilir. PMVT tespit edilir edilmez hasta antikoagüle edilmeli; eğer barsak nekroz bulguları varsa erken eksploratif laparotomi yapılmalıdır.

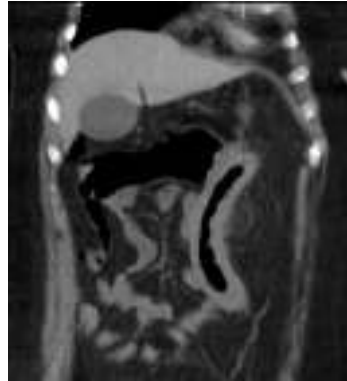
**Anahtar Kelimeler:** komplikasyon, obezite, portomezenterik venöz tromboz

**Resim 1**



Resim 1: Kontrastli koronal Abdomen BT tetkikinde, yıldız isareti(\*) ile gösterilen alan tromboze portal vendir.

**Resim 2**



Kontrastli koronal Abdomen BT tetkikinde, kalınlaşmış ince barsak duvarı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0900 [Obezite]

#### Morbid Obezite Cerrahisi Sonrası Düzelen Psödotümör Serebri Olgusu

Süleyman Büyükaşık, Ergun Eskioğlu, Selin Kapan, Halil Alış

İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, VM Medical Park Florya Hastanesi, İstanbul

**AMAÇ:** Çağımızın en yaygın hastalıklarından biri olan obezite mevcut hastalıkların tedavisinin güçleşmesine veya kontrol altına alınmasına engel olmaktadır. Psödotümör serebri de bu hastalıklardan bir tanesidir. Psödotümör serebri, intrakraniyal yer kaplayıcı bir lezyon, meningeal enflamasyon veya venöz tıkanıklık gibi yapısal bir lezyonun yokluğunda kafa içi basıncının artmasının tanımıdır. Obezlerde, kadın cinsiyette, yakın zamanda aşırı kilo artışı olan kişilerde psödotümör serebri'nin daha sık görüldüğü izlenmiştir. Bu olgu sunumumuzda psödotümör serebri tanısı olan morbid obez bir hastamızın morbid obezite tedavisi sonrası kilo kaybıyla beraber psödotümör serebriye bağlı semptomlarındaki değişiklikleri anlattık.

**Olgunun Sunumu:** Hastamız 28 yaşında 4 yıldır psödotümör serebri nedeniyle takipli kadın hastaydı. İlk göz muayenesinde, sinir arterlerinde kıvrımlanma, görme alanında periferde minimal konsantrik daralma görülmüş. Takiplerinde kilo alımı olan hastanın medikal tedaviye rağmen düzelme olmaması nedeniyle ventriküler şant ve optik sinir rezervuar ameliyatları önerilmiş. Tarafımıza başvurduğunda vücut kitle indeksi (VKİ) 37.2 kg/m<sup>2</sup> (boy: 163 cm, ağırlık: 99 kg) olan hastaya bariatrik cerrahi planlandı. Nörolojiye danışılarak ameliyattan 3 gün önce medikal tedavisi stoplandı. Laparoskopik sleeve gastrektomi yapıldı. Postoperatif dönemde psödotümör serebri tedavisi almadı. Bu esnada hastanın herhangi bir şikâyeti olmadı. Postoperatif 3. gün taburcu edilen hastaya psödotümör serebri için aldığı ilaçlar hiç verilmedi. Postoperatif 1. Ayda VKİ 31.6 kg/m<sup>2</sup>'ye düşen hastanın bu dönemde zaman zaman kusma şikâyetleri semptomatik tedavi ile düzeldi. Postoperatif 4. ayda nöroloji tarafından değerlendirilen hastanın tetkiklerinde bir patoloji izlenmedi. BOS basıncı 15 mmH<sub>2</sub>O olarak ölçüldü. Nörolojik muayenesi ve göz dibi muayenesi normal olarak tespit edildi. Kranial MR, MR venografi, görme alanı muayenesi normal olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesi MR'daki optik sinir kılıfında genişleme ve BOS mesafesinde artış bulgularının tamamen gerilediği görüldü. Ventriküler şant ve optik sinir rezervuar ameliyatlarının gerekliliği ortadan kayboldu. Postoperatif 5. Ay kontrolünde VKİ 23.7 kg/m<sup>2</sup>'ye kadar geriledi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) üreme çağı obez kadınlarda sık görülmektedir. Aşırı kilolu KİBAS hastalarında kilo kaybının semptomların gerilemesinde birebir etkili olması nedeniyle VKİ'deki azalma tedavinin kilometre taşlarından biridir. Bariatrik cerrahi bu hastalarda semptomlarda düzelmeyi sağlamakla beraber devamlı kilo kontrolü de sağlanmaktadır. Bariatrik cerrahi ile etyolojide önemli bir faktör olan obezitenin definitif tedavisi sağlanmaktadır. Psödotümör serebri tedavisinde en sık uygulanan cerrahi yöntem olan şantlar, obezite hastalarındaki yüksek karın içi basınçtan kaynaklı şantın basınç gradyentini sınırladığından yüksek başarısızlık oranına neden olmaktadır. Bu olgumuzda psödotümör serebri nedeniyle yüksek doz medikal tedaviye rağmen semptomlarında düzelme görülmeyen, şant ve optik sinir cerrahisi önerilen bir hastanın bariatrik cerrahi sonrası semptomlarında ve muayene bulgularında dramatik iyileşme gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Psödotümör serebri, morbid obezite, laparoskopik sleeve gastrektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0901 [Obezite]

#### Sleeve gastrektomi sonrası intraabdominal kanamaların kaçakla ilişkisi

Elşad Rzayev, Haydar Öcal, Nurhan Haluk Belen, Veysel Karahan, Yüksel Beyaz, Cüneyt Kırkıl, Erhan Aygen  
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

**AMAÇ:** Laparskopik sleeve gastrektomi (LSG) olgularında gelişen kanama komplikasyonlarını irdelemek.

**MATERYAL-METOD:** Kliniğimizde yapılan 1892 primer LSG olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Kanama gelişen 27 (%1.4) hastanın verileri incelendi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama hastanede kalış süreleri 7 gün (4-102 gün arasında) idi. Ortanca yatış günü sayısına göre hastalar iki gruba ayrıldı (grup 1, 7 gün veya daha kısa n=16; grup 2, 7 günden uzun n=11). Grupların demografik özellikleri, kanama miktarı ve hematoma, apse veya kaçak komplikasyonları Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi kullanılarak %95 güven aralığında karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Gruplar arasında yaş, cinsiyet, hemoglobin değerinde düşme miktarı, drenaj miktarı, hipertansiyon, OSAS ve antikoagülan kullanım öyküsü yönünden farklılık yoktu. Grup 1 ve Grup 2'nin VKİ, platelet sayısı ve hastanede kalış süresi ortalamaları anlamlı olarak birbirinden farklıydı (sırasıyla 41.8±3.6 vs. 46.7±6.9, p=0.020, 257.1±80.0 vs. 320.9±63.0, p=0.008, 5.3±1.7 vs. 30.1±30.8, p<0.001). Grup 1'de sadece 2 hastada (%12.5) hematoma gelişirken grup 2'de 7 hastada (%63.6) hematoma gelişti (p=0.011). Grup 1'de hiçbir hastada apse gelişmezken grup 2'de 6 hastada (%54.5) apse gelişti (p=0.002). Benzer biçimde grup 1'de kaçak gelişmedi ancak grup 2'de 4 hastada (%36.4) kaçak gelişti (p=0.019). Grup 1'deki 3 hastaya (%18.8) laparoskopik eksplorasyon yapıldı. Bu gruptaki hiçbir hastaya radyolojik veya endoskopik girişimsel işlem gerekmemişti. Grup 2'de ise 6 hastaya (%54.5) radyolojik girişim (p=0.002), 3 hastaya (%27.3) endoskopik stentleme (p=0.056) ve bir hastaya (%9.1) cerrahi tedavi yapıldı (p=0.624). Hematom gelişmeyen hastaların hiç birinde kaçak gözlenmedi (0/18) ancak hematoma gelişen 9 hastanın dördünde (%44.4) kaçak gelişti (p=0.007).

**SONUÇ:** LSG sonrası gözlenen intraabdominal kanamalar genellikle kendini sınırlamakla birlikte hematoma varlığında kaçak oranı artmakta, dolayısı ile hastaya yapılan ek girişim sayısı ve hastanede yatış süresinde artışa neden olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** sleeve gastrektomi, intraabdominal hemoraji, kaçak

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0902 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektominin Obez Hastalarda Karaciğer Fonksiyon Testleri ve Kolestaz Enzimleri Üzerine Etkisi

Uğur Doğan, Yaşar Çöpelci, Osman Zekai Öner, Mehmet Tahir Oruç  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

**AMAÇ:** Morbid obez hastalarda laparoskopik sleeve gastrektominin karaciğer fonksiyon testleri ve kolestaz enzim düzeyleri üzerine etkisinin araştırılması.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Morbid obezite tanısıyla laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) ameliyatı yapılan 170 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar LSG ameliyatından önce ve ameliyat sonrası 3. ay ve 6. ay'da 5cc kan örnekleri alındı. Serumları ayrıştırılarak AST, ALT, Total bilirubin, Direkt bilirubin, GGT, LDH, ALP, Amilaz ve Lipaz enzim düzeylerine bakıldı.

Hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. ve 6. ay vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Friedman Test, Wilcoxon-Signed Rank Test, Paired Samplest Test, Bonferroni-Dunn Test kullanılarak istatistiksel analizler yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan morbid obez 170 hastanın yaş ortalaması  $37,24 \pm 13,39$  idi. Ameliyat öncesi VKİ ( $\text{kg/m}^2$ )  $44,67 \pm 4,28$ , ameliyat sonrası 3. ay VKİ  $35,86 \pm 8,38$ , ameliyat sonrası 6. ay VKİ  $30,34 \pm 6,27$  olarak hesaplandı ( $P < 0,001$ ). Ameliyat öncesi AST (U/L) düzeyi  $33,11 \pm 14,73$ , ameliyat sonrası 3. ay düzeyi  $30,95 \pm 13,41$ , ameliyat sonrası 6. ay düzeyi  $26,93 \pm 14,33$  olarak ölçüldü ( $P < 0,001$ ). Ameliyat öncesi ALT (U/L) düzeyi  $34,51 \pm 21,42$ , ameliyat sonrası 3. ay düzeyi  $33,01 \pm 23,59$ , ameliyat sonrası 6. ay düzeyi  $27,79 \pm 22,35$  olarak ölçüldü ( $P < 0,001$ ). Ameliyat öncesi direkt bilirubin ( $\text{mg/dL}$ ) düzeyi  $0,14 \pm 0,09$ , ameliyat sonrası 3. ay düzeyi  $0,14 \pm 0,06$ , ameliyat sonrası 6. ay düzeyi  $0,16 \pm 0,08$  olarak ölçüldü ( $P = 0,005$ ). Postoperatif 6. ay AST ve ALT değerleri, preoperatif ve ameliyat sonrası 3. ay değerlere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Direkt bilirubin postoperatif 6. ay değerinde ise ameliyat öncesine göre artma saptandı.

Total bilirubin, amilaz, lipaz, GGT, LDH ve ALP değerlerinde ise ameliyat öncesi ve sonrası anlamlı değişiklik saptanmadı. **TARTIŞMA VE SONUÇ:** Obez hastalarda basit steatozdan, steatohepatit, ilerlemiş fibrozise kadar geniş spektrumlu bir karaciğer hasarı ile seyreden kronik karaciğer hastalığını sık olarak görmekteyiz. Aşırı kilo alımı sonrası hastalarda gelişen yağlı karaciğer hastalığının en önemli göstergesi anormal karaciğer fonksiyon testleridir. Günümüzde LSG efektif kilo kaybı ve idamesinde en sık tercih edilen bariyatrik cerrahi yöntemi olup anlamlı kilo kaybı sonrası kronik karaciğer hastalığı, diabetes mellitus, hipertansiyon gibi birçok morbidite faktörünü azaltmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, laparoskopik sleeve gastrektomi, karaciğer fonksiyon testleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0903 [Obezite]

#### Obezite cerrahisinde nadir görülen bir komplikasyon: Mezenter ven trombozu olgusu

Hasan Turgut Aydın, Zafer Şahlı, Sacit Altuğ Kesikli, Osman Gökhan Gökdere, Baha Burak Konak, Kamil Gülpınar  
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Vücut kitle endeksinin 30'un üzerinde olması obezite olarak tanımlanır. Dünyada önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Obez hastalarda diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları ve kanser görülme oranları önemli oranlarda arttığı bildirilmiştir(1). Obezitede cerrahi tedavi obezitenin tedavisinde önemli yer tutmaktadır ancak önemli komplikasyonları vardır. Bu olguda laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) sonrası gelişen akut mezenterik venöz tromboz ile ilgili bilgi verilmesi amaçlanmaktadır.

**OLGU:** 48 yaşında erkek hasta şiddetli karın ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastaya başvurusundan 15 gün önce LSG yapılmış. Hasta ağrısının sürekli olduğunu ve arttığını belirtti. Fizik muayenede karında distansiyon, hassasiyet ve defans mevcuttu. Kan tetkiklerinde CRP:113,9, WBC:15650, laktat:11 olarak raporlandı. Abdomen tomografisinde karın sol kadranda uzun bir jejunal segmentte simetrik duvar kalınlaşması ve etrafındaki yağ dokularda kirlenmeler, pelviste serbest mayi raporlandı. Hastaya laparotomi yapıldı. Treitz ligamentinden itibaren 150 cm'de yaklaşık 80 cm'lik bir segmenti tutan mezenterik venöz tromboza bağlı gangren ve nekroz tespit edilmesi üzerine jejunal segment rezeke edildi. Antiagregan tedavisine erken dönemde başlanan ve izleminde ek bir sorunu olmayan hasta şifayla taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Bariatrik cerrahide erken ve geç dönem komplikasyonlar görülür. Anastomoz kaçağı, bu kaçağa bağlı intra-abdominal infeksiyon, bulantı-kusma, dumping sendromu erken dönem; protein, demir, B12 vitamini, fosfat, kalsiyum, vitamin emilim bozuklukları, insizyonel herni, kolelitiyazis ve renal hastalıklar geç dönem komplikasyonlar arasında yer almaktadır (2,3,4,5). Portomesenterik ven trombozu (PMVT), laparoskopik bariatrik prosedürlerin sonrasında görülebilen nadir ancak ciddi bir postoperatif komplikasyondur ve görülme oranı % 0.3-1 arasındadır. LSG sonrasında PMVT gelişen hastalarda % 92 oranında altta yatan hematolojik bir anormallik saptanmıştır. En sık saptanan anormallik Faktör VIII yükselmesidir (% 76). Antitrombin III, faktör V Leiden ve protein C/S eksiklikleri diğer önemli anormalliklerdir (6). Mezenterik venöz tromboz en çok postoperatif 13. ve 30. günler arasında görülür ve patofizyolojisi multifaktöryeldir. Bariatrik cerrahide laparoskopik abdominal basınç (>14 mmHg) venöz dönüşü %50 civarında azaltarak tromboz riskini artırır. CO2 insuflasyonu ile indüklenen hiperkapni, sempatik vazokonstriksiyona neden olarak periferik direnci, ortalama arter basıncını, pulmoner arter basıncını ve pulmoner kapiller kama basıncını artırır. Ek olarak cerrahi sırasındaki yumuşak doku travması (mini gastrik bypass veya duodenal switch operasyonlarında ince barsakların manipüle edilmesi) doku faktörlerinin salınmasına yol açarak, daha önceden hiperkoagülabilité durumu saptanmamış hastalarda mezenterik venöz tromboza neden olabilir. Pnömooperityuma bağlı olarak artmış intraabdominal basınç portal ven akımını etkiler. Obezitenin kendisi pro-inflamatuvar duruma neden olarak, artmış intraabdominal basınç ile birlikte venöz tromboz için risk faktörleridir. Sonuç olarak, obezite cerrahisi sonrasında antiagregan kullanımına rağmen mezenterik venöz trombozun bir erken dönem komplikasyonu olarak görülebileceği akılda tutulup dikkatli olunmalıdır..

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik sleeve gastrektomi, mezenterik venöz tromboz, obezite

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

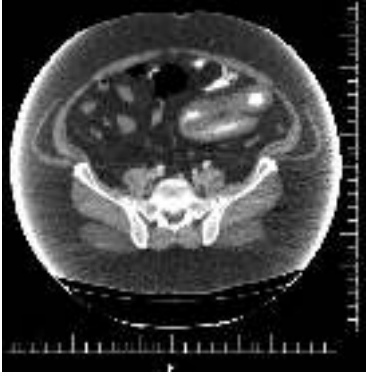
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Abdomen BT'de gangrenöz jejunal segment



Rezeke edilen jejunal segment



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0904 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektomide Stapler Hattı Sütüre Edilen Ve Edilmeyen Olguların Retrospektif Analizi

Cemal Kara<sup>1</sup>, Türker Karabuğa<sup>1</sup>, Özcan Dere<sup>2</sup>, Okay Nazlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kordon Obezite Merkezi, İzmir

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Muğla

**AMAÇ:** Morbid obezitenin cerrahi tedavisinde Laparoskopik Sleeve gastrektomi en sık uygulanan cerrahi yöntem olmaya devam etmektedir. Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası komplikasyon oranlarını azaltmaya yönelik birçok yöntem denemektedir. Stapler hattının sütüre edilmesinde bunlardan biridir. Stapler hattı sütüre edilmeyen ve edilen olguların komplikasyon oranları açısından retrospektif incelemesini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 2008-2016 tarihleri arasında morbid obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan ve stapler hattı sütüre edilmeyen ve stapler kesişme noktaları ve kanama noktalarına klips konan 2854 hasta ve 2017-2018 tarihleri arasında laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan ve stapler hattı 3/0 monofilaman absorbable sütür materyali kullanılarak omentum ile birlikte sürekli sütüre edilen 812 hasta yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), ek hastalık ve peroperatif, postoperatif ve geç dönem komplikasyonlar açısından incelendi.

**BULGULAR:** Stapler hattı sütüre edilmeyen 2854 hastanın 2026(%70,9)'i kadın, 828(%29,1)'i erkekti. Yaş ortalaması 39,4(16-72) ve ortalama BKİ: 43,6 (33,4-83,6) kg/m<sup>2</sup> idi. Stapler hattı sütüre edilen 812 hastanın 586(%72,1)'i kadın ve 226(%27,9)'u erkekti. Yaş ortalaması 37,8(16-69) ve ortalama BKİ: 42,8(33,6-89,7) kg/m<sup>2</sup> idi (Tablo 1). Sütüre edilmeyen grupta kaçak oranı %0,28(8) iken sütüre edilen grupta %0,12(1) idi. Postoperatif kanama görülen hasta oranı sütüre edilmeyen grupta %0,77(22) iken, stapler hattı sütüre edilen grupta %0,12(1) olarak bulundu. Sütüre edilmeyen gruptan 2 hastaya relaparoskopik uygulanarak kanama kontrolü uygulandı. Diğer hastalarda kan transfüzyonu ve medikal tedavi ile kanama kontrolü sağlandı. Sütüre edilen grupta yara yeri enfeksiyonu, trokar yeri herniasyonu, gastrik twist, darlık gibi komplikasyonlar görülmezken sütüre edilmeyen grupta yaklaşık %0,2 oranında bu komplikasyonlar görüldü (Tablo 2). **SONUÇ:** Laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan hastalarda stapler hattının sütüre edilmesi komplikasyon oranlarını azaltmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve, kaçak, stapler hattı

**Tablo 1**

|                | Sütüre edilmeyen | Sütüre edilen   |
|----------------|------------------|-----------------|
| n              | 2854             | 812             |
| Cinsiyet K/E   | 2026/828         | 586/226         |
| Yaş ortalaması | 39,4(16-72)      | 37,8 (16-69)    |
| Ortalama BKİ   | 43,6(33,4-86,6)  | 42,8(33,6-89,7) |

**Tablo 2**

| Komplikasyonlar                     | Sütüre edilmeyen | Sütüre edilen |
|-------------------------------------|------------------|---------------|
| Kaçak                               | 8(%0,28)         | 1(%0,12)      |
| Kanama                              | 22(%0,77)        | 1(%0,12)      |
| Yara yeri enfeksiyonu               | 4(%0,14)         | 0             |
| Trokar yeri herniasyonu             | 4(%0,14)         | 0             |
| Gastrik Twist                       | 2(%0,07)         | 0             |
| Darlık                              | 2(%0,07)         | 0             |
| İntrakavitektik gastrik herniasyonu | 1(%0,03)         | 0             |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0905 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektomide Kaçak Olgularının Yönetimi

Türker Karabuğa<sup>1</sup>, Cemal Kara<sup>1</sup>, Özcan Dere<sup>2</sup>, Okay Nazlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kordon Obezite Merkezi, İzmir

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Muğla

**AMAÇ:** Laparoskopik sleeve obezitenin cerrahi tedavi yöntemleri arasında en sık uygulanan yöntemlerden birisidir. Yönetimi zor olan komplikasyonlarından biride kaçaktır. Bu konuda kaçak olgularına tedavi yaklaşımı konusunda 20 hastalık deneyimimizi aktarmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 2010-2018 yılları arasında laparoskopik sleeve gastarektomi uyguladığımız 3666 vaka içerisinde gelişen 8 kaçak olgusu ve dış merkezde opere edilen ve kaçak gelişmesi üzerine tedavisi için merkezimize sevk edilen 12 kaçak olgusuna intragastrik stent ve drenaj uygulanmıştır. Olgular yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi(bki), ek hastalık, geçirilmiş operasyon öyküsü, kaçak süresi ve uygulanan stent ve takip süreci açısından incelenmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların 14'ü erkek ve 6'sı kadındı. Yaş ortalaması 39,4(24-56) ve ortalama bki:42,7(36,7-55,2) idi. Hastaların %60(12)ında tip 2 diyabet, %55(11)inde hipertansiyon, %65(13) ünde hiperlipidemi, mevcuttu. 4 hastada apendektomi, 6 hastada laparoskopik kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Semptomların ortalama başlama süresi 4,8(3-15)gün idi. İki hastada semptomlar 15. gün, diğer hastalarda 3-6 günler arasında başladı. En sık görülen semptomlar huzursuzluk(%95), ateş(%85), karın ağrısı(%80), taşikardi (%80 ) ve solunum sıkıntısı(%50) idi. Hastaların CRP değeri ortalama 126(82-356), lökosit sayısı ortalama 12400(8600-26000) bulundu. Tüm hastalara oral-IV kontrastlı tüm batin tomografisi çekildi. 16 hastada dalak komşuluğunda subdiyafragmatik alanda apse poşu izlendi, 2 hastada batin içi yoğun içerikli sıvı izlendi. Hastaların 5 ine laparoskopik, ikisine laparotomi ile 11 hastaya da perkütan drenaj uygulandı. Endoskopik incelemede kaçak alanı 13 hastada net olarak izlendi. Hastaların 9 una eş zamanlı endoskopik 24 cm lik bariatric stent, 11 hastayada eş zamanlı 17 cm lik tam kaplı nitinol stent uygulandı. Stent uygulamasını takiben ortalama 2,8(2-6) gün sonra oral sıvı beslenmeye geçildi. 6,4(6-8)hafta sonrasında stentler endoskopik olarak çıkarıldı.

**SONUÇ:** Kaçak olgularına erken müdahale ile stent uygulaması ve drenaj etkili bir tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve, kacak, stent

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi Ihlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

EPS-0906 [Obezite]

### Gastrik Plikasyon Ve Sadi-S Ameliyatlarının Metabolik Etkinliklerinin Karşılaştırılması

Hüseyin Çayören<sup>1</sup>, Hakan Yiğitbaş<sup>1</sup>, Erkan Yavuz<sup>1</sup>, Candaş Erçetin<sup>1</sup>, Talar Vartanoğlu<sup>1</sup>, Hüseyin Bilge<sup>2</sup>, Rıza Kutaniş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

<sup>2</sup>Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesi

**GİRİŞ:** Bu çalışmadaki amacımız, kliniğimizde gastrik plikasyon ve SADI-S ameliyatları yapılan diyabetik hastaların ameliyat sonrası 1.yıldaki klinik ve laboratuvar verilerini ameliyat öncesi dönemle karşılaştırmak ve bu bilgiler ışığında her iki ameliyatı metabolik yönden karşılaştırmaktır.

**MATERYAL-METOD:** Bu çalışmada 1 Ocak 2013 - 30 Haziran 2016 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniği'nde Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) tanılı hastalara uyguladığımız gastrik plikasyon ve SADI-S ameliyatlarının ameliyat öncesi dönemdeki verileri ile ameliyat sonrası 1. yıldaki verileri incelendi. Gastrik plikasyon yapılan 43 hasta ile SADI-S yapılan 36 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların araştırmada kullanılan bilgileri; hasta dosyaları, bilgisayarlı kayıt ortamı ve hastalarla yapılan telefon görüşmeleriyle elde edildi.

**BULGULAR:** Her iki ameliyatı geçiren hastalarda da ameliyat öncesi ve 1. yıldaki değerler karşılaştırıldığında vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi, açlık kan şekeri, insülin, HOMA-IR, HbA1c, kolesterol, hemoglobin ve trigliserid düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düşüş gözlenmiştir. Ameliyat sonrasında hastaların Tip 2 DM nedeniyle almakta oldukları medikasyon ihtiyacında azalma tespit edilmiştir. Ameliyat etkinlikleri karşılaştırıldığında SADI-S ameliyatının insülin, HOMA-IR, HbA1c ve kolesterol düzeylerinde gastrik plikasyona kıyasla daha etkili düzelme sağladığı görülmüştür. Medikasyon ihtiyacını azaltmada SADI-S daha başarılı bulunmuştur. Gastrik plikasyon grubundaki hemoglobin değerlerinde SADI-S grubuna göre daha az düşüş izlenmiş, kilo kaybı sağlamada gastrik plikasyon daha etkili bulunmuştur.

**SONUÇ:** Çalışmamızda her iki ameliyatın da kilo kaybı, kan şekeri ve lipid profili üzerinde anlamlı düzeltilmeler sağladığı görülmüştür. Kilo kaybı üzerinde gastrik plikasyon daha etkili sonuç vermiş, lipid ve kan şekeri parametreleri üzerinde SADI-S daha etkin bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrik plikasyon, SADI-S, metabolik cerrahi, diyabetin cerrahi tedavisi, obezite

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0907 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Uygulanan 3666 Hastanın Analizi

Cemal Kara<sup>1</sup>, Türker Karabuğa<sup>1</sup>, Ömer Yoldaş<sup>1</sup>, Özcan Dere<sup>2</sup>, Okay Nazlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kordon Obezite Merkezi, İzmir

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Muğla

**AMAÇ:** Obezite dünyada giderek artan ve neden olduğu hastalıklar nedeniyle tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. 2008-Şubat 2018 tarihleri arasında obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan hastaları incelemeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 2008-2018 tarihleri arasında morbid obezite nedeniyle 3666 hastaya fransız pozisyonunda 15mmHg basınç altında, 4 trokar yerinden ve otomatik karaciğer ekartörü kullanılarak laparoskopik sleeve gastrektomi uygulandı. Hastalar yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), ek hastalık ve peroperatif, postoperatif ve geç dönem komplikasyonlar açısından incelendi.

**BULGULAR:** 3366 hastanın 2612(%71,2) si kadın, 1054(%27,8) i erkekti. Yaş ortalaması 38,9(16-72) ve ortalama BKİ: 43,2 (33,4-89,7) kg/m<sup>2</sup> idi. Olguların 2024(%55,2) inde Tip 2 diyabet, 1460(%39,8) inde hipertansiyon, 2814 (%76,7) inde dislipidemi, 624(%17) koroner arter hastalığı, 2696(%73,5) inde reflü hastalığı mevcuttu. Peroperatif 2 hastada karaciğer ekartörüne bağlı karaciğerde yaralanma ve kanama oluştu. Postoperatif 9 (%0,24) hastada kaçak, 23 (%0,62 ) hastada kanama, 4(%0,1) hastada trokar yeri herniasyonu, 4 (%0,1) hastada yara yeri enfeksiyonu, 2(%0,05) hastada gastrik twist ve 2 hastada darlık ile 1 hastada intratorasik herniasyon izlendi(Tablo 1). 650 hastaya skopi ile geri kalan hastaya metilen mavisi içirilerek kaçak testi yapıldı ve postoparatif 1. gün oral sıvı başlandı. Ortalama hastanede kalış süresi 2,4 gün idi.

**SONUÇ:** Laparoskopik sleeve gastrektomi obezitenin cerrahi tedavisinde düşük komplikasyon oranı nedeniyle güvenli ve etkili bir uygulamadır.

**Anahtar Kelimeler:** sleeve, gastrektomi, morbid obezite

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0908 [Obezite]

#### Laparoskopik sleeve gastrektomi ve gastrik bypass yapılan hastalarda 6. ayda kilo kaybı oranının ve nutrisyonel parametrelerin retrospektif karşılaştırılması

Hasan Çantay, Fatih Mehmet Erol, Evren Dilektaşlı, Deniz Necdet Tihan, Gözde Doğan, Ayhan Hüseyin Kayaoğlu  
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

**AMAÇ:** Obezite, sıklıkla enerji yoğunluğu fazla besinlerin aşırı tüketilmesine bağlı gelişen ve enerji alımı ile harcanması arasındaki dengenin bozulmasından kaynaklanan durumdur. Obezitenin yaşam süresini düşürdüğü bilinmektedir. Bu nedenle obezite tedavi edilmesi gereken medikal bir problemdir ve tedavide bariatrik cerrahi girişimler giderek önemli yer almaktadır. Biz de yaptığımız çalışmada bariatrik cerrahi içinde önemli yer tutan laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) ile laparoskopik roux-en-y gastrik bypass (LRYGB) operasyonlarının 6. aydaki kilo kaybı ve nutrisyonel parametrelerini karşılaştırarak literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

**Hastalar ve YÖNTEMLER:** 2012-2017 yılları arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel cerrahi kliniğinde yaşları 18 ile 65 arasında değişen 65'i LSG ve 45'i LRYGB olmak üzere bariatrik cerrahi uygulanan toplam 110 hasta çalışmaya dahil edildi. LRYGB ve LSG yapılan hastalar yaş, cinsiyet, yandaş hastalık, boy, ameliyat öncesi ve sonrası vücut kütle indeksi, kilo, demir ve demir bağlama kapasitesi, ferritin, vitamin B12, folik asit, 25-hidroksi vitamin D düzeyi, Hemoglobin ve MCV düzeyleri yönünden karşılaştırıldı. Çalışmamızda bariatrik cerrahideki bu iki ayrı operasyon şeklinin; preop ve postop 6. aydaki BMI ve nutrisyonel değerleri açısından istatistiksel olarak karşılaştırılması ve anlamlı farklılık olup olmadığının ortaya konulması amaçlandı.

**BULGULAR:** Hastaların boy, ameliyat öncesi ve sonrası kilo ve VKİ değerleri ve ameliyat sonrası 6. ayda kaybedilen kg değerleri açısından anlamlı fark bulunamadı. Ameliyat öncesi bütün parametreler her iki ameliyat grubu arasında benzerken, ameliyat sonrası 6. ayda LRYGB grubunda serum demir ve MCV değerlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla,  $p=0.014$ ,  $p=0.031$ ). Diğer parametreler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

**SONUÇ:** Bütün bu bulgular ışığında erken dönem sonuçları itibari ile LSG ve LRYGB ameliyatları benzer sonuçlara ve başarı oranlarına sahip etkili cerrahi metodlar olarak kabul edilebilir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların uzun dönem değerlendirmeleri için takipleri devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, bariatrik cerrahi, sleeve gastrektomi, roux-en-y gastrik bypass, kilo kaybı, nutrisyon

tablo 1

|                 | Ortalama | Standart sapma | P     |
|-----------------|----------|----------------|-------|
| Boy             | 165,5    | 10,1           | 0,001 |
| Kilo            | 75,5     | 15,5           | 0,001 |
| VKI             | 27,5     | 4,5            | 0,001 |
| Preop Hb        | 12,5     | 1,5            | 0,001 |
| Postop Hb       | 11,5     | 1,5            | 0,001 |
| Preop Ferritin  | 100      | 100            | 0,001 |
| Postop Ferritin | 50       | 50             | 0,001 |
| Preop B12       | 200      | 200            | 0,001 |
| Postop B12      | 150      | 150            | 0,001 |
| Preop Folate    | 10       | 10             | 0,001 |
| Postop Folate   | 8        | 8              | 0,001 |
| Preop MCV       | 100      | 10             | 0,001 |
| Postop MCV      | 95       | 10             | 0,001 |

Not: Hb, Ferritin ve B12 biriminde ng/dL, Folate ve MCV biriminde pg.

Ameliyat öncesi ve sonrası boy, kilo, VKİ ve kaybedilen kg değerleri

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

## EPS-0909 [Obezite]

### Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Hastalarında Operasyon Sonrası Safra Taşı Gelişimindeki Etkili Risk Faktörleri

Direnç Yiğit<sup>1</sup>, Neriman Şengül<sup>1</sup>, Özden Arısoy<sup>2</sup>, Rukiye Erdoğan<sup>3</sup>, Ezgi Erdem<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı, Bolu

<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bolu

<sup>3</sup>Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet ve Beslenme Bölümü, Bolu

**AMAÇ:** Morbid obezite gibi ciddi bir metabolik hastalığı tedavi etmek için yaygın olarak kullanılan bariatrik işlemler hastalarda safra taşı gelişimi gibi ciddi yeni bir metabolik hastalık gelişimine yol açabilirler. Sleeve gastrektomi sonrası % 30 oranında yeni safra kesesi taşı oluşumu oranları bildirilmiştir Sleeve gastrektomi sonrası safra taşı gelişiminin tam sebebi günümüzde hala net değildir. Bu çalışmanın amacı sleeve gastrektomi sonrası safra taşı gelişimindeki risk faktörlerini ortaya koymaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kliniğimizde son 3 yılda obezite nedeniyle Laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan ve en az 1 yıl takip edilen 36 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Senkron safra taşı olan ve olmayan ile yeni safra taşı gelişimi olan ve olmayan hastalar arasındaki farklar incelendi. Kategorik değişkenler ki kare testi ile, sürekli değişkenler normal dağıldığında t testi ile, dağılmadığında Mann Whitney u testi ile analiz edildi. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Değişkenler arası korelasyonlar, veriler normal dağıldığında pearson, dağılmadığında spearman korelasyon analizi ile incelendi. Safra taşı gelişimini predikte eden bağımsız değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen hastaların 28 i kadın 8 i erkek, yaş ortalaması 39 (21-58), vki ortalaması 46 (37-70) tı. Hastaların 5 inde aktif psikopatoloji varken 7 sinde geçmiş psikopatoloji saptanmıştır. Başvuru anında safra taşı oranı 9/27. Başvuru anında taşı olan hastaların tümü kadındı. Sleeve gastrektomi sonrası ortalama 3 aylık takipte 9 hastada yeni safra taşı gelişti (%25). Ortalama taş gelişim süresi 3 ay idi, bir yıldan sonra taş gelişimi tespit edilmedi. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte taş gelişen hastaların 7'si kadın, 2'si erkekti. Taş gelişme açısından başvuru anında beyaz küre değerinin yüksek olması safra taşı gelişimini öngören değişken olarak tespit edildi (taş gelişenlerde ortalama wbc değeri 10478 K/uL, gelişmeyenlerde 8130 K/uL p=0.009). HDL değerleri senkron taş olanlarda taş olmayanlardan yüksek iken (taş varsa HDL ortalama değeri 53mg/dl, yoksa 43mg/dl p=0.028), yeni safra taşı gelişiminde preoperative HDL değerinin düşüklüğü yeni safra taşı gelişimi açısından sınırdan anlamlı bulundu. Başvuru anındaki kilo ve ameliyat sonrası erken ve geç dönemdeki kilo kaybı oranlarının safra taşı gelişimiyle ilişkili olmadığı bulundu.. Safra taşı gelişiminde geçmiş ya da şimdiki psikopatoloji varlığı, DM ve HT arasında ilişki saptanmadı.

**Tartışma ve SONUÇ:** Başvuru anındaki ılımlı inflamasyon ameliyat sonrası safra taşı gelişimini öngören bir değişken olabilir. Kadın cinsiyet de safra taşı gelişimi açısından risk faktör olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** sleeve gastrektomi, safra taşı, risk faktörleri

**Tablo1**

| Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri |                     |                                        |                                         |          |
|--------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------|
|                                            | TÜM HASTALAR (n=36) | BAŞVURUDA TAŞ OLAN HASTALAR (n=9, 25%) | SAFRA TAŞI OLMAYAN HASTALAR (n=27, 75%) | P Değeri |
| Yaş                                        | 39.17±14.32         | 38.44±14.40                            | 39.77±14.12                             | 0.472    |
| Cinsiyet                                   |                     |                                        |                                         | 0.342    |
| K                                          | 28                  | 9                                      | 19                                      |          |
| E                                          | 8                   | 0                                      | 8                                       |          |
| WBC                                        | 9632±3070           | 10342±2116                             | 9127±1712                               | 0.020    |
| WBC                                        | 9632±3070           | 10342±2116                             | 9127±1712                               | 0.012    |
| HDL                                        | 46.8±13.55          | 53±13.54*                              | 43.4±12.52*                             | 0.052    |
| 1. ay kilo kaybı                           | 5.68±4.23           | 5.47±4.22                              | 5.93±4.22                               | 0.328    |
| 3. ay kilo kaybı                           | 11.74±5.55          | 10.9±5.45                              | 11.5±5.47                               | 0.567    |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0910 [Obezite]

#### **Morbid Obez Hastalarda, Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ve Gastrik Mini Bypass Ameliyatlarının Kardiyak Fonksiyonlar Üzerine Etkisi**

Ömer Avlanmış<sup>1</sup>, Rıza Gürhan Işıl<sup>2</sup>, Büşra Burcu<sup>1</sup>, Ali Elitok<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Özel Çamlıca Erdem Hastanesi, Genel Cerrahi

<sup>2</sup>Okmeydanı eğitim ve araştırma hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim dalı

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

#### **Amaç**

Laparoskopik Sleeve gastrektomi ve Gastrik Mini Bypass ameliyatları günümüzde ülkemizde ve dünyada sıklıkla tercih edilen ameliyat yöntemleridir. Bu çalışmamızdaki amacımız, sıklıkla kullanılan bu 2 ameliyat yönteminin kardiyak fonksiyonlar üzerine etkisini değerlendirmektir.

#### **Gereç ve Yöntemler**

Mayıs 2015 ve Kasım 2016 tarihleri arasında Laparoskopik Sleeve gastrektomi ve Gastrik Mini Bypass ameliyatı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, komorbid faktörleri kayıt edildi. Bu hastalar içerisinde postoperatif 6. Ay, 12. Ay ve 24. Ay da Eko sonuçları olan ve düzenli takibe gelen hastaların dosyaları ayrıldı ve detaylı olarak incelendi. Hastaların vücut kitle indeksleri, vücut yüzey alanları, eko sonuçlarındaki interventriküler septum kalınlığı, sol ventrikül iç çapı, posterior duvar kalınlığı sol ventrikül kitlesi, sol ventrikül kitle indeksi, ejeksiyon fraksiyonu, diyastolik sol ventrikül çapı ve sistolik sol ventrikül çapı preoperatif, postoperatif 6. Ay, postoperatif 12. Ay ve postoperatif 24. Aylar için ayrı ayrı hesaplandı ve çıkartıldı.

#### **Bulgular**

Toplam 311 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu 311 hastanın 285' i LSG ve 26' sı GMB ameliyatı olmuştu. Tüm hastalar 12 aylık postoperatif takip süresini tamamlamıştı ve 55 LSG hastasında 24 aylık takiplerini tamamlamıştı. Ortalama takip süresi 18,6±5,21(min:12,max:29) aydı. LSG grubunda ortalama preoperatif VKİ 43.24±6.18(kg/mt2, GMB grubunda ise 40.56±4.78 (kg/mt2) idi. Her iki grubun preoperatif demografik verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Hastaların Postoperatif 6. Ve 12. Aydaki fazla kilolarından kayıp yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Her iki gruptaki hastaların Preoperatif ve postoperatif 12. aydaki sol ventrikül kitlesi, sol ventrikül kitle indeksi, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. GMB grubundaki hastaların postoperatif 6. Ay sol ventrikül kitlesi, sol ventrikül kitle indeksi, LSG grubundan daha iyi olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

#### **Tartışma ve Sonuç.**

LSG ve GMB ameliyatları postoperatif erken dönemde ( ilk 1 yıl) fazla kilolardan kayıp yüzdesi,(EWL), ve Kardiyak fonksiyonların en iyi göstergesi olarak kabul edilen sol ventrikül kitle indeksi açısından benzer etkilere sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik Sleeve gastrektomi, Gastrik Mini bypass, ventrikül kitle indeksi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0911 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektomili Hastalarda Stapler Hattı Takviyesi Önemli mi?

Fatih Çiftçi

İstanbul Gelişim Üniversitesi, SHMYO

**AMAÇ:** Laparoskopik sleeve gastrektomi(LSG) ameliyatlarında en korkulan cerrahi komplikasyonlar stapler hattından kaçak ve postoperatif kanamadır. Kaçak ve kanamayı önlemek için birçok yöntem kullanılmaktadır. Bunlar v-locksütür takviyesi, Fibrin Glue kullanımı, prolen ile devamlı sutureasyon ve metal klips kullanımıdır. Bu çalışmada klips uygulaması ile klips uygulanmayan hastalarda erken komplikasyonlara etkisini karşılaştırmayı amaçladık. **GEREÇ-YÖNTEM:** Şubat 2014 ve Ocak 2018 yılları arasında LSG uygulanan 19-59 yaş aralığındaki 36 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların tamamının vücut kitle indeksi 40'ın üstündeydi. Hastaların VKİ, yaş cinsiyet verileri kaydedildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Tüm hastalara aynı tip stapler kullanıldı( Echelon).36 hastanın 18ine LSG bitiminde stapler hattına herhangi bir takviye uygulanmadı.(Grup I: 18 hasta, Kontrol grubu). İkinci gruba ise sadece stapler geçiş yerleri ve kanama odaklarına metal klips ile takviye yapıldı. ( Grup.II:18 hasta ). Anastomoz kaçağı, hastanede kalış süresi postoperatif erken kanama, yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonlar yönünden hastalar takibe alındı. **BULGULAR:** 36 hastanın 22 'si kadın 14 tanesi erkek;ortalama yaşı ortalaması 34.3(19-59) ve ortalama VKİ 44,3(39.1-59 kg/metrekaire) idi.Gruplar arasında VKİ açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. Postop takiplerde her iki gruptaki hastada stapler hattından gastrik kaçak görülmedi. Erken kanama ve serohemorajik drenaj bakımından fark yoktu (sıra ile ortalama: 85cc, 65 cc). Postoperatif hastanede kalış süresi ve yara enfeksiyonu açısından da heriki grup arasında anlamlı fark yoktu. **SONUÇ:** LSG ameliyatlarında uygulamış olduğumuz stapler hattı takviyesi yöntemlerinden klips uygulayıp uygulamama yöntemlerinin birbirinden postoperatif erken kanama, anastomoz kaçağı, yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonlar yönünden anlamlı fark olmadığını gördük. Sonuçta stapler seçiminin tek başına komplikasyonların görülmesini önlemiş olduğu sonucu kanaatine ulaştık.

**Anahtar Kelimeler:** Stapler hattı takviyesi, Laparoskopik Sleeve Gastrektomi, kaçak

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0912 [Obezite]

#### Yeni Oksidatif stress markırı olan Thiol/Disülfid Hemostazının Vücut Kitle İndeksi ile ilişkisi

Gökhan Akkurt<sup>1</sup>, Hakan Buluş<sup>1</sup>, Utku Tantoğlu<sup>2</sup>, Mustafa Alimoğulları<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

<sup>2</sup>Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Manisa

#### AMAÇ:

Oksidatif stres; reaktif oksijen türleri (ROT) ile hücrenin antioksidan savunma sistemi arasındaki dengesizlikten dolayı obezite de yaygın olarak görülmektedir. Bu çalışmada oksidatif stres belirteci olarak kullanılan Thiol/Disülfid Hemostazının vücut kitle indeksi ile olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

#### GEREÇ-YÖNTEM:

Çalışmaya Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi genel cerrahi polikliniğine başvuran toplam 293 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, ek hastalıkları, sigara kullanım öyküsü ve vücut kitle indeksleri (BMI) değerlendirildi. Kronik hastalıklara sahip hastalar (Hipertansiyon, diyabetes mellitus, romatolojik hastalıklar, karaciğer yetmezliği vb) ve aktif malignitesi bulunan hastalar çalışmaya alınmadı. Her hastanın rızası alınarak ependimom tüpüne 2 cc kan alındı. Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi biyokimya laboratuvarında Thiol/Disülfid hemostaz kiti kullanılarak native thiol, total thiol, disülfid, disülfid/native thiol, disülfid/total thiol değerleri elde edildi. Hastalar; BMI <18,5, BMI 18,5-24,9 arasında, BMI 25-29,9 arasında ve BMI ≥30 olarak 4 gruba ve tüm hastalar sigara içen ve içmeyen olarak da 2 gruba ayrıldı. Her gruptaki hastaların; native thiol, total thiol, disülfid, disülfid/native thiol, disülfid/total thiol değerlerinin BMI ve sigara ile olan ilişkisi istatistiksel olarak değerlendirildi.

#### BULGULAR:

Toplam 293 hastanın %56,7 (n=166) kadın, %43,3'ü (n=127)erkekti. Sigara içmeyenlerin native ve total thiol değeri ile sigara içenler arasında istatistiksel anlam saptandı (p=0,01). Disülfid, disülfid/native thiol, disülfid/total thiol değerleri ile sigara arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. BMI<18,5 olanların ortalama native thiol değeri BMI 25-29,9 ve BMI≥30 olanlardan, BMI 18,5-24,9 olanların ortalama native thiol değeri BMI ≥30 olanlardan anlamlı olarak yüksekti (p<0.05). BMI <18,5 olanların ortalama total thiol değeri BMI 25-29,9 olanlar ve BMI≥30 olanlardan anlamlı olarak yüksekti (p<0,05).Disülfid değeri ile BMI arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0.8). BMI ≥30 olanların ortalama disülfid/native thiol değeri, BMI 18,5-24,9 olanlardan anlamlı olarak yüksekti (p=0.003). BMI ≥30 olanların ortalama disülfid/total thiol değeri, BMI 18,5-24,9 olanlardan anlamlı olarak yüksekti (p=0.003). BMI 18,5-24,9 olanların ortalama native/total thiol değeri, BMI ≥30 olanlardan anlamlı olarak yüksekti (p=0.027).

#### Tartışma ve SONUÇ:

Çalışmamızda ilk kez Erel ve ark. tarafından tanımlanan ve yeni bir oksidatif stress markırı olan Thiol/Disülfid Hemostazının BMI ve sigara ile olan ilişkisini araştırdık. Literatürle de uyumlu olarak BMI düşük olan hastalarda native thiol ve total thiol değerleri istatistiksel olarak anlamlı iken, BMI yükseldikçe disülfid, disülfid/native thiol, disülfid/total thiol değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sigara içenlerde ise native thiol ve total thiol değerleri arasında anlamlılık vardı. Gelecekte yapılacak daha kapsamlı çalışmalar ile Thiol/Disülfid Hemostaz ölçümlerinin ucuz, kolay uygulanabilir ve erişilebilir olmasından dolayı tanı koymada efektif olarak kullanılabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Oksidatif stress, Thiol disülfid, Vücut kitle indeksi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0913 [Obezite]

#### Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) yönteminin tip 2 DM üzerindeki etkisi

Özgen Çeler<sup>1</sup>, Seda Sancak<sup>1</sup>, Elif Çırak<sup>2</sup>, Aziz Bora Karip<sup>3</sup>, Mehmet Timuçin Aydın<sup>3</sup>, Nuriye Esenbulut<sup>3</sup>, Mehmet Mahir Fersahoğlu<sup>3</sup>, Hasan Altun<sup>4</sup>, Kemal Memişoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul/Liv Hospital, İstanbul

**AMAÇ:** Obezite tip 2 diyabetes mellitus (DM) oluşmasında önemli bir risk faktörüdür. Ülkemizde bariyatrik cerrahi morbid obezite tedavisinde giderek daha fazla uygulanmaktadır. Bu çalışmada laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) yönteminin tip 2 DM üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Merkezimizde 2011-2017 tarihleri arasında morbid obezite nedeniyle Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) uygulanmış toplam 593 hastadan, ameliyat öncesi tip 2 DM tanısı bulunan 169 hastanın dosyası incelendi. Tip 2 DM tanılı hastaların, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3., 6. ay, 1.yıl, 2. yıl, 3. yıl, 4. yıl ve 5. yıl vücut ağırlıkları (VA), açlık kan şekeri düzeyleri (AKŞ) ve Hemogloblin A1c (HbA1c) düzeyleri analiz edildi. Hastaların ameliyat öncesi diyabet tedavileri ve LSG sonrası tedavi değişiklikleri değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların 141'i kadın, 28'i erkekti ve ortalama yaş  $46 \pm 9$  yıl hesaplandı. Ameliyat öncesi ortalama  $129 \pm 20$  kg, vücut kitle indeksi (VKİ)  $47 \pm 7$  kg/m<sup>2</sup>, AKŞ  $131 \pm 46$  mg/dl ve HbA1c düzeyleri  $\% 6,7 \pm 1,3$  bulundu. Ameliyat öncesi 122 hasta sadece oral antidiyabetik (OAD), 19 'u OAD ve insülin (İNS), 9'u Exanitide ve İNS, 19'u Exanitide ve OAD kullanmaktaydı.

Ameliyat sonrası 3.ayda ortalama VA, AKŞ, HbA1c sırasıyla  $104 \pm 18$  kg,  $105 \pm 23$  mg/dl,  $\%6 \pm 0,85$  iken 5. yılda ortalama VA, AKŞ ve HbA1c:  $102 \pm 25$  kg,  $107 \pm 20$  mg/dl ve  $\%5,7 \pm 0,7$  hesaplandı.

Operasyon sonrası 3.,6.,12.ayda ve 2.,3., 4.,5. yılda vücut ağırlığı, kan şekeri ve HbA1c düzeylerindeki düşüş başlangıca göre istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0,001$ ).

5 yıl sonrası hastaların DM için ilaç tedavileri incelendiğinde ulaşılan 32 hastanın 23'ü (%71) DM için ilaç kullanmamaktaydı, 7'si OAD, 1'i Exanitide + İNS, 1 'i Exanitide + OAD kullanmaktaydı. 23 hastada DM için ilaç tedavisi kesilmişti.

**SONUÇ:** Tip 2 DM hastalarında sleeve gastrektomi belirgin ve devamlılık gösteren kilo kaybına neden olmuştur. Erken dönemde kan şekeri kontrolü daha iyileşmiş ve bu iyileşme devamlılık göstermiştir. Bizim çalışmamızda LSG %70 oranında diyabet için ilaç tedavi ihtiyacını ortadan kaldırmış bulunmakla beraber uzun dönem etkileri için daha geniş olgu sayılarına sahip uzun takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** bariyatrik cerrahi, obezite, diyabetes mellitus, sleeve gastrektomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Tablo-1 Preop-postoperatif dönemde ilaç kullanımları**

| TEDAVİ                                  | PREOP | 3. AY | 6. AY | 12. AY | 18. AY | 2. YIL | 3. YIL | 4. YIL | 5. YIL |
|-----------------------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| İLAÇSIZ                                 | 14    | 29    | 33    | 14     | 12     | 32     | 16     | 10     | 11     |
| METFORMİN                               | 89    | 17    | 11    | 1      |        | 6      | 7      | 4      | 5      |
| SÜLFONİLÜRE                             |       |       |       |        |        |        |        |        |        |
| EXENATİDE                               | 5     |       |       |        |        |        |        | 1      | 1      |
| METFORMİN+SÜLFONİLÜRE                   | 8     |       |       |        |        |        |        |        |        |
| METFORMİN+DPP4 İNH                      | 7     | 4     |       |        |        | 1      |        | 1      |        |
| METFORMİN+EXENATİDE                     | 19    |       |       |        | 1      |        | 1      | 1      | 1      |
| METFORMİN+DPP4 İNH+İNSÜLİN              | 6     |       |       |        |        |        | 1      |        |        |
| METFORMİN+EXENATİDE+İNSÜLİN             | 7     |       |       |        |        |        | 1      | 1      | 1      |
| METFORMİN+İNTENSİF İNSÜLİN              | 8     |       |       |        |        |        |        |        |        |
| METFORMİN+BAZAL İNSÜLİN                 |       |       |       | 1      |        | 2      | 1      |        |        |
| METFORMİN+SÜLFONİLÜRE+İNSÜLİN           | 2     |       |       |        |        |        |        |        |        |
| METFORMİN+SÜLFONİLÜRE+EXENATİDE         | 2     |       |       |        |        |        |        |        |        |
| METFORMİN+SÜLFONİLÜRE+EXENATİDE+İNSÜLİN | 2     |       |       |        |        |        |        |        |        |
| TOTAL HASTA SAYISI                      | 169   | 50    | 44    | 16     | 13     | 41     | 27     | 18     | 19     |

**Tablo-2: Preop-postoperatif dönemde hasta sayısı-kilo-VKİ-AKŞ-HbA1c-DM remisyon oranları**

|        | HASTA SAYISI | KİLO(KG) | BKİ(KG/M2) | AKŞ(MG/DL) | HbA1C(%) | DM REMİSYON ORANI(%) |
|--------|--------------|----------|------------|------------|----------|----------------------|
| PREOP  | 169          | 129±20   | 47,7±6,7   | 131±46     | 6,7±1,3  | -                    |
| 3. AY  | 50           | 104±18   | 38,8±6,1   | 105±23     | 6±0,85   | 50                   |
| 6. AY  | 44           | 92±16    | 34,6±5,9   | 100±22     | 5,7±0,7  | 75                   |
| 12. AY | 16           | 86±17    | 32±5,9     | 95±18      | 5,7±0,7  | 87                   |
| 18. AY | 13           | 84±16    | 32,5±6     | 99±27      | 5,7±0,9  | 92                   |
| 2. YIL | 41           | 89±16    | 34±6,4     | 96±13      | 5,8±1,3  | 78                   |
| 3. YIL | 27           | 92±17    | 34,7±6,1   | 106±30     | 5,7±0,3  | 59                   |
| 4. YIL | 18           | 92±15    | 34,3±6,4   | 105±17     | 5,9±0,7  | 56                   |
| 5. YIL | 19           | 102±25   | 37,7±9,5   | 107±20     | 5,7±0,7  | 57                   |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0914 [Obezite]

#### LSG li Hastalarda Yaş ile kilo Kaybetmenin ilişkisi var mı?

Fatih Çiftci

İstanbul Gelişim Üniversitesi, SHMYO

**AMAÇ:** Laparoskopik sleeve gastrektomi bariatrik cerrahi yöntemlerinden en fazla uygulanan yöntem haline gelmiştir. Bu çalışmada tek cerrah tarafından yapılan 1 yılını doldurmuş sleeve gastrektomili hastaların yaşlarının kilo verimine etkisinin sonuçlarını sunmayı amaçladık. **MATERYAL-METOD:** Ocak 2014 ile Ocak 2018 tarihleri arasında ardışık sleeve gastrektomi yapılan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat süreleri, taburculuk süreleri, komplikasyon gelişimi, takip kiloları, ek hastalıklarının durumu kaydedildi. Hastalar 19-33 yaş, 34-48 yaş, 49-60 yaş olarak üç gruba ayrıldı. **BULGULAR:** Bir yılını doldurmuş 36 hastanın 3ü takipten çıktığından 32 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 12'si (%33,3) erkek, 21'i (%66,6) kadındı. Yaş aralığı 19 ile 60 yıl olup, ortalama yaş 34.3(19-59) yıldı. 19-33 yaş grubunda 11 (%33,3), 34-48 yaş grubunda 12(%36,3), 49-60 yaş grubunda 10 (%30.3), hasta vardı. Preoperatif vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 44,3(39.1-59 kg/metre-kare) aralığındaydı. Birinci yılda VKİ ortalaması 27,5 kg/m2 ( $\pm 5,1$ ) olup 19,1-46,1 kg/m2 aralığındaydı. Birinci yılda fazla vücut kitle indeksi kaybı (%EBMIL) ortalama %85,9 ( $\pm 21,9$ ) olup %20,9-184,6 aralığındaydı. Yaş gruplarında %EBMIL sırasıyla %92,79, %91,84, %81,79 olarak bulundu. 19-33 yaş grubu ile 34-48 yaş grubu arasında 1. yıl %EBMIL açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ( $p=0,389$ ), diğer tüm gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ( $p=0,001$ ). **SONUÇ:** Birinci yılda cerrahi sonrası %EBMIL  $\geq$  %50 başarı olarak tanımlanır. Hasta gruplarının tümünde ortalama %EBMIL %85,9 olarak bulundu ve kilo verimi açısından başarılı oldular. Ancak 49-60 yaş grubunda diğer gruplara nazaran daha az başarılı olduğu görüldü. Bu yaş ile ilişkili metabolik performansa ilaveten sistemik hastalıklarının fazlalığı ile ilişkilendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Kilo kaybı, Laparoskopik Sleeve Gastrektomi, Yaş

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0915 [Obezite]

#### Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Kaybının Takibi İçin Vücut Yağ Kütle Ölçümleri

Ufuk Önsal, Erman Yekenkurul, Mevlüt Pehlivan  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

**GİRİŞ:** Günümüzde en önemli sağlık sorunlarından biri obezite ve obezitenin tetiklediği morbid hastalıklardır. Obezite ile savaşta en efektif sonuçlar cerrahi ile alınmaktadır. Obez hastaların cerrahi sonrası takibinde en önemli belirteç vücut kitle indeksidir.

**AMAÇ:** Bu çalışma, erişkinlerde bariatrik cerrahi sonrası hastalarda kilo kaybını takip etmek için vücut kitle indeksi (VKİ) ve Vücut Yağ Kütle (VYK) ölçümleri karşılaştırılmıştır.

**Araç ve YÖNTEMLER:** Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesinde opere edilen 44 hastanın birinci, üçüncü ve altıncı aylardaki VKİ ve VYK ölçümleri alındı ve Pearson korelasyon analizi ile aralarındaki korelasyona bakıldı.

**SONUÇ:** Ameliyat sonrası üçüncü ayında VKİ ve VYK'de anlamlı ( $p < 0.05$ ) bir azalma tespit ettik. (VKİ'de ortalama 17.94 azalma oranı ve VYK'de ortalama 26.94 azalma oranı). Ayrıca müdahale sonrası 3. ayda günde BMI ve BFM arasında güçlü bir pozitif korelasyon vardı ( $r = 0.56$ ).

**TARTIŞMA:** Çalışmamız, bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybını takip etmek için vücut yağ kütle ölçümünün VKİ ölçümleriyle karşılaştırıldığında etkili bir prosedür olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** bariatrik cerrahi, obezite, vücut kitle indeksi, vücut yağ indeksi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0916 [Obezite]

#### **Morbid Obez Hastalarda Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass ile Mini Gastrik Bypass Ameliyatının Erken Dönem Klinik ve Metabolik Sonuçlarının Karşılaştırılması**

Beslen Göksoy<sup>1</sup>, Nihat Aksakal<sup>1</sup>, Selim Doğan<sup>1</sup>, Fulya Türker<sup>2</sup>, Nurettin Umut Barbaros<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

#### **Amaç**

Bu çalışmada LRYGB(laparoskopik roux-en-y gastrik bypass) ve LMGB(laparoskopik mini gastrik bypass) ameliyatlarının klinik ve metabolik sonuçlar üzerine olan erken dönem etkilerini retrospektif bir çalışma olarak sunmayı amaçladık.

#### **Gereç ve Yöntem**

Çalışmaya 25 LRYGB (grup I) ve 25 LMGB (grup II) ameliyatı uygulanan morbid obez hastası dahil edildi. Her iki grupta ortalama ameliyat süreleri, ameliyat sonrası 3.ay ve 6.ay kontrollerindeki komplikasyonlar, kilo kayıpları, diyabet parametreleri, lipid parametreleri, nutrisyonel parametreler ile komorbiditeleri karşılaştırmalı olarak değerlendirildi.

#### **Bulgular**

Grup I'de 25 hasta LRYGB, grup II'de 25 hasta LMGB tekniği ile toplam 50 hasta morbid obezite ameliyatı olmuştur. Her iki grupta hastaların yaş ortalaması 38 idi. Ortalama ameliyat süresi grup I'de 120 dakika iken, grup II'de 110 dakika idi. Ortalama VKİ'leri grup I: 53.272 kg/m<sup>2</sup> grup II: 49.008 kg/m<sup>2</sup> dir. Ortalama takip süresi 6 ay idi. Her iki grupta diyabet parametreleri olarak açlık kan şekeri, HbA1c, açlık insülin ve HOMA-IR değerlerine bakıldı. Her iki grupta da antidiyabetik ilaç kullanan hastalar 6. ay kontrollerinden itibaren ilaç kullanımını bırakmıştır. Grup II'de anlamlı olarak diyabet regülasyonunun daha hızlı gerçekleştiği görüldü. Kilo kaybı değerlendirilmesi için VKİ, EWL, yağ yüzdesi, FFM değerlerine bakıldı. Grup II'de EWL(fazla kiloların kaybı) anlamlı olarak daha hızlı gerçekleştiği görüldü. Her iki grupta da ameliyat öncesine göre lipid profillerinde ve arter kan basıncında anlamlı düzelme saptandı ancak gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Laparotomiye geçiş her iki grupta da olmamıştır. Hastaların hastanede kalış süreleri arasında anlamlı fark yoktu. Her iki grupta da mortalite olmadı.

#### **Tartışma ve Sonuç**

Obezitenin cerrahi dışında etkin ve uzun vadeli tedavi şansı bulunmamaktadır. Uygulanan birçok cerrahi teknik olmasına rağmen LRYGB halen dünyada en sık uygulanan bariyatrik cerrahi yöntemlerden biridir. Teknik açıdan zor bir işlemdir ve öğrenme eğrisi çok diktir. Buna karşın LMGB daha yeni bir yöntem olmakla birlikte teknik olarak daha kolaydır. LMGB'ın özellikle diyabet ve EWL üzerine olan benzer etkileri özellikle seçilmiş vakalarda LRYGB'a alternatif olabileceğini düşündürmektedir. LMGB'ın halen oldukça yeni bir prosedür ve uzun vadeli değerlendirmenin eksikliği olmasına karşın bu çalışma her iki tekniğin de morbid obezite için etkili tedaviler olduğunu göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite cerrahisi, metabolik sonuçlar, mini gastrik bypass, roux-en y gastrik bypass

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

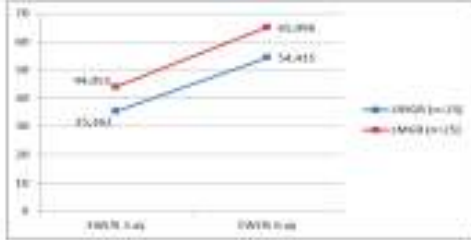
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

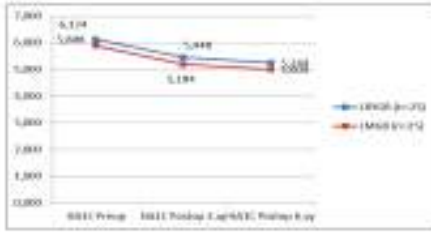
### Ameliyat tekniğine göre EWL % ölçümlerine ilişkin diyagram

| Gruplar   | LRYGB (n=25) |        | LMGB (n=25) |        | t      | p     |
|-----------|--------------|--------|-------------|--------|--------|-------|
|           | Ort.         | Se     | Ort.        | Se     |        |       |
| EWL'a Kay | 33,362       | 8,813  | 44,051      | 11,781 | -1,814 | 0,087 |
| EWL'a Kay | 54,415       | 11,808 | 65,096      | 11,868 | -2,798 | 0,008 |



### Ameliyat tekniğine göre HbA1c ölçümlerine ilişkin diyagram

| Gruplar            | LRYGB (n=25) |       | LMGB (n=25) |       | t     | p     |
|--------------------|--------------|-------|-------------|-------|-------|-------|
|                    | Ort.         | Se    | Ort.        | Se    |       |       |
| HbA1c Preop        | 5,124        | 0,555 | 5,088       | 0,887 | 1,128 | 0,260 |
| HbA1c Postop 3.gay | 5,448        | 0,305 | 5,194       | 0,414 | 2,428 | 0,019 |
| HbA1c Postop 6.gay | 5,249        | 0,380 | 5,080       | 0,391 | 3,498 | 0,004 |



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0917 [Obezite]

#### Laparotomi İle Gastrik Band Çıkarılması Sonrası Dev İnsizyonel Hernili Süper Obez Hastaya Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Uygulanması: Olgu Sunumu

Cemal Kara<sup>1</sup>, Türker Karabuğa<sup>1</sup>, Özcan Dere<sup>2</sup>, Okay Nazlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kordon Obezite Merkezi, İzmir

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Muğla

**AMAÇ:** Daha önce morbid obezite nedeniyle laparoskopik gastric banding uygulanan ve daha sonra laparotomi ile gastrik band çıkarılan, dev insizyonel hernisi olan hastaya morbid obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanmasını sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 55 yaşında kadın hasta 9 yıl önce BKİ 57: iken laparoskopik gastrik banding uygulanmış. Postoperatif insizyonel herni gelişen hasta 27 kilo vermiş. Bmi 41 olan hastaya 1 sene sonra gastrik band migrasyonuna bağlı laparotomi ile band çıkarılması uygulanmış. Operasyon sonrası hastada umblikusun alındığı dev insizyonel hernisi mevcuttu. Olgu bize başvurduğunda Bmi 61,7 idi. 2 yıldır tip2 dm ve 3 yıldır ht hastası idi. Hastanın yapılan preoperatif endoskopik incelemesi normaldi. Yapılan preoperatif tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Hastaya kaparaskopik 4 trokar ile sol üst kadrandan lap sleeve gastrektomi uygulandı. Resim 1-2-3. Peroperatif komp gelişmedi. Hastanın insizyonel hernisi için işlem yapılmadı. Metilen mavisi ile kaçak testi uygulandı. Yatış süresi 3 gün idi. Hasta probelemsiz taburcu oldu. Geçirilmiş laparartomiler kap. Sleeve gastrektomi yapılmasına engel değildir.

**Anahtar Kelimeler:** İnsizyonel herni, sleeve gastrektomi, gastrik band

Resim 1



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim 2



Resim 3



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0918 [Obezite]

#### Transit Bipartisyon Cerrahisi

Gamze Ateş<sup>1</sup>, Hatice Kübra Dayı<sup>2</sup>, Seyhan Yiğit<sup>1</sup>, Mehmet Alper Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Biruni Üniversite Hastanesi Obesite Cerrahisi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Biruni Üniversite Hastanesi Eğitim ve Organizasyonel Gelişim Müdürlüğü

#### GİRİŞ-AMAÇ:

"Transit Bipartisyon (Gastrik Bypass) ameliyatı metabolik cerrahi yöntemlerinden biridir. Metabolik cerrahi tip 2 şeker hastalığı, kolesterol yüksekliği, tansiyon yüksekliği ve artmış karın çevresi çapı gibi parametrelere sahip kişilere yapılan bir ameliyat yöntemidir." (S.Santoro) Transit bipartition ameliyatının, diyabet tanısı olan obez hastalarda ameliyat sonrası %90 oranında hemoglobin A1C 'yi regüle ederek, insülin kullanım ihtiyacını ve diyabet semptomlarını ortadan kaldırdığı görülmektedir.

Bu çalışmada, Biruni Üniversite Hastanesi Obesite Kliniğinde Sleeve Gastrektomy + Transit Bipartition ameliyatı yapılan iki hastanın sonuçları ile Transit Bipartition ameliyatının, diyabet ve obesite tedavisinde etkin bir cerrahi yöntem olduğunun, klinik verilerle ispatlanması amaçlandı.

METOD: Hastanemizde Transit Bipartition ameliyatı yapılmış iki vaka karşılaştırmalı olarak verileriyle sunuldu.

#### OLGU SUNUMU ve ÖZELLİKLERİ:

Vaka1: 12 yaşında DM tanısı konulan hasta, tanı konulduğundan itibaren düzenli olarak 5 yıl devam eden DM oral tedavi almaya başlamış. Daha sonra 17 yaşında mevcut tanısına depresyon ve bipolar bozukluk tanısı eklenmiş. Tedaviye 14 yıl devam eden hasta, hastanemize başvurmuş ve 21.11.2017 tarihinde Transit Bipartisyon ve Sleeve Gastrektomy ameliyatı yapılmıştır.

Vaka2: Hastaya 15 yıl önce DM ve Hipertansiyon tanısı konulmuş ve tanı konulduğundan itibaren insülin tedavisi almış. 5,5 yıl önce rutin kontrolleri sırasında hastaya bilateral böbrek fonksiyon bozukluğu tanısı konulmuş. Ancak önerilen tedaviyi uygulamamış. Sadece insülin ve HT tedavisine rutin dozu ile devam etmiş. 4,5 yıl önce nefes almada zorluk ve batın arka kadranda ağrı şikayeti ile hastaneye başvurmuş ve akut böbrek yetmezliği, dispne, uyku apnesi tanıları konulan ve dört yıldır diyaliz uygulanan hastaya 6.11. 2017 tarihinde Transit Bipartisyon ve Sleeve Gastrektomy ameliyatı yapılmıştır.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Her iki hastaya da Sleeve gastrektomy + Transit bipartisyon ameliyatı uygulanmıştır. Vakanın pre-op ve post op sonuçları karşılaştırmalı olarak incelendiğinde, hastalarda post op dönemde hemoglobin A1c değerinin regüle olduğu ve insülin kullanım ihtiyacının ortadan kalktığı gözlenmiştir. Bununla beraber her iki hastada DM sistematik bulgularının post-op dönemde normal referans aralıklarında olduğu ve diyabet tanısı olan Sleeve Gastrektomy + Transit Bipartition ameliyatı olan hastaların, diyabetik olmayan ve sadece Sleeve Gastrektomy ameliyatı olan hastalarda gözlenen değerlerle uyumlu olarak kilo vermeye devam ettiği ve Transit Bipartisyon ameliyatının diyabet tedavisini sağlayan cerrahi bir girişim olduğu gözlenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** obesite cerrahisi, tarsnit bipartisyon, obesite

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr











www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0919 [Pankreas Cerrahisi]

#### Pankreas kistik neoplazileri: 11 olgunun analizi

Metin Yalaza, Sadettin Er, Birkan Birben, Özgür Akgül, Betül Keskinçilic Yağız, Sabri Özden, Mehmet Keşkek, Faruk Coşkun

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Pankreasın kistik neoplazileri (PKN) pankreasın kistik lezyonlarının yaklaşık % 10-15'inden ve tüm pankreatik neoplazmaların % 1'inden azından sorumludur. Bunlar sıklıkla asemptomatiktir ve benign proseslerden invaziv malign tümörlere kadar değişen bir grup lezyonu temsil etmektedir. Dolayısı ile hem tanısal hem de terapötik ikilemlere neden olmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde PKN ön tanısıyla ameliyat edilen hastaların klinik verileri analiz edilmiştir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Mayıs-2014 ile Ekim-2017 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde PKN ön tanısı alan 12 hastanın demografik özellikleri, ameliyat öncesi bulguları, uygulanan cerrahi yöntemler, patoloji sonuçları, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve uzun süreli takip sonuçları değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların 3'ü erkek, 8'i kadın ve ortalama yaşları 48 (18-63 arası) idi. Lezyonlar 3 hastada pankreas başında ve 8 hastada kuyrukta yerleşmişti. Ortalama kist boyutu 4,3 cm (1-10 cm) idi. Üç hastaya pankreatikoduodenektomi, 4 hastaya distal pankreatektomi ve splenektomi, 4 hastaya ise dalak koruyucu distal pankreatektomi yapıldı. Dalak koruyucu distal pankreatektomilerden biri laparoskopik yapıldı. İki hastada doku tanısı seröz kistadenoma, 1 hastada seröz kistik neoplazi, 1 hastada müsinöz kistik neoplazi, 1 hastada müsinöz kistadenokarsinoma, 5 hastada solid pseudopapiller neoplazi, 1 hastada ise basit kist olarak rapor edildi. Postoperatif dönemdeki komplikasyon oranımız % 45,5 idi. Postoperatif dönemde 1 hastada akut böbrek yetmezliği, 1 hastada dalak lojunda splenektomi sonrası apse gelişti. Bir hastada postoperatif dönemde göğüs kafesi ciltinde herpes lezyonları oluştu. Bir başka hasta ise erken dönemde oral gıda alımını tolere edememekle beraber konservatif tedaviden fayda gördü. Bir hastanın ameliyat sonrası altıncı ayda yaşamını yitirdiği tespit edildi. Hastaların ortalama takip süresi 21,6 ay (2-43 ay) olarak hesaplandı.

**SONUÇ:** PKN ön tanısı alan hastalarda hastalık güncel literatür dikkate alınarak yönetilmelidir

**Anahtar Kelimeler:** Pankreas, kistik neoplazi, rezeksiyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1: PKN ön tanısı ile ameliyat edilen hastaların verileri**

| n  | Cinsiyet | Yaş | Ca19-9 | CEA | Lokalizasyon | Boyut(cm) | Ameliyat                  | Patoloji | Tamamlenme(say) |
|----|----------|-----|--------|-----|--------------|-----------|---------------------------|----------|-----------------|
| 1  | K        | 53  | 16.6   | 2.5 | Bağ          | 2         | PDE                       | SKA (Ex) | 6               |
| 2  | E        | 46  | 18.9   | 3.1 | Bağ          | 1         | PDE                       | BAS KİST | 37              |
| 3  | K        | 63  | 4.7    | 1.3 | Kuyruk       | 3         | DP+S<br>(Ağda dönüldü)    | MKAK     | 34              |
| 4  | K        | 55  | 7.5    | 0.4 | Kuyruk       | 3         | Dalak koruyucuDP          | SKA      | 37              |
| 5  | K        | 52  | 9.8    | 0.9 | Kuyruk       | 3         | Dalak koruyucuDP          | SKN      | 4               |
| 6  | K        | 46  | 15.1   | 0.7 | Kuyruk       | 5         | Dalak koruyucuDP<br>(LAP) | MKN      | 2               |
| 7  | K        | 29  | 22.4   | 1.6 | Kuyruk       | 7         | DP+S                      | SSPN     | 9               |
| 8  | E        | 18  | 130.1  | 1.1 | Kuyruk       | 10        | Dalak koruyucuDP          | SSPN     | 24              |
| 9  | K        | 45  | 0.8    | 1.3 | Kuyruk       | 7         | DP+S                      | SSPN     | 20              |
| 10 | K        | 61  | 1.6    | 0.7 | Bağ          | 6         | PDE                       | SSPN     | 22              |
| 11 | E        | 58  | 84.5   | 3.9 | Kuyruk       | 2         | DP+S                      | SSPN     | 43              |

Ca19-9 normal değeri 0-37 U/ml, CEA normal değeri 0-7 ng/ml, DP+S Dalak peritonoskopi sonrası DP+S subtotal peritonektomi+aspleniomi, PDE: Pankreas distal duodenektomi, SKN: SERGEKİSTİK NEOPLAZİ, SSPN: SOLİD SODOPAPİLLER NEOPLAZİ

**Tablo 2. PCN'lerin temel demografik ve klinik özellikleri**

|           | Age Group | Gender | Age Group | Gender | Age Group |
|-----------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| Age Group | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age       | Age       | Gender | Age       | Gender | Age       |
| Age</     |           |        |           |        |           |



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0920 [Pankreas Cerrahisi]

#### Pankreasın Endometrial kisti: Olgu sunumu

Oğuzhan Özşay<sup>1</sup>, Cengiz Tavusbay<sup>2</sup>, Hüseyin Sinan Akay<sup>3</sup>, Neşe Ekinci<sup>4</sup>, Mehmet Hacıyanlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Pankreas kistleri değişik histopatolojik özellik taşıyabilirler. Pankreasta yerleşim gösteren kistik kitleleri radyolojik olarak saptamak çok kolay olsa da, kesin histopatolojik tanı çoğunlukla cerrahi girişim sonrası konulmaktadır. Pankreas endometriozi, son derece nadir görülen bir antitedir, bu güne dek literatürde toplam 13 hastada bildirilmiştir. Sunulan çalışmada, bu konuda Türkiye'den yapılan ilk sunum olma özelliğini taşımaktadır. Bu çalışma ile pankreas endometriozisine ait klinikopatolojik verilerin ilgili literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

**OLGU.** 28 yaşında kadın hasta. Acil servise akut karın bulguları ile başvuran hastanın yapılan muayene ve tetkiklerinde; akut pankreatit bulguları ve pankreas gövde- kuyruk bileşkesinde yaklaşık 6 cm çapında kistik kitle saptandı. Tetkik ve tedavi amaçlı hastaneye yatırılan hastada; endolüminal ultrasonografi (EUS) ile elde olunan kist içeriğinde amilaz ve karsinoembriyjenik antijen yüksekliği saptandı. Hasta pankreas kistik malign tümör ön tanısı ile ameliyata alındı ve distal pankreatektomi+splenektomi ameliyatı yapıldı. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta şifa ile taburcu edildi. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesi "pankreasın kistik endometriozi" olarak rapor edildi.

**SONUÇ:** Pankreas endometriozi son derece nadir görülür ve sıklıkla pankreasın diğer kistik lezyonları ile kolaylıkla karıştırılır. Preoperatif tanı son derece zordur.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriozi, pankreas, kistik lezyon.

**Resim 1.** Hastaya ait abdominal tomografi bulgusu (kırmızı ok ile kistik lezyon görülmektedir).



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

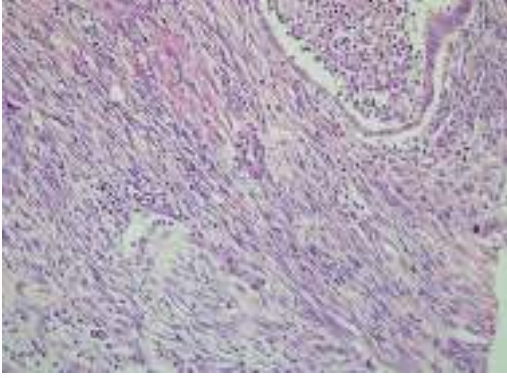
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2. Endometrial stroma ve gland (H&E).**



**Resim 3. Stroma ve glandda progesteron pozitifliği, (İmmunohistokimyasal boyama)**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0921 [Pankreas Cerrahisi]

#### Pankreas nöroendokrin tümörleri: 9 olgunun analizi

Metin Yalaza, Sadettin Er, İbrahim Doğan, Birkan Birben, Özgür Akgül, Betül Keskinçilç Yağız, Sabri Özden, İsa Sözen, Mehmet Keşkek, Arif Zeki Akat  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nöroendokrin tümörler, vücutta çeşitli yerlere dağılmış nöroendokrin hücrelerden ortaya çıkan ve değişken klinik ve histolojik özellikleri gösteren heterojen bir neoplazm grubudur. Pankreas nöroendokrin tümörleri (PNET) nadir görülür ve tüm gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörlerin sadece % 12.1'ini oluşturur. Bu çalışma ile, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Haziran 2015-Nisan 2017 tarihleri arasında ameliyat edilen 9 adet PNET olgusunu sunulmaktadır.

#### Gereçveyöntemi:

22 aylık süreçte PNET nedeniyle pankreatektomi veya enükleasyon işlemi yapılan 9 hasta çalışmaya dahil ildi. Nöroendokrin tümörler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 endokrin tümör sınıflamasına göre patolojik olarak sınıflandırıldılar. Hastalar, yaş, cinsiyet, ek hastalık, cerrahi tipi, tümör boyutu, ameliyat süresi, hastanede kalış ve takip süresi açısından değerlendirildi. Çalışmamıza konu olan süreçte Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde PNET'li 9 hastada pankreatektomi veya enükleasyon uygulanmıştır. PNET tanısı histopatolojik inceleme ve cerrahi numunelerin kromogranin A ve sinaptofizin ile immünohistokimyasal boyanması ile konuldu. Hastanın tipik olarak fazla hormon sekresyonu ve preoperatif semptomlar, klinik bulgular ve hormon düzeylerine göre "işlevsellik" göstermesinden kaynaklanan klinik semptomları yoksa, tümör plazma hormonu seviyeleri veya doku immün aktivitesinden bağımsız olarak "işlevsiz" olarak sınıflandırıldı. Veriler geriye dönük olarak toplandı. Ki67 için 8 hastada immünohistokimyasal boyama testi uygulandı. Tümör boyutu tümörün en büyük çapıyla tanımlandı.

#### SONUÇLAR:

9 hastanın 5'i (%55.6) erkek, 4'ü (%44.4) kadındı ve ortalama yaş 48,4 (18-69) idi. 3 hastada fonksiyonel tumor saptandı ve ameliyat öncesi tanı insülinoma olarak doğrulandı. Ortalama tumor boyutu 4.1 cm (1.2-7.5 cm arasında) idi. Tümör 3 (%33.3) hastada pankreas baş, 2 (%22.2) hastada gövde ve 4 (%44.5) hastada kuyruk kısmında yerleşmekteydi. Bir hastada cerrahi sınır pozitif saptandı. Ortalama ameliyat süresi 175.83 (75-300) dakikaydı. Ortalama hastanede kalış süresi 10.33 (4-23) gündü. Ortalama hastaliksız sağ kalım 19.3 ay (0-31 ay) saptandı. PNET nadir görülen ve yavaş büyüyen tümörler olsa da malign olabilmekte ve sağ kalımı düşük olabilmektedir. PNET'in cerrahi ve konservatif tedavisini değerlendiren büyük çalışmalar yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Nöroendokrintümör, pankreas, insülinoma

**Tablo 1: Pankreatik nöroendokrin tümör hastalarının demografik verileri**

| Tablo 1: Pankreatiknöroendokrin tümör hastalarının demografik verileri |              |
|------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Erkek/Kadın                                                            | 5/4          |
| Yaş (yıl)                                                              | 48,4 (18-69) |
| Fonksiyonel/nonfonksiyonel                                             | 3/6          |
| Kan grubu                                                              |              |
| A Rh(+)                                                                | 3            |
| B Rh(-)                                                                | 1            |
| O Rh(-)                                                                | 1            |
| O Rh(+)                                                                | 4            |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 2: Pankreatik nöroendokrin tümör hastalarının özellikleri**

| Tablo 2: Pankreatiknöroendokrin tümör hastalarının özellikleri |               |
|----------------------------------------------------------------|---------------|
| Tümör boyutu (cm)                                              | 4.1 (1.2-7.5) |
| Tümör yerleşimi (n)                                            | 48,4          |
| baş                                                            | 3             |
| gövde                                                          | 2             |
| kuyruk                                                         | 4             |
| Mitoz sayısı/10 BBA (number of mitosesper 10 fields) (n)       |               |
| 1-2                                                            | 3             |
| raporda belirtilmemiş                                          | 6             |
| Sinaptofizin (n)                                               | 1             |
| Pozitif                                                        | 4             |
| Negatif                                                        | 0             |
| Boyama yapılmayan                                              | 1             |
| Kromogranin-A (n)                                              |               |
| Pozitif                                                        | 9             |
| Negatif                                                        | 0             |
| Ki-67 (n)                                                      |               |
| ≤2                                                             | 4             |
| 3-20                                                           | 4             |
| raporda belirtilmemiş                                          | 1             |
| Tümör Grade (n)                                                |               |
| I                                                              | 5             |
| II                                                             | 4             |
| III                                                            | 0             |
| Ca 19-9 (U/ml) (n)                                             |               |
| 0-35                                                           | 4             |
| >35                                                            | 2             |
| veri setinde bulunmayan                                        | 3             |

**Tablo 3: Pankreatik nöroendokrin tümör hastalarının demografik verileri**

| Tablo 3: Pankreatiknöroendokrin tümör hastalarının demografik verileri |                 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Ameliyat süresi (dakika)                                               | 175.83 (75-300) |
| Yatış süresi (gün)                                                     | 10.33 (4-23)    |
| Takip süresi (ay)                                                      | 17.11 (8-28)    |
| Sağ kalım (ay)                                                         | 19.3 (0-31)     |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0922 [Pankreas Cerrahisi]

#### Pankreas spesmenlerinin histopatolojik değerlendirilmesi: 41 Olgunun Analizi

Ceren Canbey Göret

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Pankreatikoduodenektomi (Whipple) ve distal pankreatektomi (DP) ameliyatları benign inflamatuvar durumlardan malign neoplazilere kadar değişen endikasyonlarda tercih edilen yöntemlerdir. Hem whipple hemde distal pankreatektomi materyallerinin patolojik incelemesi, prognostik olarak önemli birçok faktörü doğru bir şekilde değerlendirmek için özel dikkat gerektirmektedir. Bu çalışmada retrospektif olarak, 6 yıllık süreçte değerlendirdiğimiz toplam 41 whipple ve distal pankreatektomi materyallerinin patolojik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**METOD:** Ocak 2010 - ocak 2016 tarihleri arasında İstanbul Ekin Özel Patoloji laboratuvarında değerlendirilen benign ve malign, toplam 41 whipple prosedürü ve distal pankreatektomi materyalleri çalışmaya dahil edildi.

**SONUÇLAR:** Toplam 41 vakanın; 10'u (%24.4) distal pankreatektomi, 31'i (%75.6) pankreatikoduodenektomi (Whipple) operasyonuna aitti. Olguların 22'si (%53.6) erkek, 19'u (%46.4) kadın olup, yaş ortalaması 59.8 idi. Olguların 6'sı (%14.6) benign, 35'i (%85.4) malign idi. Malign olan 35 vakanın; 15'i kadın, 20'si erkek olup, Yaş ortalaması 60.44 idi. Lokalizasyon açısından tümörlerin 6'sı (%17.1) ampulla, 7'si (%20) pankreas distali, 2'si (%5.7) duodenum, 20'si (%57.2) pankreas başı lokalizasyonlu idi.

**TARTIŞMA:** Gerek Whipple, gerekse distal pankreatektomi prosedürü uygulanan pankreas karsinom vakalarında patolojik olarak makroskopiye hakim olmak, tüm piyesi özenle örneklemek gerekmektedir. Böylelikle tümör tipi ve lenf nodu durumu gibi surveyi temelden etkileyen parametreler daha doğru değerlendirilecektir. Ayrıca preoperatif dönemde görüntüleme ile tespit edilen kitlere ERCP ya da EUS eşliğinde FNAB yapılarak benign lezyonlarda rezeksiyon oranını bir nebze olsa da düşürebiliriz.

**Anahtar Kelimeler:** Whipple prosedürü, distal pankreatektomi, pankreas cerrahisi

#### Resim 1:



Ampulla vater lokalizasyonlu kitle, koledokta genişleme

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 2:



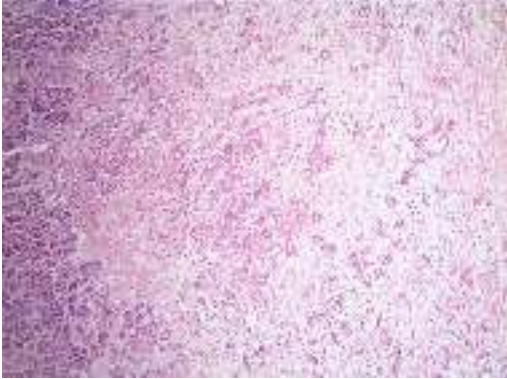
Ampulla vateri lokalizasyonunda kitle (stile koledok ve wirsungta)

Resim 3:



Koledoku fokal alanda daraltan pankreas basi lokalizasyonlu kitle

Resim 4:



Sol altta normal pankreas dokusu, diğer alanlarda duktal adenokarsinoma ait desmoplastik stroma içerisinde infiltratif glandüler yapıda tumor adaları (H&E x 40)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**Tablo 1: Benign vakalarda tümör lokalizasyonları ve cerrahi prosedür**

| Lokalizasyon         | Vaka sayısı n= 6 (%14.6) | Cerrahi prosedür                |
|----------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Müsinöz Kistadenom   | n=1                      | Distal pankreatektomi prosedürü |
| Seröz Kistadenom     | n=1                      | Distal pankreatektomi prosedürü |
| Pankreatik psödokist | n=1                      | Distal pankreatektomi prosedürü |
| Kronik pankreatit    | n=3                      | Whipple prosedürü               |

**Tablo 2: Malign vakalarda tümör lokalizasyonları ve cerrahi prosedür**

| Lokalizasyon    | Vaka sayısı   | Cerrahi prosedür                |
|-----------------|---------------|---------------------------------|
| Ampulla vateri  | n=6 (%17.1)   | Whipple prosedürü               |
| Distal Pankreas | n=7 (%20)     | Distal pankreatektomi prosedürü |
| Duodenum        | n=2 (%5.7)    | Whipple prosedürü               |
| Pankreas başı   | n= 20 (%57.2) | Whipple prosedürü               |

**Tablo 3: Malign ve benign vakaların histopatolojik tipte dağılımı ve tercih edilen operasyon prosedürleri**

| Malign Vakalar                                                                                                                              | Benign Vakalar                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Duktal adenokarsinom: n=32 (25:W, 7:DP)<br>Nöroendokrin karsinom: n=2 (W)<br>Taşlı yüzük hücreli karsinom: n=1 (W)<br><br>Toplam 35 (%85.4) | Müsinöz Kistadenom: n=1 (DP)<br>Seröz mikrokistik adenom: n=1 (DP)<br>Pankreatit: n=3 (W)<br>Pankreatik psödokist: n=1 (DP)<br><br>Toplam 6 (%14.6) |

W: Whipple prosedürü DP: Distal Pankreatektomi

**Tablo 4: Malign vakalarımızın patolojik evre dağılımı**

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| Evre T1            | n=5 (%14.3)  |
| Evre T2            | n=9 (%25.7)  |
| Evre T3            | n=20 (%57.1) |
| Evre T4            | n=1 (%2.9)   |
| Toplam malign vaka | n=35         |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0923 [Pankreas Cerrahisi]

#### Ampuller adenokarsinomlu hastalarda küratif rezeksiyon sonrası pozitif lenf nodu oranı logaritmasının (LODDS) prognoza etkisi

Coşkun Onak<sup>1</sup>, Tuğba Balkaya<sup>1</sup>, Turan Acar<sup>1</sup>, Emine Özlem Gür<sup>1</sup>, Gülden Ballı<sup>1</sup>, Ahmet Er<sup>1</sup>, Fatma Hüsniye Dilek<sup>2</sup>, Osman Nuri Dilek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

**GİRİŞ:** Ampulla Vater kaynaklı adenokarsinomlar, tanı ve tedavideki teknolojik gelişmelerin de katkısıyla son yıllarda görülme sıklığı artan tümörlerdir. Periapuller kanserler içerisinde nispeten daha iyi prognoza sahip olduğu ve radikal rezeksiyon sonrası 5 yıllık genel sağ kalım oranı %30-70 olarak bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda lenf nodu metastazı varlığının prognozu etkileyen önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle çeşitli çalışmalarda metastatik lenf nodu sayısının ve metastatik/toplam disseke edilen lenf nodu sayısının oranını irdelenmiştir. Son yıllarda tanımlanmış pozitif lenf nodu oranı logaritması (LODDS) lenf nodu metastazının prognostik önemini değerlendirmek amacıyla kullanılmakta olup ancak, ampuller adenokarsinomlarda LODDS'un prognostik önemini irdelleyen çok az çalışma vardır. Bizim hedefimiz ampuller adenokarsinomlarda LODDS'un prognostik önemini araştırılmasıdır.

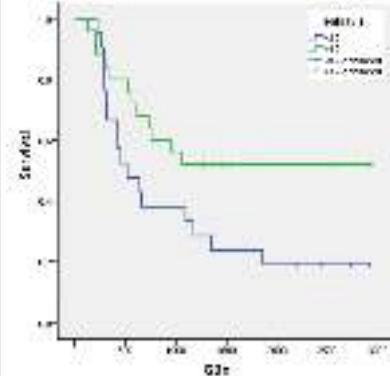
**YÖNTEM:** Çalışma hastane veri tabanının retrospektif olarak incelenmesiyle oluşturuldu. 2010 ve 2014 yılları arasında kliniğimizde opere edilmiş, takip kayıtları tam olan hastalar çalışmaya alındı. Postoperatif erken dönemde (0-90 gün) ölen, cerrahi sınırı pozitif hastalar çalışmaya dahil edilmedi. LODDS hesaplaması  $\log(\text{metastatik lenf nodu sayısı}+0,5)/(\text{toplam lenf nodu sayısı}+\text{metastatik lenf nodu sayısı}+0,5)$  şeklinde yapıldı. LODDS 3 alt gruplara ayrıldı ve bunlar LODDS1 (LODDS<-1), LODDS2 (-1≤LODDS≤-0,5), LODDS3 (LODDS>-0,5) olarak oluşturuldu.

**BULGULAR:** Çalışmaya 33'ü erkek, 14'ü kadın 47 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 57,8 (±1,6) olup ortalama sağ kalım 37,8 (±4,3) aydır. 1, 3 ve 5 yıllık sağ kalım oranları sırasıyla %73, %47 ve %39 idi. Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 15,4 (±1,2) ve ortalama tümör boyutu 2,33 (±0,9) cm'dir. Ortalama LODDS değeri -0,9178 (±0,06) olarak hesaplandı. Hastalar LODDS değerlerine göre ayrıldığında; 22 hastada LODDS1 grubunda, 17 hastada LODDS2 grubunda, 7 hastada LODDS3 grubunda yer aldı. LODDS 1, 2 ve 3 alt gruplarına ait ortalama sağ kalım süreleri sırasıyla 52,3, 24 ve 25,9 ay olarak hesaplandı ve LODDS1' in sağ kalıma etkisi LODDS2 ve LODDS3'e göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,05). LODDS değerlerinin perinöral invazyon ile güçlü korelasyon gösterdiği saptandı (p<0,05). Mikrovasküler invazyonun LODDS1 grubunda anlamlı olarak daha az görüldüğü (p<0,05) fakat LODDS2 ve LODDS3 grupları arasında sağ kalım sürelerinde olduğu gibi anlamlı bir fark görülmedi.

**SONUÇ:** Ampulla tümörlerinde metastatik lenf bezlerinin ve rezeke edilen lenf bezlerinin belirlenmesi sonucunda hesaplanan LODDS'un, sağkalımın öngörülmesinde, önemli bir prognostik faktör olabileceğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Ampuller adenokarsinom, LODDS, pozitif lenf nodu oranı logaritması

Fig 1



Vasküler invazyonun sağkalıma etkisi, Kaplan-Meier analizi

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

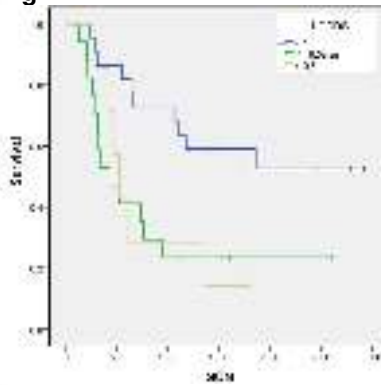
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr

### Tablo 1 Hasta ve tumor bilgileri

[illegible]

O.S, ortalanca sayisi; CA-karbonhidrat antijeni; LNR, metastatik lenf nodlarinin toplam lenf nodlarına oranı; LODDS,  $\log(\text{Met. lenf nodu sayisi} + 0,5 / \text{toplam lenf nodu sayisi} - \text{met. lenf nodu sayisi} + 0,5)$

**Fig 2**



LODDS alt gruplarının sağkalıma etkisi, Kaplan-Meier analizi

**Tablo 2 Hasta ve tumor ozelliklerinin sagkalima etkisi**

[illegible]

CA-karbonhidrat antijeni; LNR, metastatik lenf nodlarının toplam lenf nodlarına oranı; LODDS,  $\log (\text{Met. lenf nodu sayısı}+0,5/\text{toplam lenf nodu sayısı}-\text{met. lenf nodu sayısı}+0,5)$



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0924 [Pankreas Cerrahisi]

#### Künt travma nedeniyle gelişen izole pankreas transeksiyonu; Olgu Sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Aybala Koptur, Amil Huseynov, Demet Sarıdemir, İsmail Demiryılmaz  
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

#### Giriş

Pankreastanin künt travmaları ciddi lezyonlardır. Pankreasta izole bir yaralanma nadirdir. Fiziksel bulgular ve laboratuvar parametreleri çoğu kez yanıltıcı olup, eksik olan klinik ciddi problemlere neden olabilir.

#### Olgu Sunumu

İnek tepmesi sonrası künt pankreatik travmalı 39 yaşındaki bir kadın hastada bilgisayarlı tomografide pankreastın kuyruğu boyunca ayrılma olduğunu bildiren bir olgu sunuldu. Hastada distal pankreatektomi sonrası iyi sonuç alındı.

#### Tartışma

Çalışmalar hem serum hem de peritoneal lavaj sıvısında amilaz yükselmesinin pankreatik hasarın teşhisi için ne duyarlı ne de spesifik olmadığını ortaya koymuştur. Bradley, künt pankreas yaralanması literatüründe bildirilen 400'den fazla vakanın incelenmesinde serum amilaz düzeylerinin belgelenmiş pankreatik yaralanmalara sahip kişilerin % 82'sinde yükseldiğini göstermiştir. Künt karın travması ve kanıtlanmış pankreas hasarı bulunan hastaların % 75'inden fazlasında kanda amilaz yüksekliği gözleendiğinden, künt karın travması durumunda olası pankreas hasarının bir işareti olarak düşünölmeli ve ileri tetkik ihtiyacına işaret etmelidir.

#### Sonuç

Bu olgu, künt karın travması olgularında ayırıcı tanıda pankreas yaralanmalarının göz önüne alınması gerektiğini hatırlatmaktadır. Kontrastlı Bilgisayar tomografi tanıyı kesinleştirir ancak, tanı hala belirsiz ise, acil endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi önerilmektedir. Ayrıca, klinisyen, pankreatik yaralanmaların konservatif olarak yönettiğinde, klinik, radyolojik ve laboratuvar parametrelerinin çözömleninceye kadar izlenmesi gerektiğinin farkında olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Pankreas Travması, İzole Transeksiyon, Künt Travma

#### Distal pankreasın transeksiyonunu gösteren kontrast BT taraması.



Belirtilen kısımda tam kat ayrılma, Grade 3 lacerasyon.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



## EPS-0925 [Pankreas Cerrahisi]

### Pankreatik Seröz Kistik Kitle Öntanısı İle Cerrahi Uygulanan Pankreatik Tüberküloz Hastası

Veysel Karahan, Nurhan Haluk Belen

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

**GİRİŞ:** Tüberküloz dünyada hala yaygın bir hastalık olup, extrapulmoner yayılım alanlarından biri de gastrointestinal sistemdir. İzole pankreatik tüberküloz ise oldukça nadirdir. Pankreatik tüberküloza bağlı gelişen soliter kitle, pankreatik kistik neoplazm tanısı alabilir. Biz görüntüleme teknikleri ile pankreatik seröz kistadenom veya seröz kistadenokarsinom olabileceği belirtilen pankreatik tüberküloz vakasını sunduk.

**VAKA:** 37 yaşında kadın hasta dış merkeze 2 haftadır epigastrik bölgede olan ağrı şikayeti ile başvurmuş. Yapılan batın ultrasonunda pankreas başında kitle saptanması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet dışında bulgu saptanmadı. Öyküsünde hepatit, sarılık, tüberküloz, malignite yoktu. Ateş, sarılık, öksürük tariflemeydi.

Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde, wbc:5.4 (3.8-8.6), hgb 11.2(11.1-17.1), plt:122 (140-360), ast: 71 (5-40), alt:68 (5-40), alp:1466 (30-120), ggt:689 (0-55), amilaz:78 (28-100), d.bil:0.5(0-0.35), tot bil:0.8 (0-1.1), cea:0.01(1-5), ca 19-9: 13.01 (0-33). Hiv, hepatit B, hepatit C için çalışılan serolojik testler negatif saptandı.

Batın ultrasonunda; Pankreas başı düzeyinde unsinat süreçte 37x31x55 mm boyutta doppler ile akımlanamayan milimetrik kistlerin ve yumuşak doku komponenti bulunan hipoekoik kitlelezyonu izlendi (Seroz kistadenom-kistadenokarsinom?). Hepatik arter ve portal venkitle lezyonu içerisinde seyretmekte olup, belirgin darlık ve invazyon izlenmemiştir şeklinde rapor edildi. Trifazik Batın BT'de; Pankreas başı superior kesiminde portal hilusa uzanan, portal veni anteriora deplaseeden aksiyalde 44x50 mm boyutta makrokistik komponenti bulunan hipodens lezyon izlendi (Seröz kist adenom - Kistadenokarsinom?). Toraks BT normal olarak değerlendirildi. Endoskopik ultrasonda yaklaşık 4 cm. boyutunda lobule multikistik lezyon saptandı. Seröz kistadenom ve kistadenokarsinom öntanılarıyla klasik whipple operasyonu uygulandı. Spesmenin patolojik değerlendirmesinde yaygın kazeifiye kronik granülomatöz iltihap odakları izlendi. Malignite bulgusu saptanmamış olup, pankreatik tüberküloz tanısı konuldu. Hasta postoperatif dönemde anti- tüberküloz tedavisi aldı ve takibinde patoloji saptanmadı

**TARTIŞMA:** Tüberküloz hastalığında, ekstrapulmoner yayılım en sık abdominal tüberküloz olarak karşımıza çıkar. Pankreatik tüberküloz oldukça nadir olup, en sık pankreasın baş ve uncinat prosesinde tutulum görülür. En sık bulguları karın ağrısı, bulantı kusma ve kilo kaybıdır. Radyolojik olarak çok çeşitli görüntüler sergileyebilir ve pankreatik kistik neoplazmları taklit edebilirler. Çoğunlukla 2 cm den küçük mikrokistik olup daha büyük boyutlara ulaşabilirler. Kistik lezyonlar BT de multilokule, ince septa, santral skar ve yıldız şeklinde kalsifikasyon oluştururlar. Bizim hastamızda da radyolojik olarak seröz kistadenom veya seröz kistadenokarsinom öntanıları nedeniyle whipple prosedürü uygulandı. Doku değerlendirmesi sonrasında pankreatik tüberküloz tanısı alan hastaya anti-tüberküloz tedavisi uygulandı ve takibinde hastanın şikayetlerinin gerilediği saptandı. Pankreatik tüberküloz, pankreatik kistik kitleler ile karışabilir ve çoğunlukla laparotomi yapılmadan tanısı konulamadığı için pankreatik seröz kistik kitle bulunan vakalarda akılda tutulması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Malignite, Pankreas, Tüberküloz

### Şekil 1



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0927 [Pankreas Cerrahisi]

#### Pankreas nöroendokrin neoplazilerinde klinikopatolojik yaklaşım.Tek merkez deneyimi

Hızır Taner Coşkun<sup>1</sup>, Coşkun Onak<sup>1</sup>, Umur Özkerim<sup>2</sup>, Şebnem Karasu<sup>3</sup>, Turan Acar<sup>1</sup>, Fatma Hüsnüye Dilek<sup>4</sup>, Mehmet Hacıyanlı<sup>1</sup>, Osman Nuri Dilek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Pankreas nöroendokrin neoplazileri (NEN) kliniklerde giderek artan oranda tespit edilmeye başlamıştır. NEN'lerin çoğunluğu non-fonksiyonel olmalarına rağmen, tedavilerinde rezeksiyon halen en önemli yaklaşım şeklidir. Burada, kliniğimizde 2013-2017 yılları arasında NEN tanısı konulan hastalarımızı ve klinikopatolojik yaklaşımlarımızı irdelemeyi amaçladık.

Hastanemizde 2013-2017 yılları arasında 58 hastada NEN tanısı konulmuştur. Hastaların 35 i erkek, 23'ü 'ise kadındır. Yaş ortalaması 59 olarak saptanmıştır. Tanı; 1 hastada yapılan abdominal ultrasonografide insidental olarak saptanmış, 27 hastada (EUS+Bx), 16 hastada BT, 8 hastada MR, 6 hastada PET CT ile konulmuştur. Olguların 54'ü non-fonksiyonel, 4'ü ise fonksiyonel NEN olarak değerlendirilmiştir. En sık görülen fonksiyonel NEN'ler insülinoma ve gastrinomalardır. Bizim serimizdeki fonksiyonel NEN'lerin 3'ü insülinoma, 1 tanesi ise somatositatinoma olarak değerlendirilmiştir. Hastaların 23'ünde izlem, 34'ünde ise ameliyat yapılmıştır. 1 hasta ise operasyon önerisini kabul etmeyerek takipten çıkmıştır. 2 olguda enükleasyon, 1 olguda lokal rezeksiyon, 5 olguda distal pankreatektomi, 26 olguda pankreatikoduodonektomi (Whipple prosedürü) yapılmıştır.

Sonuç olarak, NEN olguları yeni tanı yöntemlerinin de katkısı ile giderek artan sayıda karşımıza çıkmaya başlamıştır. Tedavisinde sıklıkla cerrahi yöntem tercih edilmekle beraber, son zamanlarda etanol enjeksiyonu vb alternatif yöntemlerin de kullanılmaya başladığı bildirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** insülinoma, nöroendokrin neoplazi, somatositatinoma,

#### Tablo: Tercih Edilen Görüntüleme Yöntemleri

| ABDOMİNAL ULTRASONOGRAFİ | 1 (İNSİDENTAL) |
|--------------------------|----------------|
| EUS+BX                   | 27             |
| BT                       | 16             |
| MR                       | 8              |
| PET                      | 6              |

**Resim:** Galyum-68 dotatate PET/CT ile multiple nöroendokrin tümör saptanan hastamızda yapılan Whipple ameliyatı ve distal pankreatektomiye ait spesmenleri.



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018buck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0928 [Pankreas Cerrahisi]

#### Pankreas Tümörü nedeni ile Whipple prosedürü yapılan hastalarımızın progrostik faktörleri?

Yusuf Emre Altundal, Ekrem Ferlengez, Fazilet Erözgen, Gamze Çıtlak, Muzaffer Akıncı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Pankreas Kanseri hala Tüm Dünyada mortalitesi çok yüksek olan bir kanser türüdür. Birçok hasta günümüzde hala cerrahi için uygun değildir. Hastanemizde pankreas tümörü nedeni ile Whipple prosedürü nedeni ile ameliyat olan hastaların survivallerine etki eden faktörler araştırılmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya hastanemizde 2013 Ocak ile 2017 Ocak arasında Whipple prosedürü uygulanan 40 hasta dahil edildi. Hastaların demografik bilgilerine bakıldı ayrıca tümör lokalizasyonları, tümör markerları, hemotokrit, albumin değerlerine bakıldı. Postoperatif olarak hastaların hastanede kalış süreleri, yaşam süreleri, ve patoloji sonuçları incelendi.

**BULGULAR:** Opere olan Hastaların yaş, albumin değeri, tümör markerları, lenf nodu pozitifliği, TNM evresinin survival üzerinde anlamlı etkileri olduğu gösterildi. Bilirubin düzeyi ve cinsiyetin ise survival üzerine etkisi gösterilemedi.

**TARTIŞMA:** Günümüzde pankreas tümörü nedeni ile yapılan whipple prosedürü tedavi için altın standart olarak değerlendirilse de survival üzerine etkisi hala yüzgüldürücü boyutlara ulaşmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** whipple, pankreas, tümör

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0929 [Pankreas Cerrahisi]

#### Pankreasın nadir bir tümörü: anaplastik karsinom

Orhan Üreyen<sup>1</sup>, Olçun Ümit Ünal<sup>2</sup>, Demet Alay<sup>1</sup>, Ayşe Yağcı<sup>3</sup>, Enver İlhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi- İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

**GİRİŞ:** pankreasın anaplastik karsinomu oldukça nadir karşımıza çıkmakta olup literatürde genelde vaka bildirimleri şeklindedir. Anaplastik karsinom pankreasın duktal adenokarsinomlarından daha kötü prognozudur. Bu tümör genellikle kistik bir yapıda, çevre dokularla yakın ilişkili ve ileri evrede tanı konur. Tedavisinde kemoterapi ve radyoterapi etkinliği tartışmalıdır. Biz burada pankreas başında kitle nedeniyle "Whipple" prosedürü uyguladığımız pankreas anaplastik karsinomlu bir olgunun yönetimini sunmayı amaçladık.

**OLGU:** Sarılık yakınması olan 78 yaş erkek olgunun yapılan muayenesinde tüm vücutta ikter mevcuttu. Batın muayenesinde safra kesesi palpe ediliyordu. Laboratuvar tetkiklerinde total bilirubin: 22.11mg/dl, direktbilirubin:11mg/dl, Gamma Glutamil Transferaz458U/L, Alkalen Fosfataz: 582 U/L, CA 19.9:433U/mL, karsinoembriyonik antijen: 2.7ng/mL, Aspartat Transaminaz: 180 U/L, Alanin Aminotransferaz: 152 U/L olarak saptandı. Diğer laboratuvar bulguları olağan idi. Radyolojik görüntülemelerinde; Koledok yaklaşık 2 cm genişliğinde, tüm intrahepatik ve extrahepatik safra yolları normalden geniş idi. Ayrıca distal kesimde kalem ucu şeklinde daralmaktaydı. Ayrıca pankreas baş kesiminde yaklaşık 15 mm'lik kitle mevcut idi. Uzak organ taramasında metastaz saptanmadı. Bu bulgular ile olguya ERCP planlandı. Ancak 2 kez yapılan ERCP'de koledok kanüle edilemedi. Perkütan Transhepatik Kolanjiografi'de yapılamayan olguya aşırı bilirubin yüksekliği ve genel durumunun bozulmaya başlaması üzerine "Whipple" operasyonu yapıldı. Histopatolojisinde pankreasın anaplastik karsinomu (Undiferansiye)ve diseke edilen 8 adet lenf bezinin ikisinde karsinom metastazı saptandı. Tümör boyutu 2,4x2,1x1,5 cm idi. lenfovasküler invazyon saptanmaz iken perinöral ve nöral invazyon görüldü..CK(+),CK19(+), CK20(-), e-cadherin (-), sinoptizin (-), kromagranin (-), p53%90(+), Ki 67 %20(+) saptandı.

Olguya postoperatif 3. günde oral başlandı. Orali tolere eden olguda 12. Günde gbulantı kusma başladı. Gaz gayta deşarjı azaldı. Batında distanyon gelişmeye başladı. Nazogastrik sonda ile takip edilmeye başladı. Yaklaşık 10 gün takip edilen ve genel durumu düzelmeyen ve ileus tablosu oturan olgu. Postoperatif 22.gününde relaparotomi uygulandı. Gözlemde eski operasyon bölgesinde ve anastomozlarda patoloji gözlenmedi. ileocekal valvin 15 cm proksimalindeki yaklaşık 7-8 cm lik ince barsak segmenti gato yapmış, ileri derece daralmış ve retroperitona yapışmıştı. Ansların beslenmesi yer yer bozulmıştı nekroz gözlenmedi. Bu bölgenin proksimalindeki tüm ince barsaklar ileri derecede dilate idi. "loop ileostomi" uygulandı. İkinci cerrahi işlem sonrası 11.gün sorunsuz taburcu edildi.

Olgunun evresi IIB(T3N1M0)idi. Onkoloji konseyinde görüşülen olguya kemoterapi planlandı. 6.ay kontrollerinde karaciğerde iki adet metastatik lezyon geliştiği görüldü. Kemoterapisi devam eden olgununoperasyon sonrası tüm laboratuvar değerleri olağan olarak seyretmektedir.

**SONUÇ:** Pankreas anaplastik karsinomlarında salim cerrahi sınır ile radikal cerrahi rezeksiyon en etkili tedavidir. Pankreas cerrahisi sonrası postoperatif dönemde beklenmedik sorunların karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** anaplastik karsinom, cerrahi tedavi, prognoz, pankreas

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0930 [Pankreas Cerrahisi]

#### Periampuller Bölge Tümörlerinde Primer Lokalizasyonun KRAS mutasyonları ile Belirlenmesi

Seçil Ak Aksoy<sup>1</sup>, Fuat Aksoy<sup>2</sup>, Berrin Tunca<sup>1</sup>, Halit Ziya Dünder<sup>2</sup>, Pınar Taşar<sup>2</sup>, Ömer Yerci<sup>3</sup>, Nesrin Uğraş<sup>3</sup>, Yılmaz Özen<sup>2</sup>, Ünal Egeli<sup>1</sup>, Gülşah Çeçener<sup>1</sup>, Ekrem Kaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Periampuller bölge tümörlerinde (PBT) primer lokalizasyonunu ve tümörün davranışını belirlemek için kullanılabilecek klinopatolojik parametreler sınırlayıcıdır. Bu çalışmada PBT tümörlerinin moleküler karakterlerinin aydınlatılmasında ve primer tümörün lokalizasyonunu belirlenmesi amacıyla yol gösterici olabilecek genetik ve epigenetik değişimlerin araştırılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Mevcut çalışmada 48 pankreas başı, 41 ampulla vateri, 25 distal koledok, 12 duodenum olmak üzere toplam 126 hastada RAS ve EGFR sinyal yollarını hedef alan genler ve miRNA' lar analiz edildi.

**BULGULAR:** Çalışmada değerlendirilen hastaların 54' ü kadın 72' si erkektir. Ortalama yaş 63.34 olarak belirlendi.

Pankreas başı tümörleri oluşumunda KRAS kodon 13 mutasyonunun etkili olduğu belirlen (%82; p<0.001). Ampulla vater tümörlerinde ise miR-143' ün düşük ekspresyonu istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

**Tartışma ve SONUÇ:** Mevcut bulgular doğrultusunda KRAS kodon 13 mutasyonu taşıyan PBT' lerde primer tümör lokalizasyonu pankreas başı olarak belirlenerek tedavi seçenekleri bu doğrultuda oluşturulabilir.

**Anahtar Kelimeler:** KRAS, Periampuller Bölge Tümörleri, Lokalizasyon

#### Kodlama Yapmayan RNA' lar



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

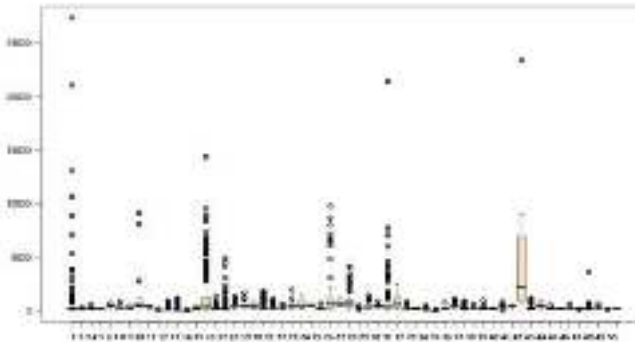
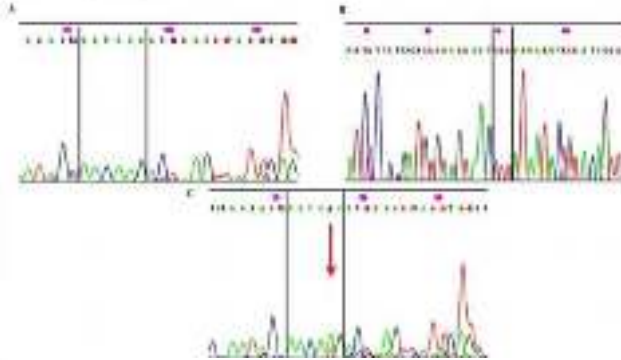
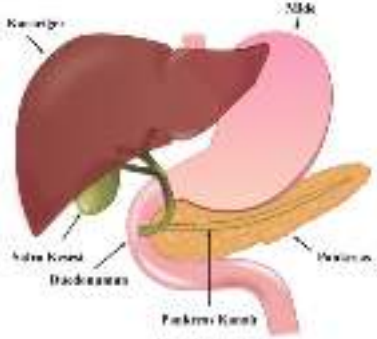
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





**21. ULUSAL  
CERRAHİ KONGRESİ**  
**16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**



E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0931 [Pankreas Cerrahisi]

#### Robotik kistogastrostomi vakalarımız

Serap Ulusoy<sup>1</sup>, Furkan Savaş<sup>2</sup>, İbrahim Kılınç<sup>1</sup>, Mehmet Özer<sup>1</sup>, Şevket Barış Morkavuk<sup>1</sup>, Ömer Parlak<sup>2</sup>, Abdussamed Yalçın<sup>2</sup>, Ali Coşkun<sup>2</sup>, Mehmet Kılıç<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

#### GİRİŞ:

Pankreatit lokal ve sistemik komplikasyonlara neden olabilen, sık karşılaşılan ve tedavisi zor bir hastalıktır. Akut pankreatit in en sık nedenleri safra taşları ve alkoldür ve yaklaşık vakaların %80 inden sorumludur. Pankreatit herhangi bir komplikasyona neden olmadan tedavi edilebildiği gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Pseudokistler akut pankreatit olgularının %10 unda, kronik pankreatitlerin %20-38 inde gelişmektedir. Pseudokistler spontan olarak gerileyebildiği gibi bazen cerrahi müdahale gerekebilmektedir. Bizde pankreatit sonrası pseudokist gelişmiş olup cerrahi girişim gerektiren 3 olgumuzu sunmayı amaçladık.

#### OLGU 1:

26 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Safra kesesinde multiple taşlar tespit edildi. Amilaz:16000 lipaz:18400 idi. Hesaplanan giriş ransonu 0 idi. Hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın oral gıda alımı kesilip parenteral sıvı tedavisi ve antibiyoterapi başlandı. 48. saat ranson skoru 0 idi. 3 günlük takipte amilaz ve lipaz değerleri gerileyen fakat şikayetleri gerilemeyen hastaya tomografi yapıldı ve pankreasta nekroz ile uyumlu görünüm tespit edildi. Hastaya parenteral nutrisyon başlandı, antibiyotik değişikliği yapıldı. Şikayetleri gerileyen hasta takibinin 18. gününde taburcu edildi. Yaklaşık 4 hafta sonra bulantı- kusma şikayeti ile yeniden başvuran hastanın muayenesinde özellikle epigastrik bölgede olan tüm karnı dolduran kitle palpe edildi. Tomografi de pankreasta yaklaşık 24 cmlik pseudokist ile uyumlu lezyon saptandı. Hasta preoperatif olarak hazırlandı ve robotik kistogastrostomi ve kolesistektomi yapıldı. Postoperatif 7. gününde oral gıda başlandı ve postoperatif 13.gününde hasta taburcu edildi. Yapılan poliklinik kontrolünde şikayeti yoktu

#### Olgu2:

48 yaşında erkek hasta epigastrik ağrı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde epigastrik hassasiyeti mevcuttu. Safra kesesinde multiple milimetrik taşlar tespit edildi. Amilaz:6000Lipaz:2170 idi. Giriş Ransonu: 1 idi. Hasta kliniğimize yatırıldı. Parenteral sıvı tedavisi ve antibiyoterapi başlandı. 48. saat Ranson skoru: 0 idi. Takibinde şikayetleri gerileyen fakat ateş yüksekliği olan hastanın tomografisinde pankreasta nekroz tespit edildi. Antibiyotik değişikliği yapıldı. Ateş yüksekliği gerileyen fakat amilaz ve lipaz değeri 200 ün altına düşmeyen hasta taburcu edildi. Bulantı ve oral gıda alamama şikayeti ile 2 kere daha kliniğimize yatırılan hastanın kontrol tomografisinde pankreasta yaklaşık 20 cmlik pseudokist tespit edildi. Preoperatif hazırlanan hastaya robotik olarak kistogastrostomi ve kolesistektomi yapıldı. Postoperatif 7. gününde oral gıda başlandı ve postoperatif 11.gününde taburcu edildi. Yapılan poliklinik kontrolünde şikayeti yoktu.

#### Olgu 3:

44 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve oral gıda alamama nedeni ile değerlendirilip nonbilier pankreatit tanısı ile hastanemiz gastroenteroloji kliniğine yatırılmış. Hastanın amilaz:3500 lipaz:5600Giriş Ranson skoru:1 48.saat skoru:1 imiş. Hastaya parenteral nutrisyon ve antibiyoterapi başlanmış. Takibinde şikayetleri gerilemeyen hastaya tomografi yapılmış. Pankreasta yaklaşık 10 cmlik, mideye basısı olan pseudokist saptanan hasta kliniğimize devir alınıp robotik olarak kistogastrostomi yapıldı. Postoperatif 7.gününde oral gıda başlandı. Hasta postoperatif 13. gününde taburcu edildi. Hastanın yapılan poliklinik kontrolünde şikayeti yoktu.

#### Sonuç:

Pankreatit sonrasında pseudokist görülebilmektedir. Pseudokistlerin tedavisinde robotik kistogastrostomi güvenle kullanılabilecek bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Pankreatit, Kistogastrostomi, Robotik cerrahi

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



Olgu 1 Pseudokist tomografi görüntüsü

**Resim 2**



Olgu 2 Pseudokist tomografi görüntüsü

**Resim 3**



Olgu 3 Pseudokist tomografi görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0932 [Transplantasyon]

#### İleri Yaştaki Hastalarda Arteriovenöz Fistül Sonuçlarımız

Ömer Arda Çetinkaya, Miraç Barış Erzincan, Cüneyt Köksoy, Uğur Bengisun, Hakan Uncu  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

#### GİRİŞ

Son yıllarda böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz zorunluluğu olan ileri yaştaki hasta sayısında önemli oranda artış görülmüştür. Yaşlı hastalarda sıklıkla böbrek yetmezliğine eşlik eden diyabet ve arter hastalığı gibi yandaş hastalıklar bulunmaktadır. Bu çalışmamızda son dönem böbrek yetmezliği olan ileri yaştaki hastalarda, hemodiyaliz tedavisinin uygulanabilmesi amacıyla oluşturduğumuz arteriovenöz fistül (AVF) deneyimlerimizi ve sonuçlarımızı paylaşacağız.

#### MATERYAL-METOD

Kliniğimizde Eylül 2012 ile Eylül 2016 tarihleri arasında hemodiyaliz uygulanabilmesi için 65 yaş ve üstü 79 hastaya AVF oluşturulmuştur. Gerçekleştirdiğimiz sentetik greft kullanılan girişimler ve Genel Cerrahi A.D.'de transplantasyon ekibi tarafından oluşturulan AVF'ler çalışmamıza dahil edilmemiştir. Hastaların %44,3'ü kadın, %55,7'si erkek olup, yaş ortalamaları 72,3 (65-94)'tür. Hastaların %50,6'sında kronik böbrek hastalığının etyolojisi bilinmemektedir. Etiyolojisi bilinen hastalarda en sık neden olarak karşımıza diyabetik nefropati (%53,8) çıkmaktadır. Hastalarımızda en sık yandaş hastalık olarak ise hipertansiyon (%89,8) saptanmıştır. Hipertansiyonu, tip 2 diabetes mellitus (%49,3) ve koroner arter hastalığı (%37,9) izlemektedir. Primer patensi, fistül oluşturulduktan 14 gün sonra doppler USG ile fistül açıklığının belirlenmesi ile; sekonder patensi ise 1 yıl sonra aynı teknikle fistül açıklığı görülerek değerlendirilmiştir.

#### SONUÇLAR

Çalışmamızda en sık uygulanan AVF türünü %67 oranla radiosefalik fistül oluşturmakta, bu sırayı brakiosefalik (%24) ve brakiobazilik fistüller (%8,8) izlemektedir. Brakiosefalik AVF (BS-AVF)'lerde primer patensi oranı radiosefalik AVF (RS-AVF)'lere göre daha yüksektir ( %62,7'e karşın %77,8 p:0,245). İlginç olarak sekonder patensi oranları her iki grupta birbirine yakın düzeydedir (RS-AVF:94,1 BS-AVF:93,3). Brakiobazilik fistüllerde ise primer ve sekonder patensi oranları %100'dür. Radiosefalik ve brakiosefalik fistüllerin başarı oranları arasında cinsiyet ve yaş açısından bir farklılık belirlenmemiştir. Primer ve sekonder patensilerin yandaş hastalıklar ile arasında istatistiksel bir ilişkisi bulunmamaktadır. Komplikasyon açısından radiosefalik, brakiosefalik ve brakiobazilik AVF grupları arasında farklılık olmakla birlikte istatistiksel bir fark saptanamamıştır (p:0,424).

#### TARTIŞMA

İleri yaştaki hastalarda brakiosefalik fistül sonuçları göreceli olarak daha başarılı kaydedilmekle birlikte çalışmamızın sonuçlarına göre gerek benzer komplikasyon oranları, gerekse başarısızlık durumunda brakiosefalik fistül oluşturulma şansının mevcut olması sebebiyle yaşlı hastalarda da öncelikli tercihimizin radiosefalik AVF olması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** radiosefalik, brakiosefalik, arteriovenöz fistül, hemodiyaliz

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0933 [Transplantasyon]

**Canlı vericili karaciğer nakli öncesinde, verici adaylarının karaciğer hacmi ve anatomik yapılarının bilgisayarlı tomografi verilerinden yararlanılarak elde edilen 3 boyutlu yazıcı modeli ile değerlendirilmesi**

Belma Nalbant<sup>1</sup>, Tufan Egeli<sup>2</sup>, Tarkan Ünek<sup>2</sup>, Canan Altay<sup>3</sup>, Alper Selver<sup>4</sup>, Emre Kavur<sup>4</sup>, Funda Obuz<sup>3</sup>, İbrahim Astarcioglu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Translasyonel Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

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

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Elektrik-Elektronik Mühendisliği Ana Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Canlı vericili karaciğer naklinde verici adayının anjiyografi bilgisayarlı tomografi verilerinden yararlanılarak vasküler yapılarının (hepatik arter, portal ven, hepatik ven) preoperatif değerlendirilmesi için 3 boyutlu yazıcı kullanılarak verici adayının karaciğer prototipini elde etmek.

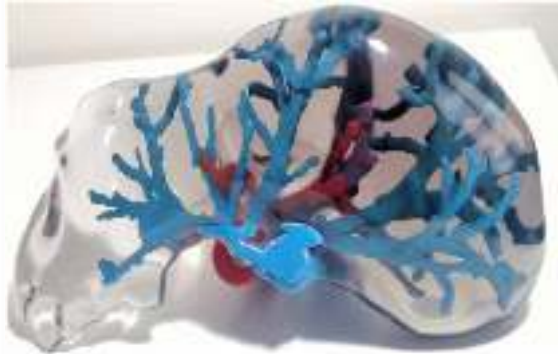
**GEREÇ-YÖNTEM:** İlk olarak, canlı verici adayının karaciğerinin 2 boyutlu bilgisayarlı tomografi verileri, özel bir bilgisayar yazılımı kullanılarak 3 boyutlu yazıcıya uygun olması için stereolitografi dosyasına çevrildi. Prototip, J 750 3D yazıcı (Stratasys®) tarafından 71 saatte 58 dakika katman kalınlığı 14 mikron olan fotopolimer reçine hammaddeleri kullanılarak üretildi. Baskı sonrasındaki incelemede, modelde elde edilen yapıların, işlem başında iki boyutlu taslak ile uyumlu olduğunu gözlemledik.

**BULGULAR:** Üç boyutlu karaciğer modelinde makroskopik karaciğer yapısı ve vasküler yapılar (hepatik arter, portal ven, hepatik ven) planlandığı gibi ve anjiyografik bilgisayarlı tomografi verilerine göre elde edildi. Karaciğerin bu 3 boyutlu prototipi; vasküler yapıların anatomisini doğrudan görüntülememizi sağladı ve cerrahi planlama için ek avantaj sağladı.

**SONUÇ:** Donör karaciğer transplantasyonundan önce, 3 boyutlu yazıcılardan elde edilen modeller donör adayın karaciğerinin anatomik yapısını değerlendirmek için kullanılabilir. Benzer şekilde, karmaşık karaciğer rezeksiyonlarından önce bu model, cerrahlara daha güvenli cerrahi için daha etkin preoperatif planlama ve değerlendirmede farklı bir bakış açısı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Üç boyutlu baskı, karaciğer transplantasyonu, karaciğer ameliyatı, prototip

### Şekil 2



3D karaciğer prototipi. Karaciğer parankim şeffaf; hepatik damarlar mavi; hepatik arter kırmızı ve portal ven mor seçildi. Radyoloji taslak görüntü ile uyumlu.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

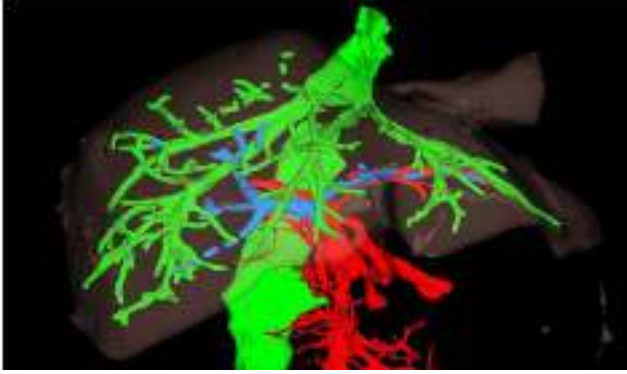
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



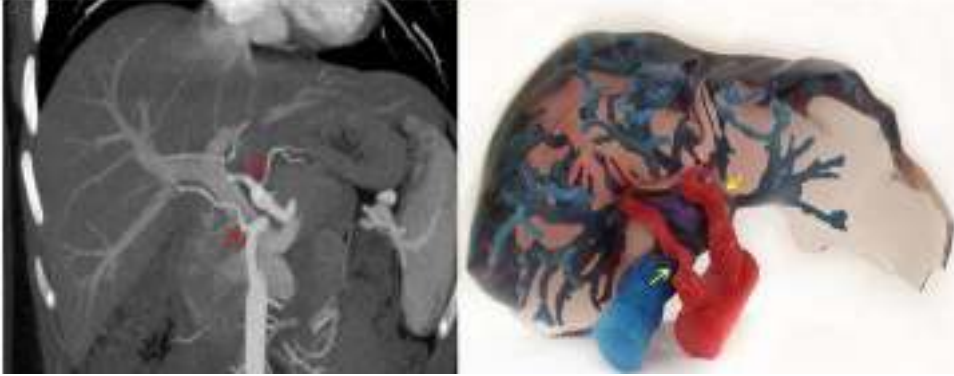
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Şekil 1



Anjiyografik bilgisayarlı tomografi verilerini kullanarak vasküler yapıları renklendirilip 3B prototipinin hazırlanması (renkler 3D baskıdan önce değiştirildi).

### Şekil 3



Verici adayın anjiyografik bilgisayarlı tomografi taramasında arteriyel varyasyon gözlemlendi. Doğru hepatik arter trunkus çölyakından köken alırken, sağ hepatik arterin yerini süperior mezenterik arter alır (kırmızı oklar). Bu varyant detayı 3D baskı prototipinde (sarı oklar) açıkça görülmektedir.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0934 [Transplantasyon]

#### Karaciğer transplantlı hastada nadir görülen bir komplikasyon bilier stente bağlı meckel divertikül perforasyonu

Uğur Topal, Abdulah Ülkü, Ahmet Gökhan Sarıtaş, Cihan Atar, Atılğan Tolga Akçam  
Çukurova Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

#### GİRİŞ:

Akut karaciğer yetmezliği, bazı karaciğer neoplazmları yanında, infeksiyöz, toksik, metabolik, biliyer ve vasküler nedenlerle gelişen son dönem kc hastalığında tek definitif tedavi seçeneği kc transplantasyonudur Meckel divertikülü omfolomezenterik kanalın kapanmamasından kaynaklanan ince bağırsağın en sık görülen kongenital anomalisidir. İnsidansı %0.5 ile %2 arasındadır ve genellikle asemptomatiktir. Obstruksiyon, kanama, divertikülit, perforasyon, umbilikal fistül gibi komplikasyonlar görüldüğünde semptomatik hale gelir. Karaciğer nakli sonrası ise en sık biliyer komplikasyonlar görülmektedir. Safra yolu darlığı gelişen hastaların %60-70 'inde pekütan veya endoskopik yöntemlerle yapılan balon dilatasyonlar ve yerleştirilen stentler sorun ortadan kaldırılabilmektedir. Nakil hastalarında gastrointestinal ölümcül olabilir. Geçirilmiş batin cerrahisi, uzun cerrahi süresi, relaparotomi, portal ven trombüsü yüksek doz steroidler ihtiyacı ve (CMV) enfeksiyonu varlığında risk artar karaciğer nakli sonrası biliyer stente bağlı perforasyon ise çok daha nadir görülmektedir Olgu sunumu

20 Yaşında erkek hasta 3 yıl önce ALL idame tedavisi sırasında akut karaciğer yetmezliği gelişmesi üzerine Canlı vericiden sağ lob karaciğer transplantasyonu yapılmış Karın ağrısı bulantı kusma ile kliniğimize başvurdu yapılan fizik muayenesinde karın sağ alt ve üst kadranda hassasiyet rebound mevcut ateş 38 idi diğer sistem muayeneleri doğaldı Lab bulguları wbc 10.210 Hgb/Htc 12,8/39 Plt 144.000 Alt/Ast 71/76 Alp/Ggt 108/228 Tbil/Dbil 2,9/0,9 Bun/Cr 10/0,53 Albumin 3,1 idi Hastanın çekilen Batın bt de KC tx sekonder değişiklikler intrahepatik safra yollarında belirginleşme ve hava dansiteleri çekum duvarında şüpheli kalınlaşma ve çekum komşuluğunda sıvama tarzı sıvı ince barsaklar içinde yabancı cisim ? olarak değerlendirildi. Bunun üzerine hasta acil şartlarda operasyona alındı yapılan eksplorasyonda pericekal bölgede pürülan mai ileoçekal valvin 40 cm proksimalinde meckel divertikülü ve divertikülü perforasyonlu biliyer drenaj kateteri görüldü. Batın yıkandı ve Meckel divertikülü eksize edildi postop takiplerinde uygun antibiyoterapi verildi Takiplerinde rejim başlandı ek problemi olmayan medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edildi

#### Tartışma

Erişkinlerde Meckel divertikülde en sık karşılaşılan komplikasyon obstrüksiyondur. bu %26.2 ile %53.4 oranları arasında görülür Karaciğer transplantasyonu sonrası en sık karşılan biliyer darlık olup genellikle transplant sonrası 9-11 ayda ortaya çıkmaktadır biliyer darlık gelişen hastalarda tanı kolestaz testleri ve CTMRCP ve kolanjiyografi ile konulur. Bu hastalarda PTK veya ERCP ile yapılan balon dilatasyon ve stentleme sıklıkla başarılı sonuç verir. Biliyer stente bağlı en korkulan komplikasyon stent migrasyonudur. literatüre baktığımız zaman biliyer stentlere bağlı migrasyonlar ve perforasyonlar görmekteyiz karaciğer nakli sonrası gastrointestinal perforasyon çocuklarda % 2.7, Bu daha sonra yapılan çalışmalarda, yetişkin bağırsak perforasyonları için % 1 ile % 5.3 oranında görülmektedir. Literatürde biliyer stente bağlı ince barsak perforasyonu ve rektum perforasyonu olguları olmakla beraber meckel divertikülü perforasyonu bulunmamaktadır bu nedenle vakamız literatürde bir ilktir

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer transplantasyonu, Meckel divertikülü, Biliyer stent migrasyonu

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.2018uck.org](http://www.2018uck.org)

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 1



resim 2



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0935 [Transplantasyon]

#### Böbrek Naklinde Çift Üreterli Vakalarımız

Yücel Yüksel<sup>1</sup>, Deniz Yüksel<sup>2</sup>, İbrahim Duman<sup>4</sup>, Mehmet Sarier<sup>4</sup>, Levent Yüceci<sup>3</sup>, Sabri Tekin<sup>1</sup>, Asuman Yavuz<sup>5</sup>, Alper Demirbaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Antalya Medicalpark Hastanesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon

<sup>3</sup>Antalya Medicalpark Hastanesi- Organ Nakli Kordinasyon Birimi

<sup>4</sup>Antalya Medicalpark Hastanesi Üroloji

<sup>5</sup>Antalya Medicalpark Nefroloji

**GİRİŞ:** Üreter duplikasyonu (UD) nadir görülen bir anomalidir. Yaşam boyunca asemptomatik olabileceği gibi, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, üriner sistem taşlarına neden olabilir. Böbrek naklinde UD'lu hastalarda yapılacak olan üretereoneosistostomi (UNS) hakkında görüş birliği yoktur. Bu çalışmamızda kliniğimizde yapılan ÜD'li hastalarda yapılan UNSler hakkındaki tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık

**MATERYAL-METOD:** Antalya Medicalpark Organ Nakli Bölümünde, Ocak 2014- Aralık 2017 tarihleri arasında 2309 böbrek nakli (BN) yapıldı. Retrospektif olarak hasta kayıtları incelendi. Hastaların, yaş, cinsiyet, dializ süresi, BN sonrası takip süresi, böbrek verici türü (canlı-kadavra), demografik özellikleri, KBY etyolojisi, donör cinsiyeti, donör yaşlarına bakıldı. BN sonrası üriner komplikasyonlar, takiplerindeki kreatinin düzeyi, greft sağ kalımı ve hasta sağ kalımlarına bakıldı.

**SONUÇ:** Merkezimizde toplamda 28 vakada ÜD saptandı, 22'si canlı 6'sı kadavra donördü. Canlı donörlerin 4'ü açık donör nefrektomi, 18'ine laparoskopik donör nefrektomi yapıldı. Böbrek alıcılarının 15'i erkek 13'ü kadındı, ortalama yaş 38.07 ±14.7 (8-60), doku uyumu 2.6 ±1.2 (0-4), ortalama takip süresi 37.1 ± 15.4 ay (9-59) ay (ilk vaka ocak 2013, son vaka nisan 2014), ortalama ameliyat süresi 80.6±13.4 dakika (65-109) 13 hasta preemtif, 14 hasta hemodializ, 1 hasta da periton dializi yapmakta idi. Dört hasta 2. kez BN olmuştu. Donörlerin 7' si erkek 21' kadındı. Ortalama donör yaşı 48.6 ± 15.5 (14-81) di. ( 14 yaşındaki donör kadavra donördü). BN sonrası 2 hastada 3 hafta (FSGS nedeniyle BN olmuştu )ve 2. ayda (kadavra donörden renal tx) greft kaybı oluştu. BN sonrası 3.,7., 12, ve 14. ay da fırsatçı enfeksiyon ve kardiyak nedenlerle 4 hasta ex oldu. Takip edilen 22 hastanın son kreatin kontrol değerleri 1.4 ± 0.8 mg/ dl idi (0.5-4.2). Bir hastada 2. ayda idrar kaçağı görüldü, opere edildi, kontrollerinde üriner kaçak gözlenmedi, takibi devam eden hastalarda anastomoz darlığı ya da vezikoüretal reflü saptanmadı. Böbrek alıcı ve donörlerin demografik özellikleri Tablo 1 de gösterilmiştir.

**TARTIŞMA:** Kronik böbrek yetmezliğinin en iyi tedavi yöntemi BN'dir ama hastaların kadavra bekleme listesi uzundur [11]. Sonuç olarak,KBY ' li hastalar için son derece önemli kadavra ya da canlı böbreklerde ÜD BN için engel kabul edilmemelidir, ancak bizim tecrübelerimiz ve diğer otoritelerin yaygın olan tecrübelerine göre ÜD olan greft böbreklerde tek ostiumlu LG UNS yöntemi, 2 adet DJS kullanılarak yapılması, diğer yöntemlere göre daha güvenlidir. Bu konuda yeterli çalışmalar olmakla beraber araştırmalar devam etmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek Nakli, Üreter dublikasyonu, üretereoneosistostomi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Ureter Dublikasyonu Ureteroplasti-3**



**Ureter Dublikasyonu Perfüzyon Sonu**



**Ureter Dublikasyonu Ureteroplasti-1**



### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Ureter Dublikasyonu Ureteroplasti-2**



**Anastomoz sonu**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0936 [Transplantasyon]

#### Vasküler Sorunu Olan Hastalarda Böbrek Nakli Deneyimlerimiz

Yücel Yüksel<sup>1</sup>, Deniz Yüksel<sup>2</sup>, Levent Yüçetin<sup>3</sup>, Mehmet Sarier<sup>4</sup>, İbrahim Duman<sup>4</sup>, Meltem Demir<sup>5</sup>, İlker Tekin<sup>6</sup>, Sabri Tekin<sup>1</sup>, Asuman Yavuz<sup>7</sup>, Alper Demirbaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Antalya Medicalpark Hastanesi Genel Cerrahi

<sup>2</sup>Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon

<sup>3</sup>Antalya Medicalpark Hastanesi- Organ Nakli Kordinasyon Birimi

<sup>4</sup>Antalya Medicalpark Hastanesi Üroloji

<sup>5</sup>Antalya Medicalpark Biokimya

<sup>6</sup>Antalya Medicalpark Kalp Damar Cerrahisi

<sup>7</sup>Antalya Medicalpark Nefroloji

**AMAÇ:** Kronik böbrek yetmezliği (KBY) sistemik bir hastalık olup vasküler sistemi de olumsuz etkiler. KBY hastalarının % 40'ını Diabetes mellitus(DM) hastalar oluşturmaktadır. Hipertansiyon (HT), sigara içimi, DM' de aterosklerozu artırmaktadır. **YÖNTEM:** Antalya Medicalpark Organ Nakli Bölümünde 1 Ocak 2014- 31 Ocak 2018 tarihleri arasında 1782 böbrek nakli BN yapıldı. Bu vakalardan 193'ü DM, 232'i HT, 110'u DM+HT idi. Vakaların, retrospektif olarak ortalama Oyaş, hemodializ süresi, ek hastalık, sigara içimi, operasyon süresi, donör tipi, takip süresi, ameliyat süresi, taburculuk ve BN sonrası yıllık kreatin düzeylerine, greft ve hasta sağ kalımlarına bakıldı.

**CERRAHİ YÖNTEM:** Vakalardan 3'üne aynı seansta BN öncesi Kalp Damar Cerrahisi (KDC) aortobifemoral bypass (ABB) yapıldı. (Bu vakalardan 1 tanesine yine aynı seansta koroner by pass, sonrasında ABB yapıldı). Daha sonra organ nakli cerrahi ekibi (ONC) vasküler greft üzerine renal arter anastomozu yapıldı.

Vakalardan 9'unda böbrek perfüzyonundan sonra anastomoz distalinde akım olmaması üzerine hasta heparinize edilerek böbrek anastomozları bozuldu, greft böbrek çıkarıldı tekrar back table da, reperfüze edildi, ONC tarafından iliako-iliak vasküler greft anastomoz edildi. Greft arter üzerine tekrar renal arteri anastomoz edildi.

Vakalardan 5'inde böbrek anastomozlarından önce iliak arterlere ONC tarafından vasküler greft konuldu alt eksterimite dolaşımı sağlandı, daha sonra canlı donör ameliyata alınarak nakil gerçekleştirildi.

Vakalardan 4'ü BN sonrası servis takiplerinde ayakta dolaşım sorunu saptanması üzerine (postop120., 150.,150.180. dakika) tekrar operasyona alındı. Renal arter anastomoz distalinde diseksiyon saptandı. Diseke segmente ONC ekibi tarafından vasküler greft onarımı yapıldı. Nakil böbrek makroskopik olarak normal olarak değerlendirildi.

BN öncesi seminom tedavisi için radyoterapi alan ve vena kava, her 2 iliak ven, aort ve iliak arterlerde fibrozis olan 1 hastaya ONC ek bilateral ileokaval ve ABB vasküler greft onarımı sonrasında BN yapıldı.

**BULGULAR:** Hastaların 19' erkek 3'ü kadındı, 19 canlı, 3 kadavra verici. O yaş 51.9, O takip süresi 33.7 ay, O dializ süresi 37.7 aydı. 9 Hasta hipertansiyon (HT), 6 hastada DM+HT, 3 hastada HT vardı, 18 hasta 18.7 paket /yıl sigara kullanıyordu, O ameliyat süresi 237 dakika, O taburculuk süresi 9.1 gün, 1.,2.,3,4 yıl O kreatin düzeyleri; 1.9-1.3-2.1-1.7 -1.5 mg/dl saptandı.

4 vaka 3.-10.-21. ve 31. aylarda myokart infaktusu ve fırsatçı enfeksiyondan dolayı ex oldu. Kadavra donörden 1 vakada greft loss oldu. 17 vakanın böbrek fonksiyonları normal olarak takipleri yapılmaktadır. Vakalar antiagregan aspirin ve Klopidoğrel (plavix) ile taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Arter diseksiyonu, Böbrek Nakli, vasküler komplikasyon,

#### Vasküler greft üzerine Böbrek Nakli



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0937 [Transplantasyon]

#### Karaciğerin Vasküler Yapılarının ve Safra Yollarının Varyasyonları

Burak Veli Ülger<sup>1</sup>, Eyüp Savaş Hatipoğlu<sup>2</sup>, Özgür Ertuğrul<sup>3</sup>, Mehmet Cudi Tuncer<sup>2</sup>, Cihan Akgül Özmen<sup>4</sup>, Mesut Gül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Memorial Hastanesi Radyoloji Departmanı

<sup>4</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Karaciğerin vasküler yapıları ve safra yollarının anatomisinin ortaya konulması, karaciğer rezeksiyonu, karaciğer transplantasyonu vb. işlemler öncesinde gereklidir. Bu, yapılacak cerrahi işlemin planlanması ve cerrahi işlemin başarısı, dolayısıyla hastanın sağ kalımı için çok önemlidir. Günümüzde karaciğer nakli, kadavra vericilerden tam karaciğerin nakledilmesi veya canlı vericilerden karaciğerin sağ veya sol lobunun alınması ve nakledilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir.

Karaciğer nakillerinde, arteria hepatica propria, vena portae hepatis, vv. hepaticae ve safra yollarının anatomisinin ve varyasyonlarının iyi bilinmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda, 01.01.2012 – 01.06.2016 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 200 olgunun Manyetik Rezonans Kolanjiyo Pankreatikografi (MRCP) ve Abdomen Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüleme yöntemleri ile elde edilen verileri değerlendirildi. Olguların görüntüleme yöntemlerinin taranması için üniversite hastanesinin PACS (Picture Archiving and Communications System – Resim Arşivleme ve İletişim Sistemi) sistemi kullanıldı. Başta karaciğer canlı vericileri olmak üzere, her hangi bir sebeple bu görüntüleme yöntemleri ile tetkik edilmiş olan olgular çalışmaya dahil edildi. Daha önce karaciğer rezeksiyonu geçirmiş olan, konjenital anomalisi olan, karaciğerinde tümör ve kist hidatik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmada, karaciğerin sağ ve sol lobuna gelen arteria hepatica propria'nın, vena portae hepatis'in, vv. hepaticae'ların ve safra yollarının anatomik varyasyonları değerlendirildi.

Çalışmaya dahil edilen olguların 106'sı (%53) erkek, 94'ü (%47) kadındı. Olguların yaş ortalaması 49,9 ± 16,1 yıldır. Olguların %54'ünde a. hepatica propria'da klasik anatomiyi ifade eden Michels Tip 1 varyasyon saptandı. Normal anatomi dışında en sık görülen varyasyonlar ise %13 oranında görülen Michels Tip 5 varyasyon ve %11 oranında görülen Michels Tip 2 varyasyondur. Michels sınıflamasında her hangi bir gruba dahil edilemeyen varyasyonlar olan Michels Tip 11 varyasyon oranımız ise %5'tir.

Olguların %76'sında, Covey'in sınıflamasına göre vena portae hepatis'in klasik anatomik dağılımını ifade eden Covey Tip 1 varyasyon saptandı. Klasik anatomi dışında en sık görülen varyasyonlar ise %9 oranında görülen Covey Tip 2 varyasyon ve %8,5 oranında görülen Covey Tip 3 varyasyondur.

Çalışmamıza dahil edilen olguların %64'ünde v. hepatica sinistra ve v. hepatica intermedia birleşip, tek bir kök halinde v. cava inferior'a açılmaktayken, %36'sında v. hepatica dextra, v. hepatica intermedia ve v. hepatica sinistra, ayrı ayrı v. cava inferior'a açılmaktaydı.

Safra yollarını değerlendirdiğimizde, olguların %51,5'inde, Couinaud'un sınıflamasına göre klasik anatomik dağılım olan A tipi varyasyon saptandı. Safra yollarının normal anatomisi dışında en sık görülen varyasyon ise %15 oranında görülen C1 tipi varyasyondur. Bunu, %12 oranında görülen B tipi varyasyon izliyordu.

Çalışmamız, insanlarda karaciğerin vasküler yapıları ve safra yollarında görülen varyasyonlar hakkında veriler ortaya koymuştur. Bu varyasyonların bilinmesi, cerrahi işlemlerin planlanmasında cerrahlara yardımcı olacağı kanısındadır.

**Anahtar Kelimeler:** Arteria hepatica propria, Vena portae hepatis, Vena hepatica, Safra yolları, Varyasyon

#### Şekil 2



Vena porta hepatis

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Şekil 3



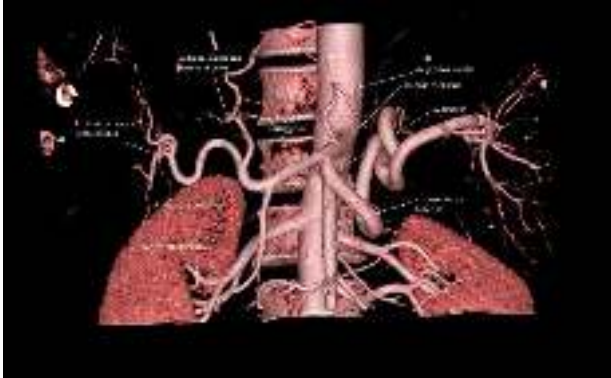
Vena hepatica

Şekil 4



Safra yolları

Şekil 1



Michels Tip 1 Varyasyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0938 [Transplantasyon]

#### Arteriyovenöz Fistüllere Bağlı Gelişen Semptomatik Anevrizmaların Yönetimi

Tevfik Avcı<sup>1</sup>, Hakan Yabanoğlu<sup>2</sup>, Gökhan Moray<sup>1</sup>, Mehmet Haberal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Adana Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Arteriovenöz fistül (AVF) ile ilişkili anevrizma AVF'nin geç komplikasyonlarından birisidir. Tedavi endikasyonu ve tedavi yöntemi, anevrizmanın semptomatik olup olmadığına göre değişir. Bu çalışmadaki amacımız, merkezimizde AVF ile ilişkili semptomatik anevrizmaların tedavisini sunmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2011 ile Ocak 2017 tarihleri arasında semptomatik AVF anevrizmaları nedeniyle ameliyat edilen 50 hasta değerlendirildi. Kırk dört (% 88) hastanın fistülü, semptomatik venöz anevrizma nedeni ile kapatıldı. Brakiyosefalik AV fistülü olan 6 hastada (% 12) gerçek brakiyal arter anevrizması mevcuttu ve segmenter brakiyal arter rezeksiyonu ile birlikte brakiyal arter onarımı yapıldı.

**BULGULAR:** En sık semptomatik anevrizma, brakiyosefalik AV fistülde görüldü (32 hasta, % 64). Hastaların semptomları; anevrizma trombozu (n = 15, % 30), çalma sendromu (n = 9, % 18), rüptür / masif kanama (n = 7, % 14), enfeksiyon (n = 7, % 14), cilt nekrozu (n=5, % 10), venöz hipertansiyon (n =4, % 8) ve yüksek akıma bağlı kalp yetmezliği (n = 1, % 3.2) idi. Dokuz hastada (% 18) iki veya daha fazla semptom vardı. Venöz anevrizması bulunan hastaların ortalama diyaliz süreleri  $6.9 \pm 4.2$  yıl iken arteriyel anevrizmektomi ve brakiyal arter onarımı yapılan hastaların ortalama diyaliz süresi  $11.7 \pm 3.6$  yıl ( $p = 0.012$ ) idi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Semptomatik arteriovenöz fistül anevrizmalarında önemli olan arteriovenöz fistülün devamlılığını korumaktır. Arteriyel anevrizma, hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yolunun nadir görülen komplikasyonudur ve özellikle brakiyosefalik AVF'de görülür. Anevrizma; tromboz, iskemi, sinir basısı gibi semptomlara neden olsa da, anevrizma rüptürü en önemli komplikasyondur. Bu nedenle preoperatif değerlendirme ve uygun cerrahi müdahaleler ortaya çıkabilecek morbiditeleri önleyecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Anevrizma, arteriyel, hemodiyaliz, vasküler erişim, venöz

Figür 1



PTFE greft ile brakiyal arter onarımı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



**Figür 2**



Anevrizma rüptürü ve cilt nekrozu nedeniyle acil ameliyata alınan hasta, a) safen ven ile brakiyal arter onarımı, b) rotasyonel flep ile doku defekti onarımı

**Tablo 1**

|                             | n=50       |
|-----------------------------|------------|
| Yaş (yıl)                   | 49.3±15.6  |
| Yaş aralığı (yıl)           | 21-88      |
| Cinsiyet                    |            |
| Erkek                       | 25 (50.0%) |
| Kadın                       | 25 (50.0%) |
| HT                          | 36 (72.0%) |
| DM                          | 7 (14.0%)  |
| Lokalizasyon                |            |
| Sağ                         | 16 (32.0%) |
| Sol                         | 34 (68.0%) |
| Fistül tipi                 |            |
| Brescia                     | 16 (32.0%) |
| Brakiosefalik               | 32 (64.0%) |
| Brakiobazilik               | 2 (4.0%)   |
| Fistül süresi (yıl)         | 7.5±4.4    |
| Fistül süresi aralığı (yıl) | 0.5 - 17   |
| Endikasyon                  |            |
| Trombüs                     | 15 (30.0%) |
| Transplantasyon             | 13 (26.0%) |
| Steal, elde iskemi          | 9 (18.0%)  |
| Rüptür                      | 7 (14.0%)  |
| Enfeksiyon                  | 7 (14.0%)  |
| Ciltte nekroz               | 5 (10.0%)  |
| Venöz hipertansiyon         | 4 (8.0%)   |
| Kalp yetmezliği             | 1 (2.0%)   |
| Tx süresi (yıl)             | 4.2±3.0    |
| Tx süresi aralığı (yıl)     | 0.5 - 12   |
| Arter onarımı               | 6 (12.0%)  |

Olguların demografik ve klinik özellikleri





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 2**

| Onarım türü                          | Hasta sayısı | %    |
|--------------------------------------|--------------|------|
| 5 mm PTFE ile onarım                 | 1            | 16.7 |
| 6 mm PTFE ile onarım                 | 2            | 33.3 |
| Brakial arter uç-uca onarım          | 2            | 33.3 |
| Ven grefti (otojen greft) ile onarım | 1            | 16.7 |

Arter onarımı yapılan hastaların (n=6) onarım türlerine göre frekans dağılımları

**Tablo 3**

|                     | Onarım yapılmayan<br>(n=44) | Onarım yapılan<br>(n=6) | p-değeri |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------|----------|
| Yaş (yıl)           | 48.9±16.0                   | 51.8±13.4               | 0.672†   |
| Cinsiyet            |                             |                         | 0.189‡   |
| Erkek               | 24 (54.5%)                  | 1 (16.7%)               |          |
| Kadın               | 20 (45.5%)                  | 5 (83.3%)               |          |
| HT                  | 33 (75.0%)                  | 3 (50.0%)               | 0.331‡   |
| DM                  | 7 (15.9%)                   | 0 (0.0%)                | 0.576‡   |
| Lokalizasyon        |                             |                         | >0.999‡  |
| Sağ                 | 14 (31.8%)                  | 2 (33.3%)               |          |
| Sol                 | 30 (68.2%)                  | 4 (66.7%)               |          |
| Fistül tipi         |                             |                         |          |
| Brescia             | 16 (36.4%)                  | 0 (0.0%)                | 0.159‡   |
| Brakiosefalik       | 26 (59.1%)                  | 6 (100.0%)              | 0.075‡   |
| Brakiobazilik       | 2 (4.5%)                    | 0 (0.0%)                | >0.999‡  |
| Fistül süresi (yıl) | 6.9±4.2                     | 11.7±3.6                | 0.012†   |

Arter onarımı yapılmayan ve yapılan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri († Student's t testi, ‡ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi)

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0939 [Transplantasyon]

#### Uzun Süreli Periton Diyaliz Hastalarında Böbrek Nakli Sonrası Görünmez Tehlike: Enkapsüle Sklerozan Peritonit

Adem Bayraktar, Hüseyin Bakkaloğlu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Transplantasyon Ünitesi, İstanbul

**AMAÇ:** Enkapsüle sklerozan peritonit (ESP) etyolojisi tam aydınlatılmamış, periton diyaliz hastalarında görülen ve çoğunlukla mortal seyretmesi nedeni ile üzerinde durulması gereken bir hastalıktır. Bu çalışmada periton diyalizi (PD) hastalarında böbrek nakli sonrasında periton diyalizinin sonlandırılmasına bağlı olarak enkapsüle sklerozan peritonit klinik bulguları gelişen ve cerrahi tedavi uygulamak zorunda kaldığımız olgularımızı sunmayı amaçladık.

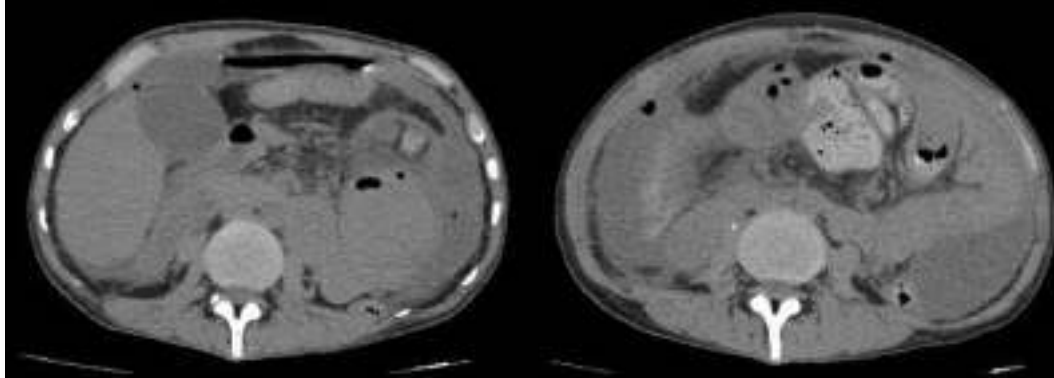
**GEREÇ – YÖNTEM:** Merkezimizde böbrek nakli yaptığımız ve sonrasında ESP bulguları gelişen olgularda cerrahi endikasyonları, ameliyat teknikleri, komplikasyonları ve hasta sağ kalımı değerlendirildi.

**BULGULAR:** Merkezimizde böbrek nakli yapıldıktan sonra ESP nedeni ile ameliyat ettiğimiz 4 hasta mevcut. Bunlardan 2'si erkek 2'si kadındı. Ortalama yaş 41 yıl olarak saptandı. Bir hastaya kadavradan, 3 hastaya ise canlıdan böbrek nakli yapıldı. Ortalama PD süreleri 10,5 yıl olarak saptandı. Hastaların tamamında böbrek nakli sonrası greft fonksiyone etti ve normal kreatinin değerleri ile hastalar taburcu edildi. Hastaların periton diyaliz kateteri çıkarıldıktan sonra; 3 olguda 1 yıl içerisinde, 1 olguda ise 2 yıl içerisinde bulantı, kusma, şişkinlik, kilo kaybı şikayetleri gelişti. Bir olguya tanısal amaçlı laparoskopi, batin içi sıvı örneklemesi ve periton biyopsisi yapıldı. İki olguda kısmi ince barsak tutulumlu fakat tam obstrüksiyon gelişmesi nedeni ile laparotomi, total enterolizis, kısmi ince barsak rezeksiyonu ve ileostomi uygulandı. Bir olguda içi boş organ perforasyonu gelişmesi üzerine laparotomi, enterolizis, kısmi ince barsak rezeksiyonu ve çiftte namlu ileostomi yapıldı. İki olgu ameliyat sonrası sepsis nedeni ile eks oldu. İki olgu normal böbrek fonksiyonları ile hayata devam etmekte. Hayatta olan olguların birinde obstrüksiyona neden olmayan ESP nüksü mevcut.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Enkapsüle sklerozan peritonit periton diyalizinin nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur. Çok ciddi mortalite ve morbiditeye sahiptir. Uzun süreli periton diyaliz hastalarında PD'nin sonlandırılması klinik şikayetlerin ortaya çıkması için en önemli tetikleyici faktör olabilmektedir. Destek tedavisine (beslenme) ve medikal tedaviye (anti-inflamatuar, anti-fibrotik) dirençli olgularda cerrahi tedavi son seçenek olarak uygulanmaktadır. Tedaviye dirençli olgularda hastanın genel durumu bozulmadan ameliyat edilmesi önerilmektedir. Ameliyat edilen olgularda da morbidite ve mortalite çok yüksek oranlardadır. Fakat ESP cerrahisi konusunda tecrübeli ekipler tarafından hastanın ameliyat edilmesi ameliyat sonrası morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek nakli, Cerrahi tedavi, Enkapsüle sklerozan peritonit, Periton diyalizi,

#### Resim 1



İçi boş organ perforasyonu olan olgunun bilgisayarlı tomografi görüntüsünde batin içerisinde serbest hava

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



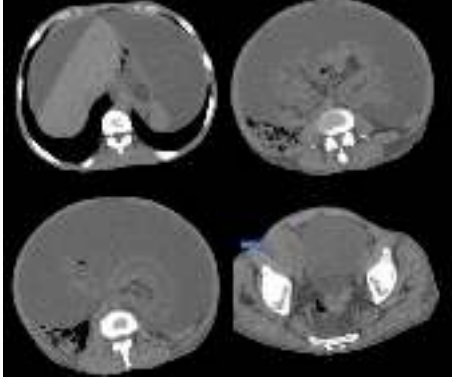
**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



İçer boş organ perforasyonu saptanan olgunun ameliyat bulguları

**Resim 3**



Laparoskopik eksplorasyon ve periton biyopsisi yaptığımız olgunun bilgisayarlı tomografi görüntüleri (mavi ok transplante böbreği göstermektedir)

**Resim 4**



Laparoskopik eksplorasyon ve periton biyopsisi yaptığımız olgunun ameliyat görüntüleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Resim 5



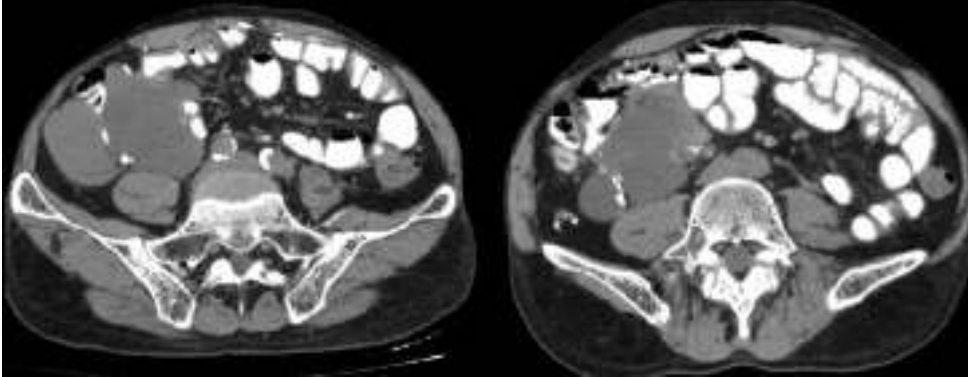
Medikal tedaviye dirençli ileus nedeni ile ameliyat ettiğimiz olgunun bilgisayarlı tomografi görüntüleri

Resim 6



Medikal tedaviye dirençli ileus nedeni ile ameliyat ettiğimiz olgunun ameliyat görüntüleri

Resim 7



Ameliyat sonrası nüks eden olgunun nüks sonrası bilgisayarlı tomografi görüntüsü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0940 [Transplantasyon]

#### Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nin ilk arteriovenöz fistül (AVF) cerrahisi deneyimleri

Ethem Ünal, Ahmet Topcu, Fikret Ezberci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hemodiyaliz girişi için ilk seçenek otojen arteriovenöz fistüllerdir. Bu çalışmanın amacı hastanemizde gerçekleştirdiğimiz ilk arteriovenöz fistül (AVF) ameliyatlarımızı ve erken dönem sonuçlarını değerlendirmektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği' nde, kronik böbrek yetmezliği tanısı alan ve Nefroloji polikliniğinden yönlendirilen 51 hastada, ilki Ocak 2014 tarihinde yapılmak üzere Ocak 2018 tarihine kadar toplam 54 AVF ameliyatı gerçekleştirildi. Tüm hastaların Doppler ultrason değerlendirmeleri yapılarak anestezi polikliniğinden onay alınmasını takiben genel ameliyathanede lokal anestezi altında işlem yapıldı. Arteriovenöz fistül açılması için hastanın yaşı ve damar yapısına göre dominant olmayan kol ve bu kolun mümkün olan en distal bölgesi tercih edildi. El bileği düzeyinde AVF oluşturulup ikinci kez fistül gerekenlerde aynı kol antekübital bölgesi tercih edildi. En az iki hafta önceden AVF uygulanması planlanan üst ekstremité korumaya alındı. Anastomozlar tüm olgularda çift iğneli 6/0 veya 7/0 polipropilen (prolene®, Ethicon) kullanılarak uç-yan tarzda standart teknikle yapıldı. Hastaların demografik özellikleri, AVF lokalizasyonları, erken dönem sonuçları ve komplikasyon oranları hasta dosyaları taranarak araştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların 28 i kadın (% 54.9), 23 sı erkek (% 45) idi. Yaş ortalaması 61 yıl (range, 46-78) olarak hesaplandı. 33 (% 61.1) radyosefalik fistül (bilek), 19 (% 35.1) brakiosefalik (antekübital) ve 2 (% 3.7) brakiyobazilik fistül (antekübital) gerçekleştirildi. Distal lokalizasyonda yeni oluşturulan AVF de peroperatif thrill alınamayan 2 hastada (% 3.7) aynı seansta daha proksimalden yeni fistül açılarak thrill elde edildi. 51 hasta (% 94.4) postoperatif 2. saatte kol değerlendirildikten sonra taburcu edilirken 3 hasta (% 5.5) sızıntı tarzında kanamanın devam etmesi nedeniyle serviste yatırılıp takip edilerek postoperatif birinci gün taburcu edildi. Ortalama takip süresi 24 ay (range, 3-50) idi. Bir olguda (% 1.8, radyosefalik fistül) erken dönem poliklinik kontrolünde (postoperatif 3. gün) tromboz nedeniyle fistülün çalışmadığı tespit edilerek bu hastaya brakiosefalik fistül açıldı. Postoperatif ilk ay içinde toplam 4 olguda (% 7.4) kol ödemi ve ekimoz/hematoma gelişti. Bu hastalarda medikal tedaviye olumlu yanıt alındı. Bir hastaya postoperatif 44. ay gelişen anevrizma nedeniyle onarım işlemi yapıldı (% 1.8). Bir hastada steal sendromu gelişmesi üzerine AVF 36. ayında kapatıldı (% 1.8). Toplam 3 hastada insizyon hattında yara yeri enfeksiyonu (% 5.5) tespit edilerek antibiyoterapi uygulandı. Takip sürecinde fistüllerin açık kalma oranı % 94.4 (n=51/54) olarak hesaplandı.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Hastanemizde gerçekleştirdiğimiz ilk AVF ameliyatlarının erken dönem sonuçları ilgili literatürdeki sonuçlarla karşılaştırıldığında, gerek açık kalma oranı gerekse postoperatif komplikasyon oranları açısından başarılı görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Arteriovenöz fistül (AVF), hemodiyaliz, kronik renal yetmezlik

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0941 [Transplantasyon]

#### Primer Hiperoksalüri Tip-1 Hastlarında İlk Kombine/Ardışık Karaciğer Böbrek Nakli Erken Dönem Sonuçlarımız

Tonguç Utku Yılmaz<sup>1</sup>, Ali Özer<sup>1</sup>, Burcu Bulum Akbulut<sup>2</sup>, İmam Bakır Batı<sup>3</sup>, Ercüment Gürlüler<sup>1</sup>, Hamdi Karakayalı<sup>1</sup>, Remzi Emiroğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Atakent Hastanesi, Organ Nakli Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Acıbadem Atakent Hastanesi, Pediatrik Nefroloji Bölümü, İstanbul

<sup>3</sup>Acıbadem Bursa Hastanesi, Organ Nakli Bölümü, Bursa

**AMAÇ:** Primer hiperoksalüri Tip-1 (PH-1), primer hiperoksalürinin en sık görülen tipi olup, karaciğer spesifik alanin: glioksilat aminotransferaz enziminin otozomal resesif geçişli defekti sonucu ortaya çıkar. Enzim defekti sonucu karaciğer hariç tüm dokularda okzalat birikimi olur. Konservatif tedavilerle zaman kazanılsa da nihai tedavi karaciğer/böbrek naklidir. Bu endikasyonla tüm dünyada yılda 10-15 kombine/ardışık karaciğer-böbrek nakli (KKBN/AKBN) yapılmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan ilk vakaların erken dönem sonuçları incelendi.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kliniğimizde PH-1 endikasyonu ile KKBN/AKBN yapılan hastaların verileri prospektif kaydedildi. 2017 yılında PH-1 nedeniyle nakil yapılan 5 hastanın kısa dönem sonuçları incelendi. Hastalar başvuru anından itibaren kesin tanı ve transplantasyon stratejisi açısından detaylı incelendi. Başvuru anındaki klinik ve laboratuvar bulgularına göre KKBN veya AKBN kararı verilerek tedavi stratejisi belirlendi. Hastaların demografik, klinik özellikleri kaydedildi. Hastaların diyaliz süreleri, diyaliz tipleri, hastalığa özgü biyokimyasal ve genetik testleri kaydedildi. Bu özelliklere göre nakil tipinin belirlenmesinin algoritması oluşturuldu. Nakil sonrası hastaların sonuçları prospektif kaydedildi.

**BULGULAR:** Beş hastanın üçü erkek ikisi kadın idi. İki hasta 6, iki hasta 10 ve son hasta 21 yaşında idi. Bir hastada KKBN, iki hastada AKBN uygulandı. Karaciğer nakilleri yapılan iki hasta böbrek naklini beklerken biri hayatını kaybetti. Hayatta olan 4 hastada herhangi bir karaciğer ya da böbrek yetmezliği yaşanmadı (takip süresi 4-8 ay).

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Pediatrik son dönem böbrek yetmezliğinin yaklaşık %1 nedeni olan PH-1, oksalozis nedeniyle yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden ve nihai tedavisinin karaciğer/böbrek nakli olduğu bir genetik bozukluktur. Erken tanı ve hastanın diyaliz süresinin kısa olması kombine nakil şansını arttırırsa da multidisipliner bir yaklaşımla izlenecek bir strateji AKBN başarı şansını da yüksek tutmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** primer hiperoksalüri, organ nakli, kombine nakil

**Tablo 1**

Tablo 1. Demografik Özellikler, Bulgular, Sonuçlar

| Hasta Numarası | Yaş (Y) | Cinsiyet | Diğer Hastalıklar | Diyaliz Süresi (ay) | Diyaliz Tipi |
|----------------|---------|----------|-------------------|---------------------|--------------|
| 1. Hasta       | 6       | Erkek    | Diğer Hastalıklar | 2                   | Diyaliz      |
| 2. Hasta       | 10      | Kadın    | Diğer Hastalıklar | 2                   | Diyaliz      |
| 3. Hasta       | 10      | Erkek    | Diğer Hastalıklar | 2                   | Diyaliz      |
| 4. Hasta       | 21      | Kadın    | Diğer Hastalıklar | 4                   | Diyaliz      |
| 5. Hasta       | 21      | Erkek    | Diğer Hastalıklar | 8                   | Diyaliz      |

Diyaliz süresi 4-8 aydır.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0942 [Transplantasyon]

#### Medicana International Ankara Hastanesi Böbrek Nakli Deneyimi

Ulaş Sözüner<sup>1</sup>, Tevfik Eker<sup>2</sup>, Sadık Ersöz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicana International Ankara Hastanesi, Organ Nakli Merkezi, Ankara

<sup>2</sup>Gazimağusa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Gazimağusa

<sup>3</sup>Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Bu çalışmada Medicana International Ankara Hastanesi Organ Nakli Merkezi'nde Eylül 2009-Şubat 2015 tarihleri arasında yapılan 417 renal transplantasyon vakasının demografik verileri (yaş, cinsiyet, alıcı-verici yakınlık derecesi), post operatif komplikasyonlar, greft ve hasta sağ kalımlarına ait veriler retrospektif olarak incelenerek merkezimizin beş yıllık kadaverik ve canlı vericili renal transplantasyon deneyiminin aktarılması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek nakli, Transplantasyon, Böbrek yetmezliği

#### Böbrek alıcılarının cinsiyet dağılımı

|        |     |
|--------|-----|
| Kadın  | 186 |
| Erkek  | 231 |
| Toplam | 417 |

n

#### Yaş ortalamaları

|        |            |
|--------|------------|
| Verici | 44,6 ±12,6 |
| Alıcı  | 36,2 ±8,9  |

Alıcı-verici yaş ortalaması(yıl)

#### Alıcı-Verici Yakınlık Derecesi

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| Akraba                                     | 324 |
| Kadavra                                    | 32  |
| Çapraz                                     | 2   |
| Akraba dışı yakınlık(Etik kurul onayı ile) | 59  |
| Toplam                                     | 417 |

n

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Alıcı Son Dönem Börek Yetmezliği Nedenleri ve Sayıları

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| İdiopatik                        | 71  |
| Glomerülonefrit                  | 52  |
| Diabetes Mellitus                | 21  |
| Hipertansiyon                    | 199 |
| Fokal Segmental Glomerüloskleroz | 5   |
| Amiloidoz                        | 24  |
| Polikistik Böbrek Hastalığı      | 8   |
| Veziko-üretal Reflü              | 21  |
| Ürolitiazis                      | 12  |
| Hemolitik Üremik Sendrom         | 1   |
| Alport Sendromu                  | 2   |
| Travma                           | 1   |
| Toplam                           | 417 |

### Post-Operatif Komplikasyonlar

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Lenfösel              | 2 |
| Üriner Kaçak          | 2 |
| Yara Yeri Enfeksiyonu | 4 |
| Hematom               | 1 |
| Toplam                | 9 |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0943 [Transplantasyon]

#### HCC'de posttransplant nüks oluşum mekanizmalarının gen ekspresyon profilleri ile belirlenmesi

Halit Ziya Dündar<sup>1</sup>, Fuat Aksoy<sup>1</sup>, Seçil Ak Aksoy<sup>2</sup>, Berrin Tunca<sup>2</sup>, Nesrin Uğraş<sup>3</sup>, Ömer Yerci<sup>3</sup>, Ekrem Kaya<sup>1</sup>, Ünal Egeli<sup>2</sup>, Gülşah Çeçener<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi, Genel Cerrahi AD

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

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi, Patoloji AD

**AMAÇ:** Hepatoselüler karsinoma (HCC), dünyada en sık gözlenen neoplazmlardan birisi olarak önemli bir sağlık problemidir. Günümüzde, özellikle sirozlu olan ve lokal veya uzak metastazlı olmayan HCC hastaların tedavisinde karaciğer transplantasyonu uygulanmaktadır. Ancak bu tedavinin uygulandığı hastalarda transplantasyon sonrası nüks gelişmesi önemli bir risk faktörü olup tedavideki başarıyı azaltmaktadır. Mevcut çalışmada, karaciğer transplantasyonu sonrasında nüks gelişen HCC hastaların primer tümörleri takiplerinde nüks gözlenmeyen hastaların primer tümörleri arasındaki farklılıkları ortaya çıkartarak nüks oluşumunda etkili olan mekanizmaların aydınlatılması ve rutin pratikte kullanılabilecek belirteçlerin saptanması amaçlanmaktadır.

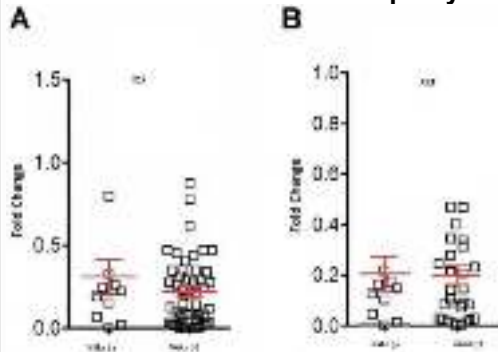
**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamızda kliniğimizde yapılan ve en az bir yıllık takipleri olan HBV' ye bağlı HCC tanılı 34 hasta değerlendirildi. Nüks gelişen 4 hasta ile diğer 30 hastada PCR Array yöntemi ile 18 farklı gen analiz edildi.

**BULGULAR:** Çalışmamızda 16 normal karaciğer doku kontrol olarak değerlendirilmiştir. 34 tümör doku kontroller ile karşılaştırıldığında 18 gen arasından p53, MET, TNFbeta, MAPK, SMAD4 genleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Nüks eden 4 vakada ise yüksek E2F ve AKT gen ekspresyonları bellirlendi ( $p < 0.005$ ).

**Tartışma ve SONUÇ:** Literatürde tümör çapı, nodül sayısı, vasküler invazyon ve nakil öncesi serum alfafetoprotein düzeyleri gibi transplantasyon öncesi elde edilebilir klinik veriler tümör nüksü ile ilişkilendirilmektedir. Ancak bu parametrelerin normal değerlerde gözlemlendiği olgularda nüksü ön görmede kullanılabilecek belirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Vaka sayısının artırılıp, klinik verilerinde dahil edilmesiyle çalışmamız genişletilecektir. Ancak elde ettiğimiz bulgularımız nakil sonrası nüksü öngörmede E2F ve AKT gen regülasyonlarının prediktif belirteçler olarak kullanılabilirliği hakkında umut vadetmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gen ekspresyon profilleri, hepatosellüler kanser, nüks,

#### E2F ve AKT mRNA' larının ekspresyon profilleri



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr

## EPS-0944 [Transplantasyon]

## Milan dışı hepatoselüler karsinomlu olguda TARE ile evre küçültme sonrası karaciğer nakli

Ömer Cennet<sup>1</sup>, Ahmet Bülent Doğrul<sup>1</sup>, Gonca Eldem<sup>2</sup>, Bora Peynircioğlu<sup>2</sup>, Osman Abbasoğlu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Hepatoselüler karsinomda (HCC) karaciğer nakli küratif tedavi seçeneklerinden birisidir. Karaciğer nakli bu hastalarda hem HCC'yi hem de altta yatan karaciğer hastalığını tedavi etmesi nedeniyle uzun dönemde önemli sağkalım avantajı sağlamaktadır. HCC hastalarının sadece küçük bir kısmı Milan kriterlerini karşılamaktadır. Bu nedenle seçilmiş hastalar için tümörü Milan kriterlerine getirmek amacıyla evre küçültme (downstaging) denenebilir. Seçenekler arasında transarteriyel kemoembolizasyon (TAKE) ve transarteriyel radyoembolizasyon (TARE) yer almaktadır.

Bu olguda Hepatit B nedeniyle kronik karaciğer hastalığı zemininde HCC olan ve Milan kriterlerini sağlamayan hastaya TARE uygulandı. TARE sonrası Milan kriterlerine uygun hale gelerek kadavradan karaciğer nakli gerçekleştirilen olgunun analizini amaçladık.

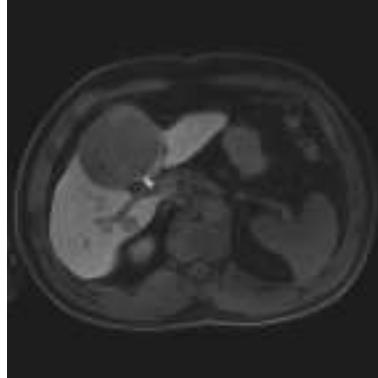
Milan dışı hastalarda evre küçültme hastaların yaklaşık yarısında başarı sağlamaktadır. Ancak bu konuyla ilgili uygun standart protokoller belirlenerek başarıyı optimize etmek için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hepatoselüler karsinom, nakil, transarteriyel radyoembolizasyon, milan, downstaging

çıkan Karaciğer



**tare öncesi**



## tare sonrası



TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0945 [Transplantasyon]

#### Crigler-Najjar Sendromu Tedavisinde Karaciğer Nakli

Adil Başkiran, Sezai Yılmaz

İnönü Üniversitesi karaciğer nakli enstitüsü

(Giriş): Crigler-Najjar Sendromu (CNS) üridin difosfoglukronozil transferaz (UGT) enziminin yokluğu ya da azlığı nedeni ile oluşan bilirubin metabolizmasının nadir görülen bir bozukluğudur. Bu kalıtsal hastalık, konjuge olmayan bilirubinin yüksek serum konsantrasyonunu gösterir. Crigler-Najjar sendromunda, karaciğerde, normal parankima rağmen bilirubinin konjugasyonu bir işlevden yoksundur. Bazal gangliyon ve serebellumda unkonjuge bilirubin fazla birikimi, nöronal hücre ölümüne yol açar. CNS hastaları, beyin hasarının geri döndürülemez riski altındadır. Hiperbilirubinemi, fototerapi ile azaltılır, ancak bu tedavi hastalar büyüdükçe daha az etkindir. Çocuklar genellikle tedaviye uymazlar. Ortotopik karaciğer transplantasyonunun (OLT) amacı, serum bilirubin konsantrasyonunu güvenli sınırlar içine düşürmektir.

(Metod): İnönü Üniversitesi karaciğer nakli enstitüsünde 2002 ile 2018 tarihleri arası 2130 hasta verileri retrospektif olarak incelendi ve 4 hastaya crigler najjar tanısı ile canlı vericili karaciğer nakli yapılmış olduğu izlendi. Bu hastalar boy kilo yaş cinsiyet ve takip süreleri açısından değerlendirildi.

(Sonuç): Dört hastaya Crigler-Najjar sendromu tip 1 nedeniyle canlı vericili karaciğer nakli yapıldı. Üçü çocuk hasta erkek idi ve yaşları 24, 23 ve 15 aydı ve boy ölçümleri ağırlıkları sırasıyla 85cm/13kg, 85cm/10kg ve 61cm/5 kilogram idi. Pretransplantasyon konjuge olmayan bilirubin konsantrasyonu günde 12 ila 14 saatlik fototerapiye rağmen 22 ila 30 mg / dL idi. Hastaların nörolojik muayene sonuçları normaldi. Plazmaferez sonrası hastalara canlı vericili karaciğer nakli yapıldı. Hastalar sırası ile 2015,2016 ve 2017 yıllarında canlı vericili karaciğer nakli oldu. 20 yaşında bir kız olan 4. hasta yüksek konjuge olmayan bilirubin seviyesi ile yıllarca takip edilmiş ve karaciğer nakli için kliniğimize sevk edilmişti. Boy ve kilosu 160cm/60 kilogram olan bayan hasta 2013 yılında canlı vericili karaciğer nakli yapıldı. Üç hasta sol yan karaciğer segmentleri 1 hastaya sağ lob canlı vericili karaciğer nakli yapıldı. Tüm hastalarda, konjuge olmayan bilirubin konsantrasyonu, transplantasyondan sonra 1. günde normalleşti ve fototerapiye gerek kalmadı. Transplantasyondan sonrası 23 aylık bebek kan kültüründe üreme ve sepsis kliniği ile antibiyoterapiye rağmen 1 ay sonra ex oldu. Diğer 3 hasta normal nörolojik bulgular ile yaşıyor.

(Değerlendirme): Tip 1 Crigler-Najjar sendromu sürecinde geri dönüşsüz beyin hasarı oluşabilir. Plazmaferez, kan değişimi transfüzyonu, fototerapi ve karaciğer transplantasyonu gibi acil tedavi beyin hasarını tersine çeviremeyebilir. CNS tanılı bebekler bilirubin ensefalopatisinin belirti ve semptomları için dikkatlice değerlendirilmelidir. Karaciğer transplantasyonu, nörolojik disfonksiyon gelişmeden önce uygulanırsa iyileştirici olur.

**Anahtar Kelimeler:** crigler najjar, karaciğer nakli, unkonjuge bilirubin

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0946 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### Vasküler kapatma cihazına bağlı gelişen akut arter tıkanıklığı: iki vakalık olgu sunumu

Süleyman Utku Çelik, Ömer Arda Çetinkaya, Can Konca, Mehmet Ali Koç, Akın Fırat Kocaay, İskender Alaçayır  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Vasküler kapatma cihazı (VKC), manuel kompresyonun yerine alternatif olarak ortaya çıkmıştır ve endovasküler işlemler sonrasında sıklıkla kullanılmaktadır. VKC, ponksiyon yerinde hızlı bir hemostaz sağlamanın yanı sıra, hastanın erken mobilizasyonuna ve kliniğin iş yükünün azalmasına olanak sağlamaktadır. Ancak nadir de olsa işleme bağlı komplikasyonlar bildirilmiştir. Bu çalışmada, VKC kullanımı sonrasında ani başlayan ve cerrahi girişim gerektiren iki akut arter tıkanıklığı olgusu paylaşılmıştır.

**Olgular:** Elli beş yaşında kadın hasta, sağ femoral arterden yapılan selektif vertebral anjiyografi sonrasında bacağına şiddetli ağrı, solukluk ve soğukluk şikâyetleriyle kliniğimize konsülte edildi. Ayrıntılı değerlendirmede, antiplatelet tedavi kullandığı için arteriyel ponksiyon odağının VKC ile kapatıldığı öğrenildi. Muayenesinde sağ bacak sola göre soğuk ve soluktu. Distal nabızlar palpe edilemedi. Doppler ultrasonografide popliteal arter ve distalinde monofazik akım görüldü. Aorto-ilio-femoral anjiyografide ise sağ ana femoral arterde dolum defekti izlendi. Ardından hastaya trombektomi yapıldı ve femoral arter ponksiyon odağında görülen vasküler kapatma cihazı; kollajen tıkaç, eriyebilen materyalden bir çapa ve iple birlikte çıkarıldı.

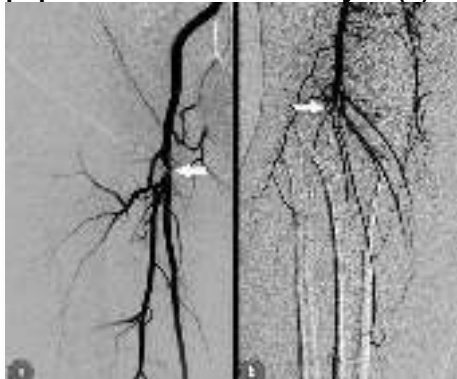
Altmış yaşında erkek hasta, aorto-bifemoral bypass greftleme sonrasında gelişen süperior mezenterik arter oklüzyonunu değerlendirmek için yapılan anjiyografi sonrasında sol kolunda başlayan şiddetli ağrı, nabızsızlık ve soğukluk şikâyetleri ile kliniğimize konsülte edildi. Hastanın antikoagülan tedavi ve bypass öyküsü nedeniyle arteriyel ponksiyonun sol aksiller arterden yapıldığı ve hemostazının VKC ile sağlandığı öğrenildi. Fizik muayenede sol kol soğuk ve soluktu. Radyal ve ulnar nabızlar palpe edilemedi. Doppler ultrasonografide sol aksiller arterin oklüde olduğu görüldü ve acil olarak trombektomi yapıldı. İşlem sırasında VKC, trombüs materyali ile birlikte çıkarıldı.

Her iki hasta, işlem sonrasında 2 gün takip edildikten sonra komplikasyon olmaksızın taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** VKC, arteriotomiden sonra hızlı hemostaz sağlamak için tasarlanmıştır. Emilebilen polimer çapa, küçük kollajen bir sünger ve bunları tutan sütürden oluşan cihaz, 60-90 gün içinde emilir. Birçok avantajına rağmen olası komplikasyonlar sebebiyle VKC'ler her hastada kullanılmamakta ve özellikle de kollajen alerjisi olan hastalar, pediatrik hastalar veya femoral arter çapı 4 mm'den küçük olan hastalar ile daha önceden bilinen otoimmün hastalığı olan, damar greftinden arteriyel giriş yapılan, kanama bozukluğu olan ve trombosit sayısı <100.000 olan hastalarda kullanımı önerilmemektedir. Yapılan çalışmalarda cihazla ilişkili semptomatik alt ekstremité iskemisi % 0,2 hastada bildirilmiştir. Bu durumun nedenleri arasında cihazın malpozisyonu, intimal disseksiyon ve ponksiyon yerinde belirgin ateroskleroz yer almaktadır. Ayrıca diyabet, obezite, periferik vasküler hastalık ve iskemik kalp hastalığı da bu duruma ortam oluşturmaktadır. VKC'ye bağlı gelişen akut arteriyel iskemisi, sık olmasa da görülebilen bir komplikasyondur ve bu durumda acil cerrahi yaklaşım kaçınılmazdır. Bu yüzden VKC, uygun hastalarda ve dikkatlice kullanılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Arteriyel kateterizasyon, arteriyel oklüzif hastalıklar, komplikasyon, vasküler kapatma cihazları

**Resim 1. Femoral anjiyografide vasküler kapama cihazı kaynaklı sağ ana femoral arterde görülen stenoz (a) ve popliteal artede total oklüzyon (b).**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0947 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### Oral antikoagülan ve antitrombositer ilaç kullanan hastalarda cerrahi komplikasyonlar ve klinik seyri

Mustafa Buğra Kardaşlar<sup>1</sup>, Hasan Kaplan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çiğli Bölge Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

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

**GİRİŞ:** Bu çalışmanın amacı oral antikoagülan ve antitrombositer kullanımının giderek yaygınlaşması ile ortaya çıkan komplikasyonların cerrahi açıdan değerlendirilmesi ve bu komplikasyonlara neden olabilecek faktörlerin aydınlatılmasıdır. **GEREÇ-YÖNTEM:** Bu retrospektif klinik çalışmaya oral antikoagülan ve antitrombositer kullanımı ile ortaya çıkan komplikasyonlar sebebiyle kliniğimizde yatarak tedavi gören 47 hasta dahil edildi. Bu komplikasyonların neler olduğu, komplikasyonlara etki eden faktörlerin neler olabileceği araştırıldı.

**SONUÇ:** Varfarin kullanımına bağlı koagülopati gelişmiş 47 hastanın 44' ünün konservatif izlendiği, 3' ünün opere edildiği saptandı. Varfarin sodyum kullanan hastalarda kullanım süresinin artması ile INR' nin kontrole alınış süresini arttığı gözlemlendi ( $p<0.001$ ). İzlem altına alınan 44 hastadan bir tanesi exitus olurken, opere olan 3 hastadan birinin exitus olduğu saptandı. İleri yaş ve komorbiditenin mortaliteyi arttırdığı gözlemlendi ( $p<0.001$ ). Travma varlığı, başvuru anında PZ, INR değerleri mortaliteyi etkileyen faktörler olarak anlamlı bulunmadı. Eksitus ile sonuçlanan olguların hastaneye başvuru süresinin daha erken olduğu gözlemlendi ( $p<0.001$ ). Daha seyrek INR baktıran hastaların başvuru esnasında daha yüksek INR ile başvurduğu saptandı ( $p<0.001$ ). Bu çalışmada hastaların çoğunun konservatif tedavi ile iyileştiği görüldü.

**TARTIŞMA:** Oral antikoagülan ve antitrombositer ilaç kullanımı sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar ileri yaş ve komorbiditenin artması ile daha mortal seyreder. Karın ağrısı ve obstrüksiyon bulguları ile başvuran bir hastada antikoagülan kullanım öyküsü ile birlikte International Normalized Ratio (INR)'da uzama saptanması durumunda ayırıcı tanıda mutlaka intramural hematoma, rektus hematomu, retroperitoneal hematoma tanısı göz önünde bulundurulmalı ve araştırılmalıdır. Erken tanı ve tıbbi izlem, hastaların çoğunda ameliyat gerektirmeden tedaviye iyi yanıt alınmasını sağlayabileceğinden çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Oral Antikoagülan, Antitrombositer, Cerrahi Komplikasyon, Klinik Seyir

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0948 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### Karın Ağrısı İle Prezente Nadir Görülen Inferior Vena Cava Agenezisi

Sadettin Er, Deniz Tikici, Hüseyin Berkem, Erdinç Çetinkaya, Yusuf Sevim, Bülent Cavit Yüksel, Mesut Tez, Ahmet Keşşaf Aşlar

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği/ Kolorektal Cerrahi Departmanı

**AMAÇ:** Karın ağrısı ile prezente olan nadir görülen ve ciddi klinik patolojilere neden olan bir olguyu sunmaktır.  
**Olgu**

52 yaşında karın ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvuran erkek hastanın fizik muayenesinde batında hassasiyet mevcuttu. Vital bulgular stabil, lökositozu olmayan hastanın ayakta karın grafisinde özellik yoktu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 3 aylıkken hirschprung ön tanısıyla takip edildiği ve 15 yaşındayken toksik megakolon tanısı ile acil sigmoid kolektomi yapıldığı ve patoloji raporunda ganglion hücrelerine rastlanması üzerine hirschprung tanısı almıştı. Bilgisayarlı tomografide vena kava inferior(VCI), izlenebilen subradiyafagmatik ve hepatik düzeyde mevcut olup subdiyafagmatik alanda vena kava inferior devamlılığının olmadığı(Agenetik?) infrarenal alanda solda pelvik bölgede dilate, tortioze kollateral venöz yapılar dikkati çekmektedir şeklinde raporlandı. Bilateral alt ekstremité doppler görüntülemesinde her iki ana- sol yüzeyel femoral vende valsalva ile kontinü derin venöz akım reflüsü (derin venöz yetmezlik bulgusu, geçirilmiş DVT sekeli) saptandı. Öyküsünde DVT bağlı antikoagulan tedavisi aldığı görüldü.

**Tartışma ve SONUÇ:** VCI'un anomalileri genel nüfusun %0,5'inde genellikle asemptomatik görülen karın ağrısı gibi spesifik olmayan, belirsiz semptomlar ile ortaya çıkabilmektedir. Literatürde VCI-DVT erkelerde %82 oranında görülmekte, antikoagulan tedavi öncelikli ve cerrahi tedavi nadiren endike olsa da, vasküler patoloji varlığında ve DVT'nin derecesine bağlı olarak düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Vena cava agenezisi, karın ağrısı, DVT

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0949 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### Akut Süperior Mezenterik Arter Trombozunda Erken Cerrahi

Mümtaz Erakın, Ogün Aydoğan, Emre Ballı, Ogün Erşen, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz  
Afyon Kocatepe Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

#### GİRİŞ:

Süperior mezenter arter embolisi (SMAE) oldukça nadir görülen bir durumdur. Klinik olarak tanısı geç konması halinde morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tanıda gecikme barsak iskemi ve sonuç olarak barsak nekrozu ile sonuçlanabileceğinden erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Hastada saptanacak klinik ve semptomlar spesifik olmadığından tanı koymada gecikmelere neden olmakta ve bu sebepten dolayı yanlış tedavi uygulanabilmektedir. SMAE son yıllarda daha sık uygulanan kontrastlı batin tomografisinde daha erken tanı konulup barsak rezeksiyonu yapmadan tedavi edilmektedir. Bu olgumuzda SMAE olan bir hastamıza acil servise tanı konulup, fogarty kateteri ile embolektomi tedavisini sunmayı amaçladık.

#### OLGU:

Ellibeş yaşında erkek hasta, yaklaşık bir haftadır nonspesifik karın ağrısı nedeniyle acil servise ayakta başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde, epigastriyumda derin palpasyonla ağrı ve yüzyirmileri bulan nabız atımı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; laktik dehidrogenaz (LDH) ve lökosit değerleri yüksekti. Hastaya çekilen kontrastlı BT'de; SMA'da akut emboli saptanması üzerine, hasta acil şartlarda ameliyata alındı. İntraoperatif bakıda; Treitz ligamanından yaklaşık 60. cm distali bütün ince barsaklar ve sağ kolon da iskemi ve renk değişikliği saptandı. SMA 5 cm distalinden itibaren nabız alınamadı. Nekroz yoktu. Transvers kolonun mezosu açılarak SMA izole edildi ve askıya alındı. Arteriotomi yapılarak fogarty kateteri ile embolektomi işlemi yapıldı. Büyüklü küçüklü çok miktarda emboli materyalleri çıkartıldı. SMA içi bol heparinli Serum fizyolojik ile yıkandı. Daha sonra SMA primer olarak kapatıldıktan sonra distal nabızların döndüğü ve barsak renginin düzeldiği gözlemlendi. Hasta postoperatif dönemde heparin tedavisi aldı ve genel durumda düzelme görülmesi üzerine 6.gününde düşük molekül ağırlıklı heparin ile taburcu edildi.

#### TARTIŞMA VE SONUÇ:

SMAE ani gelişen, ciddi morbidite ve mortalitesi olan bir durumdur. Radyoloji ve cerrahi alanında tüm ilerlemelere rağmen SMAE bağlı mortalite oldukça yüksektir. Sonuç olarak bu hastalarda erken tanı ve cerrahi tedavi barsak rezeksiyonuna gerek kalmadan mortalite oranlarını azaltırken hastanın yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Süperior mezenter arter embolisi, Akut mezenter iskemi, Embolektomi

#### BT'de SMA'da Total Okluzyon görünümü



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### Fogarty Kateteriyle Embolektomi



### Superior Mezenterik Arterin izolasyonu



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0950 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### Nadir bir sol üst kadranda ağrısı nedeni; enfektif endokardit zemininde gelişen splenik enfarkt olgusu

Server Sezgin Uludağ, Elif Tuncay, Osman Şimşek, Mehmet Velidedeoğlu, Salih Pekmezci  
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

#### OLGU:

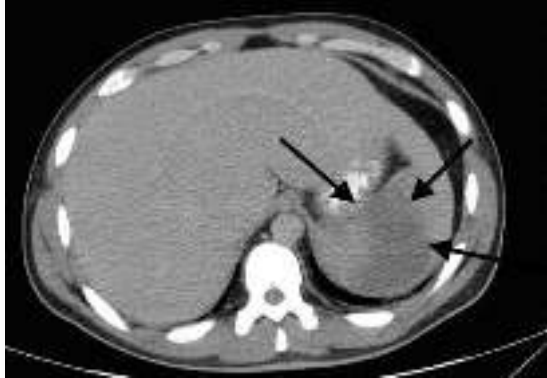
29 yaşında erkek hasta 2 gündür devam eden, bulantı ve kusmanın eşlik etmediği sol üst kadranda ağrı ve ateş şikayetiyle acil cerrahi polikliniğimize başvurdu. 4 ay önce diş çekim öyküsü mevcut olan hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Hastanın 10 paket /yıl sigara kullandığı öğrenildi. Batın muayenesinde sol üst kadranda hassasiyet mevcut olup defans, rebound saptanmadı. Traube açıktı. Dolaşım muayenesinde konsültasyonunda S1 -S2 3/6 lık diastolik üfürüm, bilateral ellerde palmar yüzeylede janeway lezyonlar görüldü. EKG 'de D1 - D2 'de ST elevasyonu, D3 de T negatifliği, V4-5-6 da ST elevasyonu mevcuttu. Batın BT'de dalakta kaudokranial uzanan 6x6,5 cm lik hipodens alan izlendi (splenik enfarkt alanı). Splenik hilusta makro-vasküler yapılar doğaldı. EKO'da noncoroner küspit altında mitral kapak ile aort arasında hareketli ipliksi vejetasyon düşündürücü imaj, orta ekzanterik Aort Yetmezliği izlendi. Hasta enfektif endokardit zemininde aort kapak yetmezliği tanısı ile kalp damar cerrahisi servisine yatırıldı. Geniş spektrumlu antibiyoterapi, DMAH, hidrasyon ve O<sup>2</sup> (2 lt/dk) başlandı. Hastaya Aort kapak replasmanı yapıldı. Postoperatif servise alınan hasta antiagregan ve antibiyoterpi altında takibe devam edildi. Postoperatif 15 gün sonra çekilen batın btsinde; Dalaktaki enfarkt alanında büyüme izlenmedi. Dalak enfarktına ait komplikasyon görülmeyen hasta, konservatif takip edildi.

#### SONUÇ:

Splenik enfarkt, sol üst kadranda ve epigastriumdaki karın ağrılarının nadir bir sebebidir. Splenik enfarkt olgularında, tromboembolik hastalıklar, hematolojik hastalıklar, vasküler anatomik farklılıklar veya travma etiyolojide yer alabilmektedir. Dental cerrahi sonrasında gelişen sol üst kadranda ağrılarında enfektif endokarditin neden olduğu splenik enfarkt olguları akılda tutulmalıdır. Enfektif endokarditin ilişkili olduğu yapısal kalp hastalıkları zamanında tanınmalı, invaziv girişim öncesinde profilaktik antikoagülan ve antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Hasta gerekli hallerde cerrahiye hızlıca yönlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** enfektif endokardit, splenik enfarkt, karın ağrısı, sol üst kadranda ağrısı, aort yetmezliği

#### Dalak enfarkt alanı



İlk çekilen iv kontrastlı batın BT'de iyi sınırlı dalak enfarkt alanı oklar ile gösterilmiştir.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



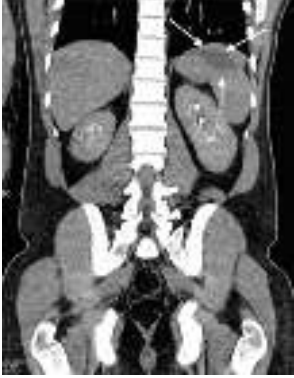
11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Kontrol amaçlı çekilen iv kontrastlı batın BT'de böbrekte enfarkt alanı**



Kontrol amaçlı çekilen iv kontrastlı batın BT'de böbrekte yeni gelişen enfarkt alanı oklar ile gösterilmiştir.

**Kontrol amaçlı çekilen iv kontrastlı batın BT'de dalak enfarkt alanı**



Kontrol amaçlı çekilen iv kontrastlı batın BT'de dalak enfarkt alanı koronal kesitte görünümü

**Kontrol amaçlı çekilen iv kontrastlı batın BT'de dalak enfarkt alanı**



Kontrol amaçlı çekilen iv kontrastlı batın BT'de dalak enfarkt alanı boyutlarının stabil kaldığı görülmektedir.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0951 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### **Süperior mezenterik arter ve süperior mezenterik vende tromboz birlikteliği ile oluşan akut mezenter iskemisi: Nadir görülen bir durum**

Çağrı Akalın

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Akut mezenterik iskemisi (AMİ) akut karına yol açan, prognozu oldukça kötü bir patolojidir. AMİ, arteriyel veya venöz kan akımının oklüzyon ya da nonoklüzyon tıkanıklığı nedeniyle olabilir ve intestinal hipoperfüzyonun ani başlangıçlı olmasını ifade eder. Oklüzyon arteriyel oklüzyon genellikle mezenter arterlerdeki emboli ve trombus nedeniyle iken venöz oklüzyon obstrüksiyon ise yaygın olarak tromboza ya da segmental strongülyasyona bağlıdır. Olgumuzda hem süperior mezenterik arter (SMA) hem de süperior mezenterik ven (SMV) trombozisine bağlı gelişen akut mezenter iskemisinin sunulması amaçlanmaktadır

**OLGU:** 87 yaşında kadın hasta 1 günlük karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Karın ağrısı periumbilikal bölgede olup devamlı tarzda idi. Kronik hastalıklardan hipertansiyon mevcuttu. Fizik muayenede batın periumbilikal bölgede hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar bulgularından beyaz küre sayısı  $7.4 \cdot 10^3$  U/L, C-reaktif protein: 2,54 mg/dl idi. Tüm abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) mezenterde nonspesifik dansite artışı mevcuttu. Hasta, takiplerinde semptomlarının medikal tedavi ile gerilememesi üzerine hospitalize edildi. Yatışının 2.gününde hastanın fizik muayenesinde batın periumbilikal, sağ orta kadranda, sol orta kadranda defans gelişmesi ve beyaz küre sayısının  $17,8 \cdot 10^3$  U/L olması üzerine hastaya tekrar anjiyo düzeyinde tüm abdomen BT çekildi. BT; süperior mezenterik arter ve süperior mezenterik vende distalde trombus mevcut olup, sol alt kadrantlardaki ince bağırsak anslarının duvarlarında kontrastlanma artışı mevcut olarak yorumlandı. Hastanın mevcut durumunun akut batın olması ve BT'sinde akut mezenterik iskemisi olmasından dolayı hastaya laparotomi kararı alındı. Laparotomide treitzden itibaren terminal ileuma kadar tüm ince bağırsak segmentlerinin duvarında minimal morumsu renk değişikliği vardı ayrıca bağırsak hareketliliği de mevcuttu. Süperior mezenterik arter ve süperior mezenterik ven selektif olarak kanallize edildi. Transvers kesilerle, 3F ve 4F fogarty kataterleri yardımı ile embolektomi yapıp, second look operasyonuna bırakılmak üzere operasyon sonlandırıldı. Hasta yoğun bakıma yatırılıp geniş spektrumlu antibiyotik, nazogastrik dekompresyon, intravenöz heparin tedavisi başlandı. Hastanın post operatif 48.saatinde yapılan second look ameliyatında treitz ligamanından terminal ileuma kadar tüm segmentlerde transmural iskemik ve yer yer gangrenöz barsak segmentleri mevcuttu, bu segmentler rezeke edilip, gastroileostomi yapıldı. Hasta ikinci operasyonun 1.gününde exitus olarak kabul edildi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Akut mezenterik iskemisi (AMİ) erken tanı ve tedavi gerektiren hayatı tehdit edici bir vasküler acildir. Akut mezenterik iskemisinin dört ana nedeni; superior mezenterik arter embolisi (% 50), superior mezenterik arter trombozu (%15-25), mezenterik ven trombozu (% 5), nonoklüzyon iskemisi (%20-30) olup bunlardan hem SMA hem de SMV'de tromboz olma ihtimali oldukça nadirdir. Hastamızda AMİ'ye erken tanı konulmasına ve erken medikal ve cerrahi tedaviye rağmen prognozun kötüye gitmesinde, hem SMA ve hem SMV'deki trombozun katkıda bulunup, morbidite ve mortaliteyi arttırmış olabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Akut mezenter iskemisi, süperior mezenterik arter trombozu, süperior mezenterik ven trombozu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 1**



SMV trombüs

**Resim 2**



SMA trombüs

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0952 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### Diyaliz hastalarında tıkanan santral venöz kateterlerin alteplase ile tedavisi

Tugba Han Yilmaz, Baha Arslan, Varlık Erol, Hüseyin Gülay

Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Alteplase trombolitik bir ilaçtır, akut miyokard enfarktüsü veya embolilerin neden olduğu durumlarda tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Doku plazminojen aktivatörüdür. Bu çalışmada tıkanmış hemodiyaliz kateterlerinin açılmasında kullandığımız ilacın etkinlik ve yan etkileri tartışılmaktadır.

**YÖNTEM:** Son 2 senede hemodiyaliz kateteri tıkanan ve alteplase uygulanan diyaliz hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Bilinen mekanik obstrüksiyonu, yüksek kanama ve embolizasyon riski olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. 10 ml Alteplase flakon, 100 ml iki serum fizyolojik içine 5 er ml olarak ilave edilmiş ve iki tünele ayrı ayrı 30 dk içinde uygulanmıştır. Kateterin çalışıp çalışmadığı işlemden 60 dk sonra kontrol edilmiş, hastalar en az 6 saat serviste gözlemlendikten sonra taburcu edilmiştir. Hastalar işlemden sonraki 30 gün gelişebilecek yan etkiler açısından takip edilmiştir. İlacın yan etki ve etkinliği sorgulanmıştır.

**SONUÇLAR:** İlaç toplam 18 hastaya uygulanmış olup (12 erkek, 6 kadın hasta, ortalama yaşları 46), 17 hasta işlemden sonra kateterini efektif kullanmıştır. 1 hasta işlemden 2 gün sonra gelişen istemsiz hareketler sonucu nöroloji tarafından değerlendirilmiş, beyin mr çekilmiş, intraserebral kanama lehine bulgu görülmemiştir. Şikayetlerinin sonraki günlerde giderek azaldığı tespit edilmiştir.

**TARTIŞMA:** Alteplase tıkanmış hemodiyaliz kateterinin açılması için kullanılabilecek etkili bir ajandır. Yan etkileri ve etkinliği artan hasta sayıları ile daha da netleşecektir.

**Anahtar Kelimeler:** alteplase, doku plazminojen aktivatörü, hemodiyaliz kateterleri, yan etkiler

tablo 1

| Değişken             | Oran (%) |
|----------------------|----------|
| Yaş                  | 46,11    |
| Yaş aralığı          |          |
| 0-10                 | 0        |
| 11-20                | 0        |
| 21-30                | 5,56     |
| 31-40                | 11,11    |
| 41-50                | 22,22    |
| 51-60                | 22,22    |
| 61-70                | 11,11    |
| 71-80                | 5,56     |
| 81-90                | 0        |
| 91-100               | 0        |
| Yaş ortalaması       | 46,11    |
| Yaş standart sapması | 11,11    |
| Yaş medyanı          | 46,11    |
| Yaş modosu           | 46,11    |

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0953 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### Kronik Derin Ven Trombozu Olan Hastada Akut Gelişen İliak Ven Trombozunun Farmokomekanik Tedavisi: Olgu Sunumu

Zafer Cengiz Er<sup>1</sup>, Ertan Demirtaş<sup>1</sup>, Kıvanç Atılğan<sup>1</sup>, Hasan Börekçi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi A.D.

<sup>2</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D.

**GİRİŞ:** Derin ven trombozu (DVT) derin venöz sistede bir veya birden fazla venin trombüsle tıkanması ile gelişip ağrı, şişlik, hassasiyet ve kızarıklık gibi bulgular ile ortaya çıkan tedavi edilmediği takdirde önemli derecede mortalite ve morbiditeye yol açabilen bir patolojidir. Tedavi seçeneklerinde oral antikoagülan, düşük molekül ağırlıklı heparin ve son dönemde kullanıma giren yeni oral antikoagülan ve farmakomekanik trombektomi işlemi yer almaktadır.

Girişimsel tedaviler akut trombüs vakalarında uygulanmakta iken kronik vakalarda etkinlikleri ne yazık ki sınırlı kalmakta bu nedenle de kronik olgularda medikal tedavi yine en önemli seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde artan yaşam beklentisi ve nüfus oranlarının sonucu olarak akut ve kronik lezyonların birlikte olduğu vaka sayısı artmıştır.

Kombine vakaların tedavisinde farmakomekanik tedavi ne ölçüde kendine yer bulacaktır?

**OLGU:** Sol bacağına ani gelişen ağrı, şişlik ve parmaklarda morarma yakınmaları ile hastanemiz acil servisine müracaat eden hastada yapılan alt ekstremité venöz renkli doppler ultrasonografi (RDUS) tetkiki ile kronik popliteal ven trombozu zemininde gelişen akut iliak ven trombozu tanısı kondu. Ayak parmaklarında soğukluk ve siyanotik değişiklikler gözlenen hasta kritik bacak iskemisi riski üzerine acil farmokomekanik tedavi uygulaması için anjiyografi ünitesine alındı. İşlem esnasında pulmoner emboli riskini azaltmak için sağ femoral venden yapılan girişimle vena cava filtresi yerleştirildi. (Şekil 1) Daha sonra RDUS eşliğinde sol femoral ven kanüle edilerek farmokomekanik trombektomi işlemi yapıldı. İşlem sonrası iliak venin açıldığı görüldü. (Şekil 2) İşlem sonrası 24 saat sonra klinik ve fizik muayene bulgularında düzelme olan hastanın işlem öncesi sol alt ekstremité uyluk hizasından ölçülen çap değerinde 3 cm'lik bir düşme olduğu görüldü. Bir ay sonraki kontrol RDUS tetkikinde iliak ven lümenin açık olduğu tespit edildi.

**SONUÇ:** Akut ven trombozlarında farmokomekanik tedavinin hızlı, etkili ve yüz güldürücü sonuçları olan yeni bir tedavi seçeneği olduğu düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Farmokomekanik trombektomi, akut ven trombozu, kronik ven trombozu, kritik bacak iskemisi

**Şekil 1. Vena Kava Inferior filtresi**



**Şekil 2. Farmokomekanik işlem sonrası açıklık sağlanan iliak ven**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0954 [Tromboembolizm, Antikoagulanlar]

#### Subkutan Enoxaparin Kullanımına bağlı Dev boyutlu Rektus Hematomu

Rahman Şenocak, Oğuz Hançerlioğulları, Şahin Kaymak, Aytekin Ünlü  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim dalı

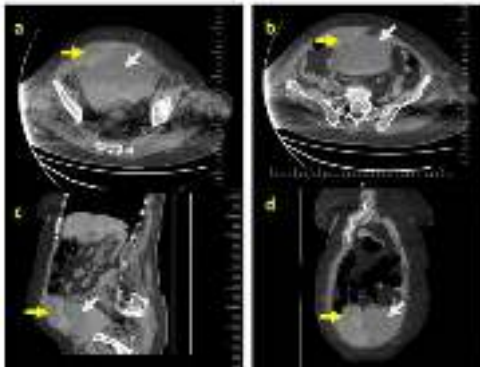
**Amaç:** Düşük moleküler ağırlıklı heparin (DMAH) derin ven trombozu, atrial fibrilasyon ve pulmoner emboli gibi birçok klinik durumda doktorlar tarafından artan bir şekilde kullanılmaktadır. DMAH, gelişmiş biyoyararlanımı ve farmakodinamiği nedeniyle genellikle güvenlidir. Bu yüzden subkutan olarak kullanımı hemşireler, hastalar ve hatta uygun eğitimi olanlar tarafından yapılmaktadır. Bu yazıda, pulmoner emboli nedeniyle subkutan enoxaparin enjeksiyonu sonrası oluşan tip 3 dev rektus hematoma ile komplike hale gelen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu Sunumu:** Seksen dört yaşında kadın hasta, acil servise travma ile ilişkisiz, ani başlangıçlı, iki gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle dış merkezden sevk edildi. Hastanın 3 hafta önce masif pulmoner embolizm nedeniyle tedavi edildiği, sonrasında nefes darlığının geçmemesi üzerine göğüs hastalıkları hastanesine kaldırıldığı ve burada düşük moleküler ağırlıklı heparin 0,6 ıu 2x1 dozunda (enoxaparin) antikoagülan tedavi altında olduğu öğrenildi. Başvuru anında ekg'de atrial fibrilasyon olduğu, solunum sayısının takipneik olduğu ve oksijen saturasyonu %89 olduğu tespit edildi. Muayenede sağ alt kadranda ve hipogastrik bölgede hassasiyet ve ele gelen kitle, sağ karın duvarında ekimoz izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde üre:150 mg/dl, kreatin 2.5, hemoglobin 8.2 gr/dL (12.0-16.0), aktive parsiyel tromboplastin zamanı 30 sn (22.6-35), protrombin zamanı 12 sn (11.4-15.5) bulundu. Hasta cerrahi yoğun bakım ünitesinde monitorize edildi. Kontrastsız abdominopelvik tomografide ise batin alt kadranda mesane anteriorunda 10x15 cm yüksek dansiteli loküle mai alanı ve bu alanla ilişkili sağ rektus kasında 73x42 mm boyutlarında hematoma tespit edildi (Şekil 1a-d). Tip III rektus kılıf hematoma tanısı konuldu. Hastada antikoagülan tedavi kesildi. Takiplerinde hemoglobin değerlerinde gerileme olması üzerine toplam 5 ünite eritrosit ve 3 ünite TDP verildi. Eşlik eden embolizm ve böbrek yetmezliği nedeniyle profilaktik girişimsel ve cerrahi tedavilerin uygun olmadığı düşünüldü ve standart iv heparin 5000 IU 2x1 infüzyonuna geçildi. Hemoglobin düzeyi 10.4 gr/dL'ye, aptt değerleri normalin 1.5 katına yükselen hastanın oral alımı açıldı. Sonrasında aniden O2 saturasyon düşüklüğü ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine mekanik ventilatör ihtiyacı olan hasta yatışının 14. günü kaybedildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Tip III hematomda kanama kas ile transvers fasiya arasında, peritonda ve prevesikal alanda görülür. Gerekli olgularda kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu gerekebilir. Kontrol altına alınamayan ve boyutu ilerleyen hematomlara cerrahi müdahale gerekebilir. Antikoagülan tedavi alanlarda, hematoma boyutları büyük, ileri yaştaki ve ciddi eş hastalıkları olanlarda morbidite ve mortalite oranı daha yüksektir. Rektus kılıf hematomunun mortalitesi %1.6-25 arasında olduğu gösterilmiştir. Olası altta yatan mekanizma enoxaparinin kazara kaç içi enjeksiyonu ya da enjeksiyon yerlerindeki zengin anastomoz ağları ile epigastrik damarların hasar görmesi ve yaşlılardaki belirgin antikoagülan etkinin kombinasyonu olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** rektus hematoma, düşük moleküler ağırlıklı heparin, pulmoner emboli

Figure 1



Kontrastsız BT'de rektus hematoma (sarı oklar) ve mesane anterioruna uzanım gösteren hematoma (beyaz oklar) ait kesitler

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0955 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Bonzai Kullanımının Yanık İle İlişkisi

Talar Vartanoğlu Aktokmakyan, Osman Bilgin Gülçiçek, Erkan Yavuz, Önder Önen, Mustafa Turan, Atilla Çelik  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- Amaç  
Yanık ünitemizde takip edilen hastaların madde bağımlılığı insidansını tespit etmeyi amaçladık. Özellikle son yıllarda Türkiye'de kullanımı çok artan sentetik bir kannabinoid olan bonzainin yanık ilişkisini sorgulayarak morbidite ve mortalite üzerine olan etkilerini inceledik.
- Gereç ve Yöntem  
2017 yılı boyunca Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yanık Ünitesinde yatan 11 hasta yaş, cinsiyet, yatış süreleri, yanık nedenleri, morbidite ve mortaliteleri açısından retrospektif olarak incelendi.
- Bulgular  
2017 yılında yanık ünitesi servis ve yoğun bakımına yatmış 112 hastanın 11'inde madde kullanım öyküsü olup bunların 8'inde bonzai kullanımı bilinmektedir. Ortalama yaş 30.6 olup tamamının cinsiyeti erkektir. Sekiz hasta da yb'de takip edilmiştir. Ünite genelinde ortalama yatış süresi 14 günken bonzai öyküsü bulunan hastaların ortalama yatış sürelerinin 20.6 güne yükseldiği gözlenmiştir. Sekizinin de yanık nedeni alev olup mortalite gözlenmemiştir. 112 hastanın 6'sı amputasyonla sonuçlanırken bunların 3'ünün bonzai kullanan hastalar olduğu görülmüştür.
- Tartışma ve Sonuç  
Yanık klinisyenleri bonzai gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının arttığının farkında olmalı, madde kullanımına bağlı alev yanıklarının seyrinin ve yatış sürelerinin diğer hastalara göre farklı olduğu bilmelidirler.

**Anahtar Kelimeler:** Alev, Bonzai, Yanık





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0956 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Abdominopelvik rezeksiyon +Os cocygys rezeksiyonu sonrası oluşan Necrotizan fasiitte vakumlu yara kapama sistemi uygulama

Perihan Büyükaslan

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Stoma ve Yara Bakım Ünitesi, Diyarbakır

#### AMAÇ

Necrotizan Fasiit(NF);deri,subkutan dokular fasyaların ilerleyici nekrozu ile krakterize,yaşamı tehdit eden bir yumuşuk doku enfeksiyonudur.Bakterilerin çeşitli türleri nekrotizan fasiite neden olur. En yaygın ve bilinen türü A grubu Streptokoktur. Tedavi güçlü antibiyotikler ile başlar. Doku çürümesi, antibiyotiklerin enfekte alanların tümüne ulaşmasının mümkün olmaması anlamına gelir. Sonuç olarak, nekrotik dokunun agresif şekilde debritmanı esastır. Rectum Ca tanılı 62 yaşındaki erkek hastanın prognozu.

#### OLGU

62 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurmuş.Yapılan tetkikler ve muayene sonrasında Rectum Ca tanısı alan hastaya 28 günlük Neoadjuvan radyoterapi verildi.Sekonder tedavi olarak abdominopelvik rezeksiyon + os cocygys rezeksiyonu yapıldı.Post op.4.günde sakral bölgeden gelen akıntıdan alınan kültür sonrasında E.Coli ve Klebsiella tigesikline duyarlı Karbapenem dirençli Enterobacteriaceae ürettiği görüldü.Vancomisin ve Meronem tedavisi başlanan hastanın yara yerinde iyileşme görülmedi.Post op.18. günde yara yeri debritmanı ve vakumlu yara kapama sistemi uygulaması yapıldı.Post op. 37. günde hastanın sakral bölgesindeki 25x20 cm'lik derin poşlu defekt alana kas-deri flebi uygulandı.Suturasyon sonrası donör alanda 8 x1 cm'lik alan sekonder iyileşmeye bırakıldı.Post op.75. günde sakral bölgeye yapılan flebin lateral uçları tazelenerek açık kalan yaklaşık 6x8 cm'lik alana uyluktan alınan deri grefti uygulandı.Post op.117. günde externe edildi.

#### SONUÇ

Vakumlu yara kapama uygulaması; Lokal kan akımında artış, granülasyon dokusunu gelişiminde hızlanma,ödem ve eksudanın kontrol altına alınması ile yara iyileşmesini hızlandıran iyi bir tedavi seçeneğidir.

**Anahtar Kelimeler:** vakum,yara,tedavi

07.11.2017



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

08.08.2017



08.08.2017



08.08.2017



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

08.08.2017



20.01.2018



28.12.2017



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0958 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Geriatrik Hastalarda Yanık

Talar Vartanoğlu Aktokmakyan, Erkan Yavuz, Osman Bilgin Gülçiçek, Onur Olgaç Karagülle, Hakan Yiğitbaş, Önder Önen, Atilla Çelik

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi

#### • Amaç

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus (65 ve üstü) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken; son beş yılda %17,1 artarak ve 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişiye ulaştı. Bilindiği üzere yaş ilerlemesi ile birlikte nörolojik fonksiyonlar geriler, kas iskelet sistemi zayıflar, hastaların bilinç, farkındalık, motor ve duysal fonksiyonları azalır. Ayrıca kan dolaşım sistemi ve beslenme düzeni bozulur. Yara iyileşme süreci yandaş hastalıkların da eklenmesiyle zorlaşır. Travmaya yatkın bu grup beklenenden daha fazla hasar görür ve iyileşme-tedavi süreci daha zordur. Geriatrik yanık hastaları da tüm yanık hastaları içinde özel bir gruptur ve özel olarak ele alınmalıdır. Retrospektif olarak planlanan bu çalışmada amacımız geriatrik yanık hastalarını etiyoloji, tedavi yaklaşımı ve prognozları açısından değerlendirmektir.

#### • Gereç ve Yöntem

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi (SBÜ BAĞCILAR SUAM) Yanık Merkezinde yatarak tedavi gören 65 yaş ve üstü hastalar etiyoloji, yanık yüzdesi, yandaş hastalık, yatış süresi, mortalite-morbidite yönleriyle irdelendi.

#### • Bulgular

2016-2017 yılları arasında 156 65 yaş ve üzeri hasta yanık ünitemizde ve ybü' nde takip ve tedavi edilmiştir. Bu hastalardan 69'u erkek 87'si kadın olup ortalama yaş 75'tir. Ortalama hastanede yatış süresi serviste 2,1 gün iken yoğun bakım ünitesinde 12,3 gündür. Serviste takip edilen hastalarda mortalite görülmezken; yanık yoğun bakım ünitesinde takip edilen 17 hastanın 8'i mortal seyretilmiştir. Hastaların yanık nedeni özellikle ev kazaları kaynaklı alev veya sıcak madde ile temastır.

#### • Tartışma ve Sonuç

Geriatrik hastalar toplumun yüzde olarak küçük bir kesimini oluştursa da önemli bir kısmını kapsamaktadır. Serviste takip edilen hastalarda mortalite görülmezken ko-morbid hastalıkların varlığı nedeniyle yatış sürelerinin uzadığı gözlenmiştir. Özellikle yoğun bakım takiplerinin mortal seyretiltiği dikkati çekmiştir. Etiyoloji açısından ev kazaları ön planda yer almaktadır. Aynı zamanda ybü takibine ihtiyaçlarının daha fazla olduğu yatış sürelerinin uzunluğu ile birlikte göze çarpmıştır. Bu bağlamda yanık klinisyenlerinin geriatrik hastaların takip ve tedavisinde daha dikkatli olmasını önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Alev, Geriatri, Yanık

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0959 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Bası ülserinin takibinde ve tedavisinde dikkatli olunmalıdır: Bası ülseri Fournier gangrenine neden olabilir

Mehmet Eren Yüksel<sup>1</sup>, Mehmet Akif Diri<sup>2</sup>, Mustafa Sami Bostan<sup>1</sup>, Namık Özkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Aksaray

<sup>2</sup>Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Aksaray

**GİRİŞ:** Fournier gangreni perinenin ve genital bölgenin enfeksiyöz nekrotizan fasiitidir. Fournier gangreninde mortalite oranı %67'ye kadar çıkmaktadır (Norton et al., 2002). Bası ülseri olan hastaların takibinde ve tedavisinde dikkatli olunmalıdır. Bası ülseri Fournier gangrenine neden olabilir. Fournier gangreninin erken tanınması ve teşhis sonrası hemen yapılan geniş cerrahi debridman hayat kurtarıcıdır.

**OLGU:** Acil servise bası ülserinden akıntı ve ağrı şikayeti ile başvuran, sol bacağı diz seviyesinden ampute olan hastanın enfeksiyon hastalıkları ve plastik cerrahi bölümlerinin takibinde olduğu öğrenildi. Hastanın oral antibiyotik tedavisine rağmen (Moksifloksasin 1x1 tb) ağrıdan ve pürülan akıntından şikayet etmesi üzerine hasta abse veya fistül ön tanıları ile değerlendirildi. Hastaya dış merkezde yapılan kontrastlı pelvik manyetik rezonans görüntülemesinin (MR) radyoloji bölümü tarafından yorumlanması sağlandı. Pelvik bölgede sakrokoksigeal bölgeden sağda gluteal bölgeye ve perineye uzanan yaygın yumuşak doku enflamasyonu, perine sağ kesiminde derin yerleşimli abseiform koleksiyon ve her iki iliak obturator zincirde büyümüş lenf nodları saptandı. Hastanın tetkiklerinde kreatinin:5.8 mg/dL, ALT:49 U/L, AST: 96 U/L, Ca:6.56 mg/dL, CRP: 358 mg/L ve beyaz küre:15,510x10<sup>9</sup>/L olarak saptandı. Sepsis düşünülerek hastaya enfeksiyon hastalıkları bölümü tarafından piperasilin+tazobaktam intravenöz (iv) antibiyotik tedavisi başlandı. Hastaya litotomi pozisyonunda lokal anestezi ve sedasyon altında müdahale edildi. Sağ pararektal alan parmak diseksiyonu ile genişletilerek varolan bası ülserinin devamındaki abse / koleksiyon boşaltıldı. Koleksiyonun mevcut bası ülseri poşunun sonunda yerleştiği görüldü. Ayrıca sağ perianal ve skrotal alanlar ekspoze edilerek debride edildi. Yara oksijenli su ve povidon iyodür solüsyonu ile yıkandı. Yara yerine gayta bulaşı olmaması için hastaya eş zamanlı olarak kolostomi açıldı. Hastanın yarası operasyondan sonra üçer gün ara ile iki kez daha debride edildi. Nefroloji bölümünün önerileri doğrultusunda iv hidrasyon ile kreatinin değerlerinde düzelme görüldü. İntravenöz antibiyotik tedavisi ve vakum destekli kapama (V.A.C.) ile hastanın yarasının tamamen iyileştiği görüldü.

**TARTIŞMA:** Spinal kord hasarı olan hastalarda basınç ülserleri Fournier gangreni gelişme riskini arttırmaktadır (Backhaus et al., 2011). İskiyal basıya bağlı oluşan ülsere sekonder gelişen Fournier gangrenli paraplejik hastalarda vakum yardımıyla kapama (V.A.C.) yaranın kapanmasını kolaylaştırmaktadır (Stainier et al., 2007). Basınç ülserine bağlı Fournier gangreninin tedavisi disiplinler arası işbirliğini gerektirir. Üroloji, radyoloji, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları, nefroloji, genel cerrahi ve plastik cerrahi bölümlerinin iş birliği içinde çalışması Fournier gangreni olan hastaların tedavisinde elzemdir.

**SONUÇ:** Bası ülseri Fournier gangrenine neden olabilir. Fournier gangreninin erken tanınması ve teşhis sonrası hemen yapılan geniş cerrahi debridman hayat kurtarıcıdır. Vakum destekli kapama (V.A.C.), Fournier gangreni nedeniyle opere edilen hastalarda yara yerinde oluşan defektin kapatılmasında yardımcıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Fournier, gangren, dekübit, bası, ülser, yara

#### Resim 1.



Bası ülseri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Resim 2.**



Pelvik bölgede sakrokoksigeal bölgeden sağda gluteal bölgeye ve perineye uzanan yaygın yumuşak doku enflamasyonu, perine sağ kesiminde derin yerleşimli abseiform koleksiyon

**Resim 3.**



Sağ pararektal alan parmak diseksiyonu ile genişletilerek varolan bası ülserinin devamındaki abse / koleksiyon boşaltıldı. Koleksiyonun mevcut bası ülseri poşunun sonunda yerleştiği görüldü.

**Resim 4.**



Bası ülseri Fournier gangrenine neden olabilir. Fournier gangreninin erken tanınması ve teşhis sonrası hemen yapılan geniş cerrahi debritleme hayat kurtarıcıdır.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0960 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Göründüğü Kadar Masum Olmayan Cilt Stapleri: Evisserasyon Sonrası Cilt Staplerine Bağlı İnce Bağırsak Yaralanması

Hüseyin Kılavuz, Enver Reyhan, Abit Yaman, Mehmet Kemal Yener, Murat Aygün  
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana

“Stapler” (Zımbalayıcı) sözcüğü ilk kez 1901’de American Munsey Dergisinde ince bir metal tel ile kağıtları tutturan bir makineyi tanımlamak için kullanıldı. Sonraki yıllarda gelişen teknoloji ile üretilen otomatik stapler cihazlarından olan cilt stapleri cerrahi insizyonların kapatılmasında kullanılmaya başlandı.

Cilt staplerinin az bir tecrübe ile kullanılabilir olması, operasyon ve anestezi süresini kısaltması cerrahi insizyonların kapatılmasında sık tercih edilmesini sağladı.

Gecikmiş başvuru peptik ülser perforasyonu nedeniyle acil şartlarda septik bulgular ile ameliyata alınan olgumuzda göbek üstü median insizyon cilt stapleri ile kapatıldı. Bu vakada postoperatif 4.günde şiddetli öksürmeye bağlı insizyon hattından ince bağırsak evisserasyonu gelişti. İnce bağırsak mezosunda ve serozasında cilt staplerinin oluşturduğu hasar nedeniyle cilt stapleri kullanımındaki hasta seçimine dikkat çekmeyi amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Cilt stapleri, evisserasyon, yara iyileşmesi, yara kapatma teknikleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0961 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Ratlarda Deneysel Yanık Modelinde Topikal Koenzim Q10'in Etkisinin Değerlendirilmesi

Ceren Canbey Göret<sup>1</sup>, Aslı Kiraz<sup>2</sup>, Nuri Emrah Göret<sup>3</sup>, Sevilay Oğuz Kılıç<sup>4</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>5</sup>, Muammer Karaayvaz<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

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

<sup>4</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>6</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

**AMAÇ:** Günümüzde, yanık hastalarının etkin ve başarılı tedavileri halen önemli bir medikal sorun olup, yanık yaralarında koenzim Q10'in (CoQ10) etkinliğini araştıran çalışma verileri sınırlıdır. Bu çalışmada; topikal uygulanan CoQ10'in yanık oluşturulmuş sıçanlarda yara iyileşmesi üzerine etkisi araştırmayı amaçladık.

**METOD:** 27 adet Wistar Albino cinsi 200-240g ağırlığındaki ratlar 3 eşit gruba bölünmüş (n=9); tüm ratlar genel anestezi altına alınmıştır. Grup 1'in sırt kısımları traş edilip, başka müdahalede bulunulmamıştır. Grup 2 ve Grup 3'ün sırt kısmı traş edilmiş, traş edilen alan 95 C sıcaklıkta su ile 10 sn temas ettirilmiştir. Ratlar yanık uygulama sonrası soğuk havluya sarılmış ve yanık şokunu önlemek için intraperitoneal 8 ml ringer laktat solüsyonu verilmiştir. Grup 2'ye gümüş sülfadiazin, Grup 3'e ise serum fizyolojik ile hazırlanan 10 mg/kg dan CoQ10 steril derivesi topikal olarak hergün uygulanmıştır. Yanık oluşmuş dokulardan 3. ve 10. günlerde genel anestezi altında histopatolojik incelemeler için biopsi alınmış ve ratlar sakrifiye edilmiştir. Histopatolojik parametreler Hematoksilen&Eozin ile, immünohistokimyasal serbest oksijen radikalleri ise Glutathione S-transferase, Glutathione Reductase, Superoxide dismutase, Catalase ile değerlendirilmiştir.

**SONUÇLAR:** CoQ10 uygulanan grupta; hem 3. hemde 10. günlerde alınan örneklerde inflammation, epidermal, vascular, collagen hasarı açısından istatistiksel anlamlı fark tespit edilememiştir. Ödem parametresi açısından; CoQ10 uygulanan grubun 10. gün alınan örnekleri ile gümüş sülfadiazin uygulanan grubun 3. gün alınan örnekleri arasında ve immünohistokimyasal olarak serbest oksijen radikalleri açısından; CoQ10 ve gümüş sülfadiazin uygulanan grupların 10. gün alınan örnekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ve bu parametrelerin arttığı tespit edilmiştir.

**TARTIŞMA:** CoQ10'in yanık yarasını azalttığına dair olumlu bir sonuç elde edilememiş, aksine bu maddenin dokuda ödemi ve oksidatif stresi tespit etmek için yapılan immünohistokimyasal analizde dokularda serbest oksijen radikallerini artırdığını tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** yanık, topikal koenzim Q10, serbest oksijen radikalleri

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Figure1: The area of burn injury experimentally induced by exposing to hot water at 95°C for 10 s**



**Figure2: Procedure of wrapping up with cold towel after inducing burn injury to avoid burn shock**



**Figure3: Silver sulfadiazine application to the injured area**



**Figure4: CoQ10 application to the injured area**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Figure5: Day 10 after induction of injury in the CoQ10 group



Figure 6: Healthy epidermal–subepidermal tissue in the group without burn injuries (hematoxylin and eosin –40)



Figure 7: Mild damage (score 1) in the epithelium and collagens in the burn injured tissue (hematoxylin and eosin –400)

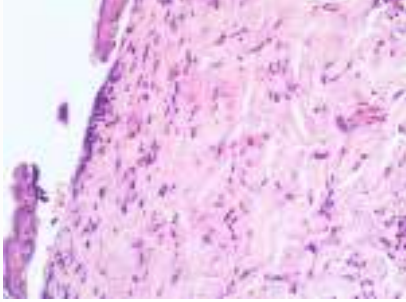
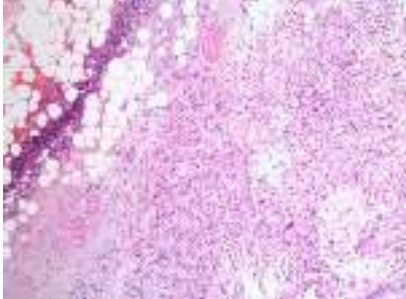


Figure 8: Severe inflammation (score 3) in the burn injured tissue (hematoxylin and eosin –400)



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Figure 9: Strong staining (score 3) with SOD-1 in adipose tissue (immunohistochemistry SOD-1 staining  $\times 400$ ).



Figure 10: Strong staining (score 3) with CAT (immunohistochemistry CAT staining  $\times 400$ ).



Figure 11: Moderate staining (score 2) with Glut Red (immunohistochemistry Glut Red staining  $\times 40$ ).

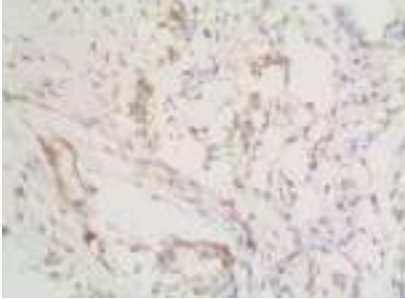


Figure 12: Moderate staining (score 2) with GSTP 1 (immunohistochemistry GSTP 1 staining  $\times 400$ ).



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0962 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Hızlı ve fatal seyirli Nekrotizan Fasiit olgusu

Gülten Çiçek Okuyan, Mehmet Talu, Metin Tilki, Ali Sürmeliolu  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi İstanbul

**AMAÇ:** İnflamasyon belirtisi izlenmeyen karın ağrısı ile acile getirilen ancak derin palpasyonda krepitasyon alınan radyolojinin tanı koymada yardımcı olduğu hızlı ve fatal seyreden olguyu sunmak istedik.

**olgunun özellikleri:**

78 yaşında kadın hasta 3 günlük karın ağrısı ve mental durumda değişiklik nedeni ile acil polikliniğimize getirildi. Diyabet ve 20 gündür NSAİ kullanım öyküsü mevcuttu. Bilinç bulanık, tansiyon: 90/50 nabız: 140/dk ateş 38.5 derece, VKİ: 45, batin muayenesinde distansiyon yok, tüm kadranslarda hassasiyet ve derin palpasyonda krepitasyon alındı. Ciltte herhangi bir sıcaklık, kızarıklık, ödem, ya da açık bir yarası yoktu. Lab. bulguları; lökosit: 20.000, Hb: 10,2 gr/dl, hct: %30.8, albümin: 1,5 gr/dl, glukoz: 304 mg/dl, kreatinin: 0,6, CK: 442U/l, INR: 1,58, CRP: 24 mg/dl. serum Na: 135 meq/l. Çektirilen batin bt sinde tüm batin duvarında lomber bölgeye ve aşağıda inguinal ve genital bölgeye uzanan fasya boyunca ilerleyen geniş hava imajları izlendi. Batin içi patoloji saptanmadı. NF ön tanısıyla acilen operasyona alındı. Eksplorasyonda fasya üzerinde ve subkutan yağ dokusunda gri-kahverengi renk değişikliği, tromboze damarlar ve dokuda yaygın nekroz görüldü. Agresif debridman uygulandı. Postop. Reanimasyon kliniğine verildi. Postop. 1. ve 2. günü debridmanlar tekrarlandı. Ancak hasta postop. 2. gününde eks oldu.

**Tartışma ve SONUÇ:** NF, hızlı doku yıkımı, sistemik toksisite ile seyreden nadir görülen ancak ölümcül seyredebilen derin yumuşak doku infeksiyonudur. Erken tanı ve agresif cerrahi debridman mortalite ve morbiditeyi azaltır ancak tanı koymak zordur. Genelde perine ve gövdede görülür. Etiyolojik olarak gr(+) organizmalardan S. aureus, S. pyogenes enterokok, gr (-) organizmalardan E. coli, Pseudomonas türleri, anaerob olarak bacteroides ve Clostridium türleri izole edilir. Hastamızda doku kültüründe Acinetobacter spp. üredi ayrıca histopatolojisinde nekrotizan fasiite bağlı değişiklikler ile uyumlu olarak belirtildi. NF için risk faktörleri; Diyabet, KRY, immunsupresif ilaç kullanımı, malnütrisyon altta yatan malignite ve obezitedir. NSAİ ile NF ilişkisi gösterilmiştir. Hastamızın diyabeti ve NSAİ kullanım öyküsü mevcuttu. NF de genellikle ciltte inflamasyon bulguları görülür. Hastamızda ise cilt bulgusu yoktu ancak şiddetli ağrısı mevcuttu ve derin palpasyonla krepitasyon alınmaktaydı. Krepitasyon % 18 görülür ve kötü prognoz belirtisidir. Tanı koymamızda yardımcı olması amacıyla çekirilen batin BT, NF belirlemede % 80 sensitiftir. infeksiyonun derinliğini ve genişliğini saptamada önemlidir. Olgumuzda hızla tanının konmasına ve gecikmeden tedavinin başlamasında yardımcı oldu. Ancak çok hızlı progresyon gösteren hasta eks oldu.

**Sonuç olarak,** NF az görülen ancak morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir durumdur. Klinisyenler ciltte eritem, ateş ve ağrısı olan özellikle de immun yetmezlik ve kronik hastalığı olan hastalarda NF düşünmelidirler. Radyolojinin rehberliğinin de önemi unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Mortalite, Nekrotizan Fasiit, tomografi

#### tomografi 1



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

tomografi 2



yara 1



yara 2



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0963 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Bonzai Kullanımına Bağlı Tekrarlayan Yanık: OLGU SUNUMU

Talar Vartanoğlu Aktokmakyan, Serhat Meriç, Önder Önen, Mustafa Turan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar SUAM, İstanbul

**Amaç:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar SUAM Yanık Merkezimize aynı yıl içerisinde iki kez yanarak başvuran hastamızı ve bu hastadan yola çıkarak tekrarlayan yanık hastalarında bu gibi tedavi farklılıklarını ve alınması gereken önlemleri paylaşmayı amaçladık.

**Olgunun özellikleri:** Dış merkeze bonzai içimi sırasında yanarak başvuran 22 yaşında erkek hasta bilateral alt ekstremitelerde toplamda %30, 2 ve 3. derece alev yanığı ile interne edilmiş ve tekrarlayan debridmanlar sonrasında otolog deri greftlemesi ile tedavisi 2 ayda tamamlandıktan sonra taburcu olmuştur. Taburculuğunun 4 ay sonrasında madde kullanımı devam eden hasta benzer şekilde aynı bölgelerinden tekrar yanarak merkezimize başvurdu. Hasta yoğun bakım ünitemizde bilateral alt ekstremitelerde toplamda %30, 3. derece alev yanığı tanısı ile takibe alınmıştır. Yatış anında hastanın sağ bacağında fasyotomilere rağmen dolaşım sağlanamamış ve dizaltı amputasyon uygulanmıştır. 47 günlük multi-disipliner olarak yürütülen yoğun bakım ve servis takibi ile birlikte devam eden hiperbarik oksijen tedavisine rağmen hastanın sol bacağı için de benzer durum yaşanmış amputasyon kararı alınmıştır. Bilateral alt ekstremitte amputasyonu sonrasında hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Günümüzde artan madde kullanımı, psikopatolojik problemler, diyabetik nöropati ve mental retardasyon gibi tekrarlayan yanıklara sebep olan durumlarda daha temkinli olmamız gerektiğini bu örnekte görmekteyiz. Bonzai kullanım öyküsü olan bu hastada ilk tedavi madde kullanımının devamı nedeniyle sonuçsuz kalmış; buna ilaveten ekstremitte kaybı ile sonuçlanmıştır. Risk grubundaki hastalarda, hasta ve hasta yakınlarının bilinçlendirilmesi, gerekli rehabilitasyonun sağlanması, yaşam alanlarının uygun olarak düzenlenmesi başarı yüzdesini artırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Bonzai, Madde bağımlılığı, Tekrarlayan yanık, Yanık

Resim-1



Resim-2



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



EPS-0964 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

### Karbondiyoksit ile Oluşturulan Pnömoperitonun Periton Yapısı Üzerine Etkileri

Bekir Sarıcık, Ömer Rıdvan Tarhan

Süleyman Demirel Üniversitesi. Araştırma ve uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ:** Laparoskopik ameliyatlarda uygulanmaya başlamasıyla beraber pnömoperiton oluşturmak için birçok gaz denenmiştir. Bunlar arasında halen en yaygın kullanımda olan karbondiyoksit gazıdır. karbondiyoksit ile oluşturulan pnömoperiton laparoskopik ameliyatlarda cerrahlara uygun alan oluşturmaya rağmen peritoneal yapı üzerinde birtakım istenmeyen değişikliklere de sebep olmaktadır. Bu yan etkilerden bazıları kaçınılmaz olmasına rağmen bazı yan etkilerde uygulama şekline bağlı değişiklik gösterebilmektedir.

**METOD:** Karbondiyoksit ile oluşturulan pnömoperitonun peritoneal yapı üzerine etkilerine ilişkin literatürdeki yapılan deneysel ve klinik çalışmalar dikkate alınarak bu makale hazırlandı.

**SONUÇLAR:** Pnömoperiton oluşumu peritoneal çevreyi ve dolayısıyla organizmayı etkiler. Bu etkilenebilir intraabdominal basınç artışı, karbondiyoksitin lokal peritoneal destrüktif etkileri, karbondiyoksit emilimi ve kimyasal metabolik değişimler gibi sebeplerle olmaktadır. İnfüzyon hızı ve basıncı genel olarak hemodinamik değişiklikler yapmaktadır. Karbondiyoksitin hipoksik etkisi, toksik etkisi, kuruluğu, soğukluğu peritoneal çevrenin yapısal bozulmasına sebep olmaktadır.

**TARTIŞMA:** Laparoskopik cerrahi her geçen gün daha da yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle özellikle ek hastalığı olan ya da obez hastalarda pnömoperitonun yaptığı etkiler hakkında farkındalığa sahip olunması önemlidir. Bu farkındalık hastaların pnömoperitonun yaptığı istenmeyen değişikliklerden etkilenimini azaltacağı kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Karbondiyoksit pnömoperiton, laparoskopi, karbondiyoksit insüflasyonu

Figür 1



Side effects of carbon dioxide pneumoperitoneum(10).

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Image 1**



Cross-section of a normal appearance peritoneum. Mesothelium After the Trocar Placement: Intercellular junctions are normal thickness (arrow). MC: Mesothelial Cell, Triangle: Elastic fibres, asterisk: collagen, SC: smooth muscle cell, MaC: Mast cell

**Image 2**

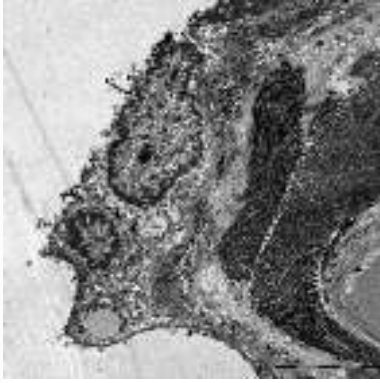


Image of affected peritoneal membrane by carbon dioxide in cross-sectionally by transmission electron microscopy study.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: [turkcer@turkcer.org.tr](mailto:turkcer@turkcer.org.tr)





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0965 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Yank Staz Zonu Üzerine Ozon ve N-Asetilsistein Etkilerinin Karşılaştırılması

Meriç Emre Bostancı<sup>1</sup>, Murat Can Mollaoğlu<sup>2</sup>, Mustafa Atabey<sup>3</sup>, Muhammed Aykota<sup>4</sup>, Ali Kaan Gökakın<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sivas Numune Hastanesi

<sup>2</sup>Zara Devlet Hastanesi

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi

<sup>4</sup>Pamukkale Üniversitesi

**AMAÇ:** Bu çalışmada deneysel yanık modeli oluşturulan ratlarda N-asetilsistein ve ozonun, intraperitoneal uygulanmasıyla staz zonunun kurtarılabilmesi ve tedavi sonrası biyokimyasal ve patolojik bulgularının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmaya 24 adet dişi rat dahil edildi. Ratlar üç eşit gruba ayrıldı. 10. gün sonunda ratlardan doku örnekleri alındı. Eşit sayıda 3 grup oluşturuldu.

1. Grup; İntraperitoneal kontrol grubu

2. Grup; Ozon günlük olarak 10 µg/mL dozunda intraperitoneal olarak, 10 gün süreyle uygulandı.

3. Grup; N-asetilsistein günlük olarak 100 mg / kg dozunda intraperitoneal olarak, 10 gün süreyle uygulandı.

Ratlar'a, Regas ve Ehrlich tarafından tanımlanan yanık modeli uygulandı. Bu yanık modelini oluşturmak için 3 adet ara bölgeye sahip 1 × 2 cm boyutlarında toplam dört adet dikdörtgen temas alanı bulunan tarak biçimli alet kullanıldı ve sıçanların sırt bölgesinde, orta hatta iki taraflı olarak, her biri 1 × 2 cm ebadında dikdörtgen şekilli 4 adet ikinci derece yanık alanı ve bunların aralarında 0,5 × 2 cm ebatlarında 3 adet sağlam bölge olacak biçimde yanık oluşturuldu. Oluşturulan yanık alanları koagülasyon zonu ve bunlar arasında kalan 0,5 × 2 cm' lik sağlam doku bölgeleri iskemi ( staz ) zonu olarak kabul edildi. Çalışma için Ratların kuyruk veninden 5 cc kan alınarak; malondialdehit, superoksit dismutaz, katalaz ve glutatyon peroksidaz değerleri gruplar arasında karşılaştırma için ölçüldü.

**TARTIŞMA:** Yaptığımız çalışmada; patolojik olarak ödem, hiperemi, epitel dejenerasyonu, nekroz, iltihabi infiltrasyon, fibrozis ölçümleri yapıldı. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında intraperitoneal NAC verilen grupta doku hasar skoru düşük bulundu. İntraperitoneal NAC uygulanan grupta MDA düzeyi kontrol grubuna göre düşük bulundu. İntraperitoneal NAC uygulanan grupta SOD, katalaz ve GSH-Px düzeyleri, kontrol grubuna göre yüksek bulundu. İntraperitoneal ozon uygulanan grupta MDA düzeyleri intraperitoneal NAC uygulanan gruba göre düşük bulundu. İntraperitoneal ozon uygulanan grupta SOD, katalaz, GSH-Px düzeyleri, intraperitoneal NAC uygulanan gruba göre yüksek bulundu.

Özellikle prospektif randomize geniş katılımlı klinik çalışmaların standart bir yara bakım ürünü olarak ozonun kullanımının önerilmesinde gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Ozon ve N-Asetilsistein grupları karşılaştırıldığında; ozon grubunda histopatolojik olarak iyileşme bulguları daha iyi olup ozon ve N-Asetilsistein grupları karşılaştırıldığında; ozonun oksidatif stres düzeyini azaltıcı, yara iyileşmesini arttırıcı olumlu etkilerinin N-Asetilsisteine göre daha belirgindir.

**SONUÇ:** Bu çalışmada; ratlarda oluşturulan deneysel yara modelinde yara iyileşmesi üzerine intraperitoneal ozon uygulanmasının, intraperitoneal N-asetilsistein uygulamasına oranla daha üstün olduğu saptandı. İntraperitoneal ozonun bir yara bakım ürünü olarak kullanılması için prospektif randomize klinik çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Ozonun staz zonuna olan etkileri, en etkin tedavi dozu, yan etkileri ve tedavi süresi yeni çalışmalarla araştırılıp aktif klinik kullanıma girebilecek bir molekül olarak dikkate alınması gerekir

**Anahtar Kelimeler:** Ozon, N-Asetilsistein, Staz Zonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0967 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Topikal Epidermal Büyüme Faktörünün Yara İyileşmesi Üzerine Etkisi

Arş. Gör. Yiğithan Yasin Keskin, Hemşire Cemile Sazak, Uzm. Dr. Ömer Arda Çetinkaya, Prof. Dr. Hakan Uncu  
Ankara Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Periferik Vasküler Cerrahi Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Topikal epidermal büyüme faktörünün yanıklar ve diyabetik ayak yaraları üzerinde hücre çoğalması ve kollajen artışı etkileriyle sürece katkı sağladığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ülkemizde yeni ruhsatlandırılan bu ürünü ilk kullanan merkezlerden biri olarak ürünün etkinliğini araştırmak ve ilk sonuçlarını bildirmektir.

**MATERYAL-METOD:** Yaşları 35 ile 81 arasında değişen (ortalama yaş 60,7) 6 'sı kadın, 11'i erkek olmak üzere toplam 17 kişi bu çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların 2 ile 40 yıl arasında değişen (ortalama 22 yıl) diyabet anamnezi olduğu, ayrıca hastaların 10 tanesinde arteriyel yetmezlik, 7 tanesinde ise venöz yetmezlik olduğu kayıt edilmiştir. Diyabetik ülser yerleri en sık parmak (%33,3) ve ikinci sırada taban (%23,8) bölgesinde yer almaktadır. Hastaların debridmanı cerrahi olarak yapılmıştır. Hastaların yara yüzeyleri üzerine topikal epidermal büyüme faktörü gün aşırı uygulanmıştır. Tedavi süresi 11-180 gün arasında (ortalama 59,4 gün) değişmektedir. Hastaların yara pansumanlarını kapatmak için klorheksidin asetat veya Ag aljinatlı örtüler kullanılmıştır. Yaralar Wagner kriterlerine göre değerlendirilmiştir.

**SONUÇLAR:** Wagner evrelemesine göre 10 tane hasta evre II, 2 tane hasta evre III, 4 tane hasta evre IV, 1 tane hasta ise evre V olarak değerlendirilmiştir. Tedavi sonrasında iki hastanın yaralarının tamamen kapandığı (%11,8), 13 hastanın (%76,4) yara yerinde yeterli granülasyon sağlanarak ülser alanlarının ortalama 11,0cmx4,5cm'den 8,4cmx4,0cm'e düşerek %32 oranında küçüldüğü, evre IV ve V'te yer alan 2 hastada ise yara yeri iyileşmesinde başarılı olunmadığı görülmüştür (%11,8).

**TARTIŞMA:** Bu çalışmaya göre Wagner evrelemesi I-III arasında değişen diyabetik yaralarda topikal epidermal büyüme faktörünün etkili olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Enfeksiyon veya osteomyelit olmayan, vasküler girişim ile tedavi imkânı bulunmayan, klasik pansuman ile sonuç alınamayan kronik yaralarda bu ürün hastaları majör amputasyondan korumak için ümit vaat etmektedir. İlk sonuçlarını bildirdiğimiz bu tedavi yönteminde bu yorumu kesinleştirmek için, daha çok hastanın yer aldığı çalışmalara ve daha fazla veriye ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Yara İyileşmesi, Büyüme Faktörü, Diyabet

Resim 1



Topikal epidermal büyüme faktörü uygulaması

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 2**



Sol ayak tabanında tam kapanan yara

**Resim 3**



Sağ ayak birinci parmakta kapanan yara

**resim 4**



Sol ayak metatars başında iyileşen yara

**Resim 5**



Sağ ayak tabanında iyileşen yara

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0968 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Elektrik çarpmasına bağlı yanıkta dermal kollajen implantı kullanımı

Nadire Dinç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ABD, Şanlıurfa

Dermal kollajen iskeleti, yanık ve yara tedavisinde kullanılan kısmi deri grefti veya fleple kapatılamayacak yaraların tedavisinde kullanılan bir yara bakım ürünüdür. Biz bu olguda 23 yaş erkek hastada elektrik çarpmasına bağlı 3. Derece yanık şikayeti ile yatırılan hastada el bileği ve ayak tabanında tendonu da kısmen içine alan derin doku defektinin dermal kollajen iskeleti kullanılarak kapatılmasını sonuçlarını ve ameliyat sonrası 3 aylık takibini anlatacağız.

23 yaş erkek hasta elektrik çarpmasına bağlı her iki el bileği ve sağ ayakta % 5 üçüncü derece yanık şikayeti ile yanık ünitemize yatırıldı. İlk gün sol ön kol ve el bileğinde gelişen kompartman sendromu nedeniyle escarotomi ve fasyotomi yapıldı. Sırasıyla 10. gün sağ ayak baş parmak amputasyonu ve debridman, 24. Gün sağ el ve sol el palmar bölgeye debridman ve greftleme yapıldı. 38. gün sol el bileği ve ayak tabanına dermal kollajen iskeleti uygulandı. 58. gün kollajen iskelet uygulanan sahalara greftleme ile yaralar tamamen kapatıldı. yatışı sırasında sol unlar sinirde hasarı olan hastada pençe el deformitesi gelişti. Taburculuk sonrası poliklinik takibinde hastanın herhangi bir şikayeti olmadan rahatça yürüdüğü sol el bileğini kontraktür olmadan rahatça hareket ettirebildiği eşyaları tutabildiği pençe el deformitesinin kaybolduğu görüldü.

Elektrik çarpması vakalarında özellikle greftleme veya flep gibi cerrahi yöntemle kapatılması mümkün olmayan veya hastanın işlevselliğini bozacak eklem yanıkları çok sık görülmekle birlikte bu olgularda morbidite kontraktür oranı fazladır. Bu tür vakalarda dermal kollajen iskeleti kullanılmasının morbiditeyi azalttığı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Elektrik çarpması, yanık, dermal kollajen iskeleti

1



2



24. gün ilk greftleme sonrası

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

3



dermal kollajen implantı kullanımı

4



5



poliklinik kontrolü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

7



8. gün

8



dermal kollajen iskeleti kullanımı

9



poliklinik kontrolü

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0969 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Süt yanığı sonrası gebelikte gelişen hipertrofik skar ve keloid tedavisinde postpartum radyoterapi kullanımı

Nadire Dinç<sup>1</sup>, Azamat Dauletkazin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ABD, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyasyon onkolojisi ABD, Şanlıurfa

Hipertrofik skar ve keloid yanık hastalarında çok sık görülen hastalarda şiddetli kaşıntı, ağrı ve kozmetik problemlere yol açan yara iyileşmesidir. Zaman zaman hastanın günlük hayatını idame ettirmesini engelleyebilecek kadar morbiditeye neden olabilmektedirler. Hipertrofik skar çoğunlukla pembe veya kırmızı yara sınırlarını aşmayan kabarık iyileşmedir. Keloid ise yara sınırlarının dışına taşan çoğunlukla cilt renginde olan kabarık iyileşmedir. Biz bu vakada krem, pomad, bası giysisi tedavisine cevap vermeyen hipertrofik skar ve keloidi olan post partum hastada radyoterapi tedavisinin etkinliğini anlatmaya çalışacağız.

32 yaşında kadın hasta polikliniğimize sol kol ekstensör yüzde eski yanığa bağlı kolunda kabarma şiddetli ağrı ve kaşıntı ile başvurdu. Başvurduğu sırada 7 aylık gebe olan hasta kolunun sütle 1 yıl önce yandığını kabarma olmadan iyileştiğini yanıktan 5 ay sonra gebe kaldığını 2. trimesterden itibaren yanık alanın kabarmaya başladığını ağrı sebebiyle kolunu kullanamadığını uyuyamadığını belirtti. Fizik muayenede sol kol ekstensör yüzde yanık alanının tamamında hipertrofik skar ve yer yer keloid alanları mevcuttu. Takibe alınan hastaya post partum bası giysisi önerildi. Ancak şikayetlerinde gerileme olmadı. Bebeğini ağrı sebebiyle tutamayıp emzirmekte çok zorlandığını belirtti. Laktasyonda olduğu için sistemik yan etkiye neden olabileceği için steroid enjeksiyonu yapılamadı. Hastaya tek fraksiyonda 12 MeV enerji i le 8 Gy elektron radyoterapi uygulandı. 2 hafta sonraki kontrolünde hasta ağrısının geçtiğini kaşıntısının oldukça azaldığını kolunu rahatlıkla kullanabildiğini belirtti.

Pediyatrik yaş grubunda yeterli çalışma olmamasına rağmen erişkin hastalarda hipertrofik skar ve keloid tedavisinde radyoterapinin etkinliğinin olduğunun gösterildiği birçok çalışma mevcuttur. Hastamızdaki dramatik iyileşme sebebiyle radyoterapinin seçilmiş hastalarda etkili bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertrofik skar, keloid, radyoterapi

**radyoterapi öncesi**



**radyoterapi sonrası**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0970 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### **Elektrik yanığına bağlı gelişen eldeki doku defektinin ve ulnar sinir hasarının yönetiminde sural sinir greftinin kasık flebi ile birlikte kullanılması**

Mete Demir<sup>1</sup>, Melih Bağır<sup>2</sup>, Koray Daş<sup>1</sup>, Kayhan Gürbüz<sup>1</sup>, Abdulkadir Başaran<sup>1</sup>, Orhan Eroğlu<sup>1</sup>, Ali Yarçe<sup>1</sup>, Özer Özlü<sup>1</sup>, Uğur Topal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>T.C Sağlık bakanlığı Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yanık Merkezi, Adana

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

<sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

#### Giriş

Haşlanma ve alev yanıklarından sonra en sık gözlenen elektrik yaralanmaları önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Termal yanıklardan çok farklı mekanizmalarla medyana gelen yüksek voltajlı elektrik yaralanmalarında ise halen değişik fizyopatolojik açıklamalar ileri sürülmekte ve değişik tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır Elektrik yaralanmasının meydana gelmesinde ve prognoz belirlenmesinde en önemli etken voltaj miktarıdır klinikte 1000 volt sınırına göre düşük ve yüksek voltaj olarak ikiye ayrılır Eller, tüm vücut yüzey yüzeyinin küçük bir kısmı oluşmasına rağmen, yanıklı olguların %80'inde elin yanıktan etkilendiği görülmektedir El yanıkları ödem kontrolü, yara/greft bakımı, splintleme, skar denetimi ve ağır konularında eğitimli terapist yaklaşımı gerektirir Pediküllü kasık flebi (groin flep) süperfisiyal sirkümfleks iliak arterden köken alan aksiyel paternli fleptir Üst ekstremitenin farklı bölgelerinde yer alan ve değişik ebatlarda olan defektlerde uygun örtü sağlayan, düşük donör alan morbiditesine sahip iyi bir seçenek olarak yerini korumaktadır. interfasiyuler sinir grefti sinir defektlerinin onarmak için yararlı bir yöntemdir. İyi bir motor fonksiyon bir dereceye kadar duyuşal geri dönüş mümkündür

#### Olgu

20 yaşında erkek hasta kliniğimize elektrik yanığı nedeniyle kabul edildi Fizik muaynesinde sağ el hipotenar bölgeden el bileği lateral bölgeye ızanan 3 derece yanık alanı mevcut. Sağ elde ve önkolda ulnar sinir motor ve duyu defisiti mevcuttu. TA: 110/70mmHg, nabız: 72/dakika, ateş: 37.2 C idi. Sistemik muayenede patoloji saptanmadı. biyokimyasal değerleri normaldi. Seri halde pansuman ve debridmanlar sonrası yara flep için uygun hale getirildi. ulnar sinir defekti için sol bacadan alınan sural sinir interfasiyuler greftlendi daha sonra sağ yüzeyel sirkümfleks iliak arter pedikülü korunarak fasyokutan kasık flebi eleve edildi. Daha sonra bu flep sağ eldeki hipotenar bölgeye açık yara üzerine suture edildi. 3 hafta sonra flep pedikülünden ayrıldı. Donör alan primer kapatıldı.

#### Tartışma

Elektrik yanığı yurdumuzda ve bölgemizde sık görülen, ciddi oranda morbidite oranına sahip olan, hastanın uzun süre hastanede yatmasını gerektirip çok sayıda operasyon geçirmesine neden olan bir travmadır. Elektrik yaralanmalarında tendon, damar, sinir, kemik ve eklem, gibi önemli yapılar hasar görmüş olabilir. Böyle yaralanmalar erken dönemde debride edilmeli uygun fleplerle erken dönemde kapatılmalıdır., Pediküllü kasık flebi üst ekstremitte yüksek voltajlı elektrik yanıklarına bağlı olarak gelişen kemik, sinir ve tendon gibi yapıların açıkta olduğu ve lokal flepler ile kapatılamayacak büyüklükteki defektler ile serbest doku aktarımı kullanımının riskli olduğu hasta grubunda güvenli bir tedavi alternatifidir Periferik sinir yaralanmaları son derece ağır fonksiyonel ve estetik sıkıntıları olan patolojilerdir Sinir greftleri, motor gücün kazanılmasında ve elin tutma işlevlerinin restorasyonu amacıyla bu yaralanmalarının yönetilmesinde tercih edilir

**Anahtar Kelimeler:** Kasık flebi, Sural greft, Elektrik yanığı

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 1



Sural greft intraoperatif

resim2



Kasık flebi

resim3



Defektin son hali

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0971 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Bir olgu üzerinden Toksik Epidermal Nekroliz de yanık merkezinin rolünün incelenmesi

Mete Demir<sup>1</sup>, Kayhan Gürbüz<sup>1</sup>, Abdulkadir Başaran<sup>1</sup>, Orhan Eroğlu<sup>1</sup>, Ali Yarçe<sup>1</sup>, Özer Özlü<sup>1</sup>, Uğur Topal<sup>2</sup>, Koray Daş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>T.C Sağlık bakanlığı Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yanık Merkezi

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

#### giriş

Toksik Epidermal Nekroliz (TEN), vücudun çeşitli antijenlere karşı geliştirdiği, keratinositlerin immün sitotoksik yıkımıdır. En sık olarak ilaçlara [antibiyotikler, allopürinol, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), antikonvülzanlar] bağlı olarak gelişse de enfeksiyon, kanser ve aşı uygulanması sonrasında da görülebilir. Her yıl dünyada 0.4-1.2/milyon sıklıkla görülmektedir. Daha çok erişkin yaş grubunda görülür fakat nadiren çocuklarda görülebilir. TEN %10-30 mortaliteye sahiptir.. Deride görülen lezyonlarda, sağlam alanlar da dahil olmak üzere, dermo-epidermis bileşkesinde ayrılma olmaktadır. Mortalite sıklıkla deri lezyonlarına sekonder gelişen enfeksiyonlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Vücut yüzeyinin %20'sini tutabilen bir yanık olgusu nasıl acil bir yaklaşım gerektirebilirse, vücut yüzey alanının %20'sini tutabilen toksik epidermal nekroliz, de acil müdahale gerektirir. Topikal yara bakımı, bu durumlarda, genel tedavinin ayrılmaz bir parçasını teşkil eder. Epidermal kayıplar gözlenen bölgeler kısmi kalınlıkta yanıklarla karışabilmektedir. Bu sunumda gemifloksasine bağlı gelişen bir TEN olgusunun takibinde yanık merkezinin rolünü incelemeyi amaçladık.

#### Olgu

Bilinen kalp yetmezliği hipertansiyon koah kronik af si olan hasta 61 yaşındaki kadın hasta ilk kez 10 gün önce gastroenterit nedeniyle gemifloksasin 320 mg kullanmış klinik düzelme olan hastanın 3 gün önce tekrar diyaeresi olması üzerine tekrar gemifloksasin kullanmış diltizem,aldakton,beloc,digoxin,xarelto kullanımı da mevcut olan hasta tüm vücutta eritematöz büllöz lezyonlar olması üzerine hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde hastanın bilinci açık, koopere, arteriyel kan basıncı 160/90 mmHg, nabız 110/dk, ateşi 37.4°C idi. Cilt muayenesinde oral mukozada eritematöz lezyonlar, baş-boyun bölgesi hariç tüm vücutta yaygın, ağrılı hiperemik, döküntüler ve özellikle kalça bölgesinde büllöz lezyonlar mevcuttu. Eritematöz lezyonlar ve epidermoliz vücut yüzeyinin %40'ından daha geniş bir alanı etkilemişti. Labrotuvar incelemede crp yüksekliği ve lökositöz mevcuttu diğer parametreler normal aralıktaydı. Hastaya dermatoloji frozen inceleme yaptı tam kat nekroz görüldü bunun üzerine hastaya TEN Tanısı koyuldu hasta dahili yoğun bakıma yatırıldı. Cilt lezyonları steril izotonik NaCl solüsyonu ile günlük olarak temizlendi. Bütünlüğü bozulmuş cilt bölgeleri debride edildi parafinli steril kapalı pansuman şeklinde takip edildi. Tartışma

TEN çok şiddetli bir ilaç reaksiyonudur. Hastaların hemen hemen %90'nın üzerinde bir ilaç öyküsü saptanabilmektedir. Başlıca sülfonamidler, aminopenisilinler, sefalosporinler, kinolonlar gibi antibiyotikler risk oluşturur. Hastalığa özgü belirgin bir laboratuvar bulgusu yoktur. TEN tedavisinde şüphelenilen ilacın kesilmesi ve destek tedavisi ilk basamaktır. Şüphelenilen ilacın erken dönemde kesilmesinin mortaliteyi önemli ölçüde düşürdüğünü gösterilmiştir. Destek tedavisi ciddi termal yanıklarda uygulanan tedavi ile benzerdir ve sıvı replasmanı, yeterli beslenme desteği, yara bakımı ve enfeksiyonlardan korunmayı içerir. Günlük yara bakımı, hidrasyon ve beslenme desteği şarttır ve ciddi olguların yoğun bakım ünitesinde takibi önerilmektedir. Hastaların yara bakımında yanık merkezlerindeki edindiğimiz tecrübelerin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Toksik Epidermal Nekroliz, Yara bakımı, ilaç reaksiyonu

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

resim 1



resim 2



resim 3



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0972 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Palyatif Bakım Ünitesindeki Hastalarda Oluşan Basıç Ülserlerinin Değerlendirilmesi ve Tedavi Seçenekleri

Hasan Calis, Yilmaz Guler, Serkan Sengul, Mani Habibi, Zulfikar Karabulut  
Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Alanya, Antalya

**GİRİŞ:** Basıncı ülserleri cilt ve cilt altı dokusunun basıncı, sürtünme ya da makaslama kuvveti yoluyla hasar görmesi sonucu oluşurlar. Uzun süre aynı pozisyonda kalan hastalarda yüzeyle kemik arasındaki dokuya oluşan basınçla kan dolaşımı azalır ve basıncı ülserleri gelişir. Bunun dışında hareketsizlik, mental durum değişikliği, malnutrasyon da ülser gelişiminde önemli yer tutar. Çoğu basıncı ülserleri önlenabilir yaralardır.

**AMAÇ:** Çalışma palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda oluşan basıncı ülserleri ve tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

**YÖNTEM:** Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım ünitesinde ekim 2016 ile kasım 2017 tarihleri arasında basıncı ülseri nedeniyle tedavi edilen hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Her hasta için özel olarak doldurulan formlardan veriler alındı. Basıncı ülseri evresi National Pressure Ulcer Advisory Panel sınıflamasına göre belirlendi.

**BULGULAR:** Retrospektif değerlendirme sonucuna göre palyatif bakım ünitesinde tedavi gördüğü süre içinde 48 hasta basıncı ülseri nedeniyle tedavi edildi. Basıncı ülserleri sıklık sırasına göre en sık sakral bölge (18 hasta, %37.5), iskeal tüberositler (12 hasta, %25), trokanterler (9 hasta, %18.7), malleoller (3 hasta %6.2) ve topuklarda (6 hasta, %12.5) görüldü. Hastaların %12.5'i evre I, %62.5'i evre II, %14.5'i evre III, %6.2'i evre IV, %3.7'si şüpheli derin doku hasarı olarak evrelendirildi. Evre I hastalara sadece pansuman ile yara bakımı yapıldı. Diğer tüm hastalara cerrahi debritleme uygulandı. Debritleme sonrası bu hastalardan evre III olan 2 hastaya epidermal growth faktör (EGF), 4 hastaya tip-I kollajen içeren partikül uygulanırken diğer tüm hastalara granülasyon dokusunun oluşumuna bağlı olarak değişmekle birlikte negatif basınçlı vakum sistemi uygulandı.

**SONUÇ:** Basıncı ülserlerinin en sık görüldüğü yerler sakrokoksigeal bölge, trokanterler ve topuk bölgeleridir. Basıncı ülserlerinin tedavisi, ülser gelişimini önleyebilen ve gelişmiş ülseri tedavi edebilen bir ekip tarafından yapılmalıdır. Basıncı ülserlerinin tedavisinin en etkili ve kolay yolu korunmadır. Bunların dışında birçok medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. Bu tedavilerin birbirleri üzerine maliyet ve fayda noktasında üstünlükleri olabilir. Tedavideki asıl amaç enfeksiyon yönetimi ve yara iyileşmesinin artırılmasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Basıncı ülseri, yara bakımı, palyatif

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0973 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Yanığa bağlı hipertrofik skar dokusunda intralezyonel steroid enjeksiyonu sonucu oluşan hipertrikozis

Nadire Dinç<sup>1</sup>, Adulkadir Calavul<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ABD, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Şanlıurfa

Hipertrofik skar yanık hastalarında çok sık görülen hastalarda şiddetli kaşıntı, ağrı ve kozmetik problemlere yol açan kabarık yara iyileşmesidir. Tedavisinde steroidli pomadlar, intralezyoner steroid enjeksiyonu, silikonlu bası giysisi, silikon jel, radyoterapi kullanılmaktadır. Özellikle pediatrik yaş grubunda hipertrofik skara bağlı kaşıntı çoğu zaman lokal steroidli pomadlara cevap vermemekte çocuğun normal yaşamını sürdürmesini engellemekte eklem bölgelerinde mobiditeyi arttırmaktadır. Steroidler yanık gibi dermatolojik hastalıklarda çoğunlukla lokal olarak kullanılmasına rağmen sistemik etkiye neden olabilmektedir. Biz bu vakada hipertrofik skar sebebiyle intralezyoner steroid enjeksiyonu yapılan çocuk hastada gelişen sistemik yan etkiyi anlatmaya çalışacağız.

5 yaşında kız çocuğu 6 ay önce sağ dizine dökülen sıcak su yanığına bağlı kabarıklık, şişlik ve şiddetli kaşıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ dizde 15x20 cm lik hipertrofik skar dokusu mevcuttu. Lokal pomad tedavisi ile şikayetleri gerilemeyen hastaya plastik cerrahi tarafından, triamsinolon asetonid 40 mg ampul intralezyonel olarak uygulandı. 1 ay sonraki kontrolünde hastanın kaşıntısının geçtiği ancak yüz boyun sırt ve göğüste hipertrikozis geliştiği görüldü. Bunun üzerine steroid tedavisi kesildi. 3 ay sonra kıllanım artışı olan bölgelerin tamamen normale döndüğü görüldü.

Pediatrik yaş grubunda hipertrofik skara bağlı kaşıntı ve kabarmada intralezyonel steroid oldukça etkili olmasına rağmen sistemik yan etkiye neden olabilmekte bazen cushing sendromuna dahi yol açabilmektedir. Bu sebeble lokal steroid tedavisi verilen hastalarda ciddi sistemik yan etkiler oluşabileceği akılda tutulmalı, hastalar yakından takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Yanık, hipertrofik skar, intralezyoner steroid, hipertrikozis

**Hipertrikozis**



**Hipertrikozis**



**Hipertrofik skar**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0974 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Bölgemizdeki Ölüm Çukurları: Tandır Yanıklarına Genel Bakış

İskan Çallı, İsmail Zihni

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Van

- Yanık nedenleri; haşlanma, alev (tandır), kimyasal, elektrik ve radyasyona maruz kalmak. Tandır; Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde odun ateşiyle ekmek pişirmek için kullanılan özel bir fırındır.
- Tandır yanıkları başlıca kadınları ve içine düşen küçük çocukları ilgilendiren, derin ve geniş yanıklara yol açması bakımından özelliği olan travmalardır.
- Tandır yanıklarının morbidite ve mortaliteleri yüksektir. Diğer yanıklarda olduğu gibi tandır yanıkları da hastaların sosyo ekonomik ve sosyo kültürel düzey ile ters orantılıdır.
- Bölgemizde tandır yanıklarının daha fazla görülme sebebi Doğu Anadolu bölgesinde ailelerin kalabalık nüfusa sahip olmaları, tandırın yere kazılmak suretiyle yapılması ve üzerlerinin karton ya da basit bir saç ile kapatılmasıdır. Kadınlar genellikle ekmek pişirirken, çocuklar ise soğumaya bırakılan tandırlara düşme sonucu yaklaşık 450 dereceyi bulan sıcaklıklara maruz kalmaktadırlar. Çoğunlukla kendi çabalarıyla kurtulmaları zor olan hastalarda uzun süre yüksek derecedeki ateş sonucu ciddi yanıklar oluşmaktadır.
- Literatürde tandır yanıkları ile ilgili çalışmaların tamamının Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda tandır yanıklarının diğer yanıklara oranı %2.1 ile %9.9 arasında değişmektedir. Genellikle çocuk yaş gurubunda ve kadınlarda daha sık karşımıza çıkmaktadır. Tandır yanıkları 0-6 yaş arası çocuklarda %70 civarındadır. Değişik çalışmalarda yaş ortalaması 10.7 – 17 arasında bulunmuştur. Tüm çalışmalarda kadın popülasyonda erkeklere oranla daha sık olduğu ifade edilmiştir (%61.5 - %71).
- Tandır yanıklarında toplam yanık yüzey alanının ve yanık derinliğinin tandır dışı yanıklara oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Hastanede kalış süreleri kıyaslandığında tandır yanıklarının hastanede kalış sürelerinin anlamlı biçimde daha uzun olduğu karşımıza çıkmaktadır. Hastalara uygulanan debritleme, eskarotomi ve fasiyotomi, otograft, rekonstrüksiyon ve amputasyonlar gibi cerrahi girişimler de tandır yanıklarında daha fazladır.
- Kliniğimizde Haziran 2016 ile Haziran 2017 tarihleri arasında yatarak tedavi edilen hastaları derledik. Bir yılda yatarak tedavi edilen hasta sayımız 635 idi. Hastalarımızın etiyolojilerine göre dağılımı; haşlanma yanıkları 495 (%78), alev – tandır yanıkları 109 (%17), elektrik çarpması 24 (%0.03), kimyasal ve diğer yanıklar 7 (%0.01). Erişkin hasta 93 (%14.6), çocuk hasta 542 (%85.4) idi. Kadın hasta sayısı 295 (%46) ve erkek hasta 340 (%54). Hastalarımızın yaş ortalaması 8.7 idi. Alev (tandır) yanıklarının hastanede yatış süresi ortalama 9 gün, haşlanma yanıklarının ise 6.9 gün idi. 109 alev yanığı hastasına toplam 193 (kişi başına 1.77) cerrahi girişim yapılmışken, 495 haşlanma yanığı hastasına ise 289 (kişi başına 0.58) girişim uygulanmıştır. Tandır yanığı tanılı 3 hastaya amputasyon ve fasiyotomi yapmak zorunda kalındı.
- Tandır yanığı nedeniyle yatırılan hastalarımızın tamamına hiperbarik oksijen tedavisi; (2,0–2,5 ATA'da, günlük 120 dakika, ort 15 gün boyunca, %100 oksijen) uygulandı.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk yanıkları, Doğu Anadolu Bölgesi, Tandır yanıkları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### TANDIR YANIĞI



### TANDIR YANIĞI AMPUTASYON



### TANDIR YANIĞI GRANÜLASYON



### TANDIR YANIĞI GREFT



### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0975 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Perianal Apseye Bağlı Gelişen Nekrotizan Fasiit Olgularımız

Enes Şahin, İlhan Ece, Serdar Yormaz, Bayram Çolak, Akın Çalışır, Halil Kirazlı, Mustafa Şahin  
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

**AMAÇ:** Perianal bölgenin sık rastalanan problemlerinden olan anal apsenin çoğunlukla tedavisi basit drenajdır. Erken dönemde başvuran ve erken tanı koyulan hastalarda drenaj işlemi genellikle yeterli olmaktadır. Ancak hastalar hastaneye geç başvurdıkları zaman klinik çok hızlı ilerleyebileceği için günler içerisinde fournier gangreni ve nekrotizan fasiit gelişebilmektedir. Özellikle immünsuprese hastalarda veya yara gelişimini bozan diyabet gibi yandaş hastalığı olanlarda bu süreç çok daha hızlı gelişebilmektedir. Bizde kliniğimizde anal apseye bağlı nekrotizan fasiit gelişen 3 hastamızın klinik seyrini ve tedavi yöntemimizi anlatmayı amaçladık.

**BULGULAR:** Makat bölgesinde ağrı şikayeti olan ve bu durumu başlangıçta ciddiye almayıp hastaneye geç başvuran hastalarımıza nekrotizan fasiit tanısı koyuldu. Hastalardan birisinin düzensiz diyabet hastalığı olduğu tespit edildi. Diğer hastanın nekrotizan fasiit kliniğinde başvurduğu zaman tespit edilen HIV pozitif olduğu tespit edildi. Hastalar acil şekilde ameliyata alınıp bütün nekrotik dokular debride edildi. Kapalı Hastaların açık yaraları özel hazırlanan pedler ile kapatılarak sarıldı. Bu aşamada enfeksiyonla etkin mücadele için enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilerek uygun antibiyoterapi uygulandı. Ayrıca sıvı kayıplarının gözden kaçmaması için hastaların aldığı çıkardığı, vital bulguları ve laboratuvar değerleri yakın takip edildi. Enfeksiyon tamamen geriledikten sonra uygun doku grefti için plastik cerrahi bölümüne devredildi.

**SONUÇ:** Mortalite ve morbiditesi yüksek olan nekrotizan fasiitte erken tanı ve tedavi yaşam kurtarıcıdır. Özellikle progresyonu hızlandıracak yandaş hastalığı olan hastalarda tedavinin de zor olacağı dikkate alınmalıdır. Nekrotik dokunun cerrahi yöntemle biran önce uzaklaştırılması, enfeksiyonun kontrol altına alınarak sepsis gelişiminin önlenmesi hayati önem içermektedir. Ciddi debridman yapılan hastalarda deri bariyeri ortadan kalktığı için enfeksiyonla mücadele daha zor hale gelmekte ve sıvı kayıpları ciddi seviyede olabilmektedir. Bu sebeple hastaların komple bir bakım içerisinde tecrübeli ve ekipman olarak gelişmiş kliniklerde takip edilmelerinin çok önemli olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** anal apse, fournier gangreni, nekrotizan fasiit

#### 1. hafta sonrası



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**anal apse, nekrotizan fasiit, debridman sonrası**



A. Nekrotizan fasiit B. Debridman sonrası

**greftleme öncesi son hali**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0976 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Açık abdominali bulunan hastada yara yeri rekonstrüksiyonu için rekombinant insan epidermal büyüme faktörü kullanımı

Çağrı Akalın

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Dünya abdominal kompartman sendromu komitesi (WSACS) tarafından Açık Karın (Open abdomen, açık batin), karın ameliyatlarından sonra karnın ne cildinin ne de fasyasının kapatılamadığı bir durum olarak kabul edilir. Açık Karın'da ilerleyen tıbbi teknolojilerin de yardımıyla mortalite seviyesi yıllar içinde giderek azalmıştır. Açık Karın'ın kapanması yara iyileşmesi olarak kabul edilir ve yara iyileşmesinin fazlarını olumlu etkileyen büyüme faktörleri yara iyileşmesini hızlandırabilir. Vakum yardımcı yara kapama(VAC) ile tedaviye ilaveten dermise rekombinant insan epidermal büyüme faktörü (EGF) uygulaması yaptığımız Açık Karın'lı hastamızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 78 yaşında erkek hasta, 5 gündür gaz ve gaita çıkaramama, bulantı, kusma şikayeti ile poliklinikte değerlendirildi. Özgeçmişinde 30 sene mide operasyonu mevcuttu. Kronik hastalıklardan diyabet ve kronik obstruktif akciğer hastalığı mevcuttu. Yapılan fizik muayenesinde batin oskültasyonunda bağırsak sesleri alınamadı. Ayakta direk batin grafiğinde ince bağırsak hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Bilgisayarlı Tomografisinde ileal bağırsak segmentlerinin dilate olduğu saptandı. İleus tanısı ile hospitalize edilen hastanın klinik tablosunun geçmemesi üzerine laparotomi yapıldı. Bridektomi+segmenter ileum rezeksiyonu+ince bağırsak uç uca anastomoz yapıldı. Post operatif 8.günde batin cilt ve fasiya dikişlerinin açılıp Açık Karın tanısı konulan hastaya yıkamalı VAC başlandı. Açık Karın, WSACS sınıflamasına göre 3a kategorisindeydi. Ciltte herhangi bir enfeksiyon belirtisi, debris ya da nekroz yoktu. Hastanın dermise gelecek şekilde günde 1 kez rekombinant insan epidermal büyüme faktörü jel uygulandı. Yaklaşık 6 hafta boyunca VAC uygulaması ve topikal EGF uygulaması yapıldı. Bu uygulamalar sonrası hastanın orta hat defektine sol uyluktan cilt grefti ile onarıldı. Hasta reoperasyonunun 6.gününde şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Açık Karın, tedavisi ve yönetimi dikkat ve bilgi gerektiren ve halen mortalite seviyelerinin yüksek seyrettiği bir durumdur. WSACS tarafından klasifikasyonu yapılan Açık Karın tedavi yönteminde amaç karnın kapanmasıdır, dolayısıyla bu dönem yara iyileşmesi fazlarını içermektedir. Yara iyileşmesi fazlarını etkileyen epidermal büyüme faktörünün yapılan çalışmalarda epitelizeasyonu uyardığı, yara iyileşmesinin erken safhalarında dermis oluşumu üzerine pozitif etkisinin olduğu ve kronik yaraların iyileşmesini uyardığı bildirilmiştir. Olgumuzda VAC uygulamasına ilaveten, dermise günde 1 kez uygulanan rekombinant insan epidermal büyüme faktörü içeren jeli kullandık. Hastamızda uygulanan dermis bölgelerinde herhangi bir reaksiyon ya da yan etki gelişmedi. EGF içeren ilaçlar daha çok diyabetik ayak tedavisinde kullanılmakta olup, Açık Karın'da kullanım deneyimi oldukça azdır. Olgumuzdan yola çıkarak, Açık Karın tedavisinde rekombinant insan büyüme faktörünün kullanılabileceği kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Açık Karın, rekombinant insan epidermal büyüme faktörü, yara iyileşmesi

Resim 1



Açık Karın evre 3a

Resim 2



Flep ile kapatılma

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0977 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Diş absesine sekonder oluşan Nekrotizan Fasiit olgusu

Ahmet Gürkan Uzun<sup>1</sup>, Murat Özdemir<sup>1</sup>, Gözde Ertunç<sup>1</sup>, Can Uç<sup>1</sup>, Yakup Işık<sup>2</sup>, Orhan Fahri Demir<sup>2</sup>, Levent Yeniay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,İZMİR

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı,İZMİR

#### GİRİŞ

Nekrotizan fasiit, cilt altı yumuşak doku ve fasyayı tutan, hızlı ilerleyen derin doku enfeksiyonudur. Erken dönemde yapılacak cerrahi debridman ve antibiyotik tedavisi ile mortalitesi azaltılabilir. Olgumuzda sağ 2. molar odontojenik enfeksiyona sekonder submandibular alandan başlayıp, sağ mandibula inferiorunda eksternal orifisi olan diş absesinin neden olduğu boyun, göğüs kafesi ön duvarı, bilateral meme dokusunun tutulumuna neden olan, progresif seyir gösteren bir nekrotizan fasiit olgusu incelenecektir. Erken ve seri cerrahi debridman yapılmasının gerekliliği vurgulanacaktır.

#### OLGU

49 yaşında bipolar hastalık dışında ek hastalık tariflemeyen, depresif dönemde, öz bakımı azalmış olan hasta, 15 gün önce diş absesi nedeniyle başlanmış olan oral antibiyotiğini düzenli kullanmamış, 10 gün önce başlayan, sağ submandibuler bölgede abse ve toraks ön yüzünde kötü kokulu yara şikayeti ile EÜTF Acil Servise başvurmuştu. Travma, böcek ısırığı veya herhangi bir girişim öyküsü yoktu. Fizik muayenede submental alandan başlayıp göğüs ön duvarı ve sol meme areola etrafına yayılan nekrotizan, büllöz lezyonlar, krepitasyon ve anestezi mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide ön servikal alandan başlayan ve göğüs ön duvarına inen nekrotizan fasiit ile uyumlu görünüm mevcuttu. Derin boyun yapılarında enflamasyon/abse veya mediastinit görünümü yoktu. Laboratuvar testlerinde; kan şekeri: 571 ph: 7,1, laktat 2,5, crp: 30 wbc: 26.000, nötrofil %92, diğer incelemeleri normal olan hastanın yeni saptanan diabeti ve diabetik ketoasidoz tablosu vardı. Hastaya ivedilikle submental alan, anterior servikal bölge, bilateral klavikula ve sternum üstü, sol meme üst ve iç kadranslara kadar cilt-cilt altı dokuları içeren debridman uygulandı. Platizma, plevra, perikard salındı. Spesmenler kültüre ve patolojiye gönderildi. Enfeksiyon hastalıklarına danışılarak meropenem+ teikoplanin başlandı. Kan şekeri insülin tedavisi ile regüle olan hastanın izlemde vitalleri stabil seyretti. 3 gün ara ile cerrahi debridman ve negatif basınçlı yara bakım sistemleri düzenli olarak uygulandı. İlk alınan doku kültüründe candida albicans ve staphylococcus epidermidis üremesi olan hastanın antibiyoterapisine flukonazol eklendi. Her debridmanda yeni kültür örneği alınan hastanın kontrol kültüründe acinetobacter baumannii üremesi oldu. Antibiyoterapi revizyonu ile önceki 3 ilaç kesilerek tigesiklin+colistin antibiyoterapisine geçildi. 14. gündeki kültür örneklemede üreme olmadı. Fotoğraflarda sırasıyla ilk yapılan debridmandan son yapılan debridmana kadar 8 kez debridman uygulandı. İlk 4 debridmanda yara sınırlarında progresyon mevcuttu. Son 4 debridmanda ise sınırlar stabildi, belirgin kanlanma ve granülasyon dokuları oluşmuştu. Sonrasında plastik ve rekonstrüktif cerrahi ekibi tarafından sağ alt ekstremiteden alınan kısmi kalınlıklı deri grefti (split thickness skin graft - stsg) ile yara rekonstrüksiyonu uygulandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

#### SONUÇ

Nekrotizan fasiit olgularında erken tanı hayat kurtarıcıdır. NF'den şüphelenildiği durumlarda erken debridman uygulanmalıdır. Mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir seyir gösterdiğinden hastalara yüksek klinik şüpheyile yaklaşılmalı ve gerektiğinde tanı için cerrahi müdahaleye başvurulmalıdır. Rekonstrüksiyon, enfeksiyon tablosu ve nekrozun yayılımı kontrol edildikten sonra planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Nekrotizan fasiit, diş absesi, cerrahi debridman, rekonstrüksiyon

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### 1. debridman



1. debridman sonrası görünüm

### 2. debridman



2. debridman sonrası görünüm

### 3. debridman



3. debridman sonrası görünüm

### 4. debridman



4. debridman sonrası görünüm

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

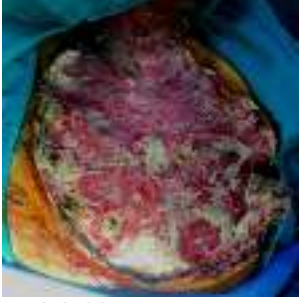
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### 5. debridman



5. debridman sonrası görünüm

### 6. debridman



6. debridman sonrası görünüm

### 7. debridman



7. debridman sonrası görünüm

### 8. debridman ve rekonstruksiyon



8. debridman ve rekonstruksiyon sonrası görünüm

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**ilk başvuru**



**ilk başvuru**

**taburculuk öncesi**



**taburculuk öncesi son görünüm(rekonstruksiyon sonrası 10.gün)**

### **TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0978 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Dekubitis ülseri bulunan hastada yara yeri rekonstrüksiyonu için rekombinant insan epidermal büyüme faktörü kullanımı

Çağrı Akalın

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Dekubitis ülseri halk dilinde bası yarası ya da yatak yarası olarak geçmekte olup deri üzerine aşırı ve uzun süreli bası sonucu cilt, cilti altı ve kemiklere kadar uzanan, dokularda oluşan bası, sürtünme, tahriş ve ülserasyonlardır. Ülser iyileşmesi, yara iyileşmesi fazlarını içerdiğinden dolayı bu fazlara pozitif etkiye bulunan büyüme faktörleri yara iyileşmesine olumlu katkıda bulunabilir. Olgumuzda rekombinant insan epidermal büyüme faktörü (EGF) uygulaması yaptığımız dekubitis ülseri bulunan vakamızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 66 yaşında kadın hasta 5 aydır dekubitis ülseri mevcut olup özgeçmişinde 3 sene önce serebrovasküler olaya bağlı plejik duruma sahipti. Kronik hastalıklarından hipertansiyon mevcuttu. Hasta dekubitis ülseri nedeniyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ gluteal bölgede 9x8x2 cm boyutlarında üzerinde debrisleri bulunan cilt, cilt altı ve kas fasiyasını içeren evre 3 dekubitis ülseri mevcuttu, debridman yapıldı. Derin doku kültürü alındı, kültürde üreme saptanmadı. Hastaya günde iki kez ülser kavitesine serum fizyolojik (SF) ve ülser kenarı dermis üzerine topikal rekombinant insan epidermal büyüme faktörü içeren jel tatbik edilerek yara pansumanı yapıldı. Hasta debridman sonrası 2. günde haliyle taburcu edildi. Düzenli olarak SF+ EGF içeren jel pansuman yapılan hastanın 30.gün sonunda ülser boyutu 6x4x1 cm olarak ölçüldü.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Dekubitis ülseri, morbidite ve mortalite riskini arttıran, hastanede kalış süresini uzatan ve tedavi gideri yüksek olan bir sağlık sorunudur. Tıbbi teknolojilerin ilerlemesiyle dekubitis ülser tedavisine bir çok seçenek eklenmekte olup bunlardan biri de yara iyileşmesini olumlu etkileyen büyüme faktörleridir. Epidermal büyüme faktörünün hücre büyümesi, proliferasyonu ve farklılaşmasında önemli rol oynadığı, epitel dokusu da dahil olmak üzere bir çok dokunun diferansiasyon ve rejenerasyonunda görev aldığı ve yara iyileşmesinin erken safhalarında dermis oluşumu üzerine pozitif etkisinin olduğu bildirilmiştir. EGF kullanımı açısından hiçbir kontrendikasyon bulunmayan dekubitis ülserli hastamıza, dermis üzerine günde iki kez topikal olarak EGF içeren jel tatbik edilmiştir. Hastamızda, EGF jel uygulanan dermis bölgelerinde herhangi bir reaksiyon ya da yan etki gelişmedi. EGF içeren topikal-lokal ilaçlar daha çok diyabetik ayak tedavisinde kullanılmakta olup, dekubitis ülserinde kullanım deneyimi oldukça azdır. Olgumuzdan yola çıkarak, dekubitis ülser tedavisinde rekombinant insan büyüme faktörünün tedavi seçenekleri arasında olabileceği kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Dekubitis ülseri, rekombinant insan epidermal büyüme faktörü, yara iyileşmesi

**Resim 1**



İlk başvuru

**RESİM 2**



30.gün sonrası

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0979 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Diyabetik Ayak Yaralarında İntralezyonel Epidermal Büyüme Faktörü Uygulamalarımızın Değerlendirilmesi

Gülsüm Tozlu Bindal<sup>1</sup>, Murathan Erkent<sup>2</sup>, İsa Sözen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Akyurt Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**AMAÇ:** Diyabetik ayak yaraları diyabetin en yaygın komplikasyonlarından biridir ve hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Debridman, revaskülarizasyon, enfeksiyon durumunda antibiyotik tedavisi gibi geleneksel yara bakım tedavileri bazı hastaların tedavisinde yeterli olamamaktadır. Destek tedavilere gerek duyulmaktadır. Kliniğimizde uyguladığımız destek tedavilerden birini değerlendirdik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kliniğimizde takip ettiğimiz Wagner III ve IV sınıfına giren 8 diyabetik ayak ülserinde intralezyoner rhEGF deneyimini sunmayı amaçladık.

Epidermal büyüme faktörü (Heberprot-P) Genetik Mühendislik ve Biyoteknoloji Merkezi (CIGB, Havana-Küba) araştırmacıları tarafından 1990'lı yılların ortalarında üretilmiştir. Günümüzde EGF, topikal ve intralezyonel formlarıyla diyabetik ayak tedavisinde giderek daha yaygın olarak kullanım alanı bulmaktadır. İyileşmeyen diyabetik ayak ülserlerinde iyileşmeyi hızlandırdığı, ülser alanını küçülttüğü gösterilmiştir.

Yara iyileşmesi birçok hücrenin rol aldığı karmaşık bir süreçtir. Bu faaliyetler sırasında büyüme faktörleri hücre göçü, bunların bölünmeleri, farklılaşmaları ve protein üretimleri aşamalarında hücreler arasında iletişimi sağlamakta ve yönlendirmekte önemli rol oynarlar. Bir dizi büyüme faktörü arasında epidermal büyüme faktörünün (EGF) özel bir yeri bulunmaktadır.

Diyabetik ayak ülserlerinde hEGF'nin rekombinant formunun intralezyonel infüzyon şeklinde kullanılması özellikle ileri derece yaralardaki proteaz aktivitesinden kaçarak etkinliğini arttırmaktadır. Bu sayede hem granülasyonun oluşumunda, hem de yaranın tam kapanmasında etkili olmaktadır.

Birçok klinik çalışmada düşük-orta dereceli kronik ve uzun süredir iyileşmeyen diyabetik ülserlerde başarıyla kullanılmıştır. Enfeksiyonu olmayan veya kontrol altına alınmış, diğer alternatif tedaviler denenmiş ancak uzun süredir iyileşmeyen uyumlu hastalarda hrEGF kullanımında iyi sonuçlar alınmıştır.

En sık görülen yan etki allerjik reaksiyonlar, hipotansiyon, tremor ve bulantıdır. • Bizim olgularımızda sadece bir vakada bulantı ve tedavinin başlangıcında titreme gelişmiştir.

EGF 'ün iyileşmiş olan ülser yerinde tekrarlayan lezyon oluşumu riskini, hastanede yatma süresini ve amputasyon oranlarını da azalttığı gösterilmiştir.

**SONUÇ:** İyileşmeyen 8 diyabetik ayak ülserinden 6 sında rhEGF tedavisi tam iyileşme sağlamıştır. rhEGF diyabetik ayak tedavisinde gerektiğinde kullanılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** diyabet, diyabetik ayak, intralezyonel epidermal büyüme faktörü

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

### TEDAVİ ÖNCESİ



### TEDAVİ ÖNCESİ



### TEDAVİ SONRASI



### TEDAVİ SONRASI

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**



### Hastaların Sınıflandırması

| WAGNER | YAŞ | EK HASTALIK | İYİLEŞME |
|--------|-----|-------------|----------|
| III    | 58  | DM+HT+KBY   | +        |
| III    | 64  | DM          | +        |
| III    | 67  | DM+KAH      | +        |
| IV     | 37  | DM          | -        |
| IV     | 49  | DM+HT+KAH   | -        |
| IV     | 56  | DM+HT       | +        |
| IV     | 59  | DM+HT       | +        |
| IV     | 63  | DM+HT       | +        |

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0980 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Termal Yanıklarda Hiperbarik Oksijen Tedavisinin kullanımı: Klinik değerlendirme

Gülsüm Tozlu Bindal<sup>1</sup>, Murathan Erkent<sup>2</sup>, İsa Sözen<sup>3</sup>, Selcen Yüstra Abaylı<sup>4</sup>, Yunus Nadi Yüksek<sup>3</sup>, Ahmet Çınar Yastı<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Akyurt Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Merkezi

#### Termal Yanıklarda Hiperbarik Oksijen Tedavisinin kullanımı: Klinik değerlendirme

**AMAÇ:** Yanıklar halen yüksek morbidite oranına sahip bir sağlık sorunudur. Bu nedenle yanık tedavisine destek olabilecek tedaviler çok önemlidir. Bu çalışmada 2. Ve 3. Derece yanıklarda Hiperbarik O<sub>2</sub> tedavisi ile elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya Akyurt Devlet Hastanesi Genel cerrahi kliniği ve polikliniğinde 2016-2018 yılları arasında tedavileri yapılan 2. Ve 3. Derece termal yanık hastaları dahil edilmiştir. Toplam 1180 hasta görülmüştür. 261 hastaya Hiperbarik O<sub>2</sub> tedavisi verilebilmiştir.

HBO (Hiperbarik oksijen) tedavisi, çeşitli endikasyonlarıyla son yıllarda uygulanan bir destekleyici yanık tedavi yöntemi olmuştur.

Yanıkların iyileşmesinde karşılaşılan sorunlar enfeksiyona duyarlılık, uzun tedavi süresi, geniş skar ve yüksek morbidite oranıdır. Dokuların canlılığını koruma, mikrovasküler dolaşımı sürdürme, vücut direncini artırarak yara iyileşme süresini azaltma yönünde özel dikkat gerektirir. Hiperbarik O<sub>2</sub> tedavisi de doku oksijenasyonu, yara iyileşmesi ve enfeksiyona yanıtta yapmış olduğu olumlu etkilerle yanık tedavisindeki ihtiyaçları karşılamaktadır.

Ülkemizin sayılı Hiperbarik merkezlerinden birisi olan numune hastanesi Hiperbarik tedavi ünitesi Akyurt Devlet Hastanesi ile aynı yerleşkede bulunmaktadır. Biz de hastalarımız için büyük şans olan bu merkezi onların tedavilerini hızlandırmak ve daha iyi sonuçlar alabilmek için endikasyonu bulunan hastalarımızın tedavi planına ekledik.

Sonuç olarak; Hiperbarik oksijen tedavisi alabilen hastalarımızın iyileşme süresi kısalmış, skar oluşumu azalmıştır. Hastaların rahat ulaşabileceği merkezlerde yanık tedavisine destek olarak Hiperbarik O<sub>2</sub> tedavisi eklenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** yanık, hiperbarik O<sub>2</sub>, tedavi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0981 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Yanık ve Amputasyon

Erkan Yavuz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:** Yanık bazen sonuçları ölümcül olabilen, sağlık camiası içinde takip ve tedavisinde yetişmiş eleman, maliyet ve uygun mekan açısından zor bir travmadır. Özellikle elektrik yanıklarında olmak üzere her türlü yanıkta uzuv kaybı yani amputasyon riski mevcuttur. Son iki yıl içinde yanık merkezimizde yanık sonrası amputasyon ile sonuçlanan yanık tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladım.

**Gereç ve Yöntem:** Bilgi işlem sistemi üzerinden 2016 ocak ve 2017 aralık ayları arasında yanık servisi ve yanık yoğun bakımında yatarak tedavi gören hastalar tarandı. Yaş, cinsiyet, yanık sebebi, yanık yüzdesi, yanık derinliği ve amputasyon a giden uzuv açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Yanık merkezimizde 2016 ocak-2017 aralık ayları arasında takip ve tedavi edilen 253 hastanın 107 tanesi yoğun bakımda tedavi görmüştür. Bu süreçte tüm çabalara rağmen 22 hasta mortal seyretmiştir. Toplam da 12 hastada amputasyon uygulanmıştır. Hastaların erkek kadın oranı 11/1 'dir. yaşları 22 ile 67 arasında, ortalama yaş 40.5 di. Yanık yüzdeleri %5 ile %60' arasındadır. Takipleri sırasında sadece bir hasta mortal seyrederken diğerleri şifa ile taburcu olmuştur. 6 hastanın yanık nedeni elektrik iken, 4 ü alev, 2 si sıcak su yanığıdır.

**Tartışma ve Sonuç:** Amputasyona bağlı organ kayıpları önemli sosyoekonomik problemlerdir. Yanık sonucu yaşanan bu kayıplar için önemli tedbirler alınmalıdır. Özellikle çalışma yaşındaki genç erkeklerde iş kazasına bağlı elektrik yanıkları çalışmamızda göze çarpmaktadır. Diğer yaş gruplarında ise ev kazaları ilk sıradadır.

Yanık ile ilgilenen klinisyenlerinin hastayı ilk karşıladıklarında muhtemel amputasyon riskini değerlendirmeleri gereklidir. Sirküler ekstremitte yanıkları ve elektrik yanıklarında gerekirse girişimsel görüntüleme yöntemleri kullanılarak önlem amaçlı fasyotomilerden kaçınmamalıdır.

Her şeye rağmen amputasyon kararı yerinde ve zamanında verilmesi hem hayati hem de sosyoekonomik önem arz etmektedir. Gerekli kalp damar cerrahi, ortopedi konsültasyonları ve hasta onamları mutlaka olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Alev, Amputasyon, Elektrik, Yanık

#### Yanık ve Amputasyon bulgular

|    | Yanık sebebi | Yaş | Cinsiyet | Amputasyon seviyesi | Yanık yüzdesi | Son durumu |
|----|--------------|-----|----------|---------------------|---------------|------------|
| 1  | Alev         | 37  | Erkek    | Bil. diz üstü       | 35            | Taburcu    |
| 2  | Sıcak sıvı   | 60  | Erkek    | Sağ diz altı        | 9             | Taburcu    |
| 3  | Elektrik     | 51  | Erkek    | Sol dirsek üstü     | 40            | Taburcu    |
| 4  | Elektrik     | 23  | Erkek    | Sol ayak baş parmak | 5             | Taburcu    |
| 5  | Alev         | 22  | Erkek    | Sol diz altı        | 15            | Taburcu    |
| 6  | Elektrik     | 42  | Erkek    | Sol dirsek üstü     | 20            | Taburcu    |
| 7  | Alev         | 28  | Erkek    | Sağ el 5. parmak    | 30            | Taburcu    |
| 8  | Sıcak sıvı   | 67  | Kadın    | Sol el              | 9             | Taburcu    |
| 9  | Elektrik     | 23  | Erkek    | Bil ayak parmakları | 20            | Taburcu    |
| 10 | Elektrik     | 39  | Erkek    | Sol dirsek altı     | 60            | Taburcu    |
| 11 | Alev         | 64  | Erkek    | Sol el parmakları   | 50            | Ex         |
| 12 | Elektrik     | 30  | Erkek    | Sağ ayak 5. parmak  | 25            | Taburcu    |

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0983 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Yanıkta Sepsis İle Mücadele

Orkhan Valiyev, Talar Vartanoğlu Aktokmakyan, Önder Önen, Mustafa Turan, Atilla Çelik  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

##### • Amaç

Yanık nedenli ölümlerin sayısı yadsınamayacak kadar yüksektir. Beslenme ve sıvı replasmanı, yara bakımı ve enfeksiyon kontrolündeki yeni gelişmeler ile bu ölüm oranı düşürülmeye çalışılmaktadır. Yanık merkezimizde takip ve tedavisi yürütülen hastalarda gelişen enfeksiyonları ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

##### • Gereç ve Yöntem

2016-2017 yılları boyunca Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yanık Merkezimizde tedavi gören hastalar yanık yüzdeleri, gelişen sepsis, yoğun bakım ihtiyacı, sepsis etkenleri ve bunlara bağlı gelişen mortalite-morbidite açısından retrospektif olarak incelendiler.

##### • Bulgular

Yanık merkezimiz servis ve yoğun bakımına interne edilmiş toplam hasta sayımız 233 olup bunların 107 'si doğrudan yoğun bakım yatışıdır. Ortalama yaş 38,6 olup kadın erkek oranı 60/173'tür. Ortalama yatış süresi 12,9 günken yoğun bakım yatışlarında sürenin uzadığı gözlenmiştir. Mortal seyreden 22 hastanın hepsi yoğun bakım yatışında ex olmuştur. Sepsis etkenleri 22 mortal hastanın 14 ün de izole edilebilmiştir. Acinetobacter, Candida, Klebsiella, Pseudomonas, Serratia sırasıyla 6, 2, 1, 4, ve 1 olarak izole edilmiştir. Hastalara bu etkenlere yönelik özellikli antibiyotikler verilmesine rağmen geniş yanıkları olan bu hastalar ciddi sepsis sonucu kaybedilmişlerdir. Geriye kalan hastalarda etken izole edilememiş yandaş hastalıklarına eklenen organ yetmezlikleri ve özellikle de akciğer problemleri nedeniyle mortal seyretmişlerdir.

##### • Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızda da görüldüğü üzere yanık yoğun bakım ünitemizde takip edilen komplike ve sepsis eşlik eden yanıklarda ölüm oranı %20.5 ile halen yüksek seyretmektedir. Pre-sepsis dönemi yanık hastaları için kritik dönemdir. Bu nedenle enfeksiyona açık olan yanık hastalarının yara bakım ve enfeksiyon kontrolünün dikkatli ve kontrollü şekilde yapılması önemlidir. Sepsis etkenlerinin tespiti ve özellikli antibiyotiklerin kullanımı yanık klinisyenleri tarafından zamanında ve uygun olarak yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Enfeksiyon, Sepsis, Yanık

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0984 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### intraperitoneal N-asetilsistein ve Ozon tedavisinin staz zone nekrozu üzerine etkisi

Ali Kağan Gökakin<sup>1</sup>, Mustafa Atabey<sup>2</sup>, Muahemmed Rasid Aykota<sup>1</sup>, Sevda Yılmaz<sup>1</sup>, Meric Emre Bostancı<sup>2</sup>, Onur Avcı<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD

Staz zonu koagülasyon alanını çevreleyen ve yanıklarda nekroz derinliğini ve genişliğini belirleyen kritik bir alandır. Staz zonunu korumak için literatürde çeşitli ajanlar önerildi. Nasetilsisteinin insanlarda oluşan hepatoksite, nefrotoksite ve çoklu organ yetmezliği üzerine olan olumlu etkileri gösterilmiştir. Bu çalışmada Nasetilsistein ve Ozonun staz zonunu korumadaki etkinliği araştırılmıştır. Nasetilsistein ve Ozonun intraperitoneal uygulama etkinlikleri komp modelinde karşılaştırılmıştır. Ek olarak serum örnekleri alınmış ve Nasetilsistein ve Ozonun antioksidan özelliklerini ölçmek için bu örneklerde malondialdehit düzeyi ölçülmüştür. Sonuç olarak çalışmamızda Nasetilsistein ve Ozonun staz zonunu korumadaki muhtemel etkinliği gösterilirken Ozonun Nasetilsistein den daha yararlı olabileceği gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** staz zonu, oksidatif stress, yanık

figure3



histopatolojik bulgular

figure1



comb modeli olusumunda kullanılan probe

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

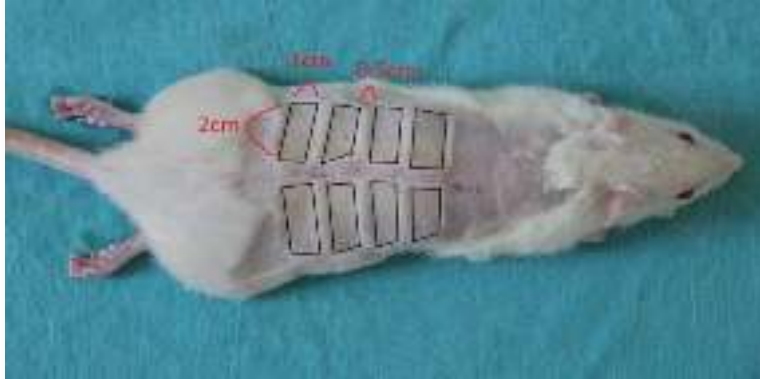
# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

figure2



ratlarda oluşturulan staz zonu

### inflamasyon ve destruksiyonun skorlama kriterleri

| PATOLOJİK LEZYON    | Skor |
|---------------------|------|
| ÖDEM                | 2    |
| HİPEREMİ            | 2    |
| EPİTEL DEJENRASYONU | 3    |
| NEKROZ              | 4    |
| PMNL İNFİLTRASYONU  | 2    |
| MNL İNFİLTRASYONU   | 4    |
| BAĞ DOKU OLUSUMU    | 4    |
| TOPLAM              | 20   |

inflamasyon ve destruksiyonun skorlama kriterler

**TABLO 2**

| Parameters        | Group I (n=8)<br>(mean $\pm$ SD* ) | Group II (n=8)<br>(mean $\pm$ SD* ) | Group III n=8)<br>(mean $\pm$ SD* ) |
|-------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| MDA (pmol/ml)     | 12.29 $\pm$ 3.02                   | 6.25 $\pm$ 1.56                     | 3.00 $\pm$ 0.67                     |
| SOD nmol/min/ml)  | 13.84 $\pm$ 6.73                   | 26.12 $\pm$ 5.42                    | 39.29 $\pm$ 6.74                    |
| CAT (nmol/min/ml) | 3.51 $\pm$ 1.47                    | 20.45 $\pm$ 6.08                    | 34.54 $\pm$ 15.08                   |
| Gpx (nmol/min/ml) | 16.74 $\pm$ 12.21                  | 56.15 $\pm$ 26.18                   | 128.10 $\pm$ 90.95a                 |

MDA, SOD, CAT ve Gpx serum dgerleri

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 3**

| Rats    | Group I     | Group II | Group III  |
|---------|-------------|----------|------------|
| 1       | 16          | 14       | 11         |
| 2       | 17          | 14       | 13         |
| 3       | 17          | 14       | 11         |
| 4       | 14          | 12       | 9          |
| 5       | 17          | 16       | 10         |
| 6       | 15          | 14       | 10         |
| 7       | 15          | 15       | 10         |
| 8       | 18          | 13       | 11         |
| Mean±SD | 16,250±1,35 | 14±1,95  | 10,62±1,18 |

patolojik lezyonların skor sonuçları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0985 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### 1 yaşını dolduran yara bakım kliniğimizin performansı ve seçilmiş olgular

Mehmet Fuat Çetin, Sami Doğan

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Düzce

Dokunun normal anatomik yapı bütünlük ve fonksiyonunun bozulmasına 'yara' denir. Yara, cerrahi branşların doğasında olan her cerrahın bilmesi ve tedavi etmesi gerektiği bir durumdur ancak klinik şartlar, maddi kaygılar, hukuki sorunlar nedeniyle cerrahlar tarafından sevilmez. Bu hastalarla uğraşmak istenmez ve karşılaşıldığı takdirde kurtuluş çareleri aranmaktadır. Konum itibarıyla iki büyük kentin ortasında kalan ancak hem sanayi bölgesine yakınlığı hem de nüfusu çok olan çevre illerle beraber büyük bir kronik ve zor yara potansiyeli olan Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD bünyesinde bulunan Yara Bakım Kliniği bir yaşını doldurmuş bulunuyor. Bu sunumda bir yıllık süreçte kliniğimizde takip edilen hastaların çeşitliliğini ve sayılarını belirtmek, takip ve tedavilerinde karşılaşılan zorlukları anlatmak istedik.

Bir yıllık süreçte toplam 61 kronik ve zor yara bakım hastası takip edilmiştir. Hasta dağılımı şu şekildedir:

- 5 adet Fournier gangreni
- 4 adet Nekrotizan fasit
- 20 adet bası yarası
- 19 adet açık batın (1 adet enteroatmosferik fistül)
- 6 adet diyabetik ayak
- 7 hasta dış merkezden kabul edildi

Dış merkezden postop dönemde komplikasyon nedeniyle tarafımıza sevk edilen 1 hasta ek dahili problemler nedeniyle exitus oldu.

Yara bakım hastalarının ortalama yatış süresi 23,2 gündür.

Uzamış yatış süresi, hastaların ve hasta yakınlarının sabırsızlığı ve psikolojik dalgalanmalar, malzeme kullanım ve temin zorluğu, önleyici faktörler konusunda eğitim yetersizliği, yüksek faturalara izahat istenmesi, plastik cerrahların hasta almamak için öne sürdükleri bahaneleri karşılaşılan başlıca zorluklardır.

**Anahtar Kelimeler:** kronik ve zor yara, yara bakım kliniği, dekübit yarası, diyabetik ayak

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0986 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Fournier gangreni nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan olgular

Yusuf Emre Altundal, Gamze Çıtlak, Mustafa Ertuğrul Yurteri, Ekrem Ferlengez, Fazilet Erözgen, Sercan Yüksel, Ahmet Kocakuşak, Mürşit Dincer, Akın Ünal, Oğuzhan Taş, Turgay Yıldız, Muzafer Akıncı  
SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

#### AMAÇ:

Fournier gangreni genel cerrahi klinik pratiğinde hızlı ve etkin bir yönetim gerektimesi tedavide gecikmenin mortalite ve morbiditeye neden olması nedeniyle oldukça önemli bir antitedir. Bu çalışmada amacımız fournier gangreni nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız olguların sonuçlarını sunmak ve güncel uygulamaların yararını tartışmaktır.

#### Gereç ve YÖNTEMLER:

Bu amaçla ocak 2014- aralık 2017 tarihleri arasında fournier gangreni tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik özellikleri, tanı anındaki laboratuvar verileri, uygulanan cerrahi teknik, uygulanan yara bakım yöntemi, vücut kitle indeksi, ek hastalıkları, doku kültürü sonuçları, hastanede kalış süresi, yoğun bakım yatış süresi, Uludağ Fournier Gangreni Ciddiyet İndeksi skoru kaydedildi.

#### BULGULAR:

Bu süre zarfında kliniğimizde 28 olgu fournier gangreni tanısıyla tedavi edildi. Hastaların yaş ortalaması  $51,3 \pm 18,1$ , k/e oranı 9/19 idi. Ortalama UFGSI  $6,71 \pm 3,25$ , ortalama hastanede kalış süresi  $30,2 \pm 26,8$ , yoğun bakım yatış oranı %21,4 (n=6) idi. Hastaların %46,4'ünde hastalık perine ve pelviste, %25'inde perineye sınırlı ve %28,6'sında perine ve pelvis dışına uzanım mevcuttu. Hastalığın yerleşimi ve hastanede kalış süresi ve yoğun bakım yatış süresi arasında bir korelasyon saptanmadı. Ortalama debridman sayısı  $5,1 \pm 3,3$ , vakumlu pansuman sayısı  $4 \pm 3,5$  idi. UFGSI skoru ile hastanede yatış süresi, yoğun bakım yatış süresi, vakumlu pansuman sayısı ve CRP değerleri arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Olguların %39'una diversiyon amaçlı stoma açıldı. Sadece 1 olguda (%1,3) mortalite gelişti. Hastaların %46'sında DM, %10,7'sinde kardiyak hastalık mevcuttu. Olguların %42,9'unda etken E. Coli, %14,3'ünde enterokok, %10,7'sinde birden fazla patojen olarak saptandı.

#### Tartışma ve SONUÇ:

Fournier gangreni yönetimi güç, tekrarlayan debridmanlar gerektiren ve etkin tedavi sağlanamazsa mortal seyredabilen bir hastalıktır. Tedavi planlamasında proaktif yaklaşım son derecede önemlidir. Geniş ve etkin debridmanlar ve negatif basınçlı pansuman sistemleri tedavide oldukça etkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** fournier gangreni, negatif basınçlı yara kapama, nekrotizan fasiit, Uludağ Fournier Gangreni Ciddiyet İndeksi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0987 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Nekrotizan Fasiit Tedavisine Yaklaşımlarımız

Yıldırım Dadük<sup>1</sup>, Murat Karakoç<sup>1</sup>, Ali Levent<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Şanlıurfa

**Amaç;** Nekrotizan fasiit, mortalite ve morbiditesi yüksek olduğundan birçok cerrahın korkulu rüyasıdır. Bütün hastalarda kronik hastalık mevcut olduğundan multidisipliner yaklaşımla komplikasyonlar gelişmeden ucuz yöntemlerle tedavi edilebilir.

**Gereç ve Yöntemler;** 2015-2017 yılları arasında nekrotizan fasiitle gelen 25 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların hepsinde diabetes mellitus mevcuttu. Ek olarak 6 hasta diyaliz hastası, 12 hastada hipertansiyon mevcuttu. Ortalama 13 defa (10-20), 2-3 gün arayla nekrozektomi yapıldı. Hiç bir hastada vac kullanılmadı. Nekrozektomi sonrası serum fizyolojik ve klorheksidin le iyice irige edildi. Centella asiatica, çinko oksit, seftriakson, nitrofurazon karışımından mesh yapılarak yara kapatıldı.

**Bulgular;** Hastaların ek hastalıklarını kontrol alınmasında güçlük çektiğimiz hastalarda nekroz alanlarının her gün artışı ve sık debridman gerektiğini gördük. En az 2 günde bir en çok 4 günde bir debridman yapıldı. Hastanede yatış süreleri ek hastalığın kontrolü ile doğru orantılı idi. Nekrozlardan arındırıldıktan sonra en az 3 kez debridman yapıldı. Hastalar grefleme için bütün nekrozektomiler bittikten sonra en az on beş gün yaraya müdahale edilmeden takip edildi. Herhangi bir komplikasyon gelişmediğinde grefleme işlemi yapılır.

**Sonuç;** Mortalite ve morbiditesi çok yüksek olan bu hastalarda çok ucuz yöntemlerle iyileştiğini gördük. İyileşme süresi ek hastalığın kontrolü ile ters orantılıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalıklar, nekrotizan fasiit, nekrozektomi

Sekil 2



Atesli silah yaralanması sonucunda

Sekil-1



Gluteal enfeksiyon sonrası

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0988 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Diyabetik Ayak Ülserinde Ultrasonik Cerrahi Debridman Deneyimimiz

Tolga Dinç<sup>1</sup>, Selami Ilgaz Kayılıoğlu<sup>1</sup>, Serdar Gökay Terzioğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği (Sindirim Sistemi & Fıtık Cerrahisi Bölümü)

<sup>2</sup>Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kronik Yara Ünitesi

**AMAÇ:** Diyabetik ayak ülserlerinde enfeksiyon ve/veya nekroz nedeni ile debridman, tedavinin değişmez parçasıdır. Keskin debridman dışında alternatif debridman yöntemleri de vardır. Bunlardan biri ultrasonik cerrahi debridmandır. Bu çalışmada, ultrasonik cerrahi debridman uyguladığımız diyabetik ayak ülserli hastaların sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

**Gereç YÖNTEM:** Eylül 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında kliniğimiz kronik yara biriminde yatarak tedavi almış, ultrasonik cerrahi debridman uygulanan Wagner 4 olarak sınıflanan 20 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastaların demografik bilgileri, Wagner sınıflamaları, planlanan cerrahi işlemler, ek medikal tedavileri, cerrahi ve ultrasonik debridman sayıları, debridman sonrası komplikasyonları, greft sonuçları, amputasyonla sonuçlanıp sonuçlanmadığı değerlendirilerek kayıt altına alındı (Tablo 1).

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen toplam 20 hastanın 15'i (%75) erkek, 5'i (%25) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 60.85 idi. Tünelize diyabetik yarası olan veya greftlenecek hastalara en az 1, en fazla 3 seans ultrasonik cerrahi debridman uygulanırken, en az 1 en fazla 12 seans da standart cerrahi debridman uygulanmıştı. Ek tedavi olarak 5 hasta intralezyoner EGF, 4 hasta da hiperbarik oksijen tedavisi almıştı. Diz altı amputasyon planlanarak kliniğimize sevk edilen 10 hastadan hiçbirine başlangıçta planlanan büyük eklem amputasyonu yapılmazken, sadece 1 hastaya ön ayak amputasyonu uygulandığı görüldü. Hiçbir hastada uygulanan tedavi sonrası Wagner sınıflamasında ilerleme olmadı. Bir hastada debridman sonrası kanama gerçekleşti, uygun müdahale ile kanama kontrolü sağlandı. 7 hastada granülasyon sağlanıp otolog kısmi kalınlıkta greft uygulaması yapıldığı görülürken, 5 hastada greftin başarılı olduğu, 2 olguda ise greftin reddedilmiş olduğu gözlemlendi. Uygulanan tedaviler ile; planlanan operasyon boyutunun azaldığı izlendi (Tablo 1).

**Tartışma ve SONUÇ:** Canlı dokulara zarar vermemesi ve enfeksiyon kontrolü açısından özellikle tünelize dokularda güvenli cerrahi debridman sağlama ve greftleme öncesi granülasyon dokusuna zarar vermemesi açısından ultrasonik cerrahi debridman diyabetik ayak ülserlerinde seçilmiş hastalarda başarı ile uygulanabilir. Ek tedaviler ile kombine edildiğinde, planlanan operasyon boyutunun azalmasında da rolü olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabetik ayak, ultrasonik debridman, greft, amputasyon.

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

Tablo 1

| Hasta adı | Yaş | Cinsiyet | Planlanan Amputasyon | Tünelize Doku | Wagner | Debridman sayısı | Ultrasonik Debridman Sayısı | Komplikasyon | Ek Tedavi | Greft     | Amputasyon |
|-----------|-----|----------|----------------------|---------------|--------|------------------|-----------------------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| SB        | 54  | E        | Dizaltı              | +             | 4      | 8                | 1                           | -            | EGF       | Başarılı  | 1,2,3,4,5  |
| RK        | 63  | K        | 5. Parmak            | -             | 4      | 3                | 1                           | -            | EGF       | Başarılı  | 5          |
| KD        | 62  | E        | Dizaltı              | +             | 4      | 9                | 1                           | -            | -         | -         | 1,2,3,4,5  |
| IE        | 63  | E        | Debridman            | +             | 4      | 2                | 3                           | -            | EGF       | Başarısız | 2,3,4      |
| AK        | 71  | K        | Debridman            | -             | 4      | 3                | 1                           | -            | -         | -         | -          |
| İÇ        | 45  | E        | Dizaltı              | +             | 4      | 10               | 3                           | -            | HBOT      | -         | 3          |
| MY        | 53  | K        | Dizaltı              | +             | 4      | 9                | 1                           | -            | EGF       | -         | 1,2,3,4,5  |
| DY        | 54  | E        | Debridman            | +             | 4      | 6                | 1                           | -            | HBOT      | Başarılı  | -          |
| ED        | 64  | E        | Ön Ayak              | -             | 4      | 12               | 1                           | -            | HBOT      | -         | -          |
| AG        | 51  | K        | Dizaltı              | +             | 4      | 11               | 3                           | +            | EGF       | -         | 1,2,4,5    |
| MA        | 72  | E        | Dizaltı              | -             | 4      | 1                | 1                           | -            | EGF       | -         | -          |
| OB        | 79  | E        | Ön Ayak              | -             | 4      | 6                | 3                           | -            | -         | Başarılı  | 2,3,4      |
| BK        | 63  | E        | Ön Ayak              | +             | 4      | 1                | 1                           | -            | HBOT      | Başarısız | 3,4        |
| AM        | 66  | K        | Debridman            | -             | 4      | 2                | 3                           | -            | -         | -         | -          |
| GA        | 54  | E        | Dizaltı              | -             | 4      | 3                | 1                           | -            | -         | -         | Ön Ayak    |
| ÖS        | 54  | E        | Dizaltı              | +             | 4      | 2                | 2                           | -            | -         | -         | Topuk      |
| MK        | 58  | E        | Dizaltı              | +             | 4      | 5                | 1                           | -            | -         | -         | -          |
| MK        | 66  | E        | Ön Ayak              | -             | 4      | 4                | 1                           | -            | -         | -         | -          |
| OÖ        | 73  | E        | Ön Ayak              | -             | 4      | 9                | 1                           | -            | -         | Başarılı  | 3,4        |
| HY        | 52  | E        | Dizaltı              | +             | 4      | 2                | 1                           | -            | -         | -         | 1,2,3,4,5  |

Hastaların demografik bilgileri, planlanan/uygulanmış tedaviler ve komplikasyonları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0989 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Diyabetik Ayak Yarası ile HgA1c Arasındaki İlişki

Bayram Çolak, Halil Kirazlı, İlhan Ece, Serdar Yormaz, Akın Çalışır, Mustafa Şahin  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

#### Giriş;

Diyabet dünyada bir çok ülkede ölümün önde gelen sebeplerindendir, aynı zamanda travma dışı amputasyonların en sık sebebidir. 2003 yılı verilerine göre tüm dünyada toplam 194 milyon diyabet hastası mevcuttur. Diyabetik nöropatiye bağlı alt ekstremitelerde en sık görülen komplikasyonlardan birisi de diyabetik ayak yarasıdır. Diyabetik hastaların yaklaşık %15'inde hayatlarının bir bölümünde alt ekstremitelerde ülseri gelişir. Bizde kontrolsüz diyabeti olup da diyabetik yarası gelişmiş olan hastalardaki HgA1c değerinin diyabetik yaranın iyileşme süresi ve amputasyon arasındaki ilişkisini karşılaştırmayı amaçladık.

#### Materyal-Metod;

Ocak 2016-Ocak 2018 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi genel cerrahi servisinde yatışı yapılan ve tedavi edilen diyabetik ayaklı hastaları retrospektif olarak inceledik.

#### BULGULAR:

Diyabetik ayak nedeni ile servisimize yatışı yapıp, tedavisi düzenlenen toplamda 27 hastamız mevcuttu. Hastalarımızın ortalama yaşı 60'tı. Hastalarımızdan 24'ü erkek 3'ü kadındı.

Wagner sınıflandırmasına göre baktığımız zaman 12 hasta evre 4 olarak bulundu. Bu gruptaki hastaların hastaneye diyabetik ayak nedeni ile ilk başvuru anındaki değerlerinde ortalama HgA1c %11,25 (4-6), WBC 8,8 (3,5-10,5) olarak bulundu. Hastaların ilk diyabet tanısı aldıktan sonra ortalama 20 yıl geçmiş olduğu belirlendi. Tanı anında 6 hastamızın osteomyeliti mevcuttu. Bu hastalardan 5'inde minör cerrahi amputasyon uygulandı, 1'inin ise antibiyoterapiye yanıtı olduğu görüldü. Yandaş hastalık olarak 9'unda hipertansiyon, 1'inde KOAH mevcuttu. 9 hastamız aktif sigara kullanıcısıydı. Tedaviye başlamadan önceki yara boyutu ortalama 6,2 cm olarak ölçüldü. Yara kapanması tam olmak kaydı ile iyileşme süreleri ortalama 63 gün (36-102) olarak belirlendi.

Hastalarımızdan 15'i Wagner evre 3 olarak belirlendi. Bu gruptaki hastaların hastaneye diyabetik ayak nedeni ile ilk başvuru anındaki değerlerinde ortalama HgA1c %8,3 (N:4-6), WBC 9,2 (N:3,5-10,5) olarak geldi. Hastaların ilk diyabet tanısı aldıktan sonra ortalama 19 yıl geçmiş olduğu belirlendi. Tanı anında 1 hastada osteomyelit mevcuttu. Bu gruptaki hastaların hiçbirinde minör de olsa amputasyon uygulanmadı. Yandaş hastalık olarak 7'sinde hipertansiyon, 1'inde KOAH mevcuttu. 5 hastamız aktif sigara kullanıcısıydı. Tedaviye başlamadan önceki yara boyutu ortalama 6,1 cm olarak ölçüldü. Yara kapanması tam olmak kaydı ile iyileşme süreleri 42,6 gün (28-116) olarak belirlendi.

#### SONUÇ:

Dünyada ve ülkemizde de yaşlı nüfus artışına bağlı olarak diyabetik ayak komplikasyonları artık daha sık görülmeye başlanmıştır. Literatürde diyabetik yarası olup HgA1c değeri yüksek olan hastaların; düşük olanlara göre tedavi süresinin daha uzun olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda HgA1c yüksekliği olan hastaların amputasyon riskinin daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak Wagner evre 4 olan hastalarda HgA1c ortalaması yüksek ve bu yara iyileşme süresi diğer gruba göre daha uzun sürmüştü. Yine HgA1c yüksekliği olan grupta minör cerrahi amputasyonların diğer gruba göre daha çok uygulandığı görülmektedir. Diyabetik ayak yarası ile mücadelede öncelikle kan şekeri regülasyonunun önemi ortaya çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabetik Ayak, HgA1c, Diyabetik Yara

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0990 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Doğal Kollajen Matriks Örtüsü Kullanımının Yara İyileşmesi Üzerine Etkisi

Pelin Ocak<sup>1</sup>, Cemile Sazak<sup>2</sup>, Pelin Erdizci<sup>1</sup>, Hakan Uncu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yara Ünitesi, Ankara

**AMAÇ:** Ekstrasellüler matriksin temel yapısı olan kollajen, fibroblastlar üzerindeki etkisiyle granülasyon dokusu gelişimine katkı sağlamakta ve keratinositleri uyarak epitelizasyonu arttırmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız, tedavi etmekte güçlük çektiğimiz ekstremitte yaralarının iyileşmesini hızlandırmak için kullandığımız doğal kollajen matriks örtüsünün yara iyileşmesi üzerine olan etkilerini değerlendirmektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Tıkalı periferik arter hastalığı ve tip II diyabeti olup tıkalı arterlerine yapılan anjioplasti sonrasında standart yara tedavi yöntemleri uygulamamıza rağmen yaraları kapanmayan biri kadın, üçü erkek dört hastanın beş yarasında doğal kollajen matriks örtüsü kullanılmıştır. Yara yerindeki nekrotik dokuların mekanik debridmanı ve yaranın izotonik solüsyonla yıkanmasını takiben herhangi bir kimyasal madde içermeyen, sığırdan üretilmiş doğal kollajen matriks örtü yara üzerine yerleştirilmiştir. Tedaviye başlandığında hiçbir yaranın doku kültüründe üreme olmamıştır. Yara pansumanları dört günde bir değiştirilmiş ve pansumanlar açıldığında ürüne dokunulmamıştır. Ürünün görünür halde olmadığı pansumanlarda aynı ürün ek olarak yerleştirilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların yaşları 56 ile 81 arasında olup (ort 67), tedavi takip süresi 28 gün olarak belirlenmiştir. Wagner evrelemesine göre bir yara evre II, iki yara evre III, bir yara ise evre IV olarak evrelendirilmiştir. Tedavi süresince hiçbir yan etki ve alerjik reaksiyon kaydedilmemiştir. Sol ayak 3-4-5. parmak amputasyon güdüğünde 6x2 cm'lik kapatılamayan yarası olan birinci hastada (evre II) yarada tam kapanma sağlanmıştır. Diğer üç hastada ise yine amputasyon güdüğünde, ayak tabanında ve ayak tabanıyla birlikte amputasyon güdüğünde ortalama 25.5 cm<sup>2</sup> olan yara boyutları bu kısa süreli tedavinin sonunda %36 oranında küçülerek ortalama 16.3 cm<sup>2</sup>'ye inmiş, granülasyon ve epitelizasyon artışı kaydedilmiştir. Tedavi sürecinde sadece bir hastada sistemik antibiyotik kullanma gereği ortaya çıkmıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu tedavi ile ilgili ilk sonuçlarımıza göre, doğal kollajen matriks örtülerinin iyileşmeyen yaralarda standart tedaviye göre daha başarılı olduğu anlaşılmaktadır. İyileşmeyen yaralarda matriks metalloproteinaz enzimi dokudaki kollajen yapıları ciddi zarar vermektedir. Buradaki gibi doğal kollajen örtüler kullanıldığında hem eksudayı absorbe etmekte, hem de örtüdeki kollajen, metalloproteinaz ve elastaz enzimlerini meşgul edeceğinden dokunun kendi kollajenine zarar vermesini önleyerek yara iyileşmesine katkı sağlayabilir. Bu çalışmanın sonuçlarını kesinleştirmek için, daha geniş hasta gruplarını içeren çalışmalar yapılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** kollajen, yara iyileşmesi, diyabetik ülser, arter hastalığı

#### Resim 2



Sol ayak 3-4-5.parmak amputasyon güdüğünde yarası olan hastaya ait fotoğraflar

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Resim 3**



Sağ ayak 4.parmak amputasyon güdüğünde yara olan hastaya ait fotoğraflar

**Resim 4**



Ayak tabanında yarası olan hastaya ait fotoğraflar

**Resim 5**



Tedavi ile yara boyutlarında küçülme sağlanan hasta 1

**Resim 6**



Tedavi ile yara boyutlarında küçülme sağlanan hasta 2

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim 1



Doğal kollajen matriks örtüsünün yara şekline uygun olarak yara yeri üzerine yerleştirilmesi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0991 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Negatif Basınç Destekli Açık Karın Tedavisi Deneyimimiz

Özgül Düzgün, Muhammed Taha Demirpolat, Ahmet Topcu, Hakan Çakıt, Ethem Ünal, Ömer Faruk Özkan, Fikret Ezberci  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, İstanbul

#### Amaç

Günümüzde anestezi ve cerrahi tekniklerin ilerlemesiyle birlikte planlı ve plansız relaparatomilerde artış görülmektedir. Bu durumun yönetiminde fermuar daha sonraki yıllarda bogoto bag sık kullanılmaktaydı. Son on yılda negatif basınçlı yara bakım sistemlerinin gelişmesi, abdominal uygulamalarda öncülük etmiştir. Son yıllarda açık karın yönetiminde kullanılan Negatif Basınç Destekli Açık Karın Tedavisi (NPDAKT) uygulanan olguların sonuçlarının sunulması amaçlandı.

#### Materyal ve Metod

2016- 2017 yılında NPDAKT tedavisi uygulanan elli hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalarda yaş, cinsiyet, ek hastalık, ilk operasyon, kaç kez işlem yapıldığı, morbidite mortalite gelişmesi parametreleri değerlendirildi.

#### Bulgular

NPDAKT uygulanan 50 hastanın yaş ortalaması  $58,8 \pm 13,1$  olup, erkek hastaların yaş ortalaması 56,8 kadın hastaların yaş ortalaması 61,4 idi. Cinsiyet açısından hastaların 29 %58'i erkek, 21 %42'si kadındı. Hastaların primer operasyonu, %56'sı geçirilmiş malignite sonrası anastomoz ayrışması, %32'si evisserasyon sonrası, %8'i intrabdominal abseye sekonder, %4'ü erken relaparatomisi için uygulanmıştır. Değişim süresi ortalama üç gün olup bu hasta grubundaki işlemin uygulama ortalaması % 10'dur. İki hastada ölüm gelişmiştir.

#### Tartışma ve sonuç

Negatif basınç destekli abdominal açık karın tedavisi sistemi relaparatomisi gerekebilecek ve abdominal sepsisin kontrol altına alınmasını sağlayacak etkin bir yöntem olup, bu konuda yapılacak prospektif çalışmalar bu konuda yeni gelişmelerin önünü açacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Negatif Basınç, Açık Karın, Yara Bakımı

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0992 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Torakoabdominal tam kat cilt defektlerinde rifampisin yara iyileşmesi üzerine etkileri

Banu Karapolat<sup>1</sup>, Sami Karapolat<sup>2</sup>, Alaaddin Buran<sup>2</sup>, Burcu Kemal Okatan<sup>3</sup>, Atila Türkyılmaz<sup>2</sup>, Celal Tekinbaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD, Trabzon

<sup>3</sup>Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji AD, Trabzon

**GİRİŞ:** Yara iyileşme süreci üzerinde topikal olarak uygulanan antibiyotiklerin etkileri tıbbın uzun yıllardır tartışılan ilginç konularından birisidir.

**AMAÇ:** Tam kat cilt defektlerinde topikal olarak uygulanan rifampisin yara iyileşme üzerindeki etkilerinin araştırılması

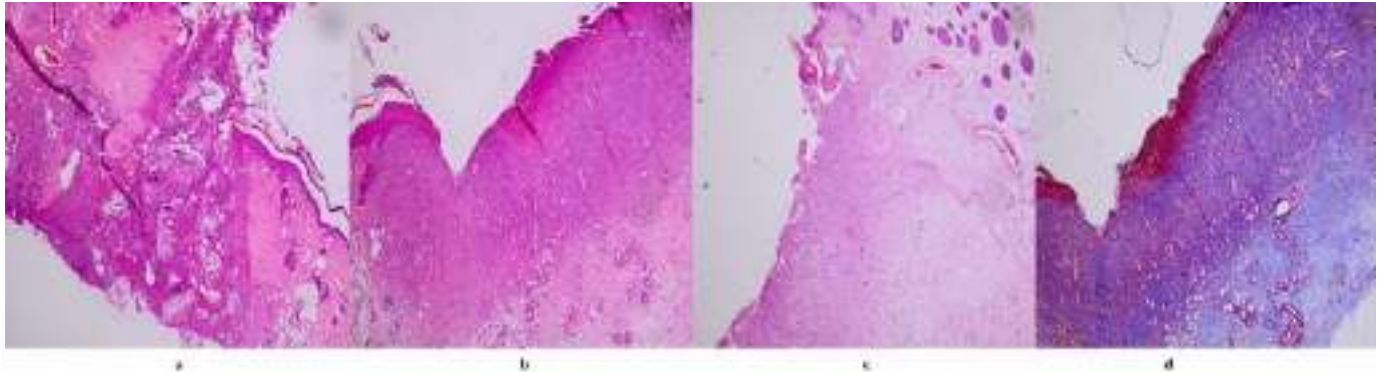
**GEREÇ-YÖNTEM:** Kırk iki erkek yetişkin Sprague Dawley cinsi rat Grup A (kontrol grup) (n = 21) ve Grup B (rifampisin grup) (n = 21) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Tüm ratların sağ torakoabdominal bölgelerinde yaklaşık olarak 1 x 1 cm. ebatlarında sirküler tam kat cilt defektleri oluşturuldu. Grup A' da günde 1 kez yara üzerine lokal salin solüsyonu ve Grup B' de günde 1 kez yara üzerine topikal olarak rifampisin 1 cc. dozunda uygulandı. Her 2 grupta da sırasıyla 3, 7 ve 10. günlerde 7' şer rat sakrifiye edildi ve defekt bölgesi çevre normal doku ile birlikte rezeke edildi. Çıkarılan spesmenler histopatolojik olarak incelendi ve inflamatuvar hücreler, kollajen birikimi, granülasyon dokusu oluşumu, reepitelizasyon ve ülser oluşumu açısından Tablo 1' e göre skorlandı. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edilmiş ve p<0.05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** İnflamatuvar hücre ve ülser oluşumu açısından skorların gruplar arasında karşılaştırılması sonucu Grup B lehine istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edildi. Kollajen birikimi ve granülasyon dokusu oluşumu açısından her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi ancak bu sonuçlar Grup A' da daha fazla anlamlı olarak bulundu (Resim 1). Reepitelizasyon açısından ise her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

**SONUÇ:** Deneyisel olarak oluşturulmuş tam kat cilt defektlerinde topikal olarak uygulanan rifampisin yara iyileşme süreci üzerine olumlu bir etki göstermemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** yara iyileşmesi, tedavi, antiinfektif ajanlar, rifampisin

#### Resim 1



Resim 1. a) Grup B 3. gün. Bol miktarda inflamatuvar hücre birikimi, derin ve geniş ülser oluşumu ve bir miktar artmış granülasyon dokusu izlenmektedir (Hematoxylin-Eosin, x 4). b) Grup B 7. gün. İnflamatuvar hücrelerde kısmi azalma, nispeten yüzeysel ülserasyon, kısmi reepitelizasyon ve granülasyon dokusunda belirginleşme mevcuttur (Hematoxylin-Eosin, x 4). c) Grup B 10. gün. Orta şiddette inflamatuvar hücreler, yüzeysel ülserasyon ve belirgin granülasyon dokusu izlenmektedir (Hematoxylin-Eosin, x 4). d) Grup B 10. gün. Orta derecede kollajen artışı ve belirgin granülasyon dokusu görülmektedir (Masson's Trichrome).

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**Tablo 1**

|   | İNFLAMATUVAR HÜCRE | KOLLAJEN BİRİKİMİ | GRANÜLASYON DOKUSU | REEPİTELİZASYON        | ÜLSER                                  |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------------|
| 0 | Yok                | Yok               | Yok                | Yok                    | Yok                                    |
| 1 | Az                 | Az                | Az                 | Kısmi                  | Çok küçük                              |
| 2 | Orta derecede      | Orta derecede     | Orta derecede      | Tamamlanmış ancak ince | Geniş ülser ancak derin değil          |
| 3 | Bol miktarda       | Bol miktarda      | Çok ve matür       | Tamamlanmış ve matür   | Derin ve geniş ülser veya apse oluşumu |

Histopatolojik inceleme için kullanılan yara iyileşmesinin değerlendirildiği skala

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0993 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Yeni yanık ünitesinin 2 yıllık deneyimi

Nurullah Damburacı, Barış Sevinç, Murat Güner, Ömer Karahan  
Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Uşak

#### GİRİŞ:

Yanık, ısı, elektrik ve kimyasal maddelerin etkisiyle vücudun koruyucusu tabakası olan derinin epidermis ve dermis katmanlarının, bazı durumlarda da derialtı, kas ve kemik sisteminin farklı derinlik ve genişlikte etkilenmesiyle ortaya çıkan önemli bir sağlık sorunudur.

Ülkemizde her yıl her yaş gurubundan on binlerce kişi çeşitli biçimlerde yanarak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Bu yanıkların büyük bir kısmı ayakta tedavi verilerek gönderilmekte, durumu daha ciddi olanlar sayıları sınırlı olan yanık ünitesi ve yanık merkezlerinde özelleşmiş multidisipliner yaklaşımla tedavi edilmektedir.

Bu çalışmamızda Ekim 2015 tarihinde kurulan ve aktif olarak Mart 2016 tarihinde hasta kabulüne başlayan yanık ünitemizde yaklaşık 2 yıllık deneyimlerimizi değerlendirmeyi amaçladık.

#### YÖNTEM:

Ünitemizde Mart 2016 ile Şubat 2018 tarihleri arasında yanık nedeniyle yatırılarak tedavi edilen hastaların verileri hasta dosyası ve hastane otomasyon sistemi üzerinden incelendi. Hastaların sosyodemografik verileri, yanık şekli ve yüzdesi, yapılan işlemler, adli vakalar kaydedildi.

#### BULGULAR:

Ünitemizde toplam 155 yanık hastası yatışı kabul edildi. Bu hastaların %54,8 (n:85)'i erkek, %45,2 (n:70)'si kadındı. Ortalama yaş  $42,35 \pm 19,1$ , yanık yüzdesi  $7.73 \pm 5.4$ ; minimum %2 maksimum %35 idi. Bu yanık hastalarında %28,4 (n:44) oranında cerrahi tedavi gerekmiştir. Bu hastalara erken dönem eskarektomi ve greftleme yapılmıştır. Elektrik yanığı nedeniyle başvuran 5 hastadan 2 sine fasyatomi yapılmıştır. Eskarektomi ve greftleme yapılan hastaların ortalama hastanede kalış süresi 7 (2-21) gün idi. İlimizin sanayi bakımından gelişmişliği ile birlikte adli vaka yoğunluğu %29 (n:45) olarak gözlenmiştir.

Yanık şekilleri incelendiğinde en sık yanma şekli %67,7 (n:105) ile haşlanma (sıcak su ve süt) daha sonra sırasıyla %21,9 (n:34) alev ve patlama, %3,2 (n:5) kimyasal, %3,2 (n:5) elektrik, %3,2 (n:5) temas ve %0,6 (n:1) donma yanıkları gözlemlendi (Tablo 1.).

Yanık şekilleri değerlendirildiğinde haşlanma yanıkları kadın hastalarda, alev yanıkları ise erkek hastalarda daha fazla görüldü. Adli vakaların %77,8'ini erkek hastalar, %22,2'sini ise kadın hastalar oluşturmaktaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.001) (Tablo 2.).

Hastalardan yanık yüzdesi %20 ve üzeri 4 hasta ileri bir yanık merkezine sevk edilmiş, 2 yaşlı hasta yandaş hastalıkları nedeniyle cerrahi tedavi sonrasında exitus olmuştur.

#### Çıkarımlar:

Ünitemiz kuruluşundan bu yana 112 komuta merkezi ile koordine bir şekilde yanık hastalarını kabul etmektedir. Sağlık bakanlığı mevzuatı gereği ünitemizde gerekli eğitimlerinin tamamlamış olan sağlık çalışanları ile birlikte %20 üzerinde yanık hastaları kabul edilmektedir. Gereklik durumunda daha yüksek yanıkların tedavileri de ünitemizde yapılmaktadır. Bu kadar kısa zamanda ayakta ve yatarak tedavisi yapılan hasta sayısı göze alındığında, erken eskarektomi ve greftlemenin yanık tedavisinde başarıyı yükselttiği, hastanede yatış süresini kısalttığı saptandı. Yanık ünitelerinin özellikle ilimiz gibi sanayi şehirlerinde ciddi bir ihtiyacı karşıladığı görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** acil, yanık, cerrahi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

Resim 1



Resim 3



Tablo 1. yanık şekillerinin dağılımı

|          | sayı | yüzde |
|----------|------|-------|
| Haşlanma | 105  | 67,7  |
| Alev     | 34   | 21,9  |
| Kimyasal | 5    | 3,2   |
| Elektrik | 5    | 3,2   |
| Temas    | 5    | 3,2   |
| Donma    | 1    | 0,6   |
| Toplam   | 155  | 100   |

Resim 2



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Resim 4**



**Resim 5**



**Resim 6**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0994 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Enteroatmosferik Fistülde yara yönetimi:Olgu Sunumu

Fatma Suakan<sup>1</sup>, Özlem Gür<sup>2</sup>, Cengiz Tavusbay<sup>2</sup>, Mehmet Hacıyanlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Stoma ve Yara Bakım Ünitesi

<sup>2</sup>İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Değişik nedenlerle uygulanan açık abdomenli hastaların %25 de yara komplikasyonu olarak enteroatmosferik fistül(EAF) görülebilir, fistül üzeri doku ile kaplanmadığı ve fistül traktı olmadığı için gerçek bir fistül değildir. Oldukça yüksek mortaliteye sahiptir(%42- %75). EAF gelişimi, sıklıkla sıvı elektrolit bozukluğu, beslenme eksikliği ve yaşamı tehdit edici sepsis ile ilişkili olarak ortaya çıkar.

Bu çalışmada, kolon kanseri nedeni ile opere edilen ve anastomoz kaçağı sonrası open abdomen ve buna bağlı enteroatmosferik fistül gelişen bir olgu sunularak, konu hakkındaki güncel literatür eşliğinde tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Açık abdomen, enteroatmosferik fistül, anastomoz kaçağı, stoma.

#### Resim 1. Enteroatmosferik fistül (anastomoz kaçağına bağlı peritonit sonrası).



#### Resim 2. Enteroatmosferik fistülün kontrolünde kullandığımız yöntemlerden birisi.



#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

**Resim 3. Enteroatmosferik fistülün kontrolünde kullandığımız yöntemin VAC sistemi ile kombine edilmesi.**



**Resim 4. Enteroatmosferik fistülün kontrolü tamamen sağlandıktan sonra yaranın görünümü (PO 2. ay).**



**Resim 5. Hastanın en son yapılan definitif ameliyatının sütüre edilmiş yarası.**



**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0995 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Deneyimli bir yanık merkezinin son 5 yıllık mortalite değerlendirilmesi

İsa Sözen<sup>1</sup>, Sencer Ergin<sup>1</sup>, Gülsüm Tozlu Bindal<sup>2</sup>, İbrahim Doğan<sup>1</sup>, Yunus Nadi Yüksek<sup>1</sup>, Ahmet Çınar Yastı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Yanık Merkezi, Ankara

<sup>2</sup>Akyurt Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Deneyimli bir yanık merkezinin son 5 yıllık mortalite değerlendirilmesi

#### Amaç

Her ne kadar yanık patofizyolojisinin daha iyi anlaşılması ile erken eksizyon erken greftleme prosedürü genel kabul gören yaklaşım olup mortaliteyi azalttığı bildirilse de majör yanıklardaki mortalite halen ciddi bir sağlık sorunu olmaktadır. Bu çalışmamızda hastanemiz yanık tedavi merkezinde yatarak tedavi alan hastalardan son beş yılda mortal seyredenler yanık demografileri ve etiyojisi açısından değerlendirilmiştir.

#### Materyal ve Metot

Yanık kliniğinde 2013–2017 yılları arasında mortal seyreden vakalar retrospektif tarandı.

#### Sonuçlar

Toplam 80 hastanın ortalama yaşı 49.96/yıl ve toplam yanıklı vücut yüzey alanı %55.11 olurken, 27 (%33,8)'i kadındı ve kadınları TYVA %46,52 olarak bulundu. Beş yılın mortaliteleri 2013 yılından başlayarak sırasıyla 16 (%2,9), 20(%2,9), 12(%2,1), 18(%4,1) ve 14(%4,5) olarak bulunmuştur. Toplam 64 hasta alev yanığı nedeniyle kaybedilmiştir ve alev yanığı tüm yıllarda en sık ölüm nedeni olmuştur. Alev yanıklarında TYVA %57,53 olup alev dışı yanıklardan farklı bulunmamıştır. Alev yanıklarına 37 (%58,2) inhalasyon yaralanması eşlik etmiştir.

Kliniğe nakil gelen hastaların TVYA %59,17, kliniğe gelişlerin yanık yaralanmasının 2,39 gününde bulunmuştur. Sevkli gelenlerin ortalama yatış süresi 10.76 gün ile daha kısa olmuştur.

Kanda Pseudomonas Aeroginosa ve idrarda Candida Albicans en sık üreyen mikroorganizma olmuştur.

#### Tartışma

Alev yanıkları halen daha sık mortalite nedeni olmaktadır. Referans merkezi olan birimimizde hastaların halen geç dönemde geldikleri, akut şok dönemini diğer merkezlerde geçirmeleri ve hemen tamamının antibiyotik kullanmış olarak geldiklerinin görülmesi, ilk resüsitasyonun yetersiz olduğunu ve hastaların kolonize edilerek gönderildiğini işaret etmektedir. Sevkle gelen hastaların daha geniş yüzey alanına sahip olmaları beklenen bir sonuçtur.

**Anahtar Kelimeler:** mortalite, sevk, yanık

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0996 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Yanık ünitemizde takip edilen 65 yaş üzeri yanık hastalarının değerlendirilmesi

Mehmet Uluşahin<sup>1</sup>, Reyhan Yıldırım<sup>1</sup>, Kadir Tomas<sup>1</sup>, Muhammed Selim Bodur<sup>1</sup>, Serkan Tayar<sup>1</sup>, Vural Argın<sup>1</sup>, Arif Burak Çekiç<sup>1</sup>, Mehmet Arif Usta<sup>1</sup>, Ali Güner<sup>1</sup>, Murat Livaoğlu<sup>2</sup>, Serdar Türkyılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı; Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı; Trabzon

#### Giriş ve amaç

Bu çalışmada yanık ünitemizin kuruluşundan bu yana yatarak tedavi gören 65 yaş ve üstü hastaların genel özellikleri ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### Hastalar ve yöntem

2009-2017 yılları arasında yanık ünitemize yatırılarak tedavi gören 65 yaş ve üstü hastalar veritabanından geriye dönük olarak bulundu. Yıllara göre yatırılan hasta sayıları, hastaların cinsiyetleri, yaşları, yanık yüzdeleri, yanık nedenleri, yatış günleri ve mortalite sonuçları değerlendirildi.

#### Bulgular

Yanık ünitemizin açıldığı 2009 yılından 2017 Aralık ayı sonuna kadar toplam 1808 hasta yanık ünitesine yatırılarak tedavi edildi. Bu hastaların 134'ü (% 7,4) 65 yaş ve üzerinde hastalar idi (Tablo 1). Hastaların 63'ü erkek, 71'i ise bayan idi. Ortalama yaş 76,08 (65-91) yılı. Hastalardan 92'sinin ( % 68,6) 65-79 yaş aralığında olduğu, 42'sinin ( % 31,4) ise 80 yaş ve üstünde olduğu görüldü. Ortalama yatış süresi 20,3 (1-105) gün idi. Hastaların 8'i taburculuk sonrası tekrar yatırılarak takip edilirken, diğer bütün hastalar tek bir kez yatırıldılar. Yanık etiyolojilerine bakıldığında 69 hastanın alev yanığı, 51 hastanın sıcak su yanığı, 8 hastanın elektrik yanığı ve geriye kalan 6 hastanın da kimyasal yanık, temas yanığı gibi diğer sebepler ile başvurduğu anlaşıldı (Tablo 2). Hastaların 41'inde (%30,5) 3. derece yanık mevcuttu. 4. derece yanık hiçbir hastada yoktu. Ortalama yanık yüzdesi % 22,5 (0-95) olarak tespit edildi. Hastaların 13'ünde % 41 ve üzeri, 16'sında %31-40, 18'inde % 21-30 yanık alanı olduğu görüldü (Tablo 3). Mortalite gelişen hastalarda ise ortalama yanık alanı ise % 41,3 idi.

Genel mortalite oranı yanık ünitesinde yatan 1808 hasta için 70 hasta ile % 3,8 iken, bu oran 65 yaş ve üstü hasta grubunda 36 hasta ile % 26,8 idi. Mortalite 65-79 yaş aralığında 20 hasta ile % 21,7 iken, 80 ve üstü yaş grubunda 16 hasta ile % 38 olarak tespit edildi. Mortalite gelişen 36 hastadan 30'u alev yanığı, 3'ü sıcak su yanığı, 3'ü ise diğer yanıklar arasında idi. Mortalite gelişen 36 hastanın 30'u 3. derece 6'sı ise 2. derece yanıklar idi. % 41 ve üzeri yanık ile yatan hastalarda mortalite oranı % 92,3 (12mortalite/13 hasta) iken % 31-40 yanığı olanlarda ise bu oran % 62 idi (10 mortalite/16 hasta). Toplamda 36 hastada gerçekleşen mortalitenin % 61'i % 31 ve üzeri yanıklarda gerçekleşti.

#### Tartışma ve sonuç

Geriatik yaş grubu yanık hastaları özellikli bir hasta grubu olup komplikasyonların görülme ihtimali daha yüksektir. Mortalite oranlarına bakıldığında geriatik yaş grubunda mortalitenin ciddi bir problem olduğu görülmektedir. İleri yaş ve yanık yüzdesi yüksekliğinin mortalite ile ciddi ilişkisi mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** yanık, ileri yaş, mortalite, alev, sıcak su, elektrik

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



**11-15 Nisan 2018**  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi **ANTALYA**

**Tablo 1**

| Yıl    | 65 Yaş Üstü Hasta Sayısı | Mortalite Sayısı | Mortalite Yüzdesi |
|--------|--------------------------|------------------|-------------------|
| 2009   | 3                        | 0                | 0                 |
| 2010   | 7                        | 2                | 28,50%            |
| 2011   | 11                       | 3                | 27,20%            |
| 2012   | 11                       | 3                | 27,20%            |
| 2013   | 12                       | 3                | 25%               |
| 2014   | 13                       | 6                | 46,10%            |
| 2015   | 16                       | 4                | 25%               |
| 2016   | 29                       | 7                | 24,10%            |
| 2017   | 32                       | 8                | 25%               |
| Toplam | 134                      | 36               | 26,80%            |

Yıllara göre 65 yaş ve üstü hasta sayıları ve bu hasta grubunda görülen mortalite sayıları

**Tablo 2**

|          | Sayı | Mortalite |
|----------|------|-----------|
| Alev     | 69   | 30        |
| Sıcak Su | 51   | 3         |
| Elektrik | 8    | 0         |
| Diğer    | 6    | 3         |

Etyolojilerine göre yanık hastalarının dağılımı

**Tablo 3**

| Yanık yüzdesi | Hasta Sayı | Hasta Yüzdesi | Mortalite | Yanık yüzdesi grubunda mortalite |
|---------------|------------|---------------|-----------|----------------------------------|
| % 1-10        | 41         | 30,60%        | 1         | 2,4%                             |
| % 11-20       | 46         | 34,30%        | 9         | 19,5%                            |
| % 21-30       | 18         | 13,40%        | 4         | 22,2%                            |
| % 31-40       | 16         | 11,90%        | 10        | 62,5%                            |
| % 41 ve üzeri | 13         | 9,70%         | 12        | 92,3%                            |

Yanık yüzdelerine göre hasta sayıları ve her bir yanık yüzdesi grubunda karşılaşılan mortalite sayıları

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



### EPS-0997 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Major yanıklı hastada gelişen TRALI sendromu

İsa Sözen, Sadettin Er, Sabri Özden, Metin Yalaza, Birkan Birben, Mesut Tez  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

#### Amaç

Kan ve kan ürünü transfüzyonu sonrası gelişen pek çok komplikasyon vardır. TRALI (Transfusion-related acute lung injury) transfüzyona bağlı en sık mortalite nedenlerinden biri olmakla beraber bekli de en az tanınanlardandır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada her 1/5000 transfüzyonda ve 1/625 hastada gözlenmektedir. TRALI ile ilgili üzerinde oluşturulan konsensus akut olarak akciğer fonksiyonlarının bozulması, bulguların transfüzyondan itibaren 6 saat içinde başlaması,  $PaO_2/FiO_2 \leq 300$  veya  $SpO_2 \%90$  ın altında, akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon, transfüzyon öncesi akut akciğer hasarı bulunmaması, sol atriyal bulguları bulunmaması olarak kabul edilmiştir.

#### Materyal metod

Dış merkezde patlama sonucu 48. Saatinde kliniğimize kabul edilen 22 yaşında erkek hastanın yapılan muayenesinde yüzde 25 oranında 2. Ve 3. derece yanık alanları mevcuttu. Genel durumu orta, bilinci açık oryante ve koopere idi. Yanık resusitasyonu yapılan hastanın takiplerinin 5. gününde verilen TDP (taze donmuş plazma) sonrası saatler içinde solunum sıkıntısı başladı, genel durumu bozuldu, çekilen akciğer grafisinde bilateral yağın infiltrasyon tesbit edildi, hastanın kan gazı değerleri bozuldu, saturasyonları  $\%80$  lere geriledi.

#### Sonuçlar

Hastaya yapılan değerlendirme sonucu TRALI tanısı konuldu. Destek tedavisine başlandı, entübe edildi. Hastanın hipovolemik kalmamasına dikkat edildi.

#### Tartışma

Özellikle transfüzyon yaptığımız hastalarda ani başlangıçlı solunum sıkıntısı durumlarında TRALI'yi aklımıza getirelim ve hastaya cpap, mekanik ventilasyon ve destek tedavisine vakit kaybetmeden başlamalıyız. Ayırıcı tanıda akciğer ödemiyle ayrımı iyi yapılmalıdır. Tedavisinde en önemli aşama tanıyı düşünüp aklımıza getirmekle başlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** akciğer, trali, yanık,

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018tuck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-0998 [Yara, Yara Bakımı ve Yanık]

#### Kronik yara kliniği;Yedi(7) yıllık deneyimimiz

Bülent Çomçalı, Gökay Serdar Terzioğlu, İsa Sözen, Ahmet Çınar Yastı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği,Ankara

#### Giriş

Artan ortalama yaşam süresine paralel olarak önceleri pek nadir gördüğümüz kronik yaralara her geçen gün daha da sık rastlamaktayız. Bu anlamda, hastanemiz kronik yara servisinde açılışından bugüne yatan hastaları retrospektif değerlendirmeyi amaçladık.

#### Materyal ve metot

Nisan 2010 ile Aralık 2017 arasında kronik yara kliniğimizde yatarak tedavi alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların cinsiyet, yaş, yatış tanısı, ortalama yatış günü, yapılan amputasyon sayıları kayıt altına alındı ve istatistiksel olarak değerlendirildi.

#### Sonuçlar

Çalışma süresince yatarak tedavi alan 1014 hastanın ortalama yaşı  $60.04 \pm 13.30$  idi. Hastaların 747(%73.7)'si erkekti ve ortalama yaşları  $59.13 \pm 13.06$  idi. 849 (%83.72) hasta diyabetik ayak ülseri nedeniyle yattı ve en sık kronik yara nedeni olarak belirlendi. Toplam 155 hastaya amputasyon uygulandı. 41(%28.5) 2.,3.,4. Parmaktan biri ampute edilirken 37 (%25.7) hastaya çoklu parmak 20(%13.9) hastaya ise diz seviyesinde yapılmıştır. Hastaların ortalama yatış süresi  $32.07 \pm 30.6$  gün bulunmuştur.

#### Tartışma

Kronik yara ülkemizde artan sıklıkla izlenen önemli bir sağlık sorunudur. Tedavisini oldukça uzun süreli zahmetli ve ciddi amputasyon sayıları ile birlikte gittiği göz önüne alınınca, risk altı hastaların doğrulukla tespiti ve uygun korunma önlemlerinin sağlanması elzemdir.

**Anahtar Kelimeler:** deneyim,kronik,yara

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-1001 [16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi Bildirileri]

#### Acil Tıp Kliniğinde Yapılan Düzenlemelerin Hasta Memnuniyetine Etkisi

Aydanur Öztürk, Serap Çelik, Birgül Ödül Özkaya, Sevda Polat  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

**GİRİŞ:** Hasta memnuniyeti hastalara verilen bakımın istenen sonuçlarının alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçlarını azaltma derecesi olarak tanımlamaktadır

**AMAÇ:** 24 saat kesintisiz hizmet veren acil servisler, hastanelerin vitrini konumundadır. Acil servislerde, sağlık hizmetini en kısa sürede hızlı ve kaliteli bir şekilde sunulması gerekmektedir. Bu çalışma ile acil servislerde verilen hizmetlerin iyi organize edilmesini, sorunsuz bir şekilde yürütülmesini, iyi şartlarda hizmet verilmesini ve hasta memnuniyetinin artırılmasını amaçladık.

**TARTIŞMA:** İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğindeki hasta memnuniyetini arttırmak amacıyla bir takım düzenlemeler yapılmıştır.

Acil tıp kliniğine başvuran hastaların kayıt alanlarında hastanın telefon bilgileri güncellenerek hasta telefonlarına bilgilendirme mesajları gönderildi. "Sayın hasta adı soyadı Acil servisimize hoş geldiniz. En kısa sürede çağrılacaksınız. Acil şifalar dileriz"

Triyaj alanındaki sağlık personel sayısı artırıldı, hastanın vital bulguları dijital monitör ile alınıp kısa bir anamnez sorgulaması yapıldı, hastaya kimlik doğrulayıcı bileklikler takıldı.

Hasta bekleme alanındaki koltuk sayısı artırıldı. Bekleme alanına çay ve kahve makineleri konuldu. Hasta karşılama personeli sayısı artırılarak engelli ve yaşlı hastaların tetkik, tedavi sürecinde ve diğer servislere transferlerine yardımcı olundu. Hasta çağırma ekranlarının sayısı artırıldı, hem görsel hem işitsel olarak muayene sıralarının geldiği bilgisi ekranlara yansıtıldı.

Laboratuvar sonuç ekranı konularak sonuçlarının çıkıp çıkmadığı yada hangi sonuçlarının çıktığı, hangilerinin beklenildiği bilgisi ekrana yansıtıldı. Hastanın anksiyetesi giderildi.

Bekleme alanı içerisinde nöbetçi eczane ekranı oluşturuldu. Kısa sürede tedavilerine başlaması sağlandı.

**SONUÇ:** Acil Tıp kliniğinde yapılan bu düzenlemelerle birlikte hasta memnuniyet oranının %98'lere arttığı, Beyaz kodun (sağlık çalışanlarına şiddetin ) azaldığı gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Tıp, Hasta Memnuniyeti, Hemşire

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-1002 [Cerrahi Alan Enfeksiyonu, Cerrahi Yoğun Bakım]

#### Preoperative antibiotic prophylaxis in surgical patients is a problem that needs to be addressed

Hidayet Bilaloğlu İsayev

M.A.Topçubaşov adına bağlı Cerrahi Bilim Merkezi, Bakü. Azerbaijan

**Actuality:** In connection with the spread of multiresistant microorganisms, the rational use of antibiotics is acute all over the world. The reason for this situation, a long history of improper use of antibacterial drugs. One aspect of the rational use of antibiotics is antibiotic prophylaxis (ABP).

The aim of the study is to evaluate the rationality of using antibiotics in patients with surgical profile.

**Materials methods.** A retrospective study of 200 medical histories of patients with surgical profile who were on inpatient treatment at the Scientific Center of Surgery of the Republic of Azerbaijan was conducted using random sampling. " When assessing the history of the disease, the validity of prescribing antibacterial drugs, the time of administration of the first dose of antibiotic, the adequacy of the dose regimen were evaluated.

**Results and discussion.** Of the 300 cases analyzed, antibiotic prophylaxis was shown in 274, which was 91.3%. Among them, the percentage of ABP conducted in compliance with the basic rules was 12.7% (38 cases). The use of ABP with incomplete adherence to the basic rules was 14.3% (43 cases), of which unreasonable prolongation of the antibiotic administration period for prophylaxis beyond 24 was 37.2% (16 cases). ABP was not performed in 74.3% (patients (222 cases), 67.6% of them (150 cases) were cases of unreasonable prescribing of antibacterial therapy after an operation for 5 to 20 days.

Thus, the results of the study showed that in most cases, in the presence of indications, ABP was not performed, while there was a replacement of preoperative ABP with postoperative antibiotic therapy. This leads to a significant overexpenditure of antibacterial drugs in surgical sections, an increased risk of developing adverse reactions, as well as to the selection of resistant flora. The presented results demanded a number of administrative decisions, namely, the clinical pharmacologist conducting an educational medical conference on the main aspects of ABP, issuing an order to optimize the use of antibiotics in surgical sections, the inclusion of routine checks on the rationality of antibiotic prescribing in surgical sections in the work plan of the clinical pharmacologist.

**CONCLUSIONS:** 1. In the work of surgical sections, the unjustified prescription of antibiotics in the postoperative period was 50.5%.

2. To increase the rationality of the use of antibacterial drugs, it is necessary to conduct additional educational activities, the administrative restriction of prescribing antibiotics in the postoperative period, and regular expert evaluation of pharmacotherapy.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahiyede antibiotik profilaktik tedavisi

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr





www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-1004 [Acil Cerrahi ve Travma]

#### Künt Karın Travmasına Sekonder Mikroperforasyonun Geç Prezantasyonu: İki Olgu Sunumu

Ahmet Necati Şanlı<sup>1</sup>, Deniz Esin Tekcan Şanlı<sup>2</sup>, Ali İşler<sup>1</sup>, Mehmet Sertkaya<sup>3</sup>, Arif Emre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

<sup>2</sup>Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Kahramanmaraş

<sup>3</sup>Viranşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Künt karın travmasına bağlı ince bağırsak iskemisi sonrası gelişen mikroperforasyonun geç prezantasyonu oldukça nadir görülmektedir. Bu yazımızda kaza sonrası ilk başvuruda abdominal patoloji saptanmayan, geç dönemde gelişen akut batın tablosuyla başvuran hastaları sunmayı amaçladık.

Olgu 1: yaklaşık 1,5 ay önce araç içi trafik kazası öyküsü olan 24 yaşında erkek hasta bu süre içerisinde 4 defa karın ağrısı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Akut abdominal patoloji saptanmayan hasta taburcu edildi. Son başvurusunda fizik muayenesinde defans ve rebound pozitif, enfeksiyon parametreleri yüksek olan, çekilen iv kontrastlı abdomen tomografisi distal ileumda uzun bir bağırsak segmentinde diffüz patoloji duvar kalınlaşması, bu seviyede mezenterik vaskülaritede artış ve taraklanma bulgusu, batın sağ alt kadranda daha fazla olmak üzere bağırsak ansları kümelenme, apendiks ve çekum normal olarak yorumlanan hasta akut batın tanısı konularak acil opere edildi.

Operasyonda apendiksin normal olduğu, çekumun 20 cm proksimalinde ince bağırsakların ödem kızarıklık ve kitle halinde olduğu görüldü. Künt ve keskin diseksiyonla kitle açılmayınca ince bağırsak rezeksiyonu ve apendektomi yapıldı. Postop takiplerinde pnömoni ve yara yeri enfeksiyonu gelişti. Tedavisi tamamlanan hasta yarası sütüre edilerek taburcu edildi.

Olgu 2: yaklaşık 1,5 ay önce araç içi trafik kazası öyküsü olan 23 yaşında erkek hasta ara ara olan karın ağrısı şikayetlerinin son iki gün şiddetlenmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurdu. Yapılan abdomen ultrasonografide batın sağ alt kadranda yaklaşık 6x3.5 cm alanda çevre mezenterik dokularda ekojenite artışı ve barsak ansları arasında serbest sıvı, bu alan komşuluğunda 4 cm uzunluğunda tek duvar kalınlığı 4.5 mm duvar bütünlüğü net olmayan tübüler yapı, perfore apandisit? saptandı. Perfore apandisit tanısı konulan hasta anestezi hazırlığı yapıldıktan sonra opere edildi. Operasyonda apendiksin normal olduğu ancak çekumun yaklaşık 5 cm proksimalinde ince bağırsakların konglomero bir yapı oluşturduğu görüldü. Bu alan künt ve keskin diseksiyonla ayrıldı. Kaçak kontrolü yapıldı. Kaçak saptanmayan hastada operasyon alanına dren yerleştirilerek batın duvarı kapatıldı. Postoperatif takiplerinde komplikasyon saptanmayan hastanın dreni çekildi ve taburcu edildi.

Her iki olgumuzda da meydana gelen tablonun künt karın travması sonrasında ince bağırsakta gelişen iskemisi ve sonrasında gelişen mikroperforasyonun geç prezantasyonu sonrası akut batına neden olduğunu düşünmekteyiz.

Abdominal künt travmaya bağlı ince barsak iskemisi ve mikroperforasyonunun tanısı erken dönemde koymak güçtür ve erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditenin azaltılmasında oldukça önemlidir. Bu tür künt batın travmasına maruz kalan olgularda muhtemel bir bağırsak iskemisi ve mikroperforasyon akılda tutulmalıdır. Yakın klinik takip ve uygun radyolojik görüntüleme yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** akut batın, iskemisi, künt travma, mikroperforasyon

### EPS-1005 [Acil Cerrahi ve Travma]

#### Pelvik Yerleşimli Gezici Dalak Torsiyonu: Olgu Sunumu

Tolga KALAYCI, Serhat BİNİCİ, Özkan YILMAZ, Necatı ALMALI

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Van

**AMAÇ:** Gezici dalak; dalağın normal anatomik konumunun olduğu yerde bulunmayıp, çevre dokulara tutunmayı sağlayan bağların gevşek olması veya yokluğu nedeniyle nadir görülen bir klinik tablodur. Ani gelişen akut batın olgularında, batın muayenesinde ele gelen kitle olması durumunda akla gelmesi gereken ön tanımlar arasında gezici dalak torsiyonu da

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



olmalıdır. Ek görüntülemeler yardımıyla da asıl tanıya gidilmeli ve bir an önce akut batın hali tedavi edilmelidir. Bizim olgumuzda da hastamız, acile akut batın nedeniyle başvurmuş olup; muayene ve abdomen ultrasonografi ile gezici dalak torsiyonu tanısı konulduktan sonra splenektomi uygulanarak şifa sağlanmıştır.

**OLGU:** Yirmi yedi yaşında kadın hasta, aynı gün başlayan karın ağrısı nedeniyle acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir ek hastalık ve cerrahi öyküsü yoktu. Yapılan muayenede, pelvisi dolduran kitle ve batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Hastanın ateşi normal, hafif dispneik-taşikardik ve normotansifti. Yapılan kan sayımında, beyaz küre sayısı  $8,6 \cdot 10^3/uL$ , C Reaktif Protein 110 mg/L idi. Diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Acil şartlarda yapılan ultrasonografide, dalak pelvik yerleşimli ve dalağın uzun eksen boyutu yaklaşık 16 cm olup, dalağın inferior kesiminde yaklaşık  $7 \times 4$  cm'lik enfarkt? mevcuttu. Hasta acil laparotomiye alındı. Eksplorasyonda dalağın pelvisi doldurduğu, dalak inferior kesiminde enfarkt olduğu ve splenik arter-venin 2 tam tur (720 derece) döndüğü görüldü. Splenik vende, palpasyonda yaygın trombüs mevcuttu. Splenik vasküler yapılar detorsiyone edildikten sonra, pankreas kuyruğu hizasından splenik arter ve ven izole edilip bağlanarak splenektomi tamamlandı. Hasta postoperative 3. gününde komplikasyon gelişmeden taburcu edilmiştir.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Ani başlayan karın ağrısı şikâyeti ile acile başvuran, muayenede akut batın hali ve ele gelen kitle mevcut olan hastada ayırıcı tanıda gezici dalak torsiyonu düşünülmelidir. Tanı doğrulamada ek görüntüleme tetkiklerine başvurulmalı ve tanı doğrulandıktan sonra acil cerrahi müdahale yapılmalıdır. Unutulmamalıdır ki; gezici dalak torsiyonu da nadir de olsa akut batın yapmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** akut batın, gezici dalak, torsiyon

**Resim 1**



Pelvik Yerleşimli Wandering Spleen.(Enfarkt Alanını da Görülmekte)

**Resim 2**



Splenik Arter-Venin Torsiyone Görünümü-İntraoperatif Görünüm

**TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ**

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara

Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



www.2018uck.org

# 21. ULUSAL CERRAHİ KONGRESİ

## 16. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



11-15 Nisan 2018  
Kaya Palazzo Kongre Merkezi ANTALYA

### EPS-1006 [Gastrointestinal Sistem Cerrahisi (özefagus, mide, ince bağırsaklar)]

#### Malign melanom mide metastazı; Olgu sunumu

İsmail Tırnova, Özgen Işık, Ersin Öztürk  
Uludağ Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Malign melanom, cildin en sık primer malign tümörüdür. Sıklıkla beyine, akciğere ve kemiğe metastaz yapar. Ayrıca gastrointestinal sisteme(GİS) en sık metastaz yapan tümörlendendir. GİS içerisinde en sık incebarsaklarda tutulum görülür. Çalışmamızda kütanöz malign melanomun mide metastazını sunacağız.

**OLGU:** Kırkaltı yaşında erkek hasta kilo kaybı, bulantı kusma şikayetleri başvurdu. Yaklaşık 60 ay önce sol ön kolda malign melanom kitlesi nedeni eksizyon öyküsü var. İlerleyen aylarda farklı zamanlarda sol frontal kemiği invaze eden kitle eksizyonu, sağ uyluktan ve sağ toraks duvarından kitle eksizyonu yapılmıştı. Patolojiler MM ile uyumluydu. Aynı dönemde ayak bileği, diz ve pelvis metastazları için radyoterapi (RT) almıştı. Dispeptik şikayetleri gelişmesi üzerine gastroskopisinde corpustan antruma dek uzanan düzensiz sınırlı ülserovejetan kitle saptanmıştı. Biyopsisi MM metastazı ile uyumluydu. Hemogloblin 8 gr/dL ölçülmüştü. Başka patolojik laboratuvar bulgusu saptanmadı. Bilgisayarlı tomografisinde(BT) antrum düzeyinde duvar kalınlık artışı saptandı. Karaciğer doğaldı. PET-CT'de, antrumda malignite düzeyinde metabolik aktivite saptandı. Şiddetli bulantı kusmaları olan hasta gastrik outlet sendromuna ve anemiye yol açan, distal yerleşimli MM mide metastazı nedeni ile operasyon alındı. Eksplozasyonda antrumda, transvers kolona ve pankreasa atake tümör saptandı. Tümör gastrik outlet sendromuna neden olmuştu. Palyatif subtotal gastrektomi ve segmenter kolektomi yapıldı. Postop 5. gün normal oral alımı tolere eden hasta, sorunsuz taburcu edildi. 8x3,5 cm malign melanoma(pT3) saptandı. Minimum 1 cm temiz cerrahi sınır ve 5 benign, 7 malign lenf nodu saptandı.

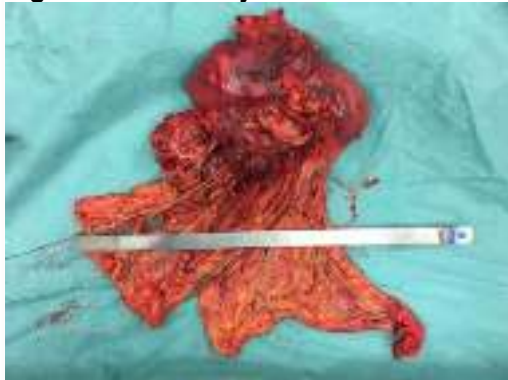
**TARTIŞMA:** MM GİS'e en sık metastaz yapan tümördür. Sırasıyla en çok ince barsak (50%), kolon (31.3%),ve anorektuma (25%) metastaz yaptığı saptanmıştır. Yapılan otopsi incelemelerine GİS metastazı oranı %60'ı bulurken, bu hastaların yalnızca %1-4'ünde klinik metastaz saptanmıştır. MM mide metastazları oldukça nadir görülmektedir. Nonspesifik semptomlarla ilerlemesi ve sağkalım sürelerini belirgin şekilde kısaltması nedeni ile saptanmaları oldukça güçtür. MM öyküsü olan ve GİS semptomları ve anemi saptanan hastalar endoskopik değerlendirmeye tanı şansı yakalamaktadır. Mide metastazlarında median survey 4-6 ay arasındadır. Olgumuzda mide metastazı primer cilt lezyonundan 60 ay sonra saptanmıştır. Literatürde 10 yılı bulan intervaller vardır.

Olgumuzda cerrahi endikasyon, gastrik outlet sendromunun olması ve anemi gelişmesidir. Metastatik hastada R2 düzeyinde gastrektominin küratif beklentiler sağlamayacağı aşikardır. Ancak karşılaştığımız türde komplikasyonlar geliştiğinde cerrahi yapılabilecek tek müdahale olabilir. Ollila'nın çalışmasında GİS metastazlı 124 MM hastası incelenmiş ve rezeksiyon yapılanlarda sağ kalımın 6 kat arttığı saptanmıştır. Seçilmiş olgularda cerrahi hem sağkalım süresini hem de hayat kalitesini artırabilir.

Sonuç olarak MM, metastaz yapma eğilimindedir ve nonspesifik dispeptik yakınmalar ve anemi eşlik eden hastalarda GİS metastazı olasılığı akılda tutulmalıdır. Seçilmiş vakalarda cerrahi etkili tek seçenek olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** melanom, mide, metastaz

#### Figür-1: Cerrahi Piyes



Mide, kolon ve omentum.

#### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mahallesi İhlamur Cad. No: 26 06810 Çayyolu, Ankara  
Tel: + 90 312 241 99 90 Faks: + 90 312 241 99 91  
E-posta: turkcer@turkcer.org.tr



[www.turkcer.org.tr](http://www.turkcer.org.tr)