

# **Acil Cerrahi ve Travmatolojide Nadir Vakalar**

**Editör**

Ender ANILIR

© 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 kayıt 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.*

<b>ISBN</b> 978-605-258-574-0	<b>Sayfa ve Kapak Tasarımı</b> Akademisyen Dizgi Ünitesi
<b>Kitap Adı</b> Acil Cerrahi ve Travmatolojide Nadir Vakalar	<b>Yayıncı Sertifika No</b> 25465
<b>Editörler</b> Ender ANILIR	<b>Baskı ve Cilt</b> Özyurt Matbaacılık
<b>Yayın Koordinatörü</b> Yasin Dilmen	<b>Bisac Code</b> MED085000
	<b>DOI</b> 10.37609/akya.1454

## 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 doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşurmaz. 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](http://www.akademisyen.com)



# İÇİNDEKİLER

- Bölüm 1 Ateşli Silah Yaralanması Nedeniyle Sol Karotid Arter Yaralanması  
Olan Hastaya Aorta Uni-Karotid Baypas .....1**  
*Ahmet DAYLAN*  
*Önder Turgut BOZKUR*
- Bölüm 2 Künt Travma Sonrası İnternal Juguler Ven Rüptürü.....9**  
*Yaser Said ÇETİN*
- Bölüm 3 Kalbinde Penetran Yaralanmaya Sebep Olan Yabancı Cisimle  
Acile Başvuran Hastanın Yönetimi ve Acil Tedavisi .....19**  
*Metin Onur BEYAZ*  
*Murat UĞURLUCAN*
- Bölüm 4 Gluteal Bölgeden Ateşli Silah Yaralanması Olan Hastada  
İntrakardiyak Saçma Saptanması; Ateşli Silah Yaralanması  
Olan Hastaya Yaklaşım .....25**  
*Harun YILDIRIM*
- Bölüm 5 Tek Semptomu Sırt Ağrısı Olup Non-Steroid ile  
Atlanabilen Olgu; Aort Diseksiyonu .....35**  
*Hasan Basri ÇETİNKAYA*
- Bölüm 6 Parapleji ile Prezente Olan Akut Abdominal Aort Trombozu.....45**  
*Metin Onur BEYAZ*
- Bölüm 7 Septalı Pnömotoraks .....51**  
*Ahmet DUMANLI*  
*Şule ÇİLEKAR*
- Bölüm 8 Spontan Pnömomediastinum Olgusuna Yaklaşım.....63**  
*Hüseyin Evren EREN*
- Bölüm 9 Künt Batın Travması Nedeni ile Oluşan İzole Hepatik Arter Yaralanması ..... 71**  
*Oytun Saffet KAHYAOĞLU*
- Bölüm 10 Boğa Boynuzuna Bağlı İliyak Arter ve Ven Yaralanmasının  
Sentetik Greft ile Tamiri .....77**  
*Selim DURMAZ*

<b>Bölüm 11 Künt Travma Sonrası Grade 4 Karaciğer Yaralanması Sonrası Gelişen İntrapankimal Biliomannın Tedavisi.....</b>	<b>83</b>
<i>Mustafa Gökhan ÜNSAL</i>	
<b>Bölüm 12 Tanısal Torasentezden Laparotomiye Geçiş: Gecikmiş İatrojenik Dalak Laserasyonu.....</b>	<b>93</b>
<i>Ferhat ÇAY</i> <i>Burhan Hakan KANAT</i>	
<b>Bölüm 13 Spontan Dalak Torsiyonu.....</b>	<b>103</b>
<i>Mustafa YAVUZ</i>	
<b>Bölüm 14 Atravmatik Dalak Ruptürü, Klinik Prezantasyonu ve Yönetimi .....</b>	<b>109</b>
<i>Özhan ÖZCAN</i>	
<b>Bölüm 15 Spontan Dalak Ruptürü ile Sonuçlanan Nadir Tubaovaryan Abse Olgusu .....</b>	<b>117</b>
<i>Murat YASSA</i>	
<b>Bölüm 16 Grade 5 Böbrek Travmalı Olguda Renorafi.....</b>	<b>125</b>
<i>Yücel YÜKSEL</i> <i>Mehmet SARIER</i>	
<b>Bölüm 17 Künt Travma İzole Renal Parankim Hasarı.....</b>	<b>135</b>
<i>M. Burçin ALP</i>	
<b>Bölüm 18 Acil Servise Tam Senkop Nedeni ile Gelen Hastada Spontan Özefagus Ruptürü .....</b>	<b>141</b>
<i>Aslı ŞENER</i> <i>Neslihan SİLİV</i>	
<b>Bölüm 19 Koroziv Madde İçimine Bağlı Gelişen Total Mide Nekrozu Olgusu .....</b>	<b>149</b>
<i>Sevda YILMAZ</i>	
<b>Bölüm 20 Nadir Bir Olgu Sunumu: Erişkinde Strangüle Konjenital Sağ Anterolateral Diyafram Hernisi.....</b>	<b>157</b>
<i>Fatih ASLAN</i> <i>Ahmet Nurettin CENGİZ</i>	
<b>Bölüm 21 Nadir Görülen İleal Anjiomyolipomlu Bir Olgunun İleokolik İntussusepsiyonuna Bağlı İntermittan İntestinal Obstruksiyon .....</b>	<b>167</b>
<i>Azmi LALE</i>	

<b>Bölüm 22 İnce Barsak Metastazına Bağlı Obstrüksiyon ile Prezente Olan Tiroid Anjiosarkomu .....</b>	<b>177</b>
<i>Ahmet TÜRKAN</i>	
<i>Gürkan DEĞİRMENCİOĞLU</i>	
<b>Bölüm 23 Nadir Görülen Bir Akut Batın Nedeni: Yeni Tanı Crohn Hastalığına Bağlı Spontan Terminal İleum Perforasyonu.....</b>	<b>187</b>
<i>Alper VARMAN</i>	
<b>Bölüm 24 Sistemik Lupus Eritematozis’li Hastada İnce Bağırsakta, Spontan Perforasyon.....</b>	<b>193</b>
<i>Veli VURAL</i>	
<b>Bölüm 25 Nadir Bir İleus Nedeni; Abdominal Koza .....</b>	<b>201</b>
<i>Osman UYAR</i>	
<b>Bölüm 26 Tanıya Götüren Kesici Delici Alet Yaralanması: Havyar Apendisit.....</b>	<b>207</b>
<i>Hakan YİĞİTBAŞ</i>	
<b>Bölüm 27 Akut Batının Nadir Bir Nedeni, Apendiks Divertikülit Perforasyonu ...</b>	<b>213</b>
<i>Levent UĞURLU</i>	
<b>Bölüm 28 Geriyatrik Hastada Akut Apendisit ile Komplike Amyand Herni.....</b>	<b>221</b>
<i>Tuba ATAK</i>	
<b>Bölüm 29 Akut Apendisit Ön Tanısıyla Appendektomi Uygulanan Hastada Primer Apendiks Lenfoması.....</b>	<b>229</b>
<i>Veysel KARAHAN</i>	
<b>Bölüm 30 Akut Karında Laparoskopinin Diagnostik ve Terapötik Önemi: Omental Nekrozlu Bir Vaka Sunumu.....</b>	<b>237</b>
<i>Tuba ATAK</i>	
<b>Bölüm 31 Akut Apendisit Kliniğini Taklit Eden Çekum Yerleşimli Aksesuar Dalak Rüptürü .....</b>	<b>243</b>
<i>Şevket Barış MORKAVUK</i>	
<b>Bölüm 32 Nadir Bir Akut Batın Nedeni: Apendisyal Endometriozis .....</b>	<b>255</b>
<i>Celil UĞURLU</i>	
<b>Bölüm 33 Acil Obstrüktif Kolon Kitlesi Olan Vakalarda Kolonik Stent ve Cerrahi Girişim Uygulamaları .....</b>	<b>263</b>
<i>Sezgin ZEREN</i>	

<b>Bölüm 34 Kolorektal Anastomoz Kaçaklarının Tedavisinde Endoskopik Stent Uygulaması</b> .....	273
<i>Eyüp GEMİCİ</i>	
<b>İndeks</b> .....	281

# Bölüm 1

## ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI NEDENİYLE SOL KAROTİD ARTER YARALANMASI OLAN HASTAYA AORTA UNİ-KAROTİD BAYPAS

Ahmet DAYLAN<sup>1</sup>

Önder Turgut BOZKURT<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Toraks bölgesi yaralanmaları hangi sebebe bağlı olursa olsun kişinin hayatına sebep olabilecek önemli komplikasyonlara yol açabilmeleri nedeniyle karşılaşıldığı zaman dikkatli bir şekilde ve hızlıca değerlendirilmelidir. Burada ateşli silah yaralanması sonrası acil servise stabil bir şekilde ulaşan ancak takip eden süreçte hızlı bir klinik bozulma gösteren bir hastanın tanı ve tedavisinde izlenen yol paylaşılacaktır.

### VAKA SUNUMU

31 yaşında kadın hasta ateşli silah yaralanması ile dış merkezden hastanemize kardiyak yaralanma ön tanısı ile yönlendirildi. Hastanın acil servise gelişinde bilincinin açık olduğu ekstübe ancak nefes darlığı yakınması olduğu görüldü. Hastanın dört ekstremitte nabızları palpe ediliyordu. Kan basıncı 120/80 mmHg, saturasyon %95 olarak saptandı. Hastanın takipnesi olduğu ve nefes darlığı çektiği gözlemlendi. Hastada sol klavikula altında yaklaşık 0,5 cm genişliğinde sızıntı şeklinde kanama olan giriş deliği izlendi. Hasta ile birlikte gelen tetkikler ile cerrahi planlama yapmak net olarak mümkün olmayacağı görüldü ve hastaya PA akciğer grafisi ve torakoabdominal bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi çekilmesi planlandı. Hastadan perikardiyal efüzyonu değerlendirmek için yatak başı istenilen ekokardiyografide kalp çevresinde sıvı birikimi izlenmediği belirtildi. Akciğer grafisi sonucunda mermi çekirdeğinin sağ skapulaya saplandığı, sağ akciğer apikalde kontüzyonu olduğu görüldü. Hastada hemopnömotoraks izlenmedi. (Şekil 1)

<sup>1</sup> Uzman Doktor, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, ahmet.daylan@icloud.com

<sup>2</sup> Uzman Doktor, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, drotb2002@hotmail.com

## Sonuç

Penetran kalp ve büyük damar yaralanmaları hızlı tanı ve tedavi gereksinimi gerektirmeleri nedeniyle toraks travmaları içerisinde ayrı bir öneme sahiptir. Yakın zamanda ilk yardım hizmetlerinde sağlanan kalite artışına paralel olarak hastaneye ulaşım hızlanmış olsa da kalp ve damar yaralanması yaşayan hastaların ancak %6'sı hastanelere ulaşabilmekte ve hastaneye ulaşan hastaların %50'si hayatta kalabilmektedir.[7] Böyle bir vaka ile karşılaşıldığında hiç bir zaman kaybına fırsat vermeden tanıyı netleştirmek ve tedavi stratejisini belirlemek hayati öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Toraks travması, penetran büyük damar yaralanması, aorta-karotid baypas

## KAYNAKLAR

1. Alley, R.D., et al., Traumatic Aortic Aneurysm Four Cases of Graftless Excision and Anastomosis. The Annals of Thoracic Surgery, 1966. **2**(4): p. 514-524.
2. Akay, D.O.T., *Kalp ve Damar Yaralanmaları*. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni, 2010. **1**(1): p. 75-86.
3. Mattox, K.L., et al., Clamp/repair: a safe technique for treatment of blunt injury to the descending thoracic aorta. Ann Thorac Surg, 1985. **40**(5): p. 456-63.
4. Asensio, J.A., et al., One hundred five penetrating cardiac injuries: a 2-year prospective evaluation. J Trauma, 1998. **44**(6): p. 1073-82.
5. Nan, Y.Y., et al., Blunt traumatic cardiac rupture: therapeutic options and outcomes. Injury, 2009. **40**(9): p. 938-45.
6. From the Centers for Disease Control. Cost of injury--United States: a report to Congress, 1989. JAMA, 1989. **262**(20): p. 2803-4.
7. Özbudak E., A.A., Yavuz S., *Toraks Travmalarında Vasküler Yaralanmalara Genel Bakış*, in *Toraks Travmaları Ve Tedavisi*, O. Yücel, Editor. 2013, Derma Tıbbi Yayıncılık: Ankara. p. 186-203.
8. du Toit, D.F., et al., Neurologic outcome after penetrating extracranial arterial trauma. J Vasc Surg, 2003. **38**(2): p. 257-62.
9. Brown, M.F., et al., *Carotid artery injuries*. Am J Surg, 1982. **144**(6): p. 748-53.
10. Berguer, R., M.D. Morasch, and R.A. Kline, Transthoracic repair of innominate and common carotid artery disease: immediate and long-term outcome for 100 consecutive surgical reconstructions. J Vasc Surg, 1998. **27**(1): p. 34-41; discussion 42.
11. Rhodes, J.M., et al., Aortic-origin reconstruction of the great vessels: risk factors of early and late complications. J Vasc Surg, 2000. **31**(2): p. 260-9.
12. SAFI, S.S.D.H.J., *Brachiocephalic Artery: Surgical Treatment*, in *RUTHERFORD'S VASCULAR SURGERY, EIGHTH EDITION*, K.W.J. Jack L. Cronenwett, Editor. 2014, Elsevier Saunders: China. p. 1615-1626e2.
13. Crawford ES, et al: Thrombo-obliterative disease of the great vessels arising from the aortic arch. *Thorac Cardiovasc Surg* 43:38-53, 1962.
14. Crawford ES, et al: Surgical treatment of occlusion of the innominate, common carotid, and subclavian arteries: a 10-year experience. *Surgery* 65:17-31, 1969.
15. Crawford ES, et al: Occlusion of the innominate, common carotid, and subclavian arteries: long-term results of surgical treatment. *Surgery* 94: 781-791, 1983.
16. Kieffer E, et al: Atherosclerotic innominate artery occlusive disease: early and long-term results of surgical reconstruction. *J Vasc Surg* 21: 326-337, 1995.



## Bölüm 2

# KÜNT TRAVMA SONRASI İNTERNAL JUGULER VEN RÜPTÜRÜ

Yaser Said ÇETİN<sup>3</sup>

### GİRİŞ

Boyun çok sayıda önemli yapının geçiş noktası olduğundan bu bölgenin travmaları çok ciddi problemler oluşturmaktadır. Baş boyun bölgesinin yaralanmalarına ilişkin ilk kayıtlar milattan önce 2500-3000 tarihleri arasında antik Mısır yazıtlarında yer almaktadır[1]. Ancak boyun travmalarının iyi bir şekilde belgelenmesi I. Dünya Savaşı'nda yapılmıştır. Ayrıca savaş tıbbı sayesinde boyun travmalarına yaklaşım gelişmiştir[2]. Savaş alanında askerin tüm vücudu koruyucu ekipmanla donatılmasına rağmen, boyun ve yüz açıkta kalmaktadır, bu da yüz ve boyunda çok ciddi yaralanmalarına yol açmaktadır[3].

Boyun travmaları künt ve penetran yaralanmalar olarak ikiye ayrılır. Penetran boyun travmalarının en sık görülen nedeni ateşli silah ve kesici alet yaralanmalarıdır. Yaralanmalar küçük kesiler şeklinde olabileceği gibi arter, sinir ve kıkırdak hasarı gibi ciddi hasarlarda oluşturabilir. Ateşli silah yaralanmaları merminin aktardığı enerjiyle doğru orantılı olarak dokularda hasar meydana getirdiğinden, kesici alet yaralanmalarına göre çok daha ciddi yaralanmalar oluşturmaktadır.

Penetran boyun yaralanmalarında hastaya yaklaşım genel yaşam destek ilkeleriyle benzerlik gösterir. Resüsitasyon hava yolu ile başlar. Hava yolu obstrüksiyonu veya yaralanmasında solunum sıkıntısı, stridor, siyanoz, hemoptizi, trakeal deviasyon, subkutan amfizem gibi fizik muayene bulguları görülebilir. Endotrakeal entübasyon uygulanabilir, fakat servikal omurganın stabil olmadığı durumlarda krikotiroidotomi veya trakeotomi uygulamak gerekebilir[4]. Hava yolunun güvenliği sağlandıktan sonra eğer hipoksik belirtiler devam ederse pnömotoraks gibi akciğer patolojileri düşünmek gerekmektedir. Pnömotoraks, pnömomediastinum ve boyun yumuşak dokularında hava olup olmadığını değer-

<sup>3</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Van Yüzcüncü Yıl Üniversitesi KBB Anabilim Dalı, dr.yasersaid@gmail.com

onarılmalıdır. Ciddi durumlarda, internal juguler venin bağlanması gerekebilir. [25]. Künt travmalarda yaralanması hemen hemen imkansızdır. Literatürde künt boyun travması sonrası izole internal juguler ven rüptürü görülmemiştir. Fakat olgumuz daha önce kafa tabanı cerrahisi geçirdiği için dokular fragil ve venin morfolojik yapısı bozulmuştu. Bu neden ile ven travmadan dolayı zedelendi ve rüptüre oldu. Böyle bir durumda yapılabilecek en uygun tedavi cerrahi eksplorasyon ve venin bağlanmasıdır.

## KAYNAKLAR

1. Breasted, J.H., *The Edwin Smith Surgical Papyrus: published in facsimile and hieroglyphic transliteration with translation and commentary in two volumes*. Vol. 3. 1930: University of Chicago Press Chicago.
2. Prgomet, D., et al., *Management of war-related neck injuries during the war in Croatia, 1991–1992*. European archives of oto-rhino-laryngology, 1996. **253**(4-5): p. 294-296.
3. Brennan, J., *Experience of first deployed otolaryngology team in Operation Iraqi Freedom: the changing face of combat injuries*. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 2006. **134**(1): p. 100-105.
4. Kovacs, G. and N. Sowers, *Airway Management in Trauma*. Emerg Med Clin North Am, 2018. **36**(1): p. 61-84 DOI: 10.1016/j.emc.2017.08.006.
5. Sliker, C.W., *Imaging of Neck Visceral Trauma*. Radiol Clin North Am, 2019. **57**(4): p. 745-765 DOI: 10.1016/j.rcl.2019.02.005.
6. Aseni, P., et al., *Operative Techniques and Recent Advances in Acute Care and Emergency Surgery*. 2018: Springer.
7. Roon, A.J. and N. Christensen, *Evaluation and treatment of penetrating cervical injuries*. The Journal of trauma, 1979. **19**(6): p. 391-397.
8. MONSON, D.O., J.D. SALETTA, and R.J. FREEARK, *Carotid vertebral trauma*. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 1969. **9**(12): p. 987-999.
9. Annane, D., et al., *Effects of fluid resuscitation with colloids vs crystalloids on mortality in critically ill patients presenting with hypovolemic shock: the CRISTAL randomized trial*. Jama, 2013. **310**(17): p. 1809-1817.
10. Rhee, P., et al., *Tetanus and trauma: a review and recommendations*. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 2005. **58**(5): p. 1082-1088.
11. Line Jr, W.S., R.B. Stanley Jr, and J.H. Choi, *Strangulation: a full spectrum of blunt neck trauma*. Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology, 1985. **94**(6): p. 542-546.
12. Kayalar, N., et al., *Emergency vascular injuries: patient profile, management strategies and risk factors for mortality*. Turk Gogus Kalp Dama, 2017. **25**: p. 74-81.
13. Kesser, B.W., et al., *Contemporary management of penetrating neck trauma*. The American surgeon, 2009. **75**(1): p. 1.
14. Asensio, J.A., et al., *Management of penetrating neck injuries: the controversy surrounding zone II injuries*. Surgical Clinics of North America, 1991. **71**(2): p. 267-296.
15. Shiroff, A.M., et al., *Penetrating neck trauma: a review of management strategies and discussion of the 'No Zone' approach*. The American surgeon, 2013. **79**(1): p. 23-29.
16. Wood, J., T.C. Fabian, and E.C. Mangiante, *Penetrating neck injuries: recommendations for selective management*. The Journal of trauma, 1989. **29**(5): p. 602-605.
17. Sriussadaporn, S., et al., *Selective management of penetrating neck injuries based on clinical presentations is safe and practical*. International surgery, 2001. **86**(2): p. 90-93.

18. Mahmoodie, M., et al., *Penetrating neck trauma: review of 192 cases*. Archives of trauma research, 2012. **1**(1): p. 14.
19. Moonsamy, P., U.M. Sachdeva, and C.R. Morse, *Management of laryngotracheal trauma*. Annals of cardiothoracic surgery, 2018. **7**(2): p. 210.
20. Schaefer, S.D., *Management of acute blunt and penetrating external laryngeal trauma*. The Laryngoscope, 2014. **124**(1): p. 233-244.
21. Fuhrman, G.M. and C. Buerk, *Blunt laryngeal trauma: classification and management protocol*. The Journal of trauma, 1990. **30**(1): p. 87-92.
22. Kantas, I., et al., *The influence of laryngopharyngeal reflux in the healing of laryngeal trauma*. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2009. **266**(2): p. 253-259.
23. Lemke, J., et al., *Thyroid gland hemorrhage after blunt neck trauma: case report and review of the literature*. BMC surgery, 2017. **17**(1): p. 115.
24. Mumtaz, S. and M. Singh, *Surgical review of the anatomical variations of the internal jugular vein: an update for head and neck surgeons*. Ann R Coll Surg Engl, 2019. **101**(1): p. 2-6 DOI: 10.1308/rcsann.2018.0185.
25. Sulek, C.A., et al., *Head rotation during internal jugular vein cannulation and the risk of carotid artery puncture*. Anesthesia & Analgesia, 1996. **82**(1): p. 125-128.

## Bölüm 3

# KALBİNDE PENETRAN YARALANMAYA SEBEP OLAN YABANCI CİSİMLE ACİLE BAŞVURAN HASTANIN YÖNETİMİ VE ACİL TEDAVİSİ

Metin Onur BEYAZ<sup>4</sup>

Murat UĞURLUCAN<sup>5</sup>

## GİRİŞ

Toraks travmasına bağlı gelişen penetran kalp yaralanmaları genellikle kesici delici alet veya ateşli silah kullanımı ile meydana gelen yaralanmalardır. Yaralanma perikard yaralanmasından kalbin tam kat yaralanmasına kadar değişik derecelerde olabilir. Diğer delici travmalara göre kalp yaralanmaları oldukça nadir olmakla birlikte mortalitesi oldukça yüksektir (1, 2). Acil cerrahi gerektiren travma olgularının %10.4'ü göğüs yaralanması olup; bu olguların %1 kadarını kardiyak yaralanmalar oluşturmaktadır (2)).

## VAKA

28 yaşında erkek hasta acil servise göğüs kafesinde yaralanmaya yol açan delici kesici alet hala penetran halde iken getirildi (Resim 1, Resim 2). Hastanın bilinci açık durumda idi. Hemodinamisi stabil olan hastaya delici kesici aletin verdiği hasarı detaylı değerlendirebilmek ve ameliyat stra tejsi geliştirebilmek amacıyla

<sup>4</sup> Uzman Doktor, İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı,, metinonurbeyaz@gmail.com

<sup>5</sup> Doçent Doktor, İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, muratugurlucan@yahoo.com

stabil olması nedeniyle ileri tetkik yapılarak hasta acil şartlarda operasyona alındı. Erken müdahale sonucunda hasta sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Sonuç olarak, kardiyak yaralanmalar genç yaş grubunda daha sık görülen, ancak zamanında ve uygun tıbbi girişimle mortalite riskinin azaltılabileceği travmalardır. Sağ kalımın artırılması için, acil serviste oluşturulacak girişim odalarının tam donanımlı olması ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim programları uygulanmasının önemli faktörler olduğu kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Kardiyak yaralanma, Penetran travma, Acil cerrahi tedavi.

## KAYNAKLAR

1. Campbell NC, Thomson SR, Muckart DJ, et al. Review of 1198 cases of penetrating cardiac trauma. *Br J Surg* 1997;84:1737-40.
2. Manduz Ş, Katrancıoğlu N, Bingöl H, et al. Delici kardiyak yaralanmalar. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*, 2008;16(4), 228-31.
3. Cihan HB, Ege E, Gulcan Ö, et al. Penetran Kalp Yaralanmaları. *TurkGogus Kalp Dama* 6 (1998): 217-20.
4. Dereli Y, Özdemir R, Ağrış M, et al. Penetrating cardiac injuries: assessment of 21 patients. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 18(5), 441-445.
5. Nascimento J, Lemos C, Marques AM, et al. Traumatic aortic valve insufficiency. *Rev Port Cardiol*. 1996 Feb;15(2):147-52, 101.
6. Arıkan S, Yücel AF, Kocakuşak A, et al. Penetran kardiyak travmalı hastaların retrospektif analizi. *Ulus Travma Derg* 2003;9:124-8.
7. Ivatury RR, Rohman M, Steichen FM, et al. Penetrating cardiac injuries: twenty-year experience. *AmSurg* 1987;53:310-7
8. Ivatury RR, Nallathambi MN, Rohman M, et al. Penetrating cardiac trauma. Quantifying the severity of anatomic and physiologic injury. *Ann Surg* 1987;205:61-6.
9. Çıkrıkçıoğlu M, Yağdı T, Posacıoğlu H, et al. Penetran kalp yaralanmaları. *Ulus Travma Derg* 2000;6:189-92.
10. Kulshrestha P, Das B, Iyer KS, et al. Cardiac injuries-a clinical and autopsy profile. *J Trauma* 1990;30:203-7.

## Bölüm 4

# GLUTEAL BÖLGEDEN ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI OLAN HASTADA İNTRAKARDİYAK SAÇMA SAPTANMASI; ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Harun YILDIRIM<sup>6</sup>

### GİRİŞ

Ateşli silah yaralanmaları (ASY); yüksek mortalite ve morbidite ile sonuçlanmaları nedeniyle, acil servise başvurular arasında önemli bir yer alır (1). Ateşli silahlar hem temas ettiği dokuda hem de çevre dokuda hasar oluşturur. Ölümle sonuçlanan vakaların daha çok görülmesi sebebiyle yüksek iş gücü ve maddi kayba neden olur. Bundan dolayı acil servise başvuran ASY olan vakaların yönetimi çok önemlidir (2). Bu bölümde gluteal bölgeden giriş yeri olan ASY vakasında intrakardiyak saçma saptanması nedeniyle bu tür hastalara yaklaşımda multisistemik bir değerlendirmenin önemi ve yönetimi sunuldu.

### VAKA

38 yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması sonucu hastanemiz acil servisine kabul edildi. Hastanın öyküsünde bilinen herhangi bir sistemik hastalık öyküsü, allerjisi, kullandığı ilacı yoktu. Hastanın başvuru anında ölçülen tansiyon değeri 110/60 mmHg, nabız 92 v/dk, saturasyon %98 düzeyinde idi. Fizik muayenede şuuru açık, oryante-koopere, hafif ajitasyonu mevcuttu. Gluteal bölgeden, lomber bölgeden ve femur üst arka yüzeyden çok sayıda ateşli silah yaralanması (Resim 1) ile giriş deliği olan hastanın solunum sistemi muayenesi normal idi. Batın rahat, defans veya rebaund saptanmadı, sadece bilateral alt kadranslarda derin palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Nörovasküler defisit saptanmadı. Hastanın çalışılan kan tetkiklerinde hemogram ve biyokimyasal parametreleri nor-

<sup>6</sup> Uzman doktor, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Kliniği,,  
dr\_harun8486@hotmail.com

görülecek değişikliklerdir. Eğer çekilen EKG bulguları kardiyak hasarı düşündürüyorsa yatak başı Ekokardiyografi yapılmalıdır (19).

### İkincil bakı (Tam muayene)

Vital durumu stabil olan ASY hastaların tüm sistemlerinin detaylı bir şekilde değerlendirildiği, ileri tanısal testlerin ve konsültasyonların yapıldığı basamaktır. Amaç; birincil bakıda göremediğimiz muhtemel yaralanmaları tespit etmektir. Bunlar ASY abdomen travmasında üretral ve rektal yaralanmalar; göğüs travmasında özefagus rüptürü, perikard yaralanması ve aort yaralanması; ekstremitelerde travmasında kompartman sendromu, vasküler yaralanma ve distal ekstremitedeki kırıklardır. Kurşunun trasesi belirlenmelidir. Giriş ve çıkış delikleri arasında bulunan organlar incelenmelidir. Çıkış deliği olmayan yaralanmalarda grafiyle merminin yeri saptanmalıdır. Göğüs, kalça, ya da perine yaralanmalarının karın bölgesini kapsayabileceği unutulmamalıdır. Yaralının durumu unstabilse ekstremitelerdeki sargılar açılmamalıdır. Hastanın vital bulguları resüsitasyonla stabilize edildikten sonra ekstremitelerdeki yaralar incelenebilir. Kırıklara tespit edilmeden, mobilize edilmemelidir. ASY hastadaki herhangi bir değişiklik için ABCDE basamakları izlenmelidir. İkincil bakı uygulanırken resüsitasyon ve stabilizasyona devam edilir.

### Sonuç

Ateşli silah yaralanması sonucu ölümlü vaka çok görülmesi sebebiyle, bu hastaların değerlendirilmesinde sadece yaralanan bölgenin değil, mortalite ve morbiditeyi önleme amaçlı etkin ve tekrarlayan multisistemik bir muayenenin yapılması gerekmektedir. Muayene bulgularına göre uygun tetkik ve konsültasyonlar istenmeli, bu esnada tedavi ve resüsitasyona devam edilmelidir. Bizim hastamızı gluteal bölgeden ASY sonrası acil servise başvurmuş olup yapılan dikkatli muayene, tetkik ve ikincil bakı sonrası gluteal bölgeden uzak bir noktada intrakardiyak (sağ ventrikül içerisinde) saçma saptandı. Buna göre gerekli konsültasyonlar istendi, olası gerçekleşebilecek komplikasyonlara karşı önlem alındı.

**Anahtar kelimeler:** Ateşli Silah Yaralanması, İkincil Bakı, Acil Servis

### KAYNAKLAR

1. İpekci F. İlk ve Acil Yardım. In: Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R, Kurtoğlu M (editörler). Travma 1. baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi 2005, 123-133.
2. Bruner D1, Gustafson CG, Visintainer C. Ballistic injuries in the emergency department Emerg Med Pract. 2011 Dec;13(12):1-30; quiz 31.
3. Forensic Sciences in Clinical Medicine, a Case Study Approach. Anderson WR. Lippincott-Raven Publishers. 1998 Philadelphia-New York

4. Dilege Ş. Akciğer ve Plevra Yaralanmaları. In: Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R ve Kurtoğlu (eds). Travma. 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2005, s:833-40.
5. Hollerman JJ, Fackler ML. Wound ballistics. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (Eds.), Emergency Medicine:A Comprehensive Study Guide. 7. Baskı, McGraw-Hill, New York, 2011, p:38.
6. Kortbeek JB, Al Turki SA, Ali J, et al. Advanced Trauma Life Support, 8th Edition. The evidence for change. J Trauma 2008; 64: 1638 – 1650.
7. Dandu KV, Carniol ET, Sanghvi S, Baredes S, Eloy JA. A 10-Year Analysis of Head and Neck Injuries Involving Nonpowder Firearms. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 May;156(5):853-6
8. Initial evaluation and management of gunshot wounds to the face. Demetriades D, Chahwan S, Gomez HJ. Trauma 1998;45:39– 41.
9. Toygar M, Türker T, Eroğlu M, Kaldırım U, Poyrazoğlu Y, Eyi YE ve ark. An analysis of firearm-related deaths between 1993-2010: a retrospective study. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2013 Nov;19(6):536-42
10. Yalçinkaya İ, Kurnaz M, Çobanoğlu U ve ark. Göğüs travması: 126 olgunun analizi. Ulusal Travma Dergisi 2000;6(4):288-91.
11. Yüksel M, Laçın T. Travmalı hastaya yaklaşım. In: Yüksel M, Çetin G, editörler. Toraks travmaları. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2003. s. 1-14.
12. Çobanoğlu U, Can M. Ateşli silah yaralanmasında merminin göğüs boşluğundaki atipik seyri: Olgu sunumu. Adli Tıp Bülteni 2008;13(2):78-81.
13. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support Program for Physicians: ATLS. 7th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2004.
14. Feliciano DV, Burch JM, Spjut-Patrinely VI, Mattox KL, Jordan Jr GL. Abdominal gunshot wounds. An urban trauma center's experience with 300 consecutive patients. Ann Surg. 1988 Sep;208(3):362-70.
15. Norris BL, Kellam JF: Soft-Tissue Injuries Associated With High-Energy Extremity Trauma: Principles of Management The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 5(1):37-46, JAN 1997
16. Ateşli silah yaralanması ile oluşan uzun kemik kırıklarının tedavisi N. Serdar NECMİOĞLU, Mehmet SUBAŞI TOTBİD türk ortopedi ve travmatoloji birliği dergisi 2003 cilt 2 sayı 3-4
17. Reginelli A, Russo A, Maresca D, Martiniello C, Cappabianca S, Brunese L. Imaging assessment of gunshot wounds. Semin Ultrasound CT MR 2015;36:57–67. CrossRef
18. Rozycki GS, Feliciano DV, Ochsner MG, et al. The role of ultrasound in patients with possible penetrating car-diac wounds: a prospective multicenter study. J Trauma. 1999;46:543-551. (Prospective trial; 261 patients)
19. Nagy KK, Lowhman C, Kim DO, et al. Role of echocardiography in the diagnosis of occult penetrating cardiac injury. J Trauma.1995;38:859-862. (Retrospective study; 121 patients)



## Bölüm 5

# TEK SEMPTOMU SIRT AĞRISI OLUP NON-STEROİD İLE ATLANABİLEN OLGU; AORT DİSEKSİYONU

Hasan Basri ÇETİNKAYA<sup>7</sup>

### GİRİŞ

En önemli organlarımızdan biri olan aort bir ömür boyunca vücudumuza yaklaşık 200 milyon litre kan taşımaktadır. Aort torasik ve abdominal olarak diafram ile iki kısma ayrılır. Aort duvarı tunika intima, tunika media ve tunika adventisya olmak üzere üç tabakadan oluşur (1,2).

Kanal görevini görmekte beraber aort sistemik kan basıncı ve kalp hızı kontrolünde de rol almaktadır. Aort basıncındaki artış kalp hızı ve sistemik damar direncinin düşmesine neden olurken aort basıncındaki düşüş kalp atım hızı ve sistemik damar direncinin artmasına neden olur (1).

Aort çapı sağlıklı yetişkin bir bireyde genellikle 40 mm'yi aşmaz. Aort çapı bireyin yaşı, cinsiyeti ve vücut kitle indeksi gibi faktörlerden etkilenir (2,3). Aort genişleme hızı ise her 10 yıl için erkeklerde 0.9 mm, kadınlarda 0.7 mm'dir (3). Yavaş fakat ilerleyici aort dilatasyonu yaşlılığa bağlı aort duvarında kollajen ve elastin oranındaki değişime bağlı olduğu düşünülmektedir (1,3).

Aort diseksiyonu(AD) aortun media tabakasının harabiyeti ile başlayıp intramural kanama ile devam eden ve aort duvar tabakalarının ayrılması ile sonuçlanan bir durumdur. Bu ayrılma sonucunda gerçek ve yalancı olmak üzere iki lümen oluşur. Aort duvarındaki bu diseksiyon sonucu adventisya tabakasında da bir hasar olması halinde aort rüptürü gelişir. Diseksiyon anterograd veya retrograd olabilir. Yayılma yan dalları etkileyip farklı klinik bulgulara neden olabilir. Ayrıca komplikasyon olarak tamponad, aort kapak yetersizliği, proksimal veya distal dolaşım bozuklukları görülebilir (4,5).

<sup>7</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, hbcetinkaya@gmail.com

başvurduğunda ise ortopedi veya kalp damar cerrahi hekimi tarafından değerlendirilebilmektedir. Bu farklı branşların sadece kendi branşlarına ait muayene, radyografi ve laboratuvar tetkiki istemeleri tanıda gecikmeye ve tanının atlanmasına sebep olmaktadır. Ayrıca hastaların sadece semptomlarının giderilmesi ile taburcu edilmeleri tanıda gecikmeye yol açacaktır. Bu nedenle bu akut medikal durumun tüm hekimler tarafından bilinmesi ve aralıklı bir şekilde branş farklılığı gözetilmeksizin eğitimler ile hatırlanması gerekmektedir. Mortalitesi zaman kaybıyla doğru orantılı olan AD hakkında tüm hekimlerin farkındalığının artırılması için de çalışmaların yapılması hastaların tanılarında gecikme ve atlanmalarını önleyecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Aort Diseksiyonu, Non-Steroid Analjezik, Tanı Atlanması

## KAYNAKLAR

1. Braverman AC, Thompson RW, Sanchez LA, et al. Diseases of the aorta. *Braunwald's Heart Disease*. 2012;9 :1309-1337.
2. Devereux RB, de Simone G, Arnett DK, et al. Normal limits in relation to age, body size and gender of two-dimensional echocardiographic aortic root dimensions in persons  $\geq 15$  years of age. *Am J Cardiol* . 2012;110:1189-1194.
3. Vrız O, Driussi C, Bettio M, et al. Aortic root dimensions and stiffness in healthy subjects. *Am J Cardiol*. 2013;112:1224-1229.
4. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*. 2000;283:897-903.
5. Januzzi JL, Eagle KA, Cooper JV, et al. Acute aortic dissection presenting with congestive heart failure: results from the International Registry of Acute Aortic Dissection., *J Am Coll Cardiol*. 2005;46: 733-735.
6. Sampson UKA, Norman PE, Fowkes GR, et al. Global and regional burden of aortic dissection and aneurysms. *Global Heart*. 2014;8:171-180.
7. Olsson C, Thelin S, Stahle E, et al. Thoracic aortic aneurysm and dissection: increasing prevalence and improved outcomes reported in a nationwide population-based study of more than 14,000 cases from 1987 to 2002. *Circulation*. 2006;114:2611-2618.
8. Trimarchi S, Tolenaar JL, Tsai TT, et al. Influence of clinical presentation on the outcome of acute B aortic dissection: evidences from IRAD. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2012;53:161-168.
9. Sutherland A, Escano J, Coon TP. D-dimer as the sole screening test for acute aortic dissection: a review of the literature, *Ann Emerg Med*. 2008;52:339-343.
10. Nienaber CA, Eagle KA: Aortic Dissection: New frontiers in diagnosis and management. Part II: Therapeutic Management and Follow-Up. *Circulation*. 2003;108:772-778.
11. LePage MA, Quint LE, Sonnad SS, et al. Aortic dissection: CT features that distinguish true lumen from false lumen. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;177 :207-211.
12. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. Task Force Report. *European Heart Journal*. 2001; 22:1642-1681.
13. Hansen MS, Nogareda GJ, Hutchison SJ et al. Frequency of and inappropriate treatment of misdiagnosis of acute aortic dissection. *Am J Cardiol*. 2007, 15;99(6):852-6.
14. Ayrik C, Cece H, Aslan O, et al. Seeing the invisible: painless aortic dissection in the emergency setting. *Emerg Med J* 2006; 23(3):24.

15. Zull DN, Cydulka R: Acute paraplegia: a presenting manifestation of aortic dissection. Am J Med 1988;84(4):765-70.
16. Perko MJ, Norgaard M, Herzog TM, et al. Unoperated aortic aneurysm: a survey of 170 patients. Ann Thorac Surg . 1995;59: 1204-1209.
17. Nienaber CA, Rousseau H, Eggebrecht H et al. Randomized comparison of strategies for type B aortic dissection: the INvestigation of Stent Grafts in Aortic Dissection (INSTEAD) trial. Circulation . 2009;120:2519-2528.

## Bölüm 6

# PARAPLEJİ İLE PREZENTE OLAN AKUT ABDOMİNAL AORT TROMBOZU

Metin Onur BEYAZ<sup>8</sup>

### Giriş

Abdominal aortada gelişen akut aorta total oklüzyonu oldukça nadir görülen ve hayatı tehdit eden klinik bir durumdur (1). Akut meydana gelen aort oklüzyonlarının üçte birlik kısmı trombüslere bağlıdır ve genellikle diseksiyon ya da anevrizma gibi altta yatan patolojiler bulunmaktadır, diğer nedenlerin arasında en önemlileri olarak kardiyak kökenli tümörlerin embolizasyonu sayılabilir (2,3). Hastaneye başvuru anında çok nadir olarak parapleji eşlik etmektedir, ancak travmaya bağlı olmayan abdominal aortanın akut oklüzyonu ile oluşan paraplejiler tanının gecikmesine sebep olmakta, morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır (1,4). Hastaların başvuru anında fizik muayene ve öyküleri en önemli noktayı oluşturmaktadır. İskemi süresi, şikayetlerin başlangıcı ve fizik muayenede iskemi bulguları ile birlikte nörolojik güç kaybı periferik arter hastalığını düşündürmekte ve süratle tedavi planlanması gerekmektedir.

Kliniğimiz acil servisine ayaklarda iskemi ile birlikte görülen parapleji ile gelen hastada saptadığımız abdominal aort trombozu, prezentasyonu ve cerrahi tedavisini sunmaktayız.

### Vaka

Yetmiş iki yaşında erkek hasta, son 3 saatte bacaklarda soğuma ve hareket ettirememesi şikayetleri ile başvurdu. Bilinen herhangi kardiyak hastalığı, malignitesi ve travma öyküsü olmayan hastada şikayetlerinin başlamasının hemen ardından üriner inkontinans meydana gelmişti. Fizik muayenesinde bilateral alt ekstremiteler nabızları palpe edilemedi ve ekstremiteler soğuktu.

---

8 Uzman Doktor, İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, metinonurbeyaz@gmail.com

Bacaklarda soğukluk, üriner inkontinans ve 3 saatte tablonun oturmuş olması periferik arter hastalığını ön planda düşündürmüş ve hasta hızlıca tedavi edilmek üzere ileri tetkik açısından değerlendirilmiştir.

Abdominal aortanın akut total oklüzyonu alt ekstremitelerde ciddi iskemi ile kendini gösterir. Hastaneye başvuru anında çok nadir olarak parapleji eşlik etmektedir ancak; travmaya bağlı olmayan abdominal aortanın akut oklüzyonu ile oluşan paraplejiler morbidite ve mortalite açısından çok kötü sonuçlanmaktadır. Olgumuzda değerlendirme yapılırken bilateral alt ekstremitelerin soğuk olduğunun anlaşılması üzerine MRI ile değerlendirme yerine direk olarak BT anjiyografi çekilip vasküler patoloji saptanmış olup, acil olarak aksillobifemoral bypass ameliyatı yapılarak hastanın olası ekstremitte kaybı engellenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal aort trombozu, Leriche sendromu, Parapleji

## KAYNAKLAR

1. Riccioni G, Bucciarelli V, Biscaglia N, Totaro G, Scotti L, Aceto A, et al. Acute abdominal aortic thrombosis caused by paroxysmal atrial fibrillation. *J Biol Regul Homeost Agents* 2013; 27: 607-9.
2. Kutay V. Abdominal aortun akut total oklüzyonu. *TürkGogus Kalp Dama* 2013;21:565-6.
3. Akay S, Elçin G, Erkan N. Aortik oklüzyon: Beş olgu sunumu. *Türk Göğüs Kalp Dama* 2012; 20: 921-5.
4. Dossa CD, Shepard AD, Reddy DJ, Jones CM, Elliott JP, Smith RF, et al. Acute aortic occlusion. A 40-year experience. *Arch Surg* 1994;129: 603-7.
5. Kayalar N, Özkaynak B, Gümüş F, Mert B, Kuplay H, Polat A, ve ark. Düşük Kalp Debisi Sendromuna Sekonder Akut Abdominal Aort Trombozu. *JAREM* 2012; 2: 124-6.
6. Oki M, Moriuchi M, Kawada H, Ogawa Y, Ando K. A case of essential thrombocythemia presenting with aortic thrombosis. *Tokai J ExpClinMed* 2008; 33: 135-7.
7. Surowiec SM, Isiklar H, Sreeram S, Weiss VJ, Lumsden AB. Acute occlusion of the abdominal aorta. *Am J Surg* 1998;176:193-7.
8. Mitchell ML, Yucebey E, Weaver MR, Jaehne AK, Rivers EP. "I Can'tWalk!" Acute Thrombosis of Descending Aorta Causing Paraplegia. *West J Emerg Med* 2013; 14: 424-7.
9. Xiang L, Zhou H, Jiang Z, Pan J, Yang M. Abdominal aortic thrombosis associated with nephrotic syndrome. *Am J Med Sci* 2014; 347: 91-2.
10. Tsangaris I, Tsaknis G, Tsantes A, Kopterides P, Armaganidis A. Life threatening aortic thrombosis in a trauma patient homozygous for factor V Leide nmutation: Case report. *Thromb J* 2011; 9: 8.
11. Yamamoto H, Nishimaki H, Imai N, Nitta M, Daimaru O. Aortic thrombus in a patient with myeloproliferative thrombocytosis, successfully treated by pharmaceutical therapy: a case report. *J Med Case Rep* 2010; 4: 219.
12. Gokalp D , Tuzcu A, Bahceci M, Ayyildiz O, Yurt M, Celik Y, et al. Analysis of thrombophilic genetic mutations in patients with Sheehan's syndrome: is thrombophilia responsible for the pathogenesis of Sheehan's syndrome? *Pituitary* 2011; 14: 168-73.
13. Mishall PL, Matakas JD, English K, et al. Axillobifemoral bypass: a brief surgical and historical review. *Einstein J BiolMed.* 2016;31(1-2):6-10.

# Bölüm 7

## SEPTALI PNÖMOTORAKS

Ahmet DUMANLI<sup>9</sup>

Şule ÇİLEKAR<sup>10</sup>

### GİRİŞ

#### Tanım

Pnömotoraks plevral boşluğa hava girmesidir. Pnömotoraksın uygun tedavisi, semptomların, boyutun ve etiyolojinin klinik değerlendirmesi ile belirlenir. Bu nedenle, pnömotoraksa ve etiyolojisine yönelik hızlı tanı ve tedavi önemlidir. Pnömotoraks göğüs cerrahisi ve göğüs hastalıkları acillerinde çok sık görülen bir durumdur (1). Pnömotorakslarda erken dönemde tanı konulup tedavi edilmesi, mortalite açısından büyük önem taşımaktadır. Pnömotoraks ölümcül komplikasyonlara neden olabilir (2).

Pnömotoraksta paryetal ya da viseral plevrada oluşan bir açıklık nedeni ile plevral boşluğa hava girmektedir. Bu açıklık genelde travmalara sekonder gelişmektedir ama spontan da olabilir. Trakeobronşiyal bütünlük bozulursa, mediastenden de hava girişi olabilir. Genelde pnömotoraksta hava girişi olur ve serbest bir şekilde çıkış olur. Bazı durumlarda hava girişi olur ama çıkışı olamayabilir. Bu durumda intraplevral basınç artar, mediasten karşı tarafa itilir. Bu duruma tansiyon pnömotoraks denilir (3). Bazı durumlarda ise plevral boşlukta hava ile beraber sıvı da olabilir bu duruma hidropnömotoraks denilir. Küçük boyutlardaki pnömotorakslar oksijen tedavisi ile (nasal kanül,maske) düzelebilir. Hastalarda akciğerlere yönelik girişimsel bir işlem uygulandığı zaman iyatrojenik pnömotoraks gözlenir. Torasentez, plevra biopsi, bronkoskopik biopsi sonucu gelişebilir. Özefagusa, mediastinel yapılara uygulanan girişimsel işlem sonrası da iyatrojenik pnömotorakslar gözlenebilir (4). Bu tür işlemler sonrasında hastalara mutlaka kontrol akciğer grafilerine bakılmalıdır.

<sup>9</sup> Doktor Öğretim Üyesi Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, ahmet\_dumanli@hotmail.com

<sup>10</sup> Doktor Öğretim Üyesi Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, drs stol@hotmail.com

## KAYNAKLAR

1. Ozkan S, Yazıcı U, Şakir S, Gulhan E, Taştepe Aİ, Karaarslan K, ve ark. Spontan Pnomotoraksta Tedavi Yaklaşımlarımız:48 Olgunun Değerlendirilmesi. *Turkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med* 2011; 11: 20-4.
2. Ng CS, Lee TW, Wan S, Yim AP. Video assisted thoracic surgery in the management of spontaneous pneumothorax: the current status. *Postgrad Med J* 2006; 82: 179-85.
3. Bridevaux PO, Tschopp JM, Cardillo G, Marquette CH, Noppen M, Astoul P, et al. Short-term safety of thorascopic talc pleurodesis for recurrent primary spontaneous pneumothorax: a prospective European multicentre study. *Eur Respir J* 2011; 38: 770-3
4. Reed MF, Lyons JM, Luchette FA, Neu JA, Howington JA. Preliminary report of a prospective, randomized trial of underwater seal for spontaneous and iatrogenic pneumothorax. *J Am Coll Surg* 2007; 204: 84e90.
5. Kaneda H, Nakano T, Taniguchi Y, Saito T, Konobu T, Saito Y. Three-step management of pneumothorax: time for a re-think on initial management. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2013; 16: 186-92.
6. Engdahl O, Toft T, Boe J. Chest radiograph: a poor method for determining the size of a pneumothorax. *Chest*. 1993;103:26-29.
7. Amjadi K, Alvarez GG, Vanderhelst E, Velkeniers B, Lam M, Noppen M. The prevalence of blebs or bullae among young healthy adults: a thorascopic investigation. *Chest* 2007;132:1140-5
8. Ohata M, Suzuki H. Pathogenesis of spontaneous pneumothorax. With special reference to the ultrastructure of emphysematous bullae. *Chest* 1980;77:771-6
9. Noppen M, Schramel F: Pneumothorax. *Eur Respir Mon* 2002;22:279-96.
10. Ho KK, Ong ME, Koh MS, Wong E, Raghuram J. A randomized controlled trial comparing minichest tube and needle aspiration in outpatient management of primary spontaneous pneumothorax. *Am J Emerg Med* 2011; 29: 1152-7.
11. Kaneda H, Nakano T, Taniguchi Y, Saito T, Konobu T, Saito Y. Three-step management of pneumothorax: time for a re-think on initial management. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2013; 16: 186-92.
12. Chan SS. The role of simple aspiration in the management of primary spontaneous pneumothorax. *J Emerg Med* 2008; 34: 131e8.
13. Yip IY. Breathlessness in a drug user. *BMJ Case Rep*. 2015. doi:10.1136/bcr-2015-209294.
14. Massongo M, Leroy S, Scherpereel A, Vaniet F, Dhalluin X, Chahine B, et al. Outpatient management of primary spontaneous pneumothorax: a prospective study. *Eur Respir J* 2014; 43: 582-90.
15. Ball CG, Kirkpatrick AW, Laupland KB, Fox DI, et al. Incidence, risk factors, and outcomes for occult pneumothoraces in victims of major trauma. *J Trauma* 2005; 59: 917-24.
16. Cangır AK, Nadir A, Akal M, Kutlay H, Özdemir N, Güngör A, Kavukçu Ş, Akay H, Ökten İ, Yavuzer Ş. Göğüs travmalı 532 olgunun analizi. *Ulusal Travma Dergisi*, 2000; 6: 100-5
17. Tumbarello M, Tacconelli E, Pirroni T, Cauda R, Ortona L. Pneumothorax in HIV-infected patients: role of *Pneumocystis carinii* pneumonia and pulmonary tuberculosis. *Eur Respir J* 1997; 10: 1332-5. Alifano M, Roth T, Broet SC, Schussler O, Magdeleinat P, Regnard JF. Catamenial pneumothorax: a prospective study. *Chest* 2003; 124: 1004-8.
18. Guo Y, Xie C, Rodriguez RM, Light RW. Factors related to recurrence of spontaneous pneumothorax. *Respirology* 2005; 10: 378-84.
19. Judson MA, Marshall C, Beale G, Holt JB. Pneumothorax and bronchopleural fistula during treatment of allergic bronchopulmonary aspergillosis. *South Med J*. 1993;86(9): 1061-3.
20. Das A, Das SK, Basuthakur S. Rightsided pneumothorax and right upper lobe collapse: two unusual presentations of allergic bronchopulmonary aspergillosis. *J Assoc Chest Physicians*.2014;2: 71-4.

21. Boland GW, Lee MJ, Sutcliffe NP, Mueller PR. Loculated pneumothoraces in patients with acute respiratory disease treated with mechanical ventilation: preliminary observations after image-guided drainage. *J Vasc Interv Radiol.* 1996;7(2): 247-52.
22. Al-Tarshihi MI. Comparison of the efficacy and safety of video-assisted thoracoscopic surgery with the open method for the treatment of primary pneumothorax in adults. *Ann Thorac Med* 2008; 3: 9-12.
23. Tschopp JM, Bintcliffe O, Astoul P, Canalis E, Driesen P, Janssen J, et al. ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. *Eur Respir J* 2015; 46: 321-35.
24. Bille A, Barker A, Maratos EC, Edmonds L, Lim E. Surgical access rather than method of pleurodesis (pleurectomy or pleural abrasion) influences recurrence rates for pneumothorax surgery: systematic review and meta-analysis. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2012; 60: 321-5.
25. Barker A, Maratos EC, Edmonds L, Lim E. Recurrence rates of video-assisted thoracoscopic versus open surgery in the prevention of recurrent pneumothoraces: a systematic review of randomised and non-randomised trials. *Lancet* 2007; 370: 329-35.



## Bölüm 8

# SPONTAN PNÖMOMEDİASTİNUM OLGUSUNA YAKLAŞIM

Hüseyin Evren EREN<sup>11</sup>

### GİRİŞ

Spontan Pnömomediastinum (SPM), tetikleyici bir sebep ve/veya travma olmaksızın mediasten olarak tarif edilen anatomik bölge içindeki dokular arasında serbest havanın bulunması olarak tanımlanır(1). Nadir görülen klinik bir tablodur. Genç erkeklerde daha sık görülmektedir(2). Göğüs ağrısı en sık görülen semptomdur. Sıklıkla iyi klinik seyirli olup, birçok vakada konservatif tedavi ile semptomlar gerilemekte, klinik ve radyolojik olarak tam düzelme sağlanmaktadır. Ancak nadir olarak görüle de, ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinden özellikle acil servislerde göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda dikkatli bir fizik muayene ve radyolojik değerlendirme çok önemlidir. Spontan Pnömomediastinum, olası gelişebilecek ciddi komplikasyonlar açısından yakın takip gerektirmektedir.(3)

Acil Servisimize göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran bu olgu, özellikle göğüs ağrısının diğer sebepleri ile birlikte değerlendirilmesi gereken, ciddi komplikasyonların habercisi olabileceğinden Spontan Pnömomediastinum farkındalığını belirtmek amacı ile sunulmuştur.

Pnömomediastinum (PM), mediastinal bölgede serbest havanın bulunması olarak tarif edilir(4). İlk olarak 1819 yılında Laennec tarafından travma sonrası tarif edilen PM(5,6,7), daha sonra da 1839 yılında spontan olarakta gelişebileceği Hamman tarafından bildirilmiştir(6,8).

Etiyolojisinde bir çok faktör bulunmaktadır. En sık PM sebebi travmatik olanlardır(1,3). Spontan Pnömomediastinum (SPM) ise nadir görülmekle birlikte, erkeklerde daha sık görülmektedir(2).

<sup>11</sup> Uzman Doktor, Tokat Erbaa Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölümü, hevreneren@hotmail.com

Spontan Pnömomediastinum(SPM) hastalar teşhis konulduğunda etyolojiye yönelik tedavi planlaması yapmak gerekmektedir. Birçok vakada konservatif tedaviye olumlu yanıt vermektedir. Nadir olarak gerektiğinde cerrahi girişim planlanmaktadır. Mediastinal iğne aspirasyonu, servikal mediastinotomi, trakeostomi veya acil torokotomi gibi cerrahi yöntemler uygulanabilmektedir. (3)SPM'lu vakalar ortalama 24-36 saat gözetim yapılmalıdır(15,16,17). Genellikle 48 saatten sonra gerileme başlamaktadır(16). Oluşabilecek nadir komplikasyonlar açısından klinik, laboratuvar ve görüntüleme teknikleriyle takip edilmelidir. Semptomları gerileyen, laboratuvar ve klinik olarak yanıt alınan, vitalleri stabil hale gelen hastalar poliklinik takibine alınarak taburcu edilebilirler.

Bu olguda tedavinin 3.günü klinik gerileme başlamış, 7.gününde semptomların tamamen düzelmesi, yapılan tetkiklerinde herhangi bir patolojiye rastlanmaması üzerine cerrahi tedaviye gerek duyulmadan hasta taburcu edilmiştir.

### Sonuç

Spontan Pnömomediastinum(SPM), acil servislerde özellikle göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran hastalarda göğüs ağrılarının diğer sebepleri ile birlikte değerlendirilmesi gereken, genellikle konservatif yaklaşıma iyi yanıt veren ancak nadirde olsa ciddi komplikasyonlara yol açabilecek, ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmesi gerekli bir durumdur.

**Anahtar Kelimeler:** Göğüs ağrısı, pnömomediastinum

### KAYNAKLAR

1. Adadioğlu, İ, Yavuz, Y, Solak, O.Primer Spontan Pneumomediastinum: Olgu Sunumu. Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Derg. 2010,1( 1): 37-40.
2. Sever,F,Yılmaz,H,Sever,M.Spontan Pnömomediastinum:Üç Olgu Sunumu.Türkiye Klinikleri J Case Rep 2015;23(3):209-12.
3. Altınok, T, Ceran, S.(Pneumomediastinum).Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(3):39-42.
4. Balta,C,Tonik -klinik Nöbeti Takiben Spontan Pnömomediastinum.Respir.Case Rep.2019;8(2):71-73
5. Levent, E, Sarıman, N.Pnömotoraks Olmaksızın pnömomediastinum ve derialtı amfizemi gelişen bronş astımı olgusu.Solunum 2008;10:131-35.
6. Tezel,Ç,Varer,P,Baysungur V. Spontan mediastenum: iki olgu sunumu (Spontaneous pneumomediastinum: report of two cases. ) Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2011; 17 (4): 368-370.
7. Şahin,A, Eren,T,Ş. Primer Spontan Pnömomediasten.Mediasten Hastalıkları ve Cerrahisi.2015 TUSAD Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği.2015;(14) :145-150
8. Hamman, L.Spontaneous mediastinal emphysema.Bull Johns Hopkins Hosp 1939;64:1-21.
9. Yazar,A,Türe,E,Akın,F. Çocuk Hastada Nadir Bir Göğüs Ağrısı Nedeni:Spontan Pnömomediastinum.Zeynep Kamil Tıp Bülteni;2018;49(1):97-99
10. Abolnik, I,Lossos, IS,Breuer R.Spontaneous pneumomediastinum.A report of 25 cases.Chest 1991;100:93-5.

11. Taş,M,Özhasenekler,A, Gökhan,Ş. Acil Serviste Nadir Görülen Bir Göğüs Ağrısı Nedeni: Spontan pnömomediastinum. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2010; 10 (3): 144-146
12. Göktekin,ÇM..Acil serviste spontan pnömomediastinum tanılı hastaların değerlendirmesi.Cukurova Med.J. 2019;44(3):1
13. Demiral,A,Aynacı,E,Özgül,MA. Primer spontan Pnömomediastinum.Solunum 2008;10:71-3.
14. Maravelli, AJ,Skiendzielewski, JJ.Snover W.,Pneumomediastinum acquired by glass blowing, Emerg Med.2000;19:145-7
15. Bilgin,M,Kahraman,C,Akçalı,Y.Spontan Pnömomediasten.Toraks Dergisi,2003;4(2):183-185.
16. Kılıçaslan,M,Kar,YD,Gün,Hİ.Nefes darlığı nedeniyle başvuran spontan pnömomediastinum olgusu .Genel Tıp Derg 2014;24(Ek1):27-30.
17. Durukan,P,Tekin,İ,Yakar,Ş.Pnömomediastinum:Olgu Sunumu GMJ 2017;28:275-277.

## Bölüm 9

# KÜNT BATIN TRAVMASI NEDENİ İLE OLUŞAN İZOLE HEPATİK ARTER YARALANMASI

Oytun Saffet KAHYAOĞLU<sup>12</sup>

### GİRİŞ

Abdominal (batın) yaralanmaları travmalar içerisinde ölüme sebep olan yaralanmalardır. Künt, penetran yada ateşli silah yaralanması tarzında yaralanmalar ile gerçekleşebilir. Künt batın yaralanmalarında karın bütünlüğü bozulmadan batın içi organların yaralanmasından bahsedilir. En sık künt batın yaralanmalarına sebep olan olaylar, trafik kazaları, yüksekte düşme ve darp sonucu gelişen yaralanmalardır. Künt batın yaralanmalarında en sık yaralanan organlar, dalak, karaciğer ve böbreklerdir. İnce bağırsaklar batın içerisinde çok daha fazla yer kaplamasına rağmen yer değiştirebilme yetenekleri nedeni ile daha az yaralanmaktadır. Batın yaralanmaları sinsi ilerleyen yaralanmalardır. Batın içine % 40, % 50 miktarında kanama olana kadar hiçbir belirti vermeyebilirler. Bu nedenle iyi değerlendirilmesi ve önemsenmesi gereken yaralanmalardır. Künt travma anatomik yapıların ( porta hepatis gibi ) yaralanmasına neden olmaz. Hepatik arterin izole yaralanması ise literatürde çok nadiren bildirilmiştir. Böyle bir yaralanma ölümcül olabilir ve acil tanı ve tedavi gerektirebilir; ve bu nedenden ötürü olgumuzla anlatmayı amaçladık. (1)

### OLGU

44 yaşında erkek hasta geçirilmiş ameliyat öyküsü olmayan ve yandaş hastalıkları olmayan hasta trafik kazası sonucu künt batın travması nedeni ile acile başvurdu. Vital bulgularında hipotansiyon taşikardisi olup Fm de akut karın mevcuttu. Acil

<sup>12</sup> Uzman Doktor, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, op.dr.oytun@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Isolated hepatic artery injury in blunt abdominal trauma presenting as upper gastrointestinal bleeding: treatment with transcatheter embolisation B. Taslakian, O. Ghaith, A. Al-Kutoubi *BMJ Case Reports* 2012; doi:10.1136/bcr-2012-007464
2. Bunt TJ, Weimar R, Malone JM. Porta hepatis disruption from blunt trauma. *Am Surg* 1990;56:695-6 . 2. Jurkovich GJ, Hoyt DB, Moore FA, et al. Portal triad injuries. *J Trauma* 1995;39:426-34.
3. Bryant DP, Cooney RN, Smith JS, et al. Traumatic proper hepatic artery occlusion: case report. *J Trauma* 2001;50:735-7.
4. Miglietta MA, Moore JA, Bernstein MP, et al. Hepatic artery transection after blunt trauma: case presentation and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2006;41:1604-6. )
5. Jurkovich GJ, Hoyt DB, Moore FA, et al. Portal triad injuries. *J Trauma* 1995;39:426-34.
6. Fang JF, Chen RJ, Wong YC, et al. Classification and treatment of pooling of contrast material on computed tomographic scan of blunt hepatic trauma. *J Trauma* 2000;49:1083-8.
7. Sugimoto K, Asari Y, Sakaguchi T, et al. Endoscopic retrograde cholangiography in the nonsurgical management of blunt liver injury. *J Trauma* 1993;35:192-9.
8. Richardson JD. Changes in the management of injuries to the liver and spleen. *J Am Coll Surg* 2005;200:648-69.
9. E.T. Mays, C.S. Wheeler, Demonstration of collateral arterial flow after interruption of hepatic arteries in man, *N. Engl. J. Med.* 290 (18) (1974)993-996.)
10. *Int J Surg Case Rep.* 2017;39:56-59. doi: 10.1016/j.ijscr.2017.07.061. Epub 2017 Aug Traumatic common hepatic artery injury causing isolated right hepatic ischemia due to a left accessory artery. A case report. Fernandes E1, Pedrazzani C2, Gerena M3, Omi E3.
11. M. Shiraishi, M. Takahashi, A. Yamaguchi, H. Adachi, Hepatic artery pseudoaneurysm with extrahepatic biliary obstruction, *Ann. Vasc. Dis.* 5 (1)(2012) 100-103.
12. L. Gallego Otaegui, A. Sainz Lete, R.D. Gutierrez Rios, M. Alkorta Zuloaga, X.Arteaga Martin, R. Jimenez Aguero, et al., Obstructive jaundice caused by apancreaticoduodenal pseudoaneurysm, *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 108 (6) (2016)366-367.
13. A.N. Langnas, W. Marujo, R.J. Stratta, R.P. Wood, B.W. Shaw Jr., Vascular complications after orthotopic liver transplantation, *Am. J. Surg.* 161 (1) (1991) 76-82 (discussion 82-3).
14. R.J. Stratta, R.P. Wood, A.N. Langnas, R.R. Hollins, K.J. Bruder, J.P. Donovan, et al., Diagnosis and treatment of biliary tract complications after orthotopic liver transplantation, *Surgery* 106 (4) (1989) 675-683 (discussion 683-4)
15. F.A. Hoffer, R.L. Teele, C.W. Lillehei, J.P. Vacanti, Infected bilomas and hepatic artery thrombosis in infant recipients of liver transplants. *Interventional radiology and medical therapy as an alternative to retransplantation, Radiology* 169 (2) (1988) 435-438.
16. M.H. Peclet, F.C. Ryckman, S.H. Pedersen, V.S. Dittrich, J.E. Heubi, M. Farrell, et al., The spectrum of bile duct complications in pediatric liver transplantation, *J. Pediatr. Surg.* 29 (2) (1994) 214-219 (discussion 219-20).
17. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg* 2019;23:61-64 <https://doi.org/10.14701/ahbps.2019.23.1.61t>
18. Prolonged occlusion of the hepatoduodenal ligament to reduce risk of bleeding and tumor spread during recipient hepatectomy for living donor liver transplantation Jin-Uk Choi, Shin Hwang, Chul-Soo Ahn, Deok-Bog Moon, Tae-Yong Ha, Ki-Hun Kim, Gi-Won Song, Dong-Hwan Jung, Gil-Chun Park, and Sung-Gyu Lee

## Bölüm 10

# BOĞA BOYNUZUNA BAĞLI İLİYAK ARTER VE VEN YARALANMASININ SENTETİK GREFT İLE TAMİRİ

Selim DURMAZ<sup>13</sup>

### GİRİŞ

Ülkemizde hayvancılığın gelişimiyle paralel evcilleştirilen hayvanların saldırılarından kaynaklanan travmalar artan sıklıkla görülmeye başlanmış olsa da travmatik damar yaralanmalarının sebepleri arasında nadiren yer almaktadırlar. Hayvanların neden olduğu travmaların büyük çoğunluğunu köpekler oluşturmakla birlikte büyük baş hayvan saldırılarına bağlı görülen yaralanmaların sıklığı yaklaşık olarak %1,6 olarak tahmin edilmektedir <sup>(1)</sup>.

Boğa boynuzuna bağlı yaralanmalar İspanyolca konuşulan ülkelerde geleneksel gösteriler arasında olması nedeniyle sıkça rastlanılmaktadır. Ülkemizde ki durum ise genellikle kurban bayramı esnasında deneyimsiz kişilerin hayvan davranışlarını tahmin edememesi sonucunda tesadüfi veya kötü muamelesi sonucunda saldırganlaşması ile gerçekleşmektedir. Genellikle uysal olan boğaların boynuz darbesi künt travmanın yanı sıra yüksek enerjili travmaya da yol açmaktadır (2). Genellikle düzenli bir travma sebebi olmaması nedeniyle sıklığı tam olarak belli olmayan boğa boynuzuna bağlı travmalarda çeşitli vaka serilerinden öğrenilebildiği kadarı ile öncelikli olarak alt ekstremitte ikinci sırada ise perineal bölge travmaları görülebilmektedir (3). Travmanın lokalizasyonu kişinin hayvanın neresinde olduğu ve vücut yüzey alanının büyüklüğü ile değişebilmektedir.

Travmaların büyük çoğunluğunu yumuşak doku travması ve venöz yaralanmalar oluşturmalarına rağmen ölümcül arter yaralanmalara ait vakalarda literatürde yer almıştır (4). Hem arter hem de venin birlikte yaralandığı bir vakaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada boğa boynuzuna bağlı olarak alt batın bölgesindeki iliyak arter ve veni de içine alan yaralanmanın başarılı acil cerrahi tedavisini sunmak istedik.

<sup>13</sup> Doktor.Öğretim Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, sdurmaz@adu.edu.tr

operasyonlarını önermişlerdir(9). Ancak travmanın gerçekleşme mekanizmasına bağlı olarak herhangi bir adventisyal ayrılma olmadan da intimal hasara bağlı olarak akut alt ekstremitte iskemisi meydana gelebilmektedir. Aynı şekilde venöz yapıların bu seviyeden ligasyonunda yüksek venöz basınca yol açması ve derin ven trombozu riski nedeniyle tamiri zorunlu kılmaktadır. Eğer vasküler yapı incelenip intimal hasarın olmadığı sağlam bölge birbirine yakın ise direkt uç uca anastomoz yapılabilir. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi damar uçları birbirinden uzakta ise araya greft koyarak anastomoz yapılması gerekmektedir. Greft seçiminde önemli olan nokta damar çapı olması nedeniyle biz olgumuzda 8mm. PTFE greft kullandık. Her ne kadar PTFE greft kullanılarak venöz rekonstrüksiyon yapılan hastalarda arteriovenöz şant açılması venöz açıklığı arttırdığı belirtilse de biz arteriyel yapının da kendisinin hasarlı olması nedeniyle uygulamadık(10). Damar çapları 4-6mm. aralığında ise vena safena magnadan greft olarak yararlanmak greft açık kalma süresinin uzunluğu nedeniyle daha akılcı olacaktır.

Sentetik greft kullanılması erken dönemde hem tromboz hemde greft enfeksiyonu açısından risk teşkil etmektedir. Boğa boynuzuna bağlı yaralanmayı kirli bir yaralanma olarak kabul edip tetanoz profilaksisi ve çoklu antibiyotik rejimi ile erken dönem greft enfeksiyonun önüne geçilmesi elzemdir. Greft enfeksiyonu nedeni genellikle metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus* olmasına rağmen karma enfeksiyon nedenleride göz ardı edilmemelidir(11). Enfeksiyon yanında diğer bir greft problemi greftin tromboze olmasıdır. Greft trombozunun önlenmesinde arteriyel rekonstrüksiyonlarda sadece antitrombotik ilaçların kullanımı yeterli iken venöz rekonstrüksiyon uygulanmış olan vakalarda tedaviye oral antikoagülan eklenmesi gerekmektedir(12).

Boğa boynuzu yaralanması ülkemizde nadirde olsa karşılaşılan travma sebebidir. Genellikle künt travmaya yol açsa da sunduğumuz vakada olduğu gibi mortal seyredebilecek tablolara da yol açabilir. Tedavisi multidisipliner bir anlayışla yaklaşarak güvenle tedavi edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Boğa boynuzu yaralanması, arter, venm, travma.

## KAYNAKLAR

1. Gudmannsson P, Berge J. The Forensic Pathology of Fatal Attacks by the Large Mammals Inhabiting the Nordic Wilderness-A Literature Review. J Forensic Sci. 2019;64:976-81.
2. Gajbhiye A, Shamkuwar A, Bokade A, et al. Surgical management of bull horn injury. Int Surg J. 2016;3:2041-2045.
3. Lloyd MS. Matador versus taurus: Bull gore injury. Annals of the Royal College of Surgeons of England. 2004;86:3-5.
4. Saravanapavanathan N. Penetrating wound of the aorta by a bull's horn. Injury. 1982;13:412-3.

5. Püsküllüođlu S, Aıkalin A, Ay MO et al. Acil Servise Başvuran Erişkin Travma Olgularının Analizi. Cukurova Med J 2015;3:569.
6. Dogan KH, Demirci S, Erkol Z et al. Injuries and deaths occurring as a result of bull attack. J Agromedicine. 2008;3:191-6.
7. Garcıa-Marın A, Turėgano-Fuentes F, Sánchez-Arteaga A et al. M. Bullhorn and bullfighting injuries. Eur J Trauma Emerg Surg 2014;40:687-91.
8. Okur MI, Yildirim AM, Kse R. Severe haematoma of the vulva and defloration caused by goring. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;119:250-2.
9. Lozano FS, Estevan MC, Gonzalez-Porras JR. Femoral vein injury and transposition techniques: a new approach to venous reconstruction in the setting of trauma. J Trauma 2009 ;67:118-20.
10. Gloviczki P, Pairolero PC, Toomey BJ et al. Reconstruction of large veins for nonmalignant venous occlusive disease. J Vasc Surg.1992;16:750-61.
11. Antonello RM, D'Oria M, Cavallaro M et al. Management of abdominal aortic prosthetic graft and endograft infections. A multidisciplinary update. J Infect Chemother. 2019; 7 pii: S1341-321X(19)30145-X.
12. Bae M, Chung SW, Lee CW, Huh U et al. Risk factors associated with postoperative prosthetic graft patency in Leriche syndrome. Asian J Surg 2019;42:235-9.



## Bölüm 11

# KÜNT TRAVMA SONRASI GRADE 4 KARACİĞER YARALANMASI SONRASI GELİŞEN İNTRAPARANKİMAL BİLİOMANIN TEDAVİSİ

Mustafa Gökhan ÜNSAL<sup>14</sup>

### GİRİŞ

Karaciğer künt karın travmasında en sık yaralanan organdır. Karaciğer travması sonrası minör laserasyonlar gibi küçük lezyonlar olabileceği gibi hepatik avülsiyon gibi yüksek mortalite riskine sahip lezyonlara da yol açabilir (1). Karaciğer yaralanmalarının çoğu Amerikan Travma Hepatik Hasar Ölçeği Cerrahisi Birliği ile derecelendirilebilir ölçekte dir. Travmatik hepatik yaralanmaları tedavi etmek için girişimsel radyolojik prosedürler kullanılabilir. Endoskopik prosedürler de bu hastalarda yararlı bir yardımcı olabilir. Daha şiddetli hepatik travma, masif resüsitasyon çabalarını, ameliyat girişimlerini ve hasar kontrol laparotomisini gerektirebilir.

### Etyoloji

Travmatik bir karaciğer hasarı, hem künt hem de penetran karın yaralanmalarında sık görülür. Karaciğerin karın bölgesindeki anterior yerleşimi, parankiminin fragil olması ve Gleeson kapsülünün kolayca hasarlanması bu organı künt kuvvetlerin yaralanmasına duyarlı hale getirmektedir. Diyafram altında fikse bir şekilde konumlandığı için yavaşlama ve kayma kuvvetlerine karşı duyarlıdır. Karaciğeri besleyen vasküler yapılar, yüksek kan akışına sahip olmasına karşın ince duvarlıdır. Künt karın travması için yaralanma mekanizması genellikle motorlu taşıt kazaları, yaya kazaları ve düşmelerden kaynaklanmaktadır (2). Tarım ve sanayi kazaları ayrıca bir takım karaciğer yaralanmalarına da neden olabilir. Karaciğerin sağ lobu hem künt hem de penetran yaralanmalarda en sık yaralanan kısımdır

<sup>14</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı mustafagokhanunsal@yahoo.com

## Sonuç

İntraparenkimal bilioma künt karaciğer travmalarından sonra görülebilen bir durumdur fakat karaciğer hasarının muhtemel bir komplikasyonu olan bu duruma yönelik bir inceleme genellikle yapılmamaktadır. Künt karaciğer hasarı olan ve hemodinamik olarak stabil olduğu için nonoperatif olarak takip edilen hastalarda gelişen intraparenkimal biliomada her zaman erken dönem acil cerrahi yapılmasına gerek yoktur. PTO drenaj katateri yerleştirilerek biliomanın drenajı sağlanabilir ve muhtemel komplikasyonların önüne geçilebilir. Yine bu tür olgularda ERCP ile nazobilier drenaj yapılması da biliomanın kontrol altına alınması için gerekli olabilir. İntraparenkimal bilioma kontrol altına alındıktan sonra elektif olarak hepatektomi yapılarak ve biliomanın tedavisi gerçekleştirilebilir. Biz de bu olguda hemodinamik olarak stabil olan ve nonoperatif olarak tedavi edilen bir Grade 4 künt karaciğer travması olan bir olguda gelişen intraparenkimal biliomada PTK ve ERCP nazobilier drenaj uygulayarak biliomanın kontrol altına alındığı ve hastanın takiplerinde elektif olarak hepatektominin yapılarak biliomanın tedavi edildiği bir olguyu sunmayı amaçladık. Künt batın travması sonrası gelişen intraparenkimal biliomalarda her zaman acil cerrahi yapılmasına gerek yoktur. Girişimsel yöntemlerle kontrol altına alınabilen olgularda elektif koşullarda operasyonun yapılması muhtemel komplikasyon riskini azaltarak hastalığın mortalite ver morbidite riskini azaltmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Cothren CC, Moore EE. Hepatic Trauma. Eur J Trauma Emerg Surg. 2008 Aug;34(4):339-54
2. Pachter HL, Spencer FC, Hofstetter SR, Liang HG, Coppa GF. Significant trends in the treatment of hepatic trauma. Experience with 411 injuries. Ann. Surg. 1992 May;215(5):492-500; discussion 500-2.
3. Poole GV, Ward EF, Muakkassa FF, Hsu HS, Griswold JA, Rhodes RS. Pelvic fracture from major blunt trauma. Outcome is determined by associated injuries. Ann Surg. 1991;213(6):532-8. discussion8-9.
4. Kornprat P, Uranues S, Salehi B, Hoebarth G, Buchinger W, Kuttinig M, et al. Preliminary results of a prospective study of nonoperative treatment of splenic injuries caused by blunt abdominal trauma. EurSurg. 2007;39(1):33-8.
5. Badger SA, Barclay R, Campbell P, Mole DJ, Diamond T. Management of liver trauma. World J Surg. 2009 Dec;33(12):2522-37. [PubMed]
6. Hsu JM, Joseph AP, Tarlinton LJ, Macken L, Blome S. The accuracy of focused assessment with sonography in trauma (FAST) in blunt trauma patients: experience of an Australian major trauma service. Injury. 2007 Jan;38(1):71-5
7. Kozar RA, Crandall M, Shanmuganathan K, Zarzaur BL, Coburn M, Cribari C, Kaup K, Schuster K, Tominaga GT, AAST Patient Assessment Committee. Organ injury scaling 2018 update: Spleen, liver, and kidney. J Trauma Acute Care Surg. 2018 Dec;85(6):1119-1122.
8. Stassen NA, Bhullar I, Cheng JD, Crandall M, Friese R, Guillaumondegui O, Jawa R, Maung A, Rohs TJ, Sangosanya A, Schuster K, Seamon M, Tchorz KM, Zarzaur BL, Kerwin A., Eastern

Association for the Surgery of Trauma. Nonoperative management of blunt hepatic injury: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012 Nov;73(5 Suppl 4):S288-

9. Mehall JR, Ennie JS, Saltzman DA, et al. Prospective Results of a standardized algorithm based on hemodynamic status for managing pediatric solid organ injury. *J Am Coll Surg.* 2001;193:347Y353.
10. Fang JF, Wong YC, Lin BC, et al. The CT risk factors for the need of operative treatment in initially stable patients after blunt hepatic trauma. *J Trauma.* 2006;61:547Y554.
11. Wurmb TE, Fruhwald P, Hopfner W, et al. Whole-body multislice computed tomography as the first line diagnostic tool in patients with multiple injuries: the focus on time. *J Trauma.* 2009;66:658Y665.
12. Cuff RF, Cogbill TH, Lambert PJ. Non-operative management of blunt liver trauma: the value of follow-up abdominal computed tomography scans. *Am Surg.* 2000;66:332Y336.
13. Wong YW, Jeong YY, Kim JK, et al. CT in blunt liver trauma. *Radiographics.* 2005;25:87Y104.
14. Mirvis SE, Whitley NO, Vainwright JK, Gens DR. Blunt hepatic trauma in adults: CT-based classification and correlation with prognosis and treatment. *Radiology.* 1989;171:27Y32.
15. Fang JF, Chen RJ, Wong YC, et al. Classification and treatment of pooling of contrast material on computed tomographic scan of blunt hepatic trauma. *J Trauma.* 2000;49:1083Y1088.
16. Hagiwara A, Murata A, Matsuda T, et al. The efficacy and limitations of trans arterial embolization for severe hepatic injury. *J Trauma.* 2002;52: 1091Y1096.

## Bölüm 12

# TANISAL TORASENTEZDEN LAPARATOMİYE GEÇİŞ: GECİKMİŞ İATROJENİK DALAK LASERASYONU

Ferhat ÇAY<sup>15</sup>

Burhan Hakan KANAT<sup>16</sup>

### GİRİŞ

Dalak 8 mm'lik embriyoda, dorsal mezogastriumun farklılaşmasından meydana gelmektedir. Gebeliğin 5.haftasında olgunlaşan dalağın ince kan damarları 8-9. haftada gelişir(1,2). Dalak karın içinde karın içerisinde sol üst kadrantındadır. Diyaframın altında ve 9. ila 11. kaburgalar arasındadır (Şekil-1). Mide, kolon ve sol böbrek ile komşudur, hilusu pankreasın kuyruğuna yakındır. Dalak batın içerisinde asılı bulunmaktadır. Dalağın batın içi asıcı ligamanları mevcuttur(Şekil-2). Dalağın beslenmesinin çoğunu çölyak trunkus'un dalı olan splenik arter sağlar. Dalağın venöz dolaşımını splenik ven sağlar. Sonra splenik ven superior mezen-terik ven ile birleşerek portal veni meydana getirir. Splenik hilum midenin inferomedial tarafındadır. Splenik hilum damar, sinirler ve bazı bağları bulundurur. Ortalama 12 cm boyutunda ve 200 gr ağırlığındadır. Zamanla ağırlığı ve boyutu düşer(3). Dalak lenfatik sistemin önemli bir yapı taşıdır. Sadece efferent lenfatik damarlar barındırır(4,5). Dalak son yıllarda özellikle lipid metabolizması açısından dikkat çeken metabolik kontrolde büyük rol oynamaktadır. Aslenizm, özellikle ateroskleroz (AS) ve koroner arter hastalığı, diabetes mellitus ve akut pankreatit ve kanserler gibi yüksek vasküler olay riski ile ilişkilidir(6-9). Splenektomi endikasyonlarını benign hastalıklar (kırmızı kan hücre hastalıkları, trombosit hastalıkları, hemoglobinopatiler), malign hastalıklar (beyaz kan hücresi hastalıkları, kemik iliği bozuklukları) ve diğer nedenler (kistler, tümörler, infeksiyonlar, apseler, splenik rüptür ve farklı diğer hastalıklar) olarak üç ana kategoriye ayırabiliriz. Toplumda ensık splenektomi nedeni travmaya bağlı dalak yaralanmasıdır.

<sup>15</sup> Dr.Öğr.Üyesi. Ferhat ÇAY, Balıkesir Üniversitesi Genel Cerrahi, cayferhat@gmail.com

<sup>16</sup> Doç.Dr. Burhan Hakan KANAT, Fethi Sekin Şehir Hastanesi Genel Cerrahi, burhankanat@hotmail.com

Sonuç olarak yetişkinlerde % 15 oranında yüksek bir mortalitesi olması nedeniyle Nadir olmasına rağmen, gecikmiş splenik rüptür olasılığı, hemodinamik olarak stabil olsa bile, göğüs ve/veya abdominal travmalı hastalarda ayırıcı tanıda her zaman düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Dalak, Splenektomi, Laparotomi

## KAYNAKLAR

1. Morgenstern L, Skandalakis J. Anatomy and embryology of the spleen. Surgical Diseases of the Spleen: Springer; 1997. p. 15-24.
2. Kliegman S, St Geme, Schor. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th International ed. Kliegman RM, editor. Canada: Elsevier; 2015. 2408 p
3. Chaudhry, S.R. and S.S. Bhimji, Anatomy, Abdomen, Spleen. 2018
4. Gaivoronskiy, I.V., et al., [variant anatomy of splenic ligaments and arteries passing through them]. Morfologiya, 2015. 147(2): p. 38-43.
5. Steiniger, B., et al., The species-specific structure of microanatomical compartments in the human spleen: strongly sialoadhesin-positive macrophages occur in the perifollicular zone, but not in the marginal zone. Immunology, 1997. 92(2): p. 307- 316.
6. Petroianu, A., et al., Effect of spleen surgeries on Escherichia coli distribution on the mononuclear phagocytic system. International Journal of Surgery, 2010. 8(1): p. 48- 51.
7. Wu, S.-C., et al., Splenectomy in trauma patients is associated with an increased risk of postoperative type II diabetes: a nationwide population-based study. The American Journal of Surgery, 2014. 208(5): p. 811-816.
8. Lai, S.-W., C.-L. Lin, and K.-F. Liao, Splenectomy correlates with increased risk of acute pancreatitis: a case-control study in Taiwan. Journal of epidemiology, 2016. 26(9): p. 488-492.
9. Salavoura, K., et al., Development of cancer in patients with primary immunodeficiencies. Anticancer research, 2008. 28(2B): p. 1263-1269.
10. Bickenbach KA, Gonen M, Labow DM, ET AL. Indications for and efficacy of splenectomy for hematological disorders. Br J Surg. 2013;100:794-800
11. Chan CKM, Chiu HS, Chung CH. Gizli splenik hasarın gecikmiş rüptürü: Bir olgu sunumu. Hong Kong J Acil Med. 2003; 10 (3): 188-90. [ Google Akademik ]
12. Resteghini N, Nielsen J, Hoimes ML, Karam AR. Künt abdominal travmayı takiben 70 gün içinde ortaya çıkan gecikmiş dalak yırtılması. Clin Imaging. 2014; 38 (1): 73-4. doi: 10.1016 / j.clinimag.2013.09.003. [ PubMed ] [ CrossRef ] [ Google Akademik ]
13. Hasan R, Abd Aziz A, Md Ralib AR, Saat A. Künt dalak hasarının bilgisayarlı tomografisi: resimli bir derleme. Malays J Med Sci. 2011; 18 (1): 60 - 7. [ PMC ücretsiz makale ] [ PubMed ] [ Google Akademik ]
14. Marincek B, Dondelinger RF. Acil radyoloji: görüntüleme ve müdahale. Almanya: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2007. sayfa 75-80. [ CrossRef ] [ Google Akademik ]
15. Jahromi AH, Migliaro M, Romano M, et al. Delayed splenic rupture; normal appearing spleen on the initial multidetector computed tomography (MDCT) can sometimes be misleading. Trauma Mon. 2016;21:e24465. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
16. Y. Kluger, B.P. Douglas, J.J. Raves, et al. Delayed rupture of the spleen-myths, facts and their importance: case reports and literature reviews J Trauma, 36 (1994), pp. 568-571 CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar
17. Jen HC, Tillou A, Cryer HG 3rd, Shew SB. Disparity in management and long-term outcome of pediatric splenic injury in California. Ann Surg. 2010;251(6):1162-6. [PubMed]
18. Davis DA, Fecteau A, Himidan S, et al. What's the incidence of delayed splenic bleeding in

- children after blunt trauma? An institutional experience and review of the literature. *J Trauma*. 2009;67:573–577. doi: 10.1097/TA.0b013e318190392b. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
19. G.A. Farhat, R.A. Abdu, V.W. Vanek Delayed splenic rupture: real or imaginary? *Am Surg*, 58 (1992), pp. 340-345 View Record in ScopusGoogle Scholar
  20. Gibney EJ. Non-operative management of blunt splenic injury – works well in about a quarter of patients. *BMJ*. 1991;302:1553–1554. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  21. Martin K, VanHouwelingen L, Bütter A. The significance of pseudoaneurysms in the nonoperative management of pediatric blunt splenic trauma *J Pediatr Surg*. 2011;46:933–937. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.02.031 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
  22. Maurer SV, Denys A, Lutz N. Successful embolization of delayed splenic rupture following trauma in a child. *J Pediatr Surg*. 2009;44:E1–E4. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.02.070. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

## Bölüm 13

# SPONTAN DALAK TORSİYONU

Mustafa YAVUZ<sup>17</sup>

### GİRİŞ

Dalak dorsal mezogastrium içinde gelişen intraperitoneal yerleşimli en büyük lenfoid organdır, 3-6-12 cm boyutlarında olup, karın boşluğunun sol üst kadranında, sol hipokondriumda midenin arkasında 9.-11. kaburgaların uzun eksenleri boyunca yer alır. Erişkinlerde 75-100 gr arasında, ligamanlarla asılı halde dir. Dalağın iki yüzü vardır, arkaya laterale bakan diafragmatik yüz konveks ve düz yüzeyledir. Visseral yüz anteromediale doğru olup üzerinde bazı organlara ait depresyonlar ile hilum splenicum vardır. Bunlar depresyonu yapan organların isimleri ile belirtilen facies gastrica, facies colica, facies renalis dir. Diafragmatik ve visseral yüzler, üst ve alt kenarlarla(margo superior ve margo inferior) olarak birbirinden ayrılır(1).

Dalağın iki bağı vardır. Lig. gastrosplenicum dalakla midenin kurvaturu arasındadır ve vasa gastromentalis sinistra ve vasa gastrica breves leri içerir. Lig. splenorenale dalak ile böbrek arasında olup cauda pancreatis ve vasa splenica ları içerir(1).

Dalağı saran peritonun altında fibröz kapsül vardır ve bu fibröz kapsül dalak içine doğru septalar oluşturur. Kapsül ve septaların yapısında düz kaslar bulunur. Dalak kanın immünolojik süzgeci olmakla beraber, aynı zamanda bir kan deposudur. Düz kaslar kasıldığında yaklaşık 100 ml kan dolaşıma geçer. Dalak en çok rüptüre olan organdır. % 14-30 oranında aksesuar dalak görülür. Aksesuar dalak mevcut dalak bağları ile omentum majus ve mezenter içinde görülebilir(1).

<sup>17</sup> Uzman Doktor, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, mustipyavuz@hotmail.com

## SONUÇ

İlk kez Van Horne tarafından otopsi sırasında görülerek tanımlanan gezici dalak kendi bağlarının gevşekliğinin ötesinde uzun ve gevşek pedikül nedeni ile de torsiyone olabilmekte (7). Gezici dalak ve dalak torsiyonu insidansı %0,2'den az olup; tüm splenektomilerin %0,5'inden azını oluşturmaktadır. Kadınlarda daha fazla görülmekle beraber, genellikle 20-40'lı yaşlarda bu oran artmaktadır(6). Unutulmamalıdır ki dalak torsiyonu nadir bir akut batın nedenidir ve anamnez ile fizik muayeneye çok dikkat etmek gerekir, eğer akut batınlı özellikle genç bir hasta söz konusu ise ele gelen kitle varlığında ön planda düşünülmelidir, ultrasonografi genel olarak diğer nedenleri ekarte eder, ardından bir doppler yaptırmak hazırlıklı olarak vakaya girme olasılığını artıracaktır. Tedavi de genellikle splenektomi gerekmekle beraber splenopeksi de infarkt oluşmamış, trombüs olmayan vakalarda uygulanabilir, genelde acil olarak ciddi iskemik durumda hastalar başvuru yaptıkları için splenektomi endikasyonu doğmaktadır. Ama eğer polikliniğe ara ara oluşan ve geçen karın ağrısı ile gelen vakalarda da ayırıcı tanıda düşünülebilirse ultrasonografide ektopik dalak dışında normal lokalizasyonda olmayan genellikle pelviste tespit edilen dalak varlığında erken tanı sağlanabilir. Bu anlamda bize denk gelen bu vaka ile beraber literatüre bir katkıda bulunmuş olmayı ve dalak torsiyonu konusunda dikkat çekmiş olmayı dilerim.

**Anahtar Kelimeler:** Dalak, akut batın, torsiyon, infarkt

## KAYNAKLAR

1. YILDIRIM M., Topografik Anatomi, 2014 ISBN:978-975-420-348-6, Nobel Tıp Kitapevleri
2. IRAK K., ve arkadaşları, Turk J Gastroenterol 2011; 22 (1): 93-97 doi: 10.4318/tjg.2011.0165
3. Singla V, Galwa RP, Khandelwal N, et al. Wandering spleen presenting as bleeding gastric varices. Am J Emerg Med 2008; 26: 637.e1-4.
4. Danaci M, Belet U, Yalin T, et al. Power Doppler sonographic diagnosis of torsion in a wandering spleen. J Clin Ultrasound 2000; 28: 246-8.
5. Kılbaş Z, Zeybek N, Peker Y., ve ark. Gezici dalak ve primer epitelyal kisti: olgu sunumu. Bakırköy Med. J 2010; 6: 84-87.
6. KOCA B. , ve arkadaşları, Gülhane Tıp Derg 2013; 55: 51-53, doi:10.5455/gulhane.35179.
7. Fujiwara T, Takehara Y, Isoda H, et al. Torsion of the wandering spleen: CT and angiographic appearance. J Comput Assist Tomogr 1995; 19: 84-6.



## Bölüm 14

# ATRAVMATİK DALAK RÜPTÜRÜ, KLİNİK PREZENTASYONU VE YÖNETİMİ

Özhan ÖZCAN<sup>18</sup>

### GİRİŞ

Dalak rüptürü genellikle künt ve penetran batın travmalarından sonra görülen hayatı tehdit eden bir tablodur. Nadiren travma olmadan dalak rüptürü oluşabilir. Atravmatik dalak rüptürüne (ADR) genellikle hematolojik, neoplastik, inflamatuvar ve enfeksiyöz altta yatan patolojiler eşlik edebilir iken daha nadir olarak hiçbir patoloji eşlik etmeden spontan oluşabilir. ADR kliniği iyi bilinmediğinden karın ağrısı ayırıcı tanısında pek akla gelmez, bu nedenle tanı ve tedavisindeki gecikmenin ölümcül sonuçları olabilir ( 1-3)

ADR tablosu, sol üst kadranda ağrı, ele gelen kitle ve hafif hipovolemik şok olarak görülür (4). Klinik bulgulara ek olarak anemi, trombositopeni ve koagülopati sık görülen bulgulardır (5).

ADR nadir görüldüğünden dolayı kliniği hakkında yeterli bilgi, tanı ve tedavide standart yaklaşım yoktur. Bu vaka sunumunda ADR'nin etyolojileri, spesifik semptomları, tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri ve prognozunun literatür eşliğinde kapsamlı bir değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

### VAKA SUNUMU

30 yaşında erkek hasta beş gündür giderek artan sol üst kadranda ve sol yan ağrısı, idrar renginde koyulaşma şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan ilk değerlendirmede öncelikle ürolojik patolojiler düşünülerek ayaktan üroloji polikliniğine yönlendirilmiş. Bir gün sonra üroloji uzmanı tarafından nefrolitiasis ön tanısı ile yapılan üriner USG de üriner patoloji saptanmamış, dalakta subkapsüler hematoma şüphesi rapor edilmiş. Hasta genel cerrahi kliniğine konsülte edilmiş.

<sup>18</sup> Uzman Doktor, Ödemiş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ozhantrukey@hotmail.com

## KAYNAKLAR

1. Al Mashat FM, Sibiany AM et al: Spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis. *Saudi J Gastroenterol*, 2003; 9: 84–86
2. Leung KA, Rafaat M: Eruption associated with amoxicillin in a patient with infectious mononucleosis. *Int J Dermatol*, 2003; 42: 553–55
3. Liu J, Feng Y, Li A, Liu C, Li F. Diagnosis and Treatment of Atraumatic Splenic Rupture: Experience of 8 Cases. *Gastroenterol Res Pract*. 2019 Jan 28;2019:5827694. doi: 10.1155/2019/5827694.
4. Reddy SC, Reddy SC. Hemangiosarcoma of the spleen: helical computed tomography features. *South Med J* 2000;93:825-7.
5. Falk S, Krishnan J, Meis JM. Primary angiosarcoma of the spleen. A clinicopathologic study of 40 cases. *Am J Surg Pathol* 1993;17:959-70.
6. P. Renzulli, A. Hostettler, A. M. Schoepfer, B. Gloor, and D. Candinas, “Systematic review of atraumatic splenic rupture,” *British Journal of Surgery*, vol. 96, no. 10, pp. 1114–1121, 2009.
7. P. C. Kocael, O. Simsek, I. A. Bilgin et al., “Characteristics of patients with spontaneous splenic rupture,” *International Surgery*, vol. 99, no. 6, pp. 714–718, 2014.
8. R. Kianmanesh, H. I. Aguirre, F. Enjaume et al., “Spontaneous splenic rupture: report of three new cases and review of the literature,” *Annales de Chirurgie*, vol. 128, no. 5, pp. 303–309, 2003
9. Han J, Li N, Wang JY, Zhou J, Zhand J (2012) Life-threatening spontaneous splenic rupture with systemic lupus erythematosus: case report and literature review. *Clin Rheumatol* 31: 1019-1025.
10. Oinonen R, Franssila K, Elonen E. Spontaneous splenic rupture in two patients with a blastoid variant of mantle cell lymphoma. *Ann Hematol* 1997; 74: 33-35
11. Zieren J, Paul M, Scharfenberg M, Muller JM. The spontaneous splenic rupture as first manifestation of mantle cell lymphoma, a dangerous rarity. *Am J Emerg Med* 2004; 22: 629-631.
12. Yagmur Y, Kara IH, Aldemir M, Buyukbayram H, Tacyildiz IH, Keles C. Spontaneous rupture of malarial spleen: two case reports and review of literature. *Crit Care* 2000; 4: 309-313
13. Patel MI. Spontaneous rupture of a malarial spleen. *Med J Aust* 1993; 159: 836-837
14. Weaver H, Kumar V, Spencer K, Maatouk M, Malik S. Spontaneous splenic rupture: A rare life-threatening condition; Diagnosed early and managed successfully. *Am J Case Rep*. 2013;14:13-5
15. Gedik E, Girgin S, Aldemir M, Keles C, Tuncer MC, Aktas A. Non-traumatic splenic rupture: report of seven cases and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2008 Nov 21;14(43):6711-6. Review.
16. Crate ID, Payne MJ. Is the diagnosis of spontaneous rupture of a normal spleen valid? *J R Army Med Corps*. 1991 Feb;137(1):50-1.
17. Foreman BH, Mackler L, Malloy ED: Can we prevent splenic rupture for patients with infectious mononucleosis? *J Fam Pract*, 2005;54: 547–48
18. Looseley A, Hotouras A, Nunes QM, Barlow AP: Atraumatic splenic rupture secondary to infectious mononucleosis: a case report and literature review. *Grand Rounds emedicine*, 2009
19. Denehy T, McGrath EW, Breen JL. Splenic torsion and rupture in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1988; 43: 123-131
20. Toubia NT, Tawk MM, Potts RM, Kinasewitz GT. Cough and spontaneous rupture of a normal spleen. *Chest* 2005;128: 1884-1886
21. Lieberman ME, Levitt MA: Spontaneous rupture of the spleen: a case report and literature review. *Am J Emerg Med*, 1989; 7(1): 28–31
22. Bauer TW, Haskins GE, Armitage JO. Splenic rupture in patients with hematologic malignancies. *Cancer* 1981; 48: 2729-2733
23. Altes A, Brunet S, Martinez C, Soler J, Ayats R, Sureda A, Lopez R, Domingo A. Spontaneous splenic rupture as the initial manifestation of acute lymphoblastic leukaemia: immunophenotype and cytogenetics. *Ann Hematol* 1994; 68: 143-144

24. Klinkert P, Kluit AB, de Vries AC, Puylaert JB. Spontaneous rupture of the spleen: role of ultrasound in diagnosis, treatment, and monitoring. *Eur J Surg* 1999; 165: 712-713
25. Torricelli P, Coriani C, Marchetti M, Rossi A, Manenti A. Spontaneous rupture of the spleen: report of two cases. *Abdom Imaging* 2001; 26: 290-293
26. Becker CD, Spring P, Glatli A, Schweizer W. Blunt splenic trauma in adults: can CT findings be used to determine the need for surgery. *AJR*, 1994; 162(2): 343-47

## Bölüm 15

# SPONTAN DALAK RÜPTÜRÜ İLE SONUÇLANAN NADİR TUBAOVARYAN ABSE OLGUSU

Murat YASSA<sup>19</sup>

### GİRİŞ

Tuba-ovaryan apse (TOA) pelvik inflamatuvar hastalığın (PIH) yüksek morbidite ile seyreden şiddetli bir halidir (1). Tanı klinik ateş, pelvik ağrı ve pelvik adneksiyel kitleyi kapsayan klinik tablo, artmış inflamatuvar belirteçler ve apseyi işaret eden radyolojik bulgular bütünü ile konur. PIH üst kadın genital traktın akut ve subklinik infeksiyonudur ve uterus, fallopian tüpler, overleri etkiler. Sıklıkla komşu pelvik organlar da etkilenir ve endometrit, salpinjit, ooforit, peritonit, perihepatit ve/veya TOA ile sonuçlanır. TOA, tedavi edilmemiş PIH'ın iyi bilinen ve şiddetli bir komplikasyonudur (1). İnflamatuvar kitle tüpler, overler ve genellikle de barsak ve mesane gibi komşu organları etkileyebilir (2). Bu durum tuba-ovaryan kompleks oluşumu veya pus koleksiyonu ile sonuçlanır.

### VAKA

45 yaşında, parite 3, vücut-kitle indeksi 24.6 kg/m<sup>2</sup> olan kadın hasta acil servise aynı gün başlayan ve giderek artan baş dönmesi, halsizlik, karın ağrısı, bulantı ve kusma ile başvurdu. Hastanın anamnez ve tıbbi öyküsünde kronik pelvik ağrı ve rahim içi araç haricinde ek özellik saptanmadı. Hastada travma öyküsü yoktu. İlk değerlendirmesinde genel durum orta, hipotansif ve sol üst kadranda defans saptandı. Yapılan acil batın tomografisinde dalak rüptürü, batın içerisinde serbest sıvı ve sol adneksiyel şüpheli kitle tespit edilmesi üzerine acil laparotomi kararı alındı. Batın için eksplorasyonda dalakta grade IV rüptür, sol adneksiyel geniş tabanlı tuba-ovaryan apse kompleksi, sağ fallopian tuba dilate ve pyosalpinktik görünümde izlendi. Tubovaryan kompleksin komşuluğu seviyesinde uterus pos-

<sup>19</sup> Uzman Doktor, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, murat.yassa@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Munro K, Gharaibeh A, Nagabushanam S, Martin C. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2018;20:11-9.
2. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 2009;23:667-78.
3. Selçuk İ, Ersak B, Tatar İ, Güngör T, Huri E. Basic clinical retroperitoneal anatomy for pelvic surgeons. *Turkish journal of obstetrics and gynecology* 2018;15:259.
4. Selçuk İ, Yassa M, Tatar İ, Huri E. Anatomic structure of the internal iliac artery and its educative dissection for peripartum and pelvic hemorrhage. *Turkish journal of obstetrics and gynecology* 2018;15:126.
5. Li JS, Sheele JM. A Tuboovarian Abscess Associated with a Ruptured Spleen. *Case Reports in Emergency Medicine* 2016;2016.
6. Renzulli P, Hostettler A, Schoepfer A, Gloor B, Candinas D. Systematic review of atraumatic splenic rupture. *British Journal of Surgery: Incorporating European Journal of Surgery and Swiss Surgery* 2009;96:1114-21.
7. Aubrey-Bassler FK, Sowers N. 613 cases of splenic rupture without risk factors or previously diagnosed disease: a systematic review. *BMC emergency medicine* 2012;12:11.
8. Weledji EP, Elong F. Small bowel obstruction and perforation attributed to tubo-ovarian abscess following 'D' and 'C'. *World Journal of Emergency Surgery* 2013;8:41.
9. Tuncer ZS, Boyraz G, Yücel SÖ, Selçuk İ, Yazicioğlu A. Tuboovarian abscess due to colonic diverticulitis in a virgin patient with morbid obesity: a case report. *Case reports in medicine* 2012;2012.
10. Doğan K, Kaya C, Karaman Ü, Kalaycı M, Baytekin HF. Nadir bir olgu: Tuboovaryan apseye neden olan hidatik kist. *Mikrobiyol Bul* 2013;47:356-61.
11. Onyeabor S, Cason F. Chronic tubo-ovarian abscess complicated by hepatic portal venous gas. *Journal of surgical case reports* 2015;2015.
12. Brandão P, Portela-Carvalho A, Estevinho C, Soares E, Melo A. Tubo-Ovarian Abscess in Early Pregnancy-Report of a Rare Coexistence. *Obstet Gynecol Cases Rev* 2018;5:115.
13. Fouks Y, Azem F, Many A, Cohen Y, Levin I, Cohen A. Fertility outcomes in patients with tubo-ovarian abscesses after an oocyte retrieval: a longitudinal cohort analysis. *Archives of gynecology and obstetrics* 2019:1-7.
14. Fouks Y, Cohen Y, Tulandi T, Meiri A, Levin I, Almog B, et al. Complicated Clinical Course and Poor Reproductive Outcomes of Women with Tubo-Ovarian Abscess after Fertility Treatments. *Journal of minimally invasive gynecology* 2019;26:162-8.
15. Piegzová A, Unzeitig V. Tubo-ovarian abscess in the 39th week of pregnancy (case report). *Ceska gynekologie* 2017;82:322-6.
16. Erdem M, Arslan M, Yazici G, Erdem A, Gursoy R. Incidental tubo-ovarian abscess at abdominal delivery: a case report. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2002;12:279-80.
17. Pedowitz P, Bloomfield RD. Ruptured adnexal abscess (tuboovarian) with generalized peritonitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1964;88:721-9.
18. Beigi RH. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of tuboovarian abscess. *UpToDate* <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-tubo-ovarian-abscess> (Accessed 6 Jul 2016).
19. Chappell CA, Wiesenfeld HC. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Clinical obstetrics and gynecology* 2012;55:893-903.
20. Chen M-J, Yang J-H, Yang Y-S, Ho H-N. Increased occurrence of tubo-ovarian abscesses in women with stage III and IV endometriosis. *Fertility and sterility* 2004;82:498-9.

21. Cho H-W, Koo Y-J, Min K-J, Hong J-H, Lee J-K. Pelvic inflammatory disease in virgin women with tubo-ovarian abscess: a single-center experience and literature review. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2017;30:203-8.
22. Rosen M, Breilkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. *Obstetrical & gynecological survey* 2009;64:681-9.
23. Farid H, Lau TC, Karmon AE, Styer AK. Clinical characteristics associated with antibiotic treatment failure for tuboovarian abscesses. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology* 2016;2016.
24. Alay I, Kaya C, Karaca I, Eren E, Hosgoren M, Aslanova F, et al. The effectiveness of neutrophil to lymphocyte ratio in prediction of medical treatment failure for tubo-ovarian abscess. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2019.
25. DeWitt J, Reining A, Allsworth JE, Peipert JF. Tuboovarian abscesses: is size associated with duration of hospitalization & complications? *Obstetrics and gynecology international* 2010;2010.
26. Uyar I, Gulhan I, Sipahi M, Cetin F, Hanhan HM, Ozeren M. Risk factors for surgery in patients with tuba-ovarian abscess. *Archives of gynecology and obstetrics* 2012;286:973-5.
27. Greenstein Y, Shah AJ, Vragovic O, Cabral H, Soto-Wright V, Borgatta L, et al. Tuboovarian abscess. Factors associated with operative intervention after failed antibiotic therapy. *The Journal of reproductive medicine* 2013;58:101-6.
28. Chu L, Ma H, Liang J, Li L, Shen A, Wang J, et al. Effectiveness and adverse events of early laparoscopic therapy versus conservative treatment for Tubo-ovarian or pelvic abscess: a single-center retrospective cohort study. *Gynecologic and obstetric investigation* 2019:1-9.

## Bölüm 16

# GRADE 5 BÖBREK TRAVMALI OLGUDA RENORAFİ

Yücel YÜKSEL<sup>20</sup>  
Mehmet SARIER<sup>21</sup>

### GİRİŞ

Böbrek travmaları tüm travmaların %1-5'ini oluşturmaktadır(1)(2). Böbrek travmaları oluşma şekline göre, künt ve penetran travma olmak üzere ikiye ayrılır(2)(3). Böbrek yaralanmaları %80 künt travma nedeniyle olurken, %20'si kesici delici alet yaralanmasına veya ateşli silah yaralanmasına bağlı penetran travma nedeni ile olmaktadır(3)(4). Pediatrik vakalarda ise %90 künt, %10 penetran böbrek travması görülmektedir(5). Böbrek travmalarının sadece %2'si cerrahi müdahale gerektirir(6). Görüntüleme tekniklerinin gelişmesine bağlı olarak künt travmalarda cerrahi yöntem yerine konserve tedaviler ile takip çoğu zaman tercih edilmektedir(1).

Böbrek travması için tüm dünyada yaygın olarak American Association of Surgeons (AAST) adı verilen skorlama sistemi kullanılır(1)(2)(7)(8)(9). Bu sınıflandırma intravenöz kontrastlı bilgisayarlı tomografi görüntülerine göre yapılmaktadır(1). AAST sınıflandırmasında hasar derecelendirmesi, parankim hasarı, vasküler yaralanma, toplayıcı sistem yaralanmaları değerlendirilir (Tablo 1) .

Bu olgu sunumunda böbreği ikiye ayrılan Grade 5 böbrek laserasyonu olan pediatrik vakadaki renorafi tecrübemizi paylaşmak istedik.

<sup>20</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Medikalpark Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü Antalya & Girne Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümü, dryucelyuksel@gmail.com

<sup>21</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Medikalpark Hastanesi Üroloji Bölümü Antalya & İstinye Üniversitesi Üroloji Bölümü, drsarier@gmail.com

iki parçanın kanlanması normal olmasıydı. Tüm cerrahi operasyonlarda rekonstrüksiyon ve hasarlı dokunun fonksiyonel şekilde onarılması, amputasyon cerrahisine göre daha zordur. Renorafi yapılan böbrekte postoperatif dönemde enfeksiyon, fistül, veya hipertansiyon gelişebilir. Fakat kişinin geri kalan yaşamı boyunca fonksiyone bir böbreğe sahip olması hiç olmamasından daha iyi olacaktır.

Sonuç olarak Grade 5 böbrek laserasyonu olan uygun vakalarda dikkatli bir değerlendirme yapıldıktan sonra parsiyel veya total nefrektomi yerine renorafi tercih edilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Balasar M, Kandemir A, Poyraz N, et al. Böbrek Travmalarına Ürolojik Yaklaşım. The Cystoscope. 2014;216-221.
2. Shoobridge JJ, Corcoran NM, Martin K a, Koukounaras J, Royce PL, Bultitude MF. Contemporary management of renal trauma. *Rev Urol.* 2011;13(2):65-72. doi:10.3909/riu0512
3. Heller MT, Schnor N. MDCT of renal trauma: Correlation to AAST organ injury scale. *Clin Imaging.* 2014;38(4):410-417. doi:10.1016/j.clinimag.2014.02.001
4. Gedik A, Gedik E, Deliktaş H, et al. Künt ve Kesici-Delici Böbrek Yaralanmaları: 18 Yıllık Deneyimimiz. *Türk Üroloji Dergisi.* 2009; 35 (1):43-48.
5. Umbreit EC, Routh JC, Husmann DA. Nonoperative Management of Nonvascular Grade IV Blunt Renal Trauma in Children: Meta-analysis and Systematic Review. *URL.* 2009;74(3):579-582. doi:10.1016/j.urology.2009.04.049
6. Freedland SJ, Eilber KS, Palapattu GS, Rajfer J. Conservative management of a grade 4 renal laceration in a child. *Rev Urol.* 2001;3(1):40-41.
7. Bittenbinder EN, Reed AB. Advances in renal intervention for trauma. *Semin Vasc Surg.* 2013;26(4):165-169. doi:10.1053/j.sevascsurg.2014.06.012
8. Fernández-ibieta M. Renal Trauma in Pediatrics : *Urology.* 2018;113:171-178. doi:10.1016/j.urology.2017.09.030
9. Lynch D, Plas E, Sterafetinidis E, et al. Ürolojik Travma Klavuzu, European Association of Urology 2006
10. Col L, Kumar BN, Anil C, Akulwar V. ScienceDirect Renal artery injury in paediatric blunt abdominal trauma. 2014;1:7-9. doi:10.1016/j.mjafi.2014.04.019
11. Hagedorn JC, Fox N, Ellison JS, et al. Pediatric blunt renal trauma practice management guidelines : Collaboration between the Eastern Association for the Surgery of Trauma and the Pediatric Trauma Society. 2019;86(5). doi:10.1097/TA.0000000000002209
12. Dangle PP, Fuller TW, Gaines B, et al. Evolving Mechanisms of Injury and Management of Pediatric Blunt Renal Trauma—20 Years of Experience. *Urology.* 2016;90:159-163. doi:10.1016/j.urology.2016.01.017
13. Lee JN, Lim JK, Woo MJ, et al. Predictive factors for conservative treatment failure in grade IV pediatric blunt renal trauma. *J Pediatr Urol.* 2016;12(2):93.e1-93.e7. doi:10.1016/j.jpuro.2015.06.014
14. Mammadov R, Turna B, Ersel M, Sever A. Künt travma sonrası oluşan iki taraflı böbrek hasarının ( derece IV ) kısısında sürede kendiliğinden iyileşmesi : Olgu sunumu. 2011;37(2):159-166.



15. McAninch JW, Kahn RI, Jeffrey RB, Laing FC, Krieger MJ. Major traumatic and septic genital injuries. *J Trauma*. 1984;24(4):291-298. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6368854>. Accessed June 26, 2019.
16. Nash PA, Bruce JE, McAninch JW, Corriere J. Nephrectomy for Traumatic Renal Injuries. *J Urol*. 1995;153(3 Pt 1):609-611. doi:10.1097/00005392-199503000-00012
17. Stewart AF, Brewer ME, Daley BJ, Klein FA, Kim ED. Intermediate-term follow-up of patients treated with percutaneous embolization for grade 5 blunt renal trauma. *J Trauma*. 2010;69(2):468-470. doi:10.1097/TA.0b013e3181e5407a
18. Hotaling JM, Sorensen MD, Smith TG, Rivara FP, Wessells H, Voelzke BB. Analysis of diagnostic angiography and angioembolization in the acute management of renal trauma using a national data set. *J Urol*. 2011;185(4):1316-1320. doi:10.1016/j.juro.2010.12.003
19. Brewer ME, Strnad BT, Daley BJ, et al. Percutaneous Embolization for the Management of Grade 5 Renal Trauma in Hemodynamically Unstable Patients: Initial Experience. *J Urol*. 2009;181(4):1737-1741. doi:10.1016/j.juro.2008.11.100
20. Babel N, Sakpal SV, Chamberlain RS. The Page kidney phenomenon secondary to a traumatic fall. *Eur J Emerg Med*. 2010;17(1):24-26. doi.org/10.1016/j.clinimag.2014.02.001

## Bölüm 17

# KÜNT TRAVMA İZOLE RENAL PARANKİM HASARI

M. Burçin ALP<sup>22</sup>

### GİRİŞ

Travma tüm tıbbi gelişmelere rağmen %15-20 oranında en yüksek ölüm ve sakat kalma sebepleri arasındaki yerini hala korumaktadır. Ölümlerin neredeyse tamamına yakını temel olarak yaralanmadan kısa bir süre sonra ortaya çıkan kanamadan kaynaklanır. Geç dönemde ise Sepsis'e bağlı komplikasyonlara bağlıdır. Abdominal travma tüm travmalar içinde %25'ini oluşturur. Solid organlar içerisinde izole böbrek yaralanması % 1-5 kadar sıklıkta görülmekle birlikte künt travmalar (%85) kesici delici yaralanmalara (%15) oranla daha sık görüldüğünü söyleyebiliriz (1,2). Abdominal organ yaralanmalarının şiddetini ve buna göre de tedavi algoritmasını ortaya koymak için yaralanma derecelendirmeleri ve sınıflamalar oluşturulmuştur. Böbrek travmaları ürolojik travmaların %1-20'sini oluşturmakta olup en sık olanıdır. Böbrek travmaları künt ve penetran olmak üzere iki şekilde olmaktadır. Künt travmalar; genellikle düşme, motorlu araç kazaları, yakın dövüş sporları gibi sebeplerle olur. Penetran travmaların ise; çoğunlukla bıçaklanmalar ve silahla yaralanma nedeniyle olur. Amerikan Travma Cerrahisi Birliği (AAST) (Tablo-1), devam eden yaralanma derecesine göre, renal travmanın derecelendirilmesi için bir organ şiddeti ölçeği üretmiştir (3) (Şekil-1). Böbrek yaralanması %10 oranda multiorgan yaralanmalarının bir parçası olarak görülse de izole yaralanma ile de klinikte karşımıza çıkabilmektedir. Abdominal travma hastasında izole renal yaralanması olan olguyu sunmayı ve literatürde bu tür vakalara yaklaşım modellerini tartışmayı amaçladık.

<sup>22</sup> Uzman Doktor, Bergama Devlet Hastanesi Acil Servis Bölümü, drburcindemircan@gmail.com

tekrarlayan BT taraması gereklidir. Düşen bir hematokrit veya persistan pireksiya da tekrar görüntüleme için endikasyonlardır (5).

Bizim vakamız çoğunlukla beraberinde majör yaralanmaların olduğu renal hasarların aksine izole nefrektomiye giden renal hasar için hazırlanmıştır. Tedavi; Gelişmiş Travma Yaşam Desteği (ATLS) ilkelerine dayanarak uygun bir şekilde yapılmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Brown SL, Elder JS, Spirnak JP. Are pediatric patients more susceptible to major renal injury from blunt trauma? A comparative study. *J Urol* 1998;160:138-140
2. Shariat SF, Jenkins A, Roehrborn CG, Karam JA, Stage KH, Karakiewicz PI. Features and outcomes of patients with grade IV renal injury. *BJU Int* 2008;102:728-733
3. Moore EE, Shackford SR, Pachter HL, vd. Organinjuryscaling: dalak, karaciğer ve böbrek. *Travma Dergisi* . 1989; 29 (12): 1664-1666. [ PubMed ] [ Google Akademik ]
4. Alonso RC, Nacenta SB, Martinez PD, Guerrero A.Ş., Fuentes CG. Tehlike altındaki böbrek: Künt ve penetran böbrek travmasının BT bulguları. Çekilen grafiler . 2009; 29 : 2033-2053. [ PubMed ] [ Google Akademik ]
5. Amerikan Cerrahlar Koleji Travma Komitesi. Doktorlar İçin Gelişmiş Travma Yaşam Desteği . 8. baskı. Öğrenci Ders El Kitabı; 2008. [ Google Akademik ]
6. Hohenfellner. *Ürolojik Travma İlkeleri* . Avrupa Üroloji Rehberi Birliği; 2009. [ Google Akademik ]
7. Fiard G, Rambeaud JJ, Descotes JL, vd. Major renal travmanın konservatif tedavisi sonrası dimerkapto-süksinik asit sintigrafisi ile uzun dönem böbrek fonksiyon değerlendirmesi. *Üroloji Dergisi*. 2012; 187 (4): 1306-1309. [ PubMed ] [ Google Akademik ]
8. Aragona F, Pepe P, Patan D, Malfa P, D'Arrigo L, Pennisi M. Yetişkin hastalarda şiddetli künt böbrek travmasının yönetimi: Acil bir hastaneden 10 yıllık bir retrospektif inceleme. *BJU Uluslararası*. 2012; 110(5): 744-748. [ PubMed ] [ Google Akademik ]

## Bölüm 18

# ACİL SERVİSE TAM SENKOP NEDENİ İLE GELEN HASTADA SPONTAN ÖZEFAGUS RÜPTÜRÜ

Aslı ŞENER<sup>23</sup>  
Neslihan SİLİV<sup>24</sup>

### GİRİŞ

Senkop ani, geçici ve tam bilinç kaybının olduğu ve postürel tonusun korunmaması ile ilişkili, hızlı ve spontan düzelme ile birlikte olan bir semptomdur. Serebral hipoperfüzyon mekanizmasıyla oluştuğu kabul edilmektedir(1). Basit bir mekanizmayla meydana gelebileceği gibi hayatı tehdit eden bir hastalığın ilk semptomu olarak karşımıza çıkabilir. Vasavagal senkop; senkopun en yaygın nedenidir. Patofizyolojisinde vagal uyarımın refleks sonucun meydana getirdiği hipotansiyon ve bradikardi vardır. Senkop durumu çoğu zaman beraberinde travmayı da getirir. Bu nedenle sebebi basit dahi olsa çoğu zaman tedavi gerektirmektedir.

Boerhave sendromu özefagusun spontane tam kat rüptürüdür. Basınç artışına bağlı gerçekleşir. Özefagus basıncını artıran eylemler; kusma öğürme gibi bu durumdan sorumludur.

Bu olguyu sunmaktaki amacımız ilk muayene sırasında aklımıza gelmeyen bir tanı için camiasında farkındalık yaratmaktır.

### OLGU

52 yaşında erkek hasta acil servise tam senkop nedeniyle 112 tarafından getirildi. Yakınları kusakarak uykudan uyandığını söylediler. Hastanın kusmuğunu kahverengi yemek içerir şekilde tarif ettiler. Hastanın yapılan muayenesinde genel durum iyi, bilinç açık, oryante, koopere sadece olayı hatırlamıyordu. Ateş 36 derece, nabız 82/dk, pulse 98, tansiyon 135/83mmhg idi. Akciğer sesleri olağan, KVS muayenesinde S1S2 ritmik ek ses üfürüm yoktu, batın muayenesinde defans yok

<sup>23</sup> Uzman Doktor, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi Acil Tıp Kliniği,, dr.asli\_capaci@hotmail.com

<sup>24</sup> Uzman Doktor, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi Acil Tıp, neslihansiliv@gmail.com

yoktur. Erken tanı konulan, oral almamış, özofagus lümeninin içine drene olan perforasyonlarda, abdominal özofagus perforasyonu olmaması durumlarında konservatif tedavi seçilebilir(17). Ancak konservatif tedavi uygulanırken eldeki cerrahi seçeneğinin kaybedilebileceği unutulmamalıdır. Bizim hastamız da konservatif yaklaşım kriterlerine uymasına rağmen biz bu hastada direk cerrahi tedaviyi tercih ettik. Erken tanı ve cerrahi uygulanması ile sağkalım %93 olarak bildirilmiştir(18). Bu olgularda en sık seçilen cerrahi yöntem bizim de kullandığımız yöntem olan primer onarımdır(17).

Tanının geciktiği hastalarda efektif onarım güclüğü ve yüksek mortalite oranları nedeniyle nonoperatif tedavi düşünülebilir. Yapılan bazı vakalarda inoperabl hastalara geçici stent uygulanması gündeme gelmiştir. Stentin kalış süresi genelde 4-6 haftayı bulmaktadır ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir(19). Geç tanılarda ve ciddi mediastinit bulguları olan olgularda ise yaralanma sahasının çıkarılması ile özofageal diversiyon, gastrostomi/jejunostomi ve geç rekonstrüksiyon yöntemleri önerilmektedir(17).

Sonuç olarak; özofagus perforasyonu senkobun çok nadir nedenleri arasında olmasına rağmen hayati önem arz etmesi bakımından mutlaka ayırıcı tanımımızda yer almalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Boerhaave Sendromu, Özefagus

## KAYNAKLAR

1. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 2017 Aug 1;70(5):620-663 doi:10.1016/j.jacc.2017.03.002.
2. Reşorlu M, Adam G, Uysal F. A Rare Cause Of Headache: Giant Cerebral Hydatid Cyst . *Journal Of Health Sciences of Kocaeli University May 2016,vol.2,no.2,pp.15-17*
3. Vere F, House R, Gokdogan Y. A rare case of dual diagnosis in a 16-year-old girl with shortness of breath. *BMJ Case Rep.* 2017 Nov 21;2017. pii: bcr-2017-221939. doi: 10.1136/bcr-2017-221939.
4. Baron-Esquivias G, Martínez-Alday J, Martín A. Epidemiological characteristics and diagnostic approach in patients admitted to the emergency room for transient loss of consciousness: Group for Syncope Study in the Emergency Room (GESINUR) study. *Europace* 2010;869-876.
5. Costantino G, Sun B.C., Barbic F. Syncope clinical management in the emergency department: a consensus from the first international workshop on syncope risk stratification in the emergency department. *Eur Heart J.* 2016 May 14; 37(19): 1493-1498. doi: 10.1093/eurheartj/ehv378
6. Vidarsdottir H., Blondal S., Alfredsson H. Oesophageal perforations in Iceland: a whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome. *Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2010;58(8):476-480

7. Kurt A, Karaođlanođlu M, Tanrıvermiş A. Boerhaave's Syndrome: Multislice CT Findings: Case Report. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol.* 2011;18(1):38-41
8. Vallabhajosyula S., Sundaragiri P.R., Berim I.G. Boerhaave syndrome presenting as tension pneumothorax: first reported north american case. *J. Intensive Care Med.* 2016;31(5):349-352.
9. Arslan E,Şanlı M, Işık AF. Treatment For Esophageal Perforations: Analysis Of 11 Cases. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2011; 17(6): 516-520 DOI: 10.5505/tjtes.2011.41882
10. Erdoğan A, Öz N, Sarper A. Özofagus Perforasyonları; 11 Olgunun Analizi. *Gkdc Dergisi* 1999;7:57-62.
11. Roan Jn, Wu Mh. Esophageal Perforation Caused By External Air-Blast İnjury. *J Cardiothorac Surg* 2010;5:130. doi: 10.1186/1749-8090-5-130.
12. Chirica M, Champault A, Dray X. Esophageal Perforations. *J Visc Surg* 2010;147:117-28. DOI:10.1016/j.jviscsurg.2010.08.003
13. Hermansson M, Johansson J, Gudbjartsson T. Esophageal Perforation İn South Of Sweden: Results Of Surgical Treatment İn 125 Consecutive Patients. *Bmc Surg* 2010;10:31. doi. org/10.1186/1471-2482-10-31
14. Teh E, Edwards J, Duffy J. Boerhaave's Syndrome: A Review Of Management And Outcome. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2007Oct;6(5):640-3. DOI:10.1510/icvts.2007.151936
15. Özçelik C, İnci İ.(2002). Özofagus Yaralanmaları. Yüksel M, Başoğlu A. *Özofagus Hastalıklarının Tibbi Ve Cerrahi Tedavisi*. 1. Baskı. İstanbul. Bilmedya. 2002. S.77-108.
16. Shaker H., Elsayed H., Whittle I. The influence of the 'golden 24-h rule' on the prognosis of oesophageal perforation in the modern era. *Eur. J. Cardio. Thorac. Surg.* 2010; 38 (2): 216-222.
17. Yenigün B, Çelik A, Cangır Ka. Özofagus Yaralanmaları. *Ttd Toraks Cerrahisi Bülteni* 2010; 1:60-73.
18. Kiernan Pd, Sheridan Mj, Elster E. Thoracic Esophageal Perforations. *South Med J* 2003;96:158-63. DOI:10.1097/01.SMJ.0000054566.43066.B5
19. Freeman R.K., Ascoti A.J., Dake M. An assessment of the optimal time for removal of esophageal stents used in the treatment of an esophageal anastomotic leak or perforation. *Ann Thorac Surg.* 2015;100(2):422-428.
20. May 2016, Vol.2, No.2, pp. 15-17
21. Journal of Health Sciences of Kocaeli University
22. May 2016, Vol.2, N14. Kopelman Y, Abu baker F, Troiza A. Boerhaave syndrome in an elderly man successfully treated with 3-month indwelling esophageal stent. *Radiol Case Rep.* 2018Oct;13(5):10841086. doi: 10.1016/j.radcr.2018.04.026

## Bölüm 19

# KOROZİV MADDE İÇİMİNE BAĞLI GELİŞEN TOTAL MİDE NEKROZU OLGUSU

Sevda YILMAZ<sup>25</sup>

### GİRİŞ

Koroziv maddelerin içilmesi sonucunda oluşan koroziv yaralanmalar özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur (1,2).

Koroziv maddelerin kazara içilmesi bu maddelerin üretim ve satış aşamasındaki denetim eksikliğinin yanı sıra ailelerin dikkatsizliği nedeniyle de çocukluk çağında sık görülen bir sorundur. Erişkin dönemde ise bu maddeler daha çok intihar amacıyla alınmaktadır. Çocuklarda kazara içilen bu koroziv maddelerin az miktarda alınması nedeniyle gastrointestinal kanaldaki perforasyon rölatif olarak daha az ancak yetişkinlerde ise bu maddelerin genellikle intihar amaçlı veya psikiyatrik bozukluk nedeniyle aşırı miktarda alınması sonucunda perforasyonun yanı sıra, mediastinit, gastrit, peritonit vb morbiditesi ve mortalitesi yüksek klinik durumlara neden olmaktadır (3). Ayrıca larinkste meydana gelen hasar sonucu akut solunum yolu tıkanıklığı nedeniyle ani ölümler de görülebilmektedir (4).

Asidik koroziv maddeler, alkalilere nazaran gastrointestinal kanala daha yüksek oranda zarar vermektedir ancak fazla miktardaki alkali maddeler de yanıklara ve likefaksiyon nekrozuna neden olabilmektedir (5,6). Koroziv maddelere bağlı oluşan akut mide yaralanmaları midede mukozal lezyonlardan, tam kat mide duvarı yaralanmalarına kadar geniş bir yelpazede hasar oluşturabilirler. Akut geniş hasarlar ölümcül seyredebilir ve üçüncü basamak hastanelerde takip ve tedavisi gereklidir (4). Burada intihar amaçlı HNO<sub>3</sub> (nitrik asit) ve hidroklorik asit içeren ticari amaçlı satılan kireç çözücü içilmesine bağlı gelişen total mide nekrozu olgusu sunulmuştur.

<sup>25</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı syilmaz\_md@hotmail.com

Sonuç olarak, koroziv madde alımı olan hastaların klinik ve radyolojik olarak takibiyle komplikasyonların erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi, mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Koroziv madde, mide perforasyonu, mide nekrozu

**Tablo 1. Koroziv madde hasarının endoskopik sınıflaması**

Grade 0	Normal
Grade 1	Yüzeyel mukozal ödem ve eritem
Grade 2	Mukosal and submukozal ülserasyon
Grade 2A	Yüzeyel ülserasyon, erozyon, eksüda
Grade 2B	Derin ülserasyonlar
Grade 3	Nekrozlu tam kat ülserasyon
Grade 3A	Fokal nekroz
Grade 3B	Geniş nekroz
Grade 4	Perforasyon

## KAYNAKLAR

1. Ekpe EE, Ette V. Morbidity and mortality of caustic ingestion in rural children: experience in a new cardiothoracic surgery unit in Nigeria. ISRN Pediatr. 2012;2012:210632.
2. Ananthakrishnan N, Rao KS, Radjendirin P. Mid-colon oesophagocoloplasty for corrosive oesophageal strictures. Aust N Z J Surg. Mayıs 1993;63(5):389-95.
3. Chirica M, Bonavina L, Kelly MD, Sarfati E, Cattani P. Caustic ingestion. Lancet Lond Engl. 20 Mayıs 2017;389(10083):2041-52.
4. Zhu B-L, Oritani S, Ishida K, Quan L, Taniguchi M, Li D-R, vd. An acute fatality from suicidal caustic soda ingestion complicated by stab wound penetrating the stomach. Leg Med Tokyo Jpn. Mart 2002;4(1):60-3.
5. Tekant G, Eroğlu E, Erdoğan E, Yeşildağ E, Emir H, Büyükcinal C, vd. Corrosive injury-induced gastric outlet obstruction: a changing spectrum of agents and treatment. J Pediatr Surg. Temmuz 2001;36(7):1004-7.
6. Ingram DM, Bosse GM, Baldwin R. Ingestion of a denture cleanser: did it cause gastric perforation? J Med Toxicol Off J Am Coll Med Toxicol. Mart 2008;4(1):21-4.
7. Subbarao KS, Kakar AK, Chandrasekhar V, Ananthakrishnan N, Banerjee A. Cicatricial gastric stenosis caused by corrosive ingestion. Aust N Z J Surg. Şubat 1988;58(2):143-6.
8. Ciftci AO, Senocak ME, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A. Gastric outlet obstruction due to corrosive ingestion: incidence and outcome. Pediatr Surg Int. 1999;15(2):88-91.
9. Lowe JE, Graham DY, Boisubain EV, Lanza FL. Corrosive injury to the stomach: the natural history and role of fiberoptic endoscopy. Am J Surg. Haziran 1979;137(6):803-6.
10. Kanne JP, Gunn M, Blackmore CC. Delayed gastric perforation resulting from hydrochloric acid ingestion. AJR Am J Roentgenol. Eylül 2005;185(3):682-3.
11. Yarbai O, Osmanodlu H, Kaplan H, Tokat Y, Coker A, Korkut M, vd. Esophagocoloplasty in the management of postcorrosive strictures of the esophagus. Hepatogastroenterology. Şubat



- 1998;45(19):59-64.
12. Zargar SA, Kochhar R, Mehta S, Mehta SK. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrointest Endosc.* Nisan 1991;37(2):165-9.
  13. Gumaste VV, Dave PB. Ingestion of corrosive substances by adults. *Am J Gastroenterol.* Ocak 1992;87(1):1-5.
  14. Avanođlu A, Ergün O, Mutaf O. Management of instrumental perforations of the esophagus occurring during treatment of corrosive strictures. *J Pediatr Surg.* 01 Eylül 1998;33(9):1393-5.
  15. Arnold E. Corrosive and metallic poisoning. *Forensic Pathol Ed B Kn Lond.* 1996;526-32.
  16. Cattan P, Munoz-Bongrand N, Berney T, Halimi B, Sarfati E, Celerier M. Extensive abdominal surgery after caustic ingestion. *Ann Surg.* Nisan 2000;231(4):519-23.

# NADİR BİR OLGU SUNUMU: ERİŞKİNDE STRANGÜLE KONJENİTAL SAĞ ANTEROLATERAL DİYAFRAM HERNİSİ

Fatih ASLAN<sup>26</sup>

Ahmet Nurettin CENGİZ<sup>27</sup>

## GİRİŞ

Konjenital diyafragma hernilerinin (CDH) 2000–5000 canlı doğumda bir kez meydana geldiği bildirilmektedir (1). Konjenital diyafragma hernileri genellikle Bochdalek, morgagni ve santral olarak 3 tipte görülür.

Nadir bir tip olarak görülen santral tip konjenital diyafram hernisi % 2 -7 oranında görülebilir (2). Santral herni nadirdir; Diyaframdaki defekt, diyaframın santral tendinöz (amusküler) bölümünden kaynaklanır. Bu durumlarda defektin tüm kenarında diyafram kaslarının mevcut olduğu bulunmuştur (3).

Morgagni hernisi, diafragmatik krus, kostal ve sternal elemanların agenezisinden kaynaklanan ve% 2 olarak görülen konjenital bir defektir (4,5). Bu hastalar genellikle doğumdan sonra asemptomatik olup, herhangi bir semptom vermeyebilir ve bu nedenle yetişkinlik dönemine kadar teşhis edilemeyebilir. Morgagni hernisinin anatomik dağılımı sağda % 91, solda % 5 ve bilateral vakalarda % 4 olarak tespit edilmiştir. Analizler, hastaların sadece % 28'inin sunum anında gerçekten asemptomatik olduğunu göstermektedir (6).

Morgagni hernileri anatomik olarak karaciğerin korumasına rağmen sağda çok daha yaygındır. Bu eşitsizlik için bir hipotez olarak, solda daha kapsamlı olan perikardiyal bağlantıların diyaframın bu tarafı için ek destek sağlamasıdır (7). Hastaların önemli bir kısmı, MH gelişimine muhtemel katkıda bulunacak pre-dispozan koşullara sahiptir.

<sup>26</sup> Uzman Doktor, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği, drfatihhaslan66@gmail.com

<sup>27</sup> Uzman Doktor, Mehmet Akif İnan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği, anurettincengiz@gmail.com

Sonuç olarak, KDH genellikle yenidoğan ve çocukluk döneminde tanı alırlar. Nadir olarak ileri yaşta görülürler. Akut yada kronik respiratuvar veya gastrointestinal semptomları olan hastalarda semptomlara yönelik tedaviye cevap alınmıyorsa ayırıcı tanıda diyafragma hernileri göz önünde bulundurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kesime EB, Kesime CN (2011) Congenital diaphragmatic hernia: review of current concept in surgical management. ISRN Surg 2011: 974041.
2. Chandrasekharan PK, Rawat M, Madappa R et al. Congenital Diaphragmatic hernia – a review Matern Health Neonatol Perinatol. 2017; 3: 6. Doi: 10.1186/s40748-017-0045-1.
3. Intechopen (2018). Congenital Anomalies: From the Embryo to the Neonate. (22/07/2019 tarihinde <https://www.intechopen.com/books/congenital-anomalies-from-the-embryo-to-the-neonate/congenital-diaphragmatic-hernia> adresinden ulaşılmıştır).
4. Bragg WD, Bumpers H, Flynn W et al. (1996). Morgagnihernias: an uncommon cause of chest-masses in adults. AmFamPhysician 54: 2021-4.
5. Comer TP, Clagett OT (1966) Surgical treatment of hernia of the foramen of Morgagni. J Thorac Cardiovasc Surg 52: 461-8.
6. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. Surg Endosc. 2008 Jun;22(6):1413-20. doi: 10.1007/s00464-008-9754-x.
7. Aabye R (1954). Diaphragmatic hernia: right-sided sub-costosternal type in a patient with large gibbus. ActaChirScand 108:6-12.
8. Ackroyd R, Watson DI. (2000). Laparoscopic repair of a hernia of Morgagni using a suture technique. J R Coll Surg Edinb 45:400- 402.
9. Catalona WJ, Crowder WL, Chretien PB. (1972). Occurrence of hernia of Morgagni with filial cervical lung hernia: a hereditary defect of the cervical mesenchyme?. Chest62:340-342.
10. Lev-Chelouche D, Ravid A, Michowitz M et al. (1999). Morgagni hernia: unique presentations in elderly patients. J Clin Gastroenterol 28:81-82.
11. Eglinton T, Coulter GN, Bagshaw P et al. (2006). Diaphragmatic hernias complicating pregnancy. ANZ J Surg76:553-557.
12. Mullins ME, Stein J, Saini SS et al. Prevalence of incidental Bochdalek's hernia in a large adult population. AJR Am J Roentgenol. 2001;177:363-366.
13. Salacin S, Alper B, Cekin N et al. Bochdalek hernia in adult hood: a review and an auto pscycase report. J Forensic Sci. 1994;39:1112-1116.
14. Nitecki S, Mar-Maor JA. Late presentation of Bochdalek hernia: our experience and review of the literature. Isr J Med Sci. 1992;28:711-714.
15. Killeen KL, Mirvis SE, Shanmuganathan K. Helical CT of diaphragmatic rupture caused by blunt trauma. Am J Radiol. 1999;173:1611-1616.
16. Gale ME. Bochdalek hernia: prevalence and CT characteristics. Radiology. 1985;156:449-452.
17. Kinoshita F, Ishiyama M, Honda S et al. Late-presenting posterior transdiaphragmatic (Bochdalek) hernia in adults: prevalence and MDCT characteristics. J Thorac Imaging. 2009;24:17-22.
18. Döngel I, Duman L, Yazkan R et al. Surgical Treatment and Postoperative Course of Late-onset Bochdalek Hernia Respir Case Rep. 2013; 2(3): 121-125 | DOI: 10.5505/respircase.2013.83803.
19. Mullins ME, Stein J, Saini SS et al. Prevalence of incidental Bochdalek's hernia in a large adult population. AJR Am J Roentgenol 2001; 177:363-6.
20. Bağlaj M, Dorobisz U. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a literature review. Pediatr Radiol 2005; 35:478-88.

21. Eren S, Ciris F. Diaphragmatic hernia: diagnostic approaches with review of the literature. *Eur J Radiol* 2005; 54:448-59.
22. Muzzafar S, Swischuk LE, Jadhav SP. Radiographic findings in late-presenting congenital diaphragmatic hernia: help full imaging findings. *Pediatr Radiol* 2012; 42:337-42.
23. Temizöz O, Gençhellaç H, Yekeler E et al. Prevalence and MDCT characteristics of asymptomatic Bochdalek hernia in adult population. *Diagn Interv Radiol*. 2010;16:52-5.
24. Sandstrom CK, Stern EJ. Diaphragmatic hernias: a spectrum of radiographic appearances. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2011;40:95-115.
25. Takahashi R, Akamoto S, Nagao M et al. Follow-up of asymptomatic adult diaphragmatic hernia: should patients with this condition undergo immediate operation? A report of two cases *Surg Case Rep*. 2016 Dec; 2(1): 95.
26. Kilic D, Nadir A, Doner E et al. "Transthoracic approach in " surgical management of Morgagni hernia," *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, vol. 20, no. 5, pp. 1016-1019, 2001.
27. Yilmaz M, Isik B, Coban S et al. "Transabdominal approach in the surgical management of Morgagni hernia." *Surgery Today*. vol. 37, no. 1, pp. 9-13, 2007.
28. Hussong RL, Landreneau RJ, Cole FH. "Diagnosis and repair of a Morgagni hernia with video-assisted thoracic surgery". *Annals of Thoracic Surgery*. vol. 63, no. 5, pp. 1474- 1475, 1997.
29. Yavuz N, Yigitbasi R, Sunamak O et al. "Laparoscopic repair of Morgagni hernia". *Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques*. vol. 16, no. 3, pp. 173-176, 2006.
30. Durak E, Gur S, Cokmez A et al. "Laparoscopic repair of Morgagni hernia". *Hernia*, vol. 11, no. 3, pp. 265-270, 2007.
31. Pfannschmidt J, Hoffmann H, Dienemann H. "Morgagni hernia in adults: results in 7 patients". *Scandinavian Journal of Surgery*. vol. 93, no. 1, pp. 77-81, 2004.
32. Sirmali M, Tur H, Gezer S et al., "Clinical and radiologic evaluation of foramen of Morgagni hernias and the transthoracic approach," *World Journal of Surgery*. vol. 29, no. 11, pp. 1520-1524, 2005.
33. Loongand TPF, Kocher HM, "Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni". *Post graduate Medical Journal*. vol. 81, no. 951, pp. 41-44, 2005.
34. Kuster GGR, Kline LE, Garzo G, "Diaphragmatic hernia through the foramen of Morgagni: laparoscopic repair case report". *Journal of Laparoendoscopic Surgery*. vol. 2, no. 2, pp. 93-100, 1992.
35. Slaetis P. "Herniation through the foramen of Morgagni. Clinical observations in 17 operatively treated cases," *Annales chirurgiae et gynaecologiae Fenniae*. vol. 52, pp. 477-486, 1963.
36. Mdmag (2011). Laparoscopic repair of retrossternal hernia of Morgagni. (22/07/2019 tarihinde [https://www.mdmag.com/journals/surgical-rounds/2006/2006-06/2006-06\\_06](https://www.mdmag.com/journals/surgical-rounds/2006/2006-06/2006-06_06) adresinden ulaşılmıştır).
37. Singh TC, Singh CG, Lamare KN et al. Congenital diaphragmatic hernia in adult presenting with obstruction: a rare case. *Int J SciStud* 2015; 2(10):142-145.
38. Mei-Zahav M, Solomon M, Trachsel D et al. Bochdalek diaphragmatic hernia: Not only a neonatal disease. *Arch Dis Child* 2003; 88: 532-535.
39. Steiner Z, Mares AJ. Anterolateral diaphragmatic hernia: is it a Morgagni hernia? *Eur J Pediatr Surg* 1993; 3: 112-114.

# NADİR GÖRÜLEN İLEAL ANJİOMYOLİPOMLU BİR OLGUNUN İLEOKOLİK İNTUSSUSEPSİYONUNA BAĞLI İNTERMİTTAN İNTESTİNAL OBSTRUKSİYON

Azmi LALE<sup>28</sup>

## GİRİŞ

Gastrointestinal sistemde yer alan proksimal bağırsak segmentinin mezenterik yapıları ile birlikte teleskopik şekilde komşu distal bağırsak ansı ile invajinasyonuna *intussusepsiyon* denir. Sıklıkla gastrointestinal trakt boyunca serbest hareket eden segmentin hemen komşuluğunda retroperitoneal alana tespitli olan segmente invajinasyonu ile oluşur (1) (Şekil 1). Özellikle çocukluk çağında görülen akut karın nedenleri arasında akut apandisitiden sonra 2. sırada yer alırken intestinal obstruksiyon nedenleri arasında ise 1. sıradadır (2). Çocuklarda klinik semptomları klasik triad olan kusma ile birlikte olan kolik tarzında ağrı, kanlı dışkılama ve karın muayenesinde palpasyonda tipik sosis şeklinde ele gelen kitle bulgusudur.

Genel olarak intussusepsiyon gelişen hastaların yaklaşık %5-10'u erişkin popülasyonda görülmektedir ve parsiyel obstruksiyon bulgularının daha fazla olması nedeniyle klinik bulguları sıklıkla çocuklardan farklı olarak nonspesifiktir. (3-5). İntussusepsiyon nedeni ile venöz drenajdaki kısıtlılığa bağlı olarak ilgili bağırsak segmentlerinde ödem, iskemi ve daha da kötüsü nekroz gelişebilmektedir (4). Hastaların kliniği obstruksiyonun derecesi ve dokudaki kanlanma bozukluğu ile orantılı olarak intermittan, kronik, subakut ya da akut karın gibi geniş bir konjonktürde seyredebilir. Semptomlar saatler içerisinde başlamış ya da 1 yıldan daha fazla süredir devam ediyor olabilir (6). Klinikte sıklıkla karşılaşılabileceğimiz semptomlar; müphem ya da şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon, kabızlık, hematokezya, melena, kilo kaybı ve ateştir (3). Hastaların yalnızca %25-50'sinde karında palpable kitle saptanabilir (6).

<sup>28</sup> Uzman Doktor, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilimdalı, dr.azmilale@hotmail.com

4. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997 Feb;173(2):88-94
5. Brayton D, Norris WJ. Intussusception in adults. *Am J Surg.* 1954 Jul;88(1):32-43.
6. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception; case report of recurrent intussusception and review of the literature. *Am J Surg.* 1976 Jun;131(6):758-61.
7. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol.* 2009 Jan 28;15(4):407-11. Review.
8. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics.* 2006 May-Jun;26(3):733-44. Review.
9. Sandrasegaran K, Kopecky KK, Rajesh A, Lappas J. Proximal small bowel intussusceptions in adults: CT appearance and clinical significance. *Abdom Imaging.* 2004 Nov-Dec;29(6):653-7.
10. Gordon RS, O'Dell KB, Namon AJ, Becker LB. Intussusception in the adult—a rare disease. *J Emerg Med.* 1991 Sep-Oct;9(5):337-42.
11. Martignoni G, Amin MB. Angiomyolipoma. World Health Organization classification of tumours. In: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editors. *Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs.* Lyon, France: IARC Press; 2004. p. 65–7.
12. Nelson CP, Sanda MG. Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma. *J Urol.* 2002 Oct;168(4 Pt 1):1315-25. Review.
13. Kim YD, Jeong SC, Jeon HW, Song SW, Shin OR, Choi SY. Successful thoroscopic resection of a large mediastinal angiomyolipoma. *J Thorac Dis.* 2017 May;9(5):E427-E431.
14. Chen GX, Wang MH, Hu CL, Tang GC, Han FG. Angiomyolipoma of the rib: A rare case report. *Mol Clin Oncol.* 2016 Jan;4(1):126-128. Epub 2015 Nov 5.
15. Weindling SM, Menke DM, Bolger WE. Maxillary sinus angiomyolipoma: A case report and overview. *Ear Nose Throat J.* 2015 Jul;94(7):E1-4.
16. Gemenetzis G, Kostidou E, Goula K, Smyrniotis V, Arkadopoulos N. Angiomyolipoma of the thoracic: an extremely rare diagnostic challenge. *Case Rep Surg.* 2014;2014:576970.
17. Lee SJ, Yoo JY, Yoo SH, Seo YH, Yoon JH. Uterine angiomyolipoma with metastasis in a woman with tuberous sclerosis: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2013;34(4):339-42.
18. Costa S, Tente D, Costa A, Maciel J. Sporadic exophytic hepatic angiomyolipoma. *BMJ Case Rep.* 2012 Oct 10;2012.
19. Ammanagi AS, Dombale VD, Shindholimath VV. Cutaneous angiomyolipoma. *Indian Dermatol Online J.* 2013 Jul;4(3):255-6.
20. Maluf H, Dieckgraefe B. Angiomyolipoma of the large intestine: report of a case. *Mod Pathol.* 1999 Dec;12(12):1132-6.
21. Maesawa C, Tamura G, Sawada H, Kamioki S, Nakajima Y, Satodate R. Angiomyolipoma arising in the colon. *Am J Gastroenterol.* 1996 Sep;91(9):1852-4.
22. Chen JS, Kuo LJ, Lin PY, Changchien CR. Angiomyolipoma of the colon: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2003 Apr;46(4):547-9. Review.
23. Hikasa Y, Narabayashi T, Yamamura M, et al. Angiomyolipoma of the colon: a new entity in colonic polypoid lesions. *Gastroenterol Jpn.* 1989 Aug;24(4):407-9.
24. Lin CY, Chen HY, Jwo SC, Chan SC. Ileal angiomyolipoma as an unusual cause of small-intestinal intussusception. *J Gastroenterol.* 2005 Feb;40(2):200-3.
25. Friis J, Hjortrup A. Extrarenal angiomyolipoma: diagnosis and management. *J Urol.* 1982 Mar;127(3):528-9.
26. Lee CH, Kim JH, Yang DH, et al. Ileal angiomyolipoma manifested by small intestinal intussusception. *World J Gastroenterol.* 2009 Mar 21;15(11):1398-400.
27. Queiroz RM, Botter LA, Gomes MP, Oliveira RG. Enteroenteric intussusception in an adult caused by an ileal angiomyolipoma. *Radiol Bras.* 2015 Sep-Oct;48(5):339-40.

## Bölüm 22

# İNCE BARSAK METASTAZINA BAĞLI OBSTRÜKSİYON İLE PREZENTE OLAN TİROİD ANJİOSARKOMU

Ahmet TÜRKAN<sup>29</sup>

Gürkan DEĞİRMENCİOĞLU<sup>30</sup>

## GİRİŞ

Anjiosarkomlar, damar endotelinden çıkan ve damar yapısını taklit eden, nadir rastlanan malign vasküler tümörlerdendir. Yumuşak doku neoplazmalarının çok nadir görülen bir formu olup, tüm sarkomların %1'inden daha azında saptanmıştır. En sık deri ve derin yumuşak dokuda görülmektedir (1). Epitelial anjiosarkom karakteristik olarak kısa sürede büyüme ve metastaz yapma özelliğine sahip bir tümördür. Erken tanı ve tedaviye rağmen prognozu kötüdür (2). İnce barsak, primer ve metastatic anjiosarkom için oldukça ender bir lokalizasyondur (3). Bu yazı ileus nedeni ile ameliyata aldığımız ve tiroid epiteloid angiosarkomunun ince barsağa metastazı ile karşılaştığımız bir olgu nedeni ile tiroid epitelyal anjiosarkomunun güncel bilgiler ışığında değerlendirilmesini içermektedir.

## VAKA

Yetmiş üç yaşında kadın hasta bulantı, kusma ve karında distansiyon şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 3 yıldır devam eden inatçı anemi nedeni ile 18 ay önce üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldığı, aneminin nedeninin bulunamadığı ve son günlerde derinleşen anemi nedeni ile kan transfüzyonu yapıldığı öğrenildi. Başka bir hastanede 22 gün önce tiroidektomi yapıldığı, preoperatif yapılan tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi ve postoperatif tiroidektomi materyallerinin histopatolojik incelemelerinde tüm kesitlerde nekroz olduğu için tanı konulamadığı öğrenildi. Fizik muayenede; batında distansiyon, barsak seslerinde artış ve hassasiyet vardı. Defans veya rebound hassasiyet yoktu. Melanası vardı.

<sup>29</sup> Uzman Doktor, Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, draturkan@gmail.com

<sup>30</sup> Uzman Doktor, Hatay Kırıkhan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, gurkan\_degirmencioglu@hotmail.com

## KAYNAKLAR

1. Turan M, Karadayı K, Duman M, et al. Small bowel tumors in emergency surgery. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2010;16:327-333.
2. Al Ali J, Ko HH, Owen D, et al. Epithelioid angiosarcoma of the small bowel. *Gastrointest Endosc.* 2006;64:1018-1021. Doi: 10.1016/j.gie.2006.04.020
3. Grewal JS, Daniel AR, Carson EJ, et al. Rapidly progressive metastatic multicentric epithelioid angiosarcoma of the small bowel: a case report and a review of literature. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23(8):745-56. Doi: 10.1007/s00384-007-0420-x.
4. Schmitz-Rixen T, Horsch S, Arnold G, et al. Angiosarcoma in primary lymphedema of the lower extremity-Stewart Treves syndrome. *Lymphology.* 1984;17:50-54.
5. Coindre JM, Terrier P, Guillou L, et al. Predictive value of grade for metastasis development in the main histologic types of adult soft tissue sarcomas: a study of 1240 patients from the French Federation of. *Cancer.* 2001 May 15;91(10):1914-26. Doi:10.1002/1097-0142(20010515)91:10<1914::aid-cncr1214>3.0.co;2-3
6. De Vita Vincent T, Chang E Alfred, Rosenberg A Steven. *Cancer principles and practice of oncology-sarcomas of soft-tissues.* Third Ed 1989; 1345-98.
7. Rosai J, Carcangiu ML, DeLellis RA. *Sarcomas.* In: Atlas of tumor pathology. Tumors of the thyroid gland, 3rd series, Armed Forces Institute of Pathology; 1992.
8. Procces S, Schroeyers P, Delos M et al. Angiosarcoma of the thyroid and concurrent hyperthyroidism. *J Endocrinol Invest.* 1998;21:67-69. Doi: 10.1007/BF03347289
9. De Felice F, Moscatelli E, Orelli S, et al. Primary thyroid angiosarcoma: A systematic review. *Oral Oncol.* 2018 Jul;82:48-52. Doi: 10.1016/j.oraloncology.2018.05.004.
10. Schmid E, Port SJ, Carroll RM, et al. Primary metastasizing aortic endothelioma. *Cancer.* 1984;54(7):1407-11. Doi: 10.1002/1097-0142(19841001)54:7<1407::aid-cncr2820540729>3.0.co;2-7
11. Kunkel D, Duval JL, Bouchiat C, et al. Angiosarcoma of the aorta revealed by an intestinal metastasis. *Gastroenterol Clin Biol.* 1993;17(2):139-41.
12. Bandorski D, Arps H, Jaspersen D, et al. Severe intestinal bleeding caused by intestinal metastases of a primary angiosarcoma of the thyroid gland. *Z Gastroenterol.* 2002;40(9):811-4. Doi: 10.1055/s-2002-33876
13. Hsu JT, Lin CY, Wu TJ, et al. Splenic angiosarcoma metastasis to small bowel presented with gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol.* 2005;11(41):6560-2. DOI: 10.3748/wjg.v11.i41.6560
14. Ruffolo C, Angriman I, Montesco MC, et al. Unusual cause of small bowel perforation: metastasis of a subcutaneous angiosarcoma of the head. *Int J Colorectal Dis.* 2005;20(6):551-2. Doi: 10.1007/s00384-004-0684-3
15. Santonja C, Martín-Hita AM, Dotor A, Costa-Subias J. et al. Intimal angiosarcoma of the aorta with tumour embolisation causing mesenteric ischaemia. Report of a case diagnosed using CD31 immunohistochemistry in an intestinal resection specimen. *Virchows Arch.* 2001;438(4):404-7.
16. Uchihara T, Imamura Y, Iwagami S, et al. Small bowel perforation due to indistinguishable metastasis of angiosarcoma: case report and brief literature review. *Surgical Case Reports.* 2016;2:42. Doi: 10.1186/s40792-016-0169-y.
17. Meis-Kindblom JM, Kindblom LG. Angiosarcoma of soft tissue: a study of 80 cases. *Am J Surg Pathol.* 1998;22:683-689.
18. Vorburgen SA, Xing Y, Hunt KK, et al. Angiosarcoma of the breast. *Cancer.* 2005;104:3682-2688. Doi: 10.1002/cncr.21531
19. Riad S, Biau D, Holt GE, et al. The clinical and functional outcome for patients with radiation-induced soft tissue sarcoma. *Cancer.* 2012;118:2662-2692. Doi: 10.1002/cncr.26543.



20. Fletcher CDM, Beham A, Bekir S, et al. Epithelioid angiosarcoma of deep soft tissue: a distinctive tumor readily mistaken for an epithelial neoplasm. *Am J Surg Pathol.* 1991;15:915-921.
21. Eusebi V, Carcangiu ML, Dina R, et al. Keratin-positive epithelioid angiosarcoma of thyroid. A report of four cases. *Am J Surg Pathol.* 1990;14:737-747. Doi: 10.1097/00000478-199008000-00004.
22. Young RJ, Brown NJ, Reed MW, et al. Angiosarcoma. *Lancet Oncol.* 2010;11:983-991. Doi: 10.1016/S1470-2045(10)70023-1.
23. Khalil MF, Thomas A, Aassad A, et al. Epithelioid angiosarcoma of the small intestine after occupational exposure to radiation and polyvinyl chloride: a case report and review of literature. *Sarcoma.* 2005;9:161-164. Doi: 10.1080/13577140500389069.
24. Cutlan RT, Greer JT, Wong FS, et al. Immunohistochemical characterization of thyroid gland angiomatoid tumors. *Exp Mol Pathol.* 2000 Oct;69(2):159-64. Doi: 10.1006/exmp.2000.2323
25. Watanabe K, Hoshi N, Suzuki T, et al. Epithelioid angiosarcoma of the intestinal tract with endothelin-1-like immunoreactivity. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol.* 1993;423:309-314.
26. Naka N, Ohasawa M, Tomita Y, et al. Prognostic factors in angiosarcoma: a multivariate analysis of 55 cases. *J Surg Oncol.* 1996;61:170-6. Doi: 10.1002/(SICI)1096-9098(199603)61:3<170::AID-J-SO2>3.0.CO;2-8
27. Allison KH, Yoder BJ, Bronner MP, et al. Angiosarcoma involving the gastrointestinal tract: a series of primary and metastatic cases. *Am J Surg Pathol.* 2004;28:298-307.
28. Rhomberg W, Boehler F, Eiter H, et al. Treatment options for malignant hemangio endotheliomas of the thyroid. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2004 Oct 1;60(2):401-5. Doi: 10.1016/j.ijrobp.2004.03.023
29. Fraiman G, Ganti AK, Potti A, et al. Angiosarcoma of the small intestine: a possible role for thalidomide? *Med Oncol.* 2003;20:397-402. Doi: 10.1385/MO:20:4:397

## Bölüm 23

# NADİR GÖRÜLEN BİR AKUT BATIN NEDENİ: YENİ TANI CROHN HASTALIĞINA BAĞLI SPONTAN TERMİNAL İLEUM PERFORASYONU

Alper VARMAN<sup>31</sup>

### GİRİŞ

İnflamatuvar barsak hastalıklarının iki ana tipinden biri olan Crohn hastalığı, sıklıkla karın ağrısı, ishal ve kilo kaybı semptomları ile tanı alsa da tutulumun olduğu bölgeye, inflamasyon düzeyine ve gelişen komplikasyonlara göre farklı klinik bulgular oluşturabilmektedir(1). Hastalık gastrointestinal sistem traktının rektum haricindeki bir veya birkaç bölgesini atlamalı olarak tutabilir. Kronik inflamasyon ile karakterizedir. Başlangıçta ince barsak mukozasında yüzeysel ülserler görülmekte iken hastaların ileri döneminde transmural tam kat barsak duvarı tutulumu görülebilir. Tekrarlayan ataklar sonucu barsak mukozasındaki yüzeysel ülserlerin birleşmesi sonucu kaldırım taşı görüntüsü oluşabilir. Tutulan barsak segmentinde, mezenterik yağ dokuların barsak serozası üzerinden antimezenterik tarafa doğru ilerlemiş olmasının görülmesi Crohn hastalığı için patognomoniktir. Bu morfolojik bulgu cerrahi sırasında akut veya kronik dönemde hastalık tarafından tutulmuş barsak segmentinin tesbit edilmesine olanak sağlamaktadır (2).

Hastalığın tanısı genellikle klinik bulgular sonrası yapılan endoskopi ve biyopsi ile konur. Hastalığın semptomlarının nonspesifik olması nedeniyle çoğu zaman klinik başlangıcından birkaç yıl sonra kesin tanı konulabilir. Bazen hastalığa bağlı akut gelişen bir komplikasyon nedeniyle (obstrüksiyon, abse, perforasyon) yapılan cerrahi işlem sırasında tanı konulabilmektedir (2).

### OLGU SUNUMU

24 Yaşında erkek hasta gece başlayan ve şiddeti giderek artan karın ağrısı şikayeti ile öğlen saatlerinde genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Bilinen kronik hastalığı ve daha önce geçirilmiş cerrahi operasyonu yoktu. Ara ara mide yanması nede-

<sup>31</sup> Uzman Doktor, Yozgat Yerköy Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, alp.varman@gmail.com

hastaların % 60'ında gelişmektedir. Ortalama reoperasyon gereksinimi süresi 7 ila 10 yıl olmakla beraber hastaların 3'te biri 5 yıl sonunda yeniden operasyon geçirmektedir (9).

## Sonuç

Akut batın, hızlı bir biçimde ayırıcı tanısının yapılması ve eğer gerekiyorsa zaman kaybetmeden cerrahi tedavisinin yapılması gereken önemli bir durumdur. Cerrahi akut batının yaygın sebeplerinden birisi de perforasyonlardır. Görüntüleme yöntemleri ile periton boşluğunda hava tesbit edilmesiyle perforasyon tanılabilmekte ancak çoğu zaman perforasyonun lokalizasyonu konusunda net bilgi alınamamaktadır. En sık peptik ülser perforasyonları görülse de nadir sebeplerle ve lokalizasyonlarda da perforasyonlar görülebilmektedir. Akut batın nedeniyle operasyona alınan hastalarda henüz tanı almamış Crohn hastalığına bağlı perforasyon da olabileceği akla getirilmelidir. İntraoperatif crohn hastalığı tanısı konulduğunda yapılacak cerrahi işlem planlanırken hastanın ameliyattan sonraki hayatında hastalığın seyri ve klinik takibinin gerekleri göz önüne alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut batın, perforasyon, crohn hastalığı

## KAYNAKLAR

1. Brunicaudi, F. C. Schwartz Principle's of Surgery (Tenth edit) LA: McGraw-Hill
2. Brunicaudi, F. C. (2016) Schwartz Principle's of Surgery. Ali Tavakkoli (Ed.) Small intestine içinde (1137-1174)
3. Stone R. Acute abdominal pain. Lippincotts Prim Care Pract. 1998 Jul-Aug;2(4):341-57.
4. Türk Cerrahi Derneği (2018) Akut Karın (22/07/2019 tarihinde [http://www.turkcerrahi.com/makaleler/akut-karin/#Akut%20Kar%C4%B1n%20\(A%C4%9Fr%C4%B1s%C4%B1\)%20Nedir](http://www.turkcerrahi.com/makaleler/akut-karin/#Akut%20Kar%C4%B1n%20(A%C4%9Fr%C4%B1s%C4%B1)%20Nedir) adresinden ulaşılmıştır.
5. Solberg IC, Vatn MH, Hoie O. Et al. Clinical course of Crohn's disease: result of a Norwegian population-based ten-year follow up study. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5:1430
6. Gardine KR, Dasari BV. Operative management of small bowel crohn's disease. Surg. Clin North Am. 2007;87,587.
7. Fazio VW, Marchetti F, Church JM. Et al. Effect of resection margins on the recurrence of Crohn's disease of the small bowel. Ann surg. 1996;224:563
8. Delaney CP, Fazio VW. Crohn's disease of the small bowel. Surg Clin N Am. 2001;81:137
9. Penner RM, Madsen KL, Fedorak RN. Postoperative Crohn's disease. İnflamm Bowel Dis. 2005;11:765

## Bölüm 24

# SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZİS'Lİ HASTADA İNCE BAĞIRSAKTA, SPONTAN PERFORASYON

Veli VURAL<sup>32</sup>

### GİRİŞ

Sistemik lupus eritematozis (SLE), hemen hemen tüm sistemleri ve organları etkileyebilen sistemik, otoimmün, inflamatuvar hastalıktır. SLE'den en çok etkilenen sistemler cilt ve kas-iskelet sistemi, hematopoetik ve kardiyopulmoner sistemlerdir (1). Gastrointestinal komplikasyonlar, SLE'li hastaların en dikkat çeken komplikasyonlarından. Lupus enterititi, görüntü ve/veya biyopsi bulgularıyla desteklenen ince bağırsakta görülen vaskülit veya iltihap olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlama hastalığın geniş aralığını vurgulamıştır(2). Lupus enteritinin tipik bilgisayarlı tomografi (BT) özellikleri, bağırsak duvarı ödemi, mezenterik anormallikleri ve asiti içerir. Lupus enteriti steroid tedavisine duyarlıdır ve tipik olarak mükemmel bir prognoza sahiptir. Doğru tedavi edilmezse, nadiren intestinal nekroz ve perforasyon gelişebilir (3). Sistemik lupus eritematozise bağlı gelişen ince bağırsak perforasyonu ve nekrozu, her ne kadar nadir olsa da, yüksek mortalite oranlarına sahiptir. İnce bağırsak perforasyonunun nedeni SLE'nin neden olduğu mezenterik vaskülit ve trombozdur(4, 5).

Bu çalışmada, cerrahi müdahale gerektiren bağırsak perforasyonlu bir SLE vakası bildirmiştir.

### OLGU SUNUMU

Otuz beş yaşında kadın hasta iki aydır devam eden, kolik tarzında, hipogastrik, sağ ve sol alt kadrantlarda karın ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hikâyesinde karın ağrısının 10 dakika kadar sürdüğü, ağrı şikâyetine günde 3-4 kez

<sup>32</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, velivural1980@hotmail.com

Bağırsak perforasyonu olan SLE hastalarının prognozu kötüdür. Bu nedenle erken tanı ve uygun müdahaleler hastalığın yönetimi için çok önemlidir. SLE vakalarının çoğunun, bağışıklık sistemini zayıflattığı bilinen uzun süreli kortikosteroid ve immünosupresan kullanıcıları olduğu bulunmuştur. SLE hastalarında, SLE'siz bireylere göre herhangi bir cerrahi müdahale daha risklidir(21).

Sonuç olarak, SLE hastalarında bağırsak perforasyonu oldukça nadirdir; ancak, potansiyel olarak yaşamı tehdit edici olabilir. Erken tanı ve hızlı tedavi, SLE'nin bu nadir komplikasyonunun tedavisi için çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, intestinal perforasyon

## KAYNAKLAR

1. Meszaros, Z.S., Perl A., and Faraone M.S., *Psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus: a systematic review*. The Journal of clinical psychiatry, 2012. **73**(7): p. 993-1001.
2. Agmon-Levin, N., Mosca M., Petri M., et al., *Systemic lupus erythematosus one disease or many?* Autoimmunity reviews, 2012. **11**(8): p. 593-595.
3. Chng, H., Tan, B.E., Teh, C.L., et al., *Major gastrointestinal manifestations in lupus patients in Asia: lupus enteritis, intestinal pseudo-obstruction, and protein-losing gastroenteropathy*. Lupus, 2010. **19**(12): p. 1404-1413.
4. Janssens, P., Arnaud, L., Galicier, L., et al., *Lupus enteritis: from clinical findings to therapeutic management*. Orphanet journal of rare diseases, 2013. **8**(1): p. 67.
5. Malaviya, A.N., Sharma, A., Agarwal, D., et al., *Acute abdomen in SLE*. International journal of rheumatic diseases, 2011. **14**(1): p. 98-104.
6. Freeman, H.J., *Spontaneous free perforation of the small intestine in adults*. World Journal of Gastroenterology: WJG, 2014. **20**(29): p. 9990.
7. Hosoglu, S., Aldemir, M., Akalin, S., et al., *Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever*. American Journal of epidemiology, 2004. **160**(1): p. 46-50.
8. Monson, J.R. and Weiser, M.R., *Sabiston Textbook of Surgery, The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. 2008, Springer.
9. Ines, O.J., *Schwartz's Principles of Surgery*. Annals of Surgery, 2010. **251**(4): p. 772.
10. Lei, L., Muhammad, S., Al-Obaidi, M., et al., *Successful use of ofatumumab in two cases of early-onset juvenile SLE with thrombocytopenia caused by a mutation in protein kinase C  $\delta$* . Pediatric Rheumatology, 2018. **16**(1): p. 61.
11. Hartman, E.A., Royen-Kerkhof, A., Jacobs, W.G., et al., *Performance of the 2012 Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria versus the 1997 American College of Rheumatology classification criteria in adult and juvenile systemic lupus erythematosus. A systematic review and meta-analysis*. Autoimmunity reviews, 2018. **17**(3): p. 316-322.
12. Inês, L., Silva, C., Galindo, M., et al., *Classification of systemic lupus erythematosus: Systemic Lupus International Collaborating Clinics versus American College of Rheumatology criteria. A comparative study of 2,055 patients from a real-life, international systemic lupus erythematosus cohort*. Arthritis care & research, 2015. **67**(8): p. 1180-1185.
13. Buck, A., Serebro, L. and Quinet, R., *Subacute abdominal pain requiring hospitalization in a systemic lupus erythematosus patient: a retrospective analysis and review of the literature*. Lupus, 2001. **10**(7): p. 491-495.
14. Lee, C., Ahn, M.S., Lee, E.Y., et al., *Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: focus on lupus enteritis (gastrointestinal vasculitis)*. Annals of the rheumatic diseases, 2002. **61**(6): p. 547-550.

15. Firestein, G.S., Budd, R.C., Gabriel, S.E., et al., *Kelley's Textbook of Rheumatology E-Book*. 2012: Elsevier Health Sciences.
16. Leuchten, N., Hoyer, A., Brinks, R., et al., *Performance of antinuclear antibodies for classifying systemic lupus erythematosus: a systematic literature review and meta-regression of diagnostic data*. *Arthritis care & research*, 2018. **70**(3): p. 428-438.
17. Cunha, J.S. and Gilek-Seibert, K., *Systemic lupus erythematosus: A review of the clinical approach to diagnosis and update on current targeted therapies*. *Rhode Island Medical Journal*, 2016. **99**(12): p. 23.
18. Rajagopalan, S., *Systemic Lupus Erythematosus*, in *Consults in Obstetric Anesthesiology*. 2018, Springer. p. 575-577.
19. Tian, X.-P. and Zhang, X., *Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: insight into pathogenesis, diagnosis and treatment*. *World journal of gastroenterology: WJG*, 2010. **16**(24): p. 2971.
20. Khairullah, S., Jasmin, R., Yahya, F., et al., *Chronic intestinal pseudo-obstruction: a rare first manifestation of systemic lupus erythematosus*. *Lupus*, 2013. **22**(9): p. 957-960.
21. Kishimoto, M., Nasir, A., Mor, A., et al., *Acute gastrointestinal distress syndrome in patients h systemic lupus erythematosus*. *Lupus*, 2007. **16**(2): p. 137-141.

## Bölüm 25

# NADİR BİR İLEUS NEDENİ; ABDOMİNAL KOZA

Osman UYAR<sup>33</sup>

### GİRİŞ

İleus; bağırsak içeriğinin akışının mekanik veya işlevsel olarak kısmen veya tam durması olarak tanımlanabilir. Mekanik ileus, birçok nedene bağlı gelişmeyle birlikte en sık nedeni geçirilmiş operasyonlara bağlı oluşan yapışıklıklardır. Vakaların %80'inde yapışıklıklar ince bağırsak seviyesindedir (1). Bu kısımda nadir bir mekanik obstrüksiyon nedeni olan abdominal koza sendromundan bahsedilecektir.

Abdominal koza sendromu (AKS); total veya parsiyel olarak karın içi organların fibrotik bir kapsül ile sarılı olduğu bir durum olup primer (idiopatik) ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Nadir olarak görülmektedir ve mekanik intestinal obstrüksiyon bulguları ile seyreden bir hastalıktır. Genellikle de obstrüksiyon ince bağırsaklar seviyesinde olmaktadır. Hastalığın idiopatik formuna abdominal koza sendromu denilmektedir. Sekonder olarak sınıflanan hastalıkta etyolojide periton diyalizi, tüberküloz, ilaçlar, peritoneal kemoterapi, peritoneal şant gibi nedenler tespit edilebilir. Genellikle hastaların preoperatif tanısının koyulması oldukça zordur. Hastalar kısmi veya tam intestinal obstrüksiyon bulguları ile başvurur. Distansiyon, bulantı-kusma, gaz-gaita çıkışının olmaması ve karın ağrısı belirgin semptomlarıdır. Laboratuvar ve radyolojik görüntülemeler tanıya yardımcı olabilir ancak çoğu vakada hastalığın tanısı ileusun tedavisi amacı ile yapılan cerrahi ile koyulmaktadır.

<sup>33</sup> Uzman doktor, Özel Doğu Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, dr.osmanuyar@gmail.com

## Sonuç

Abdominal koza sendromu, genellikle tropikal bölgelerde yaşayan genç kadınlarda görülmektedir (2,3). Bu sendrom da fibröz membran ile sarılı bir kese içerisinde bağırsak anslarının olduğu peritoneal adezyonlar mevcuttur ve hastalar akut veya kronik intestinal obstrüksiyonla başvurmaktadırlar (4). Çoğu hastada etyolojik bir neden bulunamaz, ancak beta bloker kullanımı, peritoneal diyaliz, tüberküloz, peritoneal şant, intraperitoneal kemoterapi ve siroz gibi nedenlere bağlı olarak gelişebildiği bildirilmiştir.

Tüberküloz da sekonder abdominal koza hastalığının nedenlerinden biridir. Aslında peritoneal tüberküloz tutulumu çok yaygın değildir. Bununla birlikte abdominal koza sendromuna neden olan tüberküloz tutulumu peritoneal tutulumuna göre oldukça nadirdir (5). Tüberküloza bağlı peritoneal hastalığının tanısında peritoneal sıvıda ADA çalışılması tanıda oldukça yararlıdır ve testin spesifitesi %96, sensitivitesi %100 olarak bildirilmiştir (6).

Hastalığın preoperatif dönemde tanısı oldukça zordur. Tomografik incelemeler preoperatif tanı koymada yardımcı olabilir. Tüm bunlara rağmen hastaların çoğunda tanı, ileus nedeni ile yapılan laparotomi veya laparoskopik inceleme ile koyulmaktadır (7,8).

Ana tedavi yöntemi cerrahidir. Genelde cerrahi olarak fibröz membranın di-seksiyonu ve rezeke edilmesi ile obstrüksiyon tablosu düzelmekle birlikte bazı hastalarda bağırsak rezeksiyonu gerekebilir (9). Hastalığın prognozu genelde çok iyidir nüks oldukça nadir olarak saptanmaktadır (10).

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal koza, ileus, mekanik bağırsak obstrüksiyonu

## KAYNAKLAR

1. Vilz T O, Stoffels B, Strassburg C, et al. Ileus in adults: Pathogenesis, investigation and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017;114:29-30.
2. Foo KT, Ng KC, Rauff A et al. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon. *Br J Surg*. 1978; 65: 427-30.
3. Sahoo SP, Gangopadhyay AN, Gupta DK, et al. Abdominal cocoon in children: a report of four cases. *J Pediatr Surg*. 1996;31:987-8.
4. Kumar A, Ramakrishnan TS, Sahu S, et al. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis-is a preoperative diagnosis possible? Report of 3 cases. *Surg Today*. 2009; 39: 610-14.
5. Meng Z X, Liu Y, Wu R, et al. Tuberculous abdominal cocoon mimicking peritoneal carcinomatosis. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2019; 8: 108.
6. Voigt MD, Kalvaria I, Trey C, et al. Diagnostic value of ascites adenosine deaminase in tuberculous peritonitis. *Lancet*. 1989;1:751-4.
7. Tu JF, Huang XF, Zhu GB, et al. Comprehensive analysis of 203 cases with abdominal cocoon. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2006;9:133-5.



8. Ertem M, Ozben V, Gok H, et al. An unusual case in surgical emergency:abdominal cocoon and its laparoscopic management. J Minim Access Surg2011;7(July-September (3)):184-6.
9. Zia Ur Rehman. Cocoon abdomen – A rare cause of intestinal obstruction. International Journal of Surgery Case Reports 2015;11: 95-97.
10. Sieck JO, Cowgill R, Larkworthy W. Peritoneal encapsulation and abdominal cocoon. Gastroenterology 1983;84:1597-601.

## Bölüm 26

# TANIYA GÖTÜREN KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMASI: HAVYAR APANDİSİT

Hakan YİĞİTBAŞ<sup>34</sup>

### GİRİŞ

İlk apandektomi 1736 yılında Londra St. George Hastanesinden Claudius Amyand'ın yaptığı sanılmaktadır. Amyand onbir yaşındaki skrotal hernili bir erkek çocukta fekal fistül tespit etmiş ve fitik kesesi içinde perforate apandiksi bularak çıkarmıştır. 1839 yılına gelindiğinde Baron Guillaume Dupuytren sağ alt kadranda ağrısının başlıca nedeninin çekum inflamasyonu olduğunu öne sürerek bu hastalığa 'tifilitis' ve 'peritifilitis' diye adlandırmıştır(1).

Apandisit tanı ve tedavisinde en büyük katkıyı yapan Charles McBurney 1889 yılında New York Medical Journal'de apandisitte erken apandektomi endikasyonlarını ve 'gridiron' da denilen McBurney noktasını tanımlamıştır(2). Semm 1983 yılında ilk laparoskopik apandektomi yapmıştır (3).

Yaşam boyu apandisit olma olasılığı ortalama %7 kadardır. Erkeklerde %8.6 iken kadınlarda bu oran %6.7 dir. Amerikada yıllık apandisit sıklığı 1/1000 iken tüm dünyada bu oran 10.000 de 86 kadardır(4).

Havyar apandisit veya miksoglobulosis özel bir mukosel türüdür. Apendiks mukoselinin görülme sıklığı apandektomi örneklerinin % 0.2-0.3 olarak tahmin edilir iken bu mukosellerin %0.35-0.8'ini miksoglobulosis oluşturur(5). Opaque globüllerin varlığı ile karakterize edilir. Globüller mukoid materyalden oluşur. Balık yumurtası veya kurbağa larvalarını andıran kümeler oluştururlar. Havyar apandisit pek çok vakada otopsilerde rastlantısal olarak veya başka nedenler için yapılan laparotomilerde fark edilir.

<sup>34</sup> Uzman Doktor, Bağıcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, [drhyigitbas@yahoo.com.tr](mailto:drhyigitbas@yahoo.com.tr)

ile birlikte, çekumda pürüzsüz polipoid dolum defekti gösterebilir (19). Kolonoskopi, solunum hareketi ile içeri ve dışarı doğru hareket eden pürüzsüz camısı submukozal veya ekstramukozal bir çekal kitle gösterebilir; bu endoskopik işaret, 'kapana kısılmış balon' işareti olarak tanımlanmıştır. (18) Ultrason ve bilgisayarlı tomografi teşhisi koymada tamamlayıcı olabilir (20).Bizim vakamızda hastanın evissere organlı KDAY olması nedeniyle preoperatif görüntüleme yapılamamıştır.

Klinik ve radyolojik ayırıcı tanılar, polipoid adenom, adenokarsinom, lipom, lenfoma, prolapsus ve intussusepsiyonlar gibi apandiksin diğer lezyonlarını içerir (21). Genellikle rastlantısal olarak tek başlarına tespit edilen Havyar apandisit ile birlikte başka tümörler hatta malignitelerde eşlik edebilir. Lo ve Kan, miksglobulosis ile birlikte "porselen" apandisit olarak sunulan apendiks müsinoz kistadenom vakasını tarif etmişlerdir (22). Guionmet ve ark. miksgobulosis ile birlikte çekal adenokarsinom vakasını bildirmişlerdir (23).

Dünyada en sık yapılan amaeliyat olan apandisit hastalığında nadir görülen bu durum akılda tutulmalı, hastalığın malign apendiks tümörleri ile birlikte olabileceği ve onları taklit edebileceğinden onkolojik prensiplere uygun cerrahi müdahalelerde bulunulması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Havyar apandisit, miksglobulosis, akut apandisit

## KAYNAKLAR

1. Skandalakis JE: (2004) Surgical anatomy the embriologic and anatomic basis of modern surgery. içinde (s. 843-860) Athens: Paschalidis medical publication, ltd.
2. McBurney: Experience with early operative interference in case of diseases of the vermiform appendix. NY State Med J 50: 576, 1889.
3. Semm K: Endoscopic appendectomy. Endoscopy 15: 59, 1983 doi:10.1055/s-2007-10210466
4. Jacobs JE: CT and sonography for suspected acute appendicitis: a commentary. AJR 186:1094-1096, 2006 doi:10.2214/AJR.06.0174
5. Gonzalez JE, Hann SE, Trujillo YP. Myxoglobulosis of the appendix. Am J Surg Pathol 1988; 12: 962-966
6. Biffl WL, Kaups KL, Cothren CC et al (2009) Management of patients with anterior abdominal stab wounds: a Western Trauma Association multicenter trial. J Trauma 66:1294-1301 doi: 10.1097/TA.0b013e31819dc688.
7. Biffl WL, Kaups KL, Pham TN et al (2011) Validating the Western Trauma Association algorithm for managing patients with anterior abdominal stab wounds: a Western Trauma Association multicenter trial. J Trauma 71:1494-1502 doi: 10.1097/TA.0b013e31823ba1de
8. Probstein JG, Lassar GN. Mucocoele of the appendix, with myxoglobulosis. Ann Surg 1948; 127: 171-176
9. Lubin J, Berle E. Myxoglobulosis of the appendix. Report of two cases. Arch Pathol 1972; 94: 533-536
10. Li TJ, Kitano M, Yoshida A, Iwashige Y, Yamashita S. Myxoglobulosis is an extravasation mu-

- cocele of the lower lip. J Oral Pathol Med 1997; 26: 342-344
11. Pai R. K., Beck A. H., Norton J. A., and Longacre T. A., "Appendiceal mucinous neoplasms: clinicopathologic study of 116 cases with analysis of factors predicting recurrence," American Journal of Surgical Pathology, vol. 33, no. 10, pp.1425-1439, 2009 doi: 10.1097/PAS.0b013e-3181af6067.
  12. Collins D. C, "A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix," Surgery Gynecology & Obstetrics, vol.101, pp. 437-445, 1955
  13. Hollstrom E, "Myxoglobulosis appendicis," *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. 35, pp. 347-359, 1941
  14. Viswanath YKS, Griffiths CDM, Shipsey D, et al. Myxoglobulosis, a rare variant of appendiceal mucocele, occurring to an occlusive membrane. J R Coll Surg Edinb 1998;43:204 - 6
  15. Turhan A.N., Kapan S.(2009).Akut Apandisit XV.1:Ertekin C, Güloğlu R., Taviloğlu K.(Ed), *Acil Cerrahi* içinde (s. 301-316) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi
  16. Carr JN, Sobin LH. Unusual tumors of the appendix and pseudomyxoma peritonei. Semin Diagn Pathol 1996;13:314- 25
  17. Gonzales JE, Hann SE, Trujillo YP. Myxoglobulosis of the appendix. Am J Surg Pathol 1988;12:962- 6
  18. Rajman I, Leong S, Hassaram S, Marcon NE (1994) Appendiceal mucocele: endoscopic appearance. Endoscopy 26:326-328
  19. Huang HC, Lui IP, Jeng KS (1994) Intussusception of mucocele of appendix: a case report. Chin Med J 53:120-123
  20. Issacs KL, Warshaner DM (1992) Mucocele of the appendix:computed tomographic, endoscopic and pathologic correlation.Am J Gastroenterol 87:787-789
  21. Brustmann H (2006) Myxoglobulosis of the appendix associated with a proximal carcinoid and a pseudodiverticulum. Ann Diagn Pathol 10(3):166-168 doi:10.1014/j.anndiag-path.2005.09.009
  22. Lo R. H. G. and Kan P. S., "Appendiceal mucinous cystadenoma presenting as "Porcelain" appendix with myxoglobulosis—a rare cause of a right lower quadrant mass," *Singapore Medical Journal*, vol. 39, no. 4, pp. 174-176, 1998
  23. Guionmet N., Mart 'E. i, Bella M. R., and A., "Myxoglobulosis of the cecal appendix," *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, vol. 77, no. 5, pp. 365-367, 1990

## Bölüm 27

# AKUT BATININ NADİR BİR NEDENİ, APENDİKS DİVERTİKÜLİT PERFORASYONU

Levent UĞURLU<sup>35</sup>

### GİRİŞ

Apendiks divertikülozisi ilk kez 1893 yılında Kelynack tarafından tanımlanmıştır(1). Apendiks vermiformisin divertikülozisi konjenital (doğumsal) ve akkiz (edinsel) olarak sınıflandırılabilir. Konjenital olanlar apendiks duvarının tüm katlarını içerir ve dünyada en fazla 50 bildirilmiş olgu vardır. Akkiz formu daha çok apendiksin mezenterik sınırında musküler tabakadaki doku defektinden mukozanın herniasyonu ile oluşur(2).

Apendiks divertikülit, apendiks divertikülünün inflamasyonu sonucu oluşur. Tüm apandektomilerin %0.004-%2.1'inde ve otopsi serilerinde %0.2-%0.66'sında görülür(3). Apendiks divertikülitinin, akut apandisit benzer bulguları olmakla birlikte, klinik görünümü klasik apandisit semptomlarına göre farklılıklar gösterir. Apendiks divertikülitinin seyri daha ılımlıdır. Daha yaşlı erkeklerde görülmekte ve öyküde tekrarlayan ataklar mevcuttur(2).

Apendiks divertikülitinin genelde küçük olması ve mezenterik tarafta yerleşiminden dolayı ameliyat sırasında tespit edilmesi kolay değildir. Genellikle tanı histopatolojik incelemeyle konulmaktadır. Operasyon öncesi semptomatik dönemin uzun olması ve divertikülün anatomik özellikleri nedeniyle apendiks divertikülitli hastalarda intraperitoneal apse ve perforasyon gelişme riski artmaktadır(4). Apendiks divertikülitleri ve akut apandisit karşılaştırıldığında; semptomatik apendiks divertikülit, basit apandisite kıyasla dört kat daha fazla perforasyon ve 30 kat artmış mortalite oranına sahiptir(2).

<sup>35</sup> Uzman Doktor, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, dr.lugurlu@hotmail.com

Edinsel apendiks divertiküllerinin etyolojisi ve patogenezi bilinmemektedir. Erkek cinsiyet, ileri yaş(>30 yaş), hirschprung hastalığı, kistik fibrozis risk faktörleri arasında gösterilmiştir. Kolon divertikülleri ile bir ilişkisi yoktur(1). Bizim olgumuzda erkek cinsiyet dışında bir risk faktörü izlenmemiştir. Hastamızın operasyon bulguları bizi perfore apandisit ile birlikte olabilecek crohn hastalığının da düşündürmüş, yapılan total kolonoskopide kolonda ve terminal ileumda divertikül ve başka patoloji izlenmemiştir.

Apendiks divertikülit, dört subtip olarak sınıflandırılmıştır. Tip 1'de olgumuzdaki gibi normal bir apendiks ve akut inflame bir divertikülüm görülür. Tip 2'de apandisit ile birlikte akut inflame divertikülümü, tip 3'de apandisit ve insidental divertikül izlenmektedir. Tip 4'de ise divertikülit ve apandisit olmadan insidental apendiks divertikülü görülmektedir.(8)

Apendiks divertikülitinin perforasyonu basit apandisite göre dört kat fazla gelişirken, mortalitesi 30 kat daha fazla görülür(9). Ayrıca apendiks divertiküllü olguların %7.1-%48'inde apendiks neoplazmalarının birlikteliği bildirilmiştir(10,11). Dupre ve ark. 23 apendiks divertiküllü hastanın 11'inde karsinoid, müsinöz adenom, tübüler adenom ve adenokarsinom bildirmiştir. Bu yüzden cerrahi sırasında insidental olarak yada radyolojik tetkikler sırasında görülen apendiks divertiküllerine apendektomi bir çok yazar tarafından önerilmektedir.(10,12,13).

Sonuç olarak apendiks divertikülü apendiks vermiformisin nadir görülen bir hastalıktır. Akut apandisitten farklı olarak kendine özgü klinik semptomları ve risk faktörleri mevcuttur. Daha yavaş ilerleyen klinik semptomlardan dolayı bizim olgumuzda olduğu gibi gecikmiş hasta başvurusu ve buna bağlı gecikmiş tedavi nedeniyle komplikasyonları sık ve ciddi seyirlidir. Bu yüzden sağ alt kadranda ağrısıyla müradat etmiş, özellikle risk grubundaki hastalarda nadir görülen apendiks divertikülitinde akıldan tutulması ve erken müdahalesi komplikasyonları ve mortaliteyi önleyecektir

## KAYNAKLAR

1. Altieri ML, Piozzi GN, Salvatori P, et al. Appendiceal diverticulitis, a rare relevant pathology: Presentation of a case report and review of the literature. International Journal of Surgery Case Reports 33(2017)31-34
2. Lange J, Bachmann R, Königsrainer A, et al. Appendiceal diverticulitis shortly after a performed laparoscopic sigma resection. JSCR. 2015;7,1-3
3. Constantin VD, Carap A, Nica A, et al. Appendiceal diverticulitis- A Case Report. Chirurgia. 2017;112:82-84
4. Kaymak Ş, Şenocak R, Alakuş Ü, et al. Apendiks divertikülit: akut apandisitten farklı bir olgu. Cukurova Med J. 2016;41(4):815-7

5. Ito D, Miki K, Seeichiro S, et al. Clinical and computed tomography finding of appendiceal diverticulitis vs acute appendicitis. *World J Gastroenterol* 2015;21(13):3921-3927
6. Abdulgaffar B. Diverticulosis and diverticulitis of the appendix. *Int J Surg Pathol* 2009;17:231-7
7. Sohn TJ, Chang YS, Kang JH, et al. Clinical characteristics of acute appendiceal diverticulitis. *J Korean Surg Soc.* 2013;84:33-37
8. Philips BJ, Perry CW. Appendiceal diverticulitis. *Mayo Clin Proc.*1999;74(9):890-2
9. El-Saady AM. Diverticulitis of the appendix: is it clinically significant?. *Egyptian J Surgery* 2016;35:150-153
10. Dupre MP, Jadavji I, Matshes E, et al. Diverticular disease of the vermiform appendix: a diagnostic clue to underlying appendiceal neoplasm. *Hum Pathol* 2008;39:1823-6
11. Edge S, Byrd DR, Compton CC, et al. *AJCC cancer staging Handbook.* 7th edition. New York, NY:Springer-Verlag, 2010
12. Friedlich M, Malik N, Lecompte M, et al. Diverticulitis of the appendix. *Can J Surg* 2004;47:146-147
13. Rafael BL, Marco CP, Vladimir S, et al. Perforated diverticulitis of the appendix: ultrasonographic diagnosis. *Einstein.*

## Bölüm 28

# GERİYATRİK HASTADA AKUT APANDİSİT İLE KOMPLİKE AMYAND HERNİ

Tuba ATAK<sup>36</sup>

### GİRİŞ

Amyand hernisi (AH); kasık fitiği kesesinde apendiks vermiformisin bulunması durumudur (1). Sıklıkla herni cerrahisi yaparken rastlantısal olarak saptanmaktadır. Etiyolojide en sık karın içi basınç artışı teorisi kabul edilmektedir (2,3). Karın kaslarının kasılması sonucunda karın içi basınç artışı ve kronik fitiklarda oluşan yapışıklıkların apendiks mezosunu sıkıştırarak kanlanmasını bozması ile enflamasyon ve bakteriyel kolonizasyona sekonder apandisit olduğu düşünülmektedir. Akut apandisit ve inguinal herni sık karşılaşılan cerrahi hastalıklar olmasına rağmen birliktelikleri oldukça nadirdir. İlk kez 1735 yılında Claudius Amyand tarafından tanımlanmıştır (1-3). Tanı sıklıkla peroperatif konulmaktadır. Tedavisi cerrahi olup uygulanacak prosedür kese içerisindeki apendiks durumuna göre değişmektedir.

Bu yazıda akut apandisit ile komplike olmuş preoperatif Amyand herni tanısı alan 71 yaşında erkek olgu sunulmaktadır.

### OLGU SUNUMU

Yetmişbir yaşında erkek hasta 2 gün önce iştahsızlık, karın ağrısı ve bulantı şikayetleriyle acil cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon olduğu öğrenildi. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound saptandı. Laboratuvar analizlerinde; beyaz küre yüksekliği dışında özellik saptanmadı. Ultrasonografik incelemede 6,5 mm çapta, kompresyona parsiyel yanıt veren, ödemli tübüler yapı apandisit lehine değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde sağ inguinal kanal içerisine uzanan 10 mm çaplı apendiks saptandı (Resim 1).

<sup>36</sup> Uzman Doktor, Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, drtuba81@yahoo.com



bildirmişlerdir (22). Campanelli ve ark.'larının 10 hastalık serilerinde mesh ile herni onarımı yaptıkları hastalarda herhangi bir komplikasyona rastlamamışlar ve enfekte olmadıkça prostetik materyal kullanılabileceğini savunmuşlardır (23). Apendisit ile komplike amyand herni onarımında mesh kullanıldığında postoperatif enfeksiyon insidansının %50'ye kadar yükseldiği belirtilmiştir (2).

Biz vakamızda iki adet 5 mm'lik ve bir adet 10 mm'lik trokarlar ile pnömoperitoneum sağlayıp, apendiksi batın içine alıp serbestleştirerek laparoskopik apendektomi uyguladıktan sonra intraperitoneal primer tamirle defekti onardık. Postoperatif takiplerde komplikasyon görülmedi. Ameliyat sonrası 1.günde taburcu edildi.

### Sonuç

Akut apandisit ile komplike olan amyand hernisi son derece nadir görülen bir patolojidir. Tedavide apendektomi ve destek materyali kullanılmadan yapılacak olan gerilimsiz fitik onarımı esas olmalıdır. Amyand hernide laparoskopik yaklaşım; hem tanıyı desteklemede sağladığı faydadan, hem de postoperatif komplikasyonların azlığı ve hastanın konforu açısından güvenilir minimal invaziv bir yöntemdir.

**Anahtar kelimeler:** *Amyand herni, apendektomi, laparoskopi, yama*

### KAYNAKLAR

1. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. Singapore Med J 2005;46: 424-5.
2. M.K.Bartın, E.M.Yılmaz, H.Arslan ve ark. Nadir bir apandisit nedeni: Amyand hernisi. Kocaeli Tıp Dergisi 2015; 4;2: 44-47.
3. Inan I, Myers PO, Hagen ME, et al. Amyand's hernia: 10 years' experience. Surgeon. 2009; 7: 198-202.
4. Constantine S. Computed tomography appearances of Amyand hernia. J Comput Assist Tomogr 2009; 33: 359-62.
5. Tanrikulu Y, Erel S, Şen Tanrikulu C ve ark. Olgu sunumu: Amyand Herni. Akademik Acil Tıp Dergisi 2011; 10: 174-6.
6. Kaymakci A, Akillioglu I, Akkoyun I ve ark. Amyand's hernia: a series of 30 cases in children. Hernia 2009; 13: 609-12.
7. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A, Taranto F, Gagliano E, Bonanno L, et al. Amyand's hernia: Case report and review of the literature. Hernia 2003; 7:89-91.
8. Burgess PL, Brockmeyer JR, Johnson EK. Amyand Hernia Repaired with Bio-A: A Case Report and Review. J Surg Edu 2011; 68: 62-6.
9. T.Canbak, A.Acar, B.A.Özdemir ve ark. Akut Apendisitli Geriatrik Hastalarda Morbidite Varlığının Komplikasyon Gelişimine Etkisi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, Cilt: 51, Sayı: 2, 2017.
10. M.Ersel. Geriatrik hastada akut karın ağrısına yaklaşım. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2014; 53: Ek Sayı 26-37.
11. B.V.Ülger, M.Kapan, A.Önder ve ark. Akut Apendisitli Geriatrik Hastalarda Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkili Risk Faktörleri. Kolon Rektum Hast Derg. 2014; 24:113-117.

12. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, et al. Amyand's hernia: A report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia* 2007; 11:31-5.
13. Llullaku SS, Hyseni NS, Kelmendi BZ, et al. Aipin in appendix within Amyand's hernia in a six-years-old boy: case report and review of literature. *World J Emerg Surgery* 2010; 5: 14.
14. Weber RV, Hunt ZC, Kral JC. Amyand's hernia. Etiologic and therapeutic implications of two complications. *Surg Rounds* 1999; 22: 552-6.
15. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases. *Hernia* 2003; 7: 50-51.
16. Losanov JE, Basson MD. Amyand hernia: A classification to improve management. Ofili OP: Simultaneous appendectomy and inguinal hernioraphy could be beneficial. *Ethiop Med J* 1991; 29: 37-8.
17. Anagnostopoulou S, Dimitroulis D, Troupis TG, et al. Amyand's hernia: a case report. *World J Gastroenterol.* 2006; 29:4761-4763.
18. Ofili OP. Simultaneous appendectomy and inguinal herniorrhaphy could be beneficial. *Ethiop Med J* 1991; 29:37-38.
19. Franko J, Sulkowki R. A rare variation of Amyand's Hernia. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 :2684-5.
20. Vermillion JM, Abernathy SW, Snyder SK. Laparoscopic reduction of Amyand's hernia. *Hernia* 1999; 3:159-60.
21. . Sözen S, Alıcı A, Tükenmez M ve ark. Amyand fitiği: Olgu serisi ve deneyimimiz. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2010;26: 212-215.
22. Burgess PL, Brockmeyer JR, Johnson EK. Amyand Hernia Repaired with Bio-A: A Case Report and Review. *J Surg Education* 2011; 68: 62-66.
23. Campanelli G, Nicolosi FM, Pettinari D, et al. Prosthetic repair, intestinal resection, and potentially contaminated areas: safe and feasible? *Hernia.* 2004; 8:190-192.

# AKUT APANDİSİT ÖN TANISIYLA APPENDEKTOMİ UYGULANAN HASTADA PRİMER APPENDİKS LENFOMASI

Veysel KARAHAN<sup>37</sup>

## GİRİŞ

Appendektomi hala en sık uygulanan cerrahi prosedür olup, acil servise cerrahi kaynaklı başvuruların önde gelen sebeplerinden biri akut apandisit(1). Appendiks, bakteriyel, viral, gıda ve ilaç antijenlerinin. lenfoid dokuya sunulduğu sekonder lenfoid dokular içerisinde önemli bir yere sahiptir(2) Primer appendiks neoplazmları oldukça nadir olup , appendektomi spesmenlerinde % 0.5 ile %1 arasında saptanmaktadır(3). Gastrointestinal lenfomalar ise tüm sistem lenfomalarının sadece % 1 ile % 4'ünü oluşturmaktadır (4). Ekstranodal odaklar açısından değerlendirildiğinde , gastrointestinal sistem lenfomanın en sık yerleştiği alandır (5). En sık etkilenen organlar ise mide ve ince barsaklardır(6).

Appendiksi infiltre ederek apandisite neden olan lenfomalar genellikle çocuk hastalarda bildirilmiş olup , çoğunluğu Burkitt lenfoma ve large B-cell lenfomalardan oluşur (7). Primer appendiks Burkitt lenfoması tüm gastrointestinal sistem lenfomalarının sadece % 0.015'ini oluşturmaktadır. Bu hastaların çoğunluğu erkek olup , en sık klinik prezentasyon akut apandisitir (3). Literatürde lenfomaların oldukça nadir görülen bir alt tipi olan mantle hücreli lenfomanın appendiksi infiltre ettiği 2 vaka bildirilmiştir (8).Appendiküler lenfoma sıklığı çok az olduğundan patogenezi hakkında hala yeterli bilgiye sahip değiliz. Genel olarak lenfomanın, P.falciparum malaria ve Ebstein-Barr virüs enfeksiyonları ile ilişkilendirilmiş olması, appendiküler lenfomada da benzer bir durum olduğunu düşündürmektedir (9)

<sup>37</sup> Uzman Doktor, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği, ve\_karahan@hotmail.com

## KAYNAKLAR

1. Pfunter AWLM, Stocks C. Most frequent procedures in U.S. hospitals. HSUP Statistical Brief #149. February 2013. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; [cited 2015 Jan 14]. Available from: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb149.pdf>.
2. Kasper LH. The evolving role of the gut microbiome in human disease. *FEBS Lett.* 2014;588:4101.
3. Abdalla, M. F., & El-Hennawy, H. M. (2010). *Unusual presentation for primary appendiceal lymphoma: A case report. Indian Journal of Surgery, 72(S1), 289–292.*doi:10.1007/s12262-010-0093-5
4. M.H. Shiwani, Primary malignant lymphoma of the appendix associated with acute appendicitis, *J. Coll. Phys. Surg. Pak.* 16 (1) (2006) 79–80.
5. B. Mastalier, V. Deaconescu, W. Elaiah, Multiple intestinal lymphoma, *Rom. J. Intern. Med.* 53 (1) (2015) 73–78.
6. P.J. Pickhardt, A.D. Levy, C.A. Rohrmann Jr., Non-Hodgkin's lymphoma of the appendix: clinical and CT findings with pathologic correlation, *AJR Am. J. Roentgenol.* 178 (5) (2002) 1123–1127.
7. Ryan DP, Friedmann AM, SchmitzMD, Ryan RJ. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 11-2013. A 4-year old boy with fever and abdominal pain. *N Engl J Med* 2013;368:1435–44
8. Chae, M., Kumar, S., & Cheema, M. (2015). *Mantle cell lymphoma presenting as acute appendicitis. International Journal of Surgery Case Reports, 6, 33–35.*doi:10.1016/j.ijscr.2014.10.068
9. Brady G, MacArthur GJ, Farrel PJ: Epstein-Barr virus and Burkitt lymphoma. *J Clin Path* 2007, 60(12):1397–1402.
10. Swerdlow S.H. CE, Harris N.L., et al.: WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, IARC Press, 2008
11. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo Vet al (2018) Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet.* 6736(17):33326–33323
12. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A (2018) Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 68:394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
13. Armitage, J. O., Gascogne, R. D., Lunning, M. A., & Cavalli, F. (2017). *Non-Hodgkin lymphoma. The Lancet, 390(10091), 298–310.*doi:10.1016/s0140-6736(16)32407-2
14. Abramson, J. S. (2019). Hitting back at lymphoma: How do modern diagnostics identify high-risk diffuse large B-cell lymphoma subsets and alter treatment? *Cancer.* doi:10.1002/cncr.32145
15. Harris NL: Mature B-cell neoplasms, in EJ Jaffe, NL Harris, H Stein et al (eds): WHO Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Lyon, France, IARCPress, 2001, pp 121- 126
16. Zucca E, Cavalli F: Extranodal lymphomas. *Ann Oncol* 11:S219-S222, 2000 (suppl 3)
17. Crump M, Gospodarowicz M, Shepherd FA. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Semin Oncol* 1999;26:324–337
18. Maguire, L. H., & Hawkins, A. T. (2019). Surgical Resection for Primary Rectal Lymphoma: Support for Local Excision? *Journal of Surgical Research, 244, 189–195.* doi:10.1016/j.jss.2019.06.034
19. Radha S, et al. (2008) Primary marginal zone B-cell lymphoma of appendix. *Indian J Pathol Microbiol* 51(3):392–394
20. Fu TY, Wang JS, Tseng HH. Primary appendiceal lymphoma presenting as perforated acute appendicitis. *J Chin Med Assoc* 2004;67:629–32.

21. Ghani SA, Syed N, Tan PE. A rare cause of acute appendicitis: Burkitt's lymphoma of the appendix. *Med J Malaysia* 1984;39:311-3.
22. Pickhardt PJ, Levy AD, Rohrmann CA, Abbondanzo SL, Kende AI (2002) Non-Hodgkin lymphoma of the appendix: Clinical and CT findings with pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 187:1123-1127
23. C.G. Cronin, R. Swords, M.T. Truong, Clinical utility of PET/CT in lymphoma, *AJR Am. J. Roentgenol.* 194 (1) (2010) W91-W103.
24. Aldoss IT, Wesenburger DD, Fu K, Chan WC, Vose JM, Bierman PJ, Bociek RG, Armitage JO: Adult Burkitt lymphoma: advances in diagnosis and treatment. *Oncology (Williston Park)* 2008, 22:1508-1517
25. Lacasce A, Howard O, Li S, Fisher D, Weng A, Neuberg D, Shipp M: Modified magrath regimens for adults with Burkitt and Burkitt-like lymphomas: preserved efficiency with decreased toxicity. *Leuk Lymphoma* 2004, 45:761-767.
26. Lee J, et al. (2005) Prospective Clinical Study of Surgical Resection Followed by CHOP in Localized Intestinal Lymphoma. *Blood (ASH Annual Meeting Abstracts)* 106:4743
27. Caristo, G., Griseri, G., Fornaro, R., Langone, A., Franceschi, A., Errigo, V., Schirru, A. (2018). *Primary lymphoma of appendix presenting as acute appendicitis: A case report. International Journal of Surgery Case Reports*, 48, 30-33.doi:10.1016/j.ijscr.2018.04.031

## Bölüm 30

# AKUT KARINDA LAPAROSKOPİNİN DİAGNOSTİK VE TERAPÖTİK ÖNEMİ: OMENTAL NEKROZLU BİR VAKA SUNUMU

Tuba ATAĞ<sup>38</sup>

### GİRİŞ

Akut apandisit çocuk ve erişkinlerde akut karının yaygın görülen bir sebebi iken omentum nekrozu klinik olarak hemen her akut karın sebebini taklit edebilen nadir görülen bir patolojidir (1,2). Laparoskopi özellikle akut karınlı olgularda karın içi organların değerlendirilebilmesi nedeniyle oldukça avantajlı, eş zamanlı tanı ve tedavi olanağı sağlayan minimal invaziv bir yöntemdir (3). Bu yazıda preoperatif olarak akut apandisit düşünülen laparoskopik olarak omental nekroz tespit edilen 45 yaşında olgunun sunulması amaçlanmaktadır.

### VAKA SUNUMU

Kırkbeş yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 gün önce başlayan karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile hastanemizin acil cerrahi polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebaund mevcuttu. Ultrasonografisinde 10 mm çapta lümeninde apandikolit ile uyumlu kalsifiye odaklar içeren komprese olmayan akut apandisit ile uyumlu bulgular tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde özellik saptanmadı. Hasta akut apandisit ön tanısıyla ameliyata alındı. Laparoskopik incelemede apendiks inflame ve ödemli görünümde olup eş zamanlı sağ üst kadrandaki büyük omentumda segmental nekroze alan görüldü. Laparoskopik apendektomiyi takiben segmental omentektomi yapıldı. Ameliyat sonrası takibi sorunsuz geçen hasta postoperatif 1. günde şifa ile taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucunda apendikte fibröz obliterasyon ve omentumda nekroz ile uyumlu bulgular görüldü (Resim 1,2).

<sup>38</sup> Uzman Doktor, Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, drtuba81@yahoo.com

Cerrahi tedavide ilk seçenек laparoskopik yaklaşım önerilmektedir (8). Nekrozun olduğu olgularda tedavi seçeneği nekroze segmentin rezeksiyonudur. Laparoskopi tek seansta tanı ve tedavi olanağı sağlaması bakımından özellikle akut karın olgularında önerilen ve tercih edilen minimal invaziv bir yöntemdir (13,14).

Şüpheli olgularda yapılacak tanısal laparoskopi, düşük morbidite ile hastada var olan patolojinin erken dönemde aydınlatılmasını sağlayarak tedavideki gecikmeyi ve olası ve maliyet artışını önlemektedir. Açık cerrahi ile kıyaslandığında daha az yara yeri enfeksiyonuna neden olması, hastanede kalış süresinin daha kısa, iyileşmenin daha hızlı olması ve iyi kozmetik gibi sonuçları nedeniyle tartışmasız olarak büyük avantaj sağlamaktadır (15,16). Diğer taraftan karın içinde bir patoloji yoksa hastaya gereksiz laparotominin getireceği %22'lere varan morbidite artışının önüne geçilmesini sağlamaktadır (10).

Laparoskopik yaklaşımda en önemli kontrendikasyon cerrahın deneyimsiz olmasıdır. Bunun yanında koagülopati ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi ciddi yandaş hastalıklar diğer kontrendikasyonlarıdır.

Bizim olgumuzda gerek fizik muayene bulguları gerekse yapılan ultrasonografik incelemede akut apandisit düşünülürken laparoskopik girişim sayesinde intraoperatif omental nekroz tespit ettik. Böylelikle laparoskopinin hem tanısal hem eş seansta tedavi avantajından yararlandık. Histopatolojik incelemede apandisit saptanmayan olgumuzda omental nekroz ile uyumlu görünüm tespit edildi. Şayet hastamızda apandisit ameliyatlarında en sık kullanılan insizyon olan Mc Burney insizyonu ile açık appendektomi yapsaydık belki de hastamız postoperatif dönemde rahatlamayacaktı. Durumun sebebini ortaya koymak adına yapılacak ek tetkikler ve belki yeni cerrahi girişimler nedeniyle hastanede yatış süresi uzayarak morbidite ve maliyetin artmasına neden olacaktı.

Sonuç olarak; akut karın nedeniyle ameliyata alınan olgularda ayırıcı tanıda omental nekroz akılda tutulmalıdır. Laparoskopi tek seansta hem tanı hem de tedavi imkanı sağladığı için akut karın bulguları olan olgularda ön planda düşünülmesi ve karın içi organlar mutlaka değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut karın, laparoskopi, omental nekroz

## KAYNAKLAR

1. R. R. Gorter, H. H. Eker, M. A. W. Gorter-Stam, et al. Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015. Surgical Endoscopy, 2016;30(11): 4668–4690.
2. E. S. Concannon, A. M. Hogan, R. S. Ryan, et al. Primary omental infarction: a rare cause of acute abdominal pain. Clinical and Experimental Medical Sciences. 2013;1(5-8): 233–240.

3. R.Yıldız, M.Öztaş,H.K.Sezer, M.F.Can, N.Zeybek, Y.Peker. Nadir görülen akut batın nedenleri:Primer omental torsiyon ve idiyopatik segmental omental nekroz. *Anatol J Clin Investig.* 2013;7(4): 234-7.
4. H. T. Koay, H. E. Mahmoud. Simultaneous omental infarction and acute appendicitis in a child. *The Medical journal of Malaysia.* 2015; 70 (1): 42–44.
5. V. R. Mani, S. Razdan, T.Orach, et all. Omental Infarction with Acute Appendicitis in an Overweight Young Female: A Rare Presentation. *Case Reports in Surgery.* Volume 2019, Article ID 8053931, 5 pages. <https://doi.org/10.1155/2019/8053931>.
6. Selim SÖZEN, Şükrü DÖLALAN, Fahrettin YILDIZ, Hasan ELKAN. Akut karına neden olan primer omentum torsiyonu:Olgu sunumu. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi.* 2011;17 (6):554-556.
7. E. Itenberg, J. Mariadason, J. Khersonsky, et all. Modern management of omental torsion and omental infarction: a surgeon's perspective. *Journal of Surgical Education.* 2010; 67(1): 44–47.
8. Costi, Renato, Cecchini, et all. Laparoscopic Diagnosis and Treatment of Primary Torsion of the Greater Omentum. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques:*2008;18(1):102-5.
9. Sugarbaker PH, Sanders JH, Bloom BS, et all. Preoperative laparoscopy in diagnosis of acute abdominal pain. *Lancet* 1975; 1:442-5.
10. Memon MA, Fitzgibbons RJ. The role of minimal access surgery in the acute abdomen. *Surg Clin N Am.* 1997; 77:1333-53.
11. Nord HJ. Implications of laparoscopy. *Endoscopy* 1992; 24:673-700.
12. Tae Ung Park, Je Hyeok, In Taek Chang, et all. Omental infarction:case series and review of the literature. *The Journal of Emergency Medicine.* 2009; doi: 10.1016/j.jemermed. 2008.07.023.
13. Ferdinando Agresta, Luigi Francesco Ciardo, Giorgio Mazzarolo, et all. Peritonitis: laparoscopic approach. *World Journal of Emergency Surgery.* 2006; 1:9 doi:10.1186/1749-7922-1-9.
14. Taviloğlu K, Günay K, Şahin A ve ark. Akut kolesistitin cerrahi tedavisinde laparoskopik yaklaşım. *Endoskopik Laparoskopik Minimal İnvaziv Cerrahi.* 1996; 3:36-40.
15. Golup R, Siddiqui F, Pohl D. Laparoscopic versus open appendectomy: A meta-analysis. *J Am Coll Surg.* 1998; 186:545-53.
16. Velanovich V, Harkabus M, Tapia FV, et all. When it's not appendicitis. *Am Surg.* 1998; 64:7-11.



## Bölüm 31

# AKUT APANDİSİT KLİNİĞİNİ TAKLİT EDEN ÇEKUM YERLEŞİMLİ AKSESUAR DALAK RÜPTÜRÜ

Şevket Barış MORKAVUK<sup>39</sup>

### GİRİŞ

#### Apendiks

Acil servise başvuruların %10'luk bir dilimini karın ağrısı şikayeti oluşturmaktadır. Karın ağrısı ile başvuranlarda saptanan en sık cerrahi neden ise yaklaşık %8 oranında akut apandisit(1). Akut batın ön tanısı ile yapılan acil operasyonlar arasında en sık apendektomi ameliyatı yapılmaktadır. Tüm dünyada akut apandisit görülme sıklığı ortalama 100.000'de 86 olarak bildirilmiştir(2). Ortalama yaş 31,3 olup apandisit en sık 1. ve 3. dekatlar arasında görülmektedir. Bir insanın ömür boyu akut apandisit geçirme riski %7 oranındadır(3).

Apendektomi tarihçesi incelendiğinde bilinen ilk apendektomi Claudius Amyand tarafından 1736 yılında gerçekleştirilmiştir. Skrotal hernisi olan bir çocuğu ameliyat etmiştir. Herni kesesi içinde ucundan perfore olmuş apandiksi görmüş ve skrotal insizyondan apendektomiye tamamlamıştır. Bugün halâ apandiksin inguinal kanala herniye olması Amyand Herni olarak adlandırılmaktadır(4). Akut apandisit tanımı ile cerrahi tedavi ise ilk defa 1848 yılında Hancock tarafından gerçekleştirilmiştir. Apendektomi yapmadan periapendiküler apse drenajı yapmıştır. Akut apandisit kliniği ile yapılan ilk apendektomi ise 1886 yılında Krönlein tarafından yapılmış olup iki hastası da postoperatif ex olmuştur.

Günümüzde küçük değişiklikler ile hala kullanılan, Mc-Burney insizyonu olarak ta bilinen Charles McBurney, 1889 yılında, New York Medical Journal'da Apandisit tedavisi için erken laparotomi adlı yazısını yayınlamıştır. Bu makalede McBurney noktasını yetişkin bireylerde göbek ile spina iliaca anterior superior arasındaki hayali çizgideki, prosesin 4-5 cm kadar medialindeki nokta olarak

<sup>39</sup> Uzman Doktor, Ankara Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği ,drsbmor@yahoo.com

Akut apandisit tablosunun taklit eden hastalıklar değerlendirildiğinde çocuk ve adölesan yaş grubunda mesenter lenf adenopatiler, kadın cinsiyette jinekolojik patolojiler, erkek cinsiyette non spesifik ağrı ve üriner sistem patolojileri görülmektedir. Dalak hastalıklarına bağlı, özellikle de ektopik ya da aksesuar dalak patolojilerine bağlı negatif apendektomi ise literatürler tarandığında rastlanmamıştır.

## **KAYNAKLAR**

1. Fitz Gerald DJ, Pancioli AM. Appendicitis. In: Emergency Medicine. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (Eds). 5th ed, New York: Mc Graw Hill 535-9, 2000.
2. Sulu B. Demographic and Epidemiologic Features of Acute Appendicitis. 2012. In: Appendicitis A Collection of Essays from Around the World [Internet]. InTech; [170-8]
3. Kavic MS, Kavic SM, Kavic SM. Laparoscopic Appendectomy. In: Wetter PA, editor. Prevention and Management of Laparoendoscopic Surgical Complications. 3 ed. Florida: Society of Laparoendoscopic Surgeons; 2010. p. 239
4. Ellis H: Appendix, in Schwartz SI (ed): Maingot's Abdominal Operations, 8th ed. Vol. 2 Norwalk: Appleton-Century-Crofts p 1255, 1985.
5. McBurney C: Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. NY State Med J 50:676, 1889.
6. Jaffe BM, Berger DH. The Appendix. Editors; Brunicaardi CF, Andersen DK,
7. Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz's principles of surgery, 8. Edition. New York: Mc Graw Hill, 2005: 1383-1395.
9. Oygür N, Arı E. Akut apandisit. Editör: Bilgel H. Genel Cerrahi. İstanbul. Avrupa tıp kitapçılık ltd. şti. 2007: 835-848.
10. Ghorbani A, Forouze M, Kazemifar AM. Variation in Anatomical Position of Vermiform Appendix among Iranian Population: An Old Issue Which Has Not Lost Its Importance. Anat Res Int. 2014;2014:313575.
11. Turhan AN, Kapan S. Akut Apandisit. In: Ertekin C, Güloğlu R, KorhanTaviloğlu, editors. Acil Cerrahi. 1 ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. p. 299-316.
12. Deutsch A, Leopold GR. Ultrasonic demonstration of the inflamed appendix: case report. Radiology. 1981 Jul;140(1):163-4. PubMed PMID: 6941334.
13. Balthazar EJ, Megibow AJ, Hulnick D, Gordon RB, Naidich DP, Beranbaum ER. CT of appendicitis. AJR American journal of roentgenology. 1986 Oct;147(4):705-10. PubMed PMID: 3489369.
14. Brown CV, Abrishami M, Muller M, Velmahos GC. Appendiceal abscess: immediate operation or percutaneous drainage? Am Surg. 2003;69(10):829
15. Schwartz SI, et al., Principles of Surgery (7 th edition). Mc Graw-Hill(1999) vol 2; 1500-1514, 2145-2162.
16. Porembka M.R., Doyle M.B.M., Chapman W.C. (2009):Disorders of the spleen. In: Greer J,-Foerster J,Rodgers GM and Paraskevas F(eds):Wintrobe's Clinical Hematology,Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, pp.1637-1655
17. Sayek İ. Dalak yapı ve fonksiyonları. Temel cerrahi 1994; cilt-I.1033-1040
18. Fujiwara T, Takehara Y, Isoda H, Ichijo K, Tooyama N, Kodaira N, et al. Torsion of the wandering spleen: CT and angiographic appearance. J Comp Assist Tomography 1995;19:84-6.

19. Mortelet J.K., Mortelet B., Silverman S.G. (2004): CT features of the accessory spleen, *AJR Am J Roentgenol*, December,183(6):1653-7
20. Kim MK., Im CM., Oh SH., Kwon DD., Park K., Ryu SB., (2008): Unusual presentation of right-side accessory spleen mimicking a retroperitoneal tumor, *Int J Urol*, Aug;15(8):739-40
21. Chen J.S., Lin C.L., Tsai C.C., Lee K.T., Ker C.G., Sheen P.C.(1993): Giant ectopic pelvic spleen:- report of a case and review of the literature, *Gaoxiong Yi Ke Xue Za Zhi*, Jan, 9(1)54-60
22. Burvin R., Durst R.Y., Ben-Arieh Y., Barzilay A.,(1996):Splenosis in exit gunshot wound.,*Br J Dermatol.*, Jul, 135(1):148-50
23. Liang MK, Andersson RE, Jaffe BM, Berger DH. The Appendix. In: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al., editors. *Schwartz's Principles of Surgery*. 10 ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014. p. 1241
24. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA*. 1996;276(19):1589
25. Ozkan S, Duman A, Durukan P, Yildirim A, Ozbakan O. The Accuracy Rate of AlvaradoScore, Ultrasonography, and Computerized Tomography Scan in The Diagnosis of Acute Appendicitis in Our Center. *Niger J Clin Pract*. 2014;17(4):413-8
26. Koo HS, Kim HC, Yang DM, Kim SW, Park SJ, Ryu JK. Does Computed Tomography have any Additional Value After Sonography in Patients with Suspected Acute Appendicitis? *J Ultrasound Med*. 2013;32(8):1397-403
27. Flum DR, Koepsell T. The clinical and economic correlates of misdiagnosed appendicitis: nationwide analysis. *Arch Surg*. 2002;137(7):799-804; discussion
28. Ma KW, Chia NH, Yeung HW, Cheung MT. If not appendicitis, then what else can it be? A retrospective review of 1492 appendectomies. *Hong Kong Med J*. 2010;16(1):12-7
29. Aren A, Gökçe AH, Gökçe FS, Özakay K, Aksoy Ş, Karagöz B, et al. Akut Apandisitinin Yaş, Cinsiyet, Lökosit Değerleri İle İlişkisi. *İstanbul Tıp Derg*. 200 ;3:126-9

## Bölüm 32

# NADİR BİR AKUT BATIN NEDENİ: APENDİSYAL ENDOMETRİOZİS

Celil UĞURLU<sup>40</sup>

### GİRİŞ

Akut apandisit, akut batın tablosunun en sık sebebidir. Yaşam boyu akut apandisit görülme insidansı % 7 civarındadır. Apandisit, proksimal lümen obstrüksiyonu sonucunda oluşur. Kör sonlanması ve uzunluğuna göre dar bir lümenin olması sebebiyle appendiks, lüminal obstrüksiyon ve kapalı-loop açısından riskli bir anatomiye sahiptir (1).

Fekalitler, lenfoid hiperplazi, neoplaziler, radyolojik tetkikler nedeniyle ağızdan alınan baryum, sebze ve meyve çekirdekleri ile intestinal parazitler luminal obstrüksiyonun en sık sebepleridir. Apendiksin proksimal lümen obstrüksiyonu kapalı-loop oluşumuna sebebiyet verir. Apendiks mukoza sekresyonunun devam etmesi ile apendisiyal distansiyon meydana gelir. Obstrüksiyon ile devam eden sekresyon ve artan distansiyon sonucu öncelikle venöz dolaşım bozulur. Distansiyonun daha da artması ile arteriyel dolaşım bozularak infarkte alanlar oluşur ve perforasyon görülür.

Endometriozis, fonksiyonel endometriyal gland ve stromanın uterus dışında bulunması sonucu oluşan benign bir hastalıktır. Üreme yaşındaki kadınların yaklaşık %6-10'nunda görülmektedir. Hastalığın ortalama görülme yaşı 28 olmakla beraber 12 ve 80 yaş grupları arasında görülebilir. İnfertil kadınlarda normal popülasyondan 8 kat fazla görülmektedir. (2).

Endometriozisli hastalarda hastalığa özgü olmamakla birlikte geniş bir semptom yelpazesi görülmektedir. Dismenore %79, pelvik ağrı %69, dispareni % 45, irritable barsak sendromu % 36 ve infertilite %26 oranları ile en sık görülen belirtilerdir. Endometriozis, ağrılı bir kliniğe sahip olmasına karşın apendiks tutulumunda çoğunlukla hastalar asemptomatiktir.

<sup>40</sup> Uzman Doktor, Tokat Erbaa Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, basri\_celil@hotmail.com

## KAYNAKLAR

1. Prystowsky JB, Pugh CM, Nagle AP: Current problems in surgery. Appendicitis. *Curr Probl Surg* 42:688-742,2005.
2. National Institutes of Health. Health And Human Development Topics:Endometriosis.2012;accessibledata:http://www.nichd.nih.gov/about/meetings?ContentType=Topics&TopicName=Endometriosis &topicurl=endometri - 101k - 11/30/2012.
3. Chapron C, Pietin-Vialle C, Borghese B. Associated ovarian endometriomas is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2009;92(2):453-7.
4. Avci V, Ayengin K. Why is the rate of perforated appendicitis higher in girls in eastern Turkey, unlike the literature?. *Turk Pediatri Ars.*2019;54(1):40-43.Published2019Mar1.doi:10.14744/TurkPediatri Ars .2019.82956
5. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ.* 2006;333 (7567):530-4.
6. Mishra VK, Joshi P, Shah JV, Agrawal C, Sharma D, Aggarwal K. Amyand's Hernia: A Case of an Unusual Inguinal Herniace. *Indian J Surg.* 2013;75(1):469-71.
7. Turhan AN, Kapan S. Akut Apendisit. In: Ertekin C, Güloğlu R, KorhanTaviloğlu, editors. *Acil Cerrahi.* 1 ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. p. 299-316.
8. Craig S. Appendicitis [internet] Available from:: Medscape; [updated july 21, 2014].
9. Papavramidis TS, Sapalidis K, Michalopoulos , et al. Spontaneous abdominal wall endometriosis: a case report. *Acta Chir Belg* 2009;109:778-81.
10. Moen MH, Magnus P. The familial risk of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:560-564.
11. Hadfield RM, Mardon HJ, Barlow DH, et al. Endometriosis in monozygotic twins. *Fertil Steril* 1997;68:941-942.
12. Thomas EJ, Campbell IG. Molecular genetic defects in endometriosis. *Gy Raloksifen Grub Obstet Invest Suppl* 2000;50:44-50.
13. D'Hooghe TM, Hill JA. Immunobiology of endometriosis. In: Bronson RA, Alexander NJ, Anders DJ, et al, eds. *Immunology of reproduction.* Blackwell Science, 1996;322-358.
14. Charatsi D, Koukoura O, Ntavela IG, et al. Gastrointestinal and Urinary Tract Endometriosis: A Review on the Commonest Locations of Extrapelvic Endometriosis. *Adv Med.* 2018;2018:3461209. Published 2018 Sep 26. doi:10.1155/2018/3461209
15. Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, et al: Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: Proceedings of an expert-panel consensus process. *Fertil Steril* 78:961-972, 2002.
16. Solmaz OA, Bozan MB, Kanat B, Endometriozise bağlı akut apandisit: Olgu sunumu *Kolon Rektum Hast Derg* 23:147-149,2013
17. R. Rana, S. Sharma, H. Narula et al., "A case of recto-sigmoid endometriosis mimicking carcinoma," *Springer Plus*, vol. 5, p. 643, 2016.
18. Collins DC. Seventy-one thousand human appendix specimens: a final report summarizing a 40-year study. *Am J Proctol* 1963; 14: 365-81
19. Agarwala N, Liu CY. Laparoscopic appendectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10: 1668
20. Harper A J, Soules MR. Appendectomy as a consideration in operations for endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;79:53-54
21. Yoon J, Lee YS, Chang HS,Endometriosis of the appendix. *AnnSurgTreatRes.*2014;87(3):144-147. doi:10.4174/ast.2014.87.3.144

## Bölüm 33

# ACİL OBSTRÜKTİF KOLON KİTLESİ OLAN VAKALARDA KOLONİK STENT VE CERRAHİ GİRİŞİM UYGULAMALARI

Sezgin ZEREN<sup>41</sup>

### GİRİŞ

Kolorektal kanserler klinik olarak son on yılda artan sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. 2018 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ölüme sebebiyet veren en sık ikinci kanser tipidir (1,2). Günümüzde kolorektal kanserler için genetik ve onkolojik tedavisi açısından çok sayıda çalışmalar yürütülmekte iken aynı zamanda kolorektal kanser cerrahisi ile ilgilide birçok yeni gelişmeler olmuştur.

Kolorektal kanser tanılı hastaların yaklaşık %8-%29'unda hayatının herhangi bir döneminde ileus tablosuna sekonder akut batın kliniği ile karşılaşılabilir (2). Kolorektal kanserlere bağlı mortalitenin en sık görülen sebeplerinden biri obstrüksiyona bağlı gelişen perforasyon ve intraabdominal sepsisdir (3,4). Dolayısıyla bu durumda da yapılan cerrahiler yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmektedir. Acil tıkaçıcı obstrüktif kolon kitlesi olan hastalarda genel yaklaşım geçici kolostomiler açılması, subtotal kolektomi, kolonik rezeksiyon ve uç kolostomi açılması (Hartman prosedürü) şeklinde idi. Ancak 1990 yılların başında kendi kendine açılabilir kolonik stentlerin klinik olarak uygulanmaya başlaması ile genel cerrahların yaklaşımı ve tedavi stratejilerini tamamen değiştirmiştir.

Günümüzde her merkezde rutin olarak kolonik stent uygulaması standart değildir. Sadece bu konuda deneyimli merkezlerde uygulanabilmektedir. Fakat, öncelikle direkt cerrahinin tercih edildiği yaklaşımlarda halen mevcuttur. Kolonik obstrüksiyonda temel problem kolonun dekomprese olamamasıdır. Daha önceleri hatta bunun önüne geçmek için cerrahi öncesi rektal tüp ile dekompresyon ve sonrasında cerrahi denenmiştir (5). Kendi kendine açılabilir metalik kolon stent uygulamaları

<sup>41</sup> Doçent Doktor, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, sezginzeren@gmail.com

Sonuçta, metalik kolon stentlerinin klinik uygulamaya girmesi ile cerrahide acil durum arz eden kolon kitlelerine sekonder obstrüksiyon vakalarında yaklaşım stratejisi değişmiştir. Bu süreçteki en önemli görev ekip lideri olan genel cerrahlardır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal kanser, kolonik stent, köprüleme tedavisi, cerrahi, komplikasyon

## KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, et al. Colorectal cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2017; 67: 177-193 DOI: 10.3322/caac.21395
2. Ribeiro IB, de Moura DTH, Thompson CC, et al. Acute abdominal obstruction: Colon stent or emergency surgery? An evidence-based review. *World J Gastrointest Endosc.* 2019; 16;11 (3):193-208. Doi: 10.4253/wjge.v11.i3.193.
3. Shimura T, Joh T. Evidence-based Clinical Management of Acute Malignant Colorectal Obstruction. *J Clin Gastroenterol* 2016; 50: 273-285. Doi: 10.1097/MCG.0000000000000475
4. Goldenberg BA, Holliday EB, Helewa RM, et al. Rectal Cancer in 2018: A Primer for the Gastroenterologist. *Am J Gastroenterol.* 2018; 113 (12): 1763-1771. doi: 10.1038/s41395-018-0180-y Doi:10.1038/s41395-018-0180-y
5. Dekovich AA. Endoscopic treatment of colonic obstruction. *Curr Opin Gastroenterol.* 2009; 25 (1): 50-4.
6. Morino M, Bertello A, Garbarini A, et al. Malignant colonic obstruction managed by endoscopic stent decompression followed by laparoscopic resections. *Surg Endosc.* 2002 Oct;16(10):1483-7.
7. Jessamy K, Ozden N, Simon HM, et al. Self-Expanding Metal Stenting in the Management of a Benign Colonic Stricture. *Case Rep Gastroenterol.* 2016; 19; 10 (1): 127-31. Doi:10. 1159/ 000 445185.
8. Ishii Y, Hirano Y, Munechika T, et al. A Case of Locally Far-Advanced Colon Cancer Resected by Laparoscopic Surgery after Colonic Stent Insertion and Neoadjuvant Chemotherapy. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2016; 43 (12): 2151-2153.
9. Ishii A, Sugiyama M, Ohta M, et al. Two cases of acute large bowel obstruction caused by advanced cancer treated with stenting “bridge to surgery” procedure. *Fukuoka Igaku Zasshi.* 2013; 104 (12): 580-4.
10. Furuke H, Komatsu S, Ikeda J, et al. Self-expandable Metallic Stents Contribute to Reducing Perioperative Complications in Colorectal Cancer Patients with Acute Obstruction. *Anticancer Res.* 2018; 38 (3): 1749-1753.
11. Sato R, Oikawa M, Kakita T, et al. Comparison of the long-term outcomes of the self-expandable metallic stent and transanal decompression tube for obstructive colorectal cancer. *Ann Gastroenterol Surg.* 2019; 29; 3 (2) :209-216. Doi: 10.1002/ags3.12235.
12. Reddy R, Patel U, Tarnasky P, et al. Lumen-apposing stent placement for management of a short benign colonic anastomotic stricture. *Video GIE.* 2018; 1;3(3):99-101.
13. Park S, Cheon JH, Park JJ, et al. Comparison of efficacies between stents for malignant colorectal obstruction: a randomized, prospective study. *Gastrointest Endosc.* 2010; 72: 304-310 Doi: 10.1016/j.gie.2010.02.046
14. Wang FG, Bai RX, Yan M, et al. Short-Term Outcomes of Self-Expandable Metallic Stent versus Decompression Tube for Malignant Colorectal Obstruction: A Meta-Analysis of Clinical Data. *J Invest Surg.* 2019; 19:1-9. Doi: 10.1080/08941939.2019.1566419.

## Bölüm 34

# KOLOREKTAL ANASTOMOZ KAÇAKLARININ TEDAVİSİNDE ENDOSKOPIK STENT UYGULAMASI

Eyüp GEMİCİ<sup>42</sup>

### GİRİŞ

Kolorektal kanserlerin cerrahisindeki esas amaç, tümör dokusunun ve tümörün drenajının gerçekleştiği lenf nodlarını güvenli ve sağlam sınırlar içerisinde çıkarmaktır(1). Gerçekleştirilen bu radikal rezeksiyonun cerrahi alan enfeksiyonu, vasküler oklüzyon, solunumsal ve kardiyak problemler, anastomoz kaçağı, intestinal obstrüksiyon, stoma problemleri gibi bir yığın erken ve geç dönem komplikasyonları vardır(2).

Anastomoz kaçakları bu komplikasyonların en korkulanlarından olup ciddi morbidite ve mortalite sebebidir. Stapler ile yapılan aşağı anterior anastomozlarda %8-10 arasında, yukarı anterior anastomozlarda ise %1-3 arasında anastomoz kaçağı bildirilmiştir(3). Kolon cerrahisinde mortalite oranı %3-5 iken rektum cerrahisinde bu oran anterior rezeksiyon serisinde %7-10 olarak bildirilmektedir(4). Anastomoz kaçaklarının meydana gelmesinin nedeni tam olarak bilinmese de anastomoz tekniği, barsakta veya anastomoz hattında oluşan iskemi ve radyoterapi gibi pek çok faktörün burada etkili olduğu düşünülmektedir(5,6). Anastomoz kaçaklarının yönetim algoritmasında çeşitli metodlar yer alır. Minimal invaziv yöntemlerin yaygınlaşmasıyla anastomoz kaçaklarına da endoskopik müdahaleler denenmekte ve başarıyla uygulanmaktadır. Bu yazıda sol kolon kanseri nedeniyle anterior rezeksiyon yapılan ve ameliyat sonrası takibinde anastomoz kaçağı gelişen üç hastaya uyguladığımız endoskopik stentleme işleminin sonuçları sunulmuştur.

<sup>42</sup> Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği. eyupgemici@yahoo.com



## **KAYNAKLAR**

1. Gordon PH. Malignant Neoplasms of the Colon. In: Gordon PH, Nivatvongs S (Eds.) Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus. 3rd Ed. 489643, Informa Healthcare USA Inc., 2007.
2. Lourenco T, Murray A, Grant A, et al. Laparoscopic surgery for colorectal cancer: safe and effective? - A systematic review. *Surg Endosc.* 2008;22(5):1146-1160.
3. Enker WE, Merchant N, Cohen AM, et al. Safety and efficacy of low anterior resection for rectal cancer: 681 consecutive cases from a specialty service. *Ann Surg.* 1999;230:544-552.
4. Rickert A, Willeke F, Kienle P, et al. Management and outcome of anastomotic leakage after colonic surgery. *Colorectal Dis.* 2010;12:216-223.
5. Boccola MA, Buettner PG, Rozen WM, et al. Risk factors and outcomes for anastomotic leakage in colorectal surgery: a single-institution analysis of 1576 patients. *World J Surg.* 2011;35:186-195.
6. Dekker JW, Liefers GJ, de Mol van Otterloo JC, et al. Predicting the risk of anastomotic leakage in leftsided colorectal surgery using a colon leakage score. *J Surg Res.* 2011;166:27-34.
7. Thornton M, Joshi H, Vimalachandran C, et al. Management and outcome of colorectal anastomotic leaks. *Int J Color Dis.* 2011;26:313-320.
8. Alberts JC, Parvaiz A, Moran BJ. Predicting risk and diminishing the consequences of anastomotic dehiscence following rectal resection. *Colorectal Dis.* 2003;5:478-482.
9. Bakker IS, Grossmann I, Henneman D, et al. Risk factors for anastomotic leakage and leak-related mortality after colonic cancer surgery in a nationwide audit. *Br J Surg.* 2014;101:424-432.
10. MacRae HM, McLeod RS. Handsewn vs. stapled anastomoses in colon and rectal surgery: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 1998;41:180-189.
11. Boni L, David G, Dionigi G, et al. Indocyanine green-enhanced fluorescence to assess bowel perfusion during laparoscopic colorectal resection. *Surg Endosc.* 2016;30:2736-2742.
12. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, et al. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncol.* 2005;6:477-484.
13. Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S. Risk factors for anastomotic leakage after left-sided colorectal resection with rectal anastomosis. *Dis Colon Rectum.* 2003;46:653-660.
14. Khan AA, Wheeler JM, Cunningham C, et al. The management and outcome of anastomotic leaks in colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2008;10:587-592.
15. Choi H J, Lee B I, Kim J J, et al. The temporary placement of covered self-expandable metal stents to seal various gastrointestinal leaks after surgery. *Gut Liver.* 2013;7:112-115.
16. Sevim Y, Celik SU, Yavarifar H, et al. Minimally invasive management of anastomotic leaks in colorectal surgery. *World J Gastrointest Surg.* 2016 Sep 27;8:621-626.
17. Lamazza A, Sterpetti AV, De Cesare A, et al. Endoscopic placement of self-expanding stents in patients with symptomatic anastomotic leakage after colorectal resection for cancer: long-term results. *Endoscopy.* 2015;47:270-272.
18. Granata A, Curcio G, Ligresti D, et al. Colorectal anastomotic dehiscence: an endoscopic modified-stent solution. *Endoscopy.* 2016;48:313-314.
19. DiMaio CJ, Dorfman MP, Gardner GJ, et al. Covered esophageal self-expandable metal stents in the nonoperative management of postoperative colorectal anastomotic leaks. *Gastrointest Endosc.* 2012;76:431-435.
20. Dabizzi E, De Ceglie A, Kyanam Kabir Baig KR, et al. Endoscopic "rescue" treatment for gastrointestinal perforations, anastomotic dehiscence and fistula. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2016;40:28-40.