

2 **ULUSAL**

**KARADENİZ
CERRAHİ
GÜNLERİ**

19 Ocak 2019

**SELİM ANOREKTAL
HASTALIKLAR
SEMPOZYUMU**

**Sözel Bildiri
Tam Metin Kitabı**



ORDU



DERNEK BAŞKANI

Serdar TÜRKYILMAZ

BİLİMSEL KURUL

Ahmet PERGEL
Ali GÜNER
Ayça GÜLTEKİN
Ayfer KAMALI POLAT
Arif USTA
Cem TERZİ
Cemalettin AYDIN
Cüneyt KAYAALP
Murat KARAKAHYA
Neriman ŞENGÜL
Nuri Aydın KAMA
Serdar TÜRKYILMAZ
Sevil IŞIK
Tuğrul KESİCİOĞLU

BAŞKAN

Sevil IŞIK

GENEL SEKRETER

Murat KARAKAHYA

DÜZENLEME KURULU

Sevil IŞIK
Murat KARAKAHYA
Hamza ÇINAR



2. ULUSAL KARADENİZ CERRAHİ GÜNLERİ 19 OCAK 2019

BİLİMSEL PROGRAM

08:50-09:05 Açılış

Dr. Sevil İŞİK
Dr. Serdar TÜRKYILMAZ
Dr. Tevfik NOYAN

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.
Karadeniz Cerrahi Derneği Başkanı
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

09:05-10:20 Fistül

Moderatör: Dr. Neriman ŞENGÜL –Dr. Cüneyt KAYAALP

09:05-09:20 Anal Fistül Tedavisinde Cerrahi Tedavinin İlkeleri

Dr. Arif USTA TRABZON

09:20-09:40 Laser Tedavisi ve Sonuçları

Dr. Cem TERZİ İZMİR

09:40-10:00 Rektovaginal Fistül

Dr. Ayfer KAMALI POLAT SAMSUN

10:00-10:20 Tartışma

10:20-11:15 Anal Fissür

Moderatör: Dr. Cem TERZİ –Dr. Ayça GÜLTEKİN

10:20-10:35 Minimal İnvaziv Tedavi

Dr. Hamza ÇINAR ORDU

10:35-11:00 Nüks/İyileşmeyen Anal Fissüre Yaklaşım

Dr. Neriman ŞENGÜL BOLU

11:00-11:15 Tartışma

11:15-11:30 Kahve Arası

11:30-13:00 Hemoroidal Hastalıklar

Moderatör: Dr. Serdar TÜRKYILMAZ –Dr. Cemalettin AYDIN

11:30-11:45 Ofis Şartlarında Uygulanabilecek Tedaviler

Dr. İsmail Alper TARIM SAMSUN

11:45-12:00 Cerrahi Tedavi ve Dikkat Edilmesi Gerekenler

Dr. Ayça GÜLTEKİN ZONGULDAK

12:00-12:15 Hemoroidektomi Komplikasyonları ve Tedavisi

Dr. Tayfun BİŞGİN İZMİR

12:15-12:30 Stapler Hemoroidopeksi Sönen Bir Yıldız mı?

Dr. Murat KARAKAHYA ORDU

12:30-12:45 Hemoroid Yönetiminde Rehberler Ne Diyor

Dr. Süleyman KALCAN RİZE

12:45-13:00 Tartışma



13:00-14:00 Öğle Arası

14:00-15:20 Sinüs Pilonidal

Moderatör: Dr. Nuri Aydın KAMA-Dr. Ali GÜNER

14:00-14:20 Minimal İnvaziv Girişimler

Dr. Cüneyt KAYAALP MALATYA

14:20-14:35 Hangi Hastaya Flep, Hangi Flep?

Dr. Murat Bulut ÖZKAN ÇORUM

14:35-14:50 Cerrahın En İyi Bildiği Flep Mi?

Dr. İsmail AYDIN GİRESUN

14:50-15:00 Neden Altın Standart Tedavi Bulunmuş Değil?

Dr. Sevil IŞIK ORDU

15:00-15:20 Tartışma

15:20-15:50 Hukuk Oturumu

Moderatör: Dr. Cem TERZİ

15:20-15:40 Komplikasyon mu Malpraktis mi?

Dr. Hasan Serdar IŞIK ORDU

15:40-15:50 Tartışma

15:50-16:00 Kahve Arası

16:00-17:00 Sözlü Bildiri Oturumu

Moderatör: Dr. Ahmet PERGEL-Dr. Murat KARAKAHYA

17:00-18:00 Sözlü Bildiri Oturumu

Moderatör: Dr. Tuğrul KESİCİOĞLU-Dr. Arif USTA

Tartışma-Sonuç:

Sözlü Bildiri Tam Metin 1

Splenik arter embolisi sonrası totale yakın splenik infarkt: olgu yönetimi **Near total splenic infarct after splenic artery embolism: case management**

Gökhan Demiral, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

Amaç:

Splenik infarkt nadirdir; fokal veya tam olabilir. Splenik arter veya dalları bir emboli veya tromboz ile tıkanıldığında ortaya çıkar. Splenik infarkt çoğunlukla embolik hastalıklar, hematolojik bozukluklar, arterin baskıya uğraması veya tümöral invazyon ile ilişkilidir. Bu bildiride splenik arterin izole embolisi nedeniyle totale yakın splenik infarkt gelişen bir olgunun yönetim sürecinin sunumu amaçlanmıştır.

Yöntem- Bulgular:

53 yaşında kadın hasta 2 gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile hastanemiz aciline başvurdu. Özgeçmişinde geçirdiği bir hastalık, kullandığı ilaç veya herhangi bir ameliyat öyküsü yoktu. Başvuruda tansiyon 110/70 mm/Hg, nabız 76/dk ve ateş 37.4 derece idi. Fizik muayenede sol üst kadrana lokalize hassasiyet mevcut olup akut batın kliniği yok idi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit değeri 20000, CRP 19.3 mg/ dl olup diğer parametreler normal sınırlarda di. Yapılan BT Anjiyografide trunkus çöliakusta tıkanıklık yapmayan thrombus, splenik arter proksimalde total oklüzyon yapan emboli ve dalakta totale yakın infarkt saptanması üzerine düşük molekül ağırlıklı heparin (enoksaparin sodyum 0.6 ml 2x1) ve antibiyotik başlanarak (Ampisilin/Sulbaktam 1gr, 3x1) interne edildi. Tedavisi esnasında kapsüllü bakterilere karşı üçlü aşı uygulandı. Medikal tedavi ile şikayetleri gerileyen hastanın kontrol BT' de trombüs % 25 azalmış dalak kanlanması % 15 kadar artmış olarak 11. Gün önerilerle taburcu edildi.

Emboli sonrası splenik infarkt vakalarının çoğunda iyileşme, etkilenen segmentlerin atrofisi ve fibrozis ile gerçekleşir. Total splenik infarkt ve infarkt sonrası likefaksiyon nekrozu ve apse oluşumu nadir olup literatürde bildirilen vakalar mevcuttur. Bu tür total infarktlar, splenik arterin devamı olan sol gastrik ve sol gastroepiploik arter ile olan kollaterallerin yokluğu durumundaki; splenik arter embolisi ile ilişkilidir. Total infarktların büyük bir çoğunluğu kanserli hastalarda görülür ve ölümcül olup, rapor edilen hastaların hayatta kalması 1 ila 30 gün arasındadır. Akut tam enfarktüs malignite dışında oldukça nadirdir. Olgumuzda tromboz ve sonrasındaki embolinin nedeni ortaya konulamamış hematolojik testler negatif çıkmıştır. Çölyak trunkus kökünde aterosklerotik tromboz ve buna bağlı emboli düşünülmüştür. Splenik arter embolisi sonrası gelişen pankreas nekrozu veya apsesi, genellikle eş zamanlı akut pankreatiti takiben gelişebilir. Pankreas gövdesi ve kuyruğu, dorsal, great ve transvers pankreas arterlerden kanlanır. Dorsal pankreas arter vakaların yaklaşık % 71.6' sında dominant arter olarak tanımlanır; genellikle splenik arterin ilk bölümünden ayrılır.

Çoğu vakada emboli sonrası ilgili segmentte fibrosis gelişir. Dalağın totale yakın infarktı nadir olup splenik arterin devamı olan gastroepiploik arter, sol gastrik arter ve kollateral arterlerin yokluğunda nekroz ve apse gelişmesi ile birlikte görülebilir. Kollateraller sayesinde splenektomiye gerek duyulmayabilir. Yüksek mortalitesi sebebiyle olası apse gelişmesine bağlı komplikasyonların atlanmaması için yakın talip unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Splenik arter, emboli, splenik infarkt.

Kaynaklar:

1)Görg C, Seifart U, Görg K. Acute, complete splenic infarction in cancer patient is associated with a fatal outcome. Abdom Imaging 2004; 29:224-227.

2)Ami S, Meital A, Ella K, Abraham K. Acute Splenic Infarction at an Academic General Hospital Over 10 Years: Presentation, Etiology, and Outcome. *Medicine* 2015; 94:e1363.

3)Schattner A, Adi M, Kitroser E, Klepfish A. Acute Splenic Infarction at an Academic General Hospital Over 10 Years: Presentation, Etiology, and Outcome. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(36).

4)Kim MJ, Seo EK, Kang ES, Kim KM, Oh YM, Cho BH, et al. Pyogenic pancreatic abscess mimicking pancreatic neoplasm: a four-case series. *Korean J Gastroenterol* 2015; 65:252.

5)Wu ZX, Yang XZ, Cai JQ, Liao LM, Yang L, Lin YN, et al. Digital subtraction angiography and computed tomography angiography of predominant artery feeding pancreatic body and tail. *Diabetes Technol Ther* 2011; 13:537-541.

6)Lun Y, Jiang H, Xin S, Zhang J. Splenic and Pancreatic Abscesses Associated with In Situ Thrombosis of Splenic Artery. *Ann Vasc Surg*. 2017; 45:265.e9-265.e11.

Sözlü Bildiri Tam Metin 2

İleri Evre Hemoroidal Hastalık Olgularında Stapler Hemoroidopeksi Yönteminin Sonuçları

Salih Raşit Mizan, İsmail Alper Tarım, Saim Savaş Yürüker

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

Giriş ve Amaç:

Hemoroidler anal kanalın normal vasküler yapılarıdır ancak hemoroidal hastalık oldukça sık görülen patolojik bir durumdur. Hemoroidler mukozanın altında, saat 3,7,11 radiusuna yerleşmiş corpus cavernosum hemoroidalis isimli, arter, ven ve bağ dokudan oluşan yastıklardır. Hemoroidal hastalığın fizyopatoloji için

Thomsonun ortaya koyduğu anal yastıkçıkların kayması teorisi en çok kabul gören teoridir (1). Kabızlık, kronik ishal, kronik ıkınma, uzun süre ayakta kalmayı gerektiren meslekler ve gebelik hemoroidal hastalığın etyolojisinde suçlanan faktörler olmuştur. Hemoroidal hastalık insanların sosyal yaşantısını kötü etkileyen kanama, ağrı, kaşıntı gibi birçok klinik durumun ortaya çıkmasına neden olur.

Hemoroidal hastalık dentate çizginin üzerinden kaynaklanan iç hemoroidal hastalık ve dentate çizginin aşağısından kaynaklanan dış hemoroidal hastalık olmak üzere iki gruba ayıran yazarlar olmakla birlikte uluslararası kabul görmüş sınıflama Goligher tarafından yapılmıştır(2). Goligher sınıflaması dört evreden oluşur;

Evre 1: Hemoroidal yastıkçıklar dentate çizginin üzerinde yer alır, ıkınma ile aşağı inmemektedir,

Evre 2: Hemoroidal yastıkçıklar ıkınma ile dentate çizginin altına sarkmakta, defekasyon sonrası spontan geri dönmektedir,

Evre 3: Hemoroidal yastıkçıklar ıkınma esnasında anal kanaldan dışarı çıkmakta, spontan olarak geri dönmemekte ancak elle içeri itilebilmektedir,

Evre 4: Hemoroidal yastıkçıklar sürekli olarak anal kanaldan dışarı sarkmış bir haldedir ve elle içeri itilememektedir.

Hemoroidal hastalığın tanısı öykü, fizik muayene ve rektosigmoidoskopi ile kolaylıkla yapılabilmektedir. Hastalığın erken evreleri yaşam tarzı değişiklikleri, medikal tedaviler ve ofis şartlarında uygulanabilen (Lastik band ligasyonu, Lazer ablasyon, infrared koagülasyon, skleroterapi vs.) müdahaleler ile tedavi edilmekte iken ileri evre hastalıklarda daha çok cerrahi tedavi yöntemleri (Milligan-Morgan hemoroidektomi, Ferguson hemoroidektomi vs.) gündeme gelmektedir. Prolabe olmuş ileri evre hemoroidal hastalığın cerrahi tedavisinde stapler hemoroidopeksi(SH) yöntemi 1993 yılında Longo tarafından literatüre kazandırılmıştır(3). SH bir dönem çok fazla

tercih edilen teknik olsada bazı komplikasyonları nedeniyle, son yıllarda daha az tercih edilir hale gelmiş bir yöntemdir.

Bu çalışmada amacımız, ileri evre hemoroidal hastalık nedeni ile SH uygulanan olgularımızın sonuçlarını incelemek ve tartışmaktır.

Materyal ve Metod:

Bu çalışmaya ocak 2008– ocak 2019 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde, hemoroidal hastalık nedeniyle ameliyat edilen 199 hasta, retrospektif olarak dosya taranarak ve hastanemiz otomasyon sistemi kullanılarak dahil edildi. İleri evre hemoroidal hastalık nedeniyle SH uygulanan hastaların özellikleri ve postoperatif ortaya çıkan komplikasyonlar (postoperatif kanama, nüks, ağrı) araştırıldı.

Bulgular:

Hastanemizde ocak 2008-ocak 2019 tarihleri arasında 199 hasta hemoroidal hastalık nedeniyle opere edilmiştir. Bu hastaların 93(%46) kadın iken 106(%54) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 45(19-88) idi. 199 hastanın 16(%8) tanesine grade 3-4 hemoroidal hastalık nedeni ile SH uygulanmıştı. SH uygulanan hastaların 12' si (%75) erkek 4' ü (%25) kadın ve yaş ortalaması 39 (22-70) idi. SH uygulanan hastaların ortalama takip süresi 68 ay (3-132) idi. SH uygulanan hastaların ortalama hastanede yatış süresi 1.8 gün(1-3) idi. SH uygulanan 16 hastadan 6'sında (%37.5) hemoroidal hastalığa ek olarak mukozal prolapsus da olduğu tespit edildi. SH uygulanan hastaların 2'sinde(%12.5) postoperatif erken dönemde kan replasmanı uygulanan rektal kanama olduğu, 3(%18.75) hastada ise postoperatif dönemde minimal rektal kanamalar olduğu tespit edildi. SH uygulanan 2(%12.5) hastada postoperatif dönemde medikal tedavi ile gerileyen ağrı şikayeti olmuş. Yine 1(%6.25) hastada ameliyattan 2 yıl sonra nüks olduğu tespit edildi. SH uygulanan hastalarda başka

komplikasyona rastlanmadı.

Sonuç ve Tartışma:

Hemoroidal hastalıkların tedavisinde kullanılan bir çok cerrahi yöntem mevcuttur. Bunlardan biri olan SH yöntemi grade 3-4 hemoroidal hastalığa tercih edilen bir yöntemdir. İtalyan bir cerrah olan Longo tarafından geliştirilmiştir. 2000'li yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır.

Bu ameliyatta dışarıya sarkan hemoroid ve gevşek mukoza dentate çizginin 3-4 cm yukarısında içeriye doğru toplanır. Dentat çizginin proksimalindeki rektal mukozanın bir kısmının özel bir sirküler stapler ile çıkarılması işlemidir. Bu sayede hemoroidleri besleyen venüller bağlanmakta ve fazlalık olan mukoza üst kanala sabitlenmektedir.

Dikiş hattı duyumsamanın az olduğu bölgede kaldığı için ameliyat sonrası ağrı da aynı ölçüde az olacaktır. Bu da ameliyat sonrası birinci gün hastaların pek çoğunun ağızdan kullanılacak parasetamol türü basit ağrı kesiciler ile normal gündelik aktivitelerini yapabilmelerine olanak sağlar.

Anüs cildinde ameliyat kesisi veya yara olmadığı için ameliyat sonrası pansumana, oturma banyolarına gerek olmayacaktır. Ameliyat sonrası dışkılama gereksinimi olduğunda çoğu hastanın beklentisinin aksine aşırı bir ağrı olmayacaktır. Hastaların pek çoğu 3-5 gün içinde işbaşı yapabilecek duruma gelebilmektedirler.

Bu çalışmada kliniğimizde bu yöntemle ameliyat edilen hastaların sonuçlarını değerlendirdik. Literatüre baktığımızda postoperatif kanama oranı olarak %6-25 arasındaki oranlar verilmektedir (4,5). Bizim sonuçlarımızda kanama oranı yüksek olmakla birlikte literatüre benzer orandadır.

Özetle SH tekniği; uygulaması güvenli, ileri evre hemoroidal hastalık olgularında etkin bir tedavi seçeneğidir ancak hastalar erken dönemde kanama açısından dikkatli takip edilmelidir. Hemoroid hastalığına yönelik tüm

girişimsel işlemler (lastik band ligasyonu, klasik hemoroidektomi ve SH) bölgenin bakterilerden zengin bir ortam olması nedeniyle infeksiyon ihtimalini barındırır. Girişimden sonra antibiyotik vererek bu ihtimal azaltılmaya çalışılabilirse de teorik olarak tamamen sıfırlanamaz. Her ameliyatta olduğu gibi girişim bölgesinden kanama riski vardır. Klasik hemoroidektomi ve SH girişimleri sırasında aşırı doku çıkartılması nedeniyle anüsü kapatan adelelerin bir kısmının da zarar görebileceği bazı tıbbi yazılarla gösterilmiştir.

Komplikasyonların olabilecek olması yapılması gereken tedavi girişimini engellememelidir. Önemli olan gereken tüm önlemlerin alınıp riskin olabildiğince aşağı çekilmesidir

Kaynaklar:

1. Wolff BG, Pemberton JH, Wexner SD, Fleshman JW. Hemoroidal Disease. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery 2007;156-77.
2. Goligher J, Duthie H, Nixon H. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 5th ed. London: Balliere Tindall; 1984.
3. Longo A. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. Proceeding of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery; 1998 June 3-6;Rome, Italy. Bologna (IT): Monduzzi Editore;1998:777-784.
4. Finco M, Burchard AK, Matsuda K. A systematic review of stapled haemorrhoidectomy. ArchSurg 2002;32(2):1395-406.
5. Ho YH, Seow-Choen F, Tsang C, Eu KW. Randomized trial assessing anal sphincter injuries after stapled haemo

rrhoidectomy. Br J Surg
2001;27(4):1449-55.

Sözlü Bildiri Tam Metin 3

Kronik Anal Fissürde Botulinum Toksin Enjeksiyonu: Çokta Masum Değil.

Altan AYDIN

Of Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

GİRİŞ:

Anal kanalın girişinde, linea dentataya kadar uzanan ülser anal fissür olarak adlandırılır(1). Tedavide öncelikli olarak konservatif tedavi yöntemleri kullanılsa da tedaviye yanıt vermeyen olgularda cerrahi tedavi gündeme gelebilir. Cerrahi tedavide lateral internal sfinkterotomi(LİS), mukozal ilerletme flepleri, subkutan fissürotomi gibi çeşitli yöntemler kullanılsa da her yöntemin farklı serilerde farklı oranlarda bildirilen anal inkontinans, apse, hematoma, kanama ve flep sorunları gibi değişik komplikasyonları ortaya çıkabilmektedir. Başta anal inkontinans olmak üzere hastanın hayat konforunu ciddi şekilde etkileyen bu komplikasyonlardan dolayı cerrahi dışı tedavi yöntemleri üzerine arayışlar baş göstermiştir. Bunlardan birisi de botulinum toksin uygulamasıdır. Fakat her yöntemde olduğu gibi bu yöntemde de uygulama sonrası bazı komplikasyonlar görülebilmektedir. Bizde bu olgu sunumuzda kronik anal fissür(KAF) tedavisi için dış merkezde botulinum toksin enjeksiyonu yapıldıktan sonra perianal apse gelişen bir hastayı sunarak, uygulama sonrasında oluşabilecek olası komplikasyonlara dikkat çekmeyi amaçladık.

OLGU:

Hastamız 61 yaşında bir erkek hasta olup 15 gün önce kendisine dış merkezde kronik anal fissür tedavisi için botulinum toksin enjeksiyonu yapılmış. Hastanın

makat bölgesinde var olan ağrıları enjeksiyon sonrasında 3-4. günlerde tedrici olarak azalsa da 8-9.günlerden sonra tekrar artmış. Artan ağrıları ile makat arka tarafında şişlik oluşmaya başlamış. Hasta kliniğimize başvuracağı sabah bu şişliğin yoğun iltihabi akıntı sonrası küçüldüğünü, ağrıların azaldığını ve rahatladığını beyan etmekteydi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde(FM) diz-dirsek pozisyonunda saat 12 hizasında dışarıda nöbetçisi memesi olan kronik anal fissürü; ayrıca çepeçevre eksternal(saat 7 hizasındaki tromboze) + prolabe grade 2-3 hemoroidleri mevcuttu. Yine arka-fissür tarafından spontan akıntının olduğu görüldü. Makat yan taraflardan bastırınca akıntının fissür tabanından geldiği görüldü. Hasta yaklaşık 4-5 günden beri kabız olduğunu, tuvalete çıkarken aşırı ağrısının olduğunu; makat etrafında daha önce az olan memelerin bu sırada arttığını ve içeri girmediklerini beyan etmekteydi. Hastaya makat bölgesinde var olan hassasiyet ve ağrıdan dolayı rektal tuşe yapılmadı. Yapılan yüzeysel ultrasonografide makat posteriyor bölgesinde enflamasyon ile uyumlu görünüm dışında loküle bir apse odağından bahsetmediği için daha ileri tetkik yapılmadı.

Hastaya semptomatik tedavi(enfeksiyon + hemoroid + kabızlığa yönelik) verildi. Hastadaki KAF'a yönelik 15 gün öncesinden botulinum toksin enjeksiyonu yapıldığı için fissüre yönelik ekstra bir tedavi verilmedi. Daha sonra hasta 1,3,6 ve 8.haftalarda kontrole çağırıldı. Hasta 1. haftadaki kontrolünde ağrısının subjektif bir ifade ile %70 oranında hafiflediğini, akıntısının azalmaya başladığını ve kendisini daha iyi hissettiğini; 2. haftaki kontrolünde normal olarak tuvalete çıkabildiğini, ağrıların iyice azaldığını, makat etrafındaki şişliklerin küçülmeye başladığını ve akıntısının iyice azaldığını beyan etmekteydi. Hasta 6. Haftadaki kontrolünde ise ağrıların yok denecek kadar azaldığını ve akıntısının lekelenme tarzında olduğunu beyan etmekteydi; hastanın yapılan FM'sinde hemoroid pakelerinin oldukça küçüldüğü ve anal fissür traktının epitelize olmaya başladığı görüldü. Hasta 8.haftada yapılan

kontrolünde ise ağrıların geçtiğini ve akıntısının tamamen kesildiğini beyan etmekteydi; yapılan FM'sinde önceden akıntının olduğu fissür tabanından artık herhangi bir akıntısının olmadığı ve fissür traktının ise tamamen epitelize olduğu görüldü.

TARTIŞMA:

Anal kanalın girişinde, linea dentataya kadar uzanan ülser anal fissür olarak adlandırılır. Dışkılama sırasında makatta ağrı ve parlak kırmızı kanama şeklinde kendini gösterir. Fissür çoğunlukla posterior orta hatta yerleşiktir. Hastaların %16'sında ise fissür anterior orta hatta yerleşik olup bu hastaların çoğunluğu bayan hastadır(2). Etiyolojide lokal travma en iyi bilinen faktördür. Fissür tedavisinde düzenli tuvalet alışkanlığı, diyet ve internal sfinkter spazmını azaltan lokal etkili kremler en sık kullanılan tedavi şeklidir. Bu şekilde hastaların %80-90'ında iyileşme sağlanır(3). Konservatif tedavi ile iyileşme olmaz ise cerrahi tedavi gündeme gelir. Cerrahi tedavide LİS, mukozal ilerletme flepleri, kontrollü anal dilatasyon, subkutan fissürotomi gibi çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Bu yöntemler içerisinde altın standart olarak kabul gören cerrahi yöntem LİS olmakla birlikte bu yöntem %2-3 oranında kalıcı anal inkontinansa sebebiyet verebilmektedir(4). Bu oran düşük gözükse de hasta konforunu ciddi şekilde olumsuz olarak etkilediği için cerrahiye alternatif tedavi yöntemleri aranmıştır. Bunlardan biri de botulinum toksindir. Toksin düşük veya yüksek doz olacak şekilde çoğunlukla intersfinkterik mesafeye ve genellikle anterior orta hattın sağına, soluna ve fissür tabanına olacak şekilde 3 noktaya uygulanır. Yöntem bir çare olarak düşünülse de bu yöntem de kendine göre erken (enfeksiyon, kanama, hematoma) ve geç (geçici inkontinans) dönem komplikasyonlara sebebiyet verebilmektedir. Yöntemin kalıcı inkontinans oranları yok denecek kadar az olmakla birlikte %30'lara varan yüksek nüks oranları mevcuttur(5-6).

Kısaca Botulinum toksini daha az travmatik oluşu ve oluşması muhtemel

olan inkontinansın geçici olması sebebiyle kronik anal fissür tedavisinde artan sıklıkla kullanılmaktadır. Fakat bu tedavinin LİS'e göre yüksek nüks oranının yanında anal apse, hematom ve geçici inkontinans gibi komplikasyonlarının olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anal Fissür, Botulinum Toksini, Komplikasyon

Kaynaklar:

- 1- Gordon PH, Nivatvongs S. Principles And Practice Of Surgery For The Colon, Rectum And Anus. 2nd edition. Quality Medical Publishing Inc 1999; 217-39.
- 2- Dinç T, Ege B, Karslı MF, Faruk Coşkun F. Comparison of botox and lateral internal sphincterotomy treatment outcomes in chronic anal fissures. Dicle Medical Journale 2014;41 (1):133-7.
- 3- Jensen SL. Maintenance Therapy With Unprocessed Brain İn Prevention Of Acute Anal Fissure Recurrence. J R Soc Med 1987; 80: 296—8.
- 4- Shao WJ, Li GC, Zhang ZK. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing botulinum toxin injection with lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. Int J Colorectal Dis. 2009;24(9):995-1000.
- 5- Hazar H. Anal Fissür Ve Yüksek Doz Botulinum Toksini: 11 Hastalık Pilot Çalışma. Kolon Ve Rektum Hastalıkları Dergisi 2013; 23(1): 24-30.
- 6- Koca YS, Yıldız İ, Bülbül MT. Anal Fissür Tedavisinde Düşük Doz Botulinum Uygulaması İle Yüksek Doz Botulinum Uygulamasının Karşılaştırılması. SDÜ Tıp Fak Derg 2018;25(1):50-55

Sözlü Bildiri Tam Metin 4 **KRONİK PİLONİDAL SİNÜS VE** **KOMPLEKS PİLONİDAL SİNÜS** **TEDAVİSİNDE ROMBOİD (LİMBERG)** **FLEP**

Dr. İsmail AYDIN

Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu klinik çalışmanın amacı, Kronik Pilonidal Sinüs (PS) ve Kompleks PS tedavisinde romboid (limberg) flep tekniğinin uygulanabilirliğini ve sonuçlarını göstermektir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2010- Kasım 2018 tarihleri arasında üç farklı hastanede tek cerrah tarafından ameliyat edilen kronik PS ve kompleks PS hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Takibi sağlanamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Toplam 90 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, ameliyat süreleri, ameliyat sonrası komplikasyonları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 78'i erkek (% 86.6), 12'si kadın (% 13.3) idi. Ortalama ameliyat süresi 65.2 dk idi (42.3- 84.7 dk). Hastaların ortalama yaşı 24.6 idi (18.5-30.7). Ameliyat sonrasında en sık görülen komplikasyon 10 hastada meydana gelen yara yeri enfeksiyonu idi (% 11.1). Yara yerinde ayrışma 6 hastada meydana geldi (% 6.6). Flep alt kenarında 4 hastada lokal nüks görüldü (%4.4). Seroma, hematom ve flep nekrozu hiçbir hastada görülmedi. Uzun dönemde hastalarda yara yeri ağrısı ve uyuşma tespit edilmedi.

Sonuç: Kronik PS ve Kompleks PS hastalığının en etkin tedavi yöntemi halen cerrahi tedavi olarak görülmektedir ve cerrahi tedavi şekli içerisinde günümüze dek tanımlanmış birçok yöntem mevcuttur. PS hastalığı basit bir hastalık gibi görünmesine rağmen nüks edebilmesi ve hiçbir cerrahi yöntemin nüks oranının sıfır olmaması nedeniyle halen önemini korumaktadır. Seçilecek cerrahi yöntemdeki hedef düşük komplikasyon ve nüks oranını elde etmek, hastanın konforunu en az bozacak cerrahi seçimi yapmak, kısa iyileşme ve işten uzaklaşma süresi ve iyi kozmetik sonuçlar sağlamaktır. Romboid (limberg) flep yönteminin, PS tedavisinde hastanın tercihi ve cerrahın tecrübesine göre alternatif bir yöntem olduğu ve güvenle uygulanabilir olduğu düşüncesindeyim.

Anahtar kelimeler:kronik pilonidal sinüs,

kompleks pilonidal sinüs, romboid (limberg) flep

uygulanabilirliğini ve sonuçlarını göstermek amaçlanmıştır.

GİRİŞ

Pilonidal sinüs (PS) hastalığı ilk defa 1833 yılında Herbert Mayo (İngiliz fizyolog, anatomist ve cerrah) tarafından tanımlanmış, 1880 yılında da Hodgipilus (kıl) ve nidus (yuva) kelimelerinin birleşimi olan ‘pilonidal’ kelimesini kullanmıştır. Geçmişte konjenital olduğu düşünülmüşse de, 1942 yılında Templeton tarafından ilk kez beberlerin hastalığı olarak tanımlanmış, ardından 1947 ve 1950’de King’in makaleleriyle edinsel olduğu fikri giderek güçlenmiştir.

Karydakis hastalığının gelişiminde kıl köklerinin dönmesine zemin hazırlayan üç faktör tanımlanmıştır; 1) bölgede kıl olması 2) kıl köklerinin dönmeye için yeterli kuvvetin olması 3) cildin hassasiyeti.

Etiyolojisinde derin intergluteal oluk, tüylü genç erişkinler, obezite, uzun süre bası ya da sürtünme, yetersiz kişisel bakım, uzun süreli oturarak çalışma, aşırı terleme ve nem gibi faktörler bulunmaktadır. Sıklıkla yaşamın 2. ve 3. dekatında görülür. Erkeklerde insidansı üç kat daha fazladır. Türkiye’de erkeklerin yaklaşık %10’unda PS hastalığı olduğu tespit edilmiştir, ancak kadınlarda net sıklığı bilinmemekle beraber genel popülasyonun yaklaşık %1’i olarak tahmin edilmektedir. Hastaların yaklaşık %40’ında aile hikayesi mevcuttur. Hidradenitsüpürativa ile birlikteliği yaklaşık %20 oranındadır.

PS hastalığının en etkin tedavi yöntemi halen cerrahi tedavi olarak görülmektedir ve cerrahi tedavi şekli içerisinde günümüze dek tanımlanmış birçok yöntem mevcuttur. PS hastalığının etiopatogenezindeki faktörlerden biri olan derin intergluteal oluk göz önüne alındığında intergluteal oluğun flep ameliyatları ile düzeltilmesi daha rasyonel bir yaklaşım gibi görünmektedir. Flep ameliyatlarının en önemli avantajı hastalıklı alan çıkarıldıktan sonra oluşan defektin dokuda gerginlik olmadan kapatılması ve natal oluğun düzleştirilmesidir. Böylece rekürrens kabul edilebilir bir orana düşmesi sağlanır. Tüm flep yöntemlerinin kendine ait zorluğu, komplikasyonu ve öğrenme dönemi vardır. En sık kullanılan teknikler Karydakis ve Limberg (romboid) flebidir.

Bu çalışmada kronik PS ve kompleks PS tedavisinde romboid (limberg) flepteğniğinin

MATERYAL ve METOD

Ocak 2010- Kasım 2018 tarihleri arasında üç farklı hastanede tek cerrah tarafından ameliyat edilen kronik PS ve kompleks PS hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Takibi sağlanamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Toplam 90 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, ameliyat süreleri, ameliyat sonrası komplikasyonları değerlendirildi.

Cerrahi teknik: Limbergflepeğniğinde sinüs orifisleri merkezde olmak üzere eşkenar dörtgen şeklinde cilt kesisi yapılır ve tüm dokular presakralfasyaya kadar inilerek total olarak çıkartılır. Eksizyon sonrasında eşkenar dörtgenin lateral köşesinin açıortayından geçen ve eşkenar dörtgenin kenar uzunluğuna eşit bir hat çizilir. Bu hattın sonunda dörtgenin üst ve alt lateral kenarına paralel bir hat daha çizilerek flepe hazırlanır. Flepe tabanı gluteal kas üzerindeki fasyayı içerecek şekilde kaldırılır, eksize edilen alanı doldurmak için döndürülür ve bu alanın kenarlarına sütüre edilir. Gluteal alanda kalan yara dudakları primer olarak kapatılır.

Hasta masaya alındıktan sonra genel ya da spinal anestezi sonrasında;

- Antibiyotik profilaksisi uygulanır.
- Kalçalar bantlı, hastaya jack-knife pozisyonu verilir.
- Kalçalar traş edilir ve povidon iyot ile boyanır.
- Sinüsler bulunur ve metilen mavisi enjekte edilir.
- Eksize edilecek doku eşkenar dörtgen şeklinde işaretlenir.
- Tüm hastalıklı dokular presakral ve glutealfasyaya kadar eksize edilir
- Flepe aşağı doğru inerek ve gluteusmaksimusfasyası boyunca şekillendirilir.
- Dikkatli hemostaz sağlanır, sıcak su emdirilmiş gazlı bez tercih edilebilir.
- Flepe geçilir ve emilebilir sütür ile derin fasyayayaklaştırılır.
- Vakumlu dren flepe altına yerleştirilir.
- Yağlı doku emilebilir sütürler ile kapatılır.
- Cilt emilebilir olmayan sütür ile kapatılır.

- dren mayi <20 ml/gün olunca dren çekilir.
- orolantibiyoterapi 5 gün devam edilir.

Tüm hastalara dren konuldu, hastalar ameliyat sonrası 1. gün mobilize edildi, 1. ve 2. gün tüm hastalar taburcu edildi, drenler ameliyat sonrası 4. gün çekildi ve pansumanlar furacin ile yapıldı, Sütürler 12-16 gün arasında alındı.

BULGULAR

Hastaların 78'ı erkek (% 86.6), 12'si kadın (% 13.3) idi. Ortalama ameliyat süresi 65.2 dk idi (42.3- 84.7 dk). Hastaların ortalama yaşı 24.6 idi (18.5-30.7). 8 hasta farklı cerrahi teknikler sonrası nüks sebebiyle ameliyat edildi.

Ameliyat sonrasında en sık görülen komplikasyon 10 hastada meydana gelen yara yeri enfeksiyonu idi (% 11.1), lokal pansuman ve sistemik antibiyoterapi ile hepsi düzeldi. Yara yerinde ayrışma 6 hastada meydana geldi (% 6.6), ıslak pansuman ve lokal anestezi altında sütüreedildi .Flep alt kenarında 4 hastada lokal nüks görüldü (%4.4), lokal anestezi altında debridman+ıslak pansumanlar sonrasütüre edilerek kapatıldı. Seroma, hematoma ve flep nekrozu hiçbir hastada görülmedi. Uzun dönemde hastalarda yara yeri ağrısı ve uyuşma tespit edilmedi.

TARTIŞMA

PS hastalığı Tezel'in yaptığı bir çalışmada 5 gruba ayrılmıştır:

- Tip 1- Asemptomatik sinüs ağzı (apse/drenaj öyküsü olmayan)
- Tip 2- Akut pilonidal apse
- Tip 3- Apse/drenajı ya da akıntı öyküsü olan (septomatik) naviküler bölgeye sınırlı sinüs ağzıları
- Tip 4- Naviküler bölge dışında bir veya daha fazla sinüs ağzı bulunması
- Tip 5- Herhangi bir cerrahi tedavi sonrası rekürrens

Hastalığın tanısı genelde klinik olarak hikaye ve fizik muayene bulgularına göre konmaktadır. Fizik muayene bulguları arasında intergluteal olukta sinüs orifis(ler)i, apse, ağrılı lezyon(lar), pürülan akıntı ve gluteus üzerinde piyogenikgranülom benzeri sinüs açıklıklar yer alır. Sinüs orifisleri içinde kıllar görülebilir. Akut hastalık selülit ve flüktuan bir kitlenin eşlik ettiği apse ile karakterizedir. Kronik hastalık ise kronik drene olan sinüs (ler) veya

tekrarlayan akut ataklar ile belirti verir.

Kronik PS hastalığının cerrahi tedavisi dört gruba ayrılır:

- 1- insizyon ve debridman
- 2- eksizyon ve açık bırakma / marsüpiyalizasyon
- 3- eksizyon ve primer kapama
- 4- eksizyon ve flep ile kapama

Tip-3 ve tip-4 hastalık kronik PS ve tip – 4 hastalık kompleks PS hastalığını oluştururlar, tip-5 hastalık rekürrens PS hastalığını oluştururlar. Kompleks ve nüks hastalıkta flep yöntemleri sıklıkla tercih edilir. Flep ameliyatlarının en önemli avantajı hastalıklı alan çıkarıldıktan sonra oluşan defektin dokuda gerginlik olmadan kapatılması ve natal oluşun düzeltilmesidir.

Limbergfleprefraktör hastalığın cerrahi tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Bu tekniğin hastalığın nüksü (%0-6) ve hasta toleransı açısından sonuçları oldukça yüz güldürücüdür. Limbergflep ile primer kapamanın karşılatırıldığırandomize bir çalışmada limbergflep sonrası daha az ağrı, daha kısa ilk mobilizasyon süresi (1 ve 2 gün), daha az komplikasyon (%3 ve%24) ve daha kısa sürede işe dönüş (9.5 ve 19 gün), daha az nüks oranı (%0 ve%11) ancak daha uzun ameliyat süresi (60 ve 45 dk) saptanmıştır. V-Y ilerletme flebi ile karşılaştırıldığında yara komplikasyonları ve hastanede yatış süresi arasında bir fark saptanmamış olup limbergflep sonrasında nüks oranı daha düşük bulunmuştur. Limbergflep ile primer kapamanın karşılatırıldığırandomize bir çalışmada limbergflep sonrası daha az ağrı, daha kısa ilk mobilizasyon süresi (1 ve 2 gün), daha az komplikasyon (%3 ve%24) ve daha kısa sürede işe dönüş (9.5 ve 19 gün), daha az nüks oranı (%0 ve%11) ancak daha uzun ameliyat süresi (60 ve 45 dk) saptanmıştır. V-Y ilerletme flebi ile karşılaştırıldığında yara komplikasyonları ve hastanede yatış süresi arasında bir fark saptanmamış olup limbergflep sonrasında nüks oranı daha düşük bulunmuştur. PS hastalığının etiopatogenezindeki faktörlerden biri olan derin intergluteal oluk göz önüne alındığında intergluteal oluşun flep ameliyatları ile düzeltilmesi daha rasyonel bir yaklaşım gibi görünmektedir. Ameliyat sonrası dren konması yarada sıvı toplanma insidansını azaltmakla birlikte, yara enfeksiyonu ve nüks açısından bir fark yaratmamaktadır. Limberg ve karydakisflep yöntemleri iki randomize

çalışmada karşılaştırılmış ve her iki yöntemin benzer klinik sonuçları verdiği ancak bir çalışmada enfeksiyöz komplikasyonların karydakislep sonrası daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Güner ve ark. Cleft lift ve limbergflebin karşılaştırdıkları çalışmada kısa ameliyat süresi, daha iyi yaşam kalite skoru nedeniyle CL daha tercih edilebilir bulmuşlardır ve daha hafif eksize edilen doku ağırlığı, daha iyi ağrı skoru ve daha az fiziksel kısıtlama olduğunu kaydetmişlerdir.

SONUÇ

PS hastalığının en etkin tedavi yöntemi halen cerrahi tedavi olarak görülmektedir ve cerrahi tedavi şekli içerisinde günümüze dek tanımlanmış birçok yöntem mevcuttur. PS hastalığı basit bir hastalık gibi görünmesine rağmen nüks edebilmesi ve hiçbir cerrahi yöntemin nüks oranının sıfır olmaması nedeniyle halen önemini korumaktadır. Uygulanacak tedavinin cerrah ve hastanın tercihi ve hastalığın şiddetine göre belirlemek en doğru seçenek olarak görülmektedir. Romboid (limberg) flep yönteminin, PS tedavisinde hastanın tercihi ve cerrahın tecrübesine göre alternatif bir yöntem olduğu ve güvenle uygulanabilir olduğu düşüncesindeyim.

KAYNAKLAR

1. Muhammad Sohail Jabbar,¹ Mahwish Mahboob Bhutta,² and Nayyab Puri³ Comparison between primary closure with Limberg Flap versus open procedure in treatment of pilonidal sinus, in terms of frequency of post-operative wound infection. Pak J Med Sci. 2018 Jan-Feb; 34(1): 49–53
2. Dimitrios Prassas, Thomas-Marten Rolfs, Franz-Josef Schumacher, Andreas Krieg: Karydakislep flap reconstruction versus Limberg flap transposition for pilonidal sinus disease: a meta-analysis of randomized controlled trials; Langenbeck's Archives of Surgery August 2018, Volume 403, Issue 5, pp 547–554
3. Kenan Çetin, Hasan Ediz Sikar,⁴ Aytaç Emre Kocaoğlu, Muhammet

- Fikri Kündes, Mehmet Karahan, and Levent Kaptanoğlu: Evaluation of intradermal absorbable and mattress sutures to close pilonidal sinus wounds with Limberg flap: a prospective randomized comparative study; Ann Surg Treat Res. 2018 Feb; 94(2): 88–93.
4. Rajabi A¹, Dolovich AT², Johnston JD³. From the rhombic transposition flap toward Z-plasty: An optimized design using the finite element method. J Biomech. 2015 Oct 15;48(13):3672-8.
5. Sahebally SM¹, McMahon G², Walsh SR², Burke JP³. Classical Limberg versus classical Karydakislep flaps for pilonidal disease- an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Surgeon. 2018 Aug 22. pii: S1479-666X(18)30092-1.
6. Azab AS, Kamal MS, Saad RA, Abou al Atta KA, Ali NA.: Radical cure of pilonidal sinus by a transposition rhomboid flap. Br J Surg. 1984 Feb;71(2):154-5.
7. Boshnaq M^{1,2}, Phan YC¹, Martini I¹, Harilingam M¹, Akhtar M¹, Tsavellas G¹: Limberg flap in management of pilonidal sinus disease: systematic review and a local experience. Acta Chir Belg. 2018 Apr; 118(2):78-84.
8. Selim Sözen*, Ömer Topuz*, Yunus Dönder*, Seyfi Emir**, Cengizhan Şan Özdemir**, Mustafa Keçeli*, Hacı Ahmet Baktır**, Bekir Sarıcık** Comparison between Karydakislep flap repair and Limberg flap for surgical treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus (short term results); Ulusal Cerrahi Dergisi 2010; 26(3): 153-156
9. Cihan A¹, Mentes BB, Tatlicioglu E, Ozmen S, Leventoglu S, Ucan BH. Modified Limberg flap reconstruction compares favourably with primary repair for pilonidal sinus surgery. ANZ J Surg. 2004 Apr;74(4):238-42.
10. Erkent M, Şahiner İ, Bala M, Kendirci M, Topçu R, Bostanoğlu S Dolapçı M: Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Uygulanan Primer Onarım, Limberg

- Flep Tekniği ve Karydakıs Ameliyatlarının Karşılaştırılmaları;
11. Duran Y, Yümün H A, Özer K, Polat F R: Pilonidal Sinüs Cerrahi Tedavisinde V-Y İlerletme Flebi Tekniği ile Primer Onarım Tekniğinin Karşılaştırılması;
 12. A. Peter WY SOCKI^{a,b}: Flaps for Pilonidal Sinus Disease; Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2018;11(2):124-9
 13. Zeynep ÖZKAN^a, Abdullah BÖYÜK^a: Cleft Lift Technique; Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2018;11(2):130-9
 14. Arda IŞIK^a, Deniz FIRAT^b, Ufuk Oğuz İDİZ^c: Nüks/Komplike ve Akut Olgularda Yaklaşımlar; Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2018;11(2):112-4
 15. Volkan ÖZBEN^a, Bilgi BACA^a: Pilonidal Sinüs Hastalığı ve Cerrahi Tedavisi; Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2016;9(2):55-61
 16. Mustafa GİRGIN^a: Pilonidal Sinüs Tedavi Seçeneklerine Genel Bakış; Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2018;11(2):94-8
 17. Çağrı BÜYÜKKASAP^a, Ekmel TEZEL^a: Sakrokoksigeal Bölge Anatomisi ve Pilonidal Sinüs Hastalığının Klinik Sınıflandırması; Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2018;11(2):88-93
 18. Burhan Hakan KANAT^a, Yavuz Selim İLHAN^b: Pilonidal Hastalığın Tarihçesi; Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2018;11(2):81-4
 19. Cemalettin CAMCI^a: Pilonidal Sinüs Hastalığı: Tanım/Epidemiyoloji/Patofizyoloji/Klinik Seyir; Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2018;11(2):85-7
 20. Bali İ¹, Aziret M², Sözen S¹, Emir S¹, Erdem H³, Çetinküner S³, İrkörücü Q²: Effectiveness of Limberg and Karydakıs flap in recurrent pilonidal sinus disease; Clinics (Sao Paulo). 2015 May;70(5):350-5.
 21. Horwood J¹, Hanratty D, Chandran P, Billings P: Primary closure or rhomboid excision and Limberg flap for the management of primary sacrococcygeal pilonidal disease? A meta-analysis of randomized

controlled trials; Colorectal Dis. 2012 Feb;14(2):143-51.

22. Topgül K¹, Ozdemir E, Kiliç K, Gökbayır H, Ferahköşe Z: Long-term results of limberg flap procedure for treatment of pilonidal sinus: a report of 200 cases. Dis Colon Rectum. 2003 Nov;46(11):1545-8.
23. Pomazkin VI: Modified Limberg plasty in treatment of epithelial coccygeal passage; Khirurgiia (Mosk). 2015;(5):51-55.

Sözlü Bildiri Tam Metin 5

2. ULUSAL KARADENİZ CERRAHİ GÜNLERİ 19 OCAK 2019 SELİM ANOREKTAL HASTALIKLAR

AMYAND HERNİ; OLGU SUNUMU

Tuğrul KESİCİOĞLU

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

ÖZET

AMAÇ

İnkarsere inguinal herni nedeniyle opere edilen ve peroperatuvar Amyand hernisi tanısı konan bir hasta ve konu ile ilgili literatür incelenmiştir.

METOT

Inguinal herni ön tanısıyla ameliyat edilen hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

SONUÇ

Amyand Herni çoğu zaman insidental olarak saptanmaktadır. Amyand herninin preoperatif tanısı zordur ve tanı genellikle ameliyat esnasında konur. Aynı insizyon ile apendektomi ve herni onarımı yapılabilir.

Anahtar Kelimeler : Amyand herni, İnguinal herni, Appendiks

TAM METİN

GİRİŞ

İlk olarak 1735 yılında Claudius Amyand tarafından inguinal herni kesesinde perforate appendiks varlığı olarak tanımlanmıştır. İnguinal herniler ve akut apandisit sık görülen cerrahi hastalıklar olmakla beraber birliktelikleri nadir görülür. (1,2) İnguinal herni kesesi içinde apendiks rastlanma oranı %1 iken, inkarsere inguinal hernilerde akut apandisit olma durumu % 0.13-0.62' dir. (3,4) Nadir görülen bu klinik durum peroperatuar cerrahi tedavi seçeneklerinde değişikliklere neden olabilmektedir.

OLGU

Elli dört yaşında erkek hasta sağ kasıkta ağrı-şişlik şikayeti mevcuttu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 12000, tam idrar tahlili ve diğer biyokimya parametrelerinin normal olduğu görüldü. Radyolojik tetkiklerinde ayakta direk batın grafisi normal olarak değerlendirildi. Hasta sağ inkarsere inguinal herni tanısı ile yatırılıp herni kesesinin redükte edilememesi üzerine acil operasyona alındı. Sağ inguinal insizyon ile inguinal kanal eksplore edildi ve herni kesesine ulaşıldı. Kese içinde appendiks normalden büyük, ödemli ve hiperemik olduğu görüldü ve akut apandisit olarak değerlendirildi (Resim 1). Hastaya standart apendektomi takiben lichtenstein herni onarımı yapıldı. İkinci nesil sefalosporin ile 3 gün antibiyotik tedavisi uygulandı. Hasta postoperatif 3.gün taburcu edildi.



TARTIŞMA

Amyand hernisi ilk olarak Kral II. George'un cerrahi olan Claudius Amyand (1860-1740) tarafından Londra'da 11 yaşında erkek hastada inguinal herni kesesi içinde perforate appendiks olması ile tanımlanmıştır. (5) Erkeklerde kadınlara göre sık görülmekte olup Amyand hernilerin büyük çoğunluğu sağ inguinal bölgede, az bir kısmı ise sol inguinal bölgede yerleşim göstermektedir. (6) Amyand hernisinde akut apandisit patofizyolojisi hala tartışmalıdır. Genellikle apendiks intraluminal tıkanıklığı yerine fitik boynundaki basınca bağlı ekstralüminal tıkanıklığa bağlıdır. (7,8) Kas kontraksiyonu ya da başka ani intra-abdominal basınç artışı apendiks kompresyonuna neden olabilir, bu da daha fazla inflamasyona neden olur. (8,9) Kan dolaşımı daha sonra kesilebilir veya önemli derecede azaltılır ve inflamasyon ve bakteriyemisi ile sonuçlanır. (7,9)

Kese içinde akut apandisit ya da perforate apandisit, özellikli belirti ve bulgulara sahip değildir ve preoperatif Amyand hernisi tanısı koymak oldukça zordur. Kese içinde apendiks vermiform saptanması halinde apendektomi uygulanıp uygulanmaması rutin herni onarımlarında enfeksiyon riskinden dolayı tartışma konusudur. Tedavi yaklaşımları herni kesesi içinde bulunan apendiks durumuna göre değişmektedir. Kese içinde bulunan

apendiks eğer inflame ya da perforé ise en fazla kabul gören prosedür apendektomi ve aynı insizyon kullanılarak herni tamiri yapılmasıdır. Apendisit bulgusu olmayan olgularda apendektomi uygulanması tartışmalıdır. Ofili , Amyand hernisi saptadığı 11 hastaya apendektomi uyguladığını; nüks fitik veya yara yeri enfeksiyonuna rastlamadığını bildirmiş ve tüm Amyand hernilerinde apendektomi yapılması gerektiğini savunmuştur. (10) Biz de olgumuzda apendektomiyi takiben mesh herniorafi yöntemini uyguladık ve hastamızda postoperatif dönemde gerek appendiks güdüğü ve gerekse yara yerine ait olabilecek herhangi bir komplikasyona rastlamadık.

KAYNAKLAR

1. Öztürk E, Garip G, Yılmazlar T. Amyand Herni. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30(3): 225-226.
2. Hutchinson R. Amyand's hernia. J R Soc Med 1993; 86(2): 104-105.
3. Logan MT, Nottingham JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix with in an inguinal hernia and review of the literature. Am Surg 2001;67(7):628-9.
4. House MG, Goldin SB, Chen H. Perforated Amyand's hernia. South Med J. 2001;94(5):496-8.
5. Bakhshi GD, Bhandarwar AH, Govila AA. Acute appendicitis in left scrotum. Indian J Gastroenterol 2004; 23(5): 195.
6. Meinke AK. Review article: appendicitis in groin hernias. J Gastrointest Surg 2007;11(10):1368-72.
7. Barut I, Tarhan OR. A rare variation of Amyand's hernia: gangrenous appendicitis in an incarcerated inguinal

hernia sac. Eur J Gen Med. 2008;5:112-4

8. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases. Hernia. 2003;7:50-1
9. Singal R, Mittal A, Gupta A, Gupta S, Sahu P, Sekhon MS. An incarcerated appendix: report of three cases and a review of the literature. Hernia. 2010;16:91-7.
10. Ofili OP. Simultaneous appendectomy and inguinal herniorrhaphy could be beneficial. Ethiop Med J 1991;29(1):37-8

Sözlü Bildiri Tam Metin 6

Hemoroidal hastalıkta Sklerozan Ajan Uygulaması Deneyimimiz

Çağrı Akalın

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, ORDU

Giriş:

Hemoroidal hastalıklar dünya çapında sık görülen hastalıklardan biri olup, dünya çapında prevalansı %4.4 civarında seyretmektedir (1). Dentat line hizasına göre iç ve dış olarak sınıflandırılırlar. Medikal tedaviye dirençli iç ve dış hemoroidal hastalıklar konservatif tedavi veya cerrahi tedaviye adaydırlar (2-4).

Konservatif tedavi seçenekleri arasında bant ligasyonu, skleroterapi vs. gibi işlemler mevcuttur (5). Skleroterapi işlemi hemoroidal pakenin submukozal alanına sklerozan ajan enjeksiyonu şeklinde yapılmaktadır. Sklerozan ajan olarak ALTA (Aluminum potassium sulfate and tannic acid), %5 kinin, %23.4 hipertonic salin solüsyonu ve %5 fenol gibi ajanlar kullanılmıştır (6).

Bu çalışmada amacımız internal hemoroidal hastalıkta sklerozan ajan olarak %20'lik

hipertonik salin solüsyonu uyguladığımız hastaları literatür eşliğinde sunmaktır.

Materyal ve Metod:

Kasım 2016 - Nisan 2017 tarihleri arasında Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi polikliniğine dışkılama sırasında rektal kanama ve prolapsus ile gelen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya internal hemoroidal hastalık nedeniyle skleroterapi uygulaması yapılan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, anal muayene bulguları, kolonoskopi sonuçları, operasyon süresi, sklerozan ajan uygulaması dozu, yatış süresi, komplikasyonlar ile uygulama sonrası semptomların durumu analiz edildi. Çalışmaya acil şartlarda opere edilen hastalar, 18 yaş altı hastalar ve verilerine ulaşılamayan hastalar dahil edilmedi. Hasta verilerine hastane bilgi işlem sistemi ve hasta dosyasından ulaşıldı. Hastalara profilaksi amaçlı operasyondan hemen önce 3.kuşak sefalosporin + metronidazol intravenöz yoldan verildi. Hastalardan operasyon öncesi bilgilendirilmiş yazılı onam formu alındı.

Kolonoskopi işlemi: Tüm hastalara uygun bağırsak temizliği sonrası sedasyon eşliğinde sol lateral dekubitus pozisyonunda flexible kolonoskopi işlemi uygulandı.

Cerrahi işlem: Hastaların tamamı lokal anestezi altında sol lateral dekubitus pozisyonunda ameliyathane şartlarında opere edildiler. %20'lik hipertonik salin solüsyonu 5 mililitrelik (ml) enjektöre 2'şer ml olarak çekilip, enjektör ucu PPD (Tüberküloz cilt testi) enjektör ucu ile değiştirildi. Anal spekulum aracılığıyla internal hemoroid pakeleri görülüp, patolojik pakenin submukozal alanına, vertikal ekseninde 1-2 cm ilerletilerek, 2'şer ml çözelti enjekte edildi. Enjeksiyondan hemen sonra yaklaşık 1 dakika boyunca enjekte edilen hemoroid pakesi üzerine baskı gazlı bez aracılığıyla dijital baskı uygulandı.

Komplikasyonlar erken ve geç olarak kategorize edildi. Erken komplikasyonlar ağrı ve kanama olarak; geç komplikasyonlar enfeksiyon olarak sınıflandırıldı. Uygulama sonrası semptomların durumu hastaların poliklinik kontrolü semptomları olarak tarif

edildi. İşlem sonrası semptomları ve fizik muayene bulguları gerilemeyen hastalar nüks olarak kabul edildiler.

Hastalar operasyon sonrası uygun diyet listesi, gaita yumuşatıcı ilaç ve oral analjezik ile taburcu edildi. Taburculuk sonrası 3.gün, 7 .gün, 1.ay ve 3. ay poliklinik kontrollerine çağırıldılar.

Bulgular:

Toplam 9 hasta bulunmakta olup, hastaların 2'si kadın, 7'si erkek cinsiyette idi. Hastaların yaş ortalaması 57.44±4.56 olarak saptandı. Toplam 6 hastanın grade 1, 3 hastanın grade 2 internal hemoroidal hastalığı mevcuttu. Kolonoskopilerinde internal hemoroidler dışında patoloji gözlenmedi. Operasyon süresi 8.3±3.7 dakika olarak saptandı. Fizik muayenelerinde 1 adet internal hemoroidal hastalığı olan 4 hastaya 1'er ml (grade 1), geri kalan 5 hastaya da 2'şer ml (grade1 ve 2) sklerotik ajan kullanıldı. 3 adet internal hemoroidal pakesi olan hastanın diğer enjeksiyonu geri kalan pakelerden büyük olana yapıldı. Hiçbir hastanın 3 internal hemoroidal pakesine işlem yapılmadı. Hiçbir hastada kolonoskopi işlemi sırasında komplikasyon gelişmedi. Hastalar post-operatif aynı gün taburcu edildiler.

Erken dönemde 4 hastada ağrı kesici ilaçlara yanıt veren hafif derecede ağrı mevcut olup hiçbir hastada kanama gözlenmedi. Hiçbir hastada post-operatif dönemde operasyon bölgesinde enfeksiyon, ateş ve rektal kanama gözlenmedi. 1 hastada post-operatif 7.gününde fizik muayenede dentat line hizasında, sklerotik ajan uygulanan lokalizasyonun distalinde 1x1 cm boyutlarında, yüzeyden kabarık lezyon izlendi (Fibrozise sekonder?, inflamasyon?, iskemik alan?). Medikal tedaviye devam edilen hastanın muayene bulgusu 2 ay içinde geriledi. 3.ay kontrollerinde hastaların 7'sinde semptomların gerilediği gözlemlendi. Semptomları gerilemeyen 2 hastaya skleroterapi tekrarı önerildi, kabul etmeyen hastalara hemoroidektomi yapıldı.

Tartışma:

Skleroterapi ilk olarak 1869'da Morgan tarafından semptomatik iç hemoroid tedavisi

için tanımlanmıştır. İnflamasyon odağı oluşturmak için sklerozan ajan iç hemoroid tabanındaki submukozal dokuya enjekte edilir. Bu, fibroze ve submukozal anal yastığın yapışmasını sağlayarak venöz pleksusun oluşumunu hafifletir. Sonuçta fibrovasküler yastığın normal anatomik pozisyonunda sabitlenmesine, prolapsusun önlenmesine ve gelecekteki mukozal travmayı sınırlandırmak için yastığın boyutunu küçültmeyi sağlar (7).

Çalışmalarda sklerozan ajan uygulama endikasyonu olarak 1-3. internal hemoroidal hastalıklar kadar geniş yelpazededir (8). Operasyonlarımızda hastalarımızda grade 1 ve 2 internal hemoroidler mevcuttu.

Sklerozan ajan uygulaması endikasyonları; grade 1-3 internal hemoroidal hastalığa sahip yüksek ASA skoru sahibi ve kanama profili bozukluğu olarak belirtilmektedir. Kontrendikasyonları arasında hastaların aktif inflamatuvar bağırsak hastalığı, portal hipertansiyon, anorektal enfeksiyon ve immunsupresif hastalıklar sayılabilir (9). Hastalarımızın hepsi grade 1 ve 2 internal hemoroidal pakelere sahip olup skleroterapi için tüm endikasyonları içermekteydi. Ayrıca hastalarımıza skleroterapi işlemi yapılmamasını gerektiren herhangi bir kontrendikasyon bulunmamaktaydı.

Yapılan çalışmalarda kullanılan maddelere bağlı olarak makatta ağrı, kanama, enfeksiyon, apse, ülser, fournier gangreni, kimyasal hepatit, gaz ve/veya gaita kaçırma, hematüri, hematospermi, erektil disfonksiyon, prostatit gibi komplikasyonlar ortaya çıkmıştır (10,11). Bizim hastalarımızda makatta ağrı dışında gelişen herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Litarüterde sklerozan ajan uygulamasının etkinliği hakkında bir çok çalışma mevcuttur. Mac Rae ve ark.nın 1995 yılında yaptığı bir meta-analizde grade 1-3 internal hemoroidlere uygulanan fotokoagülasyon, bant ligasyonu ve sklerozan ajan uygulamasının arasında en etkili olan yöntemin sklerozan ajan uygulaması olduğunu ifade etmişlerdir (12). Kanellos ve ark.nın yaptığı bir çalışmada ise sklerozan ajan uygulamasının başarısı %48 ile %70 arasında belirtilmiştir (13). Çalışmamız literatür ile uyumlu idi.

Sklerozan ajan uygulamasının her ne kadar basit, öğrenmesi kolay ve lokal anestezi eşliğinde bile uygulanabilir olmasına rağmen uygulanacak bütün anal prosedürlerin hepsinin lokal ya da sistemik komplikasyonları olabileceği göz önüne alınarak ve uygun hasta seçimine dikkat ederek sklerozan ajanların endike hastalarda uygulanabileceğini düşünüyoruz.

Kaynaklar:

1. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology*. 1990; 98: 380–86.
2. D. E. Rivadeneira, S. R. Steele, C. Ternent, S. Chalasani, W. D. Buie, and J. L. Rafferty, “Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010),” *Diseases of the Colon & Rectum*, vol. 54, no. 9, pp. 1059–1064, 2011.
3. D. F. Altomare, A. Roveran, G. Pecorella, F. Gaj, and E. Stortini. “The treatment of hemorrhoids: guidelines of the Italian Society of Colo-Rectal Surgery,” *Techniques in Coloproctology*, vol. 10, no. 3, pp. 181–186, 2006.
4. S. Buntzen, P. Christensen, A. Khalid et al., “Diagnosis and treatment of haemorrhoids,” *Danish Medical Journal*, vol. 60, no. 12, Article ID B4754, 2013.
5. M. Takano, J. Iwadare, H. Ohba et al., “Sclerosing therapy of internal hemorrhoids with a novel sclerosing agent: comparison with ligation and excision,” *International Journal of Colorectal Disease*, vol. 21, no. 1, pp. 44–51, 2006.
6. Y. Hachiro, M. Kunimoto, T. Abe, M. Kitada, and Y. Ebisawa. “Aluminum potassium sulfate and tannic acid (ALTA) injection as the mainstay of treatment for internal hemorrhoids,” *Surgery Today*, vol. 41, no. 6, pp. 806–809, 2011.
7. Morgan J. Varicose state of saphenous haemorrhoid treated successfully by the injection of tincture of persulphate of iron.

Medical Press and Circular 1869: 29–30.

8. Chew SS, Marshall L, Kalish L et al. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. Dis Colon Rectum 2003; 46: 1232–237.

9. Afavi A, Gottesman L, Dailey T. Anorectal surgery in the HIV+ patient: update. Dis Colon Rectum 1991; 34: 299–304.

10. Rashid M, Murtaza B, Gonda IZ, Mehmood A, Shah S et al. Injection sclerotherapy for haemorrhoids causing adult respiratory distress. J Coll Physicians Surg Pak. 2006 May; 16: 373-5.

11. Suppiah A, Perry E. Jaundice as a presentation of phenol induced hepatotoxicity following injection sclerotherapy for haemorrhoids. Surgeon 2005; 3: 43–44.

12. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. Dis Colon Rectum 1995; 38: 687–94.

13. Kanellos I, Goulimaris I, Vkalis I et al. Long-term evaluation of sclerotherapy for haemorrhoids: a prospective study. Int J Surg Investig 2000; 2: 295–98.

Sözlü Bildiri Tam Metin 7

Tam Metin Sözlü Sunum Kronik Anal Fissür Tedavisinde Botoksa Bağlı Gelişen Makülopapüler İlaç Erüpsiyonu

Hamza Çınar

***: Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel
Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ordu
Özet**

Kronik anal fissür tedavisinde botulinum toksini yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kronik anal fissür hastalarında cerrahi öncesi yapılması önerilmektedir. Botulinum toksini enjeksiyonu düşük komplikasyon ile güvenli bir şekilde

uygulanabilir. Hekim Botox uygulaması sırasında daima uyanık olmalıdır çünkü beklenmedik komplikasyonlar görülebilir. Çalışmamızda kronik anal fissür tedavisinde kullanılan Botulinum toksinine karşı gelişen nadir bir komplikasyon olan makülopapüler İlaç erüpsiyonunun sunulması amaçlanmıştır. **Anahtar kelimeler:** Botulinum toksini, makülopapüler ilaç erüpsiyonu, komplikasyon

Giriş: En sık görülen benign anorektal hastalıklardan biri olan anal fissür, anal kanalın son kısmından linea dentataya kadar uzanan yüzeysel yırtık olarak tanımlanır; ağrı, kanama, kaşıntı gibi şikayetlerle seyrederek, genellikle 3. ve 4. dekatlarda ortaya çıkar ve %90'ı posterior hatta bulunur(1). Anal fissür oluşmasında ki en önemli etyolojik faktör internal anal sfinkter istirahat basıncının yüksekliğidir(2). Kronik anal fissür(KAF) tedavisinde internal anal sfinktere uygulanan Botulinum toksini(BT) kası gevşeterek fissür iyileşmesine zemin hazırlar. Çalışmamızın amacı KAF nedeniyle botoks uygulanan hastada tüm vücut cildinde gelişen makülopapüler İlaç erüpsiyonunu sunmaktır.

Olgu: 3 yıldır KAF tanısı olan ve medikal tedaviye cevap vermeyen 33 yaşında kadın hasta ameliyathane de sedasyon yapılarak litotomi pozisyonuna alındı. Hastaya uygulanan BT; 100 ünite BT içeren flakonlar (Botox 100 i.ü. liyofilize toz içeren flakon, Allergen Pharmaceuticals Ireland) 'dan temin edildi. Flakon bir mililitre (ml) serum fizyolojik ile sulandırıldı. Bir ml'lik insülin enjektörüne sulandırılan flakon içeriğinin 0.9 ml'si yani 90 ünitesi çekildi. BT enjeksiyonu intersfinkterik aralığa yapıldı. Anal fissür posterior yerleşimli olduğu için enjeksiyon 30'ar ünite olarak anterior orta hattın sağına, soluna ve fissür tabanına yapıldı. BT uygulanır uygulanmaz hastanın tüm vücudunda kaşıntı, yaygın kızarıklık, kabarma ve deri döküntüleri gözlemlendi. Hastaya steroid ve antihistaminik tedavisi uygulandı. Hastanın kaşıntısının ve deri döküntülerinin gerilediği gözlemlendi. Servis de bir gece takip edildi. Kaşıntısı ve deri lezyonları tamamen düzelen hasta taburcu edildi.

Tartışma: Anal fissür tanımlaması yapılırken makatta yırtık, ağrı ve kanama gibi semptomların altı haftadan daha kısa süre bulunması durumuna akut anal fissür denirken

daha uzun süre semptomların devam etmesine ise KAF denir(3). KAF tedavisinde temel amaç internal anal sfinkter spazmını azaltmaktır. KAF tedavisi zor bir hastalıktır. KAF tedavisinde lateral internal sfinkterotomi %90'lara varan etkinliği ile halen günümüzün en başarılı tedavi yöntemidir fakat en önemli dezavantajı ise % 8-30'lara ulaşan gaz/gaita inkontinansdır(4-7). Cerrahi sonrası yüksek anal inkontinans oranları nedeniyle KAF tedavisinde yeni yöntemler araştırılmakta olup çizgili kasları geçici olarak paralize eden BT de bunlardan biridir. Gram (+) anaerob bir bakteri olan Clostridium botulinum tarafından sentezlenen BT'nin etki mekanizması periferik kolinerjik sinir uçlarından asetilkolin salıverilmesini bloke ederek internal anal sfinkterdeki basıncı azaltıp fissür iyileşmesi için zemin hazırlamaktır(8). KAF tedavisinde botox %90'lara varan iyileşme oranlarına sahip olmasına rağmen bu tedavinin de geçici gaz/gayta inkontinansı, yumuşak doku enfeksiyonu, hematoma ve abse gibi botoksa bağlı bir çok komplikasyonu bildirilmiştir(9,10). BT'ye bağlı olarak olgumuzun tüm vücut cildinde gelişen makülopapüler ilaç erüpsiyonu literatürde daha önce hiç bildirilmemiştir.

Sonuç: KAF tedavisinde kullandığımız BT enjeksiyonuna bağlı anal inkontinans gibi ciddi komplikasyonlar cerrahiye göre daha az görülmekle birlikte BT'ye bağlı makülopapüler ilaç erüpsiyonu gibi beklenmedik komplikasyonlar görülebilir. Anal botoks uygulamasında hekim daima dikkatli olmalıdır.

Kaynaklar

1. Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. 2nd edition. Quality Medical publishing Inc 1999;217-39.
2. Lund JN, Scholefield JH. Etiology and treatment of anal fissure, Br.J.Surg 1996; 83: 1335-44.
3. Utzig MJ, Kroesen AJ, Buhr HJ. et al. Concepts in pathogenesis and treatment of chronic anal fissure-a review of the literature. Am J Gastroenterol 2003;98:968-74.
4. Oh C, Divino M, Steinhagen M. Anal fissure: 20-year experience. Dis Colon Rectum 1995;38:378-382.
5. Dinç, T, Ege B, Karsli MF, Coskun F. Kronik anal fissür tedavisinde, botoks ve

lateral internal sfinkterotomi uygulanan hastaların tedavi sonuçlarının karşılaştırılması/Comparison of botox and lateral internal sphincterotomy treatment outcomes in chronic anal fissures. Dicle Tıp Dergisi 2014; 41(1), 133.

6. Garcia J, Belmonte C, Perez. Incontinence after lateral internal sphincterotomy: anatomical and functional evaluation. Dis Colon Rectum 1998;41:423-427.

7. Madoff D, Fleshman W. Technical review on the diagnosis and care of patients with anal fissure. Gastroenterology 2003;124:235-245.

8. Garg, P., Garg, M., and Menon, G. R. "Long-term continence disturbance after lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: A systematic review and meta-analysis." Colorectal Disease 15.3 (2013): e104-e117.

9. Minguez M, Melo F, Espi A, et al. Therapeutic effects of different doses of botulinum toxin in chronic anal fissure. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1016-21

10. Amorim, H, Santoalha J, Cadilha R, Festas MJ, Barbosa P, & Gomes, A. (2017).

Botulinum toxin improves pain in chronic anal fissure. Porto Biomedical Journal, 2(6), 273-276.

Sözlü Bildiri Tam Metin 8

Fournier gangrenli hastada hiperbarik oksijen tedavisi ile negatif basınçlı yara tedavisinin birlikte kullanılması; Olgu Sunumu üzerinden literatür araştırması

Yurdakul Deniz Fırat¹, Bekir Selim Bağlı², Doğan Fakioğlu¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma hastanesi, Genel Cerrahi kliniği

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma hastanesi, Hiperbarik tıp kliniği

Olgu:

15 yıldır Tip 2 DM nedeniyle ara ara OAD

kullanımı olan ancak son 1 yıldır kontrolsüz diabetes mellitus olan 58 yaşında kadın hasta; perineal bölgeye uzanan pubis ve perivulver bölgesinde şişlik, ateş ve halsizlikle daha önce dış merkeze başvuran ve bu merkezde antibiyoterapi ve medikal tedavi uygulanmasına karşın nekroz tablosu nedeniyle debridman önerilen hasta kendi ve yakınlarının isteği üzerine hastanemiz acil servisine başvurdu. Genel Cerrahi kliniğine konsülte edilen hasta için acil debridman kararı alınarak yoğun bakıma yatırıldı. Sepsis bulguları olan hastanın muayenesi sonrası hastaya Fournier Gangreni (FG) tanısı kondu. Lökosit 24000 mm³, C-reaktif protein: 254mg/L, Eritrosit, Glukoz: 326 mg/dL, Hgb: 14gr/dL. Acil opere edilen hastanın pubik bölgeden perianal bölgeye yayılan derin kaviteli FG'nin olduğu görüldü. Hastaya cerrahi debridman yapıldı. Yarasına postoperatif 1. günde Gümüşlü Negatif Basıncılı Yara Tedavisi (NBYT) uygulandı. Hastaya subkutan insülin, geniş spektrumlu antibiyoterapi tedavisi başlandı. Postoperatif 2. günde, 10 seans Hiperbarik Oksijen Tedavisi (HBOT) başlandı. NBYT, toplamda 5 Seans-5 gün uygulanan hastanın kliniğinin gerilemesi üzerine, yarası basamaklı olarak suture edilmeye ve dren ile takip edilmeye başlandı. Yatışının 38. gününde hasta yarası PRİMER VEFLEP İLE kapatılmış olarak/ayaktan takip planlanarak taburcu edildi.



Resim 1- İlk başvuru anında



Resim 2- ilk debridman sonrası



Resim 3- tedavi süreci



Resim 4- HBOT ve NBYT sonrası

Tartışma:

FG tedavisinde en önemli yer cerrahinindir. Cerrahiye rağmen agresif seyreden vakalarda HBOT ve NBYT hastaların iyileşmelerini hızlandırarak morbidite ve mortalitelerini azaltabilir.

Yara yerinin gaita temasını kesmek için saptırıcı kolostomi açılması gerekebilir.

Bu olgu sunumunda agresif antibiyotrap ve tekrarlanan cerrahi debridmanların yanında uygulanan HBOT ve NBYT ile granülasyonda hızlı bir gelişim ve yara alanında küçülme sağlandı.

HBOT, enfekte dokudaki cerrahi işlem sonrası anjiyogenezisi arttırarak yara yatağını granülasyon dokusuyla doldurmaktadır. Ek olarak lokal ödemi azaltarak ve immun sistem hücrelerinin aktivitesini destekleyerek yaradaki iyileşmeyi hızlandırmaktadır(1).

Negatif basınçlı tedaviler ödemi ve eksudayı kontrol eder, fibroblast proliferasyonu uyarır ve granülasyon dokusunu arttırır.

Literatürde HBOT ve NBYT kombine kullanıldığı multidisipliner yaklaşım hastaya uygulanan tedavi güdüşatını olumlu yönde destekleyerek morbiditeyi azaltır ve yatış süresini azaltır (2) .

HBOT Fournier Gangreninin tedavisinde mortaliteyi belirgin olarak azaltmaktadır(3).

HBOT cerrahi tedaviyle adjuvan olarak kullanılması ve ulaşılabilir olduğunda klinik gidişatı olumlu yönde değiştirmesi nedeniyle bu hasta grubunda tavsiye edilir. (4)

Sonuç:

Tedavideki en önemli nokta tanının erken konulması ve hastalıktan ziyade hastanın tedavi edilmesidir. Tedavisi acil olması gereken FG vakalarında cerrahi ile birlikte HBOT

ve NBYT gibi agresif kombine tedaviler mortalite ve morbiditeyi azaltarak başarı şansını artırabilir ve yatış süresini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: fournier, hiperbarik, negatif basınç

Referanslar:

- 1- Med Gas Res. 2018 Apr 18;8(1):29-33. doi: 10.4103/2045-9912.229601. eCollection 2018 Jan-Mar. Clinical utility of hyperbaric oxygen therapy in genitourinary medicine. Gandhi J^{1,2}, Seyam O¹, Smith NL³, Joshi G⁴, Vatsia S⁵, Khan SA^{1,6}.
- 2- Pan Afr Med J. 2018 Jan 24;29:70. doi: 10.11604/pamj.2018.29.70.14669. eCollection 2018. [Therapeutic factors affecting the healing process in patients with gangrene of the perineum]. Baraket O^{1,2}, Triki W^{1,2}, Ayed K^{1,2}, Hmida SB^{2,3}, Lahmidi MA^{1,2}, Baccar A^{1,2}, Bouchoucha S^{1,2}
- 3- Adv Wound Care (New Rochelle). 2017 Sep 1;6(9):289-295. doi:10.1089/wound.2017.0730.Fournier's Gangrene: A Review and Outcome Comparison from 2009 to 2016. Ferretti M¹, Saji AA¹, Phillips J¹.
- 4- Acta Med Port. 2015 Sep-Oct;28(5):619-23. Epub 2015 Oct 30. Hyperbaric Oxygen Therapy for the Treatment of Fournier's Gangrene: A Review of 34 Cases. Rosa I¹, Guerreiro F¹

Anahtar Kelimeler: fournier, hiperbarik, negatif basınç

Sözlü Bildiri Tam Metin 9

BENİGN ANOREKTAL HASTALIKLARDA BESLENME ve KABIZLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aziz Arı¹, Cemile İdiz²

¹ SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

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

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı benign anorektal hastalıklarda beslenme ve kabızlık durumunu değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamızda benign anorektal hastalıkları bulunan (Grup 1; n=16) ve bulunmayan (Grup 2; n=16) bireylerin beslenme ve tuvalet alışkanlıkları anket yoluyla değerlendirilerek karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların cinsiyet, yaş, BKİ, sigara içme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumları benzerdir ($p>0.05$). Tuvalet alışkanlıkları sorgulandığında ise defekasyon sıklığı, tuvalette kitap vb. okuma alışkanlığı, defekasyon sonrası dolgunluk hissi ve defekasyon için ilaç kullanma durumunda iki grup arasında anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$); her defekasyon sırasında tuvalette geçirilen süre (dk) 1. Grupta anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (sırasıyla 14.06 ± 11.07 , 6.68 ± 4.39 ; $p=0.02$). İki grubun beslenme alışkanlıkları kıyaslandığında; Grup 1' deki bireylerin esmer ekme, sebze ve meyve tüketimleri ile günlük lif alımları ve öğün sayılarının Grup 2' deki bireylerden oransal olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde istatistik anlamlılık saptanmamakla birlikte Grup 1' deki bireylerin hamurışı ve fast food tüketimlerinin; günlük enerji, yağ ve protein alımlarının daha yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir. Yapılan besin analizlerinde 1. Gruptaki bireylerin 2. Gruptaki bireylere kıyasla günlük ekme tüketiminin ve karbonhidrat alımının anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda benign anorektal hastalığı olan bireylerin anlamlı olarak daha fazla ekme tükettikleri ve daha çok karbonhidrat aldıkları, ayrıca anlamlı düzeyinde olmasa da anorektal hastalığı olmayan bireylerden daha az posa ve daha çok yağ aldıkları; beden kütle indekslerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu konudaki

farkındalığı arttırmak için yaşam tarzına yönelik verilecek eğitimlerin benign anorektal hastalıkların gelişimini azaltabileceğini ve hasta olan bireylerin yaşam kalitesini arttırabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Benign anorektal hastalıklar, beslenme, kabızlık, egzersiz

GİRİŞ

Hemoroid, anal fissür ve anal fistül gibi benign anorektal hastalıkların etyolojisinde ve tedavisinde beslenme ve yaşam tarzının rolü olduğu düşünülmektedir (1-3). Katı dışkıların anal mukozadan geçişi anal bölgeye hasar verip semptomatik hemoroide neden olabilmektedir; bu nedenle lif alımının artırılması önemlidir (1). Hemoroidal hastalıkların tedavisi ile ilgili klinik çalışmalarda da lif takviyesinin devam eden semptom ve kanama riskini yaklaşık % 50 oranında azalttığı saptanmıştır (2). Yağ tüketiminin azaltılması, sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz yapılması, tuvaletten önce kitap vb. okunmaması, kabızlığa veya ishale neden olan ilaçlardan kaçınılması diğer yaşam tarzı önerilerindedir (1). Çalışmamızın amacı benign anorektal hastalıklarda beslenme ve kabızlık durumunu değerlendirmektir.

MATERYAL METOD

Çalışmamız; SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü yatan hasta servisinde gerçekleştirilmiştir. Hemoroid, anal fissür ve anal fistül gibi benign anorektal hastalığı bulunan (Grup 1; n=16) ve bulunmayan (Grup 2; n=16) hastaların beslenme ve tuvalet alışkanlıkları anket ve form doldurma yoluyla değerlendirilmiştir. Katılımcıların beslenme formlarının analizleri BeBis Tam 8 Versiyon sürümü programında yapılmıştır. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların cinsiyet, yaş, BKİ, sigara içme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumları benzerdir ($p>0.05$). Ek hastalık olarak 1. Grupta bir hastada DM, iki hastada HT, bir

hastada HL, bir hastada astım; 2. Grupta ise iki hastada HT, iki hastada HL, bir hastada astım rahatsızlığı mevcuttur. Tuvalet ve beslenme alışkanlıkları ise sırasıyla Tablo 1 ve Tablo 2' de özetlenmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Tuvalet Alışkanlıkları

		Grup 1 (n:16)	Grup 2 (n:16)	p değeri
Defekasyon sıklığı	Hergün	11	14	0.39
	Haftada 2-6 arası	4	2	
	Haftada 1 veya daha az	1	0	
Her defekasyon sırasında tuvalette geçirilen süre (dk)		14.06±11.07	6.68±4.39	0.02
Ev tuvaleti dışında defekasyon durumu	Evet	7	10	0.47
	Hayır	9	6	
Tuvalette kitap, dergi vb. okuma	Evet	4	4	1.00
	Hayır	12	12	
Defekasyon için herhangi bir ilaç veya destek kullanma durumu	Var	1	1	1.00
	Yok	15	15	
Defekasyon sonrası dolgunluk	Var	7	6	1.00
	Yok	9	10	

Tablo 2: Katılımcıların Beslenme Alışkanlıkları

		Grup 1 (n:16)	Grup 2 (n:16)	p değeri
Düzenli Kahvaltı	Evet	16	13	0.22
	Hayır	0	3	
Günlük Öğün Sayısı	2 veya daha az	9	5	0.28
	3 veya daha fazla	7	11	
Günlük Ekmek Tüketimi (g)		228.12±65.47	154.68±54.64	0.00
Ekmek Tercihi	Beyaz	13	10	0.43
	Esmer	3	6	
Günlük Hamurışı Tüketimi (g)		31.19±30.18	29.25±34.28	0.83
Günlük Sebze Tüketimi (g)		113.56±61.29	152.33±71.53	0.08
Günlük Meyve Tüketimi (g)		96.18±52.38	114.23±77.40	0.59
Günlük Fastfood Tüketimi (g)		19.78±10.63	16.65±16.24	0.50
Günlük Enerji Alımı (kkal)		1941.83±307.89	1793.56±562.00	0.37
Günlük Karbonhidrat Alımı (g)		223.94±38.15	186.39±45.54	0.02
Günlük Protein Alımı (g)		73.25±13.25	69.66±30.25	0.07
Günlük Yağ Alımı (g)		84.26±38.80	81.85±18.30	0.56
Günlük Lif Alımı (g)		15.81±5.06	18.6±6.43	0.14

TARTIŞMA ve SONUÇ

Benign anorektal hastalıklarda beslenme ve kabızlık durumunu değerlendiren çalışma sayısı literatürde oldukça kısıtlıdır. Riss ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek BKİ' nin hemoroid için bağımsız bir risk faktörü olarak

kabul edilebileceği belirtilmiştir (4). Wang ve arkadaşlarının çalışmalarında ise anal fistül hastaları değerlendirilmiş ve >25 kg/m² BKİ, fazla tuz tüketimi, sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam tarzı, aşırı baharatlı / yağlı yiyecek alımı ve dışkı için tuvalette uzun süre oturma durumu saptanan bağımsız risk faktörlerinin içinde yer almıştır (3). Çalışmamızda benign anorektal hastalığı olan bireylerin beden kütle indeksi kontrol grubundan fazla çıkmasına karşın aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde bulunmamıştır. Ancak benign anorektal hastalığı olan bireylerin her defekasyon sırasında tuvalette geçirdikleri sürenin (dk) anlamlı olarak daha fazla olduğu; yine anlamlı olarak daha fazla ekmek tükettikleri ve daha çok karbonhidrat aldıkları, ayrıca anlamlı düzeyinde olmasa da anorektal hastalığı olmayan bireylerden daha az posa ve daha çok yağ aldıkları belirlenmiştir. Bu konudaki farkındalığı arttırmak için yaşam tarzına yönelik verilecek eğitimlerin benign anorektal hastalıkların gelişimini azaltabileceğini ve hasta olan bireylerin yaşam kalitesini arttırabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol 2012 May 7; 18(17): 2009-2017
2. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, López-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, Guyatt G. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and metaanalysis. Am J Gastroenterol 2006; 101: 181-188
3. Wang D, Yang G, Qiu J, Song Y, Wang L, Gao J, Wang C. Risk factors for anal fistula: a case-control study. Tech Coloproctol. 2014 Jul;18(7):635-9.
4. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. Int J Colorectal Dis. 2012 Feb;27(2):215-20.

düşürmek için uygulanan ve sık olarak tercih edilen bir cerrahi yöntemdir. Anal dilatasyon tekniğinde ise parmak ile anal kanal dilate edilmektedir.

Sözlü Bildiri Tam Metin 10

KRONİK ANAL FİSSÜR TEDAVİSİNDE KULLANILAN LATERAL İNTERNAL SFİNKTEROTOMİ VE ANAL DİLATASYON PROSEDÜRLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Banu Karapolat, Halil Afşin Taşdelen

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Trabzon

Anahtar kelimeler: Kronik anal fissür, lateral internal sfinkterotomi, anal dilatasyon

GİRİŞ: Kronik anal fissürler (KAF) tabanlarında internal anal sfinkter sirküler liflerinin görülebildiği, sıklıkla birlikte “Sentinel Skin Tag ve Hipertrofik Papilla” ilave lezyonlarının bulunduğu ve çoğunlukla linea dentate’den anal verge’ye kadar uzanan longitudinal veya armut şeklindeki anal mukoza defektleridir. Tüm yaş gruplarında görülebilirse de genellikle 3-4. dekatlarda ortaya çıkarlar ve her iki cinste de eşit oranda görülürler. Çoğunlukla anal kanalın arka-orta çizgisinde yerleşen kronik anal fissürde en sık olarak görülen semptomlar defekasyon sırasında ve sonrasında görülen ve bazen de devamlı olabilen anal ağrı ve rektal kanamadır. Anal fissürlerin etiyolojisi bilinmemektedir. Genel olarak anal fissürler zor dışkılama nedeniyle oluşan yerel travma ile ortaya çıkarlar. Sert dışkı ve iç sfinkter hipertonisitesi sırayla bölgesel kan akışını azaltır. Arka duvarda defekt meydana gelir ve yüksek bir istirahat anal kanal basıncı ile sonuçlanır. Bu durum anal fissürlerin sıklıkla kronikleşmesi ile sonuçlanmaktadır (1).

Kronik anal fissürlerin tedavisinde birinci adım medikal tedavidir. Medikal tedavinin yetersiz kaldığı veya nüks olgularda cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Lateral internal sfinkterotomi (LIS) anal kanal basıncını

AMAÇ: Bu çalışmada kronik anal fissür tanısı almış ve medikal tedavi uygulanmasına rağmen şikâyetleri devam eden olgularda LIS ve anal dilatasyon sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Ocak 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında kronik anal fissür tanısı alan 87 olgu LIS uygulanan (Grup I) ve anal dilatasyon yapılanlar (Grup II) olarak iki gruba ayrıldı. Burada diğer anorektal patolojileri ve inflamatuvar barsak hastalığı olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Olguların yaş, cinsiyet, şikâyetler, şikâyet süreleri, tedavi sonrası nüks ve inkontinans durumları ve komplikasyonlar retrospektif olarak incelendi. LIS tekniğinde spinal anestezi altında, litotomi pozisyonunda, saat 3 hizasında, alt mukoza sınırının 5-6 mm. dışından yaklaşık olarak 15 mm.lik kesi yapılarak disektör yardımı ile internal sfinter bulunup koter ile kesilmiş ve kesi yeri kapatılmamıştır. Anal dilatasyon tekniğinde ise genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda 4 parmak ile 4 dakika boyunca dilatasyon yapılmıştır.

BULGULAR: Toplam 87 olgunun 47 tanesi Grup I’ de 40 tanesi ise Grup II’ de yer almaktaydı. Olguların yaş dağılımı 18 ile 76 arasında olup Grup I’ de yaş ortalaması 42.1 Grup II’ de 41.7 idi. Olguların Grup I deki cinsiyet dağılımı 28 kadın,12 erkek olup Grup II de ise 32 kadın, 15 erkek idi. Olgularda en sık şikâyetler anal ağrı ve kanama idi. Kabızlık ve kaşıntıya daha az oranda rastlanmıştır. İşlemlerin sonrasında en sık görülen komplikasyon geçici gaz kaçırma olup bu sorun Grup II’ de daha fazla görülmüştür (p<0.05). Olguların çoğunun memnuniyeti her iki grupta da aynı olup iyi olarak değerlendirildi. Grup I’ de 3 olgu Grup II’ de ise 4 olgu memnuniyet derecelerini orta olarak belirtmişlerdir. Olgular Grup I’ de daha kısa sürede iyileşerek günlük yaşamlarına dönmüşlerdir (p<0.05).

(Tablo 1)

	Geçici gaz inkontinansı	Kalıcı gaz inkontinansı	Geçici gaita inkontinansı	Kalıcı gaita inkontinansı	Hasta memnuniyeti	İyileşme süresi
Grup I	3	0	0	0	İyi: 44 olgu Orta: 3 olgu	1.1 hafta
Grup II	6	0	0	0	İyi: 36 olgu Orta: 4 olgu	3.3 hafta

TARTIŞMA ve SONUÇ: Kronik anal fissürün tedavisinde temel amaç ağrı ve internal anal sfinkter (IAS) spazm kısır döngüsünü kırmaktır. Ağrıyı azaltmak için; lokal anestezi kullanımı ve lifli gıda alımı gibi medikal tedaviler önerilirken, sfinkter spazmını azaltmak için ise anal dilatasyon, sfinkterotomi gibi cerrahi tedavilere başvurulmaktadır. LIS ilk kez Notaras tarafından 1969 yılında uygulanmış olup internal anal sfinkter basıncını azaltarak fissür iyileşmesini sağlamaktadır (2). Medikal tedavi kısa süreli etkileri ve yüksek nüks oranlarıyla yetersiz gibi durmaktadır. KAF tedavisinde LIS %90'lara varan etkinliği ile halen günümüzde en kabul gören cerrahi operasyon seçeneğidir (2, 3). Burada en büyük sorun; % 8-30'lara ulaşan, bazı hastalarda da dirençli seyredilen, gaz, mukus veya gaita inkontinansıdır (4, 5). Bizim çalışmamızda; Grup 1 de 3 olguda, Grup 2 de ise 6 olguda geçici gaz kaçırma görülmüş olup kalıcı gaz veya gaita kaçırma tespit edilmemiştir. Ayrıca olgulardaki genel şikâyetler, hastalığın sık görüldüğü yaş aralığı literatürle uyumlu olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak LIS kronik anal fissür tedavisinde gerek olgu memnuniyeti gerekse iyileşme süresinin kısalığı açısından öncelikli olarak tercih edilmesi gereken bir prosedürdür.

KAYNAKLAR

- 1- Abdulwahid MS. Chronic anal fissures: Open lateral internal

sphincterotomy result; a case series study *Annals of Medicine and Surgery* 2017; 15: 56-58.

- 2- Dinç T, Ege B, Karlı MF, Coşkun F. Comparison of botox and lateral internal sphincterotomy treatment outcomes in chronic anal fissures. *Dicle Medical Journal* 2014; 41 (1): 133-137.
- 3- Arroyo A, Pe'rez F, Serrano P. Open vs. close lateral sphincterotomy performed as an outpatient procedure under local anesthesia for chronic anal fissure. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 361-367.
- 4- Garcia J, Belmonte C, Perez JJ ve ark. Incontinence after lateral internal sphincterotomy: anatomical and functional evaluation. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 423-427.
- 5- Madoff D, Fleshman W. Technical review on the diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 2003; 124: 235-245.

Sözlü Bildiri Tam Metin 11

PERKUTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ SONRASI BATIN ÖN DUVARINDA DERİN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONU

Tuncer ÖZTÜRK, İsmail AYDIN

Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu vaka sunumunun amacı, Perkutan Endoskopik Gastrostomi (PEG) ile beslenme esnasında hasta yakınına gerekli eğitiminin verilmemesi durumunda meydana gelebilecek bir komplikasyonu ve yönetimini paylaşmaktır.

Olgu sunumu: Yaklaşık 9ay önce tarafımızca PEG açılan ve ilçe hastanesinden peg'inalismaması ve batin ön duvarında enfeksiyon bulguları olan 77 yaşında kadın hasta tarafımızca yönlendirildi. Hastaninyapılan

muayenesi sonucunda peg'in batin on duvarindaciltalti dokuda oldugu ve batin on duvarindapeggirisi yerinden baslayipsag alt kadrana kadar oblik eksende uzanan kizariklik, isi artisi, odem ve fluktuasyon mevcut idi. Hasta acil sartlarda ameliyata alindi, pegcikartildi, batin ön duvarindayapilaninsizyon ile fasyaya kadar ilerleyen enfeksiyon ve apse tespit edildi, apse drenajuygulandi, yara debride edildi ve ıslak pansuman ile islemsonlandırildi, hastaya parenteral antibiyotik ve total parenteralnutrisyonbaslandı. 2. gun hastaya vakum yardımcı kapama (VAC) uygulandı. 15. gundeyaranin tamamen temiz olduğu,granulasyon dokusunun hizlaoluştugugoruldu, yara primer olarak kapatıldı ve 17. gunde hasta onerilerle taburcu edildi.

Tartışma ve sonuç:PEG işleminin teknik olarak zor değildir, ancak işlem sonrası hastanın takibi, minör veya majör komplikasyonların izlemi için multidisipliner yaklaşıma gerekmektedir. İşlem sonrası hem kateter bakımı hem de PEG'den beslenme takibi açısından tecrübeli hasta yakını / bakımevi çalışanlarının olması bu sonuca katkıda bulunmaktadır.PEG, son yıllardageriatrik hasta ve bas boyun tumorlerisıklıkla olmak üzere, oral alimi kısıtlı ve gastrointestinal sistem fonksiyonu normal olan hastada enteral beslenme amacıyla tercih edilmektedir.PEGsonrası hasta yakınlarınınin gelisebilecek muhtemel olumsuzluklar konusunda bilgilendirilmesi ve olumsuzluk mevcudiyetinde beslenmeyi sonlandırıpsaglik kurulusuna basvurmalarigerektigininonemlioldugunudasun mekteyiz.

Anahtar kelimeler; peruktan endoskopi gastrostomi, komplikasyon, vakum yardımcı kapama

GİRİŞ:

Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) herhangi bir nedenle ağızdan beslenemeyen, gastrointestinal fonksiyonları normal olan hastalarda uygulanan bir beslenme tekniğidir. Bu işlem 1980'den beri güvenli bir şekilde yapılmaktadır. Bu yolla beslenmenin sürdürülmesi ile mukozal bütünlük

korunmakta, mukozal bariyer fonksiyonu, intestinalimmün yanıt ve normal flora yapısının devamlılığı sağlanmaktadır (20).PEG ile beslenme, 30 günden fazla beslenme desteğine ihtiyaç duyacak hastalara uygulanır(21).

Bu yöntem, minimal invaziv olması, düşük oranda komplikasyon ve morbiditeye yol açması, uzun ömürlü ve güvenli bir beslenme yolu sağlaması gibi avantajları taşımaktadır (3-5). Sıklıkla serebrovasküler hastalık, amiyotrofik lateral skleroz, demans gibi nörolojik hastalıklar ve baş-boyun kanserleri gibi onkolojik hastalıklarda benimsenmektedir (6).

OLGU SUNUMU: 77 yasinda kadin hasta, serebrovasküler hastalık sonrası oral alim kısıtlılığı sebebiyle pegacilmasiamaciyaklinimizyönlendirildi. Hastaya gerekli hazırlığı takiben pull-upyontemi ile peg acildi, islemesnasindakomplikasayongelismedi, hasta gerekli onerilerle taburu edildi. Yaklasik 9ay sonra ilce hastanesinden peg'incalismamasi ve batin ön duvarında enfeksiyon bulguları olan hasta tarafimizayönlendirildi. Hastaninyapılan muayenesi sonucunda peg'in batin on duvarindaciltalti dokuda oldugu ve batin on duvarindapeggirisi yerinden baslayipsag alt kadrana kadar oblik eksende uzanan kizariklik, isi artisi, odem ve fluktuasyon mevcut idi. hasta acil sartlarda ameliyata alindi, pegcikartildi, batin ön duvarindayapilaninsizyon ile fasyaya kadar ilerleyen enfeksiyon ve apse tespit edildi, apse drenajuygulandi, yara debride edildi ve ıslak pansuman ile islemsonlandırildi, hastaya parenteral antibiyotik ve tınbaslandı. 2. gun hastaya vacuygulandi. 15. gundeyaranin tamamen temiz oldugugranulasyon dokusunun hizlaarttiğigoruldu, yara primer olarak kapatıldı ve 17. gunde hasta onerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA:

PEG uygulama endikasyonunun literatürde coğrafi bölgelere göre değişebildiği görülmüştür. Almanya'dan yapılan bir çalışmada ortanca yaşı 63 olan 119 hastanın en sık PEG endikasyonudisfajiye yol açan tümörlerdir (9). Oysa 545 hastanın izlendiği bir Japon çalışmasında hastaların ortalama yaşı

77,2 yıl olup en sık PEG endikasyonu SVO' dur (10).

PEG uygulamasına bağlı lokal komplikasyonlar literatürde %5-25 olarak bildirilmektedir (5,6). Türkiye'den Gündoğan ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif analizde işlem sonrasında dönemde en sık kateter yerinden kanama olup 128 hastanın %4'ünde görülmüş (15). Kore'den yapılan bir çalışmada ise 245 hastanın 27'sinde (%11) minör komplikasyon görülmüş olup 22'sinde özofagusda minör kanama, 4'ünde peristomal minimal enfeksiyon saptanmış (16). Komplikasyonlar çeşitli yayınlarda ileri yaş, erkek cinsiyet, hipalbuminemi, C-reaktif protein (CRP) yüksekliği ve düşük vücut kitle indeksi ile ilişkilendirilmektedir (15-17).

PEG işlemi teknik olarak zor değildir, ancak PEG uygulaması sonrası hastanın takibi, minör veya majör komplikasyonların izlemi için multidisipliner yaklaşım gerekmektedir (17). Endoskopi ünitemizde çalışanların işlem öncesi hazırlık ve işlem sürecindeki uyumu, uygulamanın hızlı ve en az hata ile olmasını temin etmektedir. Ayrıca özellikle PEG işlemi sonrası hem kateter bakımı hem de PEG'den beslenme takibi açısından tecrübeli hasta yakını / bakımevi çalışanlarının olması bu sonuca katkıda bulunmaktadır.

Nörolojik sebepler ile PEG uygulanmış altmış beş yaş üzeri 931 hastanın katıldığı çok merkezli Japon çalışmasında, bir yıllık sağ kalım %66 idi (18). Bu çalışmada PEG'li hastaların yarıdan fazlasının 2 yıldan uzun yaşadığı gösterilmiştir (18). Kore'den yapılan bir çalışmada ise geriatric hasta grubunda PEG uygulaması, genç yaş grubu ile karşılaştırıldığında, güvenli bulunmuş, yaşın işlem ile ilişkili komplikasyon veya mortaliteyi etkilemediği rapor edilmiştir (19).

SONUÇ:

PEG, son yıllardaki geriatric hasta ve bas boyun tumorleri sıklıkla olmak üzere, oral alımı kısıtlı ve gastrointestinal sistem fonksiyonu normal olan hastada enteral beslenme amacıyla tercih edilmektedir. PEG birçok merkezde başarı ile acılmaktadır ancak PEG sonrası beslenme konusunda beslenme hemsiresi ve hasta yakınları gereğince eğitilmeli ve hastanın beslenmesine azami önem gösterilmelidir. PEG sonrası hasta yakınlarının gelişebilecek muhtemel olumsuzluklar konusunda

bilgilendirilmesi ve olumsuzluk mevcudiyetinde beslenmeyi sonlandırıp sağlık kuruluşuna basurmaları gerektiğinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390)
2. Muscedere J, Andrew MK, Bagshaw SM, et al. Screening for frailty in Canada's health care system: A time for action. *Can J Aging* 2016;35:281-97.
3. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, et al. The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) guidelines on enteral nutrition - percutaneous endoscopic gastrostomy. *Clin Nutr* 2005;24:848-61.
4. Itkin M, DeLegge MH, Fang JC, et al; Society of Interventional Radiology; American Gastroenterological Association Institute; Canadian Interventional Radiological Association; Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe. Multidisciplinary practical guidelines for gastrointestinal access for enteral nutrition and decompression from the Society of Interventional Radiology and American Gastroenterological Association (AGA) Institute, with endorsement by Canadian Interventional Radiological Association (CIRA) and Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE). *Gastroenterology* 2011;141:742-65.
5. Hucl T, Spicak J. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Best Pract Res Clin Gastroent* 2016;30:769-81.
6. Rahnama-Azar AA, Rahnama-Azar AA, Naghshizadian R, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management. *World J Gastroenterol*

2014;20: 739-51.

7. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ.

Gastrostomy without laparotomy: A percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg 1980;15:872-5.

8. www.tuik.gov.tr. Türkiye İstatistik Kurumu, Temel İstatistikleri, Nüfus ve Demografi, Nüfus Projeksiyonları.

9. Schieneider AS, Schettler A, Markowski A, et al. Complication and mortality rate after percutaneous endoscopic gastrostomy are low and indication-dependent. Scand J Gastroenterol 2014;49:891-8.

10. Kasuno C, Yamada N, Kikuchi K, et al. Current status of percutaneous endoscopic gastrostomy in general hospital in Japan: a cross-sectional study. J Rural Med 2016;11:7-10.

11. Chang WK, Lin KT, Tsai CL, et al. Trends regarding percutaneous endoscopic gastrostomy: A nationwide population-based study from 1997 to 2010. Medicine (Baltimore) 2016;95(24):e3910.

12. Burney RE, Bryner BS. Safety and long-term outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with head and neck cancer. Surg Endosc 2015;29:3685-9.

13. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2014 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri www.kanser.gov.tr

14. Loh KP, Kansagra A, Shieh MS, et al. Predictors of the use of specific critical care therapies in patients with metastatic cancer. J Natl Compr Canc Netw 2017;15:22-30.

15. Gündoğan K, Yurci A, Coşkun R, et al. Outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy in hospitalized patients at a tertiary care center in Turkey. Eur J Clin Nutr 2014;68:437-40.

16. Lee SP, Lee KN, Lee OY, et al. Risk factors for complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. Dig Dis Sci 2014;59:117-25.

17. Lee C, Im JP, Kim JW, et al; Small Intestine Research Group of the Korean Association for the Study of Intestinal Disease (KASID). Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy: a multicenter, retrospective study. Surg Endosc 2013;27:3806-15.

18. Suzuki Y, Tamez S, Murakami A, et al. Survival of geriatric patients after percutaneous endoscopic gastrostomy in Japan. World J Gastroenterol 2010;16:5084-91.

19. Oh DJ, Kim B, Lee JK, et al. Can percutaneous endoscopic gastrostomy be carried out safely in the elderly? Geriatr Gerontol Int 2016;16:481-5.

20. Marik PE, Zaloga GP. Early enteral nutrition in acutely ill patients: a systematic review. Crit Care Med 2001;29:2264-70.

21. Pennington CR, Powell-Tuck J, Shaffer J. Review article: artificial nutritional support for improved patient care. Aliment Pharmacol Ther 1995;9:471-81.

22. Cosentini EP, Sautner T, Gnant M, et al. Outcomes of surgical, percutaneous endoscopic, and percutaneous radiologic gastrostomies. Arch Surg 1998;133:1076-83.

23. Ponsky JL, Gauderer MW. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, limitations, techniques, and results. World J Surg 1989;13:165-70.

Sözlü Bildiri Tam Metin 12

WARFARİN İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI İNCEBARSAK İNTRAMURAL HEMATOMU

Selahattin VURAL, İsmail AYDIN, Mert GÜNGÖR, İlker ŞENGÜL

GİRESUN ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Antikoagülan ilaçlar tromboembolik olaylarda yaygın olarak tedavi ve profilaksi nedeniyle kullanılmaktadır. Bu ilaçların en sık yan etkisi kanamadır.(1) Spontan intestinal intramural hematoma (SİİH), en sık warfarin toksisitesine bağlı olarak gelişir. Amacımız , akut karın ile

başvuran ve özgeçmişinde antikoagulan kullanan hastalarda SİİH'in ayırıcı tanılarda düşünülmesidir.

OLGU-BULGULAR

81 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurmuş. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet defans ve rebound mevcut. Rektal tuşesi normal. Atrial fibrilasyon nedeniyle warfarin kullanımı mevcut. WBC: 11.550 Hb:12.9 PLT: 279000 CRP: 10.85. hastanın INR'si ölçülemedi. 2 ünite TDP replasmanı sonrası INR 3.45 idi. Akut batın kliniği mevcut olan hastanın batın BT sinde İskemik incebarsak ansı tespit edilmesi üzerine hasta opere edildi. İntramural hemoroji ve incebarsak mezosunda hematoma tespit edildi. Parsiyel incebarsak rezeksiyonu ve yan-yan anastomoz yapıldı. Post operatif takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta gerekli bölümlere konsulte edilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Tromboembolik tedavi amaçlı warfarin kullanımında INR nin 3 ün üzerine çıktığı durumlarda spontan kanama ihtimali artmaktadır(1). SİİH uzun dönem oral antikoagulan tedavi alan hastalarda görülme sıklığı 2500 olguda bir olarak rapor edilmiştir (2). Hematom sıklık sırasına göre; jejunumda (%69), ileumda (%38) ve duodenumda (%23) görülmektedir (3). Antikoagulan tedavi haricinde etiyolojide lösemi, lenfoma, myeloma, hemofili, kemoterapötik ilaçlar, pankreatit, pankreas karsinomu, poliarteritis nodosa, Henoch Schönlein purpurası ve idiopatik trombositopenik purpura da yer almaktadır (4). Olgular konservatif olarak tedavi edilebilmekle birlikte aktif kanama, bağırsak duvarında iskemi , perforasyon saptanan ve akut karın bulguları devam eden olgularda ise cerrahi girişim uygulanmalıdır (5,6).

SONUÇ

Akut karın ile başvuran ve özgeçmişinde antikoagulan kullanan hastalarda SİİH akıld a tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: WARFARİN, İNTRAMURAL HEMATOM

KAYNAKLAR

1. Oake N, Jennings A, Forster AJ, Fergusson D, Doucette S, van Walraven C. Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: A systematic review and meta-analysis. CMAJ 2008; 179; 235-244. doi:10.1503/cmaj.080171
2. Better S, Montani S, Bachman F. Incidence of intramural digestive system hematoma in anticoagulation. Epidemiological study and clinical aspects of 59 cases in Switzerland. Schweiz Med Wochenschr 1983; 113: 630-636
3. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural smallbowel hematoma: imaging findings and outcome. AJR Am J Roentgenol 2002; 179: 1389-1394. [CrossRef]
4. Eiland M, Han SY, Hicks GM. Intramural hemorrhage of small intestine. JAMA 1978; 239: 139-142. doi:10.1001/jama.239.2.139
5. Eiland M, Han SY, Hicks GM. Intramural hemorrhage of small intestine. JAMA 1978; 239: 139-142. doi:10.1001/jama.239.2.13
6. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small bowel hematoma: Clinical presentation and long-term outcome. Arch Surg 2002; 137: 306-310. doi:10.1001/archsurg.137.3.306

Sözlü Bildiri Tam Metin 13

BATIN İÇİNE YERLEŞTİRİLEN GÖĞÜS TÜPÜ

OLGU SUNUMU

Ruhsel Cörüt¹, Tuncer Öztürk²

¹Uzm.Dr., Giresun Dr.Ali Menekşe Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Giresun

²Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

ÖZET

Amaç: Bu sunumda, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi ve acil servislere travma veya

travma dışı hastalıklarda sıklıkla başvuru göğüs tüpü tatbikinin dikkatli bir şekilde yapılmasının ve sonrasında işlevselliğinin kontrol edilmesinin önemini ve aksi durumda karşılaşılabilecek katastrofik durumu paylaşmaya amaçladık.

Olgu sunumu: 85 yaşında, kadın hasta, solunum sıkıntısı şikayeti ile dış merkezde tedavi esnasında plevral efüzyon saptanması üzerine sol hemitoraksa göğüs tüpü takılmış ve tüp ile birlikte taburcu edilmiş. Benzer şikayetler ile hastanemize başvuran hasta, takip ve tedavi amacıyla yoğun bakım ünitesinde yer olan başka bir hastaneye sevk edildi. Çekilen toraks tomografisinde (BT) bilateral plevral efüzyon ve sol akciğerin büyük kısmını kaplayan hava bronkogramları ve konsolidasyon alanları saptanmış. Kesit alanına giren üst abdominal bölge incelendiğinde göğüs tüpünün batın içinde olduğu tespit edilmiş ve göğüs tüpü çıkartılmış. Sonrasında takip ve tedavinin 4. gününde genel durum kötüleşmesi sebebiyle exitus olmuştur.

Tartışma ve sonuç: Göğüs tüpü tatbiki, birçok elektif ve acil hastalığın tedavisinde güvenle uygulanmakta ve sonuçları yüz güldürücü bir işlemdir. İşleme bağlı en sık görülen komplikasyonlar, göğüs tüpünün yanlış anatomik bölgeye yerleştirilmesi (malpozisyon), enfeksiyon ve komşu organ yaralanmalarıdır. Yanlış yerleştirilen göğüs tüplerinin tümü klinik olarak anlamlı değildir. Acil tüp torakostomi sonrası komplikasyonları inceleyen bir çalışmada, en sık görülen görülen komplikasyon göğüs tüpünün malrotasyonu idi (%26).

Sonuç olarak; Göğüs tüpü tatbikinden sonra beklenen klinik fayda elde edilememiş ise, tüpün yanlış yere tatbik edilmiş olabileceğinin akla getirilmesini ve gerekli tetkiklerin ivedilikle yapılması gerektiğini, tanı ve müdahalede geç kalındığında özellikle solunum rezervi kısıtlı olan, yaşlı hastalarda katastrofik sonuçlar doğabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Malpozisyon, göğüs tüpü, plevral efüzyon

GİRİŞ:

Göğüs torakostomi, toraks travmalı hastalarda hayat kurtarıcı bir işlemdir. Ne yazık ki, bu prosedür risksiz değildir ve yerleşiminin komplikasyonları ile ilişkili önemli morbidite ve hatta mortalite ile ilişkilidir. Geleneksel torakostomi tekniği, % 30'a kadar bilinen bir komplikasyon oranına sahiptir (1). Ciddiyetine rağmen, penetran göğüs travmasının % 30'undan ve künt torasik yaralanmaların % 10'undan azı torakostomi gerektirir (2). Amerika Birleşik Devletleri'nde 40 yaşın altındaki bireyler için önde gelen ölüm nedeni, yılda yaklaşık 140.000 ölümle sonuçlanan travmadır (3). Bu ölümlerden, torakal travma tüm travmatik ölümlerin yaklaşık dörtte birini oluşturmaktadır (4). Ciddiyetine rağmen, penetran göğüs travmasının% 30'undan ve künt torasik yaralanmaların% 10'undan azı torakostomi gerektirir (2). Bu hastalarda pnömotoraks, hemotoraks ve plevral efüzyon gibi durumları yönetmek için torakostomi tüpü yerleştirme yapılır. Torakostomi drenajının hedefi Hipokrat döneminden bu yana değişmeden kalıyor. Bununla birlikte, prosedürün kendisi, M.Ö. beşinci yüzyıldan bu yana çarpıcı biçimde değişti. 1876 yılında Hewett, tamamen kapalı bir interkostal drenaj sistemini kullanan ilk kişi oldu (5). Yaralı hastaların tedavisinde yaygın hale torakostomi tüpü uygulaması 2. Dünya Savaşına kadar yaygın değildi (6). Bu noktadan sonra, torakostomi tüpü yerleştirilmesi, travma hastalarına bakan tüm doktorlar için zorunlu bir beceri haline geldi. Ne yazık ki, bu hayat kurtarıcı prosedür % 30 komplikasyon oranına sahiptir. Komplikasyonlar tüp malpozisyonundan kanama ve organ yaralanmalarına kadar çeşitlilik gösterir.

OLGU SUNUMU:

85 yaşında, kadın hasta, solunum sıkıntısı şikayeti ile il dışı bir hastanede tedavi görmüş. Burda plevral efüzyon nedeniyle göğüs tüpü takılmış. Daha sonra göğüs tüpü ile birlikte taburcu edilmiş. Taburcu sonrasında solunum sıkıntısı devam eden hasta, yakınları tarafından hastanemize getirildi. 10.09.2018 tarihinde acilde yapılan değerlendirmede, hastanın yoğun bakım (YBÜ) ihtiyacı olduğuna karar verildi. Yoğun bakımımızda yer olmadığından dolayı, il dışı özel bir hastaneye sevk edildi. Sevk edildiği hastanede, hastaya pnömoni tanısı konulmuş ve YBÜ'ne yatırışı yapılmış. YBÜ yatırılan hastanın, genel durumu kötü,

bilinç kapalı, hasta sık sık mide içeriğini aspire ediyor. Yapılan biyokimyasal tetkiklerinde; WBC: 18.78 mg/dl, HGB: 8.3g/dl, HCT: 28 %, N%: 89.4, GLK: 165.5 mg/dl, ÜRE: 83.1mg/dl, Na:153 mg/dl, K: 3.1mg/dl, Ca: 8.2 mg/dl, CRP: 146.23 mg/dl, PLT: 580 K/uL, Albumin : 2.13 mg/dl. Medikal tedavi uygulanıyor.Kardiyoloji konsültasyonu sonrasında hastaya EKO çekiliyor. EKO'da hafif aort darlığı, plevral efüzyon, orta mitral ve triküspit yetersizliği ve pulmoner hipertansiyon tespit ediliyor. Göğüs tüpü takılı hastanın plevral efüzyonunun artıp artmadığını takip amaçlı bilgisayarlı torax tomografisi çekiliyor. Mediastinal yapılar sola deviye. Kalp boyutları artmış. Sağ hemidiafragmada eventerasyon mevcut. Sağda en derin cepte 26 mm, solda en derin cepte 48 mm ölçülen plevral efüzyon mevcut. Sol plevral boşluktan cilde uzanan drenaj kateteri mevcuttur. Sol akciğerin büyük kısmını kaplayan hava bronkogramları içeren yaygın konsolidasyon alanları mevcuttur (pnömoni?). Kesit alanına giren üst abdominal yapılarda mide antrumdan cilde uzanan beslenme tüpü mevcuttu. Hastaya Göğüs Cerrahi konsültasyonu isteniyor ve konsültasyon sonrası hastanın göğüs tüpü çekiliyor (toraks tomografide göğüs tüpünün abdominal yerleşimli olduğu fark ediliyor). 14.09.2018 tarihinde; saturasyonları düşen hasta mekanik ventilatöre bağlanıyor.

Genel durumu kötüleşen ve verilen tedavi ile durumunda düzelme olmayan hastada kardiyak arrest gelişiyor. Yapılan CPR'a cevap vermeyen hasta, hastanemizden sevk edildikten 4 gün sonra ex oluyor.

TARTIŞMA:

Tüp torakostomi nispeten güvenli sonuçları olan bir cerrahi işlem haline gelmiştir. Komplikasyonlar kanama, enfeksiyon ve en sık görülen komplikasyon olan göğüs tüpü malpozisyonu ile organ yaralanmalarını içerir (7). Yanlış yerleştirilen göğüs tüplerinin tümü klinik olarak anlamlı değildir. Farklı çalışmalar, yanlış yerleştirilmiş göğüs tüplerinin yerlerini BT görüntüleme yoluyla ortaya koymuştur. BT taraması kullanılarak yapılan acil tüp torakostomi sonrası komplikasyonları inceleyen bir çalışmada, hastaların% 26'sında (77 tüpün 20'sinde) gözlenen en sık görülen komplikasyon göğüs tüpü malpozisyonu idi. BT görüntüleme ile 18

intratorasik (5 intraparenkimal, 9 intrafissural) ve iki ekstratorasik malpozisyon tüpü görülmüştür (8).Göğüs tüpü malpozisyonu göğüs tüpü yerleşimi ile ilgili en sık görülen komplikasyondur (7), intraparenşimal ve intrafissural yerleşimler en yaygın olanıdır. Farklı çalışmalar, bilgisayarlı tomografi görüntülemenin yanlış konumlandırılmış göğüs tüpünün yerini tanımlamak için kabiliyetini göstermiştir. Bir çalışmada, acil tüp torakostomisinin BT görüntülemesi yanlış yerleştirilmiş göğüs tüpleri için yerleştirilen 76 göğüs tüpünden 28'inde pozitif bulundu. Göğüs tüpü yerleştirilen yerler aşağıdaki gibidir: intratorasik konumda 23 tüp (20 intraparenkimal, 3 intrafissural) ve ekstratorasik bölgede 5 tüp (mediastende 4, göğüs duvarında 1) (9).Göğüs tüplerinin acil yerleştirme sonuçlarını inceleyen 42 hastayı içeren 2013 yılında yapılan bir çalışmada, 9 olguda BT taraması ile göğüs tüplerinin yanlış konumlandırılması tespit edildi [10]. Göğüs tüpü yerleştirildikten sonra yaşamı tehdit eden hemoperiton ve karaciğer yaralanmasının meydana geldiği, 2015 yılında yayınlanan bir vaka raporunda, yaşamı tehdit eden karın içi göğüs tüpüne ait bir malpozisyon ve komplikasyon [11].

SONUÇ:

Göğüs tüpü, son yıllarda hem travmatik hemde geriatrik hastalarda daha sık uygulanmaktadır. Göğüs tüpü birçok merkezde başarı ile uygulanmaktadır. Ancak göğüs tüpü uygulanırken komplikasyona sebep olmamak için azami özen gösterilmelidir. Göğüs tüpü sonrası hasta gelişebilecek muhtemel olumsuzluklar açısından takip edilmelidir. Özellikle solunum rezervi kısıtlı olan hastalarda göğüs tüpü takıldıktan sonra hastanın tıbbi durumunda beklenen iyileşme olmamışsa göğüs tüpü malpozisyonunun akılda tutulmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR :

1-Lindsay A. Taylor*, Michael J. Vitto, Michael Joyce, Jordan Tozer and David P. Evans ; Ultrasound-guided thoracostomy site identification in healthy volunteers; Critical Ultrasound Journal (2018) 10:28

2-American College of Surgeons, Committee on Trauma (2004) Advanced trauma life support course for doctors instructor course manual. American College of Surgeons, Chicago

3-Meredith JW, Hoth JJ (2007) Thoracic trauma: when and how to intervene. Surg Clin North Am. 87(1):95–118

4-Khandhar SJ, Johnson SB, Calhoon JH (2007) Overview of thoracic trauma in the United States. Thorac Surg Clin. 17(1):1–9

5-Hewett FC (1876) Thoracentesis: the plan of continuous aspiration. Br Med J 1:317

6-Bretts RH, Lees WM (1946) Military thoracic surgery in the forward area. J Thorac Surg 15:44–63

7- C. G. Ball, J. Lord, K. B. Laupland et al., “Chest tube complications: how well are we training our residents?” Canadian Journal of Surgery, vol. 50, no. 6, pp. 450–458, 2007

8- J. J. Curtin, L. R. Goodman, E. J. Quebbeman et al., “Complications after emergency tube thoracostomy: Assessment with CT,” Radiology, vol. 198, no. 1, pp. 19–20, 1996.

9- K.-E. Lim, S.-C. Tai, C.-Y. Chan et al., “Diagnosis of malpositioned chest tubes after emergency tube thoracostomy: Is computed tomography more accurate than chest radiograph?” Clinical Imaging, vol. 29, no. 6, pp. 401–405, 2005.

10- R. Schupfner, W. Wagner, and A. Schneller, “Results of thoracic drainages placed in air rescue,” Interventional Medicine and Applied Science, vol. 5, no. 4, pp. 168–174, 2013.

11- J. M. Bae, “Life threatening hemoperitoneum and liver injury as a result of chest tube thoracostomy,” Clinical Medicine Insights: Case Reports, vol. 26, no. 8, pp. 15–17, 2015.

Anorektal fistüllerin n-Butyl cyanoacrylate dolgu ile tedavisinde erken dönem sonuçlarımız

Doğan Fakioglu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

Amaç: Nüks ve komplikasyon oranı yüksek olan konvansiyonel anorektal fistül cerrahi tedavilerine alternatif olabilecek bir yöntemin kısa vadeli sonuçlarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Anorektal fistül tanısıyla operasyon planlanan 31 hasta (27 erkek, 4 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastalar basit (süperfisyal, intersfinkterik, <%30 kas içeren transsfinkterik) ve kompleks (>%30 kas içeren transsfinkterik, suprasfinkterik, ekstrasfinkterik) fistüller olarak 2 grup halinde incelendi (17 hasta (%54.8) basit fistül, 14 hasta (%45.2) kompleks fistül)(1). Hastaların tamamının pre-op değerlendirilmesinde muayeneye ek olarak rektosigmoidoskopi ve pelvik MR yardımcı teşhis yöntemleri olarak kullanıldı. Hastaların per-op değerlendirilmelerinde fistül traktı stile yardımı ile ortaya konduktan sonra trakt tel fırçayla tahriş edilerek kürete edildi. Trakt hidrojen peroksit ve povidon iyot ile yıkandı. Takiben trakta girilen kateterle proksimalden distale doğru yapıştırıcı madde enjekte edildi ve kompres uygulandı. Başka hiçbir ek işlem uygulanmadı.

Bulgular: Hastaların sırasıyla 18'inde (%58.1) 1. ay sonunda, 23'ünde (%74.2) 3. ay sonunda ve 27'sinde (%87.1) 6. ay sonunda yara yerleri kapandı. Fistülü kapanmayan 4 hastaya 2. defa debridman, yıkama ve enjeksiyon yapıldı; yalnızca 1 hastanın fistülü kapandı. Toplamda 28 hastada (16 basit, 12 kompleks) (%90.3) tedavi sonuç verirken 3 hastada (1 basit, 2 kompleks) (%9.7) fistül kapanmadı. Basit fistül hastalarının iyileşme oranı %94.1'ken kompleks fistül hastalarında bu oran %85.7 olarak hesaplandı.

Tartışma: Anorektal fistüllere cerrahi yaklaşım çoğu zaman hastalıklı alanın hacminden veya kapladığı havzadan çok daha

Sözlü Bildiri Tam Metin 14

fazlasının feda edildiği yöntemlerle tedavi edilir. Uzun iyileşme süreçlerinin yanısıra özellikle komplike fistüllerde karşılaşılabileceğimiz kas hasarı riski hastaların olduğu kadar cerrahların da tedirginliğini artırır. Komplikasyon riskini bertaraf eden ve kas koruyucu olan cyanoacrylate yapıştırıcı dolgu uygulama yönteminin bir diğer avantajı uygulamanın basit ve mükerrer uygulanabilmesidir. Her ne kadar yapılan birkaç benzeri çalışmada başarı oranının %60'lar düzeyinde olduğu görülse de (2,3,4) Barillari ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bildirdikleri uzun dönem sonuçlar da benzer oranlarda (%90.2) iyileşme olduğunu göstermiştir (5).

Sonuç: n-Butyl cyanoacrylate dolgu, uygun mekanik temizlik sağlandıktan sonra uygulanması halinde anorektal fistüllerde fisülotomi/fistülektomi/seton/flep gibi konvansiyonel yöntemlere benzer oranlarda yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilecek güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: anorektal fistül, cyanoacrylate yapıştırıcı

Kaynaklar:

1. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD; Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 2011;54(12): 1465-1474
2. Loungnarath R, Dietz DW, Mutch MG, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW. Fibrin glue treatment of complex anal fistulas has low success rate. Dis Colon Rectum 2004;47(4):432-436
3. Singer M, Cintron J, Nelson R, et al. Treatment of fistulas-in-ano with fibrin sealant in combination with intra-adhesive antibiotics and/or

- surgical closure of the internal fistula opening. Dis Colon Rectum 2005;48(4):799-808
4. Zmora O, Neufeld D, Ziv Y, et al. Prospective, multicenter evaluation of highly concentrated fibrin glue in the treatment of complex cryptogenic perianal fistulas. Dis Colon Rectum 2005;48(12): 2167-2172
5. Barillari P, Basso L, Larcinese A, Gozzo P, Indinnimeo M. Cyanoacrylate glue in the treatment of ano-rectal fistulas. Int J Colorectal Dis. 2006 DEC;21(8):791-4.