Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği
12. Bölgesel Sempozyum

DİYARBAKIR

Abdominal Sepsis ve Açık Karın Yönetimi

11-12 Eylül 2026

Dicle Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik
Konferans Salonu
Diyarbakır



www.travma.org.tr

@_utacd @UTACD UTACD

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği
12. Bölgesel Sempozyum

DİYARBAKIR

Abdominal Sepsis ve Açık Karın Yönetimi

Sempozyum Başkanları

Hatice Gülşen Yılmaz
Seracettin Eğin

Sempozyum Sekreterleri

Mehmet Tolga Kafadar
Nezih Akkapulu

Bilimsel Kurul

Diyarbakır - Ulaş Aday
Ankara - Seda Banu Akıncı
Ankara - Nezih Akkapulu
Erzurum - Necip Altundaş
Van - Abbas Aras
Elazığ - Ahmet Aslan
Diyarbakır - Emre Aydın
Gaziantep - Alper Aytekin
Elazığ - Abdullah Böyük
Diyarbakır - Mustafa Kemal Çelen
Gaziantep - Sacid Çoban
Mersin - Tahsin Çolak
Diyarbakır - Erkan Dalbaşı
Diyarbakır - Recep Dursun
İstanbul - Seracettin Eğin
İstanbul - Leman Damla Ercan
İstanbul - Cemalettin Ertekin
Ankara- Mehmet Eryılmaz
Diyarbakır - Ercan Gedik
İstanbul - Ali Fuat Kaan Gök
İstanbul - Berk Gökçek
İstanbul - Recep Güloğlu
Diyarbakır - Hamza Gültekin
İstanbul - Semra Günay
Diyarbakır - Fatma Meral İnce
Ankara - Arzu Topeli İskit
ABD - Haytham Kaafarani
Diyarbakır - Mehmet Tolga Kafadar
Burhan Hakan Kanat - *Malatya*
Mustafa Karaağaç - *Kayseri*
Gönül Ölmez Kavak - *Diyarbakır*
Sedat Kaya - *Diyarbakır*
Çetin Kotan - *Van*
Mehmet Kurtoğlu - *İstanbul*
Adnan Kuvvetli - *Adana*
Mehmet Mihmanlı - *İstanbul*
Abdullah Oğuz - *Diyarbakır*
Bahadır Öndeş - *Malatya*
Adnan Özpek - *İstanbul*
Kemal Raşa - *Kocaeli*
Ahmet Gökhan Sarıtaş - *Adana*
Ali İhsan Sert - *Diyarbakır*
Mert Mahsuni Sevinç - *İstanbul*
Senem Şentürk - *Diyarbakır*
İlhan Taş - *Diyarbakır*
Faruk Tatlı - *Diyarbakır*
Recep Tekin - *Diyarbakır*
Sezgin Topuz - *Kahramanmaraş*
Mehmet Turmak - *Diyarbakır*
Ahmet Yeşil - *Diyarbakır*
Murat Baki Yıldırım - *Ankara*
Mehmet Emin Yılmaz - *Diyarbakır*
Hatice Gülşen Yılmaz - *Diyarbakır*
Hakan Yiğitbaş - *İstanbul*
Kaya Yorgancı - *Ankara*
Yücel Yüksel - *Gaziantep*

Abdominal Sepsis ve Açık Karın Yönetimi

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği
12. Bölgesel Sempozyum

11 Eylül 2026 Cuma

Açılış Oturumu — 13:00 - 13:30

Saygı Duruşu ve İstiklal Marşı

Dr. Hatice Gülşen Yılmaz	Sempozyum Başkanı
Dr. Seracettin Eğin	Sempozyum Başkanı
Dr. Mehmet Eryılmaz	UTACD Başkanı
Dr. Gökhan Kırbaş	Dicle Üniversitesi Hastanesi Başhekimi
Dr. Sabahattin Ertuğrul	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı
Dr. Kamuran Eronat	Dicle Üniversitesi Rektörü

I. Oturum - Sepsis Tanımı ve Güncel Kılavuz — 13:30 - 15:00

Oturum Başkanları:
Dr. Mehmet Emin Yılmaz, Dr. Gönül Ölmez Kavak

Dr. Arzu Topeli İskit	Sepsis Nedir, Güncel Patofizyoloji Nasıl Tanımlanıyor?
Dr. Ahmet Yeşil	Erken Tanı için Kriterler ve Skorlamalar, Hangisi Daha Güvenilir?
Dr. Seda Banu Akıncı	2026 Sepsis Kılavuzunda Değişen Öneriler ve Klinik Pratiğe Yansımaları
Dr. Mehmet Turmak	Abdominal Sepsiste Görüntüleme Yöntemleri, Hangi Durumda Minimal İnvaziv İşlemler

Tartışma

Ara 15:00 - 15:15

II. Oturum - Abdominal Sepsis Yönetimi — 15:00 - 16:30

Oturum Başkanları:
Dr. Mehmet Kurtoğlu, Dr. Mustafa Kemal Çelen

Dr. İlhan Taş	İlk Adım: Medikal ya da Cerrahi
Dr. Fatma Meral İnce	Sepsiste Antimikrobiyal Tedaviler
Dr. Hakan Yiğitbaş	Acil Cerrahi Zamanlaması ve Komplikasyon Yönetimi
Dr. Ali Fuat Kaan Gök	Cerrahi Teknik Seçimi: Laparoskopi vs Açık Cerrahi
Dr. Ali İhsan Sert	Postoperatif Yoğun Bakım Süreci, Organ Destek Stratejileri

Tartışma

III. Oturum - Multidisipliner Olgu Tartışmaları — 16:30 - 17:30

Moderatörler:
Dr. Hatice Gülşen Yılmaz, Dr. Sedat Kaya

Panelistler:
Dr. Kemal Raşa, Dr. Recep Tekin, Dr. Senem Şentürk, Dr. Recep Dursun, Dr. Emre Aydın, Dr. Hamza Gültekin

IV. Oturum - Uydu Sempozyum — 17:30

Oturum Başkanı:
Dr. Mehmet Mihmanlı

Dr. Murat Baki Yıldırım	Acil ve kontamine karın duvarı defektlerinde Duramesh kullanımı

MODERNITE MEDICAL

Abdominal Sepsis ve Açık Karın Yönetimi

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği
12. Bölgesel Sempozyum

12 Eylül 2026 Cumartesi

Sözlü Bildiri Oturumu - I — 08:00 - 09:00

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Dersliği
Oturum Başkanları: Dr. **Mehmet Tolga Kafadar**, Dr. **Nezih Akkapulu**

I. Oturum - Açık Karın; Temel Konular — 09:00 - 10:30

Oturum Başkanları:
Dr. **Cemalettin Ertekin**, Dr. **Semra Günay**, Dr. **Tahsin Çolak**

Dr. Erkan Dalbaşı	Açık Karının Tanımı ve Endikasyonları
Dr. Leman Damla Ercan	İntraabdominal Hipertansiyon ve Abdominal Kompartman Sendromu
Dr. Haytham Kaafarani*	Open Abdomen and Source Control in Intraabdominal Sepsis
Dr. Mert Mahsuni Sevinç	Karın Travmalı Hastada Açık Karın: Ne zaman? Nasıl?
Dr. Ahmet Gökhan Sarıtaş	Akut Karın Hastalarında Açık Karın: Ne zaman? Nasıl?

Tartışma

Ara 10:30 - 10:45

II. Oturum - Açık Karın; Yönetim — 10:45 - 12:00

Oturum Başkanları:
Dr. **Recep Güloğlu**, Dr. **Abdullah Böyük**, Dr. **Sacid Çoban**

Dr. Necip Altundaş	Açık Karın Yönteminin Artıları ve Eksileri
Dr. Mustafa Karaağaç	Açık Karın Komplikasyonları
Dr. Faruk Tatlı	Açık Karın Hastalarında Nütrisyon
Dr Kaya Yorgancı	Açık Karın Hastalarının Yoğun Bakım Yönetimi

Tartışma

Öğle Arası 12:00 - 13:15

Sözlü Bildiri Oturumu - II — 12:15 - 13:15

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Dersliği
Oturum Başkanları: Dr. **Ulaş Aday**, Dr. **Yücel Yüksel**

III. Oturum - Açık Karın; Geç Dönem — 13:15 - 14:30

Oturum Başkanları:
Dr. **Mehmet Eryılmaz**, Dr. **Ercan Gedik**

Dr. Abbas Aras	Açık Karını Sonlandırma Endikasyonları
Dr. Seracettin Eğin	Enteroatmosferik Fistül Yönetimi
Dr. Ahmet Aslan	Geç Dönem Karın Duvarı Rekonstrüksiyonu
Dr. Berk Gökçek	Karın Duvarı Rekonstrüksiyonunda Bileşenlerine Ayırma Tekniği

Tartışma

IV. Oturum: İnteraktif Olgu Sunumları — 14:30 - 16:00

Moderatörler: Dr. **Çetin Kotan**, Dr. **Adnan Özpek**

V. Oturum - İnteraktif Uygulmalı Açık Karında Negatif Basınçlı Tedavi ve Enteroatmosferik Fistül Yönetimi Kursu — 16:00 - 17:30

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Dersliği
Kurs Direktörleri: Dr. **Seracettin Eğin**, Dr. **Ali Fuat Kaan Gök**

Sözlü Bildiriler

SS-01

Hasar Kontrol Cerrahisi ve Dekompresyon Endikasyonlu Açık Karın Olgularında Abdominal VAC Uygulaması: Primer Fasyal Kapanma Başarısı

Serkan Ademoğlu Gaziantep Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Genel Cerrahi, Gaziantep

AMAÇ: Akut mezenterik iskemi ve travmaya bağlı abdominal kompartman sendromu (AKS) nedeniyle açık karın bırakılan olgularda KCl Abdominal VAC kullanımının primer fasyal kapanma başarısı, hasta surveyi ve hastane yatış süreleri üzerindeki etkilerini sunmaktır.GEREÇ-YÖNTEM: Mayıs 2024 - Haziran 2026 tarihleri arasında akut mezenterik iskemi (n=2, rezeksiyon + stoma) ve travmaya bağlı AKS (n=1, dekompresyon) nedeniyle Abdominal VAC (KCl) uygulanan toplam 3 hasta (yaş ortalaması: 57,6; dağılım: 41-68) değerlendirildi. Sünger değişimleri 3-4 günde bir yapıldı.BULGULAR: Toplam VAC seans sayısı ortalama 7,6 (dağılım: 4-13 seans; 41 yaş travma: 6 seans, 64 yaş mezenter iskemi: 13 seans, 68 yaş mezenter iskemi: 4 seans) olarak gerçekleşti. Olguların 2'sinde (%66,7) primer fasyal kapanma sağlandı. Fasyal kapanma sağlanan iki hasta da şifa ile taburcu edildi (Yoğun bakım yatışları sırasıyla 27 ve 18 gün; servis yatışları 21 ve 23 gün). İleri yaşlı mezenter iskemi olgusu (68 yaş) ex oldu (%33,3 mortalite). Süreç içerisinde kanama ve yara yeri enfeksiyonu komplikasyonları yönetildi.

SONUÇ: Non-septik veya primer vasküler/travmatik hasar kontrol vakalarında erken dönemde uygulanan Abdominal VAC; karın içi basıncı düşürerek organ perfüzyonunu korumakta, fasyal retraksiyonu önlemekte ve yüksek oranda (%66,7) primer fasyal kapanmaya olanak sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Açık karın, Hasar kontrol cerrahisi, Akut mezenterik iskemi, Abdominal kompartman sendromu, Primer fasyal kapanma

SS-02

Komplet Wirsung Kanalı Transeksiyonunda Distal Pankreasın Roux-en-Y Pankreatikojejunostomi ile Korunması; Künt Pankreas Travması. Olgu Sunum

Hasan Alklay, Mehmet Yılmaz, Mehmet Tolga Kafadar, Murat Sevmiş, Mervan Kamar
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Wirsung kanal yaralanmasının eşlik ettiği künt pankreas travmaları nadir görülmesine rağmen yüksek morbidite riski taşıyan kompleks yaralanmalardır. Wirsung kanal bütünlüğü ve yaralanmanın anatomik lokalizasyonu, tedavi yaklaşımının belirlenmesinde temel faktörlerdir. Yüksek dereceli pankreas yaralanmalarında rezeksiyonel cerrahi yerleşik yaklaşımlardan biri olmakla birlikte, seçilmiş hastalarda fonksiyonel pankreatik parankimin korunmasına yönelik rekonstrüktif yöntemler uygulanabilir.

OLGU: Yirmi dokuz yaşında erkek hasta, traktör kazası sonrası gelişen künt multitravma nedeniyle travmadan yaklaşık 24 saat sonra üçüncü basamak merkezimize transfer edildi. Hasta hemodinamik olarak stabil olup serum amilaz düzeyi 1685,1 U/L, CRP 119,85 mg/L ve hemoglobin düzeyi 10,8 g/dL idi. Dinamik pankreas BT incelemesinde pankreas korpusunda tam kat parankimal yaralanma ve eşlik eden Wirsung kanal yaralanması saptandı. Arıca batında yaygın serbest sıvı görüldü. Sol femur boyun ve sol 10. kot fraktürü eşlik etmekteydi.Travmadan yaklaşık 72 saat sonra gerçekleştirilen eksplorasyonda, SMV/portal ven ekseninin sağında pankreatik parankim ile Wirsung kanalının komplet transeksiyonu saptandı ve yaralanma 2024 revize America Association for the Surgery of Trauma - Organ Injury Scale (AAST-OIS) sınıflamasına göre Grade IV olarak değerlendirildi. Distal pankreatik parankimin canlı ve rekonstrüksiyona uygun olması nedeniyle rezeksiyondan kaçınıldı. Proksimal pankreatik segment kapatıldı; distal Wirsung kanalına 6 F plastik stent yerleştirilerek eksternalize edildi ve Roux-en-Y pankreatikojejunostomi uygulandı. Postoperatif 5. günden itibaren cerrahi drenden yaklaşık 100 mL/gün pankreatik karakterde drenaj izlendi ve debi takipte tedricen azaldı. Eşlik eden intraabdominal sıvı ve bilateral plevral efüzyon perkütan girişimlerle yönetildi. Postoperatif 29. günde kontrol dinamik BT'de intraabdominal koleksiyon saptanmaması ve dren debisinin minimal olması üzerine cerrahi dren çekildi. Takip süresince intraabdominal apse veya reoperasyon gereksinimi gelişmedi.

SONUÇ: AAST-OIS'e göre Grade IV komplet Wirsung kanal transeksiyonunda tedavi bireyselleştirilmelidir. Hemodinamik olarak stabil, distal pankreatik parankimi canlı ve rekonstrüksiyona uygun seçilmiş hastalarda Roux-en-Y pankreatikojejunostomi, distal pankreasın korunmasına yönelik parankim koruyucu bir rekonstrüktif seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Pankreas, Wirsung kanal,pankreatikojejunostomi

Açık Karın Yönetiminde AbThera Negatif Basınçlı Yara Tedavisi: Sekiz Olguluk Tek Merkez Deneyimi

Abdullah İlbey Yetim
Gaziantep Şehir Hastanesi

AMAÇ: Açık karın uygulaması; abdominal sepsis, gastrointestinal perforasyon, anastomoz kaçağı, enterik fistül ve kontrolü zor intraabdominal kontaminasyonlarda kaynak kontrolünün sürdürülmesi ve planlı yeniden eksplorasyona olanak sağlanması amacıyla kullanılan bir cerrahi stratejidir. AbThera, açık karın yönetiminde visseral korumayı, intraabdominal sıvının drenajını ve geçici abdominal kapamayı sağlayan negatif basınçlı yara tedavisi sistemidir. Bu çalışmada AbThera uygulanan hastaların klinik özelliklerinin, tedavi sürelerinin ve hastane içi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimizde açık karın yönetimi kapsamında AbThera negatif basınçlı yara tedavisi uygulanan sekiz hasta retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), açık karın uygulamasına yol açan primer patoloji, eşlik eden hastalıklar, AbThera tedavi süresi ve hastane içi mortalite kaydedildi. Sürekli değişkenler medyan ve minimum–maksimum değerlerle, kategorik değişkenler sayı ve yüzdeyle sunuldu. Örneklem büyüklüğünün sınırlı ve karşılaştırma grubunun bulunmaması nedeniyle çıkarımsal istatistiksel analiz yapılmadı.

BULGULAR: Hastaların dördü kadın, dördü erkekti. Medyan yaş 55 (23–78), medyan BKİ 26 kg/m² (18–35) olarak hesaplandı. Primer patolojiler; duodenum kitlesi nedeniyle yapılan whipple operasyonu sonrası gelişen hepatikojejunostomi ve gastroenterostomi anastomozlarında kaçak, insizyonel herniyle ilişkili enterik fistül, ülseratif kolit tanısı ile opere edilen hastada anastomoz kaçağı, termal yaralanmayla ilişkili geç kolon perforasyonu, tıkayıcı kitle nedeniyle yapılan subtotal kolektomi sonrası anastomoz kaçağı, mide malignitesi ve over malignitesiydi. Beş hastada (%62,5) en az bir ek hastalık mevcuttu. Eşlik eden hastalıklar arasında diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve ülseratif kolit bulunmaktaydı. Medyan AbThera tedavi süresi 10 gün (6–13) olarak saptandı. Sekiz hastanın tamamı hastane yatışı sırasında kaybedildi ve hastane içi mortalite %100 olarak hesaplandı.

SONUÇ: Bu seri, AbThera uygulamasının ileri derecede kritik, heterojen patolojilere sahip ve kaynak kontrolü güç seçilmiş bir hasta grubunda gerçekleştirildiğini göstermektedir. Gözlenen yüksek mortalite, karşılaştırma grubu olmayan bu küçük seride doğrudan kullanılan negatif basınç sistemine bağlanamaz; başlangıçtaki hastalık şiddeti, abdominal sepsis, gecikmiş veya yetersiz kaynak kontrolü ve organ yetmezliği gibi faktörler birlikte değerlendirilmelidir. Açık karın yönetiminin sonuçlarını daha doğru belirlemek için hastalık şiddeti skorlarını, yeniden eksplorasyon sayısını, enteroatmosferik fistül gelişimini ve definitif fasyal kapama oranını içeren daha geniş, prospektif ve karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Açık karın, AbThera, negatif basınçlı yara tedavisi, kaynak kontrolü, mortalite.

SS-04

Kistoperitoneal Şant Ve Torakal Stabilizasyon Sonrası Gelişen Menenjit Ve Acinetobacter Baumani Sepsisi Yoğun Bakım Yönetimi

Abdullah Engin, Gönül Ölmez Kavak, Ömer Sertakan, Yusuf Ölker, Abdurrahman Arpa
Dicle Üniversitesi

Giriş/AMAÇ: Siringomiyeli omuriliğin içinde beyin omurilik sıvısıyla dolu kistin sinirlere bası yapmasıdır. Bu olguda Siringomiyeli nedeniyle kistoperitoneal şant ve torakal stabilizasyon yapılan morbid obez hastanın, postop menenjit, sepsis ve tromboemboli komplikasyonlarının başarılı yoğun bakım yönetimini sunmayı amaçladık.

OLGU: 33 yaşında erkek hasta, komorbidite olarak diyabetes mellitus, obstrüktif uyku apne sendromu, morbid obez BMİ 44,98 olan hasta beyin cerrahi tarafından siringomiyeli tanısıyla kistoperitoneal şant, iki seviye hemilaminektomi, dört seviye torakal stabilizasyon yapıldı. Hasta postop ekstübe edilerek beyin cerrahi yoğun bakıma eksterne edildi. Hasta postop 1.günde solunum sıkıntısı, asidoz ve bilinç bulanıklığı gelişmesi üzerine entübe edildi. Hasta beyin cerrahi yoğun bakımdan anestezi yoğun bakıma transfer edildi. Hasta gks 5-6 bilinç kapalı ve dormicum-fentanil sedasyonu altındaydı. Ortalama arteryel basıncı 55-65 mmhg, kalp atımı ortalama 110 atım/dk olup hipotansif ve taşikardikti.Hastaya noradrenalin infüzyonu başlandı. Yb yatışının 2.günü sedasyon kesildi..Yoğun tüp içi sekresyonları sık sık aspire edildi. Yara yerinde fistül ve bos kaçağı olan hastaya epidural takıldı. Hastanın labratuvarında crp ve prokolsitonin yükseklikliği,ETA'da acinetobacter baumani üremesi, bos mikroskopisi ve bos kültüründe üreme sinyali alınması üzerine menenjit, sepsis ön tanısı ve acinetobacter enfeksiyonu nedeniyle antibiyotik revizyonu yapıldı.Meropenem ve vankomisin tedavisine intavenöz kolistin ve intratekal kolistin tedavisi eklendi. Morbid obez hastada pulmoner emboli ekarte edilemedi. Yatak başı EKO'da sağ kalp genişlemiş olarak belirlendi. Yapılan alt ekstremite doplerinde derin ven trombozu saptanarak DMAH başlandı. Antibiyotik revizyonunun 3.günü hastanın glaskow koma skoru dramatik şekilde arttı, bilinci açıldı. Günlük weaning denemeleri yapılan hasta mekanik ventilatörde spontan modu ve T tüpü tolere edince yb yatışının 8.günü ekstübe edildi. Hasta oda havasında gks 15 olarak takip edilerek taburculuk planlandı.

Tartışma/SONUÇ: Bu olguda, cerrahi alan enfeksiyonu ve BOS kaçağı zemininde gelişen menenjit ve Acinetobacter baumannii sepsisi, intravenöz ve intratekal kolistin kombinasyonuyla başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Ayrıca, obezite ve immobiliteye bağlı gelişen DVT'nin erken teşhisi ve DMAH ile tedavisi kritik bir öneme sahiptir. Sonuç olarak; Majör cerrahi işlemler sonrası sepsis, menenjit ve tromboembolik komplikasyonların gelişimi yüksek mortalite ve morbidite riski taşımaktadır.Sepsis gelişebilecek hastalarda multidisipliner yaklaşım, IV sıvı ve vazopressör desteği ile erken hemodinamik stabilizasyon, hedefe yönelik intravenöz ve intratekal antimikrobiyal tedaviler ve tromboemboli tedavisi yoğun bakım sürecinde sağkalımı belirleyen en önemli faktörlerdendir.

Anahtar Kelimeler: Sepsis,menenjit,morbid obezite,derin ven trombozu,pulmoner emboli,intratekal kolistin.

Abdominal Sepsis ve Açık Karın Yönetimi

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği
12. Bölgesel Sempozyum

12 Eylül 2026 Cumartesi

SS-05

Fournier Gangreninde Tedavi Süreci Ve Klinik Sonuçlar: Tek Merkez Deneyimi

Hikmet Özesmer, Hatice Gülşen Yılmaz, Mazlum Gündüz
Dicle Üniversitesi Genel cerrahi Anabilim dalı

Bu çalışmada fournier gangreni tedavisine ilişkin klinik deneyimimizi sunmayı amaçladık. Fournier gangreni ilerleyici nekroz ile karekterize ciddi ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Çalışmamız kliniğimizde fournier gangreni nedeni ile tedavi edilen 32 hastayı içermektedir. Analizimizde hastanın cinsiyeti, yaşı, semptom süresi, kaynak yeri, ek hastalıkları, debridman sayısı, hastanede yatış süresi, negatif basınçlı yara tedavisi ve mortalite oranları incelenmiştir.

Giriş

Fournier gangreni adını 1883 yılında hastalığı tanımlayan Jean Alfred Fournier'den almıştır. Jean Alfred Fournier hastalığı idiopatik olarak tanımlamıştır. Diyabet, karaciğer ve böbrek yetmezlikleri hastalığa sık eşlik eden hastalıklar olmakla birlikte %30 ile %50 oranında hastalığa eşlik eden ek hastalık bulunmamaktadır (5).

Bulgular

Hastalarımızın 23'ü erkek (%71,8),9'u kadındı (%28,2). Erkek hastaların 2 (%8.6), kadın hastaların 1'inde mortalite izlendi (%11,1). Hastaların yaşları 18 ile 78yıl arasında değişmekte idi. 16 hastanın (%50) yaşı 50 altında iken, 16 hastanın (%50) yaşı 50 ve üzerinde idi. Mortalite izlenen hastaların ortalama yaşı 63.5 olarak saptandı. Hastalığın en sık kaynaklandığı yer perianal bölge iken (%68,7), ürogenital bölge ikinci sıklıkla hastalığın kaynaklandığı bölge olarak izlendi (%18,7). Bu iki bölge dışında 4 hastada (%12,5) cerrahi alan kaynaklı fournier gangreni gelişmiştir. Hastaların ortalama sempton süresi 5.3 gün olarak tespit edildi. İncelenen hastalarda en sık eşlik eden hastalık Diyabet iken (%18.7), ikinici sıklıkta hipertansiyon izlendi (%9.3). Tedavide nekrotik dokuların tamamen eksizyonu ön planda tutulmuş ve hastalara ortalama 3,2 defa debridman uygulanmıştır.Hastaların 29'una (%90,7) negatif basınçlı yara tedavisi uygulanmış ortalama hastanede yatış süresi 16.5 gün olarak saptandı.

Sonuç

Sonuç olarak fournier gangreni mortalitesi yüksek bir hastalık olup yaş mortalite riskini belirleyen önemli bir faktördür. Gelişmiş ülkelerde kadın erkek oranı eşit iken gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde daha fazla görülmektedir. Diyabet hastalığı immün sistemibaskıladığından dolayı fournier hastalığına yatkınlığı arttıran önemli bir faktördür. Nekrotik dokuların mümkün olduğu kadar agresif debridmanı hastalığın tedavisinde önemli bir yer tutmakla birlikte, uzun süre hastanede yatış gerektiren bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: fournier, gangren, nekrotizan fasiit

SS-06

Abdominal Sepsiste İlk 24 Saat Kritik: Gastrointestinal Perforasyonlarda SOFA Skorunun Mortaliteyi Öngörmedeki Değeri

Kerem Özgü
Gaziantep Şehir Hastanesi

AMAÇ: Gastrointestinal perforasyonlar, intraabdominal sepsis ve çoklu organ yetmezliğine ilerleyebilen yüksek mortaliteli cerrahi acillerdir. Bu çalışmada gastrointestinal perforasyon nedeniyle opere edilerek yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip edilen hastalarda mortalite ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi ve giriş ile 24. saat Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) skorlarının prognostik performansının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Gastrointestinal perforasyon nedeniyle cerrahi uygulandıktan sonra YBÜ'de takip edilen 58 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikler, komorbiditeler, semptom başlangıcından cerrahiye kadar geçen süre, sepsis ve septik şok varlığı, mekanik ventilasyon ve vazopressör gereksinimi, laboratuvar parametreleri ile giriş ve 24. saat SOFA skorları kaydedildi. Primer sonlanım noktası YBÜ mortalitesi olarak belirlendi. Sağ kalan ve kaybedilen hastalar karşılaştırıldı. SOFA skorlarının mortaliteyi öngörme performansı ROC analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların 13'ü (%22,4) YBÜ'de kaybedildi. Sepsis 39 (%67,2), septik şok ise değerlendirilebilen hastaların 8'inde (%14,0) mevcuttu. Kaybedilen hastalarda giriş SOFA skoru sağ kalanlara göre belirgin olarak yüksekti (9,08±2,22'ye karşı 4,18±2,21; p<0,001). Benzer şekilde 24. saat SOFA skoru da mortalite grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (9,69±2,39'a karşı 4,07±2,20; p<0,001). Serum albumin düzeyi kaybedilen hastalarda daha düşük bulundu (30,13±5,13'e karşı 35,11±7,35; p=0,021). Total protein düzeyi de mortalite grubunda daha düşüktü (59,23±9,22'ye karşı 66,56±9,27; p=0,010). SOFA skorundaki ilk 24 saatlik değişim mortalite ile ilişkiliydi (p=0,021). ROC analizinde giriş SOFA skorunun YBÜ mortalitesini öngörmedeki AUC değeri 0,932 iken, 24. saat SOFA skorunun AUC değeri 0,950 olarak bulundu. Yirmi dördüncü saat SOFA skoru için ≥7 eşik değeri, YBÜ mortalitesini %92,3 duyarlılık ve %86,7 özgüllük ile öngördü.

SONUÇ: Gastrointestinal perforasyon sonrası YBÜ'de takip edilen hastalarda organ disfonksiyonunun erken dönemdeki şiddeti mortalite ile güçlü şekilde ilişkilidir. Özellikle 24. saat SOFA skoru YBÜ mortalitesini öngörmede yüksek ayırt edici performans göstermiştir. İlk 24 saatte tekrarlanan SOFA değerlendirmesi, abdominal sepsisli cerrahi hastalarda yüksek riskli bireylerin erken belirlenmesinde basit ve klinik olarak uygulanabilir bir prognostik araç olabilir.

Anahtar Kelimeler: gastrointestinal perforasyon, abdominal sepsis, SOFA, yoğun bakım, mortalite

SS-07

Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Eş Zamanlı Tiroid Ve Servikal Özofagus Yaralanmasının Multidisipliner Cerrahi Yönetimi: Olgu Sunumu

Mehmet Tolga Kafadar[1], Hasan Alklay[1], Refik Ülkü[2], Çağrı Arslan[1], Helin Özen Korkutata[2]
[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ:

Penetran boyun travmaları, yaşamsal yapıların yakın komşuluğu nedeniyle ciddi morbidite ve mortalite riski taşıyan kompleks yaralanmalardır. Özofagus yaralanmaları, gecikmiş tanı ve tedavide fistül, mediastinit ve sepsise yol açabilir. Tiroid bezinin penetran travmatik yaralanması ise nadirdir.

OLGU:

Yirmi bir yaşında erkek hasta, anterior boyundan tek kurşunla ateşli silah yaralanması nedeniyle acil servise kabul edildi. Glasgow Koma Skalası 15 olup nörolojik defisit ve aktif pulsatil kanama saptanmadı. BT ve BT anjiyografide merminin T1 vertebra korpusunda sonlandığı ve majör vasküler yapıların intakt olduğu görüldü. Genel Cerrahi ve Göğüs Cerrahisi tarafından gerçekleştirilen eksplorasyonda sol tiroid lobunda yaklaşık 2 cm laserasyon ile servikal özofagusun anterior ve posterior duvarlarında yaklaşık 2 cm tam kat defektler saptandı. Tiroid sol lobektomi ve istmusektomi uygulandı. Özofagus defektleri 3-0 Vicryl sütürlerle primer onarıldı. Nazogastrik tüp aracılığıyla yapılan intraoperatif metilen mavisi testinde minimal sızıntı görülmesi üzerine ek sütürlerle onarım güçlendirildi ve anterior onarım hattı sternokleidomastoid kas ile desteklendi. Nazogastrik tüp mideye ilerletilerek tespit edildi ve cerrahi alana hemovak dren yerleştirildi. Postoperatif oral alım kesilerek TPN ve 13 gün intravenöz antimikrobiyal tedavi uygulandı. Kontrastlı özofagus pasaj grafisinde kaçak saptanmadı. Postoperatif 13. gündeki metilen mavisi testinin negatif olması üzerine dren çekildi. Fistül veya mediastinit gelişmedi. Hasta oral amoksisilin/klavulanat tedavisiyle kendi isteğiyle servisten ayrıldı. Bir hafta sonraki kontrolünde patolojik bulgu saptanmadı.

SONUÇ:

Penetran boyun travmalarında majör vasküler yaralanmanın bulunmaması aerodigestif yaralanmayı dışlamaz. Servikal özofagus yaralanmalarında erken eksplorasyon, primer onarım, intraoperatif kaçak kontrolü, iyi kanlanan dokuyla destekleme ve yeterli drenaj önemlidir. Bu olgu, sistematik eksplorasyon ve multidisipliner yaklaşımın eş zamanlı tiroid ve servikal özofagus yaralanmalarının başarılı yönetimindeki önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ateşli silah yaralanması, servikal özofagus, tiroid

SS-08

Acil major abdominal cerrahi sonrası yoğun bakımda takip edilen hastalarda postoperatif erken mortaliteyi öngörmede preoperatif hematolojik belirteçlerin değeri

Hatice Gülşen Yılmaz[1], Mazlum Gündüz[1], Dilan Yıldız[1], İsmail Yıldız[2]
[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Diyarbakır

AMAÇ: Hemogramdan türetilmiş oranlar [platelet/lökosit oranı (PLR), nötrofil/lökosit oranı (NLR), monosit/lökosit oranı (MLR)] sistemik enflamasyon ve enfeksiyon belirteçleri olarak kabul edilmektedir. Birçok enfeksiyöz patolojinin tanısı ve ağırlığı ile ilişkilendirilen bu belirteçlerin preoperatif değerlerinin, abdominal cerrahi uygulanan erişkin hastalarda postoperatif mortaliteyi öngörmedeki değerini araştırmayı planladık.

YÖNTEMLER: Temmuz 2024- mayıs 2026 tarihleri arasında abdominal cerrahi sonrası Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Yakım Ünitesinde takip edilen 146 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Yaş cinsiyet, GKS, SOFA, APACHE II, mNUTRİC, Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ), cerrahi APGAR skorları, PLR, NLR, PLR oranları, tanılar, uygulanan cerrahi işlemler, morbidite, mortalite oranları ve nedenleri yoğun bakımda ve hastanede kalış süreleri kaydedildi. Hematolojik belirteçler ile mortalite ilişkisi tek ve çok değişkenli regresyon ile analiz edildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması 57,76±19,8 yıl, kadın/erkek oranı 55/91 idi. İleus 65 (%44,5) gastrointestinal perforasyon 62 (%42,5), enflamasyon 7 (%4,8), iskemi 7 (%4,8) ve gastrointestinal hemoraji 5 (%3,4) hastada ameliyat endikasyonu idi. Ostomi 63, primer onarım 37, anastomoz 26, bridektomi 3, diğer işlemler 7 hastaya uygulanmıştı. Morbidite oranı (%55,5), mortalite oranı ise %23,3 idi. Mortalite gelişen hastaların GKS (p=0,000) ve cerrahi APGAR (p=0,000) skorlarının mortalite gelişmeyen hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı. SOFA (p=0,000), APACHE II (p=0,000) ve mNUTRİC (p=0,000) skorlar ise mortalite gelişen hastalarda gelişmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. PLR (p=0,072), NLR (p=0,149) ve MLR (p=0,961) skorları açısından mortalite gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında fark saptanmadı. Tek değişkenli analizde GKS(p=0,000), SOFA (p=0,000), APACHE II (p=0,000), NUTRİC (p=0,000) ve APGAR (p=0,000) skorları ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken çok değişkenli regresyon analizinde sadece APACHE II (p=0,013) nin mortalite için bağımsız risk faktörü olduğu gözlendi. Tek değişkenli regresyon analizinde PLR (p=0,059), NLR (p=0,290) ve MLR (0,855) ile mortalite arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Mortalite gelişen hastaların hastanede kalış süresi [median 3,5(1-82)] mortalite gelişmeyenlerden [median 8 (3-53)] daha kısaydı, fark istatistiksel açıdan anlamlı idi (p=0,034)

SONUÇ: Başvurudaki PLR, NLR ve MLR oranlarının acil abdominal cerrahi sonrası mortaliteyi öngörmede yararı gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Acil abdominal cerrahi, PLR, NLR, MLR, mortalite

SS-09

Penetran Torakoabdominal Travmada Diyafragma Yaralanması: Laparoskopik Tanı ve Primer Onarım – Olgu Sunumu

Parviz Nuruzade, Sermet Terzi, Sinan Efe Yazıcı
Hacettepe üniversitesi, Genel Cerrahi, Ankara

Giriş

Penetran torakoabdominal yaralanmalarda diyafragma yaralanması, özellikle alt toraks yerleşimli penetran travmalarda klinik olarak sessiz kalabilen ve eşlik eden torasik yaralanmalar nedeniyle gözden kaçabilen önemli bir durumdur. Tanı konulamayan diyafragma yaralanmaları zaman içerisinde travmatik diyafragma hernisi gelişimine; herniye abdominal organlarda obstrüksiyon, strangülasyon ve iskemi gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bilgisayarlı tomografi (BT), penetran diyafragma yaralanmalarının değerlendirilmesinde temel görüntüleme yöntemlerinden biri olmakla birlikte, özellikle küçük diyafragma defektlerinde tanısal duyarlılığı sınırlı kalabilmektedir. Güncel bir sistematik derleme ve meta-analizde BT'nin penetran diyafragma yaralanmalarını saptamadaki duyarlılığı %74, özgüllüğü ise %92 olarak bildirilmiştir. Laparoskopi, diyafragmanın doğrudan değerlendirilmesine ve saptanan yaralanmanın eş zamanlı onarılabilmesine olanak sağlamaktadır.

Olgu

Yirmi iki yaşında erkek hasta, bıçaklanma sonrası acil servise başvurdu. İlk değerlendirmede klinik olarak sol tansiyon pnömotoraks düşünülen hastaya acil tüp torakostomi uygulandı. Başlangıçta hipotansif seyreden hastaya sıvı resüsitasyonuna ek olarak toplam üç ünite eritrosit süspansiyonu transfüze edildi. Kontrastlı toraks-abdomen BT'de sol 8–9. interkostal aralık lateral düzeyinde fokal diyafragma defekti ve bu defektten intraabdominal omental yağ dokusunun herniasyonu saptandı. Ayrıca sol pnömotoraks, minimal hemotoraks ve akciğer kontüzyonu ile uyumlu bulgular izlendi. Aktif kontrast ekstravazasyonu izlenmedi. Hasta tarafımızca acil cerrahi eksplorasyona alındı. Laparoskopik dört kadran eksplorasyonda intraabdominal solid veya lümenli organ yaralanması ve aktif kanama saptanmadı. Sol hemidiyafragmada, 8–9. interkostal aralık düzeyine karşılık gelen yaklaşık 1 cm çapındaki defekt intraoperatif olarak doğrulandı. Defekt laparoskopik primer sütürasyon ile onarıldı. Postoperatif birinci günde hava kaçağı ve anlamlı drenaj izlenmemesi üzerine toraks dreni çekildi. Hasta postoperatif üçüncü günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç

Penetran torakoabdominal travmalarda, özellikle alt toraks yerleşimli yaralanmalarda diyafragma bütünlüğünün sistematik olarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. BT, diyafragma defekti ve intraabdominal içeriğin herniasyonu gibi doğrudan bulguları ortaya koyarak cerrahi karar sürecine katkı sağlamakla birlikte, özellikle küçük yaralanmalarda negatif görüntüleme bulguları diyafragma hasarını kesin olarak dışlamamaktadır. Laparoskopi, penetran diyafragma yaralanmalarında diyafragmanın doğrudan değerlendirilmesine olanak sağlayan ve eş zamanlı primer onarıma imkan sunan etkili bir yaklaşımdır. (EAST) kılavuzunda, uygun seçilmiş sol torakoabdominal bıçaklanma olgularında diyafragma yaralanmasının değerlendirilmesinde BT'ye alternatif olarak koşullu biçimde önerilmektedir. Bu olgu, penetran torakoabdominal travmada diyafragma yaralanmasının erken tanınması ve laparoskopik olarak primer onarılmasının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Penetran travma, diyafragma yaralanması, laparoskopik yaklaşım

SS-10

Başvurudaki platelet lenfosit oranı (PLR), nötrofil lenfosit oranı (NLR) ve monosit enfosit oranının (MNL) üst ve alt gastrointestinal perforasyonu ayırt etmedeki tanısal değeri

Hatice Gülşen Yılmaz[1], Dilan Yıldız[1], Mazlum Gündüz[1], Mehmet Tolga Kafadar[1], İsmail Yıldız[2]
[1](1-4) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır
[2](5) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Diyarbakır

AMAÇ: Tam kan sayımından elde edilen PLR, NLR ve MLR oranları birçok enflamatuar ve septik olayla ilişkisi araştırılan belirteçlerdir. Bu oranların üst ve alt gastrointestinal perforasyonların (GİP) ayırt edilmesindeki tanısal değerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEMLER: Haziran 2024- mayıs 2026 tarihleri arasında GİP tanısıyla opere edildikten sonra Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Yakım Ünitesinde takip edilen 63 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. PLR, NLR, PLR oranlarının perforasyon yeri ile olan ilişkisi tek ve çok değişkenli regresyon ile analiz edildi.

BULGULAR: Altmış üç hastanın 39'unda (%61,9) üst, 24'ünde alt GIP mevcut idi. Özofagus 1 (%1,6), mide 35 (%55,6), duodenum 3 (%4,8), ince barsak 7 (%11,1) ve kolon 17 (%27) hastadaki perforasyon alanı idi. Hastaların 44'ü erkekti. Yaş ortalaması 53,32±20,4 yıl idi. Ostomi 21, primer onarım 36, anastomoz 6 hastaya uygulanmıştı. Morbidite oranı (%60,3), mortalite oranı %31,7 idi. Alt GİP olan hastalarda Clavien Dindo komplikasyon derecesi ≥3 olan hasta oranı üst GİP olanlardan fazlaydı (p=0,002). Hastaların 21'inde enfeksiyöz komplikasyon gelişmişti. Cerrahi komplikasyon oranı ise %11,1 idi Alt GİP olan hastaların GKS (p=0,001) ve cerrahi APGAR (p=0,001) skoru üst GİP olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük; CKİ (p=0,000), SOFA (p=0,000), APACHE II (p=0,000), ve mNUTRİC (p=0,000) skorları ise istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Üst ve alt GİP olan hasta grupları arasında PLR (p=0,651), NLR (p=0,977) ve MLR (p=0,515) oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi. Tek değişkenli analizde CKİ (p=0,001), GKS (p=0,001), SOFA (p=0,000), APACHE II (p=0,001), mNUTRİC (p=0,000) ve cerrahi APGAR (p=0,002) skorları ile perforasyon yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Ancak çok değişkenli regresyon analizinde sadece CKİ (p=0,025) nin perforasyon yerini belirlemede bağımsız risk faktörü olduğu gözlendi. Tek değişkenli regresyon analizinde PLR (p=0,381), NLR (p=0,887) ve MLR (0,939) ile perforasyon yeri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ: Gastrointestinal perforasyonu olan hastalarda perforasyon yerinin tahmininde başvurudaki PLR, NLR ve MLR değerlerinin belirleyici olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal perforasyon, PLR, NLR, MLR, perforasyon yeri ayırımı

SS-11

Peptik Ülser Perforasyonunun Nonoperatif Yönetimi: Basamaklı Perkütan Kaynak Kontrolü – Olgu Sunumu

Sezgin Topuz, Ali İsler, Muhammed Şamil Şahin
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

AMAÇ: Aktif oral kontrast kaçağı bulunan peptik ülser perforasyonunda standart yaklaşım cerrahidir. Bu olguda, nonoperatif tedaviye uygunluğun zaman içindeki değişimi ve basamaklı perkütan kaynak kontrolü değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM: Karın ağrısıyla başvuran 68 yaşındaki kadın hastada yaygın batın hassasiyetine rağmen defans ve rebound yoktu. Hasta hemodinamik olarak stabil, laktatı normaldi; inotrop veya vazopresör gereksinimi gelişmedi. Tomografide serbest hava, çok kompartmanlı sıvı ve aktif oral kontrast kaçağı saptandı. Cerrahiye geçiş ölçütleri belirlenerek seri muayene, laboratuvar ve görüntülemeyle yakın takip; nazogastrik drenaj, proton pompa inhibitörü, antimikrobiyal tedavi ve perkütan drenaj uygulandı.

BULGULAR: İlk drenajla 650 mL pürülan içerik boşaltıldı. Başlangıçta devam eden kaçak sonraki görüntülemelerde kapandı. Rezidüel kontaminasyon, büyük kurvatur komşuluğunda 11,5×4,5 cm ve sol hepatik subkapsüler alanda 7,5×3,5 cm boyutlarında, hava içeren ve birbiriyle bağlantılı iki organize koleksiyona dönüştü. İkinci perkütan drenajla kaynak kontrolü sağlandı. CRP 3 mg/L'den 381 mg/L'ye yükseldikten sonra 22 mg/L'ye geriledi; diğer inflamatuvar belirteçlerde de gerileme izlendi. Organ işlev bozukluğu gelişmedi. Hasta 13 günü yoğun bakımda olmak üzere toplam 22 gün izlendi; oral antimikrobiyal tedavi ve sol üst kadran dreniyle taburcu edildi. Ayaktan izlemde kontrol dren kültüründe üreme saptanmaması üzerine antifungal tedavi sonlandırıldı ve dren çekildi.

SONUÇ: Aktif kaçakta nonoperatif tedavi rutin olarak önerilmemektedir. Ancak klinik olarak stabil, yakın izlenebilen ve gerektiğinde gecikmeksizin cerrahiye alınabilecek çok seçilmiş hastalarda uygunluk zaman içinde yeniden değerlendirilebilir. Kaçağın kapandığının gösterilmesi ve rezidüel enfekte koleksiyonların basamaklı perkütan drenajla kontrolü başarılı nonoperatif yönetim sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: kaynak kontrolü, nonoperatif yönetim, intraabdominal koleksiyon, peptik ülser perforasyonu, perkütan drenaj

Karaciğere Migrasyon Gösteren Kürdana Bağlı Karaciğer Apsesi: Nadir Bir Olgu

Abdulkadir Akbaş[1], Çağrı Arslan[2], Mehmet Tolga Kafadar[2]
[1]T.C. Sağlık Bakanlığı Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş

Karaciğer apseleri sıklıkla biliyer enfeksiyonlar, portal yayılım veya hematojen kaynaklı gelişmekle birlikte, gastrointestinal sistemden penetre ederek karaciğere migre olan yabancı cisimlere bağlı karaciğer apsesi oldukça nadirdir. Klinik bulguların özgül olmaması ve yabancı cismin görüntüleme yöntemlerinde her zaman belirgin olarak saptanamaması tanıda gecikmeye yol açabilir.Bu olguda, karaciğer apsesi nedeniyle takip edilirken akut batın gelişmesi üzerine gerçekleştirilen laparoskopik eksplorasyonda karaciğere penetre kürdan saptanan bir hasta sunuldu.

Olgu Sunumu

Otuz sekiz yaşında erkek hasta, dört gün önce yemek sonrası başlayan epigastrik ağrı şikâyetiyle başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde lökosit 22,43×10³/L, nötrofil 18,6×10³/L (%82,9), C-reaktif protein 456,46 mg/L ve prokalsitonin 2,432 ng/mL saptandı. AST 150,5 U/L, ALT 133 U/L, total bilirubin 1,81 mg/dL ve direkt bilirubin 0,83 mg/dL idi. Kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide karaciğer sol lob segment 2–3 düzeyinde yaklaşık 12×6 cm boyutlarında, içerisinde hava-sıvı seviyelenmesi bulunan apse ile uyumlu koleksiyon izlendi.Hasta karaciğer apsesi ön tanısıyla yatırıldı. Kan kültürleri alındı ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği önerisi doğrultusunda meropenem, daptomisin ve metronidazol tedavisi başlandı.Girişimsel radyoloji tarafından apse kavitesine perkütan drenaj kateteri yerleştirildi. Takibinin ikinci gününde akut batın bulguları gelişmesi üzerine hasta acil operasyona alındı.Laparoskopik eksplorasyonda karaciğer sol lob segment 2–3 düzeyindeki apse kavitesi içerisinde karaciğer parankimine penetre olmuş yaklaşık 6–7 cm uzunluğunda kürdan saptandı. Kürdan laparoskopik olarak çıkarıldı, apse kavitesi aspire edilerek irrigasyon uygulandı.Mide ve ince bağırsakların eksplorasyonunda aktif perforasyon veya kaçak saptanmadı.

Postoperatif dönemde hasta toplam 16 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildi ve solunumsal destek amacıyla high-flow nazal oksijen tedavisi aldı. Postoperatif dönemde alınan kültürlerde mikrobiyal üreme saptanması üzerine mevcut antibiyoterapiye kolistin eklendi. Takiplerinde gelişen intraabdominal serbest sıvı nedeniyle perkütan drenaj kateteri, plevral efüzyon nedeniyle ise plevral drenaj kateteri (Pleurocan) uygulandı. Klinik ve laboratuvar bulgularının gerilemesi ve genel durumunun düzelmesinin ardından hasta postoperatif 21. günde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç

Gastrointestinal sistemden migre olan yabancı cisimler karaciğer apsesinin nadir ancak gözden kaçırılmaması gereken nedenlerinden biridir.Özellikle etiyolojisi açıklanamayan sol lob yerleşimli karaciğer apselerinde yabancı cisim migrasyonu ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Perkütan drenaj ve antibiyoterapiye rağmen klinik kötüleşme veya akut batın gelişmesi halinde devam eden enfeksiyon odağı ve yabancı cisim varlığı açısından cerrahi eksplorasyon değerlendirilmelidir. Laparoskopi bu hastalarda hem tanısal hem de terapötik olarak etkili bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: karaciğer apsesi, kürdan, yabancı cisim migrasyonu, laparoskopi, perkütan drenaj

Abdominal Sepsis ve Açık Karın Yönetimi

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği
12. Bölgesel Sempozyum

12 Eylül 2026 Cumartesi

SS-13

Ağır Abdominal Sepsis ve Anastomoz Kaçaklarında Açık Karın Yönetimi: Abdominal VAC Deneyimimiz ve Mortalite Analizi

Feridun Kaya
Gaziantep Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Genel Cerrahi, Gaziantep

AMAÇ: Yaygın peritonit, anastomoz kaçağı ve abdominal sepsis nedeniyle açık karın (open abdomen) takibine alınan olgularda negatif basınçlı yara kapama (Abdominal VAC) sisteminin klinik sonuçlarını, fasyal kapanma başarısını ve komplikasyon profilini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Mayıs 2024 - Haziran 2026 tarihleri arasında kliniğimizde intraabdominal sepsis ve anastomoz kaçağı tanısıyla eksplorasyon, geniş batın lavajı ve stoma açılması sonrası KCI Abdominal VAC (ABTHERA) uygulanan 4 hasta (yaş ortalaması: 52,5; dağılım: 21-68) retrospektif olarak incelendi. VAC sünger değişimleri, steril ameliyathane şartlarında 3-4 günde bir gerçekleştirildi.

BULGULAR: Hastalara ortalama 8 seans (dağılım: 5-11 seans; 21 yaş: 11, 54 yaş: 5, 67 yaş: 9, 68 yaş: 7 seans) Abdominal VAC değişimi uygulandı. Bir hastada (%25; 54 yaş) primer fasyal kapanma başarıyla sağlandı ve hasta şifa ile taburcu edildi (Yoğun bakım yatışı: 14 gün, Servis yatışı: 28 gün). Ağır sepsis tablosu ve çoklu organ yetmezliği nedeniyle 3 hasta (%75) postoperatif takip sürecinde ex oldu. VAC takılı olduğu süreçte hastalarda yara yeri enfeksiyonu, kanama ve enteroatmosferik/enterokutanöz fistül komplikasyonları gözlendi.

SONUÇ: Ağır abdominal sepsis ve anastomoz kaçağı varlığında açık karın yönetimi sepsis kontrolü için etkili bir köprü tedavi seçeneğidir. Ancak bu olgu grubundaki yüksek mortalite ve fistülizasyon riskleri göz önünde bulundurulmalı, sepsis kontrol altına alındığı an fasyal kapanma hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Abdominal sepsis, Açık karın yönetimi, Negatif basınçlı yara tedavisi, Anastomoz kaçağı, Enteroatmosferik fistül

SS-14

Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Kombine İnfrarenal Vena Kava İnferior ve Duodenum İkinci Kıta Tam Kat Yaralanmasının Cerrahi Yönetimi: Olgu Sunumu

Faruk Tatlı[1], Ulaş Aday[2]
[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Gastroenteroloji cerrahisi B.D, Diyarbakır

Penetran abdominal travmalarda inferior vena kava (IVK) yaralanmaları yüksek mortaliteye sahip vasküler yaralanmalar arasında yer almaktadır. Mortalite oranları %30–70 arasında değişmekte olup, hemodinamik instabilite, eşlik eden majör organ yaralanmaları ve geciken cerrahi müdahale mortaliteyi belirgin şekilde artırmaktadır. Duodenumun ikinci kıta yaralanmaları ise retroperitoneal yerleşimleri nedeniyle tanısal güçlük oluşturmakta ve çoğunlukla diğer vasküler yaralanmalarla birliktelik göstermektedir.On dokuz yaşında kadın hasta acil servisimize ateşli silah yaralanması nedeni ile getirildi.Hastanın unstabil olması nedeni ile görüntüleme alınmadan acil servisten ameliyathane salonuna alındı.Yapılan laparatomide vena kava yaralanması ve duodenum yaralanması mevcuttu.Vena kava yaralanma alanı primer onarıldı, duodenum ikinci kıta anterior ve posterior yaralanma alanları stapler yardımı ile onarıldı, hastaya beslenme amaçlı feeding jejunoostomi takıldı.Hasta yoğun bakım takibi ve genel cerrahi servisinde on dokuz günlük takibinin sonucunda komplikasyonsuz taburcu edildi.

Sonuç olarak majör abdominal vasküler yaralanmalarda erken cerrahi girişim, etkin proksimal ve distal damar kontrolü, uygun primer vasküler onarım ve eşlik eden duodenal yaralanmanın zamanında primer onarımı mortaliteyi azaltan temel faktörlerdir. Multidisipliner yaklaşım ve hasar kontrol cerrahisi prensiplerinin uygulanması başarılı sonuç elde edilmesinde kritik rol oynamaktadır

Anahtar Kelimeler: Ateşli silah yaralanması, Vena kava yaralanması, Duodenum yaralanması

SS-15

Cerrahi Sepsiste Sitokin Adsorpsiyonu: Zamanlama ve Klinik Sonuçlar Üzerine Dokuz Olguluk Deneyim

Barış Demirdelen, Abdullah İlbey Yetim
Gaziantep Şehir Hastanesi

AMAÇ: Sepsis ve septik şok, özellikle majör cerrahi girişimlerden sonra geliştiğinde yüksek mortalite ile seyretmektedir. Sitokin adsorpsiyon tedavileri, kontrolsüz inflamatuvar yanıtın azaltılması amacıyla destek tedavisi olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada cerrahi sepsis nedeniyle sitokin adsorpsiyon tedavisi uygulanan hastaların klinik özelliklerinin, tedavi zamanlamasının ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Cerrahi sepsis/septik şok nedeniyle sitokin adsorpsiyon tedavisi uygulanan 9 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikler, geçirilmiş cerrahi girişimler, lökosit sayısı, C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin (PCT), laktat düzeyi, APACHE skoru, kültür sonuçları, vazopressör gereksinimi, sitokin adsorpsiyon tedavisinin başlama zamanı, seans sayısı, hastanede yatış süresi ve mortalite kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların 7'si erkek, 2'si kadın olup medyan yaş 50 yıl (23–64) idi. Tüm hastalarda vazopressör gereksinimi mevcuttu. Tedavi öncesinde medyan WBC 18,07×10³/μL, CRP 294,7 mg/L, PCT 20,36 ng/mL ve laktat 2,5 mmol/L olarak saptandı. Medyan APACHE skoru 26 (10–43) idi. Kültürlerde Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Candida auris ve Candida albicans izole edildi. Sitokin adsorpsiyon tedavisi hastaneye yatışın medyan 4. gününde (2–34. gün) başlandı ve medyan 2 seans (1–3) uygulandı. Dört hastada tedavi ilk üç gün içerisinde başlandı; bu hastalardan biri sağ kalırken üçü kaybedildi. Tedavisi üçüncü günden sonra başlanan beş hastanın tamamı kaybedildi. Genel mortalite %88,9 (8/9) idi. Sağ kalan hastada tedavi yatışın üçüncü gününde başlanmış, üç seans uygulanmış ve hasta dokuzuncu günde taburcu edilmişti.

SONUÇ: Sitokin adsorpsiyon tedavisi uygulanan cerrahi sepsis hastalarından oluşan bu seri, oldukça ağır ve yüksek mortalite riskine sahip bir hasta grubunu temsil etmektedir. Tek sağ kalımın erken dönemde üç seans tedavi uygulanan hastada görülmesi ve geç dönemde tedavi başlanan hastaların tamamının kaybedilmesi, tedavinin zamanlamasının klinik sonuçlar açısından araştırılması gereken bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, hasta sayısının azlığı ve kontrol grubunun bulunmaması nedeniyle sitokin adsorpsiyonunun etkinliği veya optimal zamanlaması konusunda kesin bir çıkarım yapılamaz. Daha geniş, kontrollü çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sepsis, sitokin filtresi, Septik şok

Akut Hepatik ve Renal Disfonksiyonla Seyreden Septik Şok: Bir Olgu Sunumu

Hüseyin Çetik, Gönül Olmez Kavak, Zeynep Baysal Yıldırım, Mahir Kuyumcu
Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

AMAÇ:

Sepsis, enfeksiyona karşı düzensiz konak yanıtının yol açtığı, yaşamı tehdit eden organ disfonksiyonudur. Septik şok, belirgin dolaşımsal ve metabolik bozukluklarla seyreden, mortalitesi yüksek bir sepsis alt grubudur. Bu olguda, septik şok zemininde ağır hepatik ve renal disfonksiyonla seyreden çoklu organ disfonksiyonu sendromu (ÇODS) gelişen hastanın klinik seyri sunulmuştur.

OLGU:

Üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle dış merkezde nonsteroid antiinflamatuvar ilaç, amoksisilin-klavulanat ve semptomatik tedavi başlanan 49 yaşında erkek hasta, genel durumunun giderek bozulması üzerine yeniden hastaneye başvurmuştur. Hastanın karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde belirgin bozulma saptanması üzerine hastanemize transfer edilerek yoğun bakım ünitesine kabul edilmiştir. Kabulünde entübe ve hemodinamik olarak instabil olan hastanın kan basıncı 50/30 mmHg, kalp hızı 130/dk, solunum sayısı 30/dk ve periferik oksijen satürasyonu %70 idi. Başlangıç laboratuvar değerleri AST 5064 U/L, ALT 3465 U/L, total bilirubin 8,75 mg/dL, kreatinin 4,71 mg/dL, INR 2,54, laktat 12,9 mmol/L saptandı. Hastanın SOFA ve APACHE II skorları 17 ve 34 olarak hesaplandı. Belirgin aminotransferaz yüksekliği ağır hipotansiyon, hipoksemi ve laktat yüksekliğiyle birlikte değerlendirildiğinde, septik şoka eşlik eden hipoksik/iskemik hepatik hasarı düşündürdü. Hipotansiyon nedeniyle sıvı resüsitasyonuna ve noradrenalin infüzyonuna başlandı. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %50'nin üzerinde ve sağ kalp boşlukları normal olarak değerlendirildi. Mevcut akut böbrek hasarının ilerlemesi ve renal replasman endikasyonunun gelişmesi üzerine renal replasman tedavisi uygulandı. Antimikrobiyal tedavi ve vazopressör desteğine rağmen septik şok ve çoklu organ disfonksiyonunun gerilememesi üzerine olası invaziv fungal enfeksiyon açısından antifungal ajan eklendi. İzlem sırasında trombosit sayısı $18\times10^3/\mu L$'ye kadar geriledi ve koagülasyon testlerindeki bozulmaya yaygın ekimozlar ve mukozal kanamalar eşlik etti. Hasta yoğun bakım ünitesinde 21 gün takip edildi. Antimikrobiyal tedavi, hemodinamik destek ve renal replasman tedavisine rağmen dolaşım, renal ve hematolojik organ disfonksiyonları devam etti. Refrakter şok ve ilerleyici çoklu organ disfonksiyonu sonucunda hasta eksitus oldu.

SONUÇ:

Septik şok, hemodinamik bozukluğun ötesinde ÇODS'a ilerleyebilen bir tablodur. Bu olguda aminotransferazlardaki ve laktattaki geçici düzelmeye rağmen renal ve hematolojik disfonksiyonların sürmesi, tek bir parametredeki iyileşmenin genel klinik yanıtı yansıtmayabileceğini göstermiştir. Doku perfüzyonu ve organ fonksiyonlarının seri ve bütüncül değerlendirilmesi, ÇODS progresyonunun erken tanınması ve tedavinin yönlendirilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Septik şok, çoklu organ disfonksiyonu, akut böbrek hasarı, hepatik disfonksiyon, hiperlaktatemi, koagülopati

Sitoredüktif Cerrahi ve HİPEK Sonrası Gelişen Komplikasyon: Dirençli Polimikrobiyal Sepsis ve Multidisipliner Yoğun Bakım Yönetimi

Ömer Sertakan, Gönül Ölmez Kavak, Abdullah Engin, Yusuf Ölker
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ / AMAÇ: Sepsis ve septik şok, majör onkolojik batın cerrahilerinden sonra karşılaşılan, mortalitesi yüksek komplikasyonlardır. Sitoredüktif cerrahi (SRC) ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi (HİPEK) sonrası gelişen gastrointestinal sistem (GİS) fistülleri, intraabdominal enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır. Bu sunumda, primer peritoneal mezotelyoma nedeniyle SRC+HİPEK uygulanan ve postoperatif dönemde GİS fistülü sekonderi çoklu ilaca dirençli polimikrobiyal sepsis geliştirip multidisipliner yaklaşımla yönetilen bir olguyu tartışmayı amaçladık.

OLGU: Özgeçmişinde yaşadığı bölgeye (Diyarbakır-Çermik) bağlı asbest maruziyeti ve aile öyküsünde mezotelyoma nedeniyle kaybedilmiş ablası bulunan 68 yaşında kadın hasta 2022 yılında primer peritoneal mezotelyoma tanısı almıştır. SRC planlanan hastaya operasyonla total peritonektomi, omentektomi, TAH-BSO, kolesistektomi ve appendektomi uygulanmış, eş zamanlı HİPEK uygulanmıştır. Takiplerinde nüks mezotelyoma gelişmesi üzerine 2026 yılında 2. defa HİPEK tedavisi uygulanmıştır. Postoperatif takiplerinde GİS fistülü gelişen hasta, hemodinamik instabilite, SOFA skoru 4 ve APACHE-II skoru 19 ile dış merkezden devralınarak yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırılmıştır. İzleminde batın drenlerinden pürülan mayi geldiği tespit edilmiştir. Fizik muayenede insizyon hattı ve umbilikus çevresinde üst GİS içeriği ile pürülan kirlenme saptanmış, sakral bölgede grade 4 dekübit ülseri geliştiği görülmüştür. Hastanın laboratuvar takiplerinde C-Reaktif Protein değerleri progresif bir artışla 222.9 mg/L'ye, laktat seviyesi 4.1 mmol/L'ye, nötrofil sayımı ise 30.9 x10^3/uL'ye ulaşmıştır. Prokalsitonin değerlerinde enfeksiyon şiddetini korele eden 97.7 ng/mL, 55.0 ng/mL ve 93.5 ng/mL gibi kritik pikler izlenmiştir. Klinik takiplerinde idrar çıkışında azalma, böbrek fonksiyon testlerinde artış, trombositopen, billurubin yüksekliği olan hasta sepsise sekonder Multiorgan Disfonksiyon Sendromu olarak değerlendirilmiştir. Klinik seyrinde alınan kan, idrar, dren ve trakeal aspirat kültürlerinde polimikrobiyal enfeksiyon varlığı saptanmıştır.Çoklu ilaca dirençli mikst sepsisin tedavisi multidisipliner konseyle(Enfeksiyon Hastalıkları,Genel Cerrahi,YBÜ) yürütülmüş ve meropenem, kolistin, tigesiklin, fosfomisin ve anidulafungin kombinasyonları başlanmıştır. Hastanın mekanik yara bakımı ve çoklu organ destek tedavileri eşliğinde YBÜ'de izlemi devam etmektedir.

TARTIŞMA/SONUÇ: Majör onkolojik cerrahi ve intraabdominal kemoterapi uygulanan hastalarda gelişen GİS fistülleri, immünsüpresif zemin nedeniyle hızla dirençli nozokomiyal ajanlara bağlı polimikrobiyal sepsise ilerleyebilir. Prokalsitonin gibi biyobelirteçlerin dinamik takibi, enfeksiyon şiddetini ve tedaviye yanıtı göstermede kritik öneme sahiptir. Bu tür polimikrobiyal enfeksiyon olan komplike vakalarda erken agresif ampirik tedavi, kültür sonuçlarına göre dinamik ilaç dozu revizyonu, cerrahi odak kontrolü ve farklı branşların multidisipliner iş birliği morbidite ve mortaliteyi azaltmada hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: HİPEK, polimikrobiyal sepsis, prokalsitonin, sitoredüktif cerrahi, yoğun bakım.

SS-18

İleri Yaş Hastada Gastrointestinal Perforasyona Bağlı Abdominal Sepsis: Perioperatif Anestezi Yönetimi

Hüseyin Çetik, Fikret Salik
DİCLE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

GİRİŞ: Abdominal sepsis, ileri yaş ve komorbiditesi bulunan hastalarda zamanında cerrahi müdahaleye rağmen mortalitesi yüksek bir tablodur. Ameliyat sonrası hastalarda sepsis nedeniyle ölüm oranı %50'lere ulaşabileceğinden, bu hastalarda perforasyonun erken teşhisi ve sepsisin etkin yönetimi, hasta sonuçlarını iyileştirmek için çok önemli hale gelmiştir. Bu vakada gastrointestinal perforasyonu ve ileri kolon distansiyonu nedeniyle acil cerrahi uygulanan hastanın perioperatif anestezi yönetimi sunulmuştur.

OLGU: Alzheimer, koroner arter by-pass öyküsü ve yakın dönemde iki kez hemodiyaliz gerektiren akut böbrek hasarı bulunan 85 yaşında, 65 kilo erkek hasta bulantı, kusma, ateş ve bilinç bozukluğuyla acile başvurmuş. Son üç aydır immobil olan hastada sakral bölgede 4×4 cm evre 3 ve gövde posteriorunda 2×2 cm evre 2, akıntılı ve kötü kokulu basınç yarası vardı. Hastanın laboratuar değerlerinden lökosit 17.5 × 10^3/μL, CRP 119 mg/L, üre 219 mg/dL, kreatinin 2.48 mg/dL ve laktat 3.3 mmol/L idi. Akciğer grafisinde konsolide alanlar, batın grafisinde toksik megakolon mevcuttu ve kontrastsız abdominal bilgisayarlı tomografide kolonik distansiyon ve perforasyonla uyumlu serbest hava izlendi (Şekil 1). Sepsis tanısı sonrası antibiyoterapi başlanan hasta ameliyata alındı. Operasyon masasında hastanın kan basıncı 110/62 mmHg, kalp hızı 92/dk ve SpO_2 %92 idi. Gastrointestinal distansiyonu ve acil cerrahi koşulları nedeniyle aspirasyon riski bulunan hasta hızlı seri indüksiyonla entübe edildi. Sağ radial arter kanülasyonuyla arter basıncı monitörize edildi ve kan basıncı takip edildi. Sık arteryel kangazı örneklemesiyle yakın takip yapıldı. Yaşlaşık 140 dakika süren operasyon boyunca hastaya 2000 cc mayi ve 1 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. İntraoperatif takiplerinde hipotansiyon gelişen hastaya sıvı replasmanı ve norepinefrin 0.1μg/kg/dk infüzyonu başlandı ve hemodinamik yanıta göre titrasyonu sağlandı. Operasyon süresince toplam idrar çıkışı yaklaşık 40 ml idi. Operasyon sonunda 0.04mcg/kg/dk dozda norepinefrin alan ve preoperatif değerlendirilmesinde bilinçi letarjik olan hasta entübe olarak yoğun bakıma transfer edildi. Yoğun bakım sürecinde enfektif parametreleri gerilemeyen ve noradrenalin desteği giderek artan hastanın 11.gününde eksitus olarak kabul edildiği saptandı. Hastanın perioperatif dönemdeki kan değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

SONUÇ: Gastrointestinal perforasyona bağlı abdominal sepsiste ileri yaş, kırılganlık ve fizyolojik rezervin sınırlı olması perioperatif yönetimi zorlaştırır. Aspirasyon riski, hızlı seri indüksiyon, invaziv hemodinamik monitörizasyon, zamanında ve uygun antibiyoterapi, vazopressör desteğinin titre edilmesi ve gecikmeden cerrahi kontrolünün sağlanması perioperatif yönetimin temel bileşenleridir.

Anahtar Kelimeler: abdominal sepsis, ileri yaş, kırılgan, anestezi, hızlı seri indüksiyon,noradrenalin

SS-19

Tuvalet Batın Tablosundaki İnce/Kalın Bağırsak Perforasyonlarında Her Zaman Ostomi Şart mı? Başarılı Bir Primer Onarım ve Yıkama Olgusu

İbrahim halil Öcal[1], Hikmet Özesmer[2]
[1]Adıyaman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Genel Cerrahi A.B.D.

Sezaryen ameliyatı sonrası gelişen Ogilvie sendromu veya paralitik ileus tabloları, kör bağırsak(çekum) basıncının artması ve iskemik değişiklikler sonucu fekal peritonit ve perforasyon ilesonuçlanabilmektedir. Geleneksel cerrahi yaklaşım; faul/fekal peritonit (tuvalet batın) ve ciddisepsis varlığında dekompresyon ve güvenlik amacıyla ostomi (stoma) açılması yönündedir.Ancak ostomi; hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal hayatını olumsuz etkilemekte, ikincil ostomikapatılması ameliyatı ise ciddi morbidite ve mortalite riski taşımaktadır.Bu sunumun amacı, tuvalet batın ve sepsis ile gelen bir olguda ostomi açılmadan uygulananagresif irrigasyon, debridman ve primer onarımın başarısını ve literatürdeki yerinideğerlendirmektir.

Olgu Sunumu
● Hasta: 25 yaşında kadın hasta, ilk doğumu (sezaryen) sonrası dış merkezde 1 haftaboyunca ileus ön tanısıyla takip edilmiş ve tarafımıza transfer edilmiştir.
● Klinik ve Laboratuvar: Geldiğinde hasta sepsis tablosunda olup fiziki muayenede yaygındefans/rebound (akut batın) mevcut, bağırsak sesleri alınmıyordu.

Vital ve laboratuvar bulguları:
Tansiyon: 90/60 mmHg (hipotansif)
WBC: 21.000 /mm^3
C-RP: 43 mg/dL

● **Cerrahi Eksplorasyon:** Acil laparatomiye alınan hastada yaygın yaygın eksudatif fibrinve tuvalet batın (fekal/kirli peritonit) saptandı. Bağırsak eksplorasyonunda çekumunyaklaşık 15. cm ve 30. cm proksimalinde, yaklaşık 1'er cm çapında 2 adet perforasyonalanı tespit edildi.

● **Cerrahi Teknik:**
1. Batın, yaklaşık 5 litre sıcak izotonik ile bolca yıkandı.
2. Batın içerisindeki tüm fibrin yapışıklıkları ve eksudalar spançlar yardımıyla titizlikletemizlendi.
3. Perforasyon kenarları sağlıklı ve canlı doku ortaya çıkana (kanayana) kadardekole/debride edildi.
4. Defektler 3-0 Vicryl ile çift kat seromüsküler sütürlerle primer onarıldı ve üzeri canlıomentoplasti ile desteklendi.
5. Douglas ve sağ parakolik alana 2 adet silikon dren yerleştirilerek operasyonsonlandırıldı.

● **Klinik Seyir:** Ostomi açılmayan hastaya postoperatif dönemde geniş spektrumluantibiyotik tedavisi uygulandı. Postoperatif 1. haftada sorunsuz taburcu edilen hasta, şuan postoperatif 2. yılında olup takipleri tamamen komplikasyonsuz ve sağlıklıdır.

Anahtar Kelimeler: fekal peritonit, bağırsak perforasyonu, sepsis

SS-20

Heterotopik Mezenterik Ossifikasyon: Nadir Bir Olgu Sunumu

Ali İşler, Muhammed Şamil Şahin
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, KAHRAMANMARAŞ

GİRİŞ:

Heterotopik mezenterik ossifikasyon (HMO), mezenterde lameller kemik dokusu gelişimiyle karakterize, "ossifiye mezenterik psödotümör" ve "intraabdominal miyozitis ossifikans" olarak da anılan, dünya literatüründe yalnızca 75–80 olgu bildirilmiş, son derece nadir bir antitedir. Olguların %80'inden fazlasında geçirilmiş laparotomi öyküsü, orta yaşlı erkeklerde sık rastlanmaktadır. Genellikle obstrüksiyon veya enterokütan fistülle semptomatik başvurur ya da görüntüleme/cerrahi sırasında rastlantısal saptanır. Kesin tanı histopatolojiktir.

OLGU SUNUMU:

Altmış bir yaşında erkek hasta intestinal obstrüksiyon ön tanısı ile yatırıldı. Özgeçmişinde 12 yıl önce mide kanseri nedeniyle subtotal gastrektomi yapılmıştır. 72 saatlik takibinde seviyerlerde gerileme olmadığı görülünce hasta eksplore edildi. Bridektomi yapıldı ve bezoarın intraluminal olarak parçalanıp kolona sağılmasıyla pasaj sağlandı. Taburculuk sonrası 4. gün aynı şikayetlerle tekrar başvuran hastada kontrol BT'sinde hava-sıvı seviyeleri yeniden izlendi; 5 günlük takipte distansiyon gerilemeyince re-eksplorasyona alındı. Yoğun yapışıklıklar nedeniyle batına girilemedi. Mezoda palpe edilen sert kitleden metastaz ayırıcı tanısı için biyopsi alındı. Takibinde orta debili (~200 cc/gün) enterokütan fistül gelişti. Biyopsi "heterotopik mezenterik ossifikasyon'' olarak raporlandı. Kontrollerinde 3 ay içerisinde fistül kendiliğinden kapandı. Yaklaşık 2 yıllık takipte BT'de ossifiye doku kendiliğinden kayboldu ve hasta asemptomatik olup non-operatif izleme sorunsuz takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

HMO'nun etiyolojisi net değildir; geçirilmiş cerrahi, travma veya kronik inflamasyon zemininde mezenkimal hücrelerin osteoblastik metaplazisiyle ilişkilendirilir. Olgumuzu literatürden ayıran temel özellik, tanının komplike bir cerrahi sırasında konulmasına ve kontrol görüntülemede rezidü ossifiye dokunun kendiliğinden kaybolması ile ek girişime gerek kalmadan 2 yıl boyunca komplikasyonsuz izlenebilmiş olmasıdır. Bu bulgu, klinik olarak sessiz kalan persistan HMO odaklarının seçilmiş olgularda agresif re-eksizyon yerine yakın klinik ve radyolojik izlemle güvenle yönetilebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: fekal peritonit, bağırsak perforasyonu, sepsis

SS-21

Abdominal Sepsiste Kaynak Kontrolünün Önemi: XDR Klebsiella pneumoniae ve Candida auris Koenfeksiyonu

Galip Erdoğan, Mustafa Kemal Çelen, Fatma Meral İnce
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

GİRİŞ:

Ciddi travma sonrası uzun süreli yoğun bakım yatışı, invaziv girişimler ve geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavi maruziyeti, dirençli mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonlar açısından önemli risk oluşturmaktadır. XDR Gram-negatif bakteriler ve Candida auris koenfeksiyonu tedavi seçeneklerini kısıtlamakta ve enfeksiyon yönetimini güçleştirmektedir. Komplike intraabdominal enfeksiyonlarda uygun antimikrobiyal tedavinin yanı sıra erken tanı ve etkin kaynak kontrolü kritik öneme sahiptir. Bu olguda, abdominal travma sonrası gelişen XDR Klebsiella pneumoniae bakteriyemisi ve persistan C. auris kandidemisi sunulmuştur

OLGU:

On sekiz yaşında erkek hasta, 24.08.2025 tarihinde araç içi trafik kazası sonrası dış merkezde splenektomi ve sağ nefrektomi uygulanmasının ardından yaklaşık iki hafta yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş ve yaklaşık 10 gün meropenem ile vankomisin tedavisi aldığı öğrenilmiştir. Portal ven yaralanması bulunan hasta, 20.09.2025 tarihinde merkezimize transfer edilmiştir. Başlangıç kan kültürü negatif olan hastaya meropenem ve teikoplanin başlandı. 23.09.2025 tarihinde kan kültüründe XDR K. pneumoniae üremesi üzerine meropenem kesilerek kolistin ve fosfomisin başlandı. 24.09.2025 tarihinde aspirat kültüründe de aynı direnç fenotipine sahip K. pneumoniae izole edildi. Ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine 27.09.2025 tarihinde kan kültüründe maya sinyali alınmasıyla mikafungin başlandı ve etken C. auris olarak tanımlandı. Gün aşırı alınan dört ardışık kan kültüründe C. auris üremesinin devam etmesi üzerine antifungal tedavi amfoterisin B ile değiştirildi. Transtorasik ekokardiyografi ve göz dibi muayenesinde komplikasyon saptanmadı; santral venöz kateter bulunmaması nedeniyle kateter kaynaklı odak düşünülmedi. Antimikrobiyal tedaviye rağmen ateş ve mikrobiyolojik pozitifliğin sürmesi üzerine 09.10.2025 tarihinde abdominal ultrasonografi yapıldı. Karaciğer sağ lobda yaklaşık 14 × 9 cm boyutunda, hematom ve apse ayrımının yapılamadığı heterojen hipoekoik alan saptandı. 10.10.2025 tarihinde eksplorasyon ve parsiyel hepatektomi gerçekleştirildi. İntraoperatif kültürde aynı direnç fenotipine sahip XDR K. pneumoniae yeniden izole edildi. Histopatolojik incelemede geniş nekroz alanları ve çok sayıda mikroabse saptandı. Hasta 11.10.2025 tarihinde eksitus oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Persistan ateş ve mikrobiyolojik pozitiflik, uygun antimikrobiyal tedaviye rağmen kontrolsüz enfeksiyon odağının göstergesi olabilir. Aynı XDR K. pneumoniae'nın kan, aspirat ve intraoperatif örneklerde ardışık olarak izole edilmesi ve karaciğerde mikroabselerin gösterilmesi, abdominal sepsiste etkin ve zamanında kaynak kontrolünün önemini ortaya koymaktadır. Persistan kandidemide klasik odaklar saptanmadığında intraabdominal kaynaklar da yeniden değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: sepsis,c.auris,K. Pneumoniae

SS-22

Künt Abdominal Travmada Safra Kesesi Perforasyonu: Nadir Bir Olgu

Parviz Nuruzade, İbrahim Alkan, Ömer Cennet
Hacettepe Üniversitesi, Genel Cerrahi, Ankara

GİRİŞ:

Künt abdominal travma sonrası safra kesesi yaralanmaları oldukça nadir görülmekte ve çoğunlukla karaciğer başta olmak üzere eşlik eden intraabdominal organ yaralanmaları ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Safra kesesi perforasyonu, künt abdominal travma nedeniyle laparotomi uygulanan hastaların yaklaşık %2'sinde bildirilmektedir. Akut perforasyon; biliyer peritonit, enfeksiyon ve sepsis gibi ciddi komplikasyonlara yol açarak yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmektedir. Bilgisayarlı tomografi tanısal değerlendirmede önemli bir yere sahip olmakla birlikte, bulgular her zaman spesifik olmayabilir ve kesin tanı sıklıkla cerrahi eksplorasyon sırasında konulmaktadır. Perforasyon veya ciddi yapısal hasar varlığında tedavinin temelini kolesistektomi oluşturmaktadır.

OLGU:

Darp sonrası acil servise başvuran hastanın karın ağrısı ve bulantı yakınmaları mevcuttu. Fizik muayenede batın distandü olup rebound ve defans saptanmadı. Sakral bölgede yaklaşık 30 cm çapında ekimoz mevcuttu. Travmaya bağlı organ yaralanmalarının değerlendirilmesi amacıyla abdomen, toraks ve kraniyal bilgisayarlı tomografi incelemeleri gerçekleştirildi. Abdomen BT'de karaciğer laserasyonu ve safra kesesi perforasyonu ile uyumlu bulgular saptanması üzerine hasta acil cerrahi eksplorasyona alındı. İntraoperatif değerlendirmede karaciğer segment 6 düzeyinde yaklaşık 1–2 cm uzunluğunda kapsüler laserasyon ve aktif kanama alanı saptandı; koterizasyon ile hemostaz sağlandı. Safra kesesi fundusunda yaklaşık 2 cm çapında perforasyon tespit edilmesi üzerine kolesistektomi uygulandı. Postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta, klinik ve hemodinamik durumunun stabil seyretmesi üzerine komplikasyonsuz şekilde taburcu edildi.

TARTIŞMA:

Safra kesesi yaralanmaları; küçük hacmi, anatomik yerleşimi ve karaciğer yatağında nispeten korunmuş olması nedeniyle künt abdominal travmalarda nadir görülmektedir. Yaralanma mekanizmasında doğrudan travmanın yanı sıra, safra kesesinin distandü olduğu durumlarda ani intraabdominal basınç artışı da rol oynayabilmektedir. Klinik bulguların nonspesifik olması erken tanıyı güçleştirmektedir. Travma sonrası açıklanamayan intraabdominal serbest sıvı, perikolesistik sıvı, safra kesesi duvarında düzensizlik veya biliyer koleksiyon varlığında safra kesesi yaralanması akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve uygun cerrahi tedavi, biliyer peritonit ve sepsis gibi komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

SONUÇ:

Künt abdominal travmaya bağlı safra kesesi perforasyonu nadir ancak potansiyel olarak ciddi bir yaralanmadır. Nonspesifik klinik bulgular nedeniyle yüksek klinik şüphe tanıda temel unsurdur. Bilgisayarlı tomografi önemli tanısal bilgiler sağlasa da kesin tanı ve tedavi çoğu olguda cerrahi eksplorasyon sırasında gerçekleştirilmektedir. Travma sonrası persistan veya açıklanamayan abdominal bulguları bulunan hastalarda safra kesesi yaralanması ayırıcı tanıda düşünülmeli; perforasyon saptanan olgularda erken kolesistektomi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Perforasyon, travma, safra kesesi

Abdominal Sepsis ve Açık Karın Yönetimi

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği
12. Bölgesel Sempozyum

12 Eylül 2026 Cumartesi

SS-23

Total Kolektomi Sonrası Gelişen İyatrojenik Yüksek Debili Enterokütan Fistül ve Açık Karın Yönetiminde Cerrahi Zamanlama İkilemi

Abdullah İlbey Yetim
Gaziantep şehir hastanesi

GİRİŞ:

Yüksek debili enterokütan fistül ve açık karın birlikteliği, genel cerrahide mortalite ve morbiditesi en yüksek klinik durumlardan biridir. Total kolektomi sonrası gelişen proksimal enterokütan fistüllerde kısıtlı emilim yüzeyi, ciddi malnütrisyon, sepsis ve cerrahi zamanlamaya ilişkin güçlükler tedaviyi daha da karmaşık hale getirmektedir. Bu olguda, total kolektomi sonrası gelişen iyatrojenik yüksek debili enterokütan fistülün multidisipliner yönetimi ve cerrahi zamanlama ikilemi sunulmuştur.

OLGU:

Yetmiş bir yaşında erkek hastaya obstrüktif rektosigmoid tümör nedeniyle total kolektomi, ileorektal anastomoz ve karaciğer biyopsisi uygulandı. Taburculuk sonrası yara bakımı sırasında gelişen iyatrojenik ince bağırsak yaralanması nedeniyle rezeksiyon ve yeniden anastomoz yapıldı. Beş gün sonra anastomoz kaçağı, tam eviserasyon ve yüksek debili proksimal enterokütan fistül gelişmesi üzerine kliniğimize sevk edildi. Açık karın yönetiminde granülasyon gelişimi beklendi, intestinal içeriğin yara yatağına zarar vermesini önlemek amacıyla “soba borusu (chimney)” tekniği uygulandı ve beslenmenin sürdürülebilmesi için fistüloklizis denendi. Ancak total kolektomiye bağlı kısıtlı emilim nedeniyle yeterli klinik yanıt sağlanamadı. Hastada tekrarlayan çok ilaca dirençli bakteriyel enfeksiyonlar ve Candida auris fungemisi gelişti. İlerleyici katabolizma ve onkolojik tedavi gereksinimi nedeniyle fistül gelişiminden iki ay sonra definitif cerrahi uygulandı. Postoperatif erken dönemde anastomoz kaçağı nüks etti ve hasta nozokomiyal pnömoni ile çoklu organ yetmezliği sonucu kaybedildi.

SONUÇ:

Total kolektomi sonrası gelişen yüksek debili enterokütan fistüllerde açık karın, ağır sepsis ve yetersiz emilim tedavi başarısını belirgin şekilde olumsuz etkilemektedir. Cerrahi zamanlaması hasta bazında değerlendirilmeli, erken definitif cerrahinin yüksek başarısızlık riski taşıdığı akılda tutulmalı ve multidisipliner yaklaşım temel tedavi stratejisi olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enterokütan fistül, açık karın, fistüloklizis, chimney (soba borusu) tekniği, sepsis, cerrahi zamanlama