



10. ULUSAL TRAVMA ve ACIL CERRAHI KONGRESİ

28 EKİM - 1 KASIM 2015
GLORIA KONGRE MERKEZİ ANTALYA

BİLDİRİ ÖZET KİTABI







İçindekiler

Davet.....	5
Kurullar.....	6
Bilimsel Program.....	7-34
28 Ekim 2015 - Çarşamba.....	7-8
29 Ekim 2015 - Perşembe.....	9-10
30 Ekim 2015 - Cuma.....	11-15
31 Ekim 2015 - Cumartesi.....	16-19
1 Kasım 2015 - Pazar.....	20
Poster Bildiri Listesi.....	21-34
Sözel Bildiriler.....	35-146
Poster Bildiriler.....	147-538

Değerli Meslektaşlarımız,

10. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresi 28 Ekim–1 Kasım 2015 tarihinde Antalya'da Gloria Kongre Merkezi'nde gerçekleştirilecektir. Artık gelenekselleşen formatıyla kongremizde travma ve acil cerrahi alanındaki güncel araştırmalar, tanı ve tedavi uygulamaları, güncel literatürler eşliğinde ele alınarak daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulması amaçlanıyor. Endoskopi ve ultrasonografi dahil bir çok alandaki kurslar, konferanslar, paneller, konsensus buluşmaları, interaktif tartışmalı olgu toplantıları ve video sunumları ile yararlı bir kongre olacağı düşüncesindeyiz.

Travma ve acil cerrahi alanında ulusal standartların yükselmesine katkı sağlayacak başarılı bir kongre olması dileğiyle, aktif katılımlarınızı bekliyoruz.

Saygılarımızla.

Dr. Acar Aren
Kongre Başkanı

Dr. Kaya Sarıbeyoğlu
Dernek Başkanı

KURULLAR

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu

Başkan

Dr. Kaya SARIBE YOĞLU

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

2. Başkan

Dr. M. Mahir ÖZMEN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Genel Sekreter

Dr. Hakan Teoman YANAR

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

Sayman

Dr. Ali Fuat Kaan GÖK

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

Üyeler

Dr. Gürhan ÇELİK

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Dr. Osman ŞİMŞEK

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

Dr. Orhan ALİMOĞLU

Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Kongre Düzenleme Kurulu

Kongre Başkanı

Dr. Acar AREN

Kongre Sekreteri

Dr. Hakan Teoman YANAR



BİLİMSEL PROGRAM

11:00-17:00 KURS 1 TRAVMA DIŞI ACİL CERRAHİ VE AÇIK KARINDA GÜNCEL YAKLAŞIM
Kurs Yöneticileri: Tahir Özer, Hakan Yanar

- 11:00-11:20 Divertikülit - Olgu sunumu ile - Münevver Moran
 11:20-11:40 Peptik ülser perforasyonu - Olgu sunumu ile - Gürhan Çelik
 11:40-12:00 Bağırsak tıkanıklığı - Olgu sunumu ile - Osman Şimşek
 12:00-12:20 Üst GIS kanama - Olgu sunumu ile - Ali Fuat Kaan Gök
12:20-13:20 Öğle Yemeği
 13:20-13:40 Açık batında negatif basınç yara tedavisi - Hakan Yanar
 13:40-14:00 Mezenter iskemi - Olgu sunumu ile - Mehmet Kurtoğlu - Ali Fuat Kaan Gök
 14:00-14:20 Karın içi kompartman sendromu - Olgu sunumu ile - Tahir Özer
 14:20-14:40 Enteroatmosferik fistül yönetimi - Olgu sunumu ile - Tahir Özer
 14:40-15:00 Karın içi sepsiste negatif basınçlı yara tedavisi - Olgu sunumu ile - Fahri Yetişir
15:00-15:20 Kahve Arası
 15:20-17:00 Maket üzerinde pratik uygulama
 Tahir Özer, Fahri Yetişir, Ali Fuat Kaan Gök, Mehmet İlhan,
 Süleyman Bademler, Osman Şimşek

11:00-16:00 KURS 2 Bağırsak ve Damar Anastomozu Kursu
Kurs Yöneticileri: Ahmet Keşşaf Aşlar, Fatih Ata Genç

- 11:00-11:20 Temel Bilgiler: GIS Anatomisi, anastomoz iyileşmesini etkileyen faktörler - Ahmet Keşşaf Aşlar
 11:20-11:40 GIS de rezeksiyon - Anastomoz teknikleri - Bülent Cavit Yüksel
 11:40-12:00 Sütür: Özellikleri ve Seçim Kriterleri - Emir Gündoğan
 12:00-12:20 Stapler seçimi, hangi stapler nerede kullanılmalı? (Açık-Lap Cerrahi) - Emre Balık
12:20-13:20 Öğle Yemeği
 13:20-13:40 Vasküler anastomoz teknikleri - Fatih Ata Genç
 13:40-14:00 Vasküler anastomozda komplikasyonlar ve korunma - Fatih Yanar
 14:00-14:20 Vasküler aciller akut arteriyel tıkanıklık ve tromboemboliye yaklaşım - Mehmet Kurtoğlu
 14:20-16:00 Pratik Uygulama - Fatih Ata Genç, Yılmaz Başar, Mehmet Kurtoğlu, Fatih Yanar

11:00-17:00 KURS 3 YANIKTA GÜNCEL DURUM VE HASTA YÖNETİMİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ KURSU
Kurs Yöneticileri: Ahmet Çınar Yastı

- Güncel Durum ve Problemler
 Oturum Başkanları: Geylani Özok, Ahmet Çınar Yastı
 11:00-11:10 Toplantı içeriğinin sunulması - Ahmet Çınar Yastı
 11:10-11:50 Hasta yönetiminde zorluklar: hekim perspektifi - Turgut Karaca
 11:50-12:20 Hasta yönetiminde zorluklar: hemşire perspektifi - Türkan Yılmaz
 12:20-12:40 Sorun tespitinin sağlanması - Turgut Karaca
12:40-14:00 Öğle Yemeği

14:00-15:30 PANEL: YANIK TEDAVİSİNDE PAYDAŞLARIN ÇALIŞMALARI
Oturum Başkanları: Ahmet Çınar Yastı, Geylani Özok
 Panelistler: Osman Arıkan Nacar, Ertuğrul Eğin, Hasan Güler, Turgut Karaca

- 15:30-15:50 Kahve Arası**
Oturum Başkanları: Münevver Moran, Ahmet Çınar Yastı
 15:50-16:30 Günün özet bildirisinin düzenlenmesi - Ahmet Çınar Yastı, Ahmet Deniz Uçar, Turgut Karaca
 16:30-17:00 Yanıkta yarına projeksiyon - Ahmet Deniz Uçar
17:00-17:10 Kapanış

- 18:00-18:30** **Açılış Töreni**
Kongre Sekreteri: Hakan Yanar
Kongre Başkanı: Acar Aren
Dernek Başkanı: Kaya Sarıbeyoğlu
- 18:30-19:00 Açılış Konferansları
UTACD'nin 20 yılı - Recep Güloğlu
Cerrahide malpraktis - Cemalettin Ertekin

- 08:30-10:00** **PANEL: NASIL YAPARIM? HOW I DO IT?**
Moderatörler: Cemalettin Ertekin, Gökhan Akbulut
- 08:30-08:55 Resüsitatif torakotomi? - Demetrios Demetriades
08:55-09:20 Pelvik packing teknik - George Velmahos
09:20-09:45 Resüsitatif amaçlı aort endovasküler balon oklüzyonu (REBOA) - Kenji Inaba
09:45-10:00 Sorular - Değerlendirme
- 10:00-10:30** **Kahve Arası**
- 10:30-12:00** **VİDEOLARLA POTPORİ: ACİL KOLOREKTAL GİRİŞİMLER**
Moderatörler: Hakan Yanar, Gürhan Çelik
- 10:30-10:45 Tromboze hemoroid optimal yaklaşım nasıl olmalı? - Ethem Geçim
10:45-11:00 Perianal apse nasıl drene edeyim? - Aras Emre Canda
11:00-11:15 Kist dermoid sakral apsesi, drenaj mı primer kapatayım mı? - Emre Balık
11:15-11:30 Stoma komplikasyonları: Kanama, retraksiyon vd. - Mustafa Ateş
11:30-11:45 Fournier gangreni nasıl kabus olmaktan çıkar? - Tuncay Yılmazlar
11:45-12:00 Sorular - Değerlendirme
- 12:00-12:30** **KONFERANS: TRAVMA VE ACİL CERRAHİDE LAPAROSKOPI**
Oturum Başkanı: Mustafa Şahin, Hakan Yanar
- 12:30-13:30** **Öğle Yemeği**
- 13:30-14:15** **İTERAKTİF OTURUM: CERRAH, CERRAHİ TEKNİK, SÜTÜR, KAPAMA: EĞİLİM YOKLAMASI**
M. Mahir Özmen, Kaya Sarıbeyoğlu
- 14:15-15:45** **PANEL: TRAVMA HASTASINDA GÜNCEL YAKLAŞIM ALGORİTMALARI**
Moderatörler: Hakan Güven, Kaya Sarıbeyoğlu
- 14:15-14:35 Karaciğer yaralanmaları - Hong Jin Kim
14:35-14:55 Pankreas ve duodenum yaralanmaları - George Velmahos
14:55-15:15 Pelvis kırıkları: Genel cerrah ne bilmeli? - Demetrios Demetriades
15:15-15:35 Major torasik yaralanmalar: Genel cerrahlar için ipuçları - Kenji Inaba
15:35-15:45 Sorular - Değerlendirme
- 15:45-16:15** **Kahve Arası**

16:15-17:45 PANEL: AKUT PANKREATİT: BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ VE KOMPLİKASYONLARA KANITA DAYALI GÜNCEL YAKLAŞIM
Moderatörler: Salih Pekmezci, Ekrem Kaya

- 16:15-16:30 Başlangıç tedavisi - İbrahim Barut
 16:30-16:45 Psödokiste yaklaşım - Fatih Ağalar
 16:45-17:00 Vasküler komplikasyonları nasıl yönetirim: tromboz, kanama -Mustafa Kerem
 17:00-17:15 Enfekte nekroza yaklaşım - Cemalettin Ertekin
 17:15-17:30 Egzokrin pankreas yetersizliği - Ahmet Çoker
 17:30-17:45 Sorular - Değerlendirme

**18:00-19:00 "OP. DR. KAMİL FURTUN ANISINA"
 HASTANELER ARASI TRAVMA VE ACİL CERRAHİ TOPLANTISI**

08:00-08:45 UZMAN İLE KAHVALTI SALON 1
 Safra yolu yaralanmalarına nasıl yaklaşırım?
 Ahmet Çoker, Hong Jin Kim

08:00-08:45 UZMAN İLE KAHVALTI SALON 2
 Kanayan Travma Hastası: Öncelikler, Yenilikler Siz sorun biz cevaplayalım
 Kenji Inaba, Kaya Sarıbeyoğlu

08:45-09:45 UYDU SEMPOZYUM
Oturum Başkanı: M. Mahir Özmen
 Açık Karın: Endikasyonlar, zorluklar ve gelişmeler - Demetrios Demetriades

09:45-10:00 Kahve Arası

10:00-17:00 KURS 4 US VE FAST KURSU
Kurs Yöneticileri: Funda Karbek Akarca, Bülent Erbil

- 10:00-10:20 Travma-Acil cerrahide Ultrasonografi - M. Mahir Özmen
 10:20-10:40 Ultrason cihazının tanıtılması, teknik özellikler, görüntüleme prensipleri, artefaktlar - Funda Karbek Akarca
 10:40-11:00 Extended-FAST - Bülent Erbil
 11:00-11:20 Hepatobiliyer ultrason - Tanzer Korkmaz
11:20-12:20 Öğle Yemeği
 12:20-12:40 Abdominal aorta ultrasonografisi - Funda Karbek Akarca
 12:40-13:00 Ürogenital ultrason - Tanzer Korkmaz
 13:00-13:20 Girişimsel ultrason - Bülent Erbil
 13:20-17:00 Pratik: Aort ve girişimsel US / Hepatobiliyer US / Extended-fast US

10:00-11:30 PANEL: DÜNDEN BUGÜNE, 1985'TEN 2015'E NE DEĞİŞTİ?
Moderatörler: Selçuk Mercan, Semra Günay

- 10:00-10:15 Akut kolesistit - Levent Kaptanoğlu
 10:15-10:30 Akut apandisit - Levent Avtan
 10:30-10:45 Akut divertikülit - Ali Uzunköy

- 10:45-11:00 Mezenter iskemi - Mustafa Öncel
 11:00-11:15 Akut mekanik intestinal obstrüksiyon - Sezai Demirbaş
 11:15-11:30 Peptik ülser komplikasyonları - Gürhan Baş
- 11:30-12:00 UYDU SE MPOZYUM**
 İntraabdominal enfeksiyonlarda akılcı antibiyotik kullanımı - Serhat Ünal
- 12:00-12:12 ON İKİDE ON İKİ**
Oturum Başkanı: Mehmet Fatih Can
 Politravmalı hasta. Öncelik hangi kavitede - George Velmahos
- 12:12-13:30 Öğle Yemeği**
13:30-15:00 PANEL: DOĞAL AFET VE TERÖR SALDIRILARINDA YAKLAŞIM
Moderatörler: Osman Arıkan Nacar, Recep Güloğlu
 13:30-13:50 Havayolu ile hasta nakli - Öner Mentemş
 13:50-14:10 Nepal deprem deneyimi - Kenji Inaba
 14:10-14:30 Boston terör saldırısı - George Velmahos
 14:30-14:50 Afet ve terör saldırı alanlarında hekimin düzenleyici rolü - Osman Arıkan Nacar
- 14:50-16:00 SEÇİLMİŞ BİLDİRİ OTURUMU**
Moderatörler: Ersin Öztürk, Aras Emre Canda, Recep Güloğlu
SS-001 Akut Arteriyel Mezenter İskemide Mortaliteye Etki Eden Faktörler
 Tolga Dinç, Selami Ilgaz Ilgaz Kayılıoğlu, Cem Emir Gündoğan, Ahmet Erdoğan, Simay Dal Çavuşoğlu, Bülent Çomçalı, Akın Bostanoğlu, Faruk Coşkun
SS-002 Spinal Anestezi Altında Endoklip ile Laparoskopik Apendektomi
 Yücel Gültekin, Ali Haydar Dadacı, Ahmet Okuş
SS-003 Akut Apandisitte Preoperatif USG ile Ölçülen Çap ile Nötrofit/Lökosit Oranı Korelasyonu: 6 Aylık Pilot Çalışma
 Hakan Yiğitbaş, Rumeysa İlbar, Candaş Erçetin, Osman Bilgin Gülçiçek, Erkan Yavuz, Ali Solmaz, Sinan Arıcı, Ramazan Albayrak, Fatih Çelebi, Atilla Çelik
SS-004 Acilde Küratif Amaçlı Rezeksiyon Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Araştırılması: Klinik, Patolojik Özellikler ve Sonuçlar
 Muhammet Fikri Kündeş, Metin Kement, Nejdett Bildik, Ali Emre Atıcı, Fırat Mülküt, Yunus Emre Altuntaş, Levent Kaptanoğlu, Kenan Çetin, Mehmet Eser, Selahattin Vural
SS-005 Abdominal Ateşli Silah Yaralanmalarında Takip Ve Tedavi Sonuçlarımız
 Adnan Özpek, Metin Yücel, Tolga Canbak, Buket Altun Özdemir, Onur Zambak, Hakan Çakıt, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu
SS-006 İstanbul İli Ümraniye İlçesi Travma Hastalarının Epidemiyolojik Analizi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezli, 114.554 Hastalık Retrospektif Kohort Çalışma
 Fatih Başak, Mustafa Hasbahçeci, Aylin Acar, Abdullah Şişik, Metin Yücel, Tolga Canbak, Buket Altun Özdemir, İlyas Kudaş, Gürhan Baş
SS-007 Travma Hastalarında Girişimsel Radyolojik Uygulamaların Yeri
 Ali Fuat Kaan Gök, İbrahim Fethi Azamat, Yılmaz Önal, Mehmet İlhan, Süleyman Bademler, Hakan Teoman Yanar, Kayıhan Günay, Recep Güloğlu, Bülent Acunaş, Cemalettin Ertekin
- 16:00-16:15 Kahve Arası**
- 16:15-17:45 PANEL: KANITA DAYALI OLGULARI BİRLİKTE TARTIŞALIM**
Moderatörler: Mustafa Şahin - O. Nuri Dilek
 16:15-16:30 Sigmoid volvulus: Endoskopik torsiyon? ameliyat? - Ersin Öztürk
 16:30-16:45 Sleeve gastrektomi kaçacağı - Halil Alış
 16:45-17:00 Mezenter iskemi - Hızır Akyıldız
 17:00-17:15 Kısa bağırsak sendromu nasıl yönetirim? - Gökhan Akbulut
 17:15-17:30 Özofagus perforasyonu: Stent? ameliyat? - Fehmi Çelebi

17:45-18:45

SERBEST BİLDİRİLER 4**SALON****SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 1****SALON 1****Moderatörler: Tolga Müftüoğlu, Seracettin Eğin****SS-008 Özofagus Perforasyonlarında Kendinden Açılan Tam Kaplı Metal Stent Uygulaması Tedavisinin Güvenliği ve Etkinliği**

Ali Fuat Kaan Gök, İbrahim Halil Özata, Erhan Eröz, Mehmet İlhan, Süleyman Bademler, Hakan Teoman Yanar, Cemalettin Ertekin, Mustafa Kayıhan Günay

SS-009 Üst Gastrointestinal Sistem Cerrahisi Sonrası Gelişen Anastomoz Kaçaklarında Tedavi Amaçlı Uygulanan Kendinden Genişleyen Kaplı Metal Stentlerin Güvenirliliği ve Etkinliği

Ali Fuat Kaan Gök, Nail Ömerov, Mehmet İlhan, Süleyman Bademler, Metin Keskin, Fatih Yanar, Hakan Teoman Yanar, Recep Güloğlu, Cemalettin Ertekin, Kayıhan Günay

SS-010 Akut Mezenter İskemi Vakalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Süleyman Bademler, İbrahim Fethi Azamat,, Abdulmuttalip Baysal, Yiğit Soytaş, Mehmet İlhan, Ali Fuat Kaan Gök, Recep Güloğlu, Mehmet Kurtoğlu

SS-011 Mezenter Ven Trombozu Vakalarında Klinik Deneyimimiz

Süleyman Bademler, İbrahim Fethi Azamat,, Abdulmuttalip Baysal, Mehmet İlhan, Ali Fuat Kaan Gök, Recep Güloğlu, Mehmet Kurtoğlu

SS-012 İrredükte Femoral Herni Ameliyatından Sonra Gelişen Gecikmiş Jejunum Perforasyonu Olgusunun Açık Karın Yönetimi

Fahri Yetişir, Akgün Ebru Şarer, Hasan Zafer Acar, Ömer Yazıcıoğlu, Başar Başaran

SS-013 Acil C/S Sonrası Spontan Jejunal Perforasyona Bağlı Gelişen Septik Karınlı Bir Olguda Açık Karın Yönetimi

Fahri Yetişir, Akgün Ebru Şarer, Hasan Zafer Acar, Gülen Garalova, Ömer Yazıcıoğlu

SS-014 Açık Karın Yönetimi Esnasında Oluşturulan Stomaların Kapatılması

Fahri Yetişir, Akgün Ebru Şarer, Hasan Zafer Acar, Erdiñ Çiftçiler

SS-015 Akut Apandisit Tanısında Ultrasonografinin Yeri

Faik Tatlı, Uğur Ekici, Murat Kanlıöz, Orhan Gözeneli, Ali Uzunköy

SS-016 Akut Apandisit Tanısında Alvarado Skoru'nun Etkinliği

Faik Tatlı, Uğur Ekici, Murat Kanlıöz, Orhan Gözeneli, Ali Uzunköy

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 2**SALON 2****Moderatörler: Münevver Moran, Mert Mahsuni Sevinç****SS-017 Gebelikte Akut Apandisit**

Buket Altun Özdemir, Aylin Acar, Metin Yücel, Tolga Canbak, Ethem Ünal, Adnan Özpek, Sema Yüksekdağ, Fatih Başak, Gürhan Baş Buket Altun Özdemir

SS-018 Akut Apandisitte Farklı Yöntem, Laparoskopik Assisted Apendektomi (2 Port): Retrospektif Çalışma

Turgut Dönmez, Sina Ferahman, Server Sezgin Uludağ, Mehmet Velidedeoğlu, Oğuzhan Sunamak

SS-019 İnsidental Apendiks Neoplazileri Son Üç Yıllık Klinik Deneyimimiz

Süleyman Deniz Kahraman, Oğuz Hançerlioğlu, Mahmut Yılmaz, Zafer Kılbaş, Orhan Kozak, Armağan Günal, Melih Kılıç

SS -020 Eşzamanlı Tanı Alan İntestinal Malrotasyon ve Akut Apandisit Olgu Sunumu

Ömer Cenk Cücük, Adem Bayraktar, Ali Fuat Kaan Gök, Mehmet İlhan, Süleyman Bademler, Cemalettin Ertekin

SS-021 Gebelerde Akut Apandisit Deneyimimiz

Süleyman Bademler, Yiğit Soytaş, İbrahim Fethi Azamat, Mehmet İlhan, Ali Fuat Kaan Gök, Hakan Teoman Yanar, Recep Güloğlu

SS-022 Akut Apandisit Olgularının Tanı Öncesi Laboratuvar Değerlerinin Patoloji Sonuçları ile Karşılaştırılması

Berk Gökçek, Seracettin Eğin, Metin Yeşiltaş, Semih Hot, Sedat Kamalı, Burak Güney, Servet Rüştü Karahan

SS-023 Laparoskopik Appendektomilerde Spinal – Epidural (Kombine) Anestezi ve Genel Anestezinin Karşılaştırılması

Turgut Dönmez, Vuslat Muslu Erdem, Sinan Uzman, Sina Ferahman, Engin Hatipoğlu

SS-024 Akut Apandisit Nedeniyle Ameliyat Edilen Olguların Yaş, Cinsiyet ve Terminal Patolojiler Açısından Karşılaştırılmaları

Mahmut Said Değerli, Muzaffer Akıncı, Şevki Pedük, Akın Ünal, Zehra Zeynep Keklikkırın, Ezgi Tatlısu, Ahmet Kocakuşak, Fazilet Erözgen, Mürşit Dinçer, Turgay Yıldız, Gamze Çıtlak, İbrahim Rafet Kaplan

SS-025 Plastrone Apandisit: İnterval Apendektomi Yapmak Gerekli mi?

Ali Fuat Kaan Gök, Yiğit Soytaş, Baran Mollavelioğlu, Sercan Yüksel, Mehmet İlhan, Süleyman Bademler, Hakan Teoman Yanar, Kayıhan Günay, Recep Güloğlu, Cemalettin Ertekin

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 3 SALON 3

Moderatörler: Ahmet Pergel, Berk Gökçek

SS -026 Akut Apandisit Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastalarda Apandisit Dışı Tanılar

Mahmut Said Değerli, Muzaffer Akıncı, Şevki Pedük, Akın Ünal, Zehra Zeynep Keklikkırın, Ezgi Tatlısu, Ahmet Kocakuşak, Fazilet Erözgen, Mürşit Dinçer, Turgay Yıldız, Gamze Çıtlak, İbrahim Rafet Kaplan

SS-027 Erişkinlerde Nadir Akut Karın Nedeni: Meckel Divertikülleri

Buket Altun Özdemir, Aylin Acar, Metin Yücel, Mustafa Özbağrıaçık, Ethem Ünal, Tolga Canbak, Adnan Özpek, Gürhan Baş

SS-028 Sigmoid Divertikülit Tedavisinde Uyguladığımız Yöntemler ve Sonuçlarımız

Esra İlk, Adnan Özpek, Metin Yücel, Buket Altun Özdemir, Ali Kılıç, Fikret Ezberci, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

SS-029 Abdominal Katastrofi: 21 Hastalık Deneyim

Abdullah Şişik, Gürhan Baş, Fatih Başak, Ali Kılıç, Tolga Canbak, Adnan Özpek, Metin Yücel, İlyas Kudaş, Aylin Acar, Ali Ediz Kıvanç

SS-030 Açık Karında Mortaliteyi Etkileyen Faktörler:**Onyeddi Olgunun Retrospektif Klinik Değerlendirmesi**

Seracettin Eğin, Sedat Kamalı, Berk Gökçek, Metin Yeşiltaş, Semih Hot, Hakan Tezer, Servet Rüştü Karahan

SS-031 Acil Abdominal Operasyonlarda Beden Kitle İndeksinin Postoperatif**Komplikasyonlar ve Mortalite Üzerine Etkisi: Obezite Paradoksu**

Evren Dilektaşlı, Elizabeth R. Benjamin, Tobias Haltmeier, Elizabeth Beale, Kenji Inaba, Demetrios Demetriades

SS-032 Peptik Ülser Perforasyonunda Konvansiyonel Radyografi Yeterli midir?

Ayhan Öz, Bülent Çitgez, Hamdi Özşahin, İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Muharrem Battal, Pınar Yazıcı, Onur Güven, Sıtkı Gürkan Yetkin, Mehmet Mihmanlı

SS-033 Karın Ağrısı Nedeniyle Cerrahi Konsültasyon İstenen 100 Ardışık**Hastanın Sonuçları ve Acilde Kalış Süreleri**

Turgay Yıldız, Fazilet Erözgen, Muzaffer Akıncı, Ahmet Kocakuşak, Adnan Hut, Doğan Yıldırım, Leyla Zeynep Tigrel, Mahud Said Değerli, Akın Ünal, Şevki Pedük

SS-034 Travma, Obstrüksiyon ve İskemi Dışı İnce Barsak Perforasyonu**Gelişen Hastaların İncelenmesi**

Muhammet Fikri Kündeş, Nejdett Bildik, Noyan İlhan, Levent Kaptanoğlu, Mehmet Eser, Kenan Çetin, Tebessüm Çakır, Hüseyin Uzun, Metin Kement

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 4 SALON 4

Moderatörler: Metin Kement, Ender Onur

SS -049 Pelvik Travma Sonrası Uygulanan Rekonstrüksiyon Cerrahisi

Ömer Alabaz , Mehmet Bayrak, Zühtü Tansuğ, Ahmet Rencüzoğulları, Tolga Akçam, İsmail Cem Eray, Okan Dalyan

SS-035 Erişkinlerde Olağan Dışı Bir Brid İleus Sebebi Over Fibromu Olgu Sunumu

Süleyman Deniz Kahraman, Ali Harlak, Oğuz Hançerlioğulları, Mahmut Yılmaz,
Doğukan Akçay, Ulaş Fidan

SS-036 Akut Karın Olgularında Tanısal Laparoskopi Sonuçlarımız

Nejdet Bildik, Ersin Gündoğan, Ayhan Çevik, Gülay Dalkılıç, Mehmet Eser,
Selahattin Vural, Tebessüm Çakır, Abdulkadir Deniz, Mustafa Özgün Yüksek, Metin Kement

SS-037 Peptik Ülser Perforasyonu tedavisi ve Kontrolünde Bağcılar EAH Deneyimi

Yüksel Türer, Erdal Acar, Hüseyin Çayören, Talar Vartanoğlu, Candaş Erçetin, Osman Bilgin
Gülçiçek, Erkan Yavuz, Ali Solmaz, Önder Önen, Hakan Yiğitbaş, Fatih Çelebi, Atilla Çelik

SS-038 Sigmoid Volvulus Kütahya Deneyimi

Zülfü Bayhan, Mehmet Fatih Ekici, Sezgin Zeren, Ertunç Altıntaş, Şükrü Aydın Düzgün

SS-039 İntestinal Obstrüksiyonlar: Bir Eğitim Kliniğinde 5 Yıllık Deneyim

Metin Yücel, Buket Altun Özdemir, Aylin Acar, Adnan Özpek, Ethem Ünal, Sema Yüksekdağ,
Hakan Çakıt, Gürhan Baş

SS-040 Kolonik Darlıklara Endoskopik Yaklaşımlar

Tolga Dinç, Selami Ilgaz Kayıroğlu, Cem Emir Güldoğan, Bahadır Ege,
Merter Gülen, Bülent Menteş

SS-041 Acil ve Elektif Sol Kolon Cerrahisi Uygulanan Hastaların**Retrospektif Değerlendirilmesi**

Berk Gökçek, Metin Yeşiltaş, Seracettin Eğin, Sedat Kamalı, Semih Hot,
Hakan Tezer, Hakan Güve

SS-042 Sigmoid Volvulus: Mortaliteye Etkili Olabilecek Faktörlerin Araştırılması

Nejdet Bildik, Metin Kement, Ali Emre Atıcı, Kenan Çetin, Yunus Emre Altuntaş, Nuri Emrah
Göret, Aytaç Emre Kocaoğlu, Selçuk Kaya, Ömer Faruk İnanç, Erkan Çelik, Selahattin Vural

SS-043 Geçirilmiş Kanser Cerrahisi Anamnezi Olan Akut Mekanik İntestinal**Obstrüksiyonlu Olguların Değerlendirilmesi**

Ali Fuat Kaan Gök, Ömer Cenk Cücük, Bahar Canbay Torun, Mehmet İlhan, Süleyman Bademler,
İsmail Cem Sormaz, Hakan Teoman Yanar, Kayıhan Günay, Recep Güloğlu, Cemalettin Ertekin

08:00-09:00 UZMAN İLE KAHVALTI SALON 1

Akut karın ağrısına nasıl yaklaşırım?
Cemalettin Ertekin, Ahmet Feran Ağaçhan

08:00-09:00 UZMAN İLE KAHVALTI SALON 2

Travma Cerrahisinde Yenilikler: Laf lafi açıyor
Demetiros Demetriades, Hakan Yanar

09:00-10:00 PANEL: KRİTİK CERRAHİ OLGULARDA GÜNCEL YAKLAŞIM**Moderatörler: Recep Güloğlu, Mustafa Öncel**

09:00-09:20 Kan ve sıvı resüsitasyonunda - Mehmet Özdoğan

09:20-09:40 İntraabdominal sepsiste - İskender Sayek

09:40-10:00 Kritik hasta beslenmesinde - İsmail Okan

10:00-10:30 Kahve Arası

- 10:30-12:00 PANEL: ACİL CERRAHİDE BEKLEN MEDİK DURUMLAR**
Moderatörler: Ömer Alabaz, Tayfun Yücel
 10:30-10:50 Apendiks tümörü saptadım, ne yapayım? - Eray Kara
 10:50-11:10 Mezenter iskemi saptadım, ne yapayım? - Fatih Ata Genç
 11:10-11:30 Meckel divertikülü saptadım, nasıl yaklaşayım? - Coşkun Polat
 11:30-11:50 Koledoğu yaraladım, ne yapayım? - Ekrem Kaya
 11:50-12:00 Sorular - Değerlendirme
- 12:00-12:12 ON İKİDE ON İKİ**
Oturum Başkanı: Dursun Ali Şahin
 Travma ve acil cerrahide DVT profilaksisi; yeni ilaç ve cihazlar - Mehmet Kurtoğlu
- 12:12-13:30 Öğle Yemeği**
- 13:30-14:30 PANEL: NASIL YAKLAŞIYORUM?**
Moderatörler: Levent Avtan, Kemal Memişoğlu
 13:30-13:45 Boğulmuş kasık fıtığına minimal acil yaklaşım - Hakan Kulacoğlu
 13:45-14:00 Boğulmuş kesi yeri fıtığı - Muhyittin Temiz
 14:00-14:15 Komponent ayrıştırma yöntemi - Tefik Tolga Şahin
 14:15-14:30 Evisserasyon - Levent Avtan
- 14:30-16:00 CERRAHLAR YARIŞIYOR**
Moderatörler: Ali Fuat Kaan Gök, Tefik Tolga Şahin
- 16:00-16:15 Kahve Arası**
- 16:15-17:30 PANEL: ANASTOMOZ KAÇAKLARINA YAKLAŞIM, NÖBETÇİ CERRAH NE BİLMELİ?**
Moderatörler: Mehmet Mihmanlı, Birol Bostancı
 16:15-16:35 Kolorektal anastomoz kaçakları kimler risk altında? Nasıl önlerim? Güncel tedavi - Hakan Yanar
 16:35-16:55 Özofagus ve mide anastomoz kaçakları - Birol Bostancı
 16:55-17:15 Pankreas, safra yolları ve duodenum ameliyatları sonrası kaçaklar - İlhan Karabıçak
 17:15-17:30 Sorular - Değerlendirme
- 17:30-18:30 SERBEST BİLDİRİLER 4 SALON**
SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 5 SALON 1
Moderatörler: Nejdet Bildik, Hakan Yiğitbaş
SS-044 Acil Kolorektal Rezeksyonlar: Deneyimlerimizden Ne Öğrendik
 Mehmet Mahir Özmen, Tefik Tolga Şahin, Shahnaz Isgandarova,
 Cavid Allahverdiyev, Serkan Özen
SS-045 Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi Sonrası Laparoskopik
Kolesistektomi Zamanlaması
 Cem Arslan, Can İbrahim Bulut, Ersan Eroğlu, Refik Bademci
SS-046 Biliyer Pankreatit Hastalarında Kolesistektomi: Ne Zaman Yapalım?
 Nejdet Bildik, Metin Kement, Muhammet Fikri Kündüş, Ali Emre Atıcı,
 Cem Ofluoğlu, Mustafa Özgün Yüksek, Mehmet Karahan, Erkan Çelik, Tebessüm Çakır,
 Levent Kaptanoğlu, Selahattin Vural
SS-047 Fournier Gangreni: 10 Yıllık Klinik Deneyimimiz
 Abdullah Oğuz, Metehan Gümüş, Ahmet Türkoğlu, Zübeyir Bozdağ, Burak V Ülger,
 Elif Agaçayak, Abdullah Böyük
SS -048 Fournier Gangreni Tanısı İle Tedavi Edilen 18 Olgunun Değerlendirilmesi
ve Mortaliteyi Etkileyen Faktörler
 Sezgin Zeren, Zülfü Bayhan, Mehmet Fatih Ekici, Şükrü Aydın Düzgün,
 Mustafa Cem Algın, Faik Yaylak

SS -050 İnstabil Pelvis Kırığı Bulunan Multitravmalı Hastalarda Takip ve Tedavi Sonuçlarımız

Adnan Özpek, Metin Yücel, Hüseyin Kerem Tolan, Abdullah Şişik, Buket Altun Özdemir, Fikret Ezberci, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

SS-051 Acil Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'ne Kabul Edilen Pediatrik Olguların Değerlendirilmesi

Kemalettin Koltka, Süleyman Bademler, Nükhet Sivriköz, İbrahim Fethi Azamat, Mehmet İlhan, Ali Fuat Kaan Gök, Recep Güloğlu

SS -052 Abdominal Büyük Damar Yaralanmalarında 31 Olguda 6 Yıllık Sonuçlarımız

Cem Batuhan Ofluoğlu, Nuri Emrah Göret, Önder Altın, Selçuk Kaya, Yunus Emre Altuntaş, Ahmet Feran Ağaçhan

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 6 SALON 2

Moderatörler: Coşkun Polat, Baki Ekçi

SS-053 Mide Kanserli Hastalarda D2-Lenfadenektomi Sonrası Oluşan Yüksek Volümlü Şilöz Asitin Yönetimi: Çok Kurumlu Bir Çalışma

Enver İlhan, Mehmet Mihmanlı, Ali Alemdar, Orhan Üreyen, Uygur Demir, Yavuz Eryavuz

SS-054 İntestinal Obstrüksiyon ve Melena Şikayetleri İle Başvuran Duodenal Gastrointestinal Stromal Tümör Tanısı Konulan 2 Olguya Yaklaşımımız

İlkin İsmayilov, Mahir Nasirov, Çağrı Büyükkasap, Aydın Yavuz, Mustafa Şare

SS-055 Alt Gastro-İntestinal Sistem Kanamalı Hastalarda Tedavi Yaklaşımları ve Sonuçlarımız

Hakan Çakıt, İlyas Kudaş, Adnan Özpek, Metin Yücel, Suat Aktaş, Ethem Ünal, Hüseyin Kerem Tolan, Ali Kılıç, Fikret Ezberci, Gürhan Baş

SS -056 Nedeni Bilinmeyen Aşikar Gastrointestinal Sistem(GİS) Kanamalarda Kapsül Deneyimimi

Muhammed Üçüncü, Süleyman Bademler, Mehmet İlhan, Ali Fuat Kaan Gök, Filiz Akyüz, Recep Güloğlu

SS-057 ISS Hasar Kontrol Cerrahisi İçin Endikasyon mudur?

Emin Lapsekili, Şahin Kaymak, Ali Harlak, Nazif Zeybek

SS-058 Kaykay ile İlişkili Kafa Yaralanmaları

Evren Dilektaşlı, Elizabeth R. Benjamin, Jayun Cho, Tobias Haltmeier, Kenji Inaba, Demetrios Demetriades

SS-059 Travmatik Diyafragma Yaralanmalarına Güncel Yaklaşım: 6 Yılda 54 Hastadan Alınan Dersler

Murat Beyatlı, Nuri Emrah Göret, Önder Altın, Selçuk Kaya, Yunus Emre Altuntaş, Ahmet Feran Ağaçhan

SS-060 Travmatik Penetran Kalp Yaralanmaları

Önder Altın, Selçuk Kaya, Mustafa Yüksek, Yunus Emre Altuntaş, Ahmet Feran Ağaçhan

SS-061 Sol Torakoabdominal Penetran Yaralanmalarda Tek Insizyon Diyagnostik Laparoskopisi

Mehmet İlhan, Ömer Cenk Cüçük, Süleyman Bademler, Ali Fuat Kaan Gök, Hakan Teoman Yanar

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 7 SALON 3

Moderatörler: Hakan Ahmet Acar, Özgür Ekinci

SS -062 Künt Toraks Travması Bulunan Multitravmalı Hastalarda Takip ve Tedavi Sonuçlarımız

Adnan Özpek, Metin Yücel, Hüseyin Kerem Tolan, Kemal Tekeşin, Tolga Canbak, Fikret Ezberci, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

SS-063 Dalak Yaralanmasında Mortaliteye Etkili Faktörler

Ömer Uslukaya, Zübeyir Bozdağ, Metehan Gümüş, Ahmet Türkoğlu, Abdullah Büyük, Edip Erdal Yılmaz, Ercan Gündüz, Mustafa Aldemir

SS-064 Travmatik Karaciğer Yaralanmalarında Cerrahi Yaklaşım

Ferhat Yıldız, Nuri Emrah Göret, Önder Altın, Selçuk Kaya, Yunus Emre Altuntaş,
Ahmet Feran Ağaçhan

SS-065 Travmatik Pankreas Yaralanmaları

Mehmet Karahan, Ömer Faruk İnanç, Önder Altın, Selçuk Kaya, Yunus Emre Altuntaş,
Ahmet Feran Ağaçhan

SS-066 Künt Travmaya Bağlı Yaralanan Hastalarda Takip ve Tedavi Sonuçlarımız

Adnan Özpek, Metin Yücel, Tolga Canbak, Buket Altun Özdemir, Aylin Acar, İlyas Kudaş,
Fikret Ezberci, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

SS-067 Acil Splenektomi Uygulanan Travma Hastalarında**Nötrofil/Lokosit Oranı, RDW Değeri ve Ekokardiyografi Etkilerinin Değerlendirilmesi**

Yuksel Altinel,, Sinan Varol, Rumeysa İlbar, Mehmet Sam, Onder Onen, Ramazan Kuşaslan,
Gülçin Ercan, Fatih Çelebi, Atilla Celik, Hakan Yiğitbaş, Ertugrul Okuyan, Guven Ozkaya

SS-068 Künt Karın Travmasında Mezenterik Yaralanmaya Bağlı İntestinal Perforasyonlar:**Vaka Serisi**

Adnan Özpek, Metin Yücel, Abdullah Şişik, Kemal Tekeşin, Esra İlk, Onur Zambak,
Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

SS-069 Karaciğer Travmalarına Güncel Yaklaşımlar

Nuri Emrah Göret, Ferhat Yıldız, Önder Altın, Selçuk Kaya, Yunus Altuntaş,
Ahmet Feran Ağaçhan

SS-070 Karın Bölgesine Penetre Delici Kesici Alet Yaralanmalarında Selektif**Konservatif Yaklaşım: 6 Yıllık Deneyim**

Metin Yücel, Aylin Acar, Adnan Özpek, Buket Altun Özdemir, Ethem Ünal, Sema Yüksekdağ,
Esra İlk, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 8**SALON 4****Moderatörler: Fazilet Erözgen, Adnan Özpek****SS-071 Travmatik Dalak Yaralanmalarında Cerrahi Yaklaşım**

Abdülkadir Deniz, Fırat Mülküt, Selçuk Kaya, Önder Altın, Yunus Emre Altuntaş,
Ahmet Feran Ağaçhan

SS-072 Travma Hastalarında Nötrofil Lenfosit Oranının Mortalite Üzerine Olan Etkisi

Evren Dilektaşlı, Kenji Inaba, Tobias Haltmeier, Monica D. Wong, Damon Clark,
Elizabeth R Benjamin, Lydia Lam, Demetrios Demetriades

SS-073 İzmir Travma Projesi - Hastanelerin Travmaya Cevap Kapasitesi**Açısından Seviyelendirilmesi ve Sevk Protokolünün Oluş**

Gökhan Akbulut, Demet Yıldız, Ali Turgut, Mustafa Onur Öztan, Kerim Acar, Ayşe Berna Anıl,
Murat Anıl, Işıl Köse, John Fawler, İlhan Uz, Ersin Aksay, Osman Nuri Dilek Gökhan Akbulut

SS-074 Travmatik Diyafragma Yaralanmaları

İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Gürkan Yetkin, Ayhan Öz, Hamdi Özşahin,
Onur Güven, Zeynep Gül Şimşek, Pınar Yazıcı, Muharrem Battal, Mehmet Mihmanlı

SS -075 Dalak Yaralanmalı Hastalarda Nonoperatif Tedavi Başarısızlığında**Bağımsız Risk Faktörleri**

Zübeyir Bozdağ, Abdullah Büyük, Ahmet Türkoğlu, Taner Çiftçi, Ömer Uslukaya,
Abdullah Oğuz, Metehan Gümüş İsmail Ethem Akgün

SS-076 Ulusal Travma Kayıt Sistemi Gerekli mi?

Acar Aren

SS -077 Torakoabdominal Ateşli Silah Yaralanmalarında Acil Cerrahi Tek Seçenek mi?

Ahmet Türkoğlu, Metehan Gümüş, Zübeyir Bozdağ, Hatice Gümüş, Abdullah Büyük,
İbrahim Halil Taçyıldız, Hekim Kuzu

SS -078 Fournier Gangreninde Geniş Debritleme ve VAC Uygulaması: 5 Yıllık Deneyim

Metin Yücel, Aylin Acar, Buket Altun Özdemir, Adnan Özpek, Ethem Ünal, Sema Yüksekdağ,
Ali Ediz Kıvanç, Gürhan Baş

**SS-079 Elektrik Yanıklı Hastalarda Negatif Basıncılı Yara Tedavisi
Kullanımının Değerlendirilmesi**

Kemal Eyvaz, Metin Kement, Hakan Acar, Nuri Emrah Göret, Ömer Faruk İnanç,
Ferhat Yıldız, Murat Beyatlı, Abdulkadir Deniz, Nejdet Bildik

- 08:00-09:00** **SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 9**
Oturum Başkanı: Mehmet Fatih Can, Berk Gökçek
- 09:00-10:30** **PANEL: AKILCI İLAÇ KULLANIMI**
Moderatör: Acar Aren
- 10:30** **Kapanış Töreni**

[SB - 1]

Akut Arteriyel Mezenter İskemide Mortaliteye Etki Eden Faktörler

TOLGA DİNÇ, SELAMİ ILGAZ ILGAZ KAYILIOĞLU,
CEM EMİR GÜLDOĞAN, AHMET ERDOĞAN,
SİMAY DAL ÇAVUŞOĞLU, BÜLENT ÇOMÇALI,
AKIN BOSTANOĞLU, FARUK COŞKUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, Ankara

Akut mezenter iskemisi, mezenterik damarlardaki kan akımının barsak ihtiyaçlarını karşılayamayacak düzeyde azalması ile ortaya çıkan, acil müdahale gerektiren bir durumdur. Çalışma retrospektif kohort çalışma olarak planlandı. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2008 – Aralık 2013 tarihleri arasında akut mezenter iskemisi tanısı ile başvuran ve opere edilen 73 hasta çalışmaya dahil edildi. Bütün hastalar, orta hat insizyon ile opere edildi. Hastaların demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, protokol no), yandaş hastalıkları, kullanılan ilaçlar, yapılan ameliyat şekli, laboratuvar sonuçları (üre, kreatinin, Na, K, Cl, AST, ALT, LDH, ALP, GGT, amilaz, albumin, total bilirubin, total Ca, iyonize Ca, total protein, hemogram), patoloji sonuçları (spesimen uzunluğu, patolojik tanı) ve tedavi sonuçları (exitus, taburcu) retrospektif olarak değerlendirildi. Exitus olan hastalar Grup-I ve taburcu olan hastalar Grup-II olarak adlandırıldı. Çalışmaya dahil edilen toplam 73 hastanın genel yaş ortalaması 69.3±12.6 (40-91) olarak saptandı. Hastaların 31 (%42.5)'i kadın, 42 (%57.5)'si erkekti. Exitus olan 40 hastadan oluşan Grup-I'in yaş ortalaması 73, taburcu edilen 33 hastanın yaş ortalaması ise 65 olarak bulundu. Hastaların 8 (%13.1)'ine aç-kapa laparotomi, 18 (%29.5)'ine masif rezeksiyon, 35 (%57.4)'üne ise sınırlı rezeksiyon uygulanmıştır. Parametrelerin univaryant analizlerinde biyokimyasal değerlerden, üre, kreatinin, AST, ALT, LDH, ALP, GGT, amilaz yüksekliği, hemogram değerlerinden RDW yüksekliği, yandaş hastalıklardan hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalıkları ve ritm bozukluğu varlığı, antikoagülan ilaç kullanımının olmaması ve yapılan ameliyatın sınırlı olması (aç-kapa laparotomi ve sınırlı rezeksiyon) Grup-I lehine istatistik olarak anlamlı saptanmıştır (p<0.05). Parametrelerin multivaryant analizlerinde ise GGT, RDW yüksekliği, hipertansiyon varlığı ve kumadin kullanımının olmaması gruplar arasında Grup-I lehine anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Yüksek RDW ve GGT değerleri, yandaş hastalıklardan hipertansiyon varlığı ve hastaların antikoagülan ilaç kullanımının olmaması; hastalığın yaygılığını gösteren ve mortaliteyi etkileyen önemli faktörlerdir. Başvuru anında bu parametrelerin varlığı, gerek nekrozun yaygınlığını öngörmede gerekse hasta ve hasta yakınlarına bilgi vermede önemli rol oynamaktadır.

[SB - 2]

Spinal Anestezi Altında Endoklip İle Laparoskopik Apendektomi

YÜCEL GÜLTEKİN¹, ALİ HAYDAR DADACI², AHMET OKUŞ³

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Konya

³Konya Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya

Amaç: Laparoskopik cerrahi; minimal invaziv olması, kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi kozmetik sonuçları nedeni ile yaygın kullanım alanı bulmuştur. Birçok çalışmada laparosko-

pik apendektomi (LA) içinde benzer üstünlükler gösterilmiştir. Bu çalışmada LA'nin spinal anestezi altında (SAA) yapılabilirliğinin ve endoklip kullanımının güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Operasyonlar SAA, intraabdominal 12 mm Hg basınçta gerçekleştirildi. Hastalara standart L3-4 seviyesinden spinal anestezi yapıldı. Gerekli durumlarda sedasyon için 0,02-0,05 mg/kg midazolam, 0,5 µg/kg fentanil, 0,5 mg/kg ketamin uygulandı. Üç trokar ile LA yapıldı. Apendiks mezosu enerji aletleri ile mühürlendi, radikals ise iki adet titanyum large klip ile kapatıldı. Olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), operasyon süresi, omuz ağrısı, hastane yatış süresi ve komplikasyonları değerlendirildi. **Bulgular:** Çalışmada 18 erkek ve 12 kadın hasta toplam 30 hasta değerlendirildi. Dört hastaya kullandıkları antikoagülan ilaçlar nedeni ile spinal anestezi yapılamadı ve çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 32±17,15 yıl olarak bulunurken, VKİ'leri 28,36±5,38 kg/m² olarak tespit edildi. Çalışmada ortalama operasyon süresi 19,81±10,14 dakika, ortalama hastanede kalış süresi 1,77±1,10 gün idi. Operasyonda 21 hastada (%80,8) omuz ağrısı görüldü ve sedasyon gerekli oldu. Omuz ağrısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında; VKİ, yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Omuz ağrısı, hastanede kalış süresinde artmaya neden olmadı. Peroperatif dört hastada plastron apandisit tespit edildi. Üç hastada operasyon laparoskopik olarak tamamlandı, ancak bir hastada açığa geçildi. Yine bir hastamızda da LA olarak başlandı ancak apendiks piyesinin bulunamaması nedeni ile operasyon açık tamamlandı. Large endoklip boyutunun yetersizliği nedeni ile bir hastamızda endostapler kullanıldı. Postoperatif bir hastamızda yara yerinde seroma gelişti. Spinal anesteziye ait üç hastada başağrısı görüldü, medikal tedavi ile düzeldi. **Tartışma ve Sonuç:** Spinal anestezi altında LA uygulanabilir bir yöntemdir, ancak omuz ağrısı yaygın olarak görülmekte ve sedasyon gerektirmektedir. Apendiks güdüğünün large endoklip ile kapatılmasının komplikasyon oranını artırmadığı ve LA operasyonlarında güvenle kullanılabileceği düşünüldü.

[SB - 3]

Akut Apendisitte Preoperatif USG ile Ölçülen Çap ile Nötrofil/Lökosit Oranı Korelasyonu: 6 Aylık Pilot Çalışma

HAKAN YİĞİTBAŞI¹, RUMEYSA İLBAR¹, CANDAS ERÇETİN¹, OSMAN BİLGİN GÜLÇİÇEK¹, ERKAN YAVUZ¹, ALİ SOLMAZ¹, SİNAN ARICI¹, RAMAZAN ALBAYRAK², FATİH ÇELEBİ¹, ATILLA ÇELİK¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Apendektomi en fazla yapılan acil abdominal cerrahi girişimdir. Gelişen teknolojinde devreye girmesi ile negatif appendektomi sayısı azalmaktadır. Ameliyat öncesi radyolojik olarak (USG ve BT ile) ölçülen apendiks çapı ile apandisit tanısında daha önceden etkili olduğu gösterilmiş olan nötrofil/ lökosit oranı ile karşılaştırdığımız pilot çalışmayı sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Kasım 2014 ile Nisan 2015 tarihleri arasında ameliyat edilmiş akut apandisit ön tanılı 252 hastanın verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesi lökosit, hemoglobin, hematokrit, nötrofil/lökosit oranı, USG ve yapılmış ise BT raporlarındaki kayıtlı çaplar değerlendirildi. Son patoloji raporu ile karşılaştırıldı. **Bulgular:** 252 hastanın hepsinin kan değerleri mevcut iken 105 hastada USG, 112 hastada BT raporlarında çap kaydı mevcuttu. Ortalama (min-max) lökosit, nötrofil/lökosit oranı, USG çap ve BT çap değerleri sırası ile

15050 (2280-33410), 0,77(0,28-0,94), 8,35(5,7-14)mm, 9,67(4,7-40)mm olarak bulundu. Hastaların 17(%6.7) si laparoskopik, 235 i (%93,3) açık yöntemle opere oldu. Ortalama yatış süresi 1,6 gün (1-5) iken oral gıdaya postoperatif 8. saatte başlandı. USG ve BT ölçümlerinde çap sınırı olarak 6 mm alındığında Preop USG/APP Çapı ile Nötrofil yüzdesi, Nötrofil /Lökosit oranı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir (p=0,014). Preop USG/APP Çapı ile preop Lökosit, Nötrofil, Hemogloblin, Hemotokrit ve Platelet arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir (p>0,05). PreopBT/APP Çapı ile preopLökosit, Nötrofil %, Nötrofil, Nötrofil / Lökosit oranı, Hemogloblin, Hemotokrit ve Platelet arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir (p>0,05). **Tartışma ve Sonuç:** BT apandisit tanısında altın standart olmasına rağmen her hastaya uygulanması hem hasta sağlığı (radyasyon riski) hem de maliyet yönünden zordur. Daha kolay olan ve günümüzde acil pratiğinde de sıklıkla acil hekimleri ve acil cerrahları tarafından uygulanan USG maalesef ki kişiye bağlıdır. Çalışmamızda biyokimyasal testler USG ile korelasyon göstermektedir.

[SB - 4]

Acilde Küratif Amaçlı Rezeksiyon Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Araştırılması: Klinik, Patolojik Özellikler ve Sonuçlar

MUHAMMET FİKRİ KÜNDEŞ, METİN KEMENT, NEJDET BİLDİK, ALİ EMRE ATICI, FIRAT MÜLKÜT, YUNUS EMRE ALTUNTAŞ, LEVENT KAPTANOĞLU, KENAN ÇETİN, MEHMET ESER, SELAHATTİN VURAL

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada acil kliniğimizde kolorektal kanserlere bağlı komplikasyonlar sebebiyle opere edilip rezeksiyon uygulanan hastaların kısa ve uzun dönem klinik sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmaya acil kliniğimizde Ocak 2012 - Ocak 2015 tarihleri arasında kolorektal kanserlere bağlı komplikasyonlar sebebiyle opere edilen hastalar dahil edilmişlerdir. Hastaların verileri retrospektif dosya tarama yöntemiyle derlenmiştir. Operasyon sırasında uzak metastaz saptanan, palyatif amaçlı işlem gerçekleştirilen ve neoadjuvan tedavi amacıyla rezeke edilmeyen rektum tümörlü hastalar dışlanmışlardır. İncelenen veriler; demografik özellikler ASA skorları, pre-operatif endikasyonlar, intraoperatif bulgular, postoperatif komplikasyonlar, postoperatif patolojik bulgular, takip bulguları, uygulanan onkolojik tedaviler şeklinde sıralanabilir. **Bulgular:** Bu süreçte acil kliniğimizde toplam 74 hastaya kolorektal kanserlere bağlı komplikasyonlar sebebiyle operasyon gerçekleştirildi. Bu hastaların 51(%68,9)'ine küratif amaçlı onkolojik rezeksiyon uygulandı. Bu olguların 32(%62,8)'si erkek olup, yaş ortalamaları 66,4±14,1 idi. Hastaların 45(%88,2)'sında acil cerrahi endikasyonu akut mekanik intestinal obstrüksiyon iken 5(%9,8)'ünde içi boş organ perforasyonu, 1(%2) olguda ise alt gis kanama idi. Tümör lokalizasyonları 6(%11,7) hastada çekum, 3(%5,9) hastada çıkan kolon, 4(%7,8) hastada transverse kolon, 9(%17,6) hastada splenik fleksura ve inen kolon, 20(%39,2) hastada rektosigmoid ve sigmoid kolon, 8(%15,7) hastada ise rektum şeklindeydi. Çalışmamızda en sık tespit edilen patolojik evre Evre 3c (n=27; %52,9) idi. Ortalama 13,2 ±4,4 ay takip süresince 19(%54,2) hasta postoperatif 1. yılda, 5 hasta (%14,2) postoperatif 2. yılda kaybedildiler. Ortalama takip süresi 20,9±6,7 olan 22 (%43,1) hasta ise 19'u hastaliksız olmak üzere yaşamlarını sürdürmektedir. Kap-

lan-Meier analizi ile genel olarak tahmin edilen sağkalım süresi 18,4 ay olarak hesaplanmış, tahmini 24 aylık sağkalım oranı ise %21,3 olarak bulunmuştur. **Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızda elde edilen bulgular ışığında, gelişen komplikasyonlar sonucu acil koşullarda opere edilen kolorektal kanser vakalarında küratif amaçlı rezeksiyon yapılsa dahi sonuçların yüz güldürücü olmadığı söylenebilir.

[SB - 5]

Abdominal Ateşli Silah Yaralanmalarında Takip ve Tedavi Sonuçlarımız

ADNAN ÖZPEK¹, METİN YÜCEL¹, TOLGA CANBAK¹, BUKET ALTUN ÖZDEMİR¹, ONUR ZAMBAK¹, HAKAN ÇAKIT¹, GÜRHAN BAŞ¹, ORHAN ALİMOĞLU²

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Delici-kesici alet yaralanmalarında nonoperatif takip yaygın olarak kullanılmaktadır. Ateşli silah yaralanmalarında (ASY) ise güncel algoritmalarda yer almasına rağmen nonoperatif takip yönünden çekinceler devam etmektedir. Bu çalışmada abdominal ASY nedeniyle takip ve tedavi ettiğimiz hastaların bulgu ve sonuçlarını analiz etmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2009 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında abdominal ASY nedeniyle kliniğimizde yatırarak tedavi ettiğimiz hastalar prospektif veri tabanında retrospektif olarak incelendi. Hastalara acil polikliniğe ilk başvuruda Travmada İleri Yaşam Desteği (ATLS) prensiplerine uygun olarak resüsitasyonları yapıldı. Hemodinamik olarak instabil veya peritonit bulguları mevcut olan hastalara acil laparotomi uygulandı. Hemodinamik olarak stabil ve peritonit bulgusu olmayan hastalar ise nonoperatif olarak takip edildiler. Hastalar yaş, cinsiyet, yaralanma şekli, yaralanma bölgeleri, takip ve tedavi yöntemi, tedavi sonucu ve mortalite yönünden irdelendi. **Bulgular:** Abdominal ASY nedeniyle tedavi edilen 54 hastanın 47(%87)'si erkek, 7(%13)'si kadın, yaş ortalaması 33.4(4-58) idi. Hastaların 46(%85.2)'si tabanca mermisi, 8(%14.8)'i tüfek saçması ile yaralanmıştı. Hastaların 8(%14.8)'ine hemodinamik instabilite nedeniyle, 10(%18.5)'una peritonit bulguları nedeniyle acil laparotomi uygulandı. Diğer hastalar nonoperatif olarak aralıklı fizik muayene, laboratuvar ve kontrastlı bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Bunlardan 8(%14.8)'ine ilk 8 saatte erken, 5(%9.3)'ine ise 8-72 saatte geç laparotomi uygulandı. Bu hastaların 3'ünde nonterapötik laparotomi bulgusu tespit edildi. Geriye kalan 23(%42.6) hasta nonoperatif olarak takip edildi. Hemodinamik instabilite nedeniyle ameliyat edilenlerden 4, nonoperatif takip edilenlerden 1 olmak üzere toplam 5(%9.3) hastada mortalite gelişti. Sağ torakoabdominal bölge yaralanmalarının 7/14(%50)'ü, flank yaralanmalarının 8/12(%66.7)'si ve pelvik yaralanmaların 6/11(%54.5)'i nonoperatif olarak takip ve tedavi edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Hemodinamik olarak stabil ve peritonit bulgusu mevcut olmayan abdominal ASY'da nonoperatif takip başarıyla uygulanabilmektedir. Özellikle sağ torakoabdominal, flank ve pelvik bölge yaralanmalarında nonoperatif takibin başarı oranları yüksektir.

[SB - 6]

İstanbul İli Ümraniye İlçesi Travma Hastalarının Epidemiyolojik Analizi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezli, 114.554 Hastalık Retrospektif Kohort Çalışma

FATİH BAŞAK¹, MUSTAFA HASBAHÇECİ², AYLİN ACAR¹, ABDULLAH ŞİŞİK¹, METİN YÜCEL¹, TOLGA CANBAK¹, BUKET ALTUN ÖZDEMİR¹, İLYAS KUDAŞ¹, GÜRHAN BAŞ¹

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sıklığı giderek artan travma hastalarının profiline göre hastanelerin gereksinimlerini belirleyip, önlemler almak için travma epidemiyolojisini analiz etmek önemlidir. Bu çalışmada travma epidemiyolojisinin bir eğitim ve araştırma hastanesinde retrospektif olarak incelenmesi planlandı. **Gereç ve Yöntem:** Hastane Acil Servisine 1 Ocak 2012-30 Haziran 2015 tarihleri arasında (42 ay) başvuran tüm travma hastaları, otomasyon sistemi üzerinden "V01-V99 taşıma kazaları" ve "W00-X59 kaza ve yaralanmalarının diğer dış sebepleri" ICD-10 kod aralıkları ile tarandı. Çarpma ve düşmeyle ilgili tanılar düşme-çarpma şeklinde birlikte değerlendirildi. Sık saptanan tanılar belirlendi; yaş, cinsiyet dağılımı ve yıl içindeki değişimler incelendi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, karşılaştırmalar için t-test ve Ki-Kare test kullanıldı. %95 güvenlik aralığında değerlendirilip, $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi. **Bulgular:** Toplam 114.554 hastanın (yaş ortalaması $24,8 \pm 20,3$ yıl, yaş aralığı 0-112, erkek/kadın oranı: 1,7) travma nedeniyle başvurduğu tespit edildi. Cinsiyetler arasında anlamlı yaş farkı saptandı (erkek: $23,5 \pm 18,4$ yıl, kadın: $27,1 \pm 22,9$ yıl, $p < 0,001$). Hastaların %29,2'u 0-10 yaş arasındaydı. Travma sayılarının aynı dönem içinde toplam acil başvuru sayılarına oranı değerlendirildiğinde, oranların 2012'de %4, 2013'de %4,1, 2014'de %5,1 ve 2015'de %12,6 olduğu görüldü. En sık karşılaşılan travma mekanizmaları düşme-çarpma (%63,1), trafik kazası (%17,4) ve darp (%8,6) idi. Travma mekanizması ile yaş arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p < 0,001$). Trafik kazası ve darp vakalarındaki yaş ortalamaları sırasıyla $30,2 \pm 17,6$ yıl ve $30,3 \pm 12,6$ yıl iken, düşme-çarpma hastalarının yaş ortalaması $23,3 \pm 21,9$ yıl idi. **Tartışma ve Sonuç:** Acil servis travma başvurularında düşme-çarpma ve trafik kazalarının en sık görülen iki mekanizma olduğu ve travmanın acil servis toplam hasta başvuru nedenleri arasında oransal olarak artış gösterdiği tespit edildi. Travma oluş mekanizmalarının sıklığı, acil servis sürekli eğitim programlarında dikkate alınmalıdır. Travma kayıt sisteminin kullanılmamasından dolayı, elde edilen verilerin doğruluğu tartışılabilir. Ancak etkin bir triaj sistemiyle travma vakalarının yönlendirilmesinin ve acil servis hasta yükü üzerindeki travma yoğunluğunun hasta ve çalışanlar üzerine etkilerinin araştırılmasının uygun bir yaklaşım olacağı düşünülmüştür.

[SB - 7]

Travma Hastalarında Girişimsel Radyolojik Uygulamaların Yeri

ALİ FUAT KAAN GÖK¹, İBRAHİM FETHİ AZAMAT¹, YILMAZ ÖNAL², MEHMET İLHAN¹, SÜLEYMAN BADEMLER¹, HAKAN TEOMAN YANAR¹, KAYIHAN GÜNAY¹, RECEP GÜLOĞLU¹, BÜLENT ACUNAŞ², CEMALETTİN ERTEKİN¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Gelişen teknoloji sayesinde elde edilen imkanlarla hemodinamisi stabil olan travma hastalarında non operatif yaklaşım doğru bir eğilim bulunmaktadır. Anjiyoembolizasyonla hemostaz sağlanabilmekte ve cerrahi morbidite olmadan hastalar tedavi edilebilmektedir. Günümüzde embolizasyon tekniklerinde yaşanan gelişmeler bu girişimler için endikasyonları genişletmekte ve kullanımını artırmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2010 Ağustos 2015 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi birimine başvuran 160 travma hastası retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar resüsitasyon odasında ilk değerlendirmeden sonra bilgisayarlı tomografi(BT) anjiyografi ile değerlendirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, travma mekanizması, yaralanan organ ve yaralanma derecesi, tedavi şekli yönünden değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların 122 (%76)'si erkek 38 (%24)'i kadındı. Ortalama yaş 23 (9 ay-77 yaş) idi. Hastaların 122 (%76)'si künt, 38 (%24)'i penetran travmaydı. 16 (%10) hastaya cerrahi girişim uygulandı. Bu hastalardan 10'una bilgisayarlı tomografide saptanan kanama veya psödoanevrizma şüphesi nedeniyle anjiyografi yapıldı. Sekiz hastaya aynı seansta embolizasyon uygulandı. Üç hastada anjiyografide girişim gerektirecek patoloji saptanmadı. 140 hasta konservatif olarak hemodinamik açıdan takip edildi. Grade 4 karaciğer yaralanması olan 3 hastaya sağ hepatic arter segment dallarına embolizasyon, grade 4 dalak yaralanması nedeniyle 1 hastaya splenik arter embolizasyonu, 1 hastaya arteriportal şant gelişmesi nedeniyle şant embolizasyonu, 2 hastaya böbrek, 1 hastaya 11. interkostal arter, 1 hastaya psödoanevrizma nedeniyle SMA uç dallarına embolizasyon yapıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Görüntüleme teknikleri ve girişimsel radyolojideki gelişmeler neticesinde travmada anjiyoembolizasyonun yeri ve önemi giderek atmaktadır. Ancak hemodinamik instabilite, penetran yaralanmalar ve multitravmalı hastalarda cerrahi tedavi ön planda tutulmalıdır. Embolizasyon işlemi için gerekli donanım ve tecrübeli personel gerekliliği de kısıtlayıcı bir faktördür.

[SB - 8]

Özofagus Perforasyonlarında Kendinden Açılan Tam Kaplı Metal Stent Uygulaması Tedavisinin Güvenliği ve Etkinliği

ALİ FUAT KAAN GÖK, İBRAHİM HALİL ÖZATA, ERHAN ERÖZ, MEHMET İLHAN, SÜLEYMAN BADEMLER, HAKAN TEOMAN YANAR, CEMALETTİN ERTEKİN, MUSTAFA KAYIHAN GÜNAY

İstanbul Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Özofagus perforasyonu hayatı tehdit eden, nadir görülen bir tablodur. Cerrahi tedavi geçmişte ilk seçenek idi. Özofagus perforasyonuna yaklaşımda son zamanlarda artan endoskopik stent yerleştirilmesi ise cerrahi tedaviye alternatif bir yöntemdir. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı primer cerrahi tedavi

ve endoskopik stent uygulamasını karşılaştırmak ve özofagus perforasyonunda kendinden açılan tam kaplı metal stent tedavisinin güvenliğini ve etkinliğini değerlendirmek idi. **Gereç ve Yöntem:** 2010-2014 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Travma ve Acil Cerrahi Bölümü'ne malignite dışı hastalıklara bağlı özofagus perforasyonu nedeniyle 11 hasta başvurdu. Demografik bilgileri, komorbiditeleri ve sonuçları geriye dönük olarak analiz edildi. **Bulgular:** 11 hastanın 5 tanesi kadındı. Ortalama yaş 65 idi. 5 hastada müdahale 24 saat içinde yapıldı. Cerrahi (C) ve Stent yerleştirilmesi (S) gruplarında sırasıyla 4 ve 6 hasta vardı. Hem stentleme hem de cerrahi uygulanan 1 hasta Hibrid (H) olarak isimlendirildi. Cerrahi grubundaki 4 hastanın 2'sinde perforasyon zamanı ve cerrahi uygulanması arasında 24 saatten daha fazla zaman vardı. Ortalama hastanede yatış süresi 53 gündü (14-85 gün). Stent yerleştirilmesi grubundaki 6 hastanın 3'ünde perforasyon zamanı ve stent uygulanması arasında 24 saatten daha fazla zaman vardı ve ortalama hastanede yatış zamanı 21 gündü (10-33 gün). Hibrid grupta perforasyon zamanı ve tedavi arasında 8 gün vardı ve hastanede yatış günü 45 gündü. Cerrahi grubunda bir hastaya ilaveten stent işlemi uygulandı. Stent migrasyonu görülmedi. Stent uygulaması grubundaki 6 hastanın stent çıkarılma işlemi başarılı ve komplikasyonsuzdu. Tüm stentler takılmasından 6-8 hafta sonra çıkarıldı. 3 grupta da hiç mortalite yoktu. **Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak, özofagus perforasyonunda kendinden açılan tam kaplı metal stent uygulaması tedavisi malignite dışı durumlardaki özofagus perforasyonunda etkili bir seçenektir.

[SB - 9]

Üst Gastrointestinal Sistem Cerrahisi Sonrası Gelişen Anastomoz Kaçaklarında Tedavi Amaçlı Uygulanan Kendinden Genişleyen Kaplı Metal Stentlerin Güvenirliliği ve Etkinliği

ALİ FUAT KAAN GÖK, NAİL ÖMEROV, MEHMET İLHAN, SÜLEYMAN BADEMLER, METİN KESKİN, FATİH YANAR, HAKAN TEOMAN YANAR, RECEP GÜLOĞLU, CEMALETTİN ERTEKİN, KAYIHAN GÜNAY

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

Amaç: Üst gastrointestinal sistem ameliyatı yapılan hastalarda anastomoz kaçakları hayatı tehdit edici düzeyde olabilir. Bu hastalarda ikinci sefer yapılan ameliyatların morbitidesi ve mortalitesi yüksek olmaktadır. Bu hastalarda anastomoz kaçakçı tedavisinde uygulanan kendinden genişleyen kaplı metal stentlerin uygulanması hayat kurtarıcı olabilir. Bu çalışmanın amacı üst gastrointestinal sistem cerrahisi yapılmış hastalarda anastomoz kaçaklarında uygulanan kendinden genişleyen metal stentlerin güvenirliliğini ve etkinliğini göstermektir. **Gereç ve Yöntem:** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi biriminde Ocak 2013 - Haziran 2015 arasında üst gastrointestinal sistem ameliyatı sonrası anastomoz kaçakçı gelişen ve metal stent uygulanarak tedavi edilen 6 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Olguların 4'ü kadın, 2 si erkektir. Medyan yaş 58 olarak saptandı. Olguların 2'sine(%33) mide tümörü cerrahisi, 1'ine hiatal herni nedeniyle Nissen Ameliyatı (%17), 3'üne (%50) morbid obezite nedeniyle yapılan sleeve gastrektomi yapıldığı saptandı. Anastomoz kaçakçı sonrası endoskopik stent uygulanmasını takiben ortalama yatış süresi 41 (30-84) gündür. Uygulanan stentlerde, stente bağlı komplikasyon (migrasyon-çıkartılmama) olmadığı saptandı. Stent uygulaması yapılan hastalarda mortalite saptanmadı. Uygulanan stentlerin tamamının 4-6 hafta sonra

endoskopik olarak çıkartıldığı tespit edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Üst gastrointestinal sistem cerrahisi yapılmış olgularda anastomoz kaçakçı gelişmesi durumunda kendinden genişleyen metalik stentlerin tatbiki hastalara hayat kurtarıcı olmaktadır. Bu yöntemle ek cerrahi morbidite olmadan hastalar tedavi edilebilmektedir.

[SB - 10]

Akut Mezenter İskemi Vakalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

SÜLEYMAN BADEMLER, İBRAHİM FETHİ AZAMAT, ABDULMUTTALİP BAYSAL, YİĞİT SOYTAŞ, MEHMET İLHAN, ALİ FUAT KAAN GÖK, RECEP GÜLOĞLU, MEHMET KURTOĞLU

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

Amaç: Akut mezenter iskemi (AMI) akut karına yol açan, prognozu kötü olan bir hastalıktır. AMI'nin tanısında son yıllardaki ilerlemelere rağmen mortalite oranları %50-70 civarındadır. Hastaların genellikle yaşlı olmaları ve ek hastalıkları bu oranların yüksek olmasında etkili olmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada Ocak 2010- Temmuz 2015 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi birimine başvuran ve mezenter iskemi saptanan 59 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, lökosit, CRP, laktat, INR değerleri, radyolojik bulgular, tedavi şekli, mortalite, morbidite, hastanede kalış süresi değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların 31(%53)'i erkek 27(%47)'si kadındı. Ortalama yaş 62(28-94) idi. Lökosit değerleri ortalama 18650, CRP 209, laktat 4,3, INR 1,54 idi. 43(%73) hasta fizik muayene labaratuvar ve bt bulgularına göre ameliyata alınırken 16 (%27) hastada konservatif kalınarak antitrombolitik tedavi başlandı. 5(%8) hastaya tanısal laparoskopi, 32(%54) hastaya ince barsak rezeksiyonu, 16(%27) hastaya kolon rezeksiyonu, 6(%10) hastaya embolektomi yapıldı. 16 hastaya ikinci bakı yapıldı. Bu hastaların 7(%43)'sine iskemi bulguları nedeniyle rezeksiyon yapıldı. 30(%51) hasta eks oldu. Ortalama hastanede yatış süresi 17,8 (1-133) gündü. **Tartışma ve Sonuç:** Hastalarımızın yaş ortalaması yüksekti ve birçoğunda başta kardiyak olmak üzere ek hastalıkları mevcuttu. Mortalite oranlarımız literatürle uyumlu saptandı. Sonuç olarak karın ağrısı olan lökosit değeri 15000 ve üzeri olan, kardiyak problemleri bulunan hastalar aksi ispat edilene kadar AMI olarak değerlendirilmeli, vakit kaybetmeden görüntüleme yöntemleri ile tanı konularak gerekli hallerde cerrahi uygulmalıdır.

[SB - 11]

Mezenter Ven Trombozu Vakalarında Klinik Deneyimimiz

SÜLEYMAN BADEMLER, İBRAHİM FETHİ AZAMAT, ABDULMUTTALİP BAYSAL, MEHMET İLHAN, ALİ FUAT KAAN GÖK, RECEP GÜLOĞLU, MEHMET KURTOĞLU

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

Amaç: Mezenter ven trombozu, akut mezenter iskemi olgularının yaklaşık %5-15'inden sorumlu olan ve nadir görülen bir durumdur. Bu çalışmanın amacı, 59 hastalık tecrübemizi paylaşmak ve mezenter ven trombozuna yaklaşımı tartışmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2010 ve Temmuz 2015 tarihleri arasında

da acil cerrahi servisimize mezenter iskemi tanısı ile başvuran 59 hasta geriye dönük olarak incelendi. Peritonit bulgusu mevcut olan hastalara, başvurularında tanısız laparotomi uygulandı. Tüm hastalar günde iki kez subkutan 100 mg/ kg enoksaparin uygulandı. **Bulgular:** Bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile 14 (%23) hastada superiyor mezenterik ven trombozu, 6(%10) hastada portal ven trombozu ve 2 (%3) hastada splenik ven trombozu saptandı. Peritonit bulgusu olan 4 hastaya tanısız laparotomi yapıldı. Bu hastaların 2 tanesine ince bağırsak rezeksiyonu ve anastomozu yapıldı. Hastalardan birinde reaksiyonel mayii ve treitztan itibaren 130. Cm'de 60 cm'lik barsakta ödem görüldü takip kararı alındı. Bir hastada ise tanısız laparoskopide jejunal anslarda 20 cm low flow state görülerek second look yapılmaya karar alındı. Second lookta barsakların salim olduğu izlendi. **Tartışma ve Sonuç:** Mezenterik ven trombozunun tedavisinde BT anjiyografi ile erken tanı, cerrahi ya da cerrahi dışı yöntemlerle kan akımının sağlanması, uygun antikoagülan kullanımı ve yoğun bakım destek tedavileri, hastalığın başarılı bir şekilde yönetilmesinde hayati rol oynamaktadırlar.

[SB - 12]

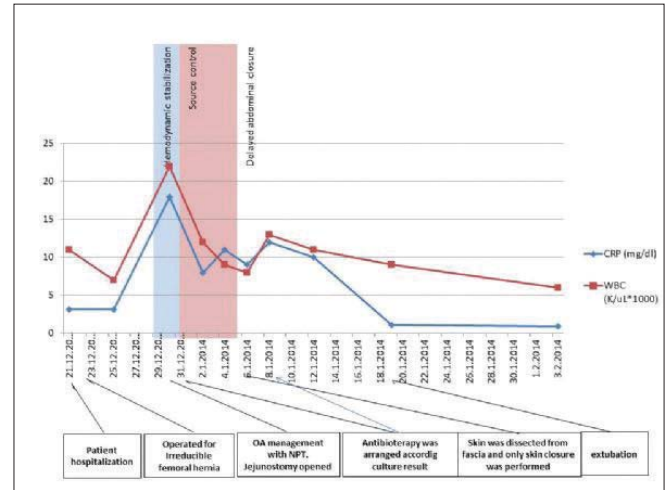
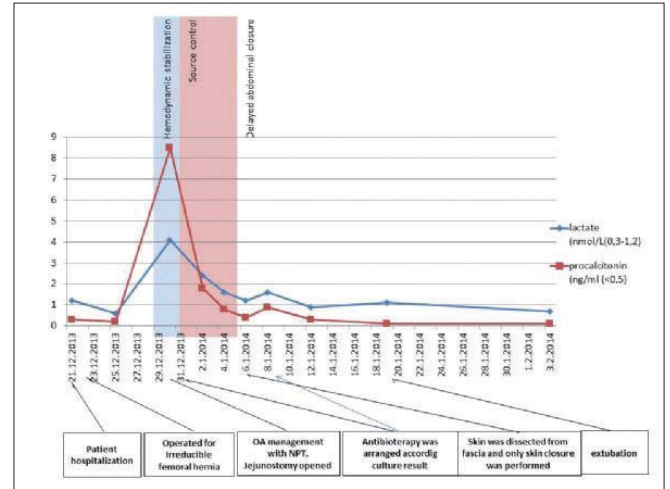
İrredükte Femoral Herni Ameliyatından Sonra Gelişen Gecikmiş Jejunum Perforasyonu Olgusunun Açık Karın Yönetimi

FAHRİ YETİŞİR¹, AKGÜN EBRU ŞARER¹, HASAN ZAFER ACAR², ÖMER YAZICIOĞLU¹, BAŞAR BAŞARAN¹

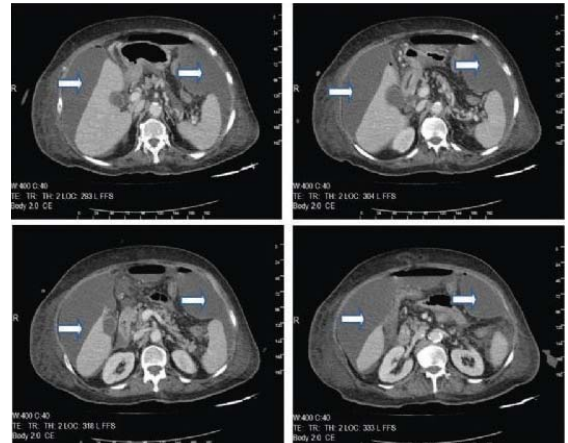
¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Ankara
²Lokman Hekim Hastanesi, Ankara

Amaç: İrredükte femoral herni ameliyatından 1 hafta sonra gecikmiş jejunum perforasyonu gelişen, yandaş hastalıkları olan abdominal sepsisinin negatif basınç sistemi(NBS) yardımı ile kontrol altına alındığı ve gecikmiş karın kapama yöntemlerinden çilt flep yaklaşırma yöntemi ile karın kapamasını yaptığımız geriatrik bir olguyu sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Yetmiş altı yaşında bayan hasta irredükte femoral herni ve ileus tanısı ile acil servisimize başvurdu. Hasta operasyona alındı, femoral herni kesesi ve içerisinde boğulmuş ince barsak anısı görüldü. Femoral halka genişletildi ve buraya sıkışmış olan barsağın dolaşımının iyi olduğu görüldü (Şekil 1) ve meş herniorafi yapıldı. Postoperatif 1. günden itibaren gaz ve gayta çıkışı olan hastaya oral başlandı ve postoperatif 3.gün taburcu edildi. Postoperatif 8. gün hasta septik şok tablosunda acil servise geri geldi. Abdominal tomografisinde yaygın mayi görülmüş (Şekil 2) üzerine acil ameliyata alındı. Batın içerisinde yaklaşık 2-L intestinal içerik olduğu (Şekil 3) ve Trietz'den 150 cm distaldeki irredükte jejunum ansının perfore olduğu görüldü (Şekil 4). Batın salin ile yıkandı. Bu bölgeden çifte namlu şekilde jejunostomi açıldı ve NBS ile açık karın tedavisi uygulanarak kaynak kontrolü sağlanmış oldu (Şekil 5, 6). 3 seans sonrası cilt flepleri yaklaşırılarak gecikmiş karın kapama tamamlanmış oldu (Şekil 7). Bu süreçte, hastanın laboratuvar parametrelerindeki değişimler ve yapılan girişimlerin zamanlaması şekil-1 ve 2'de görülmektedir. 4 ay sonra ostomisi kapatıldı. Hasta takibinin 1.yılında sorunsuz yaşamaktadır (Şekil 8). **Bulgular:** Gecikmiş ince barsak perforasyonunun mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, künt abdominal travma sonrası, koterin ısı hasarına bağlı veya fıtıklarda strangülasyon sonrası gelişen nekroza bağlı geliştiği nadirde olsa bildirilmiştir. Bu gecikmiş perforasyonlarda hastalar genellikle septik tabloda başvurur. Morbidite mortalite ve çok yüksektir. **Tartışma ve Sonuç:** İrredükte femoral herniden sonra gecikmiş intestinal perforasyon gelişebilir. NBS ile açık karın tedavisi uygulanarak kaynak kontrolü sağ-

lanması ve cilt flep yaklaşırma yöntemi ile karın olabildiğince hızlı kapatılması böylesi geriatrik ve hemodinamisi instabil olgularda optimal bir tedavi olarak düşünülebilir.



Şekil 1



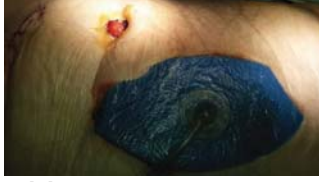
Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4



Şekil 5



Şekil 6



Şekil 7



Şekil 8

[SB - 13]

Acil C/S Sonrası Spontan Jejunal Perforasyona Bağlı Gelişen Septik Karınlı Bir Olguda Açık Karın Yönetimi

FAHRİ YETİŞİR¹, AĞÜN EBRU ŞARER², HASAN ZAFER ACAR³, GÜLEN GARALOVA¹, ÖMER YAZICIOĞLU¹

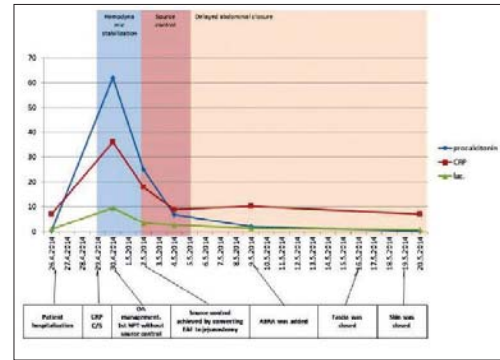
¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Ankara

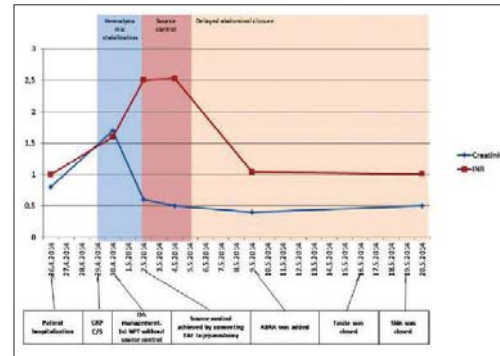
³Lokman Hekim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Acil C/S sonrası spontan jejunal perforasyon gelişen bir olgunun abdominal negatif basınç sistemi ve dinamik batın kapama sistemi (ABRA) kullanılarak gecikmiş karın kapama sistemi ile tedavisini sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 29 yaşında 34 haftalık bir gebe karın ağrısı nedeni ile genel cerrahi ve kadın doğum bölümü tarafından takibe alındı. Hastanın özgeçmişinde perfore apendisitten opere olduğu (kötü iyileşmiş geniş bir orta hat insizyonu mevcut) öğrenildi. Fetal distress nedeni ile acil C/S alındı, anestezi induksiyonunda hasta arrest oldu ve 15 dakika kardiyo pulmoner resüstasyon (CPR) yapıldıktan sonrası hasta CPR a cevap verdi. Sezeryana devam edildi ve ex fetus dışarı alındı. Batın içerisinde seroanjinoz bir sıvı olduğu görüldü. Postoperatif 1.gün dren kenarından gayta gelmesi üzerine vital parametreleri vazopressör desteği ile TA: 80/45 mmHg, nabız:154 ateş:37.9 solunum hızı:34 idi. Hasta septik şok tablosunda idi. Acil operasyona alındı. Batın içerisinde yaklaşık 2L intestinal içerik mevcuttu (Şekil 1). Barsakların ileri derecede yapışık, ödemli, frajil olması ve hastanın vital bulgularının stabil olmaması nedeni ile operasyon kısa tutuldu kaynak kontrolü yapılamadan birtına negatif basınç sistemi uygulandı(NBS) (Şekil 2) ve yoğun

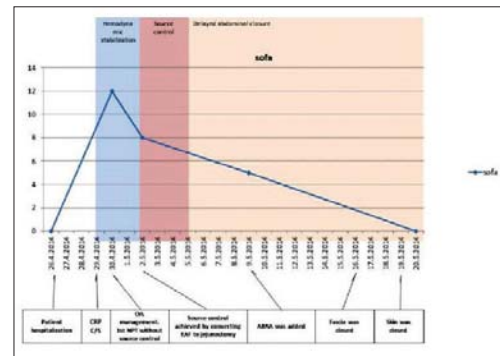
bakıma alındı. 2 gün sonra hasta tekrar operasyona alındı, ince diseksiyonlar sonunda 100.cm'deki jejunum perforasyon alanı bulundu (Şekil 3). Barsakların ödemli, frajil olması ve mezonun çok kısa olması nedeni ile zorda olsa cifte namlusu şeklinde jejunostomi açılarak kaynak kontrolü yapıldı (Şekil 4). Postoperatif 9.gün kaynak kontrolünü takiben NBS'ye ABRA dinamik batın kapama sistemi eklenerek gecikmiş karın kapama hızlandırıldı (Şekil 5). 15. Gün karnı kapatılan hastanın 5-6 gün sonra ankorlarında çıkarılarak hasta taburcu edildi. Hastanın yapılan tüm girişimleri ve bu süreçteki laboratuvar parametrelerindeki değişimler şekil 1-3 te görülmektedir. 3 ay sonunda jejunostomisi kapatılan hastanın yaklaşık 1 yıllık takibinde sorun yoktu (Şekil 6). **Tartışma ve Sonuç:** NBS septik açık karınlı olgularda yeterli kaynak kontrolü yapılamadığı durumlarda dahi hastaya ve cerraha zaman kazandırabilir. NPS ve ABRA sisteminin açık karın tedavisinde kullanılması optimal fasyal kapama sağlayabilmektedir.



Hastaya yapılan girişimlerin tarih skalası üzerinde verilmesi ve bu esnada procalcitonin, CRP ve laktat düzeyindeki değişimli grafik üzerinde görülmekte.



Tarih skalası üzerinde yapılan işlemlere göre INR ve kreatinin düzeyindeki değişimler.



SOFA skorundaki değişimlerin tarih skalası üzerindeki değişimi.



Şekil 1. İleri derecede ödemli ve frajil barsakları ile septik karnı görülmekte.



Şekil 2. Tritizden yaklaşık 100 cm distalde jejunum perforasyon alanı görülmekte.



Şekil 3. Kaynak kontrolü çifte nomlusu jejunostomi açılarak sağlandıktan sonra açık karının negatif basınç sistemi ile kapatılması.



Şekil 4. Kaynak kontrolü sağlanan hastanın açık karnına dinamik karın kapama ABRA sisteminin eklenmiş hali görülmekte.



Şekil 5. Hastanın karnı tamamen kapanmış kontroldeki görünümü.



Şekil 6. Jejunostomisinin kapanmış hali.

[SB - 14]

Açık Karın Yönetimi Esnasında Oluşturulan Stomaların Kapatılması

FAHRİ YETİŞİR¹, AKGÜN EBRU ŞARER², HASAN ZAFER ACAR³, ERDİNÇ ÇİFTÇİLER¹

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Ankara
³Lokman Hekim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Barsakta stoma formasyonu açık karın yönetimi süresince sıklıkla gerekir. Son yıllarda gelişmeler sonucunda açık karın uygulaması ve açık karın uygulanan hastalarda yaşam şansı artmıştır. Açık karın uygulaması ile yaşayan hasta sayısı artıca bu hastalarda önemli sorunlarla karşılaşıldı. Bunlardan başlıcaları; insizyonel herni, stoma ve fistüllerdir. Daha sonrasında bu stomaların ne zaman ve nasıl kapatılacağı konusunda literatürde yeterli veri yok. Biz burada açık karın yönetimi sonrasında stoması kapatılan hastaları retrospektif olarak sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2008-Eylül 2014 tarihleri arasında açık karın yönetimi süresince stoma açılan ve stoma kapatılmasına giden 31 hasta retrospektif olarak incelendi. 28 hasta çalışmaya dahil edildi. **Bulgular:** Demografik veriler Tablo 1 de verilmiştir. Stoma kapanması için beklenen süreler Tablo 2 de verilmiştir. Stoma ilişkili komplikasyonlar açık karın yönetimi sonrasında kapama için bekleme süresince daha sıkı (Tablo 3). Bu zaman aralığında jejunostomili hastalarda, ileostomili hastalardan daha fazla stoma ilişkili komplikasyon gelişti. ileostomi (p=0.008) and kolostomi (p=0.001). Jejunostominin kapatılması için bekleme aralığı ileostomi kapatılması için gerekli süreden daha kısaydı. ileostomi (p=0.014) ve kolostomi (p=0.001). Jejunostomi ve kolostomi kapatılması için operasyon süresi, ileostomi kapatılması için geçen süreden anlamlı uzundu. jejunostomi (p=0.016) and kolostomi kapatılması (p=0.001) (Tablo 2). Stomanın erken ve geç kapatılması arasında mortalite ve morbidite açısından fark yoktu (Tablo 4). Tüm komplikasyonların Clavien Dindo klasifikasyonuna göre dağılımı (Tablo 5). **Tartışma ve Sonuç:** Açık karın yönetimini takiben, stoma kapatılmasına kadar geçen süre içinde stoma ilişkili komplikasyonlar daha sıkırtı. Kapatılma zamanı özellikle hayatı tehdit eden komple jejunostomili olgularda daha kritiktir. Açık karın yönetimi sırasında oluşturulan loop stomanın kapatılması işlemi ortalama 50 gün sonra morbidite ve mortaliteyi artırmaksızın uygulanabilir. Açık karın yönetimi süresince oluşturulan uç stoma kapatılmasının mortalitesi yüksektir. Eğer uygunsuz açık karın yönetiminde loop stoma tercih edilmelidir.

Age(years)±SD	60.7±15.0
Man/ woman	12/16
Body Mass Index	27.9±8.0
ASA I/II/III/IV	2/9/17/0

	Jejunostomy N:7	Ileostomy N:13	Colostomy N:8	Total N:28
Mean hospital stay (days)	5.9±2.0	6.1±2.34	9.6±6.2	7.1±4.1
Mean time interval between the end of delayed abdominal closure to stoma reversal (day)	50.7±19.5	91±39.0	145±57.4	96.4±53.1
Mean operation time (minute)	99.1±17.1	74.3±21.2	135.6±39.6	98.1±37.4

	Jejunostomy N:7	Ileostomy N:13	Colostomy N:8	Total N:28
Prolapsus	2	2	0	4
Stoma herniation	3	2	1	6
Ischemia/Necrosis of stoma	1	1	0	2
Stoma retraction	1	1	0	2
Peristomal Skin Complications	2	1	1	3
Mucocutaneous seperation	1	1	0	2
Dehydration/Electrolyte Abnormalities	5	2	0	7
TPN nutrition requirement	2	0	0	2
Total stoma related complication number/Total patients	17/7(242.8%)	10/13(76.9%)	2/8(25%)	29/28(103.5%)

	Jejunostomy N:7	Ileostomy N:13	Colostomy N:8	Total N:28
Overall morbidity	0	0	0	0
Requiring radiological intervention	Intra-abdominal abscess 1(14%)	0	0	1(3.5%)
Requiring reoperation.	Anastomotic leakage 0	0	1(12%)	1(3.5%)
No any intervention	Wound complications 2 (28%)	3(24%)	3 (37.5%)	8 (28.5%)
	Small bowel obstruction 1 (14%)	3 (22.6%)	1 (12.5%)	5(17.5%)
Total complication rate	4 (57%)	6 (46%)	5 (62%)	15 (53%)

	Patient number 28(100%)
Grade I	12(42%)
Grade II	0
Grade III	1(3.5%)
Grade IV	1(3.5%)
Grade V	0

[SB - 15]**Akut Apendisit Tanısında Ultrasonografinin Yeri**FAİK TATLI¹, UĞUR EKİCİ², MURAT KANLIÖZ², ORHAN GÖZENELİ¹, ALİ UZUNKÖY¹¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa²Malatya Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Malatya

Akut apandisit acil abdominal cerrahinin en sık nedenidir. Akut apandisit erken tanısında hastaların çoğunda gös-terge olabilecek bir belirtecin olmaması komplikasyonla-ri arttırmaktadır. Bu çalışmamızda akut apandisit tanısında ultrasonografinin(USG)'nin etkinliğini araştırmayı amaçladık. Ocak 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında Malatya Devlet Has-tanesi acil servisine başvuran ve akut apandisit ön tanısıyla opere edilen 174 hastanın dosyası geriye dönük olarak tarandı. Bu hastalardan 20 tanesine ultrasonografi yapılmadığından ve 6 hasta obez (BMI>30) olduğundan çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan 148 hastanın ultrasonografi ve patoloji sonuçla-rı kaydedildi. Toshiba ® SSA-660A cihazı ile hastaların ultraso-nografleri yapıldı. Apendiks aranırken yüzeysel ultrasonografi yapıldı. Ultrasonografide sağ alt kadranda çapı 6 mm'den ge-niş, komprese olmayan, kör uç ile sonlanan tübüler ans akut apandisit için pozitif kabul edildi. Hastaların ultrasonografi sonuçları ile patoloji sonuçları karşılaştırıldı. Ultrasonografinin akut apandisit tanısında sensitivitesi, spesifitesi, pozitif pre-diktif değeri, negatif prediktif değeri ve tanı doğruluğu testi hesaplandı. Çalışmaya alınan 148 hastanın 69(%46,6)'u kadın, 79(%53,4)'u erkekti. Ortalama yaşları 27,48(10-80) yılı. Akut apandisit ön tanısıyla opere edilen hastaların 123 tanesinin patolojisi akut apandisit idi. Preoperatif 100(%67,5) hastanın ultrasonografisi akut apandisit olarak rapor edildi. Bu 100 has-tanın, 93(%93)'ünde patoloji sonucu akut apandisit, 7(%7)'si-nin ise patolojisi normal appendiks olarak rapor edildi. Geriye kalan 48(%32,5) hastanın ultrasonografi sonucu normal olarak rapor edildi. Bu 48 hastanın, 30 (%62,5) 'unda patoloji sonucu akut apandisit, 18(%37,5)'inde ise normaldi. Ultrasonografi-nin sensitivitesi %75,6, spesifitesi %72, pozitif prediktif değeri %93, negatif prediktif değeri %14,6 ve tanı doğruluğu testi ise %81,7 olarak hesaplandı. Ultrasonografinin 1986 yılında Puy-laert tarafından akut apandisit tanısında kullanıldığından beri ultrasonografinin sensitivitesi %44-98, spesifitesi %47-95, po-zitif prediktif değeri %84-96 ve negatif prediktif değeri %76-97 olarak rapor edilmiştir(1). Çalışmamızdaki negatif prediktif de-ğer düşüktü. Nedenin muhtemelen gerçek negatif değer in dü-şük olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ultrasonografi akut apandisit tanısında güvenilir bir tetkik olmakla beraber, negatif olması akut apandisit olmadığını anlamına gelmez. Akut apandisit tanısında, klinik bulgular ve laboratuvar parametre-leri ile beraber değerlendirmek gerekir.

Ultrasonografinin akut apandisit tanısındaki yeri

İstatistiksel Sonuçlar	%
Sensitivite	75,6
Spesifite	72
Pozitif Prediktif Değer	93
Negatif Prediktif Değer	14,6
Tanı Doğruluğu Testi	81,7

[SB - 16]**Akut Apendisit Tanısında Alvarado Skoru'nun Etkinliği**FAİK TATLI¹, UĞUR EKİCİ², MURAT KANLIÖZ², ORHAN GÖZENELİ¹, ALİ UZUNKÖY¹¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa²Malatya Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Malatya

Amaç: Akut apandisit acil abdominal cerrahinin en sık sebe-bidir. Çok sık görülmesine rağmen akut apandisit tanısında etkili bir yöntem bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı akut apandisit tanısında Alvarado skorunun etkinliğini araştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013-Şubat 2015 tarihleri arasında akut apandisit nedeniyle opere edilen 185 hastanın dosyala-ri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların ameliyat öncesi Alvarado skorları hesaplandı. Alvarado skoruna göre hastalar <7 ve ≥7 olarak 2 gruba ayrıldı. Skorlama yapılırken, lökosit >10.000/mm³,nötrofil yüzdesi>%75 ve ateş > 37,5 0 C üzeri pozitif olarak kabul edildi. Gruplar patoloji sonuçları ile karşı-laştırıldı. Alvarado skorunun akut apandisit tanısında sensitivi-tesi, spesifitesi, pozitif prediktif değeri, negatif prediktif değeri ve tanı doğruluğu testi(testin geçerliliği) hesaplandı. **Bulgu-lar:** Çalışmaya dahil edilen 185 hastanın 83(%44,8)'ü kadın, 102(%55,2) tanesi erkekti. Ortalama yaşları 27,12(10-80) yılı. Alvarado skoru <7 olan 67(%36,2) ve skoru ≥7 olan 118(%63,8) hasta mevcuttu. Alvarado skoru<7 olan 34(%50,7) kadın, 33(%49,3) erkek, Alvarado skoru ≥7 olan 49(%41,5) kadın ve 69(%58,5) erkek mevcuttu(Tablo1). Çalışmamızdaakut apandisit ön tanısıyla opere edilen 154(%83,2) hastanın patolojisi akut apandisiti. Bu hastaların 65(%35,1)'i kadın, 89(%48,1)'u erkekti. Bunlardan 39(18 kadın, 21 erkek)'ununAlvarado sko-ru<7 iken 115(47 kadın, 68 erkek)'i iseAlvarado skoru ≥7 olan gruptandı. Geriye kalan 31(%16,8) hastanın patoloji sonucu normaldi.Bu hastaların18(%9)'i kadın, 13(%7)'ü erkekti,28(16 kadın,12 erkek)'inin Alvarado skoru <7 iken 3(2 kadın,1 erkek)'ününAlvarado skoru ≥7 idi. Alvarado skorunun spesi-fitesi %90,3,sensitivitesi % 74,6, pozitif prediktif değeri %97,4, negatif prediktif değeri %18,1 ve doğruluk oranı %77,2 olarak hesaplandı(Tablo 2). **Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak; akut apandisit tanısındafizik muayene, hastanın şikayetleri ve labo-ratuvar bulgularının kombinasyonu olan Alvarado skorunun kullanılmasının hastalara operasyon kararı verip vermeme du-rumunda duyarlı bir yöntem olduğunu düşünüyoruz.

Alvarado Skorlarına göre hastaların cinsiyet dağılımı

Alvarado Skoru		Apandisit	Apandisit Değil	Toplam
<7	Kadın	18	16	34(%50,7)
	Erkek	21	12	33(%49,3)
	Toplam	39	28	67(%36,2)
≥7	Kadın	47	2	49(541,5)
	Erkek	68	1	69(58,5)
	Toplam	115	3	118(%63,8)

Alvarado Skoru'nun akut apandi-sit tanısındaki yeri

İstatistiksel Sonuçlar	%
Sensitivite	74,6
Spesifite	90,3
Pozitif Prediktif Değer	97,4
Negatif Prediktif Değer	18,1
Tanı Doğruluğu Testi	77,2

[SB - 17]

Gebelik e akut apandisit

BUKET ALTUN ÖZDEMİR, AYLİN ACAR, METİN YÜCEL,
TOLGA CANBAK, ETHEM ÜNAL, ADNAN ÖZPEK,
SEMA YÜKSEKDAĞ, FATİH BAŞAK, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
İstanbul

Amaç: Akut apandisit acil cerrahide en sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktör, tanının gecikmesidir. Gebelik sırasında normal olarak ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler, belki de cerrahi bir girişim gerektiren klinik tablonun hem klinik belirtilerinin, hem de fizik muayene bulgularının değişmesine yol açacaktır. Bu çalışmada, akut apandisit nedeniyle opere edilen hastalar literatür eşliğinde tartışıldı. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2010- Ocak 2015 tarihleri arasında akut apandisit nedeniyle opere edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara, ultrasonografi çekildi. Hastaların demografik verileri, trimestreleri, operasyon bulguları, laboratuvar değerleri ve histopatolojik inceleme sonuçları değerlendirildi. **Bulgular:** Ocak 2010-Ocak 2015 tarihleri doğurganlık çağında (18-49 yaş arası) apandisit nedeniyle 712 hasta opere edildi. Çalışmaya gebe olan hastalar alındı. Yirmidört hasta gebe idi. Yaş ortalaması 25,58 (aralık 18 -37) idi. Hastaların hepsinde abdominal hassasiyet mevcuttu, 2. ve 3. sıklıkta görülen fizik muayene bulguları defans ve rebounddu. Laboratuvar incelemede 10 hastada lökositoz varken 14 hastada laboratuvar inceleme normaldi. Ultrasonografik incelemede 11 hastada akut apandisit saptandı. Hastaların 13'ü 1. trimestr, 8'i 2. trimestr ve 3'ü 3. trimestrde idi. Üç hasta laparoskopik yapıldı. Histopatolojik inceleme sonuçlarına göre 20 hasta akut apandisit idi. Üç hastada negatif laparotomi ve 1 hastada paratubal torsiye over kisti mevcuttu. **Tartışma ve Sonuç:** Gebelerde akut cerrahi karın tablosunda, tanı güçlüğü yanında uygulanacak tedavi girişimleri de değişmektedir. Tanı koymada ve tedavide gecikme hem anne, hem de fetüsün hayatını birlikte tehdit eder.

[SB - 18]

Akut Apendisitte Farklı Yöntem, Laparoskopik Assisted Apendektomi (2 port): Retrospektif Çalışma

TURGUT DÖNMEZ¹, SİNA FERAHMAN², SERVER SEZGİN ULUDAĞ²,
MEHMET VELİDEDEOĞLU², OĞUZHAN SUNAMAK³

¹Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

Amaç: Cerrahi gerektiren acil sebepleri arasında akut apandisit ilk sırayı almaktadır. Laparoskopik teknik ile yapılan apendektomi bir çok cerrah tarafından tercih edilen yöntemdir. Ameliyat sırasında apandiks güdüğünün bağlanmasında endo-loop, stapler ve endoklip gibi yardımcı aletler kullanılmaktadır. Bu yöntemler hem maliyeti arttırmaktadır. Çalışmamızda laparoskopik assisted apendektominin ameliyat sonuçları üzerine etkisini araştırmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2004 ile Aralık 2014 tarihleri arasında laparoskopik assisted apendektomi uygulanan 272 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, hastanede kalış süreleri, komplikas-

yonlar, ameliyat süreleri ve cerrahi süreleri incelendi. Ameliyat klasik 3 port tekniği ile gerçekleştirildi. 10 mm'lik trokar karın sağ alt kadrandan, kamera umbilikus altından girildi (Şema 1). Apendiks mezosu koterize edilip kökü ortaya konduktan sonra apendiks karın sağ alt tarafına konmuş olan 10 mm'lik trokardan (Şekil 1) batın dışına alınarak 2/0 ipekle 2 defa kökünden bağlanıp (Şekil 2) eksize edilerek apendektomi uygulandı (Şekil 3). Hastaların dosyaları incelenerek demografik verileri ve klinik takipleri, hastanede kalış süreleri ve morbiditeleri değerlendirildi. **Bulgular:** Toplam 272 hasta çalışmaya dahil edildi. Bunlardan 156'sı erkek (%57,36), 116'sı kadın(%42,64) idi. Hastaların yaş ortalamasının 26,94±9,31, vücut kitle indeks ortalamasının 23,88±3,48 olduğu görüldü. Ortalama ameliyat süresi 43,84±3,68 dakika, ortalama cerrahi ise 24,08±3,72 dakika idi. Hastaların 22 tanesinde (%8) komplike apandisit (perfore/apse) mevcuttu. Post operatif komplikasyon 13 hastada (%5,14) gelişti. Bunlardan 12 hastada 10 mm'lik trokar yerinde infeksiyon, 1 tanesinde post operatif batın içi apse (peruktan drenaj ile tedavi edildi) gelişti. 16 hastada (%5,88) teknik zorluklar sebebiyle laparotomiye geçilmesi gerekti. Ortalama hastanede kalış süresi 1,12±0,46 gündü. İkinci kere ameliyata alınan hastamız olmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Laparoskopik assisted apendektomi yöntemi ile apendektomi ameliyatı yapmak güvenlidir. Bu yöntem hem güvenlik hem de maliyet açısından tercih edilebilecek bir yöntem olabilir.



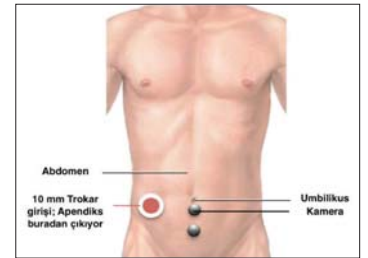
Şekil 1. Apendiks trokar içine alınarak batın dışına çıkarılması.



Şekil 2. Batın dışına alınan apendiks'in ipek ile bağlanması.



Şekil 3. Bağlanan apendiks'in eksizyonu sonrası.



Şema 1. Port ve kamera giriş yerleri.

[SB - 19]

İnsidental Apendiks Neoplazileri Son Üç Yıllık Klinik Deneyimimiz

SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN¹, OĞUZ HANÇERLİOĞLU¹,
MAHMUT YILMAZ¹, ZAFER KILBAŞI¹, ORHAN KOZAK¹,
ARMAĞAN GÜNAL², MELİH KILIÇ²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Apendiks en sık görülen hastalığı akut apandisit. Akut apandisit tanısı genellikle klinik bulguları destekleyen beyaz küre artışı, ultrasonografi ve abdominal tomografi ile konulur. Tanı konulduğunda perforasyon riski taşıdığı için acil

müdahale edilmesi gerekir. Apendektomi sonrası patolojik tanı genellikle akut apendisittir. Ancak nadiren apendisyal neoplazmlar olarak da karşımıza çıkar. Apendisyal neoplazmlar benign ve malign neoplazmları kapsar. Benign neoplazmlar; adenom, leiomyom, nörom, lipom; malign neoplazmlar; karsinoid, müsinöz neoplazm ve adenokarsinomdur. Bu çalışmada akut apendisit şüphesiyle cerrahi girişim uygulanan hastaların apendektomi sonrası karşılaştığımız insidental apendiks neoplazilerinin bulgularının değerlendirilmesini amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma örnekleme Ekim 2012 ve Mayıs 2015 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Kliniğinde akut apendisit tanısı ile apendektomi yapılan 1332 hastada rastlanan insidental apendiks neoplazileri tanısı ile izlenmiş olan 20 hasta alındı. Örneklem dahilindeki hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamasının 44.6 ± 14.41 ve %65'inin erkek olduğu belirlendi. Hastaların hastaneye geliş sırasındaki beyaz küre ortalaması 9645.0 ± 4490.3 mm³ olarak saptandı. Ultrasonografik incelemede %55'inde apendiksin görülemediği, görülen apendikslerin çap ortalamalarının $10,65 \pm 4,16$ mm olduğu belirlendi. Hastaların %95'ine apendektomi ameliyatı, bir hastaya ise apendektomi ile birlikte parsiyel çekum rezeksiyonu ameliyatı yapıldığı saptandı. Patoloji raporları incelendiğinde 9 hastada düşük dereceli müsinöz neoplazm (%45), 6 hastada apendisyal adenom (%30), 4 hastada nöroendokrin tümör (%20), 1 hastada mide adenokarsinom metastazı olduğu ve hastalara apendektomi dışında genişletilmiş bir ameliyata gerek duyulmadığı belirlendi. Klinikte ortalama yatış süresi 6.1 ± 6.17 gün olan hastaların %95'inin taburcu, %5'inin exitus olduğu saptandı. **Tartışma ve Sonuç:** Akut apendisit nedeniyle ameliyat edilen hastaların çoğu akut apendisit tanısı almasına rağmen nadir olarak apendisyal neoplazmlar da karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle akut apendisit belirti ve bulguları ile gelen hastaların preoperatif değerlendirmeleri iyi yapılmalı, postoperatif patoloji sonuçlarına göre tedavileri belirlenmeli ve eşlik edebilecek kolorektal tümörler açısından hastalar takip edilmelidir.

[SB - 20]

Eşzamanlı Tanı Alan İntestinal Malrotasyon ve Akut Apendisit Olgu Sunumu

ÖMER CENK CÜCÜK, ADEM BAYRAKTAR, ALİ FUAT KAN GÖK, MEHMET İLHAN, SÜLEYMAN BADEMLER, CEMALETTİN ERTEKİN

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

Amaç: İntestinal malrotasyon barsak sistemin embriyolojik olarak normal dönmesini tamamlayamamasıyla gelişen bir anomalidir. 6000 doğumdan 1'inde semptomatik olarak görülmektedir. Çekum ve apendiksin anormal pozisyonu nedeniyle akut apendisit tanısını koymak zorlaşmaktadır. İntestinal malrotasyona bağlı hastalıklar ve komplikasyonlar genellikle infantil ve çocukluk çağında görülürken nadir de olsa erişkin yaşa ulaşana kadar bulgu vermeyebilirler. Bu olgu sunumunda amaç; akut batın olgularında intestinal malrotasyon ihtimalinin de akıldaki tutulması gerekliliğini vurgulamaktır. **Gereç ve Yöntem:** Olgumuz 42 yaşında erkek hasta. Bir gündür olan karın ağrısı ifadesiyle Acil Cerrahi Polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol alt kadranda hassasiyet ve rebound pozitif olarak saptandı. Bulantı ve iştahsızlık mevcut idi. Vital bulguları stabil olan hastanın tam kan sayımında $14 \times 10^3/\text{mm}^3$ lökosit, hemoglobin 14,4 gr/dl, trombosit sayısı $314,4 \times 10^3/\mu\text{l}$ olarak ölçüldü. Üre, kreatin ve elektrolitler normal aralıkta idi, C-reaktif

protein normal aralığın üst sınırında 5,3 mg/L saptandı. Tam idrar tahlili normaldi. Hastaya yapılan acil batın ultrasonografisinde apendiksin vizüalize edilememesi dışında ek özellik saptanmadı. Akut batın muayene bulguları olan hastaya oral – iv – rektal kontrastlı Batın Bilgisayarlı Tomografi çekildi. Tomografide 18,6 mm genişliğinde akut apendisitle uyumlu görünüm saptandı. Ayrıca ince barsaklar sağ alt kadranda, transvers kolon karaciğer üstünde ve sağ kolon ve çekum batın sol alt kadranda yerleşmiş görünmekteydi. Olguda intestinal malrotasyon söz konusu idi. Hastaya akut apendisit tanısı ile laparoskopik apendektomi yapıldı. Port giriş yerleri standart yerleşimin simetriği şeklinde idi. Sol alt kadranda çekum ve ucunda geniş ödemli enflame apendiks gözlemlendi. Ameliyat sonrası 6. saatte oral alımı açılan hasta 1. günde taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Sol alt kadranda ağrısı ile başvuran bu yaş grubu hastalarda diğer akut batın patolojileri ön planda düşünülürken düşük ihtimalle de olsa semptomlardaki belirsizliklere ve intestinal malrotasyon veya situs inversus anomalilerine bağlı sol yerleşimli akut apendisit tanısı akıldaki tutulmalıdır.



Ameliyat görüntüsü. Apendiksin sol yerleşimli konumunu gösteren bu görüntüde karaciğer sol lob görüntüde izlenmektedir.



BT görüntüsü.

[SB - 21]

Gebelerde Akut Apendisit Deneyimimiz

SÜLEYMAN BADEMLER, YİĞİT SOYTAŞ, İBRAHİM FETHİ AZAMAT, MEHMET İLHAN, ALİ FUAT KAN GÖK, HAKAN TEOMAN YANAR, RECEP GÜLOĞLU

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

Amaç: Gebelerde tanısal yöntem kullanımının kısıtlı olmasından dolayı akut apendisit tanısını koymak daha zordur. Bu çalışmanın amacı; son 5 yıl içerisinde kliniğimizde takip ve tedavisi yapılan akut apendisit tanısı almış gebe hastaların tanı ve tedavisini incelemektir. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2009–Aralık 2014 tarihleri arasında apendektomi yapılan 1580 hastadan; 31 gebe hasta yaş, gebelik yaşı, klinik ve laboratuvar bulguları, görüntüleme yöntemleri, ortalama hastanede yatış süresi açısından retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Olguların yaş ortalaması 20.03 (19-41 arasında) idi. Ortalama gebelik haftası 19.2 (6-36 arasında) idi. Tüm hastalarda sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Hastaların 13'ünde (%41) sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Ortalama Alvarado skoru 7.70 (6-10 arasında) idi. Tüm hastalara ultrasonografik inceleme yapıldı ve 26'sında (%83) akut apendisit tanısı doğrulandı. Ultrasonografik olarak apendiks vizüalize edilemeyen 5 (%17) hastaya MRG yapıldı. Fizik muayenesi şüpheli ve ultrasonografik olarak akut apendisit ile uyumlu bulgular saptanamayan bu 5 hastaya MRG ile tanı konularak apendektomi yapıldı. Ortalama hastanede yatış süresi 2.6 (1-5) gün olarak saptandı (1580 hastada ortalama yatış süresi: 1,6 gün). 28. ve 36. haftada olmak üzere

2 hastada erken doğum görüldü. Tüm hastalara preoperatif ve postoperatif tokolitik tedavi uygulandı. **Tartışma ve Sonuç:** Akut apandisit gebelikte en sık rastlanan obstetrik dışı cerrahi patolojidir. Gebelik haftasına bağlı olarak apandiksini yeri değişebilmektedir. Fizik muayene ve ultrasonografik inceleme ile tanı koymak zorlaşmaktadır. Alvarado skorunun düşük olduğu ve ultrasonografik olarak saptanamayan şüpheli olgularda; MRG akut apandisit tanısının erken konulmasında ve doğrulanmasında yardımcı olmaktadır. Gebe popülasyonunda diğer hastalar ile karşılaştırıldığında hastanede yatış süresi dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

[SB - 22]

Akut Apandisit Olgularının Tanı Öncesi Laboratuvar Değerlerinin Patoloji Sonuçları ile Karşılaştırılması

BERK GÖKÇEK, SERACETTİN EĞİN, METİN YEŞİLTAŞ, SEMİH HOT, SEDAT KAMALI, BURAK GÜNEY, SERVET RÜŞTÜ KARAHAN

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Akut Apandisit acil cerrahi pratiğinde en sık karşılaşılan hastalıktır. Çalışmamızın amacı Akut Apandisit tanısında kullanılan laboratuvar testlerinin patolojik sonuç ile uyumunu karşılaştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** 01.01/ 31.12.2014 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Cerrahi Kliniğinde akut karın nedeniyle opere edilen ve akut apandisit tanısı alan hastaların ameliyat öncesi laboratuvar tetkikleri (Lökosit - WBC, eritrosit - RBC, hemoglobin - Hb, hematokrit - Hct, trombosit - PLT, ortalama trombosit hacmi, trombosit dağılım genişliği, eritrosit dağılım genişliği, nötrofil, lenfosit, CRP, total ve direkt bilirubin değerleri) ile apandektomi piyesine ait patoloji raporları retrospektif olarak incelendi. Daha önce kanser tanısı almış olan, antikoagülan tedavi uygulanmakta olan veya hematolojik bir hastalığı olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmamızda Mann Whitney U testi ve Ki kare testi kullanıldı. **Bulgular:** Yaş ortalaması 31,4/yıl olan 180'i erkek ve 90'ı kadın toplam 270 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu ameliyatların 75 tanesi laparoskopik olarak gerçekleştirildi. Patolojik değerlendirme sonucunda 28 hastada(%10.4) apandiks normal olarak bildirilmişti. Laboratuvar sonuçları ortalaması: lökosit (13800uL), RBC (4,5 * 106 uL), Hb (13,7 gr/dl), Hct (41,12%), Nötrofil (11027 uL), Direkt Bilirubin 0,14 mg/dl), Nötrofil /lenfosit oranı 8,12 olarak bulundu. **Tartışma ve Sonuç:** Erkeklerde akut apandisit daha sık (p=0,016) görülmekle birlikte gruplar arasında yaş açısından fark bulunamadı. Gruplar arasındaki WBC, RBC, Hb, Hct, Nötrofil sayısı, Direkt bilirubin ve nötrofil lenfosit oranı istatistiksel olarak da anlamlı farklıdır (p≤0,05). Akut Apandisit en sık karşılaşılan cerrahi hastalıklardandır, tanıda gecikilmesi durumunda komplikasyonlar gelişebilmektedir. Akut Apandisit tanısı için klinik değerlendirme yanında enflamasyon varlığında artan biyokimyasal parametreler araştırılmıştır. Diğer klasik verilerin yanında nötrofil lenfosit oranı anlamlı bir değerlendirme yöntemidir.

[SB - 23]

Laparoskopik Appendektomilerde Spinal-Epidural (Kombine) Anestezi ve Genel Anestezinin Karşılaştırılması

TURGUT DÖNMEZ¹, VUSLAT MUSLU ERDEM², SINAN UZMAN³, SİNA FERAHMAN⁴, ENGİN HATİPOĞLU⁴

¹Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Laparoskopik appendektomi (LA) son yıllarda gittikçe artan bir popülerite kazanmıştır. Standart olarak genel anestezi altında gerçekleştirilmekte olan operasyonların kombine anestezi altında yapılabildiği bilinmektedir. Çalışmamızda LA'de kombine ve genel anesteziyi (GA) karşılaştırmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Akut apandisit nedeniyle LA uygulanan ardışık 50 hasta çalışmaya alındı. Spinal anestezi veya pnömo-peritoneum için herhangi bir kontrendikasyonu olanlar çalışmaya alınmadı. Bunun dışında tüm hastalar çalışmaya alınarak incelendi. Hastalar kombine anestezi ve genel anestezi olarak iki gruba ayrıldı. Tüm hastalara operasyondan önce 10 ml/kg ringer laktat ile prehidrasyon yapıldı. Kombine Anestezide needle-through-needle tekniği ile L2-L3 aralığından oturur pozisyonda gerçekleştirildi. Spinal anestezi için 26G pencil-point spinal iğne kullanıldı. Subarakoid boşluğa 3 ml %0.5 hiperbarik bupivakain ve fentanyl 10 µg ve epidural boşluğa bupivacaine 0.5% 10 ml, 2% lidocaine 5 ml, fentanyl 1 ml ve 4 ml isotonic saline karışımı verildi. GA grubunda anestezi induksiyonunda propofol (2-2.5 mg/kg), fentanyl 1 µg/kg ve rocuronium 0.6 mg/kg idamesinde sevoflurane (1.5-2%) kullanıldı. Demografik veriler, hemodinamik parametreler, cerrahi ve toplam süre, yatış süresi, peroperatif ve postoperatif yan etkiler ve postoperatif ağrı düzeyleri karşılaştırıldı. **Tartışma ve Sonuç:** İki grubun demografik özellikleri, cerrahi ve toplam süre ile yatış süreleri arasında fark yoktu. 6. saatte iki grubun ağrı skorları arasında fark yoktu. 1, 12 ve 24. saatlerde ise kombine grubunda daha düşük ağrı skorları bulduk. Sonuç olarak laparoskopik appendektomilerde kombine Anestezinin uygun, yeterli ve güvenli olduğunu gördük. Ayrıca kombine anestezi ile daha iyi post operatif ağrı kontrolü sağlanmaktadır. Ayrıca daha az omuz ağrısı ve bulantı-kusma görülmesi bir diğer avantajdır.

[SB - 24]

Akut Apandisit Nedeniyle Ameliyat Edilen Olguların Yaş, Cinsiyet ve Terminal Patolojiler Açısından Karşılaştırılmaları

MAHMUT SAİD DEĞERLİ, MUZAFFER AKINCI, ŞEVKİ PEDÜK, AKIN ÜNAL, ZEHRA ZEYNEP KEKLİKKIRAN, EZGİ TATLISU, AHMET KOCAKUŞAK, FAZİLET ERÖZGEN, MÜRŞİT DİNÇER, TURGAY YILDIZ, GAMZE ÇITLAK, İBRAHİM RAFET KAPLAN

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Akut apandisit en sık karşılaşılan akut karın nedenidir ve en sık acil cerrahi girişim endikasyonudur. Genel olarak adölesan ve genç erişkinlerin hastalığıdır. Biz bu çalışmada akut apandisit nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalar-

da demografik özellikler ve terminal patolojiler arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 2009-2014 yılları arasında akut apandisit nedeniyle acil cerrahi girişim uygulanan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. demografik özellikler, terminal patolojiler, perforasyon varlığı, komplikasyon ve hastanede kalış süresi kaydedildi. **Bulgular:** 2009-2014 yılları arasında ameliyat edilen ve kayıtlarına ulaşılabilen 2112 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %67,5'ini erkekti(n=1426). Yaş ortalaması 33,6±12,9, ortanca yaş 30(19-90) saptandı. hastaların %0,6 terminal patoloji normal apendiks olarak gelirken %1,7 apandisit dışı patolojiler(örn: nöroendokrin tm, inflamatuvar bağırsak hastalığı, mukosel vs) olarak saptandı. hastalar 30 yaş altı (grup1) ve üstü (grup2) olarak ikiye ayrıldığında K/E oranı sırasıyla 297/792 ve 389/634 saptandı ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı. İki grup arasında terminal patolojik tanı, perforasyon, komplikasyon ve hastanede kalış süreleri arasında anlamlı fark saptanmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Apandisit her yaşta görülebilen bir hastalık olmakla birlikte genç erişkinlerde daha sık görülmektedir. Ancak bizim serimizde 30 yaş altı ve üstü hasta sayısı yaklaşık eşit saptanmıştır.

[SB - 25]

Plastrone Apandisit: İnterval Apendektomi Yapmak Gerekli mi?

ALİ FUAT KAAN GÖK, YİĞİT SOYTAŞ, BARAN MOLLAVELİOĞLU, SERCAN YÜKSEL, MEHMET İLHAN, SÜLEYMAN BADEMLER, HAKAN TEOMAN YANAR, KAYIHAN GÜNAY, RECEP GÜLOĞLU, CEMALETTİN ERTEKİN

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

Amaç: Plastrone apandisit tanısı ile tedavi edilen olgularda interval apendektomi gerekliliğini değerlendirmek. **Gereç ve Yöntem:** 1 Ocak 2010 ve 31 Aralık 2014 tarihleri arasında plastrone apandisit tanısı ile yatırılarak tedavi edilen 43 hastanın yaş, cins, semptomların başlaması ile hastaneye başvuru arasındaki süre, hastanede yatış süresi ve takipleri açısından retrospektif olarak incelendi. Plastrone apandisit tanısı anamnez, fizik muayene, karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi ile konuldu. **Bulgular:** Olguların 25'i erkek (%58,2), 18'i kadındı. (%41,8). Ortalama yaş 47.7 (dağılım 19-87 yaş) idi. Semptomların başlaması ile hastaneye başvuru arasındaki süre ilk tanı anında ortalama 9.1 (7-12) gün iken plastrone apandisit tanısı ile ikincil yatış yapılan hastalarda semptom başlangıcı ile hastaneye başvuru arasındaki süre 2.7 (1-4) gündü. İki olguya tanısız laparoskopik, beş olguya tanısız laparotomi yapılarak batın yıkama yapıldı. Bir olguya perop malignite kuşkusu nedeniyle; bir olguya çekum yaralanması nedeniyle sağ hemikolektomi yapıldı. İki olguya taburculuktan 1 ay sonra yapılan rutin kolonoskopi değerlendirilmesinde malignite saptanması üzerine sağ hemikolektomi yapıldı. Periapendiküler apse gelişen 3 olguya lokal anestezi altında perkütan drenaj uygulandı. Ortalama hastanede kalış süresi 8.7 (5-12) gündü. Bir olguda apendiküler hastalık nedeniyle 26 ay sonra ve 30 ay sonra tekrar yatış gereksinimi oldu ve 3. yatışında apendektomi uygulandı. Bir hastada apendiküler hastalık nedeniyle 4 ay sonra tekrar yatış gereksinimi oldu ve kolonoskopide inflamatuvar bağırsak hastalığı saptanması üzerine tedavisine medikal olarak devam edildi. Bir hastada taburculuk sonrası 7. günde ikincil yatış gereksinimi oldu ve apse nedeniyle perkütan drenaj uygulandı. Diğer hastalarda nüks saptanmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Plastrone apandisit tanısı konularak konservatif tedavi yapılan ve

taburculuk sonrası yapılan kolonoskopi ile ileoçekal patolojiler dışlanan olgularda rutin interval apendektomi yapılmadan takip edilmesi uygun bir seçenektir.

[SB - 26]

Akut Apandisit Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastalarda Apandisit Dışı Tanılar

MAHMUT SAİD DEĞERLİ, MUZAFFER AKINCI, ŞEVKİ PEDÜK, AKIN ÜNAL, ZEHRA ZEYNEP KEKLİKKIRAN, EZGİ TATLISU, AHMET KOCAKUŞAK, FAZİLET ERÖZGEN, MÜRŞİT DİNÇER, TURGAY YILDIZ, GAMZE ÇITLAK, İBRAHİM RAFET KAPLAN

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Apendektomi en sık yapılan acil cerrahi girişimdir. Bu çalışmada akut apandisit nedeniyle ameliyat edilen ancak apandisit dışı patoloji sptanan hastaları değerlendirmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 2009-2014 yılları arasında akut apandisit nedeniyle acil cerrahi girişim uygulanan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Terminal patolojisi akut apandisit dışında saptanan olguların verileri değerlendirildi. **Bulgular:** 2009-2014 yılları arasında akut apandisit nedeniyle ameliyat edilen ve kayıtlarına ulaşılabilen 2112 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %67,5'ini erkekti(n=1426). Yaş ortalaması 33,6±12,9, ortanca yaş 30(19-90) saptandı. Hastaların %1,7'sinde (n=36) apandisit dışı patolojiler(örn: nöroendokrin tm, inflamatuvar bağırsak hastalığı, mukosel vs) olarak saptandı. 10 olguda patoloji nöroendokrin tm, 7 olguda müsinöz neoplazi, 3 olguda müsinöz adenokarsinom, 3 olguda mukosel ve 10 olguda inflamatuvar bağırsak hastalığı ile uyumlu olarak saptandı. **Tartışma ve Sonuç:** Akut apandisit nedeniyle opere edilen hastalarda amsanmayacak bir oranda malignite ve diğer tanılar saptanabileceğinden hastalar yakın takip edilmelidir.

[SB - 27]

Erişkinlerde Nadir Akut Karın Nedeni: Meckel Div ertikülleri

BUKET ALTUN ÖZDEMİR, AYLİN ACAR, METİN YÜCEL, MUSTAFA ÖZBAĞRIÇIK, ETHEM ÜNAL, TOLGA CANBAK, ADNAN ÖZPEK, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Meckel divertikülü, gastrointestinal sistemde %1-3 oranında görülen en sık konjenital anomalidir. Mekanik intestinal obstruksiyon, gastrointestinal kanama, divertikülit ve perforasyon komplikasyonları olduğunda semptomatik olmaktadır. Bu yazıda, meckel divertikülü komplikasyonu gelişen hastalar değerlendirildi. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2010-Nisan 2015 tarihleri arasında akut karın nedeniyle opere edilen hastalarda divertikül saptanarak wedge rezeksiyon yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, şikayet süreleri, yapılan operasyonlar, yatış süreleri ve postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi. **Bulgular:** Divertikül saptanarak wedge rezeksiyon yapılan 8 hasta mevcuttu. Hastaların 5'i erkek ve 3'ü kadındı. Yaş ortalaması 32,1 (aralık 19-43) idi. Hastanede yatış süresi ortalama 2,28 (aralık 1-10) gündü. Preoperatif tanılar; 5 hastada akut apandisit, 2 hastada mekanik intestinal obstruksiyon ve 1 hastada inkarsere inguinal herni idi. Preoperatif meckel divertikülü tanısı alan hasta yoktu. Akut apandisit ön tanısı olan 4 hastaya wedge rezeksi-

yon ve apendektomi yapıldı ve 1 hasta laparoskopik başlandı, apendiks normal olduğu görülmesi üzerine apendektomi yapılmadı. Tüm hastalardaki divertiküllere wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik incelemede, tüm hastalarda heterotopik mide mukozası içeren meckel divertikülü saptandı. Ortalama takip süresi 31,1 (1-63) aydı. Postoperatif komplikasyon gelişmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Mekanik intestinal obstruksiyon ve akut karın olgularında meckel divertikülü ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

[SB - 28]

Sigmoid Divertikülit Tedavisinde Uyguladığımız Yöntemler ve Sonuçlarımız

ESRA İLK¹, ADNAN ÖZPEK¹, METİN YÜCEL¹, BUKET ALTUN ÖZDEMİR¹, ALİ KILIÇ¹, FİKRET EZBERCİ¹, GÜRHAN BAŞ¹, ORHAN ALİMOĞLU²

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sigmoid divertikülit, acil polikliniklerde giderek artan sıklıkta akut karın bulgularıyla karşımıza çıkmaktadır. Erken evrede tanı konulabilirse laparotomiye gerek kalmadan medikal tedavi ile tedavi edilebilmektedir. Bu çalışmada sigmoid divertikülit tanısı ile tedavi ettiğimiz hastaların bulgularını analiz etmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2009 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında kliniğimize yatırarak tedavi ettiğimiz sigmoid divertikülit tanılı hastalar yaş, cinsiyet, klinik bulgular, lökosit ve C-reaktif protein (CRP) değerleri, bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya ameliyat bulgusu, kolonoskopi sonucu, uygulanan tedavi yöntemi, hastanede yatış süresi ve mortalite yönünden retrospektif olarak değerlendirildi. Sigmoid divertikülitin evrelemesinde Hinchey sınıflaması kullanıldı. **Bulgular:** Fizik muayene, laboratuvar, BT ve ameliyat bulgularıyla toplam 50 hastaya sigmoid divertikülit tanısı konuldu. Hastaların 28(%56)'i erkek, 22(%44)'si kadın, yaş ortalaması 52.5(22-96) idi. Hastaların hepsinde karın ağrısı şikayeti mevcuttu. Hastaların ortalama lökosit ve CRP değerleri sırasıyla 12.100/mm³(2.000-28.000) ve 7.7 mg/dl(0.2-32) bulundu. IV-oral-rektal kontrastlı abdominal BT inceleme sonucunda hastaların 6(%12)'sine Hinchey III, 2(%4)'sine Hinchey II, 42(%74)'sine ise Hinchey I evre sigmoid divertikülit tanısı konuldu. BT sonucuna göre Hinchey III evre ve klinik olarak generalize peritonit bulguları mevcut olan 6 hastaya acil laparotomi uygulandı. Bu hastalardan 4(%8)'üne Hartmann prosedürü, 2(%4)'sine ileostomi uygulandı. Hinchey II evre 2(%4) hasta perkutan apse drenajı ve antibiyoterapi, Hinchey I evre 42(%74) hasta ise antibiyoterapi ile tedavi ve taburcu edildi. Hastaların ortalama yatış süresi 5.1(1-16) gündü, mortalite görülmedi. Hastaların 33(%66)'üne tedaviden 4-6 hafta sonra kolonoskopi uygulandı ve bunların hepsinde kolon divertikülü olduğu görüldü. Hartmann prosedürü ve ileostomi uygulanan hastaların stomaları postoperatif 2-4 ay arasında kapatıldı. Üç kere divertikülit atağı geçiren 2 hastaya elektif olarak robot yardımcı laparoskopik sigmoid rezeksiyon uygulandı. **Tartışma ve Sonuç:** Klinik olarak sigmoid divertikülit düşünülen hastaların tanı ve evrelemesinde üç kontrastlı BT üst düzeyde tanı koydurucudur. Hinchey I'de antibiyoterapi, Hinchey II'de perkutan drenaj ve antibiyoterapi yeterli olurken, laparotomi sadece Hinchey III ve IV'de gerekmektedir.

[SB - 29]

Abdominal Katastrofi: 21 Hastalık Deneyim

ABDULLAH ŞİŞİK, GÜRHAN BAŞ, FATİH BAŞAK, ALİ KILIÇ, TOLGA CANBAK, ADNAN ÖZPEK, METİN YÜCEL, İLYAS KUDAŞ, AYLİN ACAR, ALİ EDİZ KIVANÇ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Abdominal katastrofi genellikle travmatik olmayan karın içi problemlerin tedavileri sırasındaki komplikasyonları tanımlayan ciddi klinik durumları ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Sıklıkla enflamasyonla ilişkili bir durum olsa da abdominal kompartman sendromu ve enterokutan fistüller de bu duruma sebep olabilir. Bu hasta grubu; acil veya planlı multipl cerrahi girişimlerin gerekiyor olması, postoperatif takipte yoğun bakım ünitesi ihtiyacının çok fazla olması ve hastanede kalış sürelerinin oldukça uzun olması sebebiyle genel cerrahi klinikleri için önem arz etmektedir. **Gereç ve Yöntem:** Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde ocak 2012-temmuz 2015 tarihleri arasında 30 günden fazla yatarak tedavi gören, aynı yatışta multipl cerrahi girişim uygulanan veya postoperatif uzun süre lokal yara bakımı uygulanan hastalar hastane kayıt sisteminden retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, hastanede kalış süreleri, geçirdikleri ameliyat sayıları, uygulanan cerrahilerin acil olarak mı yoksa elektif olarak mı uygulandığı, postoperatif yara yeri enfeksiyonu, fistül varlığı, ortaya çıkan karın içi problemin sebebi ve mortalite oranları retrospektif olarak incelendi ve kayıt altına alındı. **Bulgular:** Toplam 21 hasta abdominal katastrofi olarak değerlendirilmiştir. Hastaların 16'sı erkek, 5'i kadındır. Yaş ortalamaları 59.66 olarak saptanmıştır. Ortalama hastanede kalış süresi 72.23 gün olarak saptanmıştır. Hastalara ortalama 3 kez cerrahi uygulanmıştır. Hastaların %76'sına postoperatif yara yeri enfeksiyonu, evisserasyon gibi sebeplerle vakum yardımcı kapama (VAC) uygulanmıştır. Mortalite oranı %28 saptanmıştır (Tablo 1). 21 hastanın genel dökümantasyonu Tablo 2'de verilmiştir. **Tartışma ve Sonuç:** Yoğun bakım ünitelerindeki ilerlemeler, geniş spektrumlu antibiyotikler, open abdomen uygulamaları ve kademeli laparotomi uygulamaları gibi cerrahi tekniklerdeki gelişmelere rağmen ciddi abdominal sepsis halen problemleri bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı serilerde abdominal katastrofik hastalarda %60'lara varan mortalite oranlarından bahsedilmektedir. Bizim çalışmamızda %28 mortalite oranı saptadık. Abdominal katastrofi durumlarında cerrahi yaklaşım enfeksiyon kaynağının eliminasyonu, perioperatif lavaj, nekrotik dokuların uzaklaştırılması ve lokal drenaj sağlanıp batının definitif kapatılmasını içermelidir. Bu durum genellikle multipl girişimlerle mümkün olmaktadır. Bizim çalışmamızda da hastalar multipl cerrahi girişimler uygulanmış ve katastrofik durumun kontrolü yüksek oranda sağlanmıştır. Literatür verileri laparotomilerin VAC yöntemleri ile kapatılmasının yüksek oranda başarı ile sonuçlandığını desteklemektedir. Bizim çalışmamızda da VAC uygulamaları başarı ile kullanılmıştır.

Tablo 1. Abdominal katastrofi tablosundaki hastaların demografik ve klinik özellikleri

Yaş ort. (Min-max)	59.66 (17-83)
Cinsiyet Erkek/Kadın	16/5
Hastanede ort. kalış süresi/gün (Min-max)	72.23 (30-195)
Uygulanan ort. cerrahi sayısı (Min-max)	3 (1-6)
VAC uygulanma oranı (%)	16/21 (76)
Mortalite oranı (%)	6/21 (28)

Tablo 2. Abdominal katastrofil hastaların verileri

Hasta No	Cinsiyet	Hasta Yaşı	Yatış Süresi	Ameliyat Sayısı	İlk ameliyat	Cerrahi endikasyonu	Peritonitin yeri	Postop VAC uygulaması	Sonuç
1	K	46	195	6	Acil	İntestinal Perforasyon	Mide, ince barsak, kolon	Evet	Taburcu
2	E	49	81	5	Elektif	Anastomoz kaçağı	İnce barsak, kolon	Evet	Exitus
3	E	68	58	2	Elektif	Anastomoz kaçağı	Kolon	Evet	Exitus
4	E	83	56	2	Acil	Fistül	Safra yolu	Evet	Taburcu
5	E	39	167	5	Acil	Pankreatik nekroz, Fistül (enterokutan)	Pankreas, kolon	Evet	Taburcu
6	E	64	51	3	Elektif	İntestinal Perforasyon	İnce barsak	Evet	Taburcu
7	K	54	41	2	Elektif	Anastomoz kaçağı	Kolon	Hayır	Taburcu
8	E	64	74	2	Elektif	Anastomoz kaçağı	Kolon	Hayır	Taburcu
9	E	58	40	2	Elektif	Fistül	Pankreas	Evet	Taburcu
10	E	55	49	1	Acil	İntestinal Perforasyon	İnce barsak	Evet	Taburcu
11	E	17	36	1	Acil	İntestinal Perforasyon	Kolon	Evet	Taburcu
12	E	57	52	4	Acil	Fistül (enterokutan)	Mide, ince barsak	Evet	Taburcu
13	E	63	116	4	Acil	Anastomoz kaçağı	İnce barsak	Evet	Exitus
14	K	46	159	4	Acil	Anastomoz kaçağı	Kolon	Hayır	Exitus
15	K	66	31	4	Acil	Anastomoz kaçağı	İnce barsak	Hayır	Taburcu
16	E	58	50	3	Acil	Anastomoz kaçağı	Kolon	Evet	Taburcu
17	E	81	41	3	Acil	Anastomoz kaçağı	Duodenal	Evet	Exitus
18	E	76	34	2	Elektif	Anastomoz kaçağı	Kolon	Evet	Taburcu
19	E	75	30	2	Acil	Anastomoz kaçağı	İnce barsak	Evet	Exitus
20	K	75	98	3	Elektif	İntestinal Perforasyon	İnce barsak	Evet	Taburcu
21	E	59	58	3	Acil	Anastomoz kaçağı	Duodenal	Evet	Taburcu

[SB - 30]**Açık Karında Mortaliteyi Etkileyen Faktörler: On yedi Olgunun Retrospektif Klinik Değerlendirmesi**

SERACETTİN EĞİN, SEDAT KAMALI, BERK GÖKÇEK, METİN YEŞİLTAŞ, SEMİH HOT, HAKAN TEZER, SERVET RÜŞTÜ KARAHAN

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Vacuum Aspirated Closure (VAC) sistemlerini uyguladığımız açık karın (AK) hastalarımızda mortaliteyi etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2013-2015 yılları arasında, tamamında VAC uygulayarak yönettiğimiz 17 AK olgusu retrospektif incelenmiştir. Yaşayan ve mortal gruplar yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKE), etyoloji, ilk laparotomide uygulanan cerrahi işlemler, Apache II skoru, Mannheim peritonit endeks skoru, Björk skoru, fasya skoru, abdominal defekt boyutları, stoma ve fistül varlığı, VAC uygulamasına kadar geçen AK süresi ve VAC tedavi süresi açısından karşılaştırıldı. **Bulgular:** Olgularımızın tümü peritonit gelişmiş açık karın hastaları idi. Olgularımızın 9'u kadın (%53), 8'i erkek (%47) olup, yaş ortalaması 58,35±16,35 (22-82) idi. Olguların 7'si ölmüştü (%41). Geriye dönük olarak mortaliteyi hangi faktörlerin etkilediği araştırıldı. İstatistiksel yöntem olarak nominal değerler için Chi square, devamlılık gösteren parametreler için ise Mann Whitney U testi ile anlamlılık farkları araştırıldı. Cinsiyet dağılımının sağkalım üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı fakat yaş dağılımının ve VKE'nin sağkalım üzerinde anlamlı bir farkı olduğu saptandı (her ikisinde de p:0,05). Apache II skoru, Mannheim peritonit endeks skoru, Björk skoru, fasya skoru, abdominal defekt boyutları, VAC uygulamasına kadar geçen AK süresi ve VAC tedavi süresinin mortalite üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı saptandı. Mortal olguların 3'ünde enteroatmosferik ve 3'ünde enterokolik, yaşayan olguların

2'sinde enterokolik ve 1'inde gastrik fistül vardı. Fistül varlığı ile mortalite arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı (p:0,03). Özellikle enteroatmosferik fistüllerin mortalite üzerinde anlamlı farkının olduğu ortaya çıktı (p:0,027). Fistüllerin kendi arasında (enteroatmosferik ve diğer fistüller) istatistiksel fark yoktu (p:0,23). Mortal olguların 5'inde, yaşayan olguların 5'inde kolostomi ve enterostomi şeklinde stomalar açıldı. Stomaların varlığı ile sağkalım arasında anlamlı fark saptanmadı (p:0,35). Stoma tipiyle sağkalım arasında da anlamlı fark yoktu (p:0,59). **Tartışma ve Sonuç:** Olgu sayımız arttıkça, henüz istatistiksel anlamlı saptamadığımız faktörlerin bazıları anlamlı çıkabilir. Enfekte açık karın hastalarında mortalite %50 üzerindedir. Enteroatmosferik fistülün tabloya eklenmesi mortalite ve morbiditeyi daha da çok yükseltir.



Şekil 1. Genelize peritonit. Para-ovarian apsenin batın içine spontan drenajı sonrası gelişen genelize peritonit.



Şekil 2. VAC uygulaması. Şekil 1'deki olgunun VAC ile geçici kapatılması.



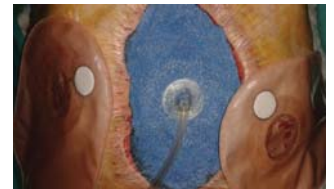
Şekil 3. Kalıcı kapatma. Şekil 1'deki olgunun split thickness cilt grefti ile kapatılması.



Şekil 4. Son durumu. Şekil 1'deki olgunun 1 yıl sonrası.



Şekil 5. Anastomoz kaçağı sonrası genelize peritonit. Ateşli silah yaralanması sonrası yapılan iki ayrı ince bağırsak anastomozundan da kaçak.



Şekil 6. VAC uygulaması. Şekil 5'deki olgunun VAC ile geçici kapatılması.



Şekil 7. Kalıcı kapatma. Şekil 5'deki olgunun gecikmiş primer cilt kapatılması.

[SB - 31]

Acil Abdominal Operasyonlarda Beden Kitle İndeksinin Postoperatif Komplikasyonlar ve Mortalite Üzerine Etkisi: Obezite Paradoksu

EVREN DİLEKTAŞLI¹, ELIZABETH R. BENJAMIN²,
TOBIAS HALTMEIER⁴, ELIZABETH BEALE³, KENJI INABA²,
DEMETRIOS DEMETRIADES²

¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa, Türkiye

²Los Angeles County and University of Southern California Medical Center, Department of Surgery, Division of Acute Care Surgery and Surgical Critical Care Los Angeles, California, USA

³Los Angeles County and University of Southern California Medical Center, Department of Medicine, Los Angeles, California, USA

⁴Bern University Hospital, Department of Surgery, Bern, Switzerland

Amaç: Güncel çalışmalar bazı kritik hastalarda obezitenin koruyucu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada beden kitle indeksinin (BKI), acil abdomen cerrahisi (AAC) geçiren hastalardaki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** ACS-NSQIP database'i kullanılan bu çalışmaya acil abdominal cerrahi geçiren hastalar dahil edilmiştir. Gebe, ileri evre kanser hastaları ve kemo- veya radyoterapi alan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma grupları BKI'ne göre 5 gruba ayrılmıştır: Düşük kilolu (BKI < 18.5), normal kilolu (18.5-24.9), hafif kilolu (25-29.9), klas I (30-34.9), klas II (35-39.9), ve klas III (>40.0) obezite. Normal kilolu grup referans olarak alınmıştır. BKI grupları diğer komorbid faktörler ile birlikte risk ayarlaması yapılarak incelenmiştir. Sonuçlar morbidite ve mortalite açısından değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışma süresince AAC uygulanan 103,307 hastanın verisi analiz edilmiştir. Mortalite oranı 4.9% olarak saptanmış ve hastaların 20.7%'sinde komplikasyon gelişmiştir. Risk ayarlanmış mortalite BKI <18.5 olan grupta yüksek iken (AOR 1.83, p<0.001), fazla kilolu, klas I, II ve III obezite gruplarında anlamlı olarak daha düşük olarak saptanmıştır (AOR'lar 0.72, 0.65, 0.66 and 0.65 sırasıyla; p<0.001). Düşük kilolu ve klas III obezite hastalarında komplikasyon oranları daha yüksek olarak saptanmışken (AOR 1.42 ve 1.35; p<0.001), fazla kilolu ve klas I obezite hastalarında daha düşük komplikasyon oranları saptanmıştır (AOR 0.95, p=0.018 ve p=0.050 sırasıyla). **Tartışma ve Sonuç:** AAC geçiren ve BKI <18.5 olan hastalarda morbidite ve mortalite oranları normal kilolu hastalar ile karşılaştırıldığına beklendiği gibi yüksek olarak saptanmıştır. Klas III obezite, artmış morbidite ile ilişkili olarak bulunmakla birlikte, tüm diğer obezite grupları komplikasyonlar açısından koruyucu olarak bulunmuştur. Ayrıca, obezitenin tüm evreleri, AAC sonrası gelişebilecek mortalite açısından da koruyucu olarak bulunmuştur.

[SB - 32]

Peptik Ülser Perforasyonunda Konvansiyonel Radyografi Yeterli midir?

AYHAN ÖZ, BÜLENT ÇİTGEZ, HAMDİ ÖZŞAHİN,
İSMAİL ETHEM AKGÜN, ESİN KABUL GÜRBULAK,
MUHARREM BATTAL, PINAR YAZICI, ONUR GÜVEN,
SITKI GÜRKAN YETKİN, MEHMET MİHMANLI

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Acile servise ani başlayan karın ağrısı ve fizik muayene defans bulgusu olan olgularda peptik ülser perfora-

yonu öncelikli olarak düşünülmeli ve görüntüleme teknikleri ile tanı desteklenmelidir. Görüntüleme tekniklerinden en sık ve en kolay ulaşılır olan konvansiyonel radyografi yöntemleri kullanılmaktadır. konvansiyonel radyografinin yetersiz olduğu durumlarda daha ileri radyolojik yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmamızda konvansiyonel radyografinin (KR) tanı aşamasında yeterli bilgi sağlayıp sağlamadığını ve hangi durumlarda bilgisayarlı tomografiye başvurulduğunu saptamayı amaçladık. **Bulgular:** 2010-2014 yılları arasında, peptik ülser perforasyonu tanısı ile ameliyata alınan 199 olgu dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. KR ve BT' de batın içi serbest hava, kesin batın içi boş organ perforasyonu bulgusu olarak kabul edildi. Olguların 187'si (%93,9) erkek, 12'si (%6,1) kadını idi. Olguların yaş ortalaması 35,8 (erkek:34,2, kadın:43,3) idi. 4 olgu haricinde tüm hastalara ayakta direkt batın grafisi (ADBG) ve posterior anterior akciğer grafisi (PAAKC) görüntülemesi yapıldı. 18 olguda ADBG, 12 olguda PA-AKC grafleri saptanmadı. Toplamda 80 olgunun BT'si mevcuttu. 199 olgunun 13' sine laparoskopik, 186'sına konvansiyonel Graham usulu rafi ameliyatı uygulandı. 41 (%21) olguda direkt grafi ile serbest intraperitoneal hava izlenmedi. 39 olguda da ise konvansiyonel radyografi de serbest hava izlendiği halde BT çekildiği saptandı. Bu vakaların ileri yaş da olması, periton diyalizi alması neden ile ayrıca tanı için BT'ye başvurulduğu görüldü. 4 olguda hem konvansiyonel radyografi hemde BT de batın içi serbest hava saptanmadı ve BT'de yaygın batın içi serbest sıvı saptanmasıyla tanı konulmuştur. **Tartışma ve Sonuç:** Peptik Ülser Perforasyonu düşünülen olgularda, ilk istenecek radyolojik tetkik KR olmalıdır. KR' de batın içi serbest hava saptanmayan fakat klinik olarak şüphelendiğimiz her olguda mutlaka BT görüntülemesi yapılmalıdır. KR de serbest hava saptansa dahi malignite şüphesi, periton diyalizi alan olgularda ayrıca tanı için BT çekimine başvurulabilir. Nitekim bizim serimizde 80 olgunun (%40) klinik tanısı BT ile doğrudan ya da dolaylı olarak konulmuştur.

[SB - 33]

Karın Ağrısı Nedeniyle Cerrahi Konsültasyon İstenen 100 Ardışık Hastanın Sonuçları ve Acilde Kalış Süreleri

TURGAY YILDIZ, FAZİLET ERÖZGEN, MUZAFFER AKINCI,
AHMET KOKAKUŞAK, ADNAN HUT, DOĞAN YILDIRIM,
LEYLA ZEYNEP TİGREL, MAHUD SAİD DEĞERLİ, AKIN ÜNAL,
ŞEVKİ PEDÜK

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

Amaç: Karın ağrısı travma dışında cerrahinin acil ilgilenilmesi gereken sorunudur. Bu tip hastalar başvurmalarının ardından cerrahi konsültasyon istenilen hasta grubunu oluşturur. Hemen her tür karın ağrısından cerrahi konsültasyon istendiğinden; biz bu yazımızda ardışık 100 hastanın acil birimdeki akıbetlerini ve bu işlemler süresince acilde kalma sürelerini hesapladık. **Gereç ve Yöntem:** Haziran - Temmuz 2015 tarihleri arasında acile karın ağrısıyla başvurmuş ve cerrahi konsültasyon istenmiş ardışık 100 hastanın bilgileri retrospektif olarak incelenmiş ve kayıt altına alınmıştır. Yaş, cinsiyet, ağrının lokalizasyonu, laboratuvar ve radyolojik tahliller ve bu sürecin acilde geçen süresi belirlenmiş akıbetleri ele alınmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya dahil olmuş hastaların 47 tanesi kadın ve 53 tanesi erkekti. 17y-88y (ort: 44.7y) olarak hesaplandı. Hastalardaki karın ağrısının lokalizasyonu 49 hastada ağrı tüm kadranda, 13 hastada sağ üst kadranda, 21 hastada sağ alt kadranda, 10 hastada epigastrik bölgede, 6 hastada umblikus çevresinde, 1 hastada sol alt kadrandıydı. Gelen hastaların hepsinden He-

mogram ve Biyokimya istendi. Radyolojik olarak 63 hastadan ADBG, 87 hastadan USG, 35 hastadan BT istendi ve hiç MR istenmedi. Bu hasataların 62 tanesi karın ağrısını açıklayacak cerrahi patoloji saptanmadığından taburcu edildi. 35 hasta servise yatırıldı ve bunların 19 tanesi operasyona alındı. 3 hasta ise 24 saatlik gözlem sonrası cerrahi patoloji düşünülmediğinden taburcu edildi. Bu işlemler sırasında hastaların acil birimde toplam kalış süresi 30 dk -12 saat (ort: 3.8 saat). **Tartışma ve Sonuç:** Karın ağrısı nedeniyle acilden istenen konsültasyonlardan %35 oranında yatış ve %19 oranında operasyon endikasyonu çıkmıştır. Konsültasyonların %65 oranında cerrahi patolojisi olmayan hastalardan olduğu tespit edilmiştir. Karın ağrısı nedeniyle gelen hastaların acilde kalma süreleri 30 dk ile 12 saat arasında değişmiştir. Karın ağrısının sıklığı göz önüne alındığında acildeki hastayı karşılayan doktorların karın ağrısına yaklaşım konusunda daha dikkatli olmaları; gereksiz tahlil ve konsültasyonları azaltacak aynı zamanda hastaların acilde kalma sürelerini kısaltacağı kanaatindeyiz.

[SB - 34]

Travma, Obstrüksiyon ve İskemi Dışı İnce Barsak Perforasyonu Gelişen Hastaların İncelenmesi

MUHAMMET FİKRİ KÜNDEŞ, NEJDET BİLDİK, NOYAN İLHAN, LEVENT KAPTANOĞLU, MEHMET ESER, KENAN ÇETİN, TEBESSÜM ÇAKIR, HÜSEYİN UZUN, METİN KEMENT

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Nadir olmayarak gördüğümüz mekanik obstrüksiyon yapmamış, travma dışı ve genellikle yandaş hastalıkları olan olgulardaki ince barsak perforasyonlarının nedenlerini belirlemek ve cerrahi tedavi sonuçlarını sunmak. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmaya Ocak 2012- Haziran 2015 arasında travma, mekanik bağırsak obstrüksiyonu, mezenter iskemi dışında akut batın öntanısı ile ameliyat edilip ince barsak perforasyonu saptanan hastalar retrospektif olarak dahil edilmişlerdir. Demografik veriler, operasyon bulguları, postoperatif takip bulguları incelenmiştir. **Bulgular:** Çalışmamızda toplam 22 hasta mevcuttu. Olguları 13'ü erkek (%59,1), 9'u kadındı (%40,9) ve yaş ortalaması 57,1 (26-78) idi. Karın ağrısı tüm olgularda olan ve en sık karşılaşılan başvuru şikayeti idi (%100). Dört olguda (%36,3) hipertansiyon ve diyabet, 5 olguda (%45,5) geçirilmiş abdominal girişim mevcuttu. Sekiz olguda (%72,7) lökositoz, 1 olguda (%9) lökopeni mevcuttu. Yedi olguda (%63,6) bilgisayarlı tomografi, 4 olguda (%36,3) ultrasonografi incelemesi yapılırken, 3 olgu (%27,2) fizik muayene, laboratuvar sonuçları ve karın grafisi bulgularına dayanılarak ameliyata alındı. Operasyon geçirmiş hastalarda obstrüksiyona sebep olan brid saptanmadı. En sık karşılaşılan etyoloji daha önce tanı almamış batın için çeşitli malignitelere sekonder perforasyonlardı (10 olgu, %45,4). Üç olguda (%18,6) kemoterapi öyküsü mevcuttu. Dört olguda (18,1%) perforasyon tüberküloza bağlıydı. Beş olguda (%22,7) yutulan yabancı cisimlere bağlı (kürdan, iğne, çivi) perforasyon gelişmişti. Operatif yöntem olarak olguların peritonitinin yaygınlığı ve genel durumları da dikkate alınarak ilgili uzmanın tercihi doğrultusunda 12 olguya (%54,5) primer tamir veya rezeksiyon sonrası anastomoz uygulanırken, 10 olguya (%45,5) farklı stoma prosedürleri uygulandı. Dört hastada (%18,2) yara yeri enfeksiyonu görüldü. Üç olguda (%13,6) yoğun bakım takiplerinde mortalite görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** Barsak perforasyonları sık karşılaşılabilen cerrahi acillerdir. Farklı etyolojik nedenler dikkate alınarak tanısız süreç kısa tutularak optimal teröpatik işlemler seçilip morbidite ve mortalite azaltılabilir.

[SB - 35]

Erişkinlerde Olağan Dışı Bir Brid İleus Sebebi Over Fibromu Olgusu Sunumu

SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN¹, ALİ HARLAK¹, OĞUZ HANÇERLİOĞULLARI¹, MAHMUT YILMAZ¹, DOĞUKAN AKÇAY¹, ULAŞ FIDAN²

¹Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İleus sebebi olarak karşımıza çıkan adezyonlar major abdominal cerrahiye takiben hastaların çoğunda görülür. İnce barsak obstrüksiyonlarının çoğu adezyonlara ve adezyonların da %80 i geçirilmiş operasyonlara; %15 i peritonite, %5 i ise konjenital patolojiler, posttravmatik ve nedeni belirlenemeyenlerdir. Gastrointestinal sistem dışı organlara bağlı gelişen kitlelere (over adenokarsinomu; over fibromu; endometriozis) bağlı da adezyonlar oluşabilir. Bu sebeplerden over fibromları tüm over tümörlerinin sadece %2'sini oluşturmakta olup, bu tümörlerde fibröz doku fazla miktarda olduğundan oldukça sert bir yapıya sahiptirler. Tipik klinik belirtilere sebep olmaksızın sessiz kalabilmekle birlikte, sebep olduğu barsak adezyonları yanısıra Meigs sendromu olarak adlandırılan ve over fibromu, karında serbest asit, hidrotoraksla karakterize bir tablo yada Gorlin sendromu (bazal hücreli nevus sendromu) multipl bazal hücre karsinomları, iskelet anomalileri, çenede kistler ve ektopik kalsifikasyonlar ile birlikte olabilirler. **Gereç ve Yöntem:** 90 Yaşında bayan hasta kliniğimize 3 gündür gaz gaita çıkarmama şikayetleriyle başvurdu yatış fizik muayenesinde batın oldukça gergin ve distandüydü ve acil şartlarında ameliyata alındı ve ameliyat sırasında batın içinde serbest; çevresinde oluşmuş yaygın adezyonlar gözlenen yaklaşık 9 cm boyutlarında kitle gözlendi ve adezyolizis yapılmasına müteakip kitlede eksize edilerek patolojik incelemeye gönderildi. **Bulgular:** Hastanın batın içersinden çıkarılan kitle patolojik inceleme sonucunda hiyalinizasyon ve kalsifikasyonlar içeren overian fibroma olarak raporlanmış ve hasta ameliyat sonrası 12. Gününde taburcu edilmiştir. **Tartışma ve Sonuç:** İleus nedeniyle başvuran hastaların değerlendirilmesinde oluşan adezyonların gastrointestinal sistem dışı organlara bağlı gelişen kitlelere (over adenokarsinomu; over fibromu; endometriozis) bağlı da oluşabileceği düşünülmeli ve ortaya çıkan patolojik tanının sendromlarında (Meigs, Gorlin sendromu) eşlik edebileceği ve buna bağlı hastanın sistemik olarak değerlendirilmesi gerekebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

[SB - 36]

Akut Karın Olgularında Tanısal Laparoskopik Sonuçlarımız

NEJDET BİLDİK, ERSİN GÜNDOĞAN, AYHAN ÇEVİK, GÜLAY DALKILIÇ, MEHMET ESER, SELAHATTİN VURAL, TEBESSÜM ÇAKIR, ABDULKADİR DENİZ, MUSTAFA ÖZGÜN YÜKSEK, METİN KEMENT

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Konvansiyonel radyoloji incelemeleri ile tanı konulamayan akut karın olgularında diagnostik laparoskopik, minimal invaziv girişim olarak laparotomiden bir önceki basamağı oluşturmaktadır. Bu çalışmada, tanısal laparoskopinin akut karın tanısında kullanımı değerlendirildi. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2012

- Aralık 2014 tarihleri arasında diagnostik laparoskopi yapılan 42 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara preoperatif tek doz 1. kuşak sefalosporin yapıldı. Preoperatif tüm hastalarda bilgisayarlı tomografi çekildi. **Bulgular:** Hastaların 17'si (%40,4) kadın, 25'ü (%59,6) erkek idi. Yaş ortalaması 39,1 (aralık 17-75) idi. Hastaların 8'inde (%19) sağ alt kadrans ağrısı, 24'ünde (%57,1) yaygın karın ağrısı 10'unda (%23,8) alt kadrans ağrısı mevcuttu. Fizik muayenede 37 (%88,1) hastada defans, 14 hastada (%33,3) rebound ve 20 hastada (%47,6) ateş saptandı. Ortalama lökosit değeri 14900 (7400-29500) idi. İdrar tetkikinde 8 (%19) hastada piyüri ve 5 (%21,4) hastada hematüri saptandı. Onüç (%30,1) hastaya ultrasonografi çekildi ve 3'ünde serbest mayi, 1'inde akut apandisit şüphesi mevcuttu. Tüm hastalara IV/oral/ rektal kontrastlı BT çekildi. Yirmi (%47,6) hastada normaldi, 12 (%28,5) hastada serbest mayi, 2 (%4,8) hastada bağırsak duvarında kalınlaşma, 2 (%4,8) hastada serbest hava, 4 (%9,5) hastada ileus bulguları ve 4 (%9,5) hastada jinekolojik kaynaklı patoloji saptandı. Laparoskopide 11 (%26,1) hastada akut apandisit, 7 (%16,7) hastada PID, 6 (%14,3) hastada corpus hemorajikum, 2 hastada brid, 6 (%14,3) hastada terminal ileit, 2 (%4,7) hastada divertikülit ve 8 (%19) hastada cerrahi gerektirmeyen diğer patolojiler saptandı. Hastaların 21(%50)'inde laparotomiye geçildi. Laparotomi olanlarda ortalama operasyon süresi 109,3 dak. iken olmayanlarda 63,2 dak. idi. Laparotomiye geçiş ve yatış sürelerini kıyasladığımızda istatistiksel olarak anlamlılık saptandı. **Tartışma ve Sonuç:** Laparoskopi hızlı ve doğru olarak tanıyı sağlayarak gereksiz laparotomilerin önüne geçebilir. Ayrıca tanıda gecikmeye bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemede ve yatış süresini azaltmaktadır.

[SB - 37]

Peptik Ülser Perforasyonu Tedavisi ve Kontrolünde Bağcılar EAH Deneyimi

YÜKSEL TÜRER, ERDAL ACAR, HÜSEYİN ÇAYÖREN, TALAR VARTANOĞLU, CANDAŞ ERÇETİN, OSMAN BİLGİN GÜLÇİÇEK, ERKAN YAVUZ, ALİ SOLMAZ, ÖNDER ÖNEN, HAKAN YİĞİTBAŞ, FATİH ÇELEBİ, ATILLA ÇELİK

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Peptik ülser mide asidi ve pepsin gibi agresif faktörlerle, mukozal savunma arasındaki dengesizlikten kaynaklanan bir hastalıktır. Hasara karşı mukoza direncini azaltan en önemli faktörlerden biri *Helicobacter pylori* enfeksiyonu varlığıdır. Çalışmamızda peptik ülser perforasyonu(PUP) nedeniyle ameliyat edilen hastalarımızın morbidite, mortalite, endoskopik ve patolojik sonuçları değerlendirilmiştir. **Gereç ve Yöntem:** İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2013-Ocak 2015 arasında PUP nedeniyle ameliyat edilen hastalar geriye dönük olarak incelenmiştir. Yaş, cinsiyet, muayene bulguları, yandaş hastalıklar, laboratuvar ve görüntüleme bulguları, yatış süresi, ameliyat komplikasyonlar, kontrol endoskopi-patoloji sonuçları incelendi. **Bulgular:** Çalışmaya 119 hasta alındı. Hastalara Graham omentoplasti yöntemi açık (n:113-%94,9) ve laparoskopik(n:6-%5,1) uygulandı. Hastaların 18 kadın (%15), 101 erkek (%85). Ortalama yaş 40 (16-87) idi. Hastaların lökosit, Nötrofil-lökosit oranı, hemoglobin, CRP ortalama değerleri sırası ile 13,2 (1,2-116,5)- %79 (35- 98)- 14,1 (6,3-18,3)-67,2 (0,1- 543,1) idi. PA akciğer röntgeninde 85 (%75,2) hastada, BT de tüm hastalarda da serbest hava saptandı. Ortalama yatış süresi 5.52 (2- 61)gün idi. 1 hasta gelişen sepsis nedeniyle kaybedildi(%0,84). 47 hastada (%39) yara yeri

enfeksiyonu gelişti. Taburculuk sonrası 4-6. haftada 57 (%47,8) hastaya üst GİS endoskopisi yapıldı, 6 hastada(%10,5) özefajit, 29 hastada (%50,9) gastrit, 3 hastada (%5,3)özofajit ve gastrit birlikteliği, 21 hastada (%36,8) duodenit, 2 hastada (%3,50) özofajit + gastrit + duodenit, 15 hastada (%26,3) hiatal yetmezlik saptandı. Patoloji sonuçları 55 hastada (%96,5) inflamasyon, 10 hastada (%17,5) intestinal metaplazi, 2 hastada(%3,5) atrofi, 40 hastada(%70,1) H. Pylori pozitif olarak raporlandı. **Tartışma ve Sonuç:** PUP tanısı konulduktan sonra hastalar ameliyat öncesi sıvı-elektrolit replasmanı yapılarak ameliyata alınır. Uygun cerrahi müdahale sonrası, antiasit ve amprikantibiyoterapi başlanır. Antibiyoterapinin gram negatiflere, anaeroblara, oral floraya uygun olması gerekir. Ancak rekürrenperforasyon riskini azaltmak için *Helicobacterpylorieradikasyonu* ve uzun süreli anti-asit tedavisi önemlidir. PUP erken cerrahi tedavi ve etkili medikal tedavi kısa ve uzun dönemde gelişecek komplikasyonları önlemektedir. Kontrol üst GİS endoskopisinde yüksek oranda gözleendiği gibi hastaların taburculuklarında H.Pylori eradikasyonu uygulanması gerektiğine inanmaktayız.

[SB - 38]

Sigmoid Volvulusu Kütahya Deneyimi

ZÜLFÜ BAYHAN¹, MEHMET FATİH EKİCİ², SEZGİN ZEREN¹, ERTUNÇ ALTINTAŞ², ŞÜKRÜ AYDIN DÜZGÜN¹

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya

²Sağlık Bakanlığı DPÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya

Amaç: Kolon volvulusları acil tedavi gerektiren bir akut batın sebebidir. Kolon volvulus oluşumuna, bol posalı selülozdan zengin diyet alışkanlığı sorumlu tutulmuştur Tedavide endoskopik dekompresyon gibi nonoperatif girişimler de kullanılmakla beraber gerçek tedavi cerrahidir. Bu klinik çalışmada, sigmoid volvulus tanısı ile tedavi edilen 10 hastanın sonuçları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2013-Mayıs 2015 tarihleri arasında acil cerrahi polikliniğine başvuran ve yapılan fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik görüntülemelerle sigmoid volvulus tanısı konulan 10 hastanın demografik verileri, preoperatif bulguları, endoskopik detorsiyon uygulaması, uygulanan cerrahi, hastanede yatış süresi ve mortalite oranları retrospektif değerlendirildi. Hastaların 1'i (%10) kadın ve 9'u (%90) erkekti. Yaş ortalaması 71 (51-92) idi. Olguların 2'sinde (%20) endoskopik torsiyon denendi ve 1 tanesinde (%10) başarılı olundu. Sekiz olguda komorbidite mevcuttu. 1 hastaya kolsotomi açıldı. 8 hastaya segmenter rezeksiyon anostomoz uygulandı. 1 hastada aynı seansta sağ kolon tümörü nedeni ile sağ hemikolektomi, sigmodi rezeksiyon uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 80 dakika (60-130) idi. Postoperatif 9 (%90) hastanın takibi yoğun bakımda yapıldı. Hastaların ortalama yatış süresi 11,9 gün (8-23) idi. 3(%30) hasta cerrahi takiben yoğun bakımda exitus; bu hastalar yandaş hastalıkları olan olgulardı. **Tartışma ve Sonuç:** Karın ağrısı, şişkinlik, gaz ve gaita çıkartamama, bulantı ve kusma başlıca şikayetlerdir. Kolon volvulusu tanısı için fizik muayene, direkt karın grafileri, endoskopik incelemeler, bilgisayarlı tomografi önemli yer tutmaktadır. Direkt karın grafisi dikkatli fizik muayene sonrası tanı koydurucu olabilir. Tedavi başarısında erken tanı ile kolonik iskeminin, perforasyonun önüne geçilmesi ve dekompresyon ile cerrahi basamağına teknik kolaylık sağlanması önemlidir. Endoskopik detorsiyon sonrası farklı oranlar bildirilse de nüks şansı yüksek olduğu kabul edilir. Sigmoidopeksi ameliyatından, çap farkının fazla

olduğu vakalarda kolostomi ile iki basamaklı tedaviden daha yüksek oranda tek seansta rezeksiyon anastomoz ameliyatının uygulanırılığı bizim vakalarımızda da görüldüğü gibi tercih edilmektedir.

[SB - 39]

İntestinal Obstrüksiyonlar: Bir Eğitim Kliniğinde 5 Yıllık Deneyim

METİN YÜCEL, BUKET ALTUN ÖZDEMİR, AYLİN ACAR, ADNAN ÖZPEK, ETHEM ÜNAL, SEMA YÜKSEKDAĞ, HAKAN ÇAKIT, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: İntestinal obstrüksiyonlar cerrahi kliniklerinde sıkça karşılaşılan sorunlardır. Değişik nedenlerden kaynaklanmakla birlikte en sık neden postoperatif adezyon, kolon tümörleri ve sigmoid kolon volvulusudur. Çalışmamızın amacı kliniğimizde takip ve tedavi edilen intestinal obstrüksiyonların nedenlerini ortaya koymak idi. **Gereç ve Yöntem:** Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2010 ve 2015 yılları arasında intestinal obstrüksiyon nedeniyle takip ve tedavi edilen hastalar retrospektif olarak irdelendi. Veriler digital veri bankasında tarandı. Daha önce abdominal cerrahi geçiren ve başka bir patoloji saptanmayan hastaların tanısı adezyon olarak kabul edildi. Boğulmuş fıtıklar intestinal obstrüksiyon nedeni sayıldı. Hastaların demografik özellikleri ve intestinal obstrüksiyonun nedenleri analiz edildi. **Bulgular:** Çalışmaya 679 hasta dahil edildi. Hastaların 388'i (%57) erkek, 291'i (%43) kadın olup yaş ortalaması 56.7 (aralık: 16-95) idi. İntestinal obstrüksiyon etyolojisinde sırası ile en sık nedenler; postoperatif adezyon (n:385, %56.7), karın duvarı hernileri (n:174, %25.6), kolon tümörü (n:35, %5.2), mezenter iskemi (n:30, %4.4), sigmoid kolon torsiyonu (n:20, %3), crohn hastalığı (n: 6, %0.9), bezoar (n:5, %0.7), gastroenterit (n:5, %0.7) ve diğerleri (n:18, %2.8) idi. Adezyonların 35'i (%9), abdominal duvar hernilerininin 156'sı (%90), kolon tümörlerinin 32'si (%91), mezenter iskeminin 28'i (%93), sigmoid kolon torsiyonunun 10'u (%50) ve toplamda 679 hastanın 284'ü (%41.8) opere edildi. Yirmibeş (%3.7) hasta mortal seyretti. **Tartışma ve Sonuç:** İnce barsak obstrüksiyonlarının en sık nedeni postoperatif adezyon, kolonik obstrüksiyonların ise kolon tümörleridir. İntestinal obstrüksiyonlar tanı ve tedavide gecikme durumunda yüksek oranda morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilen, bu nedenle genel cerrahi pratiğinde iyi bilinmesi gereken acil durumlardır.

[SB - 40]

Kolonik Darlıklara Endoskopik Yaklaşımlar

TOLGA DİNÇ¹, SELAMİ ILGAZ KAYILIOĞLU¹, CEM EMİR GÜLDOĞAN¹, BAHADIR EGE², MERTER GÜLEN², BÜLENT MENTEŞ²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Özel Liv Hospital/ Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Günümüzde acil karın ameliyatlarının en sık nedenlerinden biri olan intestinal obstrüksiyon, intestinal içeriğin gastrointestinal sistem içerisinde, tam ya da kısmi olarak distale doğru geçememesidir. Çalışmamızda, kolonda darlık ve obstrüksiyon gelişen hastalara uyguladığımız balon dilatasyon ve stent sonuçlarımızı literatür eşliğinde tartışmayı amaçlamaktayız. Tıkayıcı kolon veya rektum tümörü olan ayrıca radyoterapiye

bağlı darlık nedeni ile genel cerrahi servisine yatırılan, balon dilatasyon ve kolonik stent uygulanan 15 hasta çalışmaya dahil edildi. Kolonda darlık saptanan hastalara balon dilatasyonu, malignite saptanan hastalara ise ya elektif cerrahiye hazırlık için ya da palyasyon amaçlı stent yerleştirildi. Hastaların genel yaş ortalaması 53.8'di. İşlem uygulanan 15 hastanın 8'i (%53) erkekti. Hastaların %66'sında stenoz saptandı ve balon dilatasyonu uygulandı. Balon dilatasyonu uygulanan 10 hastanın 6'sı (%60) rektum kanserine, 2'si (%20) serviks kanserine, bir hasta iskemik kolite (%10), 1'i (%10) multiple myeloma bağlı radyoterapi alan ve neticesinde darlık gelişen hastalardı. Stent uygulanan 5 hastanın 2'si (%40) cerrahi öncesi stentleme, 2'si (%40) ileri evre rektum kanserine bağlı palyasyon işlemiydi. Bir hasta ise radyoterapiye bağlı darlığı olan ve mükerrer balon dilatasyonuna rağmen tekrar darlık gelişen hastaydı. Uygulanan işlemlerin hiçbirinde komplikasyon gelişmedi. Kolonik darlıkların tedavisinde uygulanan balon dilatasyonu hızlı, minimal invaziv, başarı oranı yüksek, düşük komplikasyon oranına sahip, düşük maliyetli ve gerektiğinde tekrarlanabilirliği ile başarılı bir tedavi yöntemidir. Ayrıca, ileri evre tıkayıcı tümörlerde gerek palyasyon, gerekse de obstrüksiyonla gelen tümörlere elektif küratif cerrahi şansı verilmesinde stent uygulaması, yüz güldüren sonuçları ile etkin bir seçenek olarak görülmektedir.

[SB - 41]

Acil ve Elektif Sol Kolon Cerrahisi Uygulanan Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

BERK GÖKÇEK, METİN YEŞİLTAŞ, SERACETTİN EĞİN, SEDAT KAMALI, SEMİH HOT, HAKAN TEZER, HAKAN GÜVEN

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Günümüzde Genel Cerrahi de branşlaşma giderek ön plana çıkmaktadır. Hastanemizde acil ve GIS cerrahisi servisinde yapılan kolorektal cerrahi uygulamalarındaki farklılık olup olmadığını belirlemek istedik. **Gereç ve Yöntem:** Bu amaçla hastanemizde 2013 ve 2014 yıllarında acil veya elektif sol kolorektal cerrahi uygulanan 179 hasta dosyası retrospektif olarak incelenmiştir. Yapılan cerrahi işlem, işlemi yapan cerrah, işlem süresi, çıkarılan lenf nodu ve postoperatif yatış süresi açısından bölümler arası fark incelenmiştir. İstatiksel yöntem Ki Kare, Mann Whitney-U kullanılmıştır. **Bulgular:** 139 elektif 40 acil girişim uygulanmıştır. Hastaların 113 erkek 66 sı kadın, yaş ortalaması 64,2 yıl idi. Ortalama ameliyat süresi 194 dk, çıkartılan tümör boyutu ortalama 35,2 cm³, çıkartılan lenf nodu sayısı median 15 idi. subtotal kolektomi (15), sol kolon cerrahisi (sol hemikolektomi, anterior rezeksiyon, LAR) 164 hastaya yapılmıştı. Bu hastaların 15 tanesine Hartman prosedürü uygulanmıştı. Hartman yapılmayan 164 hastanın 32 tanesine koruyucu ileostomi yapılmıştı. Elektif 26 hastaya laparoskopi kullanılmıştı. Patoloji raporunda 11 hastada perforasyon olduğu bildirilmişti. Hastalar postoperatif ortalama 11,5 gün yatmıştı. **Tartışma ve Sonuç:** Grupların cinsiyet ve yaş açısından birbirine benzer olduğu bulundu (p>0,05). İşlem süresi elektif cerrahide 202,2 dk ıken acilde 170,1 dk idi ve aradaki fark anlamlı idi (p=0,005) Tümör boyutu, çıkartılan lenf nodu açısından gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı. (p>0,05). Hartman prosedürü 15 hastanın 10 tanesine acil grubunda uygulanmıştı (p<0,0001). Hartman yapılmayan sol kolon tümürlü hastalar arasında koruyucu ileostomi açılması (27 elektif 5 acil), tümör perforasyonu (elektif 7 acil 4) açısından fark görülmedi. Hastalar arasında postop yatış süresi açısından fark yoktu. Ameliyat süresi elektif cerrahide daha uzun olması ve Hartman prosedürünün acil

servisinde daha sık uygulanması beklenen sonuçlardır. Ancak hastanemizde acilde GIS cerrahi uzmanları da nöbet tutmaktadır, alt grup çalışmaları ve sağkalım sürelerinin takip edilip sonuçların bu bilgiler ışığında değerlendirilmesi gereklidir.

[SB - 42]

Sigmoid Volvulus: Mortaliteye Etkili Olabilecek Faktörlerin Araştırılması

NEJDET BİLDİK, METİN KEMENT, ALİ EMRE ATICI, KENAN ÇETİN, YUNUS EMRE ALTUNTAŞ, NURİ EMRAH GÖRET, AYTAÇ EMRE KOCAOĞLU, SELÇUK KAYA, ÖMER FARUK İNANÇ, ERKAN ÇELİK, SELAHATTİN VURAL

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Sigmoid volvulus daha çok yaşlı popülasyonda görülür ve yüksek oranda morbidite ve mortalite ile seyreden bir akut mekanik intestinal obstrüksiyon nedenidir. Bu çalışmada amacımız kliniğimizde sigmoid volvulus ile tedavi edilen hastalarda mortaliteye etkili olabilecek faktörleri incelemektir. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2007-Aralık 2015 tarihleri arasında acil cerrahi polikliniğine başvuran ve sigmoid volvulus tanısı ile opere edilen hastaların demografik verileri, preoperatif bulguları, endoskopik detorsiyon yapıp yapılmadığı, uygulanan cerrahi, hastanede yatış süresi, postoperatif morbidite ve mortalite oranları mortalite üzerinde etkili olabilecek faktörlerle retrospektif değerlendirildi. **Bulgular:** Çalışmamızda toplam 54 hasta değerlendirildi. Hastaların 18'i (%33,3) kadın ve 36'sı (%66,7) erkekti. Yaş ortalaması 65,4±20,1 (21-90) idi. Olguların 16'sında (%11,8) pre-operatif (%26,9) endoskopik detorsiyon denendi ve 14 (%87,5) tanesinde başarılı olundu. Otuz sekiz (%70,3) olguda ileri komorbidite (ASA skor 3E ve 4E) mevcuttu. Onbir (%20,3) hastada karın operasyonu öyküsü vardı. Onsekiz (%33,3) hastada kolon segmentinde ileri dolaşım bozukluğu ve mikroporforasyon saptandı. Kolon segmentinde gangren veya perforasyon olmayan 35 (%64,8) hastaya rezeksiyonu takiben anastomoz, 19 (%35,2) hastaya ise Hartmann prosedürü uygulandı. Postoperatif 22 (%40,7) hastanın takibi yoğun bakımda yapıldı. Hastaların ortalama yatış süresi 7,1±1,3 gün (3-12) idi. En sık cerrahi alan enfeksiyonu olmak üzere toplam 12 (%22,2) hastada çeşitli postoperatif komplikasyonlar gelişti. Üç hasta, anastomoz kaçağı nedeniyle reopere edilerek kolostomi uygulandı. Beş (%11,8) hasta cerrahi takiben yoğun bakımda kaybedildi; Yapılan multivariate analizlerde mortaliteye etkili olabilecek en önemli iki faktör olarak Hartmann Prosedürü ihtiyacı ve ASA skorunun 4E olması bulundu. **Tartışma ve Sonuç:** Sigmoid volvulus, morbiditesi ve mortalite oranı yüksek olan acil bir patolojidir. Endoskopik detorsiyon cerrahi öncesi faydalı olabilir. Kolon segmentinin dolaşımı bozulmamış ve teknik olarak uygunsa anastomoz tercih edilebilir. Çalışmamızda mortaliteye etkili olabilecek en önemli iki faktör olarak Hartmann Prosedürü ihtiyacı ve ASA skorunun 4E olması bulunmuştur.

[SB - 43]

Geçirilmiş Kanser Cerrahisi Anamnezi Olan Akut Mekanik İntestinal Obstrüksiyonlu Olguların Değerlendirilmesi

ALİ FUAT KANAN GÖK, ÖMER CENK CÜCÜK, BAHAR CANBAY TORUN, MEHMET İLHAN, SÜLEYMAN BADEMLER, İSMAİL CEM SORMAZ, HAKAN TEOMAN YANAR, KAYIHAN GÜNAY, RECEP GÜLOĞLU, CEMALETTİN ERTEKİN

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

Amaç: Geçirilmiş kanser cerrahisi olgularda akut intestinal obstrüksiyonun nedenini belirlemek uygun tedavi yöntemini seçmekte ve özellikle de yanlışlıkla palyatif değerlendirmeden kaçınmak için gereklidir. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2010 ve Eylül 2015 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi biriminde akut intestinal obstrüksiyon nedeniyle ameliyat edilmiş olgular retrospektif olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Olguların 51'i kadın (%50) 51'i erkekti (%50). Medyan yaş 59,5 ortalama yaş 56 idi (16-81). Primer kanser bölgeleri gastrointestinal, jinekolojik, üriner ve diğer (solunum, hematoloji, endokrin, deri, vs.) sistemler olarak belirlendi, ve sırasıyla 51, 29, 13, 9 olgu mevcuttu. Primer kanser tedavisi ve ilk intestinal obstrüksiyonun görülmesi arasındaki zaman dilimi ortalama 27 ay idi (Medyan: 17,5 ay, Aralık: 1 - 240) ve en uzun zaman dilimi 41,65 ay ile Jinekolojik patolojilere aitti. 45 (%44) olguda benign sebepler rol oynarken, 57'sinde (%56) malign kaynaklı olduğu görüldü. Batın bilgisayarlı tomografi (BT) bütün olgulara ameliyat öncesi uygulandı ve malign obstrüksiyonlu olguların 33'ünde (%58) preoperatif nüks hakkında bilgi verdi. Benign obstrüksiyonların büyük çoğunluğunu postoperatif yapışıklıklar (n=34) oluşturmaktaydı. Benign obstrüksiyonlar, primer hastalık nüksü olanların %10'unda görüldü. 80 (%78) olguya kısmi ince barsak rezeksiyonu ve/veya ileostomi/anastomoz ameliyatları uygulandı. Malign obstrüksiyonlu olguların nüks kanser bölgeleri açısından gastrointestinal 25, jinekolojik 14, üriner 9, diğer sistemler 9 olguda görüldü. En çok obstrüksiyon oranı %70 ile üriner sistem malignitelerinde görüldü. Kanser nüksüne bağlı obstrüksiyonlu olgularda mortalite %24,5 idi. Ortalama hastane kalış süresi 18,5 gün idi. (Medyan: 13,5 Aralık: 2-131). Ameliyattan bir ay sonra 82 (%80,4) olgu oral alımı tolere edebildi. **Tartışma ve Sonuç:** Geçirilmiş kanser cerrahisi hikayesi olan olguların çoğunda intestinal obstrüksiyon açısından malign sebeplerin rol oynadığı gözlemlendi. Kanser nüksü ile ilişkili obstrüksiyonların cerrahisi genellikle palyatif olmaktadır. Kanser nüksü varlığının bilinmediği muhtemel yapışıklıkla ilişkili obstrüksiyonlarda strangülasyon olmasa bile öncelikle cerrahi tedavi düşünülebilir.

[SB - 44]

Acil Kolorektal Rezeksiyonlar: Deneyimlerimizden Ne Öğrendik

MEHMET MAHİR ÖZMEN, TEVFİK TOLGA ŞAHİN, SHAHNAZ ISGANDAROVA, CAVID ALLAHVERDİYEV, SERKAN ÖZEN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Acil cerrahi girişimler arasında kolorektal cerrahiler hekimler açısından karar vermede çeşitli zorluklar içerir. Hastaların genel durumunun bozuk olması ve bunun yanında yapılacak cerrahinin genişliği cerrahlar açısından çeşitli zorluklar ve

problemler teşkil etmektedir. Bu konularla ilgili ciddi bir fikir birliği yoktur. Bu çalışmanın amacı merkezimizde acil şartlarda gerçekleştirilen kolorektal cerrahilerin incelenerek deneyimlerimizin paylaşılması ve çeşitli tartışmalı noktalara ışık tutulmasıdır. **Gereç ve Yöntem:** Merkezimizde kolorektal hastalıklar nedeniyle acil şartlarda opere edilen hastaların verileri incelenerek; tanı, yapılan işlem, stoma veya primer anastomoz tercihi ve prognoz gibi çeşitli verileri retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Merkezimizde 2 yılda 33 hastaya (12K) acil kolorektal hastalıklar nedeniyle operasyon gerçekleştirildi. Hastaların ortalama yaşı 47.5 (25-81) yıldır. Hastaların tanıları incelendiğinde 4 (hepsi erkek) hastada strangüle sigmoid volvulus, 2 hastada alt gastrointestinal sistem kanaması (1K), 2 hastada kolonoskopi sırasında iatrojenik yaralanma (hepsi erkek; 1 has primer sigmoid tümör olup işaretleme sırasında perforasyon gerçekleşti), 25 (9K) hastada primer kolon kanseri olduğu saptandı (13 sağ kolon tümörü, 10 rektosigmoid bölge tümörü ve 2 transvers kolon tümörü). Hastalar yapılan operasyonlar ise subtotal kolektomi (n=4), Sağ hemikolektomi (n=12), uzatılmış sağ hemikolektomi (n=1), sigmoidektomi (n=10), anterior rezeksiyon (n=6) idi. 20 hastada diversiyon (12 ileostomi, 8 hartmann kolostomi), 13 hastada ise primer anastomoz uygulandı. 3 (2K) hasta postoperatif dönemde ciddi sepsis nedeniyle kaybedildi. Primer anastomoz uygulanan hastaların 13'ü primer sağ kolon tümürlü olgular idi ve diğer hasta ise kolonoskopi sırasında iatrojenik perforasyon gerçekleşen bir hastaydı. Primer anastomoz yapılan hastalardan birinde (uzatılmış sağ hemikolektomi yapılan hasta) anastomoz kaçağı gelişti ve tekrar opere edilerek saptırıcı ileostomi yapıldı. Yara yeri enfeksiyon oranı %9 (n=3; 2K) olarak bulundu. **Tartışma ve Sonuç:** Acil cerrahi girişimler arasında kolorektal acillerle sıkça karşılaşılır. Operasyon tipinin seçilmesi primer tanıya ve hastanın genel durumuna bağlıdır. Seçilmiş olgularda primer anastomoz güvenli olmakla birlikte septik hastalarda, peritonit olan olgularda diversiyon yapılması güvenli bir seçenektir.

[SB - 45]

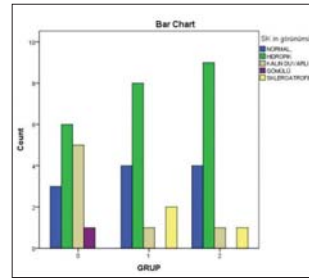
Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi Sonrası Laparoskopik Kolesistektomi Zamanlaması

CEM ARSLAN¹, CAN İBRAHİM BULUT², ERSAN EROĞLU³, REFİK BADEMCI³

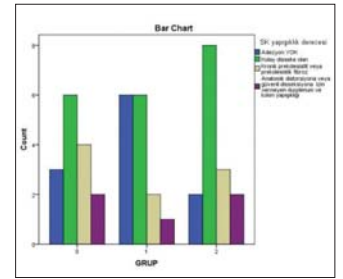
¹Özel Yunusemre Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
²Keşan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne
³İstanbul Bilim Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Batı toplumlarında kolelityazis tanısı ile operasyona hazırlanan hastaların %10-20'sinde koledokolityazis saptanmaktadır. Uzakdoğu toplumlarında bu oran %30'a kadar çıkmaktadır (1).ERCP ortaya çıktığından beri, koledokolityazisin hem tanısında hem de tedavisinde, altın standart haline gelmiştir (5).Bizim çalışmanın amacı, ERCP sonrası safra yollarında gelişen inflamasyonun, ERCP ve laparoskopik kolesistektomi arasındaki intervale bağlı olarak konversiyon oranlarına, postop komplikasyonlara ve hastanede yatış süresine etkilerinin saptanmasıdır. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, Nisan 2013 – Ağustos 2013 tarihleri arasında, ERCP yapılan, sfinkterotomi ve taş ekstraksiyonu sonrası değişen aralıklarda laparoskopik kolesistektomi uygulanan 45 hasta üzerinde yürütüldü. Akut kolesistit, kolanjit ve pankreatit tanılı, daha önce geçirilmiş abdominal operasyonu olan, kontrast madde alerjisi, başarısız ERCP prosedürü geçiren, ERCP'de koledokta taş saptanmayan ve peritonit öyküsü olan 18 yaş altı ve 95 yaş üstü hastalar çalışmadan çıkarıldı.ERCP sonrası 45 hasta randomize ve eşit sa-

yıda 3 gruba ayrıldı. 1. Grup ERCP sonrası ilk 72 saatte, 2. Grup ERCP sonrası 72 saat ile 42 gün aralığında ve 3.Grup ise 42 gün sonrasında laparoskopik kolesistektomi operasyonuna alındı. Per-op safra kesesi yapışıklığını değerlendirmek amacıyla skorlama sistemi oluşturuldu. Operasyonda ayrıca safra kesesinin görünümü,intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, ameliyat süresi, hastanede kalma süresi ve konversiyon oranları kaydedildi. **Bulgular:** Her üç grupta intraoperatif komplikasyon gözlemlenmemiştir; yine bu grupların hiçbirinde safra kaçağı ve hemoraji gibi majör komplikasyonlar ile karşılaşılma-mıştır. Hastanede yatış süresi açısından her üç grupta anlamlı farklılık saptanmamıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak, endoskopik sfinkterotomi ve taş ekstraksiyonu sonrası laparoskopik kolesistektominin, inflamasyon gelişimi açısından erken (ilk 72 saat), orta (3-42 gün) ve geç (6 hafta sonrası) dönemde uygulanması, konversiyon oranlarını, postoperatif komplikasyonları, hastanede yatış zamanını ve operasyon süresini etkilemediği saptanmıştır. Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen majör postoperatif komplikasyonlar, cerrahin deneyimine ve konversiyon kararının doğru zamanda verilmesine bağlıdır.



Safra kesesinin perop görünümünün gruplara göre dağılımı.



Safra kesesinin perop yapışıklık derecesinin gruplara göre dağılımı.

[SB - 46]

Biliyer Pankreatit Hastalarında Kolesistektomi: Ne zaman Yapalım

NEJDET BİLDİK, METİN KEMENT, MUHAMMET FİKRİ KÜNDEŞ, ALİ EMRE ATICI, CEM OFLUOĞLU, MUSTAFA ÖZGÜN YÜKSEK, MEHMET KARAHAN, ERKAN ÇELİK, TEBESSÜM ÇAKIR, LEVENT KAPTANOĞLU, SELAHATTİN VURAL

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Biliyer pankreatitler ülkemizde akut pankreatit vakalarının büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu hastalarda rekürren atakları önlemek için kolesistektomi önerilmektedir. Ancak kolesistektomi zamanlaması halen tartışmalıdır. Bu çalışmada biliyer pankreatitli hastalarda erken kolesistektomi ile geçikmiş kolesistektomiye karşılaştırmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmaya 2011-2015 yılları arasında acil cerrahi kliniğimize biliyer pankreatit ile başvuran ve sonrasında çeşitli zamanlarda kolesistektomi geçiren hastalar dahil edildi. Demografik bulgular, başvuru zamanı, laboratuvar değerleri, taburcu olduktan sonra ameliyata geliş süreleri ve ameliyat bulguları değerlendirildi. **Bulgular:** Toplam 273 hasta incelendi; ortalama yaş 62±18 (36-72) idi. 172'si kadın (%63) ve 101'i erkek (%37) idi. Vakaların 20'si (%15,3) 72 saatten önce başvurdu ve 232'si (%85) 72 saatten sonra başvurdu. Ranson skorlarına göre vakalar 104(%38.1) hasta Ranson I, 88(%32,2) Ranson II, 40 (%14.5) Ranson III, 41 (%15) Ranson IV olarak gruplandı. Takipleri esnasında 32 (%11.8) hasta erken opere edildi. Bu hastalardan 3(%9.3)'ünde açığa geçildi, ortalama operasyon süresi 63±21 dak (35-121) idi, hiçbirinde komplikasyon gelişmedi bu hasta-

larda toplam yatış süresi 7.2±1.3 gündü. 241 (%88.2) hasta geç opere edildi, bu hastaların 21(%8.6)'inde açığa geçildi, operasyon süresi ortalama 70.2±18(32-132) dk idi, bu hastaların 4(%1.4)'ünde safra kaçağı meydana geldi, bu hastalarda toplam yatış süresi 15.2±4.1 olarak hesaplandı. İki grup arasında hasta yatış süresi istatistiksel düzeyde anlamlı olacak düzeyde erken grupta daha kısa idi. **Tartışma ve Sonuç:** Bilier pankreatitte kolesistektomi zamanlaması halen tartışmalıdır, ancak son dönemde aynı yatış süresi içinde laboratuvar değerleri normale döndükten sonra gerçekleştirilen erken kolesistektomilerin güvenilir olduğuna ilişkin yayınlar yapılmaktadır. Bizim çalışmamız da bu yayınları destekler niteliktedir.

[SB - 47]

Fournier Gangreni: 10 Yıllık Klinik Deneyimimiz

ABDULLAH OĞUZ¹, METEHAN GÜMÜŞ¹, AHMET TÜRKÖĞLÜ¹, ZÜBEYİR BOZDAĞ¹, BURAK V ÜLGER¹, ELİF AĞAÇAYAK², ABDULLAH BÖYÜK¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır
²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Fournier Gangreni (FG) nadir görülen, genitoüriner ve perineal bölgede hızlı ilerleyen nekrozla karakterize, hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Bu çalışmada FG tanısı ve tedavisinde 10 yıllık klinik deneyimizi paylaşmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2004-2014 tarihleri arasında FG tanılı 43 hastanın verileri geriye dönük incelendi. Hastaların demografik özellikleri, yandaş hastalıkları, yara kültür sonuçları, hastanede kalış süreleri, Fournier Gangreni Şiddet Skalası (FGIS), yara bakım ve fekal diversiyon metodları ve rutin kan değerleri incelendi. Hastalar mortalite gelişen ve gelişmeyen olmak üzere 2 gruba ayrılarak incelenen parametrelerin mortalite ile ilişkisi araştırıldı. **Bulgular:** Mortalite gelişen 6, gelişmeyen 37 hasta vardı. Hastalarımızın 34'ü erkek, 9'u kadındı. Yaş ortalaması 52 yıldır. En sık eşlik eden hastalık Diabetes Mellitus ve kültürlerde en sık üyeren mikroorganizma E.Coli idi. Mortalite gelişmeyen grupta karşılaştırıldığında mortalite gelişen grupta üre, beyaz küre sayısı, yaş ve FGIS istatistiksel anlamlı yüksekken; kan albümin değeri, hematokrit, platelet sayısı anlamlı düşüktü. Oniki hastaya trephine ostomi, 5 hastaya Flexia-Seal fecal yönetim sistemi olmak üzere toplam 17 hastaya fekal diversiyon uygulandı. Sekiz hastaya Vakum Yardımlı Kapama(VAC) uygulandı ve bu hastaların pansuman sayısı ve ağrısı VAC kullanılmayanlara göre daha azdı. Diversiyon tipi, VAC uygulaması ile mortalite arasında ilişki saptanmadı. Hastanede ortalama kalış süresi mortalite gelişen hastalarda (9.17±5.24 gün) gelişmeyen hastalara (23.97±5.23 gün) göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü. **Tartışma ve Sonuç:** FG mortalitesi yüksek olan bir hastalık olup, genel durumu kötü hastaların çoğu hastalığın ilk 10 gününde kaybedilmektedir. FGIS, FG prognozunda önemli bir prediktif değerdir. VAC kullanımı uygun hastalarda pansuman sayısını ve ağrıyı azaltarak hasta konforunu artırır. Endike vakalarda fekal diversiyon için ilk tercih fekal yönetim seti olmalıdır, ostomi uygulanacaksa basit ve güvenli olan Trephine ostomi tercih edilebilir.

[SB - 48]

Fournier Gangreni Tanısı İle Tedavi Edilen 18 Olgunun Değerlendirilmesi ve Mortaliteyi Etkileyen Faktörler

SEZGİN ZEREN¹, ZÜLFÜ BAYHAN¹, MEHMET FATİH EKİCİ², ŞÜKRÜ AYDIN DÜZGÜN¹, MUSTAFA CEM ALGIN¹, FAİK YAYLAK¹

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya
²Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya

Amaç: Bu çalışmada Fournier gangreni deneyimimizi aktarmak ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin gözden geçirilmesini amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** DPÜ Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Şubat 2011-Mayıs 2015 tarihleri arasında Fournier gangreni tanısı ile tedavi edilen 18 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların durumu Fournier gangreni ciddiyet indeksi (FGSI) ile değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların 14'si erkek, 4'ü kadındı. Yaş ortalaması 64,6 idi. Yandaş hastalıklar incelendiğinde 5 hastada diabetes mellitus(DM), 2 hastada DM +kalp hastalığı, 1 hastada rektum tümörü tedavisi, 2 hastada DM+ Kronik renal yetmezlik, 1 hastada DM+ kalça protezi, 2 hastada DM+ kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH), 1 hastada travmaya bağlı kronik parapleji, 1 hastada penil protez, 1 hastada hipertansiyon öyküsü mevcuttu (Tablo 1). 2 hastada yandaş hastalığa rastlanılmadı. 14 hastada yara kültüründe E.Coli, 2 hastada Streptokok üremesi görüldü (Tablo 2). Üç hastada ikinci debridman seansında ostomi açıldı. Mortalite gelişen hastaların Fournier gangreni ciddiyet indeksi (FGSI) 8,5, tedavi ile iyileşen hastalarda FGSI 7,66 olarak hesaplandı. Hastanede ortalama kalış süresi 23,73 (12-48) gün idi. 4 hastada mortalite gelişti. **Tartışma ve Sonuç:** Fournier gangreni yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Olgularımızda 4 adet mortalite (%22) izlenmiştir. Acil debridman tedavinin önemli basamağıdır. Hastaların %20-70'inde DM görülür. Çalışmamızda diabetik hasta oranı literatürle uyumlu olarak %61 olarak izlenmiştir. Tedavinin ana prensibi, hemodinamik stabilizasyon, parenteral antibiyoterapi ve acil geniş debridmandır. Nekrozun yaygınlığı göz önüne alınarak seri eksplorasyon ve debridman kaçınılmazdır. Fekal diversiyon kontaminasyondan kaçınmak amaçlı gerekebilir bir prosedürdür. Debridmanların sonucunda oluşan doku defektinin dikkatli yara bakımı morbidite ve mortaliteyi azaltır. Fournier gangreni tedavi sürecini izlemek ve yönetmek amacıyla çeşitli indeksler tariflenmektedir. Fournier Gangreni Ciddiyet İndeksi (FGSI) kolay uygulanabilir oluşu ile hastaların ilk değerlendirmesinde prognozu öngörmek amaçlı faydalı olmaktadır. Çalışmamızda bizde dolayısıyla FGSI parametresini kullandık. Fournier gangreni yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, bir hastalıktır. Erken tanı ve multidisipliner tedavi ile kontrol altına alınabilir.

Tablo 1. Yandaş hastalık ve mortalite ilişkisi

Yandaş hastalık	Hasta sayısı	Mortalite
DM	5	0
DM+Kalp hast	2	0
DM+KRY	2	1
DM+KOAH	2	2
Rektum CA	1	0
Hipertansiyon	1	0
Parapleji	1	1
Penil Protez	1	0
Yandaş hastalık yok	3	0

Tablo 2. Fournier Gangrenli Hastaların FGSI değerlendirmesi ve debridman sayısı ile birlikteliği

Yaş	Yandaş hastalık	FGSI	Debridman Sayısı
50	Penil Protez	6	3
47	DM+KRY	9	3
52	Parapleji	7	2
64	Hipertansiyon	9	4
63	DM+KalpHast.	8	2
68	DM.	8	3
83	DM +KOA	9	2
85	DM	6	2
69	DM +KBY	9	3
66	REKTUM CA	3	1
44	DM	11	3
60	Yok	6	2
44	Yok	6	1
72	DM+ Kalp hast.	11	1
74	DM+ Kalça protezi	9	2
75	DM+ KOAH	9	2
68	DM	5	1
57	DM	6	3

[SB - 49]**Pelvik Travma Sonrası Uygulanan Rekonstrüksiyon Cerrahisi**

ÖMER ALABAZ¹, MEHMET BAYRAK², ZÜHTÜ TANSUĞ³, AHMET RENCÜZOĞULLARI¹, TOLGA AKÇAM¹, İSMAİL CEM ERAY¹, OKAN DALYAN⁴

¹Ç.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

²Özel Ortadoğu Hastanesi, Adana

³Ç.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Adana

⁴Özel Medline Hastanesi, Adana

Amaç: Pelvik travma geçiren olgulara acil cerrahi ve sonrasında uygulanan rekonstrüksiyon operasyonlarının erken ve geç dönem fonksiyonel sonuçlarının tartışılması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** 2005 – Ocak 2015 tarihleri arasında künt, kesici delici ve diğer nedenlerle pelvik organlara ait travma geçiren 14 olgulara yapılan acil ameliyatlara ve sonrasında uygulanan rekonstrüksiyon cerrahileri retrospektif değerlendirildi. Olguların 9'u erkek, 5'i bayandı. Yaş ortalamaları 47.4 idi. **Bulgular:** Olguların 8'inde ateşli silah ve yanıcı patlayıcı madde yaralanması, 3'ünde künt travma ve diğer 3'ünde kesici ve delici alet yaralanması mevcuttu. Olguların 9'unda çoklu organ, beşinde ikili organ(rektum ve/veya vajen) travması mevcuttu. Olguların acil ameliyatlarında 13 olguya fekal diversiyon ve 6 olguya üriner diversiyon operasyonu uygulandı. Operasyonlardan önce görüntüleme yöntemlerine ek olarak anal ve üriner fonksiyonlarının değerlendirilmesinde manometri, EMG ve ürodinamik tetkikleri kullanıldı. Olguların 12'sine rektum ve anal bölge sfinkter rekonstrüksiyonu, 9'una mesane ve üriner rekonstrüksiyonu, 5'ine vajen ve anal bölge rekonstrüksiyonu uygulandı. 6 olguya rektum, 4 olguya mesane rezeksiyonu ve perine debridmanı ile birlikte yapıldı. Sfinkter rekonstrüksiyonu amacıyla primer tamiri mümkün olmayan 7 olguya grasilis transpozisyonu ve yapay sfinkter uygulandı. Olguların 5'inde yeterli fekal ve üriner kontinans sağlanamadığı için fekal ve üriner diversiyonuna devam edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Pelvik travma cerrahisinde acil uygulamalar, sonrasında yapılacak rekonstrüksiyon cerrahisi düşünülerek doku ve organ kaybına sebebiyet vermeyecek şekilde dikkatli yapılmalıdır. Pelvik mul-

tiorgan travmalarındaki rekonstrüksiyon cerrahisinde özellikle fekal ve üriner kontinansını sağlamada kullanılan yöntemler başarılı bir şekilde uygulanabileceği sonucuna varıldı.

[SB - 50]**İnstabil Pelvis Kırığı Bulunan Multitravmalı Hastalarda Takip ve Tedavi Sonuçlarımız**

ADNAN ÖZPEK¹, METİN YÜCEL¹, HÜSEYİN KEREM TOLAN¹, ABDULLAH ŞİŞİK¹, BUKET ALTUN ÖZDEMİR¹, FİKRET EZBERCİ¹, GÜRHAN BAŞ¹, ORHAN ALİMOĞLU²

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Multitravmalı hastalarda pelvis kırığı genellikle toraks ve abdomen yaralanmalarına eşlik etmektedir. Özellikle instabil pelvis kırığı, multitravmalı hastada mortalite ihtimalini artıran bir faktördür. Bu çalışmada kliniğimizde multitravma nedeniyle yatırılarak takip ettiğimiz, instabil pelvis kırığı bulunan hastaların takip ve tedavi sonuçlarını analiz etmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2009 ile Haziran 2015 tarihleri arasında kliniğimize yatırılarak tedavi ettiğimiz multitravmalı hastalar prospektif veri tabanında retrospektif olarak incelendi. Pelvis kırığı bulunan hastalardan, pelvis grafisi ve/veya bilgisayarlı tomografide pelvik ringin aynı tarafında ön ve arkada kırığı bulunan ve pelvik stabilizeyi bozan (Tile C, B1 ve B3-1 tip) kırıklar instabil pelvis kırığı olarak kabul edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, yaralanma mekanizması, ek yaralanma bölgesi ve organ yaralanması, tedavi yöntemi, Yaralanma Şiddet Derecesi (ISS), Revize Edilmiş Travma Skoru (RTS), transfüzyon ve mortalite yönünden değerlendirildi. **Bulgular:** Kliniğimize künt travmaya bağlı yaralanma nedeniyle yatırdığımız 428 hastanın, 120(%28)'sinde pelvis kırığı ve 44(%10.3)'ünde instabil pelvis kırığı bulunduğu saptandı. Hastaların 22(%50)'si erkek, 22(%50)'si kadın, yaş ortalaması 42.5(19-75) idi. Hastaların 18(%40.9)'i araç dışı trafik kazası, 12(%27.3)'si araç içi trafik kazası, 10(%22.7)'u düşme ve 5(%11.4)'i diğer nedenlerle yaralanmışlardı. Hastaların 24(%54.5)'ünde ekstremiteler, 18(%40.9)'ünde torakal, 14(%31.8)'ünde vertebral, 12(%27.3)'ünde abdominal, 4(%9.1)'ünde serebral ve 1(%2.3)'ünde maksillofasyal bölge yaralanmaları eşlik etmekteydi. Hastaların 3'ünde karaciğer, 3'ünde dalak, 3'ünde böbrek, 3'ünde diafragma, 3'ünde mesane, 2'sinde perine bölgesi, 1'inde üretra, 1'inde rektum, 1'inde ileum, 1'inde femoral ven ve 1'inde popliteal ven yaralanması bulundu. Ortalama ISS:38.3(25-66), RTS:6.93(2.60-7.84) olarak hesaplandı. Hastaların 8'ine laparotomi, 2'sine torakotomi, 6'sına pelvik packing, 3'üne eksternal fiksasyon ve 1'ine internal ilyak arter ligasyonu uygulandı. Hastaların 13(%29.5)'ü ameliyat edilirken, 31(%70.5)'i nonoperatif olarak takip ve tedavi edildi. Hastalara ortalama 4.2Ü.(0-17Ü.) eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulandı. Toplam 13(%29.5) hastada mortalite gelişti. **Tartışma ve Sonuç:** İnstabil pelvis kırığı hemodinamiyi bozan ve mortaliteyi artıran bir yaralanma şeklidir. Değişik çalışmalarda %30-50 arasında mortalite bildirilmekle birlikte gelişmiş travma merkezlerinde mortalite %15'e kadar düşürülebilmektedir. Çalışmamızda %29.5 mortalite bildirildi.

[SB - 51]**Acil Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Edilen Pediatrik Olguların Değerlendirilmesi**

KEMALETTİN KOLTKA¹, SÜLEYMAN BADEMLER²,
NÜKHET SİVRİKÖZ¹, İBRAHİM FETHİ AZAMAT², MEHMET İLHAN²,
ALİ FUAT KAAN GÖK², RECEP GÜLOĞLU²

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Fakültemiz acil cerrahi birimine başvuran ve yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul edilen 17 yaş altı olguların yaş, cinsiyet, travma nedeni, travma zamanı, YBÜ ve hastane kalış süreleri, mortalite, yaralanan bölge(ler) ve anatomik ve/veya fizyolojik skorlarının değerlendirilmesi hedeflendi. **Gereç ve Yöntem:** 2010 ve 2014 yılları arasında YBÜ kabul edilen 17 yaş altı hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi ve hazırlanan takip formu dolduruldu. Olgular yaşayanlar ve kaybedilenler diye iki gruba ayrıldı ve bu grupların parametrik verilerin değerlendirilmesinde Student t testi kullanıldı ve veriler ortalama±standart sapma olarak verildi. **Bulgular:** 5 yıllık süre içinde 90 pediatrik travma olgusunun YBÜ'ne kabul edildiği saptandı. Olguların yaş ortalaması 78.9±55.4 ay olarak bulundu. Olguların %58'i erkekti. Olguların %51'inde yüksekten düşme, %27.7'sinde araç dışı trafik kazası ve %12.2'sinde araç içi trafik kazası travmanın nedeni idi. Travmaların %66'sı hafta içi ve %60'ı gündüz saatlerinde meydana gelmiş idi. Olguların YBÜ kalış süresi 9±15.9 gün ve hastane kalış süresi 12.9±17.8 gün idi. Olguların %20'sinin kaybedildiği ve %80'inin hastaneden taburcu edilebildiği saptandı. %39 izole kafa travması, %12.2 kafa ve toraks travması, %11.1 kafa, toraks ve batin travması ve %8.8 izole batin travması mevcuttu. Kalan olgularda farklı travma kombinasyonları olduğu görüldü. Sağ kalan ve ölen hastaların Glasgow koma skoru (GCS), yaralanma şiddeti skoru (ISS), revize edilmiş travma skoru (RTS) ve travma skoru – yaralanma şiddeti skoru (TRISS) değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar mevcuttu. **Tartışma ve Sonuç:** YBÜ'ne kabul edilen pediatrik olguların <10 yaş olduğu, çoğunun erkek olduğu, yüksekten düşmenin ana travma nedeni olduğu, travmaların gündüz saatlerinde ve hafta içi meydana geldiği, en sık kafa travması meydana geldiği ve travma skorlarının mortalite tahmininde kullanılabileceği saptandı.

[SB - 52]**Abdominal Büyük Damar Yaralanmalarında 31 Olguda 6 Yıllık Sonuçlarımız**

CEM BATUHAN OFLUOĞLU, NURİ EMRAH GÖRET, ÖNDER ALTUN,
SELÇUK KAYA, YUNUS EMRE ALTUNTAŞ, AHMET FERAN AĞAÇHAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Abdominal penetran travmalara bağlı major damar yaralanmaları yüksek bir mortaliteye sahiptir. Bu çalışmanın amacı, abdominal travma sonrasında gelişen büyük damar yaralanmalarının cerrahi tedavisinde mortalite ve morbiditeyi etkileyen faktörleri araştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Altı yıllık süre içinde 31 hasta abdominal büyük damar yaralanmaları ile başvurdu. Bu hastalarda demografik bilgiler, yaralanma sebepleri, yaralanma yerleri, yaralanan damar tipi, ek yaralanmalar, cerrahi girişimin zamanlaması, cerrahi yaklaşım ve klinik sonuçlar retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastalar ek tab-

loda belirtildiği gibi yaralanan damar, hayati önemi ve akım gradienti öngören sınıflama kullanılarak ayrıldı. Bu çalışmaya hayati fonksiyonlarını kaybetmiş hastalar dahil edilmemiştir. **Bulgular:** Abdominal vasküler travma sonrasında 2008-2014 yılları arasında ortalama yaş 29,2 (dağılım 16 ile 55 yaş) olan 27 (%87) erkek, 4 (%13) kadın hasta başvurdu. Yaralanmanın nedeni 6 (%19) hastada künt, 25 (%81) hastada penetrandı. Bilgisayarlı tomografi genel olarak uygulanamazken, durumu stabil olguların bir bölümüne doppler ultrasonografi veya BT-anjiyografi uygulandı. Büyük damar yaralanmalarında dağılım düzey I (2), düzey II (4), düzey III (12), düzey IV (3) ve düzey V (10) olarak saptandı. İliak ven (8), aort (5) ve vena cava (4) en çok yaralanan damarken, 7 olguda multipl damar yaralanması, 21 olguda en sık kolon ve incebarsak olmak üzere ek organ yaralanması saptandı. Hastalar acil servise başvurduktan sonra erken dönemde (30 dk altında) ameliyata alındı. Hastalara pe-roperatuar dönemde ortalama 2100 ml kan transfüzyonu yapıldı. Tedavide 23 (%74) hastaya primer damar onarımı-rekonstrüksiyon-anastomoz, 1 (%3) hastaya ligasyon, 6 (%19) hastaya dacron greft, 1 (%3) hastaya balon kateter uygulanırken; pe-roperatuar dönemde 5 (%16), postoperatif dönemde 9 (%29) hasta ile ortalama cerrahi mortalite (%45) anlamlı derecede yüksekti (p=0,01). **Tartışma ve Sonuç:** Damar onarımındaki hızlı teknik gelişimler, agresif resüstasyon ve cerrahi müdahalelere rağmen büyük damar yaralanmalarında yüksek mortalite oranları sürmektedir. Damar yaralanmalarında yaralanma şekli ve yeri, ek lezyon olup olmaması, şok ve erken cerrahi girişim morbidite ve mortaliteyi belirleyen en önemli faktörlerdir.

Tablo. Amerikan Travma Cerrahisi Birliğinin Vasküler Yaralanmalar Skalası

GRADE	ARTER	VEN
I	İsimsiz superior mezenterik arter dalları İsimsiz inferior mezenterik arter dalları Frenik arter Lumbar arter Gonadal arter Ovarian arter İsimsiz, bağlanması gereken küçük arter dalları	İsimsiz superior mezenterik ven dalları İsimsiz inferior mezenterik ven dalları Frenik ven Lumbar ven Gonadal ven Ovarian ven İsimsiz, bağlanması gereken küçük ven dalları
II	Hepatik arter Splenik arter Gastrik arter Gastroduodenal arter İnferior mezenterik arter Primer adı olan, superior mezenterik arter dalları	Splenik ven İnferior mesenterik ven
III	Renal arter İliak arter Hipogastrik arter	Superior mesenterik ven Renal ven İliak ven Hipogastrik ven Vena cava (infrarenal)
IV	Superior mezenterik kök Çöliak arter aksı Aort (infrarenal)	Vena cava (intrahepatik)
V	Aort (suprarenal)	Vena cava (suprahepatik) Vena cava (retrohepatik) Portal ven Hepatik ven (extrahepatik)

[SB - 53]**Mide Kanseri Hastalarda D2-Lenfadenektomi Sonrası Oluşan Yüksek Volümlü Şilöz Asitin Yönetimi : Çok Kurumlu Bir Çalışma**

ENVER İLHAN¹, MEHMET MİHMANLI², ALİ ALEMDAR³,
ORHAN ÜREYEN¹, UYGAR DEMİR², YAVUZ ERYAVUZ³

¹SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

²SB Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

³SB Okmeydanı Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada mide kanseri cerrahisi için D2-Lenfadenektomiden sonra gelişen ve hayatı tehdit edici komplikasyonlara sahip yüksek volümlü şilöz asit için tedavi yöntemlerini ortaya koymak amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Şişli Hamidiye Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde mide kanseri nedeniyle gastrektomi + D2-Lenf adenektomi(LA) uygulanan ve şilöz asit gelişen toplam 9 olgunun bulgularıprospektif olarak kaydedildi retrospektif olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Gastrektomi+D2-Lenfadenektomi uygulanan toplam 436 olgudan 9 unda (%2.06) şilöz asit görüldü Bunların 5 i kadın, 4 ü erkek idi. Olgulardan 6 sına total gastrektomi + D2-Lenfadenektomi, 3 üne ise subtotal gastrektomi + D2-Lenfadenektomi uygulandı. Bir olguya mediastinal lenfadenektomi, bir olguya splenektomi + distal pankreas rezeksiyonu eklendi. Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 33.8 (aralık 20-48)idi. Ortalama metastatik lenf nodu sayısı 8.7(aralık 0-26) idi. TNM evrelemeye göre olguların beşi Evre III (%55.6), ikisi Evre II (%22.2) ve ikisi Evre I (%22.2) idi. Sadece bir olgu (%22.2) erken mide kanseri idi. Ameliyat sonrası oral beslenmeye geçiş günü ortalama 3.9 gün (aralık 2-5) idi. Lenf kaçağı tesbit edilme günü ortalama 5.9.gün (aralık 5-7) idi. Ortalama fistül kaçağı günlük debisi 939 cc (aralık 600-1500) idi. Tedavi olarak; Oral alımın stoplanması, TPN, PPN, sandostatin, drenaj tüpünün çekilmesi, drenaj tüpünün klemplenmesi, diüretik tedavisi, ve MCTs(medium-chain triglycerides) li diyet tedavileri tek başına veya kombine olarak uygulandı. Hiçbir olguda reoperasyon gerekmedi. Fistül kapanma günü ortalama 23 (aralık 8-51) gün idi. Hastanede ortalama kalış süresi 24 gün (aralık 11-45) idi. Bir hastada TPN için sağ subklavian ven kateterizasyonu esnasında hemopnomotoraks meydana geldi ve tüp torakostomi+KSAD ile tedavi edildi. Mortalite görülmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Mide kanseri cerrahisinde D2-Lenfadenektomide sonra nadir olarak görülebilen şilöz asit konservatif olarak tedavi edilebilir. Oral beslenmenin kesilmesi, TPN ve Sandostatin uygulaması gibi seçeneklerin yanı sıra drenaj tüpünün çekilmesi, diüretik uygulaması ve özellikle tedaviye dirençli olgularda MCTs içeren diyet uygulaması sonuç alınabilen diğer önemli seçeneklerdir.

[SB - 54]**İntestinal Obstrüksiyon ve Melena Şikayetleri İle Başvuran Duodenal Gastrointestinal Stromal Tümör Tanısı Konulan 2 Olguya Yaklaşımımız**

İLKİN İSMAYİLOV, MAHİR NASİROV, ÇAĞRI BÜYÜKKASAP,
AYDIN YAVUZ, MUSTAFA ŞARE

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) tüm gastrointestinal sistemi (GİS) tutabilen, GİS'in mezenkimal kökenli en yaygın tümörleridir. Fakat, GİS tümörlerinin %1'ini mezenkimal kaynaklı stromal tümörler oluşturmaktadır. Stromal tümörlerin gastrointestinal sistemde en az görüldüğü bölge duodenumdur. Nadiren tıkanma sarılığı, intestinal obstrüksiyon, kanama bulgularıyla karşımıza çıkabilir. Bu çalışmada intestinal obstrüksiyon ve GİS kanama bulgusu olan, patolojik tanısı duodenal gastrointestinal stromal tümör olan 2 olguyu inceleyeceğiz. **Olgu 1:** Yaklaşık 3 aydır epigastrik ağrı, bulantı, ara ara kusma şikayetleri nedeniyle dış merkeze başvuran 55 yaşında erkek hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde duodenum 4. segmentte ekzofitik büyüme gösteren yaklaşık 8,5 cm çapında lezyon tespit edilmiş. Yapılan endoskopik ultrasonografide duodenal GİST ile uyumlu görünüm saptanmış. Hastanın tümör markerları normal değerlerde saptanmış. Hasta şikayetleri artması üzerine tarafımıza başvurdu ve kliniğimize yatırıldı. Elde edilen bulgular ile operasyon kararı verildi. Eksplorasyonda düzgün sınırlı, çevre dokulara invazyonu olmayan duodenum 4. segmentte kitle saptandı. Duodenum rezek edilerek uç-yan duodenojejunostomi yapıldı. Spesmenin patolojik incelenmesinde kitlenin 9 cm çapında olduğu görüldü. 50x büyütme alanında 2 mitoz izlendi. Kİ-67 proliferasyon indeksi %3, SMA ile fokal boyanma izlendi. CD-117 ve CD-34 pozitif olarak değerlendirildi. Hasta postoperatif 7. gününde sorunsuz taburcu edildi. **Olgu 2:** 56 yaşında erkek hasta melena şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan bilgisayarlı tomografide duodenum 4. kısımda 2,5-3 cm boyutlarında kitle saptandı. Hastanın kanamasının devam etmesi ve hemoglobin değerlerinin düşük olması göz önünde bulundurularak operasyon kararı verildi. Eksplorasyon sırasında duodenum 4. segmentte kitle görüldü. Rezeksiyon yapılarak uç-yan duodenojejunostomi uygulandı. Patolojik olarak bu olguda tümör çapı 3 cm olarak ölçüldü, mitotik aktivite izlenmedi. Kİ-67 %1 olarak saptandı. SMA, S-100, Desmin ve CD-34 negatif, CD-117 pozitif olarak tespit edildi. Sonuç olarak GİST'ler düzgün sınırlı olup çevre dokulara invazyon ihtimali azdır. Genelde genişleyerek büyürler ve lenf nodu metastazı ihtimalleri düşüktür. Bu nedenle cerrahi rezeksiyonlarda lenf nodu diseksiyonu eklenmesine gerek yoktur. Cerrahi rezeksiyonda tümör rüptüre edilmeden temiz cerrahi sınır ile çıkarılmalıdır.

[SB - 55]**Alt Gastro-İntestinal Sistem Kanamalı Hastalarda Tedavi Yaklaşımları ve Sonuçlarımız**

HAKAN ÇAKIT, İLYAS KUDAŞ, ADNAN ÖZPEK, METİN YÜCEL,
SUAT AKTAŞ, ETHEM ÜNAL, HÜSEYİN KEREM TOLAN, ALİ KILIÇ,
FİKRET EZBERCİ, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Alt gastro-intestinal sistem (GİS) kanama nedenleri oldukça çeşitlidir ve kanama ihtimali bulunan geniş bir yüzey

alanı mevcuttur. Özellikle kanama yerinin tespit edilmesi her hastada kolaylıkla mümkün olmamaktadır. Bu çalışmada alt GİS kanama nedeniyle takip ve tedavi ettiğimiz hastaların bulgularını analiz etmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2010 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında kliniğimizde alt GİS kanama bulgusu ile takip ve tedavi ettiğimiz hastalar yaş, cinsiyet, uygulanan eritrosit süspansiyonu (ES) ve taze dondurulmuş plazma (TDP) transfüzyonu, tanı, uygulanan tedavi ve mortalite yönünden retrospektif olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Toplam 49 hasta alt GİS kanama bulgusu nedeniyle yatırılarak takip ve tedavi edildi. Hastaların 29 (%59)'u kadın, 20 (%41)'si erkek, yaş ortalaması 68 (32-89) idi. Hastaların hepsinde rektal tuşe ile muayenede hematozezi mevcuttu. Hastaların 5'inde antikoagulan ilaç kullanım öyküsü bulunuyordu. Hastalara ortalama 3.6 Ü.(0-36 Ü) ES, 1.9 Ü.(0-12 Ü) TDP transfüzyonu uygulandı. Kolonoskopik inceleme sonucunda hastaların 18 (%36.7)'inde kolon divertikülü, 9 (%18.4)'unda hemoroid, 5 (%10.2)'inde anjiyodisplazi, 5 (%10.2)'inde rektum karsinomu, 3 (%6.1)'ünde kolon karsinomu, 2 (%4.1)'sinde kolonda polip, 2'sinde rektum GİST, 2'sinde rektal ülser ve 2'sinde rektal hemoraji tespit edildi. Ayrıca 3 hastaya Tc-99 işaretli sintigrafi, 2 hastaya çift balon endoskopik inceleme yapıldı. Toplam 9(%18.4) hasta ameliyatla tedavi edildi. Hastalardan 2'sine low anterior rezeksiyon, 1'ine sağ hemikolektomi, 1'ine anterior rezeksiyon, 1'ine segmenter ince bağırsak rezeksiyonu ve sağ hemikolektomi, 1'ine segmenter ince bağırsak rezeksiyonu, 2'sine acil hemoroidektomi, 2'sine kolonoskopik koterizasyon ve 1'ine transanal koterizasyon uygulandı. İki (%4.1) hastada mortalite görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** Alt GİS kanama nedeniyle takip edilen hastalarda kanama yerinin tespit edilmesi önemlidir. Kanamanın yerini belirlemek için öncelikle kolonoskopi planlanmalıdır. Kolonoskopiyle tanı konulamayan bazı hastalarda sintigrafi, anjiyografi, kapsül endoskopisi ve çift balon endoskopisi gibi ileri incelemeler gerekmektedir. Kanama yeri belirlenerek nedene yönelik tedavi uygulanmalıdır.

[SB - 56]

Nedeni Bilinmeyen Aşikar Gastrointestinal Sistem (GİS) Kanamalarda Kapsül Deneyimimiz

MUHAMMED ÜÇÜNCÜ¹, SÜLEYMAN BADEMLER¹, MEHMET İLHAN¹, ALİ FUAT KAAN GÖK¹, FİLİZ AKYÜZ², RECEP GÜLOĞLU¹

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Bu çalışmanın amacı acile GİS kanama ile başvuran hastalarda kapsül endoskopisinin tedavi yönetimine katkısı değerlendirmektir. **Gereç ve Yöntem:** İTF Acil Cerrahi birimine 1 Ocak 2009 ile 1 Ocak 2015 tarihleri arasında nedeni bilinmeyen aşikar GİS kanama tanısı ile takip edilen ve kapsül endoskopisi yaptığımız 24 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** İTF Acil Cerrahi de nedeni bilinmeyen aşikar GİS kanama tanısıyla takip edilen 28 hastadan 24 ü çalışmaya dahil edildi. (4 hastanın verilerine ulaşılamadığı için çalışma dışı bırakıldı.) 8 hasta kadın (%33) 16 hasta erkekti (%67). Ortalama yaş: 56,7 (20-88) idi. 6 hasta kan sulandırıcı ilaç kullanıyordu. 5 hasta yoğun bakımda takip edildi. 3 hastaya anjio yapıldı aktif kanama saptanmadı. 1 hastaya anjiyoembolizasyon yapıldı. Ortalama eritrosit süspansiyon replasmanı 13,9 idi. 6 hasta kapsül endoskopisinde bulunan kanama odakları nedeniyle opere edildi. Opere edilen hastalardan 2sinde ince barsak adenokanseri saptandı. 1 hastaya çift balon endoskopi ile skelero-

terapi yapılarak tedavi edildi. 2 hasta taburcu edildikten sonra kanama dışı nedenlerle ex oldu. Bir hasta kanama nedeniyle ex oldu. Hastanede ortalama kalış süresi: 22,25 (3-135) idi. **Tartışma ve Sonuç:** Kapsül endoskopisi kanama etyolojisini saptamada etkindir. Acile başvuran hastalarda nedeni bilinmeyen kanamalarda radyolojik görüntüleme sonrası ilk tercih edilecek yöntem kapsül endoskopi olmalıdır.

[SB - 57]

ISS Hasar Kontrol Cerrahisi İçin Endikasyon mudur?

EMİN LAPSEKİLİ, ŞAHİN KAYMAK, ALİ HARLAK, NAZİF ZEYBEK

GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı Harp Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Hasar kontrol Cerrahisi (HKC) uygulamaları ilk olarak 1908 yılında Pringle tarafından başlatılmış ve zaman zaman terk edilmekle beraber günümüze kadar 4 aşamalı bir teknik olarak özellikle harp cerrahisi uygulamalarında yerini bulmuştur. Hasar kontrol cerrahisi uygulanacak yaralı seçimi oldukça önemlidir. Klasik hasar kontrol cerrahisi endikasyonları: 1) ISS nin 35 in üzerinde olması, 2) Belirgin hipotansiyon (<70 mm/hg), 3) Hipotermi (<34 °C), 4) Koagülopati (PT >19 sn ve/veya PTT > 60 sn), 5) Ciddi Asidoz (pH<7.2, baz açığının 55 yaş > -15 mmol/L, 55 yaş< -6 mmol/L, yada serum laktat seviyesinin >5 mmol/L) olarak bilinmektedir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız ISS si hesaplanmış 99 yüksek kinetik enerjili ateşli silah yaralanması olan hastanın ISS skorlarına göre HKC uygulanma oranlarını belirlemeyi amaçlamıştır. **Bulgular:** ISS anatomik bir skorlama sistemi olup retrospektif olarak hesaplanabilmektedir. ISS skoru hesaplanabilen verilerine ulaşılan 99 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların hepsinde yüksek enerjili ateşli silah yaralanmaları mevcuttu. Hastaların 23 (%23) tanesine HKC uygulaması yapıldı. Bu hastaların sadece 2' si 35 ve üzeri ISS ye sahipti. 99 hastanın 5 inde ISS 35 in üzerindeydi, bu hastaların aynı şekilde 2 (%40) sine HKC uygulandı. **Tartışma ve Sonuç:** 1984 yılından itibaren HKC ile birçok merkez artmış sağkalım oranları bildirmektedir. HKC bu açıdan bakıldığında hayat kurtarıcı bir işlemdir. Birçok kriterin yanı sıra ISS değeri bir seçim unsuru haline gelmiştir. Retrospektif olarak bakıldığında HKC uygulanan vakaların çoğunun ISS değerinin 35 in altında olduğu gözlemlenmekle beraber ISS değeri 35 ve üzeri olan vakalarda yaklaşık yarı yarıya oranlarda (%40) HKC uygulandığı görülmektedir. Aynı şekilde retrospektif olarak bakıldığında cerrahların özellikle karaciğer ve pelvik yaralanması olan hastalarda HKC prensiplerini tercih ettiği gözlenmektedir. Hayat kurtarıcı girişimler multipl travmalı hastalarda oldukça önemlidir, geniş vaka içeren çalışmaların cerrahlara bu kararı vermesi için yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

[SB - 58]

Kaykay İle İlişkili Kafa Yaralanmaları

EVREN DİLEKTAŞLI¹, ELİZABETH R. BENJAMİN², JAYUN CHO², TOBIAS HALTMEIER³, KENJİ INABA², DEMETRİOS DEMETRİADES²

¹*Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa, Türkiye*

²*Los Angeles County and University of Southern California Medical Center, Department of Surgery, Division of Acute Care Surgery and Surgical Critical Care Los Angeles, California, USA*

³*Bern University Hospital, Department of Surgery, Bern, Switzerland*

Amaç: Kaykay gittikçe artan kullanımı ile oldukça popüler bir spordur. Spor olarak yapılması dışında, başta özellikle ABD

olmak üzere bütün dünyada tüm yaş gruplarında yakın mesafelerde eğlenceli bir ulaşım aracı olarak kullanılmaktadır. Travma merkezlerine gün geçtikçe daha fazla sayıda kaykay ile ilişkili yaralanmalar (KIY) başvurmaktadır. Bu çalışma ile kaykay yaralanmalarını epidemiyolojik, yaralanma tipi ve travma lokasyonu açısından karşılaştırmak ve belirlenen iki ayrı period arasında koruyucu ekipman kullanımı ve bu ekipman kullanımının yaralanmadaki hasara karşı etkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** National Trauma Data Bank (NTDB) kullanılarak 2007 -2012 yılları arasında KIY nedeniyle başvuran tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma grupları 2007-2009 ve 2010-2012 periyodlarına ayrılmıştır. Bu iki zaman periodunda, travmatik beyin hasarının (TBH) insidansı ve ciddiyeti, koruyucu ekipmanların ve kaykay parklarının bu travmalardaki koruyucu etkileri değişik yaş gruplarında univariable ve multivariable analizler kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** NTDB verilerine göre, 2007-2012 yılları arasında 12,976 hasta kaykay yaralanması nedeniyle hastaneye başvurdu. Bunların 5648'i 2007-2009, 7328'i ise 2010-2012 yılları arasında başvurmuştur. Kask kullanımı her iki period'da da düşük olarak saptanmıştır (sırasıyla %5.1 ve %6.1). En yüksek kask kullanım oranı, <10 yaş grubunda izlenmiştir (%10.6). İlk periyotta, >16 yaş grubunda hasta başvurularında ve genel olarak tüm KIY'larda anlamlı bir artış saptanmıştır. Bununla birlikte iki period karşılaştırıldığında, tüm kafa travmaları (%42.6 to %46.8, $p<0.001$) ve ciddi TBH insidanslarının da (%30.9 to %33.2, $p=0.006$) arttığı saptanmıştır. Daha genç yaşlarda ciddi TBH oranlarında azalma izlenmekle beraber, ikinci periyotta >16 yaş grubundaki hastalarda ciddi TBH oranları anlamlı düzeyde yükselmiştir. Ciddi TBH hastalarının sadece %3.7'si koruyucu kask kullanmıştır. Lojistik regresyon analizine göre >10 yaş, erkek cinsiyet ve kask kullanılmaması ciddi TBH açısından bağımsız risk faktörleri olarak saptanmıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Kask kullanımının ciddi TBH'ni önlediğiyle ilgili kesin kanıtlar bulunmasına rağmen, KIY'larda kask kullanımı oranları, halen çok düşüktür. Yaş olarak daha büyük çocuklar (>16 yaş) KIY sonrası ciddi TBH açısından yüksek risk grubundadırlar. Tüm yaş gruplarında kaykay yaralanmaları ile ilgili koruyucu eğitimsel faaliyetler gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

[SB - 59]

Travmatik Diyafragma Yaralanmalarına Güncel Yaklaşım: 6 Yılda 54 Hastadan Alınan Dersler

MURAT BEYATLI, NURİ EMRAH GÖRET, ÖNDER ALTIN, SELÇUK KAYA, YUNUS EMRE ALTUNTAŞ, AHMET FERAN AĞAÇHAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Klinik tabloyu eşlik eden organ yaralanmalarının maskeleyenmesinden dolayı ihmal edilmesi veya atlanması mümkün olabilen yaralanmalardandır. Bu çalışmada, acil diyafram yaralanmalarının cerrahi tedavisi ve tanısı hakkında 6 yıllık deneyimimiz gözden geçirildi. **Gereç ve Yöntem:** 2008-2014 yılları arasında kliniğimizde diyafram yaralanması tanısı konulan ve ameliyat edilen hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Yaralanmaların 26'sı kesici-delici alet ile, 11'i ateşli silah yaralanması sonucu, 13'ü trafik kazası ve 2'si düşme sonucu oluşmuştu. En sık rastlanılan şikayetler ve fizik muayene bulguları; dispne, göğüs ağrısı, abdominal distansiyon ve etkilenmiş tarafın hemitoraksında solunum seslerinin alınamamasıydı. Bilgisayarlı tomografi ve akciğer grafisinde ise, en sık diafragma gölgesinin kaybolması, diafragmanın elevasyonu ve toraksa visseral organ herniasyonu bulgularıyla karşılaşıldı (n=33). Hastaların çoğunluğuna (n=36) laparotomi sırasın-

da tanı konulabildi. Laparoskopi ve torakoskopi tanıda altın standart olup, hemodinamisi stabil 12 olguda uygulanmıştır. Yaralanma genellikle sol hemidiyaframda (n=35, %65) idi. Hastaların 37'sinde (%68) bazılarında birden çok olmak üzere eşlik eden organ yaralanması vardı. Hastaların 42'sine sadece laparotomi, 5'ine torakotomi ile birlikte laparotomi ve 7'sine sadece laparoskopik teknik uygulandı, tedavi tüm olgularda cerrahiydi. Diyafram defektleri 52 olguda primer tamir edilirken 2 hastada greftli tamir uygulamasına gidildi. **Tartışma ve Sonuç:** Diyaframın tek başına yaralanması nadirdir. Hem toraks hem de batin içi patoloji saptanan multipl yaralanmaların yanında tek girişli penetran yaralanmalarında bile diyafram hasarını akla getirmelidir. Diyafram rüptürünün acil şartlarda tanısı güçtür. Çünkü çoğu hasta hemodinamik açıdan instabil ve tanı için gerekli tetkik için zaman yoktur. Bu nedenle künt ya da penetran travması olan her hastada diyafram rüptürünün de olabileceği akla getirilmelidir. Tanıda yetersiz kalan akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi sonucuna ek tanısız laparoskopi veya torakoskopi yapılamayan hastalarda operasyon esnasında her iki diyaframın dikkatli bir şekilde eksplore edilmesi ile muhtemel bir rüptürün atlanmasını en aza indirecek ve bu duruma bağlı oluşabilecek mortalite ve morbidite oranları azalacaktır.

Tablo. Diyaframa ek organ yaralanmaları

ORGAN	n	%
Karaciğer	12 izole 4 multipl	29
Dalak	4 izole 6 multipl	18
İncebarsak	3 izole 7 multipl	18
Mide	4 izole 5 multipl	16
Kolon	1 izole 6 multipl	13
Böbrek	2 multipl	4
Özefagus	1 multipl	2
Safra Kesesi	1 multipl	2
Duodenum	1 multipl	2
Pankreas	1 multipl	2
Beyin	1 multipl	2

[SB - 60]

Travmatik Penetran Kalp Yaralanmaları

ÖNDER ALTIN, SELÇUK KAYA, MUSTAFA YÜKSEK, YUNUS EMRE ALTUNTAŞ, AHMET FERAN AĞAÇHAN

İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Penetran kalp yaralanmaları en az perikardı ve genellikle myokardı içeren yaralanmalardır. Sıklıkla transfer veya girişimsel gecikme nedeni ile ölümlü sonuçlanırlar. Tanı ve tedavideki eksikliklerini görmek amacıyla tüm ardışık hastalar incelendi.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 2006-2014 yıllarında penetran kalp yaralanması nedeniyle cerrahi girişim uygulanan 11 olgu retrospektif olarak incelendi, Hastalar acil servise getirildiklerinde Brown ve arkadaşlarının bildirdiği fizyolojik skalaya göre değerlendirildi. Buna göre yaşam işareti olmayan hastalar kategori 1 olarak değerlendirildi. Nabızı ve kan basıncı alınamayan, nabızsız elektriksel kalp aktivitesi olan hastalar kategori 2, sistolik kan basıncı 60 mmHg'nin altında ve şokta olan hastalar kategori 3, sistolik kan basıncı 60 mmHg'nin üzerinde hafif şokta veya hipotansif hastalarda kategori 4 olarak değerlendirildi. Tanı hastalarda, kan basıncı düşmesi (<80 mmHg), CVP artması (>20 cm su) ve kalp seslerinin derinden gelmesi triadı ile, ek olarak yapılan perikardiosentezde defibrine kan aspire edilmesi ile kondu. Bu çalışmada acil servisimize getirildiğinde yaşamsal belirtileri mevcut olan hastalar değerlendirildi. **Bulgular:** Olguların hepsi erkekti, ortalama yaş 35 (en genç 21, en

yaşlı 66) olarak bulundu. Hastaların tümü kategori 2-3 tipi hastalardı. Yaralanma şekli 9 olguda delici kesici alet yaralanması 1 olguda ateşli silah yaralanması, 1 olguda yüksekten sert cisim üzerine düşmeydi. Yaralanan kalp bölgesi sırasıyla sol ventrikül 5 (%45), sağ ventrikül 3 (%27), sağ sol atrium 2 (%18) ve A-V septum 1 (%9) oldu. Tüm olgulara acil koşullarda cerrahi girişim uygulandı. Primer tamir en çok tercih edilen teknikti. Onbir hastanın 6'sında kalp tamponadı saptandı. Perikard kanamanın tekrarına bağlı tamponadı önlemek için alt ve üst kısmında açıklık kalacak şekilde sütüre edildi. Hastane mortalitesi 5 hasta ile %45'tir (dört kardiyojenik şok, bir beyin ölümü). Taburcu edilen olgunun kontrol muayenelerinde problemleri olmadığı gözlemlendi. **Tartışma ve Sonuç:** Hızlı transferin anlamlı etkisi dışarda tutulursa; agresif resüsitasyon ve acil cerrahi müdahale penetran kalp yaralanmalarında hayatta kalma oranlarındaki artışın en önemli sebebidir.

[SB - 61]

Sol Torakoabdominal Penetran Yaralanmalarda Tekinsizyon Diyagnostik Laparoskopi

MEHMET İLHAN, ÖMER CENK CÜCÜK, SÜLEYMAN BADEMLER, ALİ FUAT KAAN GÖK, HAKAN TEOMAN YANAR

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

Amaç: Tek insizyon diyagnostik laparoskopi (TIDL) penetran torakoabdominal yaralanmalarda çok portlu laparoskopiye alternatif olarak kullanılabilir. Bu çalışmanın amacı, TIDL ile değerlendirilen diyafram yaralanması olan stabil hastaların sonuçlarını paylaşmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Bu retrospektif çalışmada, kliniğimizde TIDL yapılan sol penetran torakoabdominal yaralanmalı hastaları inceledik. Çalışmaya TIDL işlemi yapılan 21 hasta dahil edildi. Sağ penetran torakoabdominal yaralanmalar ve bilateral kurşunlanmalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların klinik detayları, demografik özellikleri, ek yaralanmaları, hemodinamik parametreleri, tetkikleri, radyolojik bulguları, diyafram yaralanması ve komplikasyonlarının tedavisi şekli toplandı ve incelendi. Diyaframın net görülmesi ve çok kanallı tek portun kullanılması için uygun genişlikte umbilikal insizyon tercih edildi. **Bulgular:** Diyafram yaralanması hastaların 6'sında (%29) mevcuttu. Bu 6 hastanın 5'inde (%83) diyafram yaralanması TIDL ile başarılı şekilde tamir edildi. Bir hastada yaralanma dalağın arkasında olması ve görüntünün net olmaması nedeniyle bir adet 5 mm port girilerek çok portlu laparoskopik yöntemle sonlandırıldı. Ortalama ameliyat süresi diyafram tamiri olmadan 25 dakika iken diyafram tamiri yapıldığında 62 dakika olmaktadır. Ortalama hastanede kalış süresi 3.3 gün (2-6 gün) idi. İntraoperatif veya postoperatif hiçbir komplikasyon gelişmedi. Umbilikal insizyon tatmin edici kozmetik sonuçlarla iyileşti. **Tartışma ve Sonuç:** Tek insizyon diyagnostik laparoskopik diyafram yaralanmalarının tamirinde güvenilir şekilde kullanılabilir. TIDL bu hastalarda etkili bir tanı ve tedavi seçeneğidir.

[SB - 62]

Künt Toraks Travması Bulunan Multitrammalı Hastalarda Takip ve Tedavi Sonuçlarımız

ADNAN ÖZPEK¹, METİN YÜCEL¹, HÜSEYİN KEREM TOLAN¹, KEMAL TEKEŞİN², TOLGA CANBAK¹, FİKRET EZBERCİ¹, GÜRHAN BAŞ¹, ORHAN ALİMOĞLU²

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

³Üsküdar Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Künt travmaya bağlı torakal bölge yaralanmaları, abdominal ve pelvik bölge yaralanmalarıyla birlikte sıklıkla görülmektedir. Bu yaralanmaların büyük kısmı Genel Cerrahi Klinikleri tarafından takip ve tedavi edilmektedir. Bu çalışmada, künt travmaya bağlı torakal yaralanması bulunan multitrammalı hastalarda takip ve tedavi sonuçlarımızı analiz etmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2009 ile Haziran 2015 tarihleri arasında kliniğimize yatırılarak tedavi ettiğimiz künt travma sonucu yaralanan hastalar prospektif veri tabanında retrospektif olarak incelendi. Toraks yaralanması bulunan hastalar yaş, cinsiyet, yaralanma mekanizması, eşlik eden yaralanma bölgesi ve organ yaralanması, uygulanan tedavi yöntemi, Yaralanma Şiddet Derecesi (ISS), Revize Edilmiş Travma Skoru (RTS), transfüzyon ve mortalite yönünden değerlendirildi. **Bulgular:** Kliniğimizde künt travmaya bağlı yaralanma nedeniyle yatırılarak takip ve tedavi ettiğimiz 428 hastanın 225(%52.6)'inde torakal bölge yaralanması bulunduğu tespit edildi. Hastaların 181(%80.4)'i erkek, 44(%19.6)'ü kadın, yaş ortalaması 39.5(7-86) idi. Hastaların 77(%34.2)'si araç içi trafik kazası, 64(%28.5)'ü düşme, 45(%20)'i araç dışı trafik kazası, 23(%10.2)'ü motosiklet kazası ve 16(%7.1)'sı diğer nedenlerle yaralanmışlardı. Hastaların 89(%39.6)'unda abdominal, 61(%27.1)'inde vertebral, 57(%25.3)'sinde ekstremitelerde, 54(%24)'ünde pelvik, 32(%14.2)'sinde baş-boyun ve 26(%11.6)'sında maksillofasyal bölge yaralanmaları eşlik etmekteydi. Hastaların 43'ünde dalak, 35'inde karaciğer, 22'sinde böbrek, 8'inde ince bağırsak, 7'sinde diafragma, 2'sinde mesane, 1'inde kolon ve 1'inde pankreas yaralanması bulunuyordu. Hastaların 108(%48)'inde kot fraktürü, 71(%31.6)'inde pnömotoraks, 61(%27.1)'inde akciğer kontüzyonu, 40(%17.8)'inde hemopnömotoraks, 40(%17.8)'inde hemotoraks, 26(%11.6)'sında klavikula fraktürü, 15(%6.7)'inde skapula fraktürü, 3(%1.3)'ünde yelken göğüs ve 1(%0.4)'inde sternum fraktürü tespit edildi. Ortalama ISS:23(4-66), RTS:7.20(0.73-7.84) olarak hesaplandı. Hastalara ortalama 1.6Ü.(0-17Ü.) transfüzyon yapıldı. Hastaların 93(%41.3)'üne toraks tüpü, 3(%1.3) hastaya ise torakotomi uygulandı. Toplam 42(%18.7) hasta ameliyat edildi, 25(%11.1) hastada mortalite görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** Künt toraks yaralanmaları yüksek sıklıkla abdominal yaralanmalarla birlikte görülmektedir. Toraks travmalı hastalarda dalak ve karaciğer yaralanması bulunma ihtimali yüksektir. Torakal yaralanmalar çoğunlukla kot fraktürü, pnömotoraks, akciğer kontüzyonu, hemopnömotoraks ve hemotoraks olarak görülmektedir. Yaralanmaların büyük kısmı toraks tüpü ile takip ve tedavi edilebilmekte, torakotomi ise çok az sayıda hastaya gerekmektedir.

[SB - 63]**Dalak Yaralanmasında Mortaliteye Etkili Faktörler**

ÖMER USLUKAYA¹, ZÜBEYİR BOZDAĞ¹, METEHAN GÜMÜŞ¹,
AHMET TÜRKÖĞLU¹, ABDULLAH BÖYÜK¹, EDİP ERDAL YILMAZ²,
ERCAN GÜNDÜZ², MUSTAFA ALDEMİR³

¹Dicle Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır

³Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Dalak travma (DT)'li hastalarda % 18 oranında mortalite görüldüğü ve bunların çoğuna eşlik eden yaralanmaların ve travma sonrası gelişen komplikasyonların neden olduğu rapor edilmiştir. DT'li hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörleri inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada DT'li hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 2005-2014 yılları arasında dalak travması nedeniyle Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran 237 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, yaralanma mekanizması, dalak yaralanma derecesi, vital bulgular, hemoglobin düzeyleri, cerrahi yöntem, hastanede kalış süresi, Glasgow koma skalası (GKS), Revize edilmiş travma skoru (RTS), Yaralanma şiddeti skoru (ISS) ve eşlik eden intra-abdominal organ yaralanma sayısı kaydedildi. Hastalar mortalite üzerine etkili faktörler araştırıldı. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 32.17 idi ve çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktaydı. Dalak yaralanma derecesi; 151 hastada grade 1-3 iken, 86 hastada grade 4-5 idi ve bu iki grup arasında mortalite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. İzole dalak yaralanmasında mortalite %2.6 iken, ek yaralanması olanlarda %9.9 idi ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Mortalite gelişen grupta ortalama GKS: 8,61±2,87; RTS:5,89±1,16; ISS: 22,33±9,60; Yaralanan ekstraabdominal organ sayısı: 1,89±0,83; Hemoglobinin: 9,12±2,24; Kan transfüzyon sayısı: 3,44±1,46 iken diğer grupta GKS: 12,97±2,08; RTS: 7,31±0,79; ISS: 13,46±8,17; Yaralanan ekstraabdominal organ sayısı: 0,70±0,82; Hemoglobinin:10,44±2,3; Kan transfüzyon sayısı: 1,64±1,61 olarak hesaplandı. Univariate analizde bu faktörler mortalite ile ilişkili bulunurken incelenen diğer faktörlerin mortalite üzerine etkisi saptanmadı. Univariate analizde mortalite ile ilişkili bulunan faktörler için yapılan multivariate analizde GKS, RTS, ISS, yaralanan ekstra-abdominal organ sayısı ve kan transfüzyon bağımsız risk faktörü olarak bulundu. **Tartışma ve Sonuç:** Dalak yaralanma derecesi mortalite ile ilişkili bulunmazken, eşlik eden yaralanmaların mortaliteyi arttırdığı görüldü. Mortaliteyi önlemek için GKS ve RTS skorları düşük, ISS skoru yüksek, yaralanan ekstraabdominal organ sayısı ve transfüzyon sayısı fazla olan hastalar yoğun bakım şartlarında yakın takip edilmelidir.

Tablo. Mortaliteye etkili faktörlerin karşılaştırılması

	Mortalite Gelişen(n=18) Ortalama±SD	Mortalite Gelişmeyen(n=219) Ortalama±SD	P
Yaş	35,17±13,99	31,92±13,34	0,314
GKS	8,61±2,87	12,97±2,08	0,000
HKS	7,28±4,78	7,52±4,08	0,969
YIOS	0,72±0,90	0,52±0,73	0,327
YEOS	1,89±0,83	0,70±0,82	0,000
Hg	9,12±2,24	10,44±2,31	0,025
TA	90,56±23,88	98,20±16,41	0,085
TS	3,44±1,46	1,64±1,61	0,000
ISS	22,33±9,60	13,46±8,17	0,000
RTS	5,89±1,16	7,31±0,79	0,000

GKS: Glasgow koma skalası, HKS: Hastanede kalış Süresi, YIOA: Yaralanan intraabdominal organ sayısı, YEOS: Yaralanan ekstraabdominal organ sayısı, Hg: Hemoglobinin, TA: Tansiyon Arteriyel, TS: Kan transfüzyon sayısı, ISS: Yaralanma şiddeti skoru, GKS: Glasgow koma skalası, RTS: Revize edilmiş travma skoru, SD: Standart sapma.

[SB - 64]**Travmatik Karaciğer Yaralanmalarında Cerrahi Yaklaşım**

FERHAT YILDIZ, NURİ EMRAH GÖRET, ÖNDER ALTIN, SELÇUK KAYA, YUNUS EMRE ALTUNTAŞ, AHMET FERAN AĞAÇHAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı künt ve penetran karaciğer yaralanmaları sonucu ameliyat edilen hastalarda tedavi yöntemlerini, morbidite ve mortalite oranlarını gözden geçirmektir. **Gereç ve Yöntem:** 2006 ile 2014 yılları arasında karaciğer yaralanmaları sonucu acil ameliyata alınan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Analiz edilen parametreler yaş, cins, yaralanmanın tipi, yaralanan abdominal organların sayısı, yapılan ameliyatlara, hastanede yatış süresi ve mortaliteydi. Ameliyat endikasyonları hızlı resüsitasyon sonrası hemodinamik stabilitenin sağlanamaması, ek abdominal organ yaralanması kuşkusu, peritoneal irritasyon bulguları ve 2 üniteden fazla kan transfüzyonu gereksinimesiydi. **Bulgular:** 10 kadın, 41 erkek hastanın yaş ortalaması 30 idi. Yirmi bir hastada künt, 30 hastada penetran travma mevcuttu. Yaralanma sebebi trafik kazası (n:11), düşme (n:5), iş kazası (n:3), delici kesici alet yaralanması (n:18), ateşli silah yaralanması (12) ve darp (2) idi. Grade III ya da daha ağır karaciğer yaralanmaları tüm seride 37 (%72) idi. İlk gelişte 9 hastada şok mevcuttu. 44 hastada (%86) ek intra- ya da extra-abdominal organ yaralanması vardı. Yaralanma sol lobta 19 hastada, sağ lobta 16 hastada sağ ve solda 16 hastada izlendi. Karaciğer hasarı 4 hastada hematom, 5'inde hepatik vasküler yaralanma, 38'inde parenkim yaralanması ve 4'ünde kombine tipteydi. Karaciğere yönelik operatif işlemler hepatorafi (n:40), perihepatik packing(n:6), segmenter rezeksiyon (n:3) ve lobektomiydi (n:2). Tedavi sürecinde 11 hastada kardiyak arrest, 2 sinde akut böbrek yetmezliği, 4'ünde sepsis izlendi. Tüm seride mortalite oranı 12 (%23.5) idi. Künt travmanın mortaliteyi arttırdığına dair bir eğilim saptandı (mortalite oranı künt travmada 10/21 ve penetran travmada 2/30). Künt travma karaciğer hasarının derecesiyle ve kan transfüzyonu sayısı ile anlamlı olarak ilişkili bulundu. **Tartışma ve Sonuç:** Minör karaciğer yaralanmalarının hepsi basit suture tekniği ile hepatorafi yapılarak tedavi edildi, majör karaciğer yaralanmaları hepatorafi, hepatotomi selektif vasküler ligasyon, rezeksiyonel debridman ve perihepatik tamponad gibi yöntemlerle tedavi edildi. Anatomik lobar rezeksiyonlara daha az baş vuruldu. Karaciğer hasarının derecesi mortaliteyi anlamlı olarak etkilediği sonucuna varıldı. Mortalitenin göreceli olarak küçük travmalı hasta grubunda ve penetran travmada, künt travmaya göre daha az olduğu gösterildi.

[SB - 65]**Travmatik Pankreas Yaralanmaları**

MEHMET KARAHAN, ÖMER FARUK İNANÇ, ÖNDER ALTIN,
SELÇUK KAYA, YUNUS EMRE ALTUNTAŞ, AHMET FERAN AĞAÇHAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde travmaya bağlı gelişen pankreas yaralanmaları olgularımızın tedavi ve takip sonuçlarını irdelemeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2008 ile Mart 2015 tarihleri arasında kliniğimizde pankreas yaralanması saptanarak cerrahi tedavi uygulanan 15 hastanın kayıtları yaş, cinsiyet, yaralanma tipi, cerrahi öncesinde ve cerrahi sırasında uygulanan tanı yöntemleri, ek organ yaralanmaları, uygulanan cerrahi tedavi, komplikasyon ve mortalite yönünden araştırıldı.

rıldı. **Bulgular:** Toplam 15 hastanın, 14'ü(%93) erkek, 1'i(%7) kadın ve yaş ortalaması 34 idi. Yaralanma nedeni 7 hastada künt karın travması, 5 hastada delici-kesici alet, 3 hastada ise ateşli silah yaralanması idi. Eşlik eden organ yaralanması 15 hastanın tümünde olup dalakta 8, omentumda 3, böbrekte 3, midede 2, duodenumda 2, diafragma 2, kolonda 1, kalpte 1 hastada saptandı. Hastaların 4'ünde toraks travması, 3'ünde kemik fraktürü mevcuttu. Başlangıç amilaz düzeyi 12 hastada yüksek bulundu. Cerrahi öncesinde ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi 12 hastaya uygulandı. Evre I yaralanma saptanan 5 hastaya eksternal drenaj uygulanırken, Evre II yaralanma saptanan olguların 2'sine dalak koruyucu distal pankreatektomi, 2'sine eksternal drenaj uygulandı. Evre III yaralanma saptanan 3 hastaya subtotal pankreatektomi, evre IV yaralanma saptanan 2 olguya subtotal pankreatektomi ve evre V yaralanma saptanan 1 hastaya pankreatikoduodenektomi uygulandı. Cerrahi sonrasında 8 hasta yoğun bakım şartlarında tedavi görürken perioperatif ölüm izlenmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Pankreatik yaralanmalarda çok çeşitli cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Günümüzde ciddi travmalı hastaya yaklaşımda hasar kontrol cerrahisi güncel yaklaşım olarak ön plana çıkmaktadır. Travmatik batın yaralanmalarında pankreas hasarı olasılığı gözardı edilmeden pankreas eksplorasyonu yapılmalıdır. Pankreas yaralanmalarında cerrahi tedavi tercihi anatomic lokalizasyona ve parankimal yaralanmanın derecesine, pankreatik kanalın durumuna, eşlik eden organ yaralanmalarına bağlı olarak değişmektedir. Damarsal ve duktal yaralanmaların eşlik ettiği olgularda cerrahi ve hastanede yatış süresi ve takip riski artmıştır.

[SB - 66]

Künt Travmaya Bağlı Yaralanan Hastalarda Takip ve Tedavi Sonuçlarımız

ADNAN ÖZPEK¹, METİN YÜCEL¹, TOLGA CANBAK¹, BUKET ALTUN ÖZDEMİR¹, AYLIN ACAR¹, İLYAS KUDAŞ¹, FİKRET EZBERCİ¹, GÜRHAN BAŞ¹, ORHAN ALİMOĞLU²

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Künt travmaya bağlı yaralanmalar genellikle multitravma şeklinde görülür ve multidisipliner tedavi yaklaşımı gerektirir. Bu çalışmada künt travma nedeniyle yaralanan hastalardaki takip ve tedavi sonuçlarımızı analiz etmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2009 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında kliniğimize yatırılarak tedavi ettiğimiz künt travmaya bağlı yaralanan hastalar prospektif veri tabanında retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, yaralanma mekanizması, yaralanma bölgeleri, yaralanan abdominal organlar, uygulanan tedavi yöntemi, Yaralanma Şiddet Derecesi (ISS) ve mortalite yönünden değerlendirildi. **Bulgular:** Kliniğimizde künt travma nedeniyle yatırılarak tedavi ettiğimiz 430 hastanın 320(%74.4)'si erkek, 110(%25.6)'u kadın, yaş ortalaması 38.6 (3-86) idi. Hastaların 125(%29)'i araç içi trafik kazası, 116(%27)'si yüksekten düşme, 99(%23)'ü araç dışı trafik kazası, 47(%11)'si motosiklet kazası ve 43(%10)'ü diğer nedenlere bağlı yaralanmıştı. Hastaların 225(%52.3)'ünde torakal, 207(%48.1)'sinde abdominal, 204(%47.5)'ünde pelvis-ekstremiteler, 87(%20.2)'sinde vertebral, 56(%13)'sında kranyal ve 48(%11.2)'inde maksillofasyal bölge yaralanması mevcuttu. Ortalama ISS değeri 19.3(4-66) bulundu. Hastaların 98(%22.8)'inde dalak, 64(%14.9)'ünde karaciğer, 36(%8.4)'sında böbrek, 20(%4.7)'sin-

de ince bağırsak, 11(%2.6)'inde pankreas, 10(%2.3)'ünde karın duvarı hematomu veya hernisi, 7(%1.6)'sinde diafragma, 7'sinde kolon, 4'ünde mesane, 3'ünde posterior üretra, 2'sinde duodenum, 1'inde mide, 1'inde rektum ve 1'inde surrenal gland yaralanması olduğu belirlendi. Hastaların 26'sına splenektomi, 11'ine perihepatik packing, 3'üne nefrektomi ve 1'ine renal ven tamiri uygulandı. Dalak yaralanmalarının %74'ü, karaciğer yaralanmalarının %83'ü ve böbrek yaralanmalarının %89'u nonoperatif olarak takip ve tedavi edildi. İnstabil pelvis fraktürü bulunan hastaların 6'sına pelvik packing, 3'üne eksternal fiksasyon uygulandı. Toraks travması bulunan hastaların 93'üne toraks tüpü, 3'üne torakotomi uygulandı. Toplam 84(%19.5) hasta ameliyatsız tedavi edildi, 35(%8.1) hastada mortalite gelişti. **Tartışma ve Sonuç:** Künt travmaya bağlı yaralanmalar genellikle multitravma şeklinde gelişmekte ve sıklıkla torakal, abdominal ve pelvik bölge yaralanmaları bir arada görülmektedir. Bu nedenle, multidisipliner yaklaşım bu hastaların takip ve tedavisinde oldukça önemlidir. İntraabdominal solid organ yaralanmalarının büyük kısmı nonoperatif olarak takip ve tedavi edilebilmektedir.

[SB - 67]

Acil Splenektomi Uygulanan Travma Hastalarında Nötrofil/Lökosit Oranı, RDW Değeri ve Ekokardiyografi Etkilerinin Değerlendirilmesi

YUKSEL ALTINEL¹, SİNAN VAROL², RUMEYSA İLBAR¹, MEHMET SAM³, ONDER ONEN¹, RAMAZAN KUŞASLAN¹, GÜLÇİN ERCAN¹, FATİH ÇELEBİ¹, ATILLA CELİK¹, HAKAN YİĞİTBAŞI¹, ERTUGRUL OKUYAN², GUVEN OZKAYA⁴

¹Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

³Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Kırmızı Küre Dağılım Genişliği (RDW), dolaşımdaki eritrositlerin büyüklüğündeki varyasyonu gösteren kantitatif bir değerdir. RDW; koroner arter hastalığı, akut miyokard enfarktüsü, akut ve kronik kalp yetmezliği, stroke pulmoner hipertansiyon ile ilişkilidir. Nötrofil/lokosit oranı ise beyaz hücre dağılımından hesaplanarak inflamatuvar olaylar için giderek değerli bir tanısal parametre olarak önem kazanmaktadır. Bu çalışma ile travma nedeniyle splenektomi yapılan hastaların takibinde EKO yapılarak kardiyak fonksiyonları ve RDW, Nötrofil/lökosit oranı değerlerinin etkilerinin araştırılması hedeflenmiştir. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2011- Aralık 2015 yılları arasında acil travma (delici kesici alet, ateşli silah yaralanması, trafik kazası, yüksekten düşme...) nedeniyle Bağcılar EA hastanesinde splenektomi yapılan 112 hastanın retrospektif olarak verileri değerlendirilmiştir. Olgularda yaş, cinsiyet, görünümler bulguları, ameliyat ve patolojik incelemeleri değerlendirildi. Ulaşılabilen ve kontrole gelen hastalardan 25'ine EKO yapılmış ve kardiyak değerleri incelenmiştir. **Bulgular:** Kliniğimizde splenektomi 78 erkek (%70), 34 kadın (%30) hastaya uygulandı. Yaş ortalaması 39 (6-81) idi. Yatış süresi ortalaması 7,5 (1-112) gün idi. Splenektomi ile beraber en çok karaciğer yaralanması görüldü (%40). 24 hasta postoperatif takipte exitus gerçekleşti (%21). Yaşayan hastaların çıkış Nötrofil/lökosit oranı geliş oranına göre ex olan hastalar ile karşılaştırıldığında azalmış saptandı. Çekilen abdominal tomografide en sık Grade 3; 52 (%46) ve Grade 4; 26 (%23) dalak yaralanması izlendi. Travmaya bağlı yapılan acil splenektomi vakalarında hayatta kalan hastaların çıkış Nötrofil/Lökosit oranı geliş değerine göre anlamlı olarak azalmış, çıkış RDW geliş değerine

göre daha az artış göstermiştir. Komplikasyon görülenlerde çıkış Nötrofil/Lökosit oranı anlamlı artış göstermiştir. Özellikle ekokardiyografi bulgularında sağ ventrikül çapında artma ve sol ventrikül diyastolik disfonksiyon gelişimi saptanmıştır. Hastaların çıkış RDW geliş değerine göre artmış izlendi. Preop verilen eritrosit süpsansiyonu ve taze donmuş plazma sayısı arttıkça komplikasyon ve yatış süresi artmaktadır ($p<0,05$). **Tartışma ve Sonuç:** Splenektomi yapılan travma hastalarının takibinde muhtemel trombositoya bağlı sağ ve sol ventrikül disfonksiyonu görülebilmektedir. Ayrıca geliş ve çıkış Nötrofil/Lökosit oranı ve RDW değerleri arasındaki fark morbidite ve mortalite üzerine etkili bulunmuştur.

[SB - 68]

Künt Karın Travmasında Mezenterik Yaralanmaya Bağlı İntestinal Perforasyonlar: Vaka Serisi

ADNAN ÖZPEK¹, METİN YÜCEL¹, ABDULLAH ŞİŞİK¹, KEMAL TEKEŞİN², ESRA İLK¹, ONUR ZAMBAK¹, GÜRHAN BAŞ¹, ORHAN ALIMOĞLU³

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Üsküdar Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

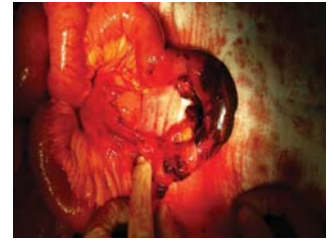
Amaç: Künt karın travmasına bağlı intestinal yaralanma bulunma ihtimali %5-10 civarındadır. Mezenter yaralanmasına bağlı intestinal nekroz ve perforasyonlar ise daha az sıklıkla görülmektedir. Bu hastalarda tanı koymak oldukça zordur ve tanıda gecikme morbidite ve mortalite ihtimali artmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde künt travmaya bağlı mezenter yaralanma nedeniyle intestinal nekroz ve perforasyon gelişmiş olan hastaların takip ve tedavi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2009- Temmuz 2015 tarihleri arasında künt travmaya bağlı yaralanma nedeniyle yatırarak takip ve tedavi ettiğimiz hastalar prospektif veri tabanında retrospektif olarak incelendi. Mezenterik yaralanmaya bağlı intestinal perforasyonu bulunan hastalar yaş, cinsiyet, yaralanma şekli, ek yaralanmalar, Bilgisayarlı Tomografi (BT) bulguları, tanı konulma şekli ve zamanı, yaralanma yeri, uygulanan ameliyat ve mortalite yönünden incelendi. Bu hastalar vaka serisi olarak sunuldu. **Bulgular:** Künt travmaya bağlı yaralanma nedeniyle yatırarak takip ve tedavi ettiğimiz toplam 430 hastanın 26(%6)'sında intestinal yaralanma, 7(%1.6)'sinde ise mezenter yaralanmasına bağlı intestinal nekroz ve perforasyon bulunduğu tespit edildi. Hastaların hepsi erkek ve yaş aralığı 23-59 idi. Yaralanma şekli; 4 hastada araç içi trafik kazası, 2 hastada iş kazası, 1 hastada motosiklet kazasıydı. Hastalara 24-144. saatlerde tanı konulabildi. Laparatomide 6 hastada ileum, 1 hastada sigmoid kolon mezenteri yaralanmasına bağlı nekroz ve perforasyon bulundu. Mortalite 2(%28.6) hastada görüldü. Hastaların özellikleri topluca Tablo-1 de ve ameliyat bulguları Resim-1,2,3,4,5,6,7 de sunuldu. **Tartışma ve Sonuç:** Künt karın travmalı hastaların takip ve tedavisinde abdominal solid organların değerlendirilmesi BT ile rahatlıkla yapılabilirken, bağırsakların değerlendirilmesinde BT ile tanı koyulma ihtimali oldukça düşüktür. Bu hastaların BT incelemesinde genellikle solid organ yaralanması bulunmaksızın serbest sıvı görülmektedir. Klinik şüphe durumunda bu hastalar daha uzun süre gözlem altında tutularak aralıklı tekrarlayan fizik muayeneler, laboratuvar incelemeleri, tekrar edilen oral-rektal kontrastlı BT inceleme, abdominal sıvıdan örnekleme yapılarak teşhis konulabilir. Gereken hastalarda tanısız laparaskopi veya laparatomiden kaçınılmamalıdır.

Tablo 1. Hastaların tüm özellikleri

Yaş/ Cinsiyet	Travma şekli	BT bulgusu	Ek yaralanma	ISS/RTS	Ameliyat zamanı	Yaralanma yeri	Uygulanan ameliyat	Sonuç
42/E	Araç içi trafik kazası	Serbest sıvı	Fibula kırılması Bacakta geniş kesi	13/7.84	30. saat	İleum mezenteri	Segmenter ileum rezeksiyonu+anostomoz	Taburcu
59/E	Araç içi trafik kazası	Serbest sıvı	Yok	9/7.84	28. saat	İleum mezenteri	Segmenter ileum rezeksiyonu+anostomoz	Taburcu
49/E	İş kazası	Serbest sıvı	Yok	9/7.84	72. saat	İleum mezenteri	Segmenter ileum rezeksiyonu+anostomoz	Taburcu
40/E	Araç içi trafik kazası	Patoloji yok	İstabil pelvis kırıkları Bilateral hemipneumotoraks ve AC kontuziyonu Sol skapula ve klavikula kırıkları Sağ parietal fraktür YBU'de entübe takip edilen hasta	50/7.84	54. saat	İleum mezenteri	Segmenter ileum rezeksiyonu+ileostomi	Exitus
54/E	Motosiklet kazası	Serbest sıvı	Grade 2 dalak yaralanması Bilateral hemotoraks ve AC kontuziyonu Sağ temporal frontal SAK ve kontuziyon YBU'de entübe takip edilen hasta	50/7.10	60. saat	İleum mezenteri	Splenektomi Segmenter ileum rezeksiyonu+uç ileostomi	Exitus
46/E	Araç içi trafik kazası	Serbest sıvı	L2-3-4. vertebra manüvers proses kırıkları Sağ dizde derin kesi	13/7.84	24. saat	İleum mezenteri	Segmenter ileum rezeksiyonu+anostomoz	Taburcu
23/E	İş kazası	Serbest sıvı	Yok	9/7.84	144. saat	Sigmoid kolon mezenteri	Segmenter sigmoid rezeksiyonu+uç sigmoidostomi	Taburcu



Şekil 1. Tablo 1'de 1. sıradaki 42 yaşında erkek hastanın ameliyat bulgusu.



Şekil 2. Tablo 1'de 2. sıradaki 59 yaşında erkek hastanın ameliyat bulgusu.



Şekil 3. Tablo 1'de 3. sıradaki 49 yaşında erkek hastanın ameliyat bulgusu.



Şekil 4. Tablo 1'de 4. sıradaki 40 yaşında erkek hastanın ameliyat bulgusu.



Şekil 5. Tablo 1'de 5. sıradaki 54 yaşında erkek hastanın ameliyat bulgusu.



Şekil 6. Tablo 1'de 6. sıradaki 46 yaşında erkek hastanın ameliyat bulgusu.

[SB - 69]

Karaciğer Travmalarına Güncel Yaklaşımlar

NURİ EMRAH GÖRET, FERHAT YILDIZ, ÖNDER ALTIN, SELÇUK KAYA, YUNUS ALTUNTAŞ, AHMET FERAN AĞAÇHAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmamızdaki amacımız son yıllarda giderek artan oranda başarılı sonuçlar alınan nonoperatif tedavi protoko-

lündeki uygulamalarımız ve bu konuya olan yaklaşımımızın operatif tedavi ile kıyaslayarak güncelliğini irdelemektir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda, 2010 ile 2013 yılları arasında hastanemize karaciğer yaralanması tespit edilerek takip ve tedavi edilen 69 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. **Bulgular:** Hastaların 59'u erkek (%85) ve 10'u kadın (%15) ve yaş ortalaması 30.2 olarak hesaplandı. Yaralanma mekanizmaları incelendiğinde, 37 hastanın (%54) trafik kazası, yüksekten düşme, darp sonrası, 30 hastanın (%43) delici kesici alet yaralanması sonrası ve 2 hastanın (%3) ateşli silahla yaralandıkları saptandı. 69 hastanın 30'unun operatif olarak (%44) ve 39'unun nonoperatif olarak (%56) takip ve tedavi edildi. Konservatif olarak tedavi edilen 39 hastanın başvuru anında çalışılan BT ve US sonrası 35'inde izole karaciğer (%89), 4'ünde ek batin organlarının birlikte (%11) yaralandıkları saptandı. BT ile derecelendirilen 69 karaciğer yaralanmasında yaralanmanın 12'sinin grade I (%17), 21'inin grade II (%30), 19'unun grade III (%28) ve 17'sinin grade IV (%25) olduğu saptandı. Tüm hastalardan yandaş yaralanması olan toplam 40 hastadan (%58); 5'inde kafa travması (%7), 27'sinde toraks travması (%39), 13'ünde pelvis travması (%19), 35'inde safra kesesi, koledok, pankreas ve içi boş organ travmalarının birlikte (%51) olduğu saptandı. Toplamda 39 olan konservatif tedavi hastasından 3'ünde gelişen hemodinamik instabilite nedeniyle operatif tedaviye alındığı ve nonoperatiften operatif tedaviye geçişin %4 olduğu görüldü. Nonoperatif tedavi grubunda exitus olmadığı, kaybedilen 7(%10) hastanın ise opere edilen hasta grubundan olduğu ve exitus nedenlerinin yandaş yaralanmalar olduğu tespit edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Hemodinamik stabilitenin sağlanabildiği her karaciğer yaralanmalı hasta nonoperatif tedavi adayı olarak görülmelidir. Tomografide aktif hemorajinin görülmesi veya şüphe edilmesi durumunda, teknik olanaklar ve deneyim yeterli ise, anjiyografi ve embolizasyon düşünülmelidir. Aynı şekilde tedavi amacıyla bu hastalara yaklaşımda da zaman içerisinde giderek nonoperatif tedavi seçeneğine yönelildiği görüldü ve başarılı sonuçlar alındığı saptandı.

[SB - 70]

Karın Bölgesine Penetre Delici Kesici Alet Yaralanmalarında Selektif Konservatif Yaklaşım: 6 Yıllık Deneyim

METİN YÜCEL, AYLİN ACAR, ADNAN ÖZPEK, BUKET ALTUN ÖZDEMİR, ETHEM ÜNAL, SEMA YÜKSEKDAĞ, ESRA İLK, GÜRHAN BAŞ, ORHAN ALİMOĞLU

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Karına penetre delici kesici alet yaralanmalarında selektif konservatif yaklaşım artarak kabul gören bir tedavi şeklidir. Bu çalışmanın amacı, karın bölgesine penetre delici kesici alet yaralanması nedeniyle takip ve tedavi edilen hastaların analiz edilmesiydi. **Gereç ve Yöntem:** Nisan 2009 – Temmuz 2015 tarihleri arasında karın bölgesine penetre delici kesici alet yaralanması nedeniyle takip ve tedavi edilen hastalar prospektif değerlendirildi. Her iki tarafta orta aksiller çizgi, üst tarafta arcus costarumlarından geçen hat, alt tarafta inguinal ligamanlar ve simfizis pubis arasındaki alan anterior, önde arcus costarumlar ile 4. interkostal aralıktan geçen çizgi, arkada scapula alt ucu ile son kot kavsi arasındaki alan torakoabdominal, orta aksiller çizginin lateralinde son kot kavsi ile iliak kristalar arasındaki alan posterior karın bölgesi olarak tanımlandı. Hemodinamik instabil, peritonit bulguları ve organ eviserasyonu olan hastalara acil laparotomi yapılırken, bunun dışında kalanlar selektif konservatif takip edildi. Sol torakoabdominal

bölge yaralanmalarında, 48 saatlik gözlem sonunda diafragmayı değerlendirmek için diagnostik laparoskopi uygulandı. Sonuçlar analiz edildi. **Bulgular:** Çalışmaya 389 hasta dahil edildi. Hastaların 361'i (%93) erkek, 28'i (%7) kadın olup yaş ortalaması 30.5 (aralık: 14-85) idi. Hastaların 233'ünde anterior, 108'inde torakoabdominal, 26'sında posterior ve 22'sinde sol torakoabdominal ile birlikte anterior bölge yaralanması vardı. Seksenbir (%21) hastaya laparotomi yapıldı (anterior: 65, torakoabdominal: 8 ve torakoabdominal ile birlikte anterior: 8). Laparotomilerin 32'si acil, 30'u ilk 8 saat içinde, 19'u 8 saatten sonra yapıldı ve 69'u (%85) terapötik, 8'i (%10) non-terapötik, 4'ü (%5) negatifti. Sol torakoabdominal bölge yaralanması olup laparotomi yapılan 15 hastanın 4'ünde ve laparoskopi yapılan 74 hastanın 18'inde sol diafragma yaralanması saptandı. Diafragma yaralanma oranı %25 olarak bulundu. Selektif konservatif grupta mortalite görülmezken acil laparotomi yapılan hastalardan 7'si (%2) mortal seyretti. **Tartışma ve Sonuç:** Karın bölgesine penetre delici kesici alet yaralanmalarında selektif konservatif tedavi gereksiz laparotomi oranlarını azaltan efektif bir yaklaşımdır. Diagnostik laparoskopi, sol torakoabdominal bölge yaralanmalarında diafragmayı değerlendirmek için etkili ve güvenli bir yöntemdir.

[SB - 71]

Travmatik Dalak Yaralanmalarında Cerrahi Yaklaşım

ABDÜLKADİR DENİZ, FIRAT MÜLKÜT, SELÇUK KAYA, ÖNDER ALTIN, YUNUS EMRE ALTUNTAŞ, AHMET FERAN AĞAÇHAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Dalak yaralanması olan künt veya penetran abdominal yaralanmalı hastalarda uygulanan cerrahi yöntemleri ve sonuçlarını incelemeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 2008-2014 yılları arasında dalak tıvması nedeniyle opere olan hastaların demografisi, dalak yaralanması biçimi, bilgisayarlı tomografi (BT) evrelemesi, kan transfüzyon gereksinimi, cerrahi bulgular ve hasta takibi ile ilgili bilgiler toplandı. Splenik yaralanmanın kanıtı olarak ve yaralanmanın evresini belirlemek üzere, karın ultrasonografisi ve BT tarama sonuçları kullanıldı. Konservatif yaklaşım uygulanan hastalar çalışma dışında tutuldu. **Bulgular:** Toplam 51 hastanın, 36'sı (%71) erkek, 15'i (%29) kadın ve yaş ortalaması 28 idi. Evre II yaralanması olan 7 hasta, evre III hastanın 10'u, evre IV hastanın 22'si ve evre V hastanın 12'si cerrahi yöntemle tedavi edildi. Bu nedenle, ne kadar yüksek yaralanma derecesi söz konusu ise o kadar çok operatif tedavi gerçekleşti. Hastalardaki dalak yaralanması 42(%83) 'sinde künt, 9(%18)'unda penetran karın yaralanmasına bağlı idi. Hastaların 43'üne splenektomi, 8'ine splenorafi veya kısmi splenektomi yapıldı. Hastaların 29'unda (%57) yandaş organ yaralanmaları mevcut olup sırasıyla karaciğer 12, diafragma 11, pankreas 7, böbrek 3, mide 2, kolon 2 ve diğerleri 3 hastaydı. Hastaların 27'si yoğun bakım ünitesine transfer olurken, 14'ü kardiopulmoner resüstasyon gerektirdi. Hemopnömotoraks 15 hastada, hemotoraks 10 hastada, pnömotoraks ise 7 hastada izlendi. Başvuru anında sistolik tansiyon 12 hastada 0-60 mmHg arası, 27 hastada 60-100 mmHg arasında iken 12 hastada 100-150 mmHg aralığında idi. Kan transfüzyonu 16 hastaya 0-2 Ü, 14'üne 2-5 Ü, 18'ine 5-10 Ü ve 8'ine 10-19 Ü yapıldı. Çalışmaya alınan 51 hastanın 8'i (%15,6) perop, 14'ü (%27) yoğun bakım ünitesinde exitus olurken 29(%57) hasta şifa ile taburcu edildi. Kaybedilmiş hastaların hepsinin travma skoru 2'nin altındadır. **Tartışma ve Sonuç:** Süregen yaratıcılık, alınan önlemler ve değişen algoritmalar ile dalak yaralanmalarındaki yaklaşım değişim süreci içerisinde. Bu farklılaşmaların cer-

rahi klavuzlarda ve cerrahın pratik eğitiminde önemli etkilere neden olacağı açıktır. Ayrıca splenektomi modalitelerinde teknoloji bağımlı farklılaşmalar izlenmektedir. Bu çalışmamızda travma skoru azaldıkça dalak yaralanmalarının operatif tedaviyle sonlandığını saptadık.

Tablo. Travma Skoru

Glasgow Koma Skoru	Sistolik Kan Basıncı	Solumun Sayısı	Kodlanmış Değer
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1

[SB - 72]

Travma Hastalarında Nötrofil Lenfosit Oranının Mortalite Üzerine Olan Etkisi

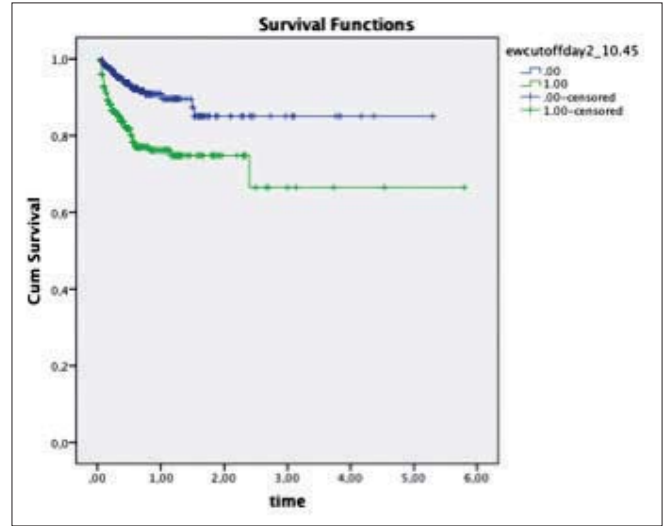
EVREN DİLEKTAŞLI¹, KENJİ INABA², TOBİAS HALTMEIER³, MONİCA D. WONG², DAMON CLARK², ELIZABETH R BENJAMIN², LYDIA LAM², DEMETRIOS DEMETRIADES²

¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa, Türkiye

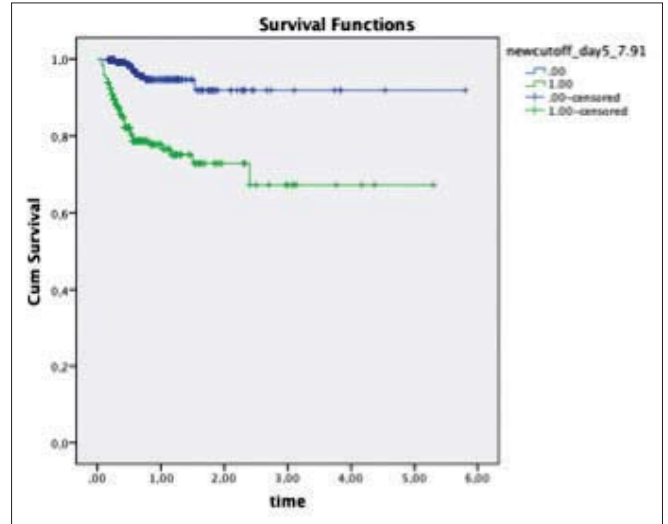
²Los Angeles County and University of Southern California Medical Center, Department of Surgery, Division of Acute Care Surgery and Surgical Critical Care Los Angeles, California, USA

³Bern University Hospital, Department of Surgery, Bern, Switzerland

Amaç: Günümüzde, cerrahi hastalarda nötrofil/lenfosit oranının (NLO), inflamasyonu göstermedeki değeriyle birlikte, değişik hastalık gruplarında mortalitenin öngörülmesi açısından değerli olarak göstermiştir. Bu çalışmada, multitravma nedeniyle başvuran hastalarda NLO'nun prognostik değerini saptamak amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Retrospektif kohort çalışmaya, LAC+USC Medical Center, Level 1 Travma merkezinin SICU (cerrahi yoğun bakım) biriminde takip edilen ≥ 16 yaş tüm travma hastaları dahil edilmiştir (01/2013-01/2014). NLO'nun mortalite üzerindeki prediktif kapasitesi Receiver Operating Characteristics (ROC) curve analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. NLO'nun survival üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi için ise Kaplan-Meier survival analizi ve log-rank testi kullanılmıştır. Mortalitenin bağımsız prediktörlerinin saptanabilmesi için multivariable Cox proportional hazard modelleme kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışma süresi içerisinde 1,356 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların, %74'ü erkek, %86'si künt travma nedeniyle başvurdu ve median yaş 49 [IQR 35] olarak hesaplandı. Median [IQR] Glasgow Coma Skalası (GCS) and Injury Severity Skorları (ISS) sırasıyla 15 [3] ve 13 [14] olarak saptandı. ROC curve analizinde, SICU'daki 2. ve 5. yatış günlerinde optimal NLO cut-off değerleri, youden indeksi maksimize edilerek 10.45 ve 7.91 olarak hesaplandı. Kaplan-Meier survival eğrilerine göre NLO cut-off değerlerinin üzerindeki değerler mortalite açısından anlamlı olarak saptandı ($p < 0.001$, log-rank test). Cox regresyon modelinin sonuçlarına göre ise, yoğun bakıma yatışın 2. ve 5. günündeki nötrofil lenfosit oranlarının sırasıyla 10.45 ve 7.91 üzerinde olmasının mortaliteyi öngörmedeki başarısı sırasıyla $HR=2.074$; $p=0.001$ ve $HR=5.792$; $p < 0.001$ olarak bulundu. **Tartışma ve Sonuç:** Kritik travma hastalarında, NLO'nun mortalite ile yüksek oranda ilişkili olduğu bulunmuştur. Fakat rutin kullanıma geçilmesi öncesinde prospektif validasyonu gerekmektedir.



Şekil 1. İkinci gün Kaplan Meier survival eğrileri.



Şekil 2. Beşinci gün Kaplan Meier survival eğrileri.

[SB - 73]

İzmir Travma Projesi - Hastanelerin Travmaya Cevap Kapasitesi Açısından Seviyelendirilmesi ve Sevk Protokolünün Oluşturulması

GÖKHAN AKBULUT¹, DEMET YALDIZ⁸, ALİ TURGUT¹², MUSTAFA ONUR ÖZTAN², KERİM ACAR¹⁰, AYŞE BERNA ANIL³, MURAT ANIL⁴, İŞİL KÖSE⁶, JOHN FAWLER¹¹, İLHAN UZ⁷, ERSİN AKSAY⁶, OSMAN NURİ DİLEK⁹

¹İzmir Tepecik EAH, Genel Cerrahi Eğitim Kliniği, İzmir

²İzmir Tepecik EAH Çocuk Cerrahi Eğitim Kliniği, İzmir

³İzmir Tepecik EAH Çocuk Yoğun Bakım Eğitim Kliniği, İzmir

⁴İzmir Tepecik EAH Çocuk Acil Tıp Eğitim Kliniği, İzmir

⁵İzmir Tepecik EAH Reanimasyon Eğitim Kliniği, İzmir

⁶Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp AD, İzmir

⁷Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, İzmir

⁸İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Eğitim Kliniği, İzmir

⁹İzmir Atatürk EAH Genel Cerrahi Eğitim Kliniği, İzmir

¹⁰İzmir Menemen DH Acil Tıp Kliniği, İzmir

¹¹Kent Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İzmir

¹²İzmir Tepecik EAH, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir

Gelişmiş ülkelerde hastanelerin travma açısından derecelen-

dirilmesi, mortaliteyi %9-25 oranında azaltmıştır. Bu projenin amacı travmadan ölüm ve sakatlıkların azaltılması; travma alanında, nakil sırasında ve hastanede uluslararası standartlarda tıbbi tedavilerin yapılması; ambulans ve hastane arası koordinasyonun en üst düzeyde sağlanması; hastanelerin travma hastalarına tıbbi bakım düzeylerinin belirlenmesi, tedavi sonrası rehabilitasyon hizmetlerinin düzenlenmesi; travmaların önlenmesidir. Çalışma süreci içinde, üniversiteler, travma ve acil tıp pratiği ile ilgili dernekler öngörülen proje ortaklarıdır. Projenin başlangıcında, Kamu Hastaneler Kurumu İzmir Kuzey Sekreterliği Travma Koordinasyon Birimi kurulmuştur. Böylece travma ile ilgili bütün istatistiksel bilgilerin toplanması ve koordinasyon sağlanması amaçlanmıştır. Kuzey bölgesine bağlı kamu hastaneleri çalışmanın doğal ortağıdır. Kuzey bölgesinde bulunan 14 hastane büyüklükleri ve işlevleri açısından, Türkiye'nin genel yapısına benzerlikler taşımaktadır. Proje ekibi, Kuzey Bölgesi'ne bağlı kamu hastanelerini ziyaret ederek hastanelerin sorunlarını, özelliklerini ve alt yapısını değerlendirmiştir. Hastane personel ve donanımına ait standartlar çalışma grubu tarafından dünya literatürü taranarak oluşturulmuştur. Majör travma hastaları için standart veri setleri belirlenmiştir. Bu verilerin ileriye dönük olarak toplanmasına karar verilmiştir. Travma hastası için alanda triyaj algoritması 2011 versiyonu Türkçe'ye çevrilmiştir. Hastaneler altyapı, malzeme ve personel açısından seviyelendirilmiştir. Ek olarak, travma ile ilgili ekiplerin alacağı asgari ve standart eğitimler planlanmıştır. Bu projenin temel amacı, travma hastalarına mümkün olan en iyi kalitede tıbbi hizmeti en kısa sürede sağlamaktır. Bildiğimiz kadarıyla bu proje travma hastalarıyla ilgili olarak ülkemizde yapılan ilk projelerden birisidir. Bu proje 2013-2015 yılları arasında İzmir Kuzey Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı 14 hastanede, uygulanmış ve 2014 yılına ait travma istatistikleri prospektif olarak tutulmuştur. Ayrıca konu ile ilgili bir klavuz kitap (<http://tepecikeah.saglik.gov.tr/userfiles/files/alanda-travma-triaji-hastanelerinseviyelendirilmesi-klavuzu.pdf>), bir video kitap (<http://mavilotus.org/hava-yolu-ibook/>) 2 günlük bir kurs, bir sempozyum, bir çalıştay (<http://mavilotus.org/wp-content/uploads/travmagorcalistayi.pdf>), çok sayıda konferans düzenlenmiştir. Erişkin ve Çocuk Hastalar için en ileri seviye hastane kabul edilen Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran 1030 hastanın verileri ve edinilen tecrübeler tartışılacaktır.

[SB - 74]

Travmatik Diyafragma Yaralanmaları

İSMAİL ETHEM AKGÜN, ESİN KABUL GÜRBULAK, GÜRKAN YETKİN, AYHAN ÖZ, HAMDİ ÖZŞAHİN, ONUR GÜVEN, ZEYNEP GÜL ŞİMŞEK, PINAR YAZICI, MUHARREM BATTAL, MEHMET MİHMANLI

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Diyafram yaralanmaları hem künt hem de penetre toraks travmalarında az görülmekle birlikte tanı aşamasında ciddi zorluklarla karşılaşılan yaralanmalardır. Erken ya da gecikmiş olarak saptanabilirler. Klinik ve radyolojik bulgular yardımcı olmadığında bu hastaların belirlenmesinde ve tanısında zorluklar yaşanır. Erken dönemde gözden kaçabilirler. Tanıda gecikme ciddi komplikasyonlara yol açabilir. **Gereç ve Yöntem:** Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2004 ile Haziran 2015 tarihleri arasında post-travmatik diyafragma fıtığı nedeniyle tedavi edilen 44 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Hastaların 37'si erkek, 7'si kadın; ortalama yaş 32 idi (17-68). Diyafragma yırtığı hasta-

ların 30'unda (%68,18) sol tarafta, 14'ünde (%31,82) sağ taraftaydı. Künt travma, 29 (%65,9) hastada yaralanma nedeniydi. Travma sonrası ilk tanı, 23 hastada (%52,27) ameliyat öncesinde, 18 hastada (%40,93) ameliyat sırasında konuldu. Ameliyat sırasında tanı konan 6 (%13,6) hasta, sol torakoabdominal bölgede delici kesici alet yaralanması nedeniyle konservatif takip sonrası laparoskopik eksplorasyonda saptanarak tedavi edildi. Üç hastada tanı, viseral organ strangülasyonu nedeniyle travma sonrası dönemde kondu ve bu hastalardan birinde mortalite görüldü. Travma başlangıcı ile tanı arasındaki en uzun interval 18 yıl olarak bulundu. Hastaların 28'inde (%63,6) eşlik eden birden çok sayıda yaralanma gözlemlendi. En yaygın olarak dalak yaralanması, ekstremitte kırıkları, hemotoraks ve karaciğer yaralanması eşlik eden yaralanmalardı. **Tartışma ve Sonuç:** Diyafragmatik yaralanma insidansı toraks ve batına ilişkin künt ve penetran travmalarda yüksek değildir. Ancak geç komplikasyonlar çoğunlukla yüksek morbidite ile birliktedir. Künt ve keskin toraks ile batın travmalarında, diyafragma yaralanmalarından kuşkulmalıdır. Laparotomi yapılmayan sol torakoabdominal bölgeye ait penetran yaralanmalarda, erken dönemde tanısız laparoskopik inceleme, tanı ve tedavide yer almalıdır.

[SB - 75]

Dalak Yaralanmalı Hastalarda Nonoperatif Tedavi Başarısızlığında Bağımsız Risk Faktörleri

ZÜBEYİR BOZDAĞ¹, ABDULLAH BÖYÜK¹, AHMET TÜRKÖĞLU¹, TANER ÇİFTÇİ², ÖMER USLUKAYA¹, ABDULLAH OĞUZ¹, METEHAN GÜMÜŞ¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır
²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Edirne

Amaç: Dalak yaralanmalı hastaların nonoperatif takibi planlanırken, bu tedavinin yetersizliğini gösteren risk faktörlerini değerlendirmek önemlidir. Çalışmamızın amacı dalak yaralanmalı hastalarda nonoperatif tedavinin takibi ve nonoperatif yetmezliğe ait faktörleri ortaya koymaktır. **Gereç ve Yöntem:** Haziran 2005 ile Nisan 2015 tarihleri arasında nonoperatif takip ettiğimiz 77 hasta retrospektif olarak incelendi. Nonoperatif tedavinin başarısına göre hastalar 2 gruba ayrıldı. Grup 1 nonoperatif tedavide başarılı olanlar, grup 2 başarısız olanlar. Yaş, cinsiyet, yaralanma şekli, dalak yaralanma grade, eşlik eden diğer extra ve intraabdominal organ yaralanmaları, hasta kabul anındaki sistolik kan basıncı, hemoglobin seviyeleri, ilk 24 saatteki kan transfüzyon miktarı, Injury severity score (ISS), Glasgow Koma Skoru (GKS) ve hastanede yatış süreleri kaydedildi. **Bulgular:** Grup 1 de 66 hasta (%85,7), grup II de 11 hasta (%14,3) vardı. Yetmiş bir hastada künt travma, 6 hastada penetran yaralanma mevcuttu. ISS [Odds Ratio=1,293; 95% CI=1,045-1,601; p=0.018] ve kan transfüzyonu [Odds Ratio=2,739; 95% CI= 1,140-6,581; p=0,024] nonoperatif tedavinin yetersizliği için prediktif faktör olarak bulundu. Hastanede yatış süresi grup II de daha uzundu (7,73±2,867 vs 6,67±2,289). **Tartışma ve Sonuç:** Yüksek ISS skorlu ve ilk 24 saat de fazla kan transfüzyonu gereken hastalar nonoperatif tedavi başarısızlığı için yüksek risk taşımaktadır. Bu hastalar nonoperatif takip ve tedavi edilirken dikkatli olunmalıdır.

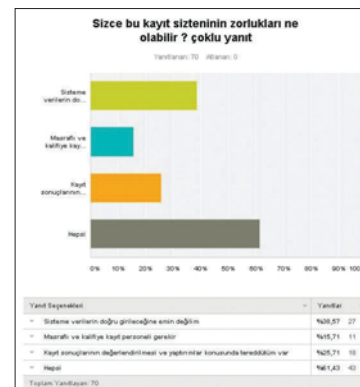
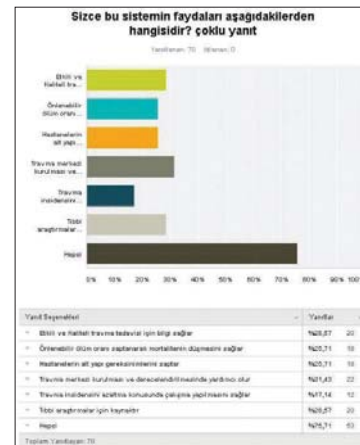
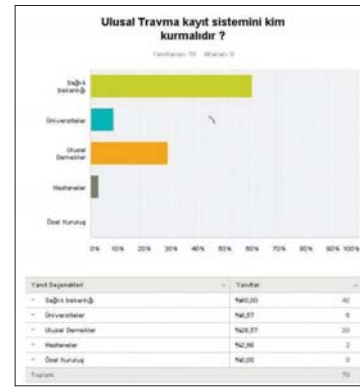
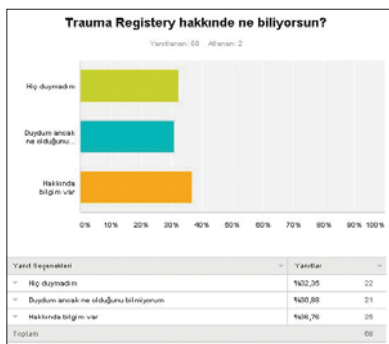
[SB - 76]

Ulusal Travma Kayıt Sistemi Gerekli mi?

ACAR AREN

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

Amaç: Dünyada birçok gelişmiş ülkede uygulanan Travma Kayıt Sistemleri hakkında cerrahların bilgi sahibi olup olmadıkları ve bu sistemler hakkında görüşlerini öğrenme amaçlandı. Ulusal Travma Kayıt Sistemi gerekliliği sorgulandı. **Gereç ve Yöntem:** Ulusal Travma Kayıt Sistemine yönelik 9 soruluk bir anket hazırlandı. Monkey Survey programı ile cerrahlar online sorgulandı. Mükerrer oy kullanılmaması için her bilgisayardan sadece bir girişe izin verildi. Sonuçlar aynı program tarafından analiz edildi. **Bulgular:** Ankete 70 cerrah katılmıştır ve bu katılanların %56,5'i 15 yıldan fazla cerrahi yapmakta idi. %32,4 cerrahın "Trauma Registry" hakkında bilgisi yoktu. %92,8 katılan bu kayıt sisteminin faydalı olacağını düşünüyordu. Bu sistemi %60 oranda Sağlık Bakanlığı %30'a yakın oranda ulusal derneğin kurması önerildi. Hastanede yatması gereken ağır travma olguları, ölen travma olguları ve başka hastaneye sevk edilen olguların hepsinin birden kayıt edilmesi %79,7 katılan tarafından önerildi. %88,6 oranda bu sistemin tüm ülkeyi kapsaması istendi. Anket sorusu içinde kayıt sisteminin faydaları sıralandı. Etkili ve kaliteli travma tedavisi için bilgi sağlanması, önlenabilir ölüm oranlarını saptanarak mortalitenin düşmesine yardımcı olunması, hastanelerin alt yapıları ve gereksinimlerini tespit edebilmesi, travma merkezlerinin kurulması ve derecelendirilmesinde yol gösterici olunması, travma insidensini azaltma konusunda çalışma yapılması, tıbbi araştırmalar için önemli kaynak olması %75,7 cerrah tarafından faydalı görüldü. Sisteme verilerin doğru girilmemesi %38,6, masraflı ve kalifiye kayıt personel gerekliliği %15,7, kayıt sonuçlarının değerlendirilmesi ve yaptırımlar konusunda tereddütler olması %25,7, bu 3 durumun hepsini %61,4 cerrah sorunlu buldu. Anket sonunda katılanların fikrinin değişmediği ve büyük çoğunluğunun kayıt sisteminin yararlı olacağını düşüncesinde olduğu saptandı. **Tartışma ve Sonuç:** %92,8 cerrah meslektaşımız travma kayıt sisteminin faydalı olduğunu belirtti. Belirli zorlukları olduğu halde faydalarının ön plana çıkması gerektiğini belirterek sistemin gerekliliğini tekrar vurgulandı. Bu sistemin yaptırım gücü de olan Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmasını önerildi. Cerrah arkadaşlarımızın büyük çoğunluğunun isteği ve desteği ile Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği öncülüğünde Sağlık Bakanlığı tarafından bir yazılım geliştirilerek tüm ülke çapında bir Ulusal Travma Kayıt Sistemi kurdurması faydalı ve gerektiği olacağı kanısına varıldı.



[SB - 77]

Torakoabdominal Ateşli Silah Yaralanmalarında Acil Cerrahi Tek Seçenek mi?

AHMET TÜRKÖĞLÜ¹, METEHAN GÜMÜŞ¹, ZÜBEYİR BOZDAĞ¹, HATİCE GÜMÜŞ², ABDULLAH BÖYÜK¹, İBRAHİM HALİL TAÇYILDIZ¹, HEKİM KUZU³

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

³Gercüş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi, Batman

Amaç: Travma hastalarının tedavisinde cerrahi hala en önemli adımı oluşturmaktadır. Ancak cerrahiye bağlı komplikasyonlar, travmalı hastada cerrahinin ikinci bir travma oluşturulması ve kozmetik endişe cerrahinin sakıncaları arasındadır. Bu nedenle cerrahi yaklaşım giderek stabil olmayan hastalarla sınırlandırılmaya başlanılmıştır. Ateşli silah yaralanması (ASY)'nda ise bu durum hala tartışmalıdır. Bu çalışmada, yalnızca seçilmiş uygun hastalara, iyi yönetilerek uygulanabilecek, bu yaklaşımda klinik deneyimimizi sunmayı ve her hastaya mutlak eksplorasyon gerekliliğini sorgulamayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Dicle Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2009-2014 yılları arasında torakoabdominal ASY nedeniyle kabul edilen ve acil cerrahi yapılmayan 13 hastaya ait veriler geriye dönük incelendi. Klinik algoritmamıza göre travmalı nonstabil hastalar doğrudan ameliyata alınırken, stabil hastalarda kontrendikasyon yoksa BT çekilir. **Bulgular:** Hastaların dokuzu (%69.2) erkekti ve yaş ortalaması 32.6±9.7 yıl idi, ortalama travma-tedavi zaman aralığı 51.2±15.8(30-90) dakika idi. Hastaların hiçbirine acil cerrahi uygulanmadı, ancak 3 hastada elektif diyafram tamiri yapıldı. Bu hastaların ikisinde karaciğer ve birisinde dalak yaralanması mevcuttu. Diyafram tamiri için aceleci davranılmadı ve eşlik eden solid organ yaralanmaları stabilize ettikten sonra elektif diyafram tamiri yapıldı. Sadece konservatif yaklaşımın 10 hastanın 4'ünde tanjansiyel yaralanma, 5'inde karaciğer yaralanması ve 1'inde retroperitoneal yaralanma mevcuttu. Tanjansiyel yaralanması olan hastalarda görüntüleme yöntemleriyle yaralanmanın batına nazif olmadığı gösterildi. Gebeliği olan iki hastanın birinde karaciğer, diğerinde retroperitoneal yaralanma mevcuttu ve her iki hasta da konservatif tedavi edildi (Tablo 1). **Tartışma ve Sonuç:** ASY'da eksplorasyon olmazsa olmaz değildir ancak hasta seçimi çok iyi yapılarak her hastaya uygun strateji çok iyi belirlenmelidir. Hastaların takibi için uygun yoğun bakım ünitesi, 24 saat ulaşılabilir görüntüleme ünitesi ve ameliyathaneye ihtiyaç vardır. Tanjansiyel yaralanmalarda hayati organlara hasar olmadığı ortaya konduktan sonra konservatif takip edilebilir. Diyafram yaralanmasına karaciğer veya dalak yaralanması eşlik ettiğinde diyafram onarımı ertelenebilir ve hastalar erken cerrahi ile karaciğer ve dalağa gereksiz müdahalelerin getirebileceği muhtemel komplikasyonlardan korunmuş olur. Gebe hastalarda iyi bir monitorizasyonla yapılan konservatif yaklaşım, anne ve fetus için hayat kurtarıcıdır.

Tablo 1. Hastaların Demografik özellikleri.

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Travma-Tedavi Zaman Aralığı (dakika)	Yaralanan Organ	Tedavi	Yatış Süresi (gün)
1	37	E	50	Diyafram, vertebra ve dalak (Grade II)	Medikal tedavi ve geciktirilmiş laparoskopik diyafram onarımı	7
2	34	E	30	Diyafram, ve dalak (Grade I)	Medikal tedavi ve geciktirilmiş elektif diyafram onarımı	8
3	44	E	40	Diyafram, ve karaciğer (Grade II)	Medikal tedavi ve geciktirilmiş elektif diyafram onarımı	10
4	48	E	45	Karaciğer (Grade I)	Medikal	8
5	18	K	30	Karaciğer (Grade II) ve vertebra	Medikal	8
6	33	K	50	Karaciğer (Grade II)	Medikal	12
7	20	E	60	Karaciğer (Grade I)	Medikal	5
8	24	K	60	Karaciğer (Grade II)	Medikal	13
9	25	K	90	Retroperiton	Medikal	7
10	35	E	60	Tanjansiyel	Medikal	3
11	45	E	40	Tanjansiyel	Medikal	2
12	25	E	60	Tanjansiyel	Medikal	2
13	36	E	50	Tanjansiyel	Medikal	3

[SB - 78]

Fournier Gangreninde Geniş Debritleme ve VAC Uygulaması: 5 Yıllık Deneyim

METİN YÜCEL, AYLİN ACAR, BUKET ALTUN ÖZDEMİR, ADNAN ÖZPEK, ETHEM ÜNAL, SEMA YÜKSEKDAĞ, ALİ EDİZ KIVANÇ, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Fournier gangreni, çoğunlukla perineal bölgenin polimikrobial enfeksiyonuna bağlı olarak gelişen ve tedavide gecikme durumunda ölümlü sonuçlanabilen acil bir durumdur. Çalışmanın amacı kliniğimizde bu tanı ile takip ve tedavisi yapılan hastaların değerlendirilmesi idi. **Gereç ve Yöntem:** Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2010 ve 2015 yılları arasında fournier gangreni nedeniyle takip ve tedavisi yapılan hastalar retrospektif olarak irdelendi. Veriler digital veri bankasında taranarak elde edildi. Hastaların demografik özellikleri, uygulanan cerrahi müdahale, debritleme sayısı ve yatış süreleri analiz edildi. **Bulgular:** Çalışmaya 24 hasta dahil edildi. Bunlardan 12 si(%50) erkek, 12 si(%50) kadın olup yaş ortalaması 52.6 (aralık: 27-81) idi. Dokuz (%37.5) hastaya sadece geniş debritleme yapılırken 15 (%62.5) hastaya geniş debritlemenin yanısıra VAC terapide uygulandı. Hastaların 18'inde (%75) DM, 13'ünde (%54.2) ise perianal apse eşlik etmekte idi. Ortalama debritleme sayısı 2.4 (aralık: 1-6) ve hastanede yatış süresi 21,2 gün (aralık: 4-55 gün) idi. Hiç bir hastada ostomi açma ihtiyacı olmadı ve mortalite görülmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Agresif cerrahi debritleme ve lüzumu halinde VAC terapi ile fournier gangreninde ostomi ihtiyacı ve mortalite oranları azaltılabilir.

[SB - 79]

Elektrik Yanıklı Hastalarda Negatif Basıncılı Yara Tedavisi Kullanımının Değerlendirilmesi

KEMAL EYVAZ, METİN KEMENT, HAKAN ACAR, NURİ EMRAH GÖRET, ÖMER FARUK İNANÇ, FERHAT YILDIZ, MURAT BEYATLI, ABDULKADİR DENİZ, NEJDET BİLDİK

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yanık Ünitesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada amacımız yanık merkezimize elektrik yanığı ile başvuran hastalarda kullanmakta olduğumuz negatif basınçlı yara tedavisi uygulamasının sonuçlarını irdelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma hastanemiz yanık ünitesinde prospektif olarak tutulan bir veri tabanı kullanılarak retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya ünitemize Ağustos 2008-Aralık 2012 tarihleri arasında elektrik yanığı ile başvuran ve negatif basınçlı yara tedavisi (NBYT) uygulanan tüm hastalar ardışık olarak dahil edilmişlerdir. Çalışmamızda tedavi sonuçları uygulama endikasyonuna göre tedavi hedefleri gözönüne alınarak başarılı ve başarısız olarak gruplandırılmıştır. Endikasyona göre hedefler; standart yara pansumanları ile kapatılması uygun olmayan derin yanıklar için yaranın grefte veya flebe uygun hale getirilmesi, greft uygulaması sonrası greft kaybı olan hastalar için tekrar grefte uygun hale getirilmesi, enfeksiyon, iskemi gibi durumların geliştiği greftlerde kaybın önlenmesidir.

Bulgular: Çalışmamızda 3'ü (%7,7) kadın, 36'sı (%92,3) erkek olmak üzere toplam 39 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması $34,9 \pm 9,78$ (aralık 17-63) idi. ASA skorları ve eşlik eden morbiditeler tablo 1 de sunulmuştur. Çalışmamızda yanıkların büyük çoğunluğu yüksek gerilime maruz kalma sonucu oluşmuştu (%92,3). Ortalama yanık yüzdesi $19,33 \pm 9,79$ (4-44) idi. Hastaların %15,4 (n=6) toplam yanık yüzeyi %30 ve üzerindedi. Çalışmamızda NBYT uyguladığımız hastaların tamamını 3. derece elektrik yanıkları oluşturuyordu. Hastaların yanıklarının özellikleri tablo 2 de sunulmuştur. Çalışmamızda NBYT uygulama endikasyonları 27 (%69,2) hastada standart pansumanla granülasyon sağlanamayacak kemik ve/veya tendonun açıkta olduğu derin yanık, 8 (%20,5) hastada greft fiksasyonu amacıyla, 4 (%10,3) hastada greft kaybı sonrası sekonder greftleme şeklindeydi. NBYT uygulaması sonrası derin doku defektlerinin olduğu 27 hastanın 24 ünde (%89), greft kaybı sonrası tekrar greftlenen 8 vakanın 7'sinde (%88), greft kaybı sonrası sekonder greftleme ve NBYT uygulanan 4 vakanın tamamında başarı sağlanmıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızın olumlu bulguları ışığında NBYT uygulamasının ciddi elektrik yanıklarının tedavisinde mevcut konvansiyonel tedavilere katkı sağlayacağı kanaatindeyiz. Ancak çalışmamız elektrik yanıklarında NBYT uygulamasına ilişkin literatürdeki en geniş seriyi oluştursa da retrospektif bir çalışmadır ve sonuçları yapılacak prospektif randomize çalışmalarla desteklenmelidir.

[PB - 1]

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Uygulamasında Olağan Dışı Bir Komplikasyon: Transvers Kolon Perforasyonu

COŞKUN POLAT¹, CENGİZ ÇETİNKAYA², MUSTAFA ALTUNDAL², NURIYE ÖZDER², HALİM KALE², RAMİ HOŞKAR², ÖMER FAİK ERSOY¹

¹Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Karabük

²Karabük Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Karabük

Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), kullanıma 1980 yılından bu yana, yutma güçlüğü olan 4-6 haftadan uzun süreli enteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan hastalarda, malnütrisyonun önlenmesi için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. İşlem cerrahi gastrostomiye nazaran daha minimal invaziv nitelikte bir işlem olmasına karşın invaziv bir prosedür olduğundan dolayı değişik komplikasyonlar gelişebilmektedir. Genel olarak %9-%17 arasında değişen morbidite oranları ve %1-%3 arasında değişen oranlarda major komplikasyon oranları bildirilmektedir. 70 yaşında erkek hasta. 9 ay önce geçirilmiş serebrovaskuler olaya bağlı kronik nörolojik hastalığı bulunan hastada aynı zamanda solunum yetmezliği ve sepsis problemleri de mevcut idi. Daha önce solunum yetmezliği nedeniyle trakeostomi açılmış. Kalıcı nörolojik sekele bağlı olarak oral beslenememesi olan hastaya 4 gün önce PEG uygulanmasına karar verilmiş. 1 gün önce batında distansiyon ve perküsyonda yaygın timpanizm alınması sonrası alınan tüm batın bilgisayarlı tomografik incelemede tüm batını dolduran massif serbest hava ve PEG kataterinin transvers kolonda olduğu saptandı. Yine PEG kataterinden suda eriyen kontrast madde verilmesi sonrası alınan direkt grafide kateterin kolon içerisinde olduğu görüldü ve acil müdahale kararı alındı. Sağ paramedian insizyon ile batına girildi. Yapılan eksplorasyonda PEG kataterinin transvers kolon içerisinde olduğu görüldü. Katater çıkarıldı. Mideye yerleştirildi ve kolondaki perforasyon yeri loop kolostomi şeklinde batına duvarına alındı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastada PEG kataterinden postoperatif 1. gün sulu rejim başlandı. Sonuç olarak, PEG katateri uygulanmasının yeterli endoskopi deneyimi olan emin ellerde yapılmasını ve işlem sonrası da mutalaka olası komplikasyonlar açısından hastaların yakın takibi ve monitorizasyonunun yapılmasını düşünüyoruz.

[PB - 2]

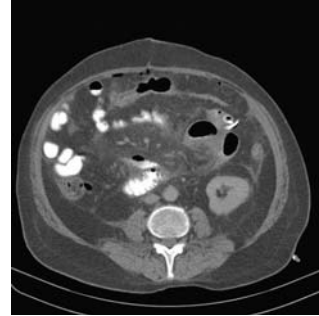
Endoskopik Stentleme Yöntemi ile Tedavi Edilen Duodenal Divertikül Perforasyonu

BÜLENT ÇALIK, CEM KARAALI, GÖKHAN AKBULUT

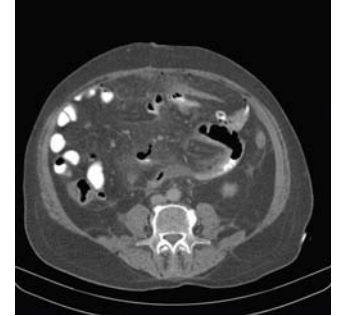
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: DD çoğunlukla duodenum ikinci kısmında daha az sıklıkla da üçüncü ve dördüncü bölümde görülürler. **Olgu:** 65 yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti nedeniyle acil servise kabul edildi. Başvuru anında Ateş:36°C, Nabız: 105/dk, Tansiyon: 114/75 mmhg, Solunum: 99/dk. Fizik muayenede karın üst kadranslarda defans ve rebound hassasiyet vardı. Kan testlerinde beyaz kan hücreleri sayısı 17,800/µL bulundu. %94.4 nötrofil oranı mevcuttu. Direkt abdominal grafide ve BT'de serbest hava yoktu. Hasta akut batın ön tanısıyla ameliyat edildi. Ameliyat esnasında duodenum 3. kısmına uyan alanda retroperitoneal bölgeden abse drenajı olduğu görüldü. Gastrointestinal içerik yoktu. Duodenuma ilerletilen

nazogastrik sondadan verilen metilen mavisi ekstravaze olmadı. Hastanın yaşı ve genel durumu dikkate alınarak loja dren konulup ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif dönemde drenenden 250 cc safra drenajı olan hastaya kontrastlı abdominal BT çekildi. Burada duodenum 3. bölümde divertiküle ait görünüm ve ılımlı ekstra luminal retroperitoneal gaz görüldü. (Şekil 1-2-3) Postoperatif 3. günde endoskopik olarak duodenum 3. kısmına 11 cm uzunluğunda 18 mm çapında kaplı özefagus stenti yerleştirildi (Şekil 4). Takip eden günlerde orali açılan hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Perforasyon DD'nin nadir ve aynı zamanda en ciddi komplikasyonudur. Preoperatif tanı zordur. Semptomlar sıklıkla nonspesifik ve belirsizdir. Kesin tanı genellikle intraoperatif olarak konur. Batın BT özgünlüğü% 100'ün altına olsa bile genellikle yapılması gereken ilk tanı yöntemidir. Perfore DD'nin yönetimi tartışmalıdır. Literatürde sadece olgu sunumları ve küçük seriler bildirildiği için perfore DD için yayınlanmış bir cerrahi klavuz yoktur. Cerrahi yaklaşım tercih edilen tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir ve konumu ve enflamasyon durumuna bağlı olarak lokal eksizyondan Whipple prosedürüne kadar birkaç teknik seçenekler mevcuttur. Bununla birlikte son zamanlarda bazı seçilmiş olguların bağırsak istirahati, nazogastrik tüp ve antibiyotik ile tedavi edilmesi cesaret verici durumlardır. Bizim olgumuzda da kesin tanı operasyon sonrasında kondu. Hastanın genel durumu ikinci bir operasyona izin vermediği için hasta endoskopik stentleme yöntemiyle başarıyla tedavi edildi.



Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4

[PB - 3]**Abdominal Sepsisli Özofago-Jejunostomi Anastomoz Kaçaklı Olgunun Endoskopik Self Expandable Stent+İntestinal Diversiyon ile Başarılı Tedavisi**

NECAT CİN, HALDUN KAR, HALİS BAĞ, EVREN DURAK, YAŞIN PEKER, FATMA TATAR, HÜDAİ GENÇ

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

Total mide rezeksiyonları sonrası özofago-jejunostomi anastomoz kaçakları, yaşamı tehdit edebilen ciddi sorunlara yol açmaktadır. Burada, başarı ile tedavi edilen özofago-jejunostomi anastomoz kaçaklı bir olguyu sunmayı amaçladık. 64 yaşında erkek hasta, dış merkezde mide kanseri nedeniyle total gastrektomiye takiben sirküler stapler yardımcı özofago-jejunostomi ameliyatı sonrası post-op 2. günde dreninden safralı getireni olmuş. Primer hekim tarafından 3 gün izlenen hasta, genel durumunun bozulması üzerine hastanemize sevk edilmiş. İlk değerlendirmede, batin dreninden enfekte safralı getireni olan hastanın özellikle karın üst kadranda hassasiyet, defans ve rebaunt bulguları ile birlikte Abdominal sepsis tablosu mevcuttu. Batın BT'de, özofago-jejunostomi anastomozunda kaçak ve komşuluğunda yoğun içerikli serbest sıvı tesbit edildi. Laparotomide, özofagojejunostomi anastomozunun sağ tarafında, saat 1 ile 7 radyusları arasında tam açıklık ve çevresinde safralı barsak içeriği olduğu görüldü. Anastomozun 15 cm distalinde entero-enterostomi mevcuttu. Eksplozasyonun devamında, anastomozun treitz'ın 40 cm distaline retrokolik olarak yapıldığı görüldü. Peritoneal kirlenmenin transvers kolon üstüne sınırlı kaldığı, alt batinın temiz olduğu tesbit edildi. Lokal saha temizliği sonrası per-op. endoskopi ile 12 cm uzunluğunda tam kaplı, self expandable stent, anastomoz açıklığını kapatacak şekilde yerleştirildi. Anastomozun gelen ansı, enteroenterostominin proksimalinden transekte edilip proksimal uç, stentle kapatılan özofagus anastomozunun 60 cm distalindeki efferent ansa yan yana anastomoz edildi. Bunun da 10 cm distaline beslenme jejunostomisi oluşturuldu. Post-op. 10. günde yapılan pasaj grafisinde opak maddenin stent alanından sorunsuz geçtiği, kaçak olmadığı görüldü. Jejunostomi ile birlikte oral sulu gıda alımına başlanan hasta kontrol önerisi ile sorunsuz taburcu edilmiştir. Özofago-jejunostomi anastomoz kaçaklarında endoskopik stent yardımcı intestinal diversiyon işlemlerinin akılda tutulması gerektiği kanaatindeyiz.

[PB - 4]**İnguinal Herni Operasyonu Sonrasında Gelişen Spontan Gastroduodenal Arter Anevrizma Ruptürü**

HALDUN KAR¹, VOLKAN ÇAKIR², NECAT CİN¹, HASAN FATİH TANYELİ³, HALİS BAĞ¹, SALİH CAN ÇELİK¹, FATMA TATAR¹

¹*Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*

²*Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Radyoloji Kliniği, İzmir*

³*Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Yoğun Bakım Kliniği, İzmir*

Gastroduodenal arter anevrizmaları nadir görülür. Spontan rüptürleri fatal seyredebilir. Visseral arter anevrizmaları içerisinde %1.5 oranında görülür. Yalancı ve gerçek olarak iki tipi vardır. Pankreatite sekonder gelişen yalancı GDA anevrizmaları daha sıklıkla görülür. Gerçek anevrizmalar çok daha nadirdir.

60 yaşında erkek hasta. Sol inguinal herni tanısı ile Lichtenstein herni tamiri yapıldı. Postoperatif 1. günde hasta taburcu edildi. Aynı gece hasta acil servise senkop atağı ile getirildi. TA: 80/50 mmHg, Nb: 120/dk, soluk görünümde, soğuk terlemekte ve yüzeysel solunumu mevcuttu. Batın distandü, sağ üst kadranda hassasiyeti mevcuttu. İnguinal kesi hattında aktif hemoraji veya hematoma izlenmedi. Hgb: 10.1 gr/dl, kreatinin: 1.34 mg/dl idi. Hastanın kontrastsız çekilen batin tomografisinde orta hattın sağında üst ucu karaciğer sol lobu ile yakın komşulukta 20x12 cm hematoma izlendi. Hasta acil serviste geçirdiği 2. senkop atağı sonrasında acil operasyona alındı. Duodenum, transvers ve sağ kolon, proksimal ince barsak mezosunu posteriordan iten dev pulsatil hematoma izlendi. Hematom boşaltıldı. Ana vasküler yapılar da patoloji izlenmedi. Pankreas başı, duodenum 3. kıta ve transvers kolon mezosunun sınırladığı alandan sızıntı tarzında kanama izlendi. Bu alana packing yapılarak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif 2. günde yapılan visseral angiografide gastroduodenal arter dallarında rüptür tespit edildi. Coil embolizasyon yapıldı. Unpacking yapılan hastanın takiplerinde hemodinamisi stabil seyretti. Şifa ile taburcu edildi. Hemorajik şok tablosu ile acil servise başvuran tomografik olarak batin sağ üst kadranda retroperitoneal yerleşimli dev hematoma GDA anevrizma rüptürleri ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Hemodinamisi stabil rüptüre ve/veya rüptüre olmamış vakalarda endovasküler yöntemler ile tedavi önerilmekte iken, hemodinamisi bozulmuş rüptüre vakalarda acil cerrahi tedavi gerekmektedir.

[PB - 5]**Nadir Bir Akut Karın Nedeni; İnteromural Hematom Olgusu**

TUNA BİLECİK¹, GÖZDE DERVİŞ HAKİM²

¹*Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sinop*

²*Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Sinop*

Amaç: İnteromural hematoma bağlı ince barsak iskemisi olan olgumuzu sunmak. **Olgu:** Yetmişaltı yaşında erkek hasta 2 gün önce başlayan ve giderek artan karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde karın distandü ve peritoneal irritasyon bulguları mevcuttu, barsak sesleri alınamıyordu. Özgeçmişinde geçirilmiş koroner by-pass girişimi ve buna bağlı oral antikoagülan kullanımı mevcuttu. Başvuru anında Hct: 24.8 g/dl, Hb: 9.0g/dl, PT: >100, INR>5 olarak saptanan hastaya 2 ünite eritrosit ve 3 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Bilgisayarlı batin tomografisinde (BT) karın içinde serbest sıvı ve ince barsaklarda segmenter duvar kalınlaşması saptandı. Hastanın takibinde genel durumunun kötüleşmesi üzerine laparotomi kararı verildi. Eksplozasyonda karın içinde serbest kan mevcuttu. İskemik alanlar içeren yaklaşık 60-70 cm'lik jejunum segmentinde interomural hematoma olduğu saptandı. İskemik alan içeren segmente kısmi ince barsak rezeksiyonu yapıldı. Takiben proksimal ve distal ince barsak ansları karın duvarına ağızlaştırıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 10.gün taburcu edildi. Takibinin 2.ayında stomaları kapatılarak anastomoz yapıldı. **Tartışma ve Sonuç:** İnteromural hematoma akut karın sendromunun nadir bir nedenidir. Günümüzde antikoagülan ilaçların artan sıklıkta kullanılmaya başlanmasıyla daha fazla karşılaşılmaya başlanmıştır. Travma en sık karşılaşılan etkidir. Oral antikoagülan kullanımı dışında kanama bozuklukları ve vaskülitler de etken olabilmektedir. Klinik bulgular hafif karın ağrısından intestinal obstrüksiyona veya akut karın bulgularına kadar değişebilmektedir. Bilgisayarlı tomografi tutulan segmentin özelliklerini daha ayrıntılı

göstermesi ve ilave patolojileri saptayabilmesi açısından tercih edilen radyolojik inceleme yöntemidir. Antikoagülan ilaç kullanan hastalarda yeni başlayan karın ağrısı mevcudiyetinde intramural hematoma olasılığının akılda bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

[PB - 6]

Akut Mezenter İskemi Sonucu Oluşan Kısa Barsakta Yeni Bir Yaklaşım

MURAT AKICI, OGÜN ERŞEN, MÜMTAZ ERAKIN, SEZGİN YILMAZ, YÜKSEL ARIKAN

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

67 yaşında bayan hasta 1 gündür süren şiddetini gittikçe artıran karın ağrısı ve kusma öyküsü ile acil servisten tarafımıza danışıldı. Nabızı 110, tansiyonu ise 90/50 mm/hg düzeyindeydi. Genel durumu orta olan oryante koopere hasta muayene edildiğinde batında hassasiyet dışında bulgu yoktu. Laboratuvar değerlerinde laktat dehidrogenaz 1070 IU/L, WBC 23000 k/mm³ olarak tespit edildi. Kan gazında ph 7.28 olarak asidotikti. Nazogastrik dekompresyon uygulanan hastadan fekaloid içeriğin drene olduğu görüldü. Çekilen batın tomografisinde intestinal anlarda yaygın iskemiyile uyumlu görünüm görüldü. İleoçekal bileşkeyi koruyacak şekilde nekroze anslar rezekt edildi ve treitz ile ileoçekal bileşke tarajındaki barsak ansları ayrı yerlerden ostomi şeklinde açıldı. Ameliyat sonrası vital bulguları normal sınırlara gerileyen ve asidozu düzelen hastanın şuuru açıldı. Jejunostomiden 2400 cc kadar geleni mevcuttu. Hastanın kısa barsak durumundan kurtulabilmesi ve anastomoz yapılarak gastrointestinal bütünlüğün sağlanabilmesi için mide flebi ile pasajın uzatılması hedefiyle ikinci ameliyat planlandı. Sleeve gastrektomi benzeri şekilde mide büyük kurvaturu lineer kesici kapatıcı stapler kullanılarak flep şeklinde ayrıldı. Sol gastroepiploik pedikül bağlanarak kesildi, sağ gastroepiploik pedikül korundu. Treitzden itibaren salim kalan 15 cm jejunum serbestlenerek mide büyük kurvaturundan ayrılan flebe anastomoz edildi. ileoçekal bileşke ise flebin diğer ucuna anastomoz yapılarak pasaj bütünlüğü sağlandı. Bu sayede teknik olarak zor olan ancak yapılmak zorunda olunan ileoçekal bileşkenin treitze yakın jejunum segmentine anastomozu ve pasajın sadece 20 cm kalması durumu atlatıldı. Pasaj toplamda 50 cm'e uzatıldı ve anastomoz gerginliği oluşmaması sayesinde anastomoz güvenliği sağlandı. Postoperatif 4. günde hastaya enteral beslenme başlandı. Dren takibinde anastomoz kaçağı olmadı. Postoperatif dönemde kan değerleri normal seyretti ve asidozu olmadı ancak solunumsal komplikasyonlar ve staz pnömonisi nedeniyle ekstremitelerde edilemeyen hasta 2. ameliyat sonrası 7. günde solunum yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

[PB - 7]

Nissen Fundoplikasyonu Sonrası Total Abdominal İskemi

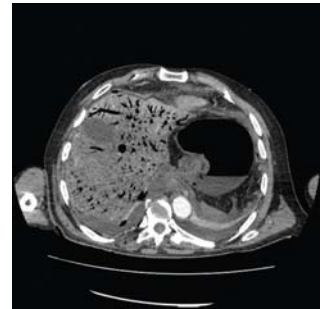
MURAT AKICI, OGÜN ERŞEN, MUSTAFA YAVUZ, ENES ŞAHİN, SEZGİN YILMAZ

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

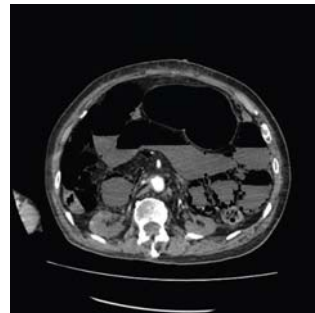
Olgusu: 78 yaşında 3 gün önce dış merkezde laparotomi ile hiatal herni nedeniyle nissen fundoplikasyonu operasyonu olan hasta acil servise bulantı kusma ve genel durum bozukluğu ile başvurdu. Genel durumu orta kötü olan hasta non oryante-koopere idi. Postoperatif 1. günde oral almaya başladı ve herhangi bir semptom gelişmediği söylenen hastada son 5-6 saattir halsizlik, bulantı kusma ve şiddetli karın ağrısı şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Fizik muayenesinde anlamlı bulgu olmamakla birlikte tüm karında lokalize şiddetli karın ağrısı mevcuttu ve cildi soluk, terli, nefes alışı ise takipneikti. Hastanın kan gazında Ph 7-25 olmak üzere asidotik olması laboratuvar değerlerinde LDH 850 U/L, lökosit değeri 11800, kreatinini 1.22 mg/dl olması üzerine fizik muayene ve tetkikler eşliğinde hastada mezenter iskemisi olabileceği düşünüldü. Nefroloji bölümü ile görüşülerek hidrasyon ile iv kontrastlı batın tomografisi çekildi. Tomografide karaciğer bilobler hipoperfüze ve iskemik gözlemlendi. Tüm intestinal anlarda kontrastlanma yoktu ve pnemosistis intestinalis ile uyumlu görünüm mevcuttu. Trunkus çölyakusun tüm dalları, superior mezenterik arter ve inferior mezenterik arterin kontrastlandığı ve distale kadar açık olduğu görüldü. Buna rağmen bu arterlerin beslediği alanlardaki yaygın iskemisi multisistemik embolilere bağlandı. Kliniğimize yatırılan hastaya supportif tedavi başlandı ancak progresif şekilde multiorgan yetmezliğine giren hasta yatışının 3. saatinde ex oldu.



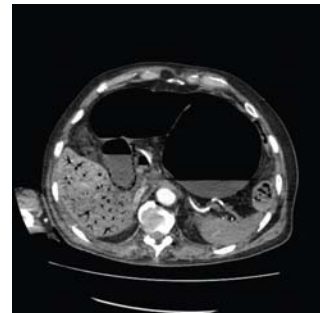
Tomografi kesiti. Pneumosistis intestinalis görünümü.



Tomografi kesiti. Karaciğerdeki hipoperfüze ve iskemik alanlar.



Tomografi kesiti. İskemik ince barsaklar ve kolon, SMA proksimal açık görünümde.



Tomografi kesiti. Hipoperfüze dalak ve karaciğer, splenik arter ve common hepatic arter açık görünümde.

[PB - 8]

Nadir Görülen Bir Hemoperitonium Nedeni: İleokolik Arter Anevrizma Rüptürü Olgu Sunumu

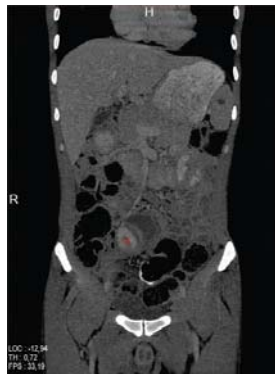
ADEM BAYRAKTAR, ALİ FUAT KAAN GÖK, FATİH YANAR, BAHAR CANBAY TORUN, CEMALETTİN ERTEKİN

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

Amaç: Visseral arter anevrizmaları (VAA) vasküler patolojiler arasında çok nadir görülmektedir. VAA'ları arasında süperior mezenterik arter (SMA) uç dal anevrizmaları %3 oranında görülmektedir. Anevrizma rüptürü sonucu intra ve/veya ekstrapitoneal kanamalar hayatı tehdit etmekte ve acil müdahale gerektirmektedir. Bu nedenle tanı konulduktan sonra hızlı bir şekilde cerrahi ya da endovasküler girişim ile tedavi edilmeleri gerekmektedir. Bu yazıda; karın ağrısı, bulantı, kusma nedeni ile başvuran ve görüntülemelerinde ileokolik arterde anevrizma saptanıp endovasküler girişim planlandığı ve hastanede yatış sırasında rüptüre olan, acil cerrahi girişim uygulanan olguyu sunmayı ve literatür taraması yapmayı amaçladık. **Olgu:** Karın ağrısı şikayeti ile acil cerrahi birimine başvuran 27 yaşında erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet saptandı. Vital bulguları stabil olan hastaya yapılan acil batın ultrasonografisinde (USG) batın sağ alt kadranda ön planda mezenterik damarlardan kaynaklandığı düşünülen 57*52 mm boyutlarında içerisinde trombüs bulunan anevrizmatik vasküler lezyon saptandı. Abdomen+toraks bilgisayarlı tomografi (BT)+BT anjiyografi görüntülemesinde ileokolik arter distalinde yaklaşık 5 cm çapında anevrizmatik dilatasyon saptandı. Hb:10.2 gr/dL, Hct: %31.3 olan olgunun diğer koagülasyon parametreleri normal sınırlardaydı. Akut batın muayene bulguları olmayan hastaya endovasküler tedavi planlandı. Endovasküler girişim yapılmasını beklerken ani gelişen batın distansiyonu, hipotansiyon, taşikardi nedeniyle yapılan USG'de karın içi yaygın sıvı saptanarak anevrizma rüptürü tanısı ile ameliyata alındı. Laparotomi eksploratriste batın içerisinde bol miktarda taze kan, ince barsak mezosunda dev hematoma ileokolik arter uç dalında rüptüre anevrizma saptandı. Rüptüre anevrizma alanı ile birlikte kısmi ince barsak rezeksiyonu yapılarak hemodinamik ve metabolik instabilite nedeni ile anastomozdan kaçınılarak ince barsak ansları uç ileostomi olarak batın duvarına ağızlaştırıldı. Ameliyat sonrası 2. ayında stoması kapatıldı. Hastamız ameliyat sonrası 6. ayında sorunsuz olarak takip edilmektedir. **Tartışma ve Sonuç:** VAA'ları vasküler patolojiler arasında nadir görülmektedirler. İnsidental olarak, semptomatik veya şok tablosunda tanı almaktadırlar. SMA uç dal anevrizmalarının komplikasyonlarının mortalite ve morbiditesi yüksek olduğu için tanı aldıktan sonra en kısa zamanda tedavi edilmesi önerilmektedir. Seçilmiş vakalarda endovasküler tedavi uygulanabilse de rüptür ve end organ hasarı ihtimalinden dolayı cerrahi tedavi daha çok tercih edilmektedir.



Ameliyat görüntüsü. Terminal ileum mezosu içerisinde hematoma.



BT anjiyografi görüntülemesinde ileokolik arter distalinde yaklaşık 5 cm çapında anevrizmatik dilatasyon.

[PB - 9]

Akut Mezenter Emboli Erken Dönem Embolektomi

ŞÜKRÜ TAŞ, ÖZTEKİN ÇIKMAN, BERKİN ŞEKERCİ, ÖMER FARUK ÖZKAN, YILMAZ AKGÜN, MUAMMER KARAAYVAZ

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çanakkale

Amaç: Akut mezenter emboli özellikle ileri yaş ve kardiyak problemi olan hastalarda erken dönemde müdahale yapılmadığı takdirde ileri derecede mortalite ve morbiditeye neden olan akut karın nedenlerinden biridir. **Olgu 1:** 62 yaşında bayan hasta 6 saat önce ani olarak başlayan karın ağrısı bulantı şikayetleri olan hasta acil kliniğinde görüldü. Batın muayenesinde yaygın orta şiddette karın ağrısı mevcuttu. Barsak seslerinde azalma mevcuttu. Hastanın EKG sinde atrial fibrilasyon mevcuttu. Çekilen bilgisayarlı tomografik anjiyografisinde süperior mesenter arterin kökünde emboli görülmesi üzerine (Resim-1) hastaya acil cerrahi müdahale yapıldı. Operasyonda tüm ince barsak segmentlerinde genişleme peristaltizmde azalma ve barsakta hafif iskemi mevcuttu. Superior mesenterik arter izole edildi. Arterin kökünün distalinde nabız olmasına rağmen proksimalinde nabız yoktu. Arter izole edildikten sonra arteriotomi yapıp fogarti katateri yardımı ile embolektomi yapıldı. Arter 6/0 prolenle onarıldı. Batın sadece cilt kapatılarak operasyona son verildi. 24 saat sonra kontrol laparatomide barsak renginin düzeldiği nekroze barsak segmentinin olmadığı gözlemlendi fascia ve cilt kapatılarak operasyona son verildi. Postoperatif 4. gün hasta sorunsuz taburcu edildi. **Olgu 2:** 71 yaşında bayan hasta ani olarak başlayan karın ağrısı şikayeti ile acilde görüldü. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet ve barsak seslerinde azalma, EKG sinde atrial fibrilasyon mevcuttu. Hastaya çekilen bilgisayarlı tomografik anjiyografide süperior mezenterik arterin kökünde emboli izlendi. Hasta acil cerrahi müdahaleye alındı. Barsaklarda minimal iskemik bulgular mevcuttu. Süperior mezenter arterin kökünde emboli saptandı, tıkanmanın proksimalinde nabız yoktu. Arter hazırlandıktan sonra embolektomi yapıldı. Embolektomi sonrası süperior mesenter arter dallarında reperfüzyon gözlemlendi. Batın kapatılarak operasyona son verildi. Postoperatif 5. gün hasta sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Akut mezenter emboli prognozu kötü olan akut karın nedenlerinden biridir. Prognozun kötü olması özellikle geç tanı ve buna bağlı gelişen yaygın barsak nekrozuna bağlıdır. Fakat erken tanı ve erken tedavi bu hastalarda dramatik iyileşme sağlamaktadır. Yaşayan iki olgumuzda hastaneye erken başvuru, erken tanı ve vakit kaybetmeksizin operasyona alınması hayat kurtarıcı olduğunu düşünmekteyiz.

[PB - 10]

SMA Oklüzyonunda Endovasküler Girişim Sonrası Cerrahi: Bir Olgu Sunumu

FEVZİ CENGİZ, SERKAN KARASLI, ERDİNÇ KAMER, AHMET ER, ATILLA ÖRSEL, MUSTAFA PEŞKERSOY

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Superior mezenter arter(SMA) oklüzyonuna bağlı akut mezenter iskemi(AMI) hayatı tehdit eden bir klinik tablodur. Endovasküler revaskülarizasyon teknikleri, mortalite ve morbidite açısından daha az riskli olup tedavide öncelikle kullanılmalıdır. **Olgu:** 44 yaşında bilinen tip-2 diyabetes mellitus olan kadın hasta 4 günlük karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet ve istemli defans mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde kan glukozu: 491,

lökosit:21030, CRP:4.2 idi. Yapılan abdomen BT: 'SMA proksimal kesiminde uzunluğu 2,5-3cm bulan segment boyunca lümeni büyük ölçüde tıkanan trombus varlığı dikkat çekmektedir. SMA distal kesimi ve distal dalları açıktır. Batında serbest sıvı yoktur. Bağırsak anslarında tipik bir iskemi bulgusu yoktur.' Şeklinde yorumlandı. Bunun üzerine hasta, acilen girişimsel radyolojiye endovasküler girişim açısından refere edildi. Yapılan görüntüleme SMA proksimalinde akut olduğu düşünülen emboliye embolektomi uygulandı, balonla iç içe genişleyen 2 adet stent yerleştirildi. Kontrol anjiyografide SMA ve tüm distal dallar açık olarak izlendi. Genel durumu stabil olan ve ağrısı azalan hasta klinik izleme alındı. Ancak izlemin 10. saatinde hastanın karın ağrısı şikayetlerinin artması ve periton irritasyon bulguları oluşması üzerine laboratuvar ve radyolojik olarak hasta tekrar değerlendirildi. Laboratuvarda lökosit değeri:32000'e yükseldi, abdomen anjiyo BT'nin 'SMA'da parsiyel trombus içeren patent stent, ince barsak anslarında yaygın nekroz ve pnömotozis intestinalis' şeklinde yorumlanması üzerine hasta operasyona alındı. Operasyonda hastaya nekrotik ince bağırsakların rezeksiyonu ardından ara segmentte sağlam kalan 50 cm transpoze edilerek distal ucu ince bağırsağa, proksimal ucu transvers kolona uçuca anastomoz yapıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Tanıda yüksek duyarlılık (%93.3) ve özgüllüğü (%95.9) olduğu bildirilen BT'nin şüpheli akut SMA oklüzyonu için ilk basamak görüntüleme yöntemi olarak kullanılması önerilmektedir. SMA stentlemesi yapılan hastalar, stent restenozuna bağlı ciddi sonuçlara erken girişim uygulanabilmesi amacıyla doppler USG veya BT anjiyografi ile yakın takip edilmelidirler. Klinik ve/veya radyolojik şüphe halinde septik tablo oluşmadan ameliyat planlanmalıdır. Endovasküler girişimlerin, SMA trombuslarının komplikasyonları oluşmadığı sürece sedimenter bağırsakların korunmasında dahi yararlı olacağından ilk aşamada düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

[PB - 11]

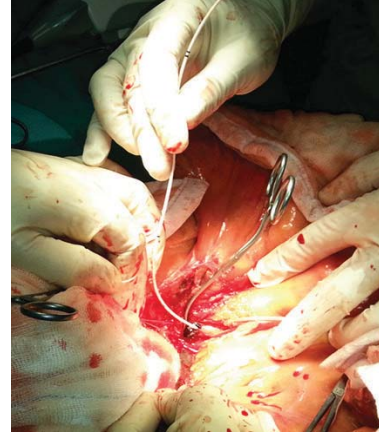
Superior Mezenter Arter Embolisi Nedeniyle Embolektomi Uygulanan Hastaların Analizi

ELİF ÇOLAK, ALPER CEYLAN, GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK, KADİR YILDIRIM

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Mezenter arter embolisi mortalitesi yüksek ve erken tanının hayat kurtarıcı olduğu cerrahi acillerden biridir. Malesef erken tanı ve uygun tedavi uygulanan hastaların dahi çoğunluğu kaybedilmektedir. Burada superior mezenter arter (SMA) embolektomi uyguladığımız hastaları değerlendirmeyi amaçladık. Hastanemizde Mart 2014-Temmuz 2015 tarihleri arasında 4 hastaya SMA embolektomi uygulandı. Hastaların 2'si erkek, 2'si kadın; yaş ortalaması 74 idi. Üç hastaya embolektomi sonrası subtotal ince barsak rezeksiyonu ve anastomoz, 1 hastaya uç jejunostomi distal müköz fistül uygulandı. Peroperatuar komplikasyon görülmedi. Hastalardan 3'ü postoperatif 10 gün içinde solunumsal ve kardiyak nedenlerle kaybedildi. Yaşayan hasta 56 yaşında erkek hasta idi. Koroner arter hastalığı nedeniyle Plavix 1*1 kullanmakta idi. Şikayetinin başlangıcından 16 saat sonra hastanemize sevk edilen hastanın SMA emboli tanısı acil şartlarda çekilen BT anjiyografinin cerrahi hekimi tarafından değerlendirilmesi ile konuldu. Tanı konur konmaz heparinize edilen hasta ameliyata alındı. SMA embolektomi sonrası beslenmesi bozulmuş olan ileum ve sağ kolon rezeke edilerek jejunokolik anastomoz uygulandı (Şekil 1). Aort yetmezliği olan hasta postoperatif (PO) 1 gün yoğun bakımda kaldı. Peroperatuar ve postoperatif 25.000 İÜ/ gün Heparin infüzyonuna

devam edildi. PO 3. gün Coumadin 10 mg 1x1 başlanarak PO 4. gün heparin kesildi. PO 5. günde şifa ile taburcu edildi. Coumadin tedavisi altında takip edilen hastanın diare dışında problemi bulunmamaktadır. Mezenter arter embolektomi girişimsel radyolojinin olmadığı merkezlerde hayat kurtarıcı bir ameliyattır ve damar cerrahisine alışkın cerrahlarca güvenle uygulanabilir.



Şekil 1. Superior mezenter arter embolektomi.

[PB - 12]

Akut Mezenter İskemide Mortaliteyi Artıran Faktörler

ŞAHİN KAHRAMANCA¹, İSMAİL OSKAY KAYA², HAKAN GÜZEL², TURGUT ANUK³, GÜLAY ÖZGEHAN², ALİ CİHAH YILDIRIM¹, İSMAİL EMRE GÖKCE⁴

¹Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Kars

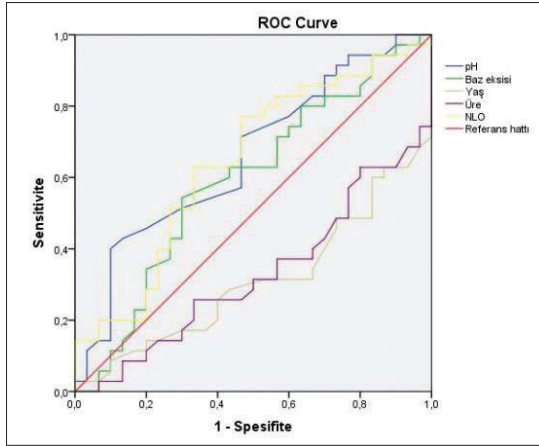
²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

³Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bliim Dalı, Kars

⁴Ulus Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Ankara

Amaç: İntestinal damarların tıkanması olarak tanımlanan akut mezenter iskemide (AMI) mortalite, birçok merkezde %50-90 oranlarında bildirilmektedir. Anjiyografi tanıda gold standart yöntem olarak kabul edilse de, ülkemiz koşullarında özellikle acil şartlarda anjiyografinin 3. basamak büyük merkezler dışında rutin kullanımda olamaması nedeniyle tanıda, multidisipliner yaklaşımlardaki aksaklıklar nedeniyle de tedavide yaşanan gecikmeler AMİ prognozunu kötüye götürmektedir. Çalışmamızda AMİ'de mortaliteyi etkileyen faktörleri ortaya koyacağız. **Gereç ve Yöntem:** Acil servise, yaygın, non spesifik lokalizasyonlu karın ağrısı, bulantı-kusma ve kanlı dışkılama şikayetleriyle başvurarak akut batın ön tanısıyla acil opere edilen AMİ'li hastalar, postoperatif mortalite gelişenler ve gelişmeyenler olarak 2 gruba ayrıldı. Gruplar arası yaş, cinsiyet, başvuru anında bakılan lökosit (WBC), ortalama trombosit hacmi (MPV), nötrofil lenfosit oranı (NLO), üre, kreatinin, AST, ALT, elektrolitler, arteryel kan gazı pH ve baz defisiti, komorbid faktör, uygulanan cerrahi prosedür, geçirilmiş abdomina aort cerrahisi öyküsü karşılaştırıldı. **Bulgular:** Çalışmamızda 80 hastada yaş için median değer 67 (29-102) olup, erkek/kadın oranı 1.58 idi. On hastada abdominal aort cerrahisi sonrası AMİ geliştiği gözlenirken, 9 hastaya second look laparotomi uygulandı. Kırk dört hastaya ostomi açıldı. Hastaların 36'sı ex oldu. Elli dokuz hastada en az bir komorbid faktör tespit edildi. En sık operasyon <100 cm'lik ince barsak rezeksiyonu iken, 9 hasta unrezeke tabl olarak değerlendirildi, 22 hastada kısa barsak

gelişti. Yirmi üç hastada tıkaçıcı tipte damar hastalık öyküsü tespit edildi (Tablo 1). Gruplar arasındaki potasyum, sodyum, AST, ALT, MPV, WBC ve kreatinin açısından anlamlı farklılık gözlenmezken (p:0.147, p:0.558, p:0.255, p:0.824, p:0.983, p:0.301, p:0.442 ve p:0.066), mortalite gözlenen hastalardaki pH, baz eksisi ve NLO anlamlı derecede düşük, yaş ve üre daha yüksek saptandı (p:0.007, p:0.035, p:0.046, p:0.002, p:0.005) (Parametrelerin istatistiksel analizi, sensitivite, spesifiteleri ve Roc-curve eğrileri Tablo 2 ve Şekil 1'de verilmiştir). **Tartışma ve Sonuç:** AMİ'li hastalarda mortalitede ileri yaş kontrol edilemeyen faktör olsa da, oluşan asidoz, dehidratasyon ve bakteriyel translokasyon kontrol edilebildiği takdirde olası mortalite oranlarının aşağı inebileceği kanaatindeyiz.



Şekil 1. Gruplar arası pH, baz eksisi, yaş, NLO ve ürenin Roc curve eğri grafiği.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve istatistiksel analizi

Demografik özellikler	Grup 1	Grup 2	P değeri	Toplam hasta sayısı
Second look laparotomi	2/36	7/44	P:0.175	9/80
Abdominal aort cerrahisi sonrası AMİ gelişme oranı	7/36	3/44	P:0.089	10/80
Cinsiyet (E/K)	23/13	26/18	P:0.661	49/31
Ostomi açılan hasta	18/36	26/44	P:0.071	44/80
Komorbid faktör anamnezi	31/36	28/44	P:0.020	59/80
Obstrüktif kalp damar hastalığı öyküsü	11/36	12/44	P:0.747	23/80
Geriyatrik hasta popülasyonu	26/36	20/44	P:0.015	46/80
Hasta sayısı	36	44		80

Grup 1: Mortalite gelişen grup Grup 2: Mortalite gelişmeyen grup.

Tablo 2. Gruplar arası laboratuvar tetkiklerinin istatistiksel analizi

Parametreler	Grup 1	Grup 2	P değeri	Cut off değeri	Sensitivite	Spesifite
pH	7.30±0.15	7.38±0.10	p:0.007	7.395	0.556	0.591
Baz eksisi	-4 (-18.7/+5.6)	-1.9 (-17.0/6.8)	p:0.035	-2.35	0.639	0.614
Yaş	72 (54-102)	61 (29-102)	p:0.002	67.5	0.667	0.659
Üre	78 (32-203)	57 (19-156)	p:0.005	67.5	0.657	0.634
NLO	8.7 (1.8-31.4)	14.9 (1.4-51.8)	p:0.046	11.88	0.645	0.629
K	4.2 (2.1-6.2)	4.1 (3.0-7.0)	p:0.558	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
Na	138.9±6.8	139.8±4.4	p:0.255	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
AST	33.5 (11-577)	41 (13-165)	p:0.824	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
ALT	28.5 (6-245)	26 (11-222)	p:0.983	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
MPV	9.3 (6.7-21.2)	8.6 (6.9-24)	p:0.204	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
WBC	14.8 (3.8-57.9)	15.6 (3.9-32.7)	p:0.442	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
Kreatinin	1.9 (0.5-8.1)	1.2 (0.6-4.4)	p:0.066	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız

Grup 1: Mortalite gelişen hastalar, Grup 2: Mortalite gelişmeyen hastalar, NLO: Nötrofil lenfosit oranı K: Potasyum, Na: Sodyum MPV: Ortalama trombosit hacmi, WBC: Lökosit *Parametrik testler için Mean±Std.Dev, non parametrik değerler için Median (Min-Max) değerler kullanılmıştır. **İstatistiksel değerleri anlamsız çıkan parametrelerin cut-off, sensitivite ve spesifite değerleri hesaplanmamıştır.

[PB - 13]

Akut Mezenter İskemide Fibrinojenin Mortaliteyi Öngörmeye Etkisi

ŞAHİN KAHRAMANCA¹, GÜLAY ÖZGEHAN², TURGUT ANUK³, HAKAN GÜZEL², ALİ CİHAT YILDIRIM¹, GÜLŞEN ÇIĞŞAR⁴

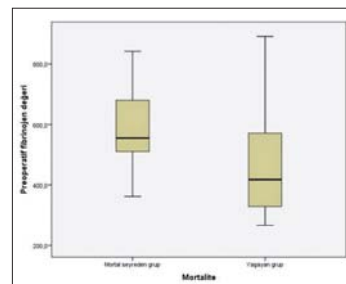
¹Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Kars

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

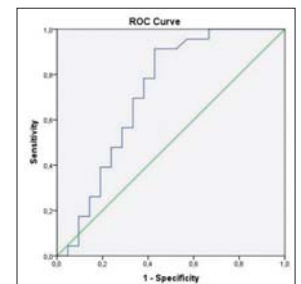
³Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars

⁴Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kars

Amaç: Tüm modern tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen hala %60-90 sıklıkta mortaliteyle sonuçlanan akut mezenter iskeminin (AMI) tanısında ucuz ve kolay uygulanabilir bir gold standart tanı yönteminin bulunamamış olması, hastalığın seyrinde klinisyenleri zor durumda bırakabilmektedir. Çalışmamızda akut faz reaktanı olarak kullanılan fibrinojenin AMİ'li olgularda mortaliteyi öngörebilmedeki etkisini saptamayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Hastanemiz acil servise, ani başlangıçlı yaygın karın ağrısı, bulantı, kusma ve kanlı dışkılama şikayetleri ile başvurarak akut batın ön tanısıyla acil opere edilen ve AMİ saptanan hastalar, postoperatif mortalite gelişenler ve gelişmeyenler olarak 2 gruba ayrıldı. Gruplar arası yaş, cinsiyet, komorbid faktör öyküsü, intraoperatif nekrotik segment yerleşim yeri, uygulanan cerrahi prosedür, hastaneye başvuru anında bakılan lökosit (WBC) ve fibrinojen değerleri karşılaştırıldı. Aktif enfeksiyon öyküsü, romatolojik, immünolojik hastalık öyküsü ve hemostaz bozukluğu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. **Bulgular:** Çalışmamızda 44 hastada yaş için median değer 69 (29-91) olup, erkek/kadın oranı 1.32 idi. Hastaların 23'ü (%52.3) postoperatif dönemde ex oldu. Yirmi dokuz hastada en az 1 ek sistemik hastalık öyküsü varken, 6 (%13.6) hastada tıkaçıcı tipte damar hastalık öyküsü tespit edildi. Intraoperatif dönemde en sık uygulanan cerrahi yöntem segmenter ince barsak rezeksiyonu (<100 cm ince barsak segmenti) iken, 5 (%11.4) hastaya unrezekebl olması neticesinde herhangi bir cerrahi girişim yapılamayarak operasyon sonlandırıldı. On iki hastada kısa barsak hastalığı gelişti. Gruplar arasındaki yaş, cinsiyet, WBC değeri ve komorbid faktör açısından anlamlı farklılık gözlenmezken (p:0.138, p:0.239, p:0.074, p:0.241), mortalite gözlenen hastalardaki fibrinojen değerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p:0.014) Fibrinojenin Roc curve analizindeki 521.8 cut-off'luk değeri baz alındığında, mortalite için, %65.2 sensitivitesinin, %66.7 spesifitesinin olduğu hesaplandı. Ayrıca fibrinojen bakılan parametrelerden bağımsız olarak ta mortaliteyi öngörebilmekte idi (p:0.030). **Tartışma ve Sonuç:** Kolay erişilebilir ve ucuz bir parametre olan fibrinojenin, AMİ'li hastalardaki mortaliteyi öngörmeye, bağımsız faktör olarak ve kabul edilebilir düzeydeki sensitivite ve spesifitesiyle klinik kullanımda yer alabileceği sonucuna vardık.



Şekil 1. Gruplar arası fibrinojen dağılım grafiği.



Şekil 2. Gruplar arası fibrinojen Roc curve eğrisi.

[PB - 14]

Spontan Mezenterik Hematoma Neden Olan Segmental Arteriyel Mediolizis Olgusu; Tanı ve Endovasküler Tedavisi

TAYFUN YOLDAŞ¹, CELAL ÇINAR², MEVLÜT TEKİN¹,
CEMİL ÇALIŞKAN¹, HAKAN POSACI³, MUSTAFA KORKUT¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Girişimsel Radyoloji, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi, İzmir

Amaç: Çölyak arter anevrizması ender rastlanan bir klinik tablodur. Rüptür riski nedeniyle saptandığında tedavi edilmelidir. Tedavide girişimsel radyolojik yöntemler veya cerrahi kullanılır. Biz bu yazıda endovasküler olarak arterial embolizasyon ile tedavi edilen segmental arterial mediolizisli olgumuzu sunmayı amaçladık. **Olgu:** 43 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile dış merkezden mezenter vasküler hastalık ön tanısı düşünülerek hastanemize refere edildi. Hikayesinde karın ağrısının üst kadrantlarda olduğu ve 2 gün önce başladığı, bulantı kusma olmadığı, defekasyon alışkanlığında bozukluk olmadığı görüldü. Hastanın daha önceden geçirmiş olduğu travma yada ameliyat öyküsü yoktu. Acil serviste yapılan tetkikleride lökosit: 9.500 mm³, hemoglobin: 11 g/dl, hematokrit: %33 olarak görüldü. Kan biyokimyasal tetkiklerinde anlamlı bozukluk saptanmadı. Yapılan karın ultrasonografisinde perisplenik serbest sıvı saptanması üzerine bilgisayarlı tomografi tetkiki uygulandı. Tomografide çölyak trunkus çıkışında darlık sonrasında anevrizmatik genişleme ve anevrizma çevresinde hematoma ile birlikte perisplenik serbest sıvı gözlemlendi. Hemodinamik parametreleri stabil seyreden hasta girişimsel radyoloji ünitesi ile konsülte edilerek embolizasyon planlandı. İşlem sonrası genel cerrahi kliniğinde 1 hafta izlenen hastanın karın ağrısı geriledi, karaciğer fonksiyon testlerinde anlamlı bir bozukluk görülmedi aşamalı olarak gıda başlandı ve tolere edebildi. **İşlem sonrası** 7. gün sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Çölyak arter yerleşim yeri nedeniyle cerrahi olarak ulaşılması ve diseksiyonu sonrasında mortalite ve morbidite oranları yüksek olabilir bu nedenle eğer imkan varsa endovasküler yöntemler tedavide ilk planda düşünülmelidir.

[PB - 15]

Travmaya Bağlı İntestinal İskemi

ÖMER YALKIN¹, ENİS DİKİCİER¹, MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹,
İSMAİL ZENGİN¹, FEHMİ ÇELEBİ²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Künt karın travması sonrası izole incebarsak yaralanması oldukça nadirdir. Solid organ yaralanması olmayan bir travma hastasında izole incebarsak yaralanması mevcudiyeti tanıda gecikmeye neden olur ve yüksek morbidite ve mortalite ile sonuçlanır. Biz yüksekten düşme sonrası incebarsak mezosunda yaralanma meydana gelen olguyu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Yirmi sekiz yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Anamnezinde iki gün önce yüksekten düştüğü dış merkezli bir hastanede 6 saat takip edildiği ve normal bulgular ile taburcu edildiği öğrenildi. Genel durum orta-iyi, koopere ve oryante idi. Vital bulguları; TA:90/50 mmHg, nabız: 126/dk, solunum sayısı: 15/dk, ateş: 37,5 C idi.

Karın muaynesinde yaygın hassasiyet, alt kadrantlarda defans ve rebound saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:10500 K/uL, Hb:13.1 gr/dl, Plt:233 ölçüldü. Hastaya akut batın sendromu ön tanısı ile abdomino-pelvik ultrasonografisi istendi ve pelviste sıvı rapor edildi. Çekilen kontrastlı abdominal tomografide batın içi serbest sıvı ve incebarsak mezosunda kalınlaşma tespit edildi. Bu haliyle acil laparotomi kararı verildi. Eksplozasyonda incebarsak mezosunda ayrışma, trietzdan itibaren 220.cm den sonraki 50 cm incebarsak segmentinin dolaşım bozukluğuna bağlı nekrotik olduğu görüldü. Bu alan rezeke edildi ve uc uca anastomoz edildi. Hasta 5. gün sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Künt travma hastalarının %1'inden daha azında ince bağırsak yaralanması görülür. Bu hastaların ise sadece %0.3'ünde ince bağırsak perforasyonu oluşmaktadır. İncebarsak perforasyonu travmanın direkt etkisine bağlı olabilir ve erken dönemde bulgu vermeyebilir. Ancak barsaktaki yaralanma barsak mezosunda bir hematoma veya rüptür tarzında meydana gelmişse bu durumda fizik muayene bulguları ortaya çıkmaz. Radyolojik görüntülemelerin özellikle erken dönem izole ince bağırsak yaralanmalarının tanısında fazla bir değeri yoktur. Bu tür olgulara muhtemel bir mezo yaralanması veya perforasyon açısından her zaman şüpheli yaklaşılmalıdır. Doğru ve zamanında tanı için yakın klinik takip ve uygun radyolojik değerlendirilmenin bir arada yapılarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

[PB - 16]

Akut Süperior Mezenter Oklüzyonunda Endovasküler Girişim Sonrası Cerrahi

GÜLDEN BALLI¹, ÖMÜR BALLI², AHMET ER¹, FEVZİ CENGİZ¹,
VOLKAN ÇAKIR², KEMAL ERDİNÇ KAMER¹

¹İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Akut süperior mesenterik arter(SMA) oklüzyonu, mezenterik iskemiye yol açabilen ve uygun tedavi edilmez ise morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir durumdur. Günümüzde tedavisinde endovasküler yöntemler de kullanılmakta olup mortalite ve morbidite oranları teknik ve malzemelerin gelişimi ile paralel olarak düşmüştür. Cerrahi ise özellikle ciddi barsak iskemisi ve peritonit durumlarında öncelikle uygulanmaktadır. Günümüzde akut mezenterik iskemi tanısında kontrastlı çok kesitli bilgisayarlı tomografi tetkiki hem tüm abdomenin hem de vasküler yapıların patensininin değerlendirilip etyolojiyi aydınlatmada oldukça etkindir. Bu yazıda acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran, endovasküler girişim uygulanıp, sonrasında cerrahi girişim gerektiren akut SMA oklüzyonunun 1 örnekle vurgulanması amaçlandı. **Olgu:** Acil servise karın ağrısı nedeni ile başvuran hastanın yapılan kan tetkiklerinde lökositoz ve çekilen kontrastlı abdomen BT tetkiklerinde Süperior mezenterik arter (SMA) oklüzyonu saptandı. Endovasküler girişim amacıyla anjiyografiye alınan hastada SMA proksimalinde akut oklüzyon saptandı. Balon anjiyoplasti yapılarak stent yerleştirildi. İşlem sonrası klinik takibinde akut batın halinin sürmesi üzerine eksploratif laparotomiye alındı. Tam kat nekroz nedeniyle olguya sağ hemikolektomi yapıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Akut SMA oklüzyonunda endovasküler girişim, rezeksiyon genişliğini azaltarak, olası kısa barsak sendromu ihtimalini azaltmakta ve hastalara sağ kalım şansı tanımaktadır.

[PB - 17]

Splenektomi Sonrası Portal Ven Trombozu

MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹, ENİS DİKİCİER¹, ÖMER YALKIN¹, AHMET ÇELİK², FATİH ALTINTOPRAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Splenektomi sonrası gelişen portal ven trombozu nadir ve ciddi bir komplikasyondur. İnsidansı %0.2-6 ve mortalitesi %0-75 arasında değişmektedir. Hastalığın ortaya çıkmasında hiperkoagülabiliteye bağlı gelişen staz suçlanmaktadır. Ameliyattan sonra 6.günden 3 yıla kadar herhangi bir zamanda meydana gelebilir. Bu yazıda splenektomi sonrası gelişen portal ven trombozu olgusunu sunmayı amaçladık. **Olgu:** Otuz sekiz yaşında erkek hastaya dalak üst orta polde 7x6 cmlik kistik lezyon nedeniyle elektif splenektomi yapıldı. Hikayesinde derin ven trombozu gibi koagülopati öyküsü saptanmadı. Postop 2. günü takiplerinde karın ağrısı, iştahsızlık, epigastrik hassasiyet ortaya çıkması üzerine çekilen kontrastlı batın tomografisinde portal ven trombozu saptandı. Asetilsalisilik asit, düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Takiplerinde kliniği gerileyen hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Patolojik tanısı epidermal kist olarak raporlandı. Bir ay sonra çekilen kontrastlı batın tomografisinde trombüsün gerilediği gözlemlendi. **Tartışma ve Sonuç:** Splenektomi sonrası meydana gelen anoreksi, karın ağrısı, ateş, lökositoz ve trombositoz durumlarında akla PVT gelmeli ve IV kontrastlı batın BT ile tanısı konmalıdır. Yüksek riskli hastalarda splenektomi sonrası rutin Doppler USG faydalı bulunmuştur. Splenektomi olacak hastalara antikoagülasyon profilaksisine alınmalıdır. Tanı konmaz derhal antikoagülan tedaviye başlanmalıdır. Erken antikoagülan tedavi %80'in üzerinde rekanalizasyonla sonuçlanır. Splenektomi sonrası tedaviye başlanma süresi ise hayati önem taşır. Operasyon sonrası 10 gün içerisinde başlanan tedaviler başarılı olurken, gecikmiş tedaviler çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlanmıştır.

[PB - 18]

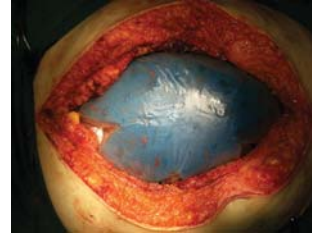
Yaygın Fekal Peritonitli Hastanın VAC İle Tedavisi

ELİF ÇOLAK, ALPER CEYLAN, GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK, KADİR YILDIRIM

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Yaygın fekal peritonit perioperatif bakımdaki tüm gelişmelere rağmen yüksek mortalite ile seyreden bir durumdur. Çoğu serilerde mortalite % 50'nin üzerindedir. APACHE II skoruna göre %90 mortalite oranı olan fakat salah ile taburcu ettiğimiz geç fekal peritonitli hastayı sunmaktayız. Kırk altı yaşında kadın hasta 3 gün önce uygulanmış total abdominal histerektomi sonrası genel durum bozukluğu nedeniyle hastanemize sevk edildi. Hastanemize getirildiğinde genel durum kötü, şuur uykuyla meylli idi. TA:80/50 mm Hg, Nabız: 140/dk, Ateş:39 °C, solunum:26/ dk idi.Solunum sesleri her iki akciğer bazallerde azalmıştı. Pfanenstiel insizyon skarı mevcuttu.Batın distandü, barsak sesleri alınamıyordu. Batında yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Kan lökosit sayımı 2140 µ/L, hemoglobin:11,9 gr/dl, hematokrit:37,2 %, platelet:191000, CRP:64,6 mg/dl idi. BUN:30,8 mg/ dl, AST: 45 U/L,diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Çekilen oral+intravenöz kontrastlı batın tomografisinde batında yaygın serbes mayi ve bilateral plevral

effüzyon gözlemlendi. Bu bulgularla hasta batın içi sepsis tanısıyla ameliyata alındı.Yapılan eksplorasyonda batın içi dört kadran-da yaygın fekal içerik ve sigmoid kolon antimezenterik yüzde 1.5 cm lik perfore alan gözlemlendi. Hastaya hartman kolostomi uygulandı. Batın içi 10 litre ılık serum fizyolojik ile yıkayıp irri-ge edildi. İmipenem 500 mg 4*1 ve metranidazol 500 mg 2*1 başlandı. Postoperatif (PO) 3. günde hastanın yara yerinden pürülan akıntısı oldu. Yara kültüründe pseudomonas aeruginosa üredi. PO 10. günde insizyon evissere oldu.Hasta tekrar ameliyata alınıp hastaya vakum asiste kapama ve drenaj (VAC) uygulandı. (Resim 1) 4-5 günde bir VAC değiştirildi. (Resim 2) Her defasında batın içi mayiden kültür alındı. Diğer kültüründe pseudomonas ve acinetobacter üremesi üzerine antibiyoterapi seftazidim+colistine çevrildi.Takiplerinde ateşi olmayan ve son kültüründe üremesi olmayan hastanın definitif kapamanın kolostomi kapatılması ile birlikte olması planlanarak batın cilt altı ve cildi suture edildi. (Resim 3) PO 41. günde salah ile taburcu edildi. Fekal peritonit morbidite ve mortalitesi yüksek bir durumdur. Ameliyatta batın içi septik kaynağın iyi kontrolü ve iyi postoperatif takip ile bu hastaların yaşam şansı artmaktadır.



Şekil 1. Abdominal Vac uygulama.



Şekil 2. 4. VAC değişimi sonrası görünüm.



Şekil 3. Batın cildinin başarılı şekilde suture edilmiş hali.

[PB - 19]

Açık Karın Hastalarında Geçici Kapama Yöntemleri İle Kapatmadan Önce ve Sonra İkinma ve Öksürme Sırasında İntraabdominal Basınç Ölçümü

AKGÜN EBRU ŞARER¹, FAHİRİ YETİŞİR²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Ankara

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Açık karın hastalarında öksürme, ıkinma gibi tipik günlük fizyolojik aktiviteler sırasında IAB(intraabdominal basıncın)'ın ne olduğuyla ilgili literatürde sınırlı bilgi bulunmaktadır. Abdominal kompartman sendromunun oluşumunun engellenmesi açık karın endikasyonu iken, fizyolojik aktiviteler sırasında yeterli intraabdominal basınç artışının sağlanabilmesi de klinik açıdan önemlidir. **Gereç ve Yöntem:** 6 açık karın yönetimi uygulanan hastada ölçümler yapıldı. IAB ölçümü için mesaneye yerleştirilen bir kateterden 20 ml SF enjeksiyonu sonrasında, hastalardan istirahat halinde, ıkinma ve istemli öksürme sırasında pik IAB ler bir monitöre bağlanan transduserden kaydedildi. Her seferinde her bir hasta için karını tamamen açırken 3 ve NBS ve abdominal kapama yöntemi(ABRA) birlikte uygu-

landığında ameliyathanede anestezi öncesi 3 olmak üzere toplam 6 ölçüm alındı. ve Aynı hastadan NBS ve ABRA değişiminin yapılacağı zamanlarda tekrarlayan ölçümler alındı. Hastaların ölçüm öncesinde VAS skorları <3 olacak şekilde analjezik uygulandı. Hastalardan derin bir nefes sonrasında öksürmeleri ve ıkınmaları istendi. Tüm ölçümler hastalar supin pozisyondayken alındı. Hastaların demografik verileri, açık karın etiyojileri, Björck skoru, APACHEE II skoru, MPI skoru kaydedildi. **Bulgular:** Hastalarda ortalama 2.83 (1-7) seans ölçüm yapıldı (Toplam 17 seans ve 102 IAB ölçümü yapıldı) Bu ölçümlerde istirahat halindeki basınçta çok bir değişme olmazken ıkınma ve öksürme basınçlarında karnı NPT ve ABRA ile kapatıldıktan sonra belirgin yüksek ölçülmüştür (Tablo 1). **Tartışma ve Sonuç:** Açık karın hastalarının fonksiyonel derlenme sürecinde NBS ve ABRA ile yönetimi hava yolu korunması ve ıkınma gibi kritik nörofizyolojik aktivitelerin sürdürülmesinde önemli rol oynar. Pik IAB ölçümü bu değerlendirme için değerli bir klinik parametredir.

Tablo 1. Açık karın hastalarında NPT ve ABRA uygulamadan önceki ve sonraki karın içi dinamik basınç ölçümleri

	Batın tamamen açıkken	Batına NPT ve ABRA uygulandıktan
İstirahat halinde	8.1±4.1	8.9±5.3
ıkınma halinde	14.3±6.2	20.8±7.6
Öksürme halinde	17.4±7.8	29.8±7.4

[PB - 20]

Geriatrik Hastalarda Akut Apendisit

BUKET ALTUN ÖZDEMİR, AYLİN ACAR, METİN YÜCEL, TOLGA CANBAK, FATİH BAŞAK, ESRA İLK, ETHEM ÜNAL, SEMA YÜKSEKDAĞ, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, 65 yaş ve üzeri akut apandisit nedeniyle opere edilen hastaların değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2011-Aralık 2014 tarihleri arasında 65 yaş ve üzeri akut apandisit nedeniyle opere edilen 33 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, şikayet süreleri, komorbid hastalıkları, operasyon tipi, yatış süreleri, komplikasyonlar ve mortalite gelişimi değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların 21'i kadın ve 12'si erkek idi. Ortalama yaşı 73,6 (aralık 65-89) idi. Hastaların 10'unda Diabetes mellitus, 19'unda hipertansiyon, 11 hastada kalp/ kapak hastalığı, 3 hastada KOAH ve 2 hastada serebrovasküler hastalık mevcuttu. İnsizyonlar, 7 hastada laparoskopik, 14 hastada mcburney, 11 hastada median insizyonda ve 1 hastada laparoskopik başlanıp mcburney insizyonla opere edildi. Ultrasonografik incelemede, 22 hastada akut apandisit saptandı. Bilgisayarlı tomografi, 19 hastaya çekildi. Ortalama hastanede yatış süresi 5,66 (1-33) gündü. Hastaların 8'i YBÜ'ne devredildi. Komplikasyonlar 5 hastada yara yeri enfeksiyonu ve 1 hastada batın içi apse gelişti. Mortalite 1 hastada görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** Geriatrik hastalarda, akut apandisit kesin tanısının konulma oranı relatif olarak daha düşüktür. Bu nedenle geriatrik hastalarda, median insizyonla yapılan eksploratif laparotomi sık kullanılır.

[PB - 21]

Apendisit İle Karışan Çekum Divertikülü: Olgu Sunumu

METİN YALÇIN¹, İSMAİL ÇETİNKAYA¹, BİLAL KABALAK¹, SEVÇİHAN KESEN², TUFAN ÇİFTÇİ³, ALİ UZUNKÖY⁴

¹Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, Şanlıurfa

³Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Şanlıurfa

⁴Harran Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

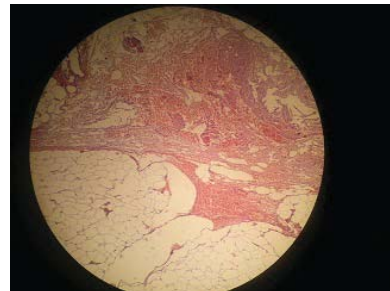
Amaç: Çekum divertikülü, toplumda sıklığı yaklaşık 1/1.000.000 olan, nadir görülen bir lezyon olmakla birlikte, klinik semptomları akut apandisit ile benzerlik gösterdiğinden dolayı tanı ve tedavi açısından zorluklar sergiler. Erişkinlerde 300 apendektomide bir çekal divertikül sıklığı rapor edilmektedir. Genellikle konjenital olup gerçek divertiküllerdir. Fizik muayene ile akut apandisitten hemen hemen hiçbir zaman ayırt edilemez ve radyolojik görüntüleme yöntemleri de çoğu kez yetersizdir. Bu nedenle tanı, genellikle ameliyat esnasında konulur. **Olgu:** 65 yaşında bayan hasta 2-3 günden beri olan karın ağrısı ile başvurdu. Bt de 10 mm çaplı apandisit izlenmesi üzerine operasyona alındı. Operasyonda apandisite aynı zamanda çekum perforasyonunun eşlik ettiği izlendi. Hastaya sağ hemikolektomi yapıldı. Post op 8. Gün şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Bu yazımızda, akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alınan ve ameliyat esnasında perfore çekum divertikülü saptanan olguyu sunuyoruz. Çekal divertikül nadir görülen asemptomatik benign bir lezyondur. Çekal divertikülitli olguların %70'i akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alınmaktadır. Sağ alt kadranda ağrılarında akılda tutulması gereken bir patolojidir. Erişkinlere malignensi şüphesi ile agresif cerrahi girişimler uygulanmaktadır.



Çekum divertikülü BT görüntüsü.



Çekum divertikülü BT görüntüsü 2.



Çekum divertikülü mikroskopik inceleme.

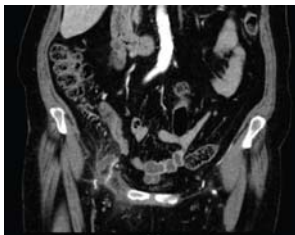
[PB - 22]

De Garengot Hernisi İle Birlikte Perfore Apendisit Olgusu

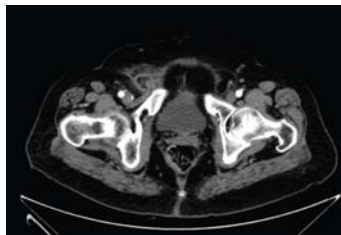
TÜRKER ACEHAN, FAZİL SAĞLAM, ALİ ALEMDAR,
BAKHİYAR CHAKHALOV, BERK GÖKÇEK, HAKAN TEZER

İstanbul Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: De Garengot hernisi 1731 yılında Fransız bir cerrah olan Rene De garengot tarafından femoral herni kesesi içinde apendiksin olması şeklinde tanımlanmış herni şeklidir. Literatürde 100 den az vaka bildirilmiştir. Bu sunumda preoperatif tanı almış bir olgudan söz edilecektir. **Olgu Sunumu:** 78 yaşında kadın hasta iki gündür olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acile getirildi. Koroner ve renal stent öyküsü dışında özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede inkarsere sağ femoral herni lehine değerlendirilen şişliğin yıllardır olduğunu belirten hastada akut batın bulguları mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde lökositoz ve CRP yüksekliği dışında anormal bulgu yoktu. Akut batın ayırıcı tanısı yapılmak amacıyla çekilen batın BT anjiyografide mezenterik arterler açık izlendi ancak sağ femoral kanal içinde apendiksin bulunduğu ve apandisit olduğu değerlendirilerek hasta acil operasyona alındı. Laparoskopik apendektomi yapılan hastanın apendiksi femoral herni kesesinden çıkarıldığında püy drene olması sebebiyle greft kullanılmasının uygun olmadığı düşünülerek herni onarımı ikinci bir operasyona ertelendi. 3 günlük yatarak tedavi sonrası taburcu edilen hastanın apendiks patolojisi apandisit olarak raporlanmıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Femoral herni kesesi içinde apendiksin olması nadir bir durum olup genellikle operasyon esnasında tanı alır. Preoperatif tanısı zordur. Kadınlarda muhtemelen femoral herninin daha sık olmasından dolayı daha sıktır. Kadınlardaki bu artmış prevalans gebelikteki değişimler ve sigara içimi, batın içi basınç artışı yada kollajen defektleri gibi diğer risk faktörlerine bağlı olabilir. Sağ tarafta görülmesi daha sıktır. Radyolojik bulgular genellikle nonspesifiktir. İnkarsere femoral herni tespit edildiğinde ivedilikle opere edilmesi gereklidir. Apse ya da perforasyon varlığı yok ise prolen yama ile onarımı en çok kabul gören yaklaşımdır.



Batın BT.



Batın BT 2.



Batın BT 3.

[PB - 23]

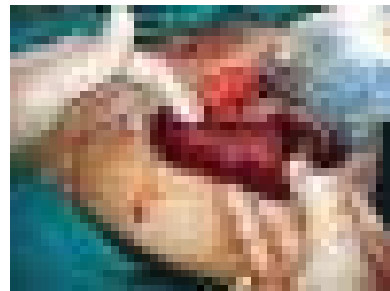
Nadir Bir Akut Apendisit Nedeni: Kontrolsüz Warfarin Kullanımına Bağlı Apendiks İntraluminal Hematomu

BORA BARUT, VOLKAN İNCE, HÜSAMETTİN BAYRAKTAR

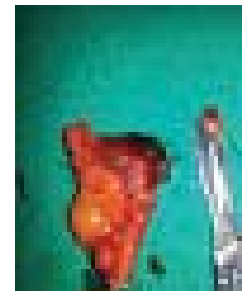
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya

Warfarin, K vitaminine bağımlı koagülasyon faktörlerinin inhibisyonuna neden olarak etki gösteren potent bir antikoagulan ajandır. En tehlikeli yan etkisi kanamadır. Kardiyak kapak replasmanı, geçirilmiş derin ven trombozu, pulmoner emboli profilaksisi ve karotis arter trombozu olan hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır Warfarin kullanımına bağlı tüm vücut boşluklarında kanamalar meydana gelip, zaman zaman mortal seyreden komplikasyonlara neden olabilir. İntraabdominal, retroperitoneal, intramural, intraluminal, rektus kası içine kanamaları olan hastalar akut karın bulgularıyla hastaneye başvurabilirler. Bu hastalar için tedavi seçenekleri operatif ve non-operatif olabilir. Biz bu çalışmamızda, kontrolsüz warfarin kullanımına bağlı gelişen ve apendiks lümeninde oluşan hematomun neden olduğu akut apandisitli bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 63 yaşında kadın hasta. Yaklaşık 2 gündür karın ağrısı şikayeti olmuş. Yaklaşık 2 yıl önce geçirilmiş derin ven trombozu nedeniyle 5mg/gün coumadin kullanıyor. Hastanın muayenesinde, karın sağ ve sol alt kadrantlarda hassasiyet ve rebound mevcuttu. Laboratuvar testlerinde; WBC:9,8, Hb:9,1 g/dl, APTT:112sn, PTZ:297sn, INR:25,8 idi. USG' de karın içerisinde yoğun içerikli sıvı saptandı. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İlk 24 saat içinde 5Ü taze donmuş plazma, 1Ü eritrosit süspansiyonu ve 1 ampül K vitamini verildi. Kontrol değerlerinde INR:11 sn ye gerilemişti. Hastaya yatışının 2. gününde 4Ü daha TDP verildi ve INR değeri 2 sn ye kadar geriledi. Karın ağrısı devam eden hastaya laparotomi yapıldı. Karında yaklaşık 500cc hemorajik vasıfta sıvı mevcuttu. Ayrıca ileoçekal valvin yaklaşık 60cm proksimalinde yaklaşık 10 cm lik ileum segmentinde intramural hematoma olduğu gözlemlendi (Şekil 1). İntestin mezosu normaldi ve intestin segmentinde peristaltizm olduğu görüldü, ilgili jejunum ansına cerrahi müdahale düşünülmedi. Gözlemlerde ayrıca, apendiks erektil ve hiperemik idi. Lümeninde hematoma olduğu görüldü ve apendektomi yapıldı (Şekil 2). Ameliyat sonrası hastanın günlük INR takibi yapıldı. Herhangi bir problemi olmayan, hasta ameliyatının 3. gününde şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Warfarin kullanımına bağlı gelişen intraabdominal kanamaların tedavisinde nonoperatif izlem yaygın ve başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak vakamızda olduğu gibi, takiplerde akut karın bulguları devam eden hastalarda laparotomi yapılması gerekebileceği unutulmamalıdır.



Şekil 1. Warfarin kullanımına bağlı ince bağırsak intramural hematomu.



Şekil 2. Apendektomi materyali.

[PB - 24]

Laparoskopik Apendektomiden Sonra Batın İçinin Durumu: Bir Olgu Sunumu

ERDİNÇ KAMER, FEVZİ CENGİZ, NİHAN ACAR, AHMET ER, ATILLA ÖRSEL, MUSTAFA PEŞKERSOY

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

Amaç: Apendektomi en sık yapılan acil karın ameliyatlarından birisidir. Son yıllarda laparoskopik apendektomi artan bir şekilde kullanılmaktadır. Yara enfeksiyonunun daha az görülmesi, ameliyat sonrası ağrı azlığı, hızlı iyileşme ve batın içinin eksplorasyon kolaylığı gibi avantajları bulunmaktadır. Biz bu çalışmamızda 1 ay önce laparoskopik apendektomi olmuş 22 yaşındaki erkek bir hastaya tekrar laparoskopik girişim uygulanması esnasında batın içinin ilk ameliyata bağlı durumunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 22 yaşında genç erkek hastaya yaklaşık 1 ay önce dış merkezde akut apendisit tanısıyla laparoskopik apendektomi uygulanmış. Göbek üzerinden 10 mm lik, göbeğin sol lateralinden ve pubisin hemen üzerinden orta hattın 2 adet 5 mm lik trokar girişleri ile yapılan laparoskopik apendektomi ile flegmanöz apendisit tanısıyla apendektomi uygulanmış. Patoloji sonucu 2.5 cm lik iyi diferansiye nöroendokrin tümör (mitoz 5-6/10BBA, Ki-67=%3, intermediate grade 2) gelmesi üzerine kliniğimize sevk edilen hastaya gerekli tarama ve tetkikleri yapıldıktan sonra laparoskopik sağ hemikolektomi planlandı. Önce göbek üzerindeki eski 10mm lik trokar yerinden hasson yöntemi ile batına girildi. Ekspolasyonda apendektomi lojunda batın ön duvarı arasında yapışıklıklar gözlemlendi (Resim 1). Ayrıca pubis üzerinden girilen 5 mm lik trokar yerinde de yapışıklıklar mevcuttu (Resim 2). Hastaya laparoskopik kolektomi uygulandı (Resim 3). Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postop 4. günde taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Apendisit olgularında laparoskopik apendektomi artan bir şekilde uygulanmaya başlamıştır. Yara enfeksiyonunun daha az görülmesi, ameliyat sonrası ağrı azlığı, hızlı iyileşme ve batın içinin eksplorasyon kolaylığı gibi avantajlarının yanında teknik zorluk, uzamış ameliyat süresi, artmış derin enfeksiyon riski ve maliyet artışları ise dezavantajları arasında sayılabilir. Bilindiği gibi en sık açık apendektomiden sonra brid oluşumu görülür iken laparoskopik ile bu brid oluşumunun azalacağı tahmin edilebilir. Ancak bu olgu sunumunda durumun hiç de o şekilde olmadığı gösterilmiştir. Bir olgu ile genelleme yapılamayacağı için deneysel modeller ile ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

[PB - 25]

Mide Kanseri Metastazına Bağlı Gelişen Akut Apendisit: Olgu Sunumu

BÜLENT KAYA

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Apendikse diğer organlardan kaynaklanan metastaz nadirdir. Mide tümörleri anatomik yapılarından dolayı douglas boşluğuna ve apandikse yayılabilir. Bu çalışmada preoperatif ve intraoperatif tanı konamayan apandikse metastaz yapıp apendisit tablosuna sebep olan mide kanseri hastası sunulmuştur. **Olgu Sunumu:** 32 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde batın sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Defans ve rebound yoktu.

Lökositöz dışında rutin kan tetkiklerinde özellik saptanmadı. Batın ultrasonografi ve batın BT tetkiklerinde apandiks çapı artmış ve bu lojda serbest sıvı mevcuttu. Radyolojik tetkikler akut apandisit olarak rapor edildi. Hasta Mc-burney insizyonu ile eksplore edildi. Retroçekal uzanım gösteren kısmen çevre dokulara yapışık, gangrene akut apandisit tespit edildi. Apendektomi yapıldı. Operasyon sonrası sorun yaşanmadı. Apendiks patolojisi adenokarsinom metastazı olarak raporlandı. Postoperatif dönemde primer odak araştırılan hastanın gastroskopiğinde mide antrum bölgesinde kitle oluşturmeyen diffüz duvar kalınlaşması tespit edildi. Bu bölgeden alınan biopsiler mide adenokarsinomu olarak raporlandı. **Tartışma ve Sonuç:** Apendikse metastaz nadir görülen klinik durumlardan biridir. Literatürde prostat, akciğer, over tümörlerine bağlı apandiks metastazı bildirilmiştir. Mide kanserine bağlı apandiks metastazı ve bunun sonucu gelişen akut apandisit tablosu çok nadir görülen bir durumdur. Olguların önemli bölümünde preoperatif hatta intraoperatif tanı koymada güçlükler yaşanabilir. Rutin görüntüleme yöntemleri, tanısal laparoskopik teşhiste kullanılabilir. Bizim olgumuzda hastanın tanısı ancak postoperatif dönemde patolojik tetkik sonrası konabilmiştir. Atipik olgularda tanı gecikmeleri kanser evresini ve mortaliteyi arttırmaktadır.

[PB - 26]

Akut Apendisiti Taklit Eden Meckel Divertiküli: 2 Olgu Sunumu

SERDAR ŞAHİN

Bilecik Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bilecik

Meckel Divertikülü %2'lik bir oran ile gastrointestinal sistemin en sık görülen konjenital anomalisidir. Tüm barsak kadrantlarını içeren Meckel divertikülü barsağın komplet divertiküllerindedir. Çocukluk çağında daha çok kanama ve obstrüksiyon bulgularıyla ortaya çıkarken, erişkinlerde nadiren görüntüleme yöntemlerinde veya laparotomi esnasında saptanmaktadır. Bu çalışmada akut apandisit ön tanısıyla operasyona alınan, ancak meckel divertikülü saptanan iki olgu sunulmuştur. Akut apandisit düşünülen ve eksplorasyonda normal apandiks saptanan hastalarda meckel divertikülü aklı gelmeli ve ince barsak eksplorasyonu mutlaka yapılmalıdır.



[PB - 27]

Yeni Başlayanlar İçin; Tek Port Laproskopik Appendektomi

TAYLAN ÖZGÜR SEZER, İLHAMİ SOLAK, ÖZGÜR FIRAT, SİNAN ERSİN, CÜNEYT HOŞÇOŞKUN, ADEM GÜLER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Tek porttan yapılan cerrahi ameliyatlara hasta için mükemmel kozmetik sağlarken cerrah için ise teknik olarak daha zor, daha uzun ameliyat süresi ve daha fazla tecrübe gerektirmektedir. Bu yeni tekniği öğrenme aşamasında hangi ameliyatın yapılması gerektiği tartışma konusudur. **Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2012 ile Mayıs 2013 arasında toplam 95 hastaya tek porttan laparoskopik ameliyat uygulandı. 50 hastaya kolesistektomi, 18 hastaya transabdominal preperitoneal onarım, 17 hastaya appendektomi, 4 hastaya umbilikal herni onarımı, 5 hastaya splenektomi ve 1 hastaya ise adenalektomi uygulandı. SILS Laparoskopik appendektomi uygulanan hastaların 10'u kadın ve 7'si erkekti. Yaş ortalaması 25,6 (18-52) idi. Konvansiyonel laparoskopiyeye veya açığa geçiş olmadı. Hastanede kalış süresi ortalama 20 saat idi. Komplikasyon gelişmedi. Apendiks güdüğü 10 hastada stapler ile 7 hastada ise ipekle bağlandı. Histopatolojik olarak 1 hastada apendiks vermiformis, 1 hastada perforo apandisit 15 hastada flegmanöz apandisit tanısı aldı. Hastalar kozmetik memnuniyeti mükemmel olarak nitelendirdiler. **Tartışma ve Sonuç:** Tek port laparoskopik cerrahi teknik olarak zor ve öğrenme eğrisi uzundur. Ancak yeni başlayanlarda tekniğe adapte olmaları için laproskopik kolesistektomi yerine laparoskopik appendektomi ile başlamaları ve apendiks güdüğünü stapler ile kapatmaları daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

[PB - 28]

Akut Apandisit İle Karışan Brusellaepididimorşiti; Olgu Sunumu

ADEM BAYRAKTAR¹, YUSUF DOĞAN², MEHMET REŞAT CEYLAN³, İBRAHİM KOÇ⁴, AYPER AYTEKİN⁵

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Viranşehir Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Bölümü, Şanlıurfa

³Viranşehir Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Şanlıurfa

⁴Viranşehir Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Şanlıurfa

⁵Viranşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Şanlıurfa

Amaç: Bruselloz, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünleri ile bulaşan bir zoonozdur. En sık gastrointestinal sistemi tutmakla birlikte daha az sıklıkta genito-üriner sistemi de tutmaktadır. Brusellozun en sık görülen genitoüriner komplikasyonu ise brusella epididimoorşitidir. Bu yazıda sadece sağ alt kadranda ağrısı ile gelen hastanın yapılan ilk fizik muayenesinde akut apandisit ön tanısı düşünülürken, tetkik ve bulgular sonucunda bruselloza bağlı olarak gelişen unilaterale epididimoorşit olgusu sunulmuştur. **Olgu Sunumu:** 34 yaşında erkek hasta, iki gündür devam eden karın ağrısı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Batın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve McBurney (+) idi. Sağ testisin kızarıklık, ödemli ve palpasyonla ağrılı olduğu görüldü. Hemogramında beyaz küre sayısı 9320/mm³, CRP 12,3 mg/dl idi. Acil batın ultrasonografisinde özellik saptanmayan hastanın çekilen bilgisayarlı batın tomografisinde özellik saptandı. Yapılan skrotal USG'de sağ testis boyutunda artma (10x8 cm) ve parankiminde 26,7x17,2

mm boyutunda fokal orşit alanı ile uyumlu düzensiz sınırlı hipoekojen lezyon izlendi. Epididimoorşit tanısı alan ve akut apandisit muayene bulguları olan hasta müşahade amaçlı genel cerrahi servisine yatırıldı. Takiplerinde 39.50C'ye varan ateş ve titreme şikayetleri oldu ve epididimoorşite bağlandı. Daha sonra ilerleyen saatlerde belinde ve bacaklarında şiddetli ağrı şikayetleri başladı. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde yaklaşık bir aydır olan eklem ağrısı, aralıklı olan ateşleri ve özellikle geceleri olan terleme şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Öyküsünde hayvancılıkla uğraştığı ve taze peynir tükettiği öğrenilen hastada brusella orşitinden şüphelenildi. Yapılan Rose Bengal (RB) testi pozitif ve brusella tüp aglutinasyon (STA) testi 1/640 olarak tespit edildi. Hastaya Streptomisin 1 g/gün, Rifampisin 600 mg/gün ve doksisisiklin 200 mg/gün başlandı. Akut batın bulguları kaybolan ve tedavinin 3. gününde ateşi gerileyen hastanın, testisindeki ödemin ikinci haftada gerilediği görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** Tablonun çeşitliliği nedeniyle ülkemizde özellikle brusellozun endemik olduğu bölgelerde her hastanın değerlendirilmesi sırasında bruselloz yönünden epidemiyolojik öykünün sorgulanması, akut batının ve epididimoorşitin eşlik ettiği her durumda gerekli incelemelerin yapılması, erken ve doğru tanı açısından yararlı olacaktır.

[PB - 29]

Akut Batın Bulgularıyla Gelen Amyands Herni; Bir Olgu Sunumu

MAHMUT YILMAZ, ŞAHİN KAYMAK, EMİN LAPSEKİLİ, OĞUZ HANÇERLİOĞULLARI, NAZİF ZEYBEK, SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN

GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Apendiks vermiformisin inguinal herni kesesinin içerisinde bulunması Amyands herni olarak adlandırılır. Inguinal hernilerin %1 kadarında herni kesesinin içinde apendikste inflamasyon olmadan bulunabilmektedir. Bununla birlikte inflamasyon olmadan apendiks herni kesesinde bulunabilmesi %0,08 sıklıktadır. Burada; herni kesesinde inflamasyon appendiks olduğunu tespit ettiğimiz ve appendektomi+ağ örme metoduyla herniorafi (fence darning herniorafi) yaptığımız bir vakamızı sunacağız. Olgu sunumunda amacımız çok nadir görülen bu durumu meslektaşlarımızın dikkatine sunmak ve bu tür inflamasyonun eşlik ettiği herniorafilerin mesh kullanılmadan ağ örme metoduyla yapılabileceğini hatırlatmaktır. **Olgu Sunumu:** Daha önce sağ kasiğında ağrısız şişlik nedeniyle inguinal herni tanısıyla elektif operasyon planlanan yetmiş yedi yaşında erkek hasta bir hafta önce sağ inguinal bölgesindeki şişliğin artması ve ağrının da eşlik etmesi nedeniyle acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ kasiğında şişlik, hassasiyet mevcuttu. Subfebril ateşi dışında diğer vital bulguları stabildi. Hastamızın yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökositoz (wbc:16900) haricinde patolojik bir değere rastlanmadı. Hasta strangüle herni ön tanısıyla acil ameliyata alındı. Genel anestezi altında yapılan ameliyatta inguinal herni kesesi içinde üzerinde mikroperforasyonları olan inflamasyonlu apendiks bulundu. Aynı kesiden apendektomi gerçekleştirilip ağ örme metoduyla inguinal herniorafi yapıldı ve hasta postop dördüncü günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Amyands herni, erkeklerde kadınlara göre sık görülmektedir. Büyük çoğunluğu sağ inguinal bölgede, az bir kısmı ise sol inguinal bölgede yerleşim göstermektedir. Amyand herninin preoperatif tanısı güçtür inkarsere fitik olgusunu düşündürür muayene özellikleri verir. Bizim olgumuzdaki gibi kese içerisinde inflamasyonlu apendiks in bulunduğu durumlarda ağ örme ile onarım

metodu prostetik meshlerle onarıma ciddi bir alternatiftir. Olgumuzun takibinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma-
mıştır. Sonuç olarak; Amyand herni nadir görülen bir inguinal
hernidir çeşididir. Preoperatif tanınması zordur ve tedavisi acil
cerrahi müdahale gerektirir. Özellikle ileri yaş hastalarda acil ya
da elektif şartlarda opere edilen inkarsere inguinal herni vaka-
larında karşılaşılabilmektedir. İnflame ve perfore olgularda ağ
örme metodu akılda tutulması gereken bir tamir metodudur.



Şekil 1. Herni Kesesi Yerleşimli Ap-
pendiks Vermiformis.



Şekil 2. Appendektomiye Müteaki-
ben Ağ Örne Metoduyla Herniora-
fi Yapılması.

[PB - 30]

Chiliaditi Sendromlu Hastada Uzun Apandikse Bağlı İnternal Herniasyon

MEHMET FATİH EKİCİ¹, ZÜLFÜ BAYHAN², SEZGİN ZEREN²,
YALÇIN SÖNMEZ¹, AHMET BÜBER³, ŞÜKRÜ AYDIN DÜZGÜN³

¹Sağlık Bakanlığı D.P.Ü. Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı,
Kütahya

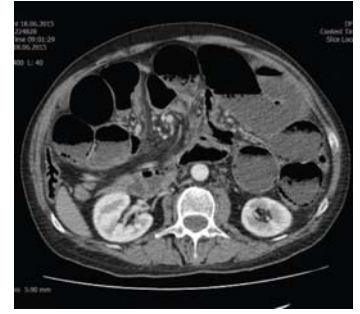
³Sağlık Bakanlığı D.P.Ü. Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi
Radyoloji Kliniği, Kütahya

Amaç: İnternal herniasyon abdominal kavitedeki mezenterik
defektten ince barsakların herniasyonu olarak tanımlanır. Lite-
ratürde çok çeşitli internal herniasyon vakaları yayınlanmasına
rağmen, benzerine rastlamadığımız Chiliaditi sendromlu vaka-
da uzun apandiksin batın sağ alt kadrandan karın ön duvarına
yapışması sonucu internal herniasyon gelişen bir vakayı sun-
mayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 65 yaşında erkek hasta karın-
da ileri derecede şişlik nedeni ile acil servise başvurdu. Karın
muayenesinde sağ tarafta daha belirgin olmak üzere yaygın
hassasiyet, rebound ve defans mevcuttu. Ayakta karın grafisin-
de ince barsak tipi havasız seviyelenmeleri mevcuttu ve sağ
subdiafragmatik alanda kolon gazı mevcuttu. Tomografik de-
ğerlendirmede karaciğer ile diafragma arasında kolon interpo-
zasyonu tespit edildi. Ve incebarsak anslarında aşırı dilatasyon
(ileus) tespit edildi(Resim 1-2). Laparotomi sonrasında eksplora-
syonda çekum ve hepatik fleksuranın karaciğer üzerine yer-
leştiği, apandiks vermiformisin yaklaşık 12 cm uzunluğunda
olduğu ve karın ön duvarına yapıştığı görüldü. Makroskopik
gözlemde akut apandisit hali yoktu. Gelişen yapışıklık ile olu-
şan alandan 60 cm lik bir terminal ileum ansının girdiği inter-
nal herniasyon geliştiği ancak iskemi bulgusunun oluşmadığı
gözlemlendi. İncebarsaklar distandı halde idi. Apandiks yapıştığı
noktadan ayrıldı. Apandektomi yapıldı. İnternal herniasyon
giderildi, iskemi nekroz bulgusuna rastlanmadı. **Tartışma ve
Sonuç:** Chiliaditi sendromu transvers kolon, hepatik fleksura,
veya ince barsaklar suprafrenik bölgeye yer değiştirmektedir.
Bu sendrom genellikle asemptomatiktir, rastlantısal olarak
göğüs veya karın filmlerinde veya nadiren farklı klinik bulgu-
larla saptanır. Asemptomatik olabileceği gibi karın ağrısı, ileus
tablosu ilede başvurabilir. Chiliaditi sendromunda bu mekanik

tıkanıklığın altından internal herniasyon çıkabileceği akılda
tutulmalıdır. Apandiks çeşitli uzunluklarda ve farklı pozisyon-
larda yerleşimi nedeni ile cerrahlar için zaman zaman şaşırtıcı
olabilmektedir. Retroçekal, paraçekal, anterior, pelvik yerleş-
imi olabilir. Erişkinlerde ortalama 9,5 cm uzunluğunda(2-20
cm) bulunur. Olgumuzda da 12 cm boyunda batın duvarına
yapışık apandiks mevcuttu. Akut apandisit tablosu yoktu.
İnternal herniasyon zamanında tanı konulup tedavi edilmezse
intestinal obstrüksiyona ve iskemi ve nekroz tablolarına neden
olabilir. Dolayısıyla acile mekanik intestinal obstrüksiyon ile
başvuran hastalar diğer faktörlerden bağımsız olarak hızlıca
değerlendirilmelidir.



Şekil 1. Karaciğer ile diafragma
arasında kolon interpozisyonu.



Şekil 2. İncebarsak düzeyinde ileus.

[PB - 31]

Akut Apandisit Şüphesi Olan Hastalarda Tanıda Görüntülemenin Rolü

MURAT DEREBEY¹, KAĞAN KARABULUT¹, SAİM SAVAŞ YÜRÜKER¹,
GÖKHAN SELÇUK ÖZBALCI¹, CAN AKGÜN¹, FATİH ÇALIŞKAN³,
MEHMET SELİM NURAL², İLHAN KARABIÇAK¹, NECATİ ÖZEN¹,
KENAN ERZURUMLU¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim
Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı,
Samsun

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı,
Samsun

Amaç: Akut apandisit şüphesi olan olgularda tanı konulur-
ken radyolojik görüntülemenin katkısını paylaşmak. **Gereç
ve Yöntem:** Haziran 2013 – Haziran 2015 tarihleri arasında
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi bölü-
münde akut apandisit öntanısıyla apandektomi yapılan 206
olgu retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Çalışma süresi
içinde ortalama yaşı 33 (18-71) olan 206 hasta, akut apandisit
öntanısıyla ameliyat edildi. Hastaların 114'ü (%55.33)
erkek, 92'si (%44.67) kadındı. Klinik, fizik muayene ve labora-
tuvar olarak 146 (%70.9) hasta akut apandisit ile uyumluken,
60 (%29.1) hastada akut apandisit şüphesi mevcuttu. Akut
apandisit şüphesi olan 60 (%29.1) hasta ultrasonografiyle
değerlendirildiğinde 32 (%15.5) hastanın görüntüleme bul-
guları akut apandisit ile uyumluken, 28 (%13.6) hastada net
değerlendirme yapılamadı. Akut apandisit şüphesi olan ult-
rasonografiyle net değerlendirme yapılamayan 28 hastadan
26'sına (%12.63) batın tomografisi çekildi. 2 (0.97) hastaya ise
gebe olduğu için MR uygulandı. Batın tomografi sonucunda
23 (%11.17) hasta akut apandisit ile uyumlu görünümdey-
ken, 3 (%1.46) hasta normal görünümde saptandı. MR çeki-
len 2 (%0.97) gebe hastanın görüntülemesi akut apandisit ile
uyumluuydu. Akut apandisit şüphesi olan ve ameliyat edilen

60 (%29.1) hastanın 2'sinde (%0.97) over kist rüptürü, 1'inde (%0.48) over torsiyonu saptanırken 2 (%0.97) hastada akut apandisit saptanmadı. Ameliyat esnasında over kist rüptürü saptanan 2 (%0.97) hasta klinik, fizik muayene ve laboratuvar olarak akut apandisit şüphesi mevcut olup ultrasonografiyle net değerlendirme yapılamayan, batin tomografisi çekilen tomografide normal görünümüne sahip gruptayken; ameliyat sırasında akut apandisit saptanmayan 2 (%0.97) hasta ve over torsiyonu saptanan 1 (%0.48) hasta klinik, fizik muayene ve laboratuvar olarak akut apandisit şüpheli ve yapılan ultrasonografi akut apandisit ile uyumlu grupta yer almıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Akut apandisit en sık rastlanan cerrahi acildir. Akut apandisit şüpheli hastalarda ayırıcı tanı iyi yapılmalıdır. Akut apandisit şüpheli hastalarda tubasalpingoovariyen patolojilerin olabileceği unutulmamalıdır. Akut apandisit şüphesi varlığında tanı konulurken klinik, fizik muayene ve laboratuvar ile birlikte görüntüleme ultrasonografiden, tanıda şüphe hala devam ediyorsa tomografiden yararlanılmalıdır. Gebe hastalarda MR seçeneği akılda tutulmalıdır.

[PB - 32]

Apandektomi Olgularımızın Yapılan Cerrahi Tekniğe Göre Hastanede Yatış Sürelerinin Değerlendirilmesi

BEKİR SARICIK, İHSAN YILDIZ, SELAHİTTİN KORAY OKUR, YAVUZ SAVAŞ KOCA

Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Kliniğimizde son 2 yılda yaptığımız açık ve laparoskopik apandektomi olgularını, hastaların hastanede yatış süreleri açısından değerlendirmeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Eylül 2013 ile eylül 2015 tarihleri arasında genel cerrahi kliniğimizde yapılan 186 apandektomi vakası, uygulanan açık ve laparoskopik cerrahiye göre, hastanede yatış süreleri retrospektif olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Retrospektif yapılan çalışmaya dahil edilen 186 hastanın 47 (%25)'si laparoskopik olarak, 139(%75)'u açık olarak opere edilmişti. Laparoskopik uygulanan hastaların yaş dağılımı 16-70 (ort: 30,94) yaş aralığındaydı. Hastanede kalış süre aralığı 1-17 gün olup ortalama hastanede kalış süresi 2,53 gün olarak tespit edildi. Açık cerrahi uygulanan hastaların yaş dağılımı 17-85 (ort:36,58) yaş aralığındaydı. Hastanede kalış süre aralığı 1-23 gün aralığında olup ortalama kalış süresi 2,91 gün olarak tespit edildi. **Tartışma ve Sonuç:** laparoskopik Cerrahi açık cerrahiye nazaran daha az travmatik olması nedeniyle birçok açıdan daha avantajlıdır. Hastaların hastanede yatış sürelerini de azaltmaktadır. Çalışmamızda açık cerrahi yapılanlarda hastanede kalış süresi 2,91 gün, laparoskopik cerrahi uygulananlarda 2,53 gün olarak bulunmuştur. Bazı hasta gruplarında laparoskopik cerrahi ya ek hastalığı ya da teknik açıdan kontraendike olması nedeniyle uygulanamamaktadır. Kontraendikasyona sebep olan komorbit hastalıklar ileri yaşlarda daha sık görülmesi nedeniyle laparoskopik yapılan hastaların yaş ortlaması daha genç olmaktadır. Çalışmamızda da laparoskopik opere edilenlerin yaş ortlaması 30,94 yaş olup açık cerrahi uygulananlarda ise 36,58 yaş bulunmuştur. Daha yaşlı grubun yara iyileşme potansiyelindeki yavaşlamada dikkate alındığında yaş ilerledikçe hastaların hastanede kalma süreleri daha uzun olmaktadır.

[PB - 33]

Nadir Bir Olgu Sunumu: Apendektomi Sonrası Gelişen Güçük Apendisitine Bağlı Çekum Perforasyonu

BERKE MANOĞLU¹, EYÜP MURAT YILMAZ², ETHEM BİLGİÇ³

¹Aydın Devlet Hastanesi, Aydın

²Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın

³Karşıyaka Devlet Hastanesi, Sakarya

Güçük apandisit, apandektomi sonrası görülen nadir bir komplikasyondur. Güçük apandisit inkomplet yapılan bir apandektomi sonrası kalan apandiks dokusunun enflamasyonunu sonucu gelişir. Akut karın tablosu ile acil servise başvuran ve geçmişinde apandektomi öyküsü olan hastalarda mevcut ağrının özellikle sağ alt kadranda olması küçük apandisit açısından hastanın değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın daha önceden apandektomi hikayesinin olması, tanının gecikmesine ve morbiditenin artmasına neden olur. Bu yazıda gelişmiş küçük apandisitine bağlı çekum perforasyonu gelişmiş bir olgu sunuldu.



Çekum perforasyon alanları, Gangrene apandisit güdümü.

[PB - 34]

Sağ Alt Kadran Ağrısı ve Apendiks Agenezisi

İHSAN YILDIZ, YAVUZ SAVAŞ KOCA, KORAY OKUR, BEKİR SARICIK

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Apendiksin konjenital yokluğu birçok deneyimli cerrah tarafından bile nadir görülen bir durumdur. Bu klinik duruma akut apandisit tanısıyla ameliyata alınan hastalarda 1/100 000 olarak rastlanmaktadır. **Olgu Sunumu:** Daha önce herhangi bir operasyon geçirmemiş 20 yaşındaki erkek hasta akut apandisit semptomlarıyla acil servise kabul edilip ameliyata alındı. Ancak yapılan eksplorasyonda apendiks bulunamadı. **Tartışma ve Sonuç:** Akut apandisit semptomlarıyla gelen olgudan öncelikle dikkatli bir anamnez alınmalı geçirilmiş operasyonlar bakımından iyice sorgulanmalı ve muayene edilmelidir. Apendiks agenezisi tanısına karar vermeden önce ileo-çekal bölge ve çıkan kolon mobilize edilerek kapsamlı ve titiz bir araştırma yapılmalıdır. Ayrıca bütün bu işlemler yapılırken ileoçekal

bölgenin hassasiyeti de göz önüne alınmalıdır. Az rastlanan bu klinik durum akut apandisit semptomları olan olgularda akılda bulundurulmalıdır.



[PB - 35]

Laparoskopik Apendektomide Stump Kapatma Teknikleri

İHSAN YILDIZ, BEKİR SARICIK, KORAY OKUR, YAVUZ SAVAŞ KOCA

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Çalışmanın amacı 2006-2011 tarihleri arasında akut apandisit tanısıyla laparoskopik apendektomi yapılan olgularda appendiks güdüğü kapatma tekniklerinin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada 2006-2011 tarihlerinde Gölhisar, Isparta Devlet hastanesi ve Elazığ Özel Medical Park hastanesinde akut apandisit tanısıyla 96 laparoskopik apendektomi yapılan hastanın verileri retrospektif olarak toplandı. Laparoskopik apendektomi yaptığımız olgularda apandiks güdüğünü kapatmak için grup1 stapler, grup2 endo-loop, grup3 hem-o-lok clip ve grup4 te el yapımı düğüm teknikleri kullanıldı. Tüm gruplar ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı, komplikasyon oranları ve maliyet açısından karşılaştırıldı. **Bulgular:** Gruplar arasında hasta özellikleri açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı. Laparoskopik apendektomi planlanan 8 hastada çeşitli nedenlerle açık operasyona dönüldü. Laparoskopik apendektomi yapılan her grupta ortalama hastanede kalış süresi 2 gün idi. Gruplar arasında maliyet dışında ameliyat süreleri, komplikasyonlar, postoperatif analjezik ihtiyacı olarak anlamlı bir fark yoktu. **Tartışma ve Sonuç:** Appendiks güdüğü kapatmada rutin bir teknikte ısrar edilmemeli, radikals apandiks durumuna ve şartlara göre en uygun yöntem seçilmelidir. Biz uygun olgularda el yapımı endo-loop ile kapatmanın güvenli, uygulanabilir ve maliyeti düşük bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.



Endo-loop.

[PB - 36]

Sezeryan İle Doğumda Appendektomi: Retrospektif Klinik Çalışma

TURGUT DÖNMEZ¹, SERVER SEZGİN ULUDAĞ², SINA FERAHMAN², SEZİN ULUDAĞ³

¹Lütfiye Nuri Burat Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Gebelikte tanı koyulması zor olan yada gözden kaçabilen akut apandisit, zamanında tedavi edilmediği takdirde anne mortalitesi oranının yaklaşık %5 civarında olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda, gebelikte akut apandisit, en sık görülen gebelikle ilgili olmayan acil bir durumdur. Tüm gebeliklerin 1000-1500' de birinde görülür. Gecikmiş olgularda, doğum öncesi olduğu gibi doğum sonrası da gelişen peritonit nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir. Gebe bir hastada akut batını değerlendiren bir hekim akut batın tanısını koyabilmek için gebeliğe özgü bazı diğer parametreleri de gerek tanı gerekse tedavide göz önünde bulundurması gerekir. Tanıda gebelik haftası, fetal iyilik hali ile birlikte preterm eylem, erken membran rüptürü, koryoamnionit varlığı gibi eşlik eden obstetrik komplikasyonların varlığı etkili olmaktadır. Gebeliğin erken dönemlerinde apandisit semptomları ve bulguları, gebelik dönemi dışındaki apandisit semptom ve bulgularıyla benzerdir. Gebeliğin ilerleyen döneminde büyüyen uterusu bağlı apandiks lokalizasyonunda yer değişikliği olduğunu göstermişlerdir. Yer değişikliğine bağlı olarak gebe apandisit hastalarında karın ağrısını sağ yan ağrısı şeklinde veya sağ üst karın bölümlerinde tarif edebilmektedirler. Akut apandisit gebeliğin 2.trimestresinde en fazla olmak üzere her dönemde görülebilir. Genellikle doğum eylemi esnasında akut apandisit semptomları maskelenir, bu sebeple doğum hekimlerinin daha dikkatli olması gerekmektedir. Bu durum, dikkatle incelenmediği takdirde sezeryan (C/S) operasyonu sırasında veya öncesinde, akut apandisit olgularının gözden kaçmasına sebep olmaktadır. Bu çalışmada 2004 Ocak -2014 Aralık tarihleri arasında 1170 C/S yapılan, akut apandisit nedeniyle eş zamanlı apendektomi uygulanan 12 olguyu sunuldu. Olgular demografik verileri, fetal-maternal verileri, komplikasyon ve ameliyat süreleri açısından retrospektif olarak değerlendirildi. C/S operasyonlarında Phannenstiel ensizyonundan yapılan sınırlı eksplorasyon, batın içi patolojilerinin zamanında ortaya konmasını da kısıtlamaktadır. Ancak apandisitten kuşku duyularak C/S sırasında apandiks ekplere etmek ve gerekli hallerde ek olarak apendektomi uygulamak yaşam kurtarıcı olmaktadır. Her C/S esnasında apandiks lojunun kontrol edilmesinin genel bir kural haline getirilmesinin anne mortalite ve morbiditesini azaltacaktır. Kaldı ki yapılacak bu işlemin anneye ek bir yük getirmeyeceği açıkça ortadadır.

12 olgunun demografik, foto-maternal verileri

YAŞ	BOY	KİLO	RELİF	HAFTASI	HAFTASI	PARİTE	GERİLMESİ	NST	KONTRAST	ENDOKRİNOLOJİ	BEREKAL	LAKOSET	NOTROPE	KOMPLİKASYON	TOTAL	CERRAHI	ANESTEZİ	AFORU
(y)	(cm)	(kg)	(g)	(hafta)	(hafta)	(parite)	(g)	(ml)	(ml)	(cm)	(cm)	(g)	(%)	(ATOKELANAMA)	(g)	(g)	(%)	(%)
22	168	55,2	40x7	0	0	0	0	0	4	CPD	6	5000	64	ATOKELANAMA	85	35	62	GENEL
29	162	85	39x0	1	1	1	140	120	0	Bak:0,5	11000	66	82	81	54	62	GENEL	
28	167	78	40x3	1	1	1	120	120	3	Bak:0,5	11000	79	82	81	54	62	GENEL	
28	154	72,2	39x5	0	0	0	150	120	0	Bak:0,5	11000	79	82	81	54	62	GENEL	
34	179	90	39x4	0	0	0	160	120	2	Bak:0,5	11500	84	81	87	67	62	GENEL	
30	162	82,2	39x2	0	0	0	120	120	0	Maternal:0,5	9000	77	80	80	55	62	GENEL	
29	168	81,2	39x1	1	1	1	170	120	0	Bak:0,5	11000	85	82	82	58	62	GENEL	
21	168	82	39x2	2	1	1	130	120	0	Bak:0,5	11100	81	82	82	58	62	GENEL	
27	171	98	38x6	1	1	1	140	120	2	ENR	14600	88	80	78	55	62	GENEL	
20	154	72	38x3	0	0	0	140	120	2	Bak:0,5	10100	80	86	86	67	62	GENEL	
31	162	80,2	37x5	1	1	1	150	120	2	Maternal:0,5	10100	80	86	86	67	62	GENEL	
32	164	84	40x5	2	2	2	140	120	2	Maternal:0,5	10100	80	86	86	67	62	GENEL	

[PB - 37]

Akut Apendisitde Laparoskopik Apendektomi Tecrübemiz

SERKAN SARI, MERT MAHSUNI SEVİNC, ÜLFET ABDULLAYEV, ÖNDER AKKUŞ

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmamızda servisimizde laparoskopik apendektomi yapılan hastalarımızdaki sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.**Gereç ve Yöntem:** Ocak2014 - Ağustos2015 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik apendektomi yapılan 120 olgunun verileri değerlendirildi. Hastalarda yaş aralığı, cinsiyet, preoperatif dönemde yapılan kan tetkikleri, operasyon süresi, operasyon sırasında açığa dönme, apendektominin gerçekleştirdiği port sayısı, patoloji sonuçları, gelişen komplikasyonlar tekrar acile başvurma nedenleri gibi veriler incelendi. **Bulgular:** İşlemin gerçekleştirilebildiği 120 hastanın 63ü(52.5%) erkek, 57'si (47.5%) kadındı. Yaş aralığı 20-60 yaş, operasyon süresi 50-100 dk idi. Tüm hastalarda tam kan ve tüm batın usg yapıldı. Hastaların ortalama BK sayısı 10.7 (7.1-18.3). Hastaların hepsinde karın boşluğu ek patolojileri değerlendirmek için laparoskopik olarak explore edildi. Hastaların tümü genel anestezi altında opere edildi ve preoperatif olarak aynı antibiyotik profilaksisi uygulandı. 104 hastanın patoloji sonucu akut, 6 hastanın subakut, 1 hastanın fibroz oklüzyon, 5 hastanın lenfoid hiperplazi, 4 hastanın flegmonoz apandisit olarak geldi. 116 hastada apendektomi. İlk 10'luk trokar ile umblikusun altından periton direkt görülerek girildi. Diğer 10 luk trokar ise sol iliak fossa ve 5 lik trokar orta suprapubik bölgeden girildi, 4 hastada apendektomi tek porttan yapıldı. 3 hasta (2.5%) yara yeri enfeksiyonu, 4 hasta (3.3%) karın ağrısı nedeni ile acile başvurmuş. 1 hastada (0.8%) postop brid ileus gelişmesine bağlı olarak ileostomi açılmış. Laparoskopik apendektomi planlanan 4 olguda (%3.3) açığa geçildi. Hastanede kalış süresi 2,7 gün olarak belirlendi. **Tartışma ve Sonuç:** Güvenli ve etkin bir biçimde uygulanabilen laparoskopik apendektomide erken dönemde laparoskopik cerrahi ile ilgili olumsuz bir etki saptanmamıştır. Ayrıca laparoskopik apendektomi sırasında tüm batın explore edilebilmekte ve olabilecek ek patolojiler daha iyi, daha kolay tespit ve tedavi edilmekte olduğunu düşünüyoruz.

[PB - 38]

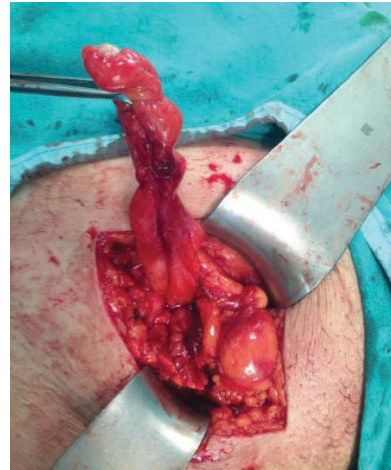
De Garengeot's Herni

MERT MAHSUNI SEVİNC, ABDULKERİM ÖZAKAY, ERDEM KINACI, EKREM ÇAKAR, SAVAŞ BAYRAK, ACAR AREN

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Femoral herni kesesi içerisinde wermiform apandiksin bulunması çok nadir bir durumdur ve ilk defa 1731 yılında Fransız Cerrah Rene Jacgues Croissant de Garengeot tarafından tarif edilmiştir. De Garengeot's herni (DG) literatürde femoral herniler içerisinde insidansı 0,9%, akut apandisit olarak ise görülme insidansı 0,08-0,13% olarak bildirilmiştir. Femoral herniler daha çok kadın hastalarda görüldüğünden DG de kadınlarda daha sık görülmektedir. Olgumuz 72 yaşında erkek hasta, Üç gün önce başlayan sağ alt kadranda ağrısı, sağ inguinal bölgede şişlik ve kızarıklık şikayetleri mevcut. Fizik muayenede sağ kasıkta kızarıklık, hassasiyet ve ele gelen 3*4 cm kitle palpe edildi. Ateş 38.1°C, laboratuvar bulgularında %85 nötrofil ile birlikte WBC: 13700 /mm³ dışındaki parametreler normaldi. Özgeçmişinde

yaklaşık 3 yıldır ayakta durma ve öksürmekle sağ inguinal bölgede şişlik olduğunu ve 20 yıl önce kardiyak bypass ameliyat geçirdiğini belirtiyor. Yapılan ultrasonografide sağ inguinal kanaldan ciltaltına doğru uzanım gösteren valsalva manevrası ile hareketleri izlenmeyen duvarı ödemli bağırsak anslarına ait görünüm ve etrafında serbest sıvı izlenmiştir (strangülasyon?). Bunun üzerine hasta strangüle inguinal herni ön tanısıyla acil ameliyata alındı. Sağ inguinal insizyon ile yapılan eksplorasyonda femoral herni kesesi görüldü ve kese içerisinde akut inflame ödemli apandiks saptandı ancak perforasyon görülmeydi. Apendektomi yapıldı ve herni kesesinin ağzı kapatılarak V şeklinde hazırlanmış polipropilen mesh ile femoral herni tamiri yapıldı. Geniş spektrumlu antibiotik başlanan hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi. Histopatolojik incelemede distal uçta sesil serrated adenoma bulunan akut apandisit bulguları görüldü. DG çok nadir bir olgu olduğundan dolayı literatürde standart bir tedavi şekli yoktur. Preoperatif tanısı oldukça güçtür. Bilgisayarlı Tomografinin diğer radyolojik tetkiklere göre daha yararlı olduğunu sunan yazılar mevcuttur. En sık komplikasyonu yara yeri enfeksiyonudur ayrıca nekrotizan fasiit hatta ölüm dahi rapor edilmiştir. Akut apandisit klasik abdominal bulguları olmadığından dolayı femoral herni olan ve lokal enfeksiyon bulguları olan vakalarda tedavide geçikilmemesi açısından De garengeot's herni akılda bulunulmalıdır.



Ameliyat görüntüsü, apandisit.

[PB - 39]

İltihabi Apendisit Ne Kadar Büyüyebilir? Olgu Sunumu

YAVUZ PİRHAN

Amasya Üniversitesi, Genel Cerrahi, Amasya

Amaç: Akut apandisit cerrahi gerektiren hastalıklar arasında en sık rastlanan patolojilerden biridir. Tipik olgularda tanısı kolaydır, atipik olgularda tanısı son derece zordur. Bu olguda karın içi kitle düşünülüp akut apandisit tespit edilen vakayı sizlere sunacağım. **Olgu Sunumu:** 58 yaşında erkek hasta acil servise 3 gün önce başlayan ara ara rahatlayan özellikle göbek etrafında olan karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Muayenede özellikle karın sağ alt kadranda hassasiyet ve göbek sağ kenarda ele gelen kitle tespit edildi. Ateş yoktu. Wbc: 9800, kan biyokimyası normaldi. ADBG de özellik yoktu. USG de karın sağ alt kadranda göbeğe doğru uzanan yaklaşık 3*6*10 kitle mevcuttu. Apandiks değerlendirilememişti. Mevcut bulgularla hasta acil cerrahiye alındı. Sağ paramedian kesi ile batına girildi. Eksplorasyonda Usg de tarif edilen kitlenin ileri derecede büyümüş

enflame apandiks olduğu görüldü (Şekil 1, 2, 3). Apendektomi uygulandı. Postop 3. Günde hasta komplikasyonsuz taburcu edildi. Postop. patoloji akut apandisit ile uyumlu geldi. **Tartışma ve Sonuç:** Akut cerrahi karının en sık nedeni apandisitir. Tanıda doğru klinik hikâye ve fizik muayene esastır. Apandisitte merkezi karından başlayan ve sağ iliyak fossaya yerleşimli olan ağrı klasik ve karakteristiktir. Fakat atipik klinik durumlar veya başka patolojileri taklit eden durumlar olabilir. Bu durumlarda tanının atlanması, gecikmesi veya yanlış tanı konulması en önemli sorundur. Apandisitten şüphelenilen hastaların tedavisinde risk yönetimi yapılması da gerekir. Hasta ya ameliyat edilecektir (negatif laparotomi oranı %20'dir) ya da ameliyat edilmeyip beklenecektir (patlama riskine ve morbiditenin artmasına neden olur). Bu aşamada bazı laboratuvar testlerinin ve/veya bazı görüntüleme yöntemlerinin devreye sokulması gereklidir. Bunlarda sağlık merkezinde bulunmasına göre USG, BT ve MRI dir. Hastanın kliniğine, muayene bulgularına ve görüntüleme yöntemlerine göre nasıl bir cerrahi kesi ile laparotomi kararı vermek gerekmektedir. Yapılacak olan kesi ameliyat sırasında cerrah ve ekibine kolaylık sağlayacaktır.



Şekil 1. Ameliyat görüntüsü.



Şekil 2. Ameliyat görüntüsü.



Şekil 3. Ameliyat görüntüsü.

[PB - 40]

Meckel Divertikülünün Eşlik Ettiği Akut Apandisit

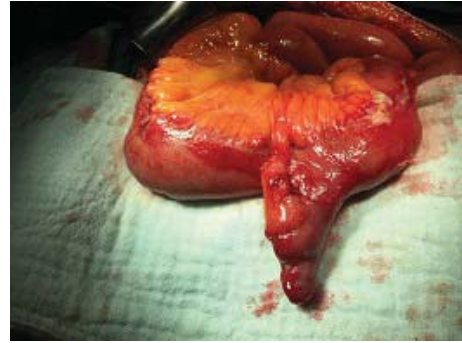
UMUT ERCAN¹, ÖMER FARUK ÖZKAN², MEHMET YILMAZ AKGÜN²

¹Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Akut apandisit akut karın nedenleri arasında acil cerrahi gerektiren en sık nedendir. Akut apandisit tablosu sıklıkla izole akut karına neden olup yanında eşlik eden patolojiler literatürde olgu sunumlarıyla bildirilmiştir. Çalışmamızda 5-7. gebelik haftalarında kapanmayan omfalo-mezenterik kanala bağlı ileumun antimezenterik yüzünde barsak duvarının tüm katlarını içeren gerçek bir divertikül olan Meckel divertikülünün enflamasyonu ile beraber giden akut apandisit olgusunun radyolojik bulgular ve peroperatif görüntüler eşliğinde sunumu amaçlanmıştır. **Olgu Sunumu:** 54 yaşında erkek hasta 3 gündür süren karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Ayrıca gaz-gaita çıkışı olmayan hastanın yapılan muayenesinde batın distansiyonu ve batın alt kadrantlarda yaygın hassasiyet ve reboundu mevcuttu. Lökositoz ve yapılan ultrasonografisinde batın içi serbest sıvı saptanması üzerine hastaya acil laparotomi planlandı. Operasyonda apandiksın perforasyonu meckel divertikülünün apendikse yapıştığı ve yerleştiği ileal segmenti torsiye ederek ileus tablosuna yol açtığı görüldü (Şekil 1). Hastaya apendektomi ve bridektomi yapıldı. Batın içi mekanik temizliği takiben operasyon sonlandırıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Doğumsal gastrointestinal anomaliler içinde meckel divertikülü en sık görülenidir. Asemptomatik olabildiği

gibi operasyon gerektiren komplikasyonlarla da karşımıza gelebilmektedir. Akut batın oluşturan nedenler sunulan olguda olduğu gibi bazen birbirini tetikleyen birden çok karın içi patoloji varlığında oluşabilir. Cerrahi tedavi yöntemine intraoperatif olarak hastanın patolojisine göre karar verilmelidir.



Şekil 1. Peroperatif olgunun görünümü.

[PB - 41]

Appendektomi Yapılan Hastalarda Patolojik İnceleme Sonrası Karsinom Tespit Edilen Olgulara Yaklaşım

ÇAĞRI BÜYÜKKASAP, İLKİN İSMAYİLOV, AYDIN YAVUZ, MAHİR NASIROV, OSMAN YÜKSEL

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Apendiks kanserleri seyrek görülen tümörlerdir. Primer adenokarsinom, apendiks tümörlerinin %6'sını oluşturur. Apendiks adenokarsinomu tanısı genellikle ameliyat sırasında ya da çıkarılan apendiksın patolojik incelemesi ile konulur. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan apendektomiler taranmış ve apendiks karsinomu olguları değerlendirilmiştir. **Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2008-2014 yıllarında arasında yapılan 853 apendektomi vakası retrospektif olarak değerlendirildi. 12 hastada apendiks vermiformis'te karsinom görüldü. Bu hastaların tümünde bir sonraki seansta sağ hemikolektomi yapıldı. Bunun yanı sıra 19 hastanın, 1'inde ileum kaynaklı, 1'inde ise çekum kaynaklı tümörün, 17'sinde ise overin seröz kistadenokarsinomunun apendikse infiltrasyonu belirlendi. Primer apendiks karsinomu olan hastaların 3'ü erkek, 9'u kadındı. Hastaların tanı anında uzak metastazları yoktu. **Tartışma ve Sonuç:** Apendektomiler Genel Cerrahi pratiğinde en sık yapılan operasyonlardan biri olup nadir görülmekle birlikte apendiks karsinomları açısından dikkatli olunmalıdır. Özellikle acil apendektomilerde de karsinom riskinin bulunduğu göz önünde bulundurulmalı, operasyon sonrası patoloji takipleri dikkatli yapılmalıdır.

[PB - 42]

Laparoskopik Apendektomi Sonrası Sebat Eden Karın Ağrısı

OGÜN ERŞEN, YÜKSEL ARIKAN, SERDAR TURGUT, OSMAN BOZBIYIK, ENES ŞAHİN

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Olgu Sunumu: 5 ay önce dış merkezde laparoskopik apendektomi operasyonu geçiren 27 yaşında bayan hasta sağ

alt kadranda ağrısı ve sağ alt kadranda ele gelen şişlik şikayeti olması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın 5 aydır var olan karın ağrıları sebebiyle birkaç kez sağlık merkezlerine başvurma öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde mc-burney noktasında ele gelen 5-10 cmlik kitle palpe edildi. Laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Ultrasonografide apendektomi lojunda yoğun inflamatuvar değişiklikler görüldü. İntravenöz kontrastlı batın tomografisinde çekum alt ucu komşuluğunda mezenterik yağlı dokuda ve omental yağlı dokuda yoğun inflamatuvar dansite artışları ve komşu intestinal anlarda reaktif duvar kalınlaşması görüldü. Apendiks güdük inflamasyonu ile uyumlu olarak raporlandı. Yapılan kolonoskopisinde ise kolonda intraluminal patoloji saptanmadı ancak çekumda itilme mevcuttu. Hastaya eksplorasyon kararı alındı. Eksplorasyonda apendektomi lojunda çekumu içine alan gato yapmış fibrotik kitle lezyonu mevcuttu ve hastaya sağ hemikolektomi, ileotransversostomi yapıldı. Patoloji sonucu iltihabi granülasyon dokusu olarak raporlandı. Apendektomi öyküsü olan ancak apandisit kliniği ile başvuran hastalarda erken tanı ile morbiditeyi azaltmak için güdük apandisiti tanısı akılda tutulmalıdır.



Tomografi kesiti. Güdük apandisiti ile uyumlu perişekal inflamasyon.



Tomografi kesiti. Güdük apandisiti ile uyumlu perişekal inflamasyon.

[PB - 43]

Gebelerde Akut Apandisit Yüksek Negatif Apendektomi ve Perforasyon Oranları Değiştirilemez Bir Kader midir?

AHMET KOCAKUŞAK¹, ŞEVKİ PEDÜK¹, ADNAN HUT¹, DOĞAN YILDIRIM¹, FAZİLET ERÖZGEN¹, GAMZE ÇITLAK¹, MEVHİBE NİLGÜN BUYRUK², TURGAY YILDIZ¹, AKIN ÜNAL¹, ZEHRA ZEYNEP KEKLİKKIRAN¹, EZGİ TATLISU¹, MAHMUT SAİT DEĞERLİ¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Amaç: Akut apandisit(AA), gebelik sırasında en sık cerrahi müdahale gerektiren acil durumlardan biri olduğundan bir eğitim araştırma hastanesi atmosferinde retrospektif verilerin taranması ile geç müdahale, negatif apendektomi, yüksek perforasyon oranları ve sebepleri değerlendirildi. **Gereç ve Yöntem:** Ameliyat notları, patoloji raporları, dosyalar ve bilgisayar kayıtlarından tespit edilen 14 yıllık bir süre içinde ameliyat edilen 65 gebe hasta değerlendirildi. Çalışma grubu gebe olmayan kadın apandisit hastaları ile mukayese edildi. Gebe hastalarda diğerlerine göre ağrının sağ alt kadrana migrasyonu gebe olmayanlara göre daha belirgindi. **Bulgular:** Hastaların tamamı açık ameliyat edilmiş olup 48 vakada apandisit teyit edildi. Elde edilen negatif apendektomi oranı (%26,15),

gebe olmayan hastaların nerede ise iki katı idi. Ayrıca anamnez (kusma, bulantı) muayene (ağrı karakteri, ateş) ve biyokimya parametreleri (lökositoz,CRP) normal gebelikte de benzer sonuçlar verebileceğinden standardize değildi. Çalışma grubu kendi içinde kıyaslandığında ise lökosit sayısı perfore vakalarda ortalama 17000/mm³ civarında iken perfore olmayan veya negatif apendektomi uygulanan vakalarda 15000/mm³ idi. Gebe hasta grubu olduğu için uygulanabilen en ileri görüntüleme tekniği ultrasonografi idi. Birinci trimesterde bulunan hastaların yarıya yakınında gebelik kendiliğinden veya hastanın isteğiyle sonlanırken, ikinci ve üçüncü trimesterde bulunanların tamamı ameliyat sonrası dönemde sorunsuz bir şekilde gebeliklerini devam ettirdi. Gebelik, AA oranını arttırmamakla beraber perfore apandisit oranını serimizde de arttırmıştır (%10). **Tartışma ve Sonuç:** Standart parametreler cerraha fazla yardımcı olmadığından ameliyat kararı almada klinik şüphe ve ultrasonografi bulguları etkili olmuştur. Gebelerde daha fazla perforasyon olduğunu hastane başvurusundan ameliyata kadar geçen sürenin uzunluğuna bağlayan görüş ve yayınlara rağmen, serimizde laparotomi kararı gebe olmayan kadın hastalarımızla kıyaslandığında bekleme süresinin benzer olduğu görülmüştür. Negatif apendektomi ve yüksek perforasyon oranlarının değiştirilmesinin gebeler söz konusu olduğunda en azından günümüzde, umutsuz bir çaba olduğu sonucuna varıldı. Ameliyat kararı veren cerrahlar bireysel değerlendirildiğinde, her iki parametrenin de birinde düzelme olduğunda diğerinde kötüleşme olmasının engellenemediği tespit edildi. Bize göre apandisit tedavisi antibiyoterapiden ziyade cerrahi olmaya devam ettikçe durumda fazla değişiklik olmayacaktır.

[PB - 44]

RDW ve MPV'nin Appandisit Tanısındaki Rolü. Efsane mi Gerçek mi?

TOLGA DİNÇ, SELAMİ ILGAZ KAYILIOĞLU, CEM EMİR GÜLDOĞAN, CEYHUN ERDOĞAN, BÜLENT ÇOMÇALI, MUHİTTİN SONIŞIK, AKIN BOSTANOĞLU, FARUK COŞKUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Akut apandisit (AA), genel cerrahi acillerden en sık görüleni olup, tanısının gecikmesi ciddi morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. 01/04/2010 - 01/05/2013 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran, akut apandisit tanısı konulan ve açık apendektomi yöntemi ile opere edilen toplam 627 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Tanı; anamnez, fizik muayene, laboratuvar testleri ve yapıldıysa radyolojik tetkikler (USG ve BT) ile konuldu. Hematoloji laboratuvarındaki hemogram analiz cihazı ile ölçülen RDW, MPV, PDW, LEU ve PLT testleri değerlendirilmeye alındı. Bu parametrelerin, hematoloji laboratuvarı referans değer aralıkları ve birimleri Tablo-1'de belirtilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar sonuçları (MPV, RDW, PDW, LEU, PLT), radyoloji sonuçları ve patoloji sonuçları kayıt altına alındı. Patoloji sonuçlarına göre, sonucu patolojik bulgu saptanmayanlar Grup-1, ödematöz raporlananlar Grup-2, perfore olarak raporlananlar Grup-3 olarak gruplandırıldı. AA tanısı ile opere edilen hastaların preoperatif dönemde istenen laboratuvar değerlerinden MPV, RDW, PDW, LEU, PLT değerlerinin karşılaştırmalı analizi yapılmıştır. Çalışmaya katılan toplam 627 hastanın 266 (%42.4)'sı kadın, 361 (%57.6)'i erkekti. Hastaların yaş ortalaması 32.82 ±

13.56 (16-84) idi. Patoloji sonucunda apandisit saptanmayan toplam 23 hasta Grup-1, ödematöz apandisit olarak raporlanan 491 hasta Grup-2, perforé apandisit olarak raporlanan 113 hasta ise Grup-3 olarak adlandırıldı. Grupların cinsiyet açısından dağılımı Tablo-2'de görülmektedir. Laboratuvar değerlerinden MPV, RDW, PDW, LEU, PLT değerlerinin gruplar arasındaki karşılaştırılmasında; yalnızca LEU değerinin grup 2 ve 3'de istatistiki olarak anlamlı yüksek çıktığı izlendi ($p<0.05$) (Tablo-3). LEU değeri; grup-1'de 10.84 ± 3.41 , grup-2'de 13.36 ± 4.22 , grup-3'de 15.86 ± 4.59 olarak hesaplandı. Diğer değerler arasında anlamlı fark saptanmadı. RDW, MPV, PDV ve PLT seviyeleri ile akut apandisit arasında ilişki bulunamamıştır. Lökositöz tanıda anlamlıdır. Tanıya spesifik, cost-effective, kolay ve hızlı ulaşılabilir, yeni laboratuvar testlerinin bulunması amacı ile çok merkezli, geniş hasta katılımlı, prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

[PB - 45]

Hidronefroza Neden Olan Apandisit Olgusu

SELAHİTTİN KORAY OKUR, YAVUZ SAVAŞ KOCA, İHSAN YILDIZ, İBRAHİM BARUT

Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Akut apandisit akut batının en sık nedenidir ve tedavisi cerrahidir. Akut apandisit bir komplikasyonu olarak sağ üretere bası ve hidronefroz sık görülmeyen bir durumdur. Bu olguyu nadir görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde sunduk. **Olgu Sunumu:** Ellidört yaşında erkek hasta bir haftadır yan ağrısı, suprapubik ağrı, kabızlık, bulantı, kusma, iştahsızlık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde karında suprapubik bölgede defans, rebound, hassasiyet mevcuttu. Rektal muayenede patoloji saptanmadı. Laboratuvar incelemede WBC $18.600/\mu\text{L}$, Nötrofil % 88.3, CRP(nefelometrik) 223 mg/l, Glukoz(açlık) 191 mg/dL, Kreatinin(kan) 1.83 mg/dL, BUN 34 mg/dL idi. Hastaya taş protokolü bilgisayarlı tomografi (BT) yapıldı. BT'de (Şekil 1-2) pelvis düzeyinde batın orta hatta 98×95 mm boyutlarda hava sıvı seviyesi gösteren abse izlendi. Apendikse yönelik yapılan yüzeysel ultrasonda (usg) apendiks izlenemedi. Abdominal usg'de sağ böbrekte hidronefroz ve pelvik yağlı dokularda yaygın kirlenme ve inflamasyon saptandı. Sağ üreterde dilatasyon ve sağ hidronefroz izlendi. Yapılan eksplorasyonda apendiks perforé olduğu ve sigmoid kolon posterioruna uzanım gösteren abse poşu izlendi. Apendektomi ve abse drenajı yapıldı. Batın içi yıkılarak sağda loja ve solda pelvise dren konuldu. Cilt-cilt altı açık bırakıldı. Postoperatif 4.günde cilt sütüre edildi. Postoperatif 7.günde drenleri çekilerek oral antibiyotikle taburcu edildi. Hastanın taburcu öncesi yapılan kontrol usg'de hidronefrozun tamamen gerilediği görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** Üretere bası ve hidronefroz akut apandisit nadir bir komplikasyondur. Hidronefroza neden olan temel sorun tanıda gecikmedir. Atipik semptom ve bulgularla seyreden apandisitler tanıda gecikmeye, komplikasyonlara, morbidite ve mortalitede artışa neden olur. Atipik klinik seyirler çocuklarda ve yaşlılarda, apendiks olağan yerleşiminden farklı yerde bulunduğu veya eşlik eden crohn gibi bir hastalık, steroid, immünsupresan veya tanı öncesi antibiyotik kullanımı gibi durumlarda görülebilir. Erken tanı ve tedavi apandisit hastaları için önemlidir. Akut apandisit tanısında gecikmeye neden olan atipik seyirler komplikasyonlara ve hastanede yatış süresinin uzamasına dolayısıyla hem ekonomik hem de medikal sorunlara yol açmaktadır.



BT'de sağ böbrekte hidronefroz görüntüsü.



BT'de pelvik bölge girişinde yerleşim gösteren 98×95 mm boyutlarda hava sıvı seviyesi gösteren abse ile uyumlu görüntü.

[PB - 46]

Laparoskopik Batın Ameliyatlarında Kombine Anestezi Tekniğinin Karşılaştırması

TURGUT DÖNMEZ¹, SİNAN UZMAN², SİNA FERAHMAN³, VUSLAT MUSLU ERDEM⁴, MEHMET VELİDEDEOĞLU³

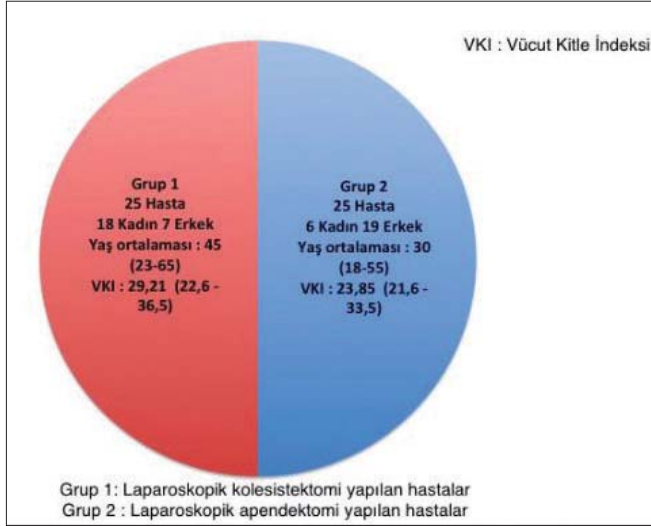
¹Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Son 20 yıldır laparoskopik prosedürlerin avantajları ile ilgili çalışmalar yapıldığı halde anestezi uygulamaları ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Laparoskopik batın ameliyatlarında genellikle genel anestezi tercih edilmekle birlikte son yıllarda rejyonel anestezi teknikleri ile ilgili çalışmalar bildirilmiştir. Çalışmamızda kombine anestezi (epidural spinal anestezi) ile yapılan laparoskopik kolesistektomi ve laparoskopik apendektomi ameliyatları sonuçlarını karşılaştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Aralık 2014-Mayıs 2015 arasında Kombine anestezi tekniği ile yapılan laparoskopik kolesistektomi (grup 1: 25 hasta) ve laparoskopik apendektomi (grup 2: 25 hasta) ameliyatların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikleri tablo 1'de gösterildi. Anestezi tekniği olarak grup 1 ve grup 2 deki bütün hastalar kombine anestezi tekniği aynı şekilde uygulandı. L2-L3 aralığından 1% lidokain intradermal olarak lokal anestezi için uygulandı. Subaraknoid boşluğa girilerek bupivakain 16 mg ve fentanil 10 µg enjekte edildi. Son olarak spinal iğne çıkarıldı ve bir 20G epidural kateter ilerletilerek epidural boşlukta 4 cm içeride tespit edildi. Bupivacaine (0.5%) 10 ml, 2% lidocaine 5 ml, fentanil 1 ml ve 4 ml izotonik saline ile elde edilen toplam 20 ml karışım epidural boşluğa verildi. Cerrahi teknik olarak grup 1 de safra kesesi polibi ve/veya safra kesesi taşı tanısı alan bütün hastalar standart 4 port laparoskopik kolesistektomi yapılırken grup 2 de akut apandisit tanısı konan bütün hastalar standart 3 port laparoskopik apendektomi ameliyatı yapılmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçları tablo 2'de şematize edilmiştir. Tablodan da görüldüğü, sonuçlarda gibi post operatif ağrı dışında iki grup arasında anlamlı bir farklılık ortaya konulamamıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Kombine anestezi ile yapılan laparoskopik ameliyatlar hasta rahatı, kısa hastane kalış süresi, hızlı oral alıma başlanması ve post operatif ağrının kontrolü için uygun bir yöntemdir. Acil şartlarda yapılan ameliyatlarda da güvenle kullanılabilir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri**Tablo 2.** İki grup arasındaki sonuçların karşılaştırılması

	İntra Operatif omuz ağrısı	Post operatif omuz ağrısı	Bulanti / Kusma	Hipotansiyon	İntra operatif abdominal ağrı	İzmir retansiyonu	Baş ağrısı	Post operatif abdominal ağrı (VAS skorlaması)					
								1. Saat	6. Saat	12. Saat	24. Saat		
Grup 1	3 hasta	6 hasta	1 hasta	1 hasta	4 hasta	3 hasta	2 hasta	VAS skorları karşılaştırıldı					
Grup 2	9 hasta	3 hasta	0 hasta	2 hasta	9 hasta	3 hasta	6 hasta						
İstatistik	p: 0,102	p: 0,240	p: 0,302	p: 0,376	p: 0,524	p: 0,997	p: 0,138	p: 0,029	p: 0,0198	p: 0,000	p: 0,014		

[PB - 47]**Apendiks Mukoseli: Bir Vakada Klinik ve Radyolojik Bulgular**

SİNAN AKAY¹, MUSTAFA SUPHİ TURGUT², MUHARREM ÖZTAŞ², SAMİ EKSERT³

¹Şirnak Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, Şirnak

²Şirnak Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Şirnak

³Şirnak Asker Hastanesi, Anestezi Servisi, Şirnak

Amaç: Apendiks mukoseli, (apendisial lümeninde mukusun birikmesi) nadir bir lezyondur. Yapılan 43000 apendektominin %0,2-0,3 de bulunmuştur. Etiyopatogenezi inflamatuvar veya neoplastik olabilir. Tedavisinde bazı yazarlar basit apendektomiye, bazıları ise geniş rezeksiyonu, sağ hemikolektomi vs önermektedirler. **Olgu Sunumu:** 31 yaşında erkek hasta 1 gündür karın ağrısı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastada iştahsızlık, bulantı ve kusma yoktu. Ayrıca hastada 3 yıldır zaman zaman olan rahatsızlık hissi de mevcuttu. Fizik muayenede bağırsak sesleri normoaktif, sağ alt kadranda palpasyonla hassasiyet rebound mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 6,100, % 69,2 granulosit hakimiyeti mevcuttu. Batın ultrasonda çekumdan orijin alan 3 cm çapında, uzun, rijid, heterojen yoğun materyal ile dolu tubuler yapı görüldü. İleri tetkik olarak için batın tomografisi çekildi. Rijid segmentin boyu, komşu yağ doku değişiklikleri değerlendirildi ve apendiks mukosel tanısı doğrulandı. Hastaya bir gün sonra apendektomi ve parsiyel çekum rezeksiyonu yapıldı. Hastada postoperatif 3. gün insizyonda enfeksiyon gelişti, 1 hafta sonra taburcu edildi ve 3 hafta ayaaktan pansuman yapıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Tipik klinik tabloya sahip olmayan apendiks mukoseli çoğunlukla insidental olarak saptanmaktadır. Klinik olarak, asemptomatik olabilir veya en sık klinik bulgu olan akut veya kronik abdominal ağrı ile karşılaşılabılır. Ayrıca yaşlı hastalarda malignite ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yüzden preoperatif tanı, uygun cerrahi tedavi için fizik muayene ve laboratuvar bulguların yanında ultrason ve tomografiden faydalanılmalıdır.



Mukosel



Mukosel

[PB - 48]**Akut Apendisitte Antibiyoterapi Cerrahiye Alternatif Olabilir mi?**

MURAT KENDİRCİ, CUMHUR DAĞLI, GÜRHAN ÇELİK, EYÜP KAHYA

Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Edirne

Akut apandisit en sık karşılaşılan genel cerrahi acil sorunlarından biridir. Her yaş grubunda ve cinsiyet ayırmaksızın hastalar her gün hastane acil servislerinde akut apandisit tanısı almaktadır. Yaygın olan tedavi yaklaşımı ise apendektomidir. Bu çalışmada akut apandisit tanısı alan hastaların cerrahi prosedür dışında bir yaklaşımla tedavi edilip edilemeyeceği araştırılması amaçlanmıştır. Edirne Devlet hastanesi Acil servisinde değerlendirilerek Genel Cerrahi servisine Mart 2013-Mart 2014 tarihleri arasında akut apandisit tanısı ile yatırılan 112 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu dönem içinde 78 hastaya apendektomi uygulanırken 34 hasta antibiyoterapi düzenlenerek tedavi edildi. Hastaların demografik verileri, başvuru vital parametreleri, şikayet süreleri, radyolojik bulguları, tedavi sonrası takip verileri incelendi. Cerrahi uygulanmayan 34 hastanın 9'u çeşitli nedenlerle apendektomi gerektirirken geri kalan 25 hastanın takiplerinde rekürrensle karşılaşılmadı. Hastaların 5'inde bulgular ve laboratuvar değerlerde bir gerileme olmadığı için operasyona alınırken iyileşme sürecine giren 3 hasta halen hastanede iken 1 hastada taburculuktan 3 gün sonra bulguların tekrar etmesi ve laboratuvar değerlerinde bozulma oluşması nedeni ile apendektomi uygulandı. Nonoperatif yaklaşımla yönetilen hastalar minimum 12 ay süre ile takip edildi. Akut apandisit tedavisinde apendektomi altın standart tedavi yöntemidir. Ancak seçilmiş hasta grubunda cerrahinin olası risklerinden ve komplikasyonlardan kaçınmak için antibiyoterapi bir seçenek olarak kabul edilebilir.

[PB - 49]**Yaşlılarda Akut Apendisit**

BUŞRA BURCU, KIVILCIM ORHUN ERDOĞAN, TUĞRUL ÖZDEMİR, FATİH AKKIN, TURGUT TUNÇ EREN, METİN LEBLEBİCİ, ORHAN ALİMOĞLU

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Akut apandisit acil cerrahi girişim gerektiren hastalıkların başında yer alır. Yaşlı popülasyon insidansının artması ile bu grupta da sık karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada akut apandisit nedeniyle opere edilen yaşlı hastalarımızı incelemeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013-Mayıs 2015 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği'nde akut apandisit nedeniyle opere edilen altmış beş yaş üstü hastalar retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, başvuru süresi, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, insizyon tipleri,

operasyon bulguları, hastanede kalış süresi, komplikasyonlar, patoloji sonuçları ve mortalite kaydedildi. **Bulgular:** Çalışmada yer alan 32 hastanın 17'si(%53) kadın, 15'i(%47) erkek idi. Olguların yaş ortalaması 73.03±7.10 yıldır. Hastaneye başvuru süresi 4.22±10.56 (1-60) gündü. En sık başvuru şikayeti karın ağrısı idi. Hastaların 6'sında(%20) ateş, 6'sında(%20) kusma vardı. Fizik muayenede; 26(%81) hastada hassasiyet görülürken, defans 12(%38), rebound 3(%9) hastada saptandı. Ortalama lökosit değeri 13.150±4.780/mm³(4.700-23.500). Ortalama serum reaktif protein (CRP) değeri 7.45±7.06mg/L(0-24.6 mg/L) idi. Ultrasonografi yapılan 22 hastanın 16'sında(%73) sonuç tanıyla uyumlu iken, bilgisayarlı tomografi yapılan 26 hastanın 23'ünde(%88) doğruluk vardı. İnsizyon tiplerine bakıldığında ise; hastaların 25'ünde(%78) Mcburney, 4'ünde(%13) orta hat, 1'inde(%3) pararektal ve 2(%6) hastada laparoskopi tercih edilmişti. Olguların 11'si(%35) perfore, 1'ü(%3) plastrone idi. Hastaların 7'sinde(%22) komplikasyon görüldü. Perfore olguların 3'ünde(%27) cerrahi alan enfeksiyonu, 1'inde(%9) parolitik ileus gelişti. Hastanede yatış süresi ortalama 3.33±2.17(1-9) gündü. Perfore olgularda ağrı başlangıç süresi, komplikasyon oranı ve yatış süresi anlamlı şekilde yüksekti (p<0.05). Mortalite ise 1 hastada görülürken, yandaş hastalıkla ilişkili idi. Patoloji sonuçlarında ise; 31(%97) hastada apandisit ve 1'inde(%3) müsinöz kistadenom görüldü. Kistadenom saptanan hastanın takibinde nüks görülmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak; yaşlı hastalarda perforasyon oranının yüksek olduğunu ve komplikasyonların arttığını görmekteyiz.

[PB - 50]

Laparoskopik Apendektomi Sonrası Nadir Bir Komplikasyon: Superior Mezenterik Ven Trombozu

AHMET KOCAEL, OZAN AKINCI, PINAR ÇİĞDEM KOCAEL, SİNA FERAHMAN, OSMAN ŞİMŞEK

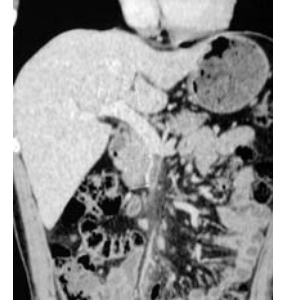
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Apendektomi dünyada en yaygın uygulanan cerrahi prosedürdür. Laparoskopik apendektomi, 1983 yılından beri tüm dünyada giderek yaygınlaşan bir uygulama haline gelmiştir. Portal venöz sistem tromboflebiti akut apandisit nadir fakat hayatı tehdit edici komplikasyonlarından biridir. Portal venöz sistem tromboflebiti genellikle kolonik divertikülit, inflamatuvar barsak hastalığı, akut apandisit, akut kolanjit, akut pankreatit, pelvik enfeksiyon ve intestinal perforasyon gibi intraperitoneal septik tablolarda görülmekle birlikte ayırıcı tanıda gözden kaçırılabilen bir mortalite sebebidir. Tanıda klinik tablo ve abdominal BT yol göstericidir. **Olgu Sunumu:** Kırk üç yaşında erkek hasta akut apandisit nedeniyle kliniğimizde laparoskopik apendektomi yapıldı. Postoperatif 3. günde yaygın karın ağrısı, bulantı şikayetleri gelişti. Lökositoz veya akut faz yüksekliği saptanmadı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Abdominal BT incelemesinde SMV ve ana dallarında tromboz ile uyumlu dolum defekti saptandı. İlk tercih olarak medikal tedavi planlanarak IV antibiyoterapinin yanısıra 1 mg / kg DMAH tedavisi başlandı. Hastanın semptomları geriledi. Postoperatif 6. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Hasta iki hafta sonra kontrole geldiğinde herhangi bir semptomunun olmadığı görüldü. Kontrol abdominal BT' de SMV' de trombüsün devam ettiği saptandı. Oral antikoagülan tedavisine geçilerek hastanın takibine devam edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Portal venöz sistem tromboflebiti portal drenajın sağlandığı anatomik yapıların septik tablolarında karşılaşılan nadir bir komplikasyondur. Pyleflebitis, non-spesifik belirti ve bulgularla ortaya çıkabi-

lir. Hastaların büyük çoğunluğu yaygın karın ağrısı, bulantı ve ateşten şikayetçidir. Tanı için spesifik bir laboratuvar testi yoktur. Balthazar ve Gollapudi'ye göre olguların %80'inde kan kültürü pozitifdir. Görüntüleme ilk tercih abdominal BT'dir. Mortalite riski yüksek olup tedavinin temel ilkesi septik komplikasyonları önlemek ve venöz sirkülasyonun devamlılığını sağlamaktır. Stitzenberg ve arkadaşlarına göre parenteral antibiyotik ve antikoagülan tedavi ilk tercihtir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda tanısız laparotomi planlanmalıdır.



Abdominal BT'de SMV trombozu.



Abdominal BT'de SMV trombozu.

[PB - 51]

Komplike Akut Apandisitte Nötrofil Lenfosit Oranı

NEDİM AKGÜL¹, EBUBEKİR GÜNDEŞ²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Sarayönü Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Konya

²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul

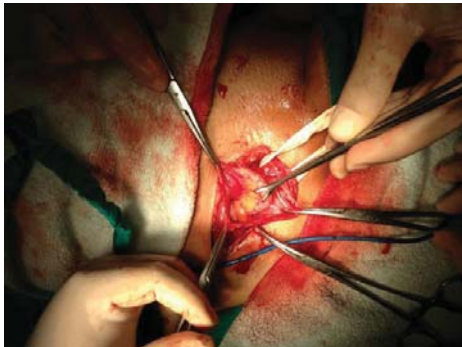
Amaç: Bu çalışmada akut apandisit tanısı alan olgularda nötrofil/lenfosit oranının tanısız değerini ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014- Aralık 2014 yılları arasında kliniğimizde aynı cerrahi ekip tarafından opere edilen akut apandisit tanılı 112 hastanın verileri geriye yönelik incelendi. Bu çalışmada olgular yaş, cinsiyet, lökosit sayımı, lenfosit değeri, nötrofil değeri, nötrofil lenfosit oranı, görüntüleme bulguları, ameliyat bulguları incelendi. **Bulgular:** Tanı esnasında median yaş 30.7 (18- 85) idi. Ameliyat bulgusu olarak; 71(%63.4) hastada akut apandisit, 34 (%30.4) hastada perfore apandisit, 7 (%6.3) hastada ise normal apandiks saptandı. Negatif apendektomi yapılan hastalarda NLO 2.48+/-1.54, akut apandisitte 5.2+/-3.6, perfore apandisitte 6.5+/-5.2 olarak saptandı. Normal apandiks -akut apandisit NLO karşılaştırıldığında NLO p=0.045 (p<0.05), normal apandiks-perfore apandisit NLO ise p=0.008 (p<0.05) olarak saptandı. Akut apandisit ile perfore apandisit NLO p=0.549 (p>0.05) olarak saptandı. Ultrason veya bilgisayarlı batin tomografisine göre 112 hastanın 56 sında çevresinde kirlenme veya sıvı saptanmasına rağmen 56 hastada apandiks çevresi temiz olarak rapor edildi. NLO'nun artışı ile apandiks çevresinde kirlenme veya sıvı arasında korelasyon saptanmadı. Aynı zamanda NLO artışı ve apandiks çapı arasında bir ilişki olup olmadığına bakıldı fakat aynı şekilde ikisi arasında korelasyon olmadığı görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** Ameliyat öncesi bakılan nötrofil/lenfosit oranının; akut apandisit tanısının yanı sıra komplike akut apandisitli hastaların ayırımında da kullanılabilecek bir parametre olabileceğini düşünmekteyiz.

[PB - 52]

Apandisitli Bir Amyand Herni OlgusuNEDİM AKGÜL¹, EBUBEKİR GÜNDEŞ²¹T.C. Sağlık Bakanlığı Sarayönü Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Konya²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Amyand hernisi nadir görülen bir durum olup, fıtık kesesi içinde apendiks vermiformisin bulunması olarak tanımlanır. Kasık fıtığı olgularının yaklaşık %1'inde görülür. Biz bu olgu sunumunda Amyand herni olarak adlandırılan ve nadir görülen, inkarsere inguinal herni kesesi içinde apandisit olduğu olguyu literatürler eşliğinde değerlendirdik. Otuz dokuz yaşında erkek hasta sağ kasiğinde dört yıldır mevcut olan şişlik ve son iki gündür artan ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde batin sağ alt kadranda rebound ve hassasiyet ile sağ inguinal bölgede ağrılı, redükte edilemeyen kitle mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tek doz antibiyotik profilaksisinin ardından hasta operasyona alındı. Ameliyatta sağ inguinal insizyonla eksplorasyon yapıldı. Spermatik kordun anteromedialinde indirekt herni kesesi gözlemlendi. Herni kesesi izole edilip açıldı. Herni kesesi içinde kese duvarının bir kısmını oluşturan inflame ve erektil görünümde apendiks vermiformis gözlemlendi. Apendektomi yapıldı. Inguinal herni prolen mesh kullanılarak Lichtenstein yöntemi ile opere edildi. Postoperatif 2.gün sorunsuz taburcu edildi. Herni, batin içindeki herhangi bir organın içinde bulunduğu kavitenin duvarındaki bir açıklıktan dışarı çıkması olarak tanımlanır. Inguinal herni kesesinde normal bir apendiks varlığı yaygın değildir ve tüm eksternal hernilerin % 1'ini oluşturur. Aslında Amyand fıtığı bir tür sliding tipi fıtıktır. Herniye olmuş apendiks normal olabilir ancak karın kaslarının kasılması sonucu batin içi basıncın artması ve hernilerde oluşan yapışıklıklar apendiks mezosunu sıkıştırıp apendiks kanlanmasını bozarak iltihaplanmaya ve akut apandisit gelişimine yol açabilir. Amyand herni tanısı genellikle intraoperatif olarak konulmaktadır. Sonuç olarak elektif veya acil olarak uygulanan hernioplasti olgularında cerrahlar Amyand fıtığı ile karşılaşabilirler. bu nedenle tedavi modaliteleri hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar.



Şekil 1. Distal Ucundan Kese İçerisine Yapışık Inflame Yapıdaki Apendiks.

[PB - 53]

Faktör 7 Eksikliği ve ApendektomiMETİN YALÇIN¹, SEVCİHAN KESEN², MURAT ÇINARSOY³¹Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Şanlıurfa²Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı Şanlıurfa³Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Anabilim Dalı Şanlıurfa

Amaç: Faktör 7; 13. Kromozomun uzun kolundaki bir gen ile yapımı kontrol edilen faktör 7 eksikliği toplumda 1/300000-500000 oranında rastlanan ve OR geçen, erkek ve kadınlar eşit olarak etkileyen bir bozukluktur. Bütün konjenital kanama bozukluklarının da %0.5'ni oluşturmaktadır. Faktör 7 eksikliği kalıtsal yada sonradan edinilir. Kalıtsal tip oldukça nadirdir. Kazanılmış faktör 7 eksikliği ise genellikle kc hastalığı, vit k yetmezliği ve antibiyotikler, warfarin, İL-2 tedavisi, aplastik anemi tedavisi ilaçlarına bağlı oluşabilmektedir. Belirtilerin başında morarma, yumuşak dokuda ve burunda kanama, diş çekimi sonrası uzun kanama süresi, hemartroz, menoraji olup en sık ölüm nedeni kafa içi kanamadır. Tanıda uzamış protrombin zamanı ve faktör 7 düzeyi düşüklüğü izlenir iken Aptz değeri normaldir. Faktör 7 yarı ömrü kısa olup 3-6 saattir. Tedavide ilk tercih rekombinant faktör 7a olup hem tedavide hemde koruma amaçlı kullanılabilir. Traneksamik asit, Kriopresipitat, tdp de kullanılır. Apandisit cerrahi hastalıklar arasında en sık rastlananlarındandır. Akut apandisit görülme sıklığı lenfoid gelişime paralel seyreder, bu nedenle en sık rastlandığı dönem erişkinlik yaşlarıdır. Akut apandisitte en önemli nedensel faktör lümen obstrüksiyonudur. Kliniğinde ağrı, iştahsızlık, bulantı ve kusma izlenir. Lökositoz ve USG ile tanı konur. Tedavide apendektomi uygulanır. Bu çalışmada akut apandisit hastalığı nedeniyle opere olan hastada faktör 7 eksikliği ve tedavi ile takibi sunulmuştur. **Olgu Sunumu:** 21 yaşında bayan hasta karın ağrısı, bulantı ve iştahsızlık tanısıyla başvurdu. Yapılan radyolojik incelemede apandisit tanısı konuldu. Anamnezinde faktör 7 eksikliği olduğu ve hematoloji bölümü takibinde olduğu öğrenildi. Hematoloji bölümüne danışılarak pre op faktör 7 ekstresi verildi. Operasyonda apendektomi yapıldı. Post op hastaya tekrar faktör 7 ekstresi verildi. Kanama olmayan hasta hematoloji bölümü kontrolü ile birlikte şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Mutlaka her operasyon öncesinde hastaların öyküsünde kanama bozukluğu açısından dikkatli anamnez alınmalıdır ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak olası kanama bozuklukları saptanmaya çalışılmalı ve bu gibi durumlarda hematoloji bölümü ile multidisipliner çalışılmalıdır.

[PB - 54]

Apandisit Kliniği İle Başvuran Müsinöz Kistadenom Olguları

ERTUĞRUL KARĞI, MUSTAFA ŞİT, MEHMET HAYRİ ERKOL, SEMİH YAMAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Apendiks vermiformis tümörlerinin büyük bir kısmı akut apandisit nedeniyle ya da başka bir sebeple yapılan laparotomilerde tespit edilmektedir. Bu tümörler gelişmiş görüntüleme yöntemlerine rağmen operasyondan önce nadiren tanı alabilirler. Apendiks mukoselleri, anormal müsinöz sekresyonlara bağlı olarak apendiks lümeninin dilatasyonu ile ortaya çıkan kitlelerdir. Oldukça nadir görülen bir klinik antite olup apendektomi

materyallerinin %0.2-0.3'ünde rapor edilmiştir. Bu çalışmada apandisit nedeniyle elektif apendektomi yapılan ve müsinöz kistadenom tanısı alan iki olgu sunulmaktadır. **Olgu Sunumu:** 62 yaşında kadın hasta 3 gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle acil cerrahi kliniğimize başvurdu Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu ve defans mevcuttu. Hastanın lökosit 11200 uL CRP'si ise 99 mg/L bulundu. Batın ultrasonografisinde (USG) sağ alt kadranda barsak ansları ile mezenterik yağlı planlar inflame görü- nümde olup apandisit ile uyumlu görüntü ve mezenterik lenfadenopatiler saptandı. Hastada akut apandisit ön tanısı ile opere edildi. Postoperatif bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Patolojik incelemede müsinöz kistadenom tanısı verildi. Diğere hasta 78 yaşında kadın hasta 3 gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle acil cerrahi kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu ve defans mevcuttu. Hastanın lökosit 15200 uL CRP'si ise 254 mg/L bulundu. Batın ultrasonografisinde (USG) sağ alt kadranda barsak ansları ile mezenterik yağlı planlar inflame görü-nümde olup apandisit ile uyumlu görüntü saptandı. Hastada akut apandisit ön tanısı ile opere edildi. Postoperatif bir komplikasyon gelişmeyen hasta üçüncü gün şifa ile taburcu edildi. Patolojik incelemede müsinöz kistadenom tanısı verildi. **Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak apandisit müsinöz kistadenomu nadir görülmekte ve apandisiti taklit edebilmektedir. Bu yazıda apandisit nedeniyle apendektomi yapılan ve histopatolojik inceleme sonucunda apandiks mukoseline bağlı apandiks intusepsiyonu olarak değerlendirilen iki olgu sunulmaktadır. Ameliyat öncesi şüphe ve tanı son derece önemlidir. Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi yararlı olup tanı genellikle ameliyat esnasında konulmaktadır. Kolonoskopide çekumda submukozal lezyon olarak görülebilmektedir. Preoperatif tanı intraoperatif ve postoperatif komplikasyonları azaltmada büyük önem taşımaktadır.



Şekil 1. Apendiks cerrahi sırasında görüntüsü.

[PB - 55]

Oktogeneryan Hastalarda Akut Apandisit

YASİN PEKER, HALİS BAĞ, HALDUN KAR, NECAT CİN, EVREN DURAK, FEVZİ CENGİZ, GÜLDEN BALLI, İBRAHİM KOKULU

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

Amaç: Akut apandisit genç yaşta en sık akut karın nedenlerindedir. Yaş ilerledikçe görülme oranı düşmektedir. Yaşlı hastalarda ise akut apandisit daha az saptanır. Seksen yaş ve üzeri olup akut apandisit tanısı ile opere ettiğimiz hastalarımızı sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 01.09.2010- 01.09.2015 tarihleri arasında opere ettiğimiz 80 yaş ve üzeri hastaları yaş, cinsiyet, preoperatif, peroperatif bulgular, patolojik sonuçlar ve hastanede yatış süreleri açısından incelendi. **Bulgular:** Akut apandisit ön tanısı ile 15 hasta opere edildi. Kadın/erkek oranı 9/6 olup, yaş ortalaması 82.4(80-92) idi. Hastalar fizik muayene, laboratuvar ve batın tomografisi ile değerlendirildi. 8 hasta

perfore apandisit, 5 hasta akut apandisit, 2 hasta ise akut batın ön tanısı ile operasyona alındı. Peroperatif 11 hastada perfore apandisit, 3 hastada akut apandisit, bir hastada akut apandisit+ over kisti saptandı. Hastalara appendektomi ve periton irrigasyonu uygulandı. Over kistine kistektomi eklendi. Patolojik inceleme sonuçları flegmenöz apandisit, lokalize peritonit ve basit over kisti olarak rapor edildi. Ortalama yatış süresi 5.71(2-21) gündü. Bir hasta postoperatif dönemde sepsis nedeni ile izlendi ve 13. gün kaybedildi. **Tartışma ve Sonuç:** Oktogeneryan hastalarda akut batın nedenleri arasında akut apandisit nadir de olsa akılda tutulması gerekmektedir. Tanıda düşünülmemesi, geç tanı konulması perforasyon riskini artırdığını düşülebilir.

[PB - 56]

Gebelerdeki Akut Apandisit Tanısında Alvarado Skorlama Sisteminin Etkinliği

TURGUT ANUK¹, ŞAHİN KAHRAMANCA², GÜLŞEN ÇIĞŞAR³, GÜLAY ÖZGEHAN⁴, ALİ CİHAT YILDIRIM²

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars

²Kars Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, Kars

³Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Kars

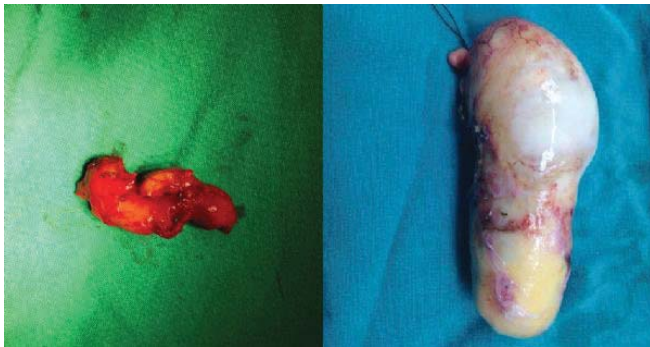
⁴Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Akut apandisit(AA) gebelikte en sık görülen akut batın sebebidir. Karın ağrısı, bulantı ve kusma en sık görülen klinik bulgulardır. Gebelikteki artan uterus cesametine bağlı olarak apandiksın yukarı yer değiştirmesi nedeni ile klinik değişebilir. Bulantı-kusma ve iştahsızlık gibi şikayetler, gebeliğe bağlı olarak düşünülebileceğinden AA gebelikte atlanılabilmektedir. AA tanısında gold standart yöntem araştırmaları devam etsede, Alvarado, Ohmann ve Eskelinen gibi birçok skorlama sistemi kolay uygulanabilir ve ucuz olması nedeni ile klinik kullanımda sık başvurulan yöntemlerdendir. Çalışmamızda AA tanısı ile opere edilen 13 gebe hastanın demografik özellikleri ve Alvarado skorlarını sunacağız. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız, Haziran 2013–Haziran 2015 tarihleri arasında AA ön tanıları ile opere edilen 13 gebe hastanın retrospektif dosya kayıtları üzerinden planlanmıştır. Hasta kayıtlarından; yaş, gebelik haftası, şikayet süresi, WBC değeri ve nötrofil yüzdesi ve Alvarado skorları alınmıştır. Gebelik trimestrleri arası karşılaştırmalar SPSS 21 kullanılarak yapılmıştır. **Bulgular:** AA ön tanısı ile opere edilen 13 hastanın yaş ortalaması 28.5±5.4 idi. Hastaların başvuru anındaki gebelik haftaları median değeri 23 (4-36) idi. Şikayet süresi median değeri 8 (4-24) saat olup 10 hastada esas şikayet karın ağrısı iken 3 hastada bulantı ve kusma idi. Esas şikayeti bulantı-kusma olan hastalar 24 haftanın üzerinde idi. Otuz altı haftalık bir gebede operasyon esnasında doğum eylemi de gerçekleştirilmiştir. Alvarado skoru için median değer 6 (3-8) olup WBC, nötrofil yüzdesi şikayet sürelerinin trimestrler arası değerleri Tablo 1'de verilmiştir. **Tartışma ve Sonuç:** Özellikle 24 hafta üzerindeki 8 saatten uzun süren bulantı-kusma primer şikayeti ile başvuran Alvarado skoru ≥7 olan gebelerde AA akılda tutulmalı ve cerrahiden kaçınılmamalıdır.

[PB - 57]

Akut Apendisitinin Nadir Sebebi: Apendiks MukoseliŞAHİN KAHRAMANCA¹, TURGUT ANUK², GÜLAY ÖZGEHAN³¹Kars Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, Kars²Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kars³Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Apendiks lümeninde sekonder neoplazmlara bağlı anormal mukus birikimi olarak tanımlanan Apendiks mukoseli, klinikte akut apandisitinden farklı olarak uzun süreli sağ alt kadranda ağrısı ile karşımıza çıkmaktadır. Tanı genelde preoperatif konulmaz. Histopatolojisinde mukozal hiperplazi ve müsinöz kistadenom gibi benign patolojiler yer aldığı gibi, müsinöz kistadenokarsinom gibi, perforasyonu durumunda pseudomiksoma peritonei'ye yol açarak 5 yıllık sağkalımı %20'lere düşüren neoplaziler bulunmaktadır. Apendiks mukoseli saptanan 2 olduyu sunacağız. **Olgu 1:** Üç gündür sağ alt kadranda ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 32 yaşındaki erkek hasta, yapılan muayenesinde sağ alt kadranda rebound ve defans pozitifliği saptanmış ve bakılan lökosit (WBC) değeri 14.500/mm³ olarak ölçülmüştür. Hasta akut apandisit ön tanısıyla operasyona alındı. Operasyonda, apendiksin proksimalde 2 cm çapta ve 7-8 cm uzunlukta, distal kısımda ise yaklaşık 2-3 cm çapta ve 3 cm uzunlukta, etrafa son derece yapışık halde ve plastornvari şekilde olduğu gözlemlendi. Apendektomi sonrası hasta sorunsuz taburcu edildi. **Olgu 2:** Sağ alt kadranda yaklaşık 3-4 gündür künt karakterde ağrısı olan 79 yaşındaki bayan hastanın acil serviste yapılan tetkiklerinde WBC: 9.700/mm³ olarak saptandı. Rebound ve defans pozitifliği gözlenen hasta akut apandisit tanısıyla opere edildi. 7x4.5x2 cm'lik apendiks mukoseli saptandı. Apendektomi yapılan hasta komplikasyonsuz olarak şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Apendiks mukoseli apendektomili hastalarda 25/10.000 sıklıkta görülen çok nadir bir patolojidir. Preoperatif tanı konulamayan ve intraoperatif mukosel şüphesi olan lezyonlarda, kontrollü diseksiyon sayesinde perforasyon sonrası olası komplikasyon oranları minimuma indirebileceği gibi, beraberinde %20 sıklıkta görülen senkron kolon tümörü için de yapılacak postoperatif kolonoskopik incelemeler mortalite oranlarını azaltacaktır.



Şekil 1. Apendiks mukosellerinin makroskopik görünüşleri.

[PB - 58]

Gebede Akut Batın: Apandi sit

SEDA AKGÜN, AHMET METE ERGENOĞLU, NİYAZI AŞKAR, GÜRSEN GÜNDEM

Ege Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Gebelikte akut apandisit %0,1-0,2 sıklıkla karşılaşı-

lan akut batın sebebidir. Gebelik, akut apandisit tedavisini değiştirmemekle birlikte; tanıda, görüntüleme ve cerrahi tedavide zorluklara neden olmaktadır. Hastanemiz acil servisine başvuran gebeliği devam eden ve akut apandisit tanısı ile opere edilen dört olgu analiz edildi. Hastaların tamamına yapılan obstetrik ultrasonografide fetal kalp atımları olan haftasıyla uyumlu gebelik izlendi patolojik bulgu saptanmadı. **Olgu 1:** 27 yaşında, 12-13 hafta G2P1 tanılı hasta karın sağ alt kadranda ağrısı nedeniyle başvurdu. CRP 0,12 mg/dl, lökosit 7,44 x10³/mm³ olan hasta batın ultrasonografisi ve muayene bulgularıyla akut apandisit lehine değerlendirildi Genel Cerrahi tarafından laparoskopik apendektomi uygulandı. Patolojisi damarlanma artışı izlenen apendiks vermiformis olarak raporlandı. **Olgu 2:** 32 yaşında, 15-16 hafta G2P1 tanılı hasta bulantı-kusma ve karın ağrısı nedeniyle başvurdu. CRP:2,17 mg/dl, lökosit 16,97 x10³/mm³. Batın ultrasonografisinde apendiks boyutlarında artış, muayenesinde sağ alt kadranda defans ve rebound saptanan hastaya Genel Cerrahi tarafından Mc Burney insizyonla apendektomi uygulandı. Patolojisi flegmonöz apandisit ve lokalize peritonit olarak raporlandı. **Olgu 3:** 22 yaşında, 12-13 hafta G1P0 tanılı hasta karın sağ alt kadranda ağrısı nedeniyle başvurdu. CRP 1,8 mg/dl, lökosit 12,23 x10³/mm³ olan hasta batın ultrasonografisi ve muayene bulgularıyla akut apandisit lehine değerlendirildi Genel Cerrahi tarafından Mc Burney insizyonla apendektomi uygulandı. Patolojisi akut apandisit olarak raporlandı. **Olgu 4:** 27 yaşında, 20-21 hafta G1P0 tanılı karın ağrısı nedeniyle başvurdu. CRP 4.14 mg/dl, lökosit 15,79 x10³/mm³. Batın ultrasonografisinde apendiks 14 mm duvarı ödemli ve periapendiküler sıvı izlendi. Muayenesinde bilateral alt kadranda defans saptandı. Genel Cerrahi tarafından sağ paramedian insizyonla apendektomi uygulandı. Patolojisi mukoza ve submukozada hafif eozinofil infiltrasyonu dışında belirgin inflamasyon izlenmemiştir olarak raporlandı. **Tartışma ve Sonuç:** Olgulara postoperatif dönemlerinde intravenöz ve oral progesteron tedavisi verilmiş olup hastalar obstetrik komplikasyon gelişmeden taburcu edildiler. Olgu-2, 29-30. gebelik haftasında erken doğum tehdidi nedeniyle hospitalize edildi ve 31-32. gebelik haftasında normal vajinal yolla doğum yaptırıldı. Diğer olguların tamamına miadında obstetrik nedenlerle sectio sezaryen ile doğum yaptırıldı.

[PB - 59]

Acil Serviste Kist Hidatik Cerrahisi Deneyimi: Biliyer Sistem Kist İlişkisi Tahmin Edilebilir mi?

TOLGA DİNÇ, SELAMİ ILGAZ KAYILIOĞLU, CEM EMİR GÜLDOĞAN, AKIN BOSTANOĞLU, SENCER ERGİN, ELİF NUR KOÇMAR, BÜLENT ÇOMÇALI, FARUK COŞKUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Kist hidatik hastalarında karşılaşılan semptom ve bulgular acil servis hastalarında sıkça bulunabilmektedir. Bu çalışmada acil serviste karşılaşılan ve cerrahi tedavi uygulanan kist hidatik hastaları sunulmaktadır. Ayrıca hastaların ameliyat öncesi laboratuvar bulguları, hidatik kist ve biliyer sistem arasında ilişki olup olmaması açısından değerlendirilmiş ve ameliyat öncesi tahmin yeteneğinin araştırılması amaçlanmıştır. Acil servise başvuran ve ameliyata alınan kist hidatik hastaları retrospektif olarak taranmış ve dosyaları incelenmiştir. Hastalar kistlerin biliyer sistemle ilişkisi göz önünde bulundurularak gruplandırılmıştır. **Bulgular:** İki hasta grubu tanımlanmıştır. Biliyer sistem-kist ilişkisi bulunan grupta

ameliyat öncesi gamma glutamin transferaz ve alkalin fosfataz düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla: $p=,018$ ve $p=,003$). Diğer ameliyat öncesi laboratuvar tetkiklerinde anlamlı farklılık izlenmemiştir. Mortalite %17 oranında izlenmiştir (12 hastadan 2'si). Artmış gamma glutamin transferaz ve alkalin fosfataz düzeyleri karın ağrısıyla acil servise başvuran kist hidatik hastalarında biliyer sistem – kist ilişkisinin varlığı açısından uyarıcı olabilir. Bu hastalarda tanı sürecinin uzaması yaşamı tehdit edecek türde komplikasyonlara yol açabilir.

[PB - 60]

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Karın İçinde Germinatif Membranı Sağlam Dev Kız Vezikül

MUSTAFA UĞUR¹, CEM ORUÇ¹, YAVUZ SAVAŞ KOCA³, ALPEREN KAYALI², ERHAN KIZILKAYA¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Parazitik hastalıklardan hidatik kist en çok karaciğerde yerleşir ve nadiren travma yada spontan olarak peritoneal kavite içine rüptüre olarak akut karın ağrısına sebep olurlar. Daha nadirinde germinatif membran intakt kalır ve intraabdominal alanda kistik kitle ile karşımıza çıkarlar. Hastanemize 34 yaşında erkek hasta yaygın karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Karın ağrısının 4 saat önce karının tüm bölgelerinde başladığını, daha sonra bulantı, kusma şikayetlerinin geliştiğini belirtti. Karın muayenesinde sağ üst kadranda ve pelviste belirgin olmak üzere tüm kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Biyokimyasal ve tam kan sayımı testleri normal sınırlardaydı. Abdominal Tomografide karaciğer sağ lob posteriora subkapsüler alan boyunca subhepatik alana uzanan lobüle konturlu 6x5 santimetre boyutlarında sıvı kolleksiyonu izlendi. Karın orta hatta suprapubik alana doğru uzanan 7x11 santimetre boyutlarında kistik lezyon görüldü. Fizik muayene ve radyolojik inceleme bulguları doğrultusunda hasta acil ameliyata alındı. Ameliyatta karaciğer sağ lob segment 6-7 de rüptüre olmuş kist hidatide bağlı kaviter lezyon görüldü (Şekil 1). Pelviste serbest halde germinatif membranı sağlam 12x10 cm boyutlarında kız vezikül görüldü (Şekil 2). Kız vezikül membran bütünlüğü bozulmadan karın boşluğu dışına alındı. Karaciğerde rüptüre kist hidatik bölgesi hipertonic salinle, intraabdominal boşluk serum fizyolojikle yıkandı ve karaciğerdeki kist kavitesine eksternal drenaj yapıldı. Ameliyatın 4. gününde herhangi bir şikayeti olmayan ve komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Hasta 6 ay boyunca albendazol kullandı. Peritoneal kavite içine rüptüre kist hidatik olguları özellikle endemik bölgelerde akut abdomen ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir hastalıktır. Rüptüre kist hidatik olgularında kız vezikülün germinatif membranın sağlam kalması çok daha nadir görülen bir durumdur. Kist hidatik açısından endemik bölgelerde yaşayan yada bu bölgelere seyahat öyküsü bulunan ve akut abdomen bulguları ile başvuran hastalarda abdominal bilgisayarlı tomografi çekilmesi erken doğru tanı koymada faydalı olabilir. Olgumuzda olduğu gibi intraabdominal kistik kitle tespit edilmesi durumunda karaciğerin olası rüptüre kist hidatik hastalığı açısından dikkatlice değerlendirilmesi tanıyı düşümemizi kolaylaştırabilir.



Şekil 1. Karaciğerde spontan rüptüre olmuş kist hidatik kavitesi.



Şekil 2. Karın içinde germinatif membranı sağlam serbest kız vezikül.

[PB - 61]

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Jejunal Divertikül Perforasyonu

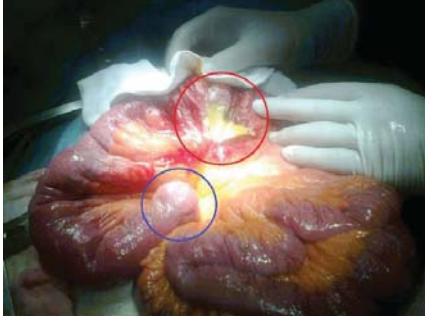
OĞUZ KOCAMIŞ¹, VOLKAN İNCE²

¹Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kırşehir

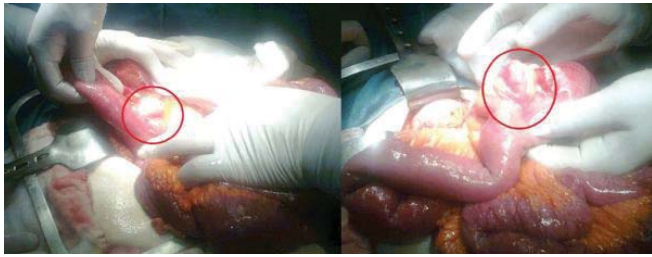
²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Otopsi serilerinde %0,3-4,5; kontrastlı ince bağırsak tetkiklerinde %0,5-2,3 görülme oranlarıyla oldukça nadir olan ince bağırsak divertiküllerinin prevalansı yaşla birlikte artar ve 6-7. dekatlarda pik yapar. Çoğunlukla asemptomatik seyreden bu hastalık, obstrüksiyon, divertikülit, kanama ve perforasyon gibi daha da ender olan komplike bir duruma dönüştüğünde cerrahi olarak tedavi edilirler. İleri yaş ve komplike hastalığa bir de genel anestezi morbiditesini eklemek için spinal anestezi altında tedavi edilen bir jejunum perforasyonu olgusu sunulmaktadır. **Olgu Sunumu:** İki gündür olan karın ağrısı şikayeti ile acile başvuran 86 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde tahta karın mevcuttu. Pulse oksimetre ile SO_2 %84 idi. Lökositozu olan ve akut böbrek hasarı (BUN:94, kreatinin:1,98) hastanın PAAC grafisinde iki taraflı pnömonik infiltrasyon ve diyafragma altında serbest hava mevcuttu. İçi boş organ perforasyonu düşünülerek hasta acil ameliyata alındı. Spinal anestezi ve sedasyon altında, orta hat kesi ile karına girildi ve karın içi yaygın pürülan safralı mayi aspire edildi. Gözlemin devamında trietzdan itibaren 50.cm'den itibaren 15 cm'lik jejunum segmentinde 2 adet mezenterik bölümde yerleşimli divertiküller saptandı ve distaldekinin perforasyonu görüldü (Şekil 1, 2). Bu segment rezeke edildi. İleri yaş ve kirli karın (jeneralize peritonit) nedeniyle uçuca anastomoz yapılmasından kaçınıldı ve umblikus sağ ve sol lateralinden ayrı ayrı iki adet uç jejunostomi olarak karına ağızlaştırıldı. Diğer ince bağırsak segmentleri ve kolonda başka divertikül saptanmadı. Ameliyat sorunsuz gerçekleştirildi ve yoğun bakımda takibe alındı. Preoperatif pnömonisi de olan hastanın antibiyoterapisi piperacilin tazobactam 3x4,5 gr, metronidazol 3x500 mg olarak düzenlendi. Postoperatif 1.gün oral gıda başlandı. Hastada kısa bağırsak sendromu olmaması için distal jejunum ansına 16fr Nazogastrik kateter beslenme amacıyla yerleştirilerek enteral beslenme sağlandı ve servise alındı. Servis takibinde, diyetisyen önerisi ve kontrolü altında hem oral yoldan hem de normal gıdalar püre haline getirilerek, jejunostomi kateterinden verilmek su-

retile hastanın beslenmesi sağlandı. Servis takibi sorunsuz seyretti ve antibiyoterapisi tamamlanan hasta 21. gün taburcu edildi. İki buçuk ay sonra stoması sorunsuz kapatıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Nadir bir akut karın nedeni olan jejunal divertikül perforasyonunun spinal anestezi altında da tedavi edilebileceği akılda tutulmalıdır.



Şekil 1. Kırmızı daire: Perfore divertikül Mavi Daire: Diğer divertikül.



Şekil 2. Diğer divertikül.

[PB - 62]

Yaşlı Bir Hastada Morgagni Hernisine Bağlı Kolon Perforasyonu

MUSTAFA UĞUR¹, SEÇKİN AKKÜÇÜK¹, CEM ORUÇ¹, YAVUZ SAVAŞ KOCA⁴, ALPEREN KAYALI³, ERHAN KIZILKAYA¹, ONUR KOYUNCU²

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Hatay

³Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiyagnostik Anabilim Dalı

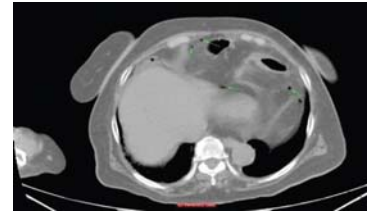
⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Barsakların karın içine göçü ve diyafragmanın oluşumu embriyoner dönemin 3-12. haftaları arasında gerçekleşir. Bu dönemde meydana gelen gecikme veya farklı gelişme konjenital diyafragma hernilerine neden olur. Defekt diyafragmanın anterior-medial bölümünde meydana gelirse Morgagni hernisi olarak adlandırılır ve diyafragmanın sternal ve kosta bölümlerinde birleşme anomalisi sonucu gelişir. Morgagni hernisi bulunan insanların çoğunluğu asemptomatik olarak hayatlarını sürdürürken nadiren barsak obstrüksiyonu veya inkarasyonu gibi farklı klinik durumlarla karşılaşılabilmektedir. Tüm tedavi edilen diyafragma hernilerinin sadece %3'ünü yetişkin yaş grubundaki insanlar oluşturur. Bu yazıda akut karın tablosuyla başvurup, abdominal tomografide diyafragma bir defekten herniasyona uğramış kolon segmenti saptanan ileri yaşta ki bir hasta klinik, laboratuvar ve cerrahi bulguları eşliğinde sunulmuştur. Hastanemiz acil servisine 83 yaşında kadın hasta üç

gündür olan karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Fizik incelemede karın tüm kadranslarda hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde kreatin 3,0 mg, lökosit 18 000 ml³ olarak ölçüldü. Abdominal Tomografide çekum ve sağ kolonun dilate olduğu, transvers kolonun diyafragmadaki bir defekten toraks içine herniye olduğu görüldü (Resim 1). Karın içinde serbest hava mevcuttu (Resim 2). Hasta fizik muayene ve abdominal tomografi bulguları doğrultusunda acil ameliyata alındı. Ameliyatta transvers kolonun bir segmentinin diyafragma bir defekten herniye olduğu görüldü (Resim 3). Çekum ve sağ kolonun ileri derecede dilate olduğu ve çekum duvarında iskemi ve perforasyon geliştiği görüldü. Omentum ve bir incebarsak anasının perforasyon alanına yapıştığı ve karın içi kirlenmeyi önlediği görüldü. Kolon diyafragmadaki defekten çekilerek karın içine alındığında retrosternal alanda 6x5 santimetre boyutlarında diyafragma defekt görüldü (Resim 4). Defekt sütüre edilerek kapatıldı. Çekum duvarında iskemi geliştiğinden sağ hemikolektomi yapıldı. Takiplerinde sorun gelişmeyen hasta taburcu edildi. Morgagni hernileri yaşlı hastalarda kolonda obstrüksiyon, inkarasyonu ve hatta perforasyonun nadir bir nedeni olarak akılda bulundurulmalıdır. Abdominal tomografi preoperatif dönemde tanı konulmasında faydalı bir radyolojik inceleme olarak düşünülmelidir.



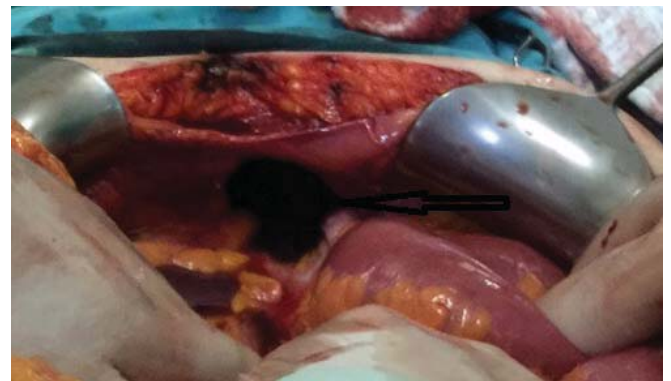
Şekil 1. Abdominal tomografide retrosternal defekten herniye olmuş kolon segmenti (Ok).



Şekil 2. Abdominal tomografide int-raperitoneal serbest hava dansiteleri (Oklar).



Şekil 3. Retrosternal defekten herniye olmuş kolon segmentinin ameliyat görüntüsü (Ok).



Şekil 4. Kolonik segment çıkarıldıktan sonra retrosternal diyafragma defekt (Ok).

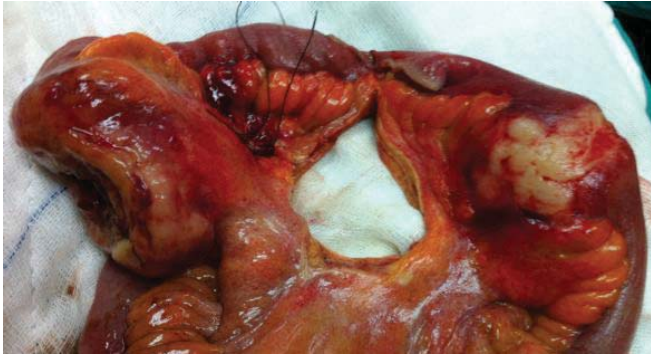
[PB - 63]

Perfore İncebağırsak Lenfoması: Olgu Sunumu

TURAN ACAR, OĞUZHAN ÖZŞAY, NİHAN ACAR, SERKAN KARAIŞLI, İBRAHİM KOKULU, SELDA HACIYANLI, MEHMET HACIYANLI

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

Amaç: Lenfoma, ince bağırsakta yerleşen malign tümörlerin yaklaşık %10-15'ini oluşturur. Primer ince bağırsak lenfomaları en sık ileumda lokalize olur. En sık rastlanan klinik bulgular parsiyel ince bağırsak obstrüksiyonu olmasına rağmen, ince bağırsak lenfomalı hastaların %10'un da perforasyon gelişebilir. Bizde bu posterde kapalı perforasyonuna neden olan, primer ince barsak lenfoması tanılı hastamızı sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 85 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 aydır olan karın ağrısı, konstipasyon, bulantı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın kan değerlerinde hipoalbuminemi ve kreatin, BUN yüksekliği mevcut idi. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet, defans ve rebaund vardı. Çekilen bilgisayarlı tomografide ileumda farklı 2 segmentde malign özellikte kitle ve batın içinde sıvı mevcut idi. Bunun üzerine acil operasyona alınan hasta ileumda farklı iki segmentte, bir tanesi yaklaşık 15 cm lümeni tama yakın tıkamış ve perforasyon sonrası peritona yapışıp kendini sınırlamış, diğeride yaklaşık 10 cm lik, 2 adet tümöral kitle gözlemlendi. Kitleleri içine alacak şekilde tutulan segmentlerin mezenteriyyle birlikte segmenter rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu 2 farklı segmentde primer ince bağırsak lenfoması olarak raporlandı. **Tartışma ve Sonuç:** İnce bağırsak tümörlerinin çoğunda komplikasyon gelişmediği sürece, semptom olmaması veya non- spesifik semptomların olması bu lezyonların ameliyat öncesi tanıların nadiren konmasına neden olur. Lokalize ince bağırsak lenfomaları, tutulan segmentin mezenteriyyle birlikte segmenter rezeksiyon ile tedavi edilmelidir. Eğer tüm ince bağırsaklar difüz olarak tutulursa, cerrahi rezeksiyondan ziyade, kemoterapi primer tedavi olmalıdır.



Şekil 1. İncebağırsakta farklı iki segmentte lenfoma.

[PB - 64]

İnternal Herniasyonun Nadir Bir Nedeni: Transomental Herni

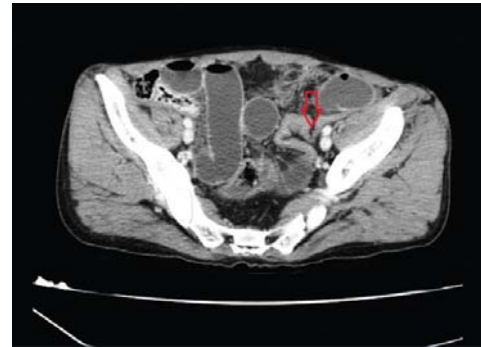
YÜCEL GÜLTEKİN¹, ALİ HAYDAR DADACI², İSA SAHAR¹

¹Ankara Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Konya

Amaç: İnternal herniasyon; mezenter veya omentumdaki bir defektten organın protrüzyonudur. Barsak rotasyon ve fiksasyon anomalileri nedeni ile ortaya çıkan paradüedonal herniler %53 ile internal herniasyonların en sık görülen şeklidir. Tran-

somental herni ise; internal herniasyonlar içinde %1 ile en nadir görülenidir. İntestinal obstrüksiyon etiolojisinin yaklaşık %0.5-%0.9'unu internal herniasyonlar oluşturur. Bu yazıda, ileus nedeni ile opere edilen ve operasyon sırasında transomental herni tanısı konulan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır. **Olgu Sunumu:** Karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetleri ile acile başvuran 48 yaşındaki erkek hastanın öyküsünde daha önce geçirilmiş bir karın operasyonu ve travma öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde, karında orta derecede distansiyon ve oskültasyonda barsak seslerinde artış vardı. Palpasyonda defans ve ribaundun eşlik etmediği sol alt kadranda hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın ayakta direkt karın grafisinde de hava-sıvı seviyesi tespit edilmedi, ancak grafide ince barsaklarda yaygın gaz birikimi mevcuttu. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide; sol inguinal bölgede mezenter yağlı dokuda herniasyon ve kirlenme, herni komşuluğunda sol alt kadranda ince barsak ansları arasında serbest sıvı tespit edildi. Ayrıca proksimal ince barsaklarda dilatasyon mevcuttu. Hasta klinik ve radyolojik değerlendirmeyi takiben internal herniasyon şüphesi ve ileus ön tanıları ile opere edildi. Göbek altı median insizyon ile karın eksplorasyonu yapıldı. Sol alt kadranda serbest mayi görüldü ve omentum majustaki yaklaşık 8x6 cm'lik defektten 20 cm uzunluğunda ince barsak segmentinin omentum içine herniye olduğu tespit edildi. İnce barsaklar defektten redükte edildi ve beslenmesinin normal olduğu görüldü. Defektli omentum bölgesine rezeksiyon uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 2. gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İnternal hernilerde preoperatif tanı konması zordur. Herniasyonu düşündürecek özgül klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları yoktur. Bu durum cerrahinin gecikmesine ve barsak nekrozlarına yol açabilir. İnternal herninin nadir bir nedeni olan transomental herniler de sıklıkla peroperatif tanı alır. Bu nedenle intestinal obstrüksiyonların ayırıcı tanısında gözardı edilmemelidir.



Transomental Herni BT Görünümü 1. Karın sol alt kadranda herniye olan ince barsak bölgesi.



Transomental Herni BT Görünümü 2. Herniye olan barsak ansının proksimalinde dilate olan ince barsakların görünümü.

[PB - 65]

Nadir Bir İnce Barsak Delinmesi Nedeni; Ağaç Dalı Yutulması: Olgu Sunumu

CEM ORUÇ, MUSTAFA UĞUR, SEÇKİN AKKÜÇÜK, AKIN AYDOĞAN

Mustafa Kemal Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

Yabancı cisimlerin yutulması, özellikle çocuklar, mahkûmlar, alkolikler, psikiyatrik hastalar ve yaşlılar arasında sık rastlanmaktadır. Yutulan yabancı cisimlerin çoğunluğu intestinal kanaldan sorunsuz geçerken %1'den daha azı perforasyona neden olur. Keskin ve sivri uçlu yabancı cisimler ince barsak delinmelerine yuvarlak uçlu cisimlere göre daha sık neden olmaktadır. Acil servise, karın ağrısı, kusma, genel durum bozukluğu, ve karında şişkinlik şikayeti ile getirilen 16 yaşında, mental retarde, erkek hastada birden fazla yutulan, ağaç dalına bağlı oluşan ince barsak delinmesi olgusunu sunduk. Ayrıntılı anamnezinde hastanın daha önce iki kez yabancı cisim yutmasına bağlı barsak obstruksiyonu nedeniyle ameliyat geçirdiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde karın distandı görünümde idi, karın orta hatta eski insizyon skarı mevcuttu. Karnın tüm kadrantlarında hassasiyet vardı. Laboratuvar değerlendirmesinde lökosit değeri 14500/mm³ diğer tam kan sayımı ve biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. Çekilen anterior-posterior karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Karın içinde serbest hava yoktu (Şekil 1). Hasta acil olarak ameliyata alındı. Yapılan batin içi gözlemde terminal ileumun yaklaşık 20 cm proksimalinde perforasyon oluşturan 6 cm uzunluğunda sivri uçlu düzeniz şekilli ağaç dalı parçası gözlemlendi (Şekil 2). Perforasyon alanında lokalize şiddetli inflamasyon nedeniyle yaklaşık 15 cm barsak segmenti rezeke edildi. Proksimalde kalan ince barsak muayene edildiğinde perforasyonun yaklaşık 40 ve 50 cm proksimalinde yerleşen 3 ve 4 cm lik düzensiz şekilli keskin ağaç dalı parçaları tespit edilerek rezeksiyon alanından dışarı çıkarıldı. İleostomi açılan hastanın karın içi temizliği ardından ameliyat sonlandırıldı. Takiplerinde sorun gelişmeyen hasta postoperatif 5. gününde taburcu edildi. Sonuç olarak akut karın nedeniyle başvuran mental retarde hastalarda yabancı cisim yutma öyküsü araştırılmalıdır. Ameliyatta yutulan yabancı cisimlere bağlı komplikasyon tespit edilirse muhtemel pasajın engellenebileceği kısımlar başka yabancı cisimler açısından dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu yaklaşımın ileride gelişebilecek muhtemel komplikasyonları azaltabileceği görüşündeyiz.



Şekil 1. Ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri.



Şekil 2. Yutulan ağaç dalına bağlı ince barsak perforasyonu.

[PB - 66]

Erişkinlerde Yabancı Cisim YutulmasıEMİN LAPSEKİLİ¹, RAHMAN ŞENOCAK³, ŞAHİN KAYMAK¹, MAHMUT YILMAZ², TANER AKYOL⁴¹GATA Harp Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara²GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara³GATA Gastroenterolojik Cerrahi Bilim Dalı, Ankara⁴Çorlu Asker Hastanesi Gastroenteroloji Servisi, Çorlu

Amaç: Gastrointestinal trakt yabancı cisimleri yol açtıkları mali yük, morbidite ve mortalite açısından acil servislerde önemli bir klinik problem olmayı sürdürmektedir. Yabancı cisim yutulması özellikle pediatrik yaş grubunda meydana gelmesine rağmen, psikiyatrik bozukluklarda, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı olanlarda ve sekonder kazanç amacıyla yutulma şeklinde de görülebilmektedir. **Gereç ve Yöntem:** Hastanemize Ocak 2011 ve Aralık 2013 tarihleri arasında yabancı cisim yutma şikayeti ile başvuran ve yaşları 20 ile 30 arasında değişen 26 erkek hastanın verileri toplandı. Hastaların klinik prezentasyonu, tanı öncesi sürenin uzunluğu, tedavi şekli, hastanede kalış süresi ve komplikasyonların tamamı kaydedildi. **Bulgular:** Klinik prezentasyon çoğunlukla karın ağrısı şeklindeydi. Yabancı cisim yutulması 11 hastada kasıtlı, 15 hastada kaza ile gerçekleşmişti. Klinik prezentasyon öncesi süre ortalama 2 gün (1 gün-5ay) olarak bulundu. Hastanede kalış süresi ortalaması 8,2 gündü. Yutulan yabancı cisimler incelendiğinde; 20 hastada (%76,9) iğne, 2 hastada (%7,7) çay kaşığı, 2 hastada (%7,7) şişe kapağı, 1 hastada (%3,8) kürdan ve 1 hastada (%3,8) taş parçacıkları yutulduğu görüldü (Tablo 1). Hastaların tamamında tanı amacıyla çift yönlü (PA/L) düz karın grafisi kullanıldı ve tüm hastalarda tanı pozitifdi. Hastaların 18'ine (%69,2) konservatif tedavi, 4'üne (%15,7) gastroskopi ile yabancı cisim çıkartılması, 4'üne (%15,7) laparoskopik veya laparotomi ile yabancı cisim çıkartılması işlemi uygulandı. **Tartışma ve Sonuç:** Yabancı cisim yutma vakalarının çoğunda doğal seyir asemptomatiktir ve yabancı cisim problemsiz olarak vücuttan atılmaktadır. Ancak, hastaların %15'inde endoskopi, %15'inde laparoskopik veya laparotomi ihtiyacı olabilmektedir.

Tablo 1. Yutulan yabancı cisimlerin dağılımı

Yutulan yabancı cisim	Olgu sayısı	Yüzde (%)
İğne	20	76,9
Çay kaşığı	2	7,7
Şişe kapağı	2	7,7
Kürdan	1	3,8
Taş parçacığı	1	3,8

[PB - 67]

Gastro-İntestinal Sistemin Nadir Perforasyon Sebebi: Yabancı Cisimler

OZAN BARIŞ NAMDAROĞLU, AHMET MÜCTEBA ÖZTÜRK, SAVAŞ YAKAN, NAZİF ERKAN, MEHMET YILDIRIM

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Yabancı cisimlerin yanlışlıkla yutulması genellikle çocukluk çağlarında görülen bir durumdur. Yabancı cisimler genellikle gastro-intestinal sistemden zararsız bir şekilde 1 haftada atılır. %1'in altında perforasyona neden olabilmektedirler. En sık perforasyon yeri ileumdur. Bu çalışmada kliniğimize yabancı cisim yutma sonrası başvuran iki farklı olgu pre-operatif tanı zorluğu nedeniyle tartışılacaktır. **Olgu 1:** 74 yaşında erkek

hasta, acil servise 3 gündür devam eden karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet ve defans saptandı. Laboratuvar incelemelerinde WBC:2320/mm³, HGB:13.3 gr/dl idi. Hastanın yapılan batın ultrasonografisinde alt kadranda serbest sıvı, tomografisinde ise orta hatta anslar içerisinde yüksek dansiteli oluşumlar görüldü. Akut batın ön tanısı ile ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda Treitz ligamanından itibaren 50.cm'de 3 cm uzunluğunda balık kılıçının jejunum segmentinde serbest perforasyona sebep olduğu görüldü (Şekil 1). Jejunumun 5 cm'lik segmenti rezeke edilip, uç-uca anastomoz yapıldı. Hasta post-operatif 5. günde taburcu edildi. **Olgu 2:** 25 yaşında erkek şizofreni hastası acil servise 2 gündür devam eden karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Batın muayenesinde batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound saptandı. Laboratuvar incelemelerinde WBC:7440/mm³, HGB:11.3 gr/dl idi. Direkt grafide batın orta hatta metalik cisme ait dansite görüldü. Hastanın tomografisinde duodenal bölgede yabancı cisme ait olan dansite ve falsiform ligaman düzeyinde serbest hava görüldü. Acil ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda dudenum 1. kıtada metal kaşık sapının penetre olarak yaklaşık 1 cm lik perforasyona sebep olduğu görüldü (Şekil 2). Cisim çıkartılarak perforasyon yeri primer onarıldı. Hasta post-operatif 5. günde taburcu edildi. Yabancı cisimlere bağlı perforasyonların pre-operatif dönemde teşhis edilmesi klinik semptomların spesifik olmaması ve diğer cerrahi durumları taklit etmesi nedeniyle zordur. Perforasyon riski ileri yaşlarda, kolon patolojileri olan hastalarda, alkoliklerde ve psikiyatrik problemleri olanlarda artmaktadır. Acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran bu grup hastalardan ve hasta yakınlarından ayrıntılı anamnez alınarak alışkanlıkları ve kemik içeren yemek tüketimleri sorgulanmalı tanıda görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmadır. Erken tanı ve tedavi için klinik şüphe en önemli parametredir.



Şekil 1. Balık kılıçının jejunumda oluşturduğu perforasyon alanı.



Şekil 2. Metal kaşık nedeniyle duodenumda oluşan perforasyon alanı.

[PB - 68]

Taşlaşmış Dışkıya Bağlı Gelişen Sterkoral Perforasyon

ENDER ÖZER, AHMET FİKRET YÜCEL, İBRAHİM AYDIN, AHMET PERGEL, AHMET KARAKAYA, DURŞUN ALİ ŞAHİN

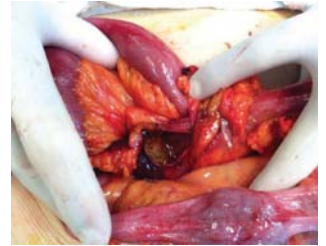
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Fekaloma bağlı gelişen kolon perforasyonu oldukça nadir görülen klinik bir tablodur. Sterkoral perforasyon, taşlaşmış gaytanın oluşturduğu lokal bası etkisine bağlı gelişen mukozal ülserasyon ve bağırsak duvarının incilmesi sonucu gelişir. Perforasyon, olguların %90 ve üzerinde sigmoid kolon ve rektosigmoid bölgede gözlenir. Acil kliniğimize akut karın tablosu ile başvuran ve taşlaşmış dışkıya bağlı gelişen bağırsak perforasyonu nedeni ile ameliyat ettiğimiz hastamızı güncel literatür eşliğinde sunuyoruz. **Olgu Sunumu:** Karın ağrısı ve yaklaşık 10 gündür gayta çıkaramama şikayetiyle acil servise

başvuran 78 yaşında kadın hastanın öyküsünden kronik kabızlığı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; batında yaygın rebound hassasiyet ve distansiyon mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde WBC: 10.200/mm³, CRP:3,0 mg/L idi. Diğer serum biyokimyasal parametrelerinde anormallik yoktu. Direkt batın grafisinde özellik yoktu. Çekilen intravenöz kontrastlı batın tomografisinde; perihepatik, her iki parakolik bağırsak ansları arasında serbest sıvı ve mezenterik yağ planlarında dansite artışları izlenmişti. Ayrıca bağırsak ansları çevresinde yer yer serbest hava değerleri dikkati çekmişti. Ameliyata karar verildi. Batın içerisinde yaygın bağırsak içeriği mevcuttu. Douglasta 2 adet, yaklaşık 4-5 cm boyutlarında serbest halde taşlaşmış gayta görüldü. Sigmoid kolonda, antimezenterik yüzde, taşlaşmış dışkıya bağlı gelişen, kenarları nekrotik yaklaşık 4 cm çaplı perfore alan olduğu tespit edildi (Şekil 1, 2). Sigmoid kolon rezeksiyonu ve Hartmann protokolü uygulandı. Ameliyat sonrası komplikasyon gözlenmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Kabızlık ve taşlaşmış dışkı oluşumu yaşlı hastalarda sık görülen, klinik olarak değişkenlik gösteren ve ciddi komplikasyon riski taşıyan bir tablodur. Patofizyolojisi oldukça karmaşıktır ve tedavisi de sıklıkla zor ve uğraştırıcı süreçler içerir. İhmal edilmemesi gereken, prognozunda kolon perforasyonu gibi morbidite ve mortalitesi yüksek klinik tablolara yol açabilen bir durumdur. Olgumuzda perforasyonun, taşlaşmış gaytanın oluşturduğu basınç nedeniyle meydana gelen sterkorül ülser nedeniyle oluştuğunu düşünmekteyiz. Kronik kabızlık öyküsü olan özellikle yaşlı hasta grubunda; ani başlayan, şiddetli karın ağrısı taşlaşmış dışkıya bağlı gelişebilen bağırsak perforasyonunu düşündürmelidir.



Şekil 1. Perfore alandan çıkmak üzere olan taşlaşmış dışkı.



Şekil 2. Sigmoid kolonda kenarları hafif nekrotik perforasyon alanı.

[PB - 69]

Warfarin Toksisitesine Bağlı Gelişen Jejunal İntramural Hematom

ENDER ÖZER¹, İBRAHİM AYDIN¹, OĞUZHAN ÖZDEMİR², AHMET PERGEL¹, AHMET FİKRET YÜCEL¹, ERCAN ZENGİN¹, DURŞUN ALİ ŞAHİN¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize
²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Antikoagülan kullanımının nadir bir komplikasyonu jejunal intramural hematomdur. Diğer akut karın nedenleri ile karışabilmektedir. Spontan jejunal intramural hematoma bağlı gelişen ve konservatif olarak tedavi ettiğimiz akut karın olgumuzu sunmayı ve literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetiyle başvuran 83 yaşında kadın hastanın öyküsünde atrial fibrilasyon nedeniyle warfarin kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde; batında yaygın rebound hassasiyet ve distansiyon mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; WBC: 15.000/mm³, Hb: 12,1 g/dl, INR değeri: 9,91 olarak ölçüldü. Direkt batın grafisinde özellik yoktu. Çekilen intravenöz kontrastlı bilgisayarlı batın tomog-

rafisinde; jejunal bağırsak ansında intramural hematoma bağlı segmenter duvar kalınlaşması ve kısmi luminal obstrüksiyon olduğu gözlemlendi (Şekil 1). Ayrıca batın içerisinde bağırsak ansları arasında mayii mevcuttu. Spontan jejunal intramural hematoma olarak değerlendirilen hasta konservatif olarak takip ve tedavi edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Spontan jejunal intramural hematoma, antikoagülan tedavi alan hastalarda oldukça nadir görülen bir komplikasyondur. Antikoagülan tedavinin ortaya çıkmasından önce bu tablonun en sık nedeni künt batın travmasıydı. Günümüzde en sık neden warfarin toksisitesidir. Diğer risk faktörleri arasında; hemofili, ITP, lösemi, lenfoma, miyeloma, kemoterapi, vaskülit, pankreatit ve pankreatik kanser bulunmaktadır. Fizik muayene bulguları diğer akut karın hastalıklarını taklit edebilir. Kontrastlı bilgisayarlı batın tomografisi tanıda en değerli yöntemdir. Yanlış tanı konulması gereksiz ve tehlikeli cerrahi girişimlere neden olabilir. Bu sebeple antikoagülan ilaç kullanımı öyküsü bulunan ve akut batın kliniği ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akla gelmeli ve mutlaka cerrahi girişim yapmadan önce radyolojik olarak ekarte edilmesine çalışılmalıdır.



Şekil 1. Kontrastli aksiyel ve koranal BT incelemede jejunal ansda mural hematoma (beyaz ok) ve mezenterik yağlı dokuda dansite artısları (beyaz yıldız) izlenmektedir.

[PB - 70]

Ağır Fiziksel Aktiviteye Bağlı Gelişen Rektus Kılıf Hematomu

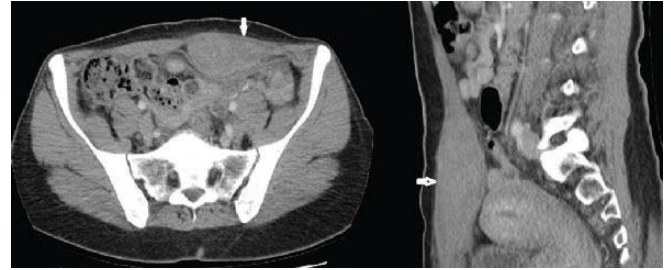
ENDER ÖZER¹, İBRAHİM AYDIN¹, NURGÜL ORHAN METİN², AHMET FİKRET YÜCEL¹, AHMET PERGEL¹, AHMET KARAKAYA¹, DURSUN ALİ ŞAHİN¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

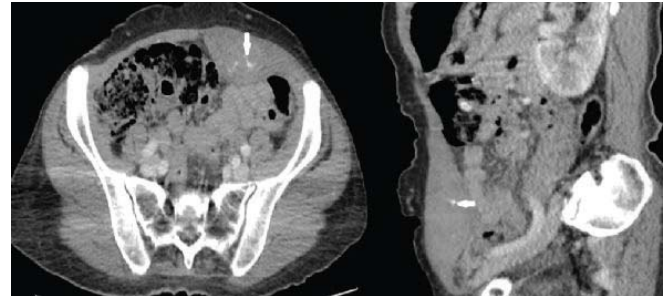
²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Rektus Kılıf Hematomu (RKH); sıklıkla bayanlarda görülen ve kendini sınırlayan klinik bir tablodur. Antikoagülan kullanımı ve karın duvarı travması en sık 2 nedendir. Antikoagülan kullanımı ve karın duvarı travma öyküsü olmaksızın, sadece ağır fiziksel aktivite sonrası RKH gelişimi ise oldukça nadirdir. Ağır fiziksel aktivite ile oluşan RKH'lı 2 olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık. **Olgu 1:** Egzersiz sırasında, karın ağrısı nedeniyle acil servise başvuran 31 yaşında bayan hastanın, özgeçmişinde ek hastalığı ve antikoagülan kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Yapılan fizik bakıda; batın sol alt kadranda hareketsiz, palpasyonla ağrılı kitle tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde; Hb: 8,05 g/dl, INR: 1,25 olarak tespit edildi. Bilgisayarlı batın tomografisinde; aktif ekstrasvazasyon izlenmeyen 6x2 cm çaplı RKH saptandı (Şekil 1). Hasta konservatif olarak tedavi edildi. Poliklinik kontrolünde sol alt kadranda saptanan kitlenin tamamen kaybolduğu görüldü. **Olgu 2:** Ağır yük kaldırdıktan sonra başlayan karın ağrısı nedeni ile acil servise baş-

vuran 60 yaşındaki bayan hastanın yapılan fizik muayenesinde batın sol alt kadranda ağrılı kitle palpe edildi. Antikoagülan ilaç kullanımı ve ek hastalık öyküsü bulunmayan hastanın laboratuvar incelemesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Bilgisayarlı batın tomografisinde; aktif ekstrasvazasyon gözlenen yaklaşık 8 cm çaplı RKH tespit edildi (Şekil 2). Hasta konservatif olarak tedavi edildi. Poliklinik takiplerinde sol alt kadranda kitlenin tamamen kaybolduğu görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** RKH; superior ya da inferior epigastrik arterlerin veya dallarının herhangi bir nedenle hasarı sonucu ya da direkt olarak rektus kasının yırtılmasına bağlı olarak meydana gelebilir. Literatürde antikoagülan ilaç kullanımı ve travma öyküsü olmaksızın gelişen RKH olguları bildirilmiştir. Nadir görülmekle birlikte, akut karına sebep olan diğer hastalıklar ile benzer semptom ve bulgulara neden olabilmesi tanıda gecikmeye yol açmaktadır. Tanıda USG ve MRI kullanılabilmeyle birlikte tercih edilen radyolojik modalite BT'dir. Her 2 olguda tanı acil birimde çekilen BT ile konmuştur. Her 2 olgumuzda olduğu gibi ağır fiziksel aktivite sonucu RKH gelişimi oldukça nadir bir tablo olup, ayırıcı tanıda akla getirilmelidir.



Şekil 1. IV kontrastli aksiyel BT ve sagittal reformat görüntüde sol rektus kasi hematomu, aktif ekstrasvazasyon izlenmiyor.



Şekil 2. IV kontrastli aksiyel BT ve sagittal reformat görüntüde sol rektus kasi hematomu ve aktif akstrasvazasyon (Beyaz Ok).

[PB - 71]

Akut Batının Nadir Bir Nedeni: Senkron Karsinoid Tümör

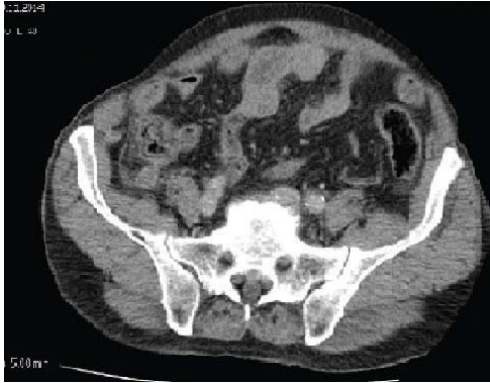
SEZGİN ZEREN¹, ZÜLFÜ BAYHAN¹, MEHMET FATİH EKİCİ², METİN MESTAN², ŞÜKRÜ AYDIN DÜZGÜN¹

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya

²Evlilya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya

Amaç: Tümör aynı veya çok kısa zaman aralığı için de saptanırsa senkron, ikinci tümör birinciyi takiben 12 ay veya daha fazla bir süre sonra saptanırsa metakron tümör olarak tanımlanmaktadır. Karsinoid tümörler apandiks en sık görülen tümördür. Apandiks karsinoidleri acil cerrahi pratiğimizde sıklıkla karşılaştığımız akut apandisit gibi klinik bulgular verir. Olguların çoğu apandektomiler esnasında tesadüfen ortaya çıkar. **Olgu**

Sunumu: 67 yaşında erkek hasta acile karın ağrısı ile başvurdu. Lökositoz, CRP yüksekliği tespit edilen hastanın tomografisinde retroçekal yerleşimli apandiks duvar kalınlığı artmış çevre yağlı dokuda iltihabi değişiklikler görülmekte idi (Şekil 1). Akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alınan hastanın retroçekal ve eritemli apandisiti mevcuttu. Apandektomi sonrası rutin eksplorasyonda ileoçekal valvin 100 cm proksimalinde incebarsak lümenini daraltan sert kitle tespit edildi. Lezyon wedge rezeksiyon ile çıkartıldı. Postoperatif takibinde problem gelişmeyen hasta 7. gün taburcu edildi. Apandiksin ve incebarsaktan eksize edilen kitlenin histopatolojik incelemesinde ileumdan eksize edilen tümör çapı 1cm, apandiksten eksize edilen tümör çapı 0,8 cm idi. Bunun üzerine olgu karsinoid tümör tanısı aldı. **Tartışma ve Sonuç:** Gastrointestinal karsinoid tümörü olan hastalarda senkron kanser insidansı yüksektir. Yapılan bir çalışmada 69 karsinoid tümör olgusunda %42 oranında senkron, %4 oranında metakron kanser görülme oranı bildirilmiştir. Ayrıca, apandiks tümörü olan hastaların yaklaşık 1/4'ünde kalın barsağın başka bir bölümünde senkron veya metakron tümörler olabileceği de bildirilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda apandiks tümörleri tüm gastrointestinal tümörlerin %0,4-1'ini ve apandektomi spesmenlerinin %0,7-1,7'sini oluşturmaktadırlar. Karsinoid tümör tanısı alan her hastada gastrointestinal sistem ve diğer sistemler senkron bir primer malignite açısından taranmalıdır. İleal karsinoidlerin %35'i metastaz yaparken apandikstekilerin %3'ü metastaz yapar. İncebarsak karsinoidlerinde multisentrisite %20-30'dur. Bizim sunduğumuz bu olguda, akut apandisit tablosu belirgin olarak izlenmemesi nedeni ile i.barsak eksplorasyonu yapılmış ve insidental olarak ince barsak yerleşimli senkron tümör tespit edilmiştir. Senkron karsinoid tümör ender görülen bir durumdur. Akut apandisit nedeniyle opere edilen hastalarda tanı kesin değilse ince barsak eksplorasyonu da rutin olarak uygulanmalıdır.



Şekil 1. Kontrastlı batin tomografi görüntüsü.

[PB - 72]

Meckel Divertikülüne Bağlı İnce Barsak Obstrüksiyonu

ESİN KAPLAN, ABDULKERİM ÖZAKAY, ÖNDER AKKUŞ, ÖZHAN ALBAYRAK, ACAR AREN, SERKAN SARI

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, İstanbul

Meckel divertikülü vitellin kesenin tam kapanmaması sonucu oluşur. Kanama intusisepsion divertikülit perforasyon intestinal obstrüksiyonla komplike olabilir. Algoritma ışığında böyle bir olgu sunulacaktır. 40 yaşında erkek aynı günbaşlayan karın ağrısı bulantı kusma şikayeti bulunan hasta. Karında distansiyon barsak seslerinde kaybolma, peritoneal iritasyon vardı. ADK grafisinde ince barsak düzeyinde gaz sıvı seviyeleri+BT:

Sağ alt kadranda terminal ileum seviyesinde ileo-ileal invajinasyon ile uyumlu görünüm ve bu alan proksimalindeki ince barsak segmentlerinde dilatasyon hava sıvı seviyelenmeleri izlenmiştir. **Operasyon:** Eksplorasyonda ileoçekal valvden 30cm proksimalde ince barsağın invajinasyon kısmı izlendi. İnvagine olan barsak anısı distalden proksimale doğru usulüne uygun olarak çıkarıldı. mechelin yaklaşık 7 cm geniş tabanlı olduğu ve ucundan perfore olduğu izlendi. Meckel rezeksiyonu ile çift kat ince barsak anastomoz edildi. Meckel divertikülü yaygın olarak görülen konjenital gastrointestinal anomalilerden birisidir (%1-3) Erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görülmektedir. Genellikle 2 yaşından önce semptomatik hale gelmektedir. Komplikasyonlar ise daha çok 20 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. 20 yaşın altındaki hastalarda en önemli komplikasyon kanama iken 40 yaşından üzerinde en önemli komplikasyon tıkanmadır. Meckel divertikülünün tedavisi hakkında bir çok görüş bulunmaktadır. Asemptomatik olup ve tesadüfen saptanmış 40 yaşın altındaki olgularda veya yaş ne olursa olsun fibrotik bantı bulunan hastalarda uzaklaştırılmalı diyen yayınlar vardır. Semptom veren Meckel divertikülünün tedavisi cerrahidir. Ancak birçok hastalık ile semptomlarının örtüşmesi nedeniyle preoperatif dönemde tanı koymak oldukça zordur. Olgular genellikle akut karın ön tanısı ile operasyona alınmaktadır ve genellikle operasyon esnasında tanıları konmaktadır. Geniş tabanlı divertikülü bulunan olgularda postoperatif dönemde darlık riskini önlemek için segmenter rezeksiyon tercih edilmekte iken dar tabanlı olanlarda divertikülektomi uygulanabilmektedir. Kanama nedeniyle opere edilen hastalarda divertikül içindeki ektopik dokunun komşu barsak anısı içerisinde de devam edebileceği şüphesi olduğu için bu tür olgularda segmenter rezeksiyon tercih edilmelidir. Sonuç olarak akut karın tanısı ile takip edilen olgularda Meckel divertikülü ve buna bağlı oluşabilecek komplikasyonlar da akılda tutulmalıdır. Özellikle akut karın nedeniyle ameliyata alınmış ve kliniğini izah edecek bir patoloji bulunamamış ise Meckel divertikülüne bağlı bir komplikasyon olabileceği akla gelmeli ve kontrol edilmelidir.

[PB - 73]

Gebe Bir Hastada Beklenmeyen Akut Karın ve İntrabdominal Hemoraji Nedeni; Bochdalec Hernisi

YAVUZ SAVAŞ KOCA¹, İBRAHİM BARUT², RASİH YAZGAN³, İHSAN YILDIZ¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Hepatobiliyer Cerrahi Bölümü, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Bochdalec hernisi genellikle yenidoğan döneminin bir hastalığı olup hamilelik döneminde nadir görülür. Semptomların non spesifik oluşu tanıyı güçleştirir ve bazen komplikasyonların kliniği ile tanı konulabilir. Komplikasyon varlığında mortalite ve morbidite oranı çok yüksektir. Literatürde intratorasik mide, kolon, özefagus nekrozları ve hemotoraksa neden olan omentum kanamaları bildirilmiştir. Ancak dalak pedikülünün çekilmesine bağlı dalak rüptürü bildirilmemiştir. Bu yazıda 34 yaşında gebe hastada total mide nekrozu, mide perforasyonu ve dalak rüptürüne neden olan bochdalec hernisi sunulmuştur. **Olgu Sunumu:** Otuz dört yaşında 24 haftalık hamile kadın hasta kusma, karın ağrısı, halsizlik, nefes almada güçlük yakınmaları ile acil servise başvurdu. Yaklaşık 10 gündür kusma yakınması olan hastanın, son 3 gündür nefes almada güçlük ve halsizliği başlamış. Fizik incelemede sol tarafta solunum

sesleri azalmış, karın palpasyonunda yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Tansiyon arteryel: 70/50 mmHg, nabız: 118/dk, vücut sıcaklığı: 37,8°C solunum sayısı: 25/dk idi. Batın ultrasonografisi tetkiki yapılırken kardiyopulmoner arrest gelişen hasta entübe edilerek yoğun bakıma alındı. Yoğun bakımda yatağında çekilen APAG'de solda diyafram altı serbest hava ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil 1). USG'de fetusun intrauterin ex olduğu saptandı. Ekplorasyonda batın içerisinde 2400 cc kan aspire edildi. Posterior diyaframda yaklaşık 14x8 cm'lik defekt mevcuttu (Şekil 2). Dalak batın orta hatta kadar çekilmişti ve hillus serozasından aktif kanama görüldü. Splenektomi yapıldı. Hastanın sol hemitoraksında bulunan mide ve omentum batına geri çekildi. Midenin tamamen nekroze olduğu ve küçük kurvatur corpus ön yüzden perforé olduğu görüldü (Şekil 3). Diyaframda açıklık içerisinde geniş bir fitik kesesi izlendi. Posteriodaki defekt göğüs tüpü konulduktan sonra primer onarıldı. Hastanın hemodinamisi ve oksijen saturasyonlarının düzelmesinin ardından sezaryen ile ölü fetus doğurtuldu. Total mide nekrozu olan hastaya Total gastrektomi + Rouxny özefagojejunostomi operasyonu yapıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Erişkin yaş grubundaki hastalarda infantlara göre daha az görülen bochdalek hernisi tanı konulduğunda ileride daha mortal komplikasyonlara yol açacağı göz önünde bulundurularak elektif şartlarda opere edilmesi gereken bir durumdur.



Şekil 1. PAAG'de diyafram altı serbest hava görünümü.

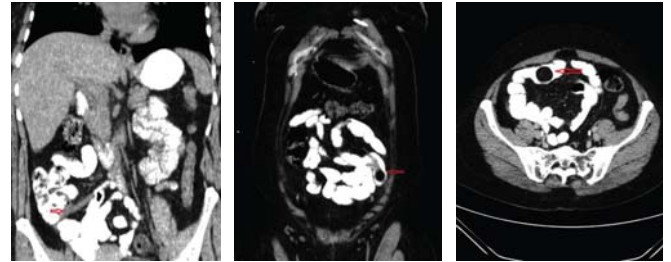


Şekil 2. Laparotomide posterior diyaframdaki 14x8 cm'lik defekt.



Şekil 3. Total mide nekrozu.

submukozadan kaynaklanan, düz veya lobüle, yumuşak kitleler halinde görülür. Genellikle asemptomatik olmalarına rağmen, boyut arttıkça semptomu neden olabilirler. Erişkinde genelde invaginasyona bağlı semptomlarla ortaya çıkar. Erişkin intususepsiyonu, hastalarda karın ağrısıyla karşımıza çıkabilmekte fakat gelip geçici barsak obstrüksiyonu nedeniyle negatif klinik ve radyolojik bulgular olabilmektedir. Bu yazıda akut apandisit eşlik eden ileal lipoma ikincil invaginasyon olgusu sunuldu. Elli altı yaşında kadın hasta iki gündür devam eden 6 saatir siddetlenen karın ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Rutin laboratuvar değerlerinde; WBC: 13000 CRP:16,8 mg/L idi. Diğerleri normal sınırlar içerisinde idi. Fizik muayenesinde akut batın bulguları mevcut idi. Karın ultrasonografisi normaldi. Karın bilgisayarlı tomografisinde (BT) orta ileal anlarda 2.5 cm'lik lipom ile uyumlu ovoid, keskin sınırlı lezyon ve bunun proksimalinde 3-4 cm'lik segmentte invaginasyon ile uyumlu görüntü mevcuttu. Ayrıca apendiks çapı artmış ve ödemli görünmekteydi. Yapılan diagnostik laparoskopide apendiks in ödemli, erektil ve hiperemik olduğu, ayrıca ileoçekal valvden 60-70 cm proksimalde ileal anların intususepsiyonu izlendi. Hastaya el yardımcı laparoskopik apendektomi ve segmenter ince bağırsak rezeksiyonu + uç uca anastomoz işlemi uygulandı. Piyeslerin patolojik incelemesinde üzerindeki mukozada yer yer ülser ve nekroz alanlarının görüldüğü submukozal yerleşimli lipom ve flegmanöz apandisit tespit edildi. Ameliyat sonrasında sorun gelişmeyen hasta beşinci günde şifa ile taburcu edildi. Hastaya üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopileri önerildi. Akut apandisit ile diğer sistem patolojileri birlikte nadir de olsa görülmektedir. Bu sebeple akut batın olguların altta yatan sebebin birden fazla olabileceği unutulmamalıdır.



Akut apandisit.

İleal lipom+invajinasyon.

İleal lipom.

[PB - 74]

Akut Apandisite Eşlik Eden İleal Lipoma Bağlı İleal İntusesepsiyon: Nadir Bir Akut Karın Nedeni

SEFA ERGÜN¹, SANGAR M FAROQ ABDULRAHMAN¹, MEHMET CİNGÖZ², ALPEN YAHYA GÜMÜŞOĞLU³, OSMAN ŞİMŞEK¹, SEZGİN ULUDAĞ¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Bakırköy Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

Cerrahi gerektiren akut karın patolojileri sık görülmekte ve çok farklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır; ancak tanı ve tedavisi zorluklar içermektedir. Akut apandisit aynı zamanda nadiren jinekolojik veya gastrointestinal sisteme ait benign veya malign patolojiye eşlik edebilir. Literatürde inceleyebildiğimiz kadarıyla ileal lipoma neden olan invaginasyon ile akut apandisit birlikteliği mevcut değildir. Gastrointestinal lipomlar genellikle

[PB - 75]

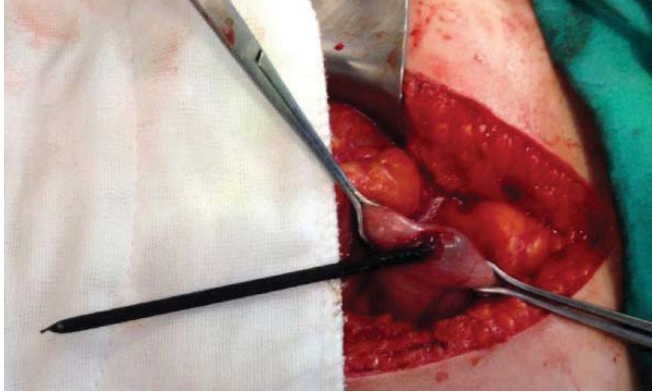
Sağ Psoas Kasına Saplanan Yutulmuş Çivi

İHSAN YILDIZ, YAVUZ SAVAŞ KOCA, İBRAHİM BARUT

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Yabancı cisim yutulması bilinçsiz ya da bilinçli olabilmektedir. Bilinçsiz olanların çoğu, 3 ay-6 yaş arası çocuklarda, çok ileri yaşlarda, kazayla veya mental problemlili kişilerde halüsünasyon gibi bir nedenle olabilmektedir. Yutulan cisimler metal para, iğne (toplu, kancalı vs.), mücevher, oyuncak parçaları, çay kaşığı, çiviler vs. ve yapıları ise, plastik, metal ve toksik içerikli maddelerden oluşabilmektedir. Yutulan cisimlerin birçoğu herhangi bir rahatsızlık vermeden 4 ile 6 gün gibi bir süre dışkıyla atılmaktadır. Ancak bazıları gastrointestinal sistemde obstrüksiyon ve perforasyon gibi cerrahi müdahale gerektiren ciddi sorunlara neden olmaktadır. Tedavide çoğunlukla endoskopik yaklaşım yeterli olmakla birlikte, perforasyon ya da obstrüksiyon olduğu durumlarda laparoskopi ve laparotomi kaçınılmaz olabilmektedir. **Olgu Sunumu:** Yirmidokuz yaşında mental retarde kadın hasta iki gündür devam eden sağ yan ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik inceleme,

derin palpasyonla sağ lomber bölgede hassasiyet vardı. Ayakta direkt karın filminde ve bilgisayarlı karın tomografisinde sağ ileopsoas kasının içine oblik olarak uzanan metal çivi ile uyumlu görünüm tespit edildi. Olguya önce endoskopik girişim yapıldı ancak cisime ulaşamadı. Genel anestezi altında laparotomi yapıldı, duodenum 3. kıtasından psoasa saplanan çivi gastrotomi yapılarak çıkarıldı. Psikiyatri konsültasyonu istenen hasta postoperatif 7. günde taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Mental retarde hastalarda halüsinasyonla yabancı cisim yutulması bildirilmektedir. Bizim hastamız da mental retarde idi. Yutulan cisimler çoğu zaman dışkıyla atılmaktadır. Cismin büyüklüğüne ve şekline göre doğal olarak atılma zamanı ortalama 5 gün sürmektedir. Semptom vermeyen olgularda konservatif yaklaşımın uygun olacağı ve semptom olduğu zaman ise müdahale yapılması tavsiye edilmektedir. Bizim olgumuzun sağ yan ağrısı semptomlarının iki gündür olduğu tespit edildi. Yutulan yabancı cisimlerin genellikle perforasyon, obstrüksiyon, organ hasarı ve çevre dokulara saplanması durumlarında cerrahi müdahale gerekli olmaktadır. Bizim olgumuzda da cisim duodenumdan geçip psoasa saplanmıştı. Olgumuzda görüldüğü gibi özellikle mental retarde kişilerde obstrüksiyon ve akut karın tablosu olmayan sağ lomber ağrıda yutulmuş yabancı cisim olabileceği akılda tutulmalıdır.



Gastrotomi ile çivinin çıkarılması.



Çıkarılmış çivi.

[PB - 76]

Abdominopelvik Apselerin Perkütan Drenajı: 11 Olguluk Sonuçlarımız

ENDER ÖZER¹, AHMET FİKRET YÜCEL¹, İBRAHİM AYDIN¹, AHMET PERGEL¹, AHMET KARAKAYA¹, OĞUZHAN ÖZDEMİR², DURSUN ALİ ŞAHİN¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize
²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Abdominopelvik apselerin görüntüleme eşliğinde perkütan drenaj işlemi konvansiyonel cerrahinin yerini almaktadır. Bu çalışmada amaç, abdominopelvik apse tanısı konan ve görüntüleme eşliğinde perkütan olarak drene edilen olgularımızı sunmak ve literatür ışığında tartışmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2014 – Haziran 2015 tarihleri arasında abdomino-

pelvik apse tanısı konan ve tedavi edilen 11 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar demografik veriler, görüntüleme özellikleri, komplikasyonlar, yatış süreleri, sitoloji ve kültür sonuçları açısından değerlendirildi. Hastaların tümüne görüntüleme eşliğinde (bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi) perkütan drenaj uygulandı. Drenaj işlemi lokal anestezi altında yapıldı. 18 G Seldinger yöntemi ile apseye girildi. Gelen içeriğin püy olduğu görülünce 12 ya da 14 F drenaj kateteri yerleştirildi ve serbest drenaja bırakıldı. Elde edilen materyal kültürantibiyoğrama ve sitolojik incelemeye gönderildi. Hastalara muhtemelen etkenlere yönelik geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Günlük drenaj 10 cc altına düştüğünde USG kontrolü yapılarak kateter çekildi. **Bulgular:** Abdominopelvik apse tanısı konan toplam hasta sayısı 11 (5 K / 6 E) olup, hastaların yaşları 27-73 arasında değişmekte idi. Hastaların yatış süreleri 3-11 gün arasında değişmekteydi. İşlem sonrası hastalarda komplikasyon gelişmedi. Apse lokalizasyonları; sol paraaortik 1, retrovezikal bölge 1, sağ alt kadran (periapendiküler) 3, sol psoas kası anterolaterinde 1, sağ psoas kası 2, perinie sağ kesiminde corpus cavernosum penis posterior kesiminde 1, sağ ve sol adneksiyal 1, sağ üst kadran (bilioma) 1 şeklindeydi. Apse boyutları 2,5-22 cm arasında idi. Olguların tümünün sitomorfolojik incelemesi benign olarak rapor edildi. Kültüre gönderilen materyallerden yalnızca birinde Streptokokus spp üredi. Tüm hastaların apse tedavisi ek girişime gerek duyulmadan başarıyla gerçekleştirildi. **Tartışma ve Sonuç:** Teknolojideki yenilikler ve deneyim arttıkça, abdominopelvik apse tedavisinde daha az invaziv yöntem olan perkütan drenaj işlemi rutin uygulanır hale gelmiştir. Abdominopelvik apselerin tedavisinde konvansiyonel cerrahi tedavi yerine, daha az morbidite ve mortalitesi olan perkütan drenaj yöntemi ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

[PB - 77]

Akut Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni: İzole Tubal Torsiyon

HASENE ÖZÇAM¹, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ², ÖZGÜR UZUN¹, TUĞBA ÖZCAN¹

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

İzole fallop tüpü torsiyonu (ITT) nadir bir olaydır, insidensi 1.5 milyonda 1 olarak görülmüştür ve preoperative tanısı zordur. Klinik muayene, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri bu durumda patognomik değildir. Tubal torsiyonda venöz ve lenfatik akımın bozulması sonucu konjesyon ve nekroz meydana gelir. Olgumuz 18 yaşında kadın hasta bulantı, kusma, karın alt kadranlarda şiddetli ağrı, dizürü şikayetleri ile acil kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Ultrasonografide (US) sol uterin cornuda yaklaşık 76.5x53.0 mm lik pür kistik kitle ve batında minimal sıvı görüldü. Ayırıcı tanısında öncelikle Urachal kist, mezenter kisti ve mesane patolojileri düşünüldü. İdrar analizi ve kan biokimya değerleri normaldi. Pelvic magnetik rezonans (MR) görüntüleme planlanan hastada takip sırasında ağrının şiddetlenmesi, karın alt kısımlarında rebaund ve defans saptanması, lökosit 25000/mm³, hipotansiyon, taşikardi gelişmesi üzerine genel cerrahi ile görüşüldü ve akut batın ön tanısı ile tanısız laparoskopi amacıyla acil ameliyata alındı. Explorasyonda sol tubanın sol uterin cornudan çıkış alanında kendi eksenini çevresinde döndüğü ve gangrenöz olduğu görüldü. Douglasda 200 cc serohe-

morrajik karakterde sıvı dışında diğer batın içi organlar salimdir. Laparoskopik salpenjektomi yapılarak ameliyat tamamlandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. 1 ay sonra yapılan kontrolünde uterus ve overler salimdir. Histopatolojik incelemede sol tubada hemorajik infarkt alanları mevcuttu ve torsiyon ile uyumlu olarak görüldü. İTT genellikle üreme çağındaki bayanlarda görülür. Literatürde konjenital ve edinsel tubal patolojileri (aşırı uzun tuba ve mezosalpings, tubal neoplazmlar, tübal ligasyon..vb) içeren bazı risk faktörleri bildirilmiştir. Genellikle sağda olmak üzere tek taraflı olmaktadır. Gaid ve ark. yaptığı retrospektif bir çalışmada US, Bilgisayarlı tomografi ve MR görüntülemenin sensitiviteilerinin sırasıyla %22, %14 ve %40 olarak bulmuştur. Ayrıca bu çalışmada preoperatif doğru tanı ancak %13 'tür. İTT genç bayanlarda akut karın ağrısı ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmez. Tanısal Laparoskopi hem tanı hemde tedavide gold standart cerrahi prosedürdür.



Laparoskopik görüntü, torsiyona bağlı gangrene tuba.



Pür kistik kitle US görüntüsü.

pıllmadı. İşlem sonlandırıldı. Patoloji ile tanı kesinleşti. Yapılan gastroskopide post pilorik ülser olup pilorda daralma izlendi. Medikal tedavi aldı. Şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Batın ön duvarında hava kistleri periton irritasyon bulgusu yapabilir. Bu olgu bize masif intraabdominal serbest hava varlığına sebep olan etmenlerin biri olarak pnömatozis intestinalisin akut cerrahi ayırıcı tanısında göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir.



Batın içi serbest hava. Bilateral diyafram altı serbest hava.



Batın ön duvar hava kisti. Laparoskopik batın öndüvar hava kisti.



İleum subseröz hava kist. Laparotomi ile ileum subserozal hava kisti.

[PB - 78]

Akut Karını Taklit Eden Pnömatosis İntestinalis Olgu Sunumu

SAMI DOĞAN¹, FATİH ERMİŞ², OYTUN SAFFET KAHYAOĞLU³

¹Düzce Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Düzce

³Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Pnömatosis intestinalis gastrointestinal sistem duvarında çok sayıda gaz kistleri ile karakterize, seyrek görülen bir hastalık olup daha çok mide ve ince barsaklarda olur. Subserozal kistlerin rüptürü halinde pnömatozis intestinaliste intraperitoneal serbest hava gelişir. Burada intestinal perforasyonu taklit eden masif peritoneal havanın eşlik ettiği pnömatozis intestinalis olgusu sunulmuştur. **Olgu Sunumu:** Acil servise karın ağrısı neden ile gelen 45 yaşında erkek hasta tarafımıza konsulte edildi. İki gündür epigastrik bölgede ağrısı olan hastanın ağrısında artma olması üzerine acil servise başvurmuş. İlaç olarak zaman zaman antasit kullanım vardı. Fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet ve defans olup çekilen direk grafide diyafram altı serbest hava, laboratuvarında lökositoz olması üzerine hastada perforasyon düşünülerek diyagnostik laparaskopi yapılmıştır. Operasyon sırasında nazogastrik drenajdan yaklaşık 2000cc mai aspire edildi. Laparoskopik eksplozasyonda batın içi safıralı ya da intestinal içerikli mai izlenmedi. Bunun bir perforasyon olmadığı anlaşıldı. Özellikle ince bağırsaklar ödemli, hiperemik ve serozasında nodüle benzeyen alanlar görülmesi birlikte batın ön duvarında da büllözümüslü peritonea karsinomatosis şüphesi üzerine tanıdan emin olmak üzere laparotomiye devam verildi. Laparatomide ince bağırsak segmentleri ve batın ön duvarındaki hava kabarcıklı alanlar elle bası yaparak hava çıkışları izlendi. Post pilorik alanın palpasyonla peptik ülser olabileceği düşünüldü. Kesin tanı için bağırsak duvarından ve batın ön duvarından lezyonun olduğu alandan biyopsi alındı. Herhangi bir barsak rezeksiyon ya-

[PB - 79]

Marginal Ülser Perforasyonunda Serbest Hava Bulunmaması

HALİM KALE¹, CENGİZ ÇETİNKAYA¹, RAMİ HOŞKAR¹, NURİYE ÖZDER¹, MUSTAFA ALTUNDAL¹, MUAMMER ÇETİNKAYA², ÖMER FAİK ERSOY², COŞKUN POLAT²

¹Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Karabük

²Karabük Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Karabük

64 yaşında kadın hasta. 4 gündür epigastrik bölgede devam eden progressiv ve sürekli karakterde ağrı, bulantı ve kusma nedeniyle acil servise müracaat eden hasta afebril idi. Herhangi bir analjezik ya da nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç kullanım öyküsü yoktu. Acil servisteki fizik muayene bulgusunda, epigastrik bölgede daha belirgin lokalizasyon gösteren bir ağrı, hassasiyet ve rebound mevcut idi. Ayakta alınan direk batın grafisinde herhangi bir subfrenik serbest hava görülmedi. Laboratuvar incelemesinde WBC değeri 16.000/mm³ dışında patoloji tespit edilmedi. hastada daha sonra mevcut muayene bulguları ve radyolojik, laboratuvar değerlendirmeler sonrası akut batın düşünüldüğünden dolayı eksploratuar laparotomi kararı alındı. yapılan eksplorasyonda duodenum birinci kıta ön yüzde bir adet 0.5 cm lik perforasyon yeri tespiti edildi. grahan usülü onarım yapıldı. batın içi bol serum fizyolojik ile irriрге eildikten sonra operasyon tamamlandı. hastanın postoperatif dönemi sorunsuz geçti ve postoperatif 5. gün şifa ile taburcu edildi. duodenum 1. kıta ön yüzde 0.5 cm lik bir adep Standing plain abdominal film showed no subphrenic free air (figure 1A). Perforated peptic ulcer with peritonitis was still highly suspected and further decubitus film revealed pneumoperitoneum (figure 1B, arrows). Timely laparotomy confirmed the diagnosis of perforated peptic ulcer with perforation over the anterior wall of pyloric ring. Sonuç olarak, bir PA akciğer grafisi

ve abdominal grafi içi boş organ perforasyonu erken tanısında ilk seçilecek radyolojik tanı aracıdır ama nadiren de olsa mevcut incelemelerde patoloji saptanamayabilmektedir. Bu olgularda klinik değerlendirmelerin olgumuzda olduğu gibi bütün tanısal incelemelerden daha değerli olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca olgumuzda yapmadığımız ama literatür değerlendirmesinde bu şekilde içi boş organ şüphesi olan olan ve direkt grafide patoloji tespit edilmeyen olgularda oldukça kompleks nitelikteki radyolojik ve laboratuvar değerlendirmeler yapmadan önce acil servis koşullarında alınacak basit bir dekubitus grafi ile tanı olanağı elde edilebileceğini de acil servis çalışanlarına anımsatmakta yarar buluyoruz.

[PB - 80]

Akut Batın Nedeniyle Yapılan Appendektomi Sonrası Karşımıza Çıkan Nadir Bir Olgu: İntestinal Endometriozis

SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN, MAHMUT YILMAZ, OĞUZ HANÇERLİOĞLU, MEHMET İNCE, HASAN ŞAHİN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Endometriozis, fonksiyonel endometriyal dokunun uterin kavite dışındaki alanlarda bulunmasıdır. Ektopik endometrium dokusu en çok pelvik organlar, overler, Douglas poşu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovaginal septum ve serviksi tutmaktadır. Akciğerler, plevra, diyafragma, barsaklar, safra kesesi, böbrekler, üreterler, umblikus, cilt, santal sinir sistemi ve ekstremiteler gibi ekstrapelvik bölgelerde de görülebildiği bilinmektedir. Endometriozis sıklığı üreme çağındaki kadınlarda %3 ile %37 arasında değişmektedir. İntestinal endometriozis tablosu gastrointestinal hastalıklar arasında genellikle Crohn hastalığı, appendisit, iskemik kolit, divertikülit, soliter rektal ülser ve maligniteleri taklit edebileceğinden, doğru teşhis geç konulabilmektedir. Burada karın ağrısı nedeni ile acile başvuran ve yapılan appendektomi sonrası endometriozis teşhisi konulan hasta sunulmaktadır. **Olgu Sunumu:** 29 Yaşında bayan hasta acil servise karın ağrısı ile başvurmuş ve yapılan fizik muayenede sağ alt kadranda ağrı hassasiyetli ve indirek rebound pozitifliği, WBC:9700, USG: Batın sağ alt kadranda çekumdan çıkıp kör sonlanan en geniş yerinde 7.5 mm çapa ulaşan kompresyona yanıtı kısmi aperistaltik tubuler barsak ansı izlenmiş ve hastaya aynı gün appendektomi ameliyatı yapılmış ve hasta ameliyatının ardından 4.Gününde cerrahi şifa ile taburcu edilmiştir. Patolojik incelemenin makroskopisinde 5 cm uzunluğunda, 0.6 cm çapında yüzeysel hemorajik görünümde appendektomi materyali; mikroskopik incelemesinde glandüler hücrelerde ER ve PgR pozitifliği saptanmış ayrıca serozal yüzeyde de inflamasyon bulguları saptanmış olup endometriozise zemininde gelişmiş akut apendisit olarak değerlendirilmiştir ve sonrasında hasta kadın hastalıkları ve doğum kliniğine yönlendirilmiş ve yaklaşık 9 ay sonra hastaya sağ overyan endometrioma eksizyonu ameliyatı yapılmıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Oldukça sık görülen bir akut karın nedeni olan akut apendiksiz oluşum mekanizmasında çoğunlukla fekaloitlerin etken olduğu bilinmekle beraber reproduktif çağındaki kadınlarda endometriozisin de akut apendisite neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Akut apendisit nedeniyle ameliyata alınan hastaların mevcut hastalığa sebep olacak durumlar içerisinde endometriozisinde olduğu düşünülmeli ve patoloji takibi sonunda bu durumdaki hastaların mevcut hastalığına yönelik kadın hastalıkları ve doğum kliniğince yakın takibe girebilecekleri konusunda

aydınlatılmasının hastanın takip ve tedavisi açısından yararlı olabileceği düşüncesindeyiz.

[PB - 81]

Nadir İleus Nedenlerinden Volvulus; 2 Yıllık Klinik Deneyimlerimiz 9 Vakalık Serinin Değerlendirilmesi

OĞUZ HANÇERLİOĞLU, SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN, MAHMUT YILMAZ, ZAFER KILBAŞI, YUSUF PEKER

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Kolon volvulusları hayatı tehdit eden özellikleri nedeniyle hızlı tanı konulması ve müdahale edilmesi gereken klinik tablolardır. Volvulus tedavisinde cerrahi ve cerrahi dışı yöntemler yer almakta, cerrahi dışı yöntemler olarak medikal tedavi, kolonoskopik basit detorsiyon, cerrahi yöntemler olarak rezeksiyon/anastomoz, Hartmann ameliyatı, kolopeksi, mezenterik meşoplasti ve loop sigmoidostomi gibi yöntemler uygulanmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada kolon volvulusu nedeniyle Haziran 2013 ve Mart 2015 tarihleri arasında kliniğimizde volvulus nedeniyle takip edilen hastaların klinik ve laboratuvar bulgularıyla birlikte değerlendirilmeyi amaçladık. Çalışma örneğine Haziran 2013 ve Mart 2015 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde kolon volvulusu tanısı ile izlenmiş olan hastalar alındı. Örneklem dahilindeki hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Çalışma kapsamında toplam 9 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 53.33±24.53 ve %66.7'si kadındır. Hastaların hastaneye geliş nedenlerinin başında %66.7 oranında karın ağrısı ve %55.4 oranında gaz gaita çıkışının olmaması gelmektedir. Hastaneye geliş laboratuvar bulguları incelendiğinde ortalama lökosit sayısının: 9011.1±4336.9 mm³, ortalama Laktat dehidrogenaz (LDH) değerlerinin: 484±594.8 U/L, ortalama amilaz değerlerinin: 46.62±25.12 u/L, ortalama Aspartat aminotransferaz (AST) değerlerinin: 30±29.4 U/L olduğu saptandı. Hastaların geliş elektrolit değerleri incelendiğinde ortalama potasyum (K) değerlerinin 3.9±0.6 mEq/L, ortalama sodyum (Na) değerlerinin 137.4±3.0 mEq/L olduğu belirlendi. Volvulusların lokalizasyonunu incelendiğinde %77.8'inin sigmoid kolonda, %22.2'sinin çekumda lokalize olduğu sonucuna ulaşıldı. Hastaların yalnızca 1'ine medikal tedavi, geriye kalan 8 hastaya cerrahi ya da girişimsel işlem uygulandığı ve toplam klinik yatış günü ortalamalarının 8.66±6.7 gün olduğu belirlendi. Bir hastanın klinik izleminin exitus ile sonuçlandığı saptandı. **Tartışma ve Sonuç:** Kolon volvulusları ileus sebeplerinin nadir rastlanan sebepleri içerisinde yer almakla birlikte hastanın klinik ve laboratuvar bulguları ile değerlendirildiğinde cerrahi müdahale gerektirmeden şifa sağlanmasından; eksitus durumuna kadar değişik klinik tablolarla karşımıza çıkmaktadır bu nedenle hızlı müdahale edilmesi gereken bir klinik durumdur. Hastalarda tanının konulmasına müteakip uygun tedavinin planlanması ve uygulanması hayati önem taşımaktadır.

[PB - 82]

Karaciğer Transplantasyonu İçin Donör Hepatektomi Sonrası Sağ İnkarsere Diyafragma Hernisi

FIKRET EZBERCİ, HÜSEYİN KEREM TOLAN, GÜRHAN BAŞ, METİN YÜCEL, ADNAN ÖZPEK, SUAT AKTAŞ, İLYAS KUDAŞ, MUSTAFA ÖZBAĞRIÇIK

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul Sağ taraf diyafragma hernisi, transplantasyon için donör sağ hepatektomi uygulanan canlı donörlerde nadir görülür, donörün mortalite ve morbiditesini etkileyecek bir problemdir. Burada donör sağ hepatektomi sonrası gelişen sağ diyafragmadaki herni kesesinde ince barsak segmenti boşulmasına bağlı akut karın gelişmiş bir olgu sunulmaktadır. **Olgu Sunumu:** 39 yaşında erkek hasta acil servise 24 saattir devam eden aralıklı kolik tarzında karın ağrısı ile başvurdu. Hafif bulantı ve kusma mevcuttu, gaz-gaita çıkıyordu. Bir yıl önce geçirilmiş sağ donör hepatektomiye bağlı sağ taraf ters L insizyon skarı mevcuttu. Fizik muayenede karın normal görünümde idi. Sağ üst kadranda palpasyonda hassasiyet mevcuttu. Defans yoktu. Laboratuvar testleri hafif lökositoz dışında anlamlı değildi. Düz batin grafisinde belirgin bir patoloji saptanmadı. Çekilen kontrastlı tomografide sağ hemitoraksta inkarsere diyafragmatik herni olduğu görüldü. Sağ diyafragma hernisi ön tanısı ile hasta ameliyata alındı. Eksplozasyonda sağ diyafragmada orta posteriora doğru 4 cm'lik bir defektten ince barsak segmentlerinin toraks boşluğuna geçtiği görüldü. Defekt genişletilip organlar karın içerisine çekildiğinde yaklaşık 100 cm'lik bir ince barsak segmentinin nekroze olduğu görüldü. Hastaya barsak rezeksiyonu-anastomoz ve diyafragma defektinin meshsiz primer tamiri uygulandı. Hasta postoperatif sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma:** Akkiz diyafragma hernileri genelde travma sonrası görülmektedir. Transplantasyon için sağ donör hepatektomi sonrası diyafragma hernisi son derece nadirdir ve olası geç dönem komplikasyon olarak akla gelmelidir. Cerrahi sırasında diyafragmada meydana gelen minör travmalar zamanla herniye neden olmuş olabilir.



BT görüntüsü 1.



BT görüntüsü 2.



Diyafagma herni defekti.



İskemik barsak segmenti.



İnkarsere diyafragma hernisi.

[PB - 83]

Akut Apendisiti Taklit Eden İntrauterin İnseminasyon Sonrası Heterotopik Gebelik: Laparoskopik Salpenjektomi İle Başarılı Aedavi ve İntrauterin Gebeliğin Devamı

METİN YEŞİLTAŞ¹, SEMİH HOT¹, BERK GÖKÇEK¹, SERACETTİN EĞİN¹, BERK BULUT²

¹S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Heterotopik gebelik intrauterin ve dış gebeliğin aynı anda olmasıdır. İnsidansı oldukça azdır (1/7000-30 000 gebelik). Üremeye yardımcı teknolojilerin kullanımı sonrasında bu oran %1'lere kadar yükselebilir fakat ikiz gebelik oranını arttıran klomifen sitrat kullanımında ise heterotopik gebelik nispeten daha azdır (1/900). Heterotopik gebeliğin tanı ve tedavisi genellikle zordur. Karın ağrısına vajinal kanama eşlik edebilir. Ultrasonografik incelemelerde sağda akut apandisit, solda ise korpus luteum kisti ile karışabilir. Ektopik ve heterotopik gebelikler sıklıkla erken ve orta birinci trimester arasında teşhis edilir. Heterotopik gebeliklerde tubal rüptür ve buna bağlı olarak hipovolemik şok tablosu olması muhtemeldir. Tanıdaki gecikme sonucunda daha sonra cerrahi girişim yapılsa bile hayati tehlike söz konusu olabilir. Önerilen standart bir tedavi yöntemi olmamakla beraber en yaygın kullanılan yöntem cerrahidir. Cerrahi dışı tedavi yöntemleri ise potasyum klorid, metotreksat ve hiperosmolar glukoz gibi bazı ilaçların ultrason veya laparoskopik kılavuzluğunda ekstrauterin gebelik kesesine direkt verilmesi işlemidir. Ancak hem ekstrauterin hem de intrauterin gebeliği etkileyebileceği için, bu ajanların sistemik yönetimi zordur. Akut karın bulguları olan, hemodinami stabil olmayan ve büyük hemoperiton şüphesi olan vakalarda laparotomi sıklıkla uygulanır. Hemodinamisi stabil hastalarda laparoskopik başarı ve güvenle gerçekleştirilebilir. Bizim hastamız 37 yaşında daha önce gebelik öyküsü olmayan ve invitro fertilizasyon uygulanmış yaklaşık 9 haftalık gebeliği olan bir kadındı. Karın sağ alt kadranda ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın lökosit sayısı 17.500 ve ultrason bulguları akut apandisit ile uyumlu idi. Klinik muayenesi akut karın açısından şüpheli olan hastaya acil laparoskopik bakı kararı alındı. Laparoskopik bakıda apandiksin sağlam fakat intrauterin gebeliğin yanı sıra sağ salpenjial ektopik gebeliğin olduğu görüldü (Şekil 1). Laparoskopik salpenjektomi yapıldı. İntrauterin gebeliğin devamı sağlandı. Daha sonra takiplerinde sorun yaşanmayan hasta miyadında doğum yaptı. Özellikle üremeye yardımcı teknolojilerin kullanıldığı gebelerde şüpheli akut karın bulguları varsa heterotopik gebelik ayırıcı tanıda düşünülmelidir.



Şekil 1. Ameliyat görüntüsü

[PB - 84]**Jejunal Divertiküle Bağlı Perforasyon,
Olgu Sunumu**İLKİN İSMAYİLOV, ÇAĞRI BÜYÜKKASAP, AYDIN YAVUZ,
MAHİR NASİROV, MEHMET OĞUZ*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

İnce bağırsak divertikülü nadir görülen edinsel bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda görülme sıklığı %0,5-2,5'dir. Görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Jejunal divertiküllü hastaların çoğu komplikasyon gelişmeden önce asemptomatiktir. Jejunal divertiküllerde komplikasyon gelişme oranı %6-10'dur. Bu olgu sunumunda nadir görülen jejunal divertikül zemininde gelişen perforasyon olgusu paylaşılmıştır. 66 yaşında erkek hasta, ani başlayan karın ağrısı, üşütme, titreme, ateş şikayetleri ile acil servise başvurdu. Vital bulguları stabildi. Karın muayenesinde palpasyonda akut karın ile uyumlu olarak tüm kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu, rebound saptanmadı. Dinlemelekle bağırsak sesleri hipoaktifti. Beyaz küresi 13,760/mm³. Diğer laboratuvar değerlerinde anormallik saptanmadı. Hastaya oral opaklı bilgisayarlı tomografi çekildi. Hastada proksimal jejunal anlarda divertikül perforasyonu tespit edilmesi üzerine operasyon kararı verildi. Laparotomi yapılarak karın eksplore edildi. Treitz ligamanından yaklaşık 60 cm distalde jejunal divertikül perforasyonu tespit edildi. Rezeksiyon yapılarak, uç-uc anastomoz yapıldı. Karın içi yıkandı, pelvise drain yerleştirilerek ameliyata son verildi. Postoperatif komplikasyon olmadı. Hasta 6. gün şifayla taburcu oldu. Jejunal divertikülün çeşitli yollarla tanısı konulabilir. Bizim bu olgumuzda jejunal divertikülozis tanısı bilgisayarlı tomografi ile konuldu. Sonuç olarak nadir görülen bu patoloji özellikle yaşlı hastalarda akut karın yapan nedenler arasında akla gelmelidir.

[PB - 85]**Bezoara Bağlı İnce Barsak Perforasyonu**İLKİN İSMAYİLOV, MAHİR NASİROV, AYDIN YAVUZ,
ÇAĞRI BÜYÜKKASAP, MUSTAFA ŞARE*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

Bezoarlar, sindirimi olmayan maddelerin üst gastrointestinal sistemde birikerek kitle oluşturmasıdır. Bezoarlar genellikle yoğun bitkisel lifler (fitobezoar), yutulan saçlar (trikobezoar) ya da değişik madde konglomerasyonları olarak sınıflandırılır. Bezoarlar jejunal bağırsak perforasyonlarının nadir bir nedenidir. 78 yaşında bayan hasta; 3-4 gün önce başlayan karın ağrısı, ateş, gaz-gaita çıkaramama, bulantı-kusma şikayetleri ile kliniğimize yatırıldı. Yapılan tetkiklerde ADBG'de az sayıda ince bağırsak seviyeleri saptandı. Laboratuvar bulgularında anormallik tespit edilmedi. Hastanın ileri yaşından dolayı maligniteyi ekarte etmek için endoskopi ve kolonoskopi yapıldı, patoloji saptanmadı. Hastanın şikayetlerinin artması üzerine oral opaklı bilgisayarlı tomografi çekildi. Tomografide distal jejunal segmentte bezoara bağlı perforasyon saptanması üzerine, operasyon kararı verildi. Laparotomi yapılarak, eksplorasyon sırasında distal jejunal segmentte perforasyon görüldü. Yaklaşık 5 cm'lik segment rezeke edilerek uç-uc anastomoz yapıldı. Karın içi yıkanarak dren yerleştirildi. Postoperatif dönemde komplikasyon saptanmadı. Hasta 7. günde şifayla taburcu edildi. Fitobezoarların tedavisinde son yıllarda değişik enzim preparatlarının yararı olduğu bildirilmektedir. Ancak bezoara bağlı perforasyonlarda cerrahi tedavi seçeceğimiz tek yöntemdir.

[PB - 86]**Akut Karını Taklit Eden Pnömotozis Sistoides
İntestinalis Vaka Sunumu**SEMİH HOT, HAKAN YALMAN, BERK GÖKÇEK, SERACETTİN EĞİN,
METİN YEŞİLTAŞ*S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği,
İstanbul*

Pnömotozis sistoides intestinalis(PSİ) barsak submukoza veya subserozasında gaz varlığı ile karakterize nedeni tam bilinmeyen ender bir durumdur(% 0.03). İlk kez 1730'da Du Vernoy tarafından tanımlanmış ve 1825'de Mayer PSİ terimini kullanmıştır. Klinik ve radyolojik olarak akut karın tablosunu taklit edebilen PSİ birçok hastalık ile birlikte görülebilir. Bunların bazıları pilor obstrüksiyonu, duodenal ve gastrik ülser, pulmoner hastalıklar, intestinal hastalıklar, abdominal eksternal yaralanma veya cerrahi, malnutrisyon, konnektif doku hastalığı, diabetes mellitus ve hipertansiyondur. PSİ'nin bilinen komplikasyonları ise intestinal obstrüksiyon ve perforasyon, atipik hiperplazi ve kanserizasyon, intussusepsiyon ve intestinal nekrozdur. PSİ'te tedavi antibiyoterapi, hiperbarik oksijen, intestinal obstrüksiyon, perforasyon olgularında ve prekanseröz durumlarda cerrahi ve ek olarak gastrointestinal dekompresyon, parenteral beslenme, sıvı ve elektrolit desteği şeklindedir. Bizim olgumuz yaklaşık 1 haftadır süren şişkinlik ve gittikçe artan karın ağrısı şikayeti ile acil servismize başvuran 50 yaşında bir erkek hastaydı. Yaklaşık 40 yıldır günde 2-3 paket sigara bağımlılığı öyküsü mevcuttu. Yapılan fizik muayenede karın 4 kadranda da hassasiyet, distansiyon, rebound ve defans vardı, barsak sesleri azalmıştı. Rektal tuşesinde özellik olmayan hastanın lökosit sayısı 13000K/mm³, CRP 205mg/L idi. ADBG' de diyafram altı hava mevcuttu. Hasta akut karın öntanısı ile ameliyata alındı. Ameliyat esnasında herhangi bir organ perforasyonuna veya iltihap bulgularına rastlanmadı. Ancak ince barsaklar trietzden itibaren yaklaşık 40.cm den başlayıp 220.cm ye kadar devam eden bir alanda oldukça ödemli idi ve bu bölgede 2-30 mm çapında yaygın subserozal hava kabarcıkları-bülleri mevcuttu (Şekil 1). Herhangi cerrahi bir işlem yapılmadan işlem sonlandırıldı. Hastanın daha sonra yapılan gastroskopisinde endoskopy zorlukla geçebildiği bir pilor darlığı tespit edildi. Ayrıca yapılan BT sonucunda akciğer parankim alanlarında sağ akciğer alt lob bazal segmentlerinde atelektazik değişiklikler ve her iki akciğerde minimal plevral effüzyon izlendi. Göğüs hastalıkları konsültasyonu sonrası pnömoni teşhisi konan hastanın tedavisi düzenlendi. Hastanın ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçti ve poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.



Şekil 1. Makroskopik görünüm.

[PB - 87]

Atipik Kolonik Volvulus

YAVUZ PİRHAN, MUSA KARAKUŞ

Amasya Üniversitesi S.Ş.E.A.H., Genel Cerrahi, Amasya

Amaç: perferasyon olmadan aşırı genişlemiş sigmoid volvulusu sizlerle paylaşmak istedik. **Olgu Sunumu:** 73 yaşında Parkinson hastalığı olan erkek hasta acil servise karın ağrısı ve karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Hemodinamik olarak stabildi. Batında gaz distansiyonu, oskultasyonda barsak sesi alınmıyor, defans ve rebaunt mevcuttu. Ayakta direkt batın grafide kolonik hava-sıvı seviyelenmesi mevcuttu (Şekil 1). Hasta mevcut bulgularla acil ameliyata alındı. Eksplozasyon da sigmoid volvulus ve volvulusa sekonder aşırı genişlemiş sigmoid kolon görüldü (Şekil 2, 3). İntraoperatif rektal tüp uygulanarak kolonik gaz ve sıvı drenajı sağlandı. Kolon drenaj sonrası normal çapına ulaştı. Segmental sigmoidektomi ve çift kat uç uca kolon anastomozu uygulandı. Hasta postop 5. günde komplikasyonsuz taburcu edildi.



Şekil 1. Ameliyat görüntüsü.



Şekil 3. Ameliyat görüntüsü.



Şekil 2. Olguya ait ADBG'si.

[PB - 88]

Geç Dönemde Akut Karınla Prezente Olan Yabancı Cisim: Olgu SunumuŞÜKRÜ TAŞ¹, ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, BERKİN ŞEKERCİ², TUNCER ŞİMŞEK³, ÖMER FARUK ÖZKAN¹, YILMAZ AKGÜN¹, MUAMMER KRAAYVAZ¹¹Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Endoskopi Ünitesi Kursiyer, Çanakkale³Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Abdominal cerrahi sonrası karın içerisinde unutulmuş yabancı cisimler arasında daha çok gaz tamponlar, cerrahi aletler ve sütür materyalleri yer almaktadır. Hastalarda yabancı cismin büyüklüğüne ve yapısına bağlı olarak semptomlar akut veya kronik dönemde ortaya çıkmaktadır. Akut dönemde bulantı, kusma ve karın ağrısı, fistül şikayetleriyle başvuran hastalar, kronik dönemde çoğunlukla karın ağrısı ile başvururlar. Unutulmuş sütür iğnesine bağlı geç dönemde akut karınla prezente olan olgunun sunulması amaçlandı. **Olgu Sunumu:** 15 yıl önce sezeryan öyküsü olan 45 yaşındaki bayan hasta sol alt kadranda şiddetli karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Çekilen batın tomografisinde sol alt kadranda psoas kası düzeyinde yaklaşık 5 cm lik metalik yabancı cisim izlendi (Şekil

1). Gerekli hazırlık sonrasında operasyona alınan hastada skopi altında sigmoid kolon komşuluğunda spina iliaka anterior süperior medialinde periton altında yabancı cisim belirlendi. Omentumla sarılı 5 cm lik metalik düz sütür iğnesi palpasyonla tespit edildi. Yabancı cisim etraf omental doku ile birlikte çıkarıldı. Postoperatif 3. Gün hasta taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Ameliyat sonrası unutilan yabancı cisimler, materyalin büyüklüğüne ve dokunun maddeye karşı göstereceği reaksiyona bağlı olarak akut veya kronik semptomlarla ortaya çıkabilmektedirler. Sunulan olguda da yabancı cismin az reaktif olması ve cismin küçük olması uzun vadede asemptomatik olarak kalmasına neden olmuştur. Bu nedenle de klinisyenler özgeçmişinde operasyon öyküsü olan karın ağrılı hastaları değerlendirirken unutulmuş yabancı cisim ihtimalini gözönünde bulundurmalarıdır.

[PB - 89]

Nadir Bir ÜST GİS Kanaması Nedeni: İdiopatik Portal Hipertansiyona Bağlı Fundus Varis KanamasıŞÜKRÜ TAŞ¹, ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, BERKİN ŞEKERCİ², TUNCER ŞİMŞEK³, ÖMER FARUK ÖZKAN¹, YILMAZ AKGÜN¹, MUAMMER KARAAYVAZ¹¹Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Endoskopi Ünitesi Kursiyer, Çanakkale³Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Çanakkale

Nadir Bir ÜST GİS Kanaması Nedeni: İdiopatik portal hipertansiyona bağlı Fundus Varis Kanaması İdiopatik portal hipertansiyon (İPHT) splenik vende trombos ve siroz olmaksızın gelişen ve nedeni ortaya konulamayan portal hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Klinik olarak, karaciğer fonksiyon testlerinin normal olduğu splenomegali ile presente olur. Sunduğumuz olguda İPHT'ye bağlı gelişen gsi kanaması olgusunun sunulması amaçlanmıştır. **Olgu Sunumu:** 51 yaşında erkek hasta GİS kanaması nedeniyle acil servisten Gastroentoloji kliniği tarafından yatırılmış. Özgeçmişinde 20 İPHT ve 10 yıl önce splenektomi hikayesi olup kanamanın endoskopik girişimlerle durdurulamaması üzerine acil operasyona alındı. Total gastrektomi + Roux N-Y özefagojejunostomi yapıldı. Postop klinik bulguları stabil seyreden hastada ani gelişen solunum sıkıntısı (Pulmoner Emboli?) nedeni ile ex oldu. **Tartışma ve Sonuç:** İdiopatik portal hipertansiyon non sirotik zeminde gelişen ve üst GİS kanamasına nadiren neden olabilmektedir. Akut kanamalarda ilk olarak endoskopik müdahale ve TIPS ilk seçenek olup, cevapsız olan hastalarda acil cerrahi tedavi planlanmalıdır.

[PB - 90]

Üst GİS Kanamasına Neden Olan Dev Gastrointestinal Stromal Tümör: Olgu Sunumu

ŞÜKRÜ TAŞ

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Gastrointestinal sistemde interstisyel Cajal hücrelerinden köken alan gastrointestinal stromal tümörler (GİST) en sık görülen mezenkimal tümörlerdir. En sık mide de lokalize olan bu tümörler çok az oranda da olsa gastrointestinal sistem dışındaki organlarda da bildirilmiştir. Sıklıkla başka amaçla yapı-

lan endoskopik ve radyolojik girişimlerde veya obstrüksiyon, kanama, perforasyon gibi acil cerrahi girişimlerde tesadüfen tanı konulur. **Olgu Sunumu:** 58 yaşında bayan hastaya yapılan endoskopide mide fundus korpus bileşkesinde lümen içerisine doğru eksofitik büyüyen üzeri ülsere alanlarla kaplı ve aktif hemoraji gözlenen kitle tespit edildi. Kanama bölgesine endoskopik klip atıcı ve lokal adrenalin enjeksiyonu ile aktif kanama durduruldu. Yapılan kontrol endoskopisinde ortası ülsere, mukoz bütünlüğü bozulmuş aktif kanaması durmuş kitle izlendi (Şekil 1). Hastaya çekilen BT'de mide duvarından kaynaklanan ve lümen dışına eksofitik büyüyen kitle imajı izlendi (Şekil 2). Operasyonda mide fundus korpus bileşkesinden köken alan ve abdominal boşluğa doğru büyüyen yaklaşık 15x20 cm büyüklüğünde kitle izlendi. Kitle süperiora doğru karaciğer segment 2'ye lokal olarak invazyon yapmıştı. Fakat karaciğer de uzak metastatik nodüllere rastlanmadı. Hastaya kitle ile beraber karaciğer segment 2'yide içerecek şekilde enblok total gastrektomi yapıldı (Şekil 3). Ardından Roux-N-Y özefagojejunostomi ve braun anastomoz ile rekonstrüksiyonu tamamlanarak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 8. Günde taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Tüm gastrointestinal tümörler arasında nadir görülmesine rağmen GİST; mezenkimal kaynaklı tümörler arasında en sık oranda görülendir. Hiçbir radyolojik veya endoskopik tetkik yöntemi GİST tanısını koymak için yeterli değildir. Kesin GİST tanısı için biyopsi materyali şarttır. Nadir görülen tümörlerden olan GİST acil operasyon gerektiren endikasyonlarla da karşımıza gelebilmektedir. Sunulan olguda olduğu gibi kanama, perforasyon veya tıkanma gibi komplikasyonlardan birinin varlığında hastanın hemodinamisi stabil hale getirildikten sonra hastaya cerrahi müdahale yapılır. Cerrahi yapılırken negatif cerrahi sınır, tümörün rüptüre olmaması ve tam bir rezeksiyon yapılmasına dikkat edilmelidir.

[PB - 91]

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: İzole Omental Pannikülit

ŞÜKRÜ TAŞ¹, ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, BERKİN ŞEKERCİ², TUNCER ŞİMŞEK³, ÖMER FARUK ÖZKAN¹, YILMAZ AKGÜN¹, MUAMMER KARAAVAZ¹

¹Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Endoskopi Ünitesi Kursiyer, Çanakkale

³Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Abdominal pannikülit; intraperitoneal veya retroperitoneal yağ dokusunun lokal bir bölgede generalize, inflamatuvar ve nekrotik reaksiyonudur. Literatürde nadir olarak bildirilmiş olup, kliniğimizde şiddetli karın şikayeti başvuran 2 hastada laparoskopik yaklaşımla tedavisi yapılan omental pannikülit olgusunun sunulması amaçlanmıştır. **Olgu 1:** 40 yaşında erkek hasta. Yaklaşık 24 saatten beri var olan karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde sigara kullanımı hariç özellik yoktu. Hastada bulantı ve halsizlik şikayetleri de mevcuttu. Anamnezinde sigara içmek dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde subfebril ateş (37.6°C) mevcuttu. Batın sağ kadranda hassasiyet ve rebaund tespit edildi. Laboratuar bulgularında lökositoz dışında patoloji saptanmadı. Batın tomografisinde karın sağ üst kadranda 40x20 mm boyutlarında, ilk planda ince barsak kökenli solid bir lezyon olarak değerlendirildi (Şekil 1). Laparoskopik explorasyonda; ince

barsak ansları üzerine yapışmış kirli sarı renkte yaklaşık 7x6 cm çapında nekrotik görünümde omental kitle görülerek laparoskopik olarak rezeke edildi. Postoperatif 2. günde taburcu edilen hastanın patolojisi omental pannikülit olarak değerlendirildi. **Olgu 2:** 42 yaşında bayan hasta yaklaşık olarak 2 günlük karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve rebaund tespit edildi. Laboratuar değerlerinde orta derecede lökositoz (wbc:12.600µ/l), CRP yüksekliği (12.28mg/dl) dışında özellik yoktu. Çekilen BT'sinde batın sağ alt kadranda ve batın duvarına yapışık içerisinde nekrotik alanlar olan heterojen, hipodens kitle tespit edildi (Şekil 2). Gerekli hazırlıklardan sonra hasta operasyona alındı. Laparoskopik explorasyonda batın sağ alt kadrana lokalize batın duvarına yapışık omental kitle tespit edildi (Şekil 3). Segmental omental rezeksiyon ile kitle total olarak eksize edilip çıkarıldı. Hasta postoperatif 3. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İntraabdominal pannikülitlerin nadir bir formu olan izole omental pannikülit(IOP); ekstraabdominal yağ nekrozu, inflamatuvar barsak hastalığı ve pankreatit olmaksızın sadece omentumu içeren, intrabdominal pannikülit olarak tanımlanır. IOP kavramsal olarak en çok idiyopatik segmental omental nekroz ile karışır. Omental pannikülit laparoskopik yaklaşımla tanısı ve tedavisi yapılabilen akut karın ağrısının nadir nednlerinden biridir.

[PB - 92]

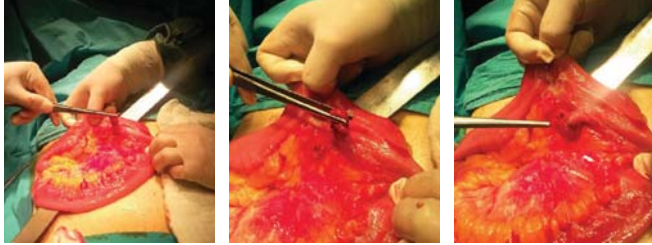
Atipik Yerleşimli Meckel Divertikülü

YAVUZ PİRHAN

Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Amasya

Amaç: Meckel divertikülü mide-bağırsak sisteminin en sık izlenen doğumsal anomalisidir. Çocukluk çağıında sıklıkla bağırsak tıkanıklığı ve kanama tablosuyla karşımıza çıkan, yaşamı tehdit edici komplikasyonlara neden olabilen ve bazen akut karın nedeniyle ameliyat edilen bir patoloji iken, erişkinlerde nadir olarak radyolojik görüntüleme veya laparotomi sırasında saptanabilmektedir. **Olgu Sunumu:** 23 yaşında bayan acil servise 1 gün önce başlayan karın ağrısı başvurdu. Muayenede göbek etrafında ve heriki kasık bölgesinde hassasiyet, özellikle göbek hemen altta defans ve rebaund mevcuttu. Wbc:14200, kan biyokimyası ve TİT normaldi. ADBG de özellik yoktu. Usg de ileo-çekal valv e yakın mesafede ince barsak segmentinde ödem tespit edildi. Hasta acil cerrahiye alındı. Sağ paramedian kesi ile batına girildi. Atipik yerleşimli meckel divertikülit(ileumun mezenterik kısmına yakın yerleşimli yaklaşık 3 cm tabanlı) tespit edildi. Segmenter rezeksiyon uygulandı. Hasta postop 3. Günde komplikasyonsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu meckel divertikülit ile uyumlu geldi. **Tartışma ve Sonuç:** Meckel divertikülü gastrointestinal sistemde %1-3 oranında görülen en sık rastlanan konjenital anomalidir (3). Barsak duvarının tüm katlarını içeren gerçek bir divertiküldür. Meckel divertikülü omfalo-mezenterik kanalın intrauterin dönemde kapanmaması sonucu oluşmaktadır. İleoçekal valvin 60 cm proksimalinde ve antimesenterik yüzde bulunur. Bizim olguda barsak ansının anti-mezenterik kısımdan değil de mezenterik yakın bölgede oluşmuştu. Çoğu asemptomatik olan olgular sıklıkla komplikasyon geliştiği zaman tanımlanırlar ve karşımıza divertikülit, gastrointestinal kanama, barsak tıkanıklığı, perforasyon, invajinasyon tablosu şeklinde çıkabilir. Geniş tabanlı divertikülü bulunan olgularda postoperatif dönemde darlık riskini önlemek için segmenter rezeksiyon tercih edilmekte iken dar tabanlı olanlarda divertikülektomi uygulanabilmektedir. Kanama nedeniyle opere edilen hastalarda divertikül için-

deki ektopik dokunun komşu barsak anısı içerisinde de devam edebileceği şüphesi olduğu için bu tür olgularda segmenter rezeksiyon tercih edilmelidir. Ameliyat esnasında tespit edilen meckel divertikülü lokalizasyonuna uyan tüm ince barsak divertikülleri meckel gibi değerlendirilip uygun cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Bizde meckel gibi değerlendirip segmenter rezeksiyon-anastomoz uyguladık.



Şekil 1-3. Ameliyat görüntüsü.

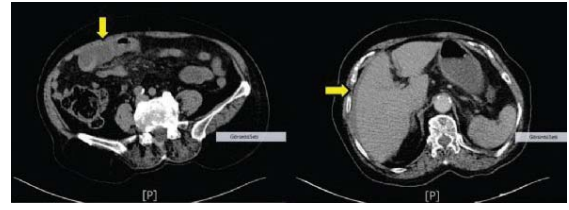
[PB - 93]

Akut Batınla Seyreden Warfarin Kullanımına Sekonder Spontan İntraabdominal Kanama

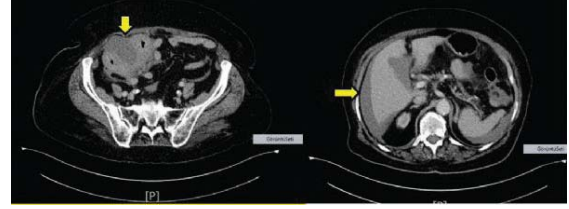
CEMAL KAYA, PINAR YAZICI, SİNAN ÖMEROĞLU, MEHMET MİHMANLI

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Warfarin tedavi veya profilaktik amaçlı kullanılan genellikle hayat kurtarıcı bir tedavi olarak görülen fakat aynı zamanda ciddi yan etkilere sahip bir antikoagulan ilaçtır. Bu yan etkilerin nadir görülenlerinden biri de spontan batın içi kanamadır. Biz bu makalede kontrolsüz warfarin kullanımına bağlı spontan karın içi kanamaya sekonder akut batın tablosu ile tarafımıza başvuran iki olguyu ve bu hastalara tedavi yaklaşımını sunmayı amaçladık. **Olgu 1:** Sekseniki yaşında kadın hasta, 2 gün önce başlayan karın ağrısı ile tarafımıza başvurdu. Hasta kalp kapak replasmanı nedeniyle 10 mg/gün warfarin kullanıyordu. Yapılan fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet mevcut olup, alt kadranda rebound saptandı. Laboratuvar değerlerinde beyaz küre(WBC) 12.8, hemoglobin (Hgb): 10g/dl, ve International Normalized Ratio(INR) ölçülemeyecek düzeyde yüksekti. Hastanın çekilen batın tomografisinde(BT) batın içinde yaygın sıvı mevcut olup batın sağ alt kesimde barsak duvarında kalınlaşma dikkati çekmişti (Şekil 1). Oral antikoagulan kesilip düşük molekül ağırlıklı heparin (Clexane 0.6 ml) ve K vitamini başlandı. Toplam 4Ü taze donmuş plazma(TDP) takıldı. **Olgu 2:** Seksenaltı yaşında kadın hasta 3 günlük karın ağrısı ve kanlı dışkılama şikayetiyle acil polikliniğimize başvurdu. Hastanın geçirilmiş serebrovasküler iskemik atak nedeniyle 15 mg/gün warfarin kullanım öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede batın ön duvarda yaygın ekimotik alan, palpasyonda batında tüm kadranda yaygın hassasiyet ve rektal tuşede hematokezya saptandı. Laboratuvar değerlerinde WBC:15.4, Hgb:11g/dl, ve INR değerleri ölçülemeyecek düzeyde bulundu. Batın BT de intramural hematoma da eşlik ettiği özellikle karaciğer ve dalak çevresinde yoğun batın içi yaygın sıvı saptandı (Şekil 2). Hastaya warfarin kesilerek K vitamini ve toplam 6Ü TDP verildi. Hastanın 2. gün rektal kanaması durdu. Her iki hastanın 1 haftalık takibi sonrası WBC, Hgb ve INR değerlerinin normalize olması ve klinik bulguların gerilemesi üzerine önerilerle sorunsuz taburcu edildiler. **Tartışma ve Sonuç:** Warfarin tedavisi alan akut karın tablosu gelişen hastalarda spontan gelişen karın içi kanamaları etiyojide göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastalarda yapılacak destek tedavi ile mümkünse cerrahi uygulamaktan kaçınılması hastanın lehine olacaktır.



Şekil 1. Perihepatik serbest sıvı ve intramural hematoma (oklar).



Şekil 2. Perihepatik ve perisplenik yaygın serbest sıvı ve intramural hematoma.

[PB - 94]

Nadir Bir Akut Karın Sebebi: Omental İnfarkt

PINAR YAZICI, ESİN KABUL GÜRBULAK

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Omental infarkt ilk olarak yaklaşık bir asır önce tanımlanan diğer akut karın sebepleri ile kolaylıkla karışabilecek, nonspesifik seyirli, nadir görülen bir akut karın sebebidir. Günümüz imkanları doğrultusunda bilgisayarlı tomografi ile tanı konulabilse de bu sebeple ameliyat edilen hastalar da mevcuttur. Bu makalede bize akut karın sebebi ile başvuran ve omental infarkt tanısı alan hastanın tanı ve tedavisine yaklaşımı tartışmayı amaçladık. **Olgu 1:** 26 yaşında bayan hasta tarafımıza iki günlük epigastrik ve özellikle alt kadranda yayılan ağrı ile başvurdu. Hastanın yapılan laboratuvar analizlerinde lökositoz (WBC: 13400 mm³/) ve c-reaktif protein (CRP) yüksekliği (67mg/dl) haricinde ek bir patoloji izlenmedi. Alt kadranda ağrı sebebi ile değerlendirilen hastada jinekolojik patoloji de saptanmadı. Akut apandisit ön tanısı olan hastada yapılan ultrasonografi mezenterik lenfadenopati saptarken apandisit lehine bulgu izlenmedi. Hastaya çekilen batın tomografisinde omental dokuda yaygın inflamasyonla seyreden omental infarkt ön tanısı saptanan hastaya medikal tedavi düzenlendi (NPO, sıvı tedavisi, sefazol 1gr, anti-inflamatuar ve analjezik) (Şekil 1). Hastanın laboratuvar değerlerinde gerileme olması ve ağrısının gerilemesi (nedeniyle cerrahi uygulanmadı ve hasta izlem 4. Günde taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde herhangi bir patoloji izlenmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Omental infarkt hastalarında etiyojoloji tam olarak belli değildir ve ağrı gelişimi batında herhangi bir lokasyonda olabilir. Literatürde bu nedenle opere edilen ve iskemik omental bölgenin rezeksiyonunun yapıldığı birçok hasta olmasına rağmen preoperatif doğru tanı konulduğunda bu hastaların çoğu medikal tedaviye yanıt vermektedir. Bu nedenle diğer akut karın tablolarının ayırıcı tanısında mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Preoperatif görüntüleme gereksiz cerrahiye önlemektedir.



Şekil 1. Omentumda dansite artışı.

[PB - 95]

Karnitinin Kolon Mukozası Üzerine Radyoprotektif Etkisi

ŞÜKRÜ TAŞ

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Karnitinin kolon mukozası üzerine radyoprotektif etkisi. Çalışmamızda karnitinin radyoprotektif etkisi histopatolojik olarak değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Etik kurul onayı sonrası 32 rat 8'erli dört gruba ayrıldı. Grup 1'e normal salin, Grup 2 ye L Carnitine (300 ml/kg), grup 3'e sadece 20 Gy abdominopelvik radyasyon uygulaması, grup 4'e 20 Gy abdominopelvik radyasyon verilmenden önce sistemik karnitin uygulandı. 5 gün sonra ratlar sakrifiye edilerek inen kolondan örneklemeye yapıldı. Piyesler radyasyon hasar skoru (RHS) açısından histopatolojik olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Grup 1 ve 2 arasında RHS açısından istatistiksel farklılık yoktu. Grup 3 RHS en yüksek grup olarak izlendi. Sistemik karnitin uygulanan grup (Grup-4) Grup-3 ile karşılaştırıldığında RHS istatistiksel açıdan anlamlı olarak azdı. **Tartışma ve Sonuç:** Radyoterapi sonrası gastrointesitinal sistemde sıklıkla olumsuz semptomlar görülebilmektedir. Çalışmamızda yara iyileşmesi üzerine olumlu etkileri gösterilmiş olan karnitin radyoterapi öncesi uygulaması kolon üzerine koruyucu etki olduğunu ortaya koymuştur.

[PB - 96]

Yaşlılarda Nadir Bir Sepsis Nedeni: İzole Abdominal Duvar Absesi

ŞÜKRÜ TAŞ, ÖZTEKİN ÇIKMAN, ÖMER FARUK ÖZKAN, YILMAZ AKGÜN, MUAMMER KARAAYVAZ

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Yaşlılarda sepsis genç popülasyona göre daha sık görülmekte olup, acil servislere sıklıkla solunum ve üriner kaynaklı sepsis izlenmektedir. Diğer bir sık neden ise abdominal kaynaklı patolojiler olup, izole abdominal duvar absesi literatürde nadir olarak saptanmıştır. Çalışmamızda 72 yaş hastada izole abdominal duvar absesi saptanan hastada sepsis nedeniyle radyolojik bulgular eşliğinde laparoskopik yaklaşımla tedavisinin sunulması amaçlandı. **Olgu Sunumu:** 72 yaşında kadın hasta acil servise genel durum bozukluğu nedeniyle başvurdu. Hastanın yapılan rutin tetkiklerinde lökopeni ve trombositopeni saptandı (Wbc: 54000, Plt:12000, Hb: 8.4gr/dl). Hastanın yapılan abdominal muayenesinde batın sol alt kadranda umblikulusun yukarisına doğru uzanan 10x10 cm'lik şişlik saptandı. Hasta diğer klinik değerlendirmeleri sonrası acil tomografiye alındı. Çekilen tomografisinde abdomende sol tarafta, fascia ile cilt arasında içinde hava dansiteleri olan sıvı izlendi (Şekil 1). Preoperatif hazırlıkları yapılarak ilk önce diagnostik laparoskopi ile abdomen değerlendirildi Patoloji saptanmadı. Katı sol tarafta yapılan insizyonla katlar geçilerek abse poşuna ulaşıldı. 500 cc kadar pürülan karakterde geleni oldu. Loj debride edildi. Temizliği takiben operasyona son verildi (Şekil 2). Postoperatif yoğun bakımda takip edilen... Postoperatif sorunsuz olarak taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Yaşlı popülasyonda sepsis nedenleri arasında, izole abdominal duvar absesi nadir olarak görülmektedir. Mortal sepsise neden olabilen bu patoloji, abdominal diğer patolojilerle sıklıkla herniyi taklit edebilmekte, tanının gecikmesine neden olabilmektedir. Yaşlılarda sepsis nedeni araştırılırken izole abdominal duvar absesi akılda tutulmalıdır.

[PB - 97]

Nadir Bir Akut Batın Nedeni: Mukosele Bağlı Apendix Torsiyonu

ŞÜKRÜ TAŞ, ÖZTEKİN ÇIKMAN, ÖMER FARUK ÖZKAN, MUAMMER KARAAYVAZ, YILMAZ AKGÜN

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Apendiks mukoseli; apendiks lümeninin anormal mukus birikimi sonucu gelişen distansiyonu olup nadir görülmektedir. Akut batın bulguları vermedikçe başka bir nedenden dolayı çekilen radyolojik görüntülerle tanı konulabilmektedir. Bu çalışmada mukosele bağlı apendix torsiyonu sonucu gelişen akut batın olgusunun sunulması amaçlandı. **Olgu Sunumu:** 42 yaşında erkek hasta, sağ alt kadranda karın ağrısı şikayeti acil kliniğinde görüldü. Hastanın fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassiyeti mevcuttu. Periton irritasyon bulguları olmayan hastanın hemogram ve biyokimya değerlerinde özellik yoktu. Çekilen tomografide apendikte mukosel ile uyumlu görünüm (Şekil 1) belirlenmesi üzerine hasta operasyona alındı. Laparoskopik eksplorasyonda apendiks güdüğünden yaklaşık 3 cm proksimalinden başlayan ve distal uca doğru ilerleyen yaklaşık 4 cm çapında torsiyone olmuş apendiks mukoseli izlendi (Şekil 2). Apendektomiye karar verilen hastada Mc Burney kesi ile laparotomi yapıldı. Apendektomi yapıldı. Batın kapatılarak operasyona son verildi. Hasta postoperatif 1. gün sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Apendiks mukoseli, 6. ve 7. dekattaki kadınlarda sıklıkla görülmektedir. Mukosel genellikle asemptomatik olarak seyretmektedir. Belirsiz abdominal gerginlik, akut ya da kronik sağ alt kadranda ağrısı şeklinde semptom verebilmektedir. Ender olarak mukoselin invajinasyonuna sekonder gelişen kolik tarzında ağrı izlenebilmektedir. Mukosel komplikasyonları intusepsiyon, kanama, perforasyon, rüptür, psödomixoma peritonei ve peritonittir. Komplikasyon gelişmeyen vakalarda tanı genelde insidental olarak konulur. Sağ alt kadranda karın ağrısı şikayeti olan hastalarda apendiks mukoseli akılda tutulmalıdır. Laparoskopik yada ameliyat öncesi görüntüleme yöntemleri ile tanı konulan vakalarda mukosel perforasyon ihtimali gözönünde bulundurularak gerektiğinde geniş insizyonla apendektomi planlanmalıdır. Böylece gelişebilecek psödomiksoma peritonei ihtimali ortadan kaldırılmalıdır.

[PB - 98]

Konstipasyona Bağlı Kolon Perforasyonu: Olgu Sunumu

AYDIN YAVUZ, İLKİN İSMAYİLOV, ÇAĞRI BÜYÜKKASAP, MAHİR NASİROV, HASAN BOSTANCI, ÇAĞATAY ÇİFTER

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Konstipasyon ve fekal impaksiyon özellikle geriatrik hasta grubunda sıkça görülebilmektedir. Kronik konstipasyon hikâyesi olan bir hastalarda ani başlayan ciddi karın ağrısı olması durumunda sterkoral perforasyon mutlaka akla gelmelidir. Sterkoral perforasyon görülmesine rağmen yüksek morbidite ve mortaliteyle kendini gösterir. Katılaşmış gaitanın yaptığı basınç nedeniyle meydana gelen nekrotik kenarlı ülserin (sterkoral ülser) perforasyona sebep olduğu düşünülmektedir. 77 yaşında kadın hasta, 10 gündür dışkılayamama, karın ağrısı ve şişkinlik şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Hastaya yapılan bilgisayarlı tomografisinde perforasyon saptanması üzerine hastanemi-

ze sevk edilmiş. Hastanın hikayesinde 2 ay önce kalça protezi operasyonu geçirdiği sonrasında 2 kez acil servise başvurduğu konstipasyon nedeniyle başvurduğu ve elle fekaloid boşaltıldığı öğrenildi. Hastanın bilinci konfü, genel durumu kötü, oryantasyon ve kooperasyonu kısıtlıydı. Hasta hipotansifti, karında distansiyonu, yaygın hassasiyeti ve defansı mevcuttu. Rektal tuşede sertleşmiş gaita mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde beyaz küresi 20530/mm³, BUN:77, Kreatinin:3,03, Alb:2,12 idi. Hasta bu bulgularla acil operasyona alındı. Sigmoid kolonun 15-20 cm çaplara ulaştığı ve içerisinde katılaşmış gaita olduğu ve kolonun antimezenterik yüzünde 2-3 adet ülser alan perforasyon olduğu görüldü (Şekil 1). Perfore olan alan açılarak içindeki katı gaita boşaltıldı (Şekil 2). Sonrasında ülser alan eksize edilerek onarıldı ve transvers kolondan loop kolostomi açıldı. Postoperatif 10. gün sorunsuz şekilde taburcu edilen hastanın 2 ay sonra kolostomisi kapatıldı. Mekanik bağırsak tıkanıklıkları cerrahi gerektiren patolojilerdir. Rektumda fekal madde birikmesinin göz ardı edilmesi durumunda bunun iskekiye ve sonuçta da kolon ve rektumun perforasyonuna neden olabileceği hatırlanmalıdır.



Şekil 1. Perforasyon odakları.



Şekil 2. Katı gaitanın boşaltılması,

[PB - 99]

Acil Servise Başvuran Gastrointestinal Yabancı Cisim Olgularımız

UMUT ERCAN¹, ŞÜKRÜ TAŞ², MUAMMER KARAAYVAZ²

¹Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Yabancı cisim yutulması sebebi ile acil servise başvuran erişkin hastaların büyük çoğunluğunda yutulan cismin toplu iğne gibi küçük cisimler olduğu bilinmektedir. Bu tür durumlarda gastrointestinal traktın dışına çıkmamış, peritonitin gelişmediği hastalarda genel kabul görmüş yaklaşım konservatif olarak takip edilmesidir. Çalışmamızda acil servise başvuran yabancı cisim yutulması nedeniyle takip ve tedavi edilen olguların sunulması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** 2014- 2015 yılları arasında yabancı cisim yutulması nedeniyle, kliniğimizde takip edilen hastalar yaş, cinsiyet, klinik bulgular, uygulanan tedavi yöntemi ve prognoz parametreleri açısından değerlendirildi. **Bulgular:** 2014 – 2015 yılları arasında kliniğimizde yabancı cisim yutulması nedeniyle tedavi gören 4 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların dördü de kadın olup tüm hastaların yaş ortalaması 18 di. Hastaların ortak klinik bulgusu karın ağrısıydı. Etyolojide bütün olgularda yabancı cisim olarak iğne yutulmuştu. Bir hastada yutulan cisim sayısı birden fazla iken (Şekil 1) diğer üç hastada 1 adetti. Tüm olgular konservatif olarak takip ve tedavi edilmiş olup hastalarda herhangi bir mortalite ve morbidite saptanmamıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Yabancı cisim yutulması ülkemizde özellikle genç bayanlarda sık karşılaşılan bir durum olup, yakın takip ve konservatif tedavi seçilecek ilk tedavi yöntemidir. Komplikasyon gelişen olgularda cerrahi yöntem düşünülmelidir.



Şekil 1. Direkt grafide görülen çok sayıda toplu iğnelere.

[PB - 100]

Segmental Omental Nekrozda: Laparoskopik Yaklaşım

ÖZTEKİN ÇIKMAN, ŞÜKRÜ TAŞ, ÖMER FARUK ÖZKAN, MUAMMER KARAAYVAZ, YILMAZ AKGÜN

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Omentum enfarkti; primer, sekonder veya idiyomatik nedenlerle omentumda gelişen enfakt tablosudur. Klinikte nadir olarak saptanan akut karın nedeni olup, sıklıkla intrabdominal patolojileri taklit etmektedir. Çalışmamızda şiddetli sağ üst kadranda ağrısı ile başvuran akut kolesistit bulgularını taklit eden hastada saptanan omental infarktın radyolojik bulgular eşliğinde laparoskopik yaklaşımla tedavisinin sunulması amaçlandı. **Olgu Sunumu:** 39 yaşında erkek hasta dört gün önce başlayan şiddetli karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyet ve palpabl kitle saptandı. Hemogram ve biyokimya değerleri normaldi. Ultrasonografik olarak patoloji saptanmayan hastada bilgisayarlı tomografide sağ üst kadranda omentumda inflamasyon saptandı. Hastanın preoperatif hazırlıkları tamamlanarak operasyona alındı. Göbek altından yerleştirilen port yardımıyla yapılan eksplorasyonda omental torsiyon saptandı. Nekroze-iskemik görünümdeki omentum laparoskopik olarak rezeke edildi. Histopatolojik incelemede akut enflamasyon ve nekrozu gösteren lobule olmuş bir yağlı fibröz doku olarak rapor edildi. Postoperatif sorunsuz olarak taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Primer omental torsiyon nadir bir akut karın sebebidir. Genellikle başka patolojileri taklit ederek ameliyat öncesi tanısı güçtür. Sekonder nedenler daha ön planda olup, tanı genellikle operasyon esnasında konulur. Gastrointestinal semptomların yokluğu veya hafif olması, ortaya çıkış süresi ve fizik muayene bulgularıyla şüphelenilerek ameliyat öncesi tanıda akla getirilmelidir. Radyolojik olarak abdominal BT (olgumuzda olduğu gibi) yol gösterici olup, laparoskopik yaklaşımla konforlu ve iyi kozmetik sonuçlarla etkin bir tedavi sağlanabilmektedir.

[PB - 101]

Benign ve Malign Sebeplerle Kolostomi Açılan Hastaların Etiyolojileri ve Sonuçları

MURAT DEREBEY, GÖKHAN SELÇUK ÖZBALCI, SAİM SAVAŞ YÜRÜKER, KAĞAN KARABULUT, UFUK KARABACAK, NİHAL AYKUN, BAHADIR BÜLENT GÜNGÖR, AYFER KAMALI POLAT, İLHAN KARABIÇAK, NECATİ ÖZEN, KENAN ERZURUMLU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Benign ve malign nedenlerle kolostomi açılan hastalarda endikasyonların ve sonuçların incelenmesi. **Gereç ve Yöntem:** Haziran 2013 – Haziran 2015 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi bölümünde, acil serviste değerlendirildikten sonra ameliyata alınan ve kolostomi açılan 38 olgu retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Çalışma süresi içinde ortalama yaşı 65 (19-88) olan acil serviste değerlendirildikten sonra ameliyata alınan 38 hastaya kolostomi açıldı. Hastaların 16'sı (%42.11) bayan, 22'si (%57.89) erkekti. Hastaların 14'ü (%36.84) intestinal obstrüksiyon, 11'i (%28.93) intestinal perforasyon, 6'sı (%15.82) rektovaginal fistül, 4'ü (%10.52) fournier gangreni, 1'i (%2.63) rektovesikal fistül, 1'i (%2.63) rektal prolapsus, 1'i (%2.63) volvulus nedeniyle ameliyat edildi. İntestinal obstrüksiyon nedeniyle ameliyat edilen 14 (%36.84) hastanın 12'sinde (%31.58) rektosigmoid kolonda kitle mevcuttu. 1 (%2.63) hastada prostat kanseri öyküsü olup pelvik kitle nedeniyle rektuma dıştan bası mevcuttu. 1 (%2.63) hastada kolon kanseri nedeniyle sol hemikolektomi öyküsü mevcut olup anastomozda darlık mevcuttu. İntestinal perforasyon nedeni ile ameliyat edilen 11 (%28.93) hastanın 4'ünde (%10.52) sigmoid kolon tümör perforasyonu, 2 (%5.26) hastada kolonoskopi esnasında oluşan sigmoid kolon perforasyonu, 2 (%5.26) hastada anal kanala yabancı cisim girmesi nedeniyle oluşan rektum perforasyonu, 2 (%5.26) hastada ateşli silah yaralanması nedeniyle rektum perforasyonu, 1 (%2.63) hastada delici-kesici alet yaralanması nedeniyle sigmoid kolon perforasyonu mevcuttu. Rektovaginal fistül nedeniyle kolostomi açılan 6 hastanın 4'ünde (%10.52) vajen kanseri, 2'sinde (%5.26) endometrium kanseri öyküsü mevcuttu. Rektovesikal fistül nedeniyle kolostomi açılan 1 hastada rektosigmoid kolonda kitle mevcuttu. Ameliyat edilen 38 hastadan 22'sine (%57.89) sigmoid loop kolostomi, 9'una (%23.68) sigmoid uç kolostomi, 7'sine (%18.43) transvers loop kolostomi açıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Benign ve malign nedenlerden dolayı kolostomi açılması gereken durumlar olabilir. Bizim çalışmamızda hastaların %36'sında benign nedenlerle kolostomi açılmış olup bu hastaların ise %35'inde hayati tehdit etmeyen nedenler mevcuttur.

[PB - 102]

İntraabdominal Sepsis Modelinde Mesalazine İle Yapılan Batın Yıkamanın Etkinliği: Deneysel Çalışma

AZİZ ŞENER¹, NURİ ALPER ŞAHBAZ¹, LEYLA TÜRKER ŞENER², MERVA SOLUK TEKKEŞİN², ORHAN BAT¹, MEHMET VELİDEDEOĞLU³, BÜLENT KAYA¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: İntraabdominal enfeksiyonlar sonucu sepsis gelişimi cerrahi pratiğinde önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir.

İnflamatuvar süreç, sitokinlerin aktiflenmesi ile başlamakta ve sistemik yanıt gelişmektedir. Bu deneysel çalışmada çekumun bağlanması ve ponksiyonu ile oluşturulan intraabdominal sepsis modelinde mesalazine ile batın yıkama yapılarak etkileri ortaya konmaya çalışılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada 32 rat 4 gruba ayrılmıştır. Grup 1-Sham grubu Grup 2: intraabdominal sepsis Grup3-İS+serum fizyolojik ile batın yıkama Grup 4-İS+Mesalazine ile batın yıkama. Ratlar sakrifiye edildikten sonra IL 1,IL-6 TNF Alfa, CRP, lökosit değerleri için kan örnekleri alınmıştır. Ayrıca karaciğer ve akciğer doku örneklemesi yapılmıştır. Sonuçlar ortalama ve standart sapma değerleri ile hesaplanmıştır. **Bulgular:** Çalışmada IL 1, CRP ve TNF Alfa düzeyleri mesalazine ile batın yıkama yapılan grupta diğer gruplara göre daha düşük olarak tespit edilmiştir. Bu düşüklük CRP ve TNF Alfa için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Lökosit ve IL 6 değerleri mesalazine uygulanan grupta düşük olarak bulunmamıştır. Doku örneklemeleri incelendiğinde karaciğer doku örnekleri normal bulunmuş akciğer örneklemelerinde mesalazine uygulanan grupta inflamasyonun daha az olduğu tespit edilmiştir. **Tartışma ve Sonuç:** İntraabdominal sepsis modelinde mesalazine ile batın yıkama CRP TNF Alfa gibi inflamatuvar markırları baskılamıştır. Bu etki sepsis gelişiminde koruyucu öneme sahip olabilir.

[PB - 103]

Takip ve Tedavisi Cerrahi Olmayan Yutulmuş Narkotik Kapsüllerde Takip ve Cerrahi Girişimde Değişiklik Var mı?

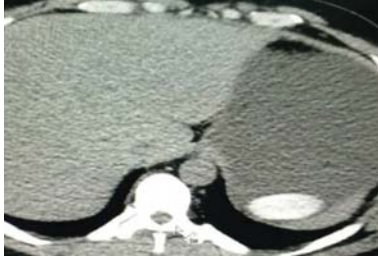
AHMET KOCAKUŞAK¹, ADNAN HUT¹, DOĞAN YILDIRIM¹, ŞEVKİ PEDÜK¹, FAZİLET ERÖZGEN¹, MEVHİBE NİLGÜN BUYRUK², MÜRŞİT DİNCER¹, TURGAY YILDIZ¹, MAHMUT SAİT DEĞERLİ¹, LEYLA ZEHRA TİGREL¹, YUSUF YUNUS KORKMAZ¹, GAMZE ÇITLAK¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Amaç: İlk kez 1974 yılında rapor edilen ve giderek dünya çapında büyüyen etik ve legal global bir problem olan eroin, haşhaş, kokain ve benzeri maddeler ile doldurulmuş narkotik kapsül (NK) yutan hastaların takibinde cerrahi tedavi gerektiren komplikasyonlarının ve son dekattaki değişikliklerin irdelenmesi hedeflendi. **Gereç ve Yöntem:** NK yuttuğu için 7 yılda takip edilen ve 4'ü takip sırasında ameliyat edilen 81 hastanın retrospektif verileri hasta dosyaları, ameliyat defterleri ve on-line hasta kayıtlarından elde edilen veriler irdelendi. **Bulgular:** Hastaların 58 (%71,6) tanesi erkek, 23'ü (%28,4) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 33,02 yıl idi. Takip sırasında 1 tanesi ince barsakta mekanik obstrüksiyon diğer 3 tanesi de midede sebat eden kapsülün literatürde önerildiği gibi 5-7 gün geçmesine rağmen yer değiştirmemesi nedeni ile opere edildi. Ameliyat edilen 4 hastanın tamamı erkek olup enterotomi ve gastrotomi ile primer tamir uygulandı. Hastaların tamamı yabancı uyruklu olup Afrika ve Güney Amerika ülkelerinin vatandaşları çoğunlukta idi. **Tartışma ve Sonuç:** Laksatif ve lavmanlarla; düz grafi, USG, BT gibi görüntüleme teknikleri ile takip esnasında %5 oranında operasyon gerekmesi rapor edilen benzer serilerle uyum göstermektedir. Hipertansiyon, aritmi ve bulantı-kusma mevcut olan 2 hasta sonunda ameliyat olmadan ve sorunsuz taburcu edilmiştir. Bu dahili bulguların sebebinin de narkotik madde omlandığı düşünülmüştür. Çünkü örneğin kokainin 1,2 gram oral dozunun öldürücü olduğu hatta 20 mg oral dozda bile ölümlerin görüldüğü bilinmektedir. Oysa her bir kapsülde 3-7 gram madde bulunmakta olup hastalarda yutulmuş kapsül sayısı net sayı öğrenilememekle beraber ortalama 20-30 ara-

sında idi. Seriyeye benzer bir grup da, hasta sayısı çok az olmakla beraber poşetlere konmuş narkotiklerin rektal ve vajinal yolla taşınması idi. Ancak sınır kontrollerinde kolay tespit edilmeleri ve/veya sağlık sorunu yaratma olasılıkları daha az olduğundan bu yolu kullanan hasta grubu son dekatta hastanemizde neredeyse ortadan kaybolmuştur. Ayrıca narkotik poşetin yerini daha sağlam plastik veya metal yapıda narkotik kapsüller aldığından son dönemde takiplerde dahili sorunlardan ziyade cerrahi komplikasyonlar görülmektedir.



Şekil 1. Kapsülün BT görüntüsü. Takipte 7. günde midede sebat eden büyük narkotik kapsül.



Şekil 2. Laparotomide kapsülün büyüklüğü. Gastrotonmi yapılan Nijeryalı hasta.

[PB - 104]

Primer ve Sekonder Omentum Torsiyonlarında Tanıdaki Güçlükler

SELAMİ ILGAZ KAYILIOĞLU, CEM EMİR GÜLDOĞAN, TOLGA DİNÇ, BÜLENT ÇOMÇALI, MÜKERREM CETE, AKIN BOSTANOĞLU, ÖZGÜR AKGÜL, UFUK UTKU GÖKTUĞ, ALİ SAPMAZ, İHSAN AYDOĞAN, OKAN MURAT AKTÜRK, FARUK COŞKUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Omentum torsiyonları nadir görülen patolojiler olup sıklıkla cerrahi işlem gerektirir. Omentumun kendi aksı üzerine dönmesi sonucunda vasküler dolaşımı bozulur. Bu durum nadiren görüldüğü için sıklıkla diğer akut abdomene neden olan hastıklarla karışır. Çoğunlukla tanısı preoperatif olarak konulmaz. Cerrahin ayırıcı tanısı yapabilmesi için bu konu ile daha önceden yüzleşmesi gerekmektedir. Omentum torsiyonu nedeni ile opere edilen 3 hastanın tanısı ve tedavi yaklaşımlarını değerlendirdik. Etkilenen omentumun eksizyonu en çok tercih edilen tedavi methodudur. Seçilmiş bazı vakalarda konservatif tedavi uygulanabilir. Klinisyenler tanıyı koymada klinik ve radyolojik bulguların farkında olmalıdır. Laparoskopisi hem tanıda hem de tedavide kullanılabilen bir modalitedir.

[PB - 105]

Spontan Rektus Hematomları: 4 Yıllık Deneyimimiz

TOLGA DİNÇ, SELAMİ ILGAZ KAYILIOĞLU, CEM EMİR GÜLDOĞAN, BÜLENT ÇOMÇALI, İHSAN AYDOĞAN, AHMET ERDOĞAN, AKIN BOSTANOĞLU, MUHİTTİN SONİŞİK, FARUK COŞKUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Rektus kılıf hematomu rektus abdominis kası kılıfları arasında kan bulunmasıyla karakterize bir klinik durumdur. Bu çalışmanın amacı rektus kılıf hematomunun klinik özelliklerinin, tanısal yaklaşımın, tedavi seçeneklerinin ve sonuçlarının değerlendirilmesidir. Çalışmaya Mart 2010 ve Mart 2014 tarihleri arasında acil serviste spontan rektus kılıf hematomu tanısı ko-

nan ve tedavisi yapılan 10 hasta dahil edilmiştir. Ortalama yaş $66,5 \pm 16,9$ olarak, ortalama hastanede kalış süresi ise $4,4 \pm 1,8$ gün olarak bulunmuştur. Mortalite izlenmemiştir. Altı hastanın antikoagülan veya antiplatelet tedavi almakta olduğu görülmüştür. Sekiz hasta konservatif tedavi yaklaşımıyla taburcu edilmiştir. İki hasta ise cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Spontan rektus kılıf hematomu antikoagülan tedavi alımıyla ilişkilidir. Karın ağrısı ve karında pulsatil olmayan kitlesi olan, özellikle de yaşlı kadın hastalarda akla gelmelidir. Tedavi genellikle hemodinamik dengeyi korumaya yönelik olarak planlanmalıdır.

[PB - 106]

Üç Tubalı Uterusta Dev Overkistine Bağlı Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Tablosu

OGÜN ERŞEN, ZİYA TANER ÖZKEÇECİ, MURAT AKICI, AHMET BAL, YELİZ CANDAN, EMRE BALLI, RÜÇHAN BAHADIR CELEP, YÜKSEL ARIKAN

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

İlçe devlet hastanesi acil servisine bir kaç kez karın ağrısı, şişkinlik ve bulantı-kusma nedeniyle başvuran ancak tanı alamayan 28 yaşındaki bayan hasta ileus öntanısıyla kliniğimize refer edildi. Kusmasının yediklerini içecek şekilde olduğunu, kronik kabızlığı olduğunu söyleyen hastanın tüm abdomende asit benzeri diffüz distansiyonu mevcuttu. Rektal tuşe normal sınırlardaydı. Ayakta di,rekt batın grafisinde asitle uyumlu görünüm mevcuttu. Hastaya batın tomografisi çekildi ve tüm batını ksifoid hizasından simfisis pubis seviyesinin altına kadar kaplayan kistik kitle gözlemlendi. Hatanın ileus benzeri tablosunun kistik kitleye bağlı distansiyon ve gastrointestinal sistemdeki yapıların kollabe olması nedeni pasajın sağlanamaması olarak yorumlandı. Hasta operasyona alındı. Over kaynaklı kistik kitle sebebiyle tüm intestinal ansların ve üst batının komprese olduğu gözlemlendi. Uterustan 3 adet tubanın çıktığı ve 2 adet overin olduğu görüldü. Kistektomi yapılarak operasyona son verildi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 2. gün taburcu edildi.



Şekil 1. Tomografi kesiti. Tümperitoneal kompartmanı kaplayan over kisti.



Şekil 2. Tomografi kesiti. Tümperitoneal kompartmanı kaplayan over kisti.

[PB - 107]

Karın Ağrısına Neden Olan Cilt Altı Yerleşimli Eksternal Endometriyozis Olgusu

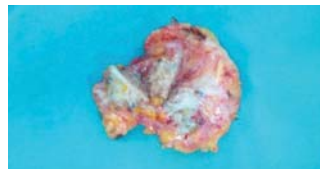
SELAHİTTİN KORAY OKUR, İHSAN YILDIZ, YAVUZ SAVAŞ KOCA

Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

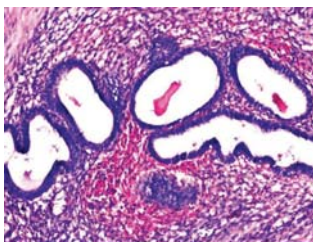
Amaç: Endometriyozis, uterusun iç tabakası endometriumun uterin kavite dışındaki yerlerde görülmesidir. Sezaryen sonrası ciltaltı endometriyozis prevalansı yaklaşık % 0,03 ile % 1 arasında olduğu ve tüm eksternal endometriyozis olgularının % 1'ini oluşturduğu tahmin edilir. Bu makalede karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran ve insizyon skarında endometriyozis saptanan 28 yaşında bayan olgu litaretür eşliğinde sunulmuştur. **Olgu Sunumu:** Bir buçuk yıl önce sezaryen geçirmiş Pfannenstiel insizyonun sağ tarafında ağrılı bir kitle ile acil servise başvuran 28 yaşındaki kadın hasta, bir yıldır bu bölgede ağrı, altı ay önce de bir kitle hissetmiş. Menstruasyon sırasında kitlenin büyüklüğünde ve ağrı şiddetinde artış öyküsü var. Karın muayenesinde Pfannenstiel kesi skarı ve kesi skarının sağ tarafında yaklaşık 2x2 cm boyutunda fikse solid kitle saptandı. Jinekolojik ve rektal muayeneleri normaldi. Yüzeysel ultrason muayenesinde yüzeysel fasya üzerinde 25x15mm boyutlu düzensiz sınırlı, heterojen hipoekoik solid endometriyozisle uyumlu kitle lezyonu izlendi. Eski insizyondan yapılan kesi ile fasya üzerinde 4 cm çaplı düzensiz sınırlı kitle saptandı ve geniş lokal eksizyon gerçekleştirildi (Şekil 1, 2). Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta postop 3. Günde taburcu edildi. Patoloji raporu endometriyozis olarak rapor edildi (Şekil 3, 4). **Tartışma ve Sonuç:** Endometriyozis pelvik veya ekstrapelvik olabilir. Ekstra pelvik endometriyozis, merkezi sinir sistemi, akciğer, ince ve kalın bağırsak, safra kesesi, mide, böbrek, ekstremitelerde, perine ve karın duvarında görülebilir. Karın duvarı endometriyozisleri en sık olarak daha önceden geçirilen jinekolojik operasyonların cerrahi skarlarında gelişir. Bu iyatrojenik implantasyon ile açıklanır. Klinik olarak endometriyozis insizyonel herni, dikiş granülomu, hematoma ve diğer karın tümörleri taklit edebilir. Preoperatif klinik tanı menstrüasyonla ilişkili ağrılı, karında kitle ile başvuran hastalarda ileri sürülebilir; aksi takdirde, belirli bir tanı koymak zordur. Endometriyozis tanısında ultrason, CT, MR kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Endometriyozisin radyolojik bulguları nonspesifiktir ve kesin tanı ancak histopatolojik olarak konulur. Menstrüel siklusla ilişkili kitle ve ağrısı olan daha önce pelvik bölgeden operasyon geçirmiş hastalarda ayırıcı tanıda endometriyozis akılda bulundurulması gereken bir durumdur.



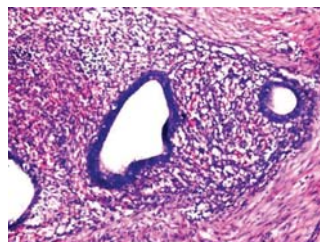
Şekil 1. İnsizyon hattında cilt altı yerleşimli kitle.



Şekil 2. Eksize edilen kitle.



Şekil 3. Eksternal endometriyozis patolojik görüntüsü H-E 40X.



Şekil 4. Eksternal endometriyozis patolojik görüntüsü H-E 40X.

[PB - 108]

Künt Travmatik Diyafragma Ruptürü; Olgu sunumu

FİKRET EZBERCİ, ADNAN ÖZPEK, HÜSEYİN KEREM TOLAN, TOLGA CANBAK, METİN YÜCEL, GÜRHAN BAŞ, HAKAN ÇAKIT, MUSTAFA ÖZBAĞRIÇIK

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Künt travmaya bağlı diyafragma ruptürü nadir görülmektedir. Genellikle soldadır. Künt travmada toraks ile karın arasında oluşan ani basınç farkı ya da travmanın yol açtığı yüksek kinetik enerji sonucu diyafragma yaralanması oluşur. Gözden kaçırıldıklarında gastrointestinal herniasyon, strangülasyon ve sepsis gibi önemli komplikasyonlara ve ölüme yol açmaktadır. Bu bildiride, trafik kazasına bağlı künt karın travması geçiren bir hastada tespit edilen sol diafragma ruptürü sunulmaktadır. **Olgu Sunumu:** 45y, bayan hasta araç içi trafik kazası ile acile başvuruyor. Hastanın kaza anında emniyet kemeri bağlı imiş. Çekilen akciğer grafi ile daha sonra çekilen toraks/tüm batın tomografi tetkikinde solda diyafragma defekti ile uyumlu görünüm, mide ve kolon ansının intratorasik uzanım gösterdiği saptandı. Hastaya acil operasyon kararı verilerek ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda bir kısım mide ve kolon ansının sol diyafragma orta kısmındaki yaklaşık 10 cm'lik Y şeklindeki defekten sol toraks boşluğuna girdiği tespit edildi. Ayrıca yaklaşık 50 cm kadar incebarsak segmentinde mezozosundan iskeletize olarak iskemik hale geçtiği, kolonun sol fleksurasında yine mezo yaralanması nedeniyle iskemik hale aldığı görüldü. Karınıçi organlar usulüne uygun şekilde karın içine redükte edildi. Diyafragmatik defekt prolen sütürlerle primer onarıldı (Şekil 1-3). Segmenter ince barsak rezeksiyonu ve sol hemikolektomi yapıldı. Postoperatif dönemde bir komplikasyon gelişmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Künt batın ve göğüs travmalarından sonra diyafragma ruptürü gelişebilir. Total künt travmaların %0,8-5,8'inde diyafragma ruptürü saptanır. Sol taraf diyafragma ruptürleri daha sık görülür. Künt diyafragma yaralanmaların da eşlik eden yaralanmaların tabloyu maskeleyen diyafragma ruptürünün erken tanısını güçleştirir ve sıklıkla geciktirir. Bu olgularda mortalite çoklukla diyafragma dışı nedenlere bağlıdır. Yaş, travmanın şiddeti ve derecesi, kan transfüzyonu, hemodinamik durum ve pankreatik yaralanma mortaliteyi etkileyen bağımsız faktörlerdir. Travmatik diyafragma ruptür tanısında akciğer grafisi ve toraks/abdomen tomografisinin tanı değeri oldukça yüksektir. Travmatik diyafragma ruptürlerinde optimal tedavi erken tanı konan olgularda, yani başlangıç döneminde defektin onarılmasıdır.



Şekil 1. Diyafragma ruptürü 1.



Şekil 1. Diyafragma ruptürü 2.



Şekil 1. Diyafragma ruptürü 3.

[PB - 109]

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Primer Pneumatozis İntestinalis, Olgu SunumuMURAT KENDİRCİ¹, ENVER DEMİR², GARİP KUTLUTÜRK³¹Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Edirne²Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Edirne³Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Edirne

Amaç: Pneumatozis intestinalis nadir karşılaşılan bir patolojidir. Barsak duvarında gaz dolu kistlerle karakterize olup etyolojisi çok net değildir. primer ve sekonder olarak ikiye ayrılabilir. %15 primer %85 sekonderdir. çoğunlukla gastrointestinal ve pulmoner patolojilerle birlikte. **Olgu Sunumu:** 78 yaşında erkek hasta. herhangi bir ek hastalığı olmayan hastanın geçirilmiş operasyon öyküsü, sürekli ilaç kullanımı yoktu. sigara kullanımı günde 1 paket idi. akut karın tablosu ile acil serviste değerlendirilen hastanın kan wbc:9500 crp:1,6 idi. tahta karını olan hastanın yapılan pa akc grafide akciğer altı alanda serbest hava yoktu. abdominal bt değerlendirmede batın içi yaygın alanda serbest hava ve ince barsak anslarında uniform çap artışı ve duvar kalınlaşması ve alt kadrantlarda yaygın sıvı izlendi. Hasta servise yatırılıp medikal tedavisi düzenlendi, operasyona hazırlandı ve aynı gün operasyona alındı. peroperatif değerlendirmede ince barsak anslarında treitz ligamanının 200 cm distalinden itibaren ileoçekal valvin 20 cm proximaline kadar olan 150 cm ansın duvarlarında multipl kistik lezyonun olduğu, bu lezyonların bridler yapıp bir internal herniasyona neden olduğu ve bahsedilen ansın dolaşımında bozulma olduğu görüldü. bridektomiye takiben herniasyon redukte edildiğinde dolaşımında iyileşme olmayan ve peristaltizm sağlamayan ince barsak ansı rezeke edilip uçuca anostomoz uygulandı. serviste yapılan takiplerinde sorunu olmayan hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi. Patolojik inceleme sonrası Primer pneumatozis intestinalis olarak değerlendirilen olgunun yapılan immunhistokimyasal çalışmalarında pankeratin ile fokal seyrek boyanma izlenirken D2-40 ile boyanma izlenmedi. F8 ve CD34 negatif, CD68 fokal pozitif bulundu. **Tartışma ve Sonuç:** Primer pneumatozis intestinalis oldukça nadir bir durumdur. perforasyon ve iskemi gibi komplikasyonlar oluşturmadığı sürece medikal olarak takip edilebilirken komplike olgularda cerrahi tek seçenektir.



[PB - 110]

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: İdiopatik Total Duodenum Nekrozu

AHMET ER, ATILLA ÖRSEL, ERDİNÇ KAMER, SERKAN KARAIŞLI, FEVZİ CENGİZ, MUSTAFA PEŞKERSOY

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

Amaç: Duodenum gastroduodenal ve süperior mezenterik arterlerden beslenir. Gastrointestinal traktusun arteriyel dolaşım açısından en zengin bölgesinde yer alır. Bu nedenle "duodenum nekrozu" nadiren görülür ve akut karın sendromu nedenleri arasında son sıralarda yer alır. Bu çalışmada nadir bir akut karın nedeni olan idiyopatik total duodenum nekrozu hastamızı sunduk. **Olgu Sunumu:** 70 Yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı-kusma yakınmaları ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede; abdominal distansiyon ile derin palpasyonda epigastriumda ağrı ve rebound mevcuttu. Lökositoz ve CRP yüksekliği dışında diğer laboratuvar değerleri normal idi. Ek hastalıkları: hipertansiyon, sol kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon ve triküspit yetmezliği. Kontraslı karın tomografisinde (BT) duodenojejunal bileşkede obstrüksiyon ve duodenumda dilatasyon ile ödeme bağlı olduğu düşünülen duvar kalınlığı görüldü. Mezenter arterler açık idi. INR değeri normale indirildikten sonra hastaya "Akut Karın" ön tanısıyla laparotomi yapıldı. "Total duodenal nekroz" tespit edilip Whipple işlemi uygulandı. Postoperatif altıncı günde insizyon hattından masif hemoraji gelmesi üzerine hasta re-opere edildi. Anastomoz yerlerinde sorun olmadığı ve omentum üzerinde multipl hemorajik odaklar bulunduğu gözlemlendi. Hasta post-operatif sekizinci günde atriyal fibrilasyona bağlı serebral emboliden ex oldu. Hastanın patolojisi: Duodenum serozasında yaygın peritonit ve hemoraji, mukozal ülserasyonlar ve submukozal hematoma, non-spesifik duodenit ve olağan pankreas şeklinde rapor edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Literatürde bildirilen olgularda duodenumda ki nekroz parsiyel özelliktedir. Sunduğumuz olguda ise literatürdekilerden farklı olarak iskemik nekroz hastanın patoloji raporunda belirtildiği üzere tüm duodenumda gözlemlendi. Olgumuzda nekrotizan pankreatit, geçirilmiş mide ameliyatı gibi predispozan nedenlerden hiçbiri yoktu. Ayrıca önemli koagülasyon testlerinden olan ve kanın vizkozitesini gösteren INR değeri oldukça yüksekti. Çekilen BT'de mezenterik arterler de açık olarak rapor edilmişti. Total duodenum nekrozu gelişmesi için hem gastroduodenal hem de süperior mezenterik arterin bir dalı olan inferior pankreatikoduodenal arterin senkron olarak trombozunun gerektiği düşüncesindeyiz. Cerrahi tedavide fokal duodenum nekrozu bulunan hastalarda omentum ile birlikte primer onarım ve tüp duodenostomi yapılabilmesine karşın, olgumuzda ki gibi geniş bir alanda nekroz bulunan hastalarda Whipple prosedürü tek cerrahi seçenek gibi görünmektedir.

[PB - 111]

Nadir Bir Akut Batın Nedeni: Çekumda İntramural Hematom

UMUT RIZA GÜNDÜZ, BURHAN MAYİR, ARIF ASLANER, TUĞRUL ÇAKIR, UĞUR DOĞAN, OSMAN ZEKAİ ÖNER

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Amaç: Antikoagülan kullanımına bağlı gelişen ve akut batına neden olan intramural çekal hematoma olgusunun sunumu **Olgu Sunumu:** 72 yaşında erkek hasta, geçirilmiş aort kapak

replasmanı ve by-pass nedeniyle antikoagülan kullanıyor. İki gündür devam eden hafif karın ağrısı ve kanlı ishal şikayetleri ile acil kliniğimize başvuran hasta, INR değerinin 8,3 olarak tespit edilmesi üzerine Dahiliye kliniğine yatırılıyor. Oral antikoagülan kesilerek, düşük molekül ağırlıklı heparin(DMAH) başlanıyor, fakat takibin ikinci gününde akut batın tablosu gelişmesi üzerine Cerrahi konsültasyonu isteniyor. İlk bakıda, genel durum orta, bilinç açık, TA: 110/70 mm/Hg, Nb: 104 v/dak., vücut ısısı(aksilla): 37,8 °C olan hastanın fizik muayenesinde; batın sağ alt kadranda daha şiddetli olmakla beraber tüm batında palpasyonla hassasiyet ve rebound tespit edildi. Laboratuvar ve görüntüleme; WBC: 13,2 mm³, Hmg: 12,1 gr/dl, Plt: 239.000 mm³, INR: 4,1, üre/kreatinin: 71/1,4 mg/dl, batın USG'de, perihepatik sıvanma tarzında ve pelvisde serbest şekilde mayi ile sağ alt kadranda yaklaşık 4x4,5 cm boyutlarında düzgün sınırlı kitle(stromal tm?, bezoar?) tespit edildi. Üre/kreatinin yüksekliği nedeniyle sadece oral kontrastlı BT planlanan hastaya, yüksek INR değeri nedeniyle, DMAH kesilerek K vit ve TDP verildi ve geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. BT'de çıkan kolon ve çekumda 1,5 cm'e varan duvar kalınlaşması ve çekum seviyesinde lümeni dolduran 37x43 mm boyutlarında düzgün sınırlı kitle tespit edildi (Şekil 1, 2), ayrıca periçekal yağlı planlarda kirlenme görüldü (Kolon ca?, GIST?). Akut batın ön tanısıyla operasyona alınan hastada, batın içi bol reaksiyonel mayi ve çekumda intra lüminal yaklaşık 5 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Çekum çıkan kolonda serozal yüzeylerde hemorajik eroziv odaklar görüldü. Batın içi başka bir patolojiye rastlanmadı. Sağ hemikolektomi ve ileokolik uç-yan anastomoz yapılan hasta post op yoğun bakıma alındı. Takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta köprüleme ile antikoagülan dozu ayarlanarak post op 15. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu kolonda hematoma olarak raporlandı. Literatürde kolonoskopi sonrası ve antikoagülan kullanımına bağlı az sayıda olgu bildirildiği görülmüştür.



Şekil 1. İntraçekal hematoma BT görüntüleme.



Şekil 2. İntraçekal hematoma BT görüntüleme.

[PB - 112]

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Omental İnfarkt

ELİF COLAK, ALPER CEYLAN, GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK, KADİR YILDIRIM

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Primer omental infarkt akut karın ağrısının nadir görülen bir nedeni olup diğer akut karın nedenlerini sıklıkla taklit etmektedir. Birincil olabileceği gibi herniler, hiperkoagülasyon durumları, vasküler patolojiler gibi nedenlere ikincil olarak gelişebilir. Akut batın nedeniyle ameliyat edilen ve sol yerleşimli omental infarkt tespit edilen olguyu sunmaktayız. Elli yaşında erkek hasta 3 gün önce başlayan karın ağrısı ve kusma şikayeti ile acil kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde batın sol üst kadranda hassasiyet, defans ve rebound fenomeni tespit edildi. Kan lökosit sayımı 14400 µ/L, hemoglobin 13,5 gr/dl, hematokrit 41,8 %, platelet 217000, glukoz 214 mg/dl idi. Diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Batın ultrasonografisinde pelvisde ve barsak ansları arasında serbes mayi dışında patoloji gözlenmedi. Hasta bu bulgularla akut batın tanısı ile ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda batın içi reaksiyonel mayi gözlemlendi. Omentumun enflame olduğu ve batın sol üst kadranda dalak ve sol diyaframa yapışık olduğu görüldü. Dalak diyafram ve diğer çevre yapılarda patoloji olmadığı görüldü. Görünüm omental infarkt sonrası enflamasyon ile uyumlu idi. Enflame omental doku eksiye edildi (Şekil 1). Histolojik değerlendirme supuratif iltihap, yağ nekrozu şeklinde geldi. Postoperatif takiplerinde semptomları gerileyen hasta 2. günde taburcu edildi. Omental infarkt atipik yerleşimli karın ağrısı olan özellikle orta yaşlı erkek hastalarda akut batın nedenleri ayırıcı tanısında akıldan tutulması gereken bir durumdur.



Şekil 1. Enflame omental dokular.

[PB - 113]

Erişkinlerde Nadir Bir Akut Karın Nedeni: İntestinal Malrotasyon

MÜRŞİT DİNCER, GAMZE ÇITLAK, ŞEVKİ PEDÜK, AHMET KOKAŞAK, FAZİLET ERÖZGEN, ADNAN HUT, ZEHRA ZEYNEP KEKLİKKIRAN, DOĞAN YILDIRIM, MUZAFFER AKINCI

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

İntestinal malrotasyon orta barsağın (midgut) arteria mesenterica superior etrafında normal fetal dönüşümünü yapamaması veya kısmen yapması sonucu gelişen konjenital bir anomali. İnsidansı 500 canlı doğumda 1'dir. Erişkinlerde nadir olarak görülür. Semptomatik hastaların çoğunda akut intestinal

obstrüksiyon, intestinal iske mi veya kronik karın ağrısı şeklinde bulgularla ortaya çıkar. Klinik semptomlara neden olduğunda genellikle cerrahi müdahale gerektirir. Akut karın semptomları olan erişkinde öntanıda akılda tutulması erken tanı ve tedavi açısından yardımcı olabilir. Bu yazıda akut intestinal obstrüksiyon bulgularıyla başvuran 49 yaşında erkek erişkinde insidental olarak saptanan intestinal malrotasyon olgusu sunuldu. Acil servise 5 günden beri olan karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile başvuran hastanın fizik muayenesinde yaygın distansiyon ve defans mevcuttu. Yapılan BT görüntülemesinde ince barsaklarda yaygın dilatasyon olduğu ve çekumun karın sol tarafında yerleşmiş olduğu izlendi. Hastaya laparotomi uygulandı. Eksplo-rasyonda çekumun sol taraf yerleşimli olduğu görüldü. Terminal ileumdan yaklaşık 10 cm proksimalindeki 40 cm lik barsak ansının nekroze olduğu izlendi. Hastaya ince barsak rezeksiyonu uygulandı. Postop takiplerinde vital bulguları stabil seyretti. Oral gıda başlanan rejimi tolere eden ve ek sıkıntısı olmayan hasta ameliyat sonrası 5. günde taburcu edildi. Erişkinlerde nadir görülmesi nedeniyle akut karın öntanısında nonspesifik bulguları olan hastalarda akılda tutulması amaçlı olgu takdim edildi.



Şekil 1. İntestinal obstrüksiyon BT bulguları.



Şekil 2. Sol taraf yerleşimli çekum ve gangrenöz ince barsak ansları.

[PB - 114]

Kürdan Yutulmasına Bağlı Nadir Bir Perforasyon Olgusu

EMİR ÇAPKINOĞLU, OĞUZHAN ÖZŞAY, ATILLA ÖRSEL, SERKAN KARAIŞLI

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Olgumuzda, acil servisten tarafımıza şiddetli karın ağrısı sebebiyle konsulte edilen 37 yaşındaki erkek hastayı sunduk. Yapılan preoperatif görüntüleme tetkiklerinde, perforasyon ön tanısı ile operasyona aldığımız hastada, rektosigmoid bileşkede bir adet tahta kürdanın bu bölgede 3 ayı perforasyon alanı yarattığı ve son olarak mezoya migre olduğu gözlemlendi. Bu nadir görülen vakayı literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.



Şekil 1. Yutulan kürdan.



Şekil 2. Kürdanın rektosigmoid bileşkede perforasyon yaptığı alan.

[PB - 115]

Mental Retarde Hastada Akut Batın: Çekal Volvulus

EBUBEKİR GÜNDEŞ¹, NEDİM AKGÜL²

¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²T.C. Sağlık Bakanlığı Sarayönü Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Konya

Çekal volvulus akut intestinal obstrüksiyonun nadir bir sebebi olarak, çekum ve terminal ileumun kendi mezenteri etrafında ve aksial planda bükülmesidir. 50 yaşında mental retardasyonlu erkek hasta karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz-gaita yapamama yakınmaları ile acil serviste değerlendirildi. Karın muayenesinde belirgin distansiyon, yaygın hassasiyet ve ribaund mevcuttu. Ayakta direkt karın grafisinde kolonik segmentlerde dilatasyon ve havasızı seviyeleri izlenmekteydi. Batın tomografisinde çekum torsiyonu ile uyumlu görüntüler tespit edildi. Akut batın ön tanısı ile hasta opere edildi. Operasyonda çekal volvulus ve meckel divertikülü tespit edildi. Çekumun anterior yüzeyinde nekroz ve serozal yırtılmalar olması üzerine hastaya sağ hemikolektomi ve meckel divertikülünü içine alacak şekilde ince barsak rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif 8. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi.



Şekil 1. Operasyona ait görünüm. Meckel divertikülü ve çekal volvulusa ait operasyon görünümü.

[PB - 116]

Alışmadık Bir Akut Batın Nedeni; Postkoital Pnömoeritonum

EBUBEKİR GÜNDEŞ¹, NEDİM AKGÜL², DURMUŞ ALİ ÇETİN¹

¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²T.C. Sağlık Bakanlığı Sarayönü Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Konya

Yirmi yaşında kadın hasta, 12 saattir var olan ve giderek artan karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Bulantı, kusma ve ateş eşlik etmemekte idi. Öyküsünde geçirilmiş cerrahi, kronik hastalık, ilaç kullanımı, sigara, alkol kullanımı yoktu. Kan basıncı 120/60 mm-Hg, nabız: 80 vuru/dakika, vücut sıcaklığı: 37,0°C olarak saptandı. Karında yaygın hassasiyet olup özellikle alt kadranda rebaund ve defans mevcuttu. Lökosit 13000/µL olarak hesaplandı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde subdiyafragmatik serbest hava mevcuttu. Abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) karın içi serbest hava ve Douglas'ta minimal serbest sıvı dışında bulgu saptanmadı. Hasta bu bulgular eşliğinde gastrointestinal perforasyon şüphesiyle acil laparotomiye alındı. Ancak kapsamlı eksplo-rasyona rağmen pnömoeritonu açıklayacak hiçbir neden bulunamadı. Batın

içerisi yıkandı ve pelvik bölgeye bir adet nelaton dren konuldu. Cerrahi sonrası alınan detaylı anamnezde hastanın ağrısının cinsel ilişki sonrası başladığı tespit edildi. Hastanın takiplerinde ağrısı geriledi ve postop 3. Gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Sonuç olarak cinsel pneumoperitoneum seks kazası olmayıp ancak tuhaf ve oldukça nadirdir. Tanıda şüphe duyulan ve detaylı anamnezde cinsel ilişki sonrası başlayan karın ağrısı olan pnömoperitonlu olgularda akılda bulundurulmalıdır.

[PB - 117]

Over Torsiyonu ve Akut Apendisit Senkronizasyonu: İlginç Bir Akut Karın Olgusu

DENİZ NECDET TİHAN, UĞUR DUMAN, MUHAMMED DOĞANGÜN, AYHAN HÜSEYİN KAYAOĞLU

Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

Akut apandisit, hala en sık cerrahi akut karın ağrısı sebebidir. Tanısı hemen her zaman anamnez ve fizik muayene ile konulsa da zaman zaman – özellikle de kadın hastalarda – çeşitli başka akut karın sebepleriyle karışabilmektedir. Over torsiyonu da bunlardan biridir ve akut apandisitinin ayırıcı tanıları arasında en üst sıralarda yer almaktadır. Ancak her ikisinin birlikteliği alışılmadık bir klinik durumdur. Yazıda bir gün önce başlayan ve son 6 saattir şiddetlenen alt karın ağrısı şikayeti ile acil polikliniğine başvuran, ultrasonografide akut apandisit tanısı ekarte edilemediği halde sağ overin ödemli ve büyümüş olduğu görülen, bu yüzden kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca da takip edilirken genel cerrahi tarafından konsülte edilen 33 yaşındaki olgu rapor edilmektedir. McBurney insizyonu ile laparotomi yapılan ve laparotomi esnasında akut apandisit ile eş zamanlı over torsiyonu saptanan hasta, sağ oofektomi ve appendektomiye takiben ameliyat sonrası 2. günde taburcu edilmiştir ve halen hastaliksız olarak rutin poliklinik takiplerine devam etmektedir.



Şekil 1. McBurney insizyonundan yapılan laparotomide torsiyone ve nekroze sağ over.

[PB - 118]

Laparoskopik Peptikülser Perforasyonu Tamiri: Klinik Deneyimlerimiz

BÜLENT KAYA, ORHAN ARAS, AZİZ BORA KARİP, ENDER ONUR, KEMAL MEMİŞOĞLU

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Peptik ülser perforasyonu acil cerrahide sık karşılaşılan bir patolojidir. Geriatrik popülasyonun artması ile birlikte ülser perforasyonları özellikle bu yaş grubunda sık görülmekte,

ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Peptik ülser perforasyonlarında laparoskopik tamir günümüzde sıklıkla kullanılmaktadır. Laparoskopinin klasik avantajları perforasyon tamirinde de geçerlidir. Bu retrospektif çalışmada laparoskopik peptik ülser perforasyonu tamiri yaptığımız hastaları incelemeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde peptik ülser perforasyonu tanısı ile laparoskopik olarak opere edilen hastaların dosya bilgilerine ulaşıldı. Tüm hastalarda yaş, cinsiyet, Preoperatif ASA skoru, preoperatif lökosit sayısı, CRP değerleri, ameliyat süresi, ameliyat bulguları, perforasyon çapı, yatış süresi, mortalite gelişimi kaydedildi. Sonuçlar ortalama değerler olarak ifade edildi. **Bulgular:** 2008-2015 yılları arasında laparoskopik yöntemle peptik ülser perforasyonu tamiri yapılan 26 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 3'ü kadın 23'ü erkekti. Ortalama yaş 37.6 idi. Preoperatif ASA skorları incelendiğinde 15 hasta ASA 1, 9 hasta ASA 2, 1 hasta ASA 3, 1 hasta ASA 4 idi. Preoperatif lökosit sayısı ortalaması 13.5, CRP değeri 13.6 idi. Ameliyat süresi 40-120 dakika arasında değişmekte ortalama ameliyat süresi 81.3 dakika olarak bulundu. Perforasyon çapı 20 hastada 0-0.5 cm, 5 hastada 0.5-1 cm, 1 hastada 1 cm'den büyüktü. Hastanede yatış süresi 3-9 gün arası değişmekte ortalama süre 4.9 gün olarak tespit edildi. Tüm hastalar içerisinde 1 mortalite görüldü. Bu hasta, tamir yapılan perforasyon bölgesinden kaçak ve re-laparotomi sonrası sepsis nedeni ile yoğun bakımda kaybedildi. **Tartışma ve Sonuç:** Peptik ülser perforasyonunun laparoskopik tamiri son yıllarda yaygınlaşmıştır. Yapılan çalışmaların önemli bir kısmı peptik ülser perforasyonu tamirinde laparoskopik yaklaşımın ilk tercih olması gerektiği yönündedir. Bizim çalışmamızda ortaya konan sonuçlar ülser perforasyonu tedavisinde laparoskopik yaklaşımın güvenle kullanılabilceği yönündedir.

[PB - 119]

İnce Bağırsak Yerleşimli Gastrointestinal Stromal Tümör Perforasyonu: Nadir Bir Akut Batın Nedeni

İBRAHİM ALİ ÖZEMİR¹, FERMAN ÖZYALVAÇ¹, TUNÇ EREN¹, JÜLİDE SAĞIROĞLU¹, METİN LEBLEBİCİ¹, EBRU ZEMHERİ², ÖZGÜR EKİNCİ¹, ORHAN ALİMOĞLU¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) gastrointestinal sistemin en sık rastlanan mezenterik tümörleridir. GİST'ler tüm gastrointestinal sistem tümörlerinin ise sadece %1-3'ünü oluştururlar. Bu çalışmada jejunumda yerleşmiş bir GİST perforasyonu nedeniyle akut batın tablosu gelişen hastayı sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Elli-dört yaşında erkek hasta, akut başlayan karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile acil servismize başvurdu. Fizik muayenede karın sol üst ve orta kadrantlarda hassasiyet ve rebound bulunan hastada palpabl kitle saptanmadı. Lökosit değeri 18.000 K/mm³, CRP: 24 mg/L olarak tespit edildi. Batın tomografisinde proksimal jejunumda yerleşmiş, solid karakterde, mural ve ektramural hava imajları içeren 5x3 cm'lik kitle (Şekil 1) imajı saptanması üzerine eksplorasyon kararı alındı. Eksplorasyonda proksimal jejunum anslarının gato oluşturduğu, Trietz'dan yaklaşık 40. cm distalde jejunumun antimezenterik duvarında yerleşimli egzofitik kitlenin perforasyonu ve buna bağlı olarak yaklaşık 50 cc lokalize abse olduğu tespit edildi (Şekil 2). Abse drenajı sonrası segmenter jejunum rezeksiyonu ve uçuca anastomoz uygulandı. Histopatolojik in-

celemede temiz cerrahi sınırlarla çıkartılan kitlede düşük mitoz indeksi (2/50) ve %1 Ki-67 değerine sahip iğsi hücre demetlerinden oluşan tümör hücreleri görüldü. İmmünohistokimyasal incelemelerde cKIT, DOG1 ve SMA pozitif, s-100 fokal pozitif, CD34 ve desmin ile negatif boyanma tespit edildi. Bu bulgularla hastaya GİST tanısı konuldu. Takiplerinde herhangi bir problem yaşanmayan hasta postoperatif 8. gün taburcu edildi. 12 aylık takip periyodunda nüks veya metastaza rastlanmadı. **Tartışma ve Sonuç:** İnce bağırsak yerleşimli GİST'lerin oldukça nadir olmakla birlikte perforasyona sebep olarak akut batın tablosu geliştirebilecekleri akılda tutulmalıdır.



Şekil 1. Batın tomografide mural ve ekstramural hava imajları içeren jejunum kaynaklı kitle.



Şekil 2. Jejunumda perforasyona sebep olan egzofitik kitle.

[PB - 120]

Çıkan Kolonda Polibe Bağlı İnvajinasyon: Olgu Sunumu

METİN YALÇIN¹, SONGÜL DEMİR², MEHMET KASIM AYDIN³, ZEYİN ÜNVERDİ², ABDULLAH ÖZGÖNÜL⁴, ALİ UZUNKÖY⁴

¹Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

²Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

³Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

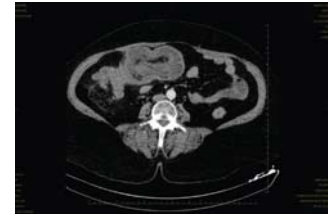
⁴Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Amaç: Gis'te lipomların en sık görüldükleri yer kolon olup adenomlardan sonra en sık görülen benign nonepitelial tümörlerini oluştururlar. Nadir görülürler ve otopsi serilerinde %0.3-0.5 oranında rapor edilmişlerdir. Kolonda en sık yerleştikleri kısımlar çekum, çıkan kolon ve sigmoid kolondur. Sıklıkla 50-70 yaşlarında rastlanırlar. Genellikle 2 cm den küçük ve asemptomatik, tanı tesadüfen konulur ve tedavi gerektirmez. Büyük ve semptomatik kolon lipomları oldukça nadir olup intermittant kramp tarzı karın ağrısı, bazen hematokezya ile invajinasyon sıklıkla izlenebilir. Tanıda endoskopi, baryumlu kolon grafisi ve bt yardımcıdır. Kolon submukozasından köken alan bir lipomun kolo-kolik invajinasyon nedeniyle akut batına neden olabileceğini gündeme getirmek istiyoruz. **Olgu Sunumu:** 57 yaşında kadın hasta intermittant kolik tarzında karın ağrısı, distansiyon ile başvurdu. Fizik muayene, radyolojik görüntüleme ve kolonoskopide çıkan kolonda saptanan submukozal lipom olgusu sunulmaktadır. BT de hepatic fleksura düzeyinde çıkan kolonun 13 cm lik segmenti, transvers kolon içerisine invajine görünümde olup transvers kolonda 5 cm çaplı lipom izlendi. Hastaya kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide çıkan kolon ortalarında 4-5 cm çapında polipoid – vegetan kitle, çıkan kolon distalinde 2 ve 1 cm lik subepitelyal lipomatöz lezyon izlendi.

Kolonoskopi esnasında invajine kısım düzeldi. Hastanın semptomlarının gerilemesi ve kolonda ki lipomun tam obstrüksiyona yol açmaması üzerine hastaya operasyon planlanmayıp takip kararı alındı. ADBG de ince barsak segmentlerinde hava-sıvı seviyeleri ve sağ kolonda artmış hava görünümü mevcuttu. Transvers kolonda kolo-kolik invajinasyon saptandı. **Tartışma ve Sonuç:** Lipomların ameliyat öncesi dönemde kesin tanısının konulması zor olabilir, özellikle lezyon büyük ve ülserle ise malignite ile karışabilir. Büyük, semptomatik kolon lipomlarında komplikasyonlardan korunmak ve maligniteyi ekarte edebilmek için ameliyat etmek gereklidir. Kolonoskopik olarak lipom çıkarılabilir. Tedavide en iyi yöntem laparotomi ve segmenter rezeksiyon olduğu ileri sürülmüştür. Bu olgumuzda kolo-kolik invajinasyona yol açan lipom olgusunda kolonoskopi ile invajinasyonun düzeltilebileceği ve acil ameliyatta gerek olmayabileceğini vurgulamak istedik.



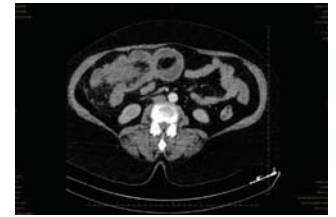
Şekil 1. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon BT görüntüsü 1.



Şekil 2. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon bt görüntüsü 2.



Şekil 3. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon bt görüntüsü 3.



Şekil 4. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon bt görüntüsü 4.



Şekil 5. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon kolonoskopi görüntüsü 1.



Şekil 6. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon kolonoskopi görüntüsü 2.



Şekil 7. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon kolonoskopi görüntüsü 3.



Şekil 8. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon kolonoskopi görüntüsü 4.



Şekil 9. Çıkan kolonda polip ve invajinasyon kolonoskopi görüntüsü 5.

[PB - 121]

Nötrofil/Lenfosit Oranının Akut Divertikülit Tanısındaki Belirleyiciliği

MEHMET ALİ GÖK, ÖZGÜR EKİCİ, MEHMET ZEKİ BULDANLI, ERCÜMENT TOMBALAK, FATİH BÜYÜKER, ORHAN ALİMOĞLU

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Akut divertikülitin tanısı zor olabilmektedir. Bu retrospektif çalışmada, nötrofil/lenfosit oranının (NLR) akut divertikülit tanısındaki ve komplike divertikülit(perfore,gangrenoz) ile basit divertikülit ayrımındaki belirleyiciliği araştırıldı. **Gereç ve Yöntem:** İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde 2013-2015 yılları arasında. Akut divertikülit tanısı ile interne edilmiş 45 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Divertikülit tanıları Fizik Muayane, Bilgisayarlı Tomografi, Lökosit değerlerine göre yapıldı. **Bulgular:** Divertikülit tanısıyla 76 hasta kliniğe yatırıldı.Hastalarımızın 52'si erkek, 24'ü kadındı ve yaş ortalaması 63,4 (36-83) idi. Hastaların 7' si komplike divertikülit (perfore, gan grenoz), 69'u basit divertikülit olarak değerlendirildi. Akut divertikülit tanısı konulmasında NLR için cut-off değeri 4.68 (p<0.001) olarak hesaplandı. Sensitivite %65, spesifite ise %55 idi. Komplike divertikülit ayrımı için NLR cut-off değeri 5.74 olarak hesaplandı. Sensitivitesi %70, spesifitesi ise %48 idi. **Tartışma ve Sonuç:** Akut divertikülit diğer akut batın nedenlerinden ayrımı zor yapılan bir hastalıktır. Akut divertikülit tanısının konulmasında NLR klinik değerlendirmeye ek olarak faydalı bir parametredir.

[PB - 122]

Hemodiyalize Bağımlı Bir Hastada Nadir Bir Akut Batın Nedeni: İzole Çekum Nekrozu

YASİN KARA, AZAMET CEZİK, YAHYA KEMAL ÇALIŞKAN, NURİ ALPER ŞAHPAZ, ÖZLEM AKÇA, MUSTAFA UYGAR KALAYCI

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: İzole çekum nekrozu(İÇN); Çekal arterlerin aterosklerozu yada tromboembolisine bağlı meydana gelebileceği gibi, travma sonrası olgularda, kronik hemodiyaliz hastalarında, açık kalp cerrahisi sonrası ve digoksin kullanımı öyküsü olan hastalarda görülebilmektedir. Bu sunumda kronik böbrek yetmezliği nedeniyle diyalizle tedavi edilen bir olguda meydana gelen izole çekum nekrozu olgusu paylaşıldı. **Olgu Sunumu:** 41 yaşında, erkek hasta. 2 gün önce hemodiyaliz sonrası ani başlayan sağ alt karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile acile başvurdu. Özgeçmişinde KBY nedeni ile 1 yıldır haftada üç kez hemodiyalize girmektedir. Fizik muayenede sağ alt ve üst karın hassas, defans ve rebound mevcuttu. TA:90/50, Ateş:37C. Laboratuvar değerleri WBC:18000, Hct:41, Üre:80, Kreatinin: 6.3.ADBG de özellik yoktu, batın ultrasonunda akut apandisit lehine bulgu izlenmedi, douglasta minimal serbest sıvı izlendi. Hastamız daha ileri görüntülemeye ihtiyaç duyulmadan akut batın nedeni ile ameliyata alındı. Göbek altı median insizyonla batına girildi eksplorasyonda çekum anterolateral duvarda düzgün sınırlı nekroze alanlar gözlemlendi. Sağ hemikolektomi ve uç yan ileotransversostomi uygulanan hasta takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeden postoperatif 7. günü şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Hemodiyaliz sırasındaki hipotansif periyot, mezenter iskemi için risk faktörüdür. Sağ alt

karın ağrısı veya akut batın tablosu ile başvuran hemodiyaliz hastalarının ayrıntılı tanısında İÇN düşünülmelidir. İÇN saptanan hastalarda sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi güvenilir bir tedavi yöntemi olabilir.

[PB - 123]

Erişkinde Nadir Bir İleus Nedeni İdiopatik İleoçekal İnvajinasyon: Olgu sunumu

YASİN KARA, SÜLEYMAN TÜMEN, AZAMET CEZİK, MUHAMMET ARIF KARAKAYA, AZİZ ŞENER, MUSTAFA UYGAR KALAYCI

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Çocuklarda intestinal invajinasyonların %90'ı idiopatik-tir, erişkinlerde ise %70-90'ı iyi tanımlanmış (Meckel divertikülü, polip,lipom veya lenfoma gibi) bir anomaliye sekonderdir. İdiopatik invajinasyon literatürde, yetişkin çağında ileus nedeni olarak çok nadir görülür. Genellikle ileoçekal bölgede gözlenir. Bu sunumda idiopatik invajinasyon nedeniyle acil servise başvuran bir olgunun teşhis ve tedavisi paylaşıldı. **Olgu Sunumu:** 41 yaşında erkek hasta. 1 aydır ara ara olan, kramp tarzı karın ağrısı şikayeti ile mükerrer acil servise başvuru olmuş.Son başvurusunda yapılan değerlendirmesinde karın ağrısının ara ara devam ettiği bulantı veya kusmanın eşlik etmediği, spontan gaz gayta deşarjı olduğunu ifade etmiştir. Fizik muayenesinde batını hafif distandü, epigastrik hassasiyet mevcuttu, defans, rebound yoktu. Kan tetkikleri WBC:15300 dışında normaldi. Direk karın grafisinde İnce barsak tipi havası seviyeleri mevcuttu.Çekilen oral-i.v.kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide çıkan kolon distalinden başlayıp çekuma kadar uzanım gösteren invajine barsak segmenti ve transvers kesitte işaret belirtisi görünümü izlendi. İleoçekal invajinasyona bağlı ileus ön tanısı ile yapılan laparatomide çıkan kolon distaline kadar ileum segmentinin çekuma invajine olduğu gözlemlendi. Yapılan eksplorasyonda ek bir patolojiye rastlanmadı. Hastaya sağ hemikolektomi ve uç yan ileotransversostomi uygulandı. Postoperatif 7. günü şifa ile taburcu edildi. Piyesin histopatolojik incelemesi sonucunda kolon ve ileum segmenti duvarında hemorajik enfarkt alanları mevcut olup herhangi bir intraluminal patoloji izlenmedi ve idiopatik ileoçekal invajinasyon olarak rapor edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İnvajinasyon aralıklı karın ağrısı şikayetlerine sebep olabilir. Bt ve usg teşhiste önemlidir. Aşırı hareketli(serbest) ileum ve çekum ileoçekal invajinasyondan sorumlu tutulmuştur. Mükerrer kramp tarzı karın ağrısı olan olgularda mekanik barsak tıkanmasının nadir bir nedeni olan ileoçekal invajinasyon düşünülmelidir.

[PB - 124]

Primer Apendajitis Epiptoika: Konservatif Tedavi Edilen Bir Olgu

YASİN KARA¹, AZAMET CEZİK¹, NAİL UZUNLULU², NURİ ALPER ŞAHPAZ¹, YAHYA KEMAL ÇALIŞKAN¹, MUSTAFA UYGAR KALAYCI¹

¹*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

²*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul*

Amaç: Primer apendajitis epiptoika(PAE) pedikülünün torsi-

yonuna sekonder veya santral venlerinin trombozuna bağlı kolonun apendiks epiploikalarının enfarktından kaynaklanan, ender rastlanan ve cerrahi akut karını taklit edebilen klinik bir durumdur. Laboratuvar ve muayene bulguları cerrahi akut karın hastalıklarını taklit eden, PAE tanısı konulup konservatif yöntemlerle başarı ile tedavi edilen bir olgumuzu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 41 yaşında bayan hasta. 1 saat önce ani başlayan sağ alt karın ağrısı şikayeti ile acile başvurdu. Hastamızda kronik hastalık öyküsü veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hafif bulantısı olmakla beraber kusma veya iştahsızlık yoktu, ishal veya kabızlık saptanmadı. Fizik muayenede TA: 120/80 ateş(aksiler):36.8°C, sağ alt karında palpasyonla hassasiyet ve istemli defansı mevcuttu, rebound yoktu. Hastanın WBC:8700 CRP:13.51, TİT ve biyokimyasında özellik saptanmadı. Batın USG de özellik saptanmadı, çekilen oral ve i.v. kontrastlı batın BT de; çekum duvarı anterolateralde perikolonik yerleşimli çevresel mezenterik inflamasyonun eşlik ettiği oval-yuvarlak şekilli hafif dens, yağ dansitesinde kitlesel lezyon izlendi ve PAE tanısı konuldu. Hastaya cipro floksasin 500 mg 2x1, metronidazol 500 mg 2x1 ve diclofenac 50 mg 2x1 oral başlandı ve ayaktan takip edildi. Takiplerinin 5. günü yapılan kontrollerde hastanın şikayetlerinin düzeldiği saptandı. 2 hafta sonra çekilen kontrol tomografilerinde inflamasyon bulgularının tamamen gerilediği gözlemlendi. **Tartışma ve Sonuç:** PAE akut batını taklit eden nadir bir hastalıktır. Akut batın nedenlerini taklit ederek yanlış laparatomilere veya gereksiz uzun medikal tedavilere neden olabilmektedir. Acil servise sağ veya sol alt karın ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Çoğu vakada konservatif yaklaşım yeterli olduğu akıld tutulmalıdır.

[PB - 125]

Akut Karına Sebep Olan İnce Barsak Gastrintestinal Stromal tümör; Olgu Sunumu

YAHYA KEMAL ÇALIŞKAN, AZAMET CEZİK, MUSTAFA UYGAR KALAYCI

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİST'ler Gastrointestinal sistemin en sık rastlanan mezenşimal tümörleridir. GİS tümörlerinin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. GİS içinde en sık tutulan organ midedir. Bunu ince bağırsaklar ileoçekal bölge ve kolon izler. Bu çalışmada genç yetişkin hastada hızla büyüyen ve akut karın tablosuna sebep olan ince barsak jujenal GİS olgusunu sunmayı amaçladık. Olgumuz 39 yaşında erkek, kusma ve karınağrısı şikayetleriyle acil kliniğine başvurdu. Fizik muayenede batın hassas deans rebound mevcuttu. Laboratuvar incelemesi lökosit (21.000/mm³) değeri dışında normaldi. USG incelemesinde batın alt kadranda yoğun gaz distansiyonu nedeniyle değerlendirmede. Batın tomografisi ile incelendi. sağ alt kadranda ve pelviste serbest sıvı görüldü İleal anslarda yer yer dilatasyon ve barsak ansları arasında mezenterik yağlı planlarda inflamasyon ile uyumlu düzensiz dansiteler izlendi. Bu bulgular ve klinik değerlendirme sonucunda acil laparotomiye karar verildi. Laparotomide ince barsak jujenumda perfore 7x5x4 cm ebatta kitle görüldü ve jujenum kısmi rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapıldı. Hasta daha önceki dönemlerde de gelip geçici karın ağrısı ve bulantı şikayetlerinin olduğunu ifade etti. Takipleri sorunsuz geçen hasta 15. günde taburcu edildi. Patolojik incelemede jujenum kaynaklı gastrointestinal stromal tümör (orta risk grubu) olarak değerlendirildi. Onkolojik tedavisi ve takipleri için bilgi verildi.

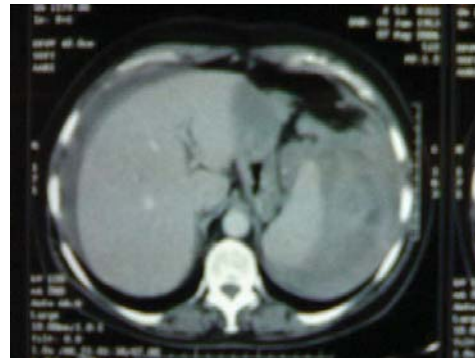
[PB - 126]

Dalağın Travmatik Olmayan Spontan Rüptürü: Olgu Sunumu

YAHYA KEMAL ÇALIŞKAN

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Spontan dalak rüptürü bir çok hastalık zemininde gelişebilen ve hatta çok nadir olarak patolojik olmayan bir dalakta görülebilen bir patolojidir. Hayatı tehdit edebilen bu tablo ciddiye alınmalı ve ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Kesin tanı için ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografiden yararlanılmalı ve klinik şartlara ve hemodinamik tabloya göre tedavi stratejisi belirlenmelidir. Burada bu ender durumu literatür eşliğinde tartışarak, travma veya primer bir hastalık olmadan bile dalak rüptürü olabileceğine bir olgu örneği ile dikkat çekmek amacındayız.



Şekil 1. Dalakta grade IV rüptür ve batın içi hematom.

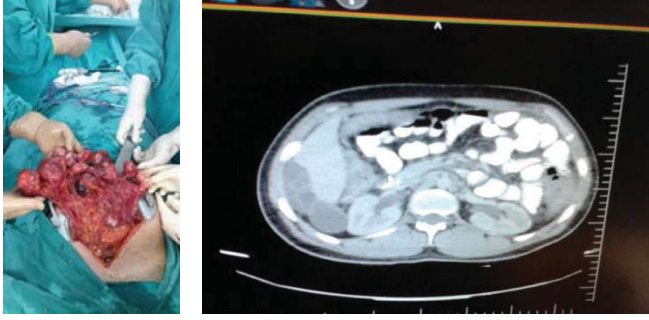
[PB - 127]

Nadir Rastlanan Akut Batın: Omental Torsiyone Nekroze Kist Hidatik

SERKAN SARI, ABDÜLKERİM ÖZAKAY, ÜLFET ABDULLAYEV, EMRE ERDOĞAN

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Karciger kist rüptürü akut batın tablosu nedenlerinden biridir. Bazen Rüptür sonrası batına yayılan veziküller omentuma implante olmakta ve burada yeni kistler oluşturabilmektedir. Bu kistlerin daha sonra torsiyone ve nekroze olması akut batın tablosuna neden olabilmektedir. Bu çalışmada KC kist rüptürü ön tanısıyla ameliyat edilen ve ameliyat sırasında omentumda nekroze ve torsiyone kistleri saptanan hastayı sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 38 yaşında erkek hasta, iki gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle başvuruyor. Fizik muayenede batında hassasiyet ve rebound mevcut. Laboratuvar değerlerinde lökosit 12000/mm³ bunun dışında başka patolojik değer yok. Batın USG Batın alt kadranda barsak anslarıyla ilişkisi net değerlendirilemeyen büyüğü 58x73 mm boyutunda anekoik kistik lezyonlar izlenmiştir. Hasta akut batın ön tanısıyla operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda omentumda multipl sayıda nekroze ve torsiyone olmus kist görüldü. aynı zamanda KC 8. segmentde YAKLAŞIK 8x10 cm diafragmaya yapışık kist gözlemlendi. Hastaya kistlerin tamamını içine alan kısmi omentum rezeksiyonu ve karaciğerdeki kiste unroofing uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Kist hidatik rüptürü, cerrahi pratikte rastlanan akut karın nedenidir. Fakat vakamızda gördüğümüz torsiyone ve nekroze intraperitoneal kist hidatik oldukça nadir bir akut batın nedeni olarak akla gelmelidir.



Ameliyat resimleri.

Bilgisayarlı tomografi.

[PB - 128]

Behçet Hastalığına İleum ve Kolon Perforasyonu İki Olgu

MUSTAFA ŞİT, ERTUĞRUL KARĞI, SEMİH YAMAN,
MEHMET HAYRİ ERKOL

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Behçet hastalığı (BH), tekrarlayan oral ve genital ülserler, göz ve cilt lezyonları ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır ve vasküler, nörolojik veya gastrointestinal tutulum eşlik edebilir. BH'da, gastrointestinal (GI) sistem tutulumu yaklaşık %3-25 hastada görülür. GI sistem hastalığı genellikle sadece ileoçekal bölgeyi etkiler, ama aynı zamanda nadiren yemek borusu, ince bağırsak ve kolonu da içerir. En sık görülen semptomlar karın ağrısı, ishal ve kanamadır. Behçet hastalığında görülen derin GI ülserler şiddetli kanama ve perforasyon gibi ciddi komplikasyonların başlıca nedenleridir. BH nedeniyle kolon perforasyonu bildiren birkaç çalışma vardır. Bu yazıda, Behçet hastalığına bağlı olarak ortaya çıkan terminal ileum ve kolon perforasyonu sonucu akut batın nedeniyle ameliyat ettiğimiz iki hastayı sunduk. Vaka bir 26 yaşındaki erkek hasta, on gün boyunca karın ağrısı, kanlı ishal, bulantı ve iştahsızlık şikayetiyle hastanemize acil servisine başvurdu. Hastanın öyküsünden 11 yıl önce Behçet hastalığı tanısı konulduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde tahta karın durumu mevcuttu. Aksiler ateş 38,5 derece idi. Laboratuvar testlerinde beyaz kan hücreleri sayımı ve kreatinin artışı saptandı (14400/mm³ ve 1.96 mg / dL). Acil laparatomide batın içinde bol miktarda pürülan serbest sıvı, terminal ileumda ve çıkan kolonda multipl perforasyon alanları saptandı. Terminal ileumu ve sağ kolonu içerecek şekilde rezeksiyon ve çifte namlu şeklinde ostomiler yapıldı. Vaka 2 53 yaşında erkek hasta. Üç gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı kusma, iştahsızlık şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın öyküsünden 25 yıl önce Behçet hastalığı tanısı konulduğu öğrenildi. Fizik muayenede özellikle batın her iki alt kadrantlarda defans ve rebound bulguları mevcuttu. Aksiler ateş 38 derece ölçüldü. Laboratuvar testlerinde beyaz kan hücreleri sayımı ve kreatinin artışı saptandı (18700/mm³ ve 2.06 mg / dL). Yapılan acil laparatomide terminal ileum ile çıkan kolon ve hepatik fleksurada multipl perforasyonlar mevcuttu. Hastaya terminal ileumun tamamını içeren genişletilmiş sağ hemikoloktomi ve çifte namlu şeklinde ostomi yapıldı.



Şekil 1. Düz karın grafisinde diyafragma altı serbest hava.

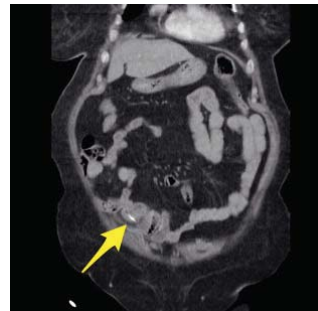
[PB - 129]

Ladesi Unutmak: Tavuk Kemiğine Bağlı Meckel Divertikülü

ATAHAN ACAR, KÜRŞAT YEMEZ, MELEK GÖKOVA, NİHAN ACAR,
GÜLDEN BALLI, KEMAL ATAHAHAN

Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin en sık karşılaşılan konjenital anomalisidir. Çoğu asemptomatik olsa da kanama, obstrüksiyon, divertikülit, intususepsiyon ve neoplazi gibi komplikasyonlar görülebilir. Obezite ve eşlik eden yeme bozukluklarına bağlı sindirilemeyen yabancı cisimlerin yutulması durumuyla sık karşılaşılmaya başlanmıştır. **Olgu Sunumu:** 72 yaşında kadın hasta acil servise karın ağrısı, bulantı şikayetleriyle başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın bilinen insülin bağımlı diyabeti, geçirilmiş appendektomi, kolesistektomi, total abdominal histerektomi ve subtotal tiroidektomi öyküleri mevcuttu. Anamnezinde ağrının 24 saat içinde başladığı dışında önemli birşey yoktu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcut olan hastanın laboratuvar bulgularında CRP:4,1 mg/dl dışında tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri tamamen normaldi. Yapılan konsültasyon sonrası acil jinekolojik patoloji saptanmadı. Acil abdomen USG ve BT (Şekil 1, 2) raporlarında ince barsak anslarında hafif luminal distansiyon, sağ alt kadranda kalın duvarlı bir ileal ans içinde duvara saplanmış izlenimi veren yaklaşık 2,5-3 cm uzunlukta ince uzun yüksek dansiteli materyal dikkati çekmektedir şeklinde gelmesi üzerine anamnezi derinleştirildi ancak herhangi bir cisim yuttuğuna ilişkin bilgi alınmadı. Takibinde karın bulguları gerilemeyen hastaya operasyon kararı verildi. Peroperatif, sağ alt kadranda karın ön duvarına yapışık meckel divertikülü ve sınırlı peritonite yol açmış mikroperforasyon saptandı (Şekil 3). Divertikül stapler ile rezekte edildi. İçinde bütün şeklinde lades kemiği olduğu gözlemlendi (Şekil 4, 5). Postoperatif 3. günde oral almaya başlayan hastanın 5. günde dreni sonlandırıldı, 6. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu ince bağırsak rezeksiyonu, divertikülit olarak raporlandı. **Tartışma ve Sonuç:** Hastanın apendektomi, histerektomi, kolesistektomi öykülerinin olması ve bu ameliyatların başka merkezlerde yapılmış olması, tanıda bizi en çok zorlayan kısımdı. İnsidental olarak saptanmış Meckel divertikülünün tedavisi halen tartışmalıdır. Ancak bu ameliyatları geçirmiş bir hastanın insidental Meckel divertikülünün eksize edilmiş olması daha doğru bir seçenek olabilirdi.



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografi yabancı cisim görüntüsü.



Şekil 2. Bilgisayarlı tomografi yabancı cisim görüntüsü.



Şekil 3. Meckel Divertikülü (distal uçta perforasyon sonrası).



Şekil 4. Tavuk kemiği (Meckel divertikülü rezeksiyon sonrası).



Şekil 5. Tavuk kemiği (Meckel divertikülü rezeksiyon sonrası).

[PB - 130]

Nadir Bir Akut Karın Nedeni Olarak LenfomaZEYNEP DENİZ KOZLUKLU¹, ACAR AREN¹, EMRE ERDOĞAN¹, HÜSİNİYE ESRA PAŞAOĞLU², NEVRA DURSUN²¹*Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*
²*Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul*

Amaç: Primer gastro intestinal sistem (GİS) lenfomaları tüm GİS tümörlerinin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Gastrointestinal sistem primer lenfomalarının %50-60'ı midede, %20-30'u ince barsaklarda, %10-20'si kolon ve rektumda görülür. Kitle bulunduğu lokalizasyon ve boyuta göre kanama, karın ağrısı, karında ele gelen kitle ve obstrüksiyon gibi semptomlar verebilir. Bu çalışmada daha önce lenfoma tanısı almamış ve akut karın nedeniyle operasyona alınan hastalarımızı derleyerek sunmayı amaçladık. **Bulgular:** 2011- 2015 yılları arasında acile başvuran ve merkezimizde opere edilen hastalar tarandı, 11 hastanın lenfomaya bağlı komplikasyonlar nedeniyle primer olarak opere edildiği görüldü. Hastaların yedisi erkek, dördü kadındı. Yaş ortalaması 53.7 idi (16- 84 yaş). 5 hastada mide, 4 hastada ileum, 1'er hastada ise kolon ve dalak tutulumuna bağlı akut karın tablosu saptandığı görüldü. Midedeki lezyonların 3 hastada perforasyona, 1 hastada sebebi açıklanamayan akut karın tablosuna, 1 hastada ise mide çıkış darlığına neden olduğu görüldü. İleal lenfomanın olgularından birinde invajinasyona, 3 hastada ise intestinal obstrüksiyona bağlı akut karın tablosuna yol açtığı saptandı. Sigmoid kolon tutulumu olan hasta da obstrüksiyon nedeniyle operasyona alındı. Dalak tutulumu olan hasta spontan dalak rüptürü nedeniyle opere edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Lenfoma, gastrointestinal ve hematopoetik sistem elemanlarını etkileyerek perforasyon, obstrüksiyon, rüptür gibi yollarla akut karın tablosuna yol açabilmektedir. Daha önce tanı almış hastalarda ön tanı olarak lenfomayı düşünmek kolay olduğu halde tanısı olmayan hastalarda nadir olması sebebiyle lenfoma akut karın nedeni olarak sıklıkla göz önünde bulundurulmamaktadır. Özellikle 20 yaş altında ve 55 yaş üzerinde akıldaki tutulması gereken nadir bir akut karın nedenidir.

[PB - 131]

Travma Sonrası Geç Dönemde Ortaya Çıkan Diyafragma Rüptürüne Bağlı Mide İnkâr Serasyonu

MAZLUM YAVAŞ, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ, SOYKAN ARIKAN, ÖNDER AKKUŞ, ÜLFET ABDULLAYEV

Istanbul EAH, Genel Cerrahi, İstanbul

Amaç: Tüm motorlu araç yaralanmalarının %1-5'inde ve alt toraks bölgesini ilgilendiren penetran yaralanmaların %10-15'inde diyafram hasarı görülmektedir. Tanı konulamayan veya izole diyafram rüptürü olan olgularda semptomlar haftalar, aylar hatta yıllar sonra bile ortaya çıkabilmektedir. Bu da hastaya geç tanı konmasına neden olur. **Olgu Sunumu:** 28 yaşında bayan hasta 3 gündür şiddetli göğüs sol tarafta ağrı, bulantı, kusma yakınmaları ile başvurdu. 3 aydır mevut şikayetleri varmış. Özgeçmişinde 5 ay önce araç dışı trafik kazasına bağlı sol tarafta multipl kosta fraktürü nedeniyle dış merkezde takip edilmiş. Herhangi bir cerrahi eksplorasyon yapılmamış. PA grafide sol hemitoraksta gastrik "bubble" görüldü. Batın BT de hava-sıvı seviyesi içeren mide ve komşu akciğerde kompresyona bağlı atelektazik alanalar izlendi. Üst gis endoskopide mide korpus ve fundusta

mukozal iskemi tespit edilmesi üzerine acil operasyona alındı. Laparoskopik eksplorasyonda sol diyafragma posteriorda 4-5 cm çapında defekt ve bu defekten midenin totale yakın kısmı toraksa herniye olduğu görüldü. Mide çevre doku ve organlardan serbestlenerek batına red edildi. Defekt non absorbabl stür ile tamir edildi. Defekt üzerine prolen mesh absorbabl tacker ile tespit edildi. Post op 2. gün gastroskopide mide mukozası normal görüldü. Serviste 5 gün sorunsuz takip edilen hasta sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Torakoabdominal travma sonrasında travmatik diyafram rüptürünün olabileceğini düşünmek erken tanı ve tedavi için en önemli basamaktır.



Şekil 1. BT'de midenin toraks-taki görünümü.



Şekil 2. Herni defektinin laparoskopik görünümü.

[PB - 132]

Spontan Rektus Hematomları

CEMAL KAYA, PINAR YAZICI, EMRE BOZKURT, EMRE BOZDAĞ, ZEYNEP GÜL ŞİMŞEK, ÖZGÜR BOSTANCI, UYGAR DEMİR MEHMET MİHMANLI

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Rektus hematomu, rektus kılıfı içerisindeki epigastrik damarların veya rektus kaslarının yırtılmasına bağlı oluşan bir tablodur. Spontan rektus kılıf hematomu karın ağrısının nadir görülen ve genellikle gözden kaçan bir nedeni olup özellikle yaşlı hastalarda mortal seyrebilmektedir. Bu çalışmamızdaki amacımız, spontan rektus hematomu tanısı konan hastalarda kendi tecrübelerimizi bildirmektir. **Gereç ve Yöntem:** Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği tarafından spontan rektus hematomu tanısı konan 6 hastanın demografik özellikleri, başvuru şikayetleri ve tıbbi geçmişleri retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Hastaların 2'si kadın (%33.3), 4'ü erkek (%66.7) olup yaş ortalamaları 50.1 (20-65) idi. Bütün hastalar karın ağrısı ve karında şişlik şikayetiyle başvurular. 3 hastada geçirilmiş kardiyak hastalığa bağlı oral antikoagulan (warfarin) kullanma öyküsü mevcut idi; bu hastalarda International Normalized Ratio (INR) değerleri 3'ün üzerinde idi, diğer hastalarda herhangi bir predispozan faktör saptanmadı. Warfarin kullanan 2 hastada ve kullanmayan 2 hastada şikayetlerin öncesinde şiddetli öksürük nöbeti olduğu öğrenildi. Diğer hastalarda herhangi bir etiyolojik faktör bulunamadı. Hastalara batın ultrasonografi ve batın tomografisi ile rektus hematoma tanısı kondu. 4 Hastaya yatarak 2 hastaya da ayakta takip ile konservatif tedavi uygulandı. 2 hastaya ikişer ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Hemogram takiplerinde herhangi bir hastada kan transfüzyonuna gerek görülmedi. Hastaların ortalama yatış süresi 3.6 gün (2-6) oldu. Hiçbir hastada mortalite veya komplikasyon oluşmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Spontan rektus kılıf hematomu özellikle antikoagulan tedavi alan ve öksürük nöbetinden sonra oluşan karın ağrısı şikayetinde ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Kontrolsüz olarak hematoma büyüyen olgularda girişimsel tedavi gerektirebilir, ancak çoğu vaka, yüksek INR değerinin kontrol altına alınmasıyla yapılan konservatif tedaviye iyi cevap verir.

[PB - 133]

Ölüme Götürebilen Gecikme: Nekrotizan Fasiit

ELİF BİNBOĞA, HAKAN YİĞİTBAŞ, CANDAŞ ERÇETİN, ERKAN YAVUZ, OSMAN BİLGİN GÜLÇİÇEK, ALİ SOLMAZ, AYTAÇ BİRİCİK, FATİH ÇELEBİ, ATILLA ÇELİK

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Nekrotizan fasiit (NF), cilt, ciltaltı doku ve fasyaların nekrozu ile karakterize, hızla yayılan, agresif, yüksek morbidite ve mortalitesi olan yumuşak doku enfeksiyonudur. Tanı anında hızlı cerrahi müdahale yapılmalıdır. 28 yaşında kadın hastada sezaryen sonrası gelişen ve gecikmiş tedavi nedeni ile kaybedilen bir olguyu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 28 yaşında kadın hasta acil servise karın ağrısı bulantı kusma kabızlık ile başvurdu. 7 gün önce sezaryen olduğu ve benzer yakınma ile 2 gün önce acil servise başvurduğu, yara yeri enfeksiyonu nedeni ile antibiyoterapi düzenlendiği öğrenildi. Başvuru anında TA 70/50 mmHg, nabız 120/dk, solunum sayısı 28/dk vücut ısısı 37,5°C idi. Fizik muayenesinde karında gerginlik, bağırsak sesleri azalma, karın cildinde yer yer ekimotik alanlar, yara yerinde kızarıklık, karında ve alt ekstremitelerde morarma olduğu görüldü. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit 2200/mm³, kreatinin 2,18, CRP 206 idi. Direkt karın grafisinde ince barsak tipi hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Bilgisayarlı KarınTomografisinde karın ön duvarında her iki lomber ve inguinal bölgeye uzanan gaz gölgeleri izlendi. Ameliyata alınan hastanın batın içinde bulguları açıklayacak patoloji tespit edilmedi, yaradan batına füze olmuş apse drene edildi, Nekrotik dokulara debritleme uygulandı. Bogota Bag yardımı ile cilt kapatılarak hasta YBÜ ne alındı. Doku kültüründe Provitella Bivia ve Enterococcus Faecalis üredi. 8. Saatinde nekrozun daha da ilerlemesi üzerine yeniden debritleme uygulanan hasta yapılan seri debritlemelere rağmen YBÜ takibinin 7. günü kaybedildi. **Tartışma ve Sonuç:** İlk defa 1871'de oldukça geniş bir seride' hastane gangreni' adıyla Joseph Jones tarafından bildirilmiştir. Nekrotizan fasiit terimini ise ilk defa 1952'de Wilson kullanmıştır. Sezaryen operasyonu en sık uygulanan obstetrik operasyon olup sezaryen sonrası NF sıklığı literatürde 1.8/1000 olarak bildirilmektedir. Tanımlanmış bir klinik tablo olmasına rağmen basit yara yeri enfeksiyonu olarak düşülmesi hastamızın tanısında gecikmeye neden olmuştur. NF nadir görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek durumlardır. Tanı anında akılda tutulmalı hızlı cerrahi müdahale ve geniş debritlemelere başvurulmalıdır.

[PB - 134]

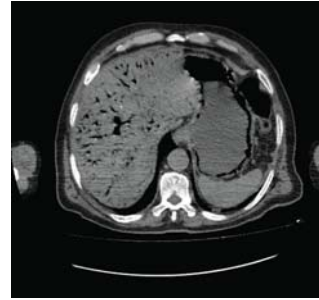
Yanıtıcı Bir Akut Batın Tablosu: Pnömintestinalis

MELEK BEKLER GÖKOVA, ATAHAN ACAR, MURAT KEMAL ATAHAN, COŞKUN ONAK, GÜLDEN BALLI, ERCÜMENT TARCAN

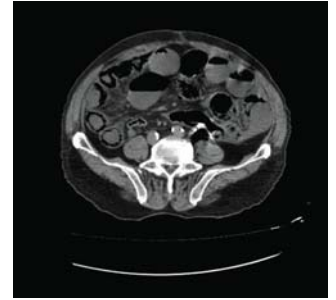
Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İzmir

Amaç: Pnömatosis intestinalis (Pİ); gastrointestinal kanalın duvarında submukozal veya subserozal yerleşim gösteren gaz ile dolu çok sayıda kistlerle karakterize nadir bir durumdur. Gaz dolu kistlerin oluşmasında gastrointestinal lümenin içerisindeki gaz, bakteriler tarafından yapılan gaz ve pulmoner gaz suçlanmıştır. Pilon stenozu, KOAH, kollajen doku hastalıkları, organ transplantasyonu, peptik ülser, iskemik ve inflamatuvar barsak hastalığı beraber görülebileceği bazı hastalıklardır. Ayrıca gastrointestinal sistemin üst ve alt endoskopisi, steroid gibi immunsupresif ilaç kullanımından sonrada rapor edilmiştir. **Olgu Sunumu:** 85 yaşında erkek hasta GİS kanama nedeni ile

yapılan üst GİS endoskopisi sonrası gelişen karın ağrısı ile konsülte edildi. Fizik muayenede batında distansiyon, hassasiyet, rebound mevcut, spontan gaz gaita çıkışı olmamıştı. Karın ağrısı nedeni ile çekilen batın tomografisinde karaciger parankimi içerisinde yaygın hava, portal venöz sistem içerisinde, mide, ince barsak duvarında ve mezenterik vasküler yapılar içerisinde hava tespit edildi (Şekil 1 ve 2). Bulgular iskemik barsak hastalığı ile uyumlu olarak rapor edildi. Hasta akut batın tablosu, mezenterik iske mi öntanısı ile acil operasyona alındı Batında gis içeriği görülmedi, perforasyon saptanmadı. Eksplo rasyonda mide serozasından başlamak üzere daha yoğun olarak ince barsak seroza ve mezosunda olmak üzere tüm gastrointestinal sistem serozal yüzeylerde ve mezosunda 1-3 mm arasında değişen boyutlarda gaz dolu kistik oluşumlar görüldü. Hastanın gastrointestinal sistem kanlanması herhangi bir patoloji olmaması üzerine hastaya ek bir cerrahi girişim düşünülmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Pİ erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. İnce ve kalın barsak duvarında submukozal subserozal yerleşimli içi hava ile dolu multiple kistler ile karakterizedir. Patogenezi net olmamakla beraber bazı teoriler ileri sürülmüştür Mekanik teoride intratorasik basıncı artıran sebepler sonucu akciğer parankiminin parçalandığı buradaki hava içeriğinin mediyasten, retroperiton ve mezenterden barsak duvarına geçtiği veya barsak lümenindeki gazın zedelenmiş olan mukozadaki defekten sızarak barsak duvarında hava kistleri oluşumuna sebep olduğunu öne sürülmüştür. Pİ tedavisi spesifik olmayıp radyolojik görüntüsü agresif olsada hastaya laparotomi kararı peritonit bulguları eşlik eden metabolik asidoz olduğunda verilmelidir.



Şekil 1. KC parankimi ve mide duvarında hava.



Şekil 2. İnce barsak duvarı ve mezozoda hava.

[PB - 135]

Akciğer Kanserinin Gastrointestinal Traktusa Metastazı

TAYFUN YOLDAŞ¹, BANU YOLDAŞ², CEMİL ÇALIŞKAN¹, SONER GÜRSOY², ERHAN AKGÜN¹, MUSTAFA KORKUT¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir
²İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Akciğer kanser metastazına bağlı ince barsak perforasyonu oldukça nadir görülen bir klinik tablodur. Metastaz gastrointestinal traktusun herhangi bir bölümünde görülebilir ve metastatik odak masif kanama, obstrüksiyon, perforasyon gibi komplikasyonlara neden olabilir. Bu durumda acil cerrahi girişim ihtiyacı doğmaktadır ve bu malignitesi olan hastalar için yüksek mortalite ve morbidite anlamına gelir. Biz daha öncesinde akciğer kanseri tanısı bulunan ve gastrointestinal traktusa metastaz yaparak semptomlara yola açan ve acil cerrahi girişim gerektiren hastalarımızı irdelemeyi amaçladık. Kliniğimizde gastrointestinal traktusa metastaz nedeniyle acil

cerrahi uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak toplandı. Hastaların klinik ve demografik özellikleri kaydedildi. Çalışmaya dahil edilen 13 hastanın yaş ortalaması 65 (48-81) olarak tespit edildi ve 1 i kadın 13 ü erkekti. Hastaların 11(%23) sinde ince barsak metastazı, 2 sinde kolorektal metastaz saptandı. Çalışmaya dahil edilen hastaların 3 ü postoperatif erken dönemde kaybedilmiştir. Metastatik akciğer kanseri olan hastalara uygulanan acil laparotominin getirdiği morbiditenin önüne geçebilmek önemlidir. Akciğer kaserli hastalarda görülebilen non spesifik abdominal semptomların tetkik edilerek metastaz olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Elektif cerrahinin mortalite ve morbiditesinin acil cerrahiye göre daha düşük olması nedeniyle bu hastalarda erken tanı önemlidir.

[PB - 136]

ERCP Sonrası Stent Migrasyonuna Bağlı Duodenum Perforasyonu

MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹, ORHAN YAĞMURKAYA¹, İSMAİL ZENGİN¹, ÖMER YALKIN¹, FEHMİ ÇELEBİ²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ve stent uygulamaları, safra yolu ve pankreasın benign ve malign patolojilerinin tanı ve tedavisinde etkin bir biçimde kullanılan bir uygulamadır. Bilier stentin distale migrasyonu, hastaların %6'sında görülmekle birlikte ciddi geç dönem komplikasyonlarıdır. Bu yazıda kist hidatik operasyonu sonrası safra fistülü nedeni ile ercp ile stent uygulanan olguda stent değişimi sonrası duodenum 3. kısma migre olan stente bağlı perforasyonunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Yirmi iki yaşında kadın olgu gastroenteroloji kliniğinden ERCP ve stent değişimi sonrası aniden başlayan ve giderek şiddetlenen karın ağrısı kliniğiyle konsülte edildi. Olgunun 3 ay önce geçirilmiş karaciğer kist hidatik cerrahisi ve kolesistektomi öyküsü olduğu, operasyon sonrası erken dönemde biliyer fistül olduğu, bu nedenle 2 kez gastroenteroloji kliniğince ERCP yapıldığı ve stent yerleştirildiği öğrenildi. Sonrasında Gastroenteroloji Kliniği'nde stent tıkanması nedeniyle daha önceden yerleştirilen iki stent çıkarılıp, yerine sağ ve sol ana dala iki stent yerleştirildiği belirtildi. Olgunun çekilen kolanjiyografisinde, intrahepatik safra yolları dilate olarak izlendi, kaçak saptanmadı. Olgunun fizik muayenesinde sağ üst kadranda daha belirgin periton irritasyon bulguları tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 17000/mm³ ALT: 210 AST: 124 T. Bil: 6.9 D.bil: 5.1 GGT: 467 olarak ölçüldü. Yapılan karın ultrasonografisinde kolesistektomi lojunda ve subhepatik alanda serbest mayi izlendi. IV kontrastlı bilgisayarlı karın tomografisinde subhepatik alanda sıvı, retroperitoneal alanda şüpheli serbest hava imajları olması üzerine hastaya acil laparotomi planlandı. Eksplozasyona duodenum 3. kısma migre olmuş stente bağlı posteriordan perforasyon izlendi. Stent çıkartılarak, duodenum primer tamir edildi. Postoperatif 8.gün olgu sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** ERCP teknik bilgi ve beceri gerektiren ciddi komplikasyonlara neden olabilen kompleks bir endoskopik prosedürdür. Endoskopistin klinik olarak etkin ve doğru ERCP yapabilmesi için, uygulamanın endikasyonunu doğru belirlemesi, potansiyel komplikasyonlarını bilmesi ve komplikasyon yaratacak ve gereksiz uygulamalardan mümkün olduğunca kaçınması önemlidir. ERCP ile biliyer stent uygulaması mortalite ve morbiditesi yüksek olan girişimlendedir.

[PB - 137]

Nadir Bir Olgu Sunumu: Hindi Kemiğine Bağlı Kolon Perforasyonu

KEMAL GÜNDOĞDU¹, EMRAH AKIN², METİN ŞENOL³, AHMET ÇELİK⁴, FATİH ALTINTOPRAK⁴

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Hendek Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

³Sakarya Özel Adatıp Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

⁴Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Yabancı cisimlere bağlı kolon perforasyonu erişkin yaş grubunda nadir görülmektedir. Yazımızda hindi kemiğine bağlı kolon perforasyonu olgusunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Altmış iki yaşında bayan hasta acil servise 20 gün önce başlayan, son 2 gündür artan batın sol alt kadranda ağrı ve bulantı kusma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın laboratuvar incelemesinde beyaz küre değeri 11.000/mm³ haricinde özellik yoktu. Abdominal bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde patolojik görünüm saptanmaması üzerine yapılan kolonoskopisinde sigmoid kolon mukozasına saplanmış yabancı cisim görüldü. Endoskopik manipülasyonla çıkarılamayacağı anlaşıldığı üzerine acil operasyon kararı verildi. Yapılan eksplozasyonda sigmoid kolonda serozaya kadar ilerlemiş, perforasyona neden olarak periserozal inflamasyon ve ödemeden oluşmuş yabancı cisim palpe edildi. Hartmann prosedürü uygulandı. Kolon rezeksiyon materyali incelendiğinde yabancı cismin, ameliyat sonrasında hastadan öğrenildiği üzere 20 gün önce yenen hindi kemiği olduğu görüldü. Sorunsuz post-operatif süreç sonrası 5. günde taburcu edilen hastanın kolostomisi 8 hafta sonra kapatıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Acil servis başvurularında yabancı cisim yutulması şikayetine özellikle pediatrik yaş grubunda sık rastlanmaktadır. En sık kürdan, deniz ürünleri ve kümes hayvanlarının kemikleri ve takma dişlere bağlı perforasyona rastlanmaktadır. En sık perforasyon lokalizasyonu terminal ileum ve rektosigmoid bileşkedir. Literatürde batın içi abse, fistül ve obstrüksiyon ile başvuran, karaciğer ve mesane-ye migrasyon yapan, sigmoid divertiküle yerleşip divertikül perforasyonunu taklit eden olgular bildirilmiştir. Ayırıcı tanıda perforasyona neden olabilecek tüm akut batın nedenleri düşünülmeli, radyolojik görüntülemeler eşliğinde özellikle ülser ve tümör perforasyonları ekarte edildikten sonra yabancı cisime bağlı perforasyon ihtimali akla getirilmelidir. Küçük kemiklerin düz grafilere, hatta olgumuzda olduğu gibi abdominal bilgisayarlı tomografide dahi görüntülenemeyebileceği akıldan tutulmalıdır.

[PB - 138]

Jejunal Divertiküloze Bağlı Perforasyon Olgusu

KEMAL GÜNDOĞDU¹, ORHAN YAĞMURKAYA¹, ÖMER YALKIN¹, MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹, FATİH ALTINTOPRAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Jejunal divertikülozis, ilk defa 1794'de Sommering ve Baille tarafından tanımlanan nadir görülen bir hastalıktır. Bu yazımızda, jejunal divertikül perforasyonuna sekonder gelişen akut batın olgusunun sunulması amaçlanmıştır. **Olgu Sunumu:** Yetmiş beş yaşında erkek hasta karın ağrısı sebebiyle

acil servisimize başvurdu. Ağrısının yaklaşık 8 saattir olduğu ve giderek şiddetlendiğini tarif ediyordu. Bilinen hipertansiyonu olan hastanın başvuru anında tansiyonu 100/60 mm/hg, nabız 88/ dk °C ve ateşi 37.5°C idi. Bulantı veya kusma saptanmadı, karında yaygın hassasiyeti, defansı ve reboundu mevcuttu. Ayakta direkt karın grafisinde özellik saptanmayan hastanın çekilen abdominal bilgisayarlı tomografi incelemesinde barsak ansları arasında yaygın serbest sıvı ve hava saptanması üzerine acil eksplorasyon kararı alındı. Eksplorasyonda batında 500 cc safıralı mayi ve Treitz'a yaklaşık 10 cm mesafeden başlayan yaklaşık 40 cm'lik jejunal ansta yaygın divertiküller ve divertikülitte bağlı perforasyon alanı gözlemlendi. Segmenter rezeksiyonu ve anostomoz yapıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 6. gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Jejunal divertiküller ince barsak divertiküllerinin en az görülen tipidir ve insidansı %0,05' ten düşüktür. Jejunal divertiküloziste gerçek neden bilinmemekle birlikte, anormal peristaltizm, intestinal diskinezi ve artmış segmental intraluminal basınç kombinasyonu ile oluştuğuna inanılmaktadır. İnce barsak baryum çalışması ve enteroklizis, optimal tanı modalitesi olmasına rağmen abdominopelvik BT ince barsak divertikül komplikasyonlarını belirlemede ideal tanı yöntemleridir. Jejunal divertiküller hemen her zaman jejunumun mezenterik kenarında vaza rektaların giriş yerinde yerleşirler. Patolojik olarak Meckel divertikülünde görüldenden farklı olarak, sadece ince barsağın mukosa, submukosa ve bazen de ince bir tabaka halinde seroza tabakalarını içerir. Kas tabakası bulunmadığı için psödo-divertikül olarak adlandırılırlar. Bu divertiküller; divertikülit, perforasyon, intestinal kanama ve barsak tıkanıklığı gibi akut komplikasyonlara yol açabilir. Komplikasyon gelişen olgulara cerrahi girişime kadar geçen sürenin uzaması ve yaygın peritoneal kontaminasyon varlığında mortalite oranları yükselmektedir. Dolayısıyla kramp tarzında abdominal ağrısı ve barsak alışkanlık değişikliği olan hastada jejunal divertikülozisten şüphelenilmeli ve nadir bir akut batın sebebi olmasına rağmen akılda tutulması gerekmektedir.

[PB - 139]

Akut Karın Ayırıcı Tanısında Nadir Görülen Bir Hastalık: Omentum Nekrozu

EYÜP GEMİCİ¹, KEMAL GÜNDOĞDU¹, ÖMER YALKIN¹, MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹, FATİH ALTINTOPRAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Omentum nekrozu nadir görülen bir akut karın sebebi-durumdur. Torsiyona bağlı ya da idiopatik segmental nekroz olarak kliniğe yansımaktadır. Yazımızda akut karın bulguları ile ameliyata alınan, segmental omentum nekrozunda laparoskopik rezeksiyon olgusu sunuldu. **Olgu Sunumu:** Yirmialtı yaşında erkek hasta iki gündür şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma ile başvurdu. Muayenesinde sağ alt ve üst kadranda hassasiyet, defans ve rebound saptandı. Laboratuvar değerlerinde lökosit değeri 14.500 mm³/dl ölçüldü. Tüm batın kontrastlı tomografisinde sağda parakolik alanda ve omentumda enflamasyon görüldü. Takibinde kliniği gerilemeyen hastaya, akut batın tanısı ile tanısal laparoskopik yapıldı. Eksplorasyonda omentumun batın sağ yan duvarına yapışmış olduğu, 10 cm'lik alanda segmental nekroz olduğu görüldü. Nekroze omentum rezeksiyon yapıldı. Ameliyat sonrası genel durumu düzelen hasta üçüncü gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İdiopatik omentum nekrozu,

omentumun klinik olarak saptanamayan nedenlerle arteriyel veya venöz infarktı sonrası gelişen segmental staz, ödem ve iskemisine sekonder nekroz halindedir. Klinik seyir olarak omentum torsiyonu ile aynı özelliklere sahiptir ve peritonit gibi ağır klinik tablolara yol açabilmektedir. Klinik olarak sağ alt veya sağ üst kadranda ağrısı şikayetleriyle başvurabilirler. Akut apendisit nedeniyle ameliyat edilen pediatrik hastaların %0,1'inde omental infarktla karşılaşmıştır. Omental torsiyonda ayırıcı tanıda en sık karıştığı hastalık akut apendisittir ve genellikle intraoperatif tanı alır. Ultrasonografi'nin sensitivitesi ve subjektivitesi nedeniyle omental torsiyonda altın standart bilgisayarlı tomografidir. Bazı yayınlarda seçilmiş olgularda medikal tedavinin denenebileceğinden bahsedilmektedir. Cerrahi tedavide ilk seçenek laparoskopik yaklaşım olmalıdır. Olgumuzda bir haftadır artan sağ alt kadranda ağrısı, subfebril ateş şikayetleri mevcuttu. Bilgisayarlı tomografi ile pre-operatif tanı koyduğumuz hastaya laparoskopik eksplorasyon yapıldığında torsiyone segmentle karşılaşılması. Nekroze omentum segmenti rezeksiyon yapıldı ve olgu idiopatik omentum nekrozu olarak adlandırıldı. Omentum nekrozu akut karın ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken ve nadir karşılaşılan bir hastalıktır. Ayırıcı tanıda epiploik apendisit, torsiyon göz önünde bulundurulmalıdır. Medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda laparoskopik rezeksiyon cerrahi tedavi seçeneğidir.

[PB - 140]

Peritoneal Tutulumlu Perfore Mide Kanserinde Laparoskopik Primer Onarım

EYÜP GEMİCİ¹, KEMAL GÜNDOĞDU¹, ÖMER YALKIN¹, AHMET ÇELİK², FEHMİ ÇELEBİ²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Mide perforasyonu acil cerrahide sıkça karşılaşılan bir tablo olup tedavisinde laparoskopik onarım cerrahinin tecrübesiyle artan sıklıkta uygulanmaktadır. Yazımızda akut karın bulguları ile ameliyata alınan, unrezektabl mide kanserinde mide perforasyonunun laparoskopik primer onarımı olgusu sunuldu. **Olgu Sunumu:** Yetmiş iki yaşında erkek hasta birkaç aydır olan halsizlik, iştahsızlık, iki gündür şiddetlenen karın ağrısı ile başvurdu. Hikayesinde son üç ayda onbeş kilogram kaybı olduğu öğrenildi. Muayenesinde karında yaygın hassasiyet, tüm kadranda defans saptandı. Laboratuvarında lökosit 19.000 mm³/dl, akciğer grafisinde subdiafragmatik serbest hava görüldü. Olgu akut batın, perforasyon ön tanılı olarak operasyona alındı. Laparoskopik incelemede her iki diafragmatik alan, kolon mezosu, ince barsak mezo yüzeyleri dahil olmak üzere peritonda yaygın implantlar ve omental kek görüldü. Mide korpusunda küçük kurvatura yakın 3 mm çapında perforasyon saptandı. Olguda patolojinin mide perforasyonuna bağlı olduğu düşünülerek primer tamir uygulandı. Peritoneal biopsi yapıldı. Postop yoğun bakım sonrasında genel durumu düzelen hasta medikal onkolojiye yönlendirildi. **Tartışma ve Sonuç:** Mide tümör perforasyonu nadir bir klinik durum olup tüm mide tümörlerinin %0.56 ile %3.9'unda görülür. Mide tümör perforasyonlarının %55-82'si ileri yaşta, yandaş hastalığı olan ve ileri evre tümörlü hastalarda ortaya çıkar. Acil cerrahi gerektiren mide tümörü komplikasyonlarında mortalite oranı yapılan cerrahi işleme göre farklılık göstermekle birlikte oldukça yüksektir (%0-82). Ancak bu hastalardaki peritonit ve genel durumun bozuk olması bu girişimin sınırlı olmasına neden

olmaktadır. Bu durum definitif bir girişime anatomik bir engel olmasa bile sağkalıma faydası olmamaktadır. Perforasyondan dökülen tümör hücrelerine bağlı olarak hastalığın daha da yaygınlaştığı, bu nedenle bu hastaların uzun dönem sonuçlarının perforasyon olmamış hastalara göre daha kötü olduğu bildirilmiştir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda perforasyon ile komplike olmuş mide kanserli hastalarda rezeksiyon sonrası uzun dönem sonuçları ile komplike olmamış mide kanserli hastaların uzun dönem sonuçları arasında bir fark saptanamamıştır. Akut karın bulgularıyla başvuran unrezektabl mide kanserinin perforasyonunda laparoskopik tamir, seçilmiş vakalarda güvenle uygulanabilmektedir.

[PB - 141]

Akut Karın Ayırıcı Tanısında Nadir Görülen Bir Hastalık: Psödomiksoma Peritonei

KEMAL GÜNDOĞDU¹, EYÜP GEMİCİ¹, ÖMER YALKIN¹, MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹, FATİH ALTINTOPRAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Psödomiksoma peritonei; peritonun gerçek olmayan müsinöz tümörü olup, peritonda yaygın, yoğun müsin içerikli implantların bulunmasıdır. Çalışmamızda akut karın bulguları ile ameliyata alınan, apendiks mukoseli perforasyonuna bağlı psödomiksoma peritonei olgusu, literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirildi. **Olgu Sunumu:** Ellisekiz yaşında kadın hasta altı aydır olan karın ağrısı, şişkinlik, bir haftadır şiddetlenen bulantı, kusma ile başvurdu. Muayenesinde karında yaygın distansiyon saptandı. Karın tüm kadranda yaygın hassasiyet, defans ve rebound saptandı. Laboratuvarında lökosit 20.500 mm³/dl olarak ölçüldü. Akciğer grafisinde subdiafragmatik serbest hava görüldü. Olgu akut batın, perforasyon ön tanısı ile operasyona alındı. Laparatomide tüm peritoneal yüzeylerde jelatinöz lezyonlar ve safralı yaygın asit görüldü. Omental kek, çıkan kolon ve çekum duvarında kalınlaşma ve apendiksin radiksten perforasyon olduğu görüldü. Psödomiksoma peritonei tablosu olduğu düşünülerek sağ hemikolektomi, omentektomi, lokalize periton rezeksiyonları uygulandı. Yaygın fekal peritonit nedeniyle uç ileostomi + müköz fistül yapıldı. Genel durumu düzelen hasta altıncı gün taburcu edilip medikal onkolojiye yönlendirildi. **Tartışma ve Sonuç:** Apendisit veya karın içi kitle şüphesiyle laparotomi yapılan hastalarda psödomiksoma peritonei (PMP) ile karşılaşılabilir. Görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte pre-op tanı şansı artmıştır. PMP en sık apendiks tümörlerine bağlı olarak görülmeyle beraber, over, kolon, rektum, mesane, pankreas, safra kesesi, meme ve akciğer kaynaklı da olabilir. Nadir görülmesi nedeniyle standartize bir cerrahi prosedürü olmayıp en çok yapılan cerrahi işlem debulking cerrahisidir. Tümörün fiks olduğu organlar göz önüne alınarak sağ hemikolektomi, histerektomi, bilateral ooforektomi, peritonektomi yapılabilir. PMP, invazyon ve lenf nodu metastazı yapmamasına rağmen ilerleyerek hastanın ölümüne sebep olmaktadır. Hastaların 5beş yıllık ortalama yaşam süreleri %53-75 arasında değişmektedir. Sistemik ve intraabdominal kemoterapi (İK) seçenekleri mevcuttur. Kombine kemoterapi tedavisinde hastaların hastaliksız yaşam süresinin on yılı aşabildiği gösterilmiştir. Apendiks müsinöz tümörü ve buna bağlı psödomiksoma peritonei akut karın ayırıcı tanısında akıldan tutulması gereken ve nadir karşılaşılan bir hastalıktır. Tedavisinde cerrahi ve sonrasında onkoloji yer almaktadır.

[PB - 142]

Nadir Bir Olgu Sunumu: Delici Kesici Alet İle İzole Safra Kesesi Yaralanması

KEMAL GÜNDOĞDU¹, ORHAN YAĞMURKAYA¹, ÖMER YALKIN¹, İSMAIL ZENGİN¹, FEHMİ ÇELEBİ²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Delici kesici alet yaralanmaları acil servise sık başvuru nedenlerinden biridir. Bu yazımızda bu tip yaralanmaların nadir bir sonucu olan izole safra kesesi yaralanması olgusunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Otuz iki yaşında erkek hasta yaklaşık yarım saat önce gerçekleştiği öğrenilen batında delici kesici alet yaralanması nedeniyle acil servise değerlendirildi. Şuur açık, koopere ve oryante olan hastanın arteriyel tansiyonu 100/50 mmHg, kardiyak ritm 95 idi. Sağ üst ve sol alt kadranda delici kesici alete ait giriş delikleri görülen hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Hemoglobün değeri 10.5 mg/dl beyaz küre 12.000 mm³/dl olan hastaya yapılan bilgisayarlı abdominal tomografi görüntülemesinde delici kesici alet trasesi olan sağ subkostal mesafede, subhepatik ve perikolesistik alanda sıvı görülmesi üzerine acil operasyon kararı verildi. Yapılan eksplorasyonda karaciğerin beşinci segmentinden geçip safra kesesine ulaşan yaralanmaya bağlı batın içi safra görüldü. Tüm intestinal eksplorasyonda patoloji görülmemesi ve karaciğerde aktif hemoraji olmaması üzerine kolesistektomi uygulandı. Hasta ameliyat sonrası 7. gününde sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Safra kesesinin künt ve penetran travmalarına anatomik lokalizasyonundan dolayı nadir rastlanmaktadır. İzole yaralanmalar son derece nadir olup genellikle sekonder ek organ yaralanması şeklinde %3.5 gibi bir oranla karşımıza çıkmaktadır. Kontüzyon, laserasyon/perforasyon ve tam avülsiyon olmak üzere kategorize edilmektedir. Radyolojik bulguları özgül olmayıp ultrason ve tomografide perikolesistik mayi ve kollaps en sık saptanan bulgulardır. Hematom ve bölgesel veya yaygın intraabdominal sıvı diğer olası radyolojik bulgulardır. Kontüzyonla sınırlı olduğu net olarak tespit edilebilen ve fizik muayenesi olağan tablolarda nonoperatif yaklaşım mümkündür. Olgumuzda perikolesistik sıvı ve akut batın kliniği acil operasyon endikasyonunu doğurmuştur. Künt ve penetran safra kesesi yaralanmaları nadir görülen bir tablo olsa da batın travmalarında morbidite ve mortalite yüksekliği bakımından akıldan tutulmalıdır.

[PB - 143]

Künt Travmaya Bağlı İzole İnce Barsak Perforasyonu

NECATTİN FIRAT¹, İSMAIL ZENGİN¹, ÖMER YALKIN¹, KEMAL GÜNDOĞDU¹, FATİH ALTINTOPRAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Amaç: Künt karın travmasında jejunum en sık yaralanan organlardan biridir ancak izole jejunum perforasyonu nadir görülür ve tanısı güçtür. Günümüzde en sık sebep motorlu araç kazalarıdır. Erken dönemde klinik bulgularının belirgin olmaması ve spesifik tanı araçlarının bulunmaması nedeniyle tanı gecikmekte ve mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır.

tadır. **Olgu Sunumu:** Ondokuz yaşında erkek hasta, araç içi trafik kazası nedeniyle acil polikliniğine başvurdu. Vital ve laboratuvar bulguları normal sınırlar içindeydi. Batın muayenesinde minimal hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Ayakta direkt karın grafisi ve kontrastlı batın tomografisinde belirgin bir patoloji yoktu. Hasta gözlem amacıyla yatırıldı ve sık aralıklarla karın muayenesi yapıldı. Takipler sırasında karın ağrısında şiddetlenme ve lökosit sayısında artış görüldü. Bu dönemde yapılan muayenesinde periton irritasyon bulguları saptandı. Yaklaşık 6 saat sonra hastaya fizik muayene bulgularının eşliğinde akut batın tanısı konularak ameliyata alındı. Eksplozasyonda jejunumda Treitz ligamentine yaklaşık 40 cm mesafede yaklaşık 2 cm'lik perforasyon saptandı. Etraf barsak anslarında lokalize fibrinli alanlar mevcuttu. Rektovezikal fossada hemorajik mayi aspire edildi. Diğer batın içi organlarda patoloji saptanmadı. Batının temiz olması nedeniyle perforasyon alanı primer onarıldı. Takiplerinde herhangi bir sorun saptanmayan hasta 5. Gününde sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Künt karın travmasına bağlı içi boş organ yaralanmalarının erken tanısı güçtür. Tanıda anamnez, yaralanmanın şekli ve sık aralıklarla yapılan fizik muayene çok önemlidir. Erken tanı için öncelikle ince barsakta yaralanma olabileceğinin düşünülmesi gerekmektedir. İçi boş organ yaralanmalarında karın muayenesinde akut batın bulguları olabilmekle birlikte, erken dönemde bulgu vermeyebilir. Travmatik jejunum yaralanmasında klinik bulgular hafif seyredebileceğinden erken tanıda özellikle radyolojik yöntemler önem kazanmaktadır. Ultrasonografi batın içerisindeki az miktarda sıvıyı ve havayı tespit etmede yeterli duyarlılıkta olmadığından erken tanıda değeri sınırlıdır. Bilgisayarlı tomografi (BT) künt karın travmalarında en sık kullanılan tetkiktir. Bilgisayarlı tomografi dikkatli yorumlandığında tanı değeri yüksek olduğu, aynı zamanda sağladığı erken tanı ile morbidite ve mortalite oranlarının düşürülmesine önemli katkıda bulunduğu bilinmektedir.

[PB - 144]

Nadir Bir Olgu-İskemiye Bağlı İzole Transvers Kolon Nekrozu

NECATTİN FIRAT¹, YASİN ALPER YILDIZ², KEMAL GÜNDOĞDU¹, AHMET ÇELİK², FEHMİ ÇELEBİ²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Mezenter iskemisine barsak nekrozu sık görülmeyle beraber izole transvers kolon nekrozuna nadir rastlanılmaktadır. Bu yazımızda polistemia vera nedeniyle takip edilen hastada nadir görülen izole transvers kolon nekrozunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Yetmiş dört yaşında polistemia vera nedeniyle takip edilen bayan hasta karın ağrısı nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın 2 gündür karın ağrısı bulantı kusma şikâyeti mevcuttu. Batın muayenesinde karında distansiyon yaygın hassasiyet ve rebound olduğu belirlendi. Laboratuvar incelemesinde WBC;19.7 mm³/dl Hg; 11.1 mg/dl. Kontrastlı karın tomografisinde ince barsak tipi dilatasyon ve hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Hasta akut batın öntanısı ile operasyona alındı. Yapılan eksplozasyonda transvers kolon orta kısmında yaklaşık 7 cm lik segment boyunca nekroz tespit edildi. Perforasyon saptanmadı. Nekrotik alan rezeke edilerek kolokolonik uç uca anastomoz yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 7. gün sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Mezenter iskemisi sık görülmeyle birlikte izole transvers kolon nekrozuna nadir rastlanılmaktadır.

Mezenter iskemisi daha çok süperior mezenter arterin veya onun dallarının tıkanması sonucu görülmektedir. Midkolik arterin izole tıkanması nadir olup iskemisinde kolonun beslenme arklarına rağmen çok nadirde olsa nekroz görülebilmektedir. İleri yaş grubunda, kardiyak problemi olan hastalarda karın ağrısı ve lökositöz eşlik etmesi durumunda mezenter iskemisinin gelişebileceği ve nadirde olsa sadece transvers kolonda nekroz olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

[PB - 145]

Çekum Adenokanserine Bağlı İnvajinasyon

MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹, GÜNER ÇAKMAK¹, ÖMER YALKIN¹, KEMAL GÜNDOĞDU¹, FATİH ALTINTOPRAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: İnvajinasyon, gastrointestinal traktın birbirini takip eden iki segmentinin iç içe geçmesi olarak tanımlanabilir. İki intestinal segment arasındaki motilite farklılığı sonucu oluşur. Erişkin yaşta invajinasyon oldukça nadir olup tüm barsak obstrüksiyonlarının %1'inden sorumludur. Erişkinlerde intestinal invajinasyona %80 oranla neden lümen içi yer kaplayan adenokarsinom veya lenfoma gibi malignitelerdir. Acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma şikâyetleri ile başvuran hastada saptanan kolokolonik invajinasyon olgusunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Seksen dört yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, karında şişkinlik, 2 aydır geçmeyen ishal şikâyetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede batın hafif distandü, alt kadranslarda hassasiyet mevcut olup, sağ orta alt kadranda ele gelen kitle saptandı. Laboratuvar bulguları, lökositöz dışında (11.000/mm³) normaldi. Ayakta direkt karın grafisinde ince barsak segmentlerinde küçük tabanlı hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Abdominal ultrasonografide kolokolonik invajinasyon saptandı. Çekilen kontrastlı abdominal tomografide transvers kolon düzeyine dek çekumun invajine olduğu görüldü. Hastaya acil laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda çekumun transvers kolona dek invagine olduğu saptandı. Genişletilmiş sağ hemikolektomi yapıldı. İnvagine olan bölümde çekum mukozasından köken alan ve kolon lümenine doğru büyüyen yaklaşık 5 cm çapında, pediküllü, düzgün kenarlı ülserovejetan bir kitle saptandı. Patoloji sonucu çekumda musinöz adenokanser olarak rapor edildi. Hasta postoperatif 7. günde problemsiz olarak taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Erişkinde invajinasyon, çocuk yaş grubuna göre daha az görülmesine karşın, geniş bir etiyojik yelpazesi ve değişken klinik tablosu olduğundan, özellikle akut karın tablosuyla karşılaşan her hekim ayırıcı tanıda invajinasyon tanısını da göz önünde bulundurmalıdır.

[PB - 146]

Nadir Bir Acil Operasyon: Whipple Prosedürü

ORHAN YAĞMURKAYA¹, İSMAİL ZENGİN¹, ÖMER YALKIN¹, KEMAL GÜNDOĞDU¹, FEHMİ ÇELEBİ²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Travmatik pankreatikoduodenal yaralanmalar hala yüksek ölüm oranına sahip olup tedavileri cerrahlar için zordur. Hasar kontrolü cerrahisi (HKC) travma hastalarında bakımının

önemli bir parçası haline gelmiştir ve nadiren kesin cerrahi uygulanır. Bu yazıda kesin cerrahi uyguladığımız ve whipple prosedürü gerçekleştirdiğimiz olguyu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Otuz iki yaşında bayan hasta yaklaşık 45 dk önce gerçekleşen ateşli silah yaralanması sonucu acil servise başvurdu. Yapılan değerlendirilmesinde hastanın şuurunun konfüze olduğu, tansiyonunun 80/50 mm/hg, nabzının 110/ dk olduğu saptandı. Umbilikusa 4 cm mesafede sağ üst kadrandan kurşun girişi deliği ve lomber bölgeden çıkışı deliği olduğu görüldü. İdrar sondasından hemorajik gelen hastanın hemorajik şok tablosunda olması üzerine hasta acil olarak ameliyata alındı. Yapılan esplorasnyonda batin içi yaklaşık 1000 cc safrayla karışık hemoraji saptandı. Ayrıca kurşunun piloru, duodenum 1, 2 ve 3 kıtıyla birlikte pankreas baş kısmını ve sağ böbreği parçaladığı gözlemlendi. Hastaya nefrektomi uygulandı ve kanama kontrolü sağlandıktan sonra Whipple prosedürü gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir sorun yaşamayan hasta 8. gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Travmatik pankreatikoduodenal yaralanma hala yüksek mortalite oranına sahip ve tedavi cerrahlar için zorlu kalır. Pankreas ve duodenum yaralanmaları hala tüm karın yaralanmaları ve ölüm oranlarının %5'ini oluşturmaktadır. Travmatik pankreas yaralanmaları genellikle diğer abdominal organ yaralanmalarıyla birlikte dir. Hasar kontrol cerrahisi ağır travma hastalarında modern bir yaklaşım haline gelmiştir. Hasar kontrol cerrahisi ile hastanın vital bulgularının stabil hale getirilmesi son yıllarda travma bakımının önemli bir parçası oluşturmıştır ve nadiren kesin cerrahi uygulanmaktadır. Bununla birlikte, bizim vakalarımızda olduğu gibi, yaralanmanın konum ve derecesine bağlı olarak seçilmiş hastalarda kesin cerrahi uygulanabileceği de göz ardı edilmemelidir.

[PB - 147]

Nadir Karın Ağrısı Nedeni: Epiplöik Apandisit

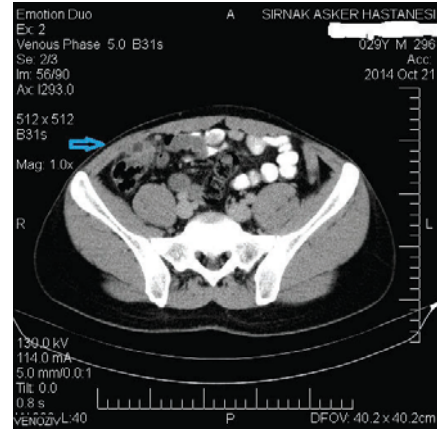
MUSTAFA SUPHİ TURGUT¹, MUHARREM ÖZTAŞ¹, SİNAN AKAY²

¹Şirnak Asker Hastanesi, Genel cerrahi Servisi, Şirnak

²Şirnak Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, Şirnak

Amaç: Epiplöik apandisit akut ve subakut abdominal ağrının nadir bir nedenidir. Akut apandisit veya akut divertikülit gibi yanlış tanıları konulabilir. Abdominal ultrason ve/veya batin tomografi gibi non invaziv tanı metodları ile kolayca tanı konulabileceği akılda tutulmalıdır. Benign kendini sınırlaması nedeniyle konservativ tedavi verilebilir. **Gereç ve Yöntem:** Polikliniğimize karın ağrısı ile başvuran Ocak 2013-Mayıs 2015 tarihleri arasında 5 i yatırırlarak tedavi edilen 2 kadın 7 erkek hasta klinik, laboratuvar ve radyolojik açıdan değerlendirildi. **Bulgular:** Yaş ortalaması 27,8 (21-38), şikayet başlangıç süresi 2,6 (1-5) dü. Hastaların 8 inde sol alt kadranda, 1 inde sağ alt kadranda ağrısı vardı. Ani başlangıçlı ağrı 8, bulantı kusma 2, iştahsızlık 1 hasta tarifledi. Fizik muayenede rebound 6 hastada, ele gelen kitle 1 hastada, hassasiyet tüm hastalarda görüldü. Hastalarda ateş yüksekliği saptanmadı. Laboratuvar incelemede ortalama wbc 8,7 (5,7-13,7), nötrofil %64,6 (54,8-78,2), crp:14 (0,5-64,9), 3 hastada wbc 10000 üzerinde, 5 hastada crp 5 in üzerinde idi. Tüm hastalara batin ultrasonda şüpheli sonrası tomografi çekilerek tanı konuldu. Hastalara 7-14 arasında ciprofloksasin 500 tablet 2x1 ve analjezik verildi. Hastaların şikayetleri ortalama 4,6 (2-10) günde geriledi. Kontrole gelen 8 hastanın 7 sinde fizik muayene ve laboratuvar bulguları normal olarak değerlendirildi. **Tartışma ve Sonuç:** Epiplöik apandisit karın ağrısı olan hastalarda akılda tutulmalıdır. Şüpheli anemnez, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerine görüntüleme yöntemleri de

eklenerek tanı konulması, hastaya gereksiz cerrahi işlemlerden kaçınılmasında yardımcı olacaktır.



Şekil 1. Epiplöik apandisit BT görüntüsü.

[PB - 148]

Sarılık İle Prezante Olan, Çoklu Organ Tutulumlu GİS Lenfoma Olgu Sunumu

EVREN DİLEKTAŞLI¹, DENİZ NECDET TİHAN¹, BURAK DEVECİ², UĞUR DUMAN¹, MURAT HACI ÇAYCI¹, EMRAH MEHMET BAYAM¹, EREN DEMİRBAŞ¹

¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

²Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Bursa

Lenf düğümü dışı Non Hodgkin Lenfoma'lar(LNDNHL) içerisinde de en sık görülen tutulum yeri gastrointestinal sistemdir (GİS). Gastrointestinal sistem içinde en sık tutulan organ ise midedir. Bunu ince barsaklar, ileoçekal bölge ve kolon izler. Vakaların bir kısmında birden fazla gastrointestinal bölge tutulumu gözlemlenir. 60 yaşında erkek hasta derin halsizlik, kilo kaybı ve sarılık ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Yatırlarak tetkikleri başlanan hastaya, yapılan Abdominal CT de Pankreas baş kesiminde 5x5 cm boyutlarında kitle lezyonu ve intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında genişleme izlendi. Yapılan üst GİS endoskopisinde mide korpusunda birkaç adet malign görünümlü en büyüğü 2,5 cm lik ülserler izlendi ve biyopsi alındı. Biyopsi sonucu malign lenfoma olarak raporlandı. Hastanın sarılığının derinleştiği izlendi. Operasyon kararı alındı. Eksplorasyonda pankreas başında mobil ve sert bir kitle lezyonu ile birlikte ileumda da yaklaşık 6-7 cm lik kitle lezyonu izlendi. Kitlenin olduğu segmente, ince barsak rezeksiyonu ve anastomuzu yapıldıktan sonra, pankreas başından bx alınarak her iki doku Frozen'a gönderildi. Gelen her iki sonuç Lenfoma olarak raporlandı. Hastaya biliyer drenaj amacıyla, koledöge T-tüp yerleştirildikten sonra operasyon sonlandırıldı. Post op 6. gün taburcu edilen hastaya evreleme amacıyla Boyun, Toraks ve Abdominal BT ve kemik iliği biyopsisi uygulandı. Patoloji sonucu tüm dokularda Difüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) olarak geldi. Kemik iliği tutulumu da saptanan hasta Evre IVB olarak kabul edildi. Hastaya R-CHOP 8 kür planlandı. 3. küründe olan hastanın sarılığı tama yakın geriledi ve takiplerine devam edilmektedir. LNDNHL hastalarının başvuru semptomları, hastalığın yerleştiği bölgeye göre değişmektedir. Kilo kaybı, iştahsızlık, kanama, bulantı, kusma, ağrı ve B semptomları en sık görülen semptomlardır. Pankreas başı tutulumu literatürde çok nadir rastlanan bir tutulum olup, sarılık ile prezante olan olgularda akılda bulundurulmalıdır.

[PB - 149]

Akut Apansisiti Taklit Eden Perfore Safra Kesesi: Bir Olgu Sunumu

ATILLA ÖRSEL, ERDİNÇ KAMER, NİHAN ACAR, HİLAL BİLYAY, FEVZİ CENGİZ, AHMET ER, MUSTAFA PEŞKERSOY

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

Amaç: Akut kolesistit'te başlangıç tedavisi medikaldir. Hastalar genellikle tedaviye iyi yanıt verirler. Hastalar ya hastanede yattıkları süre içerisinde ya da elektif ameliyat planlanarak taburcu edilirler. Ancak fizik muayene bulgularının, ateş ve lökositozun artması ile birlikte genel durumu bozulan hastalar acil olarak opere edilirler. Genelle tanı anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile konur. Bu yazıda perfore olan ve akut apandisit taklit eden gangrene kolesistitli bir olgu sunuldu. **Olgu Sunumu:** 41 yaşında erkek, diyabetik hasta, iki gün önce başlayan karın ağrısı ve bulantı yakınmasının artması nedeniyle acil servise başvurmuş. Fizik muayenede karın sağ üst ve alt kadranda ağrı ve hassasiyeti olan hastanın ultrason'unda safra kesesi ve çevre dokularda akut kolesistitle uyumlu görünüm saptandı. Hasta "akut kolesistit" ön tanısıyla yatırıldı. Takip döneminde fizik muayene ve laboratuvar bulguları gerilemedi. Karın sağ alt kadranda daha aşikar hale gelen fizik muayene bulgusu ve çekilen tomografisinde akut apandisit lehine görünüm nedeniyle hastaya acil ameliyat planlandı. Laparoskopik eksplorasyonda; omentumun karaciğer ve safra kesesiyle plastron oluşturduğu, safra kesesi duvarında yer yer nekrotik ve perfore alanlar bulunduğu ve Douglas'ta bol miktarda safralı peritoneal mayi saptandı. Laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Postoperatif dönemi olağan seyreden ve genel durumu düzelen hasta taburcu edilerek poliklinik takibine alındı. **Tartışma ve Sonuç:** Akut kolesistit genellikle Hartman poşu'na oturan taşların kese boynu veya sistik kanalda tıkanıklık yapması sonucu oluşur. En önemli komplikasyonu perforasyondur. Özellikle erkek ve komorbid hastalarda sık görülür. Tip I perforasyon, sıklıkla diyabetik hastalarda rastlanmaktadır. Hastalar klinik bulgular ön planda tutulmalı, radyolojik ve laboratuvar olarak da değerlendirilip ön tanıları arasında safra kesesi perforasyonu olabileceği de unutulmamalıdır. Gereklik durumunda diagnostik laparoskopisi mutlak yapılmalıdır.

[PB - 150]

Üçüncü Trimester Bir Gebede Akut Kolesistit'in Medikal Yaklaşımla Başarılı Tedavisi

BORA BARUT¹, FATİH GÖNÜLTAŞ², FATİH ÖZDEMİR¹, VOLKAN İNCE¹, CEMALETTİN KOÇ¹, ADİL BAŞKIRAN¹, VEYSEL ERSAN¹

¹*İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Malatya*

²*Ergani Devlet Hastanesi, Diyarbakır*

Safra kesesi taş hastalığı oldukça yaygın görülen ayrıca kadınlarda daha sık karşılaşılan klinik bir durumdur. Gebelik esnasında, gebeliğe bağlı olmayan cerrahi girişime maruz kalma riski ortalama %1-3 arasında değişmektedir. Gebelik esnasında, gebelikten bağımsız en çok geçirilen ameliyat ise apendektomidir. Safra kesesi hastalıkları gebelik esnasında nadir görülmekle birlikte (%0,05-%0,3), maternal ve fetal mortalite ve morbiditeye neden olabilmektedir. **Olgu Sunumu:** 28 yaşında kadın hasta. Üçüncü trimester, üçüncü gebeliği mevcut olan hasta acil servise karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Fiziki muayenede; sağ üst kadranda hassasiyet, defans

ve Murphy bulgusu tespit edildi. Abdomen USG'de; safra kesesi duvar kalınlığı artmıştı (4.5 mm) ve kesede milimetrik taşlar tespit edildi. Ayrıca üçüncü trimester ile uyumlu gebelik durumu mevcuttu. Laboratuvar bulgularında WBC: 11,3 10³/ML, total billurbin: 3,4 mg/dl, ALP: 405 U/L, CRP: 12,2 mg/dl olup diğer parametreler normaldi. Hasta servise yatırılarak oral alımı kesildi, sıvı replasmanı yapıldı. İntaniye bölümüne hastaya mero-penem 3x1 gr IV başlandı. Hastaya servise yatışının üçüncü gününde kontrol USG yapıldı, kese duvar kalınlığı normal olarak saptandı. Laboratuvar bulguları tamamen düzelmişti. Oral alımı tolere eden hasta hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Gebelikte akut kolesistit tanısının konulması ve özellikle tedavisinin başarıyla yapılması cerrahlar açısından hala tedirginlik yaratan bir durumdur. Özellikle birinci ve üçüncü trimester'da fetal mortalite ve morbidite nedeniyle cerrahi tedavi riskli bir yaklaşım olmaya devam etmektedir. Komplike olmamış akut kolesistitli gebelerde medikal tedavi ile başarılı sonuçlar alınabileceği kanaatindeyiz.

[PB - 151]

İnsidental Safra Kesesi Kanseri

ALP YILDIZ¹, HÜSEYİN GÖBÜT¹, SELİM KEÇEOĞLU², KÜRŞAT DİKMEN², HASAN BOSTANCI²

¹*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*

²*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

Amaç: Safra kesesi kanseri daha çok yaşlı hastalarda görülen nadir bir malignitedir. Kolelitiazis nedeni ile kolesistektomi yapıldıktan sonra insidental olarak yapılan hastaların yaklaşık %1'inde insidental olarak safra kesesi kanserine rastlanır. Otopsi çalışmalarında tesadüfi rastlanma oranı %0.4'tür. **Olgu Sunumu:** Bilinen sistemik ek rahatsızlığı olmayan 55 yaşında kadın hasta tarafımıza ani başlayan sağ üst kadranda ağrısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan ultrasonografisinde safra kesesi transvers çapı 4 cm olup distandü görünümde, duvar kalınlığı normal olup lümen içinde büyüğü 9 mm boyutunda olmak üzere çok sayıda taş ve safra çamuruna ait ekojenite izlenmiş olarak raporlanmıştır. Preoperatif laboratuvar tetkiklerinde bilirubin değerleri 0.36/0.12, AST/ALT değeri 20/38, ALP/GGT/LDH 88/32/173 olarak tespit edilirken sedimantasyon 71 ve CRP 83 olarak raporlanmıştır. Hastanın laparoskopik kolesistektomisi açığa dönülmeden bir adet karın dreni konularak tamamlanmıştır. Operasyon sırasında yoğun inflamasyon tespit edilmiştir. Postoperatif birinci günde hasta dreni çekilerek taburcu edilmiştir. Hastanın patoloji raporu kolesistektomi materyalinin iyi diferansiye adenokarsinom olarak belirtilmiştir. Tümör karaciğer yüzü cerrahi sınırında devamlıdır, perimüsküler bağ doku/subserozaya yaygın olarak invazidir. (pT2) Perinöral ve anjiolenfatik invazyon mevcuttur. Mevcut sonuçlarla hasta karaciğer segment 4B ve 5 rezeksiyonu, sistik kanal perikole-dokal, portal, sağ çöliak ve posterior pankreatikoduodenal lenf bezleri diseke edilmek, intraoperatif ultrasonografi yapılmak üzere hazırlanma kararı alınmıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Safra kesesi kanserlerinin yaklaşık %90'ında safra taşı vardır. Ancak safra taşı hastalarının 20 yılda kanser geliştirme riskleri genel popülasyon için %0.5 ve yüksek risk grupları için %1,5'tür. Patogenez tam olarak anlaşılacak kadarla beraber kronik inflamasyonla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Büyük taşlar (3 cm.)'da kanser riski 10 kat fazladır. Safra kesesi kanser gelişme riski semptomatik olanlarda asemptomatik olanlara göre daha fazladır. Safra kesesinin polipoid lezyonlarında özellikle 10 mm.'den daha büyük poliplerde kanser riski artar. Kalsifiye

porselen safra kesesi %20'den daha fazla kanser riski vardır. Bu safra keseleri asemptomatik de olsalar çıkartılmalıdır. Hastamızda olduğu gibi T2 tümörlü hastalarda 5 yıllık yaşam süreleri genişletilmiş kolesistektomi ile %70, basit kolesistektomi ile %25-40'tır. İnsidental yakalanan safra kesesi olgularında genişletilmiş bir operasyon eklenmesi yaşam süresini uzatmaktadır.

[PB - 152]

Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Nadir Bir Komplikasyon: Termal Duodenal Yaralanma

COŞKUN POLAT¹, ÖMER FAİK ERSOY¹, CENGİZ ÇETİNKAYA², NURİYE ÖZDER², HALİM KALE², RAMİ HOŞKAR², MUSTAFA ALTUNDAL²

¹Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Karabük

²Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Karabük

Laparoskopik kolesistektomi, günümüzde en çok yapılan operasyonlardan biridir. İşlem sırasında geçirilmiş cerrahlere bağlı değişik komplikasyonlar oluşabilmektedir. 68 yaşındaki hasta. 6 gün önce dış merkezde laparoskopik kolesistektomi uygulanmış. Önceki kolesistit ataklarına bağlı yaygın yapışıklıların olduğu bir olgu olarak tanımlanıyor. Muayenesinde, dört adet suture trokar yeri ve bir adet dren görüldü. Drenden 800cc/24 saat kadar safra geldiği görüldü. Hasta yatırılıp gerekli bir preoperatif hazırlık sonrası hastaya US ve kontrastlı üst batin BT alındı. yapıldı. Belirgin patoloji saptanmadı. Safra yolu değerlendirilmesi için ERCP planlandı. ERCP'ye gidemeyeceğini ifade eden hastada operasyon kararı alındı. Operasyonda rezidü koleksiyon görülmedi. Kese yatağı, sistik arter ve sistik kanal ile ekstrahepatik safra yollarında patoloji saptanmadı. Duodenum 1. kıta ön yüzünde 1 cm boyutunda yüzeysel nekroz ve nekrozun ortasında 0.3 cm'lik perforasyon yeri görüldü. "Graham usulü duodenorafi" yapıldı. Postoperatif dönemde; drenden ilk gün 200 cc serohemorajik mayi; 2. gün 450 cc safra geldi. Daha sonra miktar 1200 cc'ye çıktı. 7. günde "eksternal duodenal fistül" olarak değerlendirilen hastanın ağızdan beslenmesi kesilip TPN'ye başlandı. Geçirilmiş mükerrer cerrahinin verdiği stres nedeniyle tedavisinin bir an önce tamamlanması isteyen hastaya relaparotomi yapıldı. Eksplozasyonda rezidü bir koleksiyon tespit edilmedi. Sağ üst kadrandaki dren komşuluğundaki sutur yapıları arasından safra kaçağı olan bir duodenal perforasyon yeri görüldü. Perforasyon yerini de içerecek şekilde subtotal gastrektomi yapıldı. Perforasyon yeri distalindeki duodenal güdük kısmen kapatıldı. Roux-en-Y tipi bir rekonstrüksiyon yapıldı. Postoperatif dönemde, drenden safra geldi. Postoperatif 10. gün 500 cc safra drenaj ile kontrollü "eksternal duodenal fistül" tanısı ile günlük drenaj miktarı ve içeriği kaydedilmek koşulu ile hasta taburcu edildi. 17. ve 24. günkü kontrollerinde patoloji tespit edilmedi. Sonuç olarak, laparoskopik cerrahi sırasında duodenum ile safra kesesi arasındaki ciddi yapışıklık durumunda koter kullanımından kaçınılması ve olası bir yaralanmadan kaçınılması amacıyla Harmonic Scalpel ya da Thermal Welding Sistemini dikkatlice kullanımını önermekteyiz.

[PB - 153]

Mide Karsinomu Sonrasında Kontroller Sırasında Pankreas Başında Nüks Düşünülmekle Ameliyata Alınan ve Ameliyatta Safra Kesesi Perforasyonu Olduğu Anlaşılan Olgu Sunumu

SEZAI DEMİRBAŞ, SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN, NAIL ERSÖZ, OĞUZ HANÇERLİOĞLU, MAHMUT YILMAZ

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Safra kesesi perforasyonu akut kolesistit en çok korkulan komplikasyonu olup nadir görülen bir komplikasyondur. Genellikle görülme oranı ortalama %10(2-20)'dir. Tanı koyma zamanı ve hastanın genel durumu mortaliteyi etkileyen faktörler arasındadır. Bu olgumuzda mide karsinomu nedeniyle iki yıl önce opere edilen ve yapılan kontrol tomografisinde pankreas başında saptanan kitle nedeniyle opere edilen ve ameliyat sırasında karşılaşılan safra kesesi perforasyonu olgu sunumunu paylaşmak istedik. **Olgu Sunumu:** 70 yaşında erkek hasta 2015 ocak ayında kaşıntı ve sarılık şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş ve yapılan tetkiklerde total bilirubin 2.60 mg/dl; direk bilirubin 1.61mg/dl olarak ölçülmüş ve çekilen abdominal tomografisinde duodenum 2. Parçası ve koledok distali seviyesinde, pankreas başı ile sınırları net ayıramayan yaklaşık 2x3.5 cm ebatlarında pankreas parenkimine bağlı hafif hiperdens yumuşak doku kitle ve çevresinde milimetrik lenf noduna ait olabilecek noduler lezyonlar izlenmiştir. Safra kesesi hidropik görünümde olup duvar kalınlığı 7 mm ile artmıştır. Görünüm kolesistit açısından anlamlıdır şeklinde raporlanmıştır. **Bulgular:** Hasta pankreas başındaki lezyona yönelik hasta ameliyata alınmış ve batin içerisindeki yaygın bridektomiler sonrasında safra kesesi duvarının nekrotik ve perforasyonu olduğu ve çevresinde lokalize yaklaşık 5x5 cm'lik abse formasyonu olduğu gözlenmiş; abse drenajı ile birlikte parsiyel kolesistektomi yapılmış ve intraoperatif alınan pankreas ultrasonunda da pankreas başının geçirilmiş kolesistit ve abseye sekonder inflamasyon bulgularıyla uyumlu morfolojik bulgular şeklinde olduğu bildirilmiştir. **Tartışma ve Sonuç:** Safra kesesi perforasyonu morbiditesi ve mortalitesi yüksek seyreden bir akut batin sebebidir ancak pankreas başındaki kitleler de safra yollarına yaptığı baskı ve invazyon sonucunda safra akışındaki sorunlar nedeniyle hastada yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmektedir. Safra kesesi perforasyonu klinik olarak ateş lökositoz ve sağ subkostal ağrı ile hastada akut bir klinik ile karşımıza çıkmakta ancak nadir olarak kendini sınırlandırmış bir abse formasyonu oluşturmasıyla çevresel komşuluğu nedeniyle pankreas başındaki kitleler lezyon ile karışabilmektedir ve bu nedenle elektif şartlarda yapılan pankreas a yönelik girişimlerde de safra kesesi ve safra yolları da iyi değerlendirilmesi ve ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

[PB - 154]

Akut Kolesistit Tablosu İle Gelen Kolona Fistülüze Olmuş Safra Kesesi Tümörü

MUSTAFA ŞİT, ERTUĞRUL KARĞI, MEHMET HAYRİ ERKOL, NURİ AYDIN KAMA, SEMİH YAMAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Kolesistokolonik fistül sık görülmeyen bir fistüldür. Genelde safra kesesi hastalıklarının bir komplikasyonu olarak %0.06-0.14 arasında görülmektedir. Safra yolu fistülleri genelde spon-

tan ve postoperatif fistüller olarak sınıflandırılabilirler. Spontan bilioenterik fistüller %90 safra taşlarına, %6 peptik ülser hastalığına ve %4 travma ve malign hastalıklara bağlı olarak görülmektedir. Kolesistoenterik fistüller genelde kolesistoduodenal fistül ve ikincil sık olarak da kolesistokolonik fistül şeklinde karşımıza çıkarlar. Safra kesesi kanserleri nadir rastlanan ve prognozu kötü malign hastalıklardan biridir. Spontan bilier fistüller safra kesesi kanserine bağlı veya kanser komplikasyonlarına bağlı olarak görülebilir. Klinik olarak; sarılık,daire,melena,kilo kaybı gibi çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilirler. Akut kolesistit tablosu ile müracaat eden kolona fistülize safra kesesini sunmayı amaçladık. 53 yaşında bayan hasta 6 ay içerisinde iki defa akut kolesistit atağı nedeniyle hastanede yatmış. İki gün önce sağ üst kadranda ağrısının artması, bulantı ve kusma şikayetlerinin eklenmesi üzerine acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda defans ve rebound mevcuttu. Aksiller ateş 38,5 derece idi. Lökosit sayısı 14500/mm³, CRP:155 mg/L, diğer laboratuvar sonuçları normaldi. Yapılan batın ultrasonografisinde safra kese lümeninde büyüğü 14 mm ebatlı hiperekojen kalkül ve safra çamuru izlendi. Kese duvarı düzensiz görünümündedir. Safra kesesi inferior komşuluğunda 8.5x8 cm ebatlı kese ile ilişkili olduğu düşünülen kistik alanları bulunan heterojen görünüm izlenmiştir. Bulgular safra kesesi perforasyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya acil laparotomi yapıldı. Safra kesesinin kolona fistülize olduğu, duvarının kalınlaşmış olduğu ve karaciğer hilusunda lenfadenopatilerin olduğu görüldü. Kolesistektomi, kolonrezeksiyonu uç uca anastomoz ve hilus lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu safra kesesi adenokarsinomu geldi. Erken evre karsinom genelde kolelithiasis veya kolesistit nedeniyle yapılan kolesistektomilerden sonra tesadüfen saptanmaktadır. Literatürde %0.19-3.3 hasta, benign nedenlere bağlı yapılan kolesistektomi sonrası malign olarak saptanmaktadır. Safra kesesi kanseri klinikte ya asemptomatik kalır veya karın ağrısı, kusma, kilo kaybı, sarılık, ateş gibi nonspesifik semptomlarla karşımıza çıkabilir. Safra kesesi kanserinin ultrason bulguları erken evrede belirsizdir. Duvar kalınlaşması, kesede taş varlığı,safra kesesinde kitle görünümü ve perikolesistik sıvı görülebilir. Akut kolesistit tablosu ile karşımıza çıkabilir.

[PB - 155]

ERCP Sonrası Çok Nadir Görülen Bir Komplikasyon: Karaciğer Subkapsüler Hematomu

ALİ SOLMAZ, HAKAN YİĞİTBAŞ, AYTAÇ BİRİCİK, EYÜP SEVİM, CANDAS ERÇETİN, OSMAN BİLGİN GÜLÇİÇEK, ERKAN YAVUZ, ELİF BİNBOĞA, NİHAT BUĞDAYCI, FATİH ÇELEBİ, ATILLA ÇELİK

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ERCP günümüzde hepatobiliyer sistem hastalıkları tanı ve tedavisinde gittikçe artan oranda kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. Dünya genelinde %2,5-8 morbidite ve %0,5-1 mortalite bildirilmektedir. Sık rastlanan komplikasyonları arasında pankreatit, kanama, perforasyon, kolanjit bulunmaktadır. Literatürde kısıtlı sayıda bildirilen subkapsüler hematom komplikasyonunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Bilinen ileri evre KOAH tanılı 55 yaşında, antikoagülan veya aspirin tedavisi almayan erkek hasta kolesistokolelitolitiazis endikasyonu ile ERCP yapıldı. ERCP'de sfinkterotomi ve balon ile taş ekstraksiyonu yapıldı. ERCP sonrası 2. saatte amilaz ve hemogram değerleri normal olması üzerine taburcu edildi. ERCP sonrası 6. saatte, sağ üst kadranda ağrı ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Gelişinde TA:110/70, nabız:86, ateş:37,6-pO₂:55-pCO₂:75-Sat:86-pH:7,2-Hb:17,3-Hct:54,4. Acil çeki-

len BT raporunda karaciğer sağ lob posterior komşuluğunda içinde hemorajiyile uyumlu hiperdens alanlar izlenen, yaklaşık 140x67 mm boyutunda hematom alanı mevcuttu. Hemodinamisi stabil olan hasta takip amacıyla servise interne edildi. Servis takiplerinde solunum sıkıntısı artan hasta YBÜ ünitesine alındı. YBÜ takibinde hematomda belirgin progresyon izlenmedi. YBÜ takibinin ardından taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Pankreatit, kanama, perforasyon ve kolanjit gibi komplikasyonları olan ERCP işleminde nadir komplikasyonlardan olan subkapsüler karaciğer hematomu literatürde 35 vakada bildirilmiştir. Koledokun derin kanülasyonu sonucu gelişen hematom tedavisinde, rüptür gelişmediği olgularda konservatif yaklaşım sıklıkla önerilmektedir. Bazı vakalarda anjio-embolizasyon uygulanmıştır. Rüptür gelişen olgularda hemodinamik instabilite nedeniyle operasyona alınan hastalar basit hemostazdan, karaciğer packingine kadar değişen yöntemlerle tedavi edilebilir. İşlem öncesi koagülasyon bozukluğu tespit edilemeyen hastamızda gelişen bu komplikasyon TDP replasmanı ile sorunsuz olarak tedavi edilmiştir. ERCP sonrası nadir olarak gelişen subkapsüler hematom da diğer komplikasyonlarla beraber akılda tutulmalıdır. Tedavisinde konservatif yöntemlerin uygulanması gerektiği kanaatindeyiz.

[PB - 156]

ERCP Sonrası Perforasyon Kliniği İle Prezente Olan Nekrotizan Kolesistit

KEMAL GÜNDOĞDU¹, EYÜP GEMİCİ¹, ÖMER YALKIN¹, İSMAİL ZENGİN¹, FEHMİ ÇELEBİ²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Akut nekrotizan kolesistit; enflamasyonun ortalama 3. ile 5. günlerinde kese duvarında vasküler tromboz, oklüzyon, kanama ve nekrozla seyreden, sağ üst kadranda yoğunlaşan ağrı ile seyreden bir tablodur. Yazımızda Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP) sonrasında perforasyon bulguları ile ameliyata alınan ve kolesistektomi yapılan olgu sunuldu. **Olgu Sunumu:** Seksen sekiz yaşında kadın hasta dört gündür şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma ile başvurdu. Muayenesinde sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet,defans saptandı. Laboratuarda lökosit 24.000 mm³/dl ölçüldü. Bilgisayarlı tomografisinde safra kesesinde artmış duvar kalınlığı ve perikolesistik mayı görüldü. Koledok etrafı enflamasyon ve duodenum komşuluğunda serbest hava görüldü. Hasta akut batın tanısı, perforasyon şüphesi ile ameliyata alındı. Eksplo-rasyonda safra kesesinin nekroze olduğu, koledok ve duodenumun salim olduğu görüldü. Bilier peritonit görüldü. Koledok eksplo-rasyonu ile birlikte kolesistektomi yapıldı. Yoğun bakım ve servis takiplerinin ardından ameliyat sonrası altıncı gününde sorunsuz şekilde taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** ERCP sonrası pankreatit, sepsis, kolanjit, sfinkterotomiye bağlı kanama ve perforasyon ERCP'nin spesifik komplikasyonlarıdır. Perforasyon sıklığı <%1 olup, mortal bir komplikasyondur. ERCP sonrası karın ağrısı gelişen her hastada perforasyon açısından klinik ve radyolojik değerlendirme ile gereğinde cerrahi kararı verilmelidir. Radyolojik tetkiklerde peritoneal ya da retroperitoneal serbest hava görülmesiyle tanı konulur. Perforasyon, duodenumun medial-lateral duvarı, ampulla vateri çevresi ve ana hepatik kanalda gelişebilir. Nekrotizan kolesistit ise akut kolesistitin bir komplikasyonudur. Safra kesesi duvarında nekroz ve duvar bütünlüğünün kaybıyla sonuçlanır. ERCP sonra-

sı fizyolojik lümen içi havanın karın içerisine difüze olmasıyla görüntüleme yöntemlerinde lüminal organ perforasyonu izlenimi verebilir. Olgumuzda klinik şüphe lüminal organ perforasyonu lehine olup per-op bulgu nekrotizan kolesistit idi. Nekrotizan kolesistit, ERCP yapılan hastalarda karın içi serbest hava ile prezente olabilen, ileri yaş grubunda yüksek mortalite ve morbiditeye sahip bir hastalıktır. Safra yolları girişimi olan hastalarda kolesistektomi ve koledok eksplorasyonu cerrahi tedavi yöntemidir.

[PB - 157]

Kolon Volvulusu ve Tedavisi

İSMAİL ETHEM AKGÜN, ESİN KABUL GÜRBULAK, GÜRKAN YETKİN, AYHAN ÖZ, ZEYNEP GÜL ŞİMŞEK, ONUR GÜVEN, HAMDİ ŞAHİN, MUHARREM BATTAL, MEHMET MİHMANLI

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Kolon volvulusları acil tedavi gerektiren bir akut batın sebebidir. Tedavide endoskopik dekompresyon gibi nonoperatif girişimler de kullanılmakla beraber asıl tedavi cerrahidir. Bu çalışmada kolon volvulusu nedeniyle ameliyat edilen olguların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2005- Ağustos 2015 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde, kolon volvulusu tanısı ile tedavi edilen hastaların bulguları retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Kolon volvulusu saptanan 82 hastanın 64'ü (%78,04) erkek, 18'i (%21,96) kadın olup ortalama yaş 68,1 (22-96 arası) idi. Sigmoid kolon volvulusu 80 hastada mevcutken, 2 hastada çekal volvulus saptandı. Sigmoid kolon volvulusu olan 18 hastaya başlangıç tedavisi olarak endoskopik dekompresyon uygulandı. Endoskopik yaklaşımla 8 (%44,4) hastada başarılı dekompresyon sağlandı. Ameliyat edilen hastalardan 31 (%41,89) olguya rezeksiyon ve kolostomi, 36 (%48,64) olguya rezeksiyon ve anastomoz, çekal volvulus bulunan 2 (%2,7) olguya sağ hemikolektomi+ileotransversostomi, 1 (%1,35) olguya cerrahi dekompresyon ve 2 (%2,7) olguya ise cerrahi dekompresyon ve sigmoidopeksi yapıldı. 7 (%8,5) olguda mortalite gözlemlendi. **Tartışma ve Sonuç:** Kolon volvulusunun tedavisinde en önemli etken erken tanıdır. Tedavi şekli hastanın klinik durumu, laboratuvar ve radyolojik bulguları göz önünde alınarak belirlenmelidir. Uygun olgularda cerrahi öncesi endoskopik dekompresyon da denenebilir.

[PB - 158]

Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Erken Postoperatif Kesi Fıtığı Nedeniyle Gelişen İnce Bağırsak İnkarsasyonu

DENİZ NECDET TİHAN¹, MURAT HACI ÇAYCI¹, ABDULLAH İNAL¹, UMUT EREN ERDOĞDU¹, FATİH MEHMET EROL¹, KAZIM ŞENOL¹, UĞUR DUMAN¹, HARUN SIR¹, ÖZGÜR DANDİN²

¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

²Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Bursa

Laparoskopik kolesistektomi, günümüzde cerrahi kliniklerinde en sık uygulanan ameliyatlardan biridir. Genellikle standart 3 ya da 4 port ile girişim uygulanır. Özellikle umbilikal bölgeden girilen kamera portunun insizyonunda uzun dönemde kesi fıtığı gelişebilmektedir. Elli yaşında kadın hasta uzun süredir olan

postprandial karın ağrısı epizodları nedeniyle genel cerrahi kliniğine başvurdu. Fizik muayene ve radyolojik görüntüleme sonrası kolesistiazis tanısı konulan hastaya elektif laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Takiplerinde özellik saptanmayan ve ameliyat sonrası gaz ve gaita deşarjı olan hasta, ameliyat sonrası 1. gününde taburcu edildi. Taburcu edilmesinin ardından 6. günde – postoperatif 6. gün – abdominal şişkinlik, gaita çıkaramama ve göbekte şişlik şikayeti ile yeniden kliniğe başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde umbilikal port yerindeki faysa defektinden ince bağırsak anasının herniye olduğu görüldü. İnkarsere kesi fıtığı nedeniyle gelişen akut mekanik intestinal obstrüksiyon tanısı ile hastaya orta hattan mini laparotomi uygulandı. Laparotomide inkarsereolan bağırsak anasının duvarının ödemli olduğu ancak iskemik olmadığı görüldü. Rezeksiyon yapılmamasına karar verildi. Faysa defekti primer onarıldı. Takiplerinde sorun olmayan hasta ikinci ameliyatının 3. gününde taburcu edildi. Laparoskopik kolesistektomi sonrası umbilikal port giriş yerinde oluşan faysa defektinin kapatılması, kesi fıtıklarının – özellikle de erken dönem fıtıkların – gelişmesinin ve benzer komplikasyonların önüne geçecektir.



Şekil 1. Ameliyat esnasında inkarsere bağırsak anasının görüntüsü.



Şekil 2. Laparoskopik port giriş yerindeki faysa defekti.

[PB - 159]

Nadir Bir İleus Nedeni: Primer İnce Barsak Adenokarsinomu - Bir Olgu Sunumu

AHMET ER¹, ATILLA ÖRSEL¹, ERDİNÇ KAMER¹, SERKAN KARAIŞLI¹, FEVZİ CENGİZ², SİNAN AKAY², MUSTAFA PEŞKERSOY¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Gastrointestinal traktus'un %70-80'ini oluşturmaya karşın bu bölgede gelişmiş malign tümörlerin sadece %2'si ince barsaklardan köken alır. Duodenumun distalinde gelişmiş adenokarsinomların tanısı ise güç olup hastalık genellikle ileri evrede saptanır. Erken tanı için en önemli husus, klinisyenin nonspesifik semptomlarla polikliniğe başvuran hastalarda böyle bir patolojinin de olabileceğini göz önünde bulundurmasıdır. Biz bu çalışmamızda proksimal jejunumda adenokarsinom gelişmiş primer ince barsak adenokarsinomlu olgumuzu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 58 yaşında kadın hasta bulantı, kusma ve kilo kaybı nedeniyle başvurduğu gastroenteroloji polikliniğinde istenen bilgisayarlı tomografi (BT); proksimal jejunumda 2 cm lik bir segmentte lümeni belirgin biçimde daraltan konsantrik duvar kalınlaşması, proksimalindeki jejunum ve midede dilatasyon saptanmıştı. Bu bulgu eşliğinde hastaya ince barsak endoskopisi uygulandı. Endoskopisinde proksimal jejunumda lümeni kısmen tıkayan ülserovejetan bir kitle tespit edilip biyopsi alınmış ve hemen

sonrasında hasta polikliniğimize yönlendirildi. Patoloji sonucu adenokarsinom olarak bildirilen hastaya laparotomi planlandı. Ameliyatta tümöral kitlenin Treitz'in 20-25 cm distalindeki jejunum ansında yerleşip serozaya ulaştığı ve çevre invazyonu yapmamış olduğu görüldü (Şekil 1). Ameliyat materyalinin patolojik tetkikinde incebarsak adenokarsinomu+mezenterde attake olmuş lenf nodülü saptandı. Hastalık TNM sınıflamasına göre T3, N1, M0 ve Evre- 3 olarak değerlendirildi. Post operatif dönemi olaysız seyreden hasta adjuvan tedavi için tıbbi onkoloji polikliniğine yönlendirildi. **Tartışma ve Sonuç:** İnce barsak tümörleri, tüm gastrointestinal sistem tümörleri arasında oldukça nadir olup yaşlaştıkça %1-2'sini oluşturmaktadır. İnce barsakta rastlanan adenokarsinomların yarısından fazlası ise duodenumdadır. Adenokarsinomlar bu serilerdeki olguların yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Adenokarsinomların çoğu duodenum ve proksimal jejunumda görülürken, distale doğru gittikçe lenfoma ve karsinoid tümör insidansı artar. Hastalığın tedavisinde cerrahi girişim sağkalımı uzatan tek seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizim olgumuz jejunum yerleşimli olduğu için segmental jejunal rezeksiyonu yapılmıştır.



Şekil 1. İnce barsak adenokarsinomu.

[PB - 160]

Mide Çıkış Obstrüksiyonuna Sebep Olan Bezoar Olgusu

TUNA BİLECİK¹, GÖZDE DERVİŞ HAKİM²

¹Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sinop

²Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Sinop

Amaç: Mide çıkış obstrüksiyonu karın ağrısı ve postprandial kusma ile karakterize bir klinik sendromdur. Sıklıkla malign hastalıkların sebep olduğu bu sendromun birçok farklı sebebi bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de sindirilmemiş gıda artıklarından oluşan bezoarlardır. Biz bu olgu sunumunda MÇO'ya sebep olmuş tekrarlayan mide bezoar olgusunun tanı ve tedavi yaklaşımını değerlendirmeyi amaçladık. **Olgu Sunumu:** 63 yaşındaki erkek hasta üç gündür devam eden karın ağrısı ve yemeklerden sonra oluşan kusma şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde 20 yıl önce mide ülseri nedeniyle cerrahi geçirdiği, en son 2 yıl önce mide bezoarı nedeniyle ameliyat edildiğini belirtti. Sıvı resüsitasyonu ve nasogastrik dekompresyon sonrası yapılan gastroskopik değerlendirmede mide çıkışında pilor düzeyinde tama yakın tıkanmaya sebep olmuş solid impakte bezoar ile uyumlu görünüm saptandı. Snare ve dormia basket ile tekrarlayan parçalama ve çıkarma denemeleri sonucu çıkarıldı. İşlem sonrası 1.hafta yapılan gastroskopisinde bir değişik-

lik saptanmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Bezoar gelişmesinde mide boşalmasının yavaşlamasına ya da mide asidinin azalmasına yol açan geçirilmiş mide cerrahisi önemli bir risk faktörüdür. Mide yerleşimli bezoarlarda özofagogastroduodenoskopi tanı ve tedavide kullanılabilirlikle birlikte BT tıkanmanın seviyesini ve derecesini tayin etmede daha fazla bilgi verdiği için endoskopiye tercih edilmektedir. Ancak bizim olgumuzda geçirilmiş mide operasyonu ve bezoar öyküsü olduğundan tanıda endoskopi kullanıldı. Tedavide enzimatik eritme veya endoskopik parçalama gibi konservatif işlemlerin yanı sıra, başarısız olunan olgularda gecikmeksizin cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

[PB - 161]

Postgastrektomili Hastada Nadir Bir İntestinal Obstrüksiyon Nedeni: Fitobezoar Oluşumu

COŞKUN POLAT¹, RAMİ HOŞKAR², HALİM KALE², NURİYE ÖZDER², CENGİZ ÇETİNKAYA², ÖMER FAİK ERSOY¹, MUSTAFA ALTUNDAL²

¹Karabük Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Karabük

²Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Karabük

67 yaşında kadın hasta. Yaklaşık 4 günden beri gaz-gaita çıkaramama, bulanti, kusma şikayetleri ile acil cerrahi polikliniğine başvurdu. Fizik bakıda hafif bir distansiyon ile birlikte derin pağasyonda bir hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Öyküsünde, yaklaşık 30 yıl kadar önce muhtemelen benign peptik ülser nedeniyle geçirilmiş bir mide rezeksiyonu operasyonu (subtotal gastrektomi+ gastroenterostomi) mevcut idi. Laboratuvar tetkiklerinde wbc değeri 12.300/mm³ dışında patoloji tespit edilmedi. Ayakta direkt batın grafisinde belirgin hava sivi seviyeleri gözlenmedi. Mevcut muayene bulguları ile hasta "Akut Mekanik İntestinal Obstrüksiyon" ön tanısı ile yatırıldı. Mevcut muayene bulguları ile başlangıçta konservatif tedavi kararı alındı. Bu amaçla hastaya nazogastrik sonda takıldı ve antibiyotik, proton pompa inhibitörü ve intravenöz sıvı resüsitasyonu tedavisine başlandı. Tekrarlanan fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik değerlendirmeler sonrasında mevcut bulgularının ilerlemesi, peritoneal irritasyon bulgularının gelişmesi ve Ayakta Direkt Batın Grafisi ile İV kontrastlı tüm batın tomografisinde ince barsak seviyesinde dilate barsak ansları ve belirgin hava sıvı seviyelerinin olduğu gözlemlendi. Hastaya acil laparotomi kararı alındı. Yapılan sistemik eksplorasyonda Trietz'in 60 cm distalinde, lümeni tıkayan 4x3 cm'lik, kısmen sert, ince barsak duvarından bağımsız intraluminal bir kitle görüldü. Kitle longitudinal bir enterotomi ile çıkarılıp transvers olarak kappatıldı. Kitlenin fitobezoar ile uyumlu olduğu görüldü. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 5. gün şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak, daha önce mide rezeksiyonu yapılan ve ileus kliniği ile gelen olgularda oldukça nadir de olsa fitobezoar oluşumuna bağlı akut intestinal obstrüksiyon olsılığı akla getirilmelidir. Tedavide cerrahi tedavinin yanısıra diyet alışkanlıkları ile çığneme egzersizleri düzenlemelerinin yapılması gerekliliğini söyleyebiliriz.

[PB - 162]

Penetran Yaralanmadan İki Yıl Sonra Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Kliniği İle Gelen Travmatik Diyafragmatik Herni

NURİYE ÖZDER¹, CENGİZ ÇETİNKAYA¹, HALİM KALE¹, RAMİ HOŞKAR¹, MUSTAFA ALTUNDAL¹, ÖMER FAİK ERSOY², COŞKUN POLAT²

¹Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Karabük

²Karabük Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Karabük

Diyafragma yaralanmaları genellikle üst batin ve alt torakal bölgeye ait künt veya penetran travmalar nedeni ile oluşmaktadır. Zaman zaman da mevcut diyafragmatik defektten herhangi bir intraabdominal organ toraks içine doğru yer değiştirebilmektedir. Bu hastaların tanı konma süreleri çok nadiren birkaç günden birkaç yıla kadar uzayabilmektedir. Tanı ve tedavide sürecindeki mevcut gecikmelerde, ciddi mortalite ve morbidite oranlarına neden olabilmektedir. 48 yaşında erkek hasta. Karın ağrısı, bulantı, kusma ve nefes darlığı yakınmaları ile acil polikliniğe müracaat etmiş. Hastada iki yıl kadar önce kesici delici alet yaralanması nedeni ile hastanede ameliyat edilmeksizin tedavi edildiğini bildirdi. Yapılan fizik bakıda toraks sol tarafında muhtemelen midkalvikular hatta, 10. kot düzeyinde eski mehtemel keskiye ait bir insizyon skar hattı tespit edildi. Batin muayenesinde karın hafif distandü idi. Yaygın defans ve hassasiyet mevcut idi. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta herniye ince barsak segmentlerine ait hava sıvı seviyeleri saptandı. Bilgisayarlı Tomografide sol diyafragmatik defektten barsak anslarının hemitoraksa herniye olduğu ve herniye ince barsak segmentlerinde en geniş yerinde 50 mm ye ulaşan belirgin dilatasyonlar saptandı. Laboratuvar olarak lökosit sayısı 25.350/mm³ ile serum amilaz seviyesi 355 mg/dl dışında patoloji tespit edilmedi. Abdominal eksplorasyonda, sol diyafragmada yaklaşık 8 cm'lik bir diyafragma defekti ve mevcut defektten yaklaşık 100 cm'lik bir ince barsak segmentinin intratorasik mesafeye yer değiştirmiş olduğu görüldü. Yapışıklıklar giderildikten sonra ince barsak ansları intraabdominal mesafeye alındı. Diyafragmatik defekt, nonabsorbabl sutur materyal ile primer olarak onarıldı. Operasyon sonrası tüp torakostomi uygulanan hasta postoperatif 7. gün şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak, mevcut olgu ile penetran karın travması geçirmiş hastalarda oldukça nadir de olsa bir diyafragma yaralanması ve intestinal obstrüksiyon olasılığının düşünülebileceğini söyleyebiliriz.

[PB - 163]

İleal Polibe Bağlı Gelişen İleo-İleal İntusepsiyon

ENDER ÖZER¹, AHMET FİKRET YÜCEL¹, İBRAHİM AYDIN¹, YAVUZ METİN², AHMET PERGEL¹, MEHMET TARIK BARAN¹, DURSUN ALİ ŞAHİN¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize

Amaç: İleal intusepsiyon akut intestinal obstrüksiyon vakalarının %1'ini oluşturmaktadır. Erişkinlerde nadir görülen klinik bir tablo olduğu için, cerrahi öncesinde doğru tanı ancak olguların 1/3'ünde konulabilmektedir. Ameliyat öncesi, bilgisayarlı batin tomografi ile ileo-ileal intusepsiyon tanısını koyduğumuz ve tedavi ettiğimiz bir hastamızı güncel literatür eşliğinde tartışmayı ve sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Karın ağrısı ve kusma

şikayetiyle acil servisimize başvuran 48 yaşında bayan hastanın yapılan fizik muayenesinde; batında distansiyon ve yaygın hassasiyet mevcuttu. Daha önce karın ameliyatı öyküsü bulunmayan hastanın laboratuvar incelemesinde; anemi dışında başka bir anormal bulguya rastlanmadı. Direkt batin grafisinde ince bağırsak tipi hava-sıvı seviyeleri olan hastanın, kontrastlı bilgisayarlı batin tomografisinde; ileoçekal valvin prosimalinde iç içe geçmiş ileum segmentleri ve bu segmentlerde duvar kalınlaşması olduğu görüldü. Bulgular ileoileal intusepsiyonu ve buna bağlı gelişen ileus tablosunu düşündürdü. Ameliyata alınan hastada eksplorasyonda; yaklaşık 3x3 cm çaplı ileal polibe bağlı olarak geliştiği gözlenen ileoileal intusepsiyon olduğu görüldü (Şekil 1, 2). Segmenter ileum rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapılarak hastanın ameliyatı sonlandırıldı. Patolojisi; inflamatuvar fibroid polip olarak raporlandı. Hasta şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İntusepsiyon; proksimal bağırsak segmentinin, distal bağırsak segmenti içerisine invajine olmasıdır. Erken çocukluk döneminin (özellikle 2 yaş altı) en sık akut karın nedenidir. Erişkinlerde oldukça nadir görülür. Çocuk hastalarda genellikle intusepsiyona neden olan belirgin bir patolojik etkene rastlanmaz. Erişkinlerde ise; intestinal polip, bezoar, paraziter hastalıklar, yabancı cisimler intusepsiyona neden olmaktadır. Olgumuzda intusepsiyonun nedeninin ileal polip olduğu tespit edildi. Her ne kadar nadir görülen bir klinik bir durum olsa da; ileus tablosu ile başvuran ve daha önce batin cerrahisi öyküsü olmayan hastalarda, bu tabloya intusepsiyonun neden olabileceği akıld tutulmalı ve erken cerrahi müdahale ile morbidite ve mortalite azaltılmalıdır.



Şekil 1. İleoileal invajinasyon.



Şekil 2. Invajinasyona neden olan polibin makroskopik görünümü.

[PB - 164]

Yabancı Cisim Yutmalarında Nonoperatif Yaklaşım: İki Olgu Sunumu

MAHMUT YILMAZ, OĞUZ HANÇERLİOĞULLARI, MEHMET İNCE, ZAFER KILBAŞ, SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN

GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Yabancı cisim yutma daha çok çocukluk çağında rastlansa da erişkinlikte de sayısı azımsanmayacak ölçüdedir. Yabancı cisim yutma nedenleri arasında psikiyatrik bozukluklar, madde/alkol bağımlılığı, mental retardasyon gibi sebepler sıralanabilirken yutulan maddeler arasında kürdan, iğne, taş, pil, düğme, çay kaşığı başta olmak üzere birçok madde bulunmaktadır. Yabancı cisim yutmaları Acil Servislerde sıkça karşılaşılan yüksek mortalite ve morbiditesinin yanısıra zaman ve işgücü kaybına neden olan yüksek maliyetli başvuru sebepleri arasında bulunmaktadır. **Olgu 1:** 43 yaşında erkek hasta acil servise diş protezi yutma şikayeti ile geldi. Anamnezinde başvurusundan 2 saat kadar önce protezini kazayla yuttuğunu belirten

hastanın vital bulguları stabil olan hastanın fizik muayenesinde batın serbest, defans ve rebound negatif bulunmaktaydı. Ayakta direkt batın grafisinde duodenum seviyesinde yabancı cisim görülmekteydi. Hastanın genel durumu iyi olması nedeniyle rutin grafiler çekilerek konservatif olarak takip edilmesine karar verildi. Hasta yaklaşık 5 gün sonra yabancı cismin doğal yollarla çıkardığını bildirdi. **Olgu 2:** Yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde madde kullanımı öyküsü mevcut. Hastanın vital bulguları stabildi. Karın sol üst kadranda hassasiyeti mevcuttu, defans ve rebound bulgusu negatif olarak değerlendirildi. ADBG de sol üst kadranda yabancı cisim görülmekteydi. Hasta tıbbi tedaviyi kabul etmediğini belirterek kendi isteğiyle hastahanedan ayrılmıştır. Yaklaşık 1 hafta sonra farklı bir sebeple çekilen direkt grafisinde yabancı cismin doğal yollardan atılmış olduğu görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** Yabancı cisim yutmalarında tedavi şekilleri laparotomi/ laparoskopik yaklaşımlar, endoskopik yöntemler ve konservatif yaklaşımdır. Genel durumu iyi olan hastalar rutin görüntüleme tetkikleriyle kontrol planına alınarak konservatif olarak takip edilebilir. Bu olgu sunumundaki amacımız Acil Servislerde çalışan meslektaşlarımıza yabancı cisim yutmalarında her zaman invaziv tedavi tekniklerine başvurulmayabileceğini, muayene sonucu herhangi bir patolojik bulguya karşılaşılmayan hastalarda direkt grafi ve USG başta olmak üzere görüntüleme teknikleriyle sıkı takip edilmek koşuluyla konservatif yöntemlere başvurulabileceğini hatırlatmaktır.



Şekil 1. Ayakta direkt batın grafisinde yabancı cisim (Dış Protezi) duodenum seviyesinde görülmektedir.



Şekil 2. Bir gün sonra yabancı cismin ileoçekal valf seviyesinde olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 3. Ayakta direkt batın grafisinde yabancı cisim görülmektedir.

[PB - 165]

Transvers Kolon Volvulus Nenediyle İleus Olan Bir Olgu

ETHEM BİLGİÇ¹, EYÜP MURAT YILMAZ², BERKE MANOĞLU³

¹Sakarya Karasu Devlet Hastanesi, Sakarya

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Aydın

³Aydın Devlet Hastanesi, Aydın

Transvers kolon volvulusu intestinal obstrüksiyonların nadir bir nedenidir. Kolon volvulusu için predispozan faktörleri sayacak olursak mental retardasyon, dismotilite bozulmaları, dar tabanlı veya uzun mezenterin mevcudiyeti ve kronik kabızlık sayılabilir. Biz bu olgumuzda hastanemiz acil servisine, 2 gündür olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvuran 22 yaşındaki erkek hastada tespit ettiğimiz transvers kolon volvulusunu sunduk. Hastanın çekilen ADBG ve Abd. BT incelemelerinde ileus saptandı. Acil laparotomi yapılan hastada transvers kolon volvulusu tespit edilerek transvers kolon rezeksiyonu, anastomoz ve koruyucu loop ileostomi yapıldı.



Şekil 1. Transvers kolonda hava sıvı seviyelenmesi izlendi.



Şekil 2. Abd. BT' de karaciğere anteriordan bası yapan kolon ansı mevcuttu.



Şekil 3. İntraoperatif eksplorasyonda transvers kolon aşırı dilate izlendi.

[PB - 166]

İntestinal Obstrüksiyon Yapmış Tümör Bağırsak Fistülü Olan GİST Olgusu

ACAR AREN¹, ŞEFİKA AKSOY¹, HÜSNİYE ESRA PAŞAOĞLU², AYTÜL HANDE YARDIMCI³, ALİ FERRUH AKAY⁴, BESİM HALUK BACANAKGİL⁵, MERT MAKSUNİ SEVİNÇ¹, ERDEM KINACI¹, ZEYNEP DENİZ KOZLUKLU¹

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul

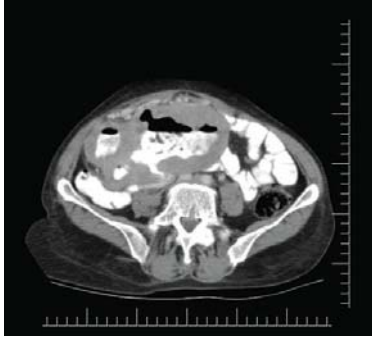
³İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, İstanbul

⁴İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

⁵İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum, İstanbul

Tümör içine barsak fistülizasyonu oldukça ender görülen bir durumdur. Olgumuz 51 yaşında kadın hasta kusma zayıflama ve karında şişlik şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Yapılan

tetkikleri sonucunda tüm pelvisi kaplayan, bağırsak içeriği tümör içine fistülize olan ve barsak obstrüksiyonu yapan kitle tespit edildi. Kadın doğum ve üroloji uzmanlarının katılımı ile hasta 5.6.2015 tarihinde acil olarak ameliyata alındı. Tümöral kitlenin mesaneye infiltre ve incebağırsağa fistülize olduğu saptandı. Kitle total olarak çıkarıldı. Parsiyel sistektomi ve tamir, kısmi incebarsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı. Hasta sorunsuz olarak postoperatif 10. gün taburcu edildi. Patolojik tetkikte 18x15x11 cm'lik kitle ince bağırsağa 2,5 cm lik bir alanda yapışık olduğu ve fistül ağzına benzer bir alan saptandı. Tümör orta bölgesinde nekroz ve nodüler yapıda idi. Yüksek riskli GİS Stromal tümör tanısı konmuştur. Jejunum duvarından kaynaklandığı ince bağırsak kas tabakası ve mesane serozası ve dış kas tabakasına invaze olduğu saptanmıştır. Mitoz sayısı 5/50 BBA. Literatürde bu tip tümörlere ender olarak büyük GİS tümörlerinin tedavisi esnasında saptandığı bildirildiği halde olgumuzda tedavi görmediği halde spontan olarak tümör barsak fistülizasyonu geliştiği saptanmıştır. Büyük GİS tümörlerinde barsak fistülizasyonu çok ender olsa da görülebileceği vurgulandı.



Şekil 1. Tümör bağırsak fistülü BT görünümü.



Şekil 2. Tümör bağırsak fistülü BT sagittal görüntüsü.



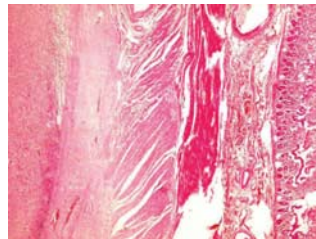
Şekil 3. İntraoperatif görünüm.



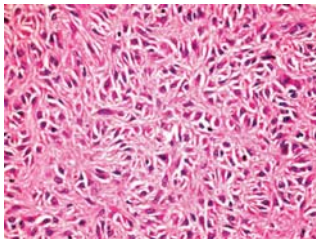
Şekil 4. İntraoperatif görünüm.



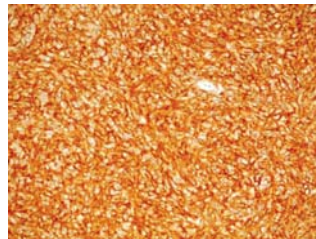
Şekil 5. Patolojik makroskopik görünüm.



Şekil 6. Barsak duvarında muskularis propriada lokalize tümör (HEX40).



Şekil 7. Tümör kısa demet yapıları oluşturan iğsi hücrelerden oluşmaktadır (HEX200).



Şekil 8. İmmunhistokimyasal CD 117(c-kit) pozitifliği (HEX200).

[PB - 167]

Mekanik İntestinal Obstrüksiyonun Nadir Bir Nedeni Abdominal Koza Sendromu

AYLİN ACAR, BUKET ALTUN ÖZDEMİR, TOLGA CANBAK, FATİH BAŞAK, METİN YÜCEL, ETHEM ÜNAL, ONUR ZAMBAK, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Abdominal koza, ince bağırsak tıkanıklığının nadir bir nedenidir. Bu hastalarda, ince bağırsak fibröz bir kese içine sarılmıştır. Bu yazıda, mekanik intestinal obstrüksiyona neden olan abdominal koza sendromu olan olgu sunumu amaçlandı. **Olgu Sunumu:** Kırkbeş yaşında erkek hasta kolik karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile acil servise başvurdu. Anamnezinde daha önce aynı ağrı epizotlarının olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde ek hastalık ve operasyon öyküsü saptanmadı. Fizik muayenede alt kadranda hassasiyeti, defans ve rebound vardı. Laboratuvar incelemede, lökosit 18000 k/UL dışında hemogram ve biyokimya normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri vardı. Oral/IV kontrastlı bilgisayarlı tomografide, çekal düzey medial komşuluğunda intestinal yapılarda bölgesel mezoyu da içine alan bölgesel ve tek taraflı torsiyona ait girdap görünümü ve bu seviye üstünde ince barsak yapılarında hidroaerik seviyelenmeleri de olan dilatasyonlar gözlemlendi. Akut karın nedeniyle eksplorasyon yapıldı. Eksplorasyonda, ince barsakları saran membran görüldü, membran açılarak barsaklar serbestlendi, ancak ince barsaklarda geniş serozal defektler olduğundan 50 cm'lik alan rezeke edilerek anastomoz yapıldı. Postoperatif 5. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede, mukozal ve mural enfarkt bulguları, serozal yüzeyde hemoraji kronik inflamasyon bulguları saptandı. Takip 3. ayında komplikasyon gelişmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Abdominal koza sendromu, nadir ve tanısı zor olan bir klinik antitedir. Mekanik intestinal obstrüksiyonda akıldan tutulmalıdır.

[PB - 168]

İntestinal Endometriozise Bağlı Gelişen İleus: Olgu Sunumu

BERCİS İMGE UÇAR¹, SEZGİN ZEREN¹, ZÜLFÜ BAYHAN¹, ŞÜKRÜ AYDIN DÜZGÜN¹, CENGİZ KOÇAK², MEHMET HÜSEYİN METİNEREN²

¹Dumlupınar Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya

²Dumlupınar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kütahya

Doğurganlık çağındaki kadınlarda ekstragonadal endometriozisin bir parçası olan intestinal endometriozis, ciddi medikal problemlere yol açabilen nadir bir antitedir. En az ileoçekal bölgede görülür ve preoperatif tanı koyulması oldukça zordur. İntestinal obstrüksiyon, gastrointestinal kanama gibi nonspesifik semptom ve bulgular ile prezente olduğu için inflamatuvar barsak hastalıkları, divertikülit, iskemik kolit, ileoçekal tüberküloz veya gastrointestinal traktın maligniteleri ile karışabilmektedir. Bu olgu sunumunda ileus tablosu ile acil servise başvuran, yapılan değerlendirme sonucunda ileoçekal tümöral kitle ön tanısı ile acilen operasyona alınıp akabinde sağ hemikolektomi yapılan ve histopatolojik inceleme sonucunda ileoçekal endometriozis tanısı kesinleşen 45 yaşında kadın hastanın preoperatif ve operatif sürecinin yönetimi ele alınmıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Ancak histopatolojik inceleme ile kesin tanı konulabilmektedir.

[PB - 169]

**Her İnvajinasyonu Olgusunu Ameliyat Edelim mi?
Olgu Sunumu**

YAVUZ PİRHAN

Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Amasya

İnvajinasyon; gastrointestinal traktın birbirini takip eden iki segmentin iç içe geçmesi olarak tanımlanabilir. Pediatrik hasta grubunda akut apandisit tablosundan başvuruların %0.02–0.003'ünü ve cerrahi gerektiren barsak tıkanmalarının yalnızca %1- 3'ünü invajinasyon oluşturur. **Olgu Sunumu:** 32 yaşında erkek hasta acil servise ani başlayan karın ağrısı ve kusma ile başvurdu. Batın muayenesinde periton iritasyon bulgusu yoktu. Barsak sesi dört kadranda da normaldi. Geldiğinde lökositoz mevcuttu (wbc:29000). Kan biyokimya değerleri normaldi. Ayakta direkt batın grafide (ADBG) ince barsak segmentinde seviyelenme mevcuttu (Şekil 1). USG de 2 cm'lik ileo-ileal invajinasyon bulgusu mevcuttu (Şekil 2). Hastanın şikâyetin geçmesi ve periton iritasyon bulgusu olmaması nedeniyle acil cerrahi düşünülmedi. Cerrahi ertelendi hasta hastaneye yatırılarak takip altına alındı. Takipte hastanın şikâyeti olmadı, lökositoz geriledi. Kontrol ADBG de seviyelenme düzeldi (Şekil 3). Mevcut bulgularla hasta 24 saat takip edildikten sonra oral başlandı. Şikâyeti olmayan hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi. 5 gün sonra ki kontrolde de şikâyeti olmadığını öğrenildi. **Tartışma ve Sonuç:** Pediatrik hasta grubunda invajinasyon nedeni sadece %5 olguda ortaya konabilir ve sıklıkla idiyopatiktir. Erişkin hasta grubunda ise %80–90 civarında etiyolojik neden ortaya konmakta ve bu nedenlerin yaklaşık %65'ini benign ya da malign neoplazmlar, %15-25'ini ise non-neoplastik nedenler oluşturmaktadır. invajinasyon için acil laparotomi oranı: literatürde %20–61,5 arasında değişmektedir. İnvajinasyon tanısında USG sık kullanılan bir yöntemdir. Sagittal planda yapılan incelemede; pseudokidney görünümü invajinasyon için yüksek sensitive ve spesifitesine rağmen patognomonik değildir. Transvers planda ise, target ve öküzgözü görünümleri invajinasyon lehine değerlendirilir (Şekil 2). BT; invajinasyon tanısı için altın standart olmakla birlikte %50–80 oranında diagnostik veri sağlamaktadır. Erişkin hasta grubunda görülen invajinasyonun temel tedavisi; cerrahidir. Erişkinde invajinasyon; çocuk yaş grubuna göre daha az görülmesine karşın, özellikle akut karın tablosuyla karşılaşan her hekim ayırıcı tanıda invajinasyon tanısını da göz önünde bulundurmalı ve ameliyatta seçilmiş olgular dışında invajinasyona uğramış barsak ansı enblok çıkarılmalıdır. Ancak bizim olgumuzda da olduğu gibi non-cerrahi planlama yapılacaksa hasta seçimi iyi yapılmalı ve hasta yakın izlenmelidir.



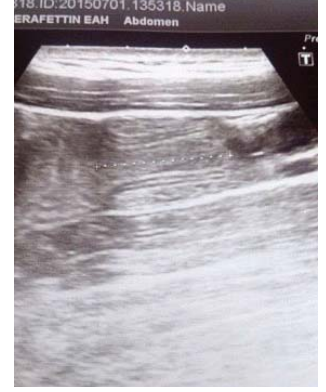
Şekil 1. GELİŞ ADBG.



Şekil 2. USG görüntüsü.



Şekil 3. Kontrol ADBG.



Şekil 4. USG görüntüsü.

[PB - 170]

Komplike Allen Masters Sendromu: Round Ligament Defektine Bağlı Boğulmuş İnce Barsak Hernisi

ALİ ALEMDAR, SEMİH HOT, FAZIL SAĞLAM, HAKAN TEZER, GÜLŞAH BİRER

Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Allen ve Masters 1955'te broad ligament yırtıkları olan ilk klinik vaka serilerini yayınladılar. Quain ise 1861'de round ligamentine herni nedeni ilk ince barsak obstrüksiyon vakasının otopsi raporunu bildirmiştir. İnce barsak obstrüksiyonuna yol açan internal herniler, tüm intestinal obstrüksiyonların sadece %1'ini oluşturur. Broad ligament hernileri ise oldukça enderdir ve internal hernilerin içinde sadece %5'ini teşkil ederler. Broad ligament defektleri konjenital veya edinsel olabilir. Edinsel defektlerin nedenleri geçirilmiş cerrahi veya travma ve pelvik inflamatuvar hastalıklardır. Defektler, broad ligamentindeki lokasyonlarına ve niteliklerine göre sınıflandırılırlar. Hunt bu defektleri her iki peritoneal tabakayı içeren pencere tipi ve sadece bir tabakayı etkilemiş olan poş tipi olmak üzere iki tip olarak sınıflamıştır. Biz bu vaka sunumunda ender bir internal herni nedeni olan round ligament defektlerine dikkat çekmek istedik. Bizim hastamız bilinen ciddi bir hastalığı olmayan 2 çocuklu 37 yaşında bir kadındı. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 9 yıldır pelvik ağrı, dismenore ve disparoni şikayetleriyle birçok kez kadın hastalıkları polikliniğine başvurduğu ama kesin tanının konulamadığı bilgisi mevcuttu. Hastanemiz acil polikliniğine başvuru nedeni ise pelvise yansıyan şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma idi. Fizik muayenesinde karın distandü, özellikle bilateral alt kadrantlarda barsak seslerinde azalma, rebound ve defans bulguları vardı. Laboratuvar tetkikleri neticesinde wbc:15.5, CRP:295 mg/dL olan hastada ADBG, US ve BT sonucunda mekanik barsak tıkanıklığı lehine bulgular ve özellikle douglasta olmak üzere karında yaygın sıvı kolleksiyonu izlendi. Jinekolojik konsültasyonunda acil patoloji düşünülmeden hastanın şikayetleri konservatif tedavi ile gerilemedi. Mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle hasta acil ameliyata alındı. Ameliyatta karında yaklaşık 2000cc pürülan mayı olduğu, ileoçekal valvden yaklaşık 50cm uzaklıkta ince barsak anslarının sağ round ligamentteki 2 cm'lik bir yırtıktan (Şekil 1) herniye olup boğulduğu ve yaklaşık 10 cm'lik herniye olan barsak ansının (Şekil 2) ortasında 0.5 cm çapında bir perforasyon tespit edildi. İnce barsak rezeksiyonu ve yanyana anastomoz yapıldı. Karın 6000cc SF ile yıkandı. Ligament üzerindeki defekt onarıldı. Ameliyat sonrası dönemde sorun yaşanmayan hasta poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.



Şekil 1. Round ligament defekti.



Şekil 2. Boğulmuş ince barsak segmenti.

[PB - 171]

Transomental Internal Herniasyona Bağlı İntestinal Obstrüksiyon

ŞÜKRÜ TAŞ, ÖZTEKİN ÇIKMAN, ÖMER FARUK ÖZKAN, YILMAZ AKGÜN, MUAMMER KARAAVVAZ

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Akut karın nedenleri arasında acil serviste sıklıkla karşılaşılan intestinal obstrüksiyonlar nadir de olsa internal herniasyonlarda bağlı gelişebilmektedir. Çalışmamızda internal herniasyonun nadir bir nedeni olan transomental herniasyon sonucu gelişen intestinal obstrüksiyon olgusunun sunulması amaçlandı. **Olgu Sunumu:** 52 yaşında bayan hasta, acil servise bulantı kusma ve karın ağrısı şikayeti başvurdu. Fizik muayenesinde batın distandü, barsak seslerinde artmış ve her iki üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın, çekilen ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri izlendi. Nazogastrik dekompresyonla beraber, bulgular gerilememesi üzerine operasyon planlandı. Explorasyonda omentumdan gelişen bir defektten kısmen nekrozun geliştiği ince barsak segmentinin herniye olduğu görüldü. Nekroze olan barsak segmenti rezekt edilerek uc uca anastomoz yapıldı. Omentumdaki defekt kapatılarak operasyona son verildi. Hasta postoperatif 5. gün sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İnternal herniasyon karın içerisinde mesenterik bir defektten ince barsakların herniasyonu olarak tanımlanmaktadır. Akut karının nadir bir nedeni olan internal herniasyon zamanında tanı konulup tedavi edilmezse intestinal obstrüksiyon ve iskemiye neden olabilirler. Her ne kadar sekonder (geçirilmiş operasyona bağlı) olarak görülse de, intestinal obstrüksiyonların %1'inde intraabdominal defektler neden olabilmektedir. Bu nedenler arasında, %50 oranında paraduodenal herni şeklinde görülse de, foramen winslovi hernisi, paraçekal herni, transmesenterik ve transomental herni şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir.

[PB - 172]

Fitobezoara Bağlı İnce Bağırsak Tıkanıklığı

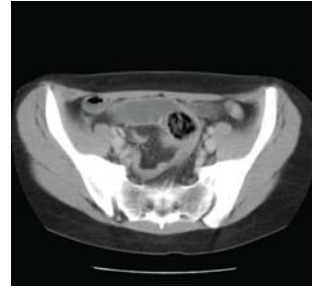
METİN ŞENOL¹, EMRAH AKIN²

¹Adatıp Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Hendek Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Amaç: Bezoar, gastrointestinal sistemde sindirilemeyen ve birkirilen maddelere verilen isimdir. Eğer bunlar sebze ve meyvelerin lifleri ya da çekirdekleri ise fitobezoar olarak adlandırılırlar. Bezoarlar en çok midede görülmekle birlikte gastrointestinal sistemin diğer bölümlerinde de olabilirler. Bu çalışmada, hem midesinde hem de ince bağırsağında aynı anda fitobezoarı olan ve ileus kliniği ile acile başvuran iki hasta sunulmaktadır. **Olgu Sunumu:** Hastalardan birincisi 32 yaşında kadın, ikincisi

ise 73 yaşında erkekti. Her iki hasta da acil servise aynı hafta içerisinde karın ağrısı, distansiyon ve ileus bulguları ile geldi. Geçirilmiş ameliyat öyküleri yoktu. Hastaların tetkik aşamasında çekilen batın tomografilerinde hem midede hem de ince bağırsaklarında bezoar şüpheli kitleler görüldü. Gastroskopileri yapıldığında midelerindekinin fitobezoar olduğu tespit edildi. İleus kliniği devam eden hastalar opere edildi. Her iki hastada da midedeki fitobezoar gastrotomi ile çıkarıldı, ince bağırsaklarındaki fitobezoar ise enterotomi yapılmadan mekanik olarak parçalandı ve sıvazlama yöntemiyle çekuma kadar ilerletilerek tıkanıklık giderildi. Hastalar postoperatif sorunsuz olarak taburcu edildiler. Geriye dönük öyküleri derinleştirildiğinde son zamanlarda aşırı miktarda Trabzon hurması yedikleri öğrenildi. **Tartışma ve Sonuç:** Fitobezoarların, en sık midede olmakla birlikte ince bağırsaklarda da olabileceği unutulmamalıdır. Özellikle sonbahar aylarında, yöresel olarak yetiştirilen Trabzon hurmasının çokça yenilmesine bağlı fitobezoar vakaları görülmektedir. İnce bağırsak tıkanıklığına neden olan fitobezoarlar için enterotomiye gerek kalmadan mekanik olarak parçalama ve sıvazlama tekniği yeterli olmaktadır.



Şekil 1. İnce bağırsaktaki fitobezoar.



Şekil 2. Midedeki fitobezoar.

[PB - 173]

Sklerozan Enkapsüle Peritonit ve Splenik Fleksura Tümörü, Koza İçinde Malignite

ALİ EDİZ KIVANÇ, ALİ KILIÇ, ABDULLAH ŞİŞİK, TOLGA CANBAK, İLYAS KUDAŞ, HAKAN ÇAKIT, FATİH BAŞAK, AYLIN ACAR, FİKRET EZBERCİ, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Abdominal koza sendromu olarak da bilinen sklerozan enkapsüle peritonit (SEP) son derece nadir bir durumdur ve genellikle diyalizine sekonder meydana geldiğine dair bilgiler mevcuttur. Bu hastalık tüm gastrointestinal traktı bazen ösofagus ve karaciğeri de içerecek şekilde kısmen veya tamamen saran kalın gri-beyaz renkte fibrotik bir zarla karakterizedir. SEP idiyopatik ya da sekonder olarak görülebilmektedir. İdiyopatik form ilk olarak 1978'de Foo ve ark. tarafından tanımlanan abdominal koza sendromu olarak da bilinen formdur. SEP tanısı belirgin bir etiyolojik temeli olmadığından oldukça zordur. Görüntülemenin tanıda yeri sınırlıdır ve klinik tablo akut veya kronik barsak tıkanıklığı ile aynıdır. **Olgu Sunumu:** 75 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede karında defans ve minimal distansiyon saptandı. Hastanın özgeçmişinde kemoradyoterapi ile kür olmuş akciğer kanseri olduğu öğrenildi. Laboratuvar bulgularında lökositoz saptanmadı. Ayakta batın grafisinde minimal hava sıvı seviyeleri görüldü. Batın BT peritonda kalınlaşma, splenik-fleksuranın proksimalindeki intestinal anslarda genişlemeler ve yer yer hidroareasyonlar olarak yorumlandı. Hastaya diagnostik laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda incebarsakların, kolonun ve diğer intraabdominal organların

birbirine ve karın ön duvarına yapışmalarına sebep olan kalın periton benzeri bir doku ile kaplı oldukları görüldü. Yapışıklıklar ayrıldığında splenik fleksura düzeyinde striktür oluşturmuş malignite ile uyumlu lezyon saptandı. Sol hemikolektomi ve anastomoz uygulandı. Postoperatif komplikasyon saptanmadı, hasta postoperatif 10. gün şifa ile taburcu edildi. Patolojik inceleme için gönderilen materyal adenokarsinom olarak rapor edildi. **Tartışma ve Sonuç:** SEP için kesin olarak kanıtlanmış bir etiyolojik faktör yoktur. Literatürde geçirilmiş abdominal cerrahi, kronik periton diyalizi, karaciğer nakli, ventriküloperitoneal şant gibi girişimlere ve ilaçlara sekonder olarak görülebildiği bildirilmiştir. Gastrointestinal malignitelere sekonder SEP ile ilgili literatür bilgisi oldukça sınırlıdır. Bizim olgumuzun sadece kolon kanseri olmayıp özgeçmişte kür olmuş bir akciğer kanseri öyküsü de mevcuttu. Bu durum SEP hastalarında malignite araştırılmalı mıdır sorusunu akla getirmektedir. Her ne kadar literatür verileri yeterli olmasa da biz SEP saptanan hastalarda postoperatif dönemde malignite gelişip gelişmeyeceğinin takip edilmesi gerektiğini, bu sayede erken tanı ve daha iyi bir survinin mümkün olabileceğini düşünmekteyiz.



Şekil 1. Splenik fleksurda saptanan tümör.



Şekil 2. İntraoperatif koza görünümü.

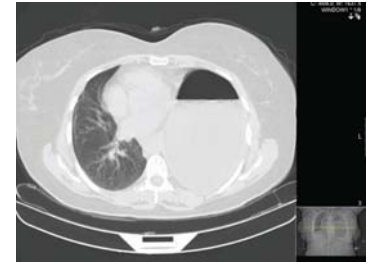


Şekil 3. Kalınlaşmış periton ve dilate kolonik ansların BT görünümü.

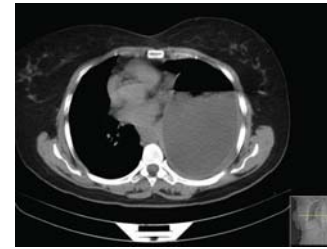
PA AC grafisi, abdomen ve toraks tomografisinde (Şekil 1-3) sol hemitoraksta mide gazı görülüyor. Hasta akut karın bulguları olması nedeniyle acil operasyona alındı. Eksplorasyonda sol diyafragmatik yüzde yaklaşık 4x3 cm'lik bir defektten midenin sol hemitoraksa doğru herniye olduğu görüldü (Şekil 4). Mide defektten ayrılarak karın içine alındı. Mide büyük kurvatur boyunca nekroz vardı (Şekil 5). Wedge rezeksiyon yapıldı. Diyafragmadaki defekt (Şekil 6) pirimer onarıldı ve sol hemitoraksa 1 adet göğüs tüpü konuldu. Hasta ameliyat sonrası beşinci gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İatrojenik diyafragma hernilerinin en sık nedeni geçirilmiş toraks ve üst GIS cerrahisi öyküsüdür. Hastamızda olduğu gibi geçirilmiş karaciğer, safra kesesi, mide, özefagus ve dalak ameliyatları sonrasında diyafragma hernileri gelişebilir. Bu yüzden geçirilmiş üst GIS cerrahisi öyküsü olan ve karın ağrısı, bulantı, kusma ve solunum sıkıntısı ile hastaneye başvuran hastalarda diyafragma hernisi mutlaka akılda tutulmalıdır.



Şekil 1. PA-AC grafisi.



Şekil 2. Toraks BT.



Şekil 3. Abdomen BT.



Şekil 4. Diyafragma hernisinin intraoperatif görünümü.



Şekil 5. Mide büyük kurvaturda nekroz.



Şekil 6. Diyafragmadaki defekt.

[PB - 174]

Geçirilmiş Üst GIS Cerrahisinin Geç Dönem Komplikasyonu: İnkarsere Diyafragma Hernisi

BORA BARUT, VOLKAN İNCE, HÜSEYİN YÖNDER, FATİH ÖZDEMİR, VEYSEL ERSAN, ADİL BAŞKIRAN, CEMALETTİN KOÇ

İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Diyafragma hernileri, konjenital ve akkiz olarak iki gruba ayrılır. Konjenital hernilerin çoğunluğunu Bochdalek (%95) ve Morgagni (%2) hernileri oluştururken, akkiz hernilerin başlıcaları; hiatal, travmatik ve iatrojenik diyafragma hernileridir. İatrojenik nedenlerin başlıcaları ise; geçirilmiş toraksik ve abdominal (özefagus, mide, karaciğer, dalak ve safra kesesi ameliyatları) operasyonlardır. **Olgu Sunumu:** 65 yaşında kadın hasta. Üç gün önce başlayan ve şiddeti giderek artan epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde, 5 yıl önce KC kist hidatik ve safra kesesi taşı nedeniyle ameliyat öyküsü mevcut. FM'de epigastrik bölgede hassasiyet ve rebound mevcut. Dinlemekle sol hemitoraksta AC sesleri azalmış.

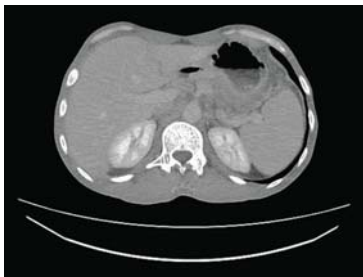
[PB - 175]

İntihar Amaçlı Oral İnsektisit Alımına Bağlı Pitotikmide ve Pilor Obstruksiyonu

OGÜN ERŞEN, AHMET BAL, RÜÇHAN BAHADIR CELEP, SERKAN ADEMOĞLU, ENES ŞAHİN

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

36 yaşında erkek hasta intihar amaçlı etken maddesi bilinmeyen ancak organofosfat grubu olduğu düşünülen tarım ilacını içme sebebiyle acil servise 112 ekiplerince getirildi. Hastanın üst gis kanaması mevcut olması sebebiyle tarafımıza danışıldı. Nazogastrik sondadan 150 cc kadar aktif kanama gelmesi üzerine kliniğimize takip amaçlı yatırıldı. 3 gün takibin ardından hastanın tüm tetkikleri ve bulgularının normale gelmesi üzerine hasta elektif şartlarda kontrol amaçlı endoskopiye çağırılarak taburcu edildi. Hasta oral insektisit alımını takiben 3 hafta sonra tekrar kliniğimize bulantı kusma ile başvurdu. Hastaya yapılan endoskopide mide pitotik görünümdeydi ve korpus alanında bol miktarda gıda artığı vardı, kan veya safra izlenmedi. Tüm mide mukozası ödemli, hiperemik ve frajildi. Korpus ve antrumda mukozaya yapısı kaybolmuş durumdaydı ve psödedivertiküller izlendi. Pilor deforme ve desantralize olup distalinde eksuda ile kaplı ülser izlendi, darlık nedeniyle distale geçilemedi. Batın ultrasonografisinde ise midede küçük kurvatur ve korpusta asimetrik duvar kalınlaşması izlendi. Hasta sorgulandığında daha önce dispeptik şikayetlerinin olduğu ancak herhangi bir tanı veya tedavi almadığı ortaya çıktı. Oral insektisit duodenal ülseri aktive edebileceği veya direkt olarak mide pitozuna ve pilor obstruksiyonuna sebebiyet verebileceği düşünülerek hastanın bulantı kusma şikayetlerinin gerilememesi ve mide çıkışının tam obstrükte olması sebebiyle operasyon kararı alındı. Hasta explore edildiğinde midenin normalden küçük ve atrofik görünümde olduğu, multipl divertiküller olduğu görüldü. Subtotal gastrektomi, rouxen-Y gastrojejunostomi yapıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 7. gününde taburcu edildi. Hasta operasyondan itibaren 4. ayında poliklinik kontrollerinde sağ ve sağlıklıdır.



Şekil 1. Antrum ve pilorda duvar kalınlaşması ve pitotik mide.

[PB - 176]

Nadir Bir Akut Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Nedeni: Strangüle Obturator Herni-Olgu Sunumu

ERDİNÇ KAMER¹, FEVZİ CENGİZ¹, ŞEBNEM KARASU², EMİR ÇAPKINOĞLU¹, ATILLA ÖRSEL¹, MUSTAFA PEŞKERSOY¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Obturator herni, tüm hernilerin yaklaşık %0.005-0.14'nü oluşturan nadir fıtık türüdür. Obturator kanal, 1724

yılında Arnaud de Ronsil tarafından tarif edilmiştir. Obturator kanalın ilk cerrahi tamiri ise 1851 yılında obre tarafından gerçekleştirilmiştir. Zayıf, multıpar ve yaşlı bayan hastalarda sık görülmektedir. Yabancı literatürde "the skinny old lady hernia" olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmamızda obturator herni nedeniyle akut mekanik intestinal obstrüksiyon gelişen bir olgumuzu sunduk. **Olgu Sunumu:** 72 yaşında bayan hasta, bulantı-kusma ve 3 gündür gaz-gaita çıkaramama şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Kardiyak hastalığı ve hipertansiyonu olan hastanın fizik muayenesinde batın distandü ve metalik ses mevcuttu. Kan tetkikleri normal olan hastanın ayakta direct karın grafisinde yaygın ince barsak seviyeleri mevcuttu. Hastanın batın bilgisayarlı tomografisinde ise ileus belirtileri ve sağ obturator foramen içerisinde boğulmuş ince barsak ansına ait görünüm saptandı (Şekil 1). Hasta bu bulgular eşliğinde akut mekanik barsak tıkanıklığı tanısıyla ameliyata alındı. Ameliyatta sağ obturator fossa içerisine girmiş olan ince barsak ansı yerinden çıkartıldı. Dolaşımı bozuk olan ans rezeke edildi. Postop komplikasyon gelişmeyen hasta 4. gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Mekanik intestinal obstrüksiyonlar acil cerrahi gerektiren sık rastlanan bir durumdur. Mekanik intestinal obstrüksiyon yapan nadir nedenlerden biriside obturator hernilerdir. Obturator hernilerin klinik belirtileri spesifik değildir. Genellikle tanı, tanısız laparatomiler sırasında konulmaktadır. Deneyimli merkezlerde operasyon öncesi çekilen karın tomografisi ile tanı genellikle konulabilmektedir.

[PB - 177]

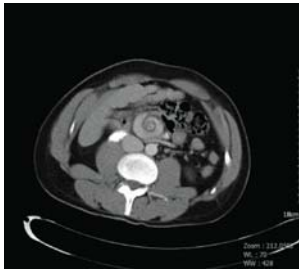
Erişkin Hastada Duodenum Tıkanıklığına Nadiren Yol Açan Midgut Malrotasyon

METİN YEŞİLTAŞ, SEMİH HOT, BERK GÖKÇEK, SERACETTİN EĞİN, TÜRKER ACEHAN

SB İstanbul Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

İntestinal malrotasyon, orta bağırsağın (midgut) peritoneal kavitede mezenterik süperiyör arter (SMA) etrafında normal fetal rotasyonunu yapamadığı ve fiksasyon bozukluğunun görüldüğü bir gelişimsel anomalidir. Malrotasyon insidansı yaklaşık 500 canlı doğumda birdir. Erişkinlerde insidansı %0.2-0.5 olarak bildirilmiştir. Midgut rotasyon anomalileri erişkinlerde oldukça nadir görülür. Erişkin çağdaki intestinal malrotasyonlarda sık karşılaşılan bulgular distansiyon, aralıklı, safra veya safrsız kusma, kronik karın ağrısı gastrointestinal kanama ve ishaldir. Bulguların çeşitliliği ve nonspesifik olması nedeniyle erişkinlerde tanısı zordur. Malrotasyon; intestinal tıkanıklık, akut veya kronik volvulus, barsaklarda nekroz veya perforasyona yol açabileceği gibi nadiren hiç belirti vermeyebilir. İntestinal malrotasyonun tanısında direkt ve baryumlu grafiler, ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılır. Kontrastlı mide duodenum grafilerinde, duodenum segmentleri arasında dilatasyona bağlı oluşan boyut farkları, duodeno-jejunal bileşkenin yer değişimi, jejunumun katlanmasına bağlı oluşan "Tırbuşon Belirtisi" tipiktir. USG'de superior mezenterik venin (SMV) SMA'nın solunda ve önünde yerleşimi, doppler USG'de SMV'nin SMA çevresinde dönerek oluşturduğu "Girdap İşareti" malrotasyon için tanısaldır. Erken tanı ve tedavi morbidite ve mortalite açısından çok önemlidir. Tedavisi cerrahidir. Nekroz, perforasyon gibi ciddi komplikasyonlar geliştiğinde mortalite yüksektir. Bizim olgumuz daha önce bilinen önemli bir hastalığı olmayan 27 yaşında erkek hastaydı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde önemli bir özellik yoktu. Bir aydır karın ağrısı yakınması olan hasta karın ağrısının şiddetlenmesi, ayrıca bulantı ve kusma yakınmasının eklenmesi nedeniyle hastane-

miz acil servisine başvurmuştu. Hastanın fizik muayenesinde karın distandü, özellikle üst kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Lökosit sayısı 12390/mm³ olan hastanın karın BT'de duodenumun da eşlik ettiği mezenterik volvulus olarak rapor edildi (Şekil 1). Acil ameliyat kararı alındı. Explorasyonda; ileri derecede uzun ve mobil ince barsak, çekum, çıkan kolon ve transvers kolon mezosu olduğu saptandı. Tüm ince barsaklar, çekum, çıkan kolon mezosu etrafında saat yönünde dönerek volvulusa gittiği saptandı (Şekil 2). Transvers kolonun ortası merkezde olacak şekilde tüm visseral organlar normal anatomik lokalizasyonuna detorsiyone edildi. Yapışıklıklar keskin ve künt diseksiyonla açıldı. Tüm incebarsak ve kolon segmentlerinde iskemi bulgusu yoktu. Ameliyat sonrası dönemde sorun yaşanmayan hasta poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.



Şekil 1. BT görüntüsü.



Şekil 2. Ameliyat görüntüsü.

[PB - 178]

Kliniğimizde Takip ve Tedavi Edilen İnvajinasyon Vakalarının Retrospektif Analizi

BORA BARUT, HÜSEYİN YÖNDER, KEMAL BARIŞ SARICI, FATİH ÖZDEMİR, VOLKAN İNCE

İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: İnvajinasyon gastrointestinal sistemde, birbirini takip eden iki segmentin iç içe geçmesi olarak tanımlanabilir. Çocuklarda çok daha sık görülmesine karşın, erişkinlerde cerrahi gerektiren intestinal obstrüksiyon olgularının yalnızca %1-3'ünden invajinasyonlar sorumludur. **Gereç ve Yöntem:** 2009-2015 yılları arasında, invajinasyon tanısıyla kliniğimizde takip ve tedavi edilen onbir hasta retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Hastaların dokuzu kadın, ikisi erkek olup ortalama yaş: 57 idi. Sekiz hastada karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz-gaita yapamama şikayeti mevcutken, iki hastada karın ağrısı ve aneminin eşlik ettiği halsizlik ve bir hastada alt GIS kanaması mevcuttu. Karın ultrasonografisi(US) yedi hastaya yapıldı, üç hastaya US ile tanı konuldu. Sekiz hastaya bilgisayarlı tomografi çekildi, yedi hasta tomografi ile doğru tanı aldı (Şekil 1). GIS kanaması olan bir hastaya anjiyografi yapılarak tanı konuldu. Dokuz hasta acil, akut karın bulgusu saptanmayan iki hasta ise elektif olarak ameliyat edildi. Elektif olarak ameliyata alınan bir hastaya laparoskopik diğer hastalara açık ameliyat yapıldı. Bir hastada jejuno-jejunal, beş hastada ileo-ileal ve beş hastada ileoçekal invajinasyon vardı (Şekil 2). İncebağırsak invajinasyonları dört hastada benign, iki hastada malign patolojilere bağlı gelişirken, ileoçekal invajinasyonların tamamında benign patoloji saptandı. İnce bağırsak invajinasyonlarında segmenter rezeksiyon, uç uca anastomoz, ileoçekal invajinasyonlarda ise sağ hemikolektomi yapıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Erişkinlerde nadir bir akut karın nedeni olan invajinasyon çok geniş etyolojik nedenlere bağlı olarak ve değişken klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. US ile doğru tanı oranı %30-35 iken tomografi ile bu oran %50-80 arasındadır. US ve tomografi ile yüksek oranda doğru tanıya ulaşılabilir. Erişkin yaş grubunda başlıca tedavi

cerrahidir. Adezyonlara bağlı gelişen invajinasyonlarda deinvajinasyon uygulanabilir. İnvajinasyonların bir kısmına malign patolojilerin sebep olduğu düşünülerek, cerrahi yapılırken onkolojik prensiplere mutlaka uyulmalıdır. Erişkin yaş grubunda, nadir akut karın ve/veya ileus nedeni olan invajinasyon, acil şartlarda hasta değerlendirilirken mutlaka akılda tutulması gereken klinik bir durumdur.



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide invajinasyon görüntüsü.



Şekil 2. İnvajinasyonun intraoperatif görünümü.

[PB - 179]

Mekanik Barsak Obstrüksiyonunun Nadir Bir Nedeni Abdominal Koza Sendromu: Olgu Sunumu

TANSU ALTINTAŞ¹, ORHAN ŞAD², SUAT CAN ULUKENT¹, ÖZLEM AKÇA¹, NURİ ALPER ŞAHBAZ¹, MUSTAFA UYGAR KALAYCI¹, SERAP BAŞ³

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Esenyurt Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Abdominal Koza Sendromu; primer veya sekonder nedenlerle oluşan, fibrokollajenöz bir membran ile barsakların kısmi veya tamamen akordiyon gibi sarıldığı, akut yada subakut ileus ile kendini belli eden nadir rastlanan bir mekanik ince barsak obstrüksiyonu nedenidir. Karın ağrısı ve ileus bulguları ile başvuran ve opere ettiğimiz abdominal koza sendromlu bir olguyu sunmak istiyoruz.



Şekil 1. İnce barsakları saran kapsül.



Şekil 2. Kapsülü barsaklardan soyarken.

[PB - 180]**İleusların Klinik, Patolojik ve Tedavi Faktörleri Açısından Analizi**

ÖMER PARLAK¹, FATİH KARAYOL², MEHMET ÖZER²,
SERAP ULUSOY², FAHRİ YETİŞİR²

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Çalışmamıza Ocak 2009 ve Haziran 2014 dönemleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran ve Genel Cerrahi Servisine yatırılıp ileus ön tanısı olan ve operasyon sonrasında ileus kesin tanısı alan yaşları 17-95 arasında değişen 160'ü kadın, 221'i erkek toplam 381 olgu dâhil edildi. Hastalarımızın %58.0'i (n=221) erkek, %42.0'si (n=160) kadın idi, genel yaş ortalaması 61 idi. Çalışmamızda vakalarımızın %32'sinde malignitelere bağlı ileuslar, % 28'inde brid ileuslar, %20'sinde ise herni nedenli ileus saptandı. Hastaların anamnez, özgeçmiş, fizik muayene bulguları, karın grafilerinde hava-sıvı seviyesi varlığı bize ileus tanısı koymakta yardımcı olurken laboratuvar bulguları açısından henüz standart bir test literatürde yoktur. Laboratuvar verileri hastanın ileusa sekonder gelişen fizyopatolojik metabolik bozuklukları açısından tarafımıza bilgi vermektedir. Hastanın preoperatif durumun belirlenmesi ve operasyona hazırlanması açısından önemli olduğu pratikte görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda elde ettiğimiz veriler ışığında hastalarımızın komplikasyon ve mortalite durumlarını etkileyen klinik ve laboratuvar bulguları saptanmıştır. Çalışmamızda hastalarda ek hastalık varlığının komplikasyon oranı, yatış süresi ve mortalite üzerine istatistik olarak etki ettiği görüldü. Preoperatif dönem Hemoglobün (Hgb), Hematokrit (htc), üre, kreatinin, lenfosit sayısı, Nötrofil/ lenfosit oranı(Nlr), albumin düzeyi, laktat dehidrogenaz (Ldh) düzeyi, operasyon süresi ile komplikasyon gelişimi arasında istatistik anlamlı ilişki olduğu, Beyaz küre (wbc), nötrofil sayısı ile komplikasyon gelişimi arasında istatistik anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Analizimizde preoperatif dönem üre, ast, hgb, htc, ldh düzeyleri, yatış süresi ile mortalite arasında istatistik anlamlı ilişki olduğu, wbc düzeyi, operasyon süresi ile mortalite ile arasında istatistik anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Özellikle klinik olarak rahat olan, komplike ileus (strangülasyon, perforasyon, enflamatuvar olay... vs) düşünülmemen hastalarda preoperatif medikasyon (dehidrate hastaların hidrasyonu, anemi varlığında kan transfüzyonu... vs hazırlıklar) sonrası operasyonun önemi üzerinde durulması gerekmektedir. Kliniklerimizde elde ettiğimiz sonuçlar intestinal obstrüksiyon sebebi olarak en sık malignitelere bağlı ileusları (tümörler) (125 hasta-%32) göstermekte, bunu brid ileuslar (108 hasta- %28)ve boşulmuş fitiklar (77 hasta- %20) izlemektedir.

[PB - 181]**Paraneoplastik Sendroma Bağlı Kronik İdiyopatik İntestinal Psodo-Obstrüksiyon Olgu Sunumu**

ERTUĞRUL KARĞI¹, MUSTAFA ŞİT¹, MEHMET HAYRİ ERKOL¹,
AYSEL KARĞI², SEMİH YAMAN¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bolu

Kronik intestinal psödoobstrüksiyon altta herhangi bir hastalık veya organik bir obstrüksiyon olmaksızın tekrarlayan ağrı

atakları ve karında şişlik kabızlık semptomları ile seyreden nadir bir sendromdur. Hastalığın etiolojisinde elektrolit imbalansı, ilaçlar, endokrin hastalıklar, kronik infeksiyonlar, infiltratif hastalıklar, vaskülitler değişik travmalar ve paraneoplastik sendromlar suçlanmaktadır. Çağın olguda sebep bulunamaz. Tanısı endoskopik, radyolojik, tetkikler, laparotomi ve manometrik tetkiklerle mekanik obstrüksiyon yapan nedenler ekarte edildikten sonra tanısı konur. Tanı konulduktan sonra tedavinin amacı normal barsak motilitesini sağlamak ve hastanın yeterli beslenmesini sağlamaktır. Bunun için prokinetik ilaçlar, lokalize hastalığın eksizyonu ve parenteral beslenme sıklıkla yapılır. 60 yaşında akciğer ca tanısı olan erkek hasta kliniğimize karında şişlik ve kabızlık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Yapılan tüm radyolojik endoskopik tetkikler sonucunda mekanik obstrüksiyon bir neden bulunamadı. Medikal tedavi yapılan hastanın tedavisinin başarısız olması nedeni ile hastaya operasyon kararı verildi. Tüm kolon segmentlerinde ileri derecede dilatasyon görüldü. Mekanik bir tıkanıklık yapacak neden bulunamadı. Hastaya subtotal kolektomi+ileostomi yapıldı. Hasta şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak tekrarlayan ileus atakları ile başvuran yapılan tetkiklerinde organik bir patoloji saptanmayan olgularda tanıda kronik intestinal psödoobstrüksiyonda düşünülmelidir. Bu olgularda öncelikle prokinetik ajnlar başta olmak üzere, medikal tedavi uygulanmalı, ancak bu tedaviye yanıt alınmadığı durumlarda cerrahi tedavi düşünülmelidir.



Şekil 1. Appendiks cerrahi sırasında görüntüsü.

[PB - 182]**İnen Kolonda Tıkanıklığa Neden Olan Çekal Pediküllü Dev Lipom: Olgu Sunumu**

YAHYA KEMAL ÇALIŞKAN, AZAMET CEZİK, ÖZLEM AKÇA,
YASİN KARA, SUAT CAN ULUKENT, MUSTAFA UYGAR KALAYCI

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Kolon lipomları gastrointestinal sistemin nadir görülen benign non-epitelyal tümörlerindedir. Büyük boyutlara ulaşmaya kadar genellikle asemptomatiklerdir ancak büyük olanlar karın ağrısı, ishal, kabızlık, kanama ve intususepsiyona sebep olabilirler. Kolonoskopi, çift kontrast baryumlu kolon grafisi ve bilgisayarlı tomografi ile tespit edilirler. Çekumda yerleşimli submüköz pediküllü lipomların büyük boyutlara ulaşarak inen kolona ulaşarak intususepsiyona kolonik tıkanıklığa sebep olması nadir bir durumdur. Olgumuz kronik karın ağrısı yakınmaları ile mükerrer kez acile başvuran kırkaltı yaşında bayan hastaydı. Çekumda yerleşimli İnen kolonda invajinasyona obstrüksiyona neden olan dev lipomu mevcuttu. Bilgisayarlı tomografi ve kolonoskopi ile tespit edildi. Kolonoskopun geçişine izin vermeyen, kolonda tam tıkanmaya neden olan 9x6x6 cm boyutlarında olması nedeniyle elektif şartlarda cerrahi rezeksiyon tercih edilmiştir. Kolon lipomları kolonik obstrüksiyona neden olan hastalıkların ayırıcı tanısında nadir de olsa akıldan tutulması gereken patolojilerdir.

[PB - 183]

Acil Serviste Yaşlı Küçük Kadınlar (Obturator Herni)

ATAHAN ACAR, MELEK GÖKOVA, COŞKUN ONAK, GÜLDEN BALLI, KEMAL ATAHAN, ERCÜMENT TARCAN

Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Abdominal herniler arasında nadir görülen bir tür olan obturator herni, tüm hernilerin %0.05-1.4'ü ve mekanik obstrüksiyonların %0.2-1.6'sını oluşturur. Tüm abdominal herniler arasında %15-40 ile en yüksek mortalite nedenidir. En sık multipar, zayıf, 70-90 yaş arası kadınlarda görülür. Semptomlar parsiyel intestinal obstrüksiyon bulguları ile ilişkilidir. Olguların % 15-50'sinde fitik kesesinin obturator sinire basısına bağlı olarak uyluk iç yüzünde ağrıyla karakterize Howship-Romberg bulgusu pozitif olabilir. **Olgu Sunumu:** 82 yaşında kadın hasta son 24 saattir bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın son bir haftadır sol uyluk ağrısı nedeniyle beyin cerrahisi ve fizik tedavi bölümlerine başvurduğu ve bir haftadır enjektabl analjezik kullandığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde bağırsak sesleri normal, karın ön duvarında geniş tabanlı insizyonel hernisi mevcuttu. Defans ve rebound yoktu. Laboratuvar bulguları WBC 16020 μ L, Hgb 14,4 gr/dl Glu 142 Anamnezinde geçirilmiş abdomen operasyonu mevcuttu. Hasta insizyonel herniye bağlı subileus ön tanısıyla yatırıldı. Karın ağrısı ve bulantısının geçmemesi üzerine 2. gün abdomen BT çekildi. BT raporuna göre karın ön duvarındaki geniş defekte (Şekil 1) ek olarak sol obturator herni (Şekil 2) saptanması üzerine operasyona alındı. Operasyonda ileal ansın pensman lateral Richter fitiği şeklinde obturator kanala herniye olduğu gözlemlendi. (Şekil 3-4) Rezeksiyona gerek duyulmadı, obturator defekt meshplug ile, batın duvarı primer onarıldı. Postoperatif 3. gün batın dreni sonlandırılarak ertesi gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Ortalama yaşam süresinin artmakta olduğu ülkemizde acil servise başvuran yaşlı, kısa boylu, multipar zayıf kadınlarda karın ağrısı, bacak ve uyluk ağrısı, bulantı, kusma şikayetlerinde ve subileus tablosunda obturator herni ön tanısı akla getirilmelidir. Tanıda gecikmenin neden olacağı bağırsak rezeksiyonu gereksinimi ve buna bağlı komplikasyonların yönetimi bu yaş grubundaki hastalarda zor olacaktır. Postoperatif morbidite ve mortalite oranlarının azalması öncelikle klinik şüphe ve görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasına bağlıdır. Biz de acil serviste obturator herni tanısı için çabuk ve kolay uygulanabilir abdominal tomografinin çekilmesi için zaman kaybedilmemesini önermekteyiz.



Şekil 1. Geniş tabanlı insizyonel herni.



Şekil 2. Sol tarafta obturator herni.



Şekil 3. Pensman lateral şekilde obturator herni.



Şekil 4. Obturator herni.

[PB - 184]

Çocukluk Çağında İleus Öntanlı Hastada Nadir Bir Neden Kolon Kanseri: Olgu Sunumu

ERTUĞRUL KARĞI, MUSTAFA ŞİT, MEHMET HAYRİ ERKOL, SEMİH YAMAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Olguların çoğu 55 yaşından sonra tanı aldığından dolayı kolorektal kanser özellikle ileri yaş hastalığı olarak bilinmektedir; ancak kesin olarak bu popülasyonla sınırlı tutulamaz. Genç hastalarda hatta çocukluk çağında kolorektal kanser insidansına ait bildirimler giderek artmaktadır. Biz bu vakada akut kanlı diyare ve bukantı kusma ile presente olan genç bir kolorektal kanser olgusunu sunmayı amaçladık. 16 yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı, kusma kanlı dışkılama, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleriyle bizden önce 2 adet çocuk cerrahisi polikliniğine başvurmuş. Hastaya gastroenterit ön tanısı ile medikal tedavi başlanmış. Hastanın kliniğinin gerilemesi üzerine hasta ilk başvurudan 2 hafta sonra kliniğimize başvurdu. Hastanın çelilen tomografisinde hepatik fleksura düzeyinde yaklaşık 4 cm'lik kitle ve jejuunal barsak ansları ve çıkan kolon ileri derecede dilate idi. Hastaya operasyon kararı verildi. Hasta opere edildi. Operasyonda ihepatik fleksurada seroza invazyonu olan yaklaşık 5 cm'lik lümeni tama yakın tıkayan kitle vardı. Çekum ve apandiks enflame idi. Hastaya genişletilmiş sağ hemikolektomi yapıldı ve şifa ile taburcu edildi. Postoperatif patoloji sonucu taşlı yüzük hücreli adenokarsinom geldi. Apendisk dokusunda akut apandisit görüldü. Sonuç olarak, karın ağrısı, kilo kaybı, kanlı dışkılama veya gizli kan pozitifliği, bulantı ve kusma, dışkılama değişiklikleri ile başvuran hastalar yaşları göz önüne alınmadan, küratif tedaviye geç kalınmaması için malignite açısından dikkatli değerlendirilmelidirler.



Şekil 1. sağ hemikolektomi materyalinin patoloji makroskopik görüntüsü.

[PB - 185]

Nadir İki Olgu Sunumu: Diyafragma Hernisine Bağlı İleusKEMAL GÜNDOĞDU¹, NECATTİN FIRAT¹, MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹, İSMAİL ZENGİN¹, FEHMİ ÇELEBİ²¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Bu yazıda akut batın etiyojisinde nadir nedenlerden olan, diafragma hernisine bağlı ileus olgularını sunmayı amaçladık. **Olgu 1:** Acil servise gaz-gaita çıkaramama ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran 64 yaşında, ek hastalığı olmayan erkek hastanın, özgeçmişinde üç ay öncesinde geçirdiği trafik kazası sonrasında konstipasyon şikayetinin başladığı öğrenildi. Fizik

muayenesinde batında hafif distansiyon, perküsyonda batın sağ kadranda timpan ses ve batında yaygın hassasiyet saptandı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre 13.200 mm³/dl haricinde özellik saptanmadı. Abdominal bilgisayarlı tomografisinde splenik fleksura düzeyinde kitle imajı, proksimalindeki kolon anslarında dilatasyon görüldü. Splenik fleksura tümörüne bağlı ileus ön tanısıyla operasyona karar verildi. Eksplo- rasyonda kolonda kitle veya strangülasyon görülme- yip, splenik fleksuranın inkarsere olduğu Bochdalek hernisi saptandı. Redüksiyon ve herniorafi yapılan hasta ameliyat sonrası 4. gün sorunsuz taburcu edildi. **Olgu 2:** Acil servise karın ağrısı ile baş- vuran 84 yaşında, ek hastalığı olmayan erkek hastanın fizik mu- ayenesinde batında hassasiyet dışında özellik yoktu. Laboratu- var incelemesinde özellik saptanmadı. Abdominal bilgisayarlı tomografisinde paraözefagial diafragma defektinden herniye olarak proksimali dilate olan ince barsak anslarında ileus gö- rünümü saptandı. Eksplo- rasyonda terminal ileumun hiatustan mediastene herniye olduğu görüldü. Redüksiyon ve herniorafi yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 6.gün sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Diyafragmanın doğumsal bozuklukları, diyaframın birleşme defektlerinin sonucudur veya diyaframın kapanma sorunları ile birlikte olan barsak gelişim bozukluk- larına bağlıdır. Doğumsal diyafram hernilerinden biri olan Bochdalek (arka-yan duvar defekti) diyafragma hernilerinin en sık görülen türüdür ve olguların %95'ini oluşturur. Bochdalek hernilerinin çoğu asemptomatiktir, semptomatik olan has- talarda ise, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, dispne, göğüs ağrısı, abdominal ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare bil- dirilmiştir. Gecikmiş olgularda gastrik volvulus, dalak rüptürü, gastrik veya diğer intestinal tıkanıklıklar veya perforasyon gibi komplikasyonlar saptanabilir. İleus tanılı hastalarda radyoloji yardımıyla intestinal segmentlerin olası bir diafragma hernisi nedeniyle inkarsere olabileceği gözönünde bulundurulmalı, eksplo- rasyon esnasında diafragma hernisine bağlı ileus ihti- mali unutulmamalıdır.

[PB - 186]

İleusa Laparoskopik Yaklaşım

İSMAİL ZENGİN¹, HAKAN DEMİR¹, KEMAL GÜNDOĞDU¹, YASİN ALPER YILDIZ², FATİH ALTINTOPRAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: İleusun nadir nedenlerinden biri de konjenital bantla- rın en yaygını Ladd bantlarıdır. Bu olgumuzda Ladd bandına bağlı gelişen ileuslu hastaya laparoskopik yaklaşımımızı sun- mayı hedefledik. **Olgu Sunumu:** Acil servise gaz-gaita çık- aramama ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran 18 yaşında, ek hastalığı ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan kadın has- ta değerlendirildi. Fizik muayenesinde batında orta şiddette distansiyon, perküsyonda batında timpanite ve yaygın has- sasiyet mevcuttu. Nazogastrik sonda ile 500 cc fekaloid içerik dekompresyon edilen hastanın rektum muayenesinde özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde 16.400 mm³/dl beyaz küre dışında özellik saptanmadı. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri saptanan hastanın abdominal bilgisayarlı tomografisinde ince barsak anslarında yaygın dilatasyon sap- tandı. Radyolojik olarak serbest hava veya sıvı, kitle lezyonu saptanmazken intestinal. anslarda proksimal ve distal ince barsak segmenti arasında çap farkları ve geçiş zonu patolojile- ri görüldü. Brid ileus tanısıyla acil operasyona alınan hastanın

laparoskopik eksplo- rasyonunda ileumda Ladd bandı tarafın- dan oluşmuş ileus saptandı. Ladd bandı eksizyonu sonrası pa- saj sağlandı ve distal segmentlere geçiş gözlemlendi. Ameliyat sonrası 12. saatte gaz-gaita deşarjı olan hastaya 18. saatte oral başlandı ve hasta ameliyat sonrası 2. günde sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Akut batın ile acil servise başvuran hastaların %20-25'ni intestinal obstrüksiyonlar oluşturmaktadı- r. İntestinal obstrüksiyon etiolojisinde birçok faktör rol oy- narken geçirilmiş ameliyatlar, intestinal malrotasyon, abse, tü- berküloz, crohn ve pankreatit gibi inflamatuvar süreçlere bağlı karın içi adhezyonlar olguların %90'ında saptanabilen en sık etiolojik faktördür. Olgumuzda bu risk faktörleri bulunmayıp radyolojik ve klinik olarak brid ileus tanısı elde edilerek cerrahi eksplo- rasyon ile tedavi sağlandı. Olgumuzda hastanede yatış süresi, operasyona sekonder yeni brid oluşumu, enfeksiyon ve maliyet açısından açık cerrahiye göre avantajlı olan laparosko- pik yöntem tercih edildi.

[PB - 187]

Nadir Bir İnternal Herni Sebebi; Apendiksin Tubaya Yapışması

YASİN ALPER YILDIZ¹, ORHAN YAĞMURKAYA², AHMET ÇELİK¹, ÖMER YALKIN², FEHMİ ÇELEBİ¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Amaç: İnternal herniler ince bağırsak obstrüksiyonunun nadir görülen bir nedeni olup insidansı %1'den daha az olarak bil- dirilmiştir. Bu çalışmamızda apendiksin tubaya yapışmasıyla oluşmuş internal herni olgusu sunmayı amaçladık. **Olgu Su- numu:** Elli iki yaşında bayan hasta bulantı ve kusma şikâyeti ile acil servisimize başvurdu. Yapılan değerlendirilmesinde yaklaşık 5 gündür gaita çıkışının olmadığını belirtti. 2 gündür de gaz çıkarmayan hastanın, bu süre zarfında karında şişkinlik oluşmuş ve kramp tarzında karın ağrıları başlamış. Daha önce operasyon öyküsü olmayan hastanın muayenesinde yaygın hassasiyeti mevcut olup, defans ve reboundu yoktu. Hg ve lökosit değerleri normal olup, ADBG' inde hava sıvı seviyesi gözlemlendi. Çekilen batın tomografisinde distal yerleşimli ince barsak tıkanıklık bulguları olması üzerine hasta mekanik ileus ön tanısıyla acil şartlarda operasyona alındı. Eksplo- rasyonda inflamasyon bulgusu bulunmayan ve intraperitoneal olan apendiksinin sadece distal uc kısmından tubaya yapıştığı ve arada oluşan boşluğu da distal ileal barsak ansın sıkıştığı görüldü. Barsakta iskemi ve nekroz bulgusu olmaması üze- rine appendektomi yapılarak operasyona son verildi. Hasta ameliyat sonrası 3. Gün sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İnternal herniasyonlar barsak obstrüksiyonlarının nadir nedenlerinden olup barsak segmentlerinin periton içerisindeki anatomik olan veya olmayan boşluklara geçişi olarak tanımlanır. Bu hernilerde boğulma ve nekroza kadar giden dolaşım bozukluğu riski nedeniyle zamanında tanı ko- nulması önemlidir. Fakat bu tür hastalarda ameliyat öncesi dönemde tanısı konulması çoğu zaman mümkün olmaz ve genelde ameliyat sırasında tanı alırlar. Daha önce operasyon öyküsü bulunmayan ve mekanik obstrüksiyon bulguları olan vakalarda internal herniasyon her zaman akılda tutulmalı ve erken cerrahi ile gelişebilecek dolaşım bozukluğu, nekroz ve perforasyon gibi hayatı tehdit edici patolojilerin önüne geçi- lebileceği unutulmamalıdır.

[PB - 188]

Crohn Hastalığını Taklit Eden Travma Sonrası İnce Barsak TıkanıklığıTAYFUN YOLDAŞ, CEMİL ÇALIŞKAN, ERHAN AKGÜN,
MUSTAFA KORKUTEge Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
İzmir

İnce barsak düzeyinde obstrüksiyona neden olan patolojilerden biride crohn hastalığıdır. Semptomlar tam tıkanıklığı işaret ettiğinde cerrahi endikasyon gündeme gelmektedir. Biz bu yazımızda Crohn'a bağlı ince barsak tıkanıklığı ön tanısı ile opere ettiğimiz ancak eski travmaya bağlı ince barsak darlığı saptanan olguyu sunmayı amaçladık. 41 yaşında erkek hasta 1,5 aydır karın ağrısı ve ara ara kusma şikayeti ile acile başvuru. Hasta anemnezinde 1,5 ay önce trafik kazası geçirdiğini ve şikayetlerinin ondan sonra başladığını ifade ediyor. Hastanın semptomları Crohn hastalığına bağlanıyor ve tetkik ediliyor. Acil serviste yapılan incelemede ince barsak düzeyinde tıkanıklık saptanan hasta opere ediliyor ve ileumda eski mezo yaralanması olan bölgede iskemik darlık geliştiği görülüyor. Künt karın travması sonrası gelişen mezo yaralanmalarının tanımak güçtür. Akut dönemde gürültülü bir tabloya neden olmadığından atlanabilir. Yakın geçmişte künt travma geçirmiş hastalarda abdominal semptomlar varsa mezo yaralanmasına bağlı darlık olası tanılar arasında akla gelmelidir.

[PB - 189]

Hamilelikte Akut Pankreatit ve Sonrası Pankreas Pseudokisti: Olgu Sunumu

FATİNE R POLAT, ONUR SAKALLI, MOUİAD ALKHATİB

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı,
Tekirdağ

Pankreas pseudokisti; travma yada akut pankreatit sonrası görülen pankreasın benign hastalığıdır. Bu çalışmada gebeliğin ikinci trimestrinde akut kolesistit tanısıyla yatırılan ve kistogastrostomi ile tedavi edilmiş bir olgu bildirilmiş ve literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

[PB - 190]

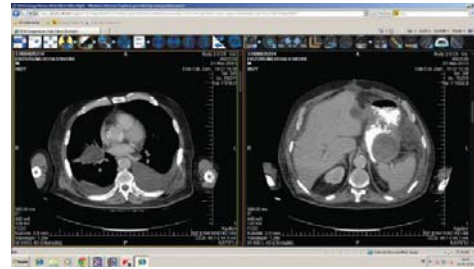
Kronik Pankreatit Komplikasyonlarına Cerrahi Yaklaşım Olgu Sunumu

ÖNDER AKKUŞ, ESİN KAPLAN, ABDULKERİM ÖZAKAY

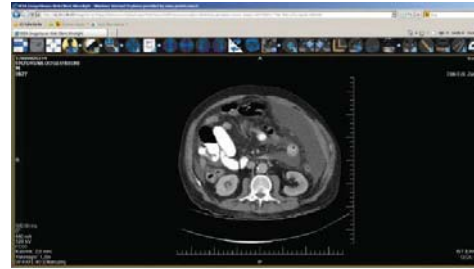
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Kronik pankreatitli hastalarına cerrahi yaklaşım şekli günümüzde halen tartışmalı bir konu olarak yerini korumaktadır. Hastalığın doğal seyirinin kötü olması hastaların büyük bir kısmında etiyolojik neden olan alkol kullanımının tedaviden sonra engellenememesi gibi sorunlar tedavinin başarısında sıkıntılar yaratmaktadır. Uygulanacak olan cerrahi işlemin riski ve oluşacak travmaya rağmen elde edilen sonuçların pek tatminkar olmaması hekimin tedavi seçimini nonvaziv olarak seçmesinde etkilidir. Bu olguda acile akut batın nedeniyle başvuran hastaya acil cerrahi girişim ve sonrasında perkütan girişim ve endoskopik girişim kombinasyonları uyguladık. 64 yaşında alkole bağlı kronik pankreatit atakları nedeniyle defalarca dahiliye ve gastroenteroloji tarafından takip edilen ve perkütan

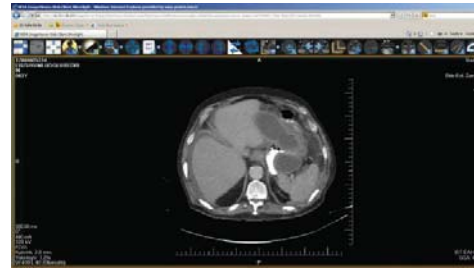
kist drenajı uygulanan hastanın karın ağrısı nedeniyle tekrar acile gelmesi üzreni genel cerrahiden konsültasyon istendi. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet mevcut defan var rebound vardı. WBC 21bin, amilaz 1200 lipaz 300. Batın BT de plevral effüzyon, perihepatik sıvı 15x8 cm'lik psödokist ve batında yaygın serbest sıvı izlendi. Hasta akut batın düşünülerek acil operasyona alındı. Operasyonda batında yaygın pankreatik mayi mevcuttu. Bağırsak ansları üzerinde yaygın sfaseller mevcuttu. Midenin küçük kurvatürü ile KC arasında kistik bir yapı mevcuttu 1cm lik insizyondan foley sonda gönderildi ve eksternal drenaj yapıldı. Batın bol sf ile yıkandıktan sonra doglasa ve mide lojuna birer lastik dren koyup operasyon sonlandırıldı. 1 hafta sonra çekilen BT de batında sıvı olması üzerine perkütan drenaj yapıldı. Aynı zamanda mide büyük kurvatur komşuluğunda psödo kist olması üzerine gastroskopi yapıldı. İğne uçlu sfinkterotomla psödokist üzerinde kesi yapılarak kist boşuna girildi. Guidvire kist boşuna ilerletildi. Normal sfinkterotom ile kesi genişletildi, kist sıvısı drenajı oldu dıştan basıya sekonder bombeleşme kollabe oldu. Postop 10. günde hasta externe edildi. Takiplerinde patoloji saptanmadı. Böylelikle cerrahi, perkütan ve endoskopi girişim başarılı bir şekilde uygulanmış oldu. Bir çok çalışmada pankreatik kolleksiyonlarda kombine tedavilerin daha başarılı olduğu bulunmuştur. Hastanın genel durumuna göre ve kolleksiyonun lokalizasyonun göre tedavi seçimi yapmak ve tedavi kombinasyonlarının daha başarılı olduğu söylenebilir.



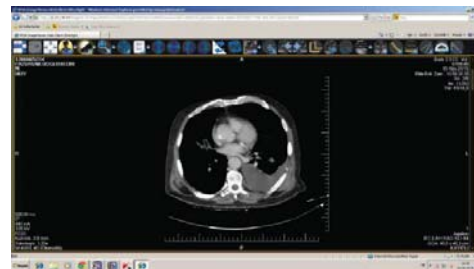
Şekil 1. Postop BT.



Şekil 2. Preop batın içi serbest sıvı psödokist.



Şekil 3. Preop batın içi serbest sıvı psödokist.



Şekil 3. Preop plevral effüzyon.

[PB - 191]

Pankreatit Komplikasyonlarına Kombine Girişimsel Yaklaşımlar: Olgu Sunumu

ABDULKERİM ÖZAKAY, ÖNDER AKKUŞ, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ, ERDEM KINACI, BÜLENT AKÇA, ESİN KAPLAN

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, İstanbul

Kronik Pankreatit komplikasyonlarına cerrahi yaklaşım şekli günümüzde halen tartışmalı bir konudur. Uygulanacak olan cerrahi işlemin riski ve oluşacak travmaya rağmen elde edilen sonuçların pek tatminkar olmaması tedavi seçiminide minimal invaziv yöntemleri ön plana almaktadır. Bazı olgularda invaziv yöntemleride içeren kombine girişimlere ihtiyaç duyulur. **Olgu Sunumu:** 64 yaş, erkek, alkolik pankreatit atakları nedeniyle uzun süredir acil ve gastroenteroloji kliniği tarafından takipli, birkez perkütan psödokist drenajı uygulanan hasta. Karın ağrısı nedeniyle son acil kliniğe başvurusunda fizik muayenede batında yaygın hassasiyet ve akut karın bulguları mevcuttu. Laboratuvarında WBC 21000 /mm³, amilaz 1200 U/L, lipaz 300 U/L idi. Batın BTde plevral effüzyon, perihepatik sıvı ve batında yaygın serbest sıvı, pankreas korpus ve kuyrukta en büyüğü 15x8 cm'lik 3 adet birbiriyle ilişkili psödokistler mevcuttu Bu bulgularla psödokist perforasyonu ön tanısı düşünülerek hasta acil operasyona alındı. Kısmi GAM GÜM insizyonla batına girildi. Batında yaygın koyu kahverenkli psödokist mayi mevcuttu. Yaklaşık 2000 cc mayi aspire edildi. Mide, KC, kolon, incebağırsaklar ve omentum gato yapacak tarzda anatomik yapıların net vizüalize edilmesine izin vermeyecek şekilde yapıştı. Bağırsak ansları üzerinde yaygın sfaseller mevcuttu. Keskin ve künt disseksiyonlarla pankreasa ulaşılmaya çalışıldı. Aşırı yapışıklıklar nedeniyle pankreas vizüalize edilemedi ve midenin küçük kurvaturü ile KC arasında psödokist duvarına ulaşıldı. 1 cm'lik insizyonla kist içeriği aspire edildi. Kist poşuna dren yerleştirilerek eksternal drenaja alındı. Batın bol serum fizyolojik ile yıkandıktan sonra douglasa ve winslova birer adet lastik dren konularak operasyon sonlandırıldı. 1 hafta sonra yapılan kontrol BT'de batında sol üst ve alt kadranda sıvı ve pankreas kuyruğunda mide duvarına bası yapan psödokistle uyumlu bulgular izlendi. Girişimsel radyolojide batındaki serbest sıvı perkütan kateter ile drene edildi ve kateter drenaja bırakıldı. Endoskopik USG eşliğinde psödokist yeri işaretlenerek endoskopik kistogastrostomi uygulanarak pankreas kuyruğundaki kist boşaltıldı. Postop 10. günde kontrol BT ile kistlerin tamamı gerileyen ve drenlerinden drenajı izlenmeyen hastanın drenleri çekilerek postop 12. günde kontrol önerisi ile hasta externe edildi. Takiplerinde patoloji saptanmadı. Bir çok çalışmada kronik pankreatit komplikasyonlarında kombine girişimlerin daha başarılı olduğu söylenmektedir. Bizde olgumuza kombine girişimler uygulayarak tedavide başarılı olduk.



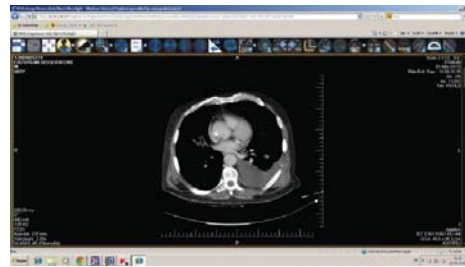
Şekil 1. Postop BT.



Şekil 2. Postop BT.



Şekil 3. Preop batın içi serbest sıvı psödokist.



Şekil 4. Preop plevral effüzyon.

[PB - 192]

Ratlarda Deneysel Pankreatit Modelinde Dinamik Plazma THIOL/DİSÜLFİT Dengesi

ÖMER PARLAK¹, SEYİT MURAT AYDIN², MEHMET ÖZER², SERAP ULUSOY², ÖZCAN EREL³, MURAT ALIŞIK³

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

Akut pankreatit pankreas bezinin iltihaplanmasıdır. Klinikte pankreatitin şiddetini belirlemede çeşitli kriterler kullanılmaktadır. Geçmiş dönemde yapılmış çalışmalarda akut pankreatitte oksidatif stresin ciddi düzeyde arttığı gösterilmiştir ve bu düzeylerin hastalığın şiddeti ile alakalı olduğu gösterilmiştir. Fakat kullanılan tüm yöntemler klinik uygulaması zor ve uzun süren yöntemlerdir. Erel ve ark. tarafından geliştirilen yeni bir metodla kanda kolayca ölçülebilen thiol / disülfid düzeyleri çeşitli proliferatif ve enflamatuvar hastalıklarda araştırılmış ve bu dengede olan değişikliklerin oksidan parametreler ile korele olduğu izlenmiştir. Biz çalışmamızda cerulein induksiyonu ile akut pankreatit oluşturulan ratlarda thiol / disülfid düzeylerinin değişikliklerini ilk kez tespit ederek gelecek çalışmalara öncü olmak ve hastalık izlem sürecinde bu verileri kliniğe uyarlamak amacındayız. Çalışmamızda ağırlıkları 300-350 gr arasında değişen 16 adet Wistar-Albino cinsi erkek ratlar kullanıldı. Toplam 16 rat randomize olarak her bir grup 8 rattan oluşacak şekilde 2 gruba ayrıldı. Deney grubundaki ratlara 50 mcg/kg cerulein intraperitoneal olarak verildi. Kontrol grubundaki ratlara da 1 cc Serum Fizyolojik (SF) intraperitoneal verildi. İşlem sonrası 30. saatte kan örnekleme yapılarak amilaz, lipaz ve thiol / di-

sülfid dengesine bakıldı. Yapılan değerlendirme sonrası deney grubundaki ratların kontrol grubuna göre amilaz ve lipaz değerleri anlamlı farklı çıkarken plazma tiol/disülfid dengesinde anlamlı fark saptanamadı. Yapılacak olan daha geniş kapsamlı çalışmalarla oksidatif dengeyi ortaya koyan plazma tiol / disülfid dengesini daha detaylı şekilde araştırılabilir.

[PB - 193]

Pankreatik Psödokist Tedavisinde Laparoskopik Sistogastrotomi: Bir Olgu Sunumu

FAHRİ YETİŞİR, AKGÜN EBRU ŞARER

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Pankreatik psödokistler akut ve kronik pankreatitin ve travmanın gecikmiş bir komplikasyonudur. Cerrahi işlem olmadan destekleyici medikal tedaviyle yönetilir. Cerrahi girişimlerin seçimi perkütan, endoskopik yada cerrahi girişimler) lokasyon, hacim, semptomlar, psödokist komplikasyonları ve hastanın medikal durumuna dayanır. Özellikle, retrogastrik pankreatik psödokistler için son zamanlarda laparoskopik sistogastrotomi (stapler ile yada değil) altın standart olmaktadır. **Olgu Sunumu:** Biz burada pankreatik psödokisti olan ve laparoskopik kistogastrotomiye giden 75 yaşında bir bayan olguyu sunmayı amaçladık. Anteriyor karın duvarına endo GIA stapler (Covidien mor tristapler) ve versa-lifter(versa lifter®, laparoscopic retractor, France) kullanılarak girildi. Psödokist ile yakın ilişkideki posteriyor gastrik duvarı görüntülemek için anteriyor gastrik duvara ultrason ile aktive edilmiş scalpel kullanılarak 5 cm'lik insizyon yapıldı. Kistogastrotomi lineer endo-GIA stapler ile yapıldı. Hasta operasyon sonrasında sorunsuz iyileşti. **Tartışma ve Sonuç:** Lineer endoGIA stapler ve versa- lifter ile laparoskopik kistogastrotomi enfekte pankreatik psödokistlerin yönetiminde güvenli ve etkili bir yöntemdir.

[PB - 194]

Laparoskopik Transgastrik Kistogastrotomi Yaptığımız Mide Posteriorunda Yerleşmiş Pankreas Psödokistleri

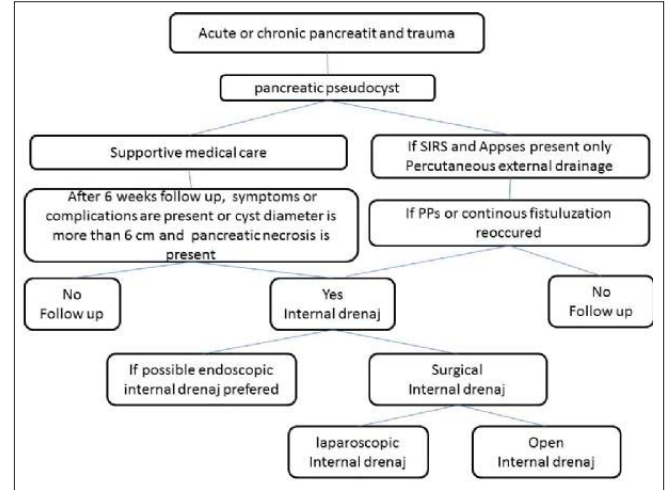
FAHRİ YETİŞİR¹, AKGÜN EBRU ŞARER²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Akut ve kronik pankreatit ve travma sonrasında PP gelişmektedir. PP lerin büyük bir kısmı medikal destek tedavi ile iyileşmektedir medikal tedaviye rağmen bazı durumlarda medikal tedavi ile düzelmeyen PP hastaları mevcuttur. Bu çalışmada laparoskopik olarak anterior transgastrik kistogastrotomi yaptığımız 14 olgumuzu sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 6 haftalık Medikal tedaviye rağmen semptomları devam eden veya komplikasyonların geliştiği durumda girişimsel müdahale bulunuldu. Bu müdahalede sıralama endoskopi, laparoskopik cerrahi ve açık cerrahi şeklindedir (Şekil 1). Perkütan müdahale hastanın hemodinamik instabil olduğu ve PP apsesi olduğu durumda uygundur. Ameliyata aldığımız hastaların kist ölçümleri, kistin lokalizasyonu, postoperatif gelişen komplikasyonlar ve hastanede kalış süresi retroskopik olarak irdelendi. **Bulgular:** Toplam 14 hastaya anterior yaklaşımlı transgastrik stapler yardımı ile kistogastrotomi yapıldı. 1 hastada açığa geçildi. Açığa geçilme nedeni kistin bulunamaması ve kistin iki lobulasyonlu olması nedeni ile içerisine girilememesi idi. Kistleri ortalama

çapı 10.1±3.2 cm (6-18). Ameliyat süresi ortalama 90.2±23.6 idi. Hastanede yatış süresi ortalama 5.2±4.3(3-23). Mortalite olmadı. Bir hastada postoperatif kusma uzun süre devam etmesi sonucunda 23 gün hastanede kaldı. Sonrasında düzelerek taburcu edildi. 3 hastada postoperatif derin alkoloz gelişti ve medikal tedavi ile düzeldi. 1 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti, 1 hastadatrokar yeri hernisi gelişti. **Tartışma ve Sonuç:** Medikal tedavi ile düzelmeyen ve endoskopik olarak drenaj yapılmayan pankreas psödokistlerinde 6 cm nin üzerinde ve mide posteriorunda ise laparoskopik anterior transgastrik yaklaşımla stapler yardımı ile kistogastrotomi yapılabilir.



[PB - 195]

Perine Yaralanmasında Hasar Kontrol Cerrahisi ve Negatif Basınçlı Pansumanla Tedavi: Olgu Sunumu

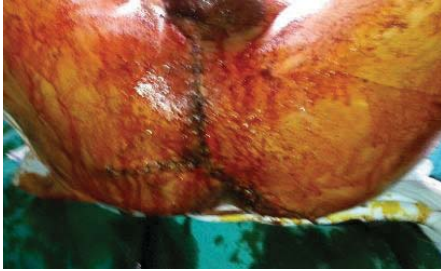
MUSTAFA UĞUR¹, YAVUZ SAVAŞ KOCA², İHSAN YILDIZ², UĞRAŞ DABAN¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

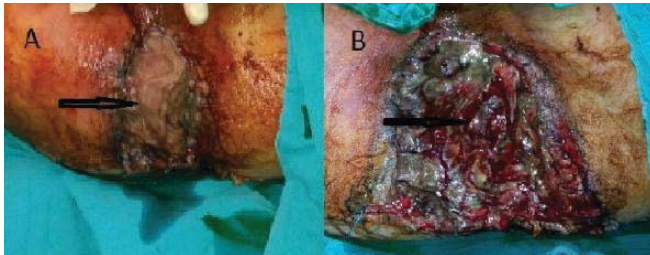
²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Yüksek kinetik enerjili silahlar ile meydana gelen perine yaralanmaları genellikle anüs, rektum, genitoüriner sistem ve ekstremiteler yaralanmaları ile birlikte olduğundan mortalite oranları yüksektir. Mortalite erken dönemde kontrol edilemeyen kanamaya bağlı iken geç dönemde sepsisin neden olduğu multiorgan yetmezliğine bağlıdır. Bu yazıda komşu bir ülkedeki iç savaşta mayın patlaması sonucu perineal yaralanma gelişen 24 yaşında erkek hasta sunuldu. Hasta savaş bölgesine yakın bir yerde ameliyat edilerek gönderilmişti. Fizik muayenede entübe, hipotermi ve asidozu mevcuttu. Karında göbek üstü ve altı median suture edilmiş cerrahi insizyon mevcuttu. Perine bölgesinde cildin "Y" şeklinde primer olarak suture edildiği görüldü (Şekil 1). Hasta yoğun bakım ünitesine alınarak hipotermi ve asidozla mücadele edildi. Sıvı ve elektrolit resusitasyonu başlandı. Tüm vücut bilgisayarlı tomografisinde pelvik kemikte parçalı kırıklarla birlikte perine bölgesinde kompresle uyumlu yabancı cisimlerin bulunduğu belirlendi. hemodinamik stabilize sağlandıktan sonra hasta ameliyathaneye alınarak perinedeki süturlar açıldı ve kompresler çıkarıldı. Kanama olmadığı ancak anüsü çepeçevre saran yaklaşık 30x25 cm lik nekrotik dokularla kaplı yara görüldü (Şekil 2a, b). Yara bol miktarda serum fizyolojik ile irrigate edildikten sonra vakum yardımcı kapama seti kullanılarak pansumanı yapıldı. Ardından göbek üstü ve

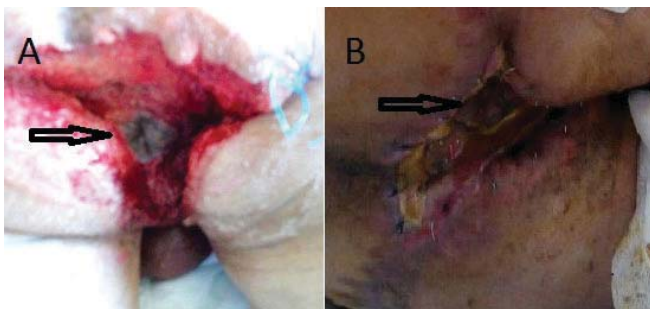
altı eski insizyon açılarak batına girildi. Eksplorasyonda sigmoid kolonun distalinden bölünerek hem proksimal hemde distal ucun primer olarak kapatıldığı görüldü. Bu bulgu hasar kontrol cerrahisine ameliyat sırasında karar verildiğini düşündürdü. Proksimal uçtaki süturlar açılarak sigmoid uç kolostomi açıldı. Postoperatif 1. günde hasta ekstübe edildi. Vakum yardımcı kapama seti 2 günde bir değiştirildi. Granülasyon dokusunun geliştiği 10. günde sol uyluk ön yüzden alınan greftle perinedeki defekt kapatıldı ve hasta postoperatif 15. günde taburcu edildi (Şekil 3a, b). Yüksek kinetik enerjili silahlarla yaralanarak hemodinamik instabilite gelişen hastalarda hasar kontrol cerrahisine hızla karar verilerek uygulanması erken dönemde kanamaya bağlı ölüm oranını düşürür. Ayrıca perine gibi tedavisi zor vücut bölgelerindeki yaralanmalarda vakum yardımcı kapama setlerinin kullanılması yumuşak doku nekrozu ve ciddi enfeksiyon riskini önleyerek tedaviyi kolaylaştırır.



Şekil 1. Kanama kontrolü amacıyla perineal yara ya kompres konularak sütüre edilen yara.



Şekil 2. (a) Perine yaralanmalı hastada ilk ameliyatta kanama kontrolü sağlamak için konulmuş kompresler (Ok). (b) Kompresler çıkarıldıktan sonra perineal yaranın görüntüsü (Ok: Anüs).



Şekil 3. (a) Perineal yaranın vakum yardımcı kapama seti tedavisinden 10 gün sonraki görüntüsü (Ok: Anüs). (b) Perineal yaranın uyluk ön yüzden alınan greftle tedavisinden sonraki görüntüsü (Ok: Anüs).

[PB - 196]

Akut Tromboze, Strangüle, Nekrotik Hemoroid: Olgu Sunumu

TURAN ACAR, SERKAN KARAIŞLI, NİHAN ACAR, İBRAHİM KOKULU, EMİR ÇAPKINOĞLU, CENGİZ TAVUSBAY, MEHMET HACIYANLI

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

Amaç: Hemoroidler, anal kanalda yerleşmiş olan ve her sağlıklı bireyde bulunan damarsal yapılardır; mukosa, düz kas dokusu, elastik bağ dokusu ve kan damarlarından oluşur. Anal kanalın sağ ön, sağ arka ve sol yan kısımlarında olmak üzere üç yastıkcık şeklinde bulunur. Yaşla birlikte ya da bazı diğer nedenlerden dolayı, hemoroidleri destekleyen submukozal kas tabakası zayıflar; anal yastıkcıklar dışkının uyguladığı basınç ile aşağıya doğru yer değiştirir, venlerde oluşan yırtılmalar kanamaya yol açar, tıkanmalar sonucu ağrı ve kaşıntı görülür. Bu duruma enflamasyonun da eklenmesi ile birlikte hemoroid hastalığı oluşur. Bizde bu yazımızda akut tromboze, strangüle olmuş, yer yer nekrotik hemoroid nedeniyle acil servisten interne ettiğimiz hastada ki tedavi planlamamızı sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Elli beş yaşında ki erkek hasta makatta 10 gündür olan ağrı ve kanama şikayetiyle acil servisimize başvurmuş. Diabeti, hipertansiyonu ve koroner arter hastalığı mevcut. Hastaya bir ay önce anjio yapılmış ve üç ana damara stent yerleştirilmiş. Antikoagülan (kumadin), asetilsalisilik asit (aspirin) ve bunlara ek olarak antihipertansif ve antidiyabetik ilaçlar kullanıyor. Hastanın hemogramı 6 g/dL ve batın muayenesinde özellik yok. Diz dirsek pozisyonunda yapılan rektal muayenesinde akut tromboze, strangüle ve yer yer nekrotik olmuş eksternal hemoroidleri mevcut (Şekil 1). Bunun üzerine hasta servisimize interne edildi. Kardiyoloji tarafından anjiyoda stent konulduğundan kullandığı ilaçların kesilmesinin hayati risk oluşturacağı bildirildi. Hastaya eritrosit ve taze donmuş plazma verildi. Kullandığı ilaçlar kesilmeden antibiyotik, analjezik ve Diosmin + Hesperidin preparatı başlandı. Günde en az 3 kez ılık suda oturma banyosu yaptırıldı. Hasta takibinin 15. gününde akut hali tedavi olmuş halde taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Tromboze hemoroidlerin tedavisi cerrahidir. Fakat cerrahi planlanırken kar zarar oranı çok iyi yapılmalıdır. Etiyolojiyi ortadan kaldıramadığın sürece erken dönemde nüks oranları çok artacaktır.



Şekil 1. Akut tromboze, strangüle, nekrotik hemoroid.

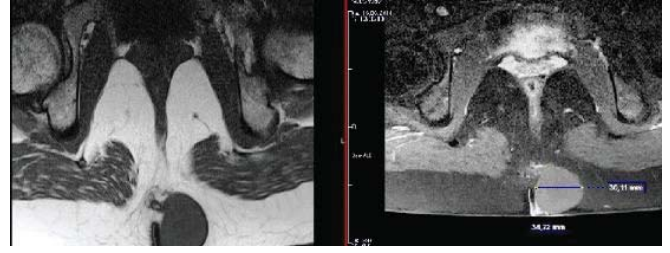
[PB - 197]

Pilonidal Kist Apesini Taklit Eden Epidermoid Kist OlgusuYAVUZ SAVAS KOCA¹, MUSTAFA UGUR², TUGBA KOCA³, İHSAN YILDIZ¹¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Isparta

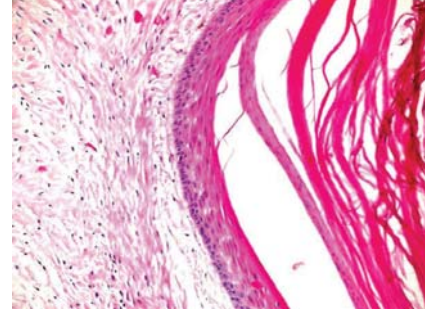
Amaç: Epidermoid kist dermiste yerleşik olduğundan epidermiste sert, elastik, mobil kitle oluşumuna neden olan epidermal artışa sebep olur. Kistin duvarı epitelle döşeli deri ekleri içeren bağ dokudan oluşur ve keratin, sebum veya sac içerebilir. Santralinde keratin ile dolu punktuasyon mevcut olup boyutları 5-50 mm arasında olabilir. Zamanla kistler büyüyebilir ve nadiren inflame olup ağrılı hale gelebilir. Vücudun her yerinde görülebilmelerine karşın yaptığımız pubmed taramasında intergluteal bölgede yerleşim gösteren epidermoid kiste rastlamadık. Ayrıca pilonidal apseyi taklit eden görünüm ve kliniğinden dolayı bu nadir olguyu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Onyediy yaşında bayan hasta intergluteal bölgede ağrı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Fizik incelemede intergluteal bölgede üzeri kızarıklık hassasiyeti artmış 3 cm çapında cilt altı yerleşimli kitle görüldü (Şekil 1) Yapılan yüzeyel US'de 3x3 cm boyutlarında cilt altı yerleşimli yoğun içerikli hipoeoik kitle tespit edildi. Diğer yapılarla komşuluğu açısından yapılan MR tetkikinde 3,47x3,01 cm boyutunda hipodens kitle tespit edilen hastaya eksizyonel biyopsi yapıldı (Şekil 2). Patoloji raporu trikelemmal kist olarak rapor edildi (Şekil 3). **Tartışma ve Sonuç:** Benign perianal kitleler nadir antiteler olup özellikle erkek hastalarda daha nadir olarak görülürler. Zamanla büyüme eğiliminde olup nadiren enfekte olup inflame hal alırlar. Epidermoid kistler perianal bölgede ortaya çıktığı zaman yüzeyel ve sarımtırak renklidir. Perianal kistlerin ayırıcı tanısına hemoroidler, fistul, apse, pilonidal sinus/kist, perianal dermatoz, anal kanal kistleri, benign teratomlar, epidermoid ve dermoid kistler, dermoid kistler, anal deri kanseri ve malign teratomlar girer. Kistlerin tanısında laboratuvar testlerinin tanısız değeri yoktur. Her iki hastamızda lab testleri normal sınırlarda idi. Kistik kistlerin klinik tanısında USG, MR ve CT gibi radyolojik yöntemlerin faydası vardır.3 Preoperatif yapılan kolonoskopi eşlik eden diğer lezyonların atlanmaması açısından yararlı olabilir. Anal ve perianal bölge selim hastalıkları yanında habis hastalıklarının da ayırıcı tanısında bu bölgenin epidermoid kistlerinin de akla getirilmesi gerekir.



Şekil 1. Epidermoid kistin görüntüsü.



Şekil 2. Epidermoid kistin magnetik rezonans görüntüsü.



Şekil 3. Histopatolojik incelemedeki görüntü.

[PB - 198]

Travmatik Rektum YaralanmasıRAMAZAN KUŞASLAN¹, VELİ MAVİ¹, GÜLÇİN HEPGÜL¹, TALAR VARTANOĞLU¹, YÜKSEL ALTINEL¹, ERKAN YAVUZ¹, MEHMET ÖNCÜ², ATILLA ÇELİK¹¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Rektum yaralanmaları esas olarak ekstraparitoneal ve intraperitoneal olmak üzere 2'ye ayrılır. Rektum yaralanmalarının nedenleri arasında; künt travmalar, penetran travmalar seksüel saldırı veya otoerotizm amaçlı aletlere sekonder yaralanmalar, lavman işlemi sırasında olan yaralanmalar, obstetrik travmaya bağlı yaralanmalar, endoskopik işlem sırasında iyatrojenik yaralanmalar sayılabilir. Günümüzde savaş cerrahisine bağlı rektum yaralanmaları azalırken, değişen sosyal yaşam ve değerlere bağlı olarak cinsel nitelikli yaralanmalarda artış görülmektedir. **Bulgular:** 34 yaşında erkek hasta düşme anamnezi ve bel ağrısı şikayeti ile acil polikliniğine başvurdu. Acilde çekilen pelvis grafisinde iliak kanatta non deplase fissur hattı tespit edilerek medikal tedavi, yatak istirahati ve kontrol önerilerek taburcu edildi. 48 saat sonra tekrar acil polikliniğine karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleriyle tekrar getirilen hastada FM de batında hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Anamnezde rektuma sokulan yabancı cismin perforasyona neden olduğu anlaşıldı. Batın BT de batında yaygın serbest hava, rektum orta kesiminde perforasyon görülerek acil operasyona alındı. Yapılan explorasyonda rektum orta kısmında intraperitoneal perforasyon olduğu ve peritonit gelişmiş olduğu görülerek primer rafi ve loop sigmoidostomi operasyonu yapıldı. Postop komplikasyon gelişmeyen hasta 5.gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Rektum yaralanmasından şüphelenildiğinde tanısı kolaydır. Rektal tuşe ile muayenede ele gelmesi ve/veya peritoneal irritasyon bulgularının varlığı tanı koydurucu klinik özelliklerdir. Rektum yaralanmalarının cerrahi tedavisi hastanın yaşına, yaralanmadan ameliyata kadar geçen süreye, yaralanmanın yerine ve şiddetine, fekal kontaminasyon derecesine, eşlik eden yaralanma varlığına, hastanın genel durumuna, cerrah tercih ve tecrübesine göre değişiklikler göstermektedir. Rektum yaralanmalarında,erken başvuran ve geniş doku kay-

bi içermeyenlerde primer tamir ve/veya loop kolostomi; geniş doku kaybı olanlarda rezeksiyon ve Hartmann işlemi, geç başvuran distal yaralanmalarda presakral drenaj tercih edilmelidir.



Şekil 1. Rektum perforasyonu.

[PB - 199]

Rektumda Yabancı Cisim: İki Olgu Sunumu

İLKİN İSMAYİLOV, MAHİR NASİROV, ÇAĞRI BÜYÜKKASAP, AYDIN YAVUZ, OSMAN YÜKSEL

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Yabancı cisimlerin rektuma yerleştirilmesi ender görülen tıbbi bir problemdir. Cinsel uyarı dışında yabancı cisimler rektuma cinsel saldırı, kaza, kabızlıktan kurtulmak için yerleştirilmektedir. Rektal yabancı cisimler, rektal kanama, perforasyon ya da laserasyon ve enfeksiyöz tablolara neden olabilir. Buna rağmen mortalite oranı oldukça düşüktür. Bu çalışmada rektal yabancı cisimlere yaklaşım iki olgu üzerinden incelenmiştir. İlk olgu 48 yaşında erkek hasta acil servise makatta yabancı cisim ve makatta ağrı olması nedeniyle danışıldı. Hastadan detaylı anamnez alındığında cinsel tatmin amaçlı yabancı cisim kullanıldığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Ayakta direkt batın grafisinde perforasyonla uyumlu bulgu saptanmadı. Yabancı cismin gazoz şişesi olduğu görüldü. Ameliyathane şartlarında sedasyon altında yabancı cisim çıkarıldı. Hasta işlem sonrası servise alındı, ikinci gününde soursuz taburcu edildi. İkinci olgu 54 yaşında erkek hasta makatta ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. İlk olguda olduğu gibi cinsel tatmin amaçlı yabancı cisim kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede karında patoloji saptanmazken anal kanalda yabancı cisim –salatalık- tespit edildi. Çekilen karın grafisinde patoloji saptanmadı. Yabancı cisim anal kanalda olduğu için minimal sedasyon altında acil serviste çıkarıldı. Hasta genel cerrahi servisine yatırılarak ertesi gün taburcu edildi. Yapılan çalışmalarda yabancı cismin laparotomi ile çıkarıldığı görülmüştür. Rektumdaki yabancı cisimlerin çıkartılmasına yönelik birçok teknik mevcuttur. Mümkünse hastalar minimal invaziv tekniklerle tedavi edilmelidir. Bu teknikler uygun olmadığında ya da yabancı cisim bu tekniklerle çıkarılmadığında cerrahi müdahale gerekmektedir.

[PB - 200]

Rektumda Nadir Bir Yabancı Cisim ve Cerrahi Yönetimi

TUFAN EGELİ, SAMİ BENLİ, ZEKAİ SERHAN DERİCİ, ARAS EMRE CANDA

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Rektal yabancı cisim, acil servis ve genel cerrahi hekimlerinin son zamanlarda giderek artan sıklıkta görmeye başladığı ano-

rektal acil patolojilerdendir. Rektumda yabancı cisim, anorektal hastalıklarda kendi kendine tedavi, seksüel tatmin ve işkence nedeniyle görülebilmektedir. Yabancı cismin yarattığı travma rektal perforasyona yol açarak hayatı tehdit eden bir duruma yol açabilir. Bu nedenle bu tip olguların doğru yönetimi önem arz etmektedir. Bu yazıda, perianal pruritus ve konstipasyon şikayetleri nedeniyle, plastik bir ilaç şişesini şikayetlerini gidermek amacıyla kullanan ve sonrasında acil servise, bu yabancı cismin rektuma kaçması nedeniyle başvuran hastanın yönetimini sunuyoruz.

[PB - 201]

Strangüle Rektal Prolapsus Nedeni İle Acil Operasyon

AZAMET CEZİK¹, YASİN KARA¹, YAHYA KEMAL ÇALIŞKAN¹, AZİZ ŞENER¹, OLGU BAFALI², MUSTAFA UYGAR KALAYCI¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç: Strangülasyon tam kat rektal prolapsusun (RP) nadir bir komplikasyonudur. Redüksiyon sağlanamayan olgularda ve iskemi bulguları oluşmuşsa acil cerrahi gerektirir. Bu sunumda akut RP redüksiyonu sonrası tekrarlayan bir olguyu paylaşmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** AP, 56 yaşında bayan hasta on yıldır RP tanısı ile takipte, 1 gündür yerine itemediği prolabe rektum nedeniyle başvurdu. Perine muayenesinde rektumun yaklaşık 15 cm prolabe olduğu, ödemli, hiperemik ve yer yer mukozal iskemi ve bası ülseri alanları gözlemlendi. Fizik muayenede batını rahattı iv. sıvı elektrolit tedavisine alındı. Üzerine gün içinde birkaç defa toz şeker döküldükten sonra redükte edildi takiplerinde bir gün sonra tekrarladı, sedasyon altında redükte edilmeye çalışıldı ancak redüksiyon sağlanamayan olgu aynı seansta genel anesteziye geçilerek GAM insizyonla rezeksiyonsuz abdominal rektopeksi uygulandı. **Tartışma ve Sonuç:** Elektif RP tedavisinde 120 den fazla operasyon tanımlanmıştır. Operasyon tekniği seçiminde yaş, cinsiyet, risk seviyesi, inkontinans derecesi, konstipasyon hikayesi ve cerrahın tecrübesi önemlidir. Bugüne kadar acil operasyonlar içinde herhangi bir standart yöntem tanımlanmamıştır. Bu olgularda tedaviye eksternal redüksiyonla başlanmalıdır, elle redüksiyonun kolaylaştırılması için perirektal dokuların lokal anesteziyelerle blokajı, lokal buz tatbiki, seyreltilmiş adrenalin enjeksiyonu, şeker tatbiki veya prolabe olan kitle üzerine elastik bandaj uygulaması gibi yöntemler literatürde tarif edilmiştir. Redükte edilemeyen strangülasyon gelişen RP olgularında abdominal veya perineal olarak yaklaşılabilir. Perineal yaklaşım daha çok yaşlı, düşkün, daha önce pelvik cerrahi ve radyasyon hikayesi olanlarda ve genç erkeklerde erektil disfonksiyon riskini minimalize etmek için tercih edilir. Abdominal yaklaşım ise sağlıklı ve laparotomiye tolere edebilecek hastalarda tercih edilir. Biz olgumuzda abdominal rezeksiyonsuz rektopeksi yöntemini kullandık operasyon sonrası olgu şifa ile taburcu edilmiştir.

[PB - 202]

Rektumda Yabancı Cismin Nadir Sebeplerinden Biri: KabakNURHAK AKSUNGUR¹, ŞÜKRÜ ARSLAN², ERDEM KARADENİZ²¹Tekman Devlet Hastanesi, Erzurum²Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Rektuma yabancı cisim yerleştirilmesi nadir olsa da son yıllarda artan sıklıkta rastlanılan bir problemdir. Bu olgular genellikle orta yaşlı ve homoseksüel erkeklerde cinsel haz amaçlı olarak görülmele birlikte cinsel saldırı, prostat masajı, kaza, ilgi çekmek ya da kabızlıktan kurtulmak için de rektuma yabancı cisim tatbik edenler de vardır. **Olgu Sunumu:** 38 yaşında erkek hasta acil servise makatta ağrı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir sistemik hastalığının olmadığını ve bu ağrının 1 saat önce başladığını belirtti. Yapılan fizik muayenede karın yumuşaktı, Rektal muayenede anal girimden 6-7 cm proksimalde sert bir cisim palpe edildi. Hasta tekrar sorgulandığında cinsel zevk amaçlı anal yoldan cisimi içeri ittiğini belirtti. Direkt karın grafisinde özellik yoktu. Çekilen batin BT de rektumda yabancı cisim belirlendi. Batin içinde perforasyon bulgusu yoktu. Hasta endoskopiye alınarak yabancı cisim çıkarılmak istendi ancak işlem başarısız oldu. Bunun üzerine laparotomi yapıldı. Cisim geriye itilemediği için sigmoid kolon açılarak cisim çıkarıldı ve sigmoid kolon primer tamir edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Rektumda yabancı cisim olgularında cismin rektuma yerleştirilme sebebi pek çoktur. Bu olgularda cismin çapına, uzunluğuna, keskinliğine ve lokalizasyonuna bağlı olarak genellikle rektal kanama, laserasyon, perforasyon veya peritonit gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu tip olgulara hangi tedavi prosedürü uygulanacağına karar vermede en önemli nokta cismin lokalizasyonudur. En kısa zamanda ve perforasyon gibi komplikasyonlar ortaya çıkmadan önce endoskopik veya cerrahi olarak transanal yaklaşımla cisim çıkarılmalı, başarılı olunamazsa açık veya laparoskopik abdominal prosedürler kullanılmalıdır.

[PB - 203]

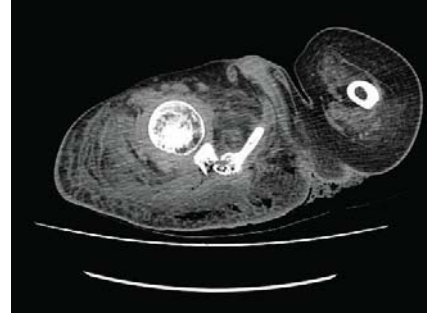
Fournier Gangreninde Mutlu Sonuç

MELEK BEKLER GÖKOVA, ATAHAN ACAR, ÖZGÜR YILDIRIM YILDIRIM, GÜLDEN BALLI, MURAT KEMAL ATAHAN

Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İzmir

Amaç: Perine, genital ve perianal bölgenin nadir görülen nekrotizan fasiitine özel olarak Fournier gangreni adı verilmektedir. Bazen spontan olarak oluşsa da, infeksiyonun temelinde genitoüriner travma ve cerrahi ile ilişkili infeksiyon varlığı sorumlu tutulmaktadır. **Olgu Sunumu:** 17 yaşında paraplejik erkek hasta on beş gündür sakral bölgede geçmeyen bası yarası ve çevresinde gelişen kötü koku ve renk değişikliği nedeni ile başvurdu. Fizik muayenede sağ gluteal bölgeyi kaplayan, sağ uyluk bölgesine, skrotuma ve önde pubik bölgeye kadar uzanan tüm perineyi enfekte etmiş fournier gangrenli alan gözlemlendi (Şekil 1 ve 2). Acil operasyona alınan hastaya tüm enfekte bölgeleri içeren geniş debridman uygulandı. (Şekil 3 ve 4) Dekübit ülseri altındaki enfekte kemik kırıkları eksize edildi ve Hartman kolostomi açıldı. Ardından uygulanan VAK tedavisi ve kültürde üreyen Klebsiella Pnömoniaya yönelik antibiyoterapi ile post op yirminci günde rekonstrüksiyona hazır halde temiz granülasyonu oluşmaya başlamış hale getirdik (Resim 5). **Tartışma ve Sonuç:** Fournier gangreni sık görülen bir klinik

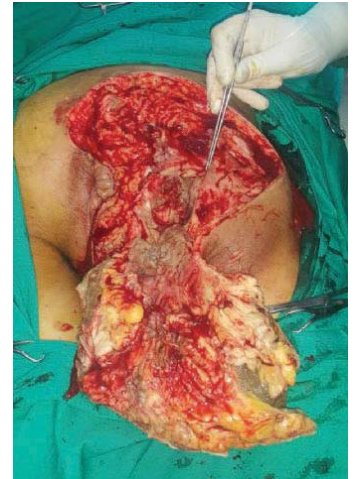
tablo olmayıp tanısı ancak şüpheyle konulmaktadır Hastanın tedavisi hemodinamik stabilizasyon, geniş spektrumlu antibiyoterapi ve erken agresif cerrahidir. Uygun cerrahi tedavi ve antimikrobiyal tedaviye rağmen mortalite halen %10-40 civarındadır. Hastalığın seyri hızlı olup 1-2 gün içerisinde ölüme yol açabilmektedir. Bu nedenle perine, genital ve perianal bölge lezyonlarında multidisipliner yaklaşımla Fournier gangreninin ön tanılar içerisinde düşünülmesi gerekmektedir.



Şekil 1. Fournier Gangreni BT.



Şekil 2. Preop.



Şekil 3. Debridman sonrası 1.



Şekil 4. Debridman sonrası 2.



Şekil 5. Post op 20. gün.

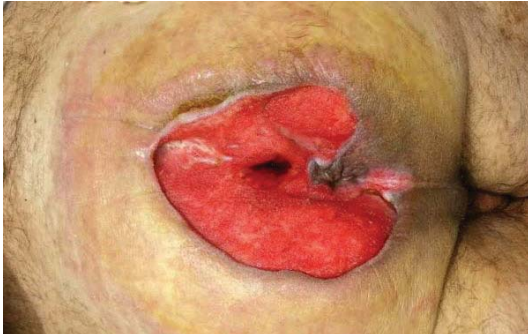
[PB - 204]

Hemoroidektomi Sonrası Gelişen Fournier Gangreni: Olgu Sunumu

CEMAL KAYA, PINAR YAZICI, EMRE BOZKURT, TANER ÜNLÜ, ONUR GÜVEN, KAAAN DEMİRCİOĞLU, RIZA GÜRHAN IŞIL, MEHMET MİMANLI

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Fournier gangreni (FG) perine ve dış genital organların nekrozunu kapsayan agresif bir hastalıktır; Olguların %95'inde sadece fizik muayene ile fournier gangrenini teşhis etmek mümkündür. FG agresif antibiyotik tedavisi ve debridmana rağmen, yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Çalışmamızda açık hemoroidektomi sonrası fournier gangreni gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 56 yaşında erkek hasta bir dış merkezde yapılan açık hemoroidektomi ameliyatı sonrası gelişen geniş yara yeri enfeksiyonu oluşması üzerine acil polikliniğimize sevk edilmiş. Acil polikliniğimizde değerlendirilen hastanın 5 gün önce geçirmiş olduğu hemorid operasyonu öyküsü vardı. Hastada septik tablo mevcut idi; TA:90/50 mmHg, N:110/dk, ateş:39 derece, lökosit değeri: 24500, crp: 165. Fizik muayenesinde perianal bölgenin yaklaşık %70'ini tutan ve presakral bölgeye doğru yayılan nekroze enfekte dokular olduğu görüldü. Hastada FG düşünülerek ameliyathanede genel anestezi altında geniş yara debrütmanı uygulandıktan sonra servise yatırıldı. 2. gün açık yaranın tümünü içine alacak şekilde VAC (Vacuum Assisted Closure) uygulandı. VAC altında yara iyileşmesi gerçekleşen ve vital bulguları stabil seyreden hastada ikinci haftanın sonunda koksiks ucunda derin yerleşimli apse kaynağı olması üzerine pelvik tomografi çekildi (Şekil 1). Tomografide alt rektum ile cilt arasında fistül traktı görüldü. Fistül debisinin yüksek olması ve yara iyileşmesini engellemesi üzerine 3. haftasında kolostomi açılmasına karar verildi ve sigmoid loop kolostomi açıldı. Hasta toplamda bir ay yattıktan sonra yara iyileşmesinin tamamlanması üzerine taburcu edildi. Hasta 3 ay sonra anal fonksiyonlar değerlendirilip kolonoskopi kontrolü yapıldıktan sonra kolostomi kapatılarak cerrahi şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Hemoroidektomi gibi minör bir operasyondan sonra oldukça agresif seyredilebilen bir hastalık olan FG nin çok nadir de olsa gelişebileceği akıldan çıkarılmamalı ve bu tablo görülür görülmez hızlı ve etkili hareket edilmelidir.



Şekil 1. Yara yerinin 2. hafta görünümü.

[PB - 205]

Acil Servise Başvuran Boğulmuş Kasık Fıtığı Deneyimlerimiz

ALİ EMRE NAYCI, ACAR AREN, UĞUR DURUKAN

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine 2012-2014 yılları arasında sağ-sol kasıkta gerilemeyen şişlik şikayeti ile başvuran ve redükte olmayıp opere olan 84 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 68'i erkek 16'sı kadındı. En çok başvuru şikayeti kasık ağrısı, kasıkta ele gelen kitle ve karın ağrısı idi. Sadece 32 hastada laboratuvar bulgularında lökositoz mevcut ve 14 hastada direkt batın grafisinde seviye mevcuttu. Opere olan hastaların 55 tanesinde omentum majus, 29 tanesinde ince ve kalın barsak mevcuttu. Sadece 8 hastada rezeksiyon anastomoz gerektirecek makroskopik iskemi tespit edildi. 72 hastada mesh onarım 12 hastada ağ örme yöntemi kullanıldı. Postoperatif 1 hastada reoperasyon sonrası rezeksiyon anastomoz gerekti. 11 hastada yara yeri enfeksiyonu, 1 hastada postoperatif kanama gelişti. Özellikle yaşlı hastalarda karın ağrısı ve ileus tablosunda batın muayenesine bilateral inguinal muayenesi, ayrıntılı olarak eklenmeli ve redükte olmayan boğulmuş fıtıklar opere edilmelidir. Yine boğulmuş fıtık ameliyatlarında mesh onarım güvenle tercih edilebilir.

[PB - 206]

Testise Yapışık Apandiks, Amyand Herni: Olgu Sunumu

TURGUT DÖNMEZ¹, OĞUZHAN AYDIN², SİNA FERAHMAN², SERVER SEZGİN ULUDAĞ², EKREM YADİGAROĞLU¹

¹Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul
²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Amyand herni Kasık fıtığı kesesi içinde inflame yada normal apandiks vermiformisin bulunmasıdır. Amyand herniyi ilk olarak 1736 da Claudius Amyand 11 yaşındaki bir çocukta tanımlamıştır. Amyand herni çocuk ve yaşlı erkeklerde daha sık görülür. Amyand herni yüksek oranda sağ inguinal herni ile presente olur. Sol inguinal herni ile presente olmasının nedenlerinin başında situs inversus, malrotasyon, mobil çekum yada büyük apandiks olması sayılabilir. Amyand herninin prevalansı %0.4-%0.6'dır. Fakat çocuklarda %1 e ulaşabilir. Apandisitinin mevcut olduğu amyand herni prevalansı %0.1'dir. Apandiksin testise yapıştığı olgular ise çok daha nadir gözükmektedir. Amyand herninin tanısında fizik muayene önemli yer tutarken, operasyon öncesi yapılan ultrasonografi yada bilgisayarlı tomografi ile tanı konabilir. 2007 yılında Lasonoff ve Basson amyand herniler için tedavi sınıflaması geliştirmişlerdir (Tablo 1). Bu yazımızda etrangule inguinal herni nedeniyle operasyona alınan ve herni kesesi içinde testise yapışık apandiks görülen olgumuzu sunduk. Amyand herni tanısı alan çok nadir bir olguyu sizlerle paylaşmak istedik. **Olgu Sunumu:** 49 yaşında erkek hasta sağ kasıkta ağrı, şişlik ve karın ağrısı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde bilinen yandaş bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde sağ kasık bölgesinde yaklaşık 4 cm'lik redükte olmayan şişlik görüldü. Yapılan laboratuvar incelemesinde WBC: 10.00 10³/mm, Hemoglobin: 17 g/dl olduğu görüldü. Posterior anterior akciğer grafisi çekilen hastada ek patoloji görülmüdü. Hasta acil ameliyata alındı. Spinal anestezi ile uyutulan hastanın herni kesesi açıldı. Kese

içerisinden skrotuma doğru uzanan omentum ve inflame apandiks görüldü (Şekil 1). Apandiks takip edildiğinde testise uzanarak yapıştığı dikkati çekti (Şekil 2). Apandiks testisten ayrılarak (Şekil 3) eksiye edildi. Herni kesesi kapatılarak üzeri prolen mesh ile örtüldü. Herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta ameliyattan sonra ikinci gün taburcu edildi.



Şekil 1. Kese içerisinden skrotuma doğru uzanan omentum ve inflame apandiks.



Şekil 2. Apandiks'in testise yapışması.



Şekil 3. Testisten ayrılan apandiks.

Tablo 1. 2007 yılında Lasonoff ve Basson'un amyand herni tedavi sınıflaması

Amyand Herni Tipleri	Tanımlama	Cerrahi Yöntem
TİP 1	Inguinal herni içinde normal apandiks	Genç hastalarda apandektomi ve mesh ile herni tamiri
TİP 2	Inguinal herni içinde akut apandisit , batına yaygın olmayan infeksiyon	Herni içinden apandektomi, primer herni tamiri(meshsiz)
TİP 3	Inguinal herni içinde akut apandisit, batın duvarı yada peritoneal infeksiyon	Laparotomi, apandektomi, primer herni tamiri(meshsiz)
TİP 4	Inguinal herni içinde akut apandisit, ilişkili yada ilişkisiz abdominal pataloji	Tip 1 den 3 e kadar tedavi yöntemleri, sekonder patolojinin tedavisi

[PB - 207]

Geriatrik Hastalarda İnsizyonel Herni Komplikasyonları Üzerine BMI'nin Etkileri

YUKSEL ALTINEL¹, ERDAL ACAR¹, ONDER ONEN¹, HUSEYİN CAYOREN¹, PINAR CAYOREN², RUMEYSA ILBAR¹, ELİF BİNBOGA¹, GÜLCİN ERCAN¹, FATİH CELEBİ¹, ATILLA CELİK¹, GUVEN OZKAYA³, HAKAN YİĞİTBAŞI¹

¹Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

³Uludağ Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Cerrahi girişimlerden sonra karın duvarında %2-11 oranında insizyonel herni gelişmektedir. Cerrahi onarımlardada yaygın olarak sentetik materyal, polipropilen yama kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde 65 yaş ve üzeri ameliyat edilen hastaların klinik sonuçlarını değerlendiretik. **Gereç ve Yöntem:** İstanbul Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi genel cerrahi servisinde Ocak 2012-Ocak 2015 yılları arasında insizyonel herni nedeniyle acil ve elektif ameliyat edilen 65 yaş ve üzerindeki hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastanın cinsiyeti, ameliyat şekli, kullanılan yama, BMI, ASA skoru, komplikasyonlar, morbidite, mortalite, yatış süresi açısından değerlendirildi. **Bulgular:** Klinimizde insizyonel herni nedeniyle acil (5) ve elektif (70) yapılan 75 hastanın 54 kadın 21 erkek idi. Ortalama yaş 67(65-82)idi. Prolen meş onlay onarımda 70 hastada kullanıldı. Beş hastaya meşsiz onarım yapıldı. Ek cerrahi (kolesistektomi, ileostomi kapatılması) 23 (%30.7) hastaya

yapıldı. 18 hastada (%21.3) cerrahi alan enfeksiyonu görüldü. Nüks 9 (%12) hastada oluştu. ASA skoru 2 (%56) ve 3(%37) olan hastalardasıklıkla komplikasyon güldü. 62 (%82) hastada BMI 25 'in üzerinde bulundu. BMI ortalama 29,24 (19-46) idi. Ortalama yatış süresi 9,8 (1-27) idi. BMI yüksek olan hastalarda komplikasyon daha yüksek oranda görüldü. Ek cerrahi ve BMI arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p>0,05). HT (%30)olan ve birlikteliğinde KOAH ve DM (%18)olan hastalarda daha sık komplikasyon gelişmektedir. BMI ile yandaş hastalıkları varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ek cerrahi varlığında komplikasyon 8 (%34) hastada görüldü. **Tartışma ve Sonuç:** İleri yaş hastalarda yapılan ameliyatlardan sonrası BMI ve ASA skoru yüksek olan hastalar da morbidite, mortalite oranları, hastane kalış süreleri artmaktadır.

[PB - 208]

Litre Fıtığı: Olgu Sunumu

BUKET ALTUN ÖZDEMİR, AYLİN ACAR, METİN YÜCEL, TOLGA CANBAK, MUSTAFA ÖZBAĞRIACIK, SEMA YÜKSEKDAĞ, ALİ EDİZ KIVANÇ, GÜRHAN BAŞ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Litre hernisi, 1841'de Reinke tarafından herhangi bir fıtık kesesi içinde Meckel divertikülünün bulunması olarak tanımlanmıştır. En sık inguinal bölgede rastlanmaktadır. Bu yazıda, inkarsere inguinal herni nedeniyle acil operasyona alınan hastada litre hernisi saptanmasında yaklaşımımızın sunulması amaçlandı. **Olgu Sunumu:** Kırkbir yaşında erkek hasta 1 gündür geçmeyen sağ kasıkta şişlik ve ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 3 yıldır sağ inguinal herni şikayeti olduğu öğrenildi. Kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede redukte olmayan sağ inguinal herni mevcuttu. Laboratuvar incelemede, lökosit 20700 K/uL idi. Diğer laboratuvar incelemeleri normaldi. Hasta acil operasyona alındı. Eksplozasyonda, herni kesesi içerisinde meckel divertikülü görüldü. Wedge rezeksiyon yapıldı. Postoperatif 5. gün komplikasyonsuz taburcu edildi. Histopatolojik incelemede, heterotopik mide mukozası içeren meckel divertikülü saptandı. Takip süresi 3 yıldır. **Tartışma ve Sonuç:** Litre hernisi preoperatif tanısı oldukça zordur. Tedavi yaklaşımında ortak konsensus olmamakla birlikte divertiküektomi yapılması morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır.

[PB - 209]

Dev Parastomal Herni Olgusu

YAVUZ PİRHAN

Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Amasya

Parastomal herniler ise %1-20 sıklıkla görülen önemli geç komplikasyondur. Bağırsağın rektus kası dışından ve geniş açıklıkla alınması etkindir. Hastaların çoğunluğu asemptomatik olmasına rağmen, yaklaşık %10 cerrahi düzeltme gerekir. **Olgu Sunumu:** 79 yaşında bayan ağrısı ve karın sol yanda varolan kolostominin sarkması nedeniyle başvurdu.20 yıl önce rektum kanseri tanısıyla Miles operasyonu geçirdiği, yaklaşık 15 gündür de kolostominin sarktığını ve son 2 gündür karın ağrısı, kusma kolostominin çalışmadığı öğrenildi. Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda inkarsere parastomal herni (Şekil 1-3) öntanısıyla hasta acil ameliyata alındı. Eksplozasyonda yapışıklıklar açıldı. Batın sol yan duvarda kolostomi kenarından

herniye olmuş ince barsak ve omentum görüldü. Ödemden barsak redükte edilemedi. Ardından sol paramedian cilt insizyonu ile fitik kesesine ulaşıldı, yapışık ince barsak ve omentum açıldı. Herni redükte edildi. Genişlemiş fasiya ve rektus kası daraltıldı. Onley 10x10 cm prolen mesh sarıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Stoma, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuvar bağırsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir. Stomalar endikasyonuna göre kalıcı, geçici, uç, loop şeklinde olabilir. Stomalı bireylerde komplikasyonlar, cerrahi işleme, altta yatan patolojiye, yetersiz preoperatif hazırlığa ya da postoperatif bakımdaki eksikliğe bağlı olarak gelişebilmektedir. Komplikasyon görülmeye sıklığı stomaların yerine göre değişmekle birlikte en az komplikasyonun transvers kolostomi ve uç kolostomide; en yüksek komplikasyonun ise loop ileostomilerde görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur. En yaygın görülen stoma komplikasyonları arasında peristomal cilt problemleri ve stoma çevresinde bulunmaktadır. Stomalı hastalarda kaçak, prolapsus, parastomal herni, retraksiyon ve stenoz gibi komplikasyonlar da daha geç ortaya çıkabilmektedir. Stomal prolapsus hastalara korku veren bir komplikasyon olmasına rağmen genellikle fonksiyonel olarak çok önemli değildir. Nadiren inkarserasyon ve strangulasyona neden olur. Ayrıca parastomal herniye bağlı olarak inkarserasyon ve strangulasyona daha sık rastlanılır. Bizim olgumuzda da parastomal herniye bağlı obstrüksiyon ve ileus gelişmişti. Cerrahi tedavide basit hernilerde intraoperatif redüksiyon ve genişlemiş rektus kasının daraltılması, komplike hernilerde ise mesh takviyeli redüksiyon ve herniografi, duruma göre stomanın yer değiştirilmesidir. Yapılacak cerrahi tedavi stomanın yeri ve herni durumuna göre değişebilmektedir. Biz olgumuzda reduksiyon, rektus kasının daraltılması ve onley mesh takviyesi uyguladık.



Şekil 1-3. Ameliyat öncesi görüntü.

[PB - 210]

İnsizyonel Herninin Spontan Evisserasyonu, Olgu Sunumu

AYDIN YAVUZ, ÇAĞRI BÜYÜKKASAP, İLKİN İSMAYİLOV, MAHİR NASİROV, HASAN BOSTANCI

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Hernilerin spontan rüptürü nadir görülen bir durumdur. Bildirilen vakalar insizyonel hernilerin, tekrarlayan inguinal hernilerin ve umblikal hernilerin komplikasyonlarıdır. Strangülasyon riski nedeniyle potansiyel olarak yaşamı tehdit etmektedir. Sistemik problemler, intraabdominal basınç artışı ve inflamasyon gibi faktörler spontan rüptür ve evisserasyona yol açmaktadır. 73 yaşında kadın hasta, acil servise umblikustan bağırsakların dışarı çıkması ve karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hasta tarafımızca değerlendirildiğinde göbek altı – üstü median insizyon skarı ve umblikus seviyesinde ince bağırsak segmentinin evisserasyonu görüldü (Şekil 1). Karın muayenesinde hassasiyeti mevcuttu. Hastanın öyküsünden 2 yıl önce over kanseri nedeniyle operasyon geçirdiği, operasyon sonrası yara yerinin enfekte olduğu ve buna bağlı insizyonel hernisinin bulundu-

ğu, hastanın kemoterapisinin devam ettiği öğrenildi. Bunlara ek olarak hastanın astımı ve hipertansiyonu mevcuttu. Redüksiyon denendi ancak başarılı olunamadı. Hasta acil şartlarda operasyona alındı. Evisserasyonu olan bağırsak anısı dolaşımının iyi olması nedeniyle karın içine gönderildi (Şekil 2). Tüm insizyon hattı boyunca insizyonel herni olduğu görüldü ve evisserasyonu olan alan büyütülerek karın içine girildi. Karın içinde implantlar görüldü biyopsi alınarak fasiya emilmeyen süturlerle primer olarak onarıldı. Hastaya postoperatif ikinci gün rejim başlandı ve beşinci gün sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Hastadan alınan biyopsinin patolojik incelemesi over kanseri metastazı ile uyumlu saptandı ve hasta kemoterapisine devam etti. İnce bağırsak evisserasyonları nadir görülen fakat ciddi ve potansiyel ölümcül seyreden komplikasyonlardır. Bu yüzden tespit edildiğinde acil cerrahi hayat kurtarıcıdır.



Şekil 1. Umblikustan evisserasyonu olan bağırsak ansları.



Şekil 2. İnsizyonun genişletilmesi.

[PB - 211]

İnkarsere İnsizyonel Hernilere Yaklaşım: 3 Olgu Sunumu

İLKİN İSMAYİLOV, MAHİR NASİROV, AYDIN YAVUZ, ÇAĞRI BÜYÜKKASAP, OSMAN YÜKSEL

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Son yıllarda yapılan abdominal cerrahi girişimlerin artmasıyla beraber insizyonel herni sıklığı da artmıştır. Herni gelişimini önlemek için insizyon tipinin seçimi, insizyonun kapatılma şekli ve kullanılan suture materyali önemli faktörlerdir. Yapılan çalışmalarda abdominal cerrahi girişimlerden sonra %10-12 oranında insizyonel herni olduğu bildirilmiştir. Hernilerin tedavisinde amaç en az nüks yol açacak en iyi yöntem, en iyi tekniği uygulamaktır. Bu çalışmamızda inkarsere insizyonel herni nedeniyle acil şartlarda opere ettiğimiz 3 olguyu inceledik. **Olgu 1:** 42 yaşında erkek hasta acil servise karında şişlik, bulantı-kusma şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın öyküsünden 2 yıl önce umblikal herni nedeniyle opere edildiği öğrenildi. Fizik muayenede umblikusta geçirilmiş operasyona sekonder insizyon ve belirgin hernisi mevcuttu. Herni içeriğinin redükte edilememesi üzerine operasyon kararı verildi. Operasyon esnasında omentumun iskemiye uğradığı görülerek rezeksiyon yapıldı. Primer onarım yapıldı ve onlay mesh uygulandı. Hasta postoperatif 4. gününde sorunsuz taburcu edildi. **Olgu 2-3:** 83 ve 88 yaşında iki bayan hasta acil servise karın ağrısı ve bulantı-kusma şikâyetleri ile başvurdu. Her iki hastanın da geçirilmiş TAH+BSO ameliyatları mevcuttu. Her iki hastanın fitiğinin inkarsere olması üzerine hastalara operasyon kararı verildi. Hastalara primer onarım yapıldı, onlay mesh uygulandı. Her iki hasta 4 ve 5. günlerde sorunsuz taburcu edildi. Sonuç olarak insizyonel herniler genel cerrahinin en sık görülen hastalıklarından biridir. Hastalar mümkünse elektif şartlarda opere edilmelidir. İnsizyonel herni olduğu bilinen ve inkarserasyon semptomları başlayan hastalar, morbidite ve mortaliteyi en aza indirebilmek için acil şartlarda gecikmeden opere edilmelidir.

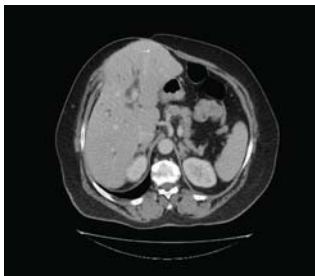
[PB - 212]

Polyester ve Polyurethane Meshler Ne Kadar Güvenli? Karaciğer Sol Lobunun Mesh İle Birlikte Migrasyonu

OGÜN ERŞEN, SERDAR TURGUT, OSMAN BOZBIYIK, YÜKSEL ARIKAN

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

58 yaşında bayan hasta 2 yıl önce geçirdiği sağ subkostal kesi ile yapılan koledok eksplorasyonu operasyonunun kesi hattında 2 aydır şişlik mevcudiyeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayene ve ultrasonografi sonucunda yaklaşık 12-13 cm'lik insizyonel herni defektinin olduğu ve defektten hepatik fleksura ve transvers kolonun herniye olduğu görüldü. İnsizyonel herni nedeni operasyona alınan hastanın fıtığı literatürde intraperitoneal kullanım açısından güvenli olarak tanımlanan polyester ve polyurethane çift taraflı dual mesh intraperitoneal şekilde yerleştirilerek onarıldı. Mesh Fasya ve ciltaltı dokuya fibroblast aktivasyonu ve doku fiksasyonu açısından yararlı olan polyester yüzey, visseral alana ise absorbe olmayan ve iç organ yüzeylerine adhezyon oluşturmayan polyurethane ile kaplı kısım gelecek şekilde yerleştirildi. Hastamız operasyonun ardından komplikasyon gelişmeden 3. gününde aspiratif drenleri ile birlikte taburcu edildi. Taburculuktan 5 gün sonra drenlerinden geleni olmaması üzerinde poliklinik kontrolünde drenleri çekilen hastanın yara yeri temizdi ve muayenesi normal sınırlardaydı. Operasyondan 3 ay sonra kliniğimize şişkinlik ve operasyon alanında ele gelen sertlik olması üzerine başvurulan hastada enfeksiyona veya mesh reaksiyonuna ait bulgu saptanmadı. Operasyon lojunda şişlik ve sertlik dikkati çekmekteydi. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda olan hastaya batin ultrasonu çekildi. Ultrasonda gaz distansiyonu nedeni optimal değerlendirme sağlanamaması üzerine tomografi çekilen hastada karaciğerin visseral yüzdeki polyurethane mesh tabakasına diffüz şekilde adheze olarak batin ön duvarına doğru migrate olduğu görüldü. Meshin bütünlüğünü koruduğu, nüks herniasyonunun olmadığı ancak önceki insizyonel herni kavitesini meshi iteren karaciğerin doldurduğu gözlenmekteydi. Özellikle karaciğer sol lobu meshe tamamen yapışmış ve normal anatomik pozisyonunu kaybetmişti. Hastaya durum anlatılarak nonoperatif takip kararı alındı ve analjezik reçete edildi. Hastanın poliklinik takiplerinde klinik durumu ve yakınmaları stabil şekilde seyretmektedir.



Karaciğer sol lobunun mesh adhezyonu ile migrasyonu.



Karaciğer sol lobunun mesh adhezyonu ile migrasyonu.



Karaciğer sol lobunun mesh adhezyonu ile migrasyonu.

[PB - 213]

Acil Fıtık Tamirinde Yama Kullanım Sonuçları

BUŞRA BURCU, TUĞRUL ÖZDEMİR, FATİH AKKIN, KIVILCIM ORHUN ERDOĞAN, ÖZGÜR EKİNCİ, İBRAHİM ALİ ÖZEMİR, ORHAN ALİMOĞLU

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Günümüzde fıtık onarımında altın standart yama kullanımıdır. İnkanserasyon/strangülasyon varlığında yamanın enfeksiyonu artıracağı bugüne kadar düşünülmüş olsa da, aksini gösteren yayınlar mevcuttur. Bu çalışmada acil olarak ameliyat edilen karın duvarı fıtıklarının kısa dönem sonuçlarını araştırmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013-Mayıs 2015 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği'nde inkanserasyon/strangülasyon nedeniyle opere edilen abdominal fıtıklar retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, fıtık tipi, ameliyat prosedürü, komplikasyon, hastanede kalış süresi kaydedildi. **Bulgular:** Çalışmada yer alan 74 hastanın 34'ü (%46) kadın, 40'ü (%54) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 65.57±16.31'dir. En sık başvuru şikayeti ağrı idi. Fıtık tipleri incelendiğinde; 13'ü(%18) umbilikal, 19'u(%26) insizyonel, 27'si(%36) inguinal, 15'inde(%20) femoral fıtık görülmektedir. Cinsiyete göre bakıldığında; kadınlarda insizyonel ve femoral tip fıtık görülme oranı, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksekken, erkeklere göre inguinal tip görülme oranı yüksekti (p<0.01). Olguların 51'inde(%69) yama ile tamir, 23'ünde(%31) yamasız tamir yapıldı. Rezeksiyon ise 7 (%10) olguda yapıldı. Rezeksiyon yapılanların 4'ünde yama kullanıldı. Olguların 10'unda (%14) komplikasyon görüldü. Cerrahi alan enfeksiyonu 8 (%11) hastada görüldü. Bunların ise 5'i yamasız tamir edilmişti. Bu hastaların tümünde yandaş faktörler vardı. Rezeksiyon yapılan hiçbir hastada enfeksiyon gelişmeyip, 1'inde(%14) ince barsak fistülü görüldü. Lokal komplikasyonlar konservatif tedavi edildi. Olguların hastanede yatış süreleri ortalama 3.68±2.91(1-20) gündü. Takiplerimizde fizik muayene ile nüks saptanmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Acil fıtık tamirinde yama kullanımının lokal komplikasyonları artırmadan güvenle kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

[PB - 214]

Erişkinde Boğulmuş Kasık Fıtığında Saptanan Over Kisti

İBRAHİM HALİL ÖZATA, ADEM BAYRAKTAR, SERCAN YÜKSEL, YİĞİT SOYTAŞ, BELEN GÖKSOY, ALİ FUAT KAAAN GÖK, MEHMET İLHAN, SÜLEYMAN BADEMLER, CEMALETTİN ERTEKİN

İstanbul Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Inguinal herni; genel cerrahi pratiğinde sık karşılaşılan hastalıklardan birisidir. Alt batına ait çoğu organ fıtık kesesi içinde yer alabilirken; genellikle omentum ve ince barsak sık olarak herniye olan organlardır. Tuba ve over herniasyonu ile nadir olarak karşılaşılmakla birlikte; pediatrik popülasyonda bu oran daha yüksektir. Bu olgu sunumunda erişkin bir hastada karşılaşılan ve acil ameliyat (etrange) gerektiren over kistinin herniasyonuna yaklaşım anlatılmaktadır. **Olgu Sunumu:** 43 yaşında kadın hasta; sağ kasıkta şişlik ve ağrı şikayeti ile acile başvurdu. Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın geçirilmiş sezeryan ve apendektomi anamnezi mevcuttu. Laboratuvar bulguları normal olan hastanın yapılan ultrasonografisinde sağ inguinal bölgede 66x30mm düzgün konturlu septasyon içeren sıvı lokuksiyonu saptandı. Kontrastsız bilgisayarlı karın tomografisinde sağ overden kaynaklanan 4 cm'lik kistin etrange olduğu

saptandı. Hasta etrangüle inguinal herni olarak değerlendirildi ve ameliyata alındı. Fıtık kesesi içerisinde over kisti ve adneks dokusu tespit edildi. Over ve adneksin beslenmesinin bozulmadığı saptandı. Ancak over kistinin fıtık kesesine yapışık olması nedeniyle; over kisti eksize edilerek patolojiye gönderildi. Rutkow usulü herni tamiri yapıldı. Ameliyat sonrası 1.günde aktif şikayeti olmayan hasta taburcu edildi. 6. Ayda yapılan kontrolde nüks saptanmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Erişkin yaş grubunda fıtık kesesinde over ve tubanın bulunması nadiren karşılaşılan bir durumdur. Etiyolojide broad ligaman ve susansor ligamanın zayıflığının rol aldığı düşünülmektedir. Etrangüle herni olgularında; herniye olan organın canlılığı ameliyatın gidişatını belirlemektedir. Tıpkı diğer herniye olan dokularda olduğu gibi over ve adneks herniasyonunda da dokunun viabilitesi baz alınmalı ve buna göre uygun cerrahi tedavi belirlenmelidir. Acil olarak ameliyat edilen kasık fıtığı olgularında etrangüle over kisti de akıld tutulması gereken patolojilerden birisidir.



Şekil 1. Perop görünüm.

[PB - 215]

Boğulmuş Fıtık Kesesi İçinde Beklenmeyen Yabancılar: Over ve Tuba

ELİF BİNBOĞA¹, HAKAN YİĞİTBAŞI¹, YÜKSEL TÜRER¹, CANDAŞ ERÇETİN¹, RUMEYSYA İLBAR¹, EVRİM EBRU KOVALAK², ŞEYDA ANDAÇ², OSMAN BİLGİN GÜLÇİÇEK¹, ERKAN YAVUZ¹, ÖNDER ÖNEN¹, FATİH ÇELEBİ¹, ATILLA ÇELİK¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Artan elektif kasık fıtığı ameliyat sayısı ve gelişmiş cerrahi tekniklere rağmen boğulmuş kasık fıtığı ameliyatları acil cerrahi girişimler içinde yerlerini korumaktadırlar. Kese içinde sıklıkla ince bağırsak girmesine rağmen daha az olarak omentum, kolon nadir olarak da apendiks sıkışabilmektedir. Çok daha nadir görülen over-tuba sıkışmasını sunmayı amaçladık. **Olgu 1:** 40 yaşında sağ kasıkta 12 saattir mevcut olan şişlik ve ağrı şikayeti olan kadın hastanın redükte olmayan fıtığı mevcuttu. USG de Valsalva manevrası ile hareketsiz 60x46 mm septalı koleksiyon tespit edildi ve acil operasyona alındı. Kese içinde beslenmesi bozulmuş hemorajik kisti olan over ve tuba izlenen hastaya Jinekoloji ekibi ile ooferektomi sonrası mesh takviyeli herni onarımı yapıldı. Postoperatif 2. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. **Olgu 2:** 38 yaşında sol kasıkta 6 saattir mevcut olan şişlik ve ağrı şikayeti olan kadın hastanın redükte olmayan fıtığı mevcuttu. USG de Valsalva manevrası ile hareketsiz 45x35 mm etrafı çevrili koleksiyon tespit edildi ve acil operasyona alındı. Kese içinde beslenmesi bozulmuş over ve tuba izlendi ve Jinekoloji ekibi ile ooferektomi sonrası mesh takviyeli herni onarı-

mı yapıldı. Postoperatif 36. Saatte sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Fıtık kesesi içinde tuba ve over gözlenmesi erişkin kadınlarda nadir olarak görülür. Nuck kanalı fetal hayatın 8. Haftasında kapanır over ve tuba, uterus kornu ve internal inguinal halka arasında kalır. Eğer açıklık devam ederse fıtıklaşma gerçekleşebilir. Over ve tuba fıtık kesesi içinde tespit edilir ise eşlik eden vajinal atrezi, bikorn uterus ve renal anomaliler araştırılmalıdır. Kese içeriğinde canlı olmayan organlar uygun şekilde rezeke edilmedi, canlı ise batına reddedilip, uygun fıtık onarımı gerçekleştirilmelidir. Boğulmuş kasık fıtıkları kadınlarda daha az görülse de kese içinde over ve tuba gibi jinekolojik organların bulunabileceği ve ameliyatta gerçekleştirilecek rezeksiyonlar konusunda cerrah hazırlıklı olmalıdır. Ameliyat öncesi alınacak yazılı onamlarda bu hususlarında belirtilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

[PB - 216]

Künt Batın Travması Sonrası Geç Dönemde İnkarsere Kasık Fıtığı Şeklinde Bulgu Veren Batın İçi Kanama

MUSTAFA ŞİT, ERTUĞRUL KARĞI, MEHMET HAYRİ ERKOL, SEMİH YAMAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Kasık fıtığı tamiri ameliyatları genel cerrahi pratiğinde en sık uygulanan ameliyattır. Komplikasyonlarından ve acil başvurulardan kaçınmak için bu ameliyatların elektif şartlarda yapılması genel kabul görmektedir. Strangülasyon yüksek morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Elektif kasık fıtığı ameliyatlarında ameliyat sonrası komplikasyon oranı %7,5-22 ve mortalite oranı %0-0,6 olmasına karşın acil şartlarda yapılan inkarsere hernilerde bu oranlar %19,5-58 ve %4,7-10'dur. Künt karın travması sonrası sadece omentum yaralanmasına bağlı karın içi kanama çok nadir bir durumdur. Künt karın travması sonrası inkarsere kasık fıtığı kliniği ile müraccat eden bir hastayı sunduk. Yaklaşık 6 yıldır sağ kasık fıtığı şikayeti olan 70 yaşında erkek hasta acil servise bir gündür fıtığının sıkışması ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde inkarsere sağ inguinal herni mevcuttu. Vital bulguları stabil, ateşi yok, batında yaygın hassasiyeti ve sağ alt kadranda rebound mevcuttu. Hastanın anamnezinde başka bir özellik yoktu. Laboratuvar değerlerinde lökosit sayısı 7,79 K/uL, hemoglobin 11,4 g/dL, diğer değerleri normaldi. Düz karın grafisinde ve batın ultrasonografisinde patoloji saptanmadı. Sağ inguinal insizyonla ameliyata başlandı. Fıtık kesesi açılınca kese içinde omentum ve bol koagulum olduğu görüldü. Batın içerisinden yaklaşık 500 cc beklemiş hemorajik sıvı gelmesi ve kanama odağının inguinal insizyondan tesbit edilememesi üzerine laparotomi yapıldı. Omentumda koagulum ve batın içende yaygın beklemiş kan saptandı. Başka batın içi patoloji saptanmadı. Omentektomi yapıp fıtık tamir edildi. Postoperatif dördüncü gün şifa ile taburcu edildi. Hastanın ameliyat sonrası sorgulamasında bir hafta önce hastanın yüksekte düşme hikayesi olduğu ve bir haftadır karın ağrısının hafif olup bir gündür daha şiddetli olduğu öğrenildi. İnkarsere kasık fıtıkları erkeklerde daha sık gözlenirken, femoral fıtık kadınlarda daha fazla inkarsereyona neden olmaktadır. İnkarsereyona kesin tanısı ancak ameliyat esnasında konulabilir, çünkü barsak canlılığı ile klinik bulgular arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Künt karın travmasına bağlı gecikmiş asemptomatik batın içi kanama fıtık kesesini doldurarak kasık fıtığının inkarsere fıtık olarak tanmasına neden olabilir.



Şekil 1. Batın içi kanama odağı ve yaygın kan.

[PB - 217]

Nadir Strangüle Herni Nedeni: Trokar Giriş Yerinden Herniasyon

ERDEM KARADENİZ¹, ŞÜKRÜ ARSLAN¹, NURHAK AKSUNGUR²

¹Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

²Tekman Devlet Hastanesi, Erzurum

Amaç: Trokar yeri hernileri laparoskopik cerrahinin sıklıkla geç dönemde ortaya çıkan ve gözden kaçabilen önemli bir komplikasyonudur. Litaratürde herniasyon oranı 1/550 olarak bildirilmiştir. Sıklıkla büyük çaplı (10-12) trokar giriş yerlerinde ve orta hattadır. Burada laparoskopik kolesistektomi sonrası trokar yerinden herniye sekonder gelişen strangülasyon ve buna bağlı ince barsak perforasyon olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Acil kliniğe bulantı, kusma ve karın önduvarında ağrılı şişlik ve kızarıklık şikayetleriyle baş vuran 77 yaşındaki obez hasta değerlendirildi. Anamnezinde 3 yıl önce laparoskopik kolesistektomi hikayesi mevcuttu. Yapılan fizik muayenede peri umbilikal bölgede kızarıklık ve etraf dokudan kabarık alan mevcuttu. Palpasyonda bu alanda hassasiyet defans ve rebaund mevcuttu. Labratuar tetkiklerinde WBC:17500, Kre:2, Glu:142 LDH:425 diğer değerler doğal idi. Ayakta direkt batın grafisinde ince bağırsak tipi hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Çekilen kontrassız batın tomografisinde umblikus altından herniye ince barsak ansları, herni kesesi içinde serbest hava ve sıvı bulunduğu, herniasyonun proksimalinde ileus bulguları olduğu raporlandı. Bu haliyle hasta acil ameliyata alındı. Herni kesesine ulaşıp herniotomi yapıldı. Kесе içinde ganrenöz mayi ve intestinal içerik mevcuttu. Aspire edildiğinde yaklaşık 60 cm uzunluğundaki herniye ince barsak ansinin iskemik ve yer yer gangrene olduğu, bu gangrene alandan perfore olduğu görüldü. Bu segment rezeke edilerek ucuca anastamoz yapıldı. Fasyadaki defekt primer kapatıldı. Enfekte olduğu için mesh konulmadı. Hasta post op 7. Gününde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Günümüzde laparoskopik cerrahinin yaygınlaşması ve daha büyük trokarlarla işlem yapılması trokar yeri herni sıklığını arttırmaktadır. Laparoskopik cerrahi sonrası büyük çaplı trokar yerlerinin onarılması olası trokaryeri herniasyonunu ve buna bağlı komplikasyonları azaltacaktır.

[PB - 218]

Nadir Bir Akut Batın Nedeni: İnkersere Hipogastrik Herni

MUSTAFA YENER UZUNOĞLU, HAKAN DEMİR, İSMAİL ZENGİN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya

Amaç: Karın ön duvarı fıtıkları veya ventral fıtıklar paryetal karın duvarı fasya ve kaslarında oluşan içerisinden intra-abdominal veya preperitoneal yapıların dışarı taşıdığı yapıları ifade eder. Hipogastrik herniler yetişkin yaş grubunda nadir rastlanan bir durumdur. Bu yazıda akut batın tablosu oluşturan hipogastrik herni olgusunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Kırk dokuz yaşında, kadın hasta acil servise şiddetli karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Karın ağrısının yaklaşık 8 saat önce başladığı ve giderek arttığı, beraberinde bulantı ve kusmasının olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde geçirilmiş karın operasyonu, yandaş hastalık ve ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde karında yaygın hassasiyet alt kadrarlarda defans, rebaund saptandı. Hipogastrik bölgede ele gelen yaklaşık 7x8 cm çapında mobil sert kitle palpe edildi. Ayakta direkt karın grafisinde ince barsak seviyeleri mevcuttu. Kontrastlı karın tomografisinde hipogastrik alanda fasyal defekt ve bu defekten herniye olmuş intraabdominal yapılar dikkati çekti. Laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmayan hasta acil operasyona alındı. Eksplorasyonda hipogastrik bölgede yaklaşık 4 cm'lik fasya defekti ve bu defekten herniye olmuş nekroze omentum izlendi. Omentektomi yapılarak primer defekt tamir edildi ve üzerine mesh uygulanarak operasyon sonlandırıldı. Hasta postop 2. gün sorunsuz taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** İnkersere herniler arasında hipogastrik herni oldukça nadirdir. İnceksiyonla obez hastalarda belirgin şişlik gözlenemeyebilir. Fizik muayenede kitle palpe edilmesi halinde ultrason ve tomografi gibi görüntüleme teknikleri yardımıyla tanı konulabilir. Tedavisi cerrahidir.

[PB - 219]

Travmatik Femoral Arter Disseksiyonu Olan Çocukta Revaskularizasyon: Olgu Sunumu

CELAL SELÇUK ÜNAL¹, EMRE KUBAT¹, ÖMER FAİK ERSOY², MUAMMER ÇETİNKAYA², COŞKUN POLAT²

¹Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Karabük

²Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Karabük

Travma sonrası arteriyel sistemde intimal hasarlanma, kontüzyon, laserasyon, disseksiyon, psödoanevrizma ve arteriyovenöz fistül oluşabilir. Trafik kazası nedeniyle acil servise başvuran 12 yaşındaki erkek hastada sol uyluk ön yüz 1/3 proksimalde yaklaşık 10 cm'lik kesi mevcuttu. Distal nabız ve ayakta duyu kaybı olan hasta da ayakta iskemik görünüm mevcuttu. BT anjiyografide femoral arterde oklüzyon saptandı. Acil eksplorasyonda uyluk önyüzdeki defektin femoral bölgeye ciltaltından uzandığı ve travmanın femoral arterde bifurkasyon seviyesinde tromboze intimal hasar oluşturduğu görüldü. Bifurkasyon bölgesinde oluşan disseksiyon hattının derin ve yüzeysel femoral arterde yaklaşık 10 cm ilerlediği gözlemlendi. Femoral sinir intakt yapıda idi. Ana ve yüzeysel femoral artere safen ven greft interpozisyonu ve derin femoral ile greft arasına safen ven greft interpozisyonu uygulanarak yeni femoral bifurkasyon oluşturuldu. Postoperatif distal nabızlar palpabl idi. Postoperatif 12.

saatte nörolojik defisitini kaybettiği görüldü. Postoperatif 1. ayda yapılan kontrol BT anjiyografide greftlerin açık olduğu ve çap uyumsuzluğu gelişmediği gözlemlendi. Travmatik vasküler yaralanmalarda erken cerrahi müdahalenin mortalite ve morbidite oranlarını düşürmede etkili olduğunu düşünmekteyiz.



Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4

[PB - 220]

KontROLSÜZ ASETİL SALİSİLİK ASİT KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN DEV HEMATOM

OĞUZ HANÇERLİOĞULLARI, MAHMUT YILMAZ, ZAFER KILBAŞ, MUSTAFA ÖNER MENTEŞ, ORHAN KOZAK

GATA, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Toplumda yaşlı nüfusunda artması travma nedeniyle sağlık kurumlarına başvuru sayısında artma meydana gelmiştir. Yetmiş beş yaş üstü yaşlılarda en sık travma nedeni düşmedir. Burada, Alzheimer tanısı olan tam olarak hatırlayamadığı travma öyküsü bulunan ve yaklaşık 50 yıldır düzensiz 500 mg asetil salisilik asit(ASA) kullanan ve sol skapular bölgedeki hematoma olan olgu sunulmaktadır. **Olgu Sunumu:** Seksenkiz yaşında bayan hasta yaklaşık 50 yıldır kontROLSÜZ olarak günlük 500 mg ASA alan hastanın demans ve hipertansiyon tanısı mevcut. Yirmi gün kadar önce kendisinin tam olarak da hatırlayamadığı bir travma hikayesi mevcut. Sol skapula altında ağrısı mevcut olması nedeniyle yaklaşık 3 gün boyunca bu bölgeye sıcak uygulamış ve ASA (500mg tb 2x1) ve Tiyokolşikosid (4 mg tb 2x1) kullanmış. Daha sonra şişliğin giderek artması, hipotansiyon, bilinç bulanıklığı gelişmesi üzerine başvurduğu sağlık kurumca yapılan tetkiklerde Hb: 7,43 g/dL(N:12-16) olarak saptanmış ve yapılan USG de sol dorsolateral ve skapular bölgede hematoma ile uyumlu koleksiyon izlenmiştir. Toplamda 39 ünite kan ürünü replasmanı yapılan hastanın hemoglobinin düşüklüğünün devam etmesi üzerine kliniğimize sevk edildi. Ameliyat sırasında sol skapula inferiordan başlayan ve sol meme alt ucuna kadar ilerleyen yaklaşık 2000-2500cc enfekte hematom ve pürulan vasıflı mayi drene edildi. Loj yatağından yaygın sızma tarzında kanama alanlarına kanama denetimini takiben loj serum fizyoloji ile irriye ve aspire edildi. Defekt alanına VAC uygulandı. Dördüncü gün aryla toplam üç seans VAC uygulandı takiben defektif alanın küçüldüğü nekroze alanın tamamen kaybolduğu enfeksiyonun gerilediği görüldü. Defektif alan plastik ve rekonstrüktif cerrahi tarafından değerlendirildi ve cilt flep ile kapatıldı Ameliyat sonrası yirmici gün hasta şifa ile taburcu oldu. **Tartışma ve Sonuç:** Hematom genellikle anti-koagülan kullananlarda oluşabilmektedir. Hematom kendini sınırlayan bir süreç olmasına rağmen, tanı konulamazsa ölümle sonuçlanabilir ya da gereksiz cerrahiler yapılabilir. Travmaya sekonder hematoma ile başvuran hastalar kumadin heparin ya da aspirin kullanımı sorgulanmalıdır. Dünya genelinde en fazla kullanılan ilaçlardan biri olan aspirin özellikle sorgulanmalıdır.



Şekil 1. Tedavinin çeşitli aşamaları.

[PB - 221]

Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Tip 3-C Humerus Distal Uç Kırığı: Olgu Sunumu

GÜRDAL NUSRAN¹, TOLGA KURT², FERDİ GÖKSEL¹, Umut HATAY GÖLGE¹

¹Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Açık kırıkların tedavisi ve takibi son derece zor travmalardır. Özellikle büyük arter ve damar yaralanmalarının eşlik ettiği açık kırıklar perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar sebebiyle tedaviyi daha da zorlaştırır. Çalışmamızda Ateşli silah yaralanmasına bağlı izole humerus distal uç (Gustillo-Anderson Tip 3 C) olgusu radyolojik ve peroperatif görüntüler eşliğinde sunulması amaçlanmıştır. **Olgu Sunumu:** 58 yaşında bayan hasta ateşli silah yaralanması nedeniyle acil servise getirildi. Hastanın ilk başvurusunda el dirsek bölgesinde kurşun girişi ve çıkışı deliği ve kol etrafında hematoma saptandı. Hastanın damar yolu açılıp rutin tetkikleri alınarak sıvı replasmanına başlandı. Vasküler muayenede radial ve ulnar arter nabızı alınmadı. Hastanın çekilen direk grafisinde humerus distal uç humerus fraktürü (Şekil 1) saptandı. Hasta acil operasyona alındı. Hastada damar sinir yaralanması şüphesi nedeniyle anterior girişim yapılarak, damar sinir paketi ortaya kondu. Brakial arter tam kat yaralanması ve sinir yaralanması (Şekil 2) saptanarak operasyona Kalp ve Damar Cerrahisi ekibi dahil oldu. Sinir ve arter onarımı sonrası açık redüksiyonla onarım yapıldı. Katlar anatomisine uygun kapatılıp uzun kol ateli uygulandı. Takip tedavisi stabil seyreden hasta postoperatif 5. gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Ülkemizde ateşli silah yaralanmaları halen sıklıkla görülmektedir. Ateşli silah yaralanmaları ekstremitelerde morbiditeye ve amputasyona neden olurken, toraka-abdominal bölgede ölümle sonuçlanabilmektedir. Olgumuzda humerus distal uç kırığında damar ve sinir yaralanması tesbit edilmiş olup, acil operasyonda onarım yapılan hastada kalıcı

ekstremitte sakatlığı ve zamanında yapılan vasküler onarımla kompartman sendromu ve olası bir amputasyon önlenmiştir. Sonuç olarak distal humerus yaralanmalarında vasküler ve nöral yaralanma akılda tutulmalı, acil eksplorasyon vakit geçirilmeden yapılmalıdır.

[PB - 222]

İleri Yaş Hastalarda Rektus Kası Hematomu

ŞÜKRÜ TAŞ, ÖMER FARUK ÖZKAN, ÖZTEKİN ÇIKMAN, YILMAZ AKGÜN, MUAMMER KARAAVAZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Rektus kası hematomu, rektus kası komşuluğundaki epigastik venlerin hasar görmesi

veya kasın kendisindeki hasarı sonucu görülmektedir. Çalışmamızda kliniğimize başvuran rektus kası hematomu nedeniyle tedavi edilen ileri yaş olguların sunulması amaçlanmıştır. **Ge-reç ve Yöntem:** 2013- 2015 yılları arasında rektus kası hematomu nedeniyle, kliniğimizde yatan hastalar yaş, cinsiyet, ek hastalık, antikoagulan terapi, klinik bulgular, lokasyon, uygulanan tedavi yöntemi parametreleri açısından değerlendirildi. **Bulgular:** 2013 – 2015 yılları arasında kliniğimizde rektus kası hematomu nedeniyle tedavi gören 4 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların biri erkek, üçü kadın olup tüm hastaların yaş ortalaması 67 idi. Hastaların ortak klinik bulgusu karın ağrısı olup, etiyojide bir hastada anjiyografi sonrası gelişirken diğer 3 hastada spontan geliştiği görüldü. Tüm olgularda konservatif olarak tedavi takip ve tedavi edilmiş olup hastalarda herhangi bir mortalite ve morbidite saptanmamıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Yaşlı hastalarda rektus kası hematomu nadir karın ağrısı sebeplerinden biri olup, yakın takip ve konservatif tedavi seçilecek ilk tedavi yöntemidir. Kopmikasyon ve hemodinamik instabiliteye neden olan olgularda anjiyografik emboilizasyon veya cerrahi yöntem uygulanabilir.

[PB - 223]

Retroperitoneal Hematomla Seyreden Abdominal Aort Yaralanması

KEMAL GÜNDOĞDU¹, ORHAN YAĞMURKAYA¹, ÖMER YALKIN¹, MUSTAFA YENER UZUNOĞLU¹, FATİH ALTINTOPRAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Karın travması geçiren hastaların %5-20 sinde büyük damar yaralanmaları görülebilmektedir ve bu yaralanmalar yüksek mortalite oranları ile seyretmektedirler. Biz bu olguda penetran yaralanma sonrası gerçekleşen infrarenal aort yaralanması olgusunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Otuz altı yaşında erkek hasta yaklaşık 30 dakika önce gerçekleşen bıçaklanma sonrası acil servisimize başvurdu. Başvuru anında tansiyonun 100/60 mm/hg, nabız 90/dk olduğu saptandı. Sol üst kadranda delici-kesici alet yaralanması sonucu yaklaşık 2 cm'lik kesinin batına nazif olduğu gözlemlendi. Hemoglobin değeri 12.1 g/dl saptanan hastanın karın muayenesinde yaygın hassasiyet, defans ve reboundu mevcuttu. Durum stabil olan hastaya bilgisayarlı abdominal tomografi çekildi ve hastanın batin içi serbest hava ve sıvı, solda retroperitoneal alanda

kontrast kaçağı ve hematoma saptanması üzerine hasta acil olarak ameliyata alındı. Eksplorasyonda treitz'a 10 cm mesafedeki jejunal anslarda yaklaşık 20 cm lik segmentte multiple 0,5 cm'lik tam kat yaralanmalar olduğu görüldü ve primer onarıldı. Operasyon boyunca retroperitoneal hematomu büyüyen hastanın hematomu eksplore edildi. Muhtemel yaralanma trasesi takip edildi ve abdominal aortada infrarenal alanda 1 cm lik yaralanma bölgesi tespit edildi. Kanama kontrolü ve primer onarım uygulandıktan sonra ameliyata son verildi. Ameliyat sonrası dönem sorunsuz seyreden hasta ameliyat 7. gün taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Retroperitoneal hematomlar (RPH) künt ve penetran travmalardan sonra sık görülmektedir. Travmatik RPH'lar kemik kırıkları, büyük kan damarlarında meydana gelen hasar sonucu veya intestinal ve retroperitoneal organ yaralanmalarına bağlı olarak gelişebilir. Bu tür yaralanmalarda ölüm oranı yüksektir. Erken tanı ve uygulanan doğru tedavi yaklaşımlarıyla mortalite en aza çekilmeye çalışılmaktadır. RPH'lı hastalarda en önemli karar laparotomi ihtiyacıdır.

[PB - 224]

Karaciğer Biyopsisi Sonrası Kanamada Endovasküler Tedavi

GÜLDEN BALLI¹, ÖMÜR BALLI², ATAHAN ACAR¹, MELEK GÖKOVA¹, VOLKAN ÇAKIR², MURAT KEMAL ATAHAN¹

¹İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Perkütan karaciğer biyopsisi en sık yapılan solid organ biyopsisidir. Ultrasonografi eşliğinde, ince iğne ve kesici iğne biyopsisi şeklinde yapılabilmektedir. Biyopsi sonrası ilk 24 saatte %0,6 oranında bildirilmiş komplikasyon sıklığı mevcuttur. En sık karşılaşılan komplikasyonlar kanama ve ağrıdır. Bu yazıda hemodinamik instabiliteye yol açan hemoraji ve olgunun endovasküler tedavisinden söz edilecektir. **Olgu Sunumu:** Karaciğerde solid kitle lezyonu nedeni ile yapılan ultrasonografi eşliğinde kesici iğne biyopsisi sonrası takibinde şiddetli karın ağrısı olması üzerine yapılan Ultrasonografide karaciğerde subkapsüler hematoma tespit edilen hasta hospitalize edildi. Takibinde yaşamsal bulguları stabil olan hastaya takipleri esnasında Hematokrit değerlerinde tedrici düşme olması üzerine çekilen Abdomen BT de kapsül dışına taşan, pelviste sıvanma şeklinde görülen serbest kan mevcuttu. Hastaya sıvı resüsitasyonu ve kan transfüzyonu sonrası hemodinamisinin stabil olması ancak transfüzyona rağmen Hematokrit değerlerinde düşme devam etmesi üzerine tanısız ve terapötik amaçlı viseral anjiyografi ve Portal venografi işlemine alındı. Arteriyel ekstrasvazasyon odağı saptanmadı; portal venin segmenter dalından ekstrasvazasyon odağı saptandı, bu odak koil ile embolize edildi. İşlem sonrası sorunu olmayan hasta primer hastalığın tedavisi planı ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Karaciğer biyopsisi sonrası, komplikasyon oranları düşük olsa da; hastalar girişim sonrası ilk 24 saat takip edilmelidir. İyatrojenik karaciğer yaralanmalarında konservatif takipte endovasküler tedavi seçenekleri akılda tutulmalıdır.

[PB - 225]**İatrojenik İnnominate Ven Yaralanmasına Yaklaşım**TÜRKAN DÜBÜŞ¹, BEKTAŞ AKPOLAT², ACAR AREN³¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul*²*GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul*³*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Amaç: İatrojenik vasküler yaralanmalar genellikle, tanısız ve tedaviye yönelik sekonder gelişen komplikasyonlardır. **Olgu Sunumu:** Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodializ uygulanan 78 yaşında kadın hastada sol juguler ven kateter girişimi sonrası kardiyak arrest gelişmiş, resusitasyonla tekrar normale dönmüş. Toraks BT'de sol masif hemotoraks, sol juguler ven içerisinde ilerleyen kateterin innominate ven duvarını delerek anterior mediastene uzandığı görülmüş. Hasta kalp damar cerrahisi ile konsülte edilerek tam teşekküllü kalp damar cerrahisi kliniği olan bir merkeze sevki önerilmiş. Tarafımızca da değerlendirilen hastada mediastinal shift bulguları tespit edilerek acil olarak sol tüp torakostomi ile 1000 cc hemorajik mayi boşaltıldı, diren klempe edildi. Hastanın genel durumunda ani bir düzelleme sağlandı. Hastanın hb değeri 6.5 olması üzerine eritrosit desteğine devam edildi. Kalp damar cerrahisi kliniği olan merkezler ile irtibata geçildi. Ancak yatak sıkıntısı ve başka nedenlerden dolayı hastanın sevki yapılamadı. Ameliyathane şartları hazır tutularak hasta yoğun bakım ünitesinde yaklaşık 10 saat toraks tüpü klempili şekilde takip edildi. Hastanın genel durumu stabildi. Girişimsel radyoloji tarafından değerlendirilen hastaya mevcut sol juguler ven kateterinin geri çekilerek yeni kateter takılması kararı alındı. Monitorizasyon ve görüntüleme eşliğinde kateter çıkarıldı. Yerine çift lümenli kalıcı kateter sağ atriuma uzanacak şekilde yerleştirildi. kontrastlı anjiyografik eksplorasyonla ven rüptür kaçağı kontrol edildi. Kaçak olmadığı tespit edildikten sonra hasta tekrar yoğun bakım ünitesine alındı. Hemodinamisi stabil olan hastanın sol toraks tüpü klempisi aralıklı olarak açılarak hemorajik mayi drenajına izin verildi. 3.cü gün sol toraks klempisi açıldı. Takiplerinde kanama saptanmadı. 5. gün hemodiyaliz uygulandı. 6. gün poliklinik kontrolü önerilerek taburculuğu yapıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Katetere bağlı vasküler yaralanmalarda hızlı değerlendirme ve erken cerrahi girişim morbidite ve mortaliteyi anlamlı ölçüde düşürebilmektedir. Olgumuzda göğüs cerrahisi olarak ilk müdahalenin acil sternotomi ile vasküler yaralanmanın tespit edilmesi ardından kateterin çekilmesinin daha doğru olabileceği kanaatindeyiz ve kardiyovasküler cerrahi kliniğinin primer sorumlu olmasından yanayız. Kardiyovasküler pompa sistemi olmadan da vasküler yaralanmaların cerrahi tamirinin mümkün olabileceğini düşünmekteyiz.

[PB - 226]**Appendektomi Sonrası Takipte Karşımıza Çıkabilecek Bir Komplikasyon: Enterokutanöz Fistül Olgu Sunumu**

SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN, HASAN ŞAHİN, EMİN LAPSEKİLİ, ZAFER KILBAŞ, ORHAN KOZAK

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara***Amaç:** Kolon fistülleri genellikle düşük debili fistüllerdir, ancak istisna olarak ince barsak ile ilişkili kolon fistülleri yüksek de-

bili olabilirler ve gastrointestinal sistemin diğer bölgelerinde yerleşen fistüllere göre daha az komplikedirler ve oluşan enfeksiyonlar genellikle lokaldir ve cerrahi ile düzeltilebilir. Kolon fistülleri genellikle divertikülit, kanser, inflamatuvar barsak hastalığı, apendisit veya bu hastalıkları tedavi etmek için uygulanan cerrahilerden kaynaklanmaktadır. Primer apendikokutanöz fistüller oldukça nadirdir. Sekonder apendiko-kutanöz fistüller ise apandisit bağı apse drenajı sonrasında veya nadiren apendektomi sonrası görülebilirler. Biz Appendektomi sonrası gözlenen enterokutanöz olgu sunumumuzu ve bu şekilde karşılaşacağımız bir durumda izlenebilecek tedavi yaklaşımını sizlerle paylaşmayı istedik. **Olgu Sunumu:** Karın ağrısı iştahsızlık nedeniyle kliniğimize başvuran hastaya yapılan değerlendirmeler sonucunda akut apendisit tanısıyla başvurduğu gece appendektomi ameliyatı uygulanmış ve ameliyat sonrası 5. Gün taburcusu yapılmıştır. Ancak taburcu sonrası yaklaşık 10 gün sonra appendektomi insizyonunda cilde drene olan akıntı gözlenmiş ve hastanın yapılan tetkiklerinde cilt altında yaklaşık 3 cm lik koleksiyon(abse?) ile birlikte çekuma uzanan bir fistül traktü gözlenmiştir. Hasta tekrar eksplorasyon amacıyla ameliyata alınmış ve eksplorasyonda hastanın yapılmış olan appendektomi güdüğünün cilde fistülize olduğu anlaşılmıştır. Hastaya Parsiyel çekum rezeksiyonu ameliyatı uygulanmış komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyattan sonra 10. Günde taburcu olmuştur. **Tartışma ve Sonuç:** Gastrointestinal fistüller bazı hastalık durumlarına eşlik eden anatomik oluşumlardır. Majör morbidite ve mortalite nedenleri sıvı-elektrolit kaybı, malnutrisyon ve bunların kolaylaştırdığı sepsisdir. Kolonik fistüller ise diğer GIS fistüllerinden daha az komplikasyonlar ile seyredenler ancak Mevcut durumları ile fistüller kendiliğinden kapanacağı gibi; mortaliteye kadar uzanan değişik klinik tablolar ile karşımıza çıkabilmektedirler. Bu nedenle fistülün kaynağı mümkün olduğu en kısa sürede tespit edilmeli ve fistülün yerleşim ve debisine göre tedavi(konservatif medikal yada cerrahi) planlanarak tedavi edilmelidir.

[PB - 227]**Nadir Bir Femoral Herni Prezentasyonu ve Komplikasyonu: Enterokutanöz Fistül**

MERİÇ EMRE BOSTANCI, MUSTAFA ATABEY, BİRKAN BOZKURT, MUSTAFA TURAN

Cumhuriyet Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

Yetmiş beş yaşında, sağ kasıkta şişlik, şişliğin olduğu bölgede kötü kökulu akıntı ve karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvuran kadın hasta kliniğimize konsülte edildi. Yıllardır kasıkta şişliği olduğu ancak son zamanlarda bu şişliği içeri sokamadığı öğrenilen hastanın muayenesinde karında hassasiyet, minimal abdominal distansiyon ve sağ inguinal bölgede strangüle femoral herni saptandı. Herni üzerinde yaklaşık 3 cm çapında fistül ağzı ve bu ağızdan intestinal içerikli akıntı mevcuttu. Fistül ağzının çevresindeki cilt dokusunun nekrotizan görünümde olduğü görüldü. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipertansiyon dışında özellik yoktu. Abdominal tomografisinde ise incebarsakların femoral kanalından geçerek kasık bölgesine herniye olduğu ve bu bölgeden de incebarsak anasının cilde fistülize olduğu raporlandı. Hastanın ateşi 39,1, kalp hızı 130/dakika, solunum hızı 32/dakika idi. Rutin kan testlerinde hemoglobini 9,1, lökosit 17600, CRP si 158 idi. Hasta kaşektik ve genel durumu kötü idi. Hastanın septik bulguları olduğu saptandı. Hastaya kan transfüzyonu yapıldı ve geniş spektrumlu antibiotik başlandı. Hastaya acil laparotomi önerildi ancak hasta ve hasta yakınlarının operasyonu kabul etmemesi üzerine

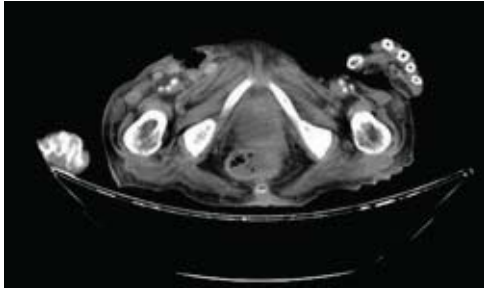
hasta opere edilmedi. Servisimizde takip ettiğimiz hastanın sonraki 2 gün içerisinde genel durumu daha da bozuldu ve 3. gün hastamız ex oldu. Hastamızda tespit ettiğimiz herniye barsak anslarının cilde fistüle olması da literatürde son derece sınırlı sayıda bildirilen nadir bir komplikasyondur. Ayrıca bizim vakamızda yıllardır mevcut herninin zaman zaman obstrüksiyon bulgularına sebep olduğu ancak fistül oluşumu sonrası bu bulguların gerilediği ve bu durumun sağlık kuruluşuna geç başvurmada etkisinin olduğu düşünülmüştür. Biz bu tür hastalarda acil laparotomi endikasyonu olduğu kanısındayız. Hastamızda mevcut septik bulguların kısa süre içerisinde septik şoka ilerlemesi, septic odağın ortadan kaldırılmasına yönelik operasyonun yapılamamasından dolayı hastanın hayatını tehdit edici bir boyut kazanması bize düşüncemizin doğru olduğunu gösterdi.



Enterokütan fistül.



Enterokütan fistül.



Enterokütan fistüle ait bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

[PB - 228]

Bilateral Aortofemoral Bypass Sonrası 4 Ay Arayla İkinci Kez Gelişen Prostetik Greftte Bağlı Aortoenterik Fistül

ZÜLFÜ BAYHAN¹, MEHMET FATİH EKİCİ², SEZGİN ZEREN¹, AHMET AKSOY³, MUSTAFA CEM ALGIN¹, ŞÜKRÜ AYDIN DÜZGÜN¹

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya

²Sağlık Bakanlığı D.P.Ü. Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya

³Sağlık Bakanlığı Çorlu Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Tekirdağ

Aortoenterik fistüller greft enfeksiyonlarının önemli, fatal seyredebilen komplikasyonudur. Erken tanı ve tedavi prognozda önemli yer tutar. Aort anevrizması veya aorta iliak problemler nedeni ile uygulanan greft ameliyatları sonrası iskemik kolit, mekanik ileus, aortaduodenal fistüller postoperatif dönemde %16-67 oranında görülürler. 72 yaşında erkek hastanın 50 yıldır ağır sigara içicisi ve 15 yıldır da hipertansiyon nedeni ile

düzensiz ilaç kullandığı bilinmektedir. Koroner bypass hikayesi olan hastanın alt ekstremitelerde doppler usg de femoral arterde lümeninde hiperekojen trombus ile oklüde olduğu tespit edilmiş. Hastaya dakron greft ile aorto-bifemoral bypass ve bilateral femoro-popliteal bypass uygulanmış. Hasta bu ameliyattan 8 ay sonra sağ femoro-popliteal greftte total oklüzyon tespit edilmiş. Sağ bacakta iskemiye bağlı nekroz nedeni ile ortopedi ve kalp damar cerrahisi tarafından sağ diz altı amputasyon ve femoro-popliteal enfekte greftin çıkartılması işlemi uygulanmış. Postoperatif 6. günde sağ amputasyon bölgesinden barsak içeriği tespit edildi, tekrar operasyon alınıp girildiğinde ileumun sağ alt kadrandan batın ön duvarına yapıştığı ve fistüle olduğu görüldü. Ayrıca fistüle olan ileum segmentinin posteriorda grefte yapıştığı ve greftin perfore barsak içeriği ile temasta olduğu görüldü. Fistüle barsak segmenti rezeke edilip anastomoz yapıldı. Kalp damar cerrahisi uzmanı aortoiliak anastomoz bölgesinden grefti eksize etti. Sepsis tablosu düzelen hasta taburcu edildi. 4 ay sonra uyluk insizyonunda eritem, endurasyon tespit edilen hastaya kalp damar cerrahisi tarafından enfekte oklude femoropopliteal greft nedeni ile ameliyata alınmış. Femoro-popliteal greftin eksplorasyonu esnasında oklüde olan greftten kötü kokulu, barsak içeriği, gıda artıkları görülmesi üzerine genel cerrahi ekibi ameliyata davet edildi. Sigmoid kolonda aortofemoral grefte yapıştığı ve arka yüzdenden perfore olduğu ve greftin etrafında ve içerisinde kolon içeriği bulunduğu görüldü. Perfore alan eksize edilip hartman kolostomi açıldı. Aortofemoral greft aort anastomozu seviyesinden bağlanıp çıkartıldı. Hasta 1 ay sonunda taburcu edildi. Yandaş hastalığı olup, beraberinde greft uygulamalı vasküler operasyon geçiren hastalar yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmekte olup, tedavinin multidisipliner olarak yönetilmesi bu riskleri en aza indireyecektir.



Şekil 1. Aortoiliak greft bölgesinde hava dansitesi, yoğun kirlilik.

[PB - 229]

Cilde Fistüle Kist Hidatik Vakası

SAMİ DOĞAN¹, FATİH ERMİŞ², MEVLÜT PEHLİVAN¹, İSMET ÖZAYDIN¹, MEHMET YAŞAR¹, HARUN GÜNEŞ³

¹Düzce Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Düzce

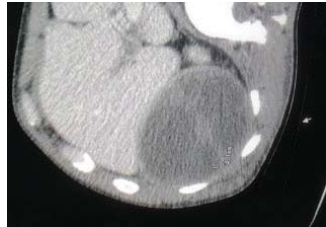
³Düzce Üniversitesi Acil Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Kistik ekinokokkozis Echinococcus granulosus kisti-nin neden olduğu paraziter bir hastalıktır. Ekinokok kisti insan vücudunda herhangi bir organ veya dokuda gelişebilir. Genellikle asemptomatik olup rüptürü ya da enfeksiyon gibi komplikasyonlar ortaya çıktığında tesadüfen hastalık tanısı konur. Akciğer, safra yolları, bronşlar, gastrointestinal sistem, periton ve plevra boşluğu içine rüptüre olabilir. Subkutan ilerlemesi ile rüptürü ya da cilde fistül komplikasyonları nadiren görülür. **Olgu Sunumu:** 35 yaşında erkek hasta, mesleği şoför,

yaklaşık on beş yıl önce aplastik anemi tanısı almış olup tedavi olarak kan ürünleri replasmanı yapılmış. Beş yıl öncede karaciğer kist hidatik tanısı almış. Düzenli tedavi almamış. İranlı olup tedavi için ABD'ne yolculuk sırasında sağ lumbal bölgede şişlik, akıntı ve halsizlik neden ile acil servise başvurmuş. Ateş veya sarılık öyküsü yoktu. Lokosit: 3,43 Hb: 6,4 g/dl, Hct: %20, Trombosit: 137.000/ml saptandı. Acil serviste bu ödemli alanın cilt altı apse ve selülit ön tanısı ile drenajı sırasında pürülan olmayan seröz sıvı gelmesi üzerine tarafımıza konsulte edildi. Batın BT'sinde karaciğere de sağ lobda subkapsuler etrafı minimal kalsifikasyon olan cilt altına uzanan kist hidatik görüldü. Cilde fistülize olan yerden klempile beyaz membran ile berrak sıvı drenajı yapıldı. Germinatif membran olduğu düşünülerek patolojik tanı için laboratuvara gönderildi. Kistik sıvı protoskoleksleri gösterdi ve serolojik ELISA testi ile kist hidatik hastalık tanısı kondu. Fistülize olan yerden %3'lük serum fizyolojik verilerek batın içi yıkandı. Hasta genel cerrahi servisinde dört ünite ES replasmanı yapıldı. Andazol 400mğ tb 2x1 medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Spontan kist cilt fistül, genellikle yaşlı ve immun sistem zayıf insanlarda, karaciğer hidatik kisti sessizce meydana gelen çok nadir görülen bir komplikasyondur. Cerrahi tedavi tam kist içeriğinin boşaltılması ya da perikistektomi yapılmasıdır.



Germinatif membran. Cilten çikarılabilir germinatif membran.



Hidatik kist. Bilgisayarlı batın tomografi görüntüsü.

[PB - 230]

Radyofrekans Ablasyon Tedavisine Bağlı Gelişen Enterokütan Fistüle Yaklaşım, Olgu Sunumu

İLKİN İSMAYİLOV, AYDIN YAVUZ, MAHİR NASİROV, ÇAĞRI BÜYÜKKASAP, MEHMET OĞUZ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Enterokütanöz fistüller en sık iyatrojenik olarak oluşur. Genellikle anastomoz kaçağı, ince bağırsağın zedelenmesi veya kanlanmasının bozulması, emici kataterler, apseler, travmanın oluşturduğu erozyonlar sebep olur. Radyasyon tedavisi, intestinal obstrüksiyon, inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi hazırlayıcı faktörler bazı hastalarda etken olabilir. Enterokütanöz fistüllerin %1-2'den azı spontan olarak meydana gelir. Enterokütanöz fistüller lokalizasyonlarına ve günlük debilerine göre sınıflandırılırlar. Genel olarak proksimalde bulunan fistüllerin sıvı ve elektrolit kaybı gibi ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bizim bu çalışmamızda Renal Hücreli Karsinom (RCC) nedeniyle sol nefrektomi yapılan ve sonrasında sol paravertebral kas lokalizasyonunda nüks kitle saptanması üzerine radyofrekans ablasyon (RF) yapılan hastada ince bağırsak perforasyonuna bağlı kas içi apse gelişen 58 yaşında bir bayan olgu sunuyoruz. On sene önce RCC nedeniyle sol nefrektomi operasyonu geçirmiş hastanın takipleri sırasında sol paravertebral kas içinde yaklaşık 2,5 cm boyutlarında metastatik lezyon saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi amaçlı servismize yatırıldı. Hasta RF için Radyoloji Bölümüne konsülte edildi. Hastanın işlem öncesi hazırlıkları yapıldıktan sonra RF uygulanması gerçekleştirildi.

Hasta işlem sonrası 1. günde şifayla taburcu edildi. İşlem sonrası 7. günde halsizlik ve yüksek ateş nedeniyle başvuran hastaya bilgisayarlı tomografi çekildi. Görüntülemelerde solda retroperitoneal alanda, 10 cm boyutlarında yoğun hava dansiteleri içeren koleksiyon alanı saptandı. Bunun üzerine hastaya USG eşliğinde perkütan yolla drenaj kateter takıldı. Yaklaşık 1000 ml apse drenajı yapıldı. Hasta ince bağırsak perforasyonu olarak kabul edildi. Hastanın oral alımı durdurularak Total Parenteral Nutrisyon başlandı. Günlük fistül debisinin 500 ml üzerinde olması nedeniyle yüksek debili fistül kabul edilerek ameliyat kararı verildi. Operasyonda ince bağırsak rezeke edilerek uç-uca anastomoz yapıldı. Enfekte yara yerine V.A.C. sistemi uygulandı. Hasta postoperatif 21. Gününde şifayla taburcu edildi. Sonuç olarak, nadir sebeplere bağlı bağırsak delinmelerinin tedavisinde erken cerrahi girişim kararı verebilmek mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltacaktır. Geçirilmiş cerrahi ve malign etyolojinin, yüksek mortalitenin en önemli etkenleri olduğu gösterilmiştir.

[PB - 231]

Açık Karınla Tedavisi Yönetimi Sürecinde Açılan Jejunostominin Spontan Kapanması

FAHRİ YETİŞİR¹, AKGÜN EBRU ŞARER², HASAN ZAFER ACAR³, BAŞAR BAŞARAN¹, ÖMER YAZICIOĞLU¹, ÖMER PARLAK¹

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

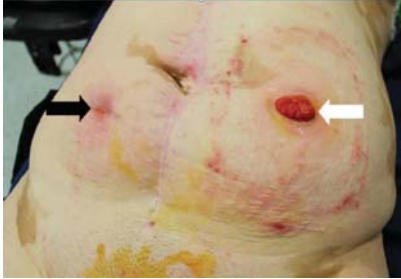
²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Kliniği, Ankara

³Lokman Hekim Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara

Amaç: Ostomiler çok yaygın kullanılmasına rağmen, ostomilerin cerrahi bir girişim olmadan spontan kapanması literatürde çok nadir bildirilen bir durumdur. Biz burada açık karın yöntemi ile tedavi ettiğimiz ve bu esnada açmış olduğumuz bir jejunostominin spontan kapandığı bir olguyu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 44 yaşında, bayan hasta Familial Polipozis Koli tanısı ile total proktokolektomi + ileal j-poş +saptırıcı loop ileostomi'den oluşan cerrahiye giden hastada postoperatif ileus gelişmesi üzerine, postoperatif 10. gün tekrar ameliyata alındı. Ameliyatta ince barsakların özellikle ileostominin olduğu bölgeye yapışmış olduğu ve diseksiyona izin vermediği, bu bölgenin proksimalinde yaklaşık 150 cm 'lik jejunum ansının aşırı dilate olduğu görüldü. Diseksiyon devam ederken barsağın perfore olduğu görüldü. Perfore alan onarıldı ve bu alanın daha proksimalinden zorda olsa sağ tarafa ikinci bir ostomi açıldı. İleri derecede ödem ve distansiyon varlığı nedeniyle karın abdominal negatif basınç sistemi(NBS) ile açık karına bırakıldı (Şekil 1). 3 seans NBS uygulanarak 11 gün sonra gecikmiş karın kapama yapılabilirdi. Hasta 5 gün sonra sağ taraftaki (daha prosimaldeki ikinci seansta açılan) jejunostomisi çalışır halde taburcu edildi. Daha sonraki kontrollerinde de sağdaki jejunostomisi çalışmakta idi. 3 ay sonra kontrole geldiğinde, sağ taraftaki jejunostomisinin kendiliğinden kapanmış ve sol taraftaki, ilk açılan ileostomisinin de çalışmaya başlamış olduğu görüldü (Şekil 2). Bu ostomisi de cerrahi olarak kapatıldı(resim 3). Postoperatif 18 aylık dönemde ek sorunla karşılaşılmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Ostominin kendiliğinden kapanmasının gerçek mekanizması bilinmemekle birlikte, enterokütan fistüllerin kapanma mekanizması ile aynı olabileceği düşünülmektedir. Ostomi nadirde olsa kendiliğinden kapanabilir, özellikle bizim olgumuzda olduğu gibi komplike olan retrakte stomalarda bu durumla daha sık karşılaşılabılır.



Şekil 1. Hastanın iki ostomisi; solda ileostomisi sağda jejunostomisi görülür. Sol tarafta mavi bir örtüyle kapalı olan jejunostomisi, sağ tarafta ise aktif olarak çalışmakta olan ileostomisi görülmektedir.



Şekil 2. Sağ taraftaki jejunostomisi kendiliğinden kapanmış ve soldaki ileostomisi aktif olarak çalışmakta olduğu görülmektedir.



Şekil 3. Sol taraftaki ileostomide cerrahi olarak kapatıldıktan sonraki hali görülmektedir.

[PB - 232]

Nadir Rastlanılan Üst Gastrointestinal Kanama Nedeni; Fare Zehiri

EKREM ÇAKAR, SAVAŞ BAYRAK, ERDEM KINACI, MERT MAHSUNİ SEVINÇ, ŞÜKRÜ ÇOLAK, ABDÜLKERİM ÖZAKAY, SERKAN SARI, HASAN BEKTAŞ

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Üst gastrointestinal sistem (GIS) kanaması; etyolojisinde birçok nedenleri barındıran ve endoskopi ünitesinde sıklıkla karşılaştığımız acilerden biridir. Bu çalışmada yaşlı, düşkün akıl sağlığı yetersiz bir hastanın fare zehiri içmesi neticesi üst GIS kanaması bulguları ile müracatı sunulacaktır. **Olgu Sunumu:** 88 yaş kadın hasta; bilinç ve kooperasyonu düşük. İç hastalıkları kliniğine karın ağrısı, ağızdan kan gelmesi, siyah dışkılama şikayetleri ile müracat ediyor. Başvuru anında hemogramında hb:6.5g/dl, htc:%20, plt:288000/mm³, wbc:8000/mm³ tespit edilmiş. Diğer biyokimyasal inceleme sonuçlarında hafif CRP yüksekliği dışında özellik saptanmadı. Ünitemize endoskopi isteği yapıldı. Yapılan üst GIS endoskopisinde midede yaygın eroziv gastrit ve sindirilmiş kan tespit edildi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde hasta yakınları tarafından fare zehiri içmiş olabileceği söylendi. Fare zehiri; warfarin türevi toksik bir maddedir. farelerde etkinliğini iç kanamadan ölmesi şeklinde gösterir. Bunun üzerine hastanın koagülasyon testlerine bakıldı. PT: 18, aPTT: okunamayacak derece yüksekti, INR: 5 tespit edildi. Hasta kan transfüzyonu, taze donmuş plazma, vitamin K, mide koruyucularla medikal tedavi uygulamaları sonrası şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Fare zehiri gibi toksik maddeler özellikle kırsal bölgelerde yaşlı, düşkün, zihinsel özürü kişileri ve hatta suisit amaçlı olarak kullanılabilmesi ve bu durumun üst GIS kanamalarının etyolojisinde rol olabileceği akıld tutulmalıdır.

[PB - 233]

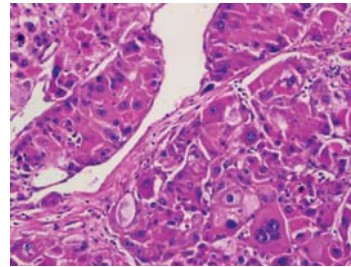
Ender Bir Masif Üst GIS Kanama Nedeni; HCC'nın Mideye İnvazyonu

SEMIH HOT¹, METİN YEŞİLTAŞ¹, BERK GÖKÇEK¹, SERACETTİN EĞİN¹, SELMA ŞENGİZ²

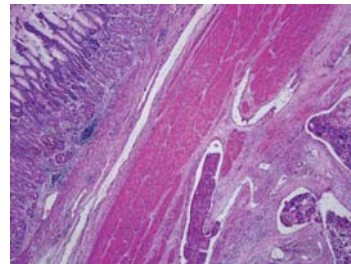
¹SB Okmeydanı EA Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²SB Okmeydanı EA Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

Hepatosellüler karsinom en sık görülen primer karaciğer tümörüdür. Dünya genelinde en sık görülen altıncı ve ölüme sebebiyet veren üçüncü kanserdir. İnsidansı ABD ve Avrupa ülkelerinde artmakla birlikte bazı coğrafik farklılıklar göstermektedir. Major risk faktörü özellikle HCV veya HBV'e bağlı hepatittir. Ayrıca aşırı alkol ve sigara kullanımı bağımsız risk faktörleridir. Tanı konduğunda ekstrahepatik metastaz sıklığı %15'ten fazladır. En sık metastaz akciğer, lenf nodları, kemik ve adrenal bezlerdir. Ekstrahepatik metastazı olan hastalarda ortalama sağkalım 6 aydan azdır. Hepatosellüler karsinomlarda kansere bağlı ölüm nedenlerinin %30'u karaciğer yetmezliği ve %10'u ise GIS kanamasıdır. Gastrointestinal trakta metastaz %0.4-2 olarak bildirilmiştir. Dolayısı ile hepatosellüler karsinomun mideye invazyonuna bağlı masif kanamalı hasta insidansı daha azdır ve literatürde sadece birkaç vaka bildirilmiştir. Biz de oldukça ender görülen bu olguyu farkındalığı arttırmak amacıyla sunuyoruz. Hastamız 62 yaşında erkek; 30 yılı aşkın süredir günde 2 paket sigara ve haftada en az 3 gün alkol kullanımı öyküsü mevcut. Daha önce deseptik şikayetleri olan hastaya medikal tedavi verilmiş. İlk kez 6 ay önce üst GIS kanama nedeniyle yapılan gastroskopisinde mide antrumunda 15x13 cm boyutunda kanamalı tümör görülmüş. Biyopsi alınmış ve kanama durdurulmuş. Patoloji raporu hepatosellüler karsinomun mide metastazı olarak bildirilmiş (Şekil 1, 2). Karın BT raporunda mide distali ve karaciğer hilusu arasında uzanan 13x11cm boyutunda mide lümeni ile iştirakli, santralinde hava imajları ve yoğun içerik bulunan, çevre yağlı planlarının seçilemediği kitle lezyon izlenmiş. Karaciğer hilusu, paraaortik ve hepatogastrik alanda multipl lenfadenopatiler saptanmış. İleri evre kanser olarak değerlendirilen hasta onkoloji ve dahiliye kliniklerince takip ve tedavisi sürerken şiddetli bir kanama atağı geçirmesi üzerine acil ameliyata alındı. Karaciğer sol lobdan kaynaklanan ve mideye invaze yaklaşık 18 cm çapında nekroze, perfore ve kanamalı kitle görüldü. Subtotal gastrektomi ve parsiyel hepatektomi yapıldı. Hasta postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinde karaciğer yetmezliğine bağlı olarak kaybedildi.



Şekil 1. Heppar-1 immunohisto-kimyasal çalışma x100.



Şekil 2. Mide dokusunda subserozal bölgede lenfatikler içinde tümör hücre grupları.

[PB - 234]

Gastrointestinal Stromal Tümörde Acil Cerrahi

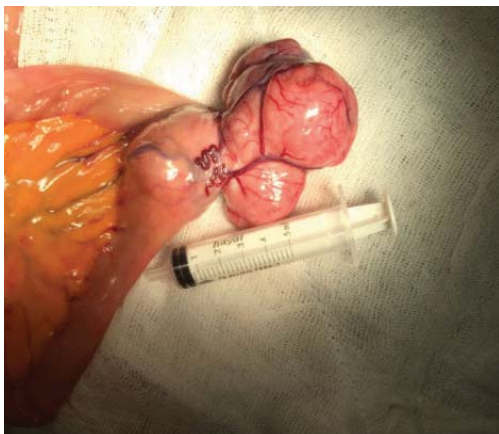
RAMAZAN KUŞAŞLAN¹, GÜLÇİN HEPGÜL¹, TALAR VARTANOĞLU¹, YÜKSEL ALTINEL¹, MEHMET ÖNCÜ², YAZGI KÖY³, ŞENAY YALÇIN³, FATİH ÇELEBİ¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, İstanbul

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji, İstanbul

³Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji, İstanbul

Amaç: Gastrointestinal stromal tümör (GİST) gastrointestinal sistemin en sık görülen mezanşimal tümörlerdendir. En sık mide(%40-70),ince barsaklar(%20-40),kolon ve rektum(%5-15),omentum/mezenter (%7) ve özofagusta (<%5) görülmele beraber gastrointestinal sistem dışında da rastlanmaktadır. İmmunohistokimyasal ve elektronmikroskopik çalışmalar sonucunda bu tümörlerin barsakların pacemakeri olan Cajal hücrelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. **Bulgular:** 70 yaşında bayan hasta makattan kan gelmesi şikayeti ile acil servise başvurdu. FM de TA: 100/60, Nb: 92/dk barsak sesleri normoaktif, minimal hassasiyet mevcut, defans ve rebound saptanmadı. Rektal tuşede vişne çürüğü renginde kanama bulgusu mevcuttu. Hb:7,3 gr/dl, PLT:276000 mm³, WBC:8200 mm³, INR: 1.33 idi. İleri tetkik ve tedavi amacıyla genel cerrahi servisine interne edilen hastaya 2 Ü ES, 1 Ü TDP ve sıvı resusitasyonuna başlandı. Üst GİS endoskopisi normal idi. Kolonoskopide çekum tabanı dahil olmak üzere rektum distaline kadar tüm kolon segmentlerinde lümende taze ve pıhtılaşmış kan izlendi. Nükleer tıpta kanamaya yönelik yapılan sintigrafik çalışmada kanama odağı bulunamadı. Batın BT de incebarsak duvarından mezenterik yağlı dokuya doğru egzofitik uzanımı bulunan, en geniş yerinde 59x37 mm boyutunda, düzgün konturlu ve nekrotik alanlar içeren solid dansitede lezyon saptanması üzerine hasta acil operasyona alındı. Yapılan explorasyonda treitzden 100cm mesafede jejunumda yaklaşık 7cm lik kitle görülerek segmenter incebarsak rezeksiyonu ve anastomoz işlemi yapıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta postop 5.günde taburcu edildi. Patoloji sonucu Gastrointestinal stromal tümör olarak rapor edildi. **Tartışma ve Sonuç:** GİST'ler klinik olarak genelde bulantı, kusma karın ağrısı, karında kitle, anemi, melena, perforasyon, obstrüksiyon gibi spesifik olmayan bulgular verir. Çoğu vakada ise insidental olarak bulunurlar. Hastaların yaklaşık %50'sinde tanıya yol gösterici ana semptom akut ya da subakut GIS kanamasıdır. 2 cm veya daha küçük GİST'ler genellikle asemptomatiktir ve başka bir sebep yüzünden yapılan araştırma ya da cerrahi müdahale sırasında fark edilirler ve büyük çoğunluğu iyi huyludur. Tümör 4 cm üzerine çıkarsa genelde semptomatik hale gelir. Cerrahi rezeksiyon GİST lerin ana basamağını oluşturur.



Şekil 1. Gastrointestinal stromal tümör.

[PB - 235]

Acil Cerrahi Tedavi Uygulanan Varis ve Malignite Dışı Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarında Mortalite ve Morbidite Oranlarını Ne Belirler

NECAT CİN, YASİN PEKER, HALDUN KAR, FATMA TATAR, EVREN DURAK, HALİS BAĞ, CENGİZ TAVUSBAY, FEVZİ CENGİZ, ERCÜMENT TARCAN

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

Amaç: Bu çalışmada, varis ve malignite dışı üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle opere edilen hastalarda, mortalite ve morbiditeye etkili faktörlerin değerlendirilmesini amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 2000-2014 yılları arasında, acil olarak operasyona alınan varis ve malignite dışı nedenlerle oluşan akut üst GIS kanamalı 127 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 20.0 paket programı kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmada yer alan 127 hastanın 100'ü (%78.8) erkek, 27'si (%21.2) kadın olup medyan yaş 60 idi. Üst GIS kanama sebebi olarak 93 (%73.23) hastada görülen duodenal ülser, en sık etkendi. 44 (%34.64) hastada görülen kardiyovasküler hastalıklar, en sık gözlenen yandaş hastalıktı. 66 (%52) hastada görülen melena + hematemez en sık başvuru yakınmasıydı. Endoskopik olarak 50 (%39.37) hastada saptanan en sık kanama formu Forrest 1b idi. 79 (%62.20) hastaya uygulanan kanamaya primer sütür + bilateral trunkal vagotomi + pilorooplasti ameliyatı en sık uygulanan prosedüdü. Morbidite oranı %48.03 olup, solunum sistemi hastalıkları en sık görüldü. Yüksek Rockall skorlu 23 (%27.71) hastada mortalite oluştu. Morbidite ve mortalite gelişim riski, kadın cinsiyet, hematemez, yandaş hastalık, şok, yüksek Rockall skoru, kan transfüzyonu, düşük hematokrit ve yüksek üre değerleri ile ilgili bulundu. **Tartışma ve Sonuç:** 60 yaş üzeri, ek hastalığı olan, hematemezle başvuran, düşük hematokrit ve yüksek üre değeri olan, stabilize edilebilmek için 4 ünitenin üzerinde kan transfüzyonu gereken, 5'in üzerinde Rockall skoruna sahip olan ve ameliyat öncesinde şok tablosunda olan hastalar için ciddi morbidite ve mortalite söz konusudur. Zamanın çok değerli olduğu üst GIS kanamalı bu olgularda, genel cerrah ve gastroenteroloğun, yoğun bakım hekimi ve girişimsel radyolog ile birlikte multidisipliner yaklaşımının, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında çok önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Rockall risk skorlama sistemi

Yaş (yıl)	>80	2
	60-80	1
	<60	0
Şok	Hipotansiyon, sistolik kan basıncı <100 mmHg	2
	Taşikardi, sistolik kan basıncı ≥100 mmHg ve nabız >100/dk	1
	Şok yok, sistolik kan basıncı ≥ 100 mmHg ve nabız < 100/dk	0
Yandaş Hastalık	Böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, yaygın malignite	3
	Kardiyak yetmezlik, iskemik kalp hastalığı, başka major yandaş hastalık	2
	Major yandaş hastalık yok	0
Endoskopik Tanı	Üst gastrointestinal kanser	2
	Bütün diğer tanımlar	1
	Lezyon yok, yeni kanama bulgusu yok, Mallory-Weiss lezyonu	0
Major yeni kanama bulgusu	Üst gastrointestinal sistemde kan, yapışık plıdı veya fişkirir tarzda kanayan damar varlığı	2
	Normal veya yalnızca koyu noktasal lezyon	0
Endoskopi öncesi skor: A+B+C, Total skor: A+B+C+D+E		
Risk kategorisi: düşük (0-2), orta (3-4), yüksek (≥5)		
Minimum skor: 0 Maksimum skor: 11		

Forrest sınıflamasına göre ülserde tekrar kanama riski

Forrest sınıflaması	Tanım	Tekrar kanama riski
Ia	Aktif kanama (pulsatil)	% 90-100
Ib	Aktif kanama (sızma)	% 80-85
IIa	Görünen damar + pıhtı	% 40-50
IIb	Yapışık pıhtı	% 20-30
IIc	Siyah zemin (kalıverengi leke)	% 5
III	Kanama bulgusu yok	% 1-2

Üst GIS Kanama'lı hastalarda araştırılan faktörlerin mortalite ve morbiditeye etkileri

Parametreler	Mortalite (p)	Morbidite (p)
Yaş (65 üstü)	AD	AD
Cinsiyet (kadın)	0.009	0.007
Kanama kolaylaştırıcı ilaç kullanımı	AD	AD
Geçirilmiş üst GIS kanama	AD	AD
Hematemez varlığı	0.001	0.043
Yandaş hastalık varlığı	0.001	0.001
Şok	<0.001	<0.001
Rockall skoru (4'ün üzeri)	<0.001	0.001
Kan transfüzyonu (4 ünite üzeri)	0.049	0.017
Hematokrit (düşük değer)	0.004	<0.001
Üre yüksekliği	<0.001	<0.001
AD: Anlamlı değil		

[PB - 236]

Safra Yollarına Rüptüre Olmuş Hepatoselüler Karsinoma Bağlı Aralıklı Masif Gastrointestinal Sistem Kanaması: Olgu Sunumu

FATMA ÜMİT MALYA¹, ADNAN ARSLAN¹, ENVER KUNDUZ¹, BIROL BAYSAL², MUSTAFA HASBAHÇECİ¹, NAIM MEMMİ¹, KEMAL DOLAY¹

¹Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Hepatoselüler karsinomun (HCC) nadir bir komplikasyonu olan safra yollarına rüptürü sonrası gelişen masif Gastrointestinal Sistem (GIS) kanamalı olguya yaklaşımın sunulması amaçlandı. Giriş: HCC, en sık görülen primer karaciğer tümörüdür. Etiyolojik nedenleri arasında en sık viral ve alkolik hepatitler bulunmaktadır. HCC, acil polikliniklerde sıklıkla altta yatan siroz nedeniyle gelişen portal hipertansiyon ve buna bağlı GIS kanaması ya da tümörün serbest rüptürüne bağlı olarak karın içerisine kanama şeklinde karşımıza çıkmaktadır. HCC'nin safra yollarına rüptürü sonrası gelişen masif gastrointestinal sistem kanaması nadir olarak görülmektedir. Son bir ay içerisinde 3 kere masif GIS kanama kliniği ile hospitalize edilen olgunun tanı ve tedavi basamakları sunulmuştur. **Olgu Sunumu:** Hepatit B'ye bağlı karaciğer sirozu nedeniyle antiviral tedavi altında 2 yıldır takip edilmekte olan 66 yaşına erkek hastanın takibinde karaciğer sol lob yerleşimli yaklaşık 6 cm çapa ulaşan kitle saptandı (Nisan 2015). AlfaFetoProtein düzeyi normal olan hastaya, kitlenin progresyonu nedeniyle alınan biyopsi ile HCC tanısı konuldu (Haziran 2015). Takibinde bir ay içerisinde (Temmuz 2015) 2 kere hematokezya nedeniyle yatırılan hastanın gastroskapisinde grade 2 özofagus varileri saptandı. Kolonoskapisinde kolonda pıhtılı kan olmakla birlikte patoloji saptanmadı. Yapılan sintigrafide ve kapsül endoskapisinde de patoloji saptanamayan hasta ES replasmanı ve destek tedavisi ile toparlandı. Ağustos 2015'te yeniden hematokezya nedeniyle yatırılan hastanın yapılan gastroskapisinde mevcut varislerden kanama görülmedi, kan ile dolu kolonda ise patoloji saptanmadı. Yatı-

şının 3. gününde hala hematokezyası devam eden hastaya, ES replasmanları ile toparlamaması üzerine yeniden gastroskopi yapıldı. Yapılan gastroskapisinde hemobili saptanması üzerine safra yollarına tümör rüptürü olduğu düşünülen hasta angiografi ünitesine alındı. Selektif sol hepatic arter embolizasyonu uygulandı. İşlem sonrası hastanın hemodinamisi stabilleşti. Kanaması durdu. **Tartışma ve Sonuç:** HCC'ye bağlı GIS kanamalarında akla ilk olarak portal hipertansiyona bağlı varis kanamaları gelmelidir. Varis kanamasının olmadığı durumlarda, her ne kadar kan ile dolu sindirim sisteminde hemobiliyi saptamak oldukça güç olsa da, tümörün safra yollarına rüptüre olarak kanamaya neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

[PB - 237]

Nadir Görülen GIS Hemoraji Nedeni: Gastrodu Odenal Arterin Koledoka Fistülizasyonu

NURHAK AKSUNGUR¹, ŞÜKRÜ ARSLAN², ERDEM KARADENİZ², GÜRKAN ÖZTÜRK²

¹Tekman Devlet Hastanesi, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Gastrointestinal kanamalar, günümüzde gelişmiş tanı, tedavi yöntemleri ve yoğun bakım şartlarına rağmen mortalitesi yüksek olan ciddi klinik tablolardır. **Olgu Sunumu:** 48 yaşında bayan hasta acil servise ağızdan kan gelmesi şikayeti ile müracaat etti. Hastanın anamnezinden son 4 yılda toplam 5 defa aynı şikayet nedeniyle çeşitli hastanelerde konservatif tedavi gördüğü ve 5 yıl önce koledok taşı nedeniyle hastaya koledokoduodenostomi ameliyatı yapılmış olduğu öğrenildi. Hasta gelişinde şuuru açık oryante, koopere, cilt turgoru ve tonüsü doğal, TA:110/70 mmHg, Nb:84dk idi. Laboratuvar değerlerinden Hgb: 9.2 g/ dL ve INR:0.9 idi. Nazogastrik sondadan beklemiş kan gelmekteydi. Hastaya yapılan gastroskopi mide pıhtı ile doluydu ancak aktif kanama odağı yoktu. Hasta yoğun bakım şartlarında takibe alındı. Uygun replasman tedavisi yapıldı. Takipleri sırasında nazogastrik sondadan aktif drenajı olması ve hemoglobün değerinin 7.5 g/dl'ye gerilemesi üzerine hastaya acil operasyon kararı alındı. Explorasyonda mide de kanama odağı yoktu ancak pilordan mideye kan sızıyordu. Duodenum ikinci kısım açıldı. Koledokoduodenostomi alanından taze kan geldiği görüldü. Koledok explore edildiğinde gastroduodenal arterin buraya fistüle olduğu görüldü. Fistül tamir edilerek gastrodudenal arter bağlandı. Hemostaz sağlandı. Koledok ve duodenum primer tamir edilerek duodenum üzene jejunal patch yapıldı. Operasyon sonrası takiplerinde sorun yaşanmayan hasta şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Büyük damarların gastrointestinal sisteme fistülü nadir fakat mortalitesi yüksek bir gastrointestinal kanama sebebidir. Masif gastrointestinal kanaması olan ve gastrointestinal sisteme yakın lokalizasyonda önceden cerrahi müdahale geçirmiş hastalarda lümen dışı damarların fistülizasyonu da akılda tutulmalıdır. Bu tanı düşünüldüğünde hastaya vakit kaybetmeden, en kısa zamanda cerrahi müdahale yapılmalıdır.

[PB - 238]

Abdominal Ateşli Silah Yaralanmalı Hastada Atipik İyileşme Süreci: Bir Vaka Sunumu

MUSTAFA FEVZİ CELAYİR¹, MEHMET MİHMANLI¹, HÜSEYİN ALKİM², HAKAN MUSTAFA KÖKSAL¹, SİNAN ÖMEROĞLU¹, EVREN BESLER¹, KİNYAS KARTAL¹, MEHMET ULUDAĞ¹

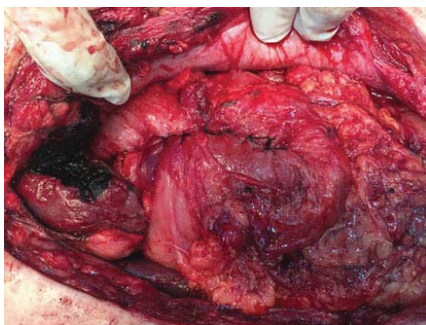
¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

Abdominal ateşli silah yaralanması ile getirilen hastada sol lomber kurşun giriş yeri vardı. Çıkış yoktu. Şokta olan hastaya laparotomi yapıldı. Sol kolon splenik fleksura civarında 3 yerde ve mezosunda, mide ön ve arka yüzde, pankreas kuyruğunda, karaciğer segment 3 de ve sol böbrek alt polde yaralanma tespit edildi. Hastaya segmenter sol kolon rezeksiyonu, uç uca anastomoz, mide ön arka yüz primer onarımı, pankreas kuyruk kanama kontrolü, sol böbrek alt pol onarımı, karaciğer 3 segment kanama kontrolü yapıldı. Postoperatif 7 günde evine yollandı. Hasta 3 gün sonra masif üst gastrointestinal kanama nedeniyle acile başvurdu. Medikal tedavi ile kanama durduruldu. Kontrol endoskopisi normal olan hasta 5. gün taburcu edilecek iken tekrar kanadı. Durumu stabil hale getirilip tekrar endoskopi yapıldı. Endoskopide mide onarımı yapılan yerde jikle eden bir damar görüldü. Endoskopik klipler uygulandı. Kanama durduruldu. Hasta iki gün sonra taburcu edildi. Bir hafta sonra hasta masif üst GİS kanama nedeni ile tekrar acile başvurdu. Medikal tedavi ile durumu stabilize ettikten sonra yapılan endoskopide endoklip ile kapatılan bölgenin oldukça fragil ve ülseroz olduğu ve sızma şeklinde kanadığı görüldü. Bu bölge Spot boya ile işaretlendi. Posttravmatik stress ülseri kanaması ön tanısı ile laparotomi yapıp etkilenen bölgeye mide wedge rezeksiyonu uygulandı. Hasta bir hafta sonra şifa ile taburcu edildi. Tekrar kanaması olmadı. Posttravmatik stress ülser kanamaları genel ağır multi travmalı hastalarda görülür. Çoğu zaman medikal tedavi ile kontrol altına alınır. Ancak yetersiz kaldığı durumlarda endoskopik müdahaleler yararlıdır. Skleroterapi, argon ve/veya elektrokoter ya da endoskopik klipler uygulanabilir. Bunlar da sonuç vermezse re-eksplorasyon yapılması gerekir.



Şekil 1. Endoklip uygulaması.



Şekil 2. Mide Wedge Rezeksiyon.

[PB - 239]

Ateşli Silah Yaralanmasında İncebarsakta Gözden Kaçan Perforasyon ve Tedavisi

MUSTAFA UĞUR¹, CEM ORUÇ¹, SEÇKİN AKKÜÇÜK¹, EROL KILIÇ¹, CEBRAİL YETKİN¹, MUSTAFA ŞAHAN², AKIN AYDOĞAN¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay

Hasar kontrol cerrahisinin başlıca amacı ciddi şekilde yaralanmış hastalarda letal triad olarak bilinen asidoz, hipotermi ve koagülopatinin tolere edilebilir sınırlarda tutulmasını sağlayarak hayatta kalma oranını arttırmaktır. Bu yazıda komşu bir ülkede ateşli silahla yaralanarak ameliyat edilen 21 yaşında ki erkek hastayı sunduk. Hastanın abdominal bölgeden 3 gün önce ateşli silahla yaralandığı, genel durumu kötüyken aynı ülkede ameliyat edildiği ve postoperatif 2. gününde drenajından safralı drenaj olması üzerine hastanemize gönderildiği hasta ile birlikte gönderilen bilgi notundan anlaşıldı. Bu süre içinde hastaya 7 ünite eritrosit süspansiyonu verildiği saptandı. Fizik muayenede genel durum orta-kötü, sistolik kan basıncı 85 mmHg, nabız 126/dakika, aksiller ateş 36,1 C olarak ölçüldü. Karın muayenesinde safra sıvı bulguları bulunan göbek üstü-altı median insizyonu mevcuttu. Sol alt kadranda uç ileostomi ağzı görüldü. Lökosit sayısı 23 000 mm³, hemoglobin 7,8 g/dl, INR 3.5 IU, arteriyel kan gazında Ph değeri 7,18 olarak ölçüldü. Hastaya sıvı elektrolit desteği verilerek hipotermi, asidoz ve hipotansiyonla mücadele edildi. Başvuru anından 8 saat sonra acil ameliyata alındı. Karın içi gözlemede subtotal kolektomi, dört yerde incebarsak onarımı yapıldığı ve uç ileostomi açıldığı görüldü. Treitz ligamanının 150 cm distalindeki incebarsak ansında suture edilmemiş perforasyon alanı görüldü (Şekil 1). Perfore ans karın sağ tarafına yaklaştırılarak loop ileostomi açıldı. Karın Bogota bag tekniği ile kapatılarak hasta yoğun bakıma alındı ve resusitasyonuna devam edildi. Ameliyat 35 dakika sürdü. Takip eden günlerde genel durumu düzelen hasta servise alındı. 10 gün sonra tekrar ameliyata alınarak cildi kapatıldı. Postoperatif 15. günde ileostomilerin kapatılması için randevu verilerek taburcu edildi. Abdominal bölgeden ateşli silahlarla meydana gelen yaralanmalarda birden çok organın yaralanması ve hızla gelişen hemodinamik instabiliteden dolayı hızlı ve etkin bir cerrahi müdahale kararı verilmelidir. Batın içi organlar sistematik olarak değerlendirilmelidir. Hemodinamik olarak instabil hastalarda hasar kontrol cerrahisi uygulanmalı ve ikinci ameliyatta daha dikkatli batın içi gözlem yapılmalıdır. Bu yaklaşımın bazı yaralanmaların gözden kaçmasını engelleyeceği görüşündeyiz.



Şekil 1. Uç ileostomi açılan hastada gözden kaçan incebarsak perforasyonu.

[PB - 240]

Case Report: Iatrogenic Cervical Esophageal Perforation

YÜKSEL KARAKÖSE, GÖKHAN ÇİPE, NESLİHAN KABAY, TALHA ATALAY, ALAATTİN ÖZTÜRK

Fatih Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Background: Esophageal perforations are rare, but life-threatening situations with high morbidity and mortality rate. Perforations can occur in the cervical, thoracic, or abdominal esophagus. Common causes of esophageal perforation include medical instrumentation, foreign-body ingestion, and trauma. The initial signs and symptoms are often nonspecific and lead the emergency health care professional to, initially, make other diagnoses. Management is optimized by prompt recognition and intervention in the context of a multidisciplinary approach. Specific treatment is dependent upon several factors, including clinical status, type and location of perforation, perforation size, concomitant local (esophageal) and systemical pathology, time delay to intervention, available expertise, and hospital equipment. **Case Report:** A case of cervical esophageal perforation due to diagnostic endoscopic examination in a 17-year-old male is described here. The pain was been started during endoscopic management. The patient's hemodynamic status was stabil. Cervical examination was revealed subcutaneous crepitation. Computed tomography scan and water-soluble contrast swallow test demonstrated a cervical esophageal perforation. **Conclusion:** Location of the perforation is one of reliable indicators for choosing treatment strategies. The patient was successfully treated using conservative measures.

[PB - 241]

Abdominal Penetran Travmalı Olgularda Packing Uygulanmasının İrdelenmesi

ŞAHİN KAYMAK, AYTEKİN ÜNLÜ, RAHMAN ŞENOCAK, EMİN LAPSEKİLİ, ALİ KAĞAN COŞKUN, NAZİF ZEYBEK

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Penetran karın yaralanmalarının çoğu ateşli silah ya da kesici-delici aletler ile meydana gelmektedir. Penetran karın travmalarında uygulanması yaygınlaşan hasar kontrol cerrahisinde; hepatic packing, gastrointestinal laserasyonların stapler ile kontrolü, vasküler yaralanmaların ligasyonu ve diğer kanayan alanlara packing uygulaması gibi çok çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Çalışmadaki amacımız packing uygulama sıklığını ve nedenlerini irdelemektir. **Gereç ve Yöntem:** 5 yıllık bir dönemde penetran karın travması nedeni ile takip edilen hasta verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan hasar kontrol cerrahisi ve packing uygulanan hastaların verileri analiz edildi. **Bulgular:** Kliniğimizde penetran karın yaralanması nedeniyle takip edilen 100 hastanın 19'una packing uygulandığı tespit edildi. Hastaların tümü erkekti ve yüksek enerjili travması olan hastalardı. Hastalar ilk ameliyatları dış merkezde yapılarak kliniğimize sevk edilen travma hastalarıydı. Hastaların intraoperatif verileri incelendiğinde; 7'sine karaciğer yaralanması, 4'üne unstabil retroperitoneal hematoma, 4'üne pelvik kanama, 4'üne psoas komşuluğunda kanama nedeni ile packing uygulandığı görüldü (Tablo 1). Hastaların tamamında multiple organ yaralanması mevcuttu. 7 hastaya solid organ yaralanması nedeniyle packing yapılırken 12 hastaya ise vasküler yaralan-

ma nedeniyle packing yapıldı. Tüm hastalara postoperatif 1. veya 2. günde reopere edilerek unpacking yapıldı. Yaralıların hiçbirinde packing işlemine bağlı postoperatif komplikasyon görülmedi. Hiçbir hastada mortalite gözlenmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Penetran abdominal travmaların çoğu rutin ve kontrol edilen şartlarda ameliyat edilirken, yaşamı tehdit edici kanama varlığında ve çok sistemli ağır yaralanmalarda genellikle bu mümkün olmamaktadır. Bu hastalarda hasar kontrol cerrahisi ve özellikle packing uygulaması önemini koruyan ve akılda tutulması gereken bir uygulamadır.

Tablo 1. Yaralılarda packing uygulama yeri ve sayıları

Packing uygulama yeri	hasta sayısı
Karaciğer	7/19
Retroperiton	4/19
Pelvik	4/19
Psoas	4/19

[PB - 242]

Rektum Cerrahisinde Ölümcül Bir Komplikasyon: Sakral Venöz KanamaCOŞKUN POLAT¹, ÖMER FAİK ERSOY¹, NURİYE ÖZDER², CENGİZ ÇETİNKAYA², MUSTAFA ALTUNDAL², RAMİ HOŞKAR², HALİM SÖZBİLİR²¹Karabük Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Karabük²Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Karabük

Masif presakral kanama rektum cerrahisi sırasında oluşabilecek nadir and yaşamı tehdit edici karakterde ölümcül bir komplikasyondur. kolorektal cerrahi sırasında en olumsuz acillerden biridir. %9.4 sıklıktadır ve %4.3'lük bir mortalite oranı vardır. kolorektal cerrahi sırasında özellikle de rekurrent rektal kanser cerrahisi ile yaygın pelvik yapışıklığı bulunan olguların cerrahisi sırasında masif presakral kanamalar oluşabilmektedir. bu intraoperatif komplikasyonun tedavisi amacıyla bone wax, balon tamponandı ve endoskopik stapler uygulaması gibi bazı hemostatik teknikler tanımlanmıştır. Bizde 72 yaşında rektum karsinomu nedeniyle cerrahi işlem yaparken intraoperatif presakral venöz kanama gelişen bir olgumuzu sunmak istedik. Hastamızda intraoperatif olarak total mezorektal eksizyon işlemi sırasında posterior rektum disseksiyonu yapılırken hastamızda aniden masif presakral şiddetli bir kanama oluştu. hemostaz amaçlı birkaç adet sutur koyma girişimi sonrasında kanamanın devam etmesi ve hastanın hemodinamik parametrelerinde belirgin bozulma gerçekleşen hastada presakral venöz kanama alanının üzerine gelecek şekilde batın kompresleri ile packing işlemi yapıldı. Hastanın cildi direkt kapatılarak hasta entube halde yoğun bakıma alındı. kan ve kan ürünleri replasmanları ile intravenöz sıvı resüsitasyonu sonrasında 48 saat kadar yoğun bakımda tutulan hastaya 48. saatde relaparotomi kararı alındı. batın kompresleri ıslatılarak dikkatlice kaldırıldıktan sonra herhangi bir kanama gerçekleşmedi. rektum kanseri nedeniyle daha sonra bir cerrahi işlem yapılmak üzere hasta taburcu edildi. özet olarak, olgumuzda olduğu gibi presakral venöz kanama gibi ciddi bir kanama sonrasında gelişebilecek koagulopati, asidoz ve hipotermi durumlarında hasar kontrol cerrahisi prensiplerine uygun olarak geçici packing'in olgumuzda olduğu gibi hayat kurtarıcı ve güvenli bir cerrahi işlem olduğunu söyleyebiliriz.

[PB - 243]**Laparoskopik Kolesistektomide Trokara Bağlı Mezenter Yaralanması**

AKİLE ZENGİN¹, ŞÜKRÜ AYDIN DÜZGÜN¹, FAİK YAYLAK¹, SEZGİN ZEREN¹, ZÜLFÜ BAYHAN¹, MUSTAFA CEM ALGİN¹, BERCİS İMGE UÇAR¹, MEHMET FATİH EKİCİ²

¹Dumlupınar Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya
²TC Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya

Amaç: Günümüzde artan sıklıkta kullanılan laparoskopik operasyonların en önemli komplikasyonlarından biri trokar yaralanmalarıdır. Trokara bağlı yaralanmalar genellikle ilk trokarın yerleştirilmesi sırasında olmaktadır. Bu olgumuzda laparoskopik kolesistektomi sırasında trokara bağlı oluzun mezenter yaralanmasını sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Altmışsekiz yaşında kadın hasta kolesistiazis nedeni ile laparoskopik kolesistektomi için yatırıldı. Hastanın 6 sene önce geçirdiği myomektomi operasyonuna ait pfnannstiel insizyon skarı mevcuttu. Operasyon sırasında umblikus altından veres iğnesi ile girilerek pnömoperitonyum oluşturulduktan sonra ilk trokar yerleştirildi, eksplorasyonda mezenterde gaz kabarcıkları izlendi. Bunun üzerine subksifoid yerleştirilen ikinci trokardan kamera ile girilerek ilk trokar giriş yeri değerlendirildiğinde ince barsak anslarının batın ön duvarına yapışık olduğu ve trokarın mezenterin hemen barsak komşuluğundan geçerek girdiği görüldü. (Şekil 1) Bu pozisyonda laparoskopik bridektomi yapılarak umblikal bölgeye yapışan barsak ansları serbestleştirildi. Ardından kolesistektomi işlemi tamamlandı. Sonrasında göbek altı trokar insizyonu 4 cm'ye genişletilerek serbestleştirilen barsak ansları ve yaralanan mezenter dışarıya alınarak incelendi. Barsak duvarında mukozaya penetre yaralanma olmadığı görüldü, yaralanan mezenterde hemostaz yapıldı ve barsak karın içine iade edildi. (Şekil 2) Postoperatif 1. gün gaz çıkışı olan ve ağızdan beslenebilen hasta 2. gün taburcu edildi. Postoperatif 21.günde parsiyel barsak tıkanıklığı nedeniyle 3 gün hospitalize edilen ve takibinde şikayetleri geçen hasta önerilerle tekrar taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Trokara bağlı organ yaralanmaları laparoskopik cerrahi komplikasyonları içinde önemli bir yer tutar. Geçirilmiş ameliyatlara bağlı yapışıklıklar visseral yaralanmalar için risk oluşturur. Pfnannstiel insizyon sonrası umbilikal bölgede barsak yapışıklığı orta hat insizyonlara göre daha az beklenmekle beraber yine de visseral yaralanma olabilir. Mezenterde gaz görülmesi gizli bir yaralanma için uyarıcı olmalıdır. Yaralanma saptandığında uygun olgular laparoskopik olarak da tedavi edilebilir. Trokar girişine bağlı visseral yaralanma ameliyat sırasında mutlaka akılda tutulmalı ve şüphelenildiğinde laparoskopik eksplorasyon ile aranmalıdır. Bu yaralanmaların bir kısmı laparotomi gerektiren uygun olgular minimal invaziv cerrahi prensipleri içerisinde yönetilebilir.



Şekil 1



Şekil 2

[PB - 244]**Akut Travmatik Abdominal Duvar Hernisi**

ŞÜKRÜ ARSLAN¹, ERDEM KARADENİZ², NURHAK AKSUNGUR²

¹Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum
²Tekman Devlet Hastanesi, Erzurum

Amaç: Travmatik abdominal duvar hernisi künt karın travmaları sonrasında nadir rastlanan bir durumdur. Künt karın travması sonrasında intraabdominal organlardaki yaralanmaların tanınmasına öncelik verilse de, bu hastalarda abdominal duvar defekti de oluşabilir ve bu durum tanı konulmasının gecikmesi halinde mortalite ve morbiditeyi artırabilir. **Olgu Sunumu:** Araç içi trafik kazası nedeniyle batına künt darbe alan hasta acil serviste değerlendirildi. İnspeksiyonda göbek altında orta hatta ekimoz gözlenen hastada bu bölgeden sola doğru uzanım gösteren kitlesel lezyon palpe edildi. Laboratuvar testlerinde Wbc:13x10³/μ, Hgb:10.2 g/dL ve LDH:541 U/L iken diğer parametreler normaldi. Batın USG'de karaciğer etrafında serbest mayi tespit edilen hastaya çekilen batın BT'de karaciğer etrafında mayi ve batın ön duvarında herniasyon olduğu tespit edildi. Acil laparotomi yapıldı. Batın ön duvarında göbek altında yaklaşık 5 cm çaplı defektten yaklaşık 30 cm uzunluğundaki ince barsak anslarının mezosundan ayrılarak herniye olduğu ve burada perfore olmuş olduğu gözlemlendi. Batın içi kontamine değildi. Karaciğer etrafında barsak mezosundan sızdığı düşünülen yaklaşık 150 cc kan aspire edildi. Hastaya usulünce ince barsak segmenter rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz yapıldı. Orta hattaki defekt batın kapatılırken unblok olarak kapatıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Travmatik abdominal duvar hernisi nadir görülen ve erken müdahale edilmediğinde ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilen bir herni tipidir. Bu nedenlerle künt karın travmalı hastalar değerlendirilirken abdominal duvar herniasyonu olasılığı düşünülmelidir. Bu hastaların radyolojik olarak batın BT ile değerlendirilmesi daha uygundur. Kompartıman sendromuna sebep olmayacaksa herni defektinin primer onarımı uygun bir tedavi yöntemidir.

[PB - 245]**Rektus Kılıfı Hematomunda Acil Cerrahi: Olgu Sunumu**

ŞÜKRÜ ARSLAN¹, ERDEM KARADENİZ¹, NURHAK AKSUNGUR²

¹Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum
²Tekman Devlet Hastanesi, Erzurum

Amaç: Rektus kılıf hematomu nadir görülen ancak akut batın ile karıştırılabilen bir klinik durumdur. Kliniği ve patogenezi iyi tanımlanmış olup tedavisi de çoğunlukla konservatiftir. Genellikle travma, abdominal ameliyatlara, cilt altı ilaç enjeksiyonları, antikoagülan tedavi, hematolojik hastalıklar gibi alta yatan bir nedene bağlı olsa da nadiren kendiliğinden ortaya çıkabilir. Bizim olgumuzda da rektus kılıfı hematomu olan ve medikal tedavi ile stabil hale getirilemeyen hastada cerrahi müdahale ile tedavi sağlanmıştır. **Olgu Sunumu:** 67 yaşında bayan hasta akut miyokard infarktüsü tanısıyla koroner yoğun bakım ünitesinde yatmakta iken hemoglobinin değerlerindeki düşme ve batında şiddetli hassasiyet gelişmesi nedeniyle konsülte edildi. Hasta yoğun bir antiagregan ve anti koagülan tedavi almaktaydı. Gis hemoraji bulguları olmayan hastanın batın muayenesinde umblikus altında yaklaşık 15 cm çaplı bir alanda ekimoz ve ele gelen ağrılı kitlesel imaj mevcuttu. Hastada tansiyon arteryel:110/70 mmHg, nabız:110 atım/dk idi. Laboratuvar değerlerinde Hgb:9.2 g/dl, Plt:220000/UL, Wbc:13800/mm³, INR:2.4 idi. Yapılan abdominal ultrasonografide karın içinde patoloji sap-

tanmazken, sağ rektus abdominus kası içerisinde hematoma ile uyumlu görünüm saptandı. Yapılan abdominal BT'de sağ rektus abdominus kası alt yarısı boyunca uzanan 15x12x10 cm'lik bir alanda kalınlaşma ve heterojenite hematoma olarak yorumlandı. Hasta devir alınarak konservatif tedavi planlandı. Yapılan replasman tedavisine rağmen hemogram değerinin 7,4 g/dl'ye gerilemesi ve kliniğinin bozulması üzerine hasta acilen opere edildi. Yaklaşık 1500 cc hematoma boşaltıldı. Aktif kanayan bir damar bulunamamasıyla beraber kas liflerinden yaygın olarak sızıntı şeklinde kanama tespit edildi ve bu alanlarda bipolar koter yardımıyla hemostaz sağlandı. Takiplerinde hastada komplikasyon gelişmedi, şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Rektus kılıfı hematoma nadir görülen bir durum olsa da sıklıkla akut karın tablosuyla karıştığından gereksiz cerrahi girişimlere neden olabilir. Hastanın antikoagülan kullanımı, cilt altı enjeksiyonlar, şiddetli öksürük gibi öyküsünde yer alan noktalar, dikkatli fizik muayene ve uygun görüntüleme yöntemleri doğru tanının konulabilmesini sağlar ve gereksiz cerrahi girişimleri önler. Genellikle istirahat, analjezi, sıvı replasmanı, kan ve kan ürünleri transfüzyonu ile çoğu hastada konservatif tedavi sağlanabilirken nadiren cerrahi tedavi gerekebilir.

[PB - 246]

Predispozan Risk Faktörü Olmaksızın Ortaya Çıkan Histerektomi Sonrası İntestinal Obstrüksiyon Olgusu

ALPER BAŞBUĞ¹, SAMİ DOĞAN², ALİ YAVUZCAN¹, İSMET ÖZAYDIN², METE ÇAĞLAR¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji ve Obstetrik Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrah, Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: İnce barsak obstrüksiyonlarında başlıca neden majör cerrahi operasyona bağlı gelişen post operatif adezyonlardır. Biz atipili endometrial hiperplazi nedeni ile total abdominal histerektomi operasyonu sonrasında özgeçmişinde geçirilmiş batin operasyonu ve herhangi bir risk faktörü bulunmayan, mekanik obstrüksiyon nedeniyle ileus tablosu gelişen 51 yaşında bir kadın olguyu sunuyoruz. **Olgu Sunumu:** 51 yaşında multipar hastaya atipili endometrial hiperplazi ön tanısı ile göbek altı median insizyon ile tip 1 histerektomi uygulanmıştır. Peropertaif gözlemlenilen herhangi bir intraabdominal adezyon veya lezyon tespit edilmemiştir. Visseral periton, batin ön duvarı kasları ve rektus fasiası absorbable polyglactin suturlerle kapatılmıştır. Postoperatif 2. Günde hasta taburcu edilmiştir. Postoperatif 5. Günde karın ağrısı ve bulantı şikâyeti ile acile servise başvurmuştur. Hastanın yapılan muayenesinde barsak sesleri hipoaktif, batında distansiyonu mevcuttu. Her iki alt kadranda derin palpasyonda hassasiyeti mevcuttu. Vajina muayene normaldi. Hastanın vital bulguları normal. Hematolojik ve biyokimyasal parametreler olağandı. Tüm batin tomografisinde jejunum ve ileum arasındaki pasajın ileri derecede daralmış olduğu gözlemlendi. Oral alımı durdurulan hastaya nazogastrik sonda uygulanarak 72 saat boyunca parenteral hidrasyon ve elektrolit desteği yapıldı. Buna rağmen batin distansiyonu ilerleyen ve ileus tablosunda gerileme olmayan hastaya diagnostik laparoskopik yapıldı. Gözlemlenilen ileum ve jejunum ansları insizyon hattı boyunca visseral peritona dens olarak yapışık izlendi. Laparoskopik olarak adezyonlar açılmaya çalışıldı. Başarı sağlanamaması üzerine laparotomiye geçildi. intestinal obstrüksiyon ve dens adezyona neden olabilecek sütür materyali, yabancı cisim veya enfekte doku izlenmedi. Adezyonlar keskin ve künt diseksiyonla ayrıldı, ileum ve jejunum segmentlerini içeren bar-

sak ansları eksizye edilerek hastaya ileostomi açıldı. **Tartışma ve Sonuç:** İntraabdominal adezyonların gelişmesinde peritoneal yüzeylerde oluşan travmalar, doku oksijenasyonun bozulması, intestinal fistüller, infeksiyon ve yabancı madde varlığı önemli rol oynamaktadır. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi herhangi bir risk faktörü veya cerrahi prensiplerin doğru şekilde uygulandığı ve herhangi bir predispozan faktör bulunmayan hastalarda da postopertaif adezyonlara bağlı intestinal obstrüksiyonun gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

[PB - 247]

Künt Travma Sonrası İzole Sol Diyafram Laserasyonun Laparoskopik Onarımı

SAMİ DOĞAN¹, EMİN SAMİ GÜRLEYİK¹, HARUN GÜNEŞ⁴, MERTAY BORAN², ERTAY BORAN³, ELİF NİSA ÜNLÜ⁵

¹Düzce Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

³Düzce Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce

⁴Düzce Üniversitesi Acil Anabilim Dalı, Düzce

⁵Düzce Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Diyafram yaralanması genelde penetran ve künt travma sonucu oluşur. Künt travmalarda geniş defekt olmaktadır. Bunu nedeni batin içi ani basınç artışı ile batin dışına doğru itilme olur. Bu da genellikle zayıf olan sol diyafram posterolateralindeki alandan olur. Diyaframın sağ tarafını karaciğer güçlü bir şekilde korur. Batin içi organlar; kolon, mide ve dalak göğüs kafesi içerisinde yer değiştirilerek herniye olur. Bazen bu herniye olan dokularda iskemi, ruptür olabilir. Künt travmalarda genellikle çoklu organ yaralanması olur ancak bu vakada nadir olarak gözlenen izole solid sol diyafram ruptürü ve bunun minimal invaziv laparoskopik onarılması anlatılmaktadır. **Olgu Sunumu:** 27 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası nedeniyle acil serviste görüldü. Karın ağrısı ve solunum sıkıntısı olup; fizik muayende TA: 130/80mmHg, NDS: 110/dk, solunum 22/dk (takipneik), vücut sıcaklığı: 36,5 °C idi. Laboratuvarında Hgb:11,7gr/dl, Lökosit:16,500/ml idi. Ayakta direkt batin grafisi, batin ve toraks BT'sinde sol diyafram ruptürü; mide ve kolonun sol toraks boşluğuna yer değiştirdiği görüldü. Hasta daha sonra operasyona alındı. Operasyonda ilk trokar açık teknikle girildi. Batına gaz verilmeden önce midenin geniş bir diyafram ruptür alanından yer değiştirdiği görüldü. Yaklaşık 2 litre batin içerisine gaz verildikten sonra epigastrik ve umblikus sol superiorolateralden 5mm'lik iki adet trokar girişi teleskopik görüş altında yapıldı. Toraks içerisindeki organlar batin içerisine alındı. Kısa süreli tansiyon düşmesi oldu. Daha sonra sol hemitoraksa bir adet göğüs tüpü takıldı. Endotrakeal tüp sağ bronşa itilerek sol lob söndürüldü. 1/0 vycrylle ile diyafram onarıldı. Herhangi bir komplikasyon olmadı. Post op 2. gün göğüs tüpü çekildi. Post op 3. gün taburcu edildi. Hasta bir ay sonraki kontrolünde çekilen grafilerde iyileşmiş olduğu anlaşıldı. **Tartışma ve Sonuç:** Künt travmalarda tek başına sol diyafram ruptürünün görülebileceği, diyafram ruptürlerinin minimal invaziv olarak laparoskopik onarımın nadir yapılsa da mümkün olduğunu, yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.



Şekil 1. CT görüntüsü. Mide toraksdaki görüntüsü.



Şekil 2. Onarılmış hali.

[PB - 248]

Periferik Bir İlçe Hastanesinde Ameliyat Edilen Delici Kesici Alet Yaralanması Ol gusu: Kalbe Nafiz Bıçaklanma

ADEM BAYRAKTAR¹, ERAY MANDOLLU², ABDÜLAZİZ KAYA², ALPER AYTEKİN³, İBRAHİM KOÇ⁴

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

²*Viranşehir Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Bölümü, Şanlıurfa*

³*Viranşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Şanlıurfa*

⁴*Viranşehir Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Şanlıurfa*

Kalp penetran travmalar hayatı tehdit eden hemoraji ve kalp tamponadı gibi ciddi klinik sonuçları nedeni ile önemli travma acillerindedir. Vakaların önemli bir kısmı hastaneye ulaşmadan kaybedilir. Hastaneye ulaşanlarda ise hızlı müdahale prognosu belirler. Biz bu olgumuzda göğüs cerrahisi ve kalp damar cerrahisi uzmanı ile toraks setinin olmadığı periferik bir ilçe hastanesinde genel cerrahi uzmanı tarafından erken dönemde ameliyat edilen bir kalp nafiz bıçaklanma olgusunu sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** Olgumuz 21 yaşında erkek hasta. Delici kesici alet yaralanması (DKAY) nedeni ile hastanemizin acil polikliniğine getirildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ksifoidin yaklaşık 2 cm altında ve 2 cm genişliğinde DKAY ile uyumlu yaralanma alanı saptandı. Vital bulgularında TA:80/60 mmHg, Nb:110/dk, satürasyon oda havasında %80, solunum yüzeysel ve kalp seslerinin derinden geldiği saptandı. Şuur konfü olan ve vital bulguları kötüleşen hasta, merkeze 100 km uzaklıkta olunması, kalp damar cerrahisi ve göğüs cerrahisi uzmanı olmamasından dolayı genel cerrahi uzmanı tarafından acil olarak ameliyata alındı. Tanısal laparotomide batın içi patoloji saptanmadı. Sol anterolateral torakotomi uygulandı. Torakotomi setinin olmadığı birimimizde toraks açıklığı iki adet ru ekartör kullanılarak sağlandı (Şekil 1). Perikardiyotomi ile tamponad sonlandırıldı ve sağ ventrikül anteriorunda ve posteriorundaki yaralanma alanları 2/0 yuvarlak prolen ile primer olarak tamir edildi. Ameliyat sonrası birinci gününde ekstübe, beşinci gününde taburcu edilen hasta sorunsuz olarak hayatına devam etmektedir. **Tartışma ve Sonuç:** Acil servise canlı olarak gelebilen kalbe penetran yaralanmaların hızlı bir şekilde değerlendirilerek zamanında cerrahi girişimlerinin yapılması bu olguların yaşam şanslarını önemli ölçüde arttıracaktır.



Şekil 1. Torakotomi ile kalp yaralanmasına primer tamir. Ru ekartörler ile toraks açıklığının sağlanması ve primer tamir alanı.

[PB - 249]

Erkeklerde Postravmatik Geç Dönem Toraks Duvarı Nekrozuna Neden Olan Meme Absesi

ÖZTEKİN ÇIKMAN, ŞÜKRÜ TAŞ, ÖMER FARUK ÖZKAN, MUZAFFER MUAZZEZ OCAKLI, MUAMMER KARAAVAZ, YILMAZ AKGÜN

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Meme absesi, kadınlarda sık olarak gözükken bir patoloji iken erkeklerde oldukça nadir görülen enfeksiyonlardır. Etiyolojisi tam olarak belli olmamakla beraber literatürde yabancı cisimler ve immün yetmezliğe bağlı sınırlı olgu bildirilmektedir. Erkek cinsiyette bu durumun atlanması sistemik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Çalışmamızda toraks travması sonrası toraks duvarında nekroze neden olan meme absesi sunulması amaçlandı. **Olgu Sunumu:** 46 yaşında erkek hasta sağ memede 10x10 cm'lik ciltte flüktüasyona neden olan kitle nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı olan hastanın 2 ay önce ağır yük kaldırması sonrası toraks duvarında travma hikayesi mevcuttu. Hastanın yapılan rutin tetkiklerinde lökositoz (Wbc: 12000) hariç diğer tetkikleri normaldi. Yapılan aspirasyonda pürülan karakterde mavi gelmesi üzerine hasta operasyona alındı. Meme altından yapılan insizyonla yaklaşık 500 cc pürülan mavi drene edildi. Toraks duvarının nekroze olduğu görüldü. Debritleme sonrası NPWT (Confort) ile pansuman yapılarak operasyona son verildi. Postoperatif günlük kapalı sistem yıkamalı pansumanları ve debritleme yapılarak 6. gün olarak taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Travma sonrası tanı ve tedavide gecikmeye neden olabilecek memesinde şişlik, akıntı gibi yakınmalarla gelen erkek hastaların ayırıcı tanıda meme absesi akılda tutulmalı ve ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Olgumuzda tanın atlanması toraks duvarı nekrozuna neden olmuştur.

[PB - 250]

Toraksa Nafiz Ateşli Silah Yaralanmasında Özofagus Rüptürünün Nonoperatif Takibi

AHMET KOCAKUŞAK, ADNAN HUT, DOĞAN YILDIRIM, ŞEVKİ PEDÜK, GAMZE ÇITLAK, FAZİLET ERÖZGEN, AKIN ÜNAL, MÜRŞİT DİNCER, TURGAY YILDIZ, MAHMUT SAİT DEĞERLİ, LEYLA ZEHRA TİGREL, YUSUF YUNUS KORKMAZ

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Travmatik özofagus yaralanmalarında 24-48 saat içinde cerrahi tedavi genel kabul gören yaklaşım olsa da bazı seçilmiş hastalarda özellikle çok erken veya çok geç başvurularda nonoperatif tedavi konusunda ayrı deneyim de oluşmaya başlamıştır. Travmatik özofagus yaralanmalarında durumu stabil hastalarda özellikle carina bölgesindeki perforasyonlarda agresif cerrahi ile ameliyat edilmeden kısa süreli yakın takip arasında net bir karar oluşmamıştır. Her iki grup arasında da mortalite ve morbidite arasında benzer sonuçlar bildirildiğinden bazı şartlar oluştuğunda ameliyat gectirilebilmekte ve hastalar tam şifa ile taburcu edilebilmektedir. Acil şartlarında hastanemizde göğüs cerrahisi bulunmadığı için genel cerrahi kliniğimizde izole toraks travması başvurusu oldukça nadir olduğundan 42 yaşında erkek hasta yürüyerek acil servisimize vital bulguları stabil olarak başvurmuş ve taburcu edilene kadar süren tedavi seyri ile sunulmuştur. Toraksa sol önden giren ve sağ arkadan çıkan kurşunun bilateral kot kırıkları ve hemopnömotoraks ne-

deni ile bilateral tüp torakostomi uygulanmıştır. Acil komuta merkezi tarafından tarafımıza yönlendirilen toraks cerrahi ile hasta; hem hastanemizde, hem de 48 saat sonra hastayı devralan göğüs cerrahi kliniğinin yoğun bakımında yakın takipler sonucu tekrar tarafımıza sevk edilmiş ve mükerrer yatışının 7. gününde taburcu edilmiştir. Hastanemizde geçen ilk 48 saatte çekilen oral kontrastlı 3. BT sinde carina bölgesinde minimal tam kat kendini sınırlamış olan perforasyon tespit edilmiştir. İlk 48 saat lökositoz, solunum sıkıntısı ve ateş gelişmeyen hastaya oral alımının tam kısıtlanması, nazogastrik takılması, geniş spektrumlu antibiyoterapi ve uyutulmadan ancak analjezi uygulanarak yoğun bakım takibi ile sık değerlendirme uygulanmıştır. Olası mediastinitis takibi için sevk edildiği göğüs cerrahi kliniğinden hiç ateşi olmadan ve vital bulguları daima stabil olarak geri geldiğinde ikinci yatışının 8.günü oral başlanmış ve tüpleri çekilmiştir. Karina bölgesindeki özofagus tamirlerinin cerrahi açıdan en kolay bölgelerden biri olmaması nedeni ile ameliyat edilmeden takip edilebilecek seçilmiş bir hasta grubu olduğunu düşünmekteyiz, ancak yüksek operatif mortalite ve iyileşme beklentisinin çok yüksek olmadığı bu hasta grubunda çekinmeden acil cerrahi kararını almak daha kolaydır.



Şekil 1. Sağ toraks arkadan çıkış. Özofagusu minimal rüptüre ederek mediasteni geçen kurşun sağ arkadan çıkmış ve bilateral kot kırıklarına ek olarak bilateral hemopnömotoraksa sebep olmuştur.



Şekil 2. Sol toraksa önden giriş. Kotları kırarak son önden giren kurşun özofagus ile aorta arasına doğru trase izlemektedir.

[PB - 251]

Künt Karın Travması Nedeniyle İnterne Edilen Hastalarımızın Takip ve Tedavi Sonuçları

TUĞRUL ÖZDEMİR, BÜŞRA BURCU, TUNÇ EREN, JÜLİDE SAĞIROĞLU, ORHAN ALİMOĞLU

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada künt karın travmasına bağlı yaralanma nedeniyle yatan hastalarımızın takip sonuçlarını sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013 ile Eylül 2015 arasında künt karın travmasına bağlı yaralanma nedeniyle kliniğimizde yatarak tetkik ve tedavi edilen 64 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, travma mekanizması, yaralanan karın içi organlar, ortalama yatış süresi, takip ve tedavi şekli, ek travma bulguları ve hemogram parametreleri açısından değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların 45'i (%70) erkek, 19'u (%30) kadın olup ortalama yaş 39.7 (18-92) saptandı. Hastaların 30'u (%46.9) yüksekten düşme, 4'ü (%6.3) motorsiklet kazası, 25'i (%39.1) trafik kazası, 3'ü (%4.7) evde düşme, 2'si (%3.1) darp nedeniyle yatırıldı. Ortalama yatış süresi 3.1 gün (1-15) hesaplandı. Dalak yaralanması saptanan 10 (%15.6) hastanın 2'sine (%3.1) Grade 4 laserasyon nedeniyle acil splenektomi yapılırken karaciğer yaralanması saptanan 9 (%14.1) hastanın 1'ine (%1.6) Grade 4 laserasyon nedeniyle acil laparotomi ve karaciğere primer tamir, 1 (%1.6) hastaya ise ince bağırsak perforasyonu saptanması üzerine acil laparotomi ve kısmi ince bar-

sak rezeksiyonu uygulandı. 44 (%68,8) hasta fizik muayene ve görüntüleme sonuçlarına göre konservatif olarak tedavi edildi. Hastaların 32'sinde (%50) başvuru sırasında lökositoz mevcuttu. **Tartışma ve Sonuç:** Klinik, laboratuvar ve fizik muayene bulguları stabil olan hastalar yakın klinik takip ile non-operatif olarak tedavi edilebilirler.

[PB - 252]

Künt Batın Travmasına Bağlı İzole Bağırsak Perforasyonu Üç Olgu Sunumu

OĞUZ HANÇERLİOĞULLARI, MAHMUT YILMAZ, ZAFER KILBAŞ, EMİN LAPSEKİLİ, MEHMET İNCE, NAIL ERSÖZ

GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Karın travmaları kafa ve göğüs travmalarından daha az ölümcül olmalarına rağmen, kendisine bağlı ölümlerin erken tanı ve tedavisi yapıldığında en yüksek oranda önenebilir travma grubu olması nedeni ile önemini korumaktadır. Bu tür travmalar sonrasında genelde solid organ hasarları akla gelir ve araştırılır, içi boş organ perforasyonu ise nadirdir ve öncelikli olarak değerlendirilmez. Çalışmamızda, künt batın travması sonrası gelişen izole ince bağırsak perforasyonu 3 olgumuzu sunmayı ve klinik yaklaşımımızı paylaşmayı amaçladık. Olgularımızda tanı koymada gecikilen olgular, tanı koymada gecikme sonucu batın içi yaygın kontaminasyon gelişen septik tabloyla üst merkeze sevk edilen hasta ve yandaş hastalıkları nedeni ile tedavi süresinin beklenilenden uzun süren hastanın fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri yapılan operasyonlar ayrı ayrı değerlendirilecektir. **Çıkarımlar:** Künt batın travması sonrası izole ince barsak perforasyonu nadir olarak görülür. Künt travma sonrası sıklıkla solid organlarda yaralanma daha sık görülür ve daha erken dönemde bulgu verir. Genellikle bu olguların yapılan peritoneal lavaj (+) olarak değerlendirilmektedir. Ancak içi boş organ perforasyonu son derece nadir görülmekte, bu durumda yakınmalar daha geç ortaya çıkabilmekte ve intraabdominal serbest hava gözlenmesi perforasyonu desteklemektedir. İnce perforasyonun erken tanısı morbidite ve mortalitenin azaltılmasında oldukça önemlidir. Künt batın travmalı hastalar, erken dönemlerde klinik tablo sessiz seyredebilmektedir. Ayrıca içi sıvı ve hava dolu barsakların geç dönemde iskemiye sekonder perforasyon gelişebileceği unutulmamalıdır. Bu yüzden travmalı olguların bir süre gözlem altına alınmalı sık fizik muayene ile takip edilmesi erken tanı için oldukça önemlidir. Travmalı olgularda Bilgisayarlı tomografi serbest hava ve serbest sıvının değerlendirilmesinde daha kesin sonuçlar verir. Ayrıca hastayı acil opere etmeden önce olası morbidite ve mortaliteyi azaltmak için hastanın replasman tedavileri yapılması profilaktik antibiyoterapisinin yapılmalıdır. Yaşlı hastalarda aspirin kumadin gibi ilaç kullanma öyküsü olan hastalar için kanama pıhtılaşma sorunu ile karşılaşılabilceği, kontaslı çekilen BT sonrası üre, kreatin değerinde yükselme görüleceği unutulmamalıdır. Ayrıca operasyon öncesi mutlaka hastanın ve/veya yakınının ostomi açısından bilgilendirilmesi ve onayı alınarak gerekmektedir.

[PB - 253]

Batına İştirakli Şarapnel Yaralanması Olgusunda Konservatif Tedavi ve Gereklilik Halinde Minimal İnvaziv Cerrahi Planlaması

ŞAHİN KAYMAK, YAŞAR SUBUTAY PEKER, RAMAZAN YILDIZ, TANER YİĞİT, NAZİF ZEYBEK

GATA Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Travma, tüm yaşlarda en sık üçüncü ölüm nedenidir. Abdominal travma ise travmaların çoğunluğunu oluşturmakta ve %30 mortaliteyle seyretmektedir. Doğru yönetilen abdominal travmalarda mortalitenin %5'e kadar düştüğü bildirilmiştir. Olgu sunumumuzda amacımız, günümüzde halen tartışılan penetran abdominal travmaya konservatif-minimal invaziv yaklaşımla ilgili olarak tecrübemizi paylaşmaktır. **Olgu Sunumu:** 33-yaşında erkek hasta, batına iştirakli şarapnel yaralanması sonucunda acil servise başvurdu. İlk değerlendirmede, hemodinamik olarak stabil olan hastada abdominal şarapnel yaralanmasının olduğu ve peritoneal iritasyon bulgusunun olmadığı görüldü. Fizik muayenede umblikusun 4cm üzerinde düzensiz sınırlı giriş deliği gözlemlendi ancak çıkış deliği gözlemlenemedi. Abdominopelvik BT incelemede, splenik-fleksura komşuluğunda, transvers kolon mezosuna oturmuş 6.6x13.5 mm'lik yabancı cisim görüldü. Yaralanma sonrası geçen 2sa içinde hemodinamisi stabil seyreden hastaya acil laparotomi yerine konservatif tedavi ile yakın takip, ihtiyaç durumunda laparoskopik batın eksplorasyonu planlandı. Oral alımı kesilip IV destek ile 2 gün takip edilen hasta, genel durumunda kötüleşme olmaması üzerine oral alımı açılarak 2 gün daha takip edildi ve cerrahi gereksizdir yaralanmanın 4. gününde taburcu edildi. Hasta, gerekliliğinde ileri tarihli laparoskopik eksplorasyon ve yabancı cisim ekstirpasyonu hakkında bilgilendirildi. İki yıldır takip edilen hastanın cerrahi gerektirir şikayeti olmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Geçerliliğini kaybetmeye başlayan görüşe göre, abdominal travmalarda peritoneal yaralanma varsa cerrahi eksplorasyon şarttır. Günümüzde bazı ileri travma merkezlerinde, hemodinamisi stabil hastalara yakın takip-fizik muayene ve ileri tetkik ile hemodinamisinin bozulmaması-peritoneal iritasyon bulgularının gelişmemesi durumunda, konservatif tedavi planlanmaktadır. Verilere göre, kesici-delici alet yaralanması sonrası %23-53, ateşli silah yaralanması sonrası %5-27 gereksiz laparotomi uygulanmaktadır. Bu, artmış morbidite-mortalite, komplikasyon ve maliyete neden olmaktadır. Ancak yapılan araştırmalar, peritoneal iştirakli abdominal yaralanmalarda gereğinden fazla konservatif tutumun da acil patolojilerin atlanmasına neden olarak, morbidite-mortaliteyi arttırdığını göstermiştir. Gereksiz laparatomiler veya atlanmış abdominal organ yaralanmalarına sonrası morbiditenin engellenmesinde laparoskopik eksplorasyon güvenli bir yöntemdir. Bu nedenle, sunulan olguda olduğu gibi, ileri travma merkezlerinde, seçilmiş hastalarda, yakın gözlem ile peritonla iştirakli abdominal yaralanmaların konservatif takibini ve gerekirse elektif minimal invaziv eksplorasyonu önermekteyiz.



Şekil 1. PA ayakta direkt karın grafisinde şarapnelin yerleşimi.



Şekil 2. Lateral ayakta direkt karın grafisinde şarapnelin yeri.

[PB - 254]

Penetran Karın Yaralanmalarına Bağlı Diyafragma Yaralanmalarının Değerlendirilmesi

ŞAHİN KAYMAK, ALİ KAĞAN COŞKUN, MAHMUT YILMAZ, RAHMAN ŞENOCAK, EMİN LAPSEKİLİ, NAZİF ZEYBEK

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi AD. Ankara

Amaç: Diyafragmatik yaralanmalar künt ya da penetran travmalardan kaynaklanabilen ve nispeten nadir görülen yaralanmalardır. Biz bu çalışmamızda penetran karın yaralanmalarına eşlik eden diyafragma yaralanmalarını değerlendirmek istedik. **Gereç ve Yöntem:** 3 yıllık bir dönemde Genel Cerrahi kliniğinde tedavi görmüş olan penetran karın travması ve eşlik eden diyafragma yaralanması olan hastaların kayıtları incelendi. **Bulgular:** Toplam 14 hasta tespit edildi (E/K: 13/1). Yaralıların 12'sinde yüksek kinetik enerjili silah yaralanması, 2'sinde ise düşük kinetik enerjili silah yaralanması tespit edildi. Tüm hastalarda çoklu organ yaralanması saptandı. 8 hasta da sağ, 6 hasta da ise sol tarafta diyafragma yaralanması tespit edildi. Bunlardan 9 tanesi penetran etki ile yaralanırken, diğerleri blast etki ile yaralanmıştı. Diğer yaralanan organlar en çoktan en aza karaciğer, kolon, dalak, akciğer, mide, böbrek, ince barsak ve pankreas olarak sıralandı (Tablo 1). Hastalarda, anastomoz kaçağı, kanama, abse ve enfeksiyon ile ilişkili %25 oranında postoperatif komplikasyon görüldü. Yaralıların hiçbirinde mortalite gözlemlenmedi. **Tartışma ve Sonuç:** Diyafragma yaralanması penetran abdominal travmalı hastalar arasında çok yaygın değildir. Ama üst karın bölgesindeki mermi veya şarapnel yaralanmaları direkt etki ile olmasa bile blast etki ile diyafragmayı içeren künt yaralanmaya sebep olabilir. Bu durumun istenmeyen komplikasyonlara yol açabileceği akılda tutulmalıdır.

Tablo 1. Diyafragma ve penetran karın yaralanmalarında yaralanan diğer organların dağılımı

Yaralanan organ	Yaralanma sayısı	Oran (%)
Karaciğer	6	6/14 (%43)
Kolon	6	6/14 (%43)
Dalak	5	5/14 (%35)
Akciğer	4	4/14 (%28)
Mide	4	4/14 (%28)
Böbrek	4	4/14 (%28)
İnce barsak	3	3/14 (%21)
Pankreas	1	1/14 (%7)

[PB - 255]

Batına Nafiz Olmayan Penetran Yaralanmada Dalak ve Böbrek Hasarı; Olgu Sunumu

ŞAHİN KAYMAK¹, EMİN LAPSEKİLİ¹, MAHMUT YILMAZ², RAHMAN ŞENOCAK², NAZİF ZEYBEK¹, ORHAN KOZAK²

¹GATA Harp Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara

²GATA Genel Cerrahi Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ateşli silah yaralanmalarında; özellikle yüksek kinetik enerjili silahlarla olan yaralanmalarda blast etkisi nedeniyle oluşan geçici kaviteye bağlı olarak, mermi trasesi üzerinde olmayan organlarda da yaralanmalar görülebilmektedir. Biz bu olgu sunumu ile batına nafiz olmayan bir yüksek kinetik enerjili yaralanma da blast etkinin intraabdominal doku ve organlarda hasar oluşturabileceğini vurgulamayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 26 yaşında erkek hasta yüksek kinetik enerjili ateşli silah yaralanması nedeniyle başvurduğu dış merkez acil servisinde yapılan fizik muayenesinde sol subkostal bölgede ve posterior aksiller hat üzerinde muhtemel kurşun giriş/çıkış delikleri görülmüş. Genel durum bozukluğu sebebiyle hasta acil ameliyata alınmış. Eksplorasyonda batına nafiz bir yaralanma ve intraabdominal bir mermi trasesi tespit edilememesine karşın, batın içinde yaklaşık 500 cc hemorajik mayii olduğu görülmüş. Dalakta ve sol böbrekte grade 4 yaralanma tespit edilen hastaya splenektomi ve nefrektomi yapılmış. Postoperatif dönemde hastanın statüsünün ve tıbbi takibinin ileri bir merkezi gerektirmesi sebebiyle hasta kliniğimize sevk edilmiştir. Kliniğimizde hastanın mevcut mermi giriş ve çıkış deliklerinden pürülan vasıflı geleni olması, vital bulgularının bozulması ve lökositoz (18300/mikroL) yüksekliği nedeni ile reopere edildi. Yapılan batın içi eksplorasyonda bir patoloji saptanmadı. Mermi trasesi eksplore edildiğinde ise cilt altının tamamen dekole olduğu görüldü. Buradaki nekrotik ve enfekte dokular eksize edilerek bu alana Vakum Yardımlı Yara Tedavisi (VAC) uygulandı. Müteakip VAC uygulamalarını takiben hastanın mevcut yaralanma bölgesindeki açıklık primer olarak yaklaştırıldı ve cilt greftlemesi ile kapatılarak hasta taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Yüksek kinetik enerjili ateşli silah yaralanmalarında mermi çekirdeğinin sahip olduğu enerjinin büyük bir kısmı geçici kavite oluşturmak için harcanır. Geçici kavitenin oluşumundaki ana etken merminin vücut içerisinde yaptığı takla hareketidir. Oluşan bu geçici kavite içerisindeki organ, doku ve damarlarda yırtılma ve kopmalar meydana gelebilmektedir. Yüksek kinetik enerjili ateşli silah yaralanmalarında cerrahi tedavi planlanırken blast etki mutlaka akılda tutulmalıdır.



Şekil 1. VAC uygulaması sonrasında belirgin düzleme gösteren yara.



Şekil 2. Cilt greftlemesi sonrasında yaranın görünümü.

[PB - 256]

Künt Batın Travmasına Bağlı Gelişen İzole Adrenal Adenom Hematomu

MEHMET FATİH EKİCİ¹, SEZGİN ZEREN², ZÜLFÜ BAYHAN², MURAT SEYİT³, FAİK YAYLAK², FATMA CAN⁴

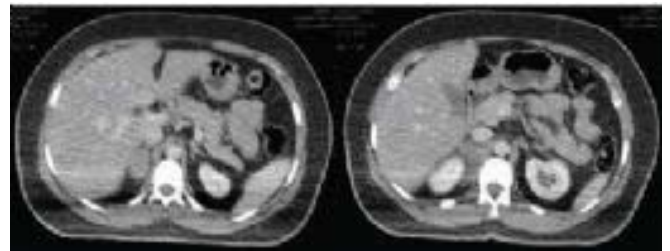
¹Sağlık Bakanlığı D.P.Ü. Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya

³Sağlık Bakanlığı D.P.Ü. Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Kütahya

⁴Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Kütahya

Adrenal bez yaralanmaları, motorlu taşıt kazaları, düşmeler, spor yaralanmaları sonucunda görülen yaralanmalardır. Adrenal bez yaralanması, travmaya bağlı organ yaralanmalarında %2-3 oranında görülür. İzole olarak adrenal bez yaralanması ise oldukça nadirdir. 45 yaşında acil servise araç dışı trafik kazası ile getirilen hastanın genel durumu iyi, şuuru açık olan hasta sağ üst kadranda ve lomber bölgede ağrı tariflemekte idi. Fizik muayenede sağ kosta vertebral açı hasasiyeti, ve sağ üst kadranda hasasiyeti vardı. İntravenöz kontrastlı batın tomografi tetkiki yapıldı. Sağ sürrenal bez lojunda 33x23mm boyutta solid lezyon ve komşu yağlı dokuda posttravmatik hemoraji ile uyumlu çizgisel dansite artışı saptandı (Şekil 1). 8 hafta sonra yapılan kontrol ultrasonografisinde sağ sürrenal lojda 17x25 mm boyutta düzgün sınırlı hipoekoik solid adenom ile uyumlu lezyon izlendi. Olguya 8 ay sonra renal taş nedeniyle batın BT tetkiki yapılmış, sağ sürrenal bez boyutunda azalma ve 25x12 mm. boyutta adenom saptanmıştır (Şekil 2). Adrenal bez travmalarında %60 oranında sağ adrenal bez yaralanır. Literatürle uyumlu olarak bizim olgumuzda da izole sağ sürrenal hematoma izlendi. Adrenal yaralanma, komşu organ veya iskelet sistemi yaralanmaları ile birlikte görülür, izole adrenal yaralanma ise çok nadirdir. Genelde yaralanma kendini sınırlar, yoğun bakım tedavisi gerektirmez. Ağrı gibi spesifik olmayan şikayet ve fiziki değerlendirmede hassasiyet, defans benzeri bulgulara rastlanır, laboratuvar incelemelerinde spesifik tanıya yardımcı özellikli bulgular görülmez. İzole adrenal hematoma oranı tüm adrenal yaralanmaların sadece %4'ünde görülür. Kontrastlı ince kesit tomografi tanıya en çok yardım eden görüntüleme yöntemidir, adrenal hematoma bağlı yuvarlak veya oval görünüm, bez konturlarında silinmeye yol açan hemoraji, bez boyut artışı, adrenal kitle görünümü ve periadrenal kanamadır. Ultrasonografinin ucuz maliyetli, kolay uygulanabilen takip aracı olduğunda belirtilmiştir. MR görüntülemesinde, organize olmuş adrenal hematoma hemanjiomlarla karıştırılabileceği belirtilmiştir. İzole adrenal hematoma oldukça nadirdir, travma vakalarında acil ultrason uygulamasında gösterilecek dikkatle yakalanabilir, tomografi ise altın standart olarak tanıda düşünülmelidir. Konservatif takip ve tedavi genelde yeterlidir.



Şekil 1. Sağ sürrenal bez lojunda 33x23mm boyutta solid lezyon ve komşu yağlı dokuda posttravmatik hemoraji ile uyumlu çizgisel dansite artışı.



Şekil 2. Sağ sürrenal bez boyutunda azalma ve 25x12 mm. boyutta adenom.

[PB - 257]

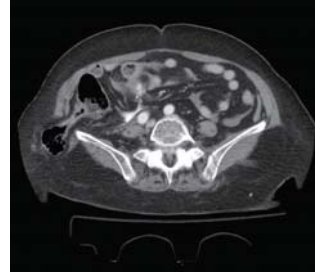
Künt Travmaya Bağlı Nadir Görülen Yaralanmalar: Travmatik Abdominal Herni (Vaka Sunumu)

ADNAN ÖZPEK¹, METİN YÜCEL¹, İSMAİL KABAK¹, SUAT AKTAŞ¹, İLYAS KUDAŞ¹, ESRA İLK¹, GÜRHAN BAŞ¹, ORHAN ALİMOĞLU²

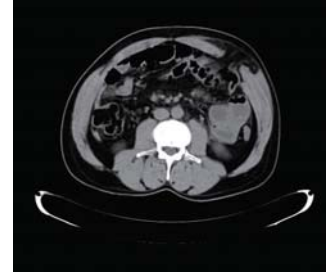
¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Künt travmaya bağlı akut abdominal herni oldukça ender görülen bir yaralanma şeklidir. Uluslararası İngilizce yayınlarda az sayıda vaka bildirilmiştir. Bu çalışmada, künt travmaya bağlı abdominal herni tanısı koyduğumuz 2 hastayı vaka takimi olarak sunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Künt travma nedeniyle kliniğimize yatırarak takip ve tedavi ettiğimiz hastalardan, travmatik abdominal herni mevcut olan 2 hasta klinik özellikleri ve Bilgisayarlı Tomografi(BT) bulgularıyla birlikte sunuldu. **Olgular:** HASTA 1- Araç dışı trafik kazası sonucu yaralanma nedeniyle takip ve tedavi ettiğimiz 70 yaşında kadın hastanın hemodinamisi stabildi. Fizik muayenede pelviste ve sağ karın bölgesinde hassasiyet mevcuttu. Sağ lomber bölgede ekimoz ve ağırlı redüktabl kitle palpe ediliyordu. IV kontrastlı BT incelemede pelviste multipl fraktür ve sağ lomber bölgede akut travmatik herni tespit edildi (Şekil 1). Hastanın ilk başvuru Hct/Hb ve lökosit değerleri sırasıyla 32/10 ve 20.400/mm³ ölçüldü. Takibinin 24. saatinde Hct/Hb değerlerinin 22/7 ölçülmesi üzerine 2Ü. eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulandı. Nonoperatif olarak takip edilen hastanın takiplerinde hemodinamisi stabil seyretti, peritonit bulguları gelişmedi ve takibin 6. gününde taburcu edildi. Travmatik lomber herni için 6 hafta sonra elektif operasyon planlandı. HASTA 2- Düşme sonucu yaralanma nedeniyle kliniğimizde yatırarak takip ve tedavi ettiğimiz 36 yaşında erkek hastanın hemodinamisi stabildi. Fizik muayenede karın sol tarafta hematom ve hassasiyet mevcuttu. IV kontrastlı BT incelemede karaciğerde Grade I subkapsuler hematom ve sol rektus kasi lateralinde Spiegel hattında akut travmatik herni tespit edildi (Şekil 2). Hastanın ilk başvuru Hct/Hb ve lökosit değerleri sırasıyla 43/15 ve 18.500/mm³ ölçüldü. Nonoperatif olarak takip edilen hastanın takiplerinde hemodinamisi stabil seyretti, peritonit bulguları gelişmedi ve takibin 2. gününde taburcu edildi. Hasta 5 ay sonra elektif olarak ameliyat edildi. Ameliyatta herni kesesi içindeki omentum karına reddedildi ve fasya defekti prolen mesh ile onarıldı. Postoperatif 38 aylık takibinde herhangi bir komplikasyon ve nüks saptanmadı.



Şekil 1. Hasta-1'in BT bulgusu (travmatik sağ lomber herni).



Şekil 2. Hasta-2'nin BT bulgusu (travmatik sol Spiegel hernisi).

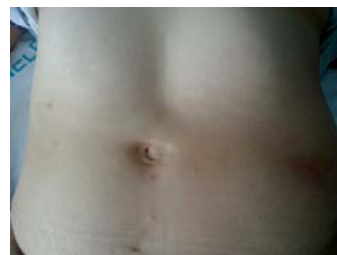
[PB - 258]

Hayvan Tepmesine Bağlı Batın Duvarı Rüptürü

ELİF ÇOLAK, ALPER CEYLAN, GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK, KADİR YILDIRIM

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Büyükbaş hayvanlardan dolayı oluşan travmalar kırsal kesimde yaşayan insanlar açısından önemli bir sağlık riski oluşturmaktadır. Bu travmalar sırasında yüksek enerji transferinden dolayı vücudun çeşitli bölgelerinde künt ve penetran yaralanmalar olabilmektedir. Bu tarz yaralanmalar genç yaşlarda ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Hayvan darbesi ile ciltte laserasyon olmadan batın duvarı rüptürü oluşan 45 yaşında kadın hasta sunulmuştur. Hasta acil servise getirildiğinde genel durumu orta, şuuru açık idi. Yaklaşık 2 saat önce karın sol tarafından öküz darbesi aldığını ifade etti. Tansiyon arteriyel 100/60 mmHg, nabız:72/dk idi. Baş-boyun ve toraks muayenesi doğaldı. Batın sol lomber bölgede hassasiyet mevcuttu. Ciltte laserasyon yoktu (Şekil 1). Batın duvarında 7x7cm lik endure kitle (hematom?) palpe edildi. Tam kan sayımında lökosit sayısı 9,7 10³/µl, hemoglobin:12,2 gr/dl, hematokrit 35,9 % idi. Biyokimyasal parametrelerinde anormal bulguya rastlanmadı. Çekilen batın tomografide batın duvarında sol lomber bölgede 7x7 cm lik defekt ve herniye barsak ansları ve çevre kas yapılarında ödem tespit edildi. Sol parakolik alanda mayi mevcuttu. Hasta bu bulgularla ameliyata alındı. Sol lomber bölgeden paramedian insizyonla cilt ciltaltı geçildi. Yaklaşık 7x7 cm lik defekt ve herniye ince barsaklar gözlemlendi. (Şekil 2, 3). Defekt içerisinden batın içi organlar eksplere edildi. Sol kolon mezosunda 5x5 cm lik hematoma mevcuttu. Başkaca bir patolojiye rastlanmadı. Hematom çevresi mezokolonda kanama kontrolü yapıldı. Kolon beslenmesi iyi idi. Parçalı kas ve fasya defekti no 1 PDS ile primer onarıldı (Şekil 4). Postoperatif durumu stabil seyreden hasta 3. günde şifa ile taburcu edildi. Büyükbaş hayvanlarla oluşan yaralanma esnasında, yüksek enerji transferinden dolayı vücudun çeşitli bölgelerinde künt ve penetran yaralanmaların her ikisi de oluşabilmektedir. Bunların çoğunluğu ekstremitelerde yaralanması şeklindedir. Hayvan darbesinin ciltte laserasyon oluşturmaksızın ciddi yaralanmalara yol açması bakımından bu vaka ilgi çekicidir. Yaralanan bölgenin dikkatli muayenesi ve görüntüleme yöntemleri ile bu tarz yaralanmaların erken tanınması ve zamanında müdahale önem arz etmektedir.



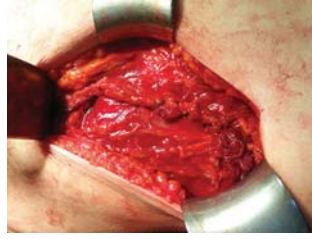
Şekil 1. Sol lomber bölgede hiperemi.



Şekil 2. Batın duvarında parçalı rüptür ve herniye barsak ansları.



Şekil 3. Defekt çapı yaklaşık 7x7 cm.



Şekil 4. Onarım sonrası görünüm.

[PB - 259]

Penetran Diyafragma Yaralanmalarında 10 Yıllık Deneyimimiz

CEMAL KAYA, EMRE BOZKURT, PINAR YAZICI, UYGAR DEMİR, ÖZGÜR BOSTANCI, SİNAN ÖMEROĞLU, RIZA GÜRHAN İŞİL, MEHMET MİHMANLI

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Diyafragma yaralanmaları sıklıkla çoğul organ yaralanmaları ile birlikte olup ilk başvuru anındaki tanı güçlüğü, morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli nedendir. Bu çalışmamızda penetran diyafragma yaralanması olan hastalara uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımları retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2005 ile Ağustos 2015 tarihleri arasında, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde penetran travmaya bağlı gelişen diyafragma yaralanması olan 24 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, tanı yöntemleri, eşlik eden yaralanma, tedavi yöntemleri ve morbidite, mortalite açısından incelendi.

Bulgular: Hastaların 1'i kadın 23'ü erkek olup yaş ortalaması 28.4 (16-65) idi. Travma sebebi 6 hastada ateşli silah yaralanması (ASY), 18 hastada ise delici kesici alet yaralanması idi. Hastalarda en sık rastlanan şikayetler göğüs ağrısı, karın ağrısı ve nefes darlığı idi. Bütün hastalara torakoabdominal tomografi çekildi, 8 hastada tomografide diyafragma yaralanması düşünüldü, 2 hasta diagnostik laparoskopi sırasında ve 14 hasta ise eşlik eden abdominal organ yaralanması nedeniyle yapılan operasyon sırasında tanı kondu. 22 hastada sol diyafragma yaralanması, 2 hastada sağ diafragma yaralanması tespit edildi. 1 hastada izole diafragma yaralanması tespit edildi, 23 hastada diyafragma yaralanmasına ek olarak çeşitli organ yaralanmaları olduğu görüldü, en sık yaralanan organ dalak idi. Tüm hastalarda diyafragma nonabsorbable sütürlerle iki kat üzerinden tamir edildi. 9 Hastada postoperatif komplikasyon gözlemlendi (4 hastada yara yeri enfeksiyonu, 4 hastada ateletaksi ve 1 hastada batın içi hematoma), ortalama yatış süresi 6,2 gün idi. Bir hasta ameliyat esnasında bir hasta da ameliyattan sonraki ilk 24 saat içerisinde ex oldu, mortalite oranı % 8.33 idi. **Tartışma ve Sonuç:** Penetran üst batın ve toraks yaralanmalarında, özellikle batın içi organ yaralanması olan hastalarda diyafragma yaralanması eşlik edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle ameliyat sırasında eksplorasyonda mutlaka incelenmelidir.

[PB - 260]

Şanslı Bir Ateşli Silah Yaralanması

MEHMET ALİ GÖK¹, İSLAM ÇALIŞKAN¹, CİHAN GÖKLER¹, ÖZGÜR EKİCİ²

¹Şırnak Silopi Devlet Hastanesi, Şırnak

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel, Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Mortal seyredebilecek bazı ateşli silah yaralanmaları, bazen şans eseri hafif hasarlarla atlatılabilmektedir. Bu yazıda ateşli silah yaralanması nedeniyle acil servisimize gelen, şans eseri kurşunun göğüs ön duvarı ile cilt altında ilerleyerek klavikula kırık duran, ciddi yaralanmalara yol açmayan bir olgu sunuldu. **Olgu Sunumu:** Otuz yaşında erkek hasta, acil servimize ateşli silah yaralanması nedeniyle getirildi. Terör olaylarının yaşandığı bölgede çatışma sırasında göğsünün sol tarafından vurulan polis memuru arkadaşları tarafından hastaneye getirildi. Kan basıncı: 110/70 mmHg, nabız: 110/ dk, solunum sayısı: 20/dk, ateş: 36,7oC idi. Yapılan fizik muayenede, hastanın göğsünün sol tarafında, 3. interkostal aralık, ön aksiler hat üzerinde 0,5 cm çapında mermiye ait giriş deliği görüldü. Akciğer oskültasyonunda solunum sesleri doğaldı. Diğer sistem muayenelerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya damar yolu açılarak 200 ml/saat'ten serum fizyolojik başlandı. Hastanın laboratuvar incelemesinde; Hemoglobin 14 g/dL, hematokrit %42 idi. Akciğer tomografisinde sol klavikula ortasında fraktür görüldü ve bu bölgede mermi çekirdeği tespit edildi. Hemotoraks, pnömotoraks, parankim yaralanması gibi bir patolojiye rastlanmadı. Hastanın kontrol hemoglobini 13,8 g/dL, hemotokriti %42 idi. Tetanoz aşısı yapıldı. Hasta 8 saatlik gözlem sonrası, Bölgenin güvenlik şartlarından dolayı başka bir merkeze sevk edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Ateşli silah yaralanmaları, yüksek enerjili travmalar oldukları için genellikle hayati tehlike oluşturacak yaralanmalara neden olurlar. Bir kurşun yaralanmasının şiddeti, kurşunun dokuda izlediği yola ve kurşunun deforme olmasına bağlıdır. Kurşun kemik gibi sert dokulara çarptığı zaman yapısı bozulur, yön değiştirebilir. Bizim hastamız uzun namlulu silah mermisiyle yaralanmıştı. Merminin şans eseri deri altı yumuşak doku içerisinde seyretmesi, klavikula saplanması ve göğüs boşluğuna girmemesi nedeniyle ölümcül olabilecek bir yaralanmayı çok basit bir şekilde atlattı. Sonuç olarak, ateşli silah yaralanmaları riskli yaralanmalardır. Dokuda izledikleri yola bağlı olarak mortal seyretemlerine rağmen nadiren hastalar şanslı olabilir.

[PB - 261]

Acil Tıp Kliniğinde Çalışan Sağlık Personelinin Sosyodemografik Özelliklerinin Öfke Tarzları ve Saldırganlık Düzeyleri Üzerine Etkisi

SERPİL KAYALI, MERAL KURT DURMUŞ, ACAR AREN, ÖZGÜL AKÇA, YASEMİN MELEK TAN

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Acil serviste çalışan hemşire ve diğer sağlık personelinin öfke yada saldırganlık kontrollerinin gerekliliği acildeki şiddetin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada, Acil Tıp Kliniğinde çalışan sağlık personelinin Öfke Tarzları ve Saldırganlık Düzeyleri arasındaki ilişki, sosyodemografik özelliklerinin öfke tarzları ve saldırganlık düzeyleri üzerine etkisini ortaya koymayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** İEAH si Acil serviste çalışan 24 sağlık personeli (20 Hemşire 1 Toplum sağlığı, 1 Sağlık Memuru, 1ATT) bu çalışmaya gönüllü olarak katılmışlar-

dır. Araştırmada araştırmacıların düzenlediği sosyo-demografik sorular, "Sürekli Öfke ve Öfke Tazıları Ölçeği" ve Saldırganlık Ölçeği" formlarıyla birebir anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmada kullanılan Sürekli Öfke-Öfke Taz Ölçeği, Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği ve kişisel bilgi formu araştırmacılar tarafından Acil Tıp Kliniğinde çalışan personele uygulandı. Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkinin analizi SPSS yöntemiyle veriler değerlendirildi. **Bulgular:** Ankete katılanların yaş ortalaması 29, %58 kadın, %41,7 7 yıldan fazla çalışandır. %50 hastanemiz acilinde 1-3 yıl çalışmıştır. En çok sözel saldırganlık göstermektedirler. Eğitim durumlarına göre öfke farklılığı göstermez (p>0,05). Sürekli öfke 1 yıldan az acilde çalışanlarda yüksek, sonraki yıllarda azalıp 7.yıldan sonra artmaktadır P=0,049. Öfke kontrolü ilk sene azken sonraları artmaktadır (P=0,052). Toplam çalışma sürelerine bakılırsa ilk yıl sürekli öfke, öfke içe ve dışı vurumu yüksek düzeydeyken yıllar içinde bu durum azalmakta (p=0,0028, p=0,0039, p=0,0043) öfke kontrolü ise önce artmakta sonraki yıllarda azalamakta ancak tekrar artmaktadır (p=0,069). Evli ve bekarlarda boşanmışlara göre öfke kontrolü yüksekti. Sonuç olarak Acilde çalışan sağlık personelinin sosyodemografik durumlarının iyi değerlendirilmesi acilde şiddetin azalmasında faydalı olacağı kanısına varıldı.

Tablo 1. Acilde çalışma süresi ve öfke

Hastanemizde Acilde Çalışma Süresi	Sürekli Öfke (10 Madde)	Öfke İçe Vurumu (8 Madde)	Öfke Dış Vurumu (8 Madde)	Öfke Kontrolü (8 Madde)
	Mean±SS	Mean±SS	Mean±SS	Mean±SS
1 yıldan az	22,6±6,42	21±3,39	18,6±4,16	26±3,46
1-3 yıl	19,09±4,86	15,72±3,58	15,27±3,19	19,54±3,88
4-6 yıl	20,40±5,68	17,4±3,36	17,4±4,93	24±1,22
7 ve üzeri	23,33±3,51	21,33±1,52	19,33±3,51	22,33±3,05
	p=0,049	p=0,385	p=0,781	p=0,052

[PB - 262]

Rektum Kanseri Nedeniyle Postoperatif Dönemde Adjuvan Kemoterapi Tedavi Sırasında Madde Kullanımına Bağlı Gelişen İnce Barsak İskemisi Olgusu

SÜLEYMAN DENİZ KAHRAMAN, OĞUZ HANÇERLİOĞULLARI, RAHMAN ŞENOCAK, MEHMET FATİH CAN, İSMAİL HAKKI ÖZERHAN

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Esrar türkiyede de özellikle genç nüfusta en yaygın kullanılan uyuşturucu maddeler arasındadır. psikoaktif ajan delta-9-tetrahidrocannabinol (thc) parasempatik sistemde muskarinik reseptörleri inhibe ederek gastrointestinal sistemde periferik sinir sistemi ve kardiyovasküler sistemin etkilenmesine sekonder olarak peristaltizm ve kanlanma bozulmaları sonucunda mide ve barsak spazmlarına bağlı karın ağrıları, kabızlık, diyare, barsak iskemileri ve/veya kanamaları, perforasyonla seyreden geniş bir sistemik etkilenmeye sahiptir. Olgumuzda rektum kanseri nedeniyle adjuvan kemoterapi almaktayken madde kullanımına bağlı gelişen ince barsak iskemisi nedeniyle ameliyat edilen 30 yaşında erkek hastayı sunmayı amaçladık. **Olgusu:** 30 yaşında sigmoid ca nedeniyle yaklaşık 7 ay önce laparoskopik anterior rezeksiyon uygulanan ve adjuvan kemoterapi tedavisi almakta iken karın ağrısı, bulantı ve kusma nedeniyle kliniğimize başvurmuş ve alınan anamnezinde hastanın mevcut hastalığı öncesinde ve şu an kemoterapi almaktayken de extacy, esrar kullanımının olduğu ve aynı gün içersindedeyken esrar içtiği öğrenilmiştir. Fizik muayenede batında hassasiyet tespit edilmiştir. WBC:16400, Batın USG: İnce barsak anslarının duvarı ödemli ve kalınlıkları artmış ve kontraksiyon izlense

belirgin ilerletici görünüm seçilememiştir şeklinde yorumlanmış ve hasta ameliyata alınmıştır ve ameliyatta tüm barsak segmentlerinin fibrinli ve inflame ve treitz ligamentinin yaklaşık 160 cm distalinde ileoçekal valvden 10 cm lik alana kadar ince barsak segmentlerinin nekrotik olduğu gözlenmiş, yaklaşık yarım saatlik sıcak su ile irrigasyon yapılmasına rağmen barsak viabilitesi alınamamış ve hastaya ince barsak rezeksiyonu yan yana anostomoz ameliyatı uygulanmıştır. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 7. günde taburcu olmuştur. **Tartışma ve Sonuç:** Uyuşturucu madde kullanımı ülkemizde özellikle genç ve orta yaş popülasyonunda giderek artmakta ve toplumsal bir sorun olarak önlenmesi gereken bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Santral sistemi etkilemesi başta olmak üzere mevcut periferik sistem etkileri ile de bireyin fizyolojisini bozmakta ve geçici morbiditeden; kalıcı morbidite hatta mortaliteye de sebep olan durumlara yol açmaktadır. Bu nedenle uyuşturucu madde kullanımının sistemik etkileri hekim tarafından bilinmeli ve hastaya tanı koymakta ve tedaviyi planlamakta yönlendirmelidir kanısındayız.

[PB - 263]

Bir Nektrotizan Fasiit Olgusunun Seyri

BEKİR SARICIK, SELAHİTTİN KORAY OKUR, YAVUZ SAVAŞ KOCA, İHSAN YILDIZ

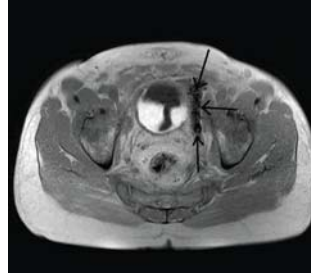
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Nekrotizan Fasiit (NF); cilt, ciltaltı ve fasyaların ilerleyici nekrotik enfeksiyonu ile karakterize, mortal seyredebilen bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Hasataların çoğunda altta yatan sistemik hasatlıklar mevcuttur. Mortalite ve morbiditesi yüksektir. KLL nedeniyle takip edilen bir hastada perianal abse sonrası hızla abdominal fasyal planlara ilerleyen nekrotizan fasiit olgusunun tedavi sürecinde yaşadığımız sıkıntıları paylaşmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Karın ağrısı nedeniyle hematoloji polikliniğinden konsulte edilen 59 yaşındaki erkek hastayı sunmaktayız. **Olgusu:** Remisyonda KLL nedeniyle takip edilen hasta genel cerrahi polikliniğinde değerlendirilip yatırıldı. Hastada suprapubik alanda derin palpasyonla ağrı ve dijital rektal muayenede hassasiyet mevcuttu. Ateş: 37.7 C, tansiyon arteriel: 120/70 mmHg, nabız: 82/dk idi. Hastaya seftizoxim 3x1 gr ve ornidazol 2x500 mg başlandı. Altbatın MR da perineden para rektal alana kadar nekrotik alanlar mevcuttu. Yatışından 24 saat sonra hasta ameliyata alındı. Bu süreçte sol testis ve perianal bölgede ödem oluşmuştu. Sonrasında batına girildiğinde batın içi temizdi. Fakat enfeksiyon retroperitondan mesane sol lateralinden pararektal mesafeden inra renal alana kadar uzanmaktaydı. Debridman sonrası periton kapatılıp fasiya açık bırakıldı. Hasta yoğun bakımda takibe alındı. Meronem 3x2 gr başlandı. Claxan 0,6 sc 1x1/gün antikoagulan postop 1. günden itibaren uygulandı. Takiplerinde Retroperitoneal alan ve perianal bölgeye 4 seans daha yıkama ve debridman yapılarak enfeksiyon kontrol altına alındı. Son seansta batın ve skrotum derisi kapatıldı. Bu esnada CRP değerleri 220 den 31mg/L ye kadar geriledi. KLL nedeniyle Lökosit sayısı 45-50 bin civarında seyretti. 12. günde hasta da bilinç bozukluğu gelişti. Bunun üzerine yapılan beyin BT tetkikinde sol hemisferde yaygın iskemi gözlemlendi. EKO yapıldı ve normal bulundu. Beyin cerrahisi shifti engellemek amaçlı sol temporookspital kraniyektomi yaptı. Hematolojinin görüşünü aldığımızda bu durumda KLL nin iskemi olaya sebep olmaya çağını belirtildi. Kraniyektominin postoperatif 8. Günde hasta ex oldu. **Tartışma ve Sonuç:** Nekrotizan fasiit olgularında enfeksiyon kontrol altına alınsa da vakamızda olduğu gibi KLL den

kaynaklandığını düşündüğümüz beklenmedik gelişen iskemik olay gibi durumların, hastalığın mortalitesine katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz.



Şekil 1. Beyin BT. Beyin BT de sol hemisferde yaygın infarkt alanları imajı.



Şekil 2. Pelvik BT de nekroz alanları.

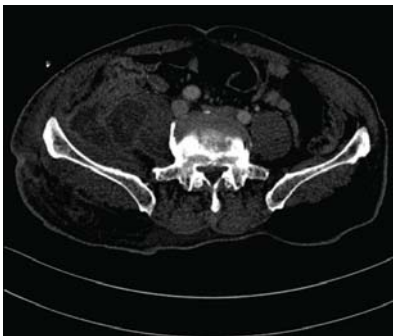
[PB - 264]

Travma Hikayesinin Maskeleyiği İlerlemiş Çekum Tümörü

BEKİR SARICIK, YAVUZ SAVAŞ KOCA, İHSAN YILDIZ, SELAHİTTİN KORAY OKUR

Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Yüksekten düşme anamnezine sahip bir çeküm tümörlü hastada, tümörün klinik bulgu vermesine rağmen kliniğinin yüksekten düşmeye bağlanması, tümörün tanısında gecikmeye sebep olmuştur. Anamnez ve fizik muayenenin önemini vurgulamak için vakayı sunmayı amaçladık. **Olgu Sunumu:** 72 yaşında erkek hasta. Yaklaşık 3 ay önce ağaçtan düşme nedeniyle dış merkezde acil serviste tedavi edilip taburcu edilmiş. Bundan 1 ay sonra sağ kalçada ağrı şikayetiyle dış merkezde muayene olup ilaç tedavisi almış. 15 gün önce de sağ kalçasında akıntı olması nedeniyle ortopedi kliniğine başvurmuş. Hastaya apse drenajı yapıp dren konulmuş. Drenden barsak içeriği gelmesi nedeniyle genel cerrahi ile konsulte edilen hasta çeküm tümörü ön tanısıyla yatırıldı. Hastaya yapılan batin BT tetkikinde sağ iliak kanada invaze olup cilde fistüle olan yaklaşık 7 cm çaplı çekal kitle lezyonu tespit edildi. Hasta ameliyata alındığında kitle irrezektable olarak değerlendirilip pasaj devamlılığını sağlayıcı ileotransversostomi yapıldı. Hastamız halen medikal onkoloji kliniğinde tedavi almaktadır. **Tartışma ve Sonuç:** Çeküm tümörlerinin klinik belirti vermesi kolonun diğer kısımlarına nazaran daha geç olabilmektedir. Erken evrelerde sıklıkla ağrıya sebep olmazken ileri evrelerde etraf doku invazyonuna bağlı lokal ağrı ve hassasiyet klinik olarak anlamlıdır. Fakat yüksekten düşme hikayesi gibi travmalar hekimin bakış açısını değiştirebilmektedir. Vakamızda da olduğu gibi özellikle mükerrer başvurularda hekimlerin muayenelerini daha da detaylandırılması ve ön tanıların daha geniş tutması bu gibi durumlarda hayati önem taşımaktadır.



Şekil 1. Alt Batin BT. Batin BT de karın duvarına penetre çekum Tm imajı.

[PB - 265]

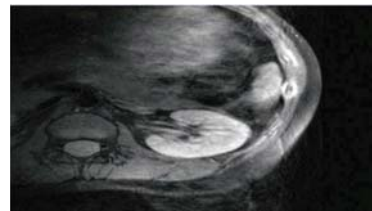
Gebelikte Göğüs Ağrısının Nadir Bir Sebebi; Spontan Kosta Fraktürü

SEDA AKGÜN¹, EGE NAZAN TAVMERGEN GÖKER¹, ÖNDER KAVURMACI², UFUK ÇAĞIRICI², AYŞİN AKDOĞAN¹, ALİ ÖZDİL², GÜLNAZ ŞAHİN¹, EROL TAVMERGEN¹

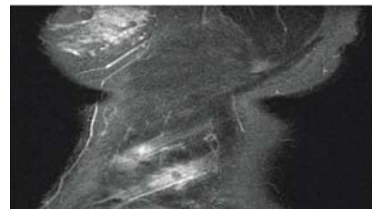
¹Ege Üniversitesi Rektörlüğü, Aile Planlaması ve Kısırlık Uygulama Araştırma Merkezi, İzmir

²Ege Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: İdiopatik osteoporoz özellikle kadınlarda görülen, kemik mineralizasyonunun ve direncinin azalması ile karakterize bir iskelet hastalığıdır. İleri evre olgularda spontan kemik fraktürlerinin saptandığı da bildirilmiştir. Gebelikte şiddetli öksürük sonrası sol yan ağrısı ile başvuran ve ileri incelemeler ile kaburga kırığı saptanan hasta sunuldu. **Olgu Sunumu:** 30 yaşında gebeliğinin 28. haftasındaki primipar hasta öksürük sonrası başlayan batır tarzda sol yan ağrısı sebebi ile Ege Üniversitesi Rektörlüğü Aile Planlaması ve Kısırlık Uygulama ve Araştırma Merkezine başvurdu. Fizik muayenesinde gebelik haftası ile uyumlu bulgulara ek olarak sol hemitoraks lateralinde palpasyon ile hassasiyet mevcuttu. Hasta yaklaşık 3 yıldır idiyopatik osteoporoz sebebi ile Endokrinoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Klinikleri tarafından takip edilmekte idi. Alkol ve sigara kullanım öyküsü bulunmayan hastanın bilinen ek hastalık öyküsü yok idi. Hastanın abdominal ultrasonografisinde (USG) patoloji saptanmadı. USG sonrası uterin kontraksiyon saptanan hasta hospitalize edilerek takibe alındı. Sol yan ağrısı etiolojisine yönelik korumalı direk grafiyi kabul etmeyen ve gebelik sebebi ile tomografik incelemeler kontrendike olan hasta, toraks-üst batin ultrasonografisi ve toraks magnetik rezonans görüntülemesi (MRG) ile değerlendirildi. Toraks USG'de hemopnömotoraks saptanmayan hastanın MRG'de sol 9 ve 10. kosta lateral duvarında non-deplase fraktür, çevresinde kemik iliği ödem bulguları ve yumuşak doku ödemi saptandı. Hasta uterin kontraksiyonlarına yönelik intravenöz tokolitik tedavi, kosta fraktürüne yönelik ise analjezik ve mukolitik tedavi ile takip edildi. Uygun aralıklar ile USG ile değerlendirilen hasta ağrı şikayetinde belirgin regresyon sağlanması ve uterin kontraksiyonlarının sonlanması üzerine 3. günde eksterne edildi. Poliklinik kontrolleri ile takip edilen hastada kosta fraktürüne sekonder bir komplikasyon gelişmedi. 37. gebelik haftasında sectio sezaryen ile sağlıklı 3210 gr erkek bebek doğurtuldu. **Tartışma ve Sonuç:** İdiopatik osteoporoz fraktürlere sebep olan klinik bir antitedir. Olgumuzun gebe olması, kot fraktürünün öksürüğe sekonder olarak ortaya çıkması ve alışlagelmiş tetkiklerin kullanılmaması tanı zorluğu doğurmuştur. Toraks MRG'nin direkt grafi ve bilgisayarlı tomografinin kontrendike olduğu hastalarda tanı koydurucu olabileceği akılda tutulmalıdır.



Şekil 1. Akciğer ve mediasten MRG transvers kesitlerde kot fraktürünün görünümü.



Şekil 2. Akciğer ve mediasten MRG sol hemitoraks sagittal kesitlerde 9. ve 10. kosta fraktürü.

[PB - 266]**Yabancı Cisim Aspirasyonu: Olgu Sunumu**

BİRGÜL ÖDÜL ÖZKAYA, AYŞEGÜL KÜÇÜK

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

Amaç: Yabancı cisim aspirasyonları çocukluk döneminde daha çok görülmekle birlikte erişkin yaşta da karşılaşılabilen acil durumlardan biridir. Asemptomatik olabileceği gibi, çok ciddi solunum yolu sorunlarına hatta boğulma ve ölüm gibihayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilirler. Yabancı cisim aspirasyonuna bağlı larengeal ödem, asfiksi ve kardiakarrest gelişebilir. Kaza ile yaralanmalar sebebiyle ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Erişkinde ve daha büyük çocuklarda genellikle bir predispozan faktör vardır. Nörolojik hastalıklar, ruhsal bozukluklar, merkezi sinir sistemini deprese eden ve bilinç bulanıklığı yapan ilaç kullanımı, alkol kullanımı, travma ve sedasyon altında yapılan işlemler (diş, ağız içi müdahaleleri) aspirasyon açısından riskli durumlardır. Bu çalışmada yabancı cisim aspirasyonu vakalarında tedavi ve bakımla ilişkili sorunlar tartışılacaktır. **Olgu Sunumu:** 35 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil kliniğimize başvurdu. Şuuru açık, koopere ve oryante olan hastanın sözel ifadesinden yaklaşık dokuz saat önce jilet yuttuğu anlaşıldı. Özgeçmişinde 20 yıldır şizofren tanısı bulunan hastaya acil bilgisayarlı tomografi(üst abdomen ve toraks) çekilip mide pilor düzeyinde metalik refle veren bir adet yabancı cisme rastlandı. Acil ameliyata alınan hastaya gastrostomi yapıp beslenme jejunostomisi açıldı. Ameliyat sonrası yoğun bakımda takip edilen hastada üçüncü gün özefagusperforasyon gelişti. Endoskopi ile ful kaplı metalik stent uygulandı. Beşinci gün jejunostomiden beslenmeye başlandı. 22. gün hasta servise transfer edildi. Yutkunma güçlüğü bulunan ve depresif karakterde olan hastaya psikiyatri konsültasyonu istenip ilaç (zyprex) başlandı. Yara yeri enfeksiyonu gelişen hastaya günlük pansuman yapıp antibiyotik olarak saba ve akşam ceflosin 400 mg flakonintravenöz başlandı. Takibinin 39. gününde taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** yabancı cisim aspirasyonu vakalarında komplikasyonların önlenmesi bakımından hastanın multidisipliner bir şekilde tedavi ve bakımı önemlidir. Hemşirelik bakımında gelişebilecek komplikasyonların bilinmesi ve bakımın buna göre planlanması gerekmektedir.

[PB - 267]**Burun Kültüründe Metsiline Dirençli Staphylococcus Aureus Kolonizasyonu**BİRGÜL ÖDÜL ÖZKAYA¹, ASİYE GÜL², AYTEN ZEYDAN¹*¹Bakırköy Dr.Sadi konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
²İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul*

Amaç: Staphylococcus aureus gerek toplum, gerekse hastane kaynaklı enfeksiyonlar arasında en sık rastlanan etkenlerden olup, yara enfeksiyonlarından izole edilen bakteriler arasında birinci sırada yer almaktadır. S.aureus normal cilt florasında bulunabilirdiği gibi sağlıklı bireylerin üçte birinde burunda da kolonize olabilir. S.aureus, kan dolaşımı enfeksiyonları, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, cerrahi alan enfeksiyonları, pnömoni ve ampiyem, osteomyelit ve septik artrit, endokardit gibi çok sayıda ciddi enfeksiyonlara neden olabilen bir mikroorganizmadır. Bu bildiride araç içi trafik kazası sonrasında burun kültüründe metiline dirençli S.aureus üreyen bir hasta tartışılmıştır. **Olgu Sunumu:** 25 yaşında erkek hasta 14 Kasım

2014 tarihinde araç içi trafik kazası sonrası kurumumuzun acil birimine getirildi. Toraks, bel ve pelvisfraktürü ve subdural kanaması vardı. Hemodinamik instabilite nedeniyle acil operasyona alındı ve mesane perforasyonu nedeniyle pelvikpacking (tamponlama) yapıldı.Solunumun düzensiz olması nedeniyle trakeostomi açıldı. Ameliyat sonrası yoğun bakımda kalan hasta 07 Şubat 2014 tarihinde cerrahi servisine alındı. Hastada basınç yarısı olduğu için vakum yardımcı kapama (VAC) uygulandı. Hastanın subfebril ateşi vardı. Burun kültüründe metisiline dirençli S.aureus üreyen hastaya serviste izolasyona uygulandı. **Tartışma ve Sonuç:** Yoğun bakım ünitelerinde invaziv girişimlerin fazla yapılması ve uzun süreli yatışlar hastane enfeksiyonları için yüksek risk oluşturmada, S.aureus gibi çoğul dirençli patojenlerin kolonizasyonunu, enfeksiyonunu ve yayılımını kolaylaştırmaktadır. Metisiline dirençli S. aureus'un ortaya çıkışını ve yayılmasını kontrol altına almaya yönelik önlemlerin temelinde yönetimin katılımı, personel eğitimi, uygun antibiyotik kullanımı, mikroorganizma sürveyansı, hasta izolasyonu, el yıkama, çevre temizliği gibi kapsamlı bir yaklaşım gerekir. Üniteye yatar yatmaz alınacak burun kültürü sonucunda pozitif çıkan hastalara enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması ve gereken tedavinin yapılması enfeksiyonun yayılımını da önleyecektir.

[PB - 268]**Kentsel Bir Özel Hastanede Pankreas Yaralanmalarına Tedavi Yaklaşımı (Olgu Sunumu)**TURGUT DÖNMEZ¹, HÜSEYİN AVAROĞLU¹, DEMET DİNÇAY², SİNA FERAHMAN³, MEHMET VELİDEDEOĞLU³*¹Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul**²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul**³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Künt ve penetran batın travmalarında pankreas yaralanması az görülmekle beraber nadir değildir. Pankreas yaralanmalarında wirsung kanalının yaralanması mortaliteyi ve morbiditeyi arttırmaktadır. Bu yaralanmalarda cerrahi tedavi geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Pankreas duktal yaralanmaların konservatif tedaviyle iyileştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur, fakat büyük duktal yaralanmalarında tek tedavisinin cerrahi operasyon olduğu kabul edilmiştir. Çalışmamızda pankreas yaralanması nedeni ile cerrahi tedavi uygulanan 3 olgu analiz edilmiştir. **Olgu Sunumu:** Olgu 1. 23 yaşında erkek hasta, ateşli silah yaralanması ile ameliyata alındı. Pankreas yaralanması; panreas organ yaralanma skorlamasına göre grade 3 olarak değerlendirildi. Segmenter jejunum rezeksiyonu, jejunojejunorafi, vena cava inferior tamiri, pankreas asy giriş deliği üzerine primer tamir yapıldı. Hastada pankreatik fistül gelişmesi nedeniyle postoperatif 2. gün ERCP(Endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi) yapılarak stent yerleştirildi. Olgu 2. 17 yaşında inşaat işçisi erkek hasta, 3.kattaki asansör boşluğundan kalaslara çarparak zemin kata düşmüştü. Yapılan eksplorasyonda pankreas grade 3 yaralanma olarak değerlendirildi. Hastaya splenektomi, distal gastrektomi, distal pankreatektomi uygulandı. Duodenum 1.kitadan proksimal bölüm kapatıldı. Hasta postoperatif 6. ayda tam şifaya kavuştu. Olgu 3. 38 yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması sebebiyle, batın sol alt kadrandan ASY giriş deliği oluşmuş. Pankreas yaralanması; pankreas yaralanma skorlamasına göre grade 2 olarak değerlendirildi. Hastaya duodenorafi, segmenter je-

junum rezeksiyonu, jejunojejunostomi, duodenorafi yapıldı. Pankreas başı hematomu takip kararı alındı. Hasta postop 7.gün şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Grade 1 ve 2 yaralanmalarda konservatif tedavi tercih edilirken, duktal kanal yaralanmaları ve daha yüksek yaralanmalarda USG eşliğinde perkutan drenaj, ERCP veya cerrahi tedavi düşünülmelidir. Ameliyatta yaralanma derecesi ve ameliyat bulgularına göre basit tamirden whipple prosedürüne kadar cerrahi seçenekleri uygulanmaktadır. Pankreas baş bölgesinin masif yaralanmalarında pankreatikoduodenektomi, pankreas boyun veya kuyruk kesiminin tam kat kesisi olduğu vakalarda distal pankreatektomi yapılabilir. Pankreatik duktal yaralanma; endikasyon, zamanlama ve hasta durumu uygun yönetildiği takdirde, diğer bir tedavi seçeneği olan pankreasa stent yerleştirme hastanın klinik durumunu düzeltebilir ve aynı zamanda gereksiz cerrahi önleyebilir.



Şekil 1. BT: Pankreas fraktür hattı okla gösterilmiştir.

[PB - 269]

Spontan Meme Hematomu

SELAHİTTİN KORAY OKUR, YAVUZ SAVAŞ KOCA, İHSAN YILDIZ, BEKİR SARICIK, İBRAHİM BARUT

Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Meme hematomu genellikle biyopsi, cerrahi veya direkt travmaya sekonder gelişir. Spontan meme hematomu hematolojik hastalıklar, trombositopeni, koagülasyon bozuklukları, antikoagülan veya nonsteroid antiinflatuar ilaç kullanımı sonrasında nadir görülür bir durumdur. Spontan meme hematomu gelişen kadın hasta nadir görülmesi nedeniyle sunuldu.

Olgu Sunumu: 80 yaşında kadın hasta herhangi bir travma öyküsü olmaksızın bir gün evvel sol memesinde ani başlayan ağrı ve şişlik sonrasında morardığını tarifledi. Kalp kapak hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği nedeniyle warfarin 10 mg 1x1 kullandığı öğrenilen hastanın öyküsünde başka bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde sol memeyi tamamen kaplayan ekimotik görümlü yaklaşık 15x15 cm boyutlarda, ağrılı, hareketli kitle saptandı (Şekil 1, 2). Meme başı akıntısı ve palpabl aksiller lenfadenopatisi olmadığı saptandı. Mammografide ve meme ultrasonografisinde 15x14 cm boyutlarında hematomla uyumlu görüntü saptandı. Yapılan hematolojik incelemelerde Hemoglobin 10.6 g/dl, Hematokrit %32.2, Beyaz küre 10000/µL, Trombosit 75000/µL, INR 3.2 saptandı. Hastanın warfarini kesildi, birinci kuşak sefalosporin, analjezik antiinflatuar, PPI başlandı. Alkol atışmanı uygulandı. Tedavisinin 3. gününde DMAH başlandı. INR kontrol değeri 1.6 ile 7.gün taburcu edildi. Takibinde altı hafta sonra hematoma tamamen rezorbe oldu.

Tartışma ve Sonuç: Warfarin kullanan hastalarda rektus kılıf hematoma, hemartroz, travmaya bağlı ciltaltı hematomları

görülmesi makalelerde rapor edilirken memede spontan hematoma nadir rapor edilmiştir. Hematoma tanısı ve takip etmede meme ultrasonu erken dönemde faydalıdır. Kistik bir tümör içine kanama olabileceği düşünülmelidir. Küçük hematomlar sıklıkla kaybolurken büyük hematomlarda inflamasyon veya fibrozis gelişme olasılığı yüksektir. Çoğu hematoma 2-6 haftada gerilerken bazıları sıvılaşmış seroma gelişebilir. Küçük hematomlar tamamen gerileyinceye kadar 2-4 hafta takip edilir. Enfekte olup apse gelişirse drenajı gerekir. Hematoma yakın zamanda oluşmuşsa iğne aspirasyonu yapılabilir. Travma tarif etmeyen olgularda 6-8 haftalık takipler önerilir. Spontan meme hematoma kanserle benzer özellikleri ve altta yatan bir kanseri gizlemesi nedeniyle hastanın öyküsü dikkatli araştırılmalı, kullandığı ilaçlar sorgulanmalı, malignite ekarte edilmeli ve enfeksiyon açısından yakın takibi gereken bir durumdur.



Şekil 1. Sol memede 15x15 cm hematoma.



Şekil 2. Sol memede hematoma tedavinin 4. günü.

[PB - 270]

Nüks Rekto-Ürtral Fistül Olgusunda York Mason Ameliyatı

FAHRİ YETİŞİR¹, AĞÜN EBRU ŞARER², HASAN ZAFER ACAR³, ÖMER PARLAK¹, BAŞAR BAŞARAN¹

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Ankara

³Lokman Hekim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Rekto-ürtral fistül (RUF) pelvik bölgeye yapılan cerrahi müdahalelerden, travmalardan ve radyoterapiden sonra nadirde olsa görülebilen, morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan ağır bir komplikasyondur. Tek başına medikal destek tedavisi genellikle başarısızlıkla sonuçlanmakta ve cerrahi olarak düzeltilmesi tek tedavi seçeneği gibi görünmektedir. Cerrahi tedavisinde başlıca transabdominal, transperineal, transanal, retropubik ve transsfinkterik olmak üzere başlıca 5 yöntem uygulanmaktadır. Ayrıca bu yöntemler arasında onarım şekline göre de farklılıklar mevcuttur; primer onarımlar, fleple onarımlar, kas translokasyonu ile desteklenenler, biyolojik greft kullanılanlar ve adhesif fibrin-glu kullanılanlar gibi. Bütün bu cerrahi yöntemlerle bildirilmiş başarılı sonuçlar olmakla birlikte nüks oranı hala çok düşük değildir. Bir yöntemin diğer bir yöntemle üstünlüğünü gösteren geniş çaplı çalışmalar olmamakla birlikte bireysel deneyimler ve olgu serileri çoğunlukla transsfinkterik ve transperineal yaklaşımın en çok tercih edilen yöntemler olduğunu göstermektedir. **Olgu Sunumu:** Benin prostat hiperplazisi nedeni ile transüretral prostatektomiye giden, diabetes mellitus ve romatoid artrit nedeni ile kortizon kullanım öyküsü mevcut olan, yetmiş beş yaşında erkek hastada biyopsi sonucunun malign gelmesi üzerine hasta radyoterapi almış. 45 gün sonrasında tikanıklık gelişmesi üzerine tekrar sistoskopi yapılmış. Bu sistoskopiden sonra idrarından gaz, gayta gelmesi üzerine yapılan sistografi, sistoskopi ve

pelvik tomografisinde 1,5-2 cm ebatlarında rektö-üretral fistül tespit edildi (Şekil 1, 2). Bu hastaya önce transperineal yaklaşımla çift kat onarım ve grasilis transpozisyonu uygulandı. Bu onarımdan yaklaşık 4 ay sonra nüks etmesi üzerine posterior transsfinkterik yaklaşımla (York Mason tekniği) rektum ilerletme flebi ile tedavi edildi (Şekil 3-5). ameliyatın bütün aşamaları şekil 1-3 te şematize edildi. Postoperatif 5. gün şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 8 aylık takibinde sorun olmadı. **Tartışma ve Sonuç:** Radyoterapi almış ve 1 cm'den büyük RUF'lerin cerrahi tedavisi sonrası nüks etme ihtimali daha yüksektir. RUF'lerde ilk müdahalede cerrahinin başarı şansı daha yüksektir, bu nedenle ilk müdahaleyi optimum şartlarda, olabildiğince doğru teknikle uygulamak gerekmektedir. RUF olgularında aynı bölgeye ikinci kez müdahale zor olsa da, bir yöntemle iyileşmeyen olgularda başka bir yöntemle iyileşme şansı mevcuttur.

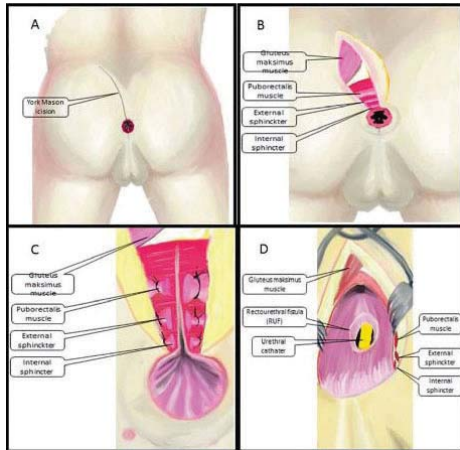


Figure 1

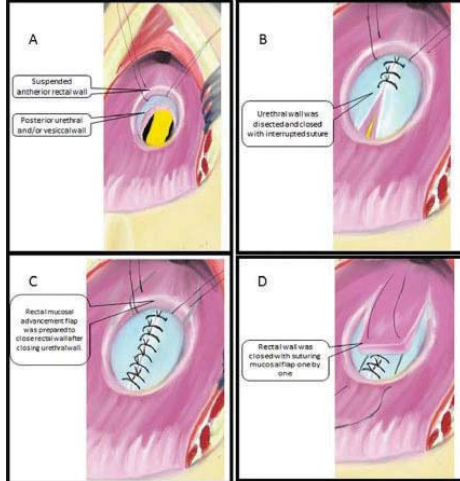


Figure 2

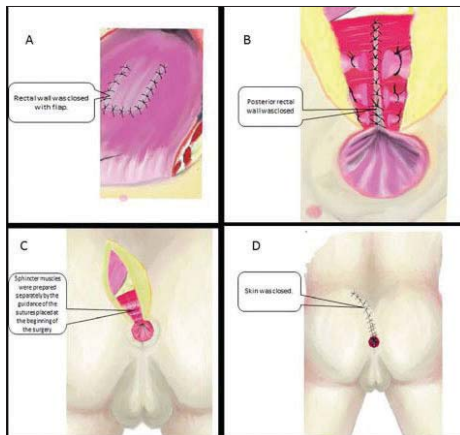
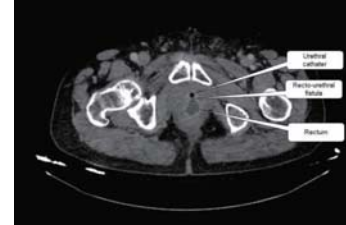


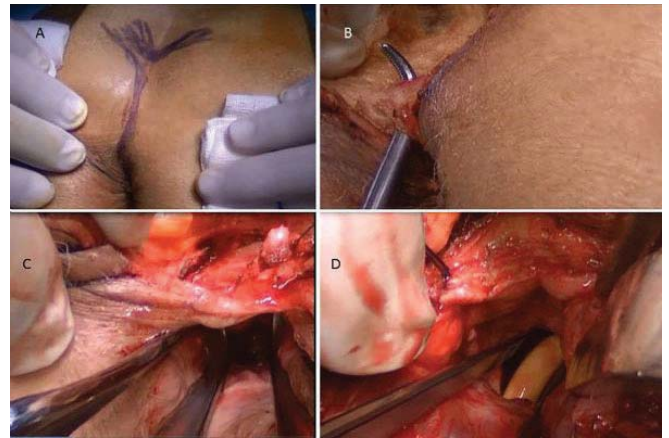
Figure 3



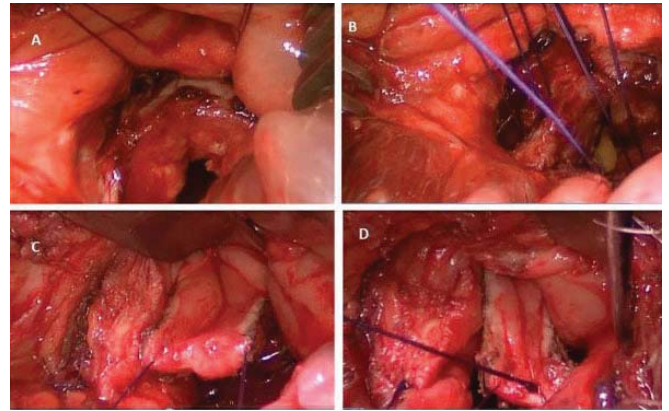
Şekil 1



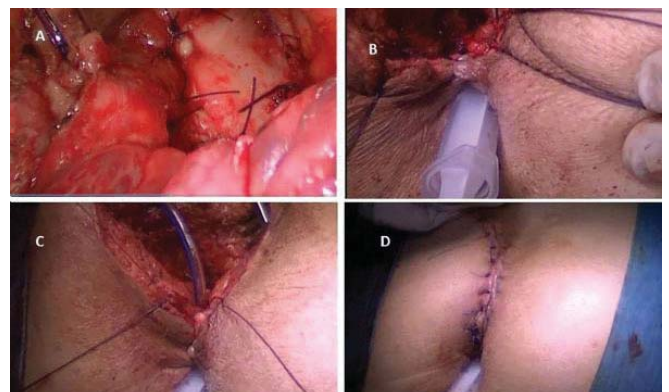
Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4



Şekil 5

[PB - 271]

Fournier Gangreni'nde Mortaliteyi Etkileyen Faktörler: On Bir Olguluk Retrospektif Klinik Değerlendirme

SERACETTİN EĞİN, BERK GÖKÇEK, METİN YEŞİLTAŞ, SEDAT KAMALI, SEMİH HOT, SERVET RÜŞTÜ KARAHAN

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Fournier gangreni, yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, hızlı ilerleyen, anorektal perineal ve genitoüriner bölgelerin süperatif bakteriyel enfeksiyonunun subkutanöz damarların trombozisine yol açarak, üzerindeki deride gangren gelişmesiyle sonlanan sinerjistik nekrotizan fasiitisedir. Amacımız, Fournier gangreninde mortaliteyi etkileyen faktörleri araştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2012-2015 yılları arasında Fournier gangreni tanısıyla tedavi uygulanan 11 olgu retrospektif incelenmiştir. Yaşayan ve mortal grupları yaş, cins, eşlik eden hastalıklar, enfeksiyonun etyolojisi, Uludağ Fournier gangreni şiddet indeksi (UFGSI) skoru, yattığı ve yoğun bakım gün sayısı açısından karşılaştırıldı. **Bulgular:** Olgularımızın 6'sı kadın(%55), 5'i erkek (%45) olup, yaş ortalaması 56,2±12(45-82) idi. Olgularımızın 3'ü (%28) obes, 10'u diabet, 1'i diabet yanısıra metastatik renal cell kanserdi. Hiçbirinde başvuru anında şok bulguları yoktu. Enfeksiyon etyolojisi 4'ünde perianal apse(%36,4), 7'sinde ürogenital enfeksiyon(%63,6) idi p=0,491(p>0,05). Olguların sadece 1'ine (%9) stoma açılmıştı. Tüm olgulara agresif cerrahi debridmanların sonlanmasını takiben Vacuum Aspirated Closure (VAC) tedavisi başlandı. 7'sine (%64) gümüş iyonlu VAC, 4'üne (%36) yıkama sistemli VAC uygulandı.Yaşayan olguların yarısı 3'ünde primer (%28), 3'ünde V-Y cilt flap ve 3'ünde split thickness cild greftleri ile kapatılmıştır. Olguların 2'si ölmüştü (%18). Geriye dönük olarak mortaliteyi hangi faktörlerin etkilediği araştırıldı. İstatistiksel yöntem olarak nominal değerler için Chi square, devamlılık gösteren parametreler için ise Mann Whitney U testi ile anlamlılık farkları araştırıldı. Yaşayan olguların UFGSI 8,22±4,11, mortal olguların 11,50±3,53 idi (p=0,192). Bir çok parametrenin birbirinden farklı olmasına karşın (yaş,elektrolit, lökosit, üre) muhtemelen olgu sayısının azlığı nedeniyle, sadece yoğun bakımda yatış gün sayısı farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu p=0,026 (p<0,05). Yoğun bakımda yatış gün sayısı mortal seyredenlerde daha uzundu. **Tartışma ve Sonuç:** Olgu sayımız arttıkça, yaş, elektrolit, lökosit, üre ve hastalığın yaygınlık derecesi gibi faktörlerin istatistiksel olarak da anlamlı olacağını umuyoruz. Fournier gangreninde tanı gecikmesi ve UFGSI skor yüksekliği kötü prognoz ve mortaliteden sorumlu olabilmektedir. Agresif cerrahi debridmanlar prognozu olumlu etkileyebilmektedir. VAC tedavisiyle pansuman ve yatış günü sayılarında azalmalar olabilmektedir.



Şekil 1. Debridman öncesi erkek bir hastanın görünümü. Ürogenital bölgeden başlayıp pelvik sınırları geçerek batin ön duvarına doğru yayılan Fournier gangreni. Sağ kasık bölgesindeki nekroz dikkat çekici, skrotum ödemli ve hiperemik.



Şekil 2. Debridman öncesi diabetik kadın bir hastanın görünümü. Sol labium ve sol uylukta lokalize nekrotik alanlar dikkat çekici.



Şekil 3. Şekil 1'deki hastanın debridman sonrası görünümü.



Şekil 4. Şekil 1'deki hastanın debridmanları sonrası VAC tedavisi.



Şekil 5. Şekil 1'deki hastanın VAC tedavisi sonrasında primer kapatılması.

Tablo 1. Olgu gruplarına göre değerlendirme parametrelerinin analizi

Değerlendirme parametresi	Yaşayan olgular n:9	Ölen olgular n:2	Toplam n:11	p
Yaş	53,88	66,50	56,18±12,00	>0,05
Cins (K:E)	4:5	2:0	6:5	>0,05
Enfeksiyonun etyolojisi	4 (%44,4)	0 (%0)	4 (%36,4)	
Perianal apse	5 (%55,6)	2 (%100)	7 (%63,6)	>0,05
Ürogenital enfeksiyon	5 (%55,6)	2 (%100)	7 (%63,6)	
UFGSI	8,22±4,11	11,50±3,53	8,81±4,06	>0,05
Yatış günü sayısı	38,11±16,14 (17-72)	37,50±6,36 (33-42)	38,00±14,58 (17-72)	>0,05
Yoğun bakım günü sayısı	1,11±1,69 (0-5)	33,50±0,70 (33-34)	7,00±13,19 (0-34)	0,026

[PB - 272]

Uçucu Madde Bağımlılığının Üzücü Sonuçlarından Biri: Yanık

HAKAN ACAR, METİN KEMENT, ERHAN TUNÇAY, MUHAMMET FIKRİ KÜNDEŞ, LEVENT KAPTANOĞLU, HASAN EDİZ SIKAR, MEHMET KARAHAN, MURAT ALKAN, NEJDET BİLDİK

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği Yanık Ünitesi, İstanbul

Amaç: Uçucu madde bağımlılığı, ülkemizde gençler arasında hızla yaygınlaşmaktadır. Tiner ve çakmak gazı koklamak bağımlılığın en yaygın şeklidir. Kolay ulaşılabilirliği, ucuz olması ve hızlı olarak beyin fonksiyonlarını etkilemesi, bu yaygınlığın başlıca nedenlerindedir. Uçucu madde bağımlılığının psikolojik, bedensel ve sosyolojik birçok zararı mevcuttur. Bu zararları yanında, bu maddeler kolay tutuşabilir maddeler olması nedeniyle, kullanım sırasında özellikle sigara içiliyorsa yanık yaralanmalarına neden olmaktadır.Bazen kapalı ortamda, örneğin araba içi, gazın birikmesi sonucu toplu olarak yanık vakalarına neden olmaktadır. Giderek bu tür yanık vakalarıyla karşılaşma sıklığımız arttığından, bu vakalarımızı paylaşmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** 1. Nisan 2012-1. Nisan. 2015 tarihleri arasında uçucu madde kullanırken yanarak yaralanan hastalar çalışmaya alınmıştır.Vakalar, yaş, cinsiyet, yaralanma

şekli, tedavi sonuçları açısından dosyaları retrospektif olarak incelenmişlerdir. MATERYAL: 67 hastanın yaş ortalaması 16.7 (13-27) yıldır ve tamamı erkekti. Yanıklar 41 hastada (%61.1) uçucu madde ile birlikte sigara içmeye teşebbüs ederken, 19 (%28.4) hastada uçucu maddeyi direkt olarak çakılmaktan korkularken, 7 hastada (%10.5) ise ortamda tutuşturucu bir nesne olmadan oluşmuştur. Hastaların 8'i (%11.9) hava yolu sorunu, yanık yüzdesi yüksekliği veya inhalasyon yanığı şüphesiyle yanık yoğun bakım ünitesine, 26'sı (%38.8) yanık servisine yatırılarak tedavi edildi. Hastaların tamamında yüz yanığı mevcuttu. 25'inde (%37.3) tek el yanığı, 31'inde (%46.3) çift el yanığı, 25'inde (%37.3) ise boyun ve ense yanığı mevcuttu. 14'ünde ise (%20.9) gövde ve alt ekstremitte yanığı vardı. Total yanık vücut yüzdesi ortalaması (%8.8) (%2-54) olarak hesaplandı. Hastaların 44'ünün (%65.6) yanığı 2. Derece, 23'ünün (%34.3) ise 3. derece alanlar içermekte idi. Hastaların 20'sine (%29.8) kısmi kalınlıkta deri grefti operasyonu uygulandı. Serimizde mortallite görülmedi. Hastalar silikonlu baskı giysisi ile takip edildiler. Hastalarımızın kısa dönem estetik sonuçları kabul edilebilir sınırlarda idi. **Tartışma ve Sonuç:** Uçucu madde kullanılması sadece sağlık problemlerine bağlı ani ölümlere yada psikolojik, sosyolojik sorunlara yol açmamakta, aynı zamanda bu maddelerin kolay tutuşabilir olması nedeniyle yanık yaralanmalarına da neden olmaktadır. Bu yanıklarda yüz ve el yanıkları oluşabilmekte ve bu yanıklar bazen ağır yanıklara neden olabilmektedir. Bu nedenle uçucu madde kullanımının önlenmesi, bu tür yanıkların sıklığını da azaltacaktır.

[PB - 273]

Kadına Yönelik Şiddet Mağduru Yüz Yanıklı Hastalarımız: 3 Olgunun Sunumu

HAKAN ACAR, METİN KEMENT, OĞUZHAN KILAVUZ, AYŞENUR BOZTEPE, MURAT ALKAN, MEHMET ESER, MUHAMMET FIKRİ KÜNDEŞ, NEJDET BİLDİK

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği Yanık Ünitesi, İstanbul

Amaç: Kadına yönelik şiddet; kadının toplumdaki ikincil konumuna dayalı olarak kadına uygulanan her türlü şiddet eylemi ya da tehdidi olarak tanımlanmaktadır. Kadına şiddet psikolojik, cinsel, ekonomik, fiziksel olarak uygulanabilmektedir. Ülkemizde son yıllarda kadına şiddet katlanarak arttığından, konuya dikkat çekmek amacıyla yanık yoğun bakım ünitemizde tedavi ettiğimiz üç olgumuzu sunmak istedik. **Olgu 1:** 25 yaşında. Amcası tarafından üzerine benzin dökülerek yakılmasıyla yüz dahil toplam %45 3° alev yanığı nedeniyle yanık yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Yüz yanığı nedeniyle entübe edilen hastaya, her iki üst ekstremitede sirküler yanığı nedeniyle eskeratomi uygulandı. Hastaya 6 kez otogreft ameliyatı yapıldı. Greft kayıpları gelişen hastada, 32. gününde septik şok sonucu gelişen çoklu organ yetmezliğiyle eksitus gelişti. **Olgu 2:** 35 yaşında. Eşinin üzerine benzin dökerek yakmasıyla, yüzünde, saçlı deride, her iki el ve parmaklarında toplam %6,2-3° alev yanıkları oluşmuş. Hasta yüzde ödem nedeniyle entübe edildi. 7. günde ekstübe edildi. 10. günde yanık servisine alındı. Hastaya 16.günde taburcu edildi. Poliklinik takipleri yapılan hastanın yüz yanığı izi, çehrede sabit iz bırakacak özelliktedir. 6 aydır işine dönememiş ve aile bütünlüğünü sağlayamamıştır. Psikiatri polikliniğince de takip edilen hastanın aşırı kaygı nedeniyle, tedavisi devam etmektedir. **Olgu 3:** 43 yaşında, Suriye'li mülteci. Eşinin üzerine kızgın yağ dökmesi üzerine yüz, gövde ön yüz, her iki üst kol ve ellerde toplam %12, 3° yanıkları oluşmuş. Yüz ödemi nedeniyle

entübe edilerek yanık yoğun bakım ünitesine yatırıldı. 4.günde yüz ödeminin gerilemesi üzerine ekstübe edildi. Yabancı dil nedeniyle iletişim zor kurulan hastayla, tercüman aracılığıyla iletişim kuruldu. Üç seans otogreft ameliyatı uygulandı. Hastaya 17.günde yanık servisine alındı. 38. günde taburcu edilen hastanın, erken estetik sonuçları, yüzünün eski güzelliğine kavuşamayacağı şeklindedir. Hastanın tedavi gördüğü dönemde ağır çökkünlük içinde olduğu gözlemlenmiş ve psikolojik destek sağlanmıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Kadına şiddetin bir şekli olan yanıcı madde ile zarar verme üç olgumuzda da görüldüğü gibi yüz bölgesine uygulanmaktadır. Bu saldırı şeklinin altında yatan düşünce, kadının yüzünü tanınamayacak hale getirmek ve ömür boyu sabit eserle yaşamaya mahkum etme olduğunu sanıyoruz. Bize düşen görev, kadına şiddeti durdurma çalışmalarını yanında, bu şekilde yaralanmış kadınlarımızı topluma daha az sekilli olarak yeniden kazandırmak için tedavi yöntemlerimizi geliştirmemiz olacaktır.

[PB - 274]

Merkezimizde Tedavi Edilen Savaş Mağduru Suriye'li Yanık Hastalarının İncelenmesi

HAKAN ACAR, METİN KEMENT, ERHAN TUNÇAY, MUHAMMET FIKRİ KÜNDEŞ, LEVENT KAPTANOĞLU, HASAN EDİZ SIKAR, MEHMET ESER, MUSTAFA ÖZGÜN YÜKSEK, MURAT ALKAN, NEJDET BİLDİK

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği Yanık Ünitesi, İstanbul

Amaç: 2011 yılında Suriye'de başlayan iç savaşın üzerinden yaklaşık 4 yıl geçmiştir. 210 bin kişinin yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir. 6 milyon mülteci çevre ülkelere göç etmiştir. Suriye'nin kuzeyinde bulunan ve bu ülke ile 877 km sınırı bulunan Türkiye, 2 milyon mülteci ile en çok mülteci kabul eden ülke konumundadır. Mülteciler arasında yanık hastaları da bulunmaktadır. Merkezimizin bulunduğu İstanbul şehri, Suriye sınırına yaklaşık 1200 km uzakta olmasına rağmen, merkezimiz ülkenin en büyük yanık merkezi olması nedeniyle, bu süreçte Suriye'li yanık hastaları kabul etmiştir. Çalışmamızın amacı merkezimize kabul edilen yanık travmalı Suriye'li hastalarımızın sonuçlarını paylaşmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Mart 2011-Mart 2015 tarihleri arasında merkezimize yanık nedeniyle kabul edilen Suriyeli hastaların dosyaları, retrospektif olarak incelenmiştir. Dosyalar demografik, epidemiyolojik ve tedavi sonuçları yönünden değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Merkezimiz 43 Suriyeli yanık hastası kabul etmiştir. Hastaların 21'nin (%48.8) merkezimize gelmeden önce sınıra yakın şehirlerimizdeki yanık üniteleri ya da genel hastanelerde ilk tedavileri yapılmış ve bir süre bu hastanelerde, tedavileri devam etmiştir (ortalama 7.8 gün). Hastalarımızın 25'i (%58.1) erkek, 18'i (%25.5) kadındır. Yaş ortalaması 26.7 yıldır (1-67). Yanık nedenleri: Alev yanığı 34 hasta (%79.0), haşlanma 6 (%14.0) hasta, 2 (%4.7) kimyasal yanık, 1 temas (%2.3) yanığı. Bu yaralanmaların 14'ü (%32.5) savaş alanında olan yaralanmadır. 11'i (%25.5) ev ortamında oluşan yaralanmadır. 10'u (%23.3) mülteci kamplarında çıkan yangınlarda oluşmuştur. 8 (%18.7) olguda ise İstanbul'da mülteci iken oluşan kazalarda yanmışlardır. Olguların toplam vücut yanık alanları ortalama %56.7'dir (%11-95). 9 hastanın yanık yüzdesi %90-95'dir. Yanıktan etkilenen vücut bölgeleri 36 olguda yüz (%83.7), 34 olguda boyun (%79), 31 (%72) olguda gövde ön yüz ve 26 (%60) olguda üst ekstremitelerdir. Hastaların 22'sine (%51.1) inhalasyon yaralanması şüphesiyle bronkoskopik muayene yapılmış ve 13'ü (%30.2) pozitif bulunmuştur. Hastaların 29'u yanık yoğun bakım ünitemizde, 14'ü ise yanık servisinde

tedavi edilmiştir. Hastaların 33'üne (%76.7) eskeratomi, fasiyotomi, tanjansiyel eksizyon, fasiyal eksizyon, otogreft gibi operasyonlar uygulanmıştır. Hastalarımızdan 17'si (%39.5) eksitusla sonuçlanmıştır. **Tartışma ve Sonuç:** Ülkemizin diğer sağlık birimlerinde tedavi edilen yüzlerce-binlerce yanıklı Süriyeli hasta bulunmaktadır. 43 yanıklı Süriyeli hasta, sadece bizim yanık merkezimizde tedavi edilen hastalardır. Serimizin eksitus oranının %39.5 olması, hastalarımızın total vücut yanık alanlarının ortalamasının %56.7 olması ve 9 hastanın yanık alanının %90'larda bulunması ile açıklanabilir.

[PB - 275]

Yanık Hastalarında Hastane Seçiminin Önemi: 22 Olgusunun Retrospektif Değerlendirilmesi

FATİN R POLAT¹, GÜNER ÇAKMAK², İLHAN BALI¹, ONUR SAKALLI¹

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı, Tekirdağ

²Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya

Amaç: Çeşitli nedenler ile yanmış 22 hastanın tedavi yeri ve şeklinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2008 - Eylül 2014 tarihleri arasında yanık nedeniyle yanık odasında tedavi edilen 22 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Yanık nedeni; olguların %50(11)'inde sıcak su, %36,4(8)'inde yanıcı madde ile temas, ve %13,6(3)'inde tandıra düşmedir. Tüm olgulara antibiyotik ve açık pansuman uygulandı. **Tartışma ve Sonuç:** Genel cerrahi yanık odası; her türlü genişlikteki birinci derece yanıklar, %10 altı ikinci derece yanıklar ve %3'ün altı 3 derece yanıkların tedavisinde etkilidir.

[PB - 276]

Sarcophaga Carnaria'nın Neden Olduğu Postoperatif Yara Yeri Myiasisi

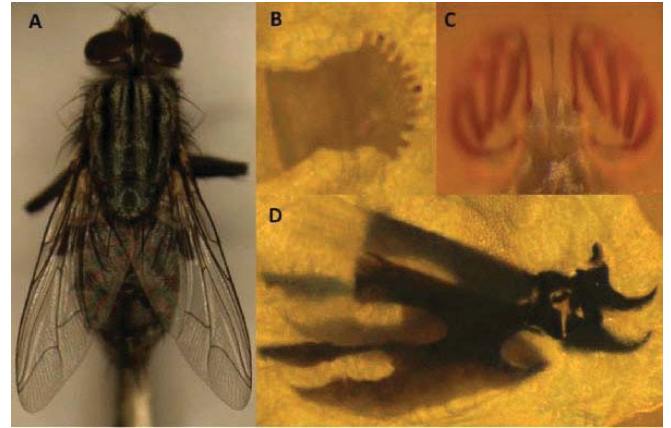
OZAN AKİNCİ¹, SEFA ERGÜN¹, SERHAT SİREKBASAN², AHMET KOCAEL¹

¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Myiasis insecta sınıfından diptera takımından larvaların omurgalı canlıların doku ve organlarına yerleşerek enfestasyona yol açmasıdır. Myiasis tropikal coğrafya ve hayvansal temasın yoğun olduğu kırsal kesimde gözlenen bir enfestasyondur. Tanı, doku ve organda diptera takımına ait larvaların görülmesiyle konulur. Kötü hijyen koşulları, düşük sosyoekonomik düzey, hayvanlarla yakın temas, yara yeri, diyabetes mellitus ve vasküler hastalıklar insanda myiazis için predispozan faktörlerdir. Dermal, subdermal, kutanöz, yara yeri, nazofarengeal, oftalmik, aurikular, intestinal ve ürogenital myiazis şeklinde sınıflandırılabilir. Ayrıca patojen türü ve oluşturduğu enfestasyona göre zorunlu (obligatör), istemli (fakültatif) ve tesadüfi (accidental) olarak da gruplara ayrılabilir. **Olgu Sunumu:** Yetmiş beş yaşında kadın hasta İstanbul şehir merkezinde yaşayan bir ev hanımı olup beş ay önce kolelitiazis nedeniyle kolesistektomi operasyonu geçirmiş. Safra yolu yaralanması nedeniyle tekrar opere edilen ve enterokütan fistül gelişen hasta postoperatif dönemde yara yeri pansumanı için yakınları tarafından kliniğimize getirildi. Yara pansumanı açıldığında yara yerinde

18 adet canlı larvanın olduğu görüldü. Fizik muayenede hastanın karın orta hattaki eski operasyon insizyonunun tam iyileşmediği, insizyonun çevresinin kızarıklık, ödemli, enflamasyon görünümünde olduğu saptandı. 18 adet canlı larva yara yerinden alınarak serum fizyolojik içeren steril bir kaptaki toplandı. Derin doku penetrasyon bulgusu izlenmedi. Yara sürüntüsünde E. coli, Candida albicans ve pseudomonas aeruginosa üredi. Larvalardan 12 gün boyunca 24 C de % 50 kısmi nemli ortamda elde edilen erişkin sinekler incelendi. İncelenen larvaların ve erişkin hale getirilen sineğin Sarcophaga sp. olduğu belirlendi. **Tartışma ve Sonuç:** Myiasis, tropikal ve subtropikal iklimte has bir ektoparaziter enfestasyon olmakla birlikte kırsal kesimde, hayvanlarla yakın teması olan, sosyo-ekonomik düzeyi düşük, kötü hijyen koşullarında yaşayan, açık yara, diyabet ve vasküler hastalıkları olan kişilerde insidansı artan bir klinik tablodur. Myiasis gelişen hastalarda ağrı, ateş, kızarıklık, kaşıntı ve sekonder bakteriyel enfeksiyonlar, lokositoz ve hipereosinofili gözlenebilir. Tedavi; görülen tüm larvaların alınması, nekrotik doku varlığında debridman, antiseptik solüsyonlar ile irrigasyon ve günlük pansuman değişimidir. Komplikasyonlara karşı antibiyotik ve antiparaziter ilaçlardan yararlanılabileceği bildirilmiştir.



Şekil 1. Sarcophaga sp. A- Erişkin (Adult), B- Ön stigmat (Anterior spiracles), C- Arka stigmat (Posterior spiracle), D- Baş skleton (Head skeleton).



Şekil 2. Yara yerinde larvalar.

[PB - 277]

Nekrotizan Fasiit İle Komplike Olan Rektus Kılıfı Absesi

EMRE DİKMEER, BÜLENT ÇALIK, GÖKHAN AKBULUT

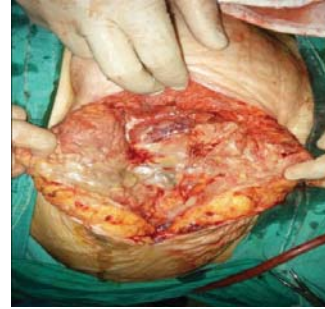
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Nekrotizan fasiit (NF) fasyalara kadar ilerleyen subkutan yumuşak dokunun yaygın enfeksiyonudur. İlerleyici, fulminan seyretmesi ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle erken tanı önemlidir. **Olgu Sunumu:** 55 yaşında bayan hasta polikliniğe bir hafta önce başlayan karında şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Bilinen DM nedeniyle insülin tedavisi altında ve geçirilmiş bypass operasyon hikayesi mevcut. Fizik muayenede hastada batında sağ alt kadranda hassasiyet saptandı. Usg incelemede sağ alt kadranda karın ön duvarında 31x16 mm boyutunda izoekoik avasküler solid yumuşak doku lezyonu izlendi. MR görüntülemesinde sağ tarafında batın ön duvarı rektus kası içerisinde yerleşimli apse açısından kuşkulu 40*44 mm düzensiz sınırlı lezyon izlendi (Şekil 1). Ultrasonografi eşliğinde abse drenajı yapıldı. Drenaj sonrası hastanın ağrısının artması ve cilt altı dokuda sertlik olması üzerine hastaya eksplorasyon kararı alındı. Eksplorasyonda göbek altı alanda her iki rektus kası üzerinde kasın fasyasına kadar ilerlemiş cilt altı nekrozu ve enfeksiyonu mevcuttu (Şekil 2). Hastaya geniş debridman uygulandı (Şekil 3). Yara alanı negatif basınçlı vakum yardımcı kapama (VAC) sistemi ile kapatıldı (Şekil 4). Hastanın yara kültüründe ve kan kültüründe MRSA üremesi üzerine ampririk olarak siprofloksasin ve metronidazol başlanan hastaya i.v. meropenem tedavisine geçildi. 5 kür VAK tedavisi sonrasında enfeksiyon tamamen geriledi. Cilt primer onarılarak hasta şifa ile taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Nekrotizan fasiit hızlı seyirli bir enfeksiyon olduğundan uygun antibiyoterapi ve cerrahi debridman tedavisinin farkedildiği anda başlanması gerekmektedir. Bu arada ortamdaki eksudayı adsorbe ederek bakteriyel yükün azaltılmasını sağlamak ve yeni enfeksiyonların eklenmesine engel olmak ve de kapiller basıncı yenerek ortama daha fazla kan, dolayısıyla daha fazla oksijen ve beraberinde büyüme faktörlerinin gelmesine olanak sağlayarak granülasyon dokusunun gelişimine katkıda bulunmak için negatif basınçlı vakum yardımcı yara kapama sistemleri kullanılabilir. Hastamızın yaşının genç olması, erken dönemde debridman ve sonrasında düzenli debridman uygulanması ve debridman sonrası alınan

kültür sonuçlarıyla antibiyoterapi düzenlenmesiyle enfeksiyon kontrol altına alınıp tedavisi sağlanmıştır. Erken agresif cerrahi nekrotizan fasiitli hastalarda hayat kurtarıcıdır. Negatif basınçlı vakum yardımcı yara kapama sistemleri iyileşmeyi hızlandırır.



Şekil 1. Yara kapama tedavisi.



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4