



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Koru Hastanesi'nin Bilimsel Yayın Organıdır.

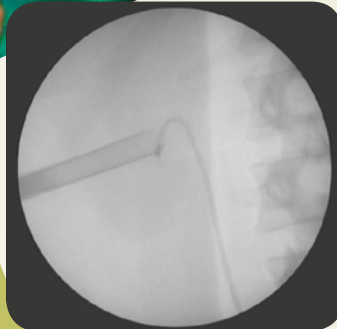


- Servikal Omurga Ameliyatı Süresince Servikal Myelopati ya da Radikulopati'nin Nöromonitorizasyonla Takibi
- Cerrahi Olarak Tedavi Ettiğimiz Ürolojik Kanseri Vakaları: Birinci Yıl Sonuçlarımız
- Bir Mantar Sinüziti Olgusu
- Kolorektal Kanseri Serimizin Klinik ve Demografik Özellikleri



Görüntülü Olgu Sunumları

- Üreter Üst Uç Taşı İçin Uygulanan Perkütan Cerrahi
- Pilonidal Sinüs Hastalığının Kristalize Fenol ile Cerrahisiz Tedavisi
- İnkontinans Tedavisinde Overlapping Sfinkteroplasti



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

ULAKBİM

Ulusal Veri Tabanındadır.

“hayatı güzelleştirir”

BÖLÜMLER VE HİZMETLERİMİZ

ACİL SERVİS

AMELİYATHANELER

ANESTEZİ VE REANIMASYON

BESLENME VE DİYET

BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

DAHİLİYE (İÇ HASTALIKLAR)

DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ

ESTETİK VE PLASTİK CERRAHİ

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

GASTROENTEROLOJİ

GENEL CERRAHİ VE CERRAHİ ONKOLOJİ

GÖĞÜS HASTALIKLARI

GÖZ POLİKLİNİĞİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

KARDİYOLOJİ

KULAK BURUN BOĞAZ

LABORATUVAR HİZMETLERİ

NÖROLOJİ

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

RADYOLOJİ

ÜROLOJİ - ÜROONKOLOJİ

İNTERNET HİZMETLERİ

OTOPARK

TERAS CAFE

www.koruhastanesi.com

Oğuzlar Mh. 1377 Sk. No: 21 Balgat - ANKARA
Tel. 0312 287 97 97, Faks 0312 287 98 98



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Cilt 2 | Sayı 1 | Mart 2012

Koru Hastanesi'nin Bilimsel Yayın Organıdır.

Üç ayda bir, yılda dört sayı olarak yayınlanır.

ISSN 2146-4782

Sahibi

Erer Sağlık ve Eğitim Kurumları İşletmesi A.Ş. adına
Hasan BİRİ

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Bahadır EGE

Editörler

Bahadır EGE
Editör

Mustafa KIRAC
Yardımcı Editör

B. Bülent MENTEŞ
Hasan BİRİ
Misafir Editörler

Yayın Kurulu *(Alfabetik Sırayla)*

Buket Yücel ALTAN
Özel Koru Hastanesi, Ankara

İsmet Gülce AVANOĞLU
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Ethem BEŞKONAKLI
Beyin Cerrahisi, Ankara

Aydan BİRİ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Hakan BOZKAYA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Gülcan ÇELİK
Özel Koru Hastanesi, Ankara

A. Kürşat DURAL
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Meltem Refiker EGE
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Ahmet ERDEM
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Mehmet ERDEM
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Ayla HARMANCI
Özel Koru Hastanesi

Fikret İLERİ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Erdoğan İNAL
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Uğur KANDİLCİ
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Mustafa KAYA
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Ömer KURTİPEK
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Osman LATİFOĞLU
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Sezai LEVENTOĞLU
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Süleyman Can NUMANOĞLU
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Zerrin ÖZKÖSE
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Muhterem POLAT
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Şerife TOPTAŞ
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Erhan TÜRKOĞLU
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Özgür Selim UYSAL
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Yönetim Yeri

Oğuzlar Mh. 1377 Sk. No: 21
Balgat, Ankara-Türkiye
Tel: (312) 287 97 97
Faks: (312) 287 98 98

İletişim

Bahadır EGE
ege@koruhastanesi.com

www.koruhastanesi.com

Yayın Hizmetleri

Tasarım ve Uygulama
BAYT Bilimsel Araştırmalar
Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cad. 30/31, Kızılay-Ankara
Tel. (312) 431 30 62
www.bayt.com.tr

Baskı
Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sitesi, 560 Sk. No:27, İvedik-Ankara
Tel. (312) 395 21 28

Baskı Tarihi
30 Mart 2012

Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

ULAKBİM

Ulusal Veri Tabanındadır.



KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI" üç ayda bir yayımlanan hakemli bir dergi olup, orijinal makale, literatür gözden geçirmeleri, vaka sunumları, teknik bildirileri ve uzman görüşlerini İngilizce ve Türkçe dillerinde basmaktadır. Her makalenin başında yazı başlığı, özet ve "medline" kurallarına göre düzenlenmiş anahtar kelimelerin İngilizceleri verilmektedir. Editör Kurulu alanında uzman kişilerden gözden geçirme talep ederse bunlar da hakemler tarafından değerlendirilebilecektir. **KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI"**'nin Editörleri WAME Yöneticiler Birliğinin onaylanmış olduğu editörler politikasını desteklemektedir. Dergi, Uluslararası Tıp Dergisi Editörleri Komitesi'nin yayımlanmış olduğu Biyomedikal Dergilere Gönderilen Makaleler için Gerekli Standartlar ile tam bir uyum göstermektedir (NEJM 1997; 336: 309-315, güncelleme 2001).

Makale Gönderme

Tüm yazarlar makalelerini ege@koruhastanesi.com adresine göndereceklerdir.

Online Makale Gönderme

Makalelerin hakemler tarafından hızlı değerlendirilebilmesi ve basımlarındaki gecikmelerin önlenmesi için ege@koruhastanesi.com adresine elektronik ortamda gönderilmesi gerekmektedir. Makaleler Word dokümanı (*.doc) veya zengin metin biçimi (*.rtf) olarak gönderilmelidir. Makale için iletişim kuracak tüm yazarların gerekli iletişim bilgileri olmalıdır. Tüm şekil, tablo ve gerekli görülen ek dokümanlar da aynı adrese gönderilmelidir. Yazarlar aynı sistem üzerinden "Telif Hakkı Devri ve Finansal Durum"u belirten ve yazının orijinalliğinin beyan edildiği, sorumlu yazarın imzaladığı formu da gönderilere eklemelidir.

Editör Politikası

Tüm makaleler bilimsel katkıları, orijinallikleri ve içerikleri açısından bilimsel komite tarafından değerlendirilir. Yazarlar verilerin doğruluğundan sorumludurlar. Dergi gerekli gördüğü yerlerde dil ve yazım ile ilgili uygun düzeltmeleri yapma hakkını saklı tutar. Makaleler gerekli görüldüğünde revizyon yapılmak üzere sorumlu yazara geri gönderilebilir. Dergide basılan yazılar derginin malı haline gelir ve yazarların telif hakkı **KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI"** adına alınır. Daha önce herhangi bir dilde basılmış yazılar dergide basılmak üzere değerlendirilmez. Yazarlar **KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI"**'na gönderdikleri bir yazıyı başka bir dergiye gönderemezler. Makalelerde yapılacak tüm değişikliklerde yazar ve basımevinin izni alınır.

Makalelerin Hazırlanması

KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI" "Biyomedikal Dergilere Gönderilen Makaleler için Gerekli Standartlar" a uygun olarak yayın kabul eder (International Committee of Medical Journal Editors: Br Med J 1988; 296: 401-5).

Makalenin gönderilmesi sırasında yazarlar deney/araştırma tipini belirtmelidirler ve istatistik uygulamalarının Bailar JC III ve Mosteller F. tarafından yazılan "Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations" (Ann Intern Med 1988; 108: 266-73) kılavuzuna uygun olması gerekmektedir.

Makale ile birlikte gönderilen üst yazıda makale içindeki bilgilerin herhangi bir kısmının daha önce elektronik ortam dahil yayımlanıp yayımlanmadığı veya değerlendirilmek üzere gönderilip gönderilmediği bildirilmelidir. Çalışma için etik kurul kararı alınıp alınmadığı veya insan deneyleri ile ilgili 2000 yılında güncellenen Helsinki Bildirgesi'ne uyulup uyulmadığı belirtilmelidir, aksi durumlar açıklanmalıdır. Üst yazıda iletişim kurulacak yazarın adresi, telefonu, faks numarası ve e-posta adresi olmalıdır.

Makalenin İçeriği

Özet

Tüm makalelerin Türkçe ve İngilizce özeti olmalıdır. Özetler amaç, materyal-metod, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşmalıdır. Orijinal makalelerin özeti 250 kelime ile sınırlandırılmıştır.

Anahtar Kelimeler

Özetin altında en fazla 6 adet kelime veya tamlama veriniz. Kısaltmaları anahtar kelime olarak kullanmayınız.

Giriş

Niçin bu çalışmayı yapmaya ihtiyaç duyduğunuzu ve amacınızı sadece en önemli makalelere atıfta bulunarak kısaca belirtiniz.

Materyal ve Metod

Planınızı, hastalarınızı, deney hayvanlarınızı, materyal ve kontrollerinizi, kullandığınız yöntem veya metodu, uyguladığınız istatistiksel yöntemi açıklayınız. Etik konularla ilgili izinleri yukarıda açıkladığınız gibi belirtiniz. İlaçların jenerik isimleri ile birlikte üretici adı ve üretildiği ülkeyi belirtiniz.

Bulgular

İstatistiksel metodlarla desteklenmiş bulgularınızı ayrıntılı olarak belirtiniz. Şekil ve tablolar metin içinde verilen bulguları desteklemeli tekrar etmemelidir; verinin metin, tablo veya şekil şeklindeki sunumların bir tanesinde gösterilmesi yeterlidir. Sadece en önemli bulgularınızı vurgulayınız; bu bölümde bulgularınızı diğer araştırmalarla karşılaştırmayınız. Bu tip karşılaştırmalar tartışma bölümüne saklanmalıdır.

Tartışma

Bulgularınızın önemini ve farkını vurgulayın ancak sonuç bölümünde sunulan detayları tekrarlamayın. Görüşlerinizi sadece çalışmanızda bulduğunuz gerçeklerle desteklenecek şekilde sınırlayınız, araştırmadığınız ya da gösteremediğiniz varsayımları tartışmaya eklemeyiniz. Bulgularınızı başka araştırmalarla karşılaştırınız. Bu bölümde bulgular bölümünde belirtilmemiş yeni veri sunulmamalıdır.

Kaynaklar

Kaynaklar yazı içinde geçtikleri sırayla, Arabik sayılarla ve üst simge olarak numaralandırılmalı ve aynı sıralamayla referanslar listesinde yer almalıdır. Kaynakları "Biyomedikal Dergilere Gönderilen Makaleler için Gerekli Standartlar" a uygun olarak hazırlayınız (<http://www.amaassn.org/public/peer/wame/uniform.htm>). Kaynaklarda yazarların hepsi yazılmalı, yazar sayısı altıdan fazla ise sonrası "et al" şeklinde kısaltılmalıdır. Dergi kısaltmaları "Cumulated Index Medicus" a uygun olarak yazılmalıdır.

Örnekler:

Dergiler:

1. Dilaveris P, Batcvarov V, Giafalos J, et al. Comparison of different methods for manual P wave duration measurement in 12 " lead electrocardiograms. Pacing and Clin Electrophysiol 1999;22:1532-8.

Kitap bölümü:

1. Schwartz PJ, Priori SG, Napolitano C. The Long QT Syndrome. In: Zipes DP, Jalife J, eds. Cardiac Electrophysiology. From Cell to Bedside. Philadelphia: WB Saunders Co, 2000:597-615.

Tablolar ve Şekiller

Makale ile birlikte gönderilen tüm tablo ve şekiller "Windows" altında açılabilir. Online olarak gönderilen renkli şekiller veya gri-skala görüntüleri makale kabulü ardından posta ile 300 dpi "tiff", "jpg" veya "pdf" formatındaki şekiller ayrıca gönderilmelidir. Her tablo ve şekil ayrı bir sayfada sunulmalıdır. Tüm tablo ve şekiller Arabik numaralar ile belirtilmelidir. Her tablonun başlığı tablonun içeriği ve amacını belirtmelidir. Her şeklin üzerindeki işaret ve semboller açıklayan bir alt yazısı olmalıdır.

Düzeltilmeler

Düzeltilme talepleri ve eleştiriler iletişim adresi belirtilen yazara gönderilir. Basımın gecikmemesi için istenen düzeltmeler en kısa zamanda cevaplandırılmalıdır. Revizyonların cevapları ile geri gönderilmesi en geç 30 gün içinde olmalıdır. Editörler kurulu 30 günden sonraya kalan revizyonlarda makaleyi reddetme hakkını saklı tutar. Tüm hakemlerin görüşlerine cevap yazılmalıdır ve yapılan düzeltmelerin sayfa numarası ile satır sırası belirtilmelidir. Yapılan tüm değişikliklerin metin üstünde koyu olarak belirtildiği bir kopya ile düzeltmeler yapıldıktan sonraki son halinin temiz bir kopyası birlikte gönderilmelidir. Sunulan kaynakların ve verilerin doğruluğundan yazarlar sorumludur. Hatalı, aldatıcı veya yanlış yönlendirici bilgilerin varlığı fark edildiğinde Baş-editör makaleyi bilimsel literatürden çekme ve bunu duyurma hakkına sahiptir.

The **KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI"**, printed quarterly, publishes original peer-reviewed articles, reviews, case reports, technical reports and commentaries in the fields of colon and rectum in English and Turkish languages. The title, abstract, and key words (according to medical subject headings) are provided in English and in Turkish at the beginning of each article. Reviews will be considered for publication only if they are written by authors who have at least three published manuscripts in the international peer reviewed journals and these studies should be cited in the review. Otherwise only invited reviews will be considered for peer review from known experts in the area.

KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI" is a peer reviewed journal and adheres to the highest ethical and editorial standards. The Editorial Board of the **KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI"** endorses the editorial policy statements approved by the WAME Board of Directors. The journal is in compliance with the uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals published by the International Committee of Medical Journal Editors (NEJM 1997;336:309-315, updated 2001).

Submission of manuscripts

All manuscripts should be sent to ege@koruhastanesi.com

Online Submissions

Only online submissions are accepted for rapid peer-review and to prevent delay in publication. Manuscripts should be prepared as word document (*.doc) or rich text format (*.rtf). All manuscripts should be sent to ege@koruhastanesi.com. Attach the manuscript, all figures, tables and additional documents. Please also attach the cover letter with "Assignment of Copyright and Financial Disclosure" forms, check-list of below mentioned guidelines according to the type of the manuscript.

Editorial Policies

All manuscripts will be evaluated by the scientific board for their scientific contribution, originality and content. Authors are responsible for the accuracy of the data. The journal retains the right to make appropriate changes on the grammar and language of the manuscript. When suitable the manuscript will be sent to the corresponding author for revision. The manuscript, when published, will become the property of the journal and copyright will be taken out in the name of the journal **KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI"**. Articles previously published in any language will not be considered for publication in the journal. Authors can not submit the manuscript for publication in another journal. All changes in the manuscript will be made after obtaining written permission of the author and the publisher.

Preparation of Manuscripts

KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI" follows the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (International Committee of Medical Journal Editors: Br Med J 1988; 296: 401-5).

Upon submission of the manuscript, authors are to indicate the type of trial/research and statistical applications following "Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations" (Bailar JC III, Mosteller F. Ann Intern Med 1988; 108: 266-73)

In the cover letter the authors should state if any of the material in the manuscript is submitted or planned for publication elsewhere in any form including electronic media. A written statement indicating whether or not "Institutional Review Board" (IRB) approval was obtained or equivalent guidelines followed in accordance with the Helsinki Declaration of 2000 update on human experimentation must be stated; if not, an explanation must be provided. The cover letter must contain address, telephone, fax and the e-mail address of the corresponding author.

Manuscript Specifications

Abstract

All manuscripts in Turkish should be accompanied by an abstract in English language. An abstract in Turkish is not required for manuscripts written in English. The structured abstract(s) should present the purpose of the study, material-methods, results and conclusions. This must contain fewer than 250 words in a structured format.

Key Words

Below the abstract provide up to 6 key words or short phrases. Do not use abbreviations as key words.

Introduction

State concisely the purpose and rationale for the study and cite only the most pertinent references as background.

Material and Methods

Describe the plan, the patients, experimental animals, material and controls, the methods and procedures utilized, and the statistical method(s) employed. Address "Institutional Review Board" issues as stated above. State the generic names of the drugs with the name and country of the manufactures.

Results

Present the detailed findings supported with statistical methods. Figures and tables should supplement, not duplicate the text; presentation of data in either one or the other will suffice. Emphasize only your important observations; do not compare your observations with those of others. Such comparisons and comments are reserved for the discussion section.

Discussion

State the importance and significance of your findings but do not repeat the details given in the Results section. Limit your opinions to those strictly indicated by the facts in your report. Compare your findings with those of others. No new data are to be presented in this section.

References

Number references in Arabic numerals alphabetically starting with number "(1)". The numbers should be written in parentheses at the end of sentences. Use the form of the "Uniform Requirements for Manuscript Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.amaassn.org/public/peer/wame/uniform.htm>). List all authors, if authors are more than six, use "et al". Journal titles should conform to the abbreviations used in "Cumulated Index Medicus".

Examples:

Journals;

1. Dilaveris P, Batcvarov V, Gialafos J, et al. Comparison of different methods for manual P wave duration measurement in 12 "lead electrocardiograms. Pacing and Clin Electrophysiol 1999; 22: 1532-8.

Book chapter;

1. Schwartz PJ, Priori SG, Napolitano C. The Long QT Syndrome. In: Zipes DP, Jalife J, eds. Cardiac Electrophysiology. From Cell to Bedside. Philadelphia: WB Saunders Co, 2000: 597-615.

Tables and Figures

Tables and figures should work under "Windows". Color figures or gray-scale images must be at least 300 dpi. Figures using "*.tiff", "*.jpg" or "*.pdf" should be saved separate from the text. All tables and figures should be prepared on separate pages. They should be numbered in Arabic numerals. Each table must have a title indicating the purpose or content of each table. Each figure must have an accompanying legend defining abbreviations or symbols found in the figure.

Revisions

Revisions will be sent to the corresponding author. Revisions must be returned as quick as possible in order not to delay publication. Deadline for the return of revisions is 30 days. The editorial board retains the right to decline manuscripts from review if authors' response delay beyond 30 days. All reviewers' comments should be addressed and revisions made should be started with page and line of the text. Send a highlighted copy indicating the revisions made and a clear copy of the revised manuscript. Authors are responsible for the truth of presented data and references. Editor-In-Chief has the right to withdraw or retract the paper from the scientific literature in case of proven allegations of misconduct.



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

2. yılında...



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Cilt 2 | Sayı 1 | Mart 2012

İçindekiler

Servikal Omurga Ameliyatı Süresince Servikal Myelopati ya da Radikulopati'nin Nöromonitorizasyonla Takibi	1
ERHAN TÜRKOĞLU	
Cerrahi Olarak Tedavi Ettiğimiz Ürolojik Kanser Vakaları: Birinci Yıl Sonuçlarımız	9
MUSTAFA KIRAÇ, NURİ DENİZ, HASAN BİRİ	
Bir Mantar Sinüziti Olgusu	17
KÜRŞAT DURAL, FİKRET İLERİ	
Kolorektal Kanser Serimizin Klinik ve Demografik Özellikleri	23
BAHADIR EGE, B. BÜLENT MENTEŞ	
Üreter Üst Uç Taşı için Uygulanan Perkütan Cerrahi	29
MUSTAFA KIRAÇ	
Pilonidal Sinüs Hastalığının Kristalize Fenol ile Cerrahisiz Tedavisi	30
BAHADIR EGE, B. BÜLENT MENTEŞ	
İnkontinans Tedavisinde Overlapping Sfinkteroplasti	31
BAHADIR EGE, B. BÜLENT MENTEŞ	

Servikal Omurga Ameliyatı Süresince Servikal Myelopati ya da Radikulopati'nin Nöromonitorizasyonla Takibi

Erhan Türkoğlu

Özel Koru Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği

ÖZET

Servikal dejeneratif disk hastalığı ya da servikal spondilozis servikal omurgada yaşla ilgili değişiklikleri içerir. Servikal spondilopati; myelopati ile sonuçlanırsa servikal spondilopatik myelopati olarak isimlendirilir. MEP ve SEP temelli intraoperatif elektrofizyolojik testler, myelopati ve/veya radikulopatinin cerrahi süresince takip edilmesine imkan vererek güvenli cerrahi sağlamaktadır. Bu çalışmada; kliniğimize servikal spondilopatik myelopati ile başvuran bir olgunun ameliyatında kullanılan yüksek teknolojinin bir ürünü olan MEP nöromonitorizasyonunun intraoperatif nörolojik hasardan cerrahi ve hastayı koruduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Elektrofizyolojik çalışma, Laminektomi, MEP, Nöromonitorizasyon, Servikal myelopati*

ABSTRACT

Servical degenerative disc disease, or cervical spondylosis is an age-related changes which affecting the cervical spinal column. Cervical myelopathy is a clinical syndrome that may result from cervical spondylosis and it is referred to as cervical spondylotic myelopathy. Intraoperative electrophysiological evaluation based on MEP and SEP are providing safe surgery and enables surgeons to monitoring of myelopathy and/or radiculopathy during the whole surgical procedure. In this study, we emphasize that MEP neuromonitorization as a product of high medical technology can prevent both patient and surgeon suffering from intraoperative neurological deterioration.

Key Words: *Cervical myelopathy, Electrophysiological evaluation, Laminectomy, MEP, Neuromonitorization*

Yazar Bilgisi

Erhan Türkoğlu

Özel Koru Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği, Balgat, Ankara

E-posta: drmet122@yahoo.com

GİRİŞ

Servikal dejeneratif disk hastalığı ya da servikal spondilozis servikal omurgada yaşla ilgili değişiklikleri içerir. 60 yaş üstü insanların % 85 de servikal spondilozis ait bulgular radyografik olarak gösterilmiştir.¹ Servikal spondilopati; myelopati ile sonuçlanırsa servikal spondilopatik myelopati (SSM) olarak isimlendirilir. SSM genellikle spinal kord kompresyonu nedeniyle uzun traktus bulgularına yol açar.² Myelopati; el hareketlerinde beceriksizliğe, yürümede güçlük ve dengesizliğe, üriner şikayetlere, motor kuvvetsizliğe, duyu değişikliklerine ve anormal ya da patolojik reflekslere yol açabilir. Doğal seyri genellikle progressif nörolojik kayıplarla sonuçlanır.³ Manyetik rezonans görüntüleme teknolojisindeki gelişmeler SSM'nin erken dönemde teşhisine yardımcı olmakta, uygulanacak cerrahi girişimle hastalığın progresyonu durdurulabilmektedir.⁴ Seçilecek cerrahi metod füzyonla beraber anterior, posterior ya da kombine olabilir. Transkraniyal manyetik situmülasyon ve santral motor iletim zamanını takiben ölçülen motor uyarılmış potansiyeller (MEP) myelopati ve/veya radikulopati değerlendirilmesinde son derece yararlı tekniklerdir.⁵ MEP ve sensorial evoked potential (SEP) temelli intraoperatif elektrofizyolojik testler, myelopati ve/veya radikulopatının cerrahi süresince takip edilmesine imkan vererek güvenli cerrahi sağlamaktadır. Çalışmamızın amacı; SSM nedeniyle posterior servikal dekompresyon ve füzyon uyguladığımız hastamızın intraoperatif elektrofizyolojik testlerini sunmak ve nöromonitorizasyonun güvenilirliğini literatür eşliğinde tartışmaktır.

OLGU

66 yaşında erkek hasta polikliniğimize şiddetli boyun ve sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Uzun süredir olan şikayetleri 9 ay önce geçirdiği bir travma sonrasında şiddetlenerek, yürüyüş bozukluğuna yol açmıştı. Her iki omuz hareketi ileri derecede kısıtlı olup, her iki kol kuvveti son zamanlarda çok azalmıştı. Özgeçmişinde belirgin hastalığı yoktu. Nörolojik muayenesinde, her iki omuz abduksiyonu +4/5 motor kuvvetinde, omuz ekleminde daha belirgin olmak üzere bütün eklemlerde ve yürüyüşte hafif-orta spastisite, derin tendon

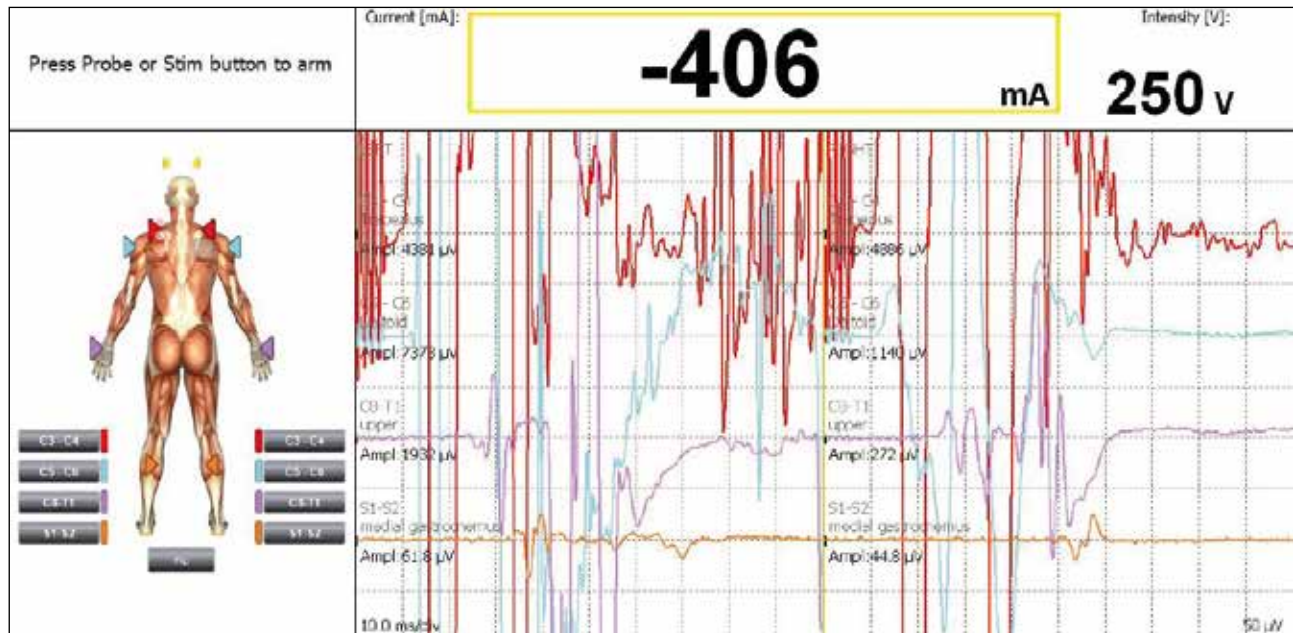
reflekslerinde global artış mevcuttu. Bilateral taban cildi refleksi ekstansördü. Servikal sagittal MRI da C4-5 ve C5-6 seviyesinde belirgin spinal kord basısı ve myelomalaziye neden olan dejeneratif disk hastalığı ile beraber posterior ligaman kalsifikasyonu, çok seviyeli dejeneratif disk hastalığı, servikal kifotik deformitenin eşlik ettiği insitabilite gözlemlendi (Resim 1). Servikal BT de C4-5 seviyesinde belirgin servikal stenoz , kalsifiye disk ve posterior longitudinal ligaman opafikasyonu gözlemlendi (Resim 2). Hasta anestezi verilmeden önce moniterize edilerek bazal değer elde edildi (Resim 3). Konkord pozisyonunda, posterior median cilt insizyonu kullanılarak C3-C6 posterior servikal dekompresyon ve lateral mass vidalama tekniği ile fiksasyon, otojen greftler ile füzyon yapıldı (Resim 4 a-b). Cerrahiye başlamadan önce hastaya elektrofizyolojik çalışma için elektrodlar yerleştirilerek bazal değer elde edildi (Resim 4). Bütün cerrahi



Resim 1: T2 ağırlıklı sagittal servikal MRG C4-5, C5-6 seviyesinde belirgin spinal kord basısı ve myelomalaziye neden olan dejeneratif disk hastalığı ile beraber posterior ligaman kalsifikasyonu, çok seviyeli dejeneratif disk hastalığı, servikal kifotik deformitenin eşlik ettiği insitabiliteyi göstermektedir.



Resim 2: Aksiyel servikal BT C4-5 seviyesinde belirgin servikal stenoz , kalsifiye disk ve posterior longitudinal ligaman opafikasyonu ile belirgin spinal kord basısını göstermektedir.



Resim 3: İntra-operatif dalga diyagramı anestezi ajan vermeden önce transkraniyal magnetik stimülasyon ile elde edilen basal MEP kaydını göstermektedir.



Resim 4: Ön-arka (a) ve lateral (b) servikal x-ray C3-C6 posterior servikal dekompresyon ve lateral mass vidalama tekniği ile fiksasyonu göstermektedir.

prosedür boyunca hem myelopati hem de olası radikls hasarı açısından nöromonitorizasyon yapılarak nörolojik hasar verilmediğinden emin olunuldu (Resim 5 a, b). Postoperatif dönemi sorunsuz olan hasta, postoperatif 3. günde ek nörolojik defisit olmadan taburcu edildi.

TARTIŞMA

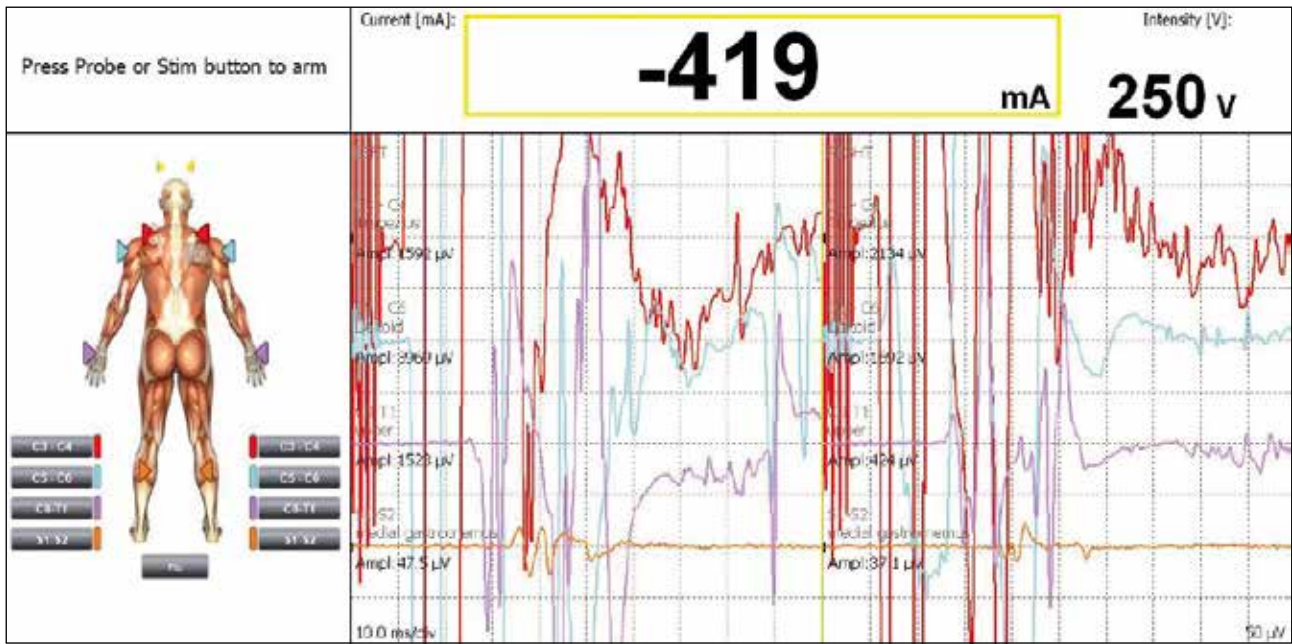
İlk intraoperatif nöromonitorizasyon çalışmaları 1973 yılında wake-up testi kullanılarak Vauzelle ve ark. tarafından denenmiştir.⁶ Başarılı sonuçları olmayan bu tekniği somatosensöriyal monitorizasyon çalışmalar takip etmiştir.⁷ Halojenik ajanların kortikal cevapları azaltması ve alt ekstremiteden gelen SEP uyarılarının kendi içinde olan çeşitliliği subkortikal uyarıları gündeme getirmiş; spinal epidural, spinöz çıkıntılar ya da interspinöz ligamanlara yerleştirilen elektrodlardan oksiput ya da servikal omurgadan alınan kayıtlar oldukça başarılı

olmuştur.⁸ Nörojenik motor monitorizasyon spinal kordun uyarılması ile periferik sinirlerden alınan kayıtlardır. Aslında desendan iletimlerin monitorizasyonu daha doğrudur çünkü kayıt aktivitesi büyük oranda sensöri nöral yolların antidromik iletim aktivitesine bağlıdır.⁹ Bir çok anestezi ajan anterior boynuz hücrelerinden çıkan desendan iletimi baskılamaktadır ve nöromusküler blokaj yapan ajanlar sinir aksiyon potansiyeline kas cevabını azaltmaktadır.¹⁰ Eğer tam nöromusküler blokaj yapılmazsa 2 ms'lik aralıklarla yapılan stimulusların sumasyonu spinal stimülasyonla önemli ölçüde myojenik potansiyel oluşturmaktadır.

Günümüzde non-invaziv metodlar kullanılarak motor yolların monitorizasyonu mümkündür. Bu amaçlar 3 yöntem geliştirilmiştir: İlk olarak, saçlı deriye yerleştirilen anod hastanın altına yerleştirilen sert plaka şeklinde katodla karşılanır, yüksek voltaj kapasitörü skalp elektrodlarında deşarj olunca kayıt elde edilir.¹¹ İkinci olarak,



Resim 5: (a) Tüm cerrahi prosedür boyunca nöromonitorizasyon yapılmış ve MEP amplitüd ve latansında değişiklik olup olmadığı gözlenmiştir (b) Dalga diyagramı cerrahi sonrasında MEP aktivasyonunda intraoperatif değişikliğe neden olabilecek nörolojik hasar olmadığını göstermektedir.



transkraniyal manyetik stimülasyon geliştirilmiştir. Volatil anesteziklerin kortikal stimülasyonları önemli ölçüde azaltmaktadır. Öte yandan anestezinin indüklediği inhibisyonlar 2'ms aralıklarla 3-6 kez yapılan repetatif stimüluslarla aşılabılır. Ancak repetatif transkraniyal stimülus yaparken santral sinir sistemi hasarı yapabileceğinden çok dikkatli olunmalıdır.¹² Üçüncü olarak , genel anestezi altında, ayak tabanına yapılan ardışık stimüluslar cevap almayı kolaylaştırıp repetatif stimülus ihtiyacını azaltmaktadır.¹³

Asendan, desendan, invaziv ve non-invaziv nörofizyolojik çalışmalar kendilerine özgü dezavantaj ve avantajlara

sahiptir. Kliniğimizde non-invaziv teknik seçmemizin ana nedenleri; anesteziden hemen önce uygulanabilmesi, tüm cerrahi süresince monitorizasyona imkan sağlaması, hızlı olması, yüksek teknoloji ile donatılmış olması ve eğer gerekliyse postoperatif monitorizasyon takibine devam edebilme olanağı vermesidir. Nöromonitorizasyon ile hedefimiz intraoperatif nörolojik defisit gelişmesini engellemek olmasına rağmen yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçların varlığı bir gerçektir. Bunun önüne geçmek, anatominin iyi bilinmesi ve nörofizyologun tecrübesi için çok önemlidir. Özellikle servikal spinal cerrahi sırasında elektrofizyolojik testler cerrahi sahaya spesifik zorluklar içerir. Anterior yaklaşımlarda

karotid kompresyonu kortikal SEP amplitüdünü azaltıp, latansını uzatabilir, posterior yaklaşımlarda invaziv elektrod yerleştirmekle ilgili sorunlar bunlardan birkaçıdır.¹⁴ Motor ve sensöriyel nöromonitorizasyon odonto-id kırıklarda, servikal AVM'lerde, servikal myeloradikülopatili olgularda kullanılmış ve postoperatif nörolojik defisit oranını önemli ölçüde azaltmıştır.¹⁵ Aynı uygulamalar günümüzde dorsal ve lomber bölge cerrahilerinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Sonuç olarak, omurga cerrahisi ve medulla spinalis cerrahilerinde uygulamsı kolay, hızlı ve güvenilir sonuç veren MEP ve/veya SEP ile nöromonitorizasyon intraoperatif nöronal hasar riskini azaltmakta ve postoperatif sonuçları iyileştirmektedir. Ancak yanlış negatif ve pozitif sonuçlar alınabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yalamanchili PV, Vives MJ, Chaudhary SB. Cervical spondylotic myelopathy: Factors in choosing the surgical approach. *Adv Ortho* 2012;2012:783762
2. Tanaka N, Kazuyoshi N, Fujimoto Y, et al. Clinical result of cervical myelopathy in patients older than 80 years of age: evaluation of spinal function with motor evoked potentials. *J Neurosurg Spine* 2009;11:421-426.
3. Rao RD, Currier BL, Albert TJ. Degenerative cervical spondylosis: clinical syndromes, pathogenesis, and management. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 2007;89:1360-1378.
4. Nurick S. The natural history and the results of surgical treatment of the spinal cord disorder associated with cervical spondylosis. *Brain* 1972;95:101-108.
5. Tanaka N, Fujimoto Y, Yasunaga Y, et al. Functional diagnosis using multimodal spinal cord evoked potentials in cervical myelopathy. *J Ortho Sci* 2005;10:3-7.
6. Vauzella C, Stagnara P, Jouvinroux P. Functional monitoring of spinal cord activity during spinal surgery. *Clin Orthop* 1973;93:173-178.
7. Engler GL, Spielholz NI, Bernhard WN. Somatosensory evoked potentials during Harrington instrumentation for scoliosis. *J Bone Joint Surg Am* 1978;60:528-532.
8. Guerit JM, Verhelst R, Rubay J, et al. Multilevel somatosensory evoked potentials (SEPs) for spinal cord monitoring in descending thoracic and thoraco-abdominal aortic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 1996;10:93-103.
9. Deletis V. The 'motor' inaccuracy in neurogenic motor evoked potentials. *Clin Neurophysiol* 2001;112:1365-1366.
10. Kalkman CJ, Ubags LH, Ben HD. Improved amplitude of myogenic motor evoked-responses after paired transcranial electrical-stimulation during sufentanil/nitrous oxide anesthesia. *Anesthesiology* 1995;16:924-929.
11. Kitagawa H, Itoh T, Takano H. Motor evoked potential monitoring during upper cervical spine surgery. *Spine* 1989;10:1078-1083.
12. Andersson G, Ohlin A. Spatial facilitation of motor evoked responses in monitoring during spinal surgery. *Clin Neurophysiol* 1999;110:720-724.
13. Deletis V. Intraoperative neurophysiology and methodologies used to monitor the functional integrity of the motor system. In: *Neurophysiology in Neurosurgery. A Modern Intraoperative Approach* (eds V Deletis, JL Shils). Academic Press, Amsterdam, pp.25-51.
14. Sloan TB, Ronai AK, Koht A. Reversible loss of somatosensory evoked potentials during anterior cervical spinal fusion. *Anesth Analg* 1986;65:96-99.
15. Epstein NE, Danto J, Nardi D. Evaluation of intraoperative somatosensory-evoked potential monitoring during 100 cervical operations. *Spine* 1993; 18:737-747.

Beslenme ve Diyet

Koru Hastanesi yaşamla bağınızı güçlendiriyor.

Beslenme ve Diyet Bölümümüzde sağlıklı beslenme, obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, gut, mide ve bağırsak hastalıklarında beslenme tedavileri, karaciğer ve böbrek hastalıklarında beslenme, gebelik ve emziliklikte beslenme, çocuk ve adölesan beslenmesi branşlarında hizmet verilmektedir.



Beslenmenizi ve yaşam tarzınızı;
**ama ilk önce mutfağınızı
birlikte gözden geçirelim...**



Sizce de kendiniz için bir şeyler yapmanın vakti gelmedi mi?

Obeziteyle birlikte dolaşım sisteminin bozulması sonucu hipertansiyon, kan yağlarının olumsuz etkilenmesiyle koroner arter hastalıkları ve gelişen insülin direnciyle birlikte diyabet görülebilir. Ayrıca vücut yağındaki artış kanser riskini de artırmaktadır. Burada amaç doğru beslenmeyle vücutta artmış yağ kütlesini azaltıp uygun egzersizlerle kas kütlesinde artış sağlamaktır.

Aşırı zayıflık da obezite gibi birtakım sağlık problemlerine neden olmaktadır. Yetersiz beslenmeyle kemik sağlığı olumsuz yönde etkilenebilir, kas kütlesindeki düşüş güçsüzlüğe neden olabilir. Besin yetersizliği sonucu anemi başta olmak üzere bir takım vitamin ve mineral eksiklikleri yaşanabilir. Bayanlarda adet düzensizlikleri ve doğurganlıkta azalma görülebilir.



Hadi harekete geçin...

Koru Hastanesi beslenme ve diyetetik bölümü olarak amacımız öncelikle kişinin şu anki beslenme durumunu saptayıp onu optimum beslenmeye yakınlıktır. Burada bizim için önemli olan sağlıklı beslenmeyi kişinin yaşam tarzına adapte edebilmek, ulaşılabilir hedefler koymaktır.



Dermatoloji

Cilt Bakımının Önemi

Cildinizi güzelleştirmek için yapabileceğiniz çok şey var. Bu yöntemler cildinizi doğru tanımdan başlayan ve cildin ihtiyaçlarına yönelik bakım ve uygulamaları içeren bir süreci kapsar. Uzman kişilerin size önerip titizlikle uygulayacakları profesyonel cilt bakımı, ev bakımınızda kullanmanızı önerecekleri cilt bakım ürünleri, sağlıklı ve taze bir cilde sahip olmanıza önemli bir katkı sağlayacaktır.

Cildimizin ihtiyaçlarını bilmek, doğasını anlamak ve doğru ürünle doğru uygulamayı yapmak bu konuda uzmanlaşmış olan kişilerin işidir. Unutulmaması gereken en önemli nokta bu iş yanlış uygulandığında sonucun daha kötü olacağıdır. Özel Koru Hastanesi Dermokozmetik Ünitesinde aylık cilt bakımlarının yanı sıra dermaroller uygulamalı cilt bakımı da yapılmaktadır.

Medikal Cilt Bakımı ile cildiniz yenilensin

Kliniğimizde cilt bakımlarının yanı sıra kimyasal peeling de yapılıyor.

KİMYASAL PEELİNG NEDİR ?

Cildin yıpranmış, tazeliğini ve parlaklığını kaybetmiş üst tabakasının soyulmasını ve dökülmesini sağlayarak daha sağlıklı ve canlı tabakanın ortaya çıkarılması işlemidir. Peeling uygulaması sonrasında cilt yüzeyi taze ve berrak bir görünüm alır. Matlığın giderilmesi ile canlı parlak bir ifade oluşur. Akne izleri azalır, tıkalı gözenekler açılarak cilt nefes alır ve yenilenir. İnce çizgiler azalırken dolgun bir görüntü oluşur. Tedaviden yanıt alabilmek için 2-4 haftalık aralar ile 6-8 seans, cildin kazandığı tazeliği korumasını sağlamak için ise her 2 ayda bir uygulamanın tekrarlanması önerilir.

LAZER EPİLASYON İLE İSTENMEYEN TÜYLERE SON

Hastanemizde kullanılmakta olan Epicare Duo iki ayrı lazer sistemini içerir. Birincisi 755 nanometre dalga boylu Alexandrite lazer, ikincisi 1064 nanometre dalga boylu Nd:yag lazer. Epilasyon işleminde hastanın ten rengi ve kıl yapısına uygun olan dalga boyu seçilir. Güvenli, kalıcı ve etkili bir yöntem olması nedeni ile cihaz ABD’de FDA onayı almıştır. Seans süreleri 30-40 gündür ve soğuk hava sistemi sayesinde acı en az düzeye indirildiğinden konforludur. Lazer epilasyon işlemi dokuya veya bezlerine zarar vermez. Tedavinin tamamlanması için genel olarak 4-8 seans gerekmektedir.

KILCAL DAMAR TEDAVİSİ

Epicare Duo ile epilasyon işlemi yanı sıra kılcal damar tedavisi de başarıyla yapılmaktadır. Tedavi için gerekli seans sayısı damar yoğunluğuna bağlıdır, tek seansta sonuç alınabildiği gibi daha fazla seans da gerekebilir.

Kliniğimizde ayrıca lazer ile cilt gençleştirme tedavisi de yapılıyor.



Cerrahi Olarak Tedavi Ettiğimiz Ürolojik Kansere Vakaları: Birinci Yıl Sonuçlarımız

¹Mustafa Kırac, ¹Nuri Deniz, ²Hasan Biri

¹Özel Koru Hastanesi Üroloji Kliniği

²Gazi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Ürolojik tümör tanısı alan hasta sayısı son yıllarda artmaktadır ve bu hastaların çoğu cerrahi yöntemlerle tedavi edilmektedir. Biz bu çalışmada cerrahi olarak tedavi ettiğimiz ürolojik kanser vakalarını sıklık, tedavi çeşitliliği, hasta oranları ve takip açısından değerlendirdik

Yöntem ve Gereç: Ocak 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında Koru Hastanesi Üroloji K polikliniğine başvuran ürolojik tümör tanısı konmuş 194 hasta çalışmaya alındı. Hastalar primer olarak kliniğimizde tanı konan ya da dış merkezlerde tanı konup refere edilen hastalardı.

Bulgular: Toplam 194 hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Hastaların % 85,5'i erkek % 14,5'i kadındı. 198 hastadan en fazla cerrahi tedavi uygulanan tümör grubu % 48,9 oranında ürotelyal tümörler olarak saptandı. Hastaların 102'sine ürotelyal tümörler için, 40'ına prostat tümörleri için, 32'sine böbrek tümörleri için, 15'ine testis tümörleri için, 4'üne sürrenal kitler için cerrahi tedavi uygulandı. Bütün hastaların ortalama takip süresi 6.26 ay olarak saptandı. Hastaların % 4.12 sinde komplikasyon görüldü. Hiçbir hastada major komplikasyon gelişmedi. Komplikasyon gelişen hastaların sadece 8 tanesinde minor komplikasyon vardı.

ABSTRACT

Objectives: Patients with urological tumors have diagnosed in recently and most of the patients have treated surgically. In this study, we evaluated cases treated surgical in terms of incidence, variety of treatment, rate and follow-up.

Material and Methods: 194 patients, applying to Koru Hastanesi Urology department between January 2011 and February 2012, those have been diagnosed with urologic tumour have been studied. The patients were the patients that have been primary diagnosed in our clinic or those have been referred by being diagnosed at exterior centres.

Results: 194 patients at total have been administered surgical treatment. 85, 5 % of the patients were male and 14, 5 % was female. Out of 198 patients, the most part of the tumour group of who was administered surgical treatment was determined to be urothelial tumours at the rate of 48, 9%. Surgical treatment has been applied to 102 of the patients for urothelial tumours, 40 of them for prostate tumours, 32 of them for kidney tumours, 15 of them for testicular tumours and 4 of them for adrenal masses. The average length of the follow-up of these patients has been determined as 6.26 months. There had been complications at 4.12 % of

Sonuç: Ürolojik tümörler hem genç hemde yaşlı popülasyonu etkileyebilen ve çoğunlukla cerrahi olarak tedavi edilen tümörlerdir. Bizde kliniğimizde ürolojik tümörler için çeşitli cerrahi yöntemleri başarılı bir şekilde uygulayarak hastaların tedavilerini yönettik Kliniğimizde ürolojik tümörlerin cerrahi tedavileri düşük oranda komplikasyon gelişimi ile tedavi edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi tedavi, Tümör, Üroloji,

the patients. No major complication has been developed in any patient. There was minor complication at only 8 of the patients who have complication.

Conclusion: Urologic tumours are the tumours that affect both the young and old population and mostly surgically treatable. In our clinic, various surgical methods are successfully applied to urologic tumours and the treatments of patients have been administered. In our clinic, urologic tumours are surgically treated with a very low rate of complication development.

Key Words: Surgical treatment, Tumour, Urology.

GİRİŞ

Ürolojik tümörler genel olarak yaygın görülen ve kür oranları yüksek olan tümörlerdir. Mesane, prostat, böbrek, testis ve daha nadir olarak da diğer üriner sistem organlarının tümörleri bu kapsamda değerlendirilmektedir. Son yıllarda tanı ve görüntüleme yöntemlerindeki gelişime paralel olarak ürolojik tümörlerin görülme sıklığı artmaktadır. Özellikle yaşlı nüfusun artması bu kanserlerin daha çok görülmesine, dolayısıyla da daha çok tedavi gereksinimine neden olmaktadır. Bilindiği gibi ürolojik kanserler sıklıkla cerrahi tedavi yöntemleri ile tedavi edilebilen aynı zamanda kür olma oranları daha yüksek olan kanserlerdir. Örneğin testis tümörlerinde evreye bağlı olmakla beraber kür oranı % 95-99 arasında değişmektedir.¹ Aynı şekilde lokal evre prostat kanserinde cerrahi tedavi ile birlikte kür oranı % 95'ler civarındadır.^{2,3} Yaygın görülen ve sıklıkla cerrahi olarak tedavi edilen mesane ve böbrek kanserlerinde de başarı oranları benzerdir.

Ürolojik tümörler için yapılan cerrahi tedavilerin başarı oranları giderek artmaktadır. Artan cerrahi deneyim ile beraber cerrahi operasyonlar için fiziksel şartların daha da iyileştirilmesi üroloji branşı için son yıllarda bu tedavilerin başarısında önemli bir etkidir. Daha önceleri, belirli birkaç merkezde tedavileri planlanan ve yürütülen ürolojik kansere sahip hastalar artık son yıllarda çok daha fazla alternatife sahiptirler. Cerrahi yöntemler ile

tedavi edildiğinde başarı oranları yüksek olan bu ürolojik tümörler artık birçok üroloji merkezinde tedavi edilebilir hale gelmiştir. Özellikle akademisyen kadroların bulunduğu, uygun altyapıya sahip üniversite ve eğitim hastaneleri dışındaki birçok merkezde bu tedavi ve takipler başarı ile yapılmaktadır. Bizde bu çalışmada son bir yıl cerrahi olarak tedavi ettiğimiz ürolojik kanser vakalarını sıklık, tedavi çeşitliliği ve takip açısından değerlendirdik.

YÖNTEM VE GEREÇ

Ocak 2011-Şubat 2012 yılları arasında Koru hastanesi üroloji polikliniğine başvuran 22365 hastadan tümör tanısı konan ve cerrahi tedavi kararı alınıp tedavi edilen 194 hasta retrospektif olarak analiz edilerek çalışmaya alındı. 103 hasta ürotelyal tümörler için, 40 hasta prostat tümörü, 32 hasta böbrek tümörü 15 hasta testis tümörü, 4 hasta sürrenal tümör için tedavi edildi. Bütün hastalar tümör teşhisi konduktan sonra hastalığı için ayrıntılı olarak bilgilendirilen ve tedavi olmayı kabul eden hastalardı. Cerrahi tedavi yapılan hastalar operasyondan bir gün önce ya da aynı gün hospitalize edilip postoperatif dönemde stabilize edilerek taburcu edildiler. Ameliyat öncesinde hastaların tamamına, yapılacak cerrahi girişim için ayrıntılı onam formları verildi. Mesane kanseri için yapılan transüretral rezeksiyon kriteri; ultrasonografi, intravenöz pyelografi ya da pelvik tomografide

tümör şüphesi olması ve sistoskopide tümöral lezyonun görülmesi idi. Radikal sistektomi kriteri; kasa invaziv mesane kanseri olması, T1 evre ancak yüksek grade ve multifokal tümörler olması ve preoperatif uzak metastaza ait bulgu olmaması, parsiyel sistektomi kriteri, mesane kubbesinde yerleşen tek odakta ve insitu kanserin olmaması, radikal prostatektomi kriteri; PSA yüksekliği veya rektal muayenede tümör şüphesi nedeniyle yapılan transrektal iğne biyopsisinde (TRİB) prostat kanseri saptanması, veya benign prostat hiperplazisi için yapılan transüretral rezeksiyon patolojisinde prostat kanseri tanısı konması ve kemik metastazı olmaması, radikal nefrektomi kriteri, görüntüleme yöntemlerinde böbrek yerleşimli kontrast madde tutan tümöral kitlenin olması, parsiyel nefrektomi kriteri; tümörün periferik yerleşimli ve 4 cm den küçük olması, radikal orşiektomi kriteri; testise sınırlı ultrasonografi veya testiküler MR incelemesinde tümör bulguları olması, ve adrenalectomi kriteri adrenal bezde yerleşen fonksiyonel ve nonfonksiyonel ancak malinite şüphesi olan kitle olması olarak kabul edildi.

Cerrahi tedavi sırasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar iki ayrı grupta değerlendirildi. Majör komplikasyonlar ölüm, komşu organ ve büyük damar yaralanmaları, anastomozun açılması, mesane perforasyonu ve hayatı tehdit eden kanama olarak belirlendi. Minör komplikasyonlar ise yara yeri enfeksiyonu ve hematoma, yara sütürü açılması, distansiyon ve kabızlık, mesane boynu darlığı, üretra darlığı ve üriner sistem enfeksiyonu olarak belirlendi.

Hastaların tümör evrelendirmeleri TNM klasifikasyonuna göre yapılarak tedavileri yönetildi. Ameliyatlarda her tümör için belirlenen kabul görmüş standart cerrahi teknikler kullanıldı. Hastaların postoperatif takiplerinde her tümör için belirlenen kabul görmüş standart kriterler kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 194 hastaya ürolojik tümörler için cerrahi tedavi uygulandı. Bu hastalardan 103'üne ürotelyal tümörler

için, 40'ına prostat tümörleri için, 32'sine böbrek tümörleri için, 15'ine testis tümörleri için, 4'üne sürrenal kitleler için cerrahi tedavi uygulandı. Tablo-1 cerrahi tedavi uygulanan tümör hastalarının dağılımını göstermektedir.

Ürotelyal tümörler için cerrahi tedavi uygulanan hastaların 87 tanesi transüretral rezeksiyon (TUR-MT), 13 tanesi radikal sistektomi, 2 tanesi nefreüretrektomi 1 tanesi de parsiyel sistektomi yapılan hastalardı. Ortalama yaşı 65,6 olan TUR-MT uygulanan ürotelyal tümörlerin 66 (% 75,8) tanesi primer olarak teşhis edilen, 21 tanesi de (% 24,2) sekonder olarak tedavi edilen hastalardı. 40 hasta tek odaklı (% 45,9) 47 hasta birden fazla odaklı (% 54,1) tümör için cerrahi tedavi aldı. Hastaların % 45,1'ine Ta tümörler için % 28,16 sınıfta T1 tümörler için rezeksiyon uygulandı. Ortalama tümör boyutu 3,75 x 2,66 olan hastaların ortalama takip süreleri 9,06 ay olarak gerçekleşti. Takiplerde 44 hasta intrakaviter tedavi aldı. 16 hastada radikal sistektomi ihtiyacı doğdu ve 13 hastaya radikal sistoprostatektomi uygulandı ancak 3 hasta bu tedaviyi kabul etmedi. Hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon gelişmedi.

İnvaziv mesane tümörü için radikal sistoprostatektomi yapılan 13 hastanın ortalama yaşı 60,07 olarak gerçekleşti. Hastaların % 26,7'sine yüksek gradeli T1 tümörler için geri kalan % 73,3'üne de T2 ve T3 tümörler için radikal sistoprostatektomi uygulandı. Hastaların 12 tanesine ileal loop diversiyon uygulanırken, 1 hastaya Struder Pouch uygulandı. Toplam 3 hastada yara yeri enfeksiyonu içeren minor komplikasyon görüldü. Radikal sistektomi uygulanan hastaların ortalama takip süresi 10,05 ay olarak saptandı..

Prostat tümörü için radikal prostatektomi yapılan 40 hastanın ortalama yaşı 63,23 olarak gerçekleşti. Hastaların tamamına retropubik prostatektomi, uygulandı. 39 hastada TRİB ile prostat kanseri tanısı konmuşken 1 hastada TUR-P patolojisinde prostat kanseri tanısı konduğu için radikal prostatektomi uygulandı. Radikal cerrahi öncesi ortalama PSA değeri 15,87 ng/ml iken ortalama Gleason skoru 6,2 olarak tespit edildi. Preoperatif olarak hastaların % 52,3'üne kemik sintigrafisi

Tablo 1. Tümör cerrahisi uygulanan hastaların cerrahi sonrası kanama, yatış, takip süresi ve komplikasyon oranları

	Hasta sayısı	Cinsiyet		Yaş (ort.)	Kanama-cc (ort.)	Yatış süresi (ort.)	Takip süresi (ort.) (ay)	Komplikasyon
		Erkek	Kadın					
Toplam	194	166	28	52.14	146.58	3.61	6,26	8
Ürotelyal	103	74	19	56.14	158.15	4.04	9,06	3
TUR	87	60	17	52.16	125.00	1.24	10.05	0
Radikal sistektomi	13	12	1	60.07	330.23	5.43	9.26	0
Nefroureterektomi	2	1	1	56.42	120.0	5.1	9.04	1
Parsiyel sistektomi	1	1	0	67.60	57.6	3.4	8.00	0
Prostat (RRP)	40	53	0	63.23	233.2	4.19	7.27	3
Böbrek	32	23	9	57.65	332.17	2.57	7.25	1
Radikal nefrektomi	15	12	3	59.66	334.0	2.66	7.10	0
Parsiyel nefrektomi	17	11	6	53.47	355.5	3.01	7.40	1
Testis	15	15	0	29.70	75.40	1.36	6.90	0
Radikal orşiektomi	12	12	0	29.88	16.0	1.0	7.70	0
Parsiyel orşiektomi	2	2	0	26.30	15.0	1.0	6.60	0
RPLND	1	2	0	31.44	70.0	3.0	6.40	0
Adrenal	4	2	0	39.56	34.4	2.5	5.50	0

TUR: Transüretral rezeksiyon
RRP: Radikal retropubik prostatektomi
RPLND: Retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu

çekildi ve bu hastaların hiçbirinde metastatik yayılım görülmedi. Hastaların % 62,2'sinde preoperatif rektal muayene bulgusu yoktu. Hiçbir hastada intraoperatif major komplikasyon görülmezken postoperatif takiplerde yalnızca 2 hastada mesane boynu darlığı, 1 hastada yara yeri enfeksiyonu görüldü. Ortalama takip süreleri 7,27 ay olan hastaların % 12,5'inde (5 hasta) hormonal tedavi ve 2 hastada da kemoterapi ihtiyacı ortaya çıktı.

Böbrek tümörleri için tedavi edilen 32 hastanın yaş ortalaması 57,65 olarak bulundu. Nefrektomi hastaların % 46,8'ine (15 hasta) radikal nefrektomi, % 53,2'sine (17 hasta) parsiyel nefrektomi olarak yapıldı. Preoperatif yapılan bilgisayarlı tomografide ortalama tümör boyutu 4,44 x 3,16 cm olarak bulundu. Radikal nefrektomi yaapılan 15 hastanın 8 tanesine laparoskopik teknik kullanılırken parsiyel nefrektomi yapılanların 4 tanesine laparoskopik teknik uygulandı. Açık cerrahi yapılan hastaların % 71,4'üne transabdominal insizyon % 28,6'sına da flank insizyon ile işlem gerçekleştirildi. Ortalama

takip süresi 7.25 ay olan hastalarda intraoperatif majör komplikasyon görülmedi.

Testis tümörleri için tedavi edilen 15 hastanın 12 tanesine radikal orşiektomi uygulanmışken, 2 tanesine parsiyel orşiektomi ve 1 hastaya da retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu (RPLND) yapıldı. Postoperatif takip süresi ortalama 6.9 ay olan testiküler tümör hastalarında intraoperatif majör komplikasyon gelişmedi. Sürrenal kitle için laparoskopik sürrenalektomi yapılan 4 hastada malign feokromositoma saptandı.

TARTIŞMA

Ürolojik tümörler yaygın görülen ve sıklığı giderek artan tümörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda artan yaşlı nüfus ile birlikte bu tümörlerin görülme sıklığı artmaktadır. Dolayısıyla bu tümörlerin tedavisi

için gerekli olan deneyime sahip olmak ve bu deneyimi cerrahi alanda kullanmak ihtiyacı da, bu doğrultuda artmaktadır. Son yıllarda, birçok üroloji kliniği, ürolojik tümörlerin cerrahi tedavisinin yapılabileceği deneyimli ürologların çalıştığı merkezler haline gelmiştir. Şu an için bizim kliniğimiz de ürolojik tümör cerrahisinin yapılabileceği bir merkez konumundadır.

Çalışmamızda, toplam 194 hasta tedavi edilmiş olup bu hastaların % 85.5'i erkek % 14.5'i ise kadındır. Hastaların yaş ortalaması 52,14 (17-89) olarak ortaya çıkmıştır. Primer olarak tanı konan hasta yüzdesi % 75.33'dür. Hastaların % 94,61'ine açık cerrahi uygulanmış iken % 5,38'sine laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Bütün hastaların ortalama takip süresi 6.26 aydır. Bu çeşitlik gösteren sonuçlar, kliniğimizde her türlü ürolojik tümör cerrahisinin yapılabileceğini açıkça göstermektedir.

Bilindiği gibi ürotelyal tümörler ürolojik tümörler içinde yaygın görülen tümörlerdir. Dolayısıyla cerrahi tedavi yoğun olarak bu tümörler için yapılmaktadır. Bizim çalışmamızda da tümör cerrahisi yaptığımız hastaların % 53.1'i ürotelyal tümör hastasıdır. Literatüre bakıldığında genel olarak erkeklerin % 6,6'sı ve kadınların da % 2,2'si ürotelyal tümörlere sahiptir ve erkek kadın oranı 3,8:1'dir.⁴ Bizim çalışmamızda tümör cerrahisi yaptığımız 109 ürotelyal tümör hastasının % 71.8'i erkek iken % 28.2'si kadındır. Ürotelyal tümörler içerisinde radikal istektomi uyguladığımız hasta sayısı 13'dür. Ancak invaziv tümör saptama oranımız tedaviyi kabul etmeyen hastalarla birlikte daha yüksektir. Oosterlinck ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada yüzeyel tümör oranı % 75 civarında verilmiştir.⁵ Bu oran bizim sonuçlarımıza oldukça yakın bir orandır. Cerrahi tedavi uyguladığımız ürotelyal tümörü olan hastaların yalnızca 3 tanesinde yara yeri enfeksiyonu gibi minör postoperatif distansiyona bağlı anastomoz kaçağı olması ve uygun şekilde tedavi edilmesi, ortalama hastanede kalış sürelerinin TUR uygulanan hastalarda 1,24 gün, radikal sistektomi uygulanan hastalarda 5,43 gün olması, bu hastaların kliniğimizde sorunsuz şekilde cerrahi tedaviye alınabildiğini göstermektedir.

Prostat kanseri erkeklerde görülen en yaygın kanserdir. Avrupada insidansı 1000'de 214 vaka olarak verilmiştir.⁶ Yaşlanan erkeğin en önemli problemi olan prostat kanseri yaşlı nüfusun artması ile birlikte tedavi gereksiniminin arttığı bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda cerrahi tedaviye ihtiyaç duyan hastaların yaş ortalaması 63,23 (49-76) olarak saptanmıştır. Hastalarımızın tamamına yakını TRİB ile tanı konan hastalardır ancak sadece 1 hastada prostatın transüretral rezeksiyonu sonrası prostat kanseri saptanmıştır. Bu sonuç literatürden farklı olarak ortaya çıkmıştır.^{7,8} Ancak bu oran BPH için transüretral rezeksiyon yapılan hastalar bu çalışmaya dahil edilmediği için göreceli olarak düşük belirlenmiştir. Prostat kanseri için cerrahi tedavi uygulanan hastalarda rektal muayenede T1c oranı %62,2, ve TRİB sonucunda ortalama gleason skoru 6,2 olarak belirlenmiştir. Ortalama yatış süreleri 4,19 gün olan hastalar ortalama 7.27 ay takip edilmişlerdir. Hastaların hiçbirinde major intraoperatif komplikasyon gelişmezken postoperatif takiplerde % 5.0'inde mesane boynu darlığı belirlenmiş ve uygun şekilde tedavi edilmiştir. Bizim çalışmamızdaki komplikasyon oranları literatür verileri ile uyumlu olarak ortaya çıkmıştır.⁹

Renal tümörler tüm kanserlerin % 2-3'ünü oluşturur ve batı toplumlarında daha fazla oranda görülür.¹⁰ Böbrek tümörü için cerrahi, vazgeçilmez ve ilk seçilecek tedavi seçeneğidir. Kliniğimizde toplam 32 hastaya renal tümörler için cerrahi uygulanmış ve bu hastaların ortalama yaşı 57,65 olarak saptanmıştır. Bu hastaların % 37,22'si insidental olarak tanı konmuş hastalardır. 15 hastaya radikal nefrektomi, 17 hastaya da parsiyel nefrektomi uygulanmıştır. Bilindiği gibi radikal nefrektomi hastalığın her evresinde, hatta metastatik hastalıkta dahi tümör yükünü azaltmak için uygulanabilir.¹¹ Bizim çalışmamızda, tümör boyutu olarak hastaların % 51,06 T1a, %29,7'si T2a, ve % 19,24'ü T2 ve T3 hastalık, lenf nodu pozitifliği % 8,3 ve metastatik hastalık oranı % 4,5 olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla görülmektedir ki kliniğimizde hastalığın her evresine cerrahi tedaviyi uygulanmaktadır. 32 hastanın hiçbirinde major intraoperatif komplikasyon gelişmemiş 1 hastada üriner sistem enfeksiyonu ve distansiyon şeklinde minor komplikasyon görülmüştür. Renal tümör cerrahisi uyguladığımız hastaların ortalama

hastanede kalış süreleri 2,57 gün, ortalama takip süreleride 7.25 ay olarak belirlenmiştir.

Kliniğimizde tedavi ettiğimiz diğer tümörlere bakıldığında bu hastaların tedavileri de başarılı bir şekilde yapılmıştır. Testiküler tümörler genç yaştaki erkeklerde en sık rastlanan ürolojik kanserlerdir.¹² Diğer ürolojik tümörlere göre nispeten daha az görülmektedir ancak tedavinin başarı ve kür oranları daha yüksektir.¹³ Kliniğimizde testis kanseri tanısı ile 11 hasta tedaviye alınmış olup bu hastaların 12 tanesi radikal orşiektomi 2 tanesi parsiyel orşiektomi ve 1 tanesi de RPLND yapılan hasta grubunu oluşturmuştur. Major komplikasyon gelişmeyen hastalar ortalama 6.90 ay takip edilmişlerdir. Nadir olarak karşılaşılan ve genelde ürologların diğer tümörler kadar yaygın tedavi etmediği adrenal tümörler içinde kliniğimizde 4 hasta tedavi edilmiş olup bu hastaların 3'üne laparoskopik 1 tanesinde de açık adrenalectomi uygulanmıştır.

Sonuç olarak ürolojik tümörler hem genç hemde yaşlı popülasyonu etkileyebilen ve çoğunlukla cerrahi olarak tedavi edilen tümörlerdir. Cerrahi tedavinin başarı oranları da diğer organ tümörlerine göre nispeten daha yüksektir. Bizde kliniğimizde ürolojik tümörler için hemen hemen her tür cerrahi yöntemi başarılı bir şekilde uygulayıp hastaların tedavilerini gerçekleştirdik. Son yıllarda bir çok farklı üroloji merkezi bu tümörler için cerrahi tedavileri başarılı bir şekilde uygulamaktadır. Artan yaşlı nüfus oranı ve tümör görülme sıklığı yalnızca bu tümörlerin tedavisi için şekillenen ve özel yetiştirilmiş cerrahların bulunduğu bir çok yeni merkezi ortaya çıkaracaktır.

KAYNAKLAR

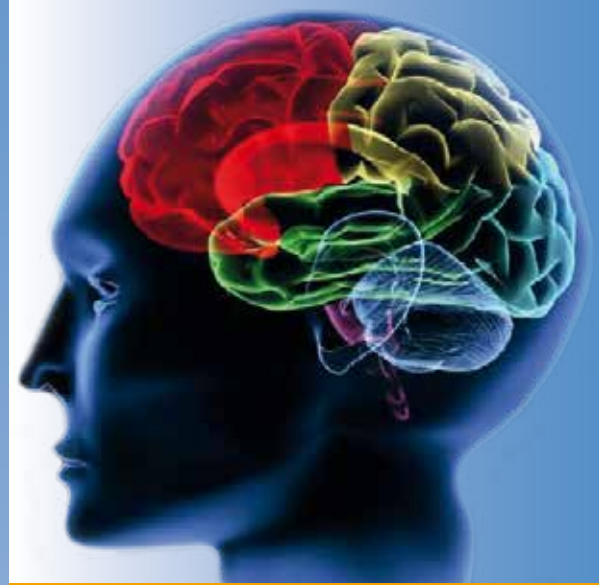
1. Schmoll HJ, Souchon R, Krege S, Albers P, Beyer J, Kollmannsberger C et al. European consensus on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the European Germ Cell Cancer Consensus Group (EGCCCG). *Ann Oncol*. 2004;15:1377-9.
2. Chodak GW, Thisted RA, Gerber GS, Johansson JE, Adolf-

- sson J, Jones GW, et al. Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. *N Engl J Med* 1994;330:242-8.
3. Albertsen P, Hanley JA, Murphy-Setzko M. Statistical considerations when assessing outcomes following treatment for prostate cancer. *J Urol* 1999;162:439-44.
4. A. Stenzl, N.C. Cowan, M. De Santis, G. Jakse, M. Kuczyk, A.S. Merseburger, M.J. et al. Guidelines on Bladder Cancer Muscle-invasive and Metastatic European Association of Urology 2008.
5. Oosterlinck W, Lobel B, Jakse G, Malmstrom PU, Stockle M, Sternberg C; European Association of Urology (EAU) Working Group on Oncological Urology. Guidelines on bladder cancer. *Eur Urol* 2002;41:105-12.
6. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe 2004. *Ann Oncol* 2005;16:481-8.
7. Bright EA, Manuel C, Goddard JC, Khan MA. Incidence and factors predicting the detection of prostate cancer after transurethral resection of the prostate for clinically benign disease. Department of Urology, University Hospital of Leicester, Leicester General Hospital, Leicester, UK. *Urol Int*. 2009;83:171-4.
8. A. Heidenreich (chairman), M. Bolla, S. Joniau, T.H. van der Kwast, V. Matveev, M.D. Mason, N. Mottet, H-P. Schmid, T. Wiegand, F. Zattoni Guidelines on Prostate Cancer European Association of Urology 2009
9. Briganti A, Chun FK, Salonia A, Suardi N, Gallina A, Da Pozzo LF, et al. Complications and other surgical outcomes associated with extended pelvic lymphadenectomy in men with localized prostate cancer. *Eur Urol* 2006;50:1006-13
10. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. *Scand j Surg* 2004;93:88-96.
11. Ljungberg, D.C. Hanbury, M.A. Kuczyk, A.S. Merseburger, P.F.A. Mulders, J-J. Patard, I.C. Sinescu Guidelines on Renal Cell Carcinoma European Association of Urology 2009
12. Richie JP. Neoplasms of the testis, in Walsh PC et al. (eds). *Campbell's Urology*. 7th ed. Philadelphia: Saunders, 1997: pp. 2411-2452.
13. P. Albers (chairman), W. Albrecht, F. Algaba, C. Bokemeyer, G. Cohn-Cedermark, K. Fizazi, A. Horwich, M.P. Laguna Guidelines on Testicular Cancer European Association of Urology 2009.

Beyin Cerrahisi

7 gün 24 saat hizmet

Özel koru hastanesinde beyin, omurilik ve sinir sistemiyle ilgili tüm cerrahi girişimler, uluslararası standartlarda modern tıbbın tanı ve cerrahi yöntemleri kullanılarak yapılmaktadır. Ameliyathane donanımı, ameliyat sonrası hasta bakım ve takiplerinin hassasiyetle sürdürüldüğü hastanemizde 7 gün 24 saat hizmet verilmektedir. Özel Koru Hastanesi Beyin Cerrahisi bölümünde her türlü nöroşirürjikal müdahale yapılabilmektedir.



- 1- Disk hastalıkları ve dejeneratif omurga hastalıkları: Servikal, torakal ve lomber disk hernileri (boyun ve bel fıtığı) mikroskop eşliğinde mikrodiskotomi yöntemi ile yapılmaktadır. Spinal stenoz (dar kanal), spondilolistezis (bel kayması), omurga stabilizasyonu (enstrumantasyon) ameliyatları modern nöroşirürjinin tüm yöntemleri kullanılarak yapılmakta, Kemik erimesi, kemik tümörleri ve metastazlara bağlı omurga kırıklarında kapalı yöntemle yapılan kifoplasti ameliyatları başarı ile uygulanmaktadır.
- 2- Travmalar: Çökme kırıkları, epidural ve subdural hematomlar, kafa kaidesi tamirleri, omurga kırıkları ve stabilizasyonu, omurilik basısında acil cerrahi müdahaleler,
- 3- Beyin ve omuriliğin damar hastalıkları: Anevrizma, arteriovenöz malformasyon ve kavernoma ameliyatları, endarterektomi, intraserebral hematomlar, vasküler anastomozlar, spinal avm'ler.
- 4- Nöroonkoloji: Her çeşit beyin ve omurilik tümörlerinin cerrahi tedavisi, meningiomalar, glial tümörler, serebellopontin köşe tümörleri, hipofiz tümörleri, beyin sapı, pineal bölge, posterior fossa tümörleri, kafa kaidesi tümörleri, ekstramedüller veya intramedüller spinal tümörler. Kalvaryum lezyonları ve kranioplasti ameliyatları, kraniyofasiyal cerrahi, kraniosinostoz ve şekillendirme ameliyatları.
- 5- Hidrosefali yapan tüm durumların tedavisi: Şant ameliyatları ve nöroendoskopik girişimler, third ventriculostomy, araknoid kistlerin fenestasyonu.
- 6- Fonksiyonel nöroşirürji: Hemifasiyal spazm ve trigeminal nevraljide mikrovasküler dekompresyon, vagal sinir stimulatörü yerleştirilmesi, epilepside (sara hastalığı) cerrahi tedavi.
- 7- Periferik sinir cerrahisi: Periferik sinir anastomozları, tamirleri, sinir tuzak sendromları cerrahisi.
- 8- Pediatrik nöroşirürji: Hidrosefali tedavisi Beyin sapı gliomları, talamik tümörler ve hipotalmik gliomlar gibi derin yerleşimli beyin tümörleri. Sendromik ve nonsendromik kraniosinostoz vakalarında kraniyofasiyal cerrahi epilepsi ameliyatları. Açık ve kapalı spinal disrafizm gibi spinal malformasyonlar
- 9- Yoğun bakım ünitesi: Kritik hastaları yakın monitorizasyonla izlemekte, her an için BT çekilebilmekte, ameliyathane her zaman için müdahalelere hazır beklemektedir.

Kliniğimizde tüm modern nöroşirürji aletleri, modern ameliyat mikroskobu, mikroşirürji aletleri, high speed drill sistemi ameliyatlar için sürekli hazır tutulmaktadır.

Beyin Cerrahisi Ünitesi

Op. Dr. Soner ÇİVİ

Op. Dr. Erhan TÜRKOĞLU

www.koruhastanesi.com

Oğuzlar Mh. 1377 Sk. No: 21 Balgat - ANKARA

Tel. 0312 287 97 97, Faks 0312 287 98 98

“Kadın Hastalıkları ve Doğum”

Gebelik takibi için Koru Hastanesi



Gebelik sürecinde anne ve bebeğin değerlendirilmesi için gereken tüm muayene ve tetkiklerinizi hastanemizde yaptırabilirsiniz. Beslenme ile ilgili temel bilgilendirme rutin olarak yapılırken, dikkatli bir kilo kontrolü anne ve fetus için oldukça önemsenmektedir. Bu amaçla gerektiğinde, gebelik boyunca diyetisyen eşliğinde beslenmeniz ve kilo almanız planlanmaktadır. Gebelik takipleriniz esnasında ileri teknolojiye sahip ultrasonografi cihazları kullanılmaktadır. Doğru olmayan bir kullanım ve tanıtlam ile öne çıkarılmaya çalışılan dört boyutlu ultrasonografi gebeliğin rutin takibinde gerekli olmamakla birlikte özellikle bazı fetal anomalilerin değerlendirilmesinde öne çıkmaktadır. Anne ve fetusun izlenmesinde en üst düzeyde hizmet sunan hastanemizde bu anlamda da gerektiğinde kullanılmak üzere dört boyutlu ultrasonografi özelliği olan cihazlar kullanılmaktadır. Hastanemizde doğuma hazırlık dersleri (lamaze) başlatılmıştır. Bu derslerde çiftler, doğuma temel bilgi ve egzersizlerle hazırlanmaktadır. 32. gebelik haftasından itibaren isteyen hastalarımızın, hipnoz çalışmaları ile doğum korkusunu yenmesine, daha rahat ve kontrollü normal doğum yapmasına yardımcı olmaktayız.

Normal Doğum

Anne karnında süresi tamamlanan bir bebeğin vajinal yolla dünyaya gelmesi normal vajinal doğum olarak tanımlanır. Günümüzde tıp uygulamalarında teknolojinin de yardımıyla önemli değişimler olsa da kadınlar çağlardır vajinal yolla doğumu aynı şekilde yaşarlar. Doğum deneyimi kadını ve ailesini derinden etkileyen olağanüstü bir süreçtir. Sağlık Bakanlığı ülkemizde sezaryen doğumun tıbbi gerekliliğinin çok üzerinde yapılması nedeniyle anne dostu hastaneler programını başlatmıştır. Hastanemiz bu programı destekleyen bir zihniyetle hizmet etmekte ve bugün için hem anne, hem de bebek için daha sağlıklı olduğu noktasında yeterince bilimsel kanıtlara ulaşmış olan normal vajinal doğumu desteklemektedir. Yirmidört saat boyunca hizmet üretilen hastanemizde kadın doğum, pediatri, anesteziyen olunan uzman bir ekip ve yardımcı sağlık personeli eşliğinde, tam donanımlı ortamda tercihinize bağlı olarak epidural (ağrısız) anestezi ile normal vajinal doğum yapabilirsiniz. Anne-baba olmak tarifsiz bir deneyimdir. Bir ailenin tüm yaşamı boyunca karşılaçağı en olağanüstü olay bir bebeğin aileye gelişidir. Bu anlamda bir bebeğin oluşumdan gelişim ve izlenmesine yardım ve aracılık eden Koru Hastanesi doğum ekibi doğumunuzu da mutluluk ve güven içinde yaşamınızı sağlayacak olanakları hizmetinize sunmaktadır.



HASTANEMİZ KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM BÖLÜMÜNDE YAPILAN AMELİYATLAR

GEBE ve GEBELİKLE İLGİLİ AMELİYATLAR (OBSTETRİK)

- Erken gebelik hastalarında yapılan müdahaleler
- Ölenemeyecek düşük ile seyreden gebeliklerde gebelik ürünlerinin tahliyesi (kürtaj)
- Dış gebelik ameliyatları
- Erken doğumları ve tekrarlayan düşüklere engellemek için serviks (rahim ağzı) ameliyatları (sütür atılması, pessier yerleştirilmesi v.d)
- Histerotomi
- Normal vajinal doğum (ağrısız, epidural anestezi, diğer teknikler)
- Sezaryen doğum (epidural-spinal-genel anestezi)

ENDOSKOPİK (KAPALI) AMELİYATLAR

- Tanısal laparaskopi
- Laparoskopik histerektomi
- Laparoskopik miyomektomi
- Laparoskopik kistektomi (yumurtalık kistlerinin çıkarılması)

- Laparoskopik endometriozis ameliyatları
- Tanısal histeroskopi (rahim içinin endoskopik incelenmesi)
- Histeroskopik uterin anomali operasyonları (septum rezeksiyonu vb.)
- Histeroskopik miyom-polip, yabancı cisim çıkarılması

ONKOLOJİK AMELİYATLAR

- Serviks, uterus, endometrium ve over kanseri ile ilgili;
- Konizasyon
- Basit histerektomi
- Radikal histerektomi
- Pelvik lenfadenektomi
- Paraaortik lenfadenektomi
- Kitle eksizyonu (debulking)

JİNEKOLOJİK AMELİYATLAR

- Uterusun (miyom, polip, adenomyozis v.b) ve overlerin

(endometrioma, dermoid, apse vb kistler, kitleleri) iyi huylu hastalıkları ile ilgili operasyonlar

- Miyomektomi (miyom çıkarılması)
- Histerektomi (uterusun çıkarılması)
- Vajinal yoldan, Vajinal histerektomi
- Abdominal histerektomi
- Endoskopik/Laparoskopik histerektomi
- Over kistleri/kitlelerinin çıkarılması (kistektomi)
- Overlerin ve/veya tüplerin çıkarılması (ooferektomi/ salpingooferektomi)
- Sistosel (vajina ön duvar, mesane sarkması) onarımı
- Rektosel (vajina arka duvar, rektum sarkması) onarımı
- Uterus sarkması (desunsus) ameliyatları (vajinal ve abdominal yaklaşımlar)
- İdrar kaçırma ameliyatları (ürojenolojik ameliyatlar)
- Vajina ve vajina girişindeki anatomik hasarların düzeltilmesi (vaginoplasti/perinoplasti)

Bir Mantar Sinüziti Olgusu

¹Kürşat Dural, ²Fikret İleri

¹Özel Koru Hastanesi KBB Kliniği

²Gazi Ü.T.F. KBB Anabilim Dalı

ÖZET

Bir mantar sinüziti nedeniyle paranazal sinüslerde karşılaşılan mantar topu ve alerjik rinosinüzit gözden geçirilmiştir. Çoğu kez saf olarak karşımıza çıkan mantar topu vakaları nadiren çevre mukozada ağır enflamatuvar değişiklik gösterir. Bu tür vakalarda alerjik fungal rinosinüzit tedavisini eklemek gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Mantar topu, Alerjik rinosinüzit

ABSTRACT

Fungus ball (mycetoma) and allergic rhinosinusitis in paranasal sinuses caused by a fungal sinusitis is reviewed. Mycetomas are generally pure but they rarely cause significant inflammatory changes in the surrounding mucosa. It might be necessary to add the medical treatment of allergic fungal sinusitis in such cases.

Key Words: Fungus ball, Allergic rhinosinusitis

Giriş

Mantar sinüzitleri günümüzde gittikçe daha sık görülmekte ve hastanın bağışıklık durumuna göre çeşitli tiplerde karşımıza çıkmaktadır. Bir başka deyişle, mantar hastalığının tipi, enfeksiyon ajanı olan mantardan çok hastanın bağışıklık sistemine bağlıdır. Akut invaziv form, çoğunlukla bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda ortaya çıkar. Aynı zamanda mantar enfeksiyonları, hastanın bağışıklık durumunun değişmesine paralel olarak da şekil değiştirebilir. Örneğin noninvaziv formdan, invaziv forma doğru ilerleyebilir.¹

Son yıllarda mantar enfeksiyonlarının sayısı ve patojen fungus sayısı dramatik olarak artmaktadır. Günümüzde sadece bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar değil aynı zamanda immün sistemi normal olanlar bile risk altındadır. Mikolojik hastalıkların kompleks bir tablo oluşturmaları ve sayısındaki artış, doğal olarak bu hastalığın önemini de artırmaktadır.²

Mantarlar, insanlarda enfeksiyon oluşturarak, toksin üreterek veya allerjik cevap meydana getirerek hastalık oluştururlar.

Genelde temel olarak iki tip fungal hastalık görürüz;

- invaziv
- noninvaziv

Fungal rinosinüzit mantar sporlarının nasal pasaja girmesi ile başlar. Nadiren de vücudun diğer bir yerinde bulunan mantar enfeksiyonundan yayılarak gelebilir. Ancak nasal pasaja ulaşan mantar ajanlarının hastalık yapabilmesi bazı faktörlere bağlıdır;

- İnhal edilen sporların sayısı
- Fungal partiküllerin hacmi
- Konağın non-spesifik ve spesifik bağışıklık durumu

- Mantarın patobiyolojik potansiyeli ve virulansı
- Konağın spesifik durumu
 - Atopi: Allerjik fungal rinosinüzit
 - Diyabetik ketoasidoz: Mukormikozis

Hiç şüphesiz mantar enfeksiyonlarının akibetini belirleyecek en önemli olay konağın immün sisteminin durumudur. Genel olarak hücrel immünitesi bozulmuş olan hastalar mikotik enfeksiyonlara daha hassasdırlar. Hücrel immünite bozukluğu konjenital olabileceği gibi, kan diskrazileri, AIDS gibi hastalıklardan veya kemoterapötik ajanlar, kortikosteroidler veya immunosüpresif ilaçların kullanımı ile de ortaya çıkabilir.³ Candidiasis, cryptococcosis ve aspergillosis gibi mantar enfeksiyonlarının çoğu kortikosteroid tedavi sırasında ortaya çıkmaktadır.

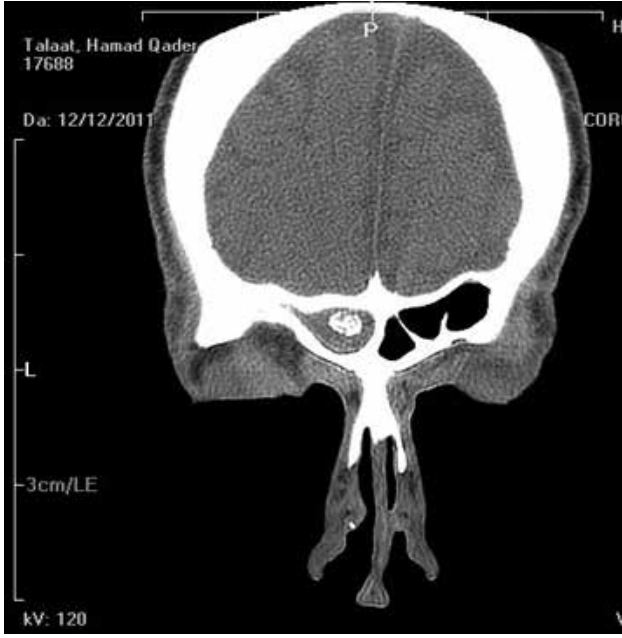
Mantar topu (Fungus ball), mycetoma ya da mantar kitlesi diye isimlendirilebileceğimiz hastalık tipi, paranasal sinüslerde mantar hifalarının çoğalarak sinüs boşluğunu doldurmasıdır. Hastalık bir kolonizasyondur ve mantarın noninvaziv formudur. Kültür genellikle negatiftir. Tanı histopatolojik incelemeye dayanarak konur. En sık görülen mantar *Aspergillus fumigatus*dur. Bunun yanında bazı bölgelerde *A. niger* ve *A. flavus* ön sırayı alır.⁴ Hastalık genellikle tek bir sinüsü tutar. En sık maksiller sinüste bunu takiben de sfenoid sinüste bulunur. Bağışıklık sistemi normal hastalarda da görülür. Asemptomatik olabileceği gibi semptomlar kronik rinosinüzite de benzeyebilir. Tedavi cerrahi olarak mantar topunu çıkarmaktır. İlave tedaviye gerek yoktur. Nüks nadirdir.⁵

OLGU SUNUMU

47 yaşında erkek hasta 12.12.2011 tarihinde 17688 protokol numarası ile baş ağrısı ve burun tıkanıklığı yakınmaları nedeniyle hastaneye yatırıldı. Endoskopik

Tablo 1. Fungal enfeksiyon tipi ve hastanın bağışıklık durumu arasındaki ilişkiyi gösteren tablo

Konakçı defansı	Bağışıklık sistemi bozuk	Bağışıklık sistemi normal	Atopik
Fungal hastalık tipi	İnvaziv	Granülamatöz, Saprofitik, Fungal kitle	Allerjik fungal sinüzit



Resim 1: Sol frontal sinüste kitle ve etrafındaki enflamatuvar görünüm.



Resim 2: Frontal sinüs içindeki mantar kitlesi

muayenede septum sağa hafif deviye ve mukoza konjesyone olarak izlendi. Sol orta meada koyu bir akıntı olduğu görüldü. Coronal CT incelemesinde; sol frontal sinus kapalı ve sinus içinde etrafındaki dansite artışının inflamatuvar olduğu izlenimi veren bir kitle görünümü saptandı. Öz geçmişinde romatizmal perikardit geçirmesi dışında bir özellik yoktu.

Hastanın rutinleri tamamlanarak, genel anestezi altına alınması engel bir durumunun olmaması üzerine ameliyata alındı. Genel anestezi altında sol kaş üstü ensizyonla girilerek sol frontal sinus ön duvarı periostu korunarak açığa çıkarıldı. Guj ve çekiçle ön duvardan tabanı yukarıda olan flep kaldırılarak sinüse girildi. Sinüs mukozasının ileri derecede ödemli olduğu görüldü. Sinüsün içindeki kirli beyaz renkteki kitle çıkarıldı. (Resim 2) Sinüs ostiumu bulunarak nazal kaviteyle olan bağlantısı kontrol edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta salıha taburcu edildi.

Histopatolojisi mantar olarak gelen hastaya fungal kitle nihayi tanısı kondu. Histopatolojik görünümü resim 3 de gösterilmiştir

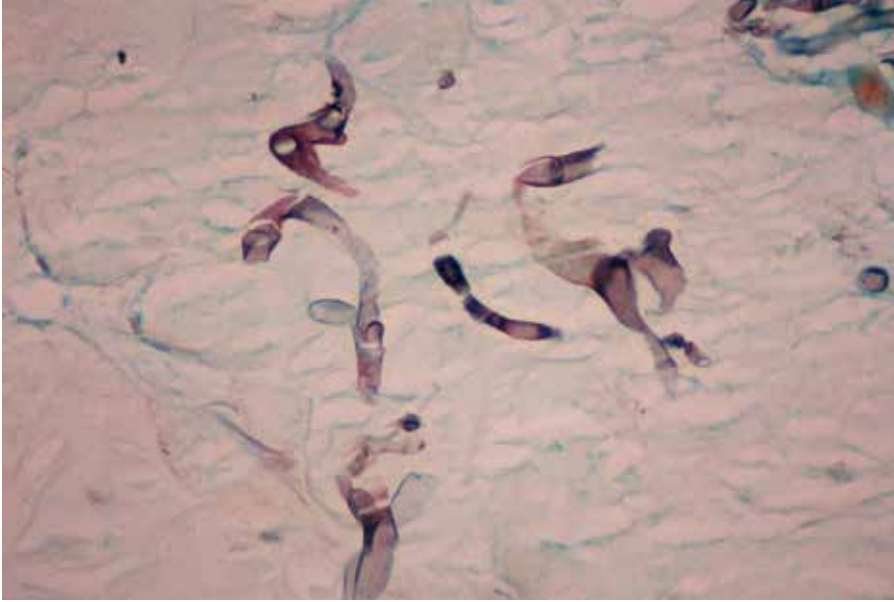
TARTIŞMA

Bir mantar topu vakası nedeniyle mantar sinüzitlerini özellikle de mantar topu olan tipini gözden geçirmeye çalıştık.

Mantar topu (Fungus ball), mycetoma ya da mantar kitlesi diye isimlendirebileceğimiz hastalık, paranasal sinüslerde mantar hifalarının çoğalarak sinüs boşluğunu doldurmasıdır. Genellikle sinüs mukozasında bu olaya karşı reaksiyon yoktur. Mantar kitlesi çıkarıldığı zaman alttaki mukoza tamamen sağlıklı görünümündedir.

Bizim vakamızda da sol frontal sinus tutulmuştu. Değişik olarak mantar topunun çevresindeki mukozada yaygın ve ağır enflamatuvar değişiklik vardı. Saf mantar topu vakalarında bu değişikliğe rastlanılmaz. Hastamızdaki şikayetlerin ana sebebinin de bu enflamatuvar değişikliklere bağlı olduğunu düşündük. Kısacası vakamız saf mantar topundan ziyade mantar topu ve alerjik fungal rinosinüzitin birarada olduğu bir vaka görünümündeydi.

Saf mantar topu vakalarında cerrahi tedavi tek başına yeterli olurken bizim vakamızda yeterli olmayacağını



Resim 3: Lezyon içinde mantar hifalarının görünümü

düşünerek, hastanın tedavisine alerjik fungal rinosinüzit (AFR) tedavisini de eklemenin uygun olacağı kanısına vardık.

AFS, hem cerrahi hem de medikal tedaviyi gerektirir. Cerrahi tedavi mukus klirensinin yeniden kurulmasına ve sinüs içinde yoğunlaşmış mantarların uzaklaştırılmasında önemli rol oynar. Burada konservatif “small holl” cerrahisinin yeri yoktur. Zira tekrarlayan polipoid ödem kaviterlerde obstruksiyonlara neden olur ve enflamatuvar ürünlerin birikimine neden olarak olayların tekrarına sebep olabilir. Cerrahinin amacı fungal müsinleri temizlemek, normal mukozayı koruyarak fizyolojik mukosilyer klirensi yeniden oluşturmaktır.⁶⁻¹³ Bu tür hastalarda endoskopik tam bir sfenoetmoidektomi yapılmalıdır. Frontal sinuzotomi olaya frontal sinüs de iştirak etmişse mutlaka yapılmalıdır. Frontal sinüs ostiumu mümkün olduğu kadar geniş açılmalıdır.

Postoperatif dönemde oral kortikosteroid tedavisi, tedavinin önemli bir parçasıdır. Ancak prednizone tedavisinin süresi ve dozu tartışmalıdır. Kuhn tedaviye 40 mg’la başlayıp, mukoza normale döndükten sonra 4 ay 0,2 mg devam ederek, sonra dozu 0,1 mg/kg/güne düşürerek 2 ay daha devam etmeyi önermektedir. Bu arada intranasal steroidleri de alerjik rinit tedavi

dozunda veriyor. Mukozanın normal olduğunun saptandığı 6 aylık tedavi sonrası prednizon kesiliyor, intranasal steroid tedavisine devam ediliyor. Bu kadar uzun süreli prednizon tedavisinin amacı, cerrahi ile tamamen temizlenemeyen fungal hifaların, mukosilyer klirensle tamamen atılmasına kadar hastalığı baskı altında tutmayı sağlamaktır.⁶⁻¹³

Tedaviyle aldığımız iyi sonuç, mantar topu ve mukozada ağır enflamasyonun bulunduğu vakalarda cerrahiye ilave olarak AFR tedavisini eklemenin uygun olacağını düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. McCaffrey TV. Diagnosis of fungal sinusitis. In: McCaffrey TV (ed). Rhinologic diagnosis and treatment 1997 Thime New York Chapter 14: 305-316.
2. Mitchell TG. Overview of basic medical mycology. Otolaryngol Clin North Am 2000, 33:2; 237-349.
3. Malani PN, Kauffman CA. Invasive and Allergic Fungal Sinusitis. Curr Infect Dis Rep 2002; 4(3): 225-232
4. McCaffrey TV. Diagnosis of fungal sinusitis. In: McCaffrey TV (ed). Rhinologic diagnosis and treatment 1997 Thime New York Chapter 14: 305-316.

5. Ferguson BJ. Fungus balls of the paranasal sinuses. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33;2; 389-398.
6. Marple BF. Allergic fungal rhinosinusitis: current theories and management strategies. *Laryngoscope* 2001; 111:1006-1019.
7. Marple B, Newcomer M, Schwade N, Mabry R. Natural history of allergic fungal rhinosinusitis: a 4- to 10-year follow-up. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127(5):361-6
8. Ferguson BJ. Eosinophilic mucin rhinosinusitis: a distinct clinicopathologic entity. *Laryngoscope* 2000, 110: 799-813.
9. Ricchetti A, Landis BN, Maffioli A, Giger R, Zeng C, Lacroix JS. Effect of anti-fungal nasal lavage with amphotericin B on nasal polyposis. *J Laryngol Otol* 2002;116(4):261-3.
10. Kuhn FA, Jaaver AR. Allergic fungal rhinosinusitis: perioperative management, prevention of recurrence, and role of steroids and antifungal agents. *Otolaryngol Clin North Am* 2000, 33:2; 419-432.
11. Mabry RL, Marple BF, Mabry CS. Outcomes after discontinuing immunotherapy for allergic fungal sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122(1):104-6
12. McCaffrey TV. Diagnosis of fungal sinusitis. In: McCaffrey TV (ed). *Rhinologic diagnosis and treatment 1997* Thime New York Chapter 14: 305-316.
13. Ferguson BJ. Fungus balls of the paranasal sinuses. *Otolaryngol Clin North Am* 2000, 33;2; 389-398.

Genel Cerrahi



Proktoloji

Hastanemiz Gİ ünitesi bünyesinde bulunan son teknolojik tanı ve elektronik tedavi cihazları ile (anal manometre, PTNSE ve FemiScan ...vb) anorektal hastalıkların tanısı ve tedavisi başarıyla yapılmaktadır. Hemoroidal hastalığın evresine göre skleroterapi, infrared koagülasyon, band ligasyon ve lazer hemoroidektomi öncü ve deneyimli ekibimizce başarıyla yapılmaktadır. Ayrıca anal fissür, anal abse-fistül, anal kaşıntı (*puritus ani*) günü birlik ayakta -günlük yaşantınızı etkilemeden tedavi edilebilmektedir. Pilonidal sinüs (*kıl dönmesi*) hastalığı dünya literatüründe kabul edilen cerrahi tekniğimiz olan modifiye Limberg flep onarım yöntemiyle başarıyla ve en düşük tekrarlama oranıyla yapılmaktadır. Uygun anal inkontinens ve kabızlık şikâyetli hastalar Gİ ünitesi bünyesinde yer alan anal biofeedback cihazları (PTNS ve FemiScan) ve konusunda uzman ekipçe cerrahisiz olarak tedavi edilmektedir. Rektosel (yani gayta yapılan rektumun ıknına ile birlikte vajen içine sarkması, fıtıklaşmasıdır), özellikle çok ve zor doğum yapmış bayanlarda gelişir. Cerrahi tedavi gerektirir ve deneyimli ekipçe gerçekleştirilmelidir. Hastanemiz bu ameliyatın en sık yapıldığı nadir hastanelerdendir.



Endokrin ve Meme Cerrahisi

Ülkemizde en sık görülen hastalıklardan biri olan guatr (tiroid bezi) tedavisi başta olmak üzere, tüm hormonal sistemin selim ve habis hastalıklarının takibi ve cerrahi tedavisi bilimsel veriler ışığında deneyimli ve akademik cerrahi ekibimizce başarıyla gerçekleştirilmektedir.

Meme hastalıkları, özel beceri ve teknoloji gerektiren bir hastalık grubudur. Bu özel hastalık grubunun tanı ve tedavisi son sistem teknoloji kullanılarak yapılmaktadır. Meme kanserli hastaların cerrahi tedavileri meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu örnekleme ile hastaya ve meme dokusuna en az zarar verilerek gerçekleştirilmektedir.

Genel Cerrahi Ünitesi

Op. Dr. Bahadır EGE

Kurucu/Konsültan Hekimler

Prof. Dr. Bülent MENTEŞ

Gastrointestinal Sistem Cerrahisi

Bu grup hastalığın doğru tedavi edilebilmesi için tanısının doğru konulabilmesi gereklidir. Bunun içinde kliniğin iyi bir endoskopik değerlendirme birimine sahip olması gerekir. Hastanemiz Gİ Ünitesi ileri teknolojik işlemlerin yapıldığı başarılı ve saygın bir ünedir.

Gastroenteroloji-cerrahi Endoskopi Ünitesi (Gİ Ünitesi)

Hastanemiz Gİ ünitesi bünyesinde proktolojik işlemler, kolonoskopi, özefagusmideduodenoskopi ve ERCP gibi ileri teknolojik işlemlerin yapılabildiği başarılı ve saygın endoskopi ünitesine sahiptir. Tanı alan hastalara gerektiğinde cerrahi tedavisi planlanmakta, uygun hastalıklarda endoskopik girişimler yapılmakta ve cerrahi gerektirmeyen ancak PTNSE ve FemiScan gibi yöntemlere ihtiyaç duyan hastalara da bu işlem başarıyla uygulanmaktadır.

Laparoskopik Cerrahi ve Fıtık Cerrahisi

Karın duvarı kesilmeden laparoskopik enstürmanların yardımıyla safra kesesi hastalıkları, hiatus hernisi (*mide fıtığı*) kalın ve ince barsak, apandiks hastalıkları, diagnostik amaçlı (*tanısal*) ve fıtık cerrahileri başarıyla yapılmaktadır. Bu yöntemlerle ağrının daha az olması iş ve güç kaybının aza indirilmesi ve sosyal yaşantıya erken dönmeleri amaçlanmaktadır.

Hepatopankreatobilier Cerrahi

Karaciğer, safra kesesi ve yolları, pankreasın selim ve tümöral hastalıklarının tanısı, cerrahi tedavisi onkolojik cerrahide deneyimli ekibimiz tarafından son sistem teknolojik aletlerle yapılmaktadır.

Kolorektal Cerrahi

Kalın barsağın selim ve malign (*kanser*) hastalıklarının tanısı ve tedavisi kliniğimizde başarıyla yapılmaktadır. Konusunda deneyimli ve öncü ekibi, çağdaş cerrahi yöntemler ve modern cihazların yardımıyla kolon kanserinin tedavisini, kliniğimiz dünya standartlarının üzerine taşımıştır.



Kolorektal Kanser Serimizin Klinik ve Demografik Özellikleri

Bahadır Ege¹, B. Bülent Menteş²

¹*Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği*

²*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

ÖZET

Bu çalışmada kolorektal cerrahi klinikçe opere edilen kolorektal kanserli hastalarda kanserin lokalizasyonu, komplikasyonlar, hastanede kalış süresi, operasyon süresi ve uygulanan cerrahin tedavi incelendi. Ocak 2011 ve Ocak 2012 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeniyle 30 hasta opere edildi. Tümör 15 (%50) hastada rektumda, 8 (%26) hastada sol kolonda, 3 (%10) hastada sağ kolonda ve 4 (%14) hastada transvers kolondaydı. Anastomoz kaçağı hiçbir hastada gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, İnsidans ve tedavisi

ABSTRACT

This study overviews department of colorectal surgery, including cancer location, complications, hospital day, operation time and type of surgery. We operated 30 patients for colorectal cancer between January 2011 and January 2012. Tumor locations were rectum 15 (50%), left colon 8 (26%), right colon 3 (10%) and transvers colon 4 (14%). No anastomotic leakage has been developed in any patient.

Key Words: Colorectal cancer, Incidans and treatment

GİRİŞ

Kolorektal kanser insanlarda en sık görülen kanser tiplerinden biridir. Kadın ve erkekte görülme sıklığı benzerdir ve geçen 20 yıl içerisinde artış göstermektedir.¹ ABD’de 2012 yılında beklenen değerlere göre prostat kanseri 241740 yeni vaka ile birinci sıradayken meme kanseri onu 229060 yeni vaka ile ikinci olarak takip etmektedir. Akciğer kanserinden sonra kolorektal kanser 143460 yeni vaka ile dördüncü sırada yer almaktadır. Kolorektal kanser aynı zamanda akciğer kanserinden sonra en ölümcül kanserdir.² Günümüzde sedanter yaşam tarzı ve artmış obezite kolorektal kanser gelişimini artırmaktadır. Akdeniz mutfak kültüründen uzaklaşarak lifli besin kaynaklarının az tüketilmesi ve katkılı endüstriyel besin tüketimi kolorektal kanser gelişimini arttırmaktadır.^{3,4} Kolorektal kanserlerin ancak %20’inde ailede kolorektal kanser hikayesi mevcuttur.¹ İnflamatuvar barsak hastalıklarında kolon mukozasında malign değişimler olmaktadır. Ülseratif kolit ve Crohn hastalığında benzer şekilde 30 yıllık süreçte %18’e yakın kolorektal kanser gelişimi olmaktadır.⁵ Kolorektal kanser tedavisinde uygulanan neoadjuvan-adjuvan kemoradyoterapi yöntemleri ve özellikle rektum kanseri

için TME (Total Mezorektal Eksizyon) ve kolon kanseri için yüksek vasküler rezeksiyonlu mezokolik eksizyonlar (TMCE), sağ kalım oranlarını arttırmıştır.

METOD

Ocak 2011 ile Ocak 2012 tarihlerinde kolorektal kanser nedeniyle opere edilen 32 hasta çalışmaya alınmıştır. Tüm hastalar preoperatif kolonoskopi ile değerlendirildi (Resim 1). Operasyon öncesi hastalar anestezi ile konsülte edildi ve her hasta için yazılı ve sözlü onam alındı. Kolostomi veya ileostomi açılacak hastalar operasyon öncesi bilgilendirildi. Tüm hastalara barsak temizliği yapıldı. Ostomi yeri preoperatif olarak işaretlendi. Hastalar yaş, cinsiyet, komorbidite, kanserin yerleşim yeri, kullanılan kan miktarı, operasyon süresi, komplikasyonlar, yara yeri enfeksiyonu ve hastanede kalış süresi olarak irdelendi. Toplam 32 hastaya kolon rezeksiyonu yapıldı. Bu hastaların 2’si kolorektal kanser dışı nedenlerden dolayı (rektum endometriozisi ve kolovezikal fistül) opere edilmişti. Bu hastalar çalışmaya alınmadı. Bir hastaya kolon obstrüksiyonu nedeniyle acil subtotal



Resim 1: Kolon kanserinin endoskopik görünümü.

Tablo 1.

	N(%)	K/E	Kan İhtiyacı	Hastanede yatış süresi	Enfeksiyon sayısı	Operasyon Süresi
Rektum kanserinde	15(%50)					
APR	3	1/2	Olmadı	4,5	2	158
Low-ant. R.	6	0/6		3,9	0	132
Low-ant. R.+ileostomi	6	3/3		4,3	0	149
Sol kolon kanserinde hemikolektomi	8(%26)	2/6	Olmadı	4,2	0	126
Sağ kolon kanserinde hemikolektomi	3(%10)	1/2	Olmadı	4,2	0	110
Transvers kolon kanserinde genişletilmiş sağ/sol hemikolektomi	4(%14)	3/1	Olmadı	4,1	0	130
	30	10/20	Olmadı	Ort:4,2	Toplam:2	Ort:134,16

kolektomi+ileostomi yapıldı. Yine bir hastaya kolon obstrüksiyonu nedeniyle acil kolonik stent uygulaması ve elektif low-anterior rezeksiyon yapıldı (Resim 2). Çalışmaya alınan hastaların 10'u kadın (%33) 20'si erkekti (%77). Ortalama yaş $58,38 \pm 12,4$ 'dü. Hastaların altı'sında diabetes mellitus (DM), 10'unda hipertansiyon (HT), beş'inde kronik obstrüktif akciğer hastalığı mevcuttu (KOAH). Hastaların iki'sine total kolektomi+ileostomi, bir'ine subtotal kolektomi+ileostomi yapıldı. Total kolektomilerin nedeni familial adenomatöz polipozis (FAP) (Resim 3) zemininde gelişen kanser ve ülseratif kolit zemininde gelişmiş kanserdi. Subtotal kolektomi viabilite kaybı ve nekrozla seyreden kolon obstrüksiyonlu

hastaya yapıldı (Resim 4). Geri kalan hastaların 6'sına Low-anterior rezeksiyon, 6'sına Ultra Low-anterior rezeksiyon+ileostomi, 3'üne Abdominoperineal rezeksiyon (APR), 8'sine Anterior rezeksiyon, üç'üne sağ hemikolektomi ve dört'üne genişletilmiş sağ hemikolektomi yapıldı. Tüm hastalara karın içi dreni olarak 10 mm silikon dren kullanıldı, cilt altı dren olarak 7 mm vakum diren kullanıldı. Tüm kesi yerlerine enfeksiyonu engellemek için cilt altı diren konuldu. Ortalama operasyon süresi $134,16 \pm 23,5$ dakika olarak hesaplandı. Yara yeri enfeksiyonu iki hastada gözlemlendi. Kanserlerin lokalizasyonu şu şekildeydi; 15'i rektumda, sekiz'i sol kolonda, bir'i çekumda, iki'si sağ kolonda ve dört'ü transvers



Resim 2: Kolonik stent uygulanmış kolon kanseri spesmeni.



Resim 3: FAP zemininde gelişen kolorektal kanserli hastada total kolektomi spesmeni.



Resim 4: Kolon kanseri nedeniyle nekroz ve viabilite kaybına uğramış dilate kolon.

kolonda. Hastaların hiçbirine kan transfüzyon ihtiyacı duyulmadı. Hastaların ortalama yatış süresi $4,2 \pm 1,3$ gün olarak hesaplandı (Tablo 1).

TARTIŞMA

Kolorektal kanserinin görülme sıklığı kadın ve erkekte benzer sıklıkta benzerdir(s). Bizim serimizde kolorektal kanser olgu dağılımı erkek hastalarda (%77) daha sıkı. Kanser yerleşimi olarak %50'si rektum kanseri, %26'sı sol kolon kanseri, %10'u sağ kolon kanseri ve %14'ü transvers kolon kanseriydi. Bu dağılım rektum kanseri olgularının fazlalığı dışında literatürle benzerlik göstermektedir.⁶ Bu oran, ekibimizin referans özelliğinden etkilenmiş olabilir. Operasyona bağlı komplikasyon sıklığı literatürle karşılaştırıldığında bizim serimizde belirgin olarak az olduğu gözlemlendi. Buna göre anastomotik leak literatürde %3-6 arasında görülmekle birlikte bizim serimizde anastomotik leak gözlenmedi.⁷ Yara yeri enfeksiyonu özellikle radyoterapi alan ve sistemik hastalığı bulunan iki hastada perine bölgesinde gelişti. Spesifiye olmuş cerrahi ekiplerce yapılan kolorektal cerrahi tedavi, kısa operasyon süresi, sıfır kan transfüzyonu ve uygun vakum diren kullanımı gibi nedenlerde dolayı

hastalar erken dönemde taburcu olmakta ve komplikasyon sıklığı azalmaktadır. Major cerrahi tedaviler komorbid yandaş hastalığı olan hastalarda dahi başarıyla uygulanabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kelli M, Bullad R, David AR. In: Charles B, Dana K. Schwartz's Principles of Surgery. Colon, Rectum, and Anus. New York: McGRAW-HILL, 2005:1055-1119.
2. <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/colon-and-rectal>
3. Janne PA, Mayer RD: Chemoprevention of colorectal cancer. N Engl J Med 2000; 348: 160-5.
4. Calle E, Rodriguez C, Walter K. Overweight, obesity, and mortality from cancer in prospective studied cohort of US adult. N Engl J Med 2003; 348: 1625-29.
5. Eaden J, Abraham K, Mayber J. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: Meta analysis. Gut 2001; 48: 568-71.
6. CR Jung KW, Park S, Kong HJ, Won YJ, Lee JY, Seo HG, Lee JS. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2009. Cancer Res Treat. 2012; 44:11-24.
7. Zaharie F, Mocan L, Tomuş C. Risk factors for anastomotic leakage following colo-rectal resections for cancer. Chirurgia (Bucur) 2012;107: 27-32.

Gİ Ünitesi



Kolorektal cerrahi

Kalın barsağın selim ve malign (*kanser*) hastalıklarının tanısı ve tedavisi kliniğimizde başarıyla yapılmaktadır. Konusunda deneyimli ve öncü ekibi, çağdaş cerrahi yöntemler ve modern cihazların yardımıyla kolon kanserinin tedavisini dünya standartlarının üzerine taşımıştır.

Proktoloji

Kültürel nedenler ve hekimlerin bu konuya olan yetersiz ilgisi nedeniyle anorektal hastalıkların tanısı ve tedavisi ne yazık ki ülkemizde istenen düzeyde değildir. Hastanemiz Gİ ünitesi bünyesinde bulunan son teknolojik tanı ve elektronik tedavi cihazları (anal manometre, PTNSE ve FemiScan..vb.) yardımıyla başarıyla yapılmaktadır.

Hemoroidal hastalığın evresine göre skleroterapi, infrared koagülasyon, band ligasyon ve lazer hemoroidektomi öncü ve deneyimli ekipce başarıyla yapılmaktadır.

Ayrıca anal fissür, anal abse-fistül, anal kaşıntı (*puritus ani*) günü birlik ayaktan (günlük yaşamınızı etkilemeden) tedavi edilebilmektedir. Pilonidal sinüs (*kıl dönmesi*) hastalığı dünya literatüründe kabul edilen cerrahi tekniğimiz olan modifiye Limberg flep onarım yöntemiyle başarıyla ve en düşük nüks (*tekrarlama*) oranıyla yapılmaktadır.

Uygun anal inkontinens ve kabızlık şikayetli hastalar Gİ ünitesi bünyesinde yer alan anal biofeedback cihazları (PTNS ve FemiScan) ve konusunda uzman ekipce cerrahisiz olarak tedavi edilmektedir.

Rektosel (Yani gayta yapılan rektumun ıkmına ile birlikte vajen içine sarkması, fıtıklaşmasıdır), özellikle çok ve zor doğum yapmış bayanlarda gelişir. Tipik olarak hastalar dışkılama sırasında vajenden parmak yardımıyla baskılayarak dışkı çıkışına yardımcı olma ihtiyacı duyarlar. Tedavisi cerrahidir ve deneyimli ekipce gerçekleştirilmelidir. Hastanemiz bu ameliyatın en sık yapıldığı nadir hastanelerdendir.

Cerrahi-Gastroenteroloji Endoskopi Ünitesi (Gİ ünitesi)

Hastanemiz Gİ ünitesi bünyesinde proktolojik işlemler, kolonoskopi, özefagusmideduodenoskopi ve ERCP gibi ileri teknolojik işlemlerin yapılabildiği başarılı ve saygın endoskopi ünitesine sahiptir. Tanı alan hastalara gerektiğinde cerrahi tedavisi planlanmakta, uygun hastalıklarda endoskopik girişimler yapılmakta ve cerrahi gerektirmeyen ancak PTNSE ve FemiScan gibi yöntemlere ihtiyaç duyan hastalara da bu işlemler başarıyla uygulanmaktadır.



Gİ Ünitesi

Op. Dr. Bahadır EGE

Kurucu/Konsültan Hekimler

Prof. Dr. Hakan BOZKAYA

Prof. Dr. Bülent MENTEŞ

Kardiyoloji Kliniği

EECP NEDİR

- Harici Ters Nabız (EECP) koroner kalp hastalıkları ve kalp yetmezliği hastalıklarında kullanılan kansız, harici, güvenli, etkin, kalıcı ve risk içermeyen bir tedavidir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından anjina pektoris, kalp yetmezliği, akut miyokard enfarktüsü, stabil ve unstabil anjina ve kardiyojenik şok tedavisinde kullanımı onaylanmıştır. Ayrıca damar hastalıklarına bağlı ereksiyon rahatsızlıkları, Parkinson hastalıklarında da etkin olarak kullanılmaktadır. EECP Tedavi protokolü haftada 6 gün, günde 1 saat olmak üzere toplam 35 saattir.
- Türk Kardiyoloji Derneği ve Türk Tabipler Birliği tarafından onaylanmıştır.



Kalp yetmezliği ve koroner arter tedavisinde ameliyatsız ve ağrısız tedavi yöntemi:

EECP ile Koru Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde hizmetinizdeyiz

EECP'nin HEMODİNAMİK ETKİLERİ

- Diyastolik perfüzyon basıncını artırır,
- Koroner kanlanma artırır,
- Sol ventrikül iş yükünü azaltır,
- Venöz dönüşü artırır,
- Koroner kollateral dolaşımı geliştirir ve artırır,
- İskemik miyokard beslenmesini sağlar.

EECP HANGİ HASTALARA UYGULANIR

- By-pass veya PCI tedavisi görmüş, ancak restenoz gelişmiş hastalarda,
- Mevcut tedavi yöntemleri uygulandığı veya maksimum medikal tedavi altında olduğu halde şikayetleri devam eden hastalarda,
- Damar yapısı uygun olmadığı için by-pass cerrahisi veya girişimsel tedaviler uygulanması mümkün olmayan hastalarda,
- Ameliyat, balon veya stent uygulamasını kabul etmeyen hastalarda,
- Eşlik eden hastalıklar yüzünden by-pass ya da PCI uygulanamayan hastalarda,
- Kalp yetmezliği oluşmuş kardiomiopati hastalarda,
- Kardiyojenik şoktaki hastalarda.

EECP TEDAVİSİNDEN SONRA HASTALARIN;

- Göğüs ağrıları yok olur,
- Nitrogliserin kullanımları azalır,
- Fonksiyonel kapasiteleri artar,
- Yaşam kaliteleri yükselir.

web: www.eecp.com.tr

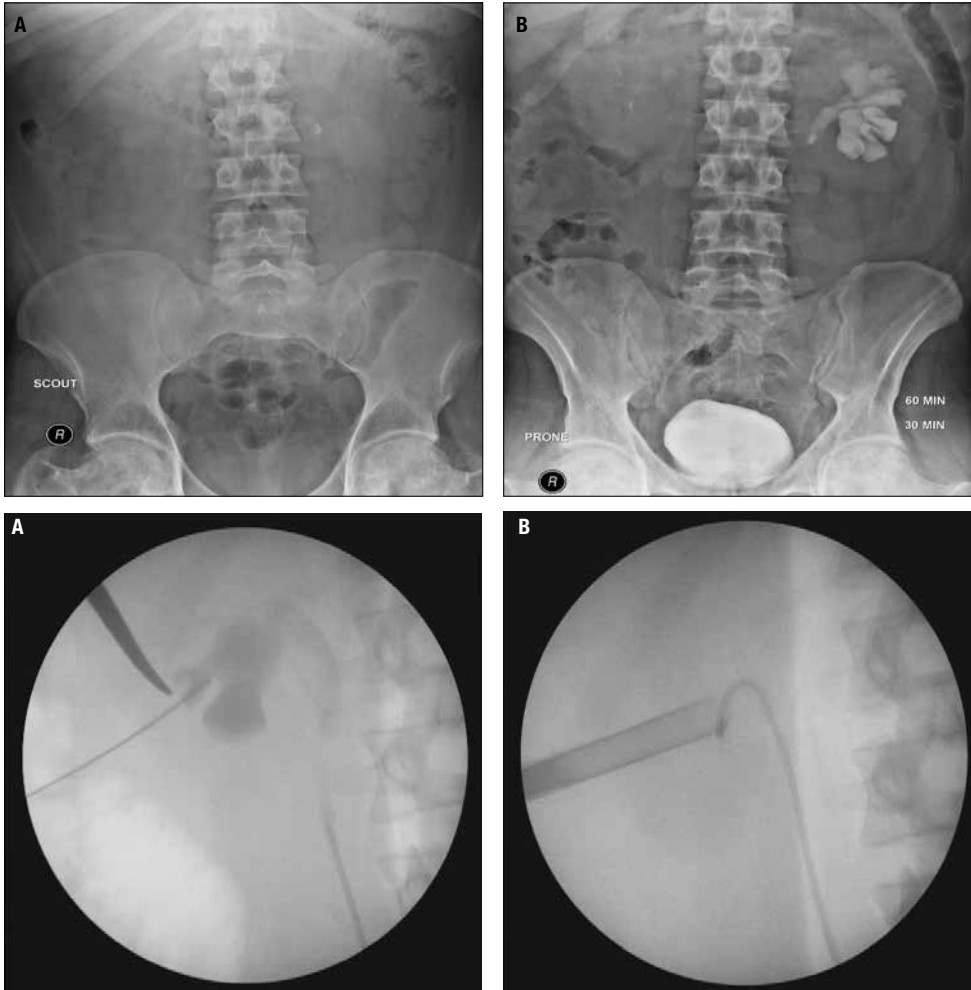
Üreter Üst Uç Taşı için Uygulanan Perkütan Cerrahi

Mustafa Kırac

Özel Koru Hastanesi Üroloji Kliniği

Perkütan taş cerrahisi genellikle böbrek yerleşimli taşlar için uygulanan bir tekniktir. Son yıllarda bu tekniğin kullanımının artması çok çeşitli uygulamaları da beraberinde getirmiştir. Biz de kliniğimizde perkütan taş cerrahisini üreter taşı olan bir hasta için uyguladık. 36 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı şikayeti ile başvurdu.

Çekilen intravenöz pyelografide (IVP) sol üreter üst uç yerleşimli 1x1 cm boyutunda taş izlendi. Hastaya sol perkütan nefrolitotripsi + antegrad üreteral j stent uygulandı. Resimlerde preoperatif IVP ve intraoperatif skopi görüntüleri izlenmektedir.



Resim 1: İntravenöz pyelogram, iv enjeksiyon öncesi (A) ve sonrası (B) görüntüleri, sol üreter üst uç taşı.

Resim 2: İntraoperatif skopik görüntüler, giriş aksesi için uygulanan perkütan iğne ve guide wire böbrek içinde görülüyor (A), taş alındıktan sonra üreteral j stent uygulaması (B)

Yazar Bilgisi

Mustafa Kırac

Özel Koru Hastanesi Üroloji Kliniği

E-posta: mkirac@gmail.com

Pilonidal Sinüs Hastalığının Kristalize Fenol ile Cerrahisiz Tedavisi

¹Bahadır Ege, ²B. Bülent Menteş

¹Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ²GÜTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Sakral akıntı şikayeti ile cerrahi polikliniğine başvuran hastaya sakral pilonidal sinüs tanısı konuldu. Tedavi olarak kristalize fenol yöntemi uygulandı. Bu yöntem hastanın günlük aktivitelerini kısıtlamamakta ve hastanede

yatma gerektirmemektedir. Hasta poliklinik ortamında ağrısız olarak 10 dakikalık bir uygulama ile başarılı bir şekilde tedavi edildi.



Resim 1-2: Pilonidal sinüs hastalığı. Sinüs ağzından kılların temizlenmesi.



Resim 2-3: Kristalize fenol uygulaması. Kontrollerde tam iyileşme sağlanan pilonidal sinüs.

Yazar Bilgisi

Bahadır Ege

Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Oğuzlar mah. 1377 sok 21 Balgat, ANKARA

E-posta: mdbahadirege@gmail.com

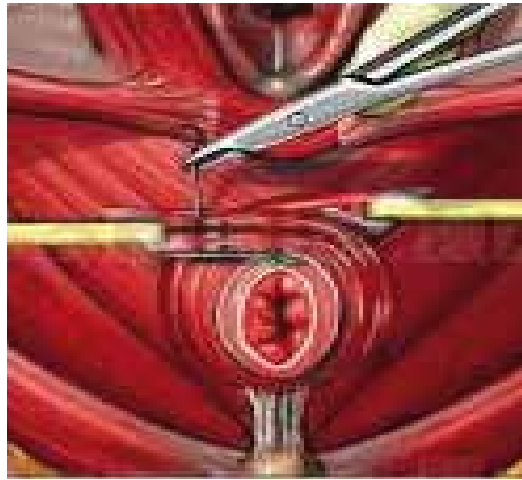
İnkontinans Tedavisinde Overlapping Sfinkteroplasti

¹Bahadır Ege, ²B. Bülent Menteş

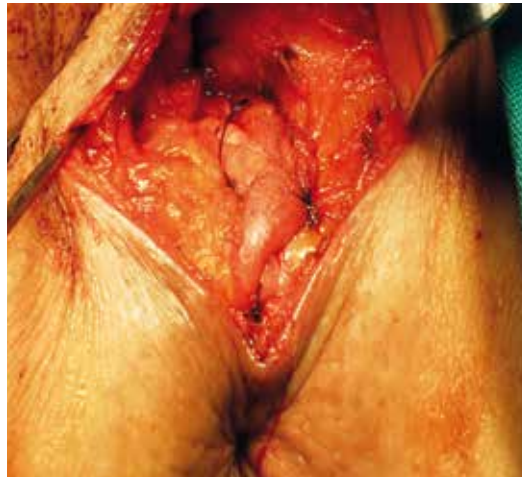
¹Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ²GÜTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Gaz ve gaita kaçırma şikayeti ile cerrahi polikliniğe başvuran 60 yaşındaki kadın hastada yapılan muayene ve tetkiklerde anal kanal anteriorunda geçirilmiş anal cerrahilere bağlı sfinkter defekti saptandı. Hastaya en

uygun tedavi seçeneği olarak overlapping sfinkteroplasti belirlendi ve prosedür başarıyla uygulandı. Kontrollerde hastanın Wexner inkontinans skoru 10 birim geriledi ve hasta yaşam kalitesi beklenen düzeye yükseldi.



Resim 1-2: Perianal transvers insizyon. Sfinkteroplastinin şematik gösterimi.



Resim 2-3: Defektif eksternal sfinkter. Başarılı overlapping sfinkteroplasti.

Yazar Bilgisi

Bahadır Ege

Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Oğuzlar mah. 1377 sok 21 Balgat, ANKARA

E-posta: mdbahadirege@gmail.com

Üroloji

Ürolojik hastalıkların tedavisi için tercih Koru Hastanesi...

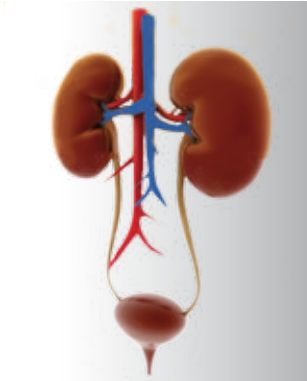
Özel Koru Hastanesi Üroloji Bölümünde infertilite tarama testleri ve muayeneleri yapılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri modern cihazlarla hijyenik ortamlarda sperm sayımı ve ayrımı yapılarak uygulanmaktadır. Doktorunuzla yapacağınız bir görüşme fertiliteniz hakkında size çok değerli bilgiler verecektir. İnfertilite problemi yaşayan çiftlerin tedavisi için doğru adres üroloji kliniğimizdir.



Tedavide modern teknikler

Özel Koru Hastanesi Üroloji Bölümü, alt yapısıyla modern üroloji pratiğinde uygulanan tetkik ve tedavi amaçlı tüm girişimlerin yapılmasına olanak sağlayan bir klinikdir. Üroloji Bölümümüzde prostat hastalıkları, taş hastalıkları, ürolojik kanserler, ürolojik enfeksiyonlar, androloji, çocuk ve kadın ürolojisi hastalıklarının ayırıcı tanısı ve tedavisi yapılmaktadır.

Çocuk ürolojisi departmanımızda konjenital UP darlıklar, megaürter, vezikoürteral reflü, hipospadias, inmemiş testis hastalıklarının tedavisi son teknikler kullanılarak yapılmaktadır. Hastalarımızın sünneti cerrahi yöntemlerle uzman doktor tarafından gerçekleştirilmektedir.



Her soru ve sorunuza cevap...

Prostat hastalıklarının tanı ve tedavisi son derece gelişmiş analiz yöntemleri ile yapılmakta ve prostat kanseri için prostat iğne biyopsisi (TRIB) 4 boyutlu Doppler ultrasonografi eşliğinde uygulanmaktadır. İyi huylu prostat büyümesinde cerrahi tedavi kapalı yöntemle (TUR-P) yapılmaktadır.

Laparoskopik cerrahi son yıllarda ürolojik hastalıkların tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Son derece konforlu bir yöntem olan laparoskopide hastanede kalış süresi son derece kısadır. Hastanemiz üroloji bölümünde laparoskopik cerrahi başarı ile uygulanmaktadır.

Hastanemiz üroloji bölümünde cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi yapılmakta ve bu hastalıklar için tarama testleri uygulanmaktadır.



Özel yöntemlerle cerrahi tedavi...

Böbrek taşları gençlerde, erkeklerde ve sıcak iklimlerde yaşayan kişilerde daha çok görülmektedir. Böbrek taşlarının tedavisinde çok farklı metotlar kullanılmaktadır. Hastanemiz üroloji bölümünde böbrek taşları için kapalı yöntemlerle cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Perkütan nefrolitotripsi, endoskopik üreter taşı tedavisi ve lazer litotripsi yöntemleri hastanemizde mevcuttur.



“hayatı güzelleştirir”

bilgi
ilgi
sevgi

www.koruhastanesi.com

Oğuzlar Mh. 1377 Sk. No: 21 Balgat - ANKARA
Tel. 0312 287 97 97, Faks 0312 287 98 98



“hayatı güzelleştirir”

www.koruhastanesi.com