

CERRAHİ OLGU ÖRNEKLERİ

Yazar
Dr. Ahmet OKUŞ



AKADEMİSYEN
KİTABEVİ

© Copyright 2019

Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

ISBN

978-605-258-370-8

Yayıncı Sertifika No:

25465

Kitap Adı

Cerrahi Olgu Örnekleri

Baskı ve Cilt

Bizim Dijital Matbaa

Yazar

Dr. Ahmet OKUŞ

Bisa Code:

MED85000

Yayın Koordinatörü

Yasin DİLMEN

DOI

10.37609/akya.1434

Sayfa ve Kapak Tasarımı

Akademisyen Dizgi Ünitesi

UYARI

Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde hekim-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.

İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.

Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Halk Sokak 5 / A

Yenişehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

ÖNSÖZ

Bu kitap okuyucunun klinik ile teorik bilgiyi bütünleştirebilmesine katkı sağlamak için hazırlanmıştır. Genel cerrahide sık veya nadir karşımıza çıkabilecek olgular, bunların olağan ve olağan dışı klinik seyirlerinde karşılaşılabileceğimiz durumlardan kesitler sunulmuştur.

Klinik olgular gerçek olgulardan esinlenerek, yer yer olgular üzerinde bir miktar değişik klinik senaryolar kurgulanarak sunulmuştur. Tüm olgularda görsel döküman eklenerek (resim, film görüntüsü) zenginleştirilmiştir. Her olgudan sonra ise bu olgu ile ilgili güncel literatür eşliğinde güncel klinik bilgi eklenmiştir. Böylece klinik ile teorik bilginin bir arada harmanlanarak güncel pratik kullanıma katkı sağlanması amaçlanmıştır. Ayrıca olgular şeklinde bölüm bölüm sunularak günlük çalışma temposu içinde çay-kahve molalarında sıkılmadan okunabilecek bir kitap olmasına özen gösterilmiştir. Bundan dolayı bir kaynak kitaptan çok bir bilimsel okuma kitabı olması hedeflenmiştir.

Kitabın özellikle genç meslektaşlarıma günlük pratik hayatlarında katkı sağlaması dileğiyle.

Dr. Ahmet OKUŞ

İÇİNDEKİLER

1. Olgu; Pileflebit.....	1
2. Olgu; Splenik İnfarkt	11
3. Olgu; İngiunal Herni ve Kronik İngiunal Ağrı	19
4. Olgu; Paratiroid Adenom	25
5. Olgu; Papiller Karsinom	35
6. Olgu; Kolon Yaralanması.....	43
7. Olgu; Hemoroidal Hastalık-Anal Darlık	49
8. Olgu: Kabızlık-Megarektum	57
9. Olgu; Akut Apendisit	67
10. Olgu; GIST (Gastrointestinal Stromal Tümör).....	75
11. Olgu; Akalazya.....	83
12. Olgu; Dalak Yaralanması-Konservatif Tedavi.....	91
13. Olgu; Üst GIS Kanama	97
14. Olgu; Pankreas Müsinöz Kistadenom.....	107
15. Olgu: Gastroözefagial Reflü Hastalığı (GÖRH).....	117
16. Olgu; Mesenter İskemi.....	125
17. Olgu; Rektum Kanseri	133
18. Olgu; Nekrotizan Pankreatit	143
19. Olgu; Mide Kanseri.....	157
20. Olgu; Psödomiksoma Peritonei.....	169
21. Olgu; Conn Sendromu.....	175
22. Olgu; Meme Kanseri	183
23. Olgu; GIS kanama-Antikoagülan Tedavi.....	193
24. Olgu: İntestinal Lenfoma	201
25. Olgu: Karaciğer Kist Hidatik	209

Referanslar

1. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: a Review of 95 Cases. *J Gastrointest Surg.* 2016 Mar;20(3):656-61.
2. Wong K, Weisman DS, Patrice KA. Pylephlebitis: a rare complication of an intra-abdominal infection. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2013 Jul 5;3(2).
3. Howell MD, Davis AM. Management of Sepsis and Septic Shock. *JAMA.* 2017 Feb 28;317(8):847-848.

Splenik İnfarkt

Splenik arter veya venin tıkanması sonucu dalakta infarkt alanı oluşmasıdır. Arterial tromboz emboli veya septik emboli, venöz staz sonrası venöz tromboz en sık sebepleridir. İnfarkt, tıkanmanın düzeyi ile ilişkili olarak küçük bir segmentten dalağın tamamını içine alan bir şekilde olabilir. Hastalarda sol üst kadranda ağrısı ile prezente olur. Ateş, lökositoz, CRP yüksekliği eşlik edebilir. Semptomların şiddeti ile infarkt genişliği arasında ilişki mevcuttur.

Etyolojide hematolojik hastalıklar (talasemi, orac hücreli anemi..), malignite (lenfoma, kronik miyeloid lösemi..), abdominal travma (künt travma, cerrahi), hiperkoagülopati, septik emboli (malarya, menenjit, .), sistemik enfeksiyonlar (sitomegalovirüs, enfeksiyöz mononükleozis, bruselloz..) yer alır. Hastaların yaklaşık %20 sinde etyolojik neden tespit edilemeyen sağlıklı bireyler oluşturur.

Tedavi; Semptomatik tedaviden splenektomiye kadar geniş bir yelpazede hastadan hastaya değişir. Venöz tromboza bağlı infarkt düşünülen olgularda antikoagülan tedavi önerilir.

Splenik Arter Anevrizması: Oldukça nadir olmakla birlikte arterial visceral anevrizmaların %60'ını oluşturur. Kadınlarda erkeklerden 4 kat daha sık görülür. Sıklıkla asemptomatik ve 2 cm' den küçük sakküler anevrizmalardır. Nadiren büyük ve semptomatiktir. 2 cm' den büyük, hamile kadınlarda, semptomatik olgularda ve inflamatuvar sürecin eşlik ettiği olgularda rüptür riski nedeni ile tedavi önerilmektedir.

Referanslar

1. Chapman J, Bhimji SS.Splenic Infarcts. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017 Jun-. 2017 Apr 29.
2. Norman FF, Rojas-Marcos J, Hermida-Donate JM, Monge-Maillo B, Perez-Molina JA, López-Vélez R.Splenic infarction and malaria. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2014 Aug;108(8):455-60.
3. Spaziani E, Di Filippo A, Picchio M, Pietricola G, Ceci F, Ottaviani M, Martellucci A, Pattaro G, De Angelis F, Parisella F, Pecchia M, Stagnitti F.A rare cause of acute abdomen: splenic infarction. Case report and review of the literature. G Chir. 2010 Aug-Sep;31(8-9):397-9.
4. Antopolsky M, Hiller N, Salameh S, Goldshtein B, Stalnikowicz R.Splenic infarction: 10 years of experience.Am J Emerg Med. 2009 Mar;27(3):262-5.
5. Canbak T, Acar A, Tolan HK, Başak F. Dev splenik arter anevrizması: Bir olgu sunumu. Arch Clin Exp Med. 2017;2(2):58-59.

Tedavi: Oldukça zor ve tartışmalıdır. Diğer ağrı nedenleri mutlak araştırılmalıdır. (Nüks, osteotitis pubis...)

Medikal tedavi; Analjezik tedavi, antidepresan tedavi, gabapentin,

Lokal tedavi (İleoingiunal sinir lokalizasyonuna analjezik, steroid enjeksiyonu..) Genel olarak bu tedaviler hastaların yarısından daha azında etkili olmaktadır.

Lokal sinir ablasyonu

Nörektomi; Operatif olarak sıkışan sinirin serbestleştirilmesi, mesh eksizeyonu, nörektomi. Nörektomi yaklaşık olguların %70 ,inde etkili olmaktadır.

Referanslar

1. Miccio VF Jr, Navlani R, Bonder JH, Singh JR. Fluoroscopically Guided Pulsed Radiofrequency Neurotomy Technique for the Treatment of Genitofemoral Neuralgia. *Pain Physician*. 2016 Sep-Oct;19(7):E1099-101.
2. Nienhuijs S, Staal E, Strobbe L, Rosman C, Groenewoud H, Bleichrodt R. Chronic pain after mesh repair of inguinal hernia: a systematic review. *Am J Surg*. 2007 Sep;194(3):394-400.
3. Nikkolo C, Lepner U. Chronic pain after open inguinal hernia repair. *Postgrad Med*. 2016 Jan;128(1):69-75.
4. Charalambous MP, Charalambous CP. Incidence of chronic groin pain following open mesh inguinal hernia repair, and effect of elective division of the ilioinguinal nerve: meta-analysis of randomized controlled trials. *Hernia*. 2018 Mar 17.
5. Khan JS, Rai A, Sundara Rajan R, Jackson TD, Bhatia A. A scoping review of perineural steroids for the treatment of chronic postoperative inguinal pain. *Hernia*. 2016 Jun;20(3):367-76.

Tc99 Sestamibi sintigrafisi (MIBI); >%90 sensitiftir. SPECT veya BT nin eklenmesi lokalizasyon açısından avantaj sağlamaktadır.

BT ve MR görüntüleme mediastinal yerleşimli ektopik paratiroid odakları için yardımcı olabilir. Rutin kullanımı önerilmemektedir.

Selektif venöz örnekleme de, reoperasyon gerektiren lokalizasyonu net olmayan olgular için önerilmektedir.

Adenom eksizyonundan 10-15 dakika sonra parathormon seviyesinin %50 düşmesi beklenir. Paratiroidektomi sonrası peroperatif intakt parathormon ölçümü cerrahinin yeterliliğinin bir göstergesi olarak kullanılmaktadır.

Tedavi Endikasyonları

Semptomatik tüm hastaların opere edilmesi önerilmektedir.

Asemtomatik Primer Hiperparatiroidizmlı hastalarda paratiroidektomi endikasyonları;

1. Serum kalsiyum konsantrasyonunun üst limitin 1 mg/dl üzerinde olması
2. Kreatinin klirensinin 60 ml/dak altında olması
3. Kemik mineral yoğunluğunun lomber vertebra, total kalça, femur boyun ve 1/3 radius alanında T skorunun -2.5 SD daha düşük olması veya öncesinde osteoporoz nedenli kırık hikayesi
4. 50 yaş altı hasta.
(Yaş tek başına operasyon için konrendikasyon oluşturmaz)

Referanslar

1. Pokhrel B, Levine SN. Primary Hyperparathyroidism, Louisiana State University HSC LSU Health Sciences Center Shreveport. October 6, 2017
2. Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, Silverberg SJ, Udelsman R, Marcocci C, Potts JT. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the Fourth International Workshop. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2014 Oct;99(10):3561-9.
3. Altun BU. Primer Hiperparatiroidizm. Metabolik Kemik Hastalıkları. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara, 2013. <http://www.temd.org.tr>

Postoperatif değerlendirmede yeni farkedilen metastatik lenf nodu/ nodları ve fazla bakiye doku varlığında öncelikle cerrahi eksizyon önerilmektedir.

TSH süpresyonu: Levotiroksinin supra fizyolojik dozlarda kullanımı ile TSH supresyonu, sıklıkla tiroid kanserli hastalarda nüks riskini azaltmak için kullanılır. (<0.1 mU/L) Düşük risk grubundaki hastalar için 0,1-0,5mU/L arasında TSH değeri yeterlidir.

Referanslar

1. Abdullah Şişik , Fatih Başak , Emin Köse. Tiroid nodüllerine güncel yaklaşım: "2015 ATA" ve "2016 AACE/ACE/AME" kılavuzları derlemesi .Arch Clin Exp Med 2017;2(1):18-23. e-ISSN: 2564-6567
2. American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, Mazzaferri EL, McIver B, Pacini F, Schlumberger M, Sherman SI, Steward DL, Tuttle RM. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2009;19:1167.
3. Bryan R. Haugen, Erik K. Alexander, Keith C. Bible, Gerard M. Doherty, Susan J. Mandel, Yuri E. Nikiforov. et al. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2015; 26: 1.
4. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Klavuzu.Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Mayıs 2015

Eviserasyon batın ameliyatlarından sonra erken dönemde görülen acil bir tablo olup tüm laparatomilerin yaklaşık %1'inde görülür. Mortalite oranı %10-40 arasındadır. Erkek hastalarda ve yaşın ileri olduğu hastalarda (>50 yaş) daha sık görülmektedir. Acil olgularda ve vertikal kesilerde daha sık görülmektedir. Ancak özellikle yara iyileşmesini kötü yönde etkileyen faktörlerin (malignite, sıvı elektrolit bozuklukları, lokal ve/veya sistemik enfeksiyonun varlığı, malnütrisyon,...) varlığı en önemli risk faktörü olarak vurgulanmaktadır. Batın içi basıncı yüksek olan hastalarda (intestinal obstrüksiyon, barsaklarda yaygın ödem..) fasyanın primer gergin olarak kapatılması eviserasyona neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Eviserasyonun tamirinde sıklıkla retansiyon sütürleri konarak batın tekrar kapatılır. Profilaktik olarak mesh ile kapatma yapılması diğer bir tedavi alternatifidir.

Referanslar

1. Oosthuizen GV, Kong VY, Estherhuizen T, Bruce JL, Laing GL, Odenaal JJ, Clarke DL. The impact of mechanism on the management and outcome of penetrating colonic trauma. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018 Feb;100(2):152-156.
2. E. Fouda, S. Emile, H. Elfeki, M. Youssef, A. Ghanem, A. A. Fikry, A. Elshobaky, W. Omar, W. Khafagy, M. Morshed. Indications for and outcome of primary repair compared with faecal diversion in the management of traumatic colon injury *Colorectal Dis.* 2016 Aug;18(8):O283-91.
3. Salinas-Aragón LE, Guevara-Torres L, Vaca-Pérez E, Belmares-Taboada JA, Ortiz-Castillo Fde G, Sánchez-Aguilar M. Primary closure in colon trauma. *Cir Cir.* 2009 Sep-Oct;77(5):359-64
4. Karateke F, Özdoğan M, Özyazıcı S, Daş K, Menekşe E, Gülnerman YC, Bali I, Önel S, Gökler C. The management of penetrating abdominal trauma by diagnostic laparoscopy: a prospective non-randomized study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2013 Jan;19(1):53-7.
5. Girgin S, Gedik E, Uysal E, Taçyıldız IH. Independent risk factors of morbidity in penetrating colon injuries. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2009 May;15(3):232-8.
6. Önder, A., Kapan, M., Arıkanoğlu, Z., Taşkesen, F., Büyük, A., Başol, Ö. Girgin, S. Künt Kolon Yaralanmalarında Cerrahi Tercih. *Kolon Rektum Hast Derg* 2012;22:151-156
7. Gürleyik G. Erken Postoperatif Dönemde Cerrahi Kesilerin Açılmasında Etkili Faktörler. *Ulusal Travma Derg.* 2001(4);96-99

Hastalarda konservatif tedavi (laksatifler, parmak ile dilatasyon...) hafif darlıklarda etkili olabilir. Orta ve ileri düzey darlıklarda ise sıklıkla cerrahi tedavi (V-Y ilerletme flebi, diamond flep, Z plasti...) gerekmektedir.

Referanslar

1. Mac Rae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg* 1997; 40:14-7.
2. Brown SR. Haemorrhoids: an update on management. *Ther Adv Chronic Dis*. 2017 Oct;8(10):141-147.
3. Iyer VS, Shrier I, Gordon PH. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2004 Aug;47(8):1364-70.
4. Aliosmanoğlu İ, Gül M, Tekeş F, Ülger BV, Oğuz A, Hakseven M, Baç B. Anal Stenoz Nedeni ile Cerrahi Uygulanan Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Kolon Rektum Hast Derg* 2013;23:173-177
5. Gülen M, Leventoğlu S, Ege B, Mentеш BB. Surgical Treatment of Anal Stenosis with Diamond Flap Anoplasty Performed in a Calibrated Fashion. *Dis Colon Rectum*. 2016 Mar;59(3):230-5.

Tablo 1. Anorektal manometrik ölçümler ve yorumlanması

	İstirahat Basıncı	Sıkma Basıncı	RAİR
İnkontinans			
1. Taşma İnkontinans (Overflow)	Azalır	Azalır	+
2. Nörojenik İnkontinans	Azalır	Azalır	+/-
3. Sfinkter hasarı (Cerrahi, travma, ..)	Azalır	Azalır	+/-
Konstipasyon	Normal	Artar	
Hirschsprung hastalığı	Azalır	Azalır	-

Hirschsprung hastalığı, esas olarak rektosigmoid kolon veya rektumun submukozal (Meissner) ve myenterik (Auerbach) nöral pleksuslarının konjenital aganglionozisi ile karakterize olan bir tablodur. Hastalığın genel popülasyondaki insidansı 1/5000 olup, erkeklerde 4 kat daha sık görülür. Genellikle bebeklik çağında tanı alır, erişkinde Hirschsprung hastalığının görülmesi oldukça nadirdir. Hirschsprung hastalığında, ganglion hücrelerinin yokluğu sonucunda rektoanal inhibitör refleks etkilenen segmentte kaybolur ve ilgili segment kontrakte olarak kalır. Aganglionik segmentin kalıcı kontraksiyonu sonucu daha proksimaldeki segment ise dilate olur.

Megarektum tanısı için olgularda kabızlığın olması, rektal tuşede rektumun dışkı ile dolu olması, kolon grafisinde rektum pelvis oranının 0,61'in üzerinde olması gerekir. Bu hastalarda rektumda şişirilen balonun defakasyon hissine neden olmaz (rektal duyum yokluğu) ve rektoanal inhibitör refleks alınmaz. Bu bulgular ile Hirschsprung hastalığına benzese de yapılan rektal biopside ganglion hücreleri mevcuttur. Kontrakte segment izlenmez.

Referanslar

1. Canda AE, Terzi C. Anorektal Fizyoloji ve Tanı Testleri. İçinde; Mentş B, Bulut M.T, Alabaz Ö, Leventoğlu S editörler. Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları. Tür Kolon Rektum Cerrahisi Derneği: Ankara 2011. Sayfa:19-26
2. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H.Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 18(1).Sayfa.72-88. Mart 2014
3. Azılı MN, Demirkan H, Kaçar A, Atayurt H, Tiryaki T. Kronik Kabızlığa Bağlı Olgularda Gelişen Megarektum Olgularda Cerrahi Tedavi. Türkiye Çocuk Hast. Derg. / Turkish J. Pediatr. Dis. 2011; 5(3): 144-148

4. Glasser JG, Nottingham JM, Durkin M, Haney ME, Christensen S, Stroman R, Hammett T. Case series with literature review: Surgical approach to megarectum and/or megasigmoid in children with unremitting constipation. *Ann Med Surg (Lond)*. 2017 Dec 27;26:24-29.

peritonit gelişimi arasında ilişki mevcuttur. Tanıda geçikme, geç hastaneye başvuru apse, perforasyon-peritonit gibi komplikasyonların artmasına ve buna sekonder olarak morbidite ve mortalite (%5-10) artışa neden olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. (Bir çalışmada 60 yaş üstü hastalarda mortalite %21 olarak bulunmuştur.)

Hastalarda appendektominin peritonit ve perforasyon olmadığı takdirde hafif geciktirilmesinin (gece yatan hastanın sabah alınması gibi) ilk 24 saat içindeki appendektomi gecikmelerinin bazı kaynaklarda yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonları artırdığı savunulsa da bir çok çalışmada komplikasyonları artırmadığı vurgulanmaktadır.

Non-operatif, medikal tedavi; Akut apandisitlerin özellikle komplike olmamış apandisitlerin medikal -antibiyoterapi ile tedavi edilebileceği bir çok çalışma ile gösterilmiştir. Tedavi başarısızlığı yaklaşık %10 civarındadır.

Referanslar

1. Jones MW, Deppen JG. Appendicitis. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. 2018 Mar 20
2. van Dijk ST, van Dijk AH, Dijkgraaf MG, Boermeester MA. Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. *Br J Surg.* 2018 Jul;105(8):933-945.
3. Rollins KE, Varadhan KK, Neal KR, Lobo DN. Antibiotics *versus* appendectomy for the treatment of uncomplicated acute appendicitis: an updated meta analysis of randomised controlled trials. *World J Surg*2016; 40: 2305-2318
4. Sallinen V, Mentula P. *Laparoscopic appendectomy. Duodecim.* 2017;133(7):660-6.
5. Tolonen M, Sallinen V, Mentula P, Leppäniemi A. *Preoperative prognostic factors for severe diffuse secondary peritonitis: a retrospective study.* *Langenbecks Arch Surg.* 2016 Aug;401(5):611-7.
6. Malindi TJ, le Grange SM. *Outcome of Appendicitis in the Elderly in Universitas and Pelonomi Hospitals. S Afr J Surg.* 2017 Jun;55(2):56.
7. Terasawa T, Blackmore CC, Bent S, Kohlwes RJ. Systematic review: Computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. *Ann Intern Med* 2004; 141: 537-546.
8. Yüksel Y, Dinç B, Yüksel D, Dinç SE, Mesci A. How reliable is the Alvarado score in acute appendicitis? *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2014 Jan;20(1):12-8.

inde CD117 gen mutasyonu, %5-7 de ise PDGFA mutasyonu ve %10-15 ide ise bu iki mutasyonda izlenmez (wild type). Mutasyon bölgesi tedaviye cevapta belirleyici rol oynar. Örneğin CD117 exon 11 mutasyonu olan tümörler imatinibe daha iyi cevap verir. Ayrıca diğer mutasyon bölgelerine göre hastalısız sağ kalım daha uzundur. İmatinip adjuvan veya neoadjuvan olarak kullanılabilir. İmatinip iyi tolere edilen bir ilaç olup el-ayakta ödem, kas krampları, bulantı, ishal ve ciltte döküntü gibi yan etkileri görülebilir. Hipofosfatem (hipokalsemi, parathormon seviyesinde artma) oldukça nadir görülen yan etkiler olup nedeni tam ortaya konamamıştır.

Referanslar

1. Aydın C, Kayaalp C. Gastrointestinal Stromal Tümörler. Güncel Gastroenteroloji. Mart 2009; 13(1): 33-40
2. Kaspaoğlu B, Türkay C. Gastrointestinal Stromal Tümörler. Güncel Gastroenteroloji. Haziran 2008; 12(2);106-109.
3. Cichoz-Lach H, Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M. Gastrointestinal stromal tumors: epidemiology, clinical picture, diagnosis, prognosis and treatment. Pol Arch Med Wewn. 2008 Apr;118(4):216-21.
4. Joensuu H, Eriksson M, Sundby Hall K, Hartmann JT, Pink D, Schütte J, Ramadori G, Hohenberger P, Duyster J, Al-Batran SE, Schlemmer M, Bauer S, Wardelmann E, Sarlomo-Rikala M, Nilsson B, Sihto H, Monge OR, Bono P, Kallio R, Vehtari A, Leinonen M, Alvegård T, Reichardt P. One vs three years of adjuvant imatinib for operable gastrointestinal stromal tumor: a randomized trial. JAMA. 2012 Mar 28;307(12):1265-72.
5. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. Semin Diagn Pathol. 2006;23(2):70-83
6. Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, DeMatteo RP, Ganjoo KN, Maki RG, Pisters PW, Raut CP, Riedel RF, Schuetz S, Sundar HM, Trent JC, Wayne JD. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. J Natl Compr Canc Netw. 2010 Apr;8 Suppl 2:S1-41; quiz S42-4
7. Grey A, O'Sullivan S, Reid IR, Browett P. Imatinib mesylate, increased bone formation, and secondary hyperparathyroidism. N Engl J Med. 2006 Dec 7;355(23):2494-5.

Distal özefagusta aperistaltizm ve bazal özefagus basıncında artış: Koordineli olmayan eş zamanlı düşük amplitüdümlü kontraksiyonlar olabilir. Vigorous akalazyada yüksek amplitüdümlü eş zamanlı ve göğüs ağrısına neden olan kontraksiyonlar görülebilir.

Tedavi

Kalsiyum kanal blokerleri(nifedipin), nitratlar (isosobid dinitrat) hafif derecede şikayeti olan hastalarda semptomatik rahatlama için tercih edilebilir. Sildenafil, nitrik oksit üzerinden etkili bir düz kas gevşetici olup son yıllarda akalazyaya tedavisinde kullanılmaktadır.

Botulinum toksin enjeksiyonu; AÖS basıncında yaklaşık %50 azalma sağlar ve hastaların üçte ikisinde şikayetlerde gerileme görülür. Ancak bu etki geçicidir. Hastaların yaklaşık yarısında 6. ay sonunda etkinliği ortadan kalkar.

Balon dilatasyon: 30-40mm çaplı balonlar ile dilatasyon yapılır. Balon çapı arttıkça başarı şansı artar, ancak işleme bağlı komplikasyon oranı da artar. 2-3 seansta başarı oranı %80-90 dır. Genç erkek hastalarda başarı oranı daha düşüktür. Bu nedenle 30 yaş altı hastalarda doğrudan veya bir kez balon dilatasyonu uygulandıktan sonra; 30 yaş üstünde ise 2 veya 3 deneme sonrasında tekrarlayan olgularda cerrahi düşünülmelidir. Kanaama, perforasyon, aspirasyon gibi komplikasyonlar %3-9 oranında görülebilir. Daha sıklıkla gastroözefagial reflü semptomlarına neden olabilir ancak sıklıkla medikal tedavi ile kontrol altına alınabilir.

Cerrahi tedavi: Heller miyotomi ± Funduplikasyon(Dor-Toupet); Başarı oranı yaklaşık %90 civarındadır. Sadece miyotomi yapılan olguların yaklaşık 1/3 ünde reflü semptomları gelişebilir. Bundan dolayı miyotomiye parsiyel funduplikasyon eklenmesi sıklıkla tavsiye edilmektedir.

Son yıllarda peroral endoskopik miyotomi (POEM) alternatif bir tedavi olarak uygulanmaya başlanmıştır. Ancak pahalı ekipman ve ileri deneyim gerektiren bir tekniktir.

Referanslar

1. Arora Z,Thota PN, Sanaka MR. Achalasia: current therapeutic options. Ther Adv Chronic Dis.2017 Jun;8(6-7):101-108.
2. Bektaş M,Soykan İ.Özofagusun Fonksiyonları ve Motor Hastalıkları. Güncel Gastroenteroloji. 2005. 9(3);155-166
3. Tefas C, Ababneh R, Tanțău M. Peroral Endoscopic Myotomy Versus Heller Myotomy for Achalasia: Pros and Cons. Chirurgia (Bucur).2018 Mar-Apr;113(2):185-191.

Referanslar

1. Oyo-Ita A, Chinnock P, Ikpeme IA. Surgical versus non-surgical management of **abdominal** injury. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 13;(11):CD007383.
2. Tserng TL , Gatmaitan. MBLaparoscopic approach to the management of penetratingtraumatic diaphragmatic injury. Trauma Case Rep. 2017 Aug 5;10:4-11.
3. Simon LV, Burns B. Diaphragm Rupture. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. 2017 Nov 29.

Diğer Kriterler

Nabı >100 (dakika)	1
Melana olması	1
Senkop olması	1
Karciğer hastalığı eşlik etmesi	1
Kalp hastalığı eşlik etmesi	1

Skorlama sistemleri hastanın kanamasının şiddetinin belirlenmesi, tekrar kanama riskinin ve mortalitenin öngörülmesi için geliştirilmiştir. Yüksek riskli olan hastalarda daha agresif multidisipliner tedavi yapılması ve hastaların yoğun bakımda takip edilmesi önerilmektedir. Bir çok skorlama sistemi mevcut olup yaygın kullanılanlar Forrest sınıflaması, AIMS65, Glos-gow Blochtod Skoru ve Rockall sınıflamalarıdır. Forrest sınıflaması sadece endoskopik bulgulara dayanır ve tekrar kanamayı öngörürken mortalite ile ilgili ön bilgi vermez. AIMS65 ise hastanın gelişindeki klinik bulgulara dayanır, mortalite ve hastanede kalış süresi ile ilgili öngörü sağlar. Glos-gow Blochtod Skoru ve Rockall skorlamaları ise tekrar kanamayı ve mortaliteyi göstermede etkindir. Her iki skorlama sisteminde skor=0 olan hastaların hastaneye yatırılmadan takip edilebileceği vurgulanmaktadır. Düşük risk grubundaki hastalar ise (skor 2 ve altı) endoksopiden sonra erken taburcu edilebilir. (Tekrar kanama oranı yaklaşık %5 ve mortalite <%1). Klinikte bu iki skorlama sisteminin kullanılması daha çok tercih edilmektedir.

Referanslar

1. Beales I.Recent advances in the management of peptic ulcer bleeding. F1000Res. 2017 Sep 27;6:1763.
2. Antunes C, Copelin II EL.Gastrointestinal Bleeding, Upper. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017 Jun-. 2017 Nov 19.
3. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. : Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ*. 2017;356:i6432. 10.1136/bmj.i6432
4. Wee E. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding.J Postgrad Med. 2011 Apr-Jun;57(2):161-7.
5. Jafar W, Jafar AJN, Sharma A. Upper gastrointestinal haemorrhage: an update. *Frontline Gastroenterol*. 2016 Jan;7(1):32-40.
6. Monteiro S, Gonçalves TC, Magalhães J, Cotter J. Upper gastrointestinal bleeding risk scores: Who, when and why? *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2016 Feb 15;7(1):86-96.

Referanslar

1. Khalid, A, Brugge, W. ACG Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Neoplastic Pancreatic Cysts. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:2339.
2. Önal İK, İbiş M. Pankreasın Kistik Hastalıkları. *Güncel Gastroenteroloji* .2008;3(12);161-164
3. Yavuz Y, Yalın R. Pankreasın kistik tümörleri: Ayırıcı tanının önemi. *Turk J Surg*. 2008;24(1):046-052.
4. Pusateri AJ, Krishna SG. Pancreatic Cystic Lesions: Pathogenesis and Malignant Potential. *Diseases*. 2018 Jun 13;6(2). pii: E50.
5. European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. *Gut*. 2018 May; 67(5):789-804.

Referanslar

1. Dallemagne B, Weerts J, Markiewicz S, Dewandre JM, Wahlen C, Monami B, Jehaes C. Clinical results of laparoscopic fundoplication at ten years after surgery. *Surg Endosc.* 2006 Jan;20(1):159-65. Epub 2005 Dec 7.
2. Wang B, Zhang W, Liu S, Du Z, Shan C, Qiu M. A Chinese randomized prospective trial of floppy Nissen and Toupet fundoplication for gastroesophageal disease. *Int J Surg.* 2015 Nov;23(Pt A):35-40.
3. Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900-20.
4. Vardar R. Gastroözefagial Reflü Hastalığı. *Güncel Gastroenteroloji.* 2012(6);126-132
5. Okçu N, Çiftel S. Gastroözefagial Reflü Hastalığı. *Güncel Gastroenteroloji.* 2016(6);161-168

Referanslar

1. Gragossian A, Dacquel P. Mesenteric Artery Ischemia. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. 2018 Jun 27
2. Luther B, Mamopoulos A , Lehmann C, Klar E. The Ongoing Challenge of Acute Mesenteric Ischemia. Visc Med. 2018 Jul;34(3):217-223. Kalıtsal Trombofili Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ulusal Tedavi Rehberi 2011. Türk Hematoloji Derneği
3. Küçükkkaya RD, Aydın M. Trombofili Genetiği. Türk Hematoloji Derneği.

çok çalışmada vurgulanmıştır. Ancak lokal kontroldeki başarının genel sağ kalıma etkisi tartışmalıdır. (Bazı çalışmalarda genel sağ kalıma etkisi gösterilmiştir..)

Neoadjuvan kemoradyoterapi lokal nüks oranını düşürür. Rezektabilite şansını artırır. Ayrıca bazı çalışmalarda genel sağ kalıma etkisi gösterilmiştir. Neoadjuvan kemoradyoterapiye patolojik tam yanıt oranı yaklaşık %15-25 olup patolojik tam yanıt alınan hastalarda sağ kalıma etkisi mevcuttur.

Neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası yanıtın değerlendirilmesinde ; ameliyat öncesi evreleme ile patolojik evreleme karşılaştırılır. Rezeksiyon materyalinde herhangi bir kanser hücresi görülmemesi patolojik tam yanıt olarak değerlendirilir. Tümörün T veya N evresinde gerileme olması ise kısmi yanıt olarak değerlendirilir. Patolojik tam yanıt oranı uzun süreli radyoterapide kısa süreli radyoterapiye göre daha yüksektir. Neoadjuvan kemoterapide kemoterapi kür sayısı arttıkça (2,4,6) patolojik tam yanıt oranı da artmaktadır. Patolojik tam yanıt alınan hastalarda lokal nüks, uzak metastaz ve uzun süreli hastaliksız sağ kalım avantajı mevcuttur.

Referanslar

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Rectal Cancer. Version 3.2017. NCCN.org
2. Canda AE, Terzi C, Sarioğlu S, Görken İB, Alanyalı H, Obuz F, Yılmaz U, Öztüp İ, Sökmen S, Füzün M. Lokal ileri rektum kanserinde neoadjuvan kemoradyoterapiye yanıt: Dokuz Eylül Üniversitesi deneyimi. Turk J Surg. 2008;24(4):193-199.
3. Habr-Gama A, Perez RO, Nadalin W, et al. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. Ann Surg 2004; 240: 711-717
4. Hallam S, Messenger DE, Thomas MG. A Systematic Review of Local Excision After Neoadjuvant Therapy for Rectal Cancer: Are ypT0 Tumors the Limit? Dis Colon Rectum. 2016 Oct;59(10):984-97.
5. Ferrari L, Fichera A. Neoadjuvan chemoradiation therapy and pathological complete response in rectal cancer. Gastroenterol Rep (Oxf). 2015 Nov;3(4):277-88. doi: 10.1093/gastro/gov039. Epub 2015 Aug 19.

enfekte nekroz tanısı ile hastalar opere edilebilir. Diğer taraftan nekrozdan yapılan aspirasyonun kültür veya mikroskopik incelemesi de nekrozun enfekte olup olmadığı konusunda yol göstericidir.

Nekrozektomi sonrası olası komplikasyonlar: Kanama, intestinal fistül, pankreatik fistül, batın içi apse, pankreatik apse..

Referanslar

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C et al. Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62:102-111.
2. Cohen S, Bacon BR, Berlin JA, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: ERCP for diagnosis and therapy, January 14-16, 2002. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:803.
3. Stirling AD, Moran NR, Kelly ME, Ridgway PF, Conlon KC. The predictive value of C-reactive protein (CRP) in acute pancreatitis - is interval change in CRP an additional indicator of severity? *HPB (Oxford)*. 2017 Oct;19(10):874-880.
4. Vinish DB, Abishek V, Sujatha K, Arulprakash S, Solomon R, Ganesh P. Role of bedside pancreatic scores and C-reactive protein in predicting pancreatic fluid collections and necrosis. *Indian J Gastroenterol*. 2017 Jan;36(1):43-49.
5. Kibar YI, Albayrak F, Arabul M, Dursun H, Albayrak Y, Ozturk Y. Resistin: New serum marker for predicting severity of acute pancreatitis. *J Int Med Res*. 2016 Apr;44(2):328-37.
6. Parikh MP, Wadhwa V, Thota PN, Lopez R, Sanaka MR. Outcomes Associated With Timing of ERCP in Acute Cholangitis Secondary to Cholelithiasis. *J Clin Gastroenterol*. 2018 Jan 19.
7. Aliosmanoğlu İ, Gül M, Tekeş F, Türkoğlu A, Ülger BV, Uslukaya Ö, Oğuz A. Akut nekrotizan pankreatitli hastalarda cerrahi tedavi sonuçları ve mortaliteye etkili faktörler. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2012; 3 (4): 500-504.

Postoperatif Kemoterapi

Rezektabel mide kanserinde gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonunu (en az 15 lenf nodu içermeli) yapılır. Takiben Evre 2 ve Evre 3 hastalık için, capecitabine, oxalaplatin içeren kemoterapi protokolü ile 3 ve 5 yıllık hastaliksız sağ kalım avantajı olduğu gösterilmiştir. (%78-%69) Bundan dolayı bu grup hastada kemoterapi önerilmektedir.

R0 rezeksiyon ve D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan mide tümörlerinde postoperatif kemoterapi; T3-T4 tümörlerde veya herhangi bir T, lenf nodu metastazı olan hastalarda önerilmektedir.

Gastrik Remnant Nekroz: Midenin vasküler damar ağı oldukça zengin olup subtotal gastrektomi sonrası kalan midenin nekroze olması oldukça nadir bir durumdur. Ancak mortalitesi (Yaklaşık %60-70) oldukça yüksektir. Ateroskleroza zemin hazırlayan sigara, alkol, yaş gibi faktörler risk faktörü olarak ileri sürülmüştür. Özellikle ileri yaş grubundaki hastalarda remnant nekroz akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda erken tanı için remnant mide mukozasının endoksojik görünümü erken tanı için önemlidir.

Referanslar

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Gastric Cancer. Version 5.2017. NCCN.org
2. Sarela AI, Lefkowitz R, Brennan MF, Karpeh MS. Selection of patients with gastric adenocarcinoma for laparoscopic staging. Am J Surg. 2006 Jan;191(1):134-8.
3. Hajime I, Akihito E, Hiroharu N, Masataka H, Hiroki M, Junzo Y. Gastric remnant necrosis following splenic infarction after distal gastrectomy in a gastric cancer patient. Int J Surg Case Rep 2013;4:583-586
4. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2014 May;23(5):700-13.

edilebilecek organ ve periton ile birlikte rezeke edilmesi (SC) ve mikroskopik tümör odaklarının ve dökülen tümör hücrelerinin hipertermik intraperitoneal kemoterapi ile (HIPEC) yok edilmesi bu hastalarda ciddi yaşam süresini uzatmıştır. HIPEC ile kemoterapik ajanın direkt tümör hücreleri ile teması, sistemik yan etkilerin daha az olmasını sağlamaktadır. HIPEC için en sık kullanılan oxaliplatin, mytomisin C, cisplatin gibi ajanların peritoneal konsantrasyonu sistemik konsantrasyonlarının 10 katından daha yüksektir. Ayrıca hipertermi ile (42 C) tümör hücreleri termiye sekonder membran hasarı, lizozom aktivasyonu-sitoplazma yıkımı sonrası tümör hücre ölümü ve tümör microdamarlarının hasarlanması sonrası tümör hücre nekrozuna neden olmaktadır. Hipertermi ve intraperitoneal kemoterapi sinerjik etki göstermektedir. Bundan dolayı HIPEC postoperatif yapılan intraperitoneal kemoterapiden daha etkindir.

Sitoredüktif cerrahi; Seçilmiş olgularda yapılmalı, peritoneal tümör indeksi <20 olmalı ve işlem öncesi laparoskopik değerlendirme önerilmektedir.

SC-HIPEC ile; kolorektal kanserlerde yaklaşık %20-40 3 yıllık survey, mide kanserlerinde %30-40 1 yıllık survey avantajı sağlanabilmektedir. Özellikle PMP de en iyi sonuçlar alınmaktadır. Peritoneal sarcom, mezotelyomada da survey avantajı sağlamaktadır.

Referanslar

1. Bevan KE, Mohamed F, Moran BJ. Pseudomyxoma peritonei. World J Gastrointest Oncol. 2010 Jan 15;2(1):44-50.
2. Li Y, Zhou YF, Liang H, Wang HQ, Hao JH, Zhu ZG, Wan DS, Qin LX, Cui SZ, Ji JF, Xu HM, Wei SZ, Xu HB, Suo T, Yang SJ, Xie CH, Yang XJ, Yang GL. Chinese expert consensus on cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for peritoneal malignancies. World J Gastroenterol. 2016 Aug 14;22(30):6906-16.
3. Misdraji J. Mucinous epithelial neoplasms of the appendix and pseudomyxoma peritonei. Mod Pathol. 2015 Jan;28 Suppl 1:S67-79. doi: 10.1038/modpathol.2014.129.

TanıTestleri: 24 saat idrarda vanilmandelik asit düzeyi. (%14 yanlış negatiflik mevcut)

Plazma Metanefrin düzeyi, Sensivite >%95

24 saatlik idrarda metanefrin düzeyi, Sensivite >%95

Plazma Katekolamin düzeyleri (epinefrin, norepinefrin...) ölçülebilir

Cerrahi öncesi 1-2 hafta alfa bloker kullanılması önerilir. Peroperatif sıkı kan basıncı takibi ve yeterli sıvı resüstasyonu yapılmalıdır.

Epinefrin/metanefrin predominant bir tümör adrenal medullada veya Zuckerkanlı organında, Norepinefrin/normetanefrin predominant bir tümör ise hem adrenal medulla hem ekstra-adrenal kaynaklı olabilir. Dopamin sekrete eden tümörler genellikle normotansif seyrederek. Bu tümörler nadirdir ve genellikle adrenal dışıdır. Özellikle adrenal dışı feokromositoma veya paraganglioma araştırılırken metaiodobenzylguanidine (131I-MIBG ve 123I-MIBG) sintigrafisi kullanılır.

Referanslar

1. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2014 ISBN: 978-605-4011-20-9 7. Baskı . www.temd.org.tr
2. Lee JM, Kim MK, Ko SH, Koh JM4, Kim BY, Kim SW, Kim SK, Kim HJ, Ryu OH, Park J, Lim JS, Kim SY, Shong YK, Yoo SJ; Korean Endocrine Society, Committee for Clinical Practice Guidelines Clinical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentaloma. Endocrinol Metab (Seoul). 2017 Jun;32(2):200-218.
3. Cyrańska-Chyrek E, Grzymisławska M, Ruchała M. Diagnostic pitfalls of adrenal incidentaloma. Endokrynol Pol. 2017;68(3):360-377.

Preoperatif Tedaviye Aday Olmayan Hastalar

İnvaziv odağın büyüklüğünün net olmadığı ve yaygın intraduktal karsinomun eşlik ettiği meme kanserleri

Memede nonplapable veya klinik olarak değerlendirilemeyen tümörü olan hastalar

Preoperatif tümör büyüklüğünün tam-net olarak tespit edilemediği meme tümörü olguları

Referanslar

1. Houssami N, Ciatto S, Macaskill P, Lord SJ, Warren RM, Dixon JM, Irwig L. Accuracy and surgical impact of magnetic resonance imaging in breast cancer staging: systematic review and meta-analysis in detection of multifocal and multicentric cancer. *J Clin Oncol*. 2008 Jul 1;26(19):3248-58.
2. Mann RM, Kuhl CK, Kinkel K, Boetes C. Breast MRI: guidelines from the European Society of Breast Imaging. *Eur Radiol* 2008;18:1307-1318.
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Breast Cancer. Version 2.2017. NCCN.org

Referanslar

1. Kotaska A. Venous thromboembolism prophylaxis may cause more harm than benefit: an evidence-based analysis of Canadian and international guidelines. *Thromb J.* 2018 Oct 10;16:25.
2. Hellenbart EL , Faulkenberg KD , Finks SW. Evaluation of bleeding in patients receiving direct oral anticoagulants. *Vasc Health Risk Manag.* 2017 Aug 23;13:325-342.
3. Mekaj YH, Mekaj AY , Duci SB, Miftari EI. New oral anticoagulants: their advantages and disadvantages compared with vitamin K antagonists in the prevention and treatment of patients with thromboembolic events. *Ther Clin Risk Manag.* 2015 Jun 24;11:967-77.

E III; Diaframın iki tarafında olmak üzere gastrointestinal sistem tutulumu, lenf nodu infiltrasyonu olabilir veya olmayabilir

E IV; Gastrointestinal sistem dışı organ / doku tutulumu, lenf nodu infiltrasyonu olabilir veya olmayabilir

Referanslar

1. Matysiak-Budnik T, Fabiani B, Hennequin C, Thieblemont C, Malamut G, Cadiot G, Bouché O, Ruskoné-Fourmestreaux A. Gastrointestinal lymphomas: French Intergroup clinical practice recommendations for diagnosis, treatment and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, SFH). *Dig Liver Dis.* 2018 Feb;50(2):124-131.
2. Zucca E, Bertoni F. The spectrum of MALT lymphoma at different sites: biological and therapeutic relevance. *Blood.* 2016 Apr 28;127(17):2082-92.

Radikal Cerrahi: Perikistektomi veya hepatektomi; Etkili ve güvenli bir metoddur. Morbidite ve rekürrens konservatif cerrahiden daha düşüktür. Ancak daha kompleks bir cerrahi olup deneyimli ellerde (hepatobilier cerrahi merkezlerinde) yapılabilmektedir

Konservatif cerrahi (Parsiyel Kistektomi, Kapitonaj, Omentoplasti, Dışa drenaj); Güvenli ve daha basit bir metod olup kist kavitesi kaldığı için mordite %11 ve rekürrens %21 radikal cerrahiden (%3) oldukça yüksektir. Dışa drenajda kavite enfeksiyonu ve bilier fistül diğer konservatif tedavilere göre daha sıktır. Omentoplasti yapılan olgularda kaviteye ait komplikasyonlar bir çok çalışmada daha düşük bulunmuştur.

Laparoskopik Cerrahi seçilmiş olgularda konservatif cerrahi kadar etkindir. Komplikasyon oranında konservatif tedavi ile benzerdir. Laparoskopik cerrahinin avantajları (daha az postoperatif ağrı, daha kısa hastanede kalış, erken işe dönüş vb) nedeni ile açık cerrahiye üstündür.

Cerrahi öncesi ve sonrası albendazol tedavisi ile sadece cerrahi karşılaştırıldığında albendazol tedavisinin nüksü azalttığı bir çok çalışmada gösterilmiştir.

Albendazol + cerrahide nüks:%0-5 , Sadece cerrahi de %16-18. gibi

PAIR (puncture, aspiration, injection-skolosid-, re-aspiration); Gharbi sınıflamasına göre tip 1-3 kistlerde etkin ve güvenilir bir tedavidir. Cerrahiye benzer şekilde PAIR tedavisine albendazol tedavisinin eklenmesi tedavi başarısını artırmaktadır.

Korunma; Parazitin yaşam siklusunun kırılması ile olur. Köpeklerin aşılınması, mezbehane ıslahı, hayvan kesiminin kontrol altına alınması, gıda hijyeni v.b

Referanslar

1. Aydın U, Yazıcı P, Onen Z, Ozsoy M, Zeytinli M, Kiliç M, Coker A. The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: radical surgery with a significant reduced risk of recurrence. Turk J Gastroenterol. 2008 Mar; 19(1):33-9.
2. Gomez I Gavara C, López-Andújar R, Belda Ibáñez T, Ramia Ángel JM, Moya Herraiz Á, Orbis Castellanos F, Pareja Ibars E, San Juan Rodríguez F. Review of the treatment of liver hydatid cysts. World J Gastroenterol. 2015 Jan 7;21(1):124-31.
3. Akbulut S. Parietal complication of the hydatid disease: Comprehensive literature review. Medicine (Baltimore). 2018 May;97(21):e10671.
4. Sayır F, Çobanoğlu U. Yöremizin Endemik Paraziter Hastalığı: Kist Hidatik. Van Tıp Dergisi: 20(4): 288-293, 2013