

Ulusal Cerrahi Dergisi
YIL//2009 CİLT//25 SAYI//2
NİSAN-MAYIS-HAZİRAN
ISSN: 1300-0705
e-ISSN: 1308-8521

Yayın Türü
Yerel Süreli Yayın

Türk Cerrahi Derneği Adına
Yayın Sahibi
Dr. M. Cem TERZİ
Yönetim Kurulu Başkanı

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Dr. Sadık KILIÇTURGAY

Yönetim Kurulu
Dr. M. Cem TERZİ
Başkan

Dr. Savaş KOÇAK
Başkan Yardımcısı

Dr. Sadık KILIÇTURGAY
Başkan Yardımcısı

Dr. Osman ABBASOĞLU
Genel Sekreter

Dr. Haldun GÜNDOĞDU
Muhasip Üye

Dr. Altan TÜZÜNER
Üye

Dr. Semih BASKAN
Üye

Dr. Atilla KORKMAZ
Üye

Dr. Nuri Aydın KAMA
Üye

Adres / Yönetim Yeri
Türk Cerrahi Derneği
Koru Mah. Koru Sitesi İhlamur Cad.
No: 26 06810 Çayyolu / ANKARA
Tel: (0312) 241 99 90
Faks: (0312) 241 99 91
e-posta: turkcer@turkcer.org.tr

Yayın Hizmetleri
BAYT - Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın
ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara
(0312) 431 30 62 <http://www.bayt.com.tr>

Baskı
Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
Matbaacılar Sitesi 560. Sk. No: 27,
İvedik, Ankara Tel. (0312) 395 21 28

Baskı Tarihi
30 Haziran 2009 ANKARA

TÜBİTAK- ULAKBİM
TÜRK TIP DİZİNİ
kapsamındadır

Türk Cerrahi Derneği tarafından üç ayda bir yayınlanır.

Editörler

Dr. İskender SAYEK, Dr. Feza REMZİ, Dr. Ertuğrul GÖKSOY, Dr. Sadık KILIÇTURGAY

Kurucu Editör

(1985 - 2005)
Dr. Cemalettin TOPUZLU

Yayın Sekreterleri

Dr. Can ATALAY, Dr. Hasan BESİM

Dergi Sekreteri
Serra OYTUN

Yayın Danışma Kurulu

Dr. Osman ABBASOĞLU	ANKARA	Dr. Adnan İŞGÖR	İSTANBUL
Dr. Fatih AĞALAR	KIRIKKALE	Dr. Taner KALE	KAHRAMANMARAŞ
Dr. Yiğit AKÇALI	KAYSERİ	Dr. Metin KAPAN	İSTANBUL
Dr. Musa AKOĞLU	ANKARA	Dr. Kaan KARAYALÇIN	ANKARA
Dr. Murat AKSOY	İSTANBUL	Dr. Cüneyt KAYALP	MALATYA
Dr. Özdemir AKTAN	İSTANBUL	Dr. Murat KILIÇ	İZMİR
Dr. Ömer ALABAZ	ADANA	Dr. Haluk KİPER	ESKİŞEHİR
Dr. İskender ALAÇAYIR	ANKARA	Dr. Savaş KOÇAK	ANKARA
Dr. Haluk ALAGÖL	ANKARA	Dr. Atilla KORKMAZ	ANKARA
Dr. Ethem ALHAN	TRABZON	Dr. Mustafa KORKUT	İZMİR
Dr. Oktar ASOĞLU	İSTANBUL	Dr. Cüneyt KÖKSOY	ANKARA
Dr. Hüseyin ASTARCIOĞLU	İZMİR	Dr. Mehmet KURDOĞLU	İSTANBUL
Dr. Fuat ATALAY	ANKARA	Dr. Bekir KURU	SAMSUN
Dr. Selçuk ATAMANALP	ERZURUM	Dr. Ayhan KUZU	ANKARA
Dr. Levent AVTAN	İSTANBUL	Dr. Zafer MALAZGİRT	SAMSUN
Dr. Semih BASKAN	ANKARA	Dr. Bülent MENTEŞ	ANKARA
Dr. Adil BAYKAN	İSTANBUL	Dr. Gökhan MORAY	ANKARA
Dr. Mehmet BAYRAMIÇLI	İSTANBUL	Dr. Mehmet OĞUZ	ANKARA
Dr. Uğur BENGİSUN	ANKARA	Dr. İlker ÖKTEN	ANKARA
Dr. Eren BERBER	Cleveland, ABD	Dr. Mustafa ÖNCEL	İSTANBUL
Dr. Orhan BİLGE	İSTANBUL	Dr. Durkaya ÖREN	ERZURUM
Dr. Settar BOSTANOĞLU	ANKARA	Dr. Cihangir ÖZASLAN	ANKARA
Dr. Şükrü BOZKURT	ANKARA	Dr. M. Faik ÖZÇELİK	İSTANBUL
Dr. Türker BULUT	İSTANBUL	Dr. İlgin ÖZDEN	İSTANBUL
Dr. Yusuf BÜKEY	İSTANBUL	Dr. Mehmet ÖZDOĞAN	ANKARA
Dr. Zafer CANTÜRK	KOCAELİ	Dr. Ahmet ÖZENÇ	ANKARA
Dr. Murat ÇİVANER	BURSA	Dr. Halil ÖZGÜÇ	BURSA
Dr. Ragıp ÇAM	ANKARA	Dr. Mahir ÖZMEN	ANKARA
Dr. Faik ÇELİK	İSTANBUL	Dr. Melih PAKSOY	İSTANBUL
Dr. Varol ÇELİK	İSTANBUL	Dr. Atilla SORAN	Pittsburgh, ABD
Dr. Sadettin ÇETİNER	ANKARA	Dr. Selman SÖKMEN	İZMİR
Dr. Ahmet ÇOKER	İZMİR	Dr. Erdoğan SÜZÜER	KAYSERİ
Dr. Alper DEMİRBAŞ	ANTALYA	Dr. Uğur SUNGURTEKİN	DENİZLİ
Dr. Salim DEMİRCİ	ANKARA	Dr. Metin ŞEN	SİVAS
Dr. Seher DEMİREL	ANKARA	Dr. Cahit TANYEL	ANKARA
Dr. Haluk DEMİRYÜREK	ADANA	Dr. Ertan TATLICIOĞLU	ANKARA
Dr. Mete DÜREN	İSTANBUL	Dr. Korhan TAVİLOĞLU	İSTANBUL
Dr. Şükrü EMRE	Connecticut, ABD	Dr. M. Cem TERZİ	İZMİR
Dr. Yeşim ERBİL	İSTANBUL	Dr. Tarık TERZİOĞLU	İSTANBUL
Dr. Acar EREN	İSTANBUL	Dr. Rifat TOKYAY	İSTANBUL
Dr. M. Sabri ERGÜNEY	İSTANBUL	Dr. Turgut TUFAN	ANKARA
Dr. Emin ERSOY	ANKARA	Dr. Ali Rıza TÜMER	ANKARA
Dr. Sadık ERSÖZ	ANKARA	Dr. Ahmet TÜRKÇAPAR	ANKARA
Dr. Metin ERTEM	İSTANBUL	Dr. Yılmaz USER	İSTANBUL
Dr. Mehmet ERYILMAZ	ANKARA	Dr. Ali İhsan UZAR	ANKARA
Dr. Cengiz GEBİTEKİN	BURSA	Dr. Sümer YAMANER	İSTANBUL
Dr. Ethem GEÇİM	ANKARA	Dr. Cumhur YEĞEN	İSTANBUL
Dr. Rasim GENÇOSMANOĞLU	İSTANBUL	Dr. Enis YETKİN	İZMİR
Dr. Cüneyt GÖKSOY	ANKARA	Dr. Rasih YILMAZ	İZMİR
Dr. Nuri GÖNÜLLÜ	KOCAELİ	Dr. Zeki YILMAZ	KAYSERİ
Dr. Oğuz GÜÇ	ANKARA	Dr. Tuncay YILMAZLAR	BURSA
Dr. Hüseyin GÜLAY	İZMİR	Dr. Rafet YİĞİTBAŞI	İSTANBUL
Dr. Seza GÜLEÇ	Florida, ABD	Dr. Kaya YORGANCI	İSTANBUL
Dr. Haldun GÜNDOĞDU	ANKARA	Dr. Nihat YAVUZ	İSTANBUL
Dr. Mehmet GÜREL	ANKARA	Dr. Serdar YILMAZ	Calgary, KANADA
Dr. Sezer GÜNER	ANTALYA		
Dr. Mehmet HABERAL	ANKARA		
Dr. Ömer HARMANCIOĞLU	İZMİR		
Dr. Abdullah İGCI	İSTANBUL		
Dr. İhsan İNAN	Cenevre, İSVİÇRE		
Dr. Turgut İPEK	İSTANBUL		

Biyoistatistik Danışma Kurulu

Dr. Yıldır ATAĞURT ANKARA
Dr. Atilla Halil ELHAN ANKARA
Dr. Hasan KARANLIK İSTANBUL
Dr. Ersöz TÜCCAR ANKARA

İÇİNDEKİLER // Contents

ARAŞTIRMA YAZILARI // Original Articles

- 45 İnsizyonel fıtıklarda yara yeri infeksiyonları**
Surgical site infections in incisional hernias
Yusuf Günerhan, Mehmet Ali Uzun, Ömer Faruk Özkan, Neşet Köksal, Barlas Sulu, Munire Kayahan
- 49 Kolorektal cerrahi biriminin kurulması kolorektal cerrahi operasyonlarını geliştirir mi?**
Does establishment of colorectal surgical unit improve colorectal operations?
Tahsin Çolak, Özgür Türkmenoğlu, Ahmet Dağ, Ramazan Gündoğdu, Süha Aydın
- 53 Palpabl meme kitlelerinde ince iğne aspirasyon sitolojileri ile histopatolojik incelemelerin korelasyonu**
The correlation between hystopathological examinations and fine-needle aspiration cytology in palpable breast masses
Özgen Arslan Solmaz, Abdullah Büyük, Hayreddin Yekeler, Oktay Banlı
- 56 İkinci primer cilt kanserini önlemek için trikloroasetik asit ile peeling**
A new practice of trichloroacetic acid peeling: reduction of second primary skin cancer
Güliden Avcı, Tayfun Akoç, Aylin Ege Gül
- 62 Safra kesesi ameliyatı sonrası cerrahi müdahale gerektiren ciddi komplikasyonlar ve yaklaşımları**
Surgically repaired severe post-cholecystectomy complications and their management
Nurkan Törer, Tarık Zafer Nursal, Kenan Çalışkan, Ali Ezer, Tamer Çolakoğlu, Hamdi Karakayalı, Mehmet Haberal

OLGU SUNUMLARI // Case Reports

- 68 İki verrüköz kanser olgusu ve cerrahi yaklaşım**
Two verrucous tumor cases and surgical approach
Metin Ertem, Özgür Bakar, Emel Özveri, Süleyman Yılmaz
- 72 Çoklu koledok ve safra kesesi taşları: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi**
Multiple common bile duct and gallbladder stones: A case report and literature review
Burhan Özdi, Hikmet Akkız, Macit Sandıkçı, Yüksel Gümürdülü, Arif Coşar, Can Kece
- 75 İnce barsak lipomuna bağlı gelişen ileoileal geçici intussusepsiyon**
Ileoileal temporary intussusception caused by an intestinal lipoma
Yahya Ekici, Tevfik Avcı, Ceyla Başaran, Gökhan Moray

DERLEMELER // Review Articles

- 78 İleri yaş meme kanserinde cerrahi tedavi yaklaşımı; Standart dışı tedavi uygulamaları için kanıtlar ne kadar güçlüdür?**
Surgical treatment of breast cancer in elderly; is current evidence strong enough to implement less aggressive treatment modalities
Bahadır M Güllüoğlu

EDİTÖRE MEKTUP // Letter to Editor

- 82 Basit ve ekonomik bir laparoskopik eğitim kutusu**
An easy and economic laparoscopic Training box
Ali Doğan Bozdağ, Tuğrul Tansuğ, Hayrullah Derici, Cemal Kara, Alper Sözütek, Türker Karabuğa, Okay Nazlı

Bu Sayıda // In This Issue

ARAŞTIRMA YAZILARI

İnsizyonel fıtıklarda yara yeri infeksiyonları

İnsizyonel fıtık nedeni ile ameliyat edilen olgular çalışmaya alındı. Hastalar; yaş, cinsiyet, ameliyatın acil veya elektif oluşu, fıtık defektinin boyutu, onarım şekli, dren kullanılıp kullanılmadığı ve kullanıldıysa sayısı, kanser varlığı, gastro intestinal sistemin açılıp açılmadığı, kullanılan mesh türü, ve yara yeri infeksiyonu oluşumu yönünden incelendi.

Surgical site infections in incisional hernias

Patients operated for incisional hernia were studied. Age, sex, status of the operations as urgent or elective, size of the hernia defect, usage and number of drains, presence of malignancy, opening of gastrointestinal tract, development of wound infection and microorganisms multiplied in the wound are all searched. 45-48

Kolektal cerrahi biriminin kurulması kolorektal cerrahi operasyonlarını geliştirir mi?

Bu çalışmada kolorektal cerrahi ünitesinin oluşturulmasının kolorektal cerrahi operasyonlarına etkisi araştırıldı ve kolorektal cerrahi ünitesinin kolorektal operasyonları nicelik ve nitelik açısından geliştirdiği gözlemlendi. In this study, the effect of establishing colorectal surgical unit on colorectal surgery were investigated. It was observed that quantity and characteristic of colorectal surgery has improved by establishing colorectal surgical unit. 49-52

Palpabl meme kitlelerinde ince iğne aspirasyon sitolojileri ile histopatolojik incelemelerin korelasyonu

Kliniğine gelen biyopsileri ve sitolojileri kliniğimiz tarafından değerlendirilmiş 50 adet olgu çalışmaya alındı. çalışmamızda duyarlılık %100, özgüllük %95, pozitif prediktif değer %93 ve negatif prediktif değer %100, yanlış pozitif oranı %2,3, yanlış negatif oranı %0 olarak hesaplandı Testin doğruluk oranı %97 dir.

The correlation between histopathological examinations and fine-needle aspiration cytology in palpable breast masses

50 incidents who came to our clinic and whose biopsies and cythology were evaluated in our clinic were taken into the study. Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, false positive rate and false negative rate were calculated as 100%, %95, %93, %100, %2,3 and %0 respectively. 53-55

İkinci primer cilt kanserini önlemek için trikloroasetik asit ile peeling

Yaygın aktinik hasarlanmaları olan hastalarda, mevcut cilt kanserleri cerrahi tedavisi yapıldıktan sonra ikinci primer cilt kabserlerini önlemek için trikloroasetik asitle yapılan orta derinlikte peeling'in etkili olduğunu düşünmekteyiz.

A new practice of trichloroacetic acid peeling: reduction of second primary skin cancer

Topical application of trichloroacetic acid peeling agents to reverse actinic damage of skin is a well-established, accepted clinical practice. Subclinical malignant lesions are generally seen with skin cancers simultaneously. In this paper, we evaluated effectiveness of the trichloroacetic acid peelig to treatment of subclinical lesions. 56-61

Safra kesesi ameliyatı sonrası cerrahi müdahale gerektiren ciddi komplikasyonlar ve yaklaşımları

Bu çalışmada kolesistektomi sonrası ciddi komplikasyonlar nedeniyle ameliyat edilen 22 hastada morbidite gelişimine etki eden etkenler geriye dönük olarak incelendi ve yaralanma tipine göre değişen yaklaşım seçenekleri incelendi.

Surgically repaired severe post-cholecystectomy complications and their management

We retrospectively investigated the factors that affect the morbidity of the 22 patients with surgically repaired severe complications of cholecystectomy and discussed the management options according to the injury type. 62-67

OLGU SUNUMLARI

İki verrüköz kanser olgusu ve cerrahi yaklaşım

Verrüköz kanser yavaş büyüyen ve iyi prognoza sahip olan skuamöz hücreli kanser varyantıdır. Bu makalede iki verrüköz kanser olgusu sunulmakta ve nadir görülen bu kanser olgularının klinik özellikleri vurgulanmaktadır.

Two verrucous tumor cases and surgical approach

Verrucous carcinoma have a favorable prognosis and is characterized by slow growth. Verrucous tumor is a variant of well differentiated squamous-cell carcinoma. This report presents two cases of verrucous tumor and delineates the clinical features of this uncommon entity. 68-71

Çoklu koledok ve safra kesesi taşları: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Koledokta kalsiyum taşları nadir görülen bir durumdur. Bu olguda da koledok kanalında çok sayıda kalsiyum taşları saptandı. Bu nedenle literatüre katkıda bulunacağını düşünüyoruz.

Multiple common bile duct and gallbladder stones: A case report and literature review

Calcium stones are a rare condition in the choledoch. A great number of calcium stones were determine in this case. It is therefore likely to contribute to the literature. 72-74

İnce barsak lipomuna bağlı gelişen ileoileal geçici intussusepsiyon

Bu olguda geçici intussusepsiyone neden olan ve tanı zorluğu olan, özgün olmayan bulgularla seyretmiş bir ileal lipomu olan yetişkin hasta anlatılmaktadır.

Ileoileal temporary intussusception caused by an intestinal lipoma

This case is describing, an intestinal lipoma in an adult causing temporary intussusception with difficult diagnosis and clinical symptoms were in nonspecific manner. 75-77

DERLEME YAZILARI

İleri yaş meme kanserinde cerrahi tedavi yaklaşımı; Standart dışı tedavi uygulamaları için kanıtlar ne kadar güçlüdür?

İleri yaşın getirdiği fonksiyonel rezerv kısıtlılıkları, ek hastalıkların sıklıkla eşlik etmesi ve yaşlılardaki meme kanserinin daha olumlu tümör özelliklerine sahip olması bu yaş grubunda daha az agresif tedavi olasılıklarını gündeme getirmektedir. Bu yazıda güncel kanıtlar ışığında ileri yaştaki meme kanseri hastaları için cerrahi yaklaşım seçenekleri irdelenmektedir.

Surgical treatment of breast cancer in elderly; is current evidence strong enough to implement less aggressive treatment modalities?

Due to limited functional reserves, probability of co-morbid diseases and favourable breast tumor biology in elderly, physicians are more likely to omit standart treatment protocols in these patients. In this comprehensive review, the author provides current evidence to assess the rationality of less aggressive treatment modalities in elderly breast cancer patients. 78-81

EDİTÖRE MEKTUP

Basit ve ekonomik bir laparoskopik eğitim kutusu

An easy and economic laparoscopic Training box
82-83

YAZIM KURALLARI

MADDE 1. Ulusal Cerrahi Dergisi, Türk Cerrahi Derneği'nin sürekliliği yayını organı olup, dergide cerrahi bilimi ile ilgili klinik ve deneysel çalışmalar, cerrahinin temel konularındaki inceleme yazıları, teknik katkılar, cerrahideki gelişmeler, haberler ve mektuplar yayımlanır. Dergi üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık), yılda dört sayı yayımlanır ve dört sayıda bir cilt tamamlanır.

MADDE 2. Ulusal Cerrahi Dergisinde yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Daha önce kongrelerde sunulmuş ve özeti yayımlanmış çalışmalar, bu husus belirtilmek üzere kabul edilebilir. Yayın için gönderilmiş çalışmalarını gecikme veya diğer bir nedenle dergiden çekmek isteyenlerin bir yazı ile başvurmaları gerekir. Editörler Kurulu, Ulusal Cerrahi Dergisi için gönderilmiş yazılarda makale sahiplerinin bu maddeye uymayı kabul ettiklerini varsayar. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez.

MADDE 3. Yayın Hakkı Devir Formu: Yazarlar dergide yayımlanan Yayın Hakkı Devir Formu ve Katkıda Bulunanlar Formu'nu eksiksiz doldurarak yazılarıyla birlikte Ulusal Cerrahi Dergisi Editörlüğüne göndermek zorundadır.

MADDE 4. Editörler Kurulu Yazım Kurallarına uymayan yazıları yayımlanmamak, düzeltmek üzere yazarına geri göndermek ve biçimce düzenlemek yetkisine sahiptir. Yayımlanmak üzere gönderilen yazılar teknik değerlendirme aşamasını geçtikten sonra Editörler Kurulu'nun uygun gördüğü en az iki danışman tarafından değerlendirilir ve yayımlanması uygun görülürse dergide basılır.

MADDE 5. Derginin yayını dili Türkçe'dir. Yazıların Türk Dil Kurumunun Türkçe Sözlüğüne ve Yeni Yazım Kılavuzu'na uygun olması gerekir. Teknik terimler Türk Tıp Terminolojisinde kullanılan şekli, metinde adı geçen ilaçlar ise farmakolojik adlarıyla Türkçe olarak yazılmalıdır.

MADDE 6. Genel Yazım Açıklamaları: Yazılar sayfanın sağ ve sol yanlarından üçer santimetre boşluk bırakarak, 11 punto, "Times New Roman" yazı karakterinde, iki satır aralıkla, ve her bir sayfa 200 kelimeyi aşmadan yazılmalıdır. Yazılar her biri ayrı sayfada başlayacak şekilde; başlık (Türkçe, İngilizce), tanıtım yazıları (Türkçe, İngilizce), özetler (Türkçe, İngilizce), anahtar kelimeler (Türkçe, İngilizce), metin, kaynaklar, şekillerin-tabloların-grafiklerin açıklamaları bölümlerini içerir. Şekil ve grafikler imaj dosyası olarak girilecektir. Tablolar ise word formatında her sayfaya bir tane gelecek şekilde hazırlanmalıdır. Araştırmalar, WORD 6.0 veya daha üst versiyonu ile hazırlanmalı ve online olarak dergiye ulaştırılmalıdır. Yazar dergiye sunduğu her türlü materyalin bir kopyasını da saklamalıdır.

MADDE 7. Başlık: Türkçe - İngilizce olmalıdır. Birçok indeksleme sistemleri başlık ifadelerine dayandığından başlık dikkatle seçilmeli ve makale içeriğini en iyi şekilde yansıtmalıdır. Başlığın 12 sözcüğü geçmemesi uygun olur. 12 sözcüğü geçen başlıklarda "kısa başlık" verilmesi gerekmektedir.

MADDE 8. Yazar(lar)ın açık ad(lar)ı, soyad(lar)ı ve unvan(lar)ı, çalışmanın yapıldığı anabilim dal(lar)ı veya klinik(ler)in ad(lar)ı ve kurum(lar)ın isimleri, eğer varsa çalışmayı destekleyen fon ve kuruluşların açık adları, yazışma yapılacak yazarın ad ve soyadı, posta ve e-posta adresi ile iletişim numaraları (telefon, GSM, faks) online sistemde ayrıca oluşturulmaktadır. Makale metni içerisinde yukarıdaki bilgiler mevcutsa bu bilgilerin "xxxxx" şeklinde kapatılması gerekmektedir.

MADDE 9. Tanıtım Yazısı: Makalenin içeriğini maksimum 50 sözcük ile anlatan Türkçe ve İngilizce Tanıtım Yazısı yazılmalıdır.

MADDE 10. Özet: Özetler Türkçe ve İngilizce olarak, en çok 250'şer kelime olmalıdır. Özetlerde bölüm adı ve çalışmanın yapıldığı tarihler belirtilmemeli, kısaltma kullanılmamalıdır.

Türkçe Özetler;

Amaç,

Yöntem,

Bulgular,

Sonuç,

İngilizce Özetler (Summary) ise;

Purpose,

Materials and Methods,

Results,

Conclusion

ara başlıkları şeklinde yazılmalıdır. İngilizce Özetlerin başında yazının İngilizce başlığı bulunmalıdır.

MADDE 11. Anahtar Kelimeler/Key Words ara başlığı Tıp Konuları Başlıkları'na (Medical Subject Headings) uygun olarak verilmelidir. Tıp Konulu Başlıkları'nı (Medical Subject Headings) aramak için belirtilen internet adresine başvurulabilir. <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> Anahtar kelimeler en az 2 en fazla 5 kelimeden oluşmalıdır.

MADDE 12. Metin: Giriş, Hastalar ve Yöntem/Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Teşekkür (istenirse) bölümlerinden oluşur. Giriş bölümü konuyu birkaç cümle ile tanımlamalı ve okuyucuya konu üzerinde yapılan en yeni çalışmaları tanıtmalıdır. Hastalarla ilgili klinik çalışmalar için "Hasta ve Yöntem" laboratuvar çalışmaları ve hayvan deneyleri için "Gereç ve Yöntem" başlıkları tercih edilmelidir. Hastalar / Gereç ve Yöntem bölümünde hasta ve / veya laboratuvar hayvanları üzerine açık ve kısa tanımlar sunulmalı; kullanılan araç, kimyasal malzemeler ve yöntemler belirtilmelidir. Başvurulan istatistiksel analiz yöntem(ler)i de bildirilmelidir. Bulgular bölümü çalışmanın sonuçlarını vermelidir. Veriler mümkün olduğunca net, tercihen tablo ya da şekil içinde sunulmalıdır. Tabloların çok hacimli olmasından ve dergi say-

fa sınırlarını aşmasından kaçınılmalıdır. Tartışma bölümünde bulgulardan çıkarılan sonuçlar ele alınmalı; bulgular yalnızca ilişkili literatür ışığında tartışılmalıdır. Teşekkür bölümünde eğer istenirse makalenin yazarları bölümünde yer almayan ancak makaleye katkısı olanlar yazılabilir.

MADDE 13. Kaynaklar: Kaynaklar makale içinde yapılan atfı sırasına göre dizilmelidir. Ulusal Cerrahi Dergisi ilke olarak makalelerde Türkçe yayınların da kaynak gösterilmesini önermektedir. Yayınlanmış veya yayın için kabul edilmiş yazılar kaynak olarak kabul edilebilir.

Kaynakların yazımının Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals'da (International Committee of Medical Journal Editors, Mayıs 1999 güncellemesi) ayrıntılı olarak sunulan standartlara uyması gerekir.

Tüm yazarların isimleri açık olarak yazılmalıdır.

Sürekli yayınlardan kaynak gösterme: Yazar ya da yazarların soyadı, adının ilk harfi (.) makalenin adı (.) derginin adı (Index Medicus'a göre kısaltılmış biçimiyle) (.) yıl (:) cilt numarası (:) ilk ve son sayfa (.) Örneğin: Richards AB, Sosin H. Cancer of the pancreas: The value of radical and palliative surgery. Ann Surg 1973; 177: 325 - 331

Kitaplardan kaynak gösterme: Yazar ya da yazarların soyadı, adının baş harfi (.) kitabın adı (.) kaçınıcı baskı ya da cilt olduğu (.) yayımlandığı şehir (:) yayın evi, baskı yılı (:) ilk ve son sayfa (.) Örneğin: Green AB, Brown CD. Textbook of Pulmonary Disease 2nd ed. London: Silver Books, 1982: 49-52.

Kitap bölümlerinden kaynak gösterme: Konu yazarının soyadı, adının baş harfi (.) konu adı (.) In (:) kitap yazarının soyadı, adının baş harfi (.) kitabın adı (.) kaçınıcı baskı ya da cilt olduğu (.) yayımlandığı şehir (:) yayın evi, baskı yılı (:) ilk ve son sayfa (.) Örneğin: Weinstein I, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA, eds. Pathologic physiology: Mechanisms of disease 2 nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457 - 471.

Bilimsel toplantılarda yapılan sunumlardan kaynak gösterme: Yazarın ünvanı (.) adının baş harfi (.) soyadı (:) yapılan sunumun başlığı (.) sunumun yapıldığı yer (.) sayfa, ay, yıl (.) Örneğin: Dr. M.C. Yağmurdur: Ayakta Tedavi Edilen Yanık Hastalarımızın Epidemiyolojik Analizi. Ulusal Cerrahi Kongre Kitabı. 15-19 Mayıs 2002.

Yayımlanmamış toplantı sunumlarının kaynak gösterilmemesi gerekir.

MADDE 14. Şekil, Tablo, Fotoğraf ve Grafik: Kullanılan tüm materyallere metin içinde ayrı ayrı atıf yapılmış olmasına özen gösterilmeli, atfı sırasına göre numaralandırılmalı ve her bir materyal için anlaşılır başlıklar yazılmalıdır. Ayrıca kullanılan şekil/fotoğraf ve grafik materyallerin numaraları ve başlıkları ayrı bir sayfada yazılarak metnin sonuna eklenmelidir. Şekil/fotoğraf ve grafik dosyaları her biri ayrı bir imaj dosyası (jpg ya da gif) olarak gönderilmelidir. Dosyaların minimum çözünürlüğü 600 dpi olmalıdır. Şekil ve çözümlerin orijinal olmaları gerekir. Başka herhangi bir yayın içinde kullanılmış bulunan şekillerin dergimizde yayınlanabilmesi için, gerekli izinler yazarlar tarafından ve makale başvurusu yapılmadan önce alınmalıdır. İznin alındığını gösterir belgenin kopyası yazıyla birlikte dergiye gönderilmelidir. Hastanın kimliğinin anlaşılabilirliği fotoğraflarda, hastanın ya da kanuni temsilcisinin imzalı onayı gönderilen yazıya eklenmeli; aksi halde söz konusu kişi ya da kişilerin isimleri ve gözleri kapatılmalıdır. Mikroskopik resimlerde büyütme oranı ve kullanılan boyama tekniği belirtilmelidir.

MADDE 15. Derleme Yazıları: Konu hakkında birikimi olan ve

bu birikimi literatüre de yansımış kişiler tarafından hazırlanmış derlemeler bilimsel içeriği ve dergi yazım kurallarına uygunluğu saptandıktan sonra değerlendirilmeye alınır. Yazarın o konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Derleme yazıları; başlık (Türkçe İngilizce), Tanıtım yazısı (Türkçe, İngilizce), anahtar kelimeler (Türkçe İngilizce), özet (Türkçe İngilizce) alt başlıklarla bölümlendirilmiş metin ile kaynakları içermelidir. Tablo, şekil, grafik veya resim varsa yukarıda belirtildiği şekilde gönderilmelidir.

MADDE 16. Olgu Bildirileri: Derginin her sayısında sınırlı sayıda olgu bildirisine yer verilmektedir. Olgu bildirilerinin kabulünde; az görülülük, eğitici olma, ilginç olma, önemli ölçüt değerleridir. Ayrıca bu tür yazımların olabildiğince kısa hazırlanması gerekmektedir. Olgu bildirileri şu bölümlerden oluşmalıdır: Türkçe/İngilizce başlık, Türkçe İngilizce Tanıtım yazısı, Türkçe-İngilizce özet ve Türkçe/ İngilizce anahtar kelimeler, giriş, olgu bildirisi, tartışma, teşekkür, kaynaklar, şekiller. İngilizce özetin başlığı unutulmamalı, İngilizce özetle olgunun en belirgin özellikleri ile niçin sunulmaya değer olduğu belirtilmelidir. "Vaka" ve "vaka takdimi" kelimeleri kullanılmamalıdır. Olgu bildirilerinde yazar sayısı dördü geçmemelidir; yazar sayısı dörtten fazla ise baskı aşamasında ilk dört isim dikkate alınacaktır.

MADDE 17. Editöre Mektuplar: Daha önce basılmış yazımlarda ilgili görüş, eleştiriler ya da farklı bir konu üzerindeki deneyim ve düşünceler için editöre mektup yazılabilir. Bu tür yazımlar 500 kelimeyi aşmamalı ve tıbbi etik kurallara uygun olarak kaleme alınmış olmalıdır. Mektup eğer basılmış bir yazı hakkında ise; yıl, sayı, sayfa numaraları, yazı başlığı ve yazarların adları belirtilmelidir. Mektup bir konu hakkında deneyim, düşünce hakkındaysa verilen bilgiler doğrultusunda dergi kurallarına uyumlu olarak kaynaklar belirtilmelidir.

MADDE 18. Bilgilendirerek onay alma ve Etik Kurallara uymak: İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalarda uygulanacak girişimlerin özelliklerinin tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir belge bulunmalıdır. Yazarlar bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda uluslararası alanda kabul edilen klavuzlara ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayımlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve kurumdan aldıkları Etik Komitesi onayını göndermelidir. Aynı şekilde hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı, yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir.

Yazışma Adresi

Dr. Sadık Kılıçturgay
Türk Cerrahi Derneği Ulusal Cerrahi Dergisi Editörlüğü
Koru Mah. Koru Sitesi İhlamur Cad. No:26 06810
Çayyolu / ANKARA
Tel: (0312) 241 99 90
Fax: (0312) 241 99 91
e-posta: editor@ulusalcerrahidergisi.org

Çıkar çakışması beyan formu*

Conflict of interest

ÇIKAR ÇAKIŞMASI

Hakem değerlendirmesi işlemine duyulan kamu güveni ve yayımlanan makalelerin güvenilirliği, yazma, hakemlik ve editörün karar verme aşamalarında çıkar çakışmalarının ne kadar iyi ele alındığına bağlıdır. Çıkar çakışması, bir yazar (veya yazarın kurumu), hakem veya editörün hareketlerini önyargılı bir şekilde etkileyebilecek finansal veya kişisel bağlantısı (bu bağlantılar ayrıca iki yönlü sorumluluk, çakışan/iki yönlü çıkar ilişkisi veya çıkar çakışması olarak da bilinir) bulunduğu anda ortaya çıkar. Bu ilişkiler, kararları göz ardı edilebilecek derecede az etkileyebilecek olandan, daha çok etkileyebilme potansiyeline sahip olana kadar değişkenlik gösterebilir; bütün ilişkilerin hepsi gerçek bir çıkar çakışmasına yol açmaz. Kişi bağlantısının, bilimsel kararı üzerindeki etkisini kabul etsin etmesin, çıkar çakışması eğilimi ortaya çıkabilir. Finansal ilişkiler (ücretli çalışan olma, danışmanlık, hissedarlık, onursal bağlantı, ücretli uzman tanıklığı), belirlenmesi en kolay olan, derginin, yazarın ve bilimsel çalışmanın bizzat kendisinin güvenilirliğini sarsması en olası çıkar çakışmalarını oluşturmaktadır. Buna karşılık, kişisel ilişkiler, akademik rekabet veya entellektüel tutkular gibi başka nedenlerle de çakışmalar ortaya çıkabilir.

Hakemlik ve yayın işlevlerinde görev alan katılımcılar, potansiyel bir çıkar çakışmasını temsil ettiği düşünülebilecek olan tüm ilişkilerini açıklamak zorundadırlar. Bu ilişkilerin açıklanması, ayrıca Editöre Mektup ve Derleme yazılar açısından da önemlidir; çünkü bu tip yayınlarda önyargının saptanması orijinal araştırma yazılarına göre daha zor olabilir. Editörler, çıkar çakışması beyanındaki bilgileri yayın kararlarına dayanak olarak kullanabilirler. Ve eğer makalenin değerlendirilmesinde önemli olduğuna inanıyorlarsa bu bilgileri yayımlayabilirler.

Yazarların Bireysel İlişkileri (sadakat/bağlılık) ile ilişkili Potansiyel Çıkar Çakışmaları

Yazarlar bir yazı gönderdiklerinde çalışmaları hakkında önyargı oluşturabilecek tüm finansal ve

kişisel ilişkileri açıklamakla yükümlüdürler. Belirsizliği önlemek için, yazarlar çıkar çakışması potansiyeli bulunup bulunmadığını açıkça belirtmelidir. Yazarlar bunu, konuyla ilgili ek detayları verdikleri Çıkar Çakışması Beyanında ve gerekirse bilimsel yazıyla birlikte gönderilen üst yazıda (cover letter) da yerine getirmelidirler.

Yazarlar, çalışmanın yazıya dökülmesinde yardımcı olan kişileri belirtmeli ve asistans için kullanılan maddi kaynağı açıklamalıdır. Araştırmacılar, çalışmanın katılımcılarına olası çakışmaları açıklamalı ve bunu yazı metninde belirtmelidir.

Proje Desteği ile ilişkili Potansiyel Çıkar Çakışmaları

Çalışmalar, giderek artan bir şekilde ticari firmalardan, özel vakıfardan ve devletten kaynak almaktadır. Bu durum, araştırma hakkında önyargı oluşturma olasılığı yaratabilir ve daha da önemlisi araştırmaya karşı duyulan güveni sarsabilir.

Bilim adamlarının yayımlanmak üzere güvenilir araştırma sonuçları verme yükümlülükleri vardır. Ayrıca, kişiler yaptıkları işten doğrudan sorumlu olduklarından araştırmacılar, verilere ulaşmalarını ve bağımsız olarak değerlendirme yapmalarını, bilimsel yazı hazırlamalarını ve bunları yayımlamalarını engelleyen anlaşmalara girmemelidir. Yazarlar, eğer varsa çalışmanın sponsorlarının (verilerin toplanması, değerlendirilmesi ve yorumlanmasında, yazımında ve yayın için sunulması kararındaki) rollerini anlatmalıdır. Sponsorların araştırmaya doğrudan katılması ile potansiyel olarak ortaya çıkan önyargılar, diğer yöntemsel önyargılarla benzerlik gösterir.

Editörler, sonuç olarak marka tanıtma veya kâr amacı güden acentelerce desteklenen bir çalışmanın yazarlarından, "Bu çalışmada tüm verilere tam olarak ulaştım; verilerin bütünleştirilmesinin ve analizindeki doğruluğun tüm sorumluluğunu üstleniyorum" şeklinde bir beyanı imzalamalarını isteyebilir. Eğer sponsor, yazarın yayın hakkı üzerinde hak iddia ediyorsa, editörler makaleyi dikkate almamayı düşünebilir.

* Bu formun her bir yazar tarafından ayrı ayrı doldurulup imzalanması gerekmektedir.

** Bu form gerektiğinde fotokopi ile çoğaltılabilir.

Aşağıdaki form finansal bağlantılar, kişisel ilişkiler, danışmanlıklar, kurul üyelikleri, patent sahipliği ve benzeri ilişkilerden doğabilecek, çalışmanın konusu ile ilgili tüm bağlantıların açıklandığı, Editör'e sunulmak üzere hazırlanmış bir beyanname niteliği taşımaktadır. Editörler kurulu, sunulan bu açıklamanın içeriğinin, makalenin bir parçası olarak yayınlanmasına karar verme hakkına sahiptir. Lütfen aşağıdaki maddelerde yer alan uygun boşlukları doldurunuz:

Finansal: Bu çalışmanın konusu ile ilgili olabilecek herhangi bir anlamlı finansal şirket bağlantısı (ortaklık ya da hissedarlık). Var ise lütfen açıklama yapınız.

☐ Yok

☐ Aşağıda tanımlandığı gibi bir finansal bağlantı söz konusudur.

_____.

Yönetim/Danışmanlık İlişkileri: Son üç yıl içinde, bu çalışmanın konusu ile bağlantısı olabilecek, ücretli çalışan veya yönetim kurulu ya da danışma kurulu üyesi olarak yer alma durumu. Var ise lütfen açıklama yapınız.

☐ Yok

☐ Aşağıda tanımlandığı gibi bir yönetsel/danışmanlık bağlantısı söz konusudur.

_____.

Ücretli Danışmanlık: Son üç yıl içinde, bu çalışmanın bulguları ve kullanılan gereçle finansal bağlantısı olan, elde edilmiş danışmanlık ücreti, onursallık, konuşma telifi ya da ücretli uzman tanıklığı. Var ise lütfen belirtiniz.

☐ Yok

☐ Aşağıda tanımlandığı gibi bir ücretli danışmanlık bağlantısı söz konusudur.

_____.

Patentler: Siz ya da bağlı olduğunuz kurum tarafından planlanmış, başvurusu yapılmış ya da alınmış patent varlığı. Var ise lütfen açıklama yapınız.

☐ Yok

☐ Ben ya da bağlı olduğum kurumla ilgili olarak, bu çalışmayla bağlantısı olan ve aşağıda tanımlanan bir patent sahipliği söz konusudur.

_____.

Ulusal Cerrahi Dergisi Çıkar Çakışması Politikası'nı okudum ve burada sözü edilen bütün olası bağlantılarla ilgili açıklamaları yukarıda yer alan ilgili maddelerde doğru olarak sunduğumu beyan ederim.

Yazının Başlığı _____

İlk Yazar Adı _____

Bu Formu Dolduran Yazarın Adı _____

İmza _____ **Tarih** _____

İnsizyonel fıtıklarda yara yeri infeksiyonları

Surgical site infections in incisional hernias

Yusuf Günerhan*, Mehmet Ali Uzun**, Ömer Faruk Özkan**, Neşet Köksal**, Barlas Sulu*, Munire Kayahan**

Amaç: İnsizyonel fıtık ameliyatları sonrası görülen yara yeri infeksiyonu ile kanser, barsak açılması, ameliyatın acil-elektif oluşu, sentetik yama uygulaması ve dren kullanımı ilişkisini irdelemek.

Hastalar ve Yöntemler: İnsizyonel fıtık nedeni ile son üç yılda (Ocak 2006-Aralık 2008) ameliyat edilen olgular çalışmaya alındı. Hastalar yaş, cinsiyet, ameliyatın acil veya elektif oluşu, fıtık defektinin boyutu, onarım şekli, dren kullanılıp kullanılmadığı ve kullanıldıysa sayısı, kanser varlığı, gastro intestinal sistemin açılıp açılmadığı, kullanılan sentetik yama türü, yara yeri infeksiyonu oluşumu ve infeksiyon oluşanlarda üreyen mikroorganizmalar yönünden incelendi.

Bulgular: Ameliyat edilen 62 olgunun 18'inde yara yeri infeksiyonu gelişti. Barsak yaralanması olan 15 olgunun 14'ünde, kanseri bulunan 14 olgunun 10'unda, acil ameliyat edilen 12 olgunun 9'unda infeksiyon gelişti. Tek dren kullanılan 9 olguda infeksiyon gelişmezken, iki veya daha fazla dren kullanılan 53 olgunun 18'inde infeksiyon saptandı. Yatış süresi, infeksiyon oluşan grupta $31,4 \pm 22,4$, oluşmayanlarda $9,9 \pm 11,5$ gün idi ($P < 0.0001$).

Sonuç: Çalışmamızda insizyonel fıtıklarda, yara yeri infeksiyonu oluşmasında, gastrointestinal sistemin açılması, kanser varlığı ve ameliyatın acil koşullarda yapılması önemli risk faktörleri olarak görüldü.

Anahtar Kelimeler: insizyonel fıtık, yara yeri infeksiyonu, kanser, acil.

* Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Kars
** Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, İstanbul

Dr. Yusuf Günerhan
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Kars
E-posta: ygunerhan@gmail.com

Makale Geliş Tarihi: 09.02.2009
Makale Kabul Tarihi: 28.05.2009

GİRİŞ

Başarılı cerrahi işlemin gereklerinden biri de enfeksiyöz komplikasyonların önlenmesidir (1). Fıtık ameliyatları gibi temiz yaraların çoğunluğunda enfeksiyöz komplikasyonlar minimuma indirilmiş olup yara yeri infeksiyonları görülme sıklığı %1 -%4.5 arasındadır (1,2) Ancak insizyonel fıtıklardaki yüksek yara yeri infeksiyonu sorunu halen çözülebilmemiş değildir (3-5). Gastrointestinal sistemin (GIS) açılmadığı insizyonel fıtık ameliyatları, temiz yara sayılmakla birlikte yara yeri infeksiyonları %8-20 arasında rapor edilmektedir (3). Houck'un çalışmasında inguinal fıtıklarda yara yeri infeksiyonu %0.8 iken insizyonel fıtıklarda bu oran %16'dır (5). Temiz yaralarda sadece sentetik yama gibi yabancı materyal kullanıldığı durumlarda, profilaktik antibiyotik kullanılması önerilirken (3,4-8), infeksiyon oranının yüksekliği nedeni ile insizyonel fıtık onarımlarının tümünde profilaktik antibiyotik kullanılması önerilmektedir. Rios ve ark. (3)'ün çalışmasında profilaktik antibiyotik kullananlarda infeksiyon oranı %13.6 iken kullanmayanlarda %26.3 bulunmuştur (3).

Biz bu çalışmamızda insizyonel fıtık nedeni ile ameliyat edilen olguları yara yeri infeksiyonu yönünden inceledik. Özellikle ameliyatın acil veya elektif oluşu, gastrointestinal sistemin açılıp açılmaması, dren kullanılması ve kanser varlığının yara yeri infeksiyonu oluşumuna etkilerini araştırdık.

MATERYAL METOD

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği'nde, son üç yılda (Ocak 2006-Aralık 2008) ameliyat edilen tüm insizyonel fıtık olgularının kayıtları retrospektif olarak incelendi. Ameliyattan sonra ilk 30 günde, insizyon yerinden iltihap gelmesi, seroma veya hematomdan patojen mikroorganizma üretilmesi ve infeksiyonun lokal bulgularının (kızarıklık, sıcaklık, ağrı) bulunması, yara yeri infeksiyonu olarak tanımlandı.

Hastalar yaş, cinsiyet, daha önce yapılan ameliyatın türü, ameliyatın acil veya elektif oluşu, profilaktik antibiyotik kullanımı, fıtık defektinin boyutu (küçük: 1-5 cm, orta: 6-10 cm ve büyük: 11 cm ve

üstü), onarım şekli, dren kullanılıp kullanılmadığı ve kullanıldıysa sayısı, kanser varlığı, GIS açılıp açılmadığı, kullanılan sentetik yama türü, yara yeri infeksiyonu oluşumu ve infeksiyon oluşarlarda üreyen mikroorganizmalar yönünden incelendi. Yara yeri infeksiyonu ile bakılan bu parametreler arasındaki ilişki sorgulandı. Hastaların yatış sürelerine bakıldı.

İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2007 (Kaysville-USA) paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Ocak 2006-Aralık 2008 tarihleri arasında toplam insizyonel fıtık nedeni ile ameliyat edilen 62 hastanın kayıtları incelendi. Hastaların 45'i (%72,6) kadın, 17'si (%27,4) erkek olup yaş ortalaması $58 \pm 13,78$ idi. Yara yeri infeksiyonu 18 hastada saptanmış olup sıklığı %29 idi. Yara yeri infeksiyonu gelişen olgularda yaş ortalaması $62,28 \pm 14,09$ iken infeksiyon oluşmayan 44 olguda yaş ortalaması $56,25 \pm 14,09$ idi ve aralarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,132$). Yara yeri infeksiyonu gelişen ve gelişmeyen grupların cinsiyet

dağılımları arasında da önemli farklılık gözlenmemiştir ($p=0,504$).

Tüm hastalara profilaktik antibiyotik olarak sefazolin sodyum 1 gr iv uygulandı. Ameliyat süresi uzayan olgularda ek doz verildi. GIS açılan 14 olgunun 13'ünde, kanseri bulunan 14 olgunun 10'unda, acil ameliyat edilen 12 olgunun dokuzunda infeksiyon saptandı. Tek dren kullanılan olgularda infeksiyon görülmedi, çift dren kullanılan 51 olgunun 16'sında, ikiden fazla dren kullanılan iki olgunun ikisinde de infeksiyon bulundu. Ancak aralarındaki fark anlamlı değildi (Tablo 1).

Kullanılan sentetik yama tipine göre yara yeri infeksiyonu sıklığı farklı saptanmakla birlikte (polipropilen kullanılan 53 olgudan 11'inde, ePTFE kullanılan 6 olgunun 5'inde ve bileşik yama kullanılan 3 olgudan ikisinde infeksiyon gelişti) sayı yetersizliği nedeni ile istatistiksel karşılaştırma yapılamadı.

Çalışmamız retrospektif bir çalışma olduğundan hasta kayıtlarından ancak 44 hastada defekt çapı ölçümlerine ulaşıldı. Bunların 21'i orta, 23'ü ise büyük defekt çaplı idi. Her iki grupta da altı olguda infeksiyon saptanmış olup, aralarındaki fark anlamlı değildi ($p=0,853$).

İnfeksiyon gelişen olgulardan 13'ünde patojen mikroorganizma üretildi. Yedi olguda E.coli, dört olguda MRSA, dört olguda Pseudomonas ve acinetobacter, üç olguda S. aureus, birer olguda entero-

bakter, proteus, klebsiella, corynebacterium üretildi.

Ortalama yatış süresi tüm olgularda $16,2 \pm 18,1$ gün idi. İnfeksiyon oluşan grupta yatış süresi ($31,4 \pm 22,4$ gün) oluşmayan gruptan ($9,9 \pm 11,5$ gün) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Yara yeri infeksiyonu oluşan ve oluşmayan grupların dren kullanım sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,093$).

Yara yeri infeksiyonu oluşan grupta GIS açılması oranı, yara yeri infeksiyonu oluşmayan gruptan büyük bir farkla yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Fıtığı bulunan kanserli olgulardan sekizi acil olarak, yaşam beklentisi yüksek ve fıtığı yakınma yaratan 6 kanserli olgu ise elektif olarak ameliyat edilmişti. Yara yeri infeksiyonu oluşan grup da kanser varlığı yara yeri infeksiyonu oluşmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Çalışmamızda yara yeri infeksiyonu gelişmesinde GIS açılması, kanser varlığı ve ameliyatın acil koşullarda yapılması önemli risk faktörleri olarak görüldü.

TARTIŞMA

İnsizyonel fıtıklar karın ameliyatlarından sonra %11-%20 oranında görülürler (4,6,7). İnsizyonel fıtıkların oluşumunda insizyon tipi, yaş, yandaş hastalık (diyabet, obezite vb) ve cerrahi teknik yanında, yara yeri infeksiyonu da önemli etkenlerden biridir (3).

Bir çok hastanede infeksiyon kontrol komiteleri insizyonal fıtık onarımlarını temiz yara olarak sınıflamakla birlikte buna katılmayan yazarlar da vardır. Yara yeri infeksiyonları insizyonel fıtık oluşumu sıklığını arttıran bir faktör olarak tespit edilmiştir. İyileşmiş yara yeri infeksiyonu sonrasında da dokuda uzun süre canlı bakteri kalabilmektedir (5,9). Bu nedenle insizyonel fıtık onarımlarının temiz yara olarak sınıflandırılmamasını önerenler vardır. İnguinal fıtık onarımı gibi temiz yaralar için sadece sentetik yama kullanılması durumunda profilaktik antibiyotik önerilirken, sentetik yama kullanılan veya kullanılmayan tüm insizyonel fıtık onarımlarında profilaktik antibiyotik önerilmektedir (5).

Ameliyattan sonra erken dönemde oluşan sentetik yama infeksiyonlarını yüzeysel yara infeksiyonlarından ayırt etmek oldukça güçtür. Yüzeysel yara infeksiyon-

Tablo 1. Olguların infeksiyon oluşumuna göre dağılımı

		İnfeksiyon (-)		İnfeksiyon (+)		
Yaş		56,25 ± 13,41		62,27 ± 14,09		$p=0,132$
Cinsiyet	Kadın	33	75,0%	12	66,7%	$\chi^2:0,45$
	Erkek	11	25,0%	6	33,3%	$p=0,504$
Dren	1 Dren	9	20,5%	0	0%	$\chi^2:2,81$
	>1 Dren	35	79,5%	18	100%	$p=0,093$
GIS açılması	Yok	43	97,7%	4	22,2%	$\chi^2:39,7$
	Var	1	2,3%	14	77,8%	$p=0,0001$
Kanser	Yok	40	90,9%	8	44,4%	$\chi^2:15,77$
	Var	4	9,1%	10	55,6%	$p=0,0001$
Ameliyat tipi	Elektif	41	93,2%	9	50,0%	$\chi^2:15,26$
	Acil	3	6,8%	9	50,0%	$p=0,0001$
Yatış Süresi		9,93 ± 11,48		31,39 ± 22,41		$p=0,0001$

ları bir kaç gün içinde iyileşirken, sentetik yama enfeksiyonları bir yıl içinde görülebilirler ve çoğunlukla püstülöz bir fistül gelişir. Bu yüzden Jezupors ve Mihelsons, ayırıcı tanıda tedavinin sonucunu bekleme önermektedirler (1). Biz çalışmamızda yalnızca ilk 30 günde oluşan enfeksiyonları inceledik.

İnsizyonal fıtık onarımlarında nüks önemli bir problemdir. En sık nüks %50 sıklık ile primer onarımlarda görülmektedir (11). Sentetik yama kullanımı ile nüks oranları önemli oranda düşmüş olup en iyi sonuçlar sublay (fasya altı) onarımda rapor edilmiştir (4,11-13). Diğer yandan, sentetik yama kullanımı enfeksiyon oluşumuna neden olan risk faktörlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Deneysel çalışmalarda mikroporlu ve polifilaman yapıda fiber içeren sentetik yamaların bakteriyel kontaminasyonu kolaylaştırdığı bildirilmiştir. Sentetik yamanın çapı, onlay (fasya üstü) yerleştirilmesi ve sentetik yama ile birlikte dren kullanılması enfeksiyon oluşumunu artıran faktörler olarak yorumlanmaktadır (1,14,15). Biz de tüm insizyonel fıtık onarımlarında sentetik yama ve dren kullandık. Olgu sayısının istatistiksel değerlendirme için düşük olmasından dolayı, kullanılan sentetik

yama tipleri ile enfeksiyon gelişimi arasındaki ilişki çalışılmadı. İki veya daha fazla dren kullanılanlarda enfeksiyon daha sık görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fazla sayıda dren kullanımı gerektiren olgularda diseksiyon alanının daha geniş olması yara yeri enfeksiyonunun oluşmasında bir etken olarak düşünülebilir.

Sentetik yamalı onarımlarda, yara yeri enfeksiyonları mantar dahil her türlü patojen mikroorganizmadan oluşabilir, ancak en sık neden Staphylococcus aureus dur (1). Bizim çalışmamızda en sık görülen etken E. coli olmuştur. GIS'in açılması bunun nedeni olarak yorumlanabilir.

1990 yılı öncesi yayınlarda, insizyonel fıtıklarda enfeksiyonu oranı %15-%45 arasındadır (5,18,19). Bu oran giderek düşmekle birlikte halen yüksektir. Yakın dönemde İsviçre'deki 869 insizyonel fıtık operasyonunu inceleyen bir çalışmada enfeksiyon oranı, primer onarım yapılanlarda %9.6, sentetik yama ile onarım yapılanlarda %8.1 olarak bulunmuştur (4). Houck ve ark. (5) ise profilaktik antibiyotik kullanılanlarda %11, kullanılmayanlarda %21 yara enfeksiyonu bildirmişlerdir. Bu çalışmalarda GIS açılanlar ve ameliyat esnasında enfekte olanlar çalışmaya dâhil edil-

memişlerdir. Bizim çalışmamızda ise, GIS açılan olgular çalışmaya dâhil edilmiştir. GIS açılması yara enfeksiyonu oranını artıran önemli etkenlerden biri olup, çalışmamızda yara yeri enfeksiyonu GIS'in açıldığı olgularda %92.8, açılmayanlarda ise %7.8 olarak bulundu.

Kanserli olgularda fıtık onarımı yapılması konusunda fikir birliği yoktur. Bizim kanserli olgularımızın çoğu acil endikasyonlar ile ameliyat edildi. Elektif olarak ameliyat edilen diğer altı kanserli olgu ise fıtığa bağlı şikâyetleri olup, yaşam beklentileri yüksek olan olgulardı. Kanser hastalarında yara yeri enfeksiyonun daha çok görülmesi, protein-kalori malnutrisyonunun bu olgularda daha sık görülmesi, immunitenin baskılanması vb nedenlerle açıklanabilir. Bizim çalışmamızda da, kanserli olgularda yara yeri enfeksiyonu kanseri bulunmayan olgulara göre daha yüksek oranda görülmüştür.

İnsizyonel fıtık onarımındaki yüksek yara yeri enfeksiyonu oranını düşürmek için; tanı koyulan olguların geciktirmeksizin elektif koşullarda ameliyat edilmeleri, ameliyat sırasında GIS'in açılmasından kaçınmak için azami dikkat gösterilmesi ve dren kullanılmasında özenli davranılması gerektiğini düşünmekteyiz.

SUMMARY

Surgical site infections in incisional hernias

Purpose: To evaluate the relation of incisional surgical site infection developed after operations for incisional hernias with malignancy, opening of intestines, status of the operations as urgent or elective and use of prosthetic materials and drains.

Patients and Methods: Patients operated for incisional hernia during the last 3 years are included in the study. Age, sex, status of the operations as urgent or elective, size of the hernia defect, type of the repair, usage and number of drains, presence of malignancy, opening of gastrointestinal tract, type of the mesh used, development of wound infection and microorganisms grown in the wound are all searched.

Results: Wound infection occurred in 18 of the 62 cases operated. Infection was reported in 14 of the 15 cases with bowel injury, 10 of the 14 cases with malignancy and 9 of the 12 cases operated on emergency. In 9 cases in which a single drain was used no infection was observed whereas infection developed in 18 out of 53 cases with two or more drains.

Conclusion: In this study opening of the bowel, presence of malignancy and operations on emergency were found as important risk factors for the development of wound infection with incisional hernia management.

Key Words: Incisional hernia, wound infection, malignancy, emergency

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:

Yusuf Günerhan, Mehmet Ali Uzun, Neşet Köksal,

Verilerin elde edilmesi:

Ömer Faruk Özkan, Mehmet Ali Uzun, Munire Kayahan

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Yusuf Günerhan, Ömer Faruk Özkan, Mehmet Ali Uzun, Barlas Sulu

Yazının kaleme alınması:

Yusuf Günerhan, Mehmet Ali Uzun, Barlas Sulu

İstatistiksel değerlendirme:

Neşet Köksal, Yusuf Günerhan, Barlas Sulu, Munire Kayahan

KAYNAKLAR

1. Jezupors A, Mihelsons M. The analysis of infection after polypropylene mesh repair of abdominal wall hernia. World J Surg 2006;30: 2270-2278.

2. Dunn DL, Beilman GJ. Surgical infections. In: Brunicaardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE (eds). Schwartz's principles of surgery, 8th ed. New York: The McGraw-Hill Companies, 2005: 109-127.

3. Rios A, Rodriguez JM, Munitiz V, Alcaraz P, Perez Flores D, Parrilla P. Antibiotic prophylaxis in incisional hernia repair using a prosthesis. Hernia 2001; 5: 148-152.

4. Israelsson LA, Smedberg S, Montgomery

- A, Nordin P, Spangen L. Incisional hernia repair in Sweden 2002. *Hernia* 2006;10: 258-261.
5. Houck JP, Rypins EB, Sarfeh IJ, Juler GL, Shimoda KJ. Repair of incisional hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169: 397-399.
6. Riet M, Steyerberg EW, Nellensteyn J, Bonjer HJ, Jeekel J. Meta-analysis of techniques for closure of midline abdominal incisions. *Br J Surg* 2002;89: 1350-1359.
7. Sugerman HJ, Kellum JM Jr, Reines HD, DeMaria EJ, Newsome HH, Lowry JW. Greater risk of incisional hernia with morbidly obese than steroid-dependent patients and low recurrence with prefascial polypropylene mesh. *Am J Surg* 1996;171: 80-84.
8. Korenkov M, Paul A, Sauerland S, Neugebauer E, Arndt M, Chevrel JP, Corcione F, Fingerhut A, Flament JB, Kux M, Matzinger A, Myrvold HE, Rath AM, Simmermacher RK. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an experts' meeting. *Langenbecks Arch Surg* 2001;386: 65-73.
9. Davis JM, Wolff B, Cunningham TF, Drusin L, Dineen P. Delayed wound infection. An 11-year survey. *Arch Surg* 1982;117: 113-117.
10. Post S, Weiss B, Willer M, Neufang T, Lorenz D. Randomized clinical trial of lightweight composite mesh for Lichtenstein inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2004;91: 44-48.
11. Burger JW, Luijendik R, Hop WC, Halm JA, Verdaasdonk EG, Jeekel J. Long Term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg* 2004; 240: 578-585.
12. Cassar K, Munro A. Surgical treatment of incisional hernia. *Br J Surg* 2002;98: 534-545.
13. Flum DR, Horvath K, Koepsell T. Have outcomes of incisional hernia repair improved with time? A population-based analysis. *Ann Surg* 2003;237: 129-135.
14. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL, Hakakha M. Biomaterials for abdominal wall hernia surgery and principles of their applications. *Langenbecks Arch Chir* 1994;379: 168-171.
15. Demirer S, Gecim IE, Aydinuraz K, Ataoğlu H, Yerdel MA, Kuterdem E. Affinity of *Staphylococcus epidermidis* to various prosthetic graft materials. *J Surg Res* 2001; 99:70-74.
16. Nichols RL. Surgical wound infection. *Am J Med* 1991; 91: 54-64.
17. White TJ, Santos MC, Thompson JS. Factors affecting wound complications in repair of ventral hernias. *Am Surg* 1998;64: 276-280.
18. Mueller CB. Editorial: Abdominal incisional hernia--the role of wound infection. *Can J Surg* 1974;17: 195.
19. Von Smitten K, Heikel HV, Sundell B. Repair of incisional hernias by F. Langenskiöld's operation. *Acta Chir Scand* 1982;148: 257-261.

Kolorektal cerrahi biriminin kurulması kolorektal cerrahi operasyonlarını geliştirir mi?

Does establishment of colorectal surgical unit improve colorectal operations?

Tahsin Çolak*, Özgür Türkmenoğlu*, Ahmet Dağ*, Ramazan Gündoğdu*, Süha Aydın*

Amaç: Bu çalışmanın amacı referans hastanelerinde kolorektal cerrahi birimi kurulmasının hacim ve çeşitlilik açısından kolorektal cerrahi operasyonlarına etkisinin değerlendirilmesidir.

Hastalar ve yöntem: Bu çalışmada 2003–2008 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapılan kolon, rektum ve anus operasyonları retrospektif olarak değerlendirildi. Kolorektal cerrahi ünitesi öncesi (KCÜ) (grup1) ve sonrası (grup2) yapılan operasyonlar sayı, çeşitlilik bakımından karşılaştırıldı.

Bulgular: 617'si grup 1 ve 1014'ü grup 2'de olmak üzere toplam 1631 hastaya kolorektal cerrahi uygulandı. İki grup karşılaştırıldığında, hemoroid ve anal apse ameliyat sayılarında fark olmadığı görüldü. Ancak stromal tümör ameliyatlarında yaklaşık iki, inflamatuvar barsak hastalığı (IBH) nedeniyle yapılan ameliyatlarda yedi, kolorektal kanser (KRK) ameliyatlarında yaklaşık iki ve benign sebeplerden dolayı yapılan kolorektal ameliyatlarda (BKR) yaklaşık üç kat artış gözlemlendi. Buna karşılık anal fissür nedeniyle yapılan ameliyat oranı yaklaşık üç kat azaldı. Peritonektomi, rektovaginal fistül, anal inkontinans, anal stenoz ve rektosel gibi özel prosedürlerin KCÜ kurulmasından sonra yapıldığı gözlemlendi.

Grup 1'deki anal fistül olgularının %10'u kompleks fistül iken grup 2'de bu oranın %40 olduğu görüldü. Kompleks fistüllerde, grup 1 hastalarının tümüne sıkı seton uygulanırken, grup 2 hastaların %66'sına ilerletme flebi, %22'sine gevşek seton, %8'ine anoplasti ve %5'ine kolostomi prosedürleri uygulandı. Grup 1'de, rektum kanseri operasyonları, kolorektal kanser ameliyatlarının %29'uyken, bu oranın grup 2'de %45'e yükseldi. Anterior rezeksiyon %5'ten %13'e, aşağı anterior veya çok aşağı anterior rezeksiyon %14'ten %24'e çıktı. Abdominoperineal rezeksiyon %10'dan %7.5'a düştü. Stoma ile sonlanan operasyonlar %22'den %9'a geriledi.

Sonuç: KCÜ kolorektal operasyon ve kompleks operasyon sayısını artırmıştır. Ayrıca, daha önce yapılmayan karmaşık operasyonları yapılabilecek hale getirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yan dal cerrahi eğitim, kolorektal cerrahi eğitimi, kolorektal cerrahi ünite

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Mersin

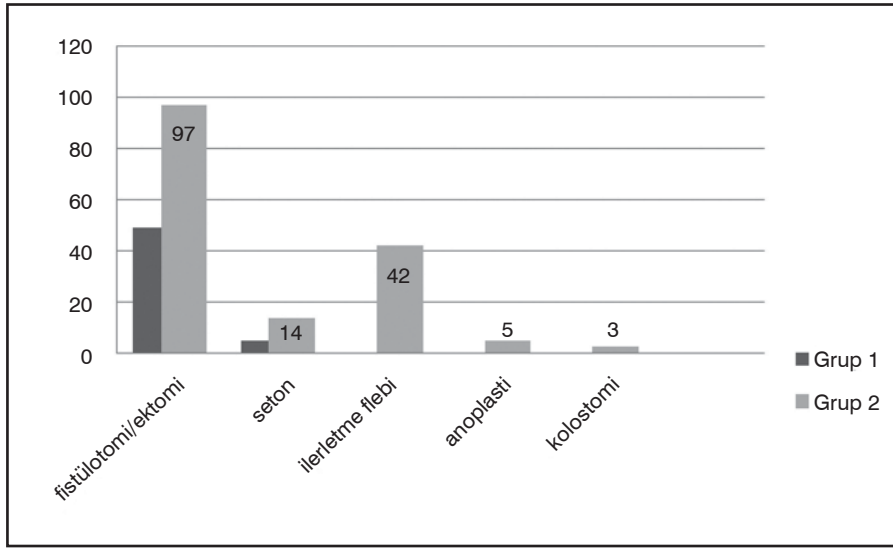
Dr. Tahsin Çolak
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi, Mersin
E-posta: colaktahsin@yahoo.com

Makale Geliş Tarihi: 05.05.2009
Makale Kabul Tarihi: 27.05.2009

GİRİŞ

Genel cerrahi eğitiminin temel programı Halsted döneminden bu yana yaklaşık yüzyıldır büyük değişimlere uğramadan günümüze kadar gelmiştir (1,2). Bu program disiplin tabanlı programdan çok, hastalık tabanlı bir programı vurgulamaktadır. Gerçekte, iyi eğitim almış bir genel cerrah bakan, hangi cerrahi sorun olursa olsun, hastaların preoperatif, operatif ve postoperatif bakımlarını başarıyla yönetmesidir. Ancak cerrahi alandaki bilgi birikiminin hızla artması, teknolojiye hızlı ilerleme ve teknik olanakların cerrahiye yoğun olarak adapte edilmesi, yapılan cerrahi operasyonların hızla çeşitlenmesi ve oldukça kompleks operasyonların yapılabilecek hale gelmesi nedeniyle

le tüm operasyonlara ve kompleks hastalığı olan hastaların perioperatif bakımlarının tümüne birden hakim olmak olanaksız hale gelmiştir. Bu nedenlerle genel olarak tüm tıp bölümlerinde, daha özel olarak da genel cerrahide alt branşlara ayrılma gittikçe popüler hale gelmektedir. Gittikçe artan bilgi birikimine hakim olma, daha karmaşık ve nadir görülen hastalıkların tedavisi, bu konudaki deneyim ve cerrahi yeteneğin iyileştirilmesi için genel cerrahların daha spesifik alanlarda uzmanlaşması gerekli gibi görünmektedir. İç hastalıkları gibi ana branşlarda yan dallara ayrılma oldukça ileri bir düzeye gelmişken, genel cerrahide bu değişim aynı hızda olamamış ve henüz emek-



Şekil 1. Anal fistül tedavi yaklaşımlarının gruplara göre dağılımı

leme evresini tamamlayamamış gibi görünmektedir.

Ancak son dönemlerde genel cerrahide yan dallara ayrılma, artan bir şekilde yeniden değerlendirilmekte ve birçok üniversite ve büyük ölçekli araştırma hastanelerinde genel cerrahi yan dalları olacak şekilde kendini yeniden yapılandırmaktadır. Sınırlı sayıdaki çalışmalar, hastaların uzun dönem sonuçlarının ve perioperatif bakımlarının branş merkezlerinde daha iyi olduğunu desteklemektedir (3, 4).

Bu çalışmanın amacı kendi üniversitemizde kurulan kolorektal cerrahi birimi

öncesi ve sonrasında yapılan kolorektal cerrahi operasyonlarının sayı ve çeşitlilik açısından değerlendirilmesidir.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada 2003-2008 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapılan kolon, rektum ve anal bölge operasyonları retrospektif olarak değerlendirildi. Ocak 2003 ile Temmuz 2005 (kolorektal cerrahi ünitesinin faaliyete başlama tarihi) tarihi arasında yapılan tüm kolon, rektum ve anal ameliyatları (Grup 1) ile Temmuz 2005'ten, Aralık 2008'e kadar yapılan ko-

lon, rektum ve anüs ameliyatları (Grup 2) sayı ve çeşitlilik bakımından karşılaştırıldı.

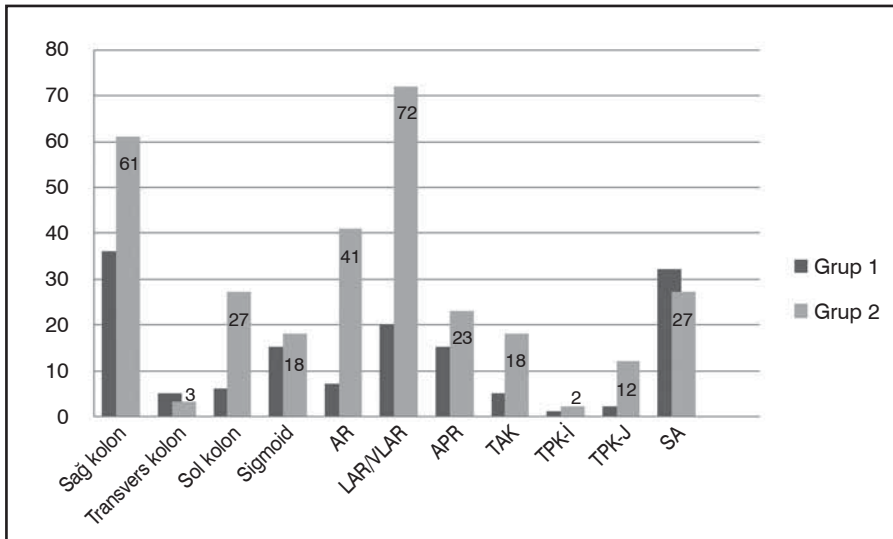
BULGULAR

2003-2008 yılları arasında, 617'si grup 1 ve 1014'ü grup 2'de olmak üzere toplam 1631 hastaya kolorektal cerrahi ameliyatı uygulandı. Kolorektal cerrahi ameliyatlarının sayısının Kolorektal Cerrahi Ünitesinin (KCÜ) kurulması ile yaklaşık iki kat arttığı görüldü. Operasyon geçiren hastaların tanıları Tablo 1'de gösterilmektedir. İki grup karşılaştırıldığında, hemoroid ve anal apse ameliyat sayılarında fark olmadığı görüldü. Ancak stromal tümör prosedürlerinin yaklaşık iki, inflamatuvar barsak hastalığı (IBH) nedeniyle yapılan operasyonların yedi, kolorektal kanser (KRK) operasyonlarının yaklaşık iki ve benign sebeplerden dolayı yapılan kolorektal operasyon (BKR) sayısının yaklaşık üç kat arttığı gözlemlendi. Buna karşılık anal fisür nedeniyle yapılan operasyon oranı yaklaşık üç kat azaldı. Bununla birlikte peritonektomi, rektovaginal fistül, anal inkontinans, anal stenoz ve rektosel gibi özel prosedürlerin KCÜ kurulduktan sonra yapıldığı gözlemlendi.

Yapılan operasyonların çeşitliliği göz önüne alındığında, özellikle anal fistül operasyonları değerlendirildiğinde, grup 1 olgularının %10'u (5/54) komplike fistül iken grup 2 hastalarında bu oranın %40 (64/161) olduğu görüldü. Komplike fistüllerde, grup 1 hastaların tümüne sıkı seton uygulanırken, grup ikide sıkı seton uygulamasının hiç olmadığı, buna karşılık hastaların %66'sına (42/64) ilerletme flebi, %22'sine (14/64) gevşek seton, %8'ine (5/64) anoplasti ve %5'ine kolostomi prosedürlerinin uygulandığı görüldü. Anal fistül operasyonlarının gruplara göre dağılımı Şekil 1'de gösterildi.

İnflamatuvar barsak hastalığı (IBH) nedeniyle opere olan hasta sayısı grup 2'de (sırasıyla 3, 21) dramatik olarak artmıştır. Total proktokolektomi-J poş-ileoanal anastomoz (TPK-J) grup 1'de bir hastaya uygulanmış iken, grup 2'de 14 hastaya uygulanmıştır.

Kolorektal kanser nedeniyle yapılan operasyonların gruplara göre dağılımı Şekil 2'de gösterildi. Rektum kanseri nedeniyle yapılan operasyonlar grup 1'de %29 (42/144) iken, bu oranın grup 2'de %45'e (136/304) yükseldiği görüldü. Bu oranlar detaylandırıldığında anterior rezeksiyonunun (AR) %5 (7/144)'ten %13 (41/304);



Şekil 2. Kolorektal kanser ameliyatlarının gruplara göre dağılımı. AR: anterior rezeksiyon, LAR: aşağı anterior rezeksiyon, VLAR: çok aşağı anterior rezeksiyon, APR: abdominoperineal rezeksiyon, TAK: total abdominal kolektomi, TPK-İ: total proktokolektomi-ileostomi, TPK-J: total proktokolektomi- J poş ileoanal anastomoz, SA: Stoma açma

Tablo 1. Hasta tanılarının guruplara göre dağılımı

Tanı	Grup 1	Grup 2	Total
Anal fissür	122 (74.31)	42 (25.68)	164
Anal fistül	54 (25.17)	161 (74.82)	215
Hemoroid	151 (57.38)	113 (42.61)	264
Anal apse	74 (50.51)	73 (49.48)	147
Stromal tümör	10 (29.41)	24 (70.58)	34
IBH	3 (12.50)	21 (87.50)	24
KRK	144 (32.17)	304 (67.82)	448
BKR	59 (25.78)	171 (74.21)	230
Peritonektomi	0 (0.00)	9 (100.00)	9
Rektovaginal fistül	0 (0.00)	19 (100.00)	19
Anal inkontinans	0 (0.00)	17 (100.00)	17
Anal stenoz	0 (0.00)	6 (100.00)	6
Rektosel	0 (0.00)	54 (100.00)	54
Toplam	617	1014	1631

Veriler sayı ve parantez içinde yüzde olarak verildi. IBH: inflamatuvar barsak hastalıkları, KRK: kolorektal kanser, BKR: Benign kolorektal hastalık

asağı anterior veya çok asağı anterior rezeksiyonun (LAR/VLAR) %14 (20/144) ten %24 (72/304)'e çıktığı gözlenirken, abdominoperineal rezeksiyonun (APR) %10 (15/144)'dan %7.5 (23/304) düştüğü gözlemlendi. Diğer yandan stoma ile sonlanan operasyonlar %22 (32/144)'den %9 (27/304) düştü.

TARTIŞMA

Antik çağda yaşayan tıp adamları genel tıp hizmeti vermekteydi. Hippocrates (M. Ö. 460-377) ve Galen'e (M.S. 130-201) ait yazıtlar tüm tıbbi kapsamaktaydı (5,6). Ancak 14. yüzyılda cerrahi genel tıptan ayrılmasını tamamlamıştır (5,7). 17. yüzyılda hastalıkların daha net olarak sınıflandırılabilmesiyle birlikte cerrahiden ayrılmalara başlamıştır. Bu çağda Virchow'un çalışmaları hücrel patolojiye temel oluşturmuş ve patoloji dalının kurulmasına yol açmıştır (6). Ardından cerrahi yüzyıllar içinde gelişerek tüm Avrupa'ya yayılmıştır. 1904 yılında William Halsted, Yale Üniversitesinde cerrahlar için bir eğitim sistemi oluşturmuş ve bu eğitim sistemini Johns Hopkins hastanesinde pekiştirmiştir. Bu sistemde cerrahide özel dallar tanımlanmıştır. Daha sonraki eklemelerle 'The American Board of Medicine Specialties' [oftalmoloji (1917), otolaringoloji

(1924), kadın hastalıkları ve doğum (1930), ortopedik cerrahi (1934), kolon ve rektum cerrahisi (1935), üroloji (1935), anesteziyoloji (1938), plastik cerrahi (1939), beyin cerrahisi (1940) ve göğüs cerrahisi (1950)] kurulmuştur (3,4). Avrupa'da ise bu gelişim düzenli olamamış ve karmaşa hali devam etmiştir. Özelleşme uzun yıllardan beri pratikte devam etmesine rağmen resmileşmemiştir. Calman'nın 1993'teki raporundaki üniversiteler arası yaptığı değerlendirmede, ortopedi, kardiyotorasik cerrahi, üroloji, beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi, plastik cerrahi ve genel cerrahi özelleşmede son adım olarak görünmektedir.

Ülkemizde durum, daha çok Avrupa'daki duruma benzemektedir. Özelleşme uzun yıllardan beri olmasına rağmen, bu branşlaşmanın resmiyet kazanabilmesi belli bir sistematik içinde olmamıştır. 1981 yılında Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) kurulmasıyla Üniversiteler ve Tıp Fakülteleri yeniden yapılandırıldı. Bu yapılanma çerçevesinde Anabilim Dallarının kurulmasıyla Genel Cerrahi'den bazı kopmalar resmiyet kazanmıştır.

Genel cerrahide oluşan bu dağınık ve tüm ülkeyi kapsamayan kopmalar, adeta uygunsuz budanan bir ağaç gibi genel

cerrahinin tanımını bulanıklaştırmış ve genel cerrahinin sınırlarının nerede başladığı ve nerede sonlandığı belirsizleşmiştir. Bu nedenlerle, ülkemizde genel cerrahinin sınırları enstitü bazında kişisel eğilimlerle belirlenmiştir.

Özellikle son dönemlerde tıbbi bilgilerin ve tıbbi teknolojinin baş döndürücü bir hızla gelişmesi tek bir uzmanlık alanında dahi cerrah, takip ve uygulama açısından zorlamaktadır. İş hacminin ve deneyimin de artması genel cerrahide yandal branşlaşma eğilimini arttırmıştır. Yandal branşlaşmanın bir diğer nedeni de toplumun yandal branşlardaki hasta bakımı konusunda artan bilinçlenmesi, istek ve beklentilerin artması, tıbbi endüstrinin baskısı, politik, sosyal ve ekonomik faktörlerin tümü tedavinin yalnız bir genel cerrah tarafından değil, aynı zamanda bir yandal tarafından yönlendirmemesini talep etmektedir (8).

Ancak son on yılda özellikle üniversitelere bağlı tıp fakülteleri ve ihtisas veren büyük ölçekli devlet hastanelerinde, genel cerrahi özel dal derneklerinin (Türk Kolon ve Rektum cerrahisi Derneği, Hepatobilier Cerrahi derneği gibi) desteğiyle benzer yandallar veya çalışma üniteleri oluşturacak şekilde kendilerini yeniden yapılandırmaktadır.

Ancak ülkemizde genel cerrahinin alt branşların neler olması gerektiği veya mevcut olan alt branş ve ünitelerin genel cerrahiye katkılarını araştıran bilimsel çalışmalar oldukça azdır. Kendi bilgimiz ve literatür taramamıza göre, bu çalışma kolorektal cerrahi ünitesinin genel cerrahi pratiğine etkisini gösteren ilk ulusal makaledir.

Genel olarak bakıldığında kolorektal operasyonlar iki kat artmıştır. Bununla birlikte anal fisür ameliyatlarında üç kat azalma olmuştur. Bunun temel nedeni kolorektal cerrahların alternatif tedavi yöntemlerini cerrahi operasyona tercih etmeleridir. Bu örnek gelişen teknoloji ve bilgi birikiminin branşlaşan birimlerde daha kolay pratiğe aktarıldığını göstermektedir.

Literatürde bir çok çalışma operasyon hacmi ile kolorektal kanser sonuçları arasında direkt korelasyon olduğunu göstermektedir (9-11). Aynı zamanda operasyonu yapan kişinin kolorektal cerrah olması da sonucu pozitif yönde etkilemektedir (11). Bu çalışma göstermiştir ki kolorektal cerrahi ünitesi kurulması kolorektal kanser operasyonlarını hacim

olarak iki kat arttırmıştır. Bu durum doğal olarak hasta sonuçlarına yansıyacaktır. Bir diğer nokta ise kolorektal kanserlerin yerleşim yeri değişmiş, daha distale doğru yer değiştirmiştir. Bunun nedeni kolorektal cerrahi ünitesinin süreç içinde referans merkezi olmasıdır. Çeşitli nedenlerle genel cerrahlar tarafından ameliyat edilemeyen hastalar, kolorektal cerrahi ünitesine yönlendirilmektedir. Bu çalışmada kolorektal kanser operasyonlarında en dramatik artış rektum kanseri nedeniyle yapılan operasyonlarda olmuştur. AR, LAR ve VLAR tümü dramatik olarak artmıştır. Buna karşılık APR yapılma oranı düşmüştür.

Benzer değişim fistül operasyonlarında olmuştur. Kolorektal cerrahi ünitesinden

önce yapılan fistül operasyonlarının %90 basit fistüllere yapılan fistülotomi/fistülektomi operasyonu iken kolorektal cerrahi ünitesinden sonra bu oran %60'a inmiştir. Komplike fistüllere yapılan operasyonlar hem olgu hacmi olarak hem de operasyon çeşitliliği açısından dramatik olarak değişmiştir.

Bu değişim IBH nedeniyle opere edilen hastalarda da gözlenmiştir. IBH nedeniyle yapılan operasyonlar kolorektal cerrahi ünitesinden sonra yedi kat artmıştır. Bütün bunlara ek olarak anal inkontinans, anal stenoz, peritonektomi gibi özel operasyonlar yapılmaya başlanmıştır. Bu durum hem referans merkezi olma hem de yapabilme kapasitesinin artmasıyla açıklanabilir.

Doğal olarak, bütün bu gelişmeler asistan eğitimine olumlu yönde katkıda bulunmuştur. Kolorektal hasta hacminin artmasıyla daha çok operasyon görme ve yapabilme şansını elde etmişken, birçok ileri operasyona da katılabilme şansını doğurmuştur.

SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçları tıp fakültesi gibi referans merkezi olan yerlerde genel cerrahi anabilim dalına bağlı kolorektal cerrahi alt dalının yapılandırılmasının kolorektal operasyon sayısını arttırdığını göstermiştir. Bununla birlikte daha kompleks operasyonların sayısını arttırmış ve daha önce yapılmayan karmaşık operasyonları yapılar hale getirmiştir.

SUMMARY

Does establishment of colorectal surgical unit improve colorectal operations?

Purpose: The aim of this study was to investigate the effect of establishing Colorectal Surgical Unit (CRSU) in a reference Hospital on the volume and characteristic of colorectal operations.

Patients and Methods: Between 2003 and 2008, the patients underwent colorectal surgery in General Surgery Department of School of Medicine of Mersin University were evaluated. The patients were divided into two groups: before CRSU (group 1) and after (group 2). The two groups were compared in terms of volume and characteristic.

Results: Total of 1631 colorectal operations were performed, of which 617 in group 1 and 1014 in group 2. Hemorrhoidectomy and drainage of anal abscesses were similar in both groups. The operations for stromal tumors two, inflammatory bowel disease seven, colorectal cancer two, benign colorectal diseases three times in-

creased, while anal fissure operations decreased three times after CRSU. Peritonectomy, rectovaginal fistulas, anal incontinence, anal stenosis and rectocele being performed after CRSU.

Complex anal fistulas was 10% in group 1, whereas 40% in group 2. Cutting setons were performed for the all complex fistulas in group 1, whereas advancement flap 66%, loose seton 22%, anoplasty 8%, colostomy 5% in group 2. Rectal cancer/all colorectal cancer operations was 29% in group 1 while 45% in group 2. From 5% to 13% anterior resection, from 14% to 24% low or very low anterior resection increased. Abdominoperineal resection decreased from 10% to 7.5%. Stoma decreased from 22% to 9% after CRSU.

Conclusion: The establishment of a Colorectal Surgical Unit improved quantity and characteristic of colorectal operations. Some operations, which had not performed previously, could be done.

Key Words: Subspecialty surgical education, education of colorectal surgery, colorectal surgical unit

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Tahsin Çolak, Özgür Türkmenoğlu

Verilerin elde edilmesi:
Ahmet Dağ, Ramazan Gündoğdu
Verilerin analizi ve yorumlanması:
Tahsin Çolak, Süha Aydın

Yazının kaleme alınması:
Tahsin Çolak
İstatistiksel değerlendirme:
Tahsin Çolak

KAYNAKLAR

1. Chu KM, Schoetz D. What impact might general surgery practice patterns of colon and rectal surgeons have on future training? Dis Colon Rectum 2007; 50:1250-1254.
2. Javid SH, Ashley S, Breen E. A colorectal curriculum for general surgery residents: are we ready for needs assessment? J Surg Educ 2007; 64:324-327.
3. Solomon MJ, Thomas RJ, Gattellari M, Ward JE. Does type of surgeon matter in rectal cancer surgery? Evidence, guideline consensus and surgeons' views. ANZ J Surg 2001; 71:711-714.
4. Meagher AP. Colorectal cancer: is the surgeon a prognostic factor? A systematic review. Med J Aust 1999; 171:308-310.
5. Bevan PG. Generalism and specialisation in surgery. Ann R Coll Surg Engl 1981; 63:383-385.
6. Lumley JS. Subspecialisation in medicine. Ann Acad Med Singapore 1993;22:927-933.
7. Nambiar RM. General surgery in an era of superspecialisation--what is the future? Ann Acad Med Singapore 1995; 24:180-187.
8. Lau J. Generalization versus subspecialization in surgery. Ann Coll Surg HK 2001; 5:151-155.
9. Smith JA, King PM, Lane RH, Thompson MR. Evidence of the effect of 'specialization' on the management, surgical outcome and survival from colorectal cancer in Wessex. Br J Surg 2003;90:583-592.
10. Borowski DW, Kelly SB, Bradburn DM, et al. Impact of surgeon volume and specialization on short-term outcomes in colorectal cancer surgery. Br J Surg 2007; 94:880-889.
11. McArdle CS, Hole DJ. Influence of volume and specialization on survival following surgery for colorectal cancer. Br J Surg 2004; 91:610-617.

Palpabl meme kitlelerinde ince iğne aspirasyon sitolojileri ile histopatolojik incelemelerin korelasyonu

The correlation between histopathological examinations and fine-needle aspiration cytology in palpable breast masses

Özgen Arslan Solmaz*, Abdullah Büyük**, Hayreddin Yekeler*, Oktay Banlı**

Amaç: Uygulaması basit, maliyeti düşük ve minimal invaziv bir yöntem olduğu için ince iğne aspirasyon sitolojisi, fizik muayene ve mamografik incelemenin yanı sıra, üçlü tanısal yaklaşımın (triple test) bir parçası olarak kabul edilmiştir. Tanısal doğruluk oranı %50-95 arasında değişir ancak üçlü tanısal yaklaşımla birlikte bu oran %100'e ulaşır. Çalışmamızda, değerlendirdiğimiz meme ince iğne aspirasyon sitolojisi ile bu olguların histopatolojik sonuçlarını retrospektif olarak tekrar değerlendirerek, başarı oranlarımızı, yaptığımız hataları ve nedenlerini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Hastalar ve Yöntem: Patoloji kliniğine gelen ve biyopsileri de kliniğimiz tarafından değerlendirilmiş 50 adet olgu çalışmaya alındı. Toplam 50 adet palpabl meme lezyonundan yapılan İİAS'nde, 8 adet spesmen nondiagnostik, 21 adet spesmen benign, 6 adet spesmen malignite yönünden kuşkulu, 15 adet spesmen ise malign olarak rapor edildi.

Bulgular: Duyarlılık %100, özgüllük %95, pozitif prediktif değer %93 ve negatif prediktif değer %100, yanlış pozitif oranı %2,3, yanlış negatif oranı %0 olarak hesaplandı. Testin doğruluk oranı %97 dir.

Sonuç: Sonuç olarak, çalışmamızdaki veriler ve literatür bilgilerinin ışığı altında üçlü tanısal yaklaşımın bir parçası olan İİAS, deneyimli bir klinisyen ve patoloğun elinde vazgeçilmez bir tanı yöntemi olacak ve gereksiz cerrahi girişimleri önleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Meme, memede kitle, sitoloji, histopatoloji, korelasyon

* Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Elazığ
** Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Kliniği, Elazığ

Dr. Özgen Arslan Solmaz
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Elazığ
E-posta: ozgensolmaz@mynet.com

Makale Geliş Tarihi: 11.05.2009
Makale Kabul Tarihi: 20.05.2009

GİRİŞ

İlk olarak 1930 yılında yapılmaya başlanan meme ince iğne aspirasyon sitolojileri (İİAS), geçen yıllar boyunca yüksek duyarlılık, yüksek özgüllük ve yüksek pozitif prediktif değere ulaşmıştır (1). Uygulaması basit, maliyeti düşük ve minimal invaziv bir yöntem olduğu için, fizik muayene ve mamografik incelemenin yanı sıra, üçlü tanısal yaklaşımın (triple test) bir parçası olarak kabul edilmiştir (2). Tanısal doğruluk oranı, örneklem kalitesi ve değerlendiren sitopatoloğun deneyimine bağlı olarak %50-95 arasında değişir ancak üçlü tanısal yaklaşımla birlikte bu oran %100'e ulaşır (3).

Bu çalışmada, Kliniğimizde değerlendirilen meme İİAS ile bu olguların histopatolojik sonuçlarını retrospektif olarak tekrar değerlendirerek, başarı oranlarımızı, yaptığımız hataları ve nedenlerini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Şubat 2004 - Aralık 2008 tarihleri arasında patoloji kliniğine gelen ve biyopsileri de kliniğimiz tarafından değerlendirilmiş 50 adet olgu çalışmaya alındı.

Olguların tamamı kadın olup, biyopsileri cerrahi ve radyoloji klinikleri tarafından yapılmıştı. % 95'lik etil alkol ile tespit edilen yaymalar Hemoxylin Eosin ile, havada kurutulan yaymalar ise May-Grünwald Giemsa ile boyandı. Biyopsi materyalleri, rutin patolojik takiplerden sonra değerlendirildi.

Sitolojik örnekler ve biyopsiler tek patolog tarafından değerlendirildi. Sitolojik preparatların değerlendirilmesinde öncelikle, NHSBSP'nin raporlama protokolüne uyularak İİAS materyalinin yeterliliğine karar verildi. En az değerlendirilebilir 5 duktus epitel hücre kümesinin varlığında, örneklem yeterli kabul edildi (3). Yüksek nükleus sitoplazma

Tablo 1.

İİAS ve histopatolojik incelemenin korelasyonu	Sayı	Oran
Malign İİAS	15	%30
İnfiltratif duktal karsinom	10	%20
İnfiltratif lobüler karsinom	3	%6
İnsitu duktal karsinom	1	%2
Fibroadenom (yanlış pozitif)	1	%2
TOPLAM	15	%30
Benign İİAS	21	%42
Fibroadenom	12	%24
Fibrokistik değişiklik	6	%12
Lipom	1	%2
Yağ nekrozu	2	%4
TOPLAM	21	%42
Kuşkulu	6	%12
İnfiltratif duktal karsinom	4	%8
Papillom	1	%2
Fibroadenom	1	%2
TOPLAM	6	%12
Nondiagnostik	8	%16
Fibroadenom	5	%10
Fibrokistik değişiklikler	3	%6
TOPLAM	8	%16
GENEL TOPLAM	50	%100

oranı, nükleer pleomorfizm, hiperkromazi, nükleolus varlığı, üç boyutluluk ve kohezyon kaybı açısından değerlendirme yapıldı (4). Olgular nondiagnostik, benign, malignite yönünden kuşkulu ve malign olarak kategorize edildi (5).

Histopatolojik değerlendirmeler ise sitolojik tanılarından bağımsız olarak yapıldı. Tanılar, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın 2003 yılında yayınladığı meme lezyonlarının histopatolojik sınıflamasına göre tiplendirildi.

BULGULAR

Toplam 50 adet palpabl meme lezyonundan yapılan İİAS'nde, 8 adet spesmen *nondiagnostik*, 21 adet spesmen *benign*, 6 adet spesmen *malignite yönünden kuşkulu*, 15 adet spesmen ise *malign* olarak rapor edildi.

İİAS ile histopatolojik inceleme sonuçlarının karşılaştırma sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur. Benign ve malign tanısı konan 36 olgunun 35 tanesi doğru tanınmıştır.

Duyarlılık %100, özgüllük %95, pozitif tahmini değer %93 ve negatif tahmini değer %100, yanlış pozitif oranı %4,5, yanlış negatif oranı %0 olarak hesaplandı (Tablo 2). Testin doğruluk oranı %97'dir. Bu hesaplamalar, kuşkulu ve nondiagnostik olgular çıkarıldıktan sonra hesaplandı.

TARTIŞMA

Ele gelen meme kitlelerinde İİAS, fizik muayene ve mamografi ile birlikte üçlü tanısal yaklaşımı oluşturur. Bu tanı yöntemleri, gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesinde önemli yer tutarlar (6,7). Ancak yanlış pozitif, yanlış negatif ve kuşkulu sonuçlar, gereksiz cerrahi girişimlere neden olmaktadır (3).

Meme lezyonlarında, kitlenin boyutları, natürü ve aspirasyonu yapan hekimin deneyimi, yeterli hücresellikte önemli etkenlerdendir (3). Çalışmaya aldığımız olguların 8 tanesinin sitolojik örnekleri yetersiz olarak değerlendirildi. Bu olgularda fibröz komponentin baskınlığı, yetersizlik nedeni olarak yorumlandı.

Kuşkulu sitolojilerin oranı literatürde %2-19 olarak bildirilmiştir. Kısıtlı hücresellik, kötü kalitede yaymalar gibi teknik sorunların yanı sıra, patoloğun deneyimsizliği ve kesin tanısı konulamayan malign lezyonlar, kuşkulu tanıları artırmaktadır. Gri zon olarak tanımlanan gerçek kuşkulu olgular, benign ve malign özellikleri bir arada taşıyan benign, premalign ve malign bir grup lezyonu kapsar (2,3,6). Rezenko ve arkadaşları (3), kuşkulu olarak rapor edilen 107 olgunun 36 tanesinde, teknik nedenlerin etkili olduğu sonucuna vardılar. Bu 36 olguda kısıtlı hücresellik, uygunsuz tesbit ve yayma tekniklerinin yanlış tanıda önemli rol oynadığını belirlediler. Çalışmamızda 4 tanesi malign olan toplam 6 adet, kuşkulu olarak rapor edilmiş sitolojik örnekde, büyük oranda yetersiz hücresellik ve uygunsuz boyama teknikleri gibi sorunların varlığı dikkati çekti.

Yanlış pozitif sonuçlar literatürde %2,5 oranındadır (8). Epitel proliferasyonu gösteren fibroadenom, atipik duktal hiperplazi, jinekomasti, papillom, fibrokistik değişiklikler ve sklerozan adenozis, yanlış pozitif sonuçlara neden olan hastalıklardır (3,8). Bu hastalıklarda görülen nükleer pleomorfizm, kohezyon kaybı ve çıplak nükleuslar yanıltıcı olmaktadır (9). Çalışmamızda, malign olarak bildirilmiş bir adet olgunun histopatolojik incelenmesinde, epitel proliferasyonu içeren fibroadenom olduğu görülmüştür (%2,3).

Benign ve malign özellikleri bir arada içeren lezyonlarda, düşük dereceli ve küçük boyutlu, nekroz ve fibröz dokunun eşlik ettiği olgularda, yanlış negatif sonuç olasılığı yüksektir ve İİAS'nin duyarlılığı düşüktür. Literatürde, yanlış negatif değerler %2,5-17,5 arasında değişmektedir (8,9). Bu çalışmada ise yanlış negatiflik oranı %0'dır.

Sonuç olarak, çalışmamızdaki veriler ve literatür bilgilerinin ışığı altında; üçlü tanısal yaklaşımın bir parçası olan İİAS, deneyimli bir klinisyen ve patoloğun elinde vazgeçilmez bir tanı yöntemi olacak ve gereksiz cerrahi girişimleri önleyecektir.

Tablo 2.

	Solmaz Ö CI %95	Aksaz E (10)	Dominguez F (9)	Rocha P (11)
Yanlış pozitif oranı	%4,5		%2,5	%2,62
Yanlış negatif oranı	%0		%2,5	%2,04
Pozitif tahmini değer	%95,45	77,16-99,88	%97,3	%93,49
Negatif tahmini değer	%100	78,2-100	%85,8	%95,73
Duyarlılık	%100	83,89-100	%88,8	%93,49
Özgüllük	%93,75	69,77-99,84	%96,5	%95,73
Doğruluk oranı	%97		%92	%94,84

SUMMARY

The correlation between histopathological examinations and fine-needle aspiration cytology in palpable breast masses

Purpose: Fine-needle aspiration cytology has been accepted as a part of triple test approach as well as physical examination and mammographic examination since it is a method the application of which is simple, is not expensive and is minimal invasive. Fine-needle aspiration cytology, diagnostic accuracy rate ranges between 50-95% but with triple test approach, this rate reaches to 100%. In our study, we aimed to discuss our success rates, our mistakes and their reasons along with the literature by reevaluating breast FNAC we evaluated and histopathological results of these findings retrospectively.

Patients and Methods: 50 incidents who came to our clinic and whose biopsies were evaluated in our clinic were taken into the

study. In FNAC done from 50 palpable breast lesions in total, 8 specimen were reported as nondiagnostic, 21 specimen were reported as benign, 6 specimen were reported to be suspectful of malignancy and 15 specimen were reported as malignant.

Results: Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, false positive rate and false negative rate were calculated as 100%, 95%, 93%, 100%, 2,3% and 0% respectively. The accuracy rate of the test is 97%.

Conclusion: Consequently, in the light of the data in our study and literature, we could say that FNAC, a part of triple test approach, will be an indispensable diagnosis method in the hands of an experienced clinician and pathologist and will prevent unnecessary surgical interventions.

Key Words: Breast, breast mass, cytology, histopathology, correlation

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmüş ve planlanması:
Özgen Arslan Solmaz

Verilerin elde edilmesi:

Özgen Arslan Solmaz, Abdullah Büyük, Oktay Banlı

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Özgen Arslan Solmaz, Hayreddin Yekeler

Yazının kaleme alınması:

Özgen Arslan Solmaz

İstatistiksel değerlendirme:

Özgen Arslan Solmaz

KAYNAKLAR

1. Chaiwun B, Thorner P. Fine needle aspiration for evaluation of breast masses. Curr Opin Obstet Gynecol 2007; 19: 48-55.
2. Ariga R, Bloom K, Reddy VB, Kluskens L, Francescatti D, Dowlat K, Siziopikou P, Gattuso P. Fine needle aspiration of clinically suspicious palpable breast masses with histopathologic correlation. Am J Surg 2002; 184: 410-413.
3. Rezanko T, Tuğyan N, Dağ F, Aydın Ergun S. Meme ince iğne aspirasyon sitolojilerinde gerçek gri zon. Türk Patoloji Dergisi 2002; 18:44-48.
4. O'Neil S, Castelli M, Gattuso P, Kluskens L, Madsen K, Aranha G. Fine needle aspiration of 697 palpable breast lesions with histopathologic correlation. Surgery 1997;122: 824-828.
5. Pacinda SJ, Ramzy I. Fine needle aspiration of breast masses. J Adolesc Health 1998; 23: 3-6.
6. Dominguez F, Riare JR, Tojo S, Junco P. Fine needle aspiration of breast masses. Acta Cythologica 1997; 41: 341-346.
7. Jayaram GM, Alhady SF. Cythological analysis of breast lesion: A review of 780 cases. Malaysian Pathol 1996; 18: 81-87.
8. Tanaka K, Shoji T, Tominaga Y, Nakagawa H, Yamamoya D, Kawanishi H, Sakaida N, Okamura A, Hioki K. Statistical analysis of diagnostic failure of fine needle aspiration cytology in breast cancer. J Oncol 2001; 76: 100-105.
9. Bulgaresi P, Cariaggi MP, Bonardi L, Carozzi MF, Confortini M, Galanti L, Maddau C, Matucci M, Rubeca T, Turco P, Ciatto S, Miccinesi G. Analysis of morphologic patterns of fine needle aspiration of the breast to reduce false-negative results in breast cytology. Cancer 2005; 105:152-157.
10. Aksaz E, Öncel T, Atasoy G, İrgil C, Yazıcı T, İpek N, Bitik D, Tolunay Ş. Core biyopsi açık biyopsilerin yerini alabilir mi? Meme Sağlığı Dergisi 2005;1: 18-20.
11. Rocha P, Nadkarni NS, Menezes S. Fine needle aspiration biopsy of breast lesion and histopathologic correlation. Acta Cythologica 1997; 41: 705-711.

İkinci primer cilt kanserini önlemek için trikloroasetik asit ile peeling

A new practice of trichloroacetic acid peeling: reduction of second primary skin cancer

Gülden Avcı*, Tayfun Akoz**, Aylin Ege Gül***

Amaç: Melanom dışı cilt kanserlerinin en önemli sebebi güneş ışığıdır. Kimyasal peeling aktinik yaralanmalarda oldukça faydalıdır. Subklinik malign lezyonlar genellikle deri kanserleriyle beraber görülürler. Bu çalışmada, subklinik lezyonların tedavisi için trikloroasetik asitle (TCA) peelingin etkinliğini retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereç ve Yöntemler: 1999 ile 2004 yılları arasında 102 hasta cilt kanseri nedeniyle tedavi edildi. Yüzlerinde aşırı aktinik hasar olan 48 hastanın yüzüne, malign lezyonların cerrahi tedavisine ek olarak, %35-40'luk trikloroasetik asitle peeling yapıldı. Hastalar 51 ile 93 yaşları arasındaydı. Takip süresi 1-5 yıldır. TCA tedavisinin etkinliği patolojik olarak değerlendirildi.

Bulgular: İkinci primer cilt kanseri, peeling yapılan hastaların sadece 3'ünde görüldü. TCA peeling sonrası histolojik olarak epidermal atrofide, atipide düzelme ve yeni subdermal kollajen birikimi görülmüştür.

Sonuç: TCA peeling, deri kanseri oluşumuna karşı etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Kimyasal peeling, cilt kanseri, trikloroasetik asit

* Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Çanakkale
** Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, İstanbul
*** Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul

Dr. Gülden Avcı
E-posta: drguldenavci@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 10.04.2009
Makale Kabul Tarihi: 04.06.2009

Deri kanserleri dünyada en sık görülen kanser tiplerinden biridir (1). En fazla cilt kanserleri açık tenli kişilerde güneşe, X ışınlarına ve ultraviyole ışığa uzun süre maruz kalan alanlarda görülür. Ultraviyole ışığa maruz kalma kronolojik yaşın artmasıyla kümülatif olarak artar (2). Bu nedenledir ki cilt kanserli olguların %95'inden fazlası 40 ile 79 yaş arasındadır. Olguların %50'sinden fazlası erkektir (3). İleri yaştaki hastalar cilt kanserinden bağımsız olarak başka sağlık problemlerine de sahip olabilirler. Premalign lezyonlar genellikle deri kanserleriyle beraber eş zamanlı olarak bulunurlar. Eğer premalign lezyonlar tedavi edilmezlerse, bu lezyonlar zamanla cilt kanserine dönüşürler. Hastalar ilk görüldükleri zamana göre yaşları da ilerlediği için yapılması gereken cerrahinin morbiditesi artar. Tekrarlayan kimyasal peeling ile prekanseröz lezyonların bulunduğu deri tabakası alınabilir. Kimyasal peeling uygulaması aktinik hasarlanmalarda klinik olarak yararlıdır (4).

Bu çalışmada bazal hücreli karsinom veya yassı epitel hücreli karsinom nedeniyle ameliyat edilen hastalarda aynı seansta prekanseröz lezyonları yok etmek için tüm yüze %35-40'luk TCA ile orta derinlikte peeling uygulamasının ikincil kanser gelişimi üzerine etkisi incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD

Etik kurul onayı alınan çalışmaya katılacak hastalara mevcut lezyonlarıyla beraber prekanseröz lezyonları olabileceği ve bunların eradikasyonu için TCA peeling yapılmasının uygun olacağı anlatılarak cerrahi veya cerrahi ve TCA peeling yapılması hastanın kararına bırakıldı ve yazılı olarak onamları alındı. 1999-2004 arasında cilt kanseri nedeniyle tedavi edilen 102 hastanın 48'ine eksizyon sonrası prekanseröz lezyonların eradikasyonu için TCA peeling yapıldı. Hastaların ciltleri renklerine göre Fitzpatrick sınıflamasına göre değerlendirildi. Aktinik hasarlanmalarda Glogau sınıflandırmasına göre sınıflandırıldı (Tablo 1). Çalışmanın izni Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği baş-

Tablo 1. Sadece cerrahi ve cerrahi ve TCA peeling uygulanan hastaların karşılaştırılması

	Sadece cerrahi		Cerrahi ve TCA peeling (Grup A)		Toplam	p-değeri
	n	%	n	%		
Toplam cilt kanseri hasta sayısı	54	52.9	48	47.1	102	
Bazal hücreli karsinom tanısı alan lezyon sayısı	21	33.3	42	66.7	63	^a p < 0,001
Yassı hücreli karsinom tanısı alan lezyon sayısı	16	72.7	6	27.3	22	^a p = 0,036
Bazoskuamous hücreli karsinom tanısı alan lezyon sayısı	2	50	2	50	4	^b p = 1,000
Aktinik keratosis tanısı alan lezyon sayısı	2	18.2	9	81.8	11	^a p = 0,014
Diğer lezyonlar	13	81.2	3	18.8	16	^a p = 0,013
Fitzpatrick deri tip I	2	3.7	12	25	14	^a p = 0,002
Tip II	6	11.1	15	31.3	21	^a p = 0,012
Tip III	14	25.9	13	27.1	27	^a p = 0,895
Tip IV	32	59.3	8	16.7	40	^a p < 0,001
İkinci primer kanser	9	16.7	3	6.3	12	^a p = 0,103
Ortalama takip süresi	51 ay		54 ay			

^ap –Pearson ki-kare testi, ^bp – Fisher kesin ki-kare testi

kanlığından alındı. Tüm hastalar cerrahi olarak tedavi edildi. Ayrıca Grup A'daki hastalara cerrahiye ek olarak cerrahiyle aynı seansta tüm yüze kimyasal peeling uygulandı. Lokal veya genel anestezi altında, malign lezyonlar eksize edildi, eksize sonrası oluşan defektler primer sütürasyon, tam kalınlıkta deri grefti veya lokal fleplerle rekonstrükt edildi. Grup A'daki hastaların ikisinden 3 adet, dördünden ise 2 adet lezyon eksize edildi. Diğer hastalardan tek lezyon eksize edildi. Daha sonra tüm yüz derisi etil alkolle temizlendi ve standart pamuk uçlu aplikatör yardımıyla %35-40'lık TCA solusyonu uygulandı. Tüm yüzde eşit de-

rinlikte peeling elde edebilmek için eşit miktarda beyaz buzlanma görünmeyen alanlara aynı seansta TCA tekrar uygulandı. Tüm hastalarda iyileşme 7-10 günde tamamlandı (Resim 1).

Grup A'ya TCA peeling'in etkinliğini göstermek için ameliyat öncesi punch biyopsiler yapıldı. Peeling öncesi yapılan punch biyopsisinde deri, özellikle solar yarananma olan bölgelerden alındı. Ameliyat ve peelingden 8 hafta sonra ilk punch biyopsi yapılan alanın yanından tekrar punch biyopsisi yapıldı. Diğer hastalar peeling'i ve biyopsi yapılmasını kabul etmedikleri için sadece mevcut lezyonlarına yönelik cerrahi müdahaleleri yapıldı.

Lezyonların patoloji sonuçları da istatistiksel olarak değerlendirildi (Tablo 2).

Elde edilen verilerin istatistik değerlendirilmesi SPSS for Windows Versiyon 13.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Veriler sıklık ve yüzde olarak (n,%) sunuldu. Grupların dağılımlarının karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

SONUÇ

Tüm hastalar tarafından yapılan ameliyat ve peeling iyi tolere edildi. Ameliyat sonrası ağrı minimaldi ve analjezik kul-



Resim 1a. Ameliyat öncesi ve peeling öncesi hastanın görünümü. **1b.** Tüm yüzde beyaz buzlanma görünümü **1c.** Tedavi sonrası 2. gün görünümü **1d.** Tedavi sonrası 28. ay görünümü

Tablo 2. Lezyon sayılarının karşılaştırılması

	Sadece cerrahi		Cerrahi ve TCA peeling (Grup A)		p-değeri
	n	%	n	%	
Toplam cilt kanseri lezyon sayısı	54	100	62	100	102
Bazal hücreli karsinom tanısı alan lezyon sayısı	21	38.9	42	67.8	^a p < 0,001
Yassı hücreli karsinom tanısı alan lezyon sayısı	16	29.6	6	9.7	^a p = 0,036
Bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı alan lezyon sayısı	2	3.7	2	3	^b p = 1,000
Aktinik keratosis tanısı alan lezyon sayısı	2	3.7	9	14.5	^a p = 0,014
Diğer lezyonlar	13	24.1	3	5	^a p = 0,013

lanıldı. Grup A'da 2 hastada geçici hiperpigmentasyon görüldü.

Ameliyatla eksize edilen lezyonların patolojik tanıları basal hücreli karsinom, yassı hücreli karsinom ve basoskuamöz hücreli karsinom geldi. Hastaların takip süreleri ortalama 51 ve 54 aydır, bu süreçte grup A da 3 hastada (%6.3) (Resim 2) diğer grupta ise 9 (%16.7) hastada ikinci primer cilt kanseri tespit edildi.

Peeling öncesi yapılan punch biyopsi materyallerinin histopatolojik değerlendirilmesinde fokal atipi, displazi, ortokeratosis, hiperkeratosis, keratinositlerin yanında hiperplastik melanositlerler tespit edildi. Dermisde ise elastosis, kollajen kaybı ve artmış glikozaminoglikanlar görüldü. Dermisde mononükleer lenfosit (MNL) infiltrasyonu vardı (Resim 3). Peelingden 8 hafta sonra yapılan punch bi-

yopsinin histopatolojik incelemesinde ise epidermal atrofinin ve hiperkeratosisin azaldığı ve subepidermal yeni kollajen demetlerinin varlığı tespit edildi. Dermisde elastik dokunun artışı vardı. Solar elastosis azalmıştı. Ortokeratosis görülmeydi, ayrıca MNL infiltrasyonu da azalmıştı (Resim 4).

TARTIŞMA

Solar hasarlanma güneşe kronik maruz kalma sonucu olur. Solar hasarlanmalar kırışıklık, pigmentasyon değişiklikleri ve doku değişiklikleri ile karakterizedir (5). Glogau solar yaralanmaları sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırma ile derinin solar hasarlanma derecesi objektif olarak değerlendirilir (Tablo 3) (6). Mikroskopik olarak epidermisde atrofi, Langerhans hücrelerinin azalması, pigment dağılımında düzensizlik, premaligniteden ma-

ligniteye değişen hücresel atipiler görülür (7). Dermal değişiklikler ise elastosis, kollajen ağda dejenerasyon ve glikozaminoglikan artışıdır (5). Derinin solar hasarlanma belirtileri aktinik keratosis, elastosis, lokalize pigment değişiklikleri, senil lentigo, çillenme, spider nevüs, telanjiektazi, kuru cilt, kırışıklıklardır (8).

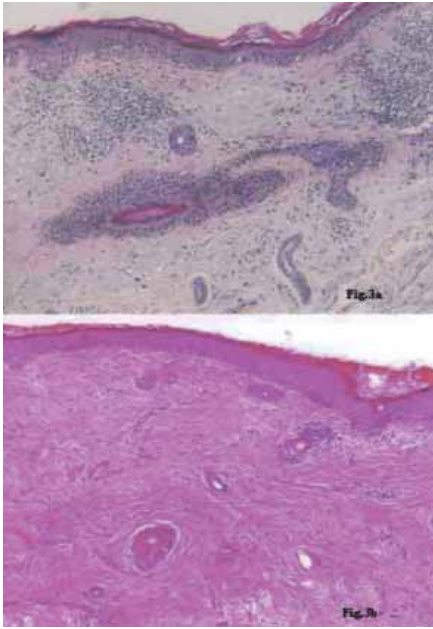
Cilt kanseri riski, güneşe maruz kalma süresinin yaşla kümülatif artması ile artış gösterir. Cilt kanserleri en fazla güneşe en çok maruz kalan baş-boyun bölgesinde görülür (9).

Aktinik keratosis, en sık görülen prekanseröz lezyondur. Aktinik keratosisin en önemli nedeni ultraviyole ışığa kronik maruz kalmadır. Solar yaralanma genellikle yaşlı, cilt tipi Fitzpatrick tip I veya tip II olan açık tenli kişilerde görülür. Tedavi edilmemiş aktinik keratosisler remisyona girebilir, aynı şekilde kalabilir veya karsinoma dönüşebilir (10). Bu malign potansiyel nedeniyle aktinik keratosislerin tedavisi zorunludur. Aktinik keratosis tedavisinde, kanser riskinin yok edilmesi ve lezyonun eradikasyonu ile cildin yenilenmesi amaçlanır (11). Aktinik keratosisin tedavi prensibi atipik hücrelerin destrüksiyonudur. Mevcut tedavi seçenekleri arasında sıvı nitrojen, elektrodessikasyon ve küretaj, 5-fluorourasil, traşlama (shave) biyopsisi, lazer, dermabrazyon ve kimyasal peeling vardır (12).

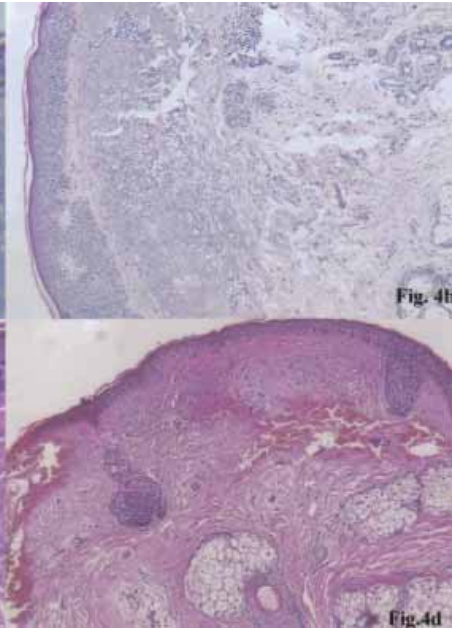
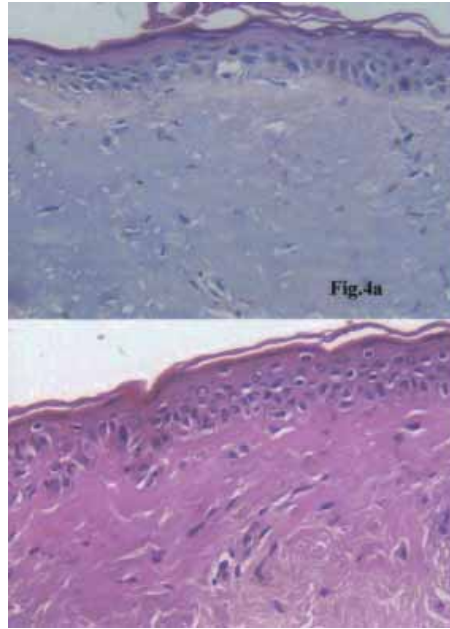
Kimyasal peeling sadece cildin görünümünü düzeltmez, aynı zamanda epidermal atrofi ve atipinin düzelmesi, yeni subdermal kollajen depolanması gibi his-



Resim 2a. Ameliyat öncesi ve peeling öncesi hastanın görünümü. **2b.** Tüm yüzde beyaz buzlanma görünümü. **2c.** Ameliyat ve peeling sonrası hastanın görünümü. **2d.** İlk tedaviden 3,5 yıl sonra ikinci primer cilt kanseri görünümü



Resim 3. Solar yaralanmalı cildin histolojik görünümü. **3a.** Hemotoksilen eosine, x10. Peeling öncesi; epidermal atrofi, ortokeratosis, spongiosis, solar elastosis, MNL infiltrasyonu. **3b.** Hemotoksilen eosine, x10. Peeling sonrası; epidermal atrofi ve solar elastosis yok olmuş, spongiosis minimal, ortokeratosis and MNL infiltrasyonunda azalma.



Resim 4. Solar yaralanmalı cildin histolojik görünümü. **4a.** Hemotoksilen eosine, x40. Peeling öncesi; ortokeratosis, minimal epidermal atrofi, solar elastosis, spongiosis. **4b.** Hemotoksilen eosine, x10. Peeling öncesi; solar elastosis, ortokeratosis, MNL infiltrasyonu. **4c.** Hemotoksilen eosine, x40. Peeling sonrası; epidermal atrofi ve solar elastosisde azalma. **4d.** Hemotoksilen eosine, x10. Peeling sonrası; ortokeratosis görülmeyen, MNL infiltrasyonu ve solar elastosisde azalma.

tolojik değişimlere de neden olur. Diffüz solar yaralanması ve geniş aktinik keratozları olan hastalar için, kimyasal peeling, diğer tedavi seçeneklerine göre pratik ve ucuzdur (13, 14). Yüzün solar hasarlanması, kimyasal peeling'in en önemli endikasyonudur. Kimyasal peeling öncesi hastanın cilt tipini değerlendirmede en fazla kullanılan sınıflama Fitzpatrick klasifikasyonudur (Tablo 4). Bu klasifikasyon yardımıyla hastanın kimyasal peelingden görmesi beklenenecek yarar be-

lirlenir ve peeling sonrası pigmentasyon anomalisi olma riski saptanabilir (6). Dermabrazyonun çok daha ciddi solar hasarlanmalı hastalarda yararlı olduğu gösterilmiştir. Ancak dermabrazyonun morbiditesi kimyasal peelingden daha yüksektir, kimyasal peeling çok daha basit bir işlemdir (15). Dermabrazyonun başarısı, uygulayan kişinin becerisiyle ve deneyimiyle ilgilidir (16). Ayrıca, kimyasal peeling belirli zaman aralıkları ile tekrarlanabilir. Bizim çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması oldukça yüksek olup çoğunun ek medikal sorunları bulunmaktaydı. Bu medikal sorunlar nede-

niyle solar yaralanmaların ve subklinik lezyonların tedavisi için kimyasal peelingi tercih ettik.

TCA, solar hasarlanmaların, yüzeysel keratosislerin ve düzensiz pigmentasyonun tedavisinde oldukça etkilidir (17). TCA'nın konsantrasyonu değiştirilerek, yapılacak peeling'in derinliği ayarlanır ve TCA solüsyonunun sistemik toksisitesi yoktur (18). TCA solüsyonu, perkutanöz uygulandığında yüzeysel dermal pleksusta serumla nötralize olur, diğer peeling ajanı olan fenol solüsyonu gibi kalp, böbrek veya diğer organlara toksik etkisi yoktur. Bu nedenle uygulama sırasında kalp monitorizasyonu gerekmez ve medikal sorunları olan yaşlı hastalara güvenle uygulanabilir (19). Fenolle yapılan peeling sonrası TCA ya göre çok daha ağrılıdır (20). TCA solüsyonları melanosit metabolizmasına fenole göre daha az etkilidir (18). Yüzeysel ve orta-dermal peelingler solar yaralanma sonucu olan histolojik değişikliklere etkilidir. Epidermin rejenerasyonu derin yerleşimli olan ve rölatif olarak solar hasarlanmadan korunmuş bulunan adneksal yapılardan olur. Orta derinlikte peeling %35-50 konsantrasyondaki solüsyonlarla yapılır. TCA solüsyonu konsantrasyonu %50'den fazla olduğunda derin yanıklara ve skarlara neden olur (17).

Tablo 3. Glogau sınıflandırması

Sınıflandırma	Yaş	Özellikler
Hafif	28-35 y	- o Kırışıklık minimal - o Keratosis yok - o Kapatıcı makyaja ihtiyacı yok
Orta	35-50 y	- o Erken kırışıklık bulguları var - o Erken aktinik keratosis le beraber cilt renginde soluklaşma - o Hafif kapatıcı makyaja ihtiyaç var
İlerlemiş	50-65 y	- o Kırışıklıklar belirgin - o Telenjektazi ve aktinik keratosisle beraber diskolorasyon - o Kapatıcı makyaj sürekli kullanılıyor
Ciddi	60-75 y	- o Kırışıklık- Solar yaşlanma, dinamik ve yerçekimi etkileri - o Aktinik keratosis ve/veya cilt kanseri - o Kapatıcı makyajla hasarlanmaların saklanması yetersiz kalıyor

Tablo 4. Fitzpatrick sınıflandırması

Cilt Tipi	Cilt özellikleri	Kişisel özellikler
Tip I	Çok beyaz veya çilli cilt, güneşe maruz kalmasıyla her zaman yanıklar oluşur	Çok sarışın; Çoğunlukla kızıl veya sarışın saç ve mavi gözlü insanlarda
Tip II	Beyaz cilt rengi, güneşe maruz kalmasıyla genellikle yanıklar	Sarışın; sıklıkla kızıl veya sarışın saç ve mavi, yeşil ya da ela gözlü insanlarda
Tip III	Beyaz veya yağlı cilt, güneşe maruz kalmasıyla bazen yanıklar oluşur	Sarışın, herhangi bir saç ve göz renginde
Tip IV	Esmer cilt, güneşe maruz kalma sonrası nadir yanık oluşur	Genellikle Akdeniz insanı
Tip V	Çok esmer cilt, güneşe maruz kalma sonrası çok nadir yanık oluşur	Orta-doğu insanı
Tip VI	Siyahî cilt, asla güneş yanığı oluşmaz	Siyahî kişiler

Literatürde, basal hücreli karsinom geçirmiş olguların %36'sında ilk 5 yıl içinde ikinci primer basal hücreli karsinom geliştiği bildirilmiştir. Frank ve arkadaşlarına göre, yassı hücreli karsinom geçirmiş olguların %30'unda, herhangi bir cilt kanseri geçirmiş olguların ise %52'sinde ilk 5 yıl

içinde ikinci primer yassı hücreli karsinom görülür (21). Yeni görülecek primer basal hücreli karsinom ve yassı hücreli karsinomun ortalama riski ilk 3 yılda %35, ilk 5 yılda ise %50'dir (22). Hastaların yaşları ilerledikçe cerrahi morbiditesi artması normaldir. Bu nedenden dolayı ki, ikinci cerrahi

gereksinimini minimale indirmek amaçlanır, subklinik lezyonların eradikasyonu önem arz eder. Bu amaçla %35-40'luk TCA ile yapılacak peeling yardımıyla subklinik, prekanseröz lezyonlar tedavi edilmiş olur. Böylece morbidite, mortalite ve maliyet düşürülmüş olur.

SONUÇ

Cilt kanserlerinde cerrahi esas tedavidir, TCA ile orta derinlikte peeling subklinik premalign lezyonların erken tedavisi için solar yaralanması olan yüzlere uygulanabilir. Morbiditesi ve maliyeti karşılaştırıldığında gelişecek olan 2. primer cilt kanserleri tedavisine göre çok düşüktür. Kimyasal peeling cilt kanseri gelişiminde profilaktik olacaktır.

Bilgilendirme

İstatistiksel analizin yapılmasını sağlayan Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesi tıp fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı başkanı Doç.Dr. Semra AKGÖZ'e teşekkür ederiz.

SUMMARY

A new practice of trichloroacetic acid peeling: reduction of second primary skin cancer

Purpose: Exposure to solar radiation is a major cause of non-melanoma skin cancer. Topical application of chemical peeling agents to reverse actinic damage of skin is a well-established, accepted clinical practice. Subclinic malignant lesions are generally seen with skin cancers simultaneously. In this paper, we evaluated effectiveness of the trichloroacetic acid peeling to treatment of subclinic lesions.

Material and Methods: Between 1999 and 2004, 102 patients with skin cancer were treated surgically. In addition to the surgical treatment of malignant lesions, full-face chemical peeling with 35-40%

trichloroacetic acid was applied during the same operative session to 48 patients whose faces had extensively sun-damaged skin. The ages of patients were varied between 51 and 93. They were followed-up 1-5 years. The effectiveness of the TCA treatment was evaluated with pathologic examinations.

Result: Second primary skin cancer was observed in only 3 patients who were applied TCA peeling. TCA peeling causes histologic changes such as correction of epidermal atrophy and atypia as well as deposition of new subepidermal collagen.

Conclusion: Trichloroacetic acid peeling provides a prophylactic effect against the development of skin malignancies.

Key Words: Chemical peeling, skin cancer, trichloroacetic acid

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Gülden Avcı, Tayfun Aköz

Verilerin elde edilmesi:

Gülden Avcı

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Gülden Avcı, Aylin Ege Gül

Yazının kaleme alınması:

Gülden Avcı

İstatistiksel değerlendirme:

Semra Akgöz

KAYNAKLAR

- Hedrick MH, Lorenz HP, Miller TA. Malignant Skin Conditions. Plastic Surgery: Indications, operations, and outcomes. Guyuron B (ed.). Missouri. Mosby, 2000;315-324.
- Fusco FJ. The aging face and skin. Non-operative techniques for facial rejuvenation. Clin Plast Surg. 2001;28:1-13.
- Zbar R, Cattel W. Skin tumors 1: non-melanoma skin tumors. Selected Readings in Plastic Surgery. 2000; 9: 1-33.
- Butler PE, Gonzalez S, Randolph MA, Kim J, Kollias N, Yaremchuk MJ. Quantitative and qualitative effects of chemical peeling on photo-aged skin: An experimental study. Plast Reconstr Surg. 2001;107:222-228.
- Humphreys TR, Werth V, Dzubow L, Kligman A. Treatment of photodamaged skin with trichloroacetic acid and topical tretinoin. J Am Acad Dermatol 1996 34:638-644.
- Rubin MG. Photoaged and photodamaged skin. Manual of chemical peels: Superficial and medium depths. J.B. Lippincott Comp. 1995; 1-16.
- Uitto J. Understanding premature skin aging. N Engl J Med. 1997;337:1463-1465.
- Olbrich SM. Cutaneous Carcinoma. Georgiade Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery. Georgiade GS, Riefkohl R, Levin LS (eds.) Pennsylvania. Williams&Wilkins. 1997;122-133.
- Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, Coldman AJ, Fincham S, McLean DL, Threlfall WJ. Sunlight exposure, pigmentation factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. Arch Dermatol. 1995;131: 164-169.
- Marks RI, Rennie G, Seiwood TS. Malignant transformation of solar keratoses to squamous cell carcinoma. Lancet. 1988;1:795-798.
- Callen JP, Bickers DR, Moy RL. Ac-

- tinic keratoses. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36:650-656.
12. Brodland DG, Roenigk RK. Trichloroacetic acid chemexfoliation (chemical peel) for extensive premalignant actinic damage of the face and scalp. *Mayo Clin Proc.* 1988;63:887-896.
 13. Roenigk DR, Brodland DG. A primer of facial chemical peel. *Dermatol Clin.* 1993;11:349-359.
 14. Nelson BR, Fader DJ, Gillard M, Majmudar G, Johnson TM. Pilot histologic and ultrastructural study of the effects of medium-depth chemical facial peels on dermal collagen in patients with actinically damaged skin. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32:472-478.
 15. Benedetto AV, Griffin TD, Benedetto EA, Humeniuk HM. Dermabrasion: Therapy and prophylaxis of the photoaged face. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27: 439-447.
 16. Cooley JE, Casey DL, Kauffman CL. Manual resurfacing and trichloroacetic acid for the treatment of patients with wide spread actinic damage. *Dermatol Surg.* 1997;23:373-379.
 17. Rees TD. Chemabrasion and Dermabrasion. *Aesthetic Plastic Surgery.* Rees TD, LaTrenta GS (eds.) Philadelphia. W.B. Saunders company. 1994;757-777.
 18. Stuzin JM, Baker TJ, Baker TM. Treatment of Photoaging: Facial Chemical Peeling. *Plastic Surgery: Indications, Operations, and Outcomes.* Guyuron B (ed.). Missouri. Mosby, 2000; 2435-2456.
 19. Moy LS, Peace S, Moy RL: Comparison of the effect of various chemical peeling agents in a mini-pig model. *Dermatol Surg.* 1996;22:429-432.
 20. Greenbaum SS. Chemical Peeling, Injectable collagen Implants, and Dermabrasion. *Grabb and Smith's Plastic Surgery.* Aston SJ, Beasley RW, Thorne CH (eds.) Philadelphia. Lippincott-Raven. 1997;597-608.
 21. Frankel DH, Hanusa BH, Zitelli JA. New primary nonmelanoma skin cancer in patients with a history of squamous cell carcinoma of the skin. Implications and recommendations for follow-up. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:720-726.
 22. Karagas MR, Stukel TA, Greenberg ER, Baron JA, Mott LA, Stern RS. Risk of subsequent basal cell carcinoma of the skin among patients with prior skin cancer. *Skin Cancer Prevention Study Group. JAMA.* 1992;267:3305-3310.

Safra kesesi ameliyatı sonrası cerrahi müdahale gerektiren ciddi komplikasyonlar ve yaklaşımları

Surgically repaired severe post-cholecystectomy complications and their management

Nurkan Törer*, Tarık Zafer Nursal*, Kenan Çalışkan*, Ali Ezer*, Tamer Çolakoğlu*, Hamdi Karakayalı*, Mehmet Haberal*

Amaç: Kolesistektomi sonrası görülen ciddi komplikasyonlarla ilgili kliniğimizin deneyimlerini paylaşmak ve önemli gördüğümüz noktaları belirtmek.

Gereç-Yöntem: Mayıs 1999 - Kasım 2007 tarihleri arasında kolesistektomi sonrası ciddi sorun gelişen ve hastanemizde ameliyat edilen hastaların dosyaları incelendi. Kolesistektominin tipi, başvuru süresi, başvuru anındaki bulguları, yaralanma tipi, başvurudan ameliyata kadar geçen süre, ameliyat sonrası sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Yirmi iki hastanın yaş ortancası 50 (27 – 73), kadın/erkek oranı 1,2 idi. Dokuz hastada laparoskopik kolesistektomi (LK), sekiz hastada açık kolesistektomi (AK), üç hastada laparoskopik başlanıp AK, iki hastada kolesistektomi sonrası benign biliyer darlık nedeniyle bilioenterostomi yapılmıştı. Amsterdam sınıflamasına göre hastaların yedisi Tip-B, onbiri Tip-C, üçü Tip-D yaralanma, biri damar yaralanmasıydı. Tip-B yaralanma, LK veya laparoskopik başlanıp açığa geçilen olgularda gözlenirken, AK yapılanlarda hiç görülmedi. AK yapılanlardaki hakim yaralanma ise Tip-C idi (n=6/8) (p=0,029).

Mortalite bir, ciddi komplikasyon yedi, uzun dönemde sorun iki hastada gözlemlendi. Komplikasyon gelişme oranları; Tip-D yaralanmalarda 3 hastadan ikisinde (p=0,167), erken dönemde başvuran (10 günden önce) hastalarda (5/9 – 2/13 p=0,046), erken müdahale yapılan (10 günden önce) hastalarda daha yüksekti (6/13 – 1/9 p=0,069). Uzun dönemde sorun yaşama oranı erken müdahale yapılan hastalarda (2/12 – 0/9 p=0,178) daha fazlaydı.

Sonuç: AK ile safra yolu darlıkları, LK ile safra kaçaklarının daha sık meydana geldiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Kolesistektomi, safra yolu yaralanmaları, cerrahi tedavi

* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Ankara

Dr. Nurkan Törer
Başkent Üniversitesi Adana
Uygulama ve Araştırma Merkezi
Genel Cerrahi Bölümü, Adana
E-posta:
ntorer@baskent-adn.edu.tr

Makale Geliş Tarihi: 11.07.2008
Makale Kabul Tarihi: 12.05.2009

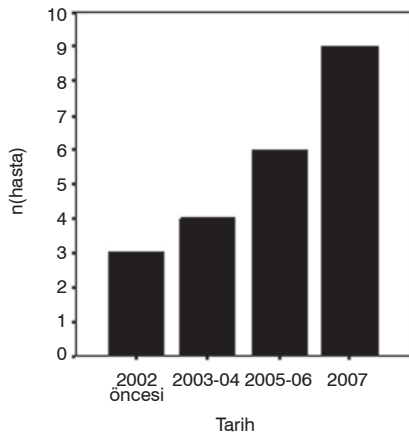
GİRİŞ

Safra kesesi taşları ve buna bağlı sorunların tedavi yöntemi olarak kolesistektomi (özellikle laparoskopik), genel cerrahi servislerinde uygulanan en sık ameliyatlardan birisidir (1). Son 20 yılda hızla yaygınlaşan ve artık standart bir ameliyat olan laparoskopik kolesistektomi (LK) kolay, etkili ve konforlu bir ameliyat olarak kabul görmüştür. Ancak ameliyatın önemli komplikasyonları günümüzde hala ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (2)

Üçüncü basamak tedavi merkezlerinde bu tür sorunlara yaklaşım yöntemleri gastroenteroloji, gastrointestinal radyoloji ve genel cerrahi birimlerinin

multidisipliner yaklaşımları ile yürütülmektedir (2 – 4). Bu tür hastalar önemli iş gücü ve maddi kayıplara neden olmakta ve sorunun çözümünde devreye giren 3. basamak hastanelerindeki hekimleri de tıbbi, yasal ve etik açıdan birçok sorunla karşı karşıya getirmektedir.

Bu hastaların tedavi yaklaşımları birçok yerde tartışılmış ve bazı akış çizelgeleri geliştirilmiş olsa da, safra kesesi ameliyatlarının ciddi komplikasyonlarına yaklaşım hastadan hastaya değişebilmektedir. Bu noktada seçilecek yaklaşım biçimi kliniğin deneyim ve becerilerine göre değişebilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizin deneyimle-



Şekil 1. Hastaların yıllara göre dağılımı

rini paylaşmak, ve önemli gördüğümüz noktaları belirtmek istedik.

HASTA VE YÖNTEM

Mayıs 1999 ile Kasım 2007 tarihleri arasında, kolesistektomi sonrası ciddi sorun gelişen ve hastanemizde ameliyat edilen toplam 22 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demog-

rafik özelliklerinin yanı sıra ilk ameliyatın tipi, hastanemize başvuru süresi, başvuru anındaki bulguları, başvuru anındaki ve en son kontrolündeki karaciğer işlev testleri, ameliyat öncesi kullanılan tanı yöntemleri, ameliyat öncesi muhtemel tanı ve ameliyat bulguları, ameliyat öncesi girişimler, başvuru anından ameliyata kadar geçen süre, ameliyat sonrası takibi ve sonuçları kaydedildi.

Hastaların yaralanma tipleri Amsterdam sınıflamasına göre sınıflandırıldı. Tip A; Sistik kanaldan kaçak, Tip B: Koledok ve dış safra yollarından kaçak, Tip C: Safra yollarının bağlanması, kliplenmesi veya darlığı, Tip D: Koledokta tam kat kesi (5).

İlk ameliyatlarından sonra şikayetleri ortaya çıkıp hastanemize 10 günden önce başvuranlar erken, 10 gün ve sonrasında başvuranlar geç başvuru olarak kabul edildi. Aynı şekilde, hastanemize başvurmamasından düzeltici cerrahi yapılanaya kadar geçen süre 10 günün altında olan hastalar erken, 10 gün ve sonrasında müdahale edilenler geç müdahale olarak kabul edildi.

Daha sonra bu hastalara telefon ile ulaşılarak son durumları hakkında bilgi alındı ve kontrol edilmek üzere hastaneye davet edildi. Karaciğer işlev testleri çalışıldı. İl dışından gelen hastalar bulundukları bölgede tahlillerini yaptırarak hastanemize bildirdi.

Tüm veriler SPSS 11 for Windows (SPSS Inc. Chicago IL.) istatistik programına kaydedildi. İstatistik analizde sürekli değişkenler için Student-t veya nonparametrik veriler için Mann Whitney-U testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi uygulandı. Hastaların başvuru ve bekleme sürelerinin yaralanma tipi ile ilişkisi Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. P değerinin 0.05' in altında olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Mayıs 1999 ile Kasım 2007 yılları arasında kolesistektomi ameliyatı sonrası sorun gelişen ve hastanemizde ameliyat edilen toplam 22 hastanın yaş ortancası 50 (27 - 73), kadın/erkek oranı ise 1,2 idi. İlk ameliyat sonrası hastanemize başvurma ortalama süresi 15 gün (0 - 7200 gün), başvurudan düzeltici cerrahi müdahalenin yapılmasına kadar geçen ortalama süre 8,5 gün (0 - 730), ilk ve son ameliyat arası toplam ortalama süresi ise 70 (0 - 7205) gün idi. Hastaların yıllara dağılımı Şekil 1' de verilmiştir.

Hastaların 18' i başka hastanelerde ilk ameliyatlarını olup hastanemize başvururken, 4' ü merkezimizde ameliyat edilmişlerdi. Hastanemizde meydana gelen yaralanmaların ikisi ameliyat sırasında fark edilip onarıldı. Diğer iki hastanın biri ameliyat sonrası sarılık gelişmiş ve koledokta klip saptanmıştı. Diğerisi ise peritonit bulguları ile başvurup koledoktan kaçak saptanmıştı. Nazobilier stent ve perkütan apse drenajı sonrası kaçağı kontrol edilen hastada darlık gelişmesi üzerine 6 ay sonra hepatiko jejunostomi yapılmıştı.

Hastaların ilk ameliyat tipi, başvuru anındaki bulguları, kullanılan tanı yöntemleri, ameliyat öncesi yapılan ek girişimler ve Amsterdam sınıflamasına göre aldıkları tanı Tablo 1' de verilmiştir. İlk ameliyat tipi bilio-enterostomi olarak sınıflandırılan hastalar, kolesistektomi sonrası benign biliyer darlık gelişen ve başka merkezlerde daha sonraki seanslarda bilio-enterostomi yapılan hastalardı.

Hastalarda ameliyat öncesi uygulanan tanı yöntemlerinin seçimi standart akış

Tablo 1. Hastaların dağılımı

	n (%)
İlk Ameliyat Tipi	
Laparoskopik Kolesistektomi	9 (41)
Açık Kolesistektomi	8 (36)
Lap. başlanıp açığa geçiş	3 (14)
Bilioenterostomi	2 (9)
Başvuru Şikayeti	
Sarılık	7 (32)
Kolanjit	7 (32)
Peritonit	6 (27)
Diğer	2 (9)
Görüntüleme Yöntemleri	
Ultrasonografi	5 (23)
MR Kolanjiografi	5 (23)
Bilgisayarlı Tomografi	5 (23)
Endoskopik Retrograd Kolanjiografi	3 (13)
Perkütan Kolanjiografi	2 (9)
Ameliyat sırasında tanı	2 (9)
Ameliyat Öncesi Girişimler	
Safra Yollarının Dışarıya Drenajı	7 (32)
ERKP	6 (28)
Perkütan apse drenajı	1 (4)
Laparotomi	1 (4)
Ek müdahale yapılmayan	7 (32)
Tanı (Amsterdam Sınıflaması)	
A (D. Sistikus kaçağı)	0 (0)
B (Safra yolu kaçağı)	7 (32)
C (Safra yolu darlığı)	11 (50)
D (Tam kat kesi)	3 (14)
Sınıflandıramayan	1 (4) (Hepatik arter yaralanması)

Tablo 2. Başvuru ve müdahale zamanına göre ciddi komplikasyon gelişme ve uzun dönemde sorun yaşama oranları

		Ciddi Komplikasyon		Uzun dönem sonuç*			Toplam
		Yok n	Var n	Sorun yok n	Sorun var n	Takipten çıkmış n	n
Başvuru zamanı	Erken (0 -10 gün)	4	5	6	2	0	9
	Geç (>10 gün)	11	2	9	0	4	13
	p değeri		0,046		0,021		
Müdahale zamanı	Erken (0 -10 gün)	7	6	7	2	3	12
	Geç (>10 gün)	8	1	8	0	1	9
	p değeri		0,069		0,178		
Toplam		15	7	15	2	4	22

* Bir hasta ameliyat sonrası kaybedildiği için toplam 21 hasta için değerlendirme yapıldı.

çizelgelerine uygun olarak izlenmiştir. Burada tanı yöntemi olarak, son tanıyı koymamızı sağlayan en son yöntem ele alınmıştır.

Kliniğimizde safra yaralanmalarına yaklaşımda peritoniti olan hastalarda kaynak kontrolü sağlanıp karın içi infeksiyonu yatıştıktan sonra onarıcı cerrahi müdahaleler yapılmaktadır. Ancak kaynak kontrolü sağlanamayan olgularda laparotomi uygulanmaktadır. Darlığa bağlı kolanjit ile başvuran hastalarda safra yolları dekomprese edilip kolanjit yatıştıktan sonra onarım yapılmaktadır. Genellikle hepatiko-jejunostomi tercih edilmektedir.

Ameliyatta hastaların 16'sına Roux-en-Y hepatiko-jejunostomi yapılmıştı. Üç hastaya hepatiko-duodenostomi, bir hastaya birincil onarım, bir hastaya abse drenajı ve bir hastaya ise kanamaya dikiş konulmuştu.

Toplam mortalite bir hastada, ciddi komplikasyon ise yedi hastada görüldü. Bir hasta ameliyat sonrası sepsis nedeniyle kaybedildi. İki hastada safra fistülü gelişti. Perihepatik bölgedeki koleksiyonlar perkütan drenaj ile boşaltıldı. İzlemde ek sorun olmadı. Bir hastada ise anastomoz kaçağı girişimsel radyolojik yöntemlerle (perkütan abse drenajı ve perkütan biliyer drenaj) tedavi edildi. Ancak hastada safra yolunda darlık gelişti. Sık kolanjit atakları olan hasta perkütan safra yolu genişletilmesi ile takip edilmektedir. Kanama ile başvuran hastada karın içi hematoma apseleşti ve perkütan drene edildi. Aynı hastada ameli-

yat sonrası derin ven trombozu gelişti. Uzun süren tedavi döneminden sonra şifa ile taburcu edilen hasta sorunsuz olarak takip edilmektedir. Bir hastada ameliyat sonrası hipoksik ensefalopati görüldü. Bir aya yakın yoğun bakımda takip edilen hasta şifa ile taburcu edildi. Sorunsuz takip edilmektedir. Bir hastada ameliyat sonrası pulmoner tromboemboli gelişti. Antikoagülan tedavi ile düzelen hasta sorunsuz takip edilmektedir.

Hastaların takip süresi ortalama $10,7 \pm 12,1$ ay idi (ortanca 6 ay, 0 - 45 ay). Bu sürede hayatta kalan toplam 21 hastadan 2'si halen safra yolları ile ilgili sorunlar yaşarken (Schweizer sınıflamasına göre kötü) (6), 15 hasta ise sorunsuz olarak (Schweizer sınıflamasına göre iyi veya mükemmel) takip edilmektedir (ortalama takip süresi $11,6 \pm 12,4$ ay idi). Dört hasta kontrollerine gelmeyecek takibimizden çıkmıştır. Bu hastalara telefon ile ulaşılmaya çalışılmış ancak ulaşılamamıştır.

İlk ameliyatlarından hastanemize başvurmalarına kadar geçen süreye göre değerlendirildiğinde, hastaların 9'u erken, 13'ü geç dönemde başvurmuştu (10 günden önce veya sonra). Başvuru anından düzeltici cerrahi uyguladığımız zamana kadar geçen süre 10 günden fazla olan (geç müdahale) hasta sayısı 9, az olan (erken müdahale) hasta sayısı ise 13 idi.

Başvuru süresi en uzun hasta, 20 yıl önce başka bir merkezde açık kolesistektomi yapılmış 40 yaşında bayan hasta idi. Koledok orta kesimindeki darlığa 2 kez ERKP ile genişletme denenmiş ancak ba-

şarısız olmuştu. Hepatiko-jejunostomi yapılan hastada ameliyat sonrası pulmoner trombo-emboli gelişti. Tedavi ile düzelen hasta ameliyat sonrası 45. ayında sorunsuz takip ediliyor.

Uzun dönem sonuçları göz önüne alındığında sorun yaşamaya devam eden iki hastanın da ilk ameliyatı LK idi ve ikisinin de ilk başvuru şikayeti sarıktı.

Ciddi komplikasyon gelişen 7 hastanın 4'ü sarıktı, 2'si kolanjit bulguları ile başvurmuştu. Hastaların başvuru ve müdahale zamanına göre ciddi komplikasyon gelişme ve uzun dönemde sorun yaşama oranları Tablo 2'de verilmiştir.

Hastaların yaralanma tipi ile diğer parametrelerin ilişkisi ise Tablo 3'de verilmiştir. Hastaların yaralanma tipine göre tedavi ve takip aşamalarında geçirdikleri sürelerin ortancaları Tablo 4'de verilmiştir.

TARTIŞMA

Safra yolu yaralanmaları laparoskopik kolesistektominin yaygın uygulanmaya başladığı yıllarda başlayıp günümüzde hala devam eden ciddi bir sorundur. LK'nin güvenli uygulamalarının ve deneyimin artması ile oranın azaldığı düşünülmekle beraber kolesistektomi sonrası safra yolu yaralanmaları hala %0,5 ile %1,4 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (7). Etkilenen yaş grubunun çoğunlukla genç - orta yaş olması ve göreceli olarak sağlıklı bireyleri etkilemesi nedeniyle oldukça can sıkıcı bir komplikasyondur. Basit ve güvenli bir ameliyat olarak tanınan LK sonrasında hastanın hayatını tehdit edebilen ve yaşam kalite-

Tablo 3. Yaralanma tipi ile diğer parametrelerin ilişkisi

	Yaralanma Tipi					p
	Safra yolu kaçağı (Tip B) n	Safra yolu darlığı (Tip C) n	Tam kat kesi (Tip D) n	Diğer n	Toplam n	
Başvuru süresi						
Erken (0 -10 gün)	4	1	3	1	9	0,004
Geç (>10 gün)	3	10	0	0	13	
Müdahale süresi						
Erken (0 – 10 gün)	1	8	3	1	13	0,011
Geç (>10 gün)	6	3	0	0	9	
Ameliyat Tipi						
Laparoskopik kolesistektomi	4	3	2	0	9	0,029
Açık kolesistektomi	0	6	1	1	8	
Laparoskopi sonrası açığa dönüş	3	0	0	0	3	
Bilioenterostomili	0	2	0	0	2	
Başvuru kliniği						
Sarılık	1	4	2	0	7	0,009
Kolanjit	0	6	1	0	7	
Peritonit	5	1	0	0	6	
Diğer	1	0	0	1	2	
Ciddi Komplikasyon						
Yok	6	8	1	0	15	0,167
Var	1	3	2	1	7	
Uzun Dönem Sonuçlar						
Sorun yok	7	6	1	1	15	0,011
Sorun var	0	1	1	0	2	
Takipten çıkmış	0	4	0	0	4	
Toplam	7	11	3	1	22	

sini bozan böyle bir komplikasyon hem hasta hem de cerrahı çok zor duruma düşürmektedir. Tedavinin etkinliğini ve prognozu öngörmekte birçok sınıflama sistemi geliştirilmiştir (5, 8 – 10). Ancak kolay uygulanabilir olması ve en sık kullanılan iki sınıflamadan biri olması nedeniyle bu çalışmada Amsterdam sınıflaması tercih edilmiştir.

Safra yolu yaralanması sonrası hastalar çoğu zaman hiçbir yazılı veya sözlü bilgi verilmeden sevk edilmekte, bazen de yazılan hasta çıkış özetlerinde eksik, yanlış veya yanlış bilgiler yer alabilmektedir. Bu durum ek tanısal girişimler yapılmasına, zaman kaybı ve maliyet artışına neden olabilmektedir. En uygun yaklaşım sevk eden doktorun, ilgili hekimi telefonla doğrudan arayarak sorunu açık ve samimi olarak paylaşmasıdır. Strasberg' in

önerdiği gibi, bu konuda deneyimi olan veya bünyesinde HPB servisleri bulunan 3. basamak hastanelerinde, bölge hastanelerindeki cerrahların doğrudan bağlantı kurabileceği acil telefon hatlarının sağlanması oldukça yararlı olabilir (11).

Safra yolları yaralanmasından şüphelenildiği anda cerrah sükunetini koruyarak, sorunu anlamaya çalışmalı, mümkünse ikinci bir görüş almalıdır. Yeterli deneyimi olmayanların ek müdahale yapmaması en doğru ve en önemli adımdır. Sadece sorunu anlamak veya sadece dren koymak için açığa dönmek doğru değildir. Eğer onarım yapılamayacaksa ve yaralanma kesin ise laparoskopik olarak da drenler yerleştirilip hasta sevk edilebilir (11).

Serimizde LK ve AK hastaları birbirine yakın oranlarda idi. Açık kolesistektomi

ile LK arasında yaralanma mekanizması ve yeri fark gösterebilir. Serimizde gördüğümüz dikkat çekici ayrıntı, yaralanma tipi ile ilk ameliyat tipi arasındaki ilişki idi. Safra yolundan kaçaklar (Tip B), LK veya laparoskopik başlanıp açığa geçilen olgularda gözlenirken doğrudan AK yapılanlarda hiç görülmemektedir. Ayrıca LK hastalarında Tip B ve C yaralanmalar eşit oranlarda görülürken, AK yapılanlardaki hakim yaralanma ise Tip C idi. Açık kolesistektomi uygulamalarının daha çok komplike kolelitiazis veya kolesistit hastalarına uygulandığı düşünüldüğünde yangısal cevabın fazla olduğu dokulardaki iyileşme sürecinin darlıkla sonuçlanacağı ileri sürülebilir. Ayrıca açık ameliyatlarda anatomiye daha kolay hakim olunarak safra yolunda delinme ve kesilmeler önlenabilir veya farkına varılabilir. Ancak AK'de aşırı bağla-

Tablo 4. Yaralanma tipine göre tedavi ve takip aşamalarında geçirdikleri süre ortancaları

Yaralanma Tipi	Hasta sayısı n	Başvuru süresi (gün)	Ameliyat öncesi hastanede bekleme süresi (gün)	İlk ve son ameliyat arası toplam süre (gün)
Tip B Safra yolu kaçağı	7	8 (0 – 45)	35 (0 – 180)	60 (0 – 180)
Tip C Safra yolu darlığı	11	180 (5 – 7200)	7 (3 – 730)	370 (8 – 7205)
Tip D Tam kat kesi	3	1 (0 – 4)	1 (0 – 5)	2 (0 – 9)
Diğer (Kanama)	1	9	0	9
P değeri*		0,007	0,051	0,023
Toplam	22	15 (0 – 7200)	8,5 (0 – 7205)	70 (0 – 7205)

*Kruskal Wallis testi ile elde edilmiştir.

malar ve safra yolu kanlanması bozabilecek müdahalelerle de darlık gelişebileceğini düşünmekteyiz.

Hastalara kullanılan tanı yöntemlerinin seçiminde hastada düşünülen muhtemel yaralanmaya göre en kolay ulaşılabilir olanından başlayarak tanı yöntemleri kullanıldı. Ameliyat öncesi girişimlerin seçiminde de yaralanma tipine göre fayda sağlayabilecek muhtemel girişimler uygulandı. Tanı yöntemlerinin tanılara göre dengeli dağıldığı görülmekle beraber, ERKP'nin daha çok darlık hastalarında kullanıldığı görüldü.

Peritonit gibi akut karın tablosu oluşturan hastaların daha erken başvurduğu gözlenirken, darlık ve buna bağlı kolanjit tabloları genellikle daha geç dönemde başvurdu. Erken dönemde başvuran ve karın içi iltihabi süreci devam eden hastalarda önerildiği gibi önce enfeksiyonu kontrol altına alacak girişimler yapıldı. Düzeltici cerrahiler ise en az 6 hafta geciktirilerek yapıldı. Ameliyatsız yöntemlerle enfeksiyonu kontrol altına alınamayan bir hastada ise erken laparotomi yapılmak durumunda kalındı. Düzeltici cerrahi için bekleme süresi yazında da en az 6 hafta olarak önerilmektedir (12). Geç dönemde ve safra yolu darlığı, sarılık gibi tablolara başvuran hastalar ise, belirgin karın içi inflamasyon veya kolanjit tablosu yok ise ve darlığın tedavisinde cerrahi endikasyonlar var ise geciktirilmeden ameliyata alındı.

Erken dönemde başvuran hastalarda ciddi sorun gelişme oranı daha sık bulundu.

Bunun sebebini hastaların yaralanma tiplerine bağlamak daha doğru olacaktır. Çünkü erken dönemde başvuran hastalar daha çok Tip B ve D hastalarından (ya da peritonit veya septik tablo ile başvuran hastalardan) oluşmakta idi. Bu hastaların genel durumlarının daha bozuk olduğu düşünüldüğünde ameliyat sonrası ciddi komplikasyon ihtimalinin daha fazla olması beklenen bir bulgudur. Geç dönem başvuran hastaların ise (çoğunluğu safra yolu darlığı) genel durumu genellikle daha iyi, klinik tablosu daha sorunsuz olmaktadır. Bu hastaların ameliyatları daha planlı şartlarda gerçekleşmektedir. Bunun da komplikasyon riskini azalttığı düşünülebilir. Bizim serimizde, ciddi komplikasyon gelişen 7 hastadan, geç dönemde başvuran 2'sinde de sorunlar birincil patolojiye bağlı değildi (biri pulmoner tromboemboli, diğeri hipoksik ensefalopati idi).

Hastaların müdahale zamanı göz önüne alındığında, erken müdahale yapılan hastalarda komplikasyon gelişme ve uzun dönemde sorun yaşamaya devam etme oranlarının da arttığı göze çarpmaktadır. Bu hastalarda safra fistülü veya karın içi apse gibi sorunların daha sık yaşandığı görüldü.

Hastalara müdahale zamanı bakımından kontrollü çalışma yapmak neredeyse imkansızdır. Ancak geriye dönük hasta serilerinin taranması ile konu hakkında fikir edinilebilmektedir. Bizim serimizdeki hasta sayıları bu konuda net yorum yapmak için yetersiz olmakla beraber bizim bulgularımız yazındaki genel kanıyı des-

telemektedir. Genel kanı hastalara yapılacak müdahalenin, iltihabın başlamasından sonraki ilk 2-3 gün içerisinde veya iltihap yatıştıktan 6 hafta sonrasında yapılması yönündedir (12).

Hastalara uygun yaklaşım yöntemini anlayabilmek için yeterli hasta sayısına ulaşmak kolay olmadığına göre ülkemizde benzer akış şemaları ile çalışan merkezleri içine alacak ulusal veri tabanları geliştirmek uygun olacaktır. Bu sayede daha anlamlı çıkarımlar yapılabilecek hasta sayılarına ulaşabiliriz. Ayrıca aynı hastanın farklı hastanelerde takip edilmesinden doğan takip sorunlarının da önüne geçebiliriz. Bu konuda ülkemizde yapılmış en geniş çalışmada 6 üniversite hastanesinden toplam 328 benign biliyer darlık hastasının verileri sunulmaktadır (13).

Çıkarım

Biliyer cerrahi sonrası ciddi komplikasyonların tanı yöntemlerinde ERKP ve PTK'nın eşit oranda kullanıldığı, tedavisinde çoğunlukla hepatikojejunostomi tercih edildiği görüldü. Az sayıdaki hasta grubumuzla net çıkarımlar elde etmek doğru olmasa da AK ile safra yolu darlıkları, LK ile safra kaçaklarının daha sık meydana geldiği, safra kaçaklarının erken, darlıkların geç dönemde başvurduğu saptandı.

Ayrıca safra yolu yaralanmalarına yaklaşımda çevre hastaneleri ile referans hastaneler arasında daha iyi bir iletişim alt yapısının kurulması gerektiği düşünülmektedir.

SUMMARY

Surgically repaired severe post-cholecystectomy complications and their management

Background: We aim to share our experience on major complications of cholecystectomy.

Methods: Records of patients operated for major cholecystectomy complications between May 1999 - November 2007 were analyzed. Type of cholecystectomy, clinical complaint, type of injury, period from first operation to referral and referral to corrective surgery, post-operative complications and long-term outcome were recorded.

Results: Median age of 22 patients was 50 (27 – 73), female/male ratio was 1.2. Type of cholecystectomy was laparoscopic cholecystectomy (LC) (n=9), open cholecystectomy (OC) (n=8), bilioenterostomy (due to post-cholecystectomy benign biliary stricture) (n=2), conversion to open cholecystectomy (COC) (n=3). Detect-

ed type of injury was; Type-B (n=7), Type-C (n=11), Type-D (n=3) and unclassified (n=1) according to Amsterdam classification. All of the Type-B injuries were observed in four LC and three COC patients and none of the OC patients. However, in the OC group, most frequent type of injury was Type-C (n=6/8) (p=0.029).

One patient died, 7 patients had complication, and two patients had recurrent biliary problems. Complication rate was more frequent for; Type-D injury (2/3 p=0.167), patients with early (<10 days) presentation (5/9 - 2/13) (p=0.046) and patients with early (<10 days) surgical intervention (6/13 - 1/9) (p=0.069). Experiencing recurrent problem rate was more frequent for the patients with early surgical intervention (2/12 – 0/9) (p=0.178).

Conclusion: Most frequent complication of OC was biliary strictures and that of LC was bile leakage.

Key Words: Cholecystectomy, biliary injury, surgical repair

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmüş ve planlanması:
Nurkan Törer, Kenan Çalışkan

Verilerin elde edilmesi:

Ali Ezer, Nurkan Törer

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Nurkan Törer, Mehmet Haberal

Yazının kaleme alınması:

Nurkan Törer, Hamdi Karakayalı

İstatistiksel değerlendirme:

Tank Zafer Nursal, Tamer Çolakoğlu

KAYNAKLAR

1. Törer N, Nursal TZ, Yıldırım S, Tarım A, Çalışkan K, Ezer A, ve ark. Genel cerrahi hastalarında yara enfeksiyonu ve mortaliteyi etkileyen risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Ulusal Cerrahi Dergisi 2005;21:77-84.
2. Rauws EAJ, Gouma DJ. Endoscopic and surgical management of bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2004;18: 829-846.
3. Sadıkoğlu MY, Sadıkoğlu G, Erdoğan C. Safra yolu yaralanmalarının perkütan biliyer drenaj ile tedavisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;29: 1-5.
4. Bağcı S, Erçin CN, Tüzün A, Gülşen M, Uygun A, Balkan M, Kaymakçioğlu N, Uzar Aİ, Karaeren N, Dağalp K. Kolesistektomiye bağlı safra yolu yaralanmalarında endoskopik tanı ve tedavi. Gülhane Tıp Dergisi 2002;44:415-422.
5. Bergman JJ, van den Brink GR, Rauws EA, De Wit L, Obertop H, Huibregtse K, et al. Treatment of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy. Gut 1996;38:141-147.
6. Schweizer WP, Matthews JB, Baer HU, Nudelmann LI, Triller J, Halter F, et al. Combined surgical and interventional radiological approach for complex benign biliary tract obstruction. Br J Surg 1991;78:559-563.
7. Karvonen J, Gullichsen R, Laine S, Salminen P, Grönroos JM. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: primary and long-term results from a single institution Surg Endosc 2007;21:1069-1073.
8. Bismuth H. Postoperative strictures of the bile duct. In The Biliary Tract, Blumgart LH (ed). Churchill Livingstone: Edinburgh 1982; 209-218.
9. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg 1995; 180: 101-125.
10. Schmidt SC, Settmacher U, Langrehr JM, Neuhaus P. Management and outcome of patients with combined bile duct and hepatic arterial injuries after laparoscopic cholecystectomy. Surgery 2004; 135: 613-618.
11. Strasberg SM. Biliary injury in laparoscopic surgery: part 2. Changing the culture of cholecystectomy. J Am Coll Surg 2005;201:604-611.
12. de Reuver PR, Grossmann I, Busch OR, Obertop H, van Gulik TM, Gouma DJ. Referral pattern and timing of repair are risk factors for complications after reconstructive surgery for bile duct injury. Ann Surg 2007;245:763-770.
13. Erkan M, Coker A, Abbasoglu O, Ince O, Karayalcin K, Yagmur O, Alper A. Benign biliary strictures: Results of a Nationwide Survey HPB 2003; 5: 23-87.

İki verrüköz kanser olgusu ve cerrahi yaklaşım

Two verrucous tumor cases and surgical approach

Metin Ertem*, Özgür Bakar**, Emel Özveri*, Süleyman Yılmaz*

Verrüköz kanser, lokal olarak agresif yapıda, klinik olarak ekzofitik olan, düşük dereceli ve minimal metastaz potansiyeli olan iyi diferansiye skuamöz hücreli kanserdir. Verrüköz kanser, Ackerman tarafından tanımlanan, iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinomun bir varyantıdır. Genel olarak, verrüköz kanser yavaş ve devamlı olarak büyüme göstermesine rağmen iyi prognoza sahiptir. Günümüzde yerleşimine göre 4 tipi tanımlanmıştır. Bu makalede iki farklı yerleşim gösteren ve cerrahinin en sık uygulandığı bölgelerde gelişen verrüköz kanser olguları sunulmuştur. Bu kanserlere yaklaşım ve uygulanan cerrahi teknikler irdelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Verrüköz tümör, flep, perianal, sakrokoksigial

*Acıbadem Hastanesi Cerrahi Servisi, İstanbul
**Acıbadem Hastanesi Dermatoloji Servisi, İstanbul

Dr. Metin Ertem
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İstanbul
E-posta: mertem@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 09.02.2009
Makale Kabul Tarihi: 06.03.2009

Verrüköz kanser, Ackerman tarafından tanımlanan, iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinomun bir varyantıdır (1). Günümüzde yerleşimine göre 4 tipi tanımlanmıştır (1-3). Bu makalede iki farklı yerleşim gösteren ve cerrahinin en sık uygulandığı bölgelerde gelişen verrüköz kanser olguları sunulmuştur. Bu kanserlere yaklaşım ve uygulanan cerrahi teknikler irdelenmiştir.

OLGULAR

Birinci olgu 42 yaşında erkek hasta, kuyruk sokumunda kötü kokulu, aralıklı olarak kanama ve akıntıya neden olan yara ile başvurdu. Fizik muayenede sakrokoksigial bölgede karnıbahar şeklinde ekzofitik büyüme göstermiş, uzun eksen 12 cm olan dev kitle gözlemlendi. Kitle palpasyonla kolaylıkla kopmakta ve kanamakta idi. Ayrıca sol gluteus cildini kaplayan tipik hidradenitis süpürativa görünümü mevcuttu. Hastanın hikayesinde 1984 ve 1993 yıllarında iki defa pilonidal sinüs ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Lezyondan lokal anestezi ile alınan biyopsinin histopatolojik incelemesi "Verrüköz Epitelyal Proliferasyon" olarak değerlendirildi. Hasta ameliyata alınarak kitle etrafındaki sağlam doku sınırlarından eksize edildi ve oluşan defekt alanı rotasyon flebi (Fishbein flep) ile kapatıldı (Resim 1, 2). Hastanın serolojik tetkiklerinde HPV pozitif saptandı. Çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesinde verrüköz kanser saptandı.

İkinci olgu 45 yaşında kadın hasta, makatta ele gelen sertlikler ve kanama şikayeti ile başvurdu. 10 yıldır bulunan bu lezyonlar nedeniyle hasta yaklaşık 1 yıldır hemoroid tedavisi görmekteydi. Fizik muayenede perianal bölgede sert papillomatöz lezyonlar ve vulvada sklerotik alanlar saptandı. Lokal anestezi ile lezyondan yapılan punch biyopsi "Likens Sklerozis ve Atrofikus komşuluğunda gelişmiş Verrüköz Kanser" tanısı konuldu. Hastanın lezyonu donuk kesit eşliğinde Mohs cerrahi prensiplerine uygun olarak ve güvenli cerrahi sınırlar sağlanarak eksize edildi. Oluşan defekt alanı house flep ile kapatıldı (Resim 3, 4). Hastanın serolojik tetkiklerinde HPV negatif saptandı. Çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesinde verrüköz kanser saptandı. Maksimum invazyon derinliği 6 mm olan tümörde perinöral ve lenfovasküler boşluk invazyonu görülmedi. Cerrahi sınırlarda lezyon saptanmadı ve en yakın sınır tabanda 2 mm olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Verrüköz kanserin yerleşimine göre 4 tip tanımlanmıştır (1,2). Tip 1 oral florid papillomatosis olup özellikle tütün çiğneyen erişkin erkeklerde bukkal mukozada görülür. Tip 2 anogenital bölgede olup Buschke-Löwenstein tümörü ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Tip 3 erişkin erkeklerde ayak tabanında görülür ve epitelyoma kunkulatatum diye bilinmektedir. Tip 4 diğer vücut bölgelerinde gözlenen tipidir (larinks, el bileği,



Resim 1. Sakrokoksigial verrüköz kanser (ilk olgu)

parmak, tırnak yatağı, kulak, burun, saçlı deri, karın duvarı, sırt) (1-3). Her iki olguda yerleşim olarak tip 2 paterninde yer almaktadır.

Anogenital lezyonlar daha fazla ekzofitik büyüme paterni gösterme eğilimindedir (1). Dış görünüşleri viral sigillerle karışır. Sıklıkla var olan bir kondiloma aküminata zemininde gelişir (1,2). Fistül, abse ve sinüs formasyonları gösterir (3). Her iki olgu farklı tanılarıyla tedavi edil-

meye çalışılmıştır. Sakral bölge yerleşimli olgu iki defa pilonidal sinüs tanısı, anal bölgede yerleşen ise hemoroid tanısı konmuştur. Anal ve perianal bölgede gözlenen verrüköz kanserlerde rekürrens %70 ve mortalite oranı bölgesel yayılım göstermeleriyle %20-30 arasında bildirilmiştir (3). Metastaz nadir gözlenir (3). Verrüköz karsinom, hem ekzofitik hem de endofitik büyüme paterni göstererek alttaki kemik yapıları invaze edebilir (3). Her iki olgu uzun süreli (10 yıl ve üzeri)

bulunmalarına rağmen yüzeysel kalmış ve uzak metastaz oluşturmamıştır (1-3). Olguların her ikisinde de takip süreleri içinde nüks görülmemiştir.

Pilonidal sinüs zemininde kanser gelişme oranı %0,1 olarak bildirilmektedir (4-6). Oldukça düşük olan bu oranda etken uzun süreli kronik infeksiyona maruz kalmak gibi genel kanser gelişme prensipleri içindedir. Kronik inflamasyon, skar oluşumu, travma, kötü hijyen en sık etyolojide rolü olduğu düşünülen faktörlerdir (1). Anogenital lezyonlarda etyoloji değişkendir. Liken planus, liken sklerosis, hidradenitis suppurativa, pilonidal sinüs, verrüköz karsinomun üzerinde geliştiği bildirilen diğer kronik inflamatuvar hastalıklardır (1,7-9).

Olguların bir çoğunda HPV tipleri pozitif bulunurken bazılarında negatiftir. Anogenital bölge yerleşimlerinde kanserleşmede HPV pozitifliğinin etkenler arasında olduğu düşünülmektedir (4). Anal bölgede yerleşim gösteren olgumuzda HPV negatif saptandı. Sakral bölge yerleşimli olgumuzda ise pozitif olarak bulundu.

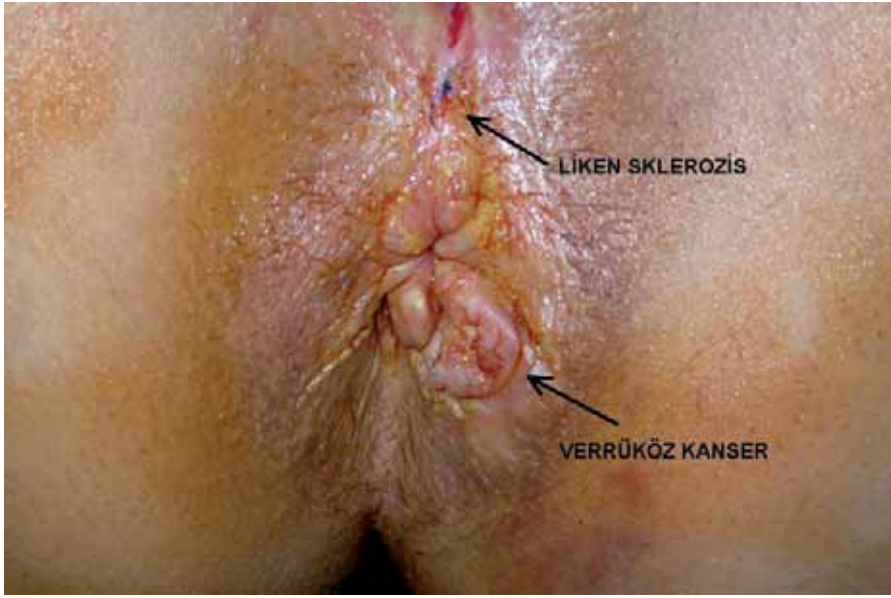
Pilonidal sinüsten sıklıkla gelişen kanser tipleri, skuamöz kanser, bazal hücreli karsinom, adenokarsinom ve ender olarak verrüköz karsinom olarak bildirilmiştir (1,4-6). Olgumuzda ki gibi, sakral bölgede görülen verrüköz kanserin gelişiminin aynı bölgede yerleşimli hidradenitis süpurativa zemininden olma ihtimali daha yüksektir. Vücudun çeşitli yerlerinde görülebilen hidradenitis süpurativanın aksiller yerleşiminde kanserleşme görülmemektedir (4). Perianal yerleşimli hidradenitis süpurativalarda skuamöz kanser gelişme olasılığı %3 olarak verilirken verrüköz kanser gelişimi literatürde sayılıdır (4-6).

Dar ve sıkı elbise giyinmekten kaçınmak, hijyene dikkat etmek hidradenitis süpurativa alevlenerek seyretmesinin önleminde konservatif olarak önerilebilir. Akut infeksiyon durumunda antibiyotik kullanılabilir.

Verrüköz kanser tespit edildiğinde önerilen tedavi erken ve güvenli cerrahi eksizyondur (4-6). Yeni lezyonların önlenmesinde cerrahi sınırın pozitifliğinde retinoidler nüks önleme açısından önerilebilir. Tedavi seçenekleri arasında geniş cerrahi eksizyon en iyi seçenektir. Geniş cerrahi eksizyon uygulanamayan yerleşimlerde aşama aşama güvenli cerrahi sınıra ulaşılan Mohs cerrahisi uygulanabilir. Radyoterapi seçeneği tartışmalıdır (9). Özellikle



Resim 2. Sakrokoksigial verrüköz kanser- cerrahi sonrası (Fishbein flep)



Resim 3 Perianal verrüköz kanser (ikinci olgu)

oral kavitede görülen verrüköz kanserlerde radyoterapi bu düşük gradeli kanserleri anaplastik forma dönüştürebilmektedir (9). Bu nedenle bazı araştırmacılara göre anaplastik transformasyona neden olabileceğinden önerilmemektedir (1). Cerrahinin ulaşılamadığı noktalarda topikal imikimod, CO2 lazer ablasyon, fotodinamik tedavi, intralezyoner interferon, kemoterapi ve sistemik asitretin tedavisi ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir (10).

Pilonidal sinüs cerrahisinde uygulanan cerrahi teknikler bu bölgede yerleşen kanser olgularında da uygulanabilir. Küçük lezyonlarda Limberg flep veya sekonder iyileşme uygulanabilirken büyük lezyonlara da rotasyon flebi ile bizim olgumuzda olduğu gibi uygulanmalıdır. Pilonidal sinüs cerrahi tedavisinde sıklıkla uygulanan Limberg ve Karydakıs gibi fleplerin hepsinde prensip nüksün

etiyolojisinde rol oynayan gluteal sulkusun ortadan kaldırılmasıdır (11,12). Dev sakrokoksigial lezyonlarda gluteusun daha geniş kullanılmasını sağlayan rotasyon flepleri (Fishbein flap) tercih edilmektedir (13). Rezeksiyon sınırları 12 cm'yi aşan lezyonlarda özellikle Limberg-romboid fleplerde flep pedikülü asimetrik fold oluşturarak anüse doğru uzanım gösterebilmektedir (14). Olgumuzda olduğu gibi iki defa nüks hikayesi bulunan lezyonlarda pilonidal sinüs patolojisinin gözden geçirilmesi gerekmektedir (5,6). Dev bir lezyon oluşumu söz konusu olan olgumuzda rotasyon flebi (Fishbein) ile alan örtülmüştür. Cerrahi sınırların negatifliği donuk kesit ile kontrol edilerek Mohs cerrahisi uygulanmıştır.

Anal kanal girişinde yer alan verrüköz kanser olgumuzda cerrahi alan house flep ile kapatılmıştır. Stenoz, anal-perianal fis-



Resim 4. Perianal verrüköz kanser- cerrahi sonrası (House flep)

tül, anal fissür, ektopion, anal neoplazm gibi anal kanal ve perianal bölge problemlerinde house flep anoplasti basit ve emniyetli bir yöntem olup başarıyla uygulanabilir (15). V-Y ilerletme flebi, C, Z ve S plasti, U-şeklinde ada flebi bu amaçla kullanılan diğer tekniklerdir. House flepte diğerlerine göre daha az disseksiyondan ve gereksiz undermining'den kaçınılmakta ve sütür alanına binen tansiyon azalmaktadır. Sentovich ve ark. (16) dikdörtgen şeklindeki house ilerletme flebinin V-Y fleplerinin kombinasyonu olarak tarif etmişler ve %90'a yakın başarı ile uygulamışlardır. Christensen ve ark. (17) tek bir ilerletme flebinin anal kanal çevresinin %25'ini aşmaması gerektiğini vurgulamışlardır. Bizim olgumuzda anal kanal çevresinin %50'sini içine alan bir house flep uygulanmış olup problem yaşanmamıştır. Her iki olguda cerrahi tedavi yeterli görülmüş ve hastalar periyodik takibe alınmıştır.

Sonuç olarak, genel cerrahinin sık uygulandığı iki bölge olan anal ve sakrokoksigial alanlarda karşılaşılan lezyonların kesinlikle patolojik incelenmesinin yapılması, ender de olsa verrüköz kanser olasılığının akılda bulundurulması ve bu kanser türünün başarılı tedavisinin güvenli cerrahi sınırlardan oluştuğunun bilinmesi önemlidir.

SUMMARY

Two verrucous tumor cases and surgical approach

Verrucous carcinoma refers to a clinicopathologic concept implying a locally aggressive, clinically exophytic, low-grade, well-differentiated squamous cell carcinoma with minimal metastatic potential. Verrucous tumor, as described by Ackerman, is a variant of well differentiated squamous-cell carcinoma. Overall, patients with verrucous

carcinoma have a favorable prognosis, although the course of verrucous carcinoma lesions is characterized by slow, continuous local growth. Four subtypes have been defined according to the location. Here, we present two verrucous tumor cases which are found in different locations. Both tumors were originated in areas where surgery is mostly utilized. Several treatment modalities and surgical techniques of these tumours also have been discussed in this article.

Key Words: verrucous tumor, flap, perianal, sacrococcygeal

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Metin Ertem

Verilerin elde edilmesi:

Metin Ertem, Emel Özveri, Süleyman Yılmaz

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Metin Ertem, Emel Özveri, Süleyman Yılmaz

Yazının kaleme alınması:

Emel Özveri, Özgür Bakar

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Wolff K, Goldsmith LA, Katz ST, et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: Mc Graw-Hill 2008; 319-374.
2. Melo CR, Melo SR, Carcinoma cuniculatum of the buttock: an unusual case with an inverted growth. Dermatologica 1989; 179: 38-41.
3. Chu QD, Vezeridis MP, Libbey NP, et al. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 cases. Dis Colon Rectum 1994; 37: 950-957.
4. Cosman BC, O'Grady TC, Pekarske S. Verrucous carcinoma arising in hidradenitis suppurativa. Int J Colorectal Dis 2000; 15: 342-346.
5. Montes O, Akbulut M, Bağcı M. Verrucous carcinoma (Buschke-Lowenstein) arising in a sacrococcygeal pilonidal sinus tract: report of a case. Langenbecks Arch Surg 2008; 393: 111-114.
6. Anscombe AM, Isaacson P. An unusual variant of squamous cell carcinoma (inverted verrucous carcinoma) arising in a pilonidal sinus. Histopathology. 1983; 7: 123-127.
7. Weber P, Rabinovitz H, Garland L. Verrucous carcinoma in penile lichen sclerosis et atrophicus. J Dermatol Surg Oncol 1987; 13: 529-532.
8. Castano E, Lopez-Rios F, Alvarez-Fernandez SG, et al. Verrucous carcinoma in association with hypertrophic lichen planus. Clin Exp Dermatol 1997; 22:23-25.
9. Thytherleigh MG, Birtle AJ, Cohen CE, et al. Combined surgery and chemoradiation as a treatment for Buschke-Löwenstein tumour. Surgeon 2006; 4: 378-383.
10. Heinzerling LM, Kempf W, Kamarashev J, et al. Treatment of verrucous carcinoma with imiquimod and CO2 laser ablation. Dermatology 2003; 207: 119-122.
11. Akın M, Gokbayır H, Kılıç K, ve ark. Rhomboid excision and Limberg flap for managing pilonidal sinus: long term results in 411 patients. Colorectal Disease 2008; 10: 945-948.
12. Montes O, Bağcı M, Bilgin T, ve ark. Does technique alter quality of life after pilonidal sinus surgery? Langenbecks Arch Surg 2008; 393:11-114.
13. Fishbein RH, Handelsman JC. A method for primary reconstruction following radical exision of sacrococcygeal pilonidal disease. Ann Surg 1979; 190:231-235.
14. Saray A, Dirlik M, Çağlıkuleci M, Turkmenoglu Ö.: Gluteal V-Y advancement fasciocutaneous flap for treatment of chronic pilonidal sinus disease. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2002; 36: 80-84.
15. Alver O, Ersoy Y, Aydemir İ, Ergüney S, Teksöz S, Apaydın B, Ertem M.: Use of 'House' Advancement Flap in Anorectal Disease. World J Surg 2008, 32:2281-2286.
16. Sentovich SM, Falk PM, Christensen MA.: Operative results of house advancement anoplasty. Br J Surg 1996; 83:1242-1244.
17. Christensen MA, Pitsh RM Jr, Cali RH.: House advancement pedicle flap for anal stenosis. Dis Colon Rectum 1992; 35:201-203.

Çoklu koledok ve safra kesesi taşları: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Multiple common bile duct and gallbladder stones: A case report and literature review

Burhan Özdil*, Hikmet Akkız*, Macit Sandıkçı*, Yüksel Gümürdülü*, Arif Coşar**, Can Kece***

Ana safra yolu taşları, koledoktan kaynaklanan primer taşlar olabileceği gibi, safra kesesinden düşmüş sekonder taşlar şeklinde de gelişebilir. Bunlar tekli veya çoklu olabilirler. Safra kesesi taşı olan hastaların %15'inde ana safra yolunda taş bulunur. Sekonder taşlar genellikle bilirubin ve kolesterol taşlarıdır. Primer koledok taşları kolesistektomiden en az 2 yıl sonra oluşan taşlardır. Bunlar da genellikle bilirubin ve kolesterol taşları olup kalsiyum taşları nadir görülür. Burada sunduğumuz hastada endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi (ERCP) ile koledoktan altmış beş adet yaklaşık 10 mm çapta kalsiyum taşı çıkarıldı. Daha önceden de aynı hastadan kolesistektomi ile birlikte kırk dört adet 10 mm ve yirmi iki adet 5-10 mm çapta taş çıkarılmıştı. Koledokta büyük boyutta ve çok sayıda sekonder gelişen kalsiyum taşlarının nadir görülmesi nedeniyle bu olgu ilginç bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Koledokolitiazis, kolelitiazis, ERCP, kalsiyum taşları

GİRİŞ

Koledokolitiazis primer veya safra kesesindeki taşların düşmesine bağlı olarak sekonder gelişir. Safra stazı, otonom nöropati, kimyasal dengesizlik, pH imbalansı, artmış bilirubin salınımı, safra çamuru oluşumu, kolesterol salınımında artış taş oluşumuna neden olan esas faktörlerdir. Sıklıkla kolesterol ve bilirubin taşları görülür (1). Primer taşlar kolesistektomiden en az 2 yıl sonra oluşan taşlardır. Tüm kolesistektomi yapılan hastaların %3-15'inde koledok taşı görülür (2). Asemptomatik koledokolitiazisli hastaların %15'inde bir süre sonra semptom gelişir (3). Endosonografi tanıda oldukça önemli olmakla birlikte endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi (ERCP) koledokolitiazis tanısında altın standarttır. ERCP'nin ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP)'ye göre terapötik avantajı vardır ve pek çok merkezde koledok taşı ekstraksiyonunda cerrahinin yerini almıştır (4). Koledok taşlarını belirlemede karaciğer (KC) fonksiyon testleri de kullanılabilir. Artmış bilirubin ve ALP bilier obstrüksiyonu gösterir. Koledok taşları için sensitif ve spesifik yöntemler değildir. Belirgin sarılık olmadan özellikle 90 U/l üzerindeki GGT artışı koledokolitiazis için önemli bir ipucudur. (5). Hastaların 1/3 ünde laboratuvar değerleri

normal olabilir. Safra kesesi ve koledokta bir veya birden fazla taş bulunabilir. Mutiple safra kesesi ve koledok taşı literatürde bildirilmekle birlikte koledokta gelişen çok sayıda ve büyük boyutta primer kalsiyum taşına İngilizce literatürde rastlamadık. Burada koledokta ERCP ile 65 adet yaklaşık 1 cm ve yanı sıra çok sayıda milimetrik taş çıkarılan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU

Elli dokuz yaşında kadın hasta 3-4 gündür devam eden epigastrik ağrı ve sarılık şikayetiyle başvurdu. Hikayesinde 8 yıl önce nefrolitiazis nedeniyle operasyon, 6 yıl önce kolelitiazis nedeniyle kolesistektomi operasyonu öyküsü mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde total bilirubin 12 mg/dl, direkt bilirubin 8 mg/dl, alkalen fosfataz (ALP) 1380 U/l, gamaglutamil transferaz 325 U/l, aspartat transaminase 120 U/l, alanin transaminase 150 U/l, lökosit 15000 hücre/mm³, hematokrit %34 olarak belirlendi. Yapılan USG incelemesinde safra kesesi izlenmedi, koledokta genişleme ve çok sayıda taş görüldü. Koledok ve intrahepatik safra yolları dilateydi. Sağ böbrekte 2, sol böbrekte 3 adet taş ve daha önce operasyona ait olduğu düşünülen kontur düzensizlikleri izlendi. Kan üre azotu 20 mg/dl, kreatin 0,8 mg/dl idi. ERCP de koledokta çok sayıda taş ile uyumlu gö-

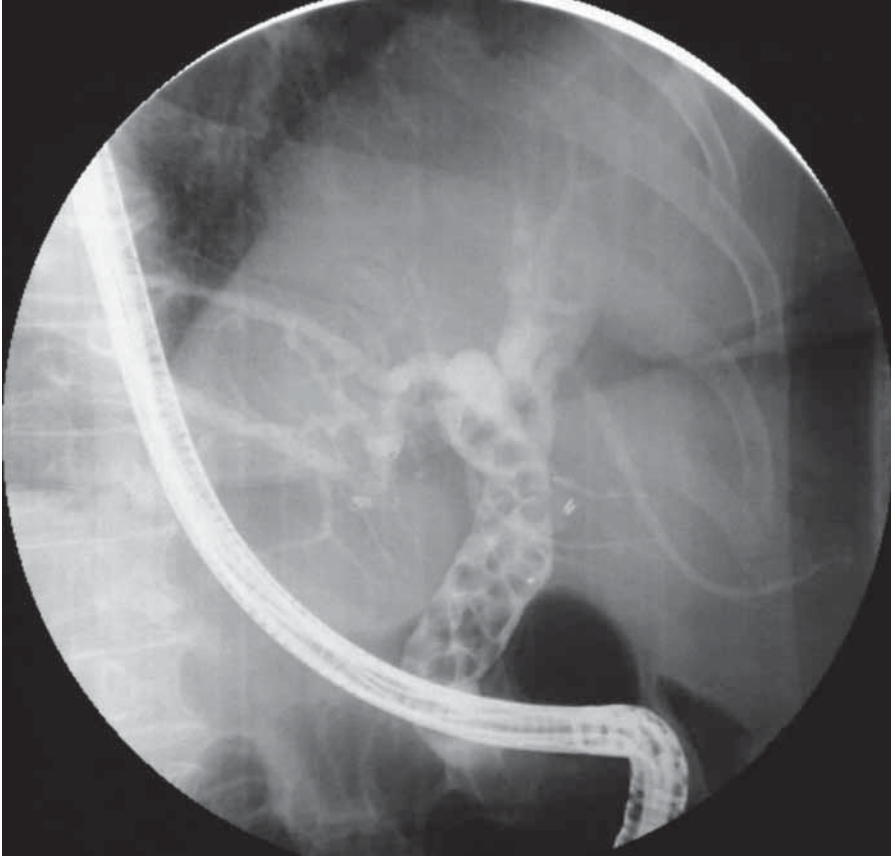
* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji AD, Adana

** Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Trabzon

*** Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenterolojik Cerrahi, Trabzon

Dr. Burhan Özdil
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı, Adana
E-posta: burhanozdil@gmail.com

Makale Geliş Tarihi: 28.02.2009
Makale Kabul Tarihi: 27.05.2009



Resim 1: ERCP'de dilate koledok ve çok sayıda taş imajı görünmektedir.

rünüm mevcuttu (Resim 1). Endoskopik sfinkterotomi ve balonla taş ekstraksiyonu yapıldı. Hastadan daha önce kolesistektomi esnasında en büyüğü 4 cm boyutta üzeri minik tomurcuklar halinde 1

adet, yaklaşık 1'er cm boyutta 44 adet ve 0,5-1 cm arasında boyutları değişen 22 adet taş, yanı sıra çok sayıda milimetrik taş çıkarılmıştı. Bu taşlar sarı renkli idi. ERCP'de hepsi neredeyse eşit boyutta



Resim 2: Sağda hastanın koledok kanalından ERCP ile çıkarılan taşlar (beyaz renkli), solda ise (sarı renkli) kolesistektomi sırasında çıkarılan taşlar görünmektedir.

olan 1 cm'lik 65 adet taş yanı sıra çok sayıda daha küçük taşlar çıkarıldı. Hastanın semptomları hızla geriledi.

TARTIŞMA

Koledok taşları özellikle 70 yaş üstünde belirgin olarak fazla görülmektedir. Pankreatit ve sarılık hikayesi, çoklu safra kesesi taşı (<1cm), bilirubin ve ALP değerlerinde artış olan hastalarda koledokolitiazis riski %10-50 arasındadır. Pankreatit ve sarılık hikayesi bulunmayan, KC enzimleri normal, 1 cm'den büyük safra kesesi taşı olan olgularda koledok taşı %5'ten düşüktür (6). En sık görülen bilier taşlar kolesterol taşlarıdır. Kalsiyum taşları nadir görülür. Özellikle obes hastalarda safranin müsin konsantrasyonu artar. Artan müsin tampon gibi davranarak bilier karbonatın karbondioksite dönüşümünü engeller ve çökelmeye başlar (7).

Kolesistektomi geçiren hastalarda koledokolitiazis sıklığı %3,5 oranındadır (8). Koledok taşlarının tedavi sonrasında tekrarlama eğilimleri vardır. Rekürrens hızı %6,4'ten %18'e kadar değişmektedir (9). Başlangıçta koledokta saptanan taşın özelliğinden bağımsız olarak neredeyse tüm tekrarlayan koledok taşları kahverengi pigment taşlarıdır (10). Bilier sistemdeki bakteriel infeksiyonlar kahverengi pigment taşı oluşumundan sorumludur. Koledokta tekrarlayan taş oluşumundan da bu infeksiyonların sorumlu olduğu düşünülmektedir (11). Safra kesesinde kolesterol taşlarının oluşumuyla ilgili yapılan bir çalışmada taşların yıllık 1-4 mm büyüdüğü ve oluşumundan itibaren 2-7 yılda semptomatik hale geldiği gösterilmiştir. Safra kesesinde oluşan çoklu taşlarda sayı 2 ile 53 arasında değişmektedir (12). Koledokolitiazis obstrüksiyon bulgularıyla birlikte koledok kalanında genişlemeye neden olur. Koledok genişlemesini belirlemede USG %55-91 oranında sensitiviteye sahiptir. Koledok kanalının USG'de 6 mm üzerinde belirlenmesi yüksek oranda koledokolitiazisi gösterir (13). İntravenöz kontrast maddeyle birlikte yüksek resolüsyonlu helikal BT kolanjiografi koledokolitiazis tanısında %95 sensitiviteye sahiptir (14). Endosonografi koledok taşlarını saptamada oldukça güvenilir bir yöntem olup %95 sensitiviteye sahiptir (15). Son yıllarda endoskopik sfinkterotomi, endoskopik papiller balon dilatasyon, ekstrakorporal şok litotripsisi, aralarında laparoskopik koledokotominin de bulunduğu minimal invaziv cerrahi girişimler popüler hale gelmiştir (16). ERCP koledokolitiazis tanısında ve

tedavisinde altın standarttır ve pek çok merkezde koledok taşı ekstraksiyonunda cerrahi girişimin yerini almıştır. Tecrübeli ellerde ERCP başarısı yüksektir. Pankreatit, kanama, kolanjit, koledok ve duodenal perforasyon gibi komplikasyonlar görüle-

bilse de mortalite oranı %0,2-0,5 gibi düşük orandadır (17).

Genel olarak safra kesesi ve koledok kanalında kolesterol taşlarının sık görüldüğü bildirilmekle birlikte bu olgudaki taşlar kalsiyum karbonat taşlarıydı. Safra

kesesindeki taşlarla koledoktaki taşlar yaklaşık aynı boyutlardaydı. Fakat safra kesesindeki taşlar daha çok bilirubinle boyanmışlardı (Resim 2). Bu olgu kole-sistektomi ile çok sayıda taş çıkarıldıktan sonra koledok kanalında primer çoklu kalsiyum taşı gelişen ilginç bir olgudur.

SUMMARY

Multiple common bile duct and gallbladder stones: A case report and literature review

Common bile duct stones may be primary stones originating from the duct itself or secondary stones that have fallen out of the gallbladder. They can be single or multiple. Common bile duct stones are found in 15 % of a group of patients with gallbladder stones. Secondary stones are generally bilirubin and cholesterol stones. Primary bile duct stones occur at least 2 years after cholecystecto-

my. These stones are also bilirubin and cholesterol stones and calcium stones are rarely detected. In this patient presented here, sixty five stones nearly 10 mm were extracted from the common bile duct by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Previously, forty four 10 mm stones and twenty two 5 mm to 10 mm stones had been removed during cholecystectomy. This case is interesting for multiple and large size calcium carbonate stones that are secondary, which in the common bile duct are usually encountered.

Key Words: Choledocholithiasis, Cholelithiasis, ERCP, calcium stones

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:

Burhan Özdil, Hikmet Akkız, Yüksel Gümrüdü

Verilerin elde edilmesi:

Burhan Özdil

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Burhan Özdil, Macit Sandıkçı, Arif Coşar, Can Kece

Yazının kaleme alınması:

Burhan Özdil

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Saharia PC, Zuidema GD, Cameron JL. Primary common duct stones. Ann Surg 1977;185:598-604.
2. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. J Long Term Eff Med Implants 2005; 15: 329-338
3. Metcalfe MS, Ong T, Bruening MH, Iswariah H, Wemyss- Holden SA, Maddern GJ. Is laparoscopic intraoperative cholangiogram a matter of routine? Am J Surg 2004; 187:475-481
4. Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. J Am Coll Surg 2005; 200: 869-875
5. Peng WK, Sheikh Z, Paterson-Brown S, Nixon SJ. Role of liver function tests in predicting common bile duct stones in acute calculous cholecystitis. Br J Surg 2005; 92: 1241-1247
6. Abboud PA, Malet PF, Berlin JA, Staroscik R, et al. Predictors of common bile duct stones prior to cholecystectomy: a metaanalysis. Gastrointest Endosc 1996; 44: 450-455
7. Shiffman ML, Sugerman HJ, Moore EW. Human gallbladder mucosal function. Effect of concentration and acidification of bile on cholesterol and calcium solubility. Gastroenterology 1990;99:1452-1459
8. Collins C, Maguire D, Ireland A, Fitzgerald E, et al. Prospective study of common bile duct calculi in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy natural history of choledocholithiasis revisited Ann Surg 2004;239: 28-33
9. Hammarstrom LE, Stridbeck H, Ihse I. Long-term follow-up after endoscopic treatment of bile duct calculi in cholecystectomized patients. World J Surg. 1996;20:272-276.
10. Sugiyama M, Atomi Y. Follow-up of more than 10 years after endoscopic sphincterotomy for choledocholithiasis in young patients. Br J Surg 1998;85:917-921.
11. Gregg JA, De Girolami P, Carr-Locke DL. Effects of sphincteroplasty and endoscopic sphincterotomy on the bacteriologic characteristics of the common bile duct. Am J Surg 1985;149:668-671.
12. Wolpers C, Hofmann AF. Solitary versus multiple cholesterol gallbladder stones Mechanisms of formation and growth. Clin Investig 1993; 71:423-434
13. Paolo P, Nicoletta P, Carla M, Andrea M. Ultrasonographic diagnosis of choledocholithiasis. Acta Biomed Ateneo Parmense 1990; 61: 213-218
14. Cabada Giadas T, Sarria Octavio de Toledo L, et al. Helical CT cholangiography in the evaluation of the biliary tract: application to the diagnosis of choledocholithiasis. Abdom Imaging 2002; 27: 61-70
15. Polkowski M, Regula J, Tilszer A, Butruk E. Endoscopic ultrasound versus endoscopic retrograde cholangiography for patients with intermediate probability of bile duct stones: a randomized trial comparing two management strategies. Endoscopy 2007;39:296-303
16. Bhasin DK, Sinha SK. Comparing the treatment outcomes of endoscopic papillary dilation and endoscopic sphincterotomy for removal of bile duct stones. Gastrointest Endosc 1999;50:886-888.
17. Nathanson LK, O'Rourke NA, Martin IJ, Fielding GA et al. Postoperative ERCP versus laparoscopic choledochotomy for clearance of selected bile duct calculi: a randomized trial. Ann Surg 2005; 242: 188-192

İnce barsak lipomuna bağlı gelişen ileoileal geçici intussusepsiyon

Ileoileal temporary intussusception caused by an intestinal lipoma

Yahya Ekici*, Tefik Avcı*, Ceyla Başaran**, Gökhan Moray*

Lipomlar ince ve kalın barsakların iyi tanınan ve nadir görülen tümörleridir. Çeşitli klinik bulgulara neden olmalarından ve kanserin dışlanması gerektiren kitle oluşturdıklarından cerrahi rezeksiyon endikasyonu mevcuttur. Bu olguda, geçici ileoileal intussusepsiyona neden olan ve kolik tarzında şiddetli alt kadranda ağrısı ve kusma hikayesi ile başvuran yetişkin ileal lipomu olan bir hasta anlatılmaktadır

Anahtar Kelimeler: barsak tıkanıklığı, lipom, intussusepsiyon

GİRİŞ

İntussusepsiyon bir barsak segmentinin diğerinin içine peristaltizm yoluyla girmesidir. İnfantil ve erken çocukluk döneminin bir hastalığıdır ve yetişkinlerde nadir görülmektedir.

Bu olgu sunumunda kolik tarzında alt karın ağrısı olan bir erişkin hastada lipoma bağlı gelişen ve abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ile tanısı konan ileoileal geçici intussusepsiyon anlatılmıştır.

OLGU BİLDİRİSİ

45 yaşında erkek hasta, 1 yıldır gelip geçici sol alt kadranda karın ağrısı ve ara sıra olan kusma öyküsü ile başvurdu. Hikayesinde, kronik konstipasyonu olmakla birlikte hematemez ya da melena, daha önce geçirdiği önemli bir hastalık ya da operasyon yoktu. Fizik muayenesinde minimal sol alt kadranda hassasiyeti varken, ele gelen abdominal kitle yoktu. Barsak sesleri normoaktif ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Lökositozu yoktu. Ayakta direk karın grafisinde hava sıvı seviyesi izlenmedi. Hasta son 1 yılda şikayetleri nedeniyle daha önce başka merkezlere başvurmuş yapılan araştırmalara rağmen tanı konamamıştı. Bunun üzerine karın BT tetkiki yapıldı, sol alt kadranda "hedef tahtası benzeri kitle (target-like mass)" saptandı. Bu, ileal segment invajinasyonu olan, intraluminal, yaklaşık 20 mm çapında, düzgün sınırlı, yağ dansitesinde kitle içermekteydi.

Bu bulgular, spontan kaybolan lipom ile ilişkili ileoileal intussusepsiyon olarak yorumlandı (Resim 1, 2). Laparotomide ileo-çekal valvden 80 cm proksimalde ileal anastomoz intussusepsiyonunun sürükleyici noktası ve intestinal lümenine doğru girinti gözlemlendi ve 2,5 cm'lik submukozal ele gelen kitle nedeniyle oluşan, ileumun antimezenterik duvarından parsiyel intussusepsiyon görüldü. (Resim 3). Kısmi rezeksiyon ve uç-uca anastomoz yapıldı (Resim 4). Makroskopik olarak tümör, iyi sınırlı, yumuşak kıvamda, sarımsı ve mukoza ile çevrili lümenine doğru sarkmış özellikteydi. Patolojik incelemesi 2,5 cm'lik submukozadan kaynaklanan lipom olarak bildirildi. Ameliyat sonrası dönem sorunsuz geçti ve 6. günde hasta taburcu edildi. Ameliyat sonrası 7. ayda hastanın bir sorunu yoktu.

TARTIŞMA

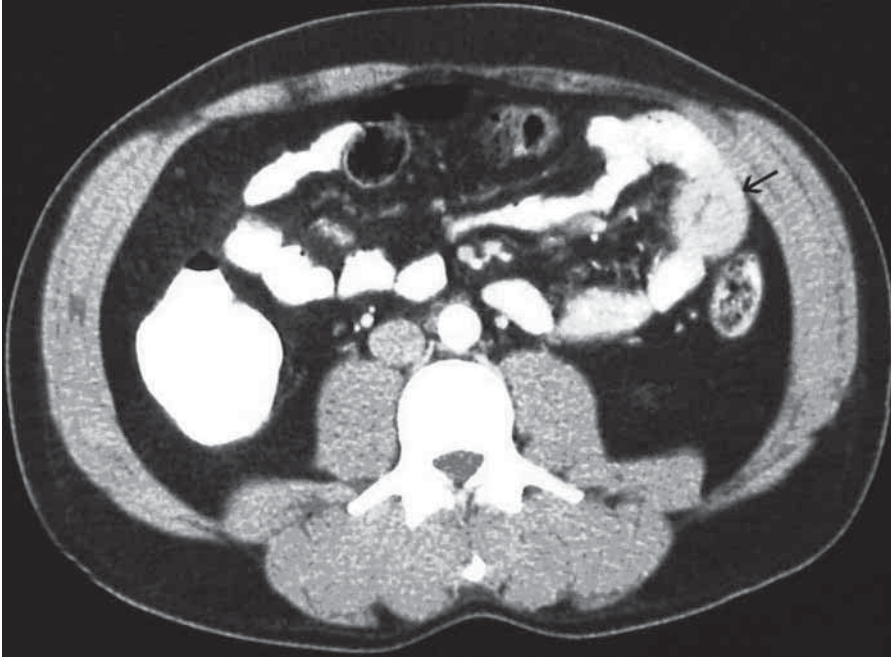
İleoileal intussusepsiyon yetişkinlerde oldukça nadir görülür. Erişkin intussusepsiyon olguları, intestinal obstrüksiyonların %1'inin nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Barsak tıkanıklığının nedeni kitle olup, kanserin dışlanması gereklidir (1,2).

Tüm gastrointestinal tümörler arasında ince barsak tümörleri %1-2 oranında görülmekte ve %30 kadarı benignidir. Gastrointestinal sistemde lipomlarla sıklık sırasına göre kolon (%65-75), ince barsak (%20-25) mide ve özofagusta karşılaşılmaktadır. Genellikle ince barsaktaki lokalizasyon

* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara, Türkiye
** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD, Ankara

Dr. Yahya Ekici
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara
E-posta: dryahyaekici@gmail.com

Makale Geliş Tarihi: 09.04.2009
Makale Kabul Tarihi: 18.05.2009

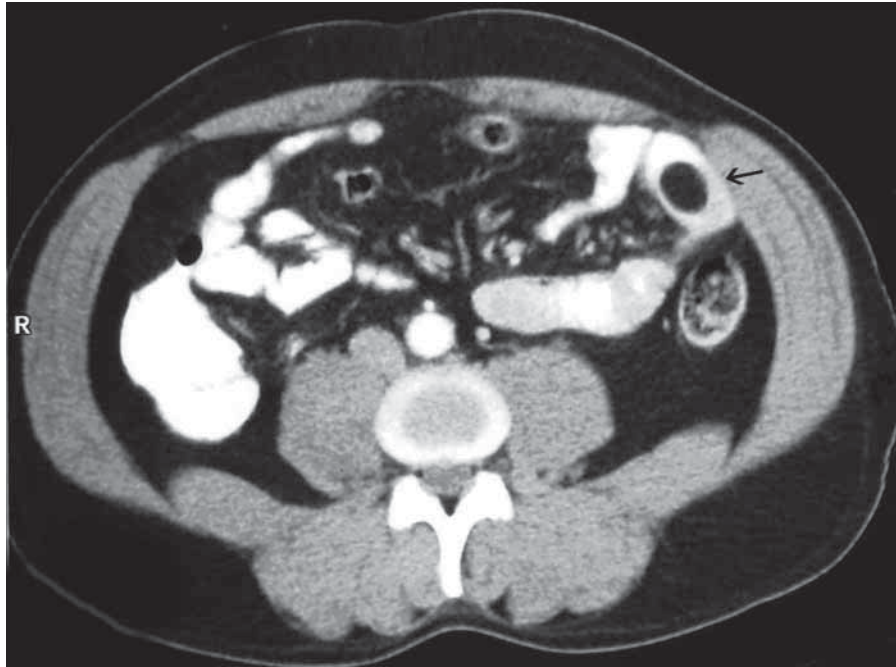


Resim 1. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide “target” belirtisi ile ileal intussusepsiyon (ok ile işaretli alan) görülmektedir.

yonları ileumdur ve daha az sıklıkla jejunumda görülmektedir. İnsidansın pik yaşı 6. ve 7. dekatlar ve cinsiyet olarak kadınların lipomlara daha eğilimli olduğu görülmüştür. Malign dejenerasyon gösterilememiştir (1,2). Bu olgudaki has-

ta literatürde bildirilenden daha genç yaşta (45 yaş) bir erkektir.

Gastrointestinal belirti veren benign ince barsak tümörleri arasında stromal tümörlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Gastrointestinal sistem lipomlarına

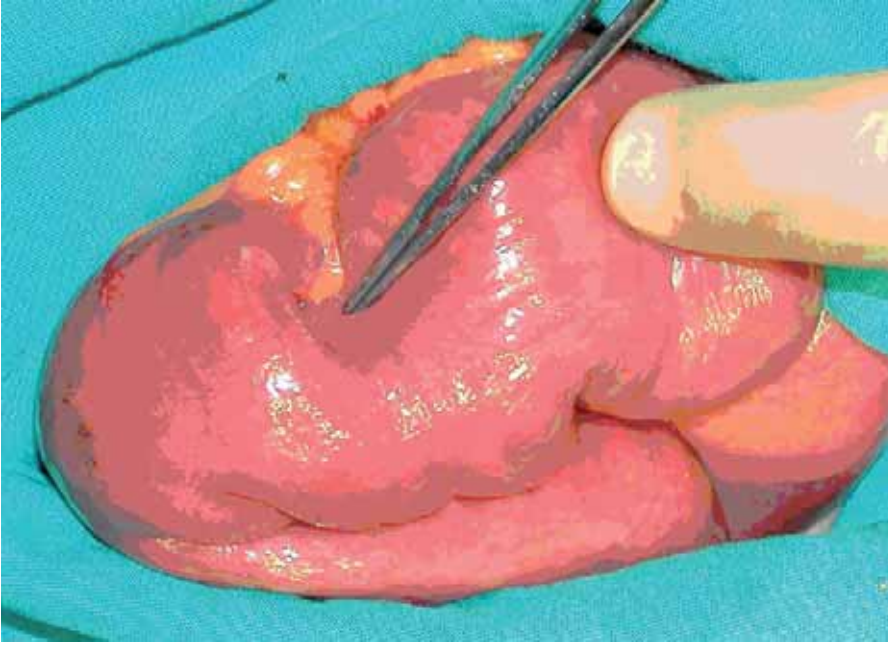


Resim 2. Ok ile işaretli alanda düzgün sınırlı ve çevresi intussusepsiyon olan mukoza ile çevrili lipom görülmektedir.

bağlı karın ağrısı (%68), intussusepsiyon (%44), kanama (%29), kusma (%24), ve obstrüktif semptomlar (%18) görülebilir (3). Bu olguda ise tek belirti intussusepsiyondu.

Literatüre göre %83 oranında ileum bölgesinde ve %75'i ileoçekal valvin 60cm civarında bulunmaktadır (3). Bu olguda ise lipom ileoçekal valvin 80 cm proksimalinde yerleşmişti.

Gastrointestinal lipomlar submukoza-dan kaynaklanan, düz veya lobüle, yumuşak kitleler halinde görülür. Daha nadiren subserozadan barsak lümenine sarkarlar. Asemptomatik olmalarına rağmen, boyut ve lokalizasyonuna göre belirti verebilmektedirler. Bir cm altındaki lezyonların belirti yapmamakta olduğu düşünülmektedir, 4 cm'in üzerindeki %75i semptomatiktir (4). Bu olguda lipomun boyutu literatüre göre intussusepsiyona neden olacak boyuttan daha küçüktür. Oysa burada lipom bir pediküllü polip gibi davranarak intussusepsiyona neden olmuştur. Lipomun bulunduğu alandan peristaltizm yönünde kendisiyle birlikte bağlı bulunduğu barsak duvarını (antimezenterik kenardan) sürükleyerek intussusepsiyona neden olduğu laparatomide görüldü. İntussusepsiyonun başlatıcı veya lider noktasının antimezenterik tarafta olması önemlidir çünkü bu alandaki barsak duvarı mezenterik duvara göre daha kolayca peristaltizm yönünde sürüklenebilir. Erişkin intussusepsiyonu, hastalarda karın ağrısıyla karşımıza çıkabilmekte fakat gelip geçici barsak obstrüksiyonu nedeniyle negatif klinik ve radyolojik bulgular olabilmektedir (5). Bu olguda tek bulgu yaklaşık 1 yıldır devam eden gelip geçici sol alt kadranda ağrıydı. İnce barsak tümörlerinde, özgün olmayan klinik bulgular olduğundan, tanı güç olabilir ve olguların sadece %32-50 oranında ameliyat öncesi doğru tanı konabilmektedir (1, 6). Görüntüleme çalışmaları tanı sürecine yardım etmektedirler. Direkt karın grafikleri özellikli olmamakta ve sıklıkla mekanik obstrüksiyona yönlendiren multipl hava-sıvı seviyelerini göstermektedirler. Baryumlu oral ya da enema, intussusepsiyonu göstermekte, fakat akut durumda barsak rüptürü riski ve baryum peritoniti nedeniyle kaçınılmalıdır (7). Ultrasonografi tercih edilmesi gereken ilk görüntüleme yöntemidir. İntussusepsiyona “hedef (target-



Resim 3. Alet ucu ile gösterilen antimezenterik barsak duvarındaki içe doğru çöküntü gösteren alan intussusepsiyonun başlatıcı, lider noktasını oluşturmaktadır.

like)" belirtisi ile tanı konulabilmektedir (8). Fakat yapana bağımlıdır ve barsak distansiyonu varlığı barsak obstrüksiyonunun yerini göstermede görüntü alma yeteneğini azaltmaktadır. BT bu gibi öz-

gün olmayan klinik bulgulara sıklıkla kullanılmakta, intussusepsiyon tanısı ve lezyonun varlığı bu yöntemle daha iyi konulabilmektedir. Mezenterik yağdan ayrılmış, düzgün duvarlı, intralüminal



Resim 4. Kısmi rezeksiyon sonrası barsak mukozasından kaynaklanan lipom

yağ içerikli ve intussusepsiyon içine hapsolmuş kitle görünümü lipom tanısını kolayca koydurabilir (9). Bu olguda hastanın dış merkezde yapılan 3 ultrasonografisinde de herhangi bir patolojiye rastlanmamış olduğundan, ilk kontrastlı BT tetkiki istenmiş ve tanı böylece konulabilmektedir.

Yetişkin intussusepsiyonlarında cerrahi tedavi endikasyonu mevcuttur, çünkü bu durumun nedeni daha çok kitle lezyonudur ve kanserin dışlanması gereklidir.

SUMMARY

Ileoileal temporary intussusception caused by an intestinal lipoma

Lipomas are rare but well-recognized tumours of the small and large intestines. Intestinal lipomas should be removed surgically because

they can cause severe symptoms and usually a tissue diagnosis is indicated in intestinal tumours to exclude a malignancy. The present report describes a case of ileal lipoma causing ileoileal temporary intussusception in an adult with a history of severe episodes of colicky lower abdominal pain and vomiting.

Key Words: intestinal obstruction, lipoma, intussusception

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Yahya Ekici

Verilerin elde edilmesi:

Tevfik Avcı

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Yahya Ekici, Ceyla Başaran

Yazının kaleme alınması:

Yahya Ekici, Gökhan Moray

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institutional review. J Am Coll Surg 1999; 188: 390-395.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg 1997; 226: 134-138.
3. Yao YK, Mataka H, Furukawa K, Nagae T, Motomura A. Primary small intestinal tumors. Stomach Intestine 2001; 36: 871-881.

4. Zografos G, Tsekouras DK, Lagoudianakis EE, Karantzikos G. Small intestinal lipoma as a cause of massive gastrointestinal bleeding identified by intraoperative enteroscopy. A case report and review of the literature. Dig Dis Sci 2005; 50: 2251-2254.
5. Weilbaecher D, Bol JA, Hearn D, Ogden W 2nd. Intussusception in adults. Review of 160 cases. Am J Surg 1971; 121: 531-535.
6. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The di-

- agnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997; 173: 88-94.
7. White SJ, Blane CE. Intussusception: additional observations on the plain radiograph. AJR Am J Roentgenol 1982; 139: 511-513.
8. Boyle MJ, Arkell LJ, Williams JT. Ultrasonographic diagnosis of adult intussusception. Am J Gastroenterol 1993; 88: 617-618.
9. Gayer G, Zissin R, Apter A, Papa M, Hertz M. Adult intussusception—a CT diagnosis. Br J Radiol 2002; 75: 185-190.

İleri yaş meme kanserinde cerrahi tedavi yaklaşımı; Standart dışı tedavi uygulamaları için kanıtlar ne kadar güçlüdür?

Surgical treatment of breast cancer in elderly; is current evidence strong enough to implement less aggressive treatment modalities?

Bahadır M Güllüoğlu*

İleri yaşlardaki kadınlarda meme kanseri görülme hızı daha fazladır. Ancak yaşlı hastalar meme kanseri tedavisi konusunda yapılan çalışmalarda yeterince temsil edilmemektedirler. Bu nedenle yaşlı hastalarda tedavi uygulamaları için kabul görmüş özgün bir kılavuz mevcut değildir. Gerek bu yaştaki hastalarda görülen kanserin klinik ve biyolojik özellikleri, gerekse kişinin azalmış fizyolojik kapasitesi bu yaş grubundaki hastalara yaklaşımı değiştirebilmektedir. Günümüzde önemli oranda ileri yaştaki meme kanseri hastasına standart tedavilerin uygulanmadığı rapor edilmektedir. Bu yaş grubundaki meme kanserinin biyolojik olarak daha az agresif olması, sıklıkla ek hastalıkların bulunması ve hastaların nöral, kardiyovasküler ve solunumsal fizyolojik kapasitelerinin azalmış olması bu yaklaşımı destekleyen unsurlar arasındadır. Çeşitli çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda mededeki tümörü çıkarmaksızın primer hormonoterapi olaral tamoksifen verilmesi, meme koruyucu cerrahi sonrası memeye adjuvan radyoterapi verilmemesi ve klinik olarak şüpheli bölgesel lenf nodu tutulum bulgusu olmayanlarda aksillaya herhangi bir girişim yapılmaması sorgulanmıştır. Bu derlemede bugüne kadarki kanıt seviyesi yüksek çalışmalardan elde edilen sonuçlar ışığında yaşlı hastalarda meme kanseri cerrahisinde standart tedavi yaklaşımlarından uzaklaşmanın ne kadar rasyonel bir tutum olabileceği ortaya konmaya çalışılmıştır. Sonuç olarak, fizyolojik rezervleri yeterli olan yaşlı meme kanseri hastalarında standart dışı tedavileri uygulamadan önce geniş örneklemli ve uzun takipli çalışmaların sonucunu beklemek gerekmektedir. Öte yandan yaşam beklentisi kısa, fragil hastalarda ise daha az agresif tedavi yöntemlerinin uygulanması kabul görmektedir.

Anahtar kelimeler: meme kanseri, cerrahi, primer hormonoterapi, ileri yaş

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

Dr. Bahadır M Güllüoğlu
E-posta: bmgulluoglu@marmara.edu.tr

Makale Geliş Tarihi: 22.05.2009
Makale Kabul Tarihi: 03.06. 2009

Meme kanseri görülme hızı ileri yaşlarda daha fazladır. Bu nedenle yaşlı nüfusu artmış ülkelerde meme kanseri öncelikli sağlık problemleri arasındadır (1). Ancak yaşlı hastalar meme kanseri tedavisi konusunda yapılan çalışmalara çok az oranda dahil edilmişlerdir. Bu yaş grubundaki meme kanserinin daha az agresif olduğu (daha fazla hormon ekspresyonu göstermeleri, daha az oranda grad 3 tümör içermeleri, daha az oranda proliferasyon belirteçlerine sahip olmaları vb) ortaya konmuştur (2-5). Öte yandan ileri yaştaki kadınlarda ek hastalıkların daha fazla görülmesi ile hastaların fiziksel ve fonksiyonel kapasitelerinin azalmış olması hastalığa ve tedaviye bağlı morbiditeyi artırmaktadır (6-9). Bu nedenlerden ötürü ileri yaş grubunda daha az agresif cerrahi tedavi yöntemlerinin uygulanabilirliği sorgulanmaktadır.

Memeye hiç cerrahi girişim (lumpektomi veya mastektomi) yapılmaksızın sadece primer hormonoterapi (HT) verilerek tedavi olanaklı mıdır?

Fragil ve düşkün ileri yaştaki meme kanseri olgularında yapılabilecek cerrahi bir girişimin getireceği morbidite ve mortalite yükünü ortadan kaldırmak için sadece tamoksifen (TMK; primer HT) ile hastaların tedavi edilmesi geçtiğimiz 20 yıl boyunca sorgulanmıştır. Bu çalışmalarla meme tümöründe hormon reseptör ekspresyonu olan (ER pozitif) ancak cerrahiye uygun olmayan ileri yaş hasta grubunda TMKnın tek tedavi yöntemi olarak tercih edilebileceği gösterilmiştir (10-14). Ancak primer TMK ile cerrahi tedaviyi karşılaştıran çalışmalarda sadece TMK verilmesi sonrası anlamlı olarak daha fazla bölgesel yineleme olduğu ve dolayısı ile sonradan cerrahi girişimlere sıkça ihtiyaç duyulduğu göste-

rilmiştir (10,11). Ancak tüm bu çalışmaların meta-analizinde her iki tedavi şekli arasında sağkalım açısından bir fark olmadığı saptanmıştır (15). Öte yandan meta-analize dahil edilen çalışmaların homojen bir metodolojiye sahip olmadığı görülmüştür. Bir kısım çalışmada hastalar cerrahi tedaviye ek olarak adjuvan TMK alırken diğer çalışmalarda cerrahi kolundaki hastalara adjuvan tedavinin verilmediği saptanmıştır (15). Ancak yine de prospektif randomize çalışmalarda cerrahi tedavinin sadece primer TMKye göre bölgesel kontrolü anlamlı olarak daha iyi sağladığı gösterilmiştir (10,11,15). Genel sağkalım açısından ise her iki tedavi kolu arasında şu ana kadar bir fark gösterilememiştir (10-15).

Bütün bu veriler ışığında, fiziksel olarak yeterli ve cerrahi tedavi için uygun olan ileri yaştaki meme kanseri hastalarına standart cerrahi tedavinin uygulanması önerilmektedir. Ancak günümüzde aromataz inhibitörlerinin etkinliğinin TMKye göre daha fazla olduğu göz önüne alındığında primer HT olarak TMK yerine aromataz inhibitörü kullanılmasının bu hastalarda daha iyi bölgesel kontrol sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu hipotezi halen sürmekte olan bir başka prospektif randomize çalışma sorgulamaktadır. ES-TEEM çalışmasında 75 yaş ve üstü operabl tümörü olan ER pozitif hastalar iki tedavi koluna randomize olmuşlardır. Birinci gruptaki hastalara standart cerrahi tedavi uygulanmakta ve ardı sıra adjuvan HT olarak anastrozol verilmektedir. Diğer tedavi kolunda ise cerrahi rezeksiyon yapılmaksızın sadece primer HT olarak anastrozol tedavisi uygulanmaktadır (16). Bu çalışmanın sonuçları ile primer HTnin ileri yaştaki meme kanseri hastalarındaki rolü biraz daha açıklığa kavuşmuş olacaktır.

Meme koruyucu cerrahi (MKC) sonrası memeye radyoterapi (RT) verilmeyebilir mi?

MKC için uygun olan meme kanserinde lumpektomi + RT uygulanması mastektomiye göre (meme kanserine özgün sağkalım açısından) dezavantaj yaratmamaktadır (17,18). Hatta ileri yaş grubunda MKCnin mastektomiye göre daha iyi yaşam kalitesi sağladığı gösterilmiştir (19). Ancak bütün bu çalışmalarda memeye standart adjuvan tedavi olarak RT verilmiştir. Retrospektif serilerin meta-analizinde 70 yaş ve üstü hastalarda RTnin MKC sonrası verilmesinin verilmemesine göre 5 yıllık bölgesel kontrol açısından mutlak %11'lik bir avantaj sağladığı hesaplanmıştır (20). Ancak bu analizde yer alan tüm çalışmaların

retrospektif olduğu göz önüne alınmalıdır. Öte yandan Martelli ve ark. (21) yaptıkları tek kollu prospektif çalışmalarında 70 yaş ve üstü, 3 cm ve altında tek tümöre sahip, klinik olarak N0 hastalara MKC uygulamışlardır. Çalışmacılar lumpektomi sonrasında cerrahi sınırları negatif olan hastalara hem memeye adjuvan RT vermemişler, hem de herhangi bir aksiller girişim yapmamışlardır. Bu hastalara sadece adjuvan TMK vermişlerdir. 15 yıllık ortalama takip sonucunda hastaların sadece %8'inde aynı memede yerel yineleme saptandığı rapor edilmiştir. Başka bir prospektif randomize karşılaştırmalı çalışmanın alt grup analizinde 60 yaş ve üstü, 1 cm ve altı tümöre sahip, hormon reseptör ekspresyonu pozitif olan hastalarda MKC sonrası RT uygulanmayan ve uygulanan hastalarda (ortalama takip süresi 5.6 yıl) bölgesel yineleme oranları sırası ile %1.2 ve %0 olarak saptanmıştır (22). Öte yandan bugüne kadar örneklemi ileri yaş hastaların oluşturduğu sadece bir prospektif randomize çalışmanın sonuçları yayınlanmıştır (23). Ancak bu çalışmada da örneklem hesabında genel sağkalım farkı birincil amaç olarak kullanılmamıştır (tip II hata). Bu yegane çalışmada, Hughes ve ark. (23) çalışmalarında 70 yaş ve üstü, 2 cm ve altı tümörü olan hastalara MKC uygulamışlardır. Lumpektomi sonrasında cerrahi sınırları negatif ve tümöründe hormon ekspresyonu pozitif olan hastaları memeye adjuvan RT verilecek ve verilmeyecek şeklinde iki tedavi koluna randomize etmişlerdir. Tüm hastalar 5 yıl süre ile TMK almışlardır. Ortanca 5 yıl takip sonucunda RT alan ve almayan hastalarda bölgesel yineleme oranları sırası ile %1 ve %4 olarak, 5 yıllık genel sağkalım oranları ise birbirlerine benzer (sırası ile %87 ve %86) saptanmıştır. Bu üç prospektif çalışmada da adjuvan RTsiz sadece MKC yapılan hastalarda saptanan yerel yineleme oranlarının (%1,2-%8) tüm yaş gruplarını içeren MKC + RTnin mastektomi ile karşılaştırıldığı geniş örneklemli çalışmalarda elde edilen MKC + RT sonrasında saptanan bölgesel yineleme oranları ile karşılaştırılabilir düzeyde olduğu görülmektedir (17,18).

Bütün bu veriler göz önüne alındığında (II. seviye kanıt) 70 yaş ve üstü hastalarda eğer 2 cm ve altı tek tümör var ise, çıkarılan spesimenin cerrahi sınırları temiz ve hormon ekspresyonu pozitif ise MKC sonrası memeye adjuvan RT verilmeyebileceği söylenebilmektedir (B düzeyi tavsiye). Ancak bu konuda nihai kararı vermeden önce PRIME II çalışmasının sonuçlarını da

beklemenin doğru bir yaklaşım olacağı bildirilmektedir. Bu çalışmada 65 yaş ve üstü, 3 cm ve altı tümöre sahip meme kanserli kadınlara MKC ile aynı seansta SLN biyopsisi uygulanmaktadır. Cerrahi sınırları ile SLNsi negatif olup hormon reseptör ekspresyonu pozitif olan hastalar MKC sonrası adjuvan RT alacak ve almayacak şekilde iki tedavi koluna randomize edilmektedirler. Her iki koldaki hastaların tümünün adjuvan TMK alması planlanmıştır. Kasım 2009 tarihinde hasta alımının tamamlanması planlanan çalışmada toplam 1300 hastanın randomize edilmesi hedeflenmektedir (24). Bu çalışmanın ilk fazı olan PRIME I' de her iki tedavi kolu yaşam kalitesi ve maliyet-etkinlik açısından karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada RT verilen ve verilmeyen iki tedavi kolu arasında genel yaşam kalitesi parametreleri açısından fark olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca 15 aylık takip sonrasında RT verilmesinin maliyet-etkin bir yöntem olmadığı ortaya konmuştur (25). Bu çalışmanın verilerine göre bu yaş grubunda MKC sonrası adjuvan RT verilmesinin maliyet-etkin olabilmesi için her iki tedavi kolu arasında, RT verilmesinin lehine, %5'lik mutlak yineleme farkının olması gerektiği öne sürülmektedir. Bunun için de 15 aydan daha uzun bir takip süresine ihtiyaç olduğunun altı çizilmektedir. Bu konuda da sağlıklı çıkarıma varabilmek için PRIME II çalışmasının sonuçlarının açıklanmasını beklemenin gerektiği ileri sürülmektedir.

Sonuç olarak, MKC sonrası memeye adjuvan RT verilip verilmemesi kararının konu hakkındaki kanıt seviyesi yüksek çalışmalardan elde edilen mutlak yarar oranlarına, hastada var olan ek hastalıkların niteliğine, niceliğine ve şiddetine, hastadaki doğal yaşam beklentisine ve son olarak da bilgilendirme sonrası hastanın isteğine göre verilmesi en doğru yaklaşım olacaktır.

Aksiller girişimin (sentinel lenf nodu biyopsisi veya standart aksiller diseksiyon) gerekli olmadığı durumlar var mıdır?

Klinik olarak aksillada belirgin ya da şüpheli metastaz bulgusu olan hastalarda önerilen standart tedavi ileri yaş grubunda da seviye I-II aksilla diseksiyonudur. Öte yandan aksillasında böyle bir bulgu olmayan ileri yaş erken evre meme kanserinde nasıl bir yaklaşım sergilenmesi konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Sentinel lenf nodu (SLN) biyopsisi uygulamaya girdiğinden bu yana kN0 olan yaşlı hastalarda da her yaş grubunda olduğu gibi bu yöntem ile

aksiller durumunun değerlendirilmesi önemlindedir. Ancak yine de ileri yaş grubunda SLN biyopsisi de dahil olmak üzere hiç bir aksiller girişimin gerekmediği bir alt grubu tarif edebilmek için çabalar sürmektedir. Özellikle her durumda adjuvan sistemik tedavisine zaten karar verilmiş hastalarda (Npoz olsalar da HT verilecekler) herhangi bir aksiller evrelemenin veya tedavinin gerekli olup olmayacağını sorgulayan prospektif randomize çalışmaların sonuçları yakın zamanda açıklanmıştır. Bunlardan ilki olan Martelli ve ark.nın (26) çalışmasında 65 yaş ve üstü olup, 2 cm ve altı tümöre sahip, klinik olarak aksillası negatif olan hastalar iki tedavi koluna randomize edilmişlerdir. Birinci kolda yer alan hastalara hiçbir aksiller girişim yapılmazken ikinci koldakilere seviye I-II aksilla diseksiyonu yapılmıştır. Tüm hastalara MKC yapılmış, cerrahi sonrasında memeye adjuvan RT ve 5 yıl süre ile TMK tedavisi verilmiştir. Aksiller diseksiyon yapılan hastaların %23'ünde aksiller spesimenlerinin patolojik incelemesinde en az bir adet metastatik lenf nodu saptanmıştır. Öte yandan ortanca 60 aylık takip sonunda aksiller girişim yapılmayan hastaların sadece %1.8'inde sonradan patolojik aksiller lenf nodu tutulumu (aksiller yinelenme) ortaya çıkmıştır. Meme kanserine bağlı mortalite açısından iki grup arasında bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada gerekli istatistiksel kuvveti sağlayabilecek hasta sayısına ulaşılamamış olması (tip II hata) ve yine her iki tedavi kolundaki tüm hastaların memeye dolayısı ile aksillanın 1. seviyesine tanjansiyel olarak RT almış olması çalış-

manın sonuçlarını tartışmalı hale getirmektedir. Bu grubun yaptığı tek kollu prospektif çalışmada ise 70 yaş ve üstü hastalara MKC (aksiller diseksiyon yapılmaksızın) sonrası memeye adjuvan RT verilmemiş ve ortanca 15 yıllık takip içerisinde %4.2 hastada aksiller yinelenme görüldüğü rapor edilmiştir (21). Bu çalışmada karşılaştırma yapılabilecek aksilla diseksiyon yapılan bir tedavi kolunun olmaması sağkalım ve yinelenme açısından klinik N0 hastalarda aksillaya girişim yapılmamasının ne gibi bir avantaj ya da dezavantaj oluşturduğu konusunda yorum yapılabilmesini engellemektedir. Bir diğer çalışma olan Uluslar arası Meme Kanseri Çalışma Grubu (IBCSG)'nın 10-93 no'lu prospektif randomize kontrollü çalışmasında 60 yaş ve üstü, T1-3 tümörü olan klinik N0 hastalar iki tedavi koluna randomize edilmişlerdir. Bir kola seviye I-II aksilla diseksiyonu yapılırken diğer kola ise hiç diseksiyon yapılmamıştır. Hastalara meme cerrahisi olarak ya mastektomi yapılmıştır ya da MKC + memeye adjuvan RT uygulanmıştır. Yine her iki koldaki tüm hastalara TMK verilmiştir. Bu çalışmada hem 5 yıllık hastaliksız (AD yapılan ve yapılmayanlarda sırası ile %67 ve %66) hem de 5 yıllık genel sağkalım (sırası ile %75 ve %73) oranları açısından her iki tedavi grubu arasında fark olmadığı saptanmıştır. Aksiller yinelenme oranları ise AD yapılan grupta %1 iken, yapılmayan grupta %3 olarak rapor edilmiştir (27).

Kısıtlı kanıt varlığında özellikle 70 yaş üzerindeki klinik N0 erken evre meme kanseri olan hastalarda postoperatif adjuvan teda-

vi seçimini etkilemeyecekse standart aksiller diseksiyonun yapılmaması önerilebilmektedir (B düzeyi tavsiye). Ancak düşük morbidite oranları göz önüne alındığında klinik olarak N0 olan hastalarda aksiller evreleme için SLN biyopsisinin ileri yaş grubunda da geçerli bir yöntem olduğu göz önünde tutulmalıdır (28). Bu grup hastada hastanın yaşı, tümörün çapı ve tümörün palpabilitesi kriterlerini kullanarak oluşturulan aksiller SLN negatifliğini tahmin ettirebilecek bir risk stratifikasyon modelinde en düşük risk grubunda dahi %5 hastanın SLNsinin pozitif olduğu gösterilmiştir (29). Verilecek adjuvan sistemik tedaviyi belirleyeceği düşünülen her durumda hastanın yaşı ne olursa olsun en azından SLN biyopsisi ile aksillanın evrelendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (30).

Sonuç olarak yaşı ne olursa olsun fiziksel kapasiteleri yeterli olan tüm erken evre meme kanseri hastalarında cerrahi tedavi birinci seçenek olmalıdır. Eğer cerrahi tedavi seçeneği MKC olarak belirlendi ise ardı sıra memeye adjuvan RT verilmesi de daha genç yaşta hastalarda olduğu gibi standart yaklaşım olarak benimsenmelidir. Klinik olarak aksiller tutulum olasılığı düşük olan (kN0) hastalarda SLN biyopsisi yapılması, SLNpoz ya da kNpoz olan hastalarda ise standart aksiller diseksiyon yapılması önerilmektedir. Ancak özellikle genel durum itibari ile fiziki rezervi düşük, hastaliksız yaşam beklentisi kısa olan ileri yaş meme kanseri olgularında yukarıda ayrıntılı olarak bahsi geçen tedavi modifikasyonlarının uygulanabileceği belirtilmektedir.

SUMMARY

Surgical treatment of breast cancer in elderly; is current evidence strong enough to implement less aggressive treatment modalities?

Breast cancer incidence is increased in elderly women. Since these patients were mostly excluded in prospective randomized studies, no firm recommendations currently exist for the management of breast cancer in elderly. It is highly probable that older women have one or more significant co-morbid diseases and moreover, their functional capacity is independently reduced. Also, previous studies provided that biological features of breast cancer are favourable in older women. Observational reports showed that older women with breast cancer are currently undertreated when compared to

their younger counterparts. In previous studies targeting exclusively elderly breast cancer patients, primary hormone therapy without further excision of operable tumors, breast conserving surgery without adjuvant radiotherapy to whole breast and, as well as omission of axillary surgery in clinically node negative patients were questioned, separately. In this comprehensive review, all available evidences regarding surgical treatment of breast cancer in elderly are provided in order to assess the rationality of these treatment diversions. As a conclusion, before implementing these less aggressive treatment modalities in physiologically fit elderly, results of studies with high power and longer follow-up should be awaited. Therefore, omission of standart treatment modalities should be regarded only for frail elderly with decreased life expectancy.

Key Words: breast cancer, surgery, primary hormone therapy, elderly

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmüş ve planlanması:
Bahadır Güllüoğlu

Verilerin elde edilmesi:

Bahadır Güllüoğlu

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Bahadır Güllüoğlu

Yazının kaleme alınması:

Bahadır Güllüoğlu

İstatistiksel değerlendirme:

Bahadır Güllüoğlu

KAYNAKLAR

- Louwman WJ, Vulto JCM, Verhoeven RHA, Nieuwenhuijzen GAP, Coebergh JWW, Voogd AC. Clinical epidemiology of breast cancer in the elderly. *Eur J Cancer* 2007;43:2242-2252.
- Molino A, Giovannini M, Auriemma A, Fiorio E, Mercanti A, Mandara M, Caldara A, Micciolo R, Pavarana M, Cetto GL. Pathological, biological and clinical characteristics, and surgical management of elderly women with breast cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2006;59:226-233.
- Diab SG, Elledge RM, Clarke GM. Tumour characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:550-556.
- Caywood J, Gray RJ, Hentz J, Pockaj BA. Older age independently predicts a lower risk of sentinel node metastasis in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005;12:1061-1065.
- Schaefer G, Rosen PP, Lesser ML, Kine DW, Beatie EJ. Breast carcinoma in elderly women: pathology, prognosis and survival. *Pathol Ann* 1984;19:195-218.
- Wyld L, Reed M. The role of surgery in the management of older women with breast cancer. *Eur J Cancer* 2007;43:2253-2263.
- MacDonald BK, Cockerell OC, Sanders WAS, Shorvon SD. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community based study in the UK. *Brain* 2000;123:665-676.
- Lindberg A, Eriksson B, Larsson L-G, Ronmark E, Sandstrom T, Lundback B. Seven year cumulative incidence of COPD in an age stratified general population sample. *Chest* 2006;129:879-885.
- Satarino WA, Ragland DR. The effect of co-morbidity on 3-year survival of women with primary breast cancer. *Ann Intern Med* 1994;120:104-110.
- Fennessey M, Bates T, McKrae K, Riley D, Houghton J, Baum M. Randomised trial of surgery plus tamoxifen versus tamoxifen-alone in women over age 70 with operable breast cancer. *Br J Surg* 2004;91:699-704.
- Mustacchi G, Ceccherini R, Milani S, Pluchinotta A, De Matteis A, Maiorino L, Farris A, Scanni A, Sasso F; Italian Cooperative Group GRETA. Tamoxifen alone versus adjuvant tamoxifen for operable breast cancer of the elderly: long-term results of the phase III randomized controlled multicenter GRETA trial. *Ann Oncol* 2003;14:414-420.
- Fentiman IS, Christiaens MR, Paridaens R, Van Geel A, Rutgers E, Berner J, de Keizer G, Wildiers J, Nagadowska M, Legrand C, Therasse P; EORTC. Treatment of operable breast cancer in the elderly: a randomized clinical trial EORTC 10851 comparing tamoxifen alone with modified radical mastectomy. *Eur J Cancer* 2003;39:309-316.
- Kenny FS, Robertson JFR, Ellis IO, Elston CW, Blamey RW. Long term follow-up of elderly patients randomized to primary tamoxifen or wedge mastectomy as initial therapy for operable breast cancer. *Breast* 1998;7:335-339.
- Gazet JC, Ford HT, Coombs RC, Bland JM, Sutcliffe R, Quilliam J, Lowndes S. Prospective randomized trial of tamoxifen vs surgery in elderly patients with breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1994;20:207-214.
- Hind D, Wyld L, Beverley CB, Reed MW. Surgery versus primary endocrine therapy for operable primary breast cancer in elderly women (70 years plus). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No. CD004272. DOI:10.1002/14651858.CD004272.pub2.
- <http://www.thelancet.com/protocol-reviews/07PRT-4338> adresinden 22 Mayıs 2009 tarihinde erişilmiştir.
- Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, Jeong JH, Wolmark N. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Eng J Med* 2002;347:1233-1241.
- Blichert-Toft M, Nielsen M, During M, Moller S, Rank F, Overgaard M, Mouridsen HT. Long-term results of breast conserving surgery vs mastectomy for early stage invasive breast cancer: 20-year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol. *Acta Oncol* 2008;47:672-681.
- DeHaes JCJM, Curran D, Aaronson NK, Fentiman IS. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *Eur J Cancer* 2003;39:945-951.
- Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, Godwin J, Gray R, Hicks C, James S, MacKinnon E, McGale P, McHugh T, Peto R, Taylor C, Wang Y; Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;366:2087-2106.
- Martelli G, Miceli G, Costa A, Coradini D, Zurrada S, Piromalli D, Vetrella G, Greco M. Elderly breast cancer patients treated by conservative surgery alone plus adjuvant tamoxifen: fifteen-year results of a prospective study. *Cancer* 2008;112:481-488.
- Fyles AW, McCready DR, Manchul LA, Trudeau ME, Merante P, Pintilie M, Weir LM, Olivetto IA. Tamoxifen with or without breast irradiation in women 50 years of age or older with early breast cancer. *N Eng J Med* 2004;351:963-970.
- Hughes KS, Schnaper LA, Berry D, Cirrincione C, McCormick B, Shank B, Wheeler J, Champion LA, Smith TJ, Smith BL, Shapiro C, Muss HB, Winer E, Hudis C, Wood W, Sugarbaker D, Henderson IC, Norton L. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women over 70 years of age or older with early breast cancer. *N Eng J Med* 2004;351:971-977.
- <http://homepages.ed.ac.uk/prime/prime2.html> adresinden 22 Mayıs 2009 tarihinde erişilmiştir.
- Prescott RJ, Kunkler IH, Williams LJ, King CC, Jack W, van der Pol M, Goh TT, Lindley R, Cairns J. A randomized controlled trial of postoperative radiotherapy following breast-conserving surgery in a minimum-risk older population. The PRIME trial. *Health Technol Assess* 2007;11:1-149, iii-iv.
- Martelli G, Boracchi P, De Palo M, Pilotti S, Oriana S, Zucali R, Daidona MG, De Palo G. A randomized trial comparing axillary dissection to no axillary dissection in older patients with T1N0 breast cancer: results after 5 years of follow-up. *Ann Surg* 2005;242:1-6.
- International Breast Cancer Study Group, Rudenstam CM, Zahrieh D, Forbes JF, Crivellari D, Holmberg SB, Rey P, Dent D, Campbell I, Bernhard J, Price KN, Castiglione-Gertsch A, Goldhirsch A, Gelber RD, Coates AS. Randomized trial comparing axillary clearance versus no axillary clearance in older patients with breast cancer: first results of International Breast Cancer Study Group trial 10-93. *J Clin Oncol* 2006;24:337-344.
- Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR, Benson AB 3rd, Bodurka DC, Burstein HJ, Cochran AJ, Cody HS 3rd, Edge SB, Galper S, Hayman JA, Kim TY, Perkins CL, Podoloff DA, Sivasubramanian VH, Turner RR, Wahl R, Weaver DL, Wolff AC, Winer EP; American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology guideline recommendations for sentinel lymph node biopsy in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:7703-7720.
- Chaggar AB, McMasters KM, Edwards MJ; North American Fareston Tamoxifen Adjuvant Trial. Can sentinel node biopsy be avoided in some elderly breast cancer patients? *Ann Surg* 2009;249:455-460.
- McMahon LE, Gray RJ, Pockaj BA. Is breast cancer sentinel lymph node mapping valuable for patients in their seventies and beyond? *Am J Surg* 2005;190:366-370.

Basit ve ekonomik bir laparoskopik eğitim kutusu

An easy and economic laparoscopic Training box

Ali Doğan Bozdağ**, Tuğrul Tansuğ**, Hayrullah Derici**, Cemal Kara*, Alper Sözütek**, Türker Karabuğa**, Okay Nazlı**

Laparoskopik cerrahi genel cerrahide uygulanmaya başladıktan sonra giderek yaygınlaşmıştır. Pek çok ameliyatta da açık cerrahiye alternatif olmaktadır (1). Laparoskopik cerrahinin bu hızlı yükselişi beraberinde eğitim sorununu da getirmektedir. Günlük pratiğin geliştirilmesi veya asistanların önceden laparoskopik işlemlere uyum sağlamaları gerekmele beraber, halen yaygın olan uygulamada, deneyimsiz asistanlar uzmanların denetimi altında ve hasta üzerinde eğitime başlamaktadır (1,2). Laparoskopik cerrahide deneyim kazanmak için eğitim kutularına sahip yeterli sayıda merkez olduğu söylenemez. Bunun başlıca nedeni eğitim kutularının pahalı olması ve kolay taşınır olmamasıdır.

Bu yazıda özellikle kısıtlı imkanlarla çalışılan merkezlerdeki cerrahlara ve eğitim kutusu olanağı olmayan asistanlara yardımcı olabilecek, laparosko-

pik manevra yapabilecekleri basit, ekonomik ve pratik bir eğitim kutusu önerisi sunulmaktadır.

Bu eğitim kutusunu oluşturmak için orta boy karton kutu, web kamera ve bilgisayar kullanılır (Resim 1). Daha iyi görüntü kalitesi için web kamera yerine video kamera, bilgisayar yerine de televizyon önerilmektedir (Resim 2). Karton kutunun içine kamera konarak uygun yerlerden girilen trokarlarla önceden belirlenen işlemler tekrarlanır. Eğitim programı için önceden belirlenen ve el-göz koordinasyonunun geliştirilmesini amaçlayan işlemler tanımlanabilir (sünger üzerinde önceden çizilen şekilleri kesmek gibi).

Literatürde plastik veya cam gibi malzemelerden yapılmış eğitim kutuları tanımlanmaktadır (1-3). Burada kullanılan malzemeler eğitim kutularına oranla çok daha ucuzdur ve kolayca temin edilebilir. Trokar giriş yerleri karton kutuda rahatlıkla değiştirilebilir ve farklı manipulasyonlar ve açılar

* Karşıyaka Devlet Hast., Genel Cerrahi, İzmir

** Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir

Dr. Cemal Kara

E-posta: ckara61@mynet.com

Makale Geliş Tarihi: 30.05.2009

Makale Kabul Tarihi: 12.06.2009



Resim 1. Web kamera ve bilgisayar düzenekli laparoskopik eğitim kutusu.



Resim 2. Video kamera ve televizyon düzenekli laparoskopik eğitim kutusu.

denenebilir. Çalışma materyali olarak ucuz ve kolay temin edilebilir olan sünger kullanılabilir. Ayrıca süngerin en önemli özelliği kesme ve ayrıştırma işlemleri için uygun bir yapay model olması ve diseksi-

yon yapılırken canlı doku diseksiyonuna yakın bir his vermesidir. Web kameralı düzenek ev, ofis veya nöbet odasında kolayca kurulabilir, hatta dizüstü bilgisayar kullanılırsa mekan kısıtlılığı da ortadan

kalkar. Günümüz koşullarında görüntü kalitesi nispeten düşük ve gecikmeli olabilmektedir. Video kamera ve televizyonlu düzenek kullanıldığında ise görüntü kalitesi artar ve gecikme ortadan kalkar.

Literatürde çeşitli eğitim programları vardır (1-3). Kendi hazırladığımız eğitim programıyla farklı kıdemlerde beş asistan, toplam üç seans çalışıldı, çalışma sürelerinin tüm uygulamalarda giderek azaldığını gözledik. Bu da yöntemin amacına ulaştığını gösterdi. Sürenin kısılması el - göz koordinasyonunun kurulması ve manupilasyon pratiğinin gelişmesiyle sağlanmaktadır. Bu bulgular diğer çalışmalar ile uyumludur (1,2). En önemli nokta tüm bu deneyimlerin hastadan bağımsız olarak kazanılmış olmasıdır.

Sonuç olarak kurulumu kolay, basit ve ekonomik bu yöntem ile bir eğitim kutusu oluşturulabilir. Bu yöntem özellikle imkânları kısıtlı merkezlerde laparoskopiyi öğrenmek için olmasa dahi, hastadan bağımsız olarak günlük pratiğin geliştirilmesine katkısı olacaktır. Ayrıca asistan eğitiminde, hasta uygulamalarından önce çok düşük bir maliyetle, el-göz koordinasyonunun gelişmesinin sağlanmasına katkısı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Munz Y, Kumar BD, Moorthy K, Bann S, Darzi A. Laparoscopic virtual reality and box trainers: is one superior to the other? Surg Endosc 2004; 18:485-494.
2. Beatty JD. How to build an inexpensive laparoscopic webcam-based trainer. BJU Int 2005; 96: 679-682.
3. Martinez AM, Espinoza DL. Novel laparoscopic home trainer. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2007 ; 17:300-302.

