

# OLGULAR EŞLİĞİNDE GENEL CERRAHİ II

Editör  
Hakan SÖZEN



© Copyright 2025

*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>                        | <b>Sayfa ve Kapak Tasarımı</b> |
| 978-625-375-811-0                  | Akademisyen Dizgi Ünitesi      |
| <b>Kitap Adı</b>                   | <b>Yayıncı Sertifika No</b>    |
| Olgular Eşliğinde Genel Cerrahi II | 47518                          |
| <b>Editör</b>                      | <b>Baskı ve Cilt</b>           |
| Hakan SÖZEN                        | Vadi Matbaacılık               |
| ORCID iD: 0000-0002-1282-3413      | <b>Bisac Code</b>              |
|                                    | MED085000                      |
| <b>Yayın Koordinatörü</b>          | <b>DOI</b>                     |
| Yasin DİLMEN                       | 10.37609/akya.3941             |

#### Kütüphane Kimlik Kartı

Olgular Eşliğinde Genel Cerrahi II / ed. Hakan Sözen.  
Ankara : Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 2025.  
209 s. : resim, şekil, tablo. ; 160x235 mm.  
Kaynakça var.  
ISBN 9786253758110

## 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 oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir. İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.*

*Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan kitaba dair değişikliklerden sorumlu değildir.*

**GENEL DAĞITIM**  
**Akademisyen Kitabevi A.Ş.**

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara  
Tel: 0312 431 16 33  
siparis@akademisyen.com

**www.akademisyen.com**

# İÇİNDEKİLER

|         |                                                                                                                                                                                                         |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BÖLÜM 1 | Mide Fundus Divertikülü: Bir Olgu Sunumu Işığında<br>Klinik Bulgular, Tanı Yöntemleri ve Tedavi Yaklaşımları .....1<br>Süleyman ATALAY                                                                  |
| BÖLÜM 2 | İnkarsere İnsizyonel Herni Genişletilmiş Total<br>Ekstraperitoneal Onarım (eTEP).....7<br>Yasin EKİCİ                                                                                                   |
| BÖLÜM 3 | Kalsifiye Dev Safra Kesesi Taşı: Olgu sunumu ..... 15<br>Nail ÖMER                                                                                                                                      |
| BÖLÜM 4 | Safra Taşı İleusu: Klinik Olgu Sunumu ve Literatür İncelemesi ..... 21<br>Deniz KÜTÜK                                                                                                                   |
| BÖLÜM 5 | Nadir Görülen Ölümcül Bir Klinik Fenomen: Tiroid Fırtınası<br>Karın Ağrısı Olan Gebe Hastada Hipertiroidizm ve Tiroid<br>Fırtınası Tanı, Yönetim ve Nihai Cerrahi Tedavisi..... 27<br>Yasir Musa KESGİN |
| BÖLÜM 6 | Stapler Hemoroidopeksi Sonrası Gelişen Hemoroidal Nekroz..... 35<br>Arda Şakir YILMAZ<br>Xaver RZA                                                                                                      |
| BÖLÜM 7 | Akut Apendisitisi Taklit Eden Apendiks Endometriozisi:<br>Nadir Bir Olgu.....43<br>Gökhan VARLI                                                                                                         |
| BÖLÜM 8 | Taşlı Yüzük Hücreli Kolon Karsinomunda Preoperatif Tanı<br>Güçlükleri: Olgu Temelli Değerlendirme ve Klinik Dersler ..... 49<br>Muhammet Ali AYDEMİR                                                    |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                           |            |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>BÖLÜM 9</b>  | <b>Kistik Dalak Hastalıkları: İzole Splenik Kist Hidatik Olgusu<br/>Işığında Değerlendirme.....</b>                                                                                                                                       | <b>57</b>  |
|                 | Abdül Rıdvan KULU                                                                                                                                                                                                                         |            |
| <b>BÖLÜM 10</b> | <b>Nadir Görülen Presakral Ewing Sarkomu ve Komplike<br/>Olan Hastanın Multidisipliner Yönetimi.....</b>                                                                                                                                  | <b>65</b>  |
|                 | Hamdi Burak PİYADE<br>Murat DEREBEY                                                                                                                                                                                                       |            |
| <b>BÖLÜM 11</b> | <b>Delici Kesici Alet Yaralanmasında Saptırıcı İleostomi<br/>İle Hasta Yönetimi Olgu Sunumu .....</b>                                                                                                                                     | <b>75</b>  |
|                 | Şebnem ÇİMEN<br>Burak UÇANER                                                                                                                                                                                                              |            |
| <b>BÖLÜM 12</b> | <b>Komplike Karaciğer Kist Hidatiği Sebebiyle Parsiyel<br/>Kistektomi Ve Omentopeksi Yapılmış Hastada Postoperatif<br/>Gelişen Yüksek Debili Safra Fistülünün Minimal İnvaziv<br/>Girişimsel ve Endoskopik Yöntemlerle Tedavisi .....</b> | <b>83</b>  |
|                 | Gökhan GARİP                                                                                                                                                                                                                              |            |
| <b>BÖLÜM 13</b> | <b>Alt Çene Tüm Damak Dış Protezi Yutulması .....</b>                                                                                                                                                                                     | <b>95</b>  |
|                 | Emil HÜSEYİNOĞLU                                                                                                                                                                                                                          |            |
| <b>BÖLÜM 14</b> | <b>Akut Karın Semptomlarıyla Başvuran Hastada Apandisit<br/>Maskesi Altında Gizlenen Tubal Dış Gebelik Ruptürü.....</b>                                                                                                                   | <b>103</b> |
|                 | Sezer GÖKÇEN                                                                                                                                                                                                                              |            |
| <b>BÖLÜM 15</b> | <b>Perkütan Transhepatik Kateter'e Bağlı Çift Odaklı<br/>Mide Perforasyonu: Endoskopik Kliple Tedavi Edilen<br/>Nadir Bir Komplikasyon .....</b>                                                                                          | <b>109</b> |
|                 | Sezer BULUT                                                                                                                                                                                                                               |            |
| <b>BÖLÜM 16</b> | <b>Kemoterapiye Yanıtsız Metastatik Kolon Kanserinde Gelişen<br/>Obstrüksiyon ve Perforasyon .....</b>                                                                                                                                    | <b>117</b> |
|                 | Ahmet Şimşek                                                                                                                                                                                                                              |            |

|          |                                                                                                                                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BÖLÜM 17 | Mide Perforasyonu Sonrası Gelişen Geç Dönem<br>Perisplenik Sıvı Koleksiyonu: Nadir Bir Klinik Seyir ..... 123<br>Taygun GÜLŞEN |
| BÖLÜM 18 | Nörofibromatozis Hastasında İnsidental Kolon Kanseri Vakası..... 127<br>Sabiha Nur ÖZMEN                                       |
| BÖLÜM 19 | Peptik Ülser Perforasyonuna Bağlı İntraabdominal<br>Sepsis Kaynaklı Septik Şok ..... 131<br>Sabri Alper KARATAŞ                |
| BÖLÜM 20 | Laparoskopik İnguinal Herni Onarımı Sonrası Gelişen<br>İntraabdominal Apse..... 139<br>Muhammed Alperen TAŞ<br>Yalçın SÖNMEZ   |
| BÖLÜM 21 | Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Sonrası Kaçak Yönetimi ..... 145<br>Ceyhun PEKİN                                               |
| BÖLÜM 22 | Nadir Görülen Bir Olgu: Çekal Divertikülit..... 151<br>Berkan ACAR                                                             |
| BÖLÜM 23 | Omental İnfarkt ve Yönetimi Olgu Sunumu..... 157<br>Mahmut Baran YERLİKAYA                                                     |
| BÖLÜM 24 | Çekum Kanserinin İlk Bulgusu: Akut Apandisit..... 163<br>Harun BAYRAM                                                          |
| BÖLÜM 25 | Gastrointestinal Sistem Kanaması ile Bulgu Veren<br>Gastrointestinal Stromal Tümörü..... 169<br>Mehmet BİÇER                   |

|          |                                                                                                            |     |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| BÖLÜM 26 | Olağandışı Bir İleal Perforasyon Nedeni:<br>Ercp Sonrası Stent Migrasyonu.....                             | 177 |
|          | Felât ÇİFTÇİ                                                                                               |     |
| BÖLÜM 27 | Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Gelişen Safra Yolu<br>Yaralanmasında Erken Dönem Rekonstrüksiyon ..... | 183 |
|          | Mehmet Hanifi ÇANAKCI                                                                                      |     |
| BÖLÜM 28 | Anterosuperior Mediastinal Yerleşimli Ektopik<br>Paratiroid Adenomu: Olgu Sunumu .....                     | 189 |
|          | Tomris Çetin GÜLŞEN                                                                                        |     |
| BÖLÜM 29 | Sebebi Belirsiz Terminal İleum Perforasyonu:<br>Tanısal Zorluklar ve Cerrahi Yönetim .....                 | 195 |
|          | Alisina BULUT                                                                                              |     |

## YAZARLAR

**Dr. Öğr. Üyesi Berkan ACAR**  
Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Genel Cerrahi Kliniği

**Op. Dr. Süleyman ATALAY**  
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi,  
Genel Cerrahi Kliniği

**Uzm. Dr. Muhammet Ali AYDEMİR**  
Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın  
Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Harun BAYRAM**  
Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Genel Cerrahi AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİÇER**  
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi,  
Genel Cerrahi AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Alisina BULUT**  
Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi AD.

**Op. Dr. Sezer BULUT**  
SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH,  
Genel Cerrahi Kliniği

**Doç. Dr. Murat DEREBEY**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp  
Fakültesi, Genel Cerrahi AD.

**Op. Dr. Yasin EKİCİ**  
Kütahya Şehir Hastanesi, Genel  
Cerrahi Kliniği

**Op. Dr. Gökhan GARİP**  
Bursa Şehir Hastanesi,  
Genel Cerrahi Kliniği

**Op. Dr. Sezer GÖKÇEN**  
Ağrı Eğitim Araştırma Hastanesi,  
Genel Cerrahi Kliniği

**Uzm. Dr. Taygun GÜLŞEN**  
Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Genel  
Cerrahi Kliniği

**Uzm. Dr. Tomris Çetin GÜLŞEN**  
Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi  
Kliniği

**Op. Dr. Emil HÜSEYİNOĞLU**  
Bursa Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi  
Kliniği

**Uzm. Dr. Sabri Alper KARATAŞ**  
Karaman Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Op. Dr. Yasir Musa KESGİN**  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi  
Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Abdül Rıdvan KULU**  
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Genel Cerrahi AD.

**Uzm. Dr. Deniz KÜTÜK**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Genel  
Cerrahi Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Ceyhan PEKİN**  
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD.

**Uzm. Dr. Hamdi Burak PİYADE**  
Terme Devlet Hastanesi

**Arş. Gör. Xaver RZA**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp  
Fakültesi, Genel Cerrahi AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Yalçın SÖNMEZ**  
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

**Arş. Gör. Dr. Muhammed Alperen TAŞ**  
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

**Doç. Dr. Burak UÇANER**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel  
Cerrahi Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Gökhan VARLI**  
Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi,  
Karaman Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi

**Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Baran  
YERLİKAYA**  
Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Tıp  
Fakültesi, Genel Cerrahi AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Arda Şakir YILMAZ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp  
Fakültesi, Genel Cerrahi AD.

**Uzm. Dr. Mehmet Hanifi ÇANAKCI**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Genel  
Cerrahi Kliniği

**Op. Dr. Felat ÇİFTÇİ**  
Özel Şanmed Hastanesi, Genel Cerrahi  
Kliniği

**Uzm. Dr. Şebnem ÇİMEN**  
Akyurt Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi  
Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Nail ÖMER**  
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi,  
Gaziosmanpaşa Hastanesi, Genel  
Cerrahi Kliniği

**Uzm. Dr. Sabiha Nur ÖZMEN**  
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel  
Cerrahi Kliniği

**Op. Dr. Ahmet ŞİMŞEK**  
İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca  
Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği



# MİDE FUNDUS DİVERTİKÜLÜ: BİR OLGU SUNUMU IŞIĞINDA KLİNİK BULGULAR, TANI YÖNTEMLERİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Süleyman ATALAY<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Mide fundusu, midenin en üst kısmında, kardiyaya komşu olarak yer alır. Temel işlevleri arasında asit salgılama ve pepsinogen üretimi bulunur. Bu bölgedeki parietal hücreler, Hidroklorik asit üretimi ve B12 vitamini emilimi için gerekli olan intrinsik faktör (IF) salgılanmasında kritik bir rol oynar. İntrinsik faktör eksikliği, megaloblastik anemi gibi klinik durumlara yol açabilir (1, 2). Fundus, histolojik olarak parietal hücrelerin daha yoğun olduğu bir bölge olup, mide asiditesi için büyük önem taşır. Ayrıca, fundus, vagus sinirinin mide üzerindeki etkilerini düzenleyerek açlık ve tokluk hissini etkiler. Fundusu etkileyen divertikül veya gastrit gibi patolojiler, özellikle kronik durumlarda bu işlevleri bozabilir (3).

Mide fundus patolojileri genellikle asemptomatik olsa da, bazı durumlarda önemli komplikasyonlara neden olabilir. Mide fundus divertikülleri de bu durumlardan biridir. Bazı hastalarda epigastrik rahatsızlık, reflü, bulantı ve dolgunluk hissi gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Bu olgu sunumu, endoskopi sırasında tesadüfen tespit edilen bu nadir duruma ışık tutmayı amaçlamaktadır (4).

## OLGU SUNUMU

26 yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır devam eden aralıklı epigastrik ağrı,

<sup>1</sup> Op. Dr., Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,  
suleymanatalaymd@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-9033-2719

Fundus divertikülleri genellikle asemptomatik olduğu için, semptom veya komplikasyon gelişmediği sürece aktif tedavi gerektirmez. Düzenli takip önerilir ve semptomlar geliştiğinde daha ileri değerlendirme yapılmalıdır (12). Semptomatik vakalarda, özellikle epigastrik ağrı veya reflü durumunda, medikal veya cerrahi müdahale gerekebilir.

**Medikal tedavi:** Semptomatik fundus divertikülleri için, mide asidini baskılamak amacıyla PPI gibi antiasit ilaçlar kullanılabilir. Antispazmodik ajanlar da bazı durumlarda semptomları hafifletebilir (13).

**Cerrahi tedavi:** Büyük veya komplike divertiküller için cerrahi müdahale gerekebilir. Divertikülit veya perforasyon durumunda, cerrahi eksizyon önerilir. Laparoskopik divertikülektomi, daha az postoperatif komplikasyonla birlikte minimal invaziv bir seçenektir (14).

Sonuç olarak, mide fundus patolojileri, özellikle fundus divertikülleri, nadir görülmekle birlikte önemli komplikasyonlara yol açabilir. Genellikle tesadüfen teşhis edilirler ve asemptomatik vakalarda PPI gibi ilaçlarla konservatif tedavi yeterlidir. Komplikasyon gelişen durumlarda ise cerrahi müdahale gerekebilir. Fundus divertikülü olan hastaların semptom gelişimi açısından yakından takip edilmesi önemlidir (15).

Özetle, mide fundus patolojileri nadir olmakla birlikte potansiyel komplikasyonlar nedeniyle dikkatli klinik yönetim gerektirir. Gastroskopi, fundal patolojilerin teşhisinde altın standarttır ve biyopsi ile desteklenebilir. Gerekli durumlarda diğer görüntüleme yöntemlerine başvurulabilir. Tedavi planları bireyselleştirilmeli ve uzun süreli takip sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Pawlina W. *Histology: A Text and Atlas: With Correlated Cell and Molecular Biology*, 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2023.
2. Meerveld B GV, Johnson A C, Grundy D. Gastrointestinal Physiology and Function. *Handbook of Experimental Pharmacology*. 2017;239:1-16. doi: 10.1007/164\_2016\_118.
3. Zhang S L, Lollie T K, Chen Z, et al. Histopathologic diagnosis of gastritis and gastropathy: a narrative review. *Digestive Medicine Research*, Vol 6, 2023. doi: 10.21037/dmr-22-42.
4. Al Ghadeer H A, Al Hassan A S, AlAli N H, et al. An Incidental Finding of Asymptomatic Gastric Diverticula. *Cureus*. 2022 Nov 8;14(11):e31250. doi: 10.7759/cureus.31250.
5. Akkari I, Mraiedha MH, Jemni I, et al. Gastric diverticula as a diagnostic and therapeutic challenge: Case report and review of literature. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2020;70:93-95. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.04.053.
6. Shah J, Patel K, Sunkara T, et al. Gastric Diverticulum: A Comprehensive Review. *Inflammatory Intestinal Diseases*. 2019 Jan 10;3(4):161-166. doi: 10.1159/000495463.

7. Morris PD, Allaway MGR, Mwagiru DK, et al. Gastric diverticulum: a contemporary review and update in management. *ANZ Journal of Surgery*. 2023 Dec;93(12):2828-2832. doi: 10.1111/ans.18707.
8. Massa M, Newbold K. Gastric Diverticulum Presenting as Hematemesis: A Case Report Detailing an Uncommon Presentation of an Already Rare Entity. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*. 2020 Nov;4(4):610-612. doi: 10.5811/cpcem.2020.9.48603.
9. Marano L, Reda G, Porfidia R, et al. Large symptomatic gastric diverticula: two case reports and a brief review of literature. *World Journal of Gastroenterology*. 2013 Sep 28;19(36):6114-7. doi: 10.3748/wjg.v19.i36.6114.
10. Moy B T, Beery R M, Birk J W. Gastric Diverticulum: An Unusual Endoscopic Finding. *ACG Case Reports Journal*. 2016 Apr 15;3(3):150-1. doi: 10.14309/crj.2016.31.
11. Schramm D, Bach A G, Zipprich A, et al. Imaging Findings of Gastric Diverticula. *The Scientific World Journal*. 2014 Oct 23;2014:923098. doi: 10.1155/2014/923098.
12. Rashid F, Aber A, Iftikhar S Y. A review on gastric diverticulum. *World Journal of Emergency Surgery*. 2012 Jan 18;7(1):1. doi: 10.1186/1749-7922-7-1.
13. Surve A, Zaveri H, Cottam D. Symptomatic gastric diverticulum after gastric imbrication with conversion to sleeve gastrectomy. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 12 (2016) 439 – 440. doi: 10.1016/j.soard.2015.09.012.
14. Donkervoort S C, Baak L C, Blaauwgeers J L G, et al. Laparoscopic resection of a symptomatic gastric diverticulum: a minimally invasive solution. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2006 Oct-Dec;10(4):525-7.
15. Marianne C, Ur M, Rehman M U, et al. A case report of large gastric diverticulum with literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2018;44:82-84.

## İNKARSERE İNSİZYONEL HERNİ GENİŞLETİLMİŞ TOTAL EKSTRAPERİTONEAL ONARIM (ETEP)

Yasin EKİCİ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

İnsizyonel herni, geçirilmiş karın cerrahisi sonrası gelişen fıtıklar için kullanılan bir terimdir. Bu durumda intraabdominal organların fıtık kesesine girerek batin içine redükte edilememesi, yani yerine konulamaması, inkarasyon olarak tanımlanır. Günümüzde insizyonel hernilerin tedavisinde açık laparotomi cerrahisi hâlen sık kullanılan bir yöntemdir. Ancak, laparoskopik cerrahinin gelişimi ile birlikte özellikle laparoskopik inguinal herni onarımları tercih edilmeye başlanmıştır. İnsizyonel hernilerde başlangıçta uygulanan yöntem, intraabdominal onlay mesh (IPOM) tekniğidir. Bu yöntemde dual mesh, karın içine yerleştirilerek tacker yardımıyla sabitlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak, bu yöntemde kullanılan mesh'in intraabdominal organlarla doğrudan temas etmesi, yapışıklık, fistül gibi komplikasyonlara yol açabileceğinden, bu riski en aza indirmek amacıyla genişletilmiş Total Ekstraperitoneal Onarım (eTEP) yöntemi geliştirilmiştir. Bu yöntemin retromusküler boşluğa mesh yerleştirilmesi ile ventral herni onarımlarında da uygulanabileceğini göstermiştir. Bu teknikte amacı daha geniş bir çalışma sahası yaratarak meshi daha geniş bir alana sermektir. Günümüzde ventral herniler için bu cerrahi yöntem uygulanmaya başlanmış olup, acil vakalarda pratiğe girmemiştir. Bu yönteminin acil vaka olarak alınan nüks, komplike ve inkarsere insizyonel hernisi olan obez bir olguda sizlere sunmayı amaçladık.

<sup>1</sup> Op. Dr. Kütahya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, dryasinekici@gmail.com,  
ORCID iD: 0000-0001-5758-8165

değerlendirmeler bizim için diğer önemli bir unsurdur. Laparoskopik onarımda hangi yöntemler herninin onarılacağı konusunda yapılan çalışmalarda 12.cm kadar olan defektlerde laparoskopik yaklaşımın tercih edilebileceği çalışmalarda gösterilmiştir. Cerrahi olarak 1.cm altında olanlarda açık cerrahi veya meshsiz onarımı yapılması önerilmektedir (14). 4.cm kadar olanlarda intraperitoneal mesh hernioplasti (IPOM) , 4-12.cm arasında olanlarda eTEP uygulaması fasya gergin olmasına durumunda transversus abdominis kas gevşetme (TAR) prosedürünün eklenmesi gerektiği konusundan görüşler mevcuttur (15). Bizim olgumuzda pre-operatif değerlendirmeden herni kesesi 8 cm olarak ölçülmüş olup tarafımızca eTEP uygulaması tercih edilmiştir.

## **SONUÇ**

İnsizyonel hernilerde laparoskopik yaklaşımlar, hastaya minimal invaziv cerrahi avantajları sunarken, komplikasyon risklerini de azaltma potansiyeline sahiptir. Bu olguda, geleneksel IPOM yönteminin dezavantajları göz önüne alınarak, eTEP tekniği tercih edilmiştir. eTEP yöntemi sayesinde batin içine girilmeden mesh yerleştirilebilmiş, intraperitoneal komplikasyon riski azaltılmıştır. Ayrıca, komplike ve inkarsere bir insizyonel herni olgusunda, acil şartlarda dahi eTEP yaklaşımının güvenli ve etkin bir şekilde uygulanabileceği görülmüştür. Bu deneyim, multidisipliner iş birliği ile eTEP tekniğinin karmaşık vakalarda dahi başarılı sonuçlar verebileceğini ortaya koymaktadır.

## **KAYNAKLAR**

1. Le Huu, N. R., Mege, D., Ouaiissi, M., Sielezneff, I., & Sastre, B. (2012). Incidence and prevention of ventral incisional hernia. J Visc Surg 149: e3–e14.
2. Begum S, Khan MR. Outcome assessment of primary ventral versus incisional hernia repair by laparoscopic approach. International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery [Internet]. Aralık 2018 [a.yer 31 Mart 2025];1(3):94.
3. Veilleux E, Lutfi R. Obesity and Ventral Hernia Repair: Is There Success in Staging? Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques [Internet]. Ağustos 2020 [a.yer 01 Nisan 2025];30(8):896-9.
4. Fekkes JF, Velanovich V. Amelioration of the Effects of Obesity on Short-term Postoperative Complications of Laparoscopic and Open Ventral Hernia Repair. Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques [Internet]. Nisan 2015 [a.yer 31 Mart 2025];25(2):151.
5. Wieland L, Alfaraawan F, Bockhorn M, El-Sourani N. Comparison of eTEP and IPOM for ventral hernia surgery in the early postoperative period: a retrospective cohort study of a tertiary university centre. Hernia [Internet].

6. Belyansky I, Daes J, Radu VG, Balasubramanian R, Reza Zahiri H, Weltz AS, vd. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. *Surg Endosc* [Internet]. 01 Mart 2018 [a.yer 23 Mart 2025];32(3):1525-32.
7. Li J, Wang Y, Wu L. The Comparison of eTEP and IPOM in Ventral and Incisional Hernia Repair: A Systematic Review and Meta-analysis. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques* [Internet]. Nisan 2022 [a.yer 23 Mart 2025];32(2):252.
8. Kokotovic D, Bisgaard T, Helgstrand F. Long-term Recurrence and Complications Associated With Elective Incisional Hernia Repair. *JAMA* [Internet]. 18 Ekim 2016 [a.yer 01 Nisan 2025];316(15):1575-82.
9. Laparoscopic hernia repair—TAPP or/and TEP? | *Langenbeck's Archives of Surgery* [Internet]. [a.yer 23 Mart 2025].
10. Bellido-Luque J, Alpizar O, Gomez Rosado JC, Gomez Menchero J, Morales-Conde S. Minimally invasive endoscopic retromuscular technique with transversus abdominis release associated (eTEP-TAR) for right subcostal incisional hernias improves postoperative results when compared to conventional laparoscopic incisional hernia repair: a case-control study. *Hernia* [Internet]. 27 Kasım 2024 [a.yer 23 Mart 2025];29(1):34.
11. Binhthaf PP, Parag G. A comparative study between ETEP vs. IPOM repair for ventral hernia. *Hernia* [Internet]. 07 Şubat 2025 [a.yer 01 Nisan 2025];29(1):88. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1007/s10029-025-03280-4>
12. Kurtulus I, Culcu OD, Degerli MS. Extended View Totally Extraperitoneal Technique and Its Advantages in Laparoscopic Inguinal Hernia Repair. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* [Internet]. Ağustos 2022 [a.yer 01 Nisan 2025];32(8):842-7.
13. Incisional Hernia Repair: Laparoscopic Techniques - LeBlanc -2005- *World Journal of Surgery - Wiley Online Library* [Internet]. [a.yer 23 Mart 2025].
14. Köckerling F, Brunner W, Fortelny R, Mayer F, Adolf D, Niebuhr H, vd. Treatment of small (< 2 cm) umbilical hernias: guidelines and current trends from the Herniamed Registry. *Hernia* [Internet]. 01 Haziran 2021 [a.yer 31 Mart 2025];25(3):605-17. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02345-w>
15. Baig SJ, Priya P. Extended totally extraperitoneal repair (eTEP) for ventral hernias: Short-term results from a single centre. *J Minim Access Surg* [Internet]. 2019 [a.yer 23 Mart 2025];15(3):198-203.

## KALSİFİYE DEV SAFRA KESESİ TAŞI: OLGU SUNUMU

Nail ÖMER<sup>1</sup>

### |GİRİŞ

Safra kesesi taşları gastrointestinal sistemi etkileyen en sık problemlerden birisidir. Genel toplumda görülme sıklığı %15-20'dir (1). Safra taşları yoğunlaşan safranin içerisindeki kalıntıların çökmesi sonucu oluşmaktadır. Safra kesesi taşlarının %70-90'ını kolesterol taşları oluşturmaktadır. Total kalsifiye safra kesesi taşı, safra kesesinde kalsiyum tuzlarından oluşan sert kristal yapıdaki taşlardır ve nadir karşılaşılan bir durumdur. Bu taşlar, safra pigmentleri, kolesterol ve kalsiyum tuzlarının birleşmesiyle oluşur. Kalsifikasyon, safra kesesi duvarında da görülebilir ve bu durum "porselen safra kesesi" olarak adlandırılır ve genellikle kronik kolesistitin bir formudur (2,3). Genellikle belirti vermez, ancak safra kesesi iltihabı, karın ağrısı, mide bulantısı gibi sorunlara neden olabilir (4). Bu durum, genellikle asemptomatiktir ancak malignite riski nedeniyle kolesistektomi önerilir (5). Kalsifiye safra kesesi taşları ve porselen safra kesesi, safra kesesi hastalıklarının önemli bir bölümünü oluşturur ve uygun tanı ve tedavi yöntemleriyle yönetilmelidir.

Kronik kolesistit ve karın ağrısı nedeniyle tetkik edilen ve laparoskopik kolesistektomi yapılan hastanın total olarak kalsifiye olmuş dev safra kesesi taşı olgusunu sunacağız.

---

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, dr.omarov86@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-4234-9078

tomografi de özellikle porselen safra kesesi varlığını değerlendirmede faydalıdır (10). Bizim vakada hasta acilde acil doktoru tarafından değerlendirilmiş ve kronik karın ağrısı olması sebebiyle direkt batın BT çekilerek safra kesesi taşı tanısı koyulmuştu.

Tedavi yaklaşımı genellikle cerrahidir. Çünkü kalsifiye safra kesesi taşları ve porselen safra kesesi, hem komplikasyon riski hem de malignite potansiyeli nedeniyle izlemiden çok cerrahi müdahale gerektirir. Laparoskopik veya açık kolesistektomi, hastanın durumuna göre tercih edilir (11-12). Bizim vakada hasta-ya laparoskopik kolesistektomi uygulandı ve patolojik incelemesinde malignite saptanmadı.

## SONUÇ

Sonuç olarak, kalsifiye safra kesesi taşları, safra kesesi hastalıkları içinde önemli bir yer tutar. Malignite riski ve komplikasyon potansiyeli nedeniyle erken tanı ve cerrahi tedavi tartışmasız önceliklidir. Bu nedenle, kalsifiye taş saptanan hastalarda semptom olmasa bile safra kesesinin çıkarılması önerilmektedir

## KAYNAKLAR

1. Marschall HU, Einarsson C., Gallstone disease. *J Intern Med* 2007; 261:529-42
2. Morimoto M, Matsuo T, Mori N. Management of Porcelain Gallbladder, Its Risk Factors, and Complications: A Review. *Diagnostics (Basel)*. 2021 Jun 10;11(6):1073. doi: 10.3390/diagnostics11061073.
3. Schnelldorfer T. Porcelain gallbladder: a benign process or concern for malignancy? *J Gastrointest Surg*. 2013 Jun;17(6):1161-8. doi: 10.1007/s11605-013-2170-0. Epub 2013 Feb 20.
4. Chen GL, Akmal Y, DiFronzo AL, Vuong B, O'Connor V. Porcelain Gallbladder: No Longer an Indication for Prophylactic Cholecystectomy. *Am Surg*. 2015 Oct;81(10):936-40.
5. Tomioka T, Tajima Y, Inoue K, Onizuka S, Ikematsu Y, Kanematsu T. Laparoscopic cholecystectomy is a safe procedure for the treatment of porcelain gallbladder. *Endoscopy*. 1997 Mar;29(3):225. doi: 10.1055/s-2007-1004172.
6. Festi D., Dormi A., Capodicasa S., Staniscia T., Attili A.F., Loria P., Pazzi P., Mazzella G., Sama C., Roda E., et al. Incidence of gallstone disease in Italy: Results from a multicenter, population-based Italian study (the MICOL project) *World J. Gastroenterol*. 2008;14:5282–5289. doi: 10.3748/wjg.14.5282.
7. Cornell C.M., Clarke R. Vicarious Calcification Involving the Gallbladder. [(accessed on 24 March 2021)]; doi: 10.1097/00000658-195902000-00013.
8. Khan Z.S., Livingston E.H., Huerta S. Reassessing the need for prophylactic surgery in patients with porcelain gallbladder case series and systematic review of the literature. *Arch. Surg*. 2011;146:1143–1147. doi: 10.1001/archsurg.2011.257.



9. Schnelldorfer T. Porcelain gallbladder: A benign process or concern for malignancy? J. Gastrointest. Surg. 2013;17:1161–1168. doi: 10.1007/s11605-013-2170-0.
10. Kane R.A., Jacobs R., Katz J., Costello P. Porcelain Gallbladder: Ultrasound and CT Appearance. [(accessed on 24 March 2021)]; doi: 10.1148/radiology.152.1.6729103.
11. Chen G.L., Akmal Y., Di Fronzo A.L., Vuong B., O'Connor V. Porcelain Gallbladder: No Longer an Indication for Prophylactic Cholecystectomy. [
12. Berk R.N., Armbruster T.G., Saltzstein S.L. Carcinoma in the Porcelain Gallbladder. [(accessed on 4 May 2021)]; doi: 10.1148/106.1.29

## SAFRA TAŞI İLEUSU: KLİNİK OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR İNCELEMESİ

Deniz KÜTÜK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Safra taşı ileusu, gastrointestinal sistemde mekanik obstrüksiyona yol açan ve genellikle ileri yaş bireylerde görülen nadir bir komplikasyondur. Mekanik bağırsak tıkanıklıklarının yaklaşık %1-4'ünü oluşturan bu durum, kronik inflamasyona sekonder olarak safra kesesi ile gastrointestinal trakt arasında fistül gelişimi ve bu fistüllerden safra taşlarının geçişiyle oluşmaktadır (1). En sık görülen fistül tipi kolesistoduodenal fistüldür.

Fistüller, kronik kolesistit nedeniyle safra kesesi duvarında oluşan inflamasyon, erozyon ve adezyonlar sonucu meydana gelir. Büyük çaplı safra taşlarının, özellikle terminal ileum gibi lümen çapının dar olduğu bölgelerde intestinal obstrüksiyona yol açması, hastalığın karakteristik patofizyolojisini oluşturur.

Klinik tablo genellikle nonspesifik ve aralıklı intestinal obstrüksiyon bulguları ile seyreder. Rigler triadı Pnömobilia, ektopik safra taşı ve bağırsakta hava-sıvı seviyeleri şeklinde tanımlanan Rigler triadı safra taşı ileusu tanısında altın standart olsa da bu üç bulgu nadiren birlikte olmaktadır. Bu sebeple tanıda klinik şüphe, fizik muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemleri, özellikle abdominal BT, büyük önem taşımaktadır (2,3).

Safra taşı ileusu, tedavi edilmediği takdirde ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinden, hızlı tanı ve cerrahi müdahale bu klinik tabloda hayat kurtarıcıdır.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, denizkutuk01@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-9084-4869

ve fistüle bağlı uzun dönem komplikasyonlarının nadir olduğu belirtilmiştir (13,14). Bu nedenle hemodinamik olarak instabil veya yüksek cerrahi riske sahip hastalarda yalnızca enterolitotomi yapılması güvenli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

Safra taşı ileusunun prognozunu etkileyen başlıca faktörler; hastanın yaşı, ek hastalıkları, tanı konulmasında gecikme olması ve postoperatif komplikasyonların gelişimidir. Erken tanı ve tedavi, bu klinik tabloya bağlı mortaliteyi önemli oranda düşüren temel faktör olarak öne çıkmaktadır (15,16).

Sonuç olarak, safra taşı ileusu nadir görülen bir klinik tablo olmakla birlikte, özellikle yaşlı popülasyonda yüksek mortaliteye sahip ciddi bir hastalıktır. Klinik şüphe durumunda, uygun radyolojik tanı yöntemleri ve doğru cerrahi yaklaşım bu klinik tablonun doğru yönetilmesinde kritik öneme sahiptir.

## SONUÇ

Safra taşı ileusu, zor tanı konulabilen, tedavi yaklaşımı ise hastadan hastaya değişiklik gösterebilen kompleks bir klinik durumdur. Erken tanı ve hızlı cerrahi tedavi, mortalite ve morbiditeyi azaltmada kritik rol oynamaktadır. Olgumuz, genç hastalarda da safra taşı ileusunun da ortaya çıkabileceğini göstermesi açısından literatüre katkı sağlamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg*. 1994;60(6):441–446.
2. Nuño-Guzmán CM, et al. Gallstone ileus: an overview of the literature. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017;82(3):248–254.
3. Beuran M, et al. Gallstone ileus: clinical and therapeutic aspects. *J Med Life*. 2010;3(4):365–371.
4. Lassandro F, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol*. 2004;50(1):23–29.
5. Cappell MS, Davis M. Characterization of gallstone ileus by serial contrast radiography. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(7):1589–1596.
6. Swift SE, Spencer JA. Gallstone ileus: CT findings. *Clin Radiol*. 1998;53(6):451–454.
7. Doko M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: one-stage procedure vs enterolithotomy alone. *Hepatogastroenterology*. 2001;48(38):469–473.
8. Glenn F, Reed C, Grafe WR. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obstet*. 1981;153(4):527–531.
9. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg*. 1990;77(7):737–742.
10. Mavroedidis VK, et al. Gallstone ileus: a review of the literature and presentation of a rare case. *World J Gastroenterol*. 2013;19(28):4745–4748.

11. Ripolles T, et al. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdom Imaging*. 2001;26(4):401–405.
12. Tan YM, Wong WK, Ooi LL. A comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J*. 2004;45(2):69–72.
13. Halabi WJ, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg*. 2014;259(2):329–335.
14. Clancy C, et al. Gallstone ileus: an updated review. *World J Gastrointest Surg*. 2021;13(2):94–102.
15. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Case Rep*. 2012;2012:bcr2012006535.
16. Day EA, Marks C. Gallstone ileus: review of the literature and presentation of thirty-four new cases. *Am J Surg*. 1975;129(5):552–558.

# NADİR GÖRÜLEN ÖLÜMCÜL BİR KLİNİK FENOMEN: TİROİD FIRTINASI KARIN AĞRISI OLAN GEBE HASTADA HİPERTİROİDİZM VE TİROİD FIRTINASI TANI, YÖNETİM VE NİHAİ CERRAHİ TEDAVİSİ

Yasir Musa KESGİN<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Genel cerrahi acil pratiğinde endokrin organlardan kaynaklı hastalıklar nadir görülen ancak kritik duruma yol açabilen bir başvuru nedeni olabilse de bazen hem sık rastlanan klinik tablolarla karışabilen hem de acil cerrahi patolojilerin dışlanması güçleştiren klinik tablolara yol açabilirler. Vücuttaki sistemler arasındaki hormonal etkileşimler tam olarak anlaşılamamıştır ve birçok karmaşık klinik tablo altta yatan endokrin hastalıklardan kaynaklanabilir(1). Özellikle acil cerrahi hastalarının en sık şikayetlerinden biri olan karın ağrısı şikayeti ön planda olan hastaların bir kısmında hasta kliniğinin değerlendirilmesini de karmaşıklaştıran endokrin patolojiler olabilir(2,3). Acil servise başvuran hastada endokrin sistem kaynaklı patolojiler arasında tiroid fırtınası ve akut adrenal yetmezlik gibi durumların yanı sıra diyabetik ketoasidoz, hiperozmolar hiperglisemi, miksödem, feokromositoma zemininde hipertansif kriz, hipofiz apopleksisi gibi nedenler sayılmıştır(3,4).Tiroid disfonksiyonu en sık görülen endokrin bozukluk olup abdominal patolojilerle de karışabilir(5). Hastanın bütüncül değerlendirilmesinin bir parçası olarak genel cerrahi hekiminin endokrin cerrahi alt çalışma grubunu daha yakından ilgilendirebilecek patolojileri bu yönü ile de tanıması önemlidir. Bu olguda karın ağrısı nedeniyle genel cerrahiye danışılmış

<sup>1</sup> Op. Dr., Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, yasirmusa.kesgin@saglik.gov.tr, ORCID iD 0000-0002-1296-6369

yol açmış batın içi patoloji endokrin bir bozukluğu da tetiklemiş olabilir. Genel cerrahi hekiminin hastanın bütüncül değerlendirilmesi kapsamında endokrin sistem bozuklukları ile ilgili farkındalık taşıması, gerekli durumlarda şüpheli olması hastada tanının gecikmemesi, morbidite ve mortalitenin önlenmesi adına kritik önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Maser C, Toset A, Roman S. Gastrointestinal manifestations of endocrine disease. *World J Gastroenterol* WJG. 2006;12(20):3174.
2. Goodier CG. Endocrine emergencies. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2016;62(4):427–32.
3. Fields JM, Dean AJ. Systemic causes of abdominal pain. *Emerg Med Clin*. 2011;29(2):195–210.
4. Kearney T, Dang C. Diabetic and endocrine emergencies. *Postgrad Med J*. 2007;83(976):79–86.
5. Lee SY, Pearce EN. Hyperthyroidism: a review. *Jama*. 2023;330(15):1472–83.
6. Laws SA, Cook PR, Rees M. Adrenal insufficiency masquerading as an acute abdomen. *Hosp Med Lond Engl* 1998. 2001;62(2):118–9.
7. Leow MS, Chew DK, Zhu M, Soon PC. Thyrotoxicosis and acute abdomen—still as defying and misunderstood today? Brief observations over the recent decade. *QJM Int J Med*. 2008;101(12):943–7.
8. Lekbello M, Celo E, Ylli D. An unusual hyperthyroidism presentation. In: *Endocrine Abstracts* [Internet]. Bioscientifica; 2024 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.endocrine-abstracts.org/ea/0099/ea0099ep586>
9. Yorke E. Hyperthyroidism and Liver Dysfunction: A Review of a Common Comorbidity. *Clin Med Insights Endocrinol Diabetes* [Internet]. 2022 Jan [cited 2025 May 2];15. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/11795514221074672>
10. Seo YJ, Chervu N, Benharash P, Wu JX. National Trends and Outcomes in the Operative Management of Thyroid Storm. *Am Surg*. 2024 Oct;90(10):2424–30.
11. Nayak B, Burman K. Thyrotoxicosis and thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin*. 2006;35(4):663–86.
12. Galindo RJ, Hurtado CR, Pasquel FJ, García Tome R, Peng L, Umpierrez GE. National Trends in Incidence, Mortality, and Clinical Outcomes of Patients Hospitalized for Thyrotoxicosis With and Without Thyroid Storm in the United States, 2004–2013. *Thyroid*. 2019 Jan;29(1):36–43.
13. Kwon SH, Kim MJ, Jung SY, Jeon JH. Thyroid storm caused by metastatic papillary thyroid carcinoma tissue after total thyroidectomy: a case report. *J Yeungnam Med Sci*. 2023;40(Suppl):S93–7.
14. Burch HB, Wartofsky L. Life-threatening thyrotoxicosis: thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1993;22(2):263–77.
15. Chen C, Xie Z, Shen Y, Xia SF. The Roles of Thyroid and Thyroid Hormone in Pancreas: Physiology and Pathology. *Int J Endocrinol*. 2018 Jun 14;2018:1–14.
16. Lee SY, Pearce EN. Assessment and treatment of thyroid disorders in pregnancy and the postpartum period. *Nat Rev Endocrinol*. 2022;18(3):158–71.
17. Petca A, Dimcea DAM, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca RC. Management of hyperthyroidism during pregnancy: a systematic literature review. *J Clin Med*. 2023;12(5):1811.

18. Dunbar K, Yadlapati R, Konda V. Heartburn, nausea, and vomiting during pregnancy. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. 2022;117(10S):10–5.
19. Woolery S, Freedberg M, Sciarretta JD, Castater C, Nguyen J. Thyrotoxicosis Presenting as an Acute Abdomen. *Am Surg*. 2024 Nov;90(11):2930–2.
20. Xu GM, Hu MX, Li SY, Ran X, Zhang H, Ding XF. Thyroid disorders and gastrointestinal dysmotility: an old association. *Front Physiol*. 2024;15:1389113.
21. Ijdda S, Rafi S, Elmghari GH, El Ansari N. Hyperthyroidism and Pregnancy. *SAS J Med*. 2023;10:1043–51.
22. Song Z, Akhund R, Wu C, Wang R, Lindeman B, Fazendin J, et al. From routine to rescue: Thyroidectomy for life-threatening thyrotoxicosis. *World J Surg*. 2024 Dec;48(12):2892–8.
23. de Mul N, Damstra J, van Dijkum EJM, Fischli S, Kalkman CJ, Schellekens WJM, et al. Risk of perioperative thyroid storm in hyperthyroid patients: a systematic review. *Br J Anaesth*. 2021;127(6):879–89.
24. Gerard M, Hamy A, Lifante JC, Pattou F, Christou N, Blanchard C, et al. Comparison of morbidity after total thyroidectomy among adult patients with and without preoperative hyperthyroidism. *JAMA Otolaryngol Neck Surg*. 2021;147(6):573–5.

## STAPLER HEMOROİDOPEKSİ SONRASI GELİŞEN HEMOROİDAL NEKROZ

Arda Şakir YILMAZ<sup>1</sup>  
Xaver RZA<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Hemoroidal hastalık, normal anal yastıkçıkların semptomatik genişlemesi ve distale yer değiştirmesi olarak tanımlanan yaygın bir anorektal rahatsızlıktır. Dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen, önemli bir tıbbi ve sosyoekonomik sorunu temsil eder. Kabızlık ve defakasyon sırasında uzun süreli ıkınma gibi faktörler hemoroid gelişiminin etiyolojisinde önemli rol oynar. Vasküler kanalın anormal genişlemesi ve bozulması, anal yastıkçık içindeki destekleyici bağ dokusundaki yıkıcı değişiklikler sonucunda hemeroidal hastalık ortaya çıkar (1).

Hemoroidal hastalığın tedavisinde konservatif tedavinin yanı sıra birçok cerrahi tedavi formları kullanılmaktadır. Özellikle grade 3-4 hemoroidal hastalıkta (beraberinde prolapsusun eşlik ettiği) cerrahi tedavi seçenekleri arasında stapler hemoroidopeksi de yer almaktadır.

Stapler hemoroidopeksi, dentat çizginin yaklaşık 2-3 cm yukarısında çevresel bir mukoza halkası keserek prolapsusu azaltan, özel olarak tasarlanmış transanal dairesel zımba tabancası kullanılarak gerçekleştirilir. Aynı zamanda hemoroidal arter ligasyonuna benzer şekilde hemoroide giden besleyici arterleri de keserek hemoroid pakelerine giden kan akımını azaltır (2).

<sup>1</sup> Dr. Öğr.Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., dr.ardayilmazz@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1269-0814

<sup>2</sup> Arş. Gör., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., xaverrza@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2333-8445



Cerrahi tedavi seçeneklerinden biri olan stapler hemoroidopeksi, çepeçevre olan prolabe internal hemoroidler için ön plandaki seçenekler arasındadır (18). Stapler hemoroidopeksinin prolabe semptomatik hemoroidlerin tedavisi için güvenli ve etkili bir teknik olduğu birçok literatür ile desteklenmektedir (18, 19). Ancak, diğer tüm tekniklerde olduğu gibi komplikasyon riski vardır (18-20). Rektovajinal fistül, sepsis gibi ciddi kısa vadeli komplikasyonların yanı sıra anal stenoz ve fekal inkontinans gibi uzun vadeli komplikasyonlarla ilgili endişeler de literatürde tartışılmaktadır (21). Hemoroidopeksi ile doğrudan ilişkili majör komplikasyonlardan şiddetli rektal kanama, şiddetli kronik ağrı ve rektal obliterasyon vakaları bildirilmiştir. Bu komplikasyonların yönetimi sırasında sıklıkla acil cerrahi eksplorasyon ve bazen de dışkı yönlendirmesi (kolostomi vs.) gerektirir (4, 22-26). Hemoroidopeksi sonrası hastamızda gelişen hemoroid pakelerindeki şiddetli nekroz literatürde komplikasyonlar arasında bahsedilmemiştir. Bu nedenle operasyon sonrası gelişen şiddetli ağrı etiyolojisinde mukozal nekrozda mutlaka akılda tutulmalıdır.

## SONUÇ

Sonuç olarak stapler hemoroidopeksi, birtakım komplikasyonları da beraberinde getirir. Bu nedenle olası komplikasyonları önceden bilmeli, erken tanı ve tedavi ile kötü sonuçlar gelişmeden müdahale edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, et al. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *The British journal of surgery*. 1994;81(7):946-954. doi:10.1002/bjs.1800810707
2. Acheson AG, Scholefield JH. Management of haemorrhoids. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2008;336(7640):380-383. doi:10.1136/bmj.39465.674745.80
3. Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Diseases of the colon and rectum*. 2007;50(6):878-892. doi:10.1007/s10350-006-0852-3
4. Cheetham MJ, Mortensen NJ, Nystrom PO, et al. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000;356(9231):730-733. doi:10.1016/S0140-6736(00)02632-5
5. Cirocco WC. Life threatening sepsis and mortality following stapled hemorrhoidopexy. *Surgery*. 2008;143(6):824-829. doi:10.1016/j.surg.2007.10.004.
6. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000;355(9206):810. doi:10.1016/S0140-6736(00)02208-X

7. Pessaux P, Lermite E, Tuech JJ, et al. Pelvic sepsis after stapled hemorrhoidectomy. *Journal of the American College of Surgeons*. 2004;199(5):824-825. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2004.04.026
8. Ripetti V, Caricato M, Arullani A. Rectal perforation, retroperitoneum, and pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsed hemorrhoids: report of a case and subsequent considerations. *Diseases of the colon and rectum*. 2002;45(2):268-270. doi:10.1007/s10350-004-6159-3
9. Wong LY, Jiang JK, Chang SC, et al. Rectal perforation: a life-threatening complication of stapled hemorrhoidectomy: report of a case. *Diseases of the colon and rectum*. 2003;46(1):116-117. doi:10.1007/s10350-004-6505-5
10. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World journal of gastroenterology*. 2012;18(17):2009-2017. doi:10.3748/wjg.v18.i17.2009
11. Ray-Offor E, Elenwo SN. Endoscopic Evaluation of Upper and Lower Gastro-Intestinal Bleeding. *Nigerian journal of surgery : official publication of the Nigerian Surgical Research Society*. 2015;21(2):106-110. doi:10.4103/1117-6806.162575
12. Morgado PJ, Suárez JA, Gómez LG, et al. Histoclinical basis for a new classification of hemorrhoidal disease. *Diseases of the colon and rectum*. 1988;31(6):474-480. doi:10.1007/BF02552621
13. Chung YC, Hou YC, Pan AC. Endoglin (CD105) expression in the development of haemorrhoids. *European journal of clinical investigation*. 2004;34(2):107-112. doi:10.1111/j.1365-2362.2004.01305.x
14. Aigner F, Gruber H, Conrad F, et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. *International journal of colorectal disease*. 2009;24(1):105-113. doi:10.1007/s00384-008-0572-3
15. Lee JH, Kim HE, Kang JH, et al. Factors associated with hemorrhoids in Korean adults: Korean national health and nutrition examination survey. *Korean journal of family medicine*. 2014;35(5):227-236. doi:10.4082/kjfm.2014.35.5.227
16. Gallo G, Martellucci J, Sturiale A, et al. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease. *Techniques in coloproctology*. 2020;24(2):145-164. doi:10.1007/s10151-020-02149-1
17. Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). *Diseases of the colon and rectum*. 2011;54(9):1059-1064. doi:10.1097/DCR.0b013e318225513d
18. Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Diseases of the colon and rectum*. 2024;67(5):614-623. doi:10.1097/DCR.0000000000003276
19. Faucheron JL, Voirin D, Abba J. Rectal perforation with life-threatening peritonitis following stapled haemorrhoidectomy. *The British journal of surgery*. 2012;99(6):746-753. doi:10.1002/bjs.7833
20. McCloud JM, Jameson JS, Scott AN. Life-threatening sepsis following treatment for haemorrhoids: a systematic review. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2006;8(9):748-755. doi:10.1111/j.1463-1318.2006.01028.x
21. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Diseases of the colon and rectum*. 2018;61(3):284-292. doi:10.1097/DCR.0000000000001030
22. McDonald PJ, Bona R, Cohen CR. Rectovaginal fistula after stapled haemorrhoidectomy. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2004;6(1):64-65. doi:10.1111/j.1463-1318.2004.00554.x

23. Vasudevan SP, Mustafa el A, Gadhvi VM, et al. Acute intestinal obstruction following stapled haemorrhoidopexy. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2007;9(7):668-669. doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01228.x
24. Naldini G. Serious unconventional complications of surgery with stapler for haemorrhoidal prolapse and obstructed defaecation because of rectocele and rectal intussusception. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2011;13(3):323-327. doi:10.1111/j.1463-1318.2009.02160.x
25. Gravié JF, Lehur PA, Hutten N, et al. Stapled hemorrhoidopexy versus milligan-morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year postoperative follow up. *Annals of surgery*. 2005;242(1):29-35. doi:10.1097/01.sla.0000169570.64579.31
26. Pescatori M. Stapled hemorrhoidectomy: a word of caution. *International journal of colorectal disease*. 2002;17(5):362-363. doi:10.1007/s00384-002-0419-2

## AKUT APANDİSİTİ TAKLİT EDEN APENDİKS ENDOMETRİOZİSİ: NADİR BİR OLGU

Gökhan VARLI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Akut batına sebeplerinden en sık görüleni akut apandisitir. Yaşam boyunca görülme riski erkeklerde %8,6, kadınlarda ise %6,7'dir (1).

Endometrial dokunun uterus dışında herhangi bir yerde ektopik olarak bulunması endometriozis olarak isimlendirilmiştir (2). Endometriozis terimi ilk kez 1860 yılında Von Rokitansky tarafından literatüre katmıştır (3). Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %15'inde, menopoz sonrasında ise kadınların ise yaklaşık %2-5'inde endometriozise rastlanılmaktadır (4, 5). Endometriozis genellikle adneksiyel yapılarda görülse de barsak, plevra, perikard, umblikus, daha önce geçirilmiş epizyotomi ve insizyon skarlarında da yerleşim gösterir. İntestinal endometriozis olguların yaklaşık %3'ü apendikte izlenir (3-5). Doğurganlık çağındaki kadınlarda endometriozis genellikle dismenore, pelvik ağrı, dispareni ve infertilite gibi durumlarla başvurmaktadır (6). İntestinal endometriozisde rektal kanama, bulantı, kusma, kramp tarzı karın ağrısı gibi semptomlar izlense de genellikle asemptomatiktir (7-9).

Yazıda akut apandisit bulgularıyla başvuran, apendiks yerleşimli endometriozis tanısı alan olgumuzu akut batın ayırıcı tanısında akılda tutulması nedeniyle sunulmaktadır.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, gokhanvarli2@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1978-9470

zaya yerleşim gösterirken, bu olguda da olduğu gibi nadir durumlarda submukozaya ve muskularis propriaya yerleşim gösterir (19).

Endometriozisde tek başına apendiks tutulumu oldukça nadirdir. Bu nedenle saptandığında hastalarda diğer endometriozis odaklarının da varlığından şüphelenilmeli ve özellikle overler ve periton endometriozis açısından değerlendirilmelidir. (20). Bu olguda pelvik ultrason yapılmış overler normal olarak değerlendirilmiştir. Olguya pelvik MR önerilmiştir.

Apendiks yerleşimli endometriozisde tedavi cerrahi ve hormonal tedavi olup, hastanın yaşı ve semptomların şiddetine göre tedavi belirlenir. Cerrahi olarak, bu olguda da olduğu gibi apendektomi yeterlidir (7). Ameliyat sonrası takip zorunludur (21).

Sonuç olarak; apendiks lokalizasyonlu endometriozis nadir görülen bir durumdur. Ameliyat öncesi tanısı zordur ancak akut apandisit klinik semptomları gösteren doğurganlık çağındaki kadınlarda, görüntüleme yöntemlerine bağlı kalmadan, ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekir. Ek olarak menstrüel düzensizlik öyküsü olan hastalarda da apendiks lokalizasyonlu endometriozis ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmelidir.

## **KAYNAKLAR**

1. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. BMJ. 2006;333(7567):530-4.
2. Sternberg's Diagnostic surgical pathology, 6th Edition: 2007.
3. Saleem A, Navarro P, Munson JL, et al. Endometriosis of the appendix: Report of three cases. Int J Surg Case Rep 2011; 2: 16-9.
4. Stenchever MA, Droegemueller W, Herbst AL. 4th ed. 2001. Comprehensive Gynecology.
5. Eliyatkin N, Karasu B, Zengel B, et al. Extragenital endometriosis in sigmoid colon and lymphatic nodule. Dicle Med J 2010; 37: 164-16.
6. Kumbak B, Gezer A, İlvan Ş, Işıloğlu H, Erel T. Vulvar endometrioma: A case report. Cerrahpaşa J Med. 2003; 34: 36-8.
7. Uncu H, Taner D. Appendiceal endometriosis: two case reports. Arch Gynecol Obstet 2008; 278:273-5. 4.
8. Mittal VK, Choudhury SP, Cortez JA. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. Am J Surg 1981; 142:519-21.
9. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. Fertil Steril 2006; 86: 298-303.
10. Akbulut S, Tas M, Sogutcu N, Arikanoglu Z, Basbug M, Ulku A. Unusual histopathological findings in appendectomy specimens: a retrospective analysis and literature review.
11. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. et al. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol. 1986; 67: 335-38.
12. Doğan S, Bulut AŞ, Karamürsel BS. A rare differential diagnosis of acute appendicitis: Appendiceal endometriosis. Ulusal Cerrahi Dergisi. 2012;28(3):159-61.

13. Gurates B, Bulun SE. Endometriosis: the ultimate hormonal disease. *Semin Reprod Med.* 2003; 21: 125-34.
14. Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, Bozdog Z. An unusual cause of acute appendicitis: Appendiceal endometriosis. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4(1):54-7.
15. Farquhar C. Endometriosis. *BMJ.* 2007; 334(7587): 249-53
16. Barclay RL, Simon JB, Varner SJ, et al. Rectal passage of intestinal endometriosis. *Dig Dis Sci.* 2001; 46: 1963-67.
17. Chaar CI, Wexelman B, Zuckerman K, et al. Intussusception of the appendix: comprehensive review of the literature. *Am J Surg* 2009;198:122-28.
18. Günay E, Abuoğlu HH, Odabaşı HM, Özkan E, Müftüoğlu MAT. Caecal endometriosis mimicking acute appendicitis. Case report. *J Surg Arts (Cer San D).* 2017; 2: 22-4.
19. Yantis RK, Clement PB, Young RH. et al. Neoplastic and pre-neoplastic changes in gastrointestinal endometriosis: a study of 17 cases. *Am J Surg Pathol.* 2000; 24(4): 513-24.
20. Ünalp HR, Önal MA, Özzeybek T, Cıkla M, Ekinci N. Appendiceal Endometriosis: A Case Report. *İzmir Tepecik Hast Derg.* 2005; 15(3):199-201.
21. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis: a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:804-8.

## TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KOLON KARSİNOMUNDA PREOPERATİF TANI GÜÇLÜKLERİ: OLGU TEMELLİ DEĞERLENDİRME VE KLİNİK DERSLER

Muhammet Ali AYDEMİR<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Taşlı yüzük hücreli karsinom (TYHK), kolorektal adenokarsinomların nadir ancak oldukça agresif seyirli bir alt tipidir. Tüm kolorektal kanserlerin yaklaşık %1'ini oluşturur (1). Histopatolojik olarak bu tümörler, sitoplazmasında bol miktarda müsin içeren ve nükleusu perifere iten hücrelerle karakterizedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, tümörün taşlı yüzük hücrelerinden oluşan oranı %50'nin üzerinde olduğunda bu tanı konulabilir (2). Kolorektal TYHK genellikle genç yaşta ortaya çıkar, linitis plastica benzeri infiltratif büyüme paterni gösterir ve sıklıkla ileri evrede tanı alır (3). Mukozayı geçmeden submukozal ve duvar içi yerleşim gösterebildiğinden, kolonoskopik biyopsiler çoğu zaman tanı koyduramaz (4). Bu nedenle Kolorektal TYHK'nın erken dönemde saptanması zordur ve tanı sıklıkla cerrahi rezeksiyon sonrası konur. Bu yazıda, endoskopik biyopsilerde malignite saptanamayan, ancak cerrahi sonrası taşlı yüzük hücreli adenokarsinom tanısı konan bir olgu üzerinden TYHK'nın tanısal güçlükleri literatür eşliğinde tartışılmıştır.

### OLGU

Kırk iki yaşında kadın hasta, yaklaşık üç aydır süren kolik tarzda alt karın ağrısı ve zaman zaman ortaya çıkan kabızlık şikâyeti ile genel cerrahi polikliniğine baş-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, maliaydemir1990@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0240-0924

Olgumuzda olduğu gibi, endoskopik olarak maligniteyi düşündüren bir görünüm varlığında, histopatolojik doğrulama yapılamasa bile klinik şüphe yükseğe tanı süreci ileri tetkikler ve multidisipliner değerlendirme ile yönlendirilmelidir. Bu bağlamda BT, PET/BT, EUS ve gerektiğinde tanısal laparoskopi gibi yöntemlerle ek bilgi sağlanabilir.

TYHK gibi zor tanı konulan tümör tiplerinde klinik, endoskopik ve görüntüleme bulgularının birlikte değerlendirilmesi ve yalancı negatif biyopsi olasılığının akılda tutulması, zamanında müdahale açısından hayati önem taşır.

## KAYNAKLAR

1. Benesch MGK, Mathieson A. Epidemiology of Signet Ring Cell Adenocarcinomas. *Cancers (Basel)*. 2020;12(6):1544. Published 2020 Jun 11. doi:10.3390/cancers12061544
2. Chen B, Liu B, Yuan Z, et al. Colorectal Signet Ring Cell Carcinoma Presenting as Ulcerating Rectosigmoid Stricture. *ACG Case Rep J*. 2023;10(8):e01130. Published 2023 Aug 17. doi:10.14309/crj.0000000000001130
3. Hugen N, Verhoeven RH, Lemmens VE, et al. Colorectal signet-ring cell carcinoma: benefit from adjuvant chemotherapy but a poor prognostic factor. *Int J Cancer*. 2015;136(2):333-339. doi:10.1002/ijc.28981
4. Shirouzu K, Isomoto H, Morodomi T, Ogata Y, Akagi Y, Kakegawa T. Primary linitis plastica carcinoma of the colon and rectum. *Cancer*. 1994;74(7):1863-1868. doi:10.1002/1097-0142(19941001)74:7<1863::aid-cnrcr2820740706>3.0.co;2-3
5. Hyngstrom JR, Hu CY, Xing Y, et al. Clinicopathology and outcomes for mucinous and signet ring colorectal adenocarcinoma: analysis from the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol*. 2012;19(9):2814-2821. doi:10.1245/s10434-012-2321-7
6. Yepuri N, Naous R, Richards C, Dhir M, Jain A. Poorly differentiated signet ring cell carcinoma of pancreas masquerading as chronic pancreatitis. *J Surg Case Rep*. 2018;2018(8):rjy218. Published 2018 Aug 30. doi:10.1093/jscr/rjy218
7. Zhou JL, Zhao XY, Lin GL, et al. Clinicopathological characteristics, diagnosis, and treatment of 29 cases of signet ring cell carcinoma of the rectum and sigmoid colon. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*. 2020;42(10):897-902. doi:10.3760/cma.j.cn112152-20200228-00142
8. Wu SG, Chen XT, Zhang WW, et al. Survival in signet ring cell carcinoma varies based on primary tumor location. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018;12(2):209-214.
9. Chu PG, Weiss LM. Immunohistochemical characterization of signet-ring cell carcinomas of the stomach, breast, and colon. *Am J Clin Pathol*. 2004;121(6):884-892.
10. Ma C, Lowenthal BM, Pai RK. SATB2 is superior to CDX2 in distinguishing signet ring cell carcinoma of the upper vs. lower gastrointestinal tract. *Am J Surg Pathol*. 2018;42(12):1715-1722.
11. Wu SG, Chen XT, Zhang WW, et al. Survival in signet ring cell carcinoma varies based on primary tumor location: a Surveillance, Epidemiology, and End Results database analysis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018;12(2):209-214. doi:10.1080/17474124.2018.1416291
12. DeWitt J, LeBlanc J, McHenry L, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration cytology of solid liver lesions: a large single-center experience. *Am J Gastroenterol*. 2003;98(9):1976-1981. doi:10.1111/j.1572-0241.2003.07638.x



13. Jingli C, Rong C, Rubai X. Influence of colorectal laparoscopic surgery on dissemination and seeding of tumor cells. *Surg Endosc.* 2006;20(11):1759-1761. doi:10.1007/s00464-005-0694-4
14. Yan TD, Black D, Sugarbaker PH, et al. A systematic review and meta-analysis of the randomized controlled trials on adjuvant intraperitoneal chemotherapy for resectable gastric cancer. *Ann Surg Oncol.* 2007;14(10):2702-2713. doi:10.1245/s10434-007-9487-4
15. Glehen O, Gilly FN, Arvieux C, et al. Peritoneal carcinomatosis from gastric cancer: a multi-institutional study of 159 patients treated by cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy. *Ann Surg Oncol.* 2010;17(9):2370-2377. doi:10.1245/s10434-010-1039-7
16. Zhang F, Xu B, Peng Y, Mao Z. Clinicopathologic and prognostic factors of patients with T3/T4 colorectal signet ring cell carcinoma: a population-based study. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2023;149(12):9747-9756. doi:10.1007/s00432-023-04880-2
17. Nitsche U, Zimmermann A, Späth C, et al. Mucinous and signet-ring cell colorectal cancers differ from classical adenocarcinomas in tumor biology and prognosis. *Ann Surg.* 2013;258(5):775-783. doi:10.1097/SLA.0b013e3182a69f7e

## KİSTİK DALAK HASTALIKLARI: İZOLE SPLENİK KİST HİDATİK OLGUSU IŞIĞINDA DEĞERLENDİRME

Abdül Rıdvan KULU<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Oldukça nadir bir hastalık grubu olan dalak kistleri, dalak parankimi içerisinde sıvı ile dolu kaviteler olarak tanımlanabilir (1). Dalak kistleri, dalağın bütün kitlesel hastalıkları arasında oldukça az yer tutar (<%7) (2). Hastalığın nadir görülmesi; sınıflandırma, etiyoloji, klinik prezentasyon, tanı yöntemleri ve hastalık yönetimi konularının önemini arttırdığı gibi özellikle ayırıcı tanıda güçlüklerle neden olmaktadır (2,3). Dalak kistleri neoplastik veya non-neoplastik, primer veya sekonder, parazitik veya non-parazitik, gerçek veya yalancı kistler olarak sınıflandırılabilir (1,3).

Oldukça geniş yelpazeye sahip etyoloji ve buna bağlı olarak çok çeşitli cerrahi tedavi teknikleri olması nedeni ile preoperatif tanı önem arz etmektedir. Tanıda kan testlerinde karbonhidrat antijen 19-9 (CA 19-9) ve karsinoembriyjenik antijen (CEA) seviyeleri, serolojik çalışmalar (özellikle hidatik kistlerde) ve ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi görüntüleme yöntemleri yol göstericidir (4).

Boyut olarak büyük veya çok odaklı ya da derin yerleşimli kistlerde total splenektomi önerilse de; dalağın hematolojik ve immünolojik fonksiyonları ile splenektomi sonrası artmış enfeksiyon riski nedeniyle özellikle çocuklar ve genç erişkinlerde günümüzde dalak koruyucu minimal invaziv teknikler tercih edilmektedir (2,5).

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., ridvankulu@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-6186-3916

lerinin daha ayrıntılı ortaya konması amacı ile kesitsel inceleme tekniklerinden MRI kullanılmıştır. Paraziter dalak kistlerinden olan kist hidatik tanısı konması sonrası hastanın geçirilmiş üst abdomen cerrahisinin bulunması, kistin postero-lateralde karın yan duvarı ve diyafragmatik yüzey ile ara planlarının seçilememesi ve genç erişkin yaşlarda olmayışı nedeni ile hastamızda laparoskopik parsiyel splenektomi yerine açık total splenektomi planlanmış ve başarılı bir şekilde cerrahisi tamamlanmıştır. Cerrahi sonrası kapsüllü bakteri enfeksiyonlarından korunma amacı ile aşılanan ve albendazol tedavisi devam edilen hastamız şifa ile taburcu edilmiştir.

## SONUÇ

Oldukça nadir görülen dalak kist hidatik vakalarının komplike olmayanları sıklıkla asemptomatik olsa da özellikle sol üst kadran ve bu alanın yansıyan bölgelerindeki ağrılarla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda bilhassa endemik bölgelerde dalak kist hidatikleri akılda tutulmalıdır. Ayırıcı tanıda spesifik serolojik testler ve ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme etkindir. Cerrahi tedavi, kistin boyutu, yerleşimi ve komşu organlarla ilişkisi, hastanın yaşı ve ek hastalıkları gibi pek çok faktörün sonucunda belirlenmelidir. Günümüzde dalak koruyucu minimal invaziv prosedürler kistik dalak hastalıklarının tedavisinde etkin ve güvenli şekilde uygulanmaktadır. Laparoskopik dalak koruyucu cerrahi öne çıkan teknik olup, perkütan teknikler hakkında umut vaat eden çalışmalar yayınlanmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Khan Z, Chetty R, A review of the cysts of spleen, *Diagnostic Histopathology*, 2016; 22(12), 479-484.
2. Hansen MB, Moller AC, Claudi A. Splenic cysts. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2004; 14(6): 316-322.
3. Tiutiuca RC, Nastase Puscasu AI, Stoenescu N, et al. Laparoscopic Approach to Primary Splenic Cyst: Case Report and Review of the Literature. *Life (Basel)*. 2024;14(1):120. doi:10.3390/life14010120
4. Gunes O, Bag YM, Turgut E, et al. Splenic surgery: a ten years experience of a tertiary center in Turkey. *Annali Italiani di Chirurgia*. 2022;92:59-64.
5. Yang, X., Yu, J., Liang, P., et al. Ultrasound-guided percutaneous ethanol ablation for primary non-parasitic splenic cysts in 15 patients. *Abdominal radiology*. 2016;41(3), 538-544. <https://doi.org/10.1007/s00261-015-0584-8>
6. Ibikunle II, Olaboopo SO, Kaza S. A Comprehensive Review of Splenic Cysts: Case Reports and Clinical Insight. *Cureus*. 2024;16(11):e73502. doi:10.7759/cureus.73502

7. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, et al. Splenic epidermoid cysts. *Annals of Surgery*. 1978;187(3):231-235. doi:10.1097/00000658-197803000-00002
8. Kenney CD, Hoeger YE, Yetasook AK, et al. Management of non-parasitic splenic cysts: does size really matter?. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2014;18(9):1658-1663. doi:10.1007/s11605-014-2545-x
9. Kumar, P., Hasan, A., Kumar, M., et al. Isolated hydatid cyst of spleen: A rare case with rare presentation. *International journal of surgery case reports*, 2016;28, 279–281. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.10.018>
10. Brown, J. J., Bynoe, R. P., Greene, F. L., et al. Splenic salvage techniques in the management of pseudocysts of the spleen. *Southern medical journal*, 1986;79(6), 710–711. <https://doi.org/10.1097/00007611-198606000-00015>
11. Milosavljevic, V., Veselinovic, M., Tadic, B., et al. Laparoscopic Management of Initially Unrecognized Splenic Hydatid Cysts: A Case Report and Review of the Literature. *Medicina*, 2019;55(12), 771. <https://doi.org/10.3390/medicina55120771>
12. Gianom, D., Wildisen, A., Hotz, T., et al. Open and laparoscopic treatment of nonparasitic splenic cysts. *Digestive surgery*, 2003;20(1), 74–78. <https://doi.org/10.1159/000068860>
13. Siniluoto, T. M., Päivänsalo, M. J., Lähde, S. T., et al. Nonparasitic splenic cysts. Ultrasonographic features and follow-up. *Acta radiologica*, 1994;35(5), 447–451.
14. Polat, P., Kantarci, M., Alper, F., et al. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics*, 2003;23(2), 475–537. <https://doi.org/10.1148/rg.232025704>
15. Lee, D. S., Lee, S. K., Seo, D. W. Long-term safety and efficacy of ethanol retention therapy via percutaneous approach and/or EUS guidance for symptomatic large hepatic cysts (with video). *Endoscopic ultrasound*, 2020;9(1), 31–36. [https://doi.org/10.4103/eus.eus\\_42\\_19](https://doi.org/10.4103/eus.eus_42_19)
16. Gore, R.M., Ecanow J.S. Management of splenic “incidentalomas” found on ultrasound and computed tomography. *Cancer Imaging* 15.Suppl 1 (2015): O11.
17. Kim, S. H., Lee, J. M., Han, J. K., et al. Intrapancreatic accessory spleen: findings on MR Imaging, CT, US and scintigraphy, and the pathologic analysis. *Korean journal of radiology*, 2008; 9(2), 162–174. <https://doi.org/10.3348/kjr.2008.9.2.162>
18. Friedlander, M. A., Wei, X. J., Iyengar, P., et al. Diagnostic pitfalls in fine needle aspiration biopsy of the spleen. *Diagnostic cytopathology*, 2008; 36(2), 69–75. <https://doi.org/10.1002/dc.20749>
19. Targarona, E. M., Martínez, J., Ramos, C., et al. Conservative laparoscopic treatment of a posttraumatic splenic cyst. *Surgical endoscopy*, 1995;9(1),71–72. <https://doi.org/10.1007/BF00187891>
20. Comitolo J. B. Laparoscopic treatment of splenic cysts. *JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 2001; 5(4), 313–316.
21. Safioleas, M., Misiakos, E., Manti, C. Surgical treatment for splenic hydatidosis. *World journal of surgery*, 1997; 21(4), 374–378. <https://doi.org/10.1007/pl00012256>
22. Al Khafaji, B., Younis, M. U. Laparoscopic splenic cyst fenestration-a viable spleen preserving option. *Journal of surgical case reports*, 2017(8), rjx154. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjx154>
23. Fahel, E., Amarala, P. C., Filho, E. M., et al. Videolaparoscopic approach of the splenic cyst: A case report. *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons* 2000;4(1), 23.
24. Vasilescu, A. M., Tărcoveanu, E., Ciuntu, B., et al. Laparoscopic approach for nonparasitic splenic cysts and splenic abscesses. *Annali Italiani di Chirurgia*, 2022;93(6), 671-679.
25. Krichen, I., Maazoun, K., Kitar, M., et al. Huge non-parasitic mesothelial splenic cyst in a child: a case report and literature review. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 2021;15, 11795565211021597.
26. Gasparetto, A., Alonso, J., Temple, M., et al. Safety and effectiveness of sclerotherapy for non-parasitic splenic cysts: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2023; 34(12), 2110-2119.

## NADİR GÖRÜLEN PRESAKRAL EWİNG SARKOMU VE KOMPLİKE OLAN HASTANIN MULTİDİSİPLİNER YÖNETİMİ

Hamdi Burak PİYADE<sup>1</sup>  
Murat DEREBEY<sup>2</sup>

### | GİRİŞ

Presakral (retrorektal) bölge, sakrumun ön yüzü ile rektum arası boşluğu kapsar ve bu alandaki lezyonlar histolojik olarak çok çeşitli olabilir. Presakral tümörler nadir olmakla birlikte klinik önemi yüksektir; tanı, cerrahi yaklaşım ve izlem multidisipliner planlama gerektirir (1,2).

### | ANATOMİ VE PATOFİZYOLOJİ

Presakral boşluk; mezodermal, ektodermal ve endodermal kökenli yapıların yakınlığından dolayı geniş bir tümör çeşitlemesini barındırır. Bu anatomik ilişki, hem tümör çeşitliliğini hem de cerrahi yaklaşımın karmaşıklığını açıklar (1).

### | EPİDEMİYOLOJİ VE SINIFLANDIRMA

Presakral lezyonlar konjenital (ör. teratomlar), yumuşak doku kökenli, kemikten kaynaklanan malign tümörler, metastatik lezyonlar ve inflamatuvar/rekonstrüktif lezyonlar şeklinde sınıflanabilir. Pediatrik dönemde sakrokoksigeal teratomlar sık görülürken; nakil/primer malign tümörler (kondrosarkom, Ewing sarkomu, nöroblastom vb.) daha kompleks seyir gösterir (2,3).

<sup>1</sup> Uzm. Dr, Terme Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, drburakpiyade@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-3950-2214

<sup>2</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., murat.derebey@omu.edu.tr, ORCID iD: 0000-0002-0654-846X

## SONUÇ

Ewing sarkomunun tedavisi, uzman bir ekip tarafından yapılmalıdır, çünkü bu tür tümörler genellikle agresif ve karmaşık bir tedavi süreci gerektirir. Süreç içerisinde çok sayıda komplikasyon gelişmesi de gerek hastalığın agresif olması, gerekse tedavilerin karmaşık ve ağır olması nedeniyle normaldir. Bu nedenle bu hastalıkların tedavisinin multidisipliner yaklaşım sergileyebilecek ileri ve tecrübeli merkezlerde yapılması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Li, Zeyu, and Min Lu. "Presacral tumor: insights from a decade's experience of this rare and diverse disease." *Frontiers in Oncology* 11 (2021): 639028.
2. Hassan, Imran, and E. Dawn Wietfeldt. "Presacral tumors: diagnosis and management." *Clinics in colon and rectal surgery* 22.02 (2009): 084-093.
3. Saxena, Dhananjay, et al. "Management of presacral tumors: our experience with posterior approach." *International journal of surgery case reports* 12 (2015): 37-40.
4. Grünwald, Thomas GP, et al. "Ewing sarcoma." *Nature reviews Disease primers* 4.1 (2018): 5.
5. Gaspar, Nathalie, et al. "Ewing sarcoma: current management and future approaches through collaboration." *Journal of Clinical Oncology* 33.27 (2015): 3036-3046.
6. Zöllner, Stefan K., et al. "Ewing sarcoma—diagnosis, treatment, clinical challenges and future perspectives." *Journal of clinical medicine* 10.8 (2021): 1685.
7. Yazol, Merve, and Öznur Boyunağa. "Kemigin Indiferansiye Kucuk Yuvarlak Hucreli Sarkomlari ve Radyolojik Bulgulari." *Türk Radyoloji Seminerleri* 9.1 (2021).
8. Baek, Seong Kyu, et al. "Retrorectal tumors: a comprehensive literature review." *World journal of surgery* 40.8 (2016): 2001-2015.
9. Glasgow, Sean C., et al. "Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge." *Diseases of the colon & rectum* 48.8 (2005): 1581-1587.
10. Barraqué, M., et al. "Surgical management of retro-rectal tumors in the adult." *Journal of Visceral Surgery* 156.3 (2019): 229-237.
11. Neale, Jeffrey A. "Retrorectal tumors." *Seminars in Colon and Rectal Surgery*. Vol. 26. No. 2. WB Saunders, 2015.

## DELİCİ KESİCİ ALET YARALANMASINDA SAPTIRICI İLEOSTOMİ İLE HASTA YÖNETİMİ OLGU SUNUMU

Şebnem ÇİMEN<sup>1</sup>  
Burak UÇANER<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Travma, geçtiğimiz dekad içerisinde Amerika’da görülen yıllık yaklaşık 100.000 mortalitenin ana nedenidir. (1) Penetran travmalar ise bu vakaların %30’unu oluşturmaktadır. (2) Penetran travmalar, ateşli silah yaralanmaları ve delici-kesici alet yaralanmaları olarak klinikte karşımıza geniş bir spektrumla çıkabilmektedir. Ateşli silah yaralanmaları, delici-kesici alet yaralanmalarına göre daha yüksek ölüm oranlarına sahiptir. Penetran travmalar, sosyoekonomik düzeyi düşük hasta gruplarında daha sıklıkla görülmektedir. (3) Vakaların yarısından fazlasında birden fazla sayıda ve farklı vücut bölgelerinde yaralanma tespit edilmektedir. (4) Kolon, ateşli silah yaralanmaları sonrasında en sık hasar alan ikinci intraabdominal organ olmakla beraber posterior delici-kesici alet yaralanmalarında ise en sık yaralanan intraabdominal organ olarak karşımıza çıkmaktadır. (5, 6)

Bu olgumuzda delici-kesici alet yaralanması nedeniyle transvers kolonda multipl travması olan hastada primer tamir ve saptırıcı loop ileostomi ile yaptığımız cerrahi yönetimi sunmayı ve literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Akyurt Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, sebnemay93@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-8344-3509

<sup>2</sup> Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, burakucaner@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-5420-3810

cerrahi yaklaşım değişebilmekle birlikte WSES rehberinin de önerdiği üzere bu tür yaralanmalar mümkün olduğunca primer sutureasyonla yönetilmelidir. Saptırıcı ostomiler, multipl travması olan hastalarda yine aynı rehberde önerilmekte ve aşamalı ostomi kapatılması ameliyatında hastanın daha az cerrahi strese maruz kalması için loop ostomiler tercih edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Control CfD, Prevention, Statistics NCfH. Underlying Cause of Death 1999-2019 on CDC WONDER Online Database, released in 2020. Data are from the Multiple Cause of Death Files as compiled from data provided by the 57 vital statistics jurisdictions through the Vital Statistics Cooperative Program. 2021.
2. Durso AM, Paes FM, Caban K, et al. Evaluation of penetrating abdominal and pelvic trauma. *Eur J Radiol.* 2020;130:109187.
3. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, et al. Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done. D. Sethi FRIBPV, editor: Copenhagen World Health Organization Regional Office for Europe; 2006. 68 pp. p.
4. Fu CY, Bajani F, Tatebe L, et al. Right hospital, right patients: Penetrating injury patients treated at high-volume penetrating trauma centers have lower mortality. *J Trauma Acute Care Surg.* 2019;86(6):961-6.
5. Demetriades D, Rabinowitz B, Sofianos C, et al. The management of penetrating injuries of the back. A prospective study of 230 patients. *Ann Surg.* 1988;207(1):72-4.
6. Demetriades D, Velmahos G, Cornwell E, et al. Selective nonoperative management of gunshot wounds of the anterior abdomen. *Arch Surg.* 1997;132(2):178-83.
7. Goodman CS, Hur JY, Adajar MA, et al. How well does CT predict the need for laparotomy in hemodynamically stable patients with penetrating abdominal injury? A review and meta-analysis. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;193(2):432-7.
8. Leppäniemi AK, Haapiainen RK. Selective nonoperative management of abdominal stab wounds: prospective, randomized study. *World J Surg.* 1996;20(8):1101-5; discussion 5-6.
9. Renz BM, Feliciano DV. Unnecessary laparotomies for trauma: a prospective study of morbidity. *J Trauma.* 1995;38(3):350-6.
10. Shanmuganathan K, Mirvis SE, Chiu WC, et al. Penetrating torso trauma: triple-contrast helical CT in peritoneal violation and organ injury--a prospective study in 200 patients. *Radiology.* 2004;231(3):775-84.
11. McAnena OJ, Marx JA, Moore EE. Contributions of peritoneal lavage enzyme determinations to the management of isolated hollow visceral abdominal injuries. *Ann Emerg Med.* 1991;20(8):834-7.
12. Blank-Reid C, Zappile DM, Santora TA. Focused and Extended Focused Assessment With Sonography for Trauma. *AACN Adv Crit Care.* 2023;34(2):129-38.
13. Nicolau AE. Is laparoscopy still needed in blunt abdominal trauma? *Chirurgia (Bucur).* 2011;106(1):59-66.
14. O'Malley E, Boyle E, O'Callaghan A, et al. Role of laparoscopy in penetrating abdominal trauma: a systematic review. *World J Surg.* 2013;37(1):113-22.
15. Tyler JA, Welling DR. Historical Perspectives on Colorectal Trauma Management. *Clin Colon Rectal Surg.* 2018;31(1):5-10.



16. Smyth L, Bendinelli C, Lee N, et al. WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: diagnosis, investigations, and treatment. *World J Emerg Surg.* 2022;17(1):13.
17. Ordoñez CA, Parra MW, Caicedo Y, et al. Damage control surgical management of combined small and large bowel injuries in penetrating trauma: Are ostomies still pertinent? *Colomb Med (Cali).* 2021;52(2):e4114425.
18. Burlew CC, Moore EE, Cuschieri J, et al. Sew it up! A Western Trauma Association multi-institutional study of enteric injury management in the postinjury open abdomen. *J Trauma.* 2011;70(2):273-7.
19. Navsaria PH, Shaw JM, Zellweger R, et al. Diagnostic laparoscopy and diverting sigmoid loop colostomy in the management of civilian extraperitoneal rectal gunshot injuries. *Br J Surg.* 2004;91(4):460-4.
20. Sharpe JP, Magnotti LJ, Weinberg JA, et al. Applicability of an established management algorithm for destructive colon injuries after abbreviated laparotomy: a 17-year experience. *J Am Coll Surg.* 2014;218(4):636-41.

## KOMPLİKE KARACİĞER KİST HİDATİĞİ SEBEBİYLE PARSİYEL KİSTEKTOMİ VE OMENTOPEKSİ YAPILMIŞ HASTADA POSTOPERATİF GELİŞEN YÜKSEK DEBİLİ SAFRA FİSTÜLÜNÜN MİNİMAL İNVAZİV GİRİŞİMSEL VE ENDOSKOPIK YÖNTEMLERLE TEDAVİSİ

Gökhan GARİP<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Hidatik kist hastalığı, Echinococcus granulosus adında bir parazitin yol açtığı bir paraziter enfeksiyon hastalığıdır. 3-6 mm lik tenya etobur bağırsağındadır, yumurta bırakır dışkıya geçer, insanı beklenmedik şekilde ara konakçı haline getirebilir. Sonrasında portal sistem veya torasik kanalı katederek karaciğer, akciğer ve uzak organlara ulaşırlar. (1) Ara konakçı olan insanda karaciğer %70 hastada, akciğer %30 hastada etkilenir. (2)

Halen uygun tedavi ve yöntemler tartışmaları sürerken (3) tedavide şunlar kullanılmaktadır.

1. Koruyucu stratejiler
2. Medikal tedavi
3. Bekle – gör yaklaşımı ( watch and wait )
4. Perkutanöz tedavi ve
5. Cerrahi tedaviler (4)

Koruyucu stratejilerde köpek parazit taramaları ve anti paraziter tedaviler, köpek sıkı güvenli kesim uygulamaları, halk sağlığı metodları ile halkın bilinçlendirilmesi gibi önlemler endemik bölgelerde uygulanmış ve hastalık insidansı

<sup>1</sup> Op. Dr., Bursa Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, dg16003@yahoo.com.tr,  
ORCID iD: 0000-0002-9163-2112

da önleyebilir. (56) Deneysel çalışmalarda safra stent yerleştirmenin ortak safra kanalı basıncını azaltmada ES'den çok daha üstün olduğu bulunmuştur. (54) Ancak stent yerleştirme pahalıdır ve değişim ve nihai çıkarma için daha fazla ERCP prosedürü gerektirir. Bu nedenle hastaların çoğunda safra fistüllerinin tedavisi için sadece ES yapılır. (55) Selektif kateterizasyon ve stent biz de hastamıza uyguladık. Literatür ile uyumlu olarak debi azaldı. Eklenen PTK eksternal drenaj literatür ile uyumlu sürelerde (30-45 gün) safra fistülünü tamamen tedavi etti. Yine de fistül tedavi olamasa idi klasik koledokotomi+T-tüp drenaj re-cerrahi ile yapılabilirdi. (57) Sfinkteroplasti ve biliodijestif anastomoz gibi uç girişimler diğer seçenekler olabilirdi. (58)

## SONUÇ

Safra fistülü ve kavite enfeksiyonu ile komplike olmuş ve cerrahi yapılmış karaciğer kist hidatiklerinde sebat eden safra fistülü, re-cerrahiden ziyade girişimsel ve endoskopik basınç düşürücü metodlarla literatür ile uyumlu olarak yaklaşık 15-45 gün arasında tedavi edilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Sokouti M, Pezeshkian M, G K, Golzari SEJ. Surgical procedures and postoperative complications in patients with giant and non-giant pulmonary hydatid cysts. *Life Sci J* 2013;10:138–42.
2. Palanivelu C, Jani K, Malladi V, Senthilkumar R, Rajan PS, Sendhilkumar K, et al. Laparoscopic management of hepatic hydatid disease. *JSL* 2006;10:56–62.
3. Chen W, Xusheng L. Laparoscopic surgical techniques in patients with hepatic hydatid cyst. *Am J Surg* 2007;194:243–7.
4. Govindasamy A, Bhattarai PR, John J. Liver cystic echinococcosis: a parasitic review. *Ther Adv Infect Dis.* 2023 May 11;10:
5. Bhutani N, Kajal P. Hepatic echinococcosis: a review. *Ann Med Surg* 2018; 36: 99–105.
6. Larrieu E, Zanini F. 2012. Critical analysis of cystic echinococcosis control programs and praziquantel use in South America, 1974-2010. *Rev Panam Salud Publica* 31:81–87.
7. Tian T., Miao L., Wang W., Zhou X. Global, Regional and National Burden of Human Cystic Echinococcosis from 1990 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Trop. Med. Infect. Dis.* 2024;9:87.
8. Siles-Lucas M, Casulli A, Cirilli R, Carmena D. 2018. Progress in the pharmacological treatment of human cystic and alveolar echinococcosis: compounds and therapeutic targets. *PLoS Negl Trop Dis* 12:e0006422.
9. Horton J. 2003. *Albendazole for the treatment of echinococcosis. Fundam Clin Pharmacol* 17:205–212.
10. Vuitton D, Bresson-Hadni S. 2014. Alveolar echinococcosis: evaluation of therapeutic strategies. *Expert Opin Orphan Drugs* 2:67–86.

11. Kern P, Menezes da Silva A, Akhan O, Mullhaupt B, Vizcaychipi KA, Budke C, Vuitton DA. 2017. The echinococcoses: diagnosis, clinical management and burden of disease. *Adv Parasitol* 96:259–369.
12. Velasco-Tirado V, Lopez-Bernus A, Romero-Alegría Á. Medical treatment of cystic echinococcosis: systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis* 2018; 18.
13. Julien C, Le Treut YP, Bourgouin S, et al. Closed cyst resection for liver hydatid disease: a new standard. *J Gastrointest Surg* 2021; 25: 436–446.
14. Mönnink GLE, Stijns C, van Delden OM, et al. Percutaneous versus surgical interventions for hepatic cystic echinococcosis: a systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2021; 44: 1689–1696.
15. Öztürk G, Uzun MA, Özkan ÖF, et al. Turkish HPB Surgery Association consensus report on hepatic cystic echinococcosis (HCE). *Turk J Surg* 2022; 38: 101–120.
16. Köroğlu M, Erol B, Gürses C, et al. Hepatic cystic echinococcosis: percutaneous treatment as an outpatient procedure. *Asian Pac J Trop Med* 2014; 7: 212–215.
17. Balli O, Balli G, Cakir V, et al. Percutaneous treatment of giant cystic echinococcosis in liver: catheterization technique in patients with CE1 and CE3a. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2019; 42: 1153–1159.
18. Kahrman G, Ozcan N, Dogan S, et al. Percutaneous treatment of liver hydatid cysts in 190 patients: a retrospective study. *Acta Radiol* 2017; 58: 676–684
19. Rooh ul M, Kamran K, Khalil J, Gul T, Farid S. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cyst. *J Coll Physicians Surg Pak* 2011;21:468–71.
20. Vagholkar K, Pawanarkar A, Chougale Q, et al. Surgery for intra-abdominal hydatid disease: a single centre experience. *Int J Res Med Sci* 2016; 4: 4241–4245. [
21. Tagliacozzo S, Miccini M, Amore Bonapasta S, Gregori M, Tocchi A. 2011. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: 25 years of experience. *Am J Surg* 201:797–804.
22. Katkhouda N, Fabiani P, Benizri E, Mouiel J. 1992. Laser resection of a liver hydatid cyst under videolaparoscopy. *Br J Surg* 79:560–561.
23. Casciola L, Patriti A, Ceccarelli G, Bartoli A, Ceribelli C, Spaziani A. 2011. Robot-assisted parenchymal-sparing liver surgery including lesions located in the posterosuperior segments. *Surg Endosc* 25:3815–3824.
24. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Writing Panel for the W-I. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop* 2010;114:1–16.
25. Agarwal N, Sharma CB, Garg S, et al. Endoscopic management of postoperative bile leaks. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2006;5:273–277.
26. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence. *World J Surg.* 2004;28:731–736.
27. Atlı M, Kama NA, Yüksek YN, et al. Intrabiliary rupture of a hepatic hydatid cyst. *Arch Surg.* 2001;136:1249–1255.
28. Hamamci OE, Besim H, Sonisik M, et al. Occult intrabiliary rupture of hydatid cysts in the liver. *World J Surg.* 2005; 29:224–226.
29. Rinaldi F, Brunetti E, Neumayr A, Maestri M, Goblirsch S, Tamarozzi F. Cystic echinococcosis of the liver: A primer for hepatologists. *World J Hepatol.* 2014;6:293–305.
30. World Health Organization. PAIR: Puncture, Aspiration, Injection, Re- Aspiration. An option for the treatment of Cystic echinococcosis. WHO/CDS/CSR/APH/2001.6 Geneva, 2003: 1-4.
31. Giorgio A, de Stefano G, Esposito V, Liorre G, Di Sarno A, Giorgio V, Sangiovanni V, Iannece MD, Mariniello N. Long-term results of percutaneous treatment of hydatid liver cysts: a single center 17 years experience. *Infection.* 2008;36:256–261.
32. Nasserı Moghaddam S, Abrishami A, Malekzadeh R. Percutaneous needle aspiration, injection, and reaspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic

- hydatid cysts. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;2:CD003623.
33. Junghanss T, da Silva AM, Horton J, Chiodini PL, Brunetti E. *Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives.* *Am J Trop Med Hyg.* 2008;79:301–311.
34. Kumar R, Reddy SN, Thulker S. Intrahepatic rupture of hydatid cyst: diagnosis with MRI and hepatobiliary isotope study. *Br J Radiol.* 2002;75:271–274.
35. Kilic M, Yoldas O, Koc M, Keskek M, Karakose N, Ertan T, Gocmen E, Tez M. Can biliary-cyst communication be predicted before surgery for hepatic hydatid disease: does size matter? *Am J Surg.* 2008;196:732–735.
36. Schipper HG, Laméris JS, van Delden OM, Rauws EA, Kager PA. Percutaneous evacuation (PEVAC) of multivesicular echinococcal cysts with or without cystobiliary fistulas which contain non-drainable material: first results of a modified PAIR method. *Gut.* 2002;50:718–723.
37. Brunetti E, Garcia HH, Junghanss T. Cystic echinococcosis: chronic, complex, and still neglected. *PLoS Negl Trop Dis.* 2011;5:e1146.
38. Rodriguez AN, Sanchez AL, Alguacil LV, et al. Effectiveness of endoscopic sphincterotomy in complicated hepatic hydatid disease. *Gastrointest Endosc.* 1998;48:593–597.
39. Saritas U, Parlak E, Akoglu M, et al. Effectiveness of endoscopic treatment modalities in complicated hepatic hydatid disease after surgical intervention. *Endoscopy.* 2001;33: 858–863.
40. Becker K, Frieling T, Saleh A, et al. Resolution of hydatid liver cyst by spontaneous rupture into the biliary tract. *J Hepatol.* 1997;26:1408–1412.
41. Cicek B, Parlak E, Disibeyaz S, et al. Endoscopic therapy of hepatic hydatid cyst disease in preoperative and postoperative settings. *Dig Dis Sci.* 2007;52:931–935.
42. Akcakaya A, Sahin M, Karakelleoglu A, et al. Endoscopic stenting for selected cases of biliary fistula after hepatic hydatid surgery. *Surg Endosc.* 2006;20:1415–1418.
43. Ferrer Inaebnit E, Molina Romero FX, Segura Sampedro JJ, González Argenté X, Morón Canis JM. A review of the diagnosis and management of liver hydatid cyst. *Rev Esp Enferm Dig.* 2022 Jan;114(1):35–41.
44. Tuxun T, Zhang JH, Zhao JM, Tai QW, Abudurexti M, Ma HZ, Wen H. 2014. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis—914 patients. *Int J Infect Dis* 24C:43–50.
45. Gupta N, Javed A, Puri S, Jain S, Singh S, Agarwal AK. 2011. Hepatic hydatid: PAIR, drain or resect? *J Gastrointest Surg* 15:1829–1836.
46. Zaharie F, Bartos D, Mocan L, Zaharie R, Iancu C, Tomus C. Open or laparoscopic treatment for hydatid disease of the liver? A 10-year single-institution experience. *Surg Endosc* 2013;27:2110–6.
47. Senthilnathan P, Inamdar S, Nalankilli VP, Vijay A, Rajapandian S, Parthasarathi R, et al. Long-term results of hepatic hydatid disease managed using palanivelu hydatid system: Indian experience in tertiary center. *Surg Endosc* 2014;28:2832–9.
48. Tuxun T, Aji T, Tai QW, Zhang JH, Zhao JM, Cao J, et al. Conventional versus laparoscopic surgery for hepatic hydatidosis: a 6-year single-center experience. *J Gastrointest Surg* 2014;18:1155–60.
49. Küçük C, Yılmaz N, Akyıldız H, Sözüer E. Surgical treatment in liver cyst hydatid cases: analysis of 276 patients. *Erciyes Tıp Dergisi* 2008;30:170–4.
50. Baskaran V, Patnaik PK. Feasibility and safety of laparoscopic management of hydatid disease of the liver. *JSLs* 2004;8:359–63.
51. Dolay K, Akcakaya A, Soybir G, et al. Endoscopic sphincter-otomy in the management of postoperative biliary fistula: a complication of hepatic hydatid disease. *Surg Endosc.* 2002; 16:985–988.
52. Tekant Y, Bilge O, Acarlı K, et al. Endoscopic sphincterotomy in the treatment of postoperative biliary fistulas of hepatic hydatid disease. *Surg Endosc.* 1996;10:909–911.

53. Rodriguez AN, Sanchez AL, Alguacil LV, et al. Effectiveness of endoscopic sphincterotomy in complicated hepatic hydatid disease. *Gastrointest Endosc.* 1998;48:593–597.
54. Akcakaya A, Sahin M, Karakelleoglu A, et al. Endoscopic stenting for selected cases of biliary fistula after hepatic hydatid surgery. *Surg Endosc.* 2006;20:1415–1418.
55. Bilsel Y, Bulut T, Yamaner S, et al. ERCP in the diagnosis and management of complications after surgery for hepatic echinococcosis. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:210–213 .
56. Foutch GP, Harlen JR, Hoefer M. Endoscopic therapy for patients with a postoperative biliary leak. *Gastrointest Endosc.* 1993;39:416–421.
57. Yorganci K, Sayek I. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver in the era of percutaneous treatment. *Am J Surgery.* 2002;184:63–69.
58. Ozaslan E, Bayraktar Y. Endoscopic therapy in the manage- ment of hepatobiliary hydatid disease. *J Clin Gastroenterol.* 2002;35:160–174.

## ALT ÇENE TÜM DAMAK DIŞ PROTEZİ YUTULMASI

Emil Hüseyinoğlu<sup>1</sup>

## |GİRİŞ

Özofagusta yabancı cisim yaygın bir acil durumdur. Özofagusta yabancı cisim bulunan bir hastaya yaklaşım, kapsamlı bir öykü ve sistematik muayeneyi takiben ilgili incelemeleri içerir. Ancak, bu tür hastalar için en uygun tedavi seçeneği konusunda önemli tartışmalar vardır. Yutulan birçok yabancı cisim genellikle yemek borusunda ve yanı sıra solunum yollarında sıkışır ve hasta ve aileye önemli sıkıntı vermenin yanı sıra ciddi komplikasyonlara neden olma potansiyeline sahiptir. Bizim de olgumuzda olduğu gibi.

Yutulan bazı yabancı cisimler aspire edilebilse de, çoğu ya geri çıkar ya da herhangi bir komplikasyona neden olmadan gastrointestinal sistemden geçer. Yerleşim yerinin yaştan,<sup>1</sup> yabancı cisimlerin tipinden<sup>2</sup> ve yutma süresinden ve darlık, stenoz, fistül vb. gibi belirli bireysel patolojik durumlardan etkilendiği bulunmuştur. Genel olarak, gastrointestinal yabancı cisimlerin %28-68'i yemek borusunda bulunur.<sup>3</sup> Çocuklarda en sık yerleşim yeri krikofaringeus kası seviyesindedir (yemek borusunun en dar kısmıdır) ve yetişkinlerde alt özofageal sfinkterde veya herhangi bir yatkınlık oluşturan lezyonun yerindedir. Sunumların çoğu çocuklarda olduğundan<sup>4</sup> yemek borusundadır. Yutulan cisimlerin özellikleri de yerleşme yerini belirler. Büyük ve sert yabancı cisimler piriform fossa ve özofagusta yerleşme eğilimindedir.<sup>5</sup> Balık kılçıkları genellikle farenkste bulunurken, bozuk para ve sıkışmış et genellikle sırasıyla özofagusun

<sup>1</sup> Op. Dr., Bursa Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, dremilguseinov@gmail.com,  
ORCID iD: 0000-0002-7564-3911

izlemektir. Gözlem genellikle 24 saatten daha kısa sürelerde tehdit edici olmayan YC yutma öyküsü olan ve herhangi bir solunum semptomu veya özofageal hastalık veya cerrahi öyküsü olmayan asemptomatik hastalar için endikedir. Bu soruna yönelik en iyi yaklaşım, bu durumla başa çıkmak için standart kılavuzlar geliştirmektir; bu umut, yalnızca bu doğrultuda daha fazla kanıta dayalı tıp ve genel tanıtım yoluyla gerçeğe dönüşebilir.

## KAYNAKLAR

1. Al-Qudah A, Daradkeh S, Abu-Khalaf M. Esophageal foreign bodies. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1998;13(5):494-8.
2. Higo R, Matsumoto Y, Ichimura K, Kaga K. Foreign bodies in the aerodigestive tract in pediatric patients. *Auris Nasus Larynx.* 2003;30(4):397-401.
3. Brady PG. Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am.* 1991;20(4):691-701
4. Erbes J, Babbitt DP. Foreign bodies in the alimentary tract of infants and children. *Appl Ther.* 1965;7(12):1103-9.
5. Lim CT, Quah RF, Loh LE. A prospective study of ingested foreign bodies in Singapore. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994;120(1):96-101.
6. Diaz GA, Valledor L, Seda F. Foreign bodies from the upper aerodigestive tract of children in Puerto Rico. *Bol Asoc Med P R.* 2000;92(9-12):124-9.
7. Nijhawan S, Shimpi L, Mathur A, Mathur V, Roop Rai R. Management of ingested foreign bodies in upper gastrointestinal tract: report on 170 patients. *Indian J Gastroenterol.* 2003;22(2):46-8.
8. Sittitrai P, Pattarasakulchai T, Tapatiwong H. Esophageal foreign bodies. *J Med Assoc Thai.* 2000;83(12):1514-8.
9. Sittitrai P, Pattarasakulchai T, Tapatiwong H. Esophageal foreign bodies. *J Med Assoc Thai.* 2000;83(12):1514-8.
10. Abdullah BJ, Teong LK, Mahadevan J, Jalaludin A. Dental prosthesis ingested and impacted in the esophagus and orolaryngopharynx. *J Otolaryngol.* 1998;27(4):190-4.
11. Khan MA, Hameed A, Choudhry AJ. Management of foreign bodies in the esophagus. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2004;14(4):218-20.
12. Kpémissi E, Diparidé Agbèrè AR, Ndakéna K, Késsié K. Corps étrangers oesophagiens: aperçu étiologique et thérapeutique. Expérience du CHU de Lomé (Togo). [Foreign bodies of the esophagus: etiologic and therapeutic aspects. Experience at the CHU of Lomé (Togo)]. *Sante.* 1997;7(5):338-40.
13. . Kpémissi E, Diparidé Agbèrè AR, Ndakéna K, Késsié K. Corps étrangers oesophagiens: aperçu étiologique et thérapeutique. Expérience du CHU de Lomé (Togo). [Foreign bodies of the esophagus: etiologic and therapeutic aspects. Experience at the CHU of Lomé (Togo)]. *Sante.* 1997;7(5):338-40.



## AKUT KARIN SEMPTOMLARIYLA BAŞVURAN HASTADA APANDİSİT MASKESİ ALTINDA GİZLENEN TUBAL DIŞ GEBELİK RÜPTÜRÜ

Sezer GÖKÇEN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Akut karın, ani başlayan ve genellikle cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlardan kaynaklanan klinik ve cerrahi bir durumdur. Üreme çağındaki kadınlarda sağ alt kadrın ağrısı hem cerrahi hem de jinekolojik patolojilerle ilişkili olabilir. En sık görülen cerrahi neden akut apandisit; dış gebelik ise özellikle rüptüre olduğunda yaşamı tehdit eden bir durum haline gelebilir.

Ektopik gebeliklerin %95'i tubal yerleşimlidir ve ampuller segmentte lokalizedir. Tanıda beta-hCG düzeyleri ve trans vajinal ultrasonografi (TV-USG) temel rol oynamaktadır. Ancak bazı olgularda tanı konulması zor olabilir ve nadiren iki patoloji eş zamanlı bulunabilir. Bu bölümde eş zamanlı ya da birbirini takip eden zamanlarda gelişen rüptüre tubal dış gebelik ve akut apandisit olgusu sunularak, tanısal zorluklar ve multidisipliner yaklaşım tartışılacaktır.

### OLGU

Otuz yaşında, G1P0A0, gebeliğinin 1 hafta önce spontan düşükle sonuçlanmış olduğunu ifade kadın hasta sağ alt kadrın ağrısı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Hastanın sistemik hastalık öyküsü yoktu. Son adet tarihi üç hafta önceydi ve güncel şikayetleri düşük yaptığını düşündüğü zamandan sonra gelişmişti. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil olup, ateşi 36.8°C, nabızı 82/dk, kan basıncı

<sup>1</sup> Op. Dr., Ağrı Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, drsezergokcen@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-5943-5795

## **KAYNAKLAR**

1. Ghosh S, Saha ML. Differential diagnosis of right lower quadrant abdominal pain in women. *Annals of Emergency Medicine*. 2018;72(3):308–316. doi:10.1016/j.annemerg-med.2018.04.002
2. Yenicesu GI, Tüfekçi EC, Koyuncu FM. Diagnostic value of clinical, laboratory and imaging findings in acute appendicitis and gynecologic pathologies: A cross-sectional study. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020;17(2):102–108. doi:10.4274/tjod.galenos.2019.88123
3. Barnhart KT. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(4):379–387. doi:10.1056/NEJMcp0810384
4. Kirk E, Bottomley C, Bourne T. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2014;44(4):391–401. doi:10.1002/uog.13450
5. Uğur MG, Doğan NU, Yıldırım G, et al. Concomitant appendicitis and ruptured ectopic pregnancy: a rare association. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2020;20(2):91–94. doi:10.4103/2452-2473.285665
6. Chen C, Huang L, Zhou Q, et al. Retrospective analysis of ectopic pregnancy misdiagnosed as acute appendicitis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2015;292(2):329–333. doi:10.1007/s00404-015-3645-z
7. Aydin O. Acute appendicitis: review of epidemiology, diagnosis and treatment. *Emergency Medicine International*. 2021;2021:1–10. doi:10.1155/2021/6135943
8. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2011;37(4):231–240. doi:10.1136/jfprhc-2011-100018
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;131(3):e91–e103. doi:10.1097/AOG.0000000000002560
10. Comstock C, Bronsteen R. The role of sonography in diagnosing ectopic pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2005;33(6):283–289. doi:10.1002/jcu.20141
11. Tulandi T, Saleh A. Surgical management of ectopic pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009;23(4):519–527. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.006
12. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2009;279(4):443–453. doi:10.1007/s00404-008-0747-3

## PERKÜTAN TRANSHEPATİK KATETER'E BAĞLI ÇİFT ODAKLI MİDE PERFORASYONU: ENDOSKOPİK KLİPLE TEDAVİ EDİLEN NADİR BİR KOMPLİKASYON

Sezer BULUT<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Perkütan transhepatik kolanjiyografi (PTK), hem benign hem de malign safra yolu obstrüksiyonlarının tanı ve tedavisinde uzun yıllardır kullanılan, invaziv bir görüntüleme ve drenaj yöntemidir. Özellikle endoskopik girişimin mümkün olmadığı ya da başarısız olduğu durumlarda PTK, alternatif bir çözüm olarak öne çıkar. Uygulama tekniği açısından bakıldığında işlem, genellikle güvenli kabul edilse de, literatürde bildirilen çeşitli komplikasyonlar mevcuttur (1). Bu komplikasyonlar arasında en sık karşılaşılanlar; hemoraji, sepsis, hemobili ve safra kaçağı gibi durumlardır. Ancak gastrointestinal sistem perforasyonları, özellikle de mide perforasyonu, son derece nadir ve literatürde sınırlı sayıda raporlanmış komplikasyonlar arasında yer almaktadır (2,3). Bu durum, hem klinik açıdan gecikmiş tanı ve tedavi riskini artırmakta hem de multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Son yıllarda, endoskopik kliple kapatma gibi ileri tekniklerin artan kullanımı sayesinde, cerrahi müdahaleye gerek kalmaksızın birçok iatrojenik perforasyon başarıyla yönetilebilmektedir (4). Ancak yine de PTK'ya bağlı mide perforasyonlarında, tanının öngörülemezliği ve anatomik kompleksite nedeniyle yönetim oldukça zordur. İşte bu bildiride, sigmoid kolon kanseri ve karaciğer metastazı öyküsü olan bir hastada, PTK sonrası gelişen çift odaklı mide perforasyonunun endoskopik yöntemle başarıyla tedavi edildiği nadir bir olgu sunulmaktadır.

<sup>1</sup> Op. Dr., SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Genel Cerrahi Kliniği, drbulutsezer@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7826-6843

## KAYNAKLAR

1. Kapoor BS, Mauri G, Lorenz JM. *Management of complications from percutaneous biliary interventions*. Seminars in Interventional Radiology. 2020;37(3):235–243. doi:10.1055/s-0040-1714387
2. Inal M, Akgül E, Aksungur E, ve ark. *Complications of percutaneous biliary interventions*. Abdominal Imaging. 2000;25(5):411–418. doi:10.1007/s002610000031
3. Mutignani M, Tringali A, Shah S. *Iatrogenic complications from percutaneous biliary procedures*. Digestive Endoscopy. 2020;32(4):571–579. doi:10.1111/den.13553
4. Manta R, Galloro G, Zullo A, Gallo C. *Endoscopic clipping for iatrogenic gastrointestinal perforations: A practical overview*. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2022;14(1):15–22. doi:10.4253/wjge.v14.i1.15
5. Kim JH, Kim TW, Kim TH, Lee SH. *Gastrointestinal perforation after PTBD: Rare but life-threatening complication*. Korean Journal of Radiology. 2019;20(7):1080–1087. doi:10.3348/kjr.2018.0725
6. Paspatis GA, Dumonceau JM, Barthet M, Meisner S, Repici A. *Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) position statement*. Endoscopy. 2020;52(9):792–810. doi:10.1055/a-1201-6533
7. Dumonceau JM, Tringali A, Papanikolaou IS, Blero D. *Biliary stenting: ESGE Clinical Guideline*. Endoscopy. 2018;50(9):910–930. doi:10.1055/a-0741-6604
8. Pedersoli F, et al. *Jejunal perforation following percutaneous transhepatic biliary drainage: Successful endoscopic management with stent placement*. **Journal of Gastrointestinal Surgery**. 2021;25(4):1234–1238. doi:10.1007/s11605-020-04876-5

## KEMOTERAPİYE YANITSIZ METASTATİK KOLON KANSERİNDE GELİŞEN OBSTRÜKSİYON VE PERFORASYON

Ahmet ŞİMŞEK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Kolorektal kanserler tüm dünyada erkeklerde en sık üçüncü, kadınlarda en sık ikinci görülen kanser türüdür (1). Lynch sendromu, kalıtsal kolorektal kanserlerin (CRC) en yaygın nedeni olarak bilinmektedir. Kalıtsal polipozisle ilişkili olmayan kolorektal kanser olguları, genellikle Amsterdam kriterlerini karşılayan bireyleri ve ailelerini kapsamaktadır. Bu sendrom, çoğunlukla DNA uyumsuzluk onarım mekanizmasında görev alan *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* ve *PMS2* genleri ile *EPCAM* genindeki germ hattı mutasyonları ile ilişkilidir (2). Metastatik kolon kanserinde sistemik tedavi seçimi hastanın kondisyonuna, tümörün biyobelirteçlerine ve primer tümörün konumu ile tedavi amacına göre seçilir. Kemoterapi planlanırken hastaya minimum toksisite, maksimum faydayı sağlayacak ve kişiselleştirilmiş rejimler sunulması ve olası tümör progresyonu ile gelişebilecek komplikasyonlar açısından daha yakın takibi gerekmektedir (3). Kolon tümörünün progresyonu sonrası gelişen tümör ileusu veya kolonik perforasyon sonrasında acil cerrahi girişim gerekmektedir.

Bu olgumuzdamikrosatellit instabilitesi yüksek(MSI-H) ve DNA uyumsuzluk onarımı mutasyonlu (dMMR) tümörü olan metastatik kolon kanserli, muhtemel Lynch sendromu düşünülen hastanın sistemik kemoterapi tedavi sürecinde gelişen bağırsak komplikasyonunun yönetimini sunmayı amaçladık.

<sup>1</sup> Op. Dr., İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, gcahmetsimsek@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7936-4840

Metastatik kolon kanserlerinde MSI-H veya dMMR olan tümörlerde tekli kemoterapi rejiminin tümörde regresyon oranı düşük olup sağkalıma katkısı zayıftır. Bu hastalarda tedavi kişiselleştirilmiş olmalı ve immunoterapi ilk basamak tedavide düşünülmelidir (14). Güncel klavuzlar rezeke edilemeyen kolorektal kanserlerde ve metastatik kolorektal kanserlerde MSI-H/dMMR durumundaki hastalarda birinci basamak tedavi olarak nivolumab± ipilimumab veya pembrolizumab'ı önermektedir (15).

## SONUÇ

Metastatik kolon kanserli hastalarda tümörün biyolojisi ve hastanın kondisyonu ile yapılacak spesifik tedavinin etkinliği ve yan etkileri iyi değerlendirilmelidir. Klasik kemoterapi rejimleri yerine kişiselleştirilmiş sistemik tedaviler ile hastalığın regresyonu ve genel sağkalımı olumlu etkilediği bilinmelidir. Sistemik tedavi sonrası tümörün progresyonu veya regresyonu açısından hastalar yakın takip edilmeli, gelişebilecek komplikasyonlar hızlı tanı ve tedavi sürecine tabi tutulmalıdır. Kişiselleştirilmiş tedavilerin göz önüne alınması ve hastaların gelişebilecek komplikasyonlar açısından yakın takibi önemlidir. Ortaya çıkan komplikasyonların yönetiminde, mümkün olan en yüksek sağkalım oranlarının sağlanması ve onkolojik tedavi sürecindeki kesintilerin en aza indirilmesi, tedavi yaklaşımının temelini oluşturmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Available at: <https://gco.iarc.fr/> (Accessed on March 06, 2025)
2. Perrod G, Rahmi G, Cellier C. Colorectal cancer screening in Lynch syndrome: Indication, techniques and future perspectives. *Dig Endosc*. 2021 May;33(4):520-528. doi: 10.1111/den.13702. Epub 2020 May 27. PMID: 32314431.
3. Richard M. Goldberg, Mace L. Rothenberg, Eric Van Cutsem, Al B. Benson, Charles D. Blanke, Robert B. Diasio, Axel Grothey, Heinz-Josef Lenz, Neal J. Meropol, Ramesh K. Ramanathan, Carlos H. Roberto Becerra, Rita Wickham, Delma Armstrong, Carol Viele, Bakım Sürekliliği: Metastatik Kolorektal Kanserin Yönetimi İçin Bir Paradigma, *The Oncologist*, 12. Cilt, 1. Sayı, Ocak 2007, Sayfalar 38–50, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.12-1-38>
4. Rothbarth J, van de Velde C. Kolorektal kanser karaciğer metastazlarının tedavisi. *Ann Oncol*. 2005;16(Ek 2):44–49. doi: 10.1093/annonc/mdi702. [ DOI ] [ PubMed ] [ Google Akademik ]
5. Adam R, de Gramont A, Figueras J, Kokudo N, Kunstlinger F, Loyer E, Poston G, Rougier P, Rubbia-Brandt L, Sobrero A ve diğerleri. Kolorektal kanserden eşzamanlı karaciğer metastazlarının yönetilmesi: multidisipliner uluslararası bir fikir birliği. *Kanser Tedavisi Rev*. 2015 Kasım;41(9):729–741. doi: 10.1016/j.ctrv.2015.06.006. [ DOI ] [ PubMed ] [ Google Akademik ]

6. Watanabe T, Itabashi M, Shimada Y, Tanaka S, Ito Y, Ajioka Y, Hamaguchi T, Hyodo I, Igarashi M, Ishida H, Ishihara S, Ishiguro M, Kanemitsu Y, Kokudo N, Muro K, Ochiai A, Oguchi M, Ohkura Y, Saito Y, Sakai Y, Ueno H, Yoshino T, Boku N, Fujimori T, Koinuma N, Morita T, Nishimura G, Sakata Y, Takahashi K, Tsuruta O, Yamaguchi T, Yoshida M, Yamaguchi N, Kotake K, Sugihara K; Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) Guidelines 2014 for treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*. 2015 Apr;20(2):207-39. doi: 10.1007/s10147-015-0801-z. Epub 2015 Mar 18. PMID: 25782566; PMCID: PMC4653248.
7. Cirocchi R, Trastulli S, Abraha I, Vettoretto N, Boselli C, Montedori A, Parisi A, Noya G, Platell C. Non-resection versus resection for an asymptomatic primary tumour in patients with unresectable stage IV colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;2012(8):CD008997. doi: 10.1002/14651858.CD008997.pub2. PMID: 22895981; PMCID: PMC11810131.
8. Scoggins CR, Meszoely IM, Blanke CD, Beauchamp RD, Leach SD. Nonoperative management of primary colorectal cancer in patients with stage IV disease. *Ann Surg Oncol*. 1999 Oct-Nov;6(7):651-7. doi: 10.1007/s10434-999-0651-x. PMID: 10560850.
9. Richman S. Deficient mismatch repair: Read all about it (Review). *Int J Oncol*. 2015 Oct;47(4):1189-202. doi: 10.3892/ijo.2015.3119. Epub 2015 Aug 12. PMID: 26315971; PMCID: PMC4583524.
10. Le DT, Uram JN, Wang H, Bartlett BR, Kemberling H, Eyring AD, Skora AD, Luber BS, Azad NS, Laheru D, Biedrzycki B, Donehower RC, Zaheer A, Fisher GA, Crocenzi TS, Lee JJ, Duffy SM, Goldberg RM, de la Chapelle A, Koshiji M, Bhaijee F, Huebner T, Hruban RH, Wood LD, Cuka N, Pardoll DM, Papadopoulos N, Kinzler KW, Zhou S, Cornish TC, Taube JM, Anders RA, Eshleman JR, Vogelstein B, Diaz LA Jr. PD-1 Blockade in Tumors with Mismatch-Repair Deficiency. *N Engl J Med*. 2015 Jun 25;372(26):2509-20. doi: 10.1056/NEJMoa1500596. Epub 2015 May 30. PMID: 26028255; PMCID: PMC4481136.
11. Veld JV, Amelung FJ, Borstlap WAA, van Halsema EE, Consten ECJ, Siersema PD, Ter Borg F, van der Zaag ES, de Wilt JHW, Fockens P, Bemelman WA, van Hooft JE, Tanis PJ; Dutch Snapshot Research Group. Comparison of Decompressing Stoma vs Stent as a Bridge to Surgery for Left-Sided Obstructive Colon Cancer. *JAMA Surg*. 2020 Mar 1;155(3):206-215. doi: 10.1001/jamasurg.2019.5466. Erratum in: *JAMA Surg*. 2020 Mar 1;155(3):269. doi: 10.1001/jamasurg.2020.0131. PMID: 31913422; PMCID: PMC6990965.
12. Lee YM, Law WL, Chu KW, Poon RT. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions. *J Am Coll Surg*. 2001 Jun;192(6):719-25. doi: 10.1016/s1072-7515(01)00833-x. PMID: 11400965.
13. Daniels M, Merkel S, Agaimy A, Hohenberger W. Treatment of perforated colon carcinomas-outcomes of radical surgery. *Int J Colorectal Dis*. 2015 Nov;30(11):1505-13. doi: 10.1007/s00384-015-2336-1. Epub 2015 Aug 7. PMID: 26248792.
14. André T, Shiu KK, Kim TW, Jensen BV, Jensen LH, Punt C, Smith D, Garcia-Carbonero R, Benavides M, Gibbs P, de la Fouchardiere C, Rivera F, Elez E, Bendell J, Le DT, Yoshino T, Van Cutsem E, Yang P, Farooqui MZH, Marinello P, Diaz LA Jr; KEYNOTE-177 Investigators. Pembrolizumab in Microsatellite-Unstable High Advanced Colorectal Cancer. *N Engl J Med*. 2020 Dec 3;383(23):2207-2218. doi: 10.1056/NEJMoa2017699. PMID: 33264544.
15. *NCCN Onkoloji Klinik Uygulama Kılavuzu. Sürüm 1.2021. Şurada mevcuttur: Colon Cancer. NCCN.org. [ Google Akademik ]*

## MİDE PERFORASYONU SONRASI GELİŞEN GEÇ DÖNEM PERİSPLENİK SIVI KOLEKSİYONU: NADİR BİR KLİNİK SEYİR

Taygun GÜLŞEN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Mide perforasyonu, acil cerrahi gerektiren ciddi bir gastrointestinal durumdur. En sık neden peptik ülser hastalığıdır ve acil cerrahi yaklaşım genellikle primer onarım ya da omental patch (Graham-Rafi) yöntemidir (1). Perforasyon sonrası komplikasyonlar arasında peritonit, abse formasyonu ve yara enfeksiyonu sıkça yer alsa da geç dönemde gelişen izole intraabdominal sıvı koleksiyonları daha nadirdir (2). Bu yazıda, mide perforasyonunun cerrahi tedavisinden yaklaşık altı ay sonra dalak çevresinde izole, kapsüllü sıvı birikimi saptanan ve laparoskopik yaklaşımla tedavi edilen bir vaka sunulmaktadır.

### OLGU

Kırk beş yaşında kadın hasta acil servise şiddetli ve diffüz karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede defans ve yaygın rebound pozitifliği saptandı. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz ve CRP yüksekliği tespit edildi. Ayakta direkt batın grafisinde serbest hava izlenmesi üzerine kontrastsız abdomen BT çekildi. Görüntülemelerde batın içerisinde yaygın serbest hava ve sıvı saptandı.

Hastaya acil laparotomi yapıldı. İntraoperatif olarak antrum ön duvarında bir santimetre çapında ülser perforasyonu tespit edildi. Perforasyon, omentum ile Graham-Rafi tekniği kullanılarak onarıldı. Batın mükerrer kez yıkandı ve Doug-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, taygun1538@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4536-7776



## KAYNAKLAR

1. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. *The Lancet*. 2015;386(10000):1288–1298. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7
2. Smith AA, Cone JT, McNickle AG, et al. Intraabdominal Abscesses. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
3. de Castro SM, Unlu C, Steller EP, et al. Risk factors for leakage after surgery for perforated peptic ulcer. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2004;16(9):887–893.
4. O'Malley ME, Wilson SR. Imaging of splenic emergencies. *Radiographics*. 2004;24(6):1613–1626.
5. Cavanna L, Lazzaro A, Vallisa D, et al. Management of perisplenic fluid collections. *World Journal of Gastroenterology*. 2007;13(27):3714–3716.
6. Aydin U, Yazici P, Zeytunlu M, et al. Management of intra-abdominal fluid collections after complicated gastrointestinal surgery: Percutaneous vs. surgical drainage. *International Journal of Surgery*. 2009;7(6):503–506.
7. Milsom JW, Böhm B, Hammerhofer KA, et al. Laparoscopic treatment of intra-abdominal abscesses. *Surgical Endoscopy*. 2000;14(4):341–345.

## NÖROFİBROMATOZİS HASTASINDA İNSİDENTAL KOLON KANSERİ VAKASI

Sabiha Nur ÖZMEN <sup>1</sup>

### GİRİŞ

Nörofibromatozis tip 1(NF1) pek çok sistemi etkiyene otozomal dominant geçişli bir hastalıktır(1).

Görülme sıklığı 1/3000-1/4000 olup 17q11.2 kromozomunda patolojik mutasyon gelişmesi sonucu oluşur(2). NF1 hastalarının hemen hemen çoğunda café-au-lait lekeleri gibi karakteristik cilt lezyonları ve dermal nörofibromlar bulunur(3).NF 1 hastalarında hem benign hem de malign tümörlerin gelişme riski yüksektir(4).Gastrointestinal sistemde özellikle ileum ve jejunum yerleşimli Gastrointestinal Stromal Tümör(GİST), ampullar ve periampüller yerleşimli nöroendokrin tümörler ve kolonik karsinomlar gözlenebilir(5,6).

NF1 hastalarında gelişen kolonik karsinomlar hakkında birkaç vaka sunumunu içeren çok az veri bulunmaktadır(7,8)

### VAKA SUNUMU

70 yaşında kadın hasta, inguinal bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hipertansiyon ve nörofibromatozis nedeniyle takipli hastanın geçirilmiş cerrahi öyküsü bulunmamaktaydı.Yapılan fizik muayene multiple yerleşimli cilt nörofibromları mevcuttu (Resim 1). Batın muayenesinde ve rektal muayenede patolojik bulgu mevcut değildi.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, sabihan.ozmen@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4669-0962

## KAYNAKLAR

1. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15:3. Published 2020 Jan 7. doi:10.1186/s13017-019-0283-9
2. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015;386(10000):1288-1298. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7
3. Cameron JL, Cameron AM, Current Surgical Therapy, 14. Baskı, Hindistan: Elsevier; 2023.
4. Vakil N. Peptic Ulcer Disease: A Review. *JAMA.* 2024;332(21):1832-1842. doi:10.1001/jama.2024.19094
5. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287
6. Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1996;22(7):707-710. doi:10.1007/BF01709751
7. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) [published correction appears in *JAMA.* 2016 May 24-31;315(20):2237. doi: 10.1001/jama.2016.5850.]. *JAMA.* 2016;315(8):762-774. doi:10.1001/jama.2016.0288
8. Liu Z, Meng Z, Li Y, et al. Prognostic accuracy of the serum lactate level, the SOFA score and the qSOFA score for mortality among adults with Sepsis. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):51. Published 2019 Apr 30. doi:10.1186/s13049-019-0609-3
9. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47(11):1181-1247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y
10. Ansari D, Torén W, Lindberg S, Pyrhönen HS, Andersson R. Diagnosis and management of duodenal perforations: a narrative review. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(8):939-944. doi:10.1080/00365521.2019.1647456
11. Istl AC, Gray DK, Roscoe R, Graham: An enduring legacy in the 21st century. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;82(1):216-220. doi:10.1097/TA.0000000000001286
12. Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Granderath FA. Meta-analysis of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer. *JSLs.* 2013;17(1):15-22. doi:10.4293/108680812X13517013317752
13. Bertleff MJ, Lange JF. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Surg Endosc.* 2010;24(6):1231-1239. doi:10.1007/s00464-009-0765-z

## PEPTİK ÜLSER PERFORASYONUNA BAĞLI İNTRAABDOMİNAL SEPSİS KAYNAKLI SEPTİK ŞOK

Sabri Alper KARATAŞ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Gastroduodenal ülser perforasyonunun yıllık insidansı yüz binde 4 ila 14'tür. Peptik ülser komplikasyonlarının %9'unu teşkil eder. Seneler içerisinde tanı ve tedavi süreçlerindeki gelişmelere rağmen erken dönem mortalite demografik özelliklere ve sepsisin şiddetine göre değişmekle birlikte %30 ila %50'ye kadar çıkabilmektedir. Akut batın tablosuyla peptik ülser hastalığında en sık cerrahi endikasyona neden olmaktadır. Perforasyon, peptik ülsere bağlı bütün ölümlerin %40'ına neden olur ve erken cerrahi müdahale sağkalım üzerindeki en önemli bağımsız etkenlerdendir. (1-4) İntraabdominal sepsis erken tanınmalı, etkene yönelik cerrahi tedavi, odak kontrolü, uygun ve hızlı destek tedavisi hızla sağlanmalıdır.

Sepsis için ilk tanımlama 1991 yılında yapılmakla birlikte en güncel tanımlamalar 2016 yılında Sepsis ve Septik Şok için Üçüncü Uluslararası Konsensus'ta yapılmıştır (Tablo 1). (5)

Tablo 1. Sepsis için tanımlar

|                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sepsis: Enfeksiyona karşılık orantısız konak yanıtına bağlı yaşamı tehdit eden organ disfonksiyonu.                                                                                                |
| Organ disfonksiyonu: Ardışık Organ Yetmezliği Değerlendirme Skoru'nda (Sequential Organ Failure Assessment Score [SOFA]) 2 puan veya daha fazla artış                                              |
| Septik Şok: Ortalama arter basıncını 65 mmHg ve üzerinde tutmak için vazopressör ihtiyacının olması, veya serum laktat düzeyinin, hipovolemi bulunmaksızın, 2 mmol/L (>18mg/dL)'den yüksek olması. |

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,  
dr.sabrialperkaratas@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7476-6744

## KAYNAKLAR

1. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15:3. Published 2020 Jan 7. doi:10.1186/s13017-019-0283-9
2. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015;386(10000):1288-1298. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7
3. Cameron JL, Cameron AM, Current Surgical Therapy, 14. Baskı, Hindistan: Elsevier; 2023.
4. Vakil N. Peptic Ulcer Disease: A Review. *JAMA.* 2024;332(21):1832-1842. doi:10.1001/jama.2024.19094
5. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287
6. Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1996;22(7):707-710. doi:10.1007/BF01709751
7. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) [published correction appears in *JAMA.* 2016 May 24-31;315(20):2237. doi: 10.1001/jama.2016.5850.]. *JAMA.* 2016;315(8):762-774. doi:10.1001/jama.2016.0288
8. Liu Z, Meng Z, Li Y, et al. Prognostic accuracy of the serum lactate level, the SOFA score and the qSOFA score for mortality among adults with Sepsis. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):51. Published 2019 Apr 30. doi:10.1186/s13049-019-0609-3
9. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47(11):1181-1247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y
10. Ansari D, Torén W, Lindberg S, Pyrhönen HS, Andersson R. Diagnosis and management of duodenal perforations: a narrative review. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(8):939-944. doi:10.1080/00365521.2019.1647456
11. Istl AC, Gray DK, Roscoe R, Graham: An enduring legacy in the 21st century. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;82(1):216-220. doi:10.1097/TA.0000000000001286
12. Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Granderath FA. Meta-analysis of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer. *JSLs.* 2013;17(1):15-22. doi:10.4293/108680812X13517013317752
13. Bertleff MJ, Lange JF. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Surg Endosc.* 2010;24(6):1231-1239. doi:10.1007/s00464-009-0765-z

## LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİ ONARIMI SONRASI GELİŞEN İNTRAABDOMİNAL APSE

Muhammed Alperen TAŞ<sup>1</sup>  
Yalçın SÖNMEZ<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Karın duvarının fıtıkları genel popülasyonun yaklaşık %1.7'sini, >45 yaş bireylerin ise %4'ünü etkileyen yaygın bir klinik durumdur (1). Karın ön duvarı fıtıklarının %75'i inguinal herni olup erkeklerde kadınlara nazaran daha sık görülmektedir (1). Prostetik mesh kullanılarak yapılan gerilimsiz hernioplastiler güncel standart tedavi yöntemleridir (3). Mesh kullanımı nüks oranlarını önemli derecede azaltmıştır (4). Herninin onarımında anterior ve posterior yaklaşım teknikleri vardır. Anterior yaklaşımda açık teknikle mesh karın duvarı katmanları arasına yerleştirilirken posterior yaklaşımda laparoskopik teknikle mesh preperitoneal alana yerleştirilir (3). Son yıllarda laparoskopik yöntemler birçok avantajları nedeniyle cerrahi prosedürlerde yaygın olarak kullanılmaya başlandı. Herni cerrahisinde de laparoskopik yaklaşım daha az ağrı, daha erken işe dönüş, daha az kesi, daha estetik olması ve nüks oranlarında açık yaklaşımla benzer olması sebebiyle tercih edilmektedir. TAPP ve TEP yaklaşımları günümüz inguinal herni cerrahisinde tercih edilen cerrahi prosedürlerdir. Hem açık hem laparoskopik yaklaşımda mesh kullanımına bağlı seroma, kronik ağrı, mesh migrasyonu, adezyon, mesh enfeksiyonu gibi komplikasyonlar meydana gelebilir (3). Bu komplikasyonların yönetiminde konservatif ve cerrahi prosedürler rol oynamaktadır.

<sup>1</sup> Arş. Gör. Dr., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., muhalperentas@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4060-121X

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., yalcin.sonmez@ksbu.edu.tr, ORCID iD: 0000-0002-2339-3578

nüks oranlarını önemli ölçüde azaltmıştır. Ancak mesh kullanımıyla ilişkili enfeksiyonlar, ciddi morbidite ve maliyet artışına yol açabilmektedir. Laparoskopik cerrahinin daha düşük enfeksiyon oranları ile ilişkili olduğu gösterilmiş olsa da sterilizasyon zorlukları ve hasta faktörleri bu riski artırabilmektedir. Mesh enfeksiyonlarının tanısı genellikle kolay olsa da tedaviye yönelik yaklaşımlar hâlâ netlik kazanmış değildir. Antibiyoterapi, perkütan drenaj ve negatif basınçlı yara tedavisi gibi konservatif yöntemler ilk basamak olarak tercih edilmekle birlikte, tedaviye dirençli olgularda cerrahi mesh eksizyonu kaçınılmaz olmaktadır. Eksizyon kararında hastanın klinik durumu ve enfeksiyonun yayılımı dikkate alınmalı, cerrahi yaklaşım ilk onarım tekniğine göre planlanmalıdır. Bu bağlamda, mesh enfeksiyonlarının önlenmesi, erken tanısı ve uygun tedavisi herni cerrahisinde hasta yönetiminin başarısı açısından kritik öneme sahiptir.

## **KAYNAKLAR**

1. He L, Wang X, Fan G, Zhao Y. Hernia mesh infection treatment following the repair of abdominal wall hernias: A single-center experience. *Front Surg*. 2022 Oct 25;9.
2. Castorina S, Luca T, Privitera G, El-Bernawi H. An evidence-based approach for laparoscopic inguinal hernia repair: Lessons learned from over 1,000 repairs. Vol. 25, *Clinical Anatomy*. 2012. p. 687–96.
3. Chowbey PK. Laparoscopic Management of Infected Mesh After Laparoscopic Inguinal Hernia Repair [Internet]. MBBS; 2014.
4. Yang H, Liu Y, Chen J, Shen Y. The Management of Mesh Infection After Laparoscopic Inguinal Hernia Repair [Internet]. 2018.
5. Nakarmi R, Shrestha M, Maharjan S. Inguinal abscess following Trans-abdominal Preperitoneal Mesh repair for inguinal hernia. *Journal of Society of Surgeons of Nepal*. 2020 Dec 20;23(1):53–7.
6. Yang H, Xiong Y, Chen J, Shen Y. Study of mesh infection management following inguinal hernioplasty with an analysis of risk factors: a 10-year experience. *Hernia*. 2020 Apr 1;24(2):301–5.
7. Jin C, Shen Y, Chen J. Laparoscopic evaluation and management of 47 patients with late-onset mesh infection after inguinal hernioplasty. *Hernia*. 2020 Apr 1;24(2):381–5.

## LAPARASKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI KAÇAK YÖNETİMİ

Ceyhun PEKİN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) aşırı obez hastalarda ilk basamak cerrahi yöntem olarak tanımlandığından beri yaygın olarak uygulanmaktadır. Kolay uygulanabilir olması, komplikasyon oranlarının düşük olması, yeterli kilo kaybı sağlaması nedeni ile kabul görmüş bir tekniktir (1,2). Bu teknik aynı zamanda ghrelin hormon seviyesinde düşmeye neden olarak daha az malnütrisyonu neden olması, pankreatobilier sisteme cerrahi sonrası endoskopik girişimlere olanak sağlaması bakımından da tercih edilmektedir (3).

Kliniğimizde teknik olarak karbondioksit gazı ile insuflasyon yapıp 10 mm kamera trokarı umblikusun üzerinden girilir. Karaciğer ekartörü için sağ subkostal alandan 10 mm trokar yerleştirilir. Sol subkostal 2-3 cm seviyesinde, önde 15 mm'lik endostapler trokarı ve bundan 15-20 cm daha lateralde 5 mm'lik trokar girilir. Daha sonra midenin büyük kurvaturu tercihen mühürleyici kesici bir cihazla omentum ve gastrosplenik ligamandan serbestleştirilir. Rehber olması için mide küçük kurvaturuna komşu mide tüpü anesteziist yardımıyla yerleştirilir. Pilordan 7-8 cm uzakta bir noktadan mide tüpü rehberliğinde mide rezeksiyonu özofagus mide birleşimine kadar yapılır.

LSG, diğer tekniklere göre daha kolay uygulandığından yaygın olarak tercih edilse de bu teknikte de stapler hattından kanama, stenoz ve kaçak gibi kompli-

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., ceyceypek@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4133-3069



Bizim vakamızda anastomoz kaçağından korunmak için anastomoz hattına takviye sütür koyduk ve cerrahi sonunda metilen mavisi ve su doldurma yöntemleri ile kaçak testleri yaptık. Ameliyat sonlanmadan önce kaçak tespit etmedik. Literatür bilgisi ile uyumlu olarak, ameliyat sonrası 3. günde kaçak tespit edilmesi erken kaçak olarak değerlendirildiğinden ve tomografide çevre planlarda kirlenme rapor edildiğinden açık drenaj tercih edildi. Hastanın 2. yatışında meydana gelen kaçakta genel durum bozukluğunun olmaması, kliniğinin sabit seyretmesi, bizi orta ve geç dönem kaçak durumunda stabil hastalar için uygun olan endoskopik yöntemlere yönlendirdi. Bu hasta için biz uygulama kolaylığı ve deneyimimiz sebebi ile özofagus stent yöntemini seçtik.

## SONUÇ

Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası en korkulan komplikasyon olan stapler hattı kaçaklarından korunmak için, literatürde farklı görüşler olsa da mide rezeksiyonu pilor mesafesinin 7-8 cm olmasına, mide yemek borusu birleşim yerinin dar olmamasına, kullanılacak mide tüpünün 40 F veya daha büyük olmasına dikkat edilmesi uygun olacaktır. Kanama için eğer şüphe varsa takviye dikişler konulması, imkân dahilinde ise fibrin glue uygulamaları önerilir. Kaçak yönetiminde en önemli aşama erken teşhistir. Cerrahın hastanın kliniğini iyi takip etmesi, klinik ve laboratuvar bulgularını ayrıntılı düşünerek uygun yaklaşımı bu değerlendirmesine göre yapması en uygun yaklaşım olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Aretxabala X, Leon J, Wiedmaier G, et al. Gastric Leak After Sleeve Gastrectomy: Analysis of Its Management Obesity Surgery (2011) 21:1232–1237 DOI 10.1007/s11695-011-0382-5
2. Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, et al. Early experience with two stage laparoscopic Roux Y gastric by-pass as an alternative in the super obese patient. Obesity Surgery 2003; 13:61–4.
3. Alexander R. Aurora • Leena Khaitan • Alan A. Saber Sleeve gastrectomy and the risk of leak: a systematic analysis of 4,888 patients Surgical Endoscopy Surg Endosc (2012) 26:1509–1515 DOI 10.1007/s00464-011-2085-3
4. Paulina Woźniewska, Inna Diemieszczyk, Hady Razak Hady Complications associated with laparoscopic sleeve gastrectomy – a review Gastroenterology Review 2021; 16 (1): 5–9 DOI: <https://doi.org/10.5114/pg.2021.104733>
5. D’Ugo S, Gentileschi P, Benavoli D, et al. Comparative use of different techniques for leak and bleeding prevention during laparoscopic sleeve gastrectomy: a multicenter study. Surg Obes Relat Dis 2014; 10: 450-4.

6. Parikh M, Issa R, McCrillis A, et al. Surgical strategies that may decrease leak after laparoscopic sleeve gastrectomy: a systematic review and meta-analysis of 9991 cases. *Ann Surg* 2013; 257: 231-7.
7. Benedix F, Benedix DD, Knoll C, et al. Are there risk factors that increase the rate of staple line leakage in patients undergoing primary sleeve gastrectomy for morbid obesity? *Obes Surg* 2014; 24: 1610-6.
8. Tan JT, Kariyawasam S, Wijeratne T, Chandraratna HS. Diagnosis and management of gastric leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg* 2010; 20: 403-409 [PMID: 19936855 DOI: 10.1007/s11695-009-0020-7]
9. Stamou KM, Menenakos E, Dardamanis D, Arabatzi C, Alevizos L, Albanopoulos K, Leandros E, Zografos G. Prospective comparative study of the efficacy of staple-line reinforcement in laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Endosc* 2011; 25: 3526-3530 [PMID: 21638186 DOI: 10.1007/s00464-011-1752-8]
10. Csendes A, Burdiles P, Burgos AM, Maluenda F, Diaz JC. Conservative management of anastomotic leaks after 557 open gastric bypasses. *Obes Surg* 2005; 15: 1252-1256 [PMID: 16259881]
11. Dakwar A, Assalia A, Khamaysi I, Kluger Y, Mahajna A. Late complication of laparoscopic sleeve gastrectomy. *Case Rep Gastrointest Med* 2013; 2013: 136153 [PMID: 23662218 DOI: 10.1155/2013/136153]
12. Csendes A, Braghetto I, León P, Burgos AM. Management of leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy in patients with obesity. *J Gastrointest Surg* 2010; 14: 1343-1348 [PMID: 20567930 DOI: 10.1007/s11605-010-1249-0]
13. De Aretxabala X, Leon J, Wiedmaier G, Turu I, Ovalle C, Maluenda F, Gonzalez C, Humphrey J, Hurtado M, Benavides C. Gastric leak after sleeve gastrectomy: analysis of its management. *Obes Surg* 2011; 21: 1232-1237 [PMID: 21416198 DOI: 10.1007/s11695-011-0382-5]
14. Abou Rached A, Basile M, El Masri H. Gastric leaks post sleeve gastrectomy: review of its prevention and management. *World J Gastroenterol*. 2014;20(38):13904-13910. Doi:10.3748/wjg.v20.i38.13904

## NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: ÇEKAL DİVERTİKÜLİT

Berkan ACAR<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Çekum divertikülüti nadir görülen bir durumdur. Tüm kolon divertiküler hastalıklarının %3,6 'sını temsil eder ve yaklaşık her 300 apendektomiden birinde görülür. (1) Kolonun sol taraflı divertiküler hastalığı batı toplumunda yaygın olmasına karşın çekal divertikülit özellikle Asyalı popülasyonda görülür, bu popülasyonda divertiküler hastalık olguların % 70'inde sağ kolonda baskındır ve vakaların % 80'inde soliterdir. (2) Çekum divertikülitinin kesin etiyojisi bilinmemekle birlikte konjenital bir defekttten kaynaklandığı öne sürülmektedir. (3) Çekum divertiküllerinin %60 'ı çekumun ön duvarında bulunur ve kalan olgularda arka duvarda yer almaktadır . (1)

Genellikle asemptomatik seyretmekle birlikte, hastaların yaklaşık %13'ünde çekal divertikülit gelişebilir ve bu durum ağrı, kanama veya perforasyon halinde peritonit gibi çeşitli klinik tablolara yol açabilir. (4) Çoğu zaman çekum divertikülüti sağ iliak fossada ağrıyla kendini gösterir ve bu durum çoğu hastanenin acil servisinde sık karşılaşılan bir başvuru sebebidir. Sıklıkla da akut apandisit olarak yanlış teşhis edilir. (5) Doğru tanı çok önemlidir çünkü komplikasyonsuz sağ kolonun akut divertikülüti cerrahi prosedüre gerek olmadan tedavi edilebilir. Ayırıcı tanıları arasında idrar yolu enfeksiyonu, gastroenterit, pelvik inflamatuvar hastalık, Crohn hastalığı, kolon maligniteleri yer alır.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, berkanacar01@gmail.com, ORCID iD:0000-0001-9798-295X

seçenekleri de değerlendirilmelidir. Çekal divertikülite bağlı büyük boyutlu abse ( $\geq 5$  cm) varlığında perkütan drenaj ile birlikte antibiyoterapi uygulanmalı; başarılı olmazsa veya klinik kötüye gidiş durumunda cerrahi tedavi düşünülmelidir. (16,17)

Sonuç olarak çekal divertikülit tanısının doğru koyulması özellikle de akut apandisit ile ayırıcı tanısının yapılması büyük önem taşımaktadır. Çünkü olgumuzda olduğu gibi komplike olmamış bir çekal divertikülit konservatif tedavi yaklaşımı ile başarıyla tedavi edilebilir. Bu durum hastanın gereksiz cerrahi müdahale ve cerrahinin risklerinden kaçınmasını sağlar.

## KAYNAKLAR

1. Koshy RM, Abusabeib A, Al-Mudares S, et al. Intraoperative diagnosis of solitary cecal diverticulum not requiring surgery: is appendectomy indicated?. *World journal of emergency surgery*. 2016;11:1. <https://doi.org/10.1186/s13017-015-0057-y>
2. Fortuny JV, Buchs NC, Morel P, et al. Maladie diverticulaire du côlon droit: quo vadis?. *Revue Medicale Suisse*. 2014;10(435): 1325-1330. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2014.10.435.1325>
3. Connolly D, McGookin RR, Gidwani A, et al. Inflamed solitary caecal diverticulum - it is not appendicitis, what should I do?. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2006;88(7):672-674. <https://doi.org/10.1308/003588406X149336>
4. Kurer MA. Solitary caecal diverticulitis as an unusual cause of a right iliac fossa mass: a case report. *Journal of medical case reports*. 2007;1:132. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-1-132>
5. Griffiths EA, Bergin FG, Henry JA, et al. Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. 2003;9(12), CS107-CS109.
6. Chiu PW, Lam CY, Chow TL, et al. Conservative approach is feasible in the management of acute diverticulitis of the right colon. *ANZ Journal of Surgery*. 2001;71(11):634-636. <https://doi.org/10.1046/j.1445-1433.2001.2226.x>
7. Cole M, Ayantunde AA, Payne J. Caecal diverticulitis presenting as acute appendicitis: a case report. *World Journal of Emergency Surgery*. 2009;4(29). <https://doi.org/10.1186/1749-7922-4-29>
8. Yardımcı E, Hasbahçeci M, İdiz UO, et al. Is surgery necessary to confirm diagnosis of right-sided diverticulitis in spite of relevant clinical and radiological findings. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*. 2017;23(1):61-65. <https://doi.org/10.5505/tjtes.2016.51460>
9. Kaya C, Celayir MF, Bozkurt E, et al. Solitary caecal diverticulitis: Comparison of operative and non operative treatment. *The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2020;70(11):1926-1929. <https://doi.org/10.5455/JPMA.12674>
10. Abogunrin FA, Arya N, Somerville JE, et al. Solitary caecal diverticulitis--a rare cause of right iliac fossa pain. *The Ulster Medical Journal*. 2005;74(2):132-133.
11. Kroening HL, Rai S. Caecal diverticulitis, an uncommon mimic of appendicitis. *BMJ Case Reports*. 2013 ;2013:bcr2012007820. <https://doi.org/10.1136/bcr-2012-007820>
12. Zuckerman J, Garfinkle R, Vasilevsky CA, et al. Short- and Long-Term Outcomes of Right-Sided Diverticulitis: Over 15 Years of North American Experience. *World journal of surgery*. 2020;44(6), 1994-2001. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05431-3>

13. Shyung LR, Lin SC, Shih SC, et al. Decision making in right-sided diverticulitis. *World Journal of Gastroenterology*. 2003;9(3):606-608.<https://doi.org/10.3748/wjg.v9.i3.606>
14. Chiu TC, Chou YH, Tiu CM, et al. Right-Sided Colonic Diverticulitis: Clinical Features, Sonographic Appearances, and Management. *Journal of Medical Ultrasound*. 2017;25(1):33-39. <https://doi.org/10.1016/j.jmu.2016.10.007>
15. Shin JH, Son BH, Kim H. Clinically distinguishing between appendicitis and right-sided colonic diverticulitis at initial presentation. *Yonsei Medical Journal*. 2007;48(3):511-516.<https://doi.org/10.3349/ymj.2007.48.3.511>
16. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World journal of emergency surgery*. 2020;15(1):32. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4>
17. Ma Z, Liu W, Zhou J, et al. Management and long-term outcomes of acute right colonic diverticulitis and risk factors of recurrence. *BMC surgery*, 2022;22(1):132. <https://doi.org/10.1186/s12893-022-01578-z>

## OMENTAL İNFARKT VE YÖNETİMİ OLGU SUNUMU

Mahmut Baran YERLİKAYA <sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Omental infarkt omentum majusun vasküler beslenmesinin kısmi bozulması etyolojisi ile gelişen, klinik bulguları ile birçok akut karın durumunu taklit edebilen ve karışabilen, nadir görülen bir patolojidir (3). Tanı, klinik ayırıcı tanıda akut apandisit, akut kolesistit, akut divertikülit, kolon perforasyonu, renal kolik ve over torsionu-ektopik gebelik gibi acil cerrahi girişim gerektirebilecek durumların yer aldığı dışlama tanısıdır (4). Omental infarkt vakaları genellikle 40-50 yaş arası kilolu hastalar olup erkeklerde kadınlardan iki kat daha sık görülür. (3) Olguların yaş dağılımında %15'i pediatrik yaş grubundadır. Omental infarktın patolojik basamakları inflamatuvar süreçte önce retraksiyon, fibrozis ve son olarak da komplet rezolüsyon veya oto ampütasyon şeklinde bitişidir (2,7). Omental infarkt radyolojik olarak net tanımlayıcı sonografik ve bilgisayarlı tomografi bulguları net bir şekilde literatürde tanımlanmıştır. Omental infarkt hastaları aslında BT ile kolayca tanı konulabilen hasta grubu olsa da hastaların farklı tanılarla ameliyat edilirken tanı almaları da sıklıkla görülen durumdur. Olguların çoğunun cerrahi gerektirmeksizin konservatif olarak tedavi edilebileceğinden dolayı mevcut hastalığın tanı ve tedavi sürecinde deneyimli radyoloji hekimlerinin tanının netleşmesinde önemi büyüktür (1,4). Bu yazıda 41 yaşında erkek, fizik muayene ve BT bulguları ile omental infarkt tanısı konmuş ve konservatif tedavi edilmiş ve taburcu edilmiş olgu sunulmuştur.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD.,  
gbaranyerlikaya@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-9291-8446

sinde; hastanın ağrısının hiç olmadığı, fizik muayene bulgularının kaybolduğu görüldü. Kontrolünde tomografi, endoskopi ve kolonoskopi de yapıldı patoloji görülmedi.

Sonuç olarak, omental infarkt bening, sıklıkla usulüne uygun destek tedavisi ek cerrahiye ihtiyaç duymadan düzelen ve nadir görülen bir akut karın sebebi olarak ayırıcı tanıda her zaman akılda tutulmalıdır. USG ve BT'nin yaygınlaşması ile doğru tanıya daha hızlı ve kolay bir şekilde ulaşılmaktadır. Doğru tanı ile gereksiz cerrahi olmaksızın konservatif şekilde hastalar rahatlıkla tedavi edilebilecektir.

## KAYNAKLAR

1. Helmrath MA, Dorfman SR, Minifee PK, et al. Right lower quad rant pain in children caused by omental infarction. *Am J Surg* 2001;182:729-32.
2. Sözen S, Dölalan Ş, Yıldız F, Elkan H. Primary omental torsion as a cause of acute abdomen: Case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17:554-6.
3. Yıldız S, Atasoy C, Yazıcı C, Akyar S. Omental infarction: CT findings (case report).[Article in Turkish] *Tani Girişim Radyoloji* 2004;10:158-61.
4. Aydoğan F, Özbayrak M, Aydoğan T, et al. Omental infarction: case report. *Turk J Emerg Med* 2008;8:181-3.
5. Lindley SI, Peyser PM. Idiopathic omental infarction: One for conser vative or surgical management? *J Surg Case Rep* 2018;2018:rjx095.
6. Bachar GN, Shafir G, Postnikov V, et al. Sonographic diagnosis of right segmental omental infarction. *J Clin Ultrasound* 2005;33:76 9.
7. Buell KG, Burke-Smith A, Patel V, Watfah J. Omental infarction: The great impersonator. *Cureus* 2017;9: e1940.
8. Schwartzman GJ, Jacobs JE, Birnbaum BA. Omental infarction as a delayed complication of abdominal surgery. *Clin Imaging* 2001;25:341-3.
9. Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. *Radiology* 1992;185:169-72.
10. van Breda Vriesman AC, de Mol van Otterloo AJ, Puylaert JB. Epip loic appendagitis and omental infarction. *Eur J Surg* 2001;167:723 7.

## ÇEKUM KANSERİNİN İLK BULGUSU: AKUT APANDİSİT

Harun BAYRAM <sup>1</sup>

### GİRİŞ

Akut apandisit, tüm yaş gruplarında görülebilen, acil cerrahi müdahale gerektiren en yaygın karın içi patolojilerden biridir. Tipik olarak sağ alt kadranda ağrısı, bulantı, iştahsızlık ve hafif ateş gibi klinik bulgularla seyreder ve tanısı genellikle klinik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile konur. Bilgisayarlı tomografi (BT), özellikle atipik olgularda tanı doğruluğunu artırmakta ve cerrahi planlamada önemli rol oynamaktadır (1).

BT’de apendiks çapının 6 mm’nin üzerinde olması, duvar kalınlaşması, periapendiküler yağlı doku inflamasyonu gibi bulgular, apandisit lehine değerlendirilirken; eş zamanlı olarak çekum duvarında izlenen kalınlık artışı ise altta yatan neoplastik bir süreci düşündürülebilir. Literatürde, apandisit semptomları ile başvuran hastalarda, çekum veya apendiks kaynaklı malignitelerin nadiren de olsa tespit edildiği bildirilmiştir (2,3).

Özellikle 40 yaş üzeri hastalarda, apandisit ile birlikte görülen atipik görüntüleme bulguları, cerrah ve radyologlar için önemli bir uyarı işareti olmalıdır. Bu nedenle, intraoperatif gözlem ve gerektiğinde genişletilmiş cerrahi kararları, hasta prognozunu doğrudan etkileyebilmektedir.

Bu makalede, 45 yaşında erkek hastada üç gündür devam eden karın ağrısı şikayeti ile yapılan değerlendirmede akut apandisit ön tanısı konulan ve BT’de

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., hrnbay@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4845-1578



## KAYNAKLAR

1. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. BMJ. 2006;333(7567):530–534. doi:10.1136/bmj.38940.664363.AE
2. Eppley DA, Carnemolla AR, Perez-Bello S, et al. (August 15, 2024) Typical presentation to rare diagnosis: a case report of appendicitis revealing cecal adenokarsinoma. Cureus. 16(8):e66956. doi:10.7759/cureus.66956
3. Shroff N, Bhargava P. Metastatic cecal adenocarcinoma presenting as acute appendicitis. Rad. CR. 2021;16(8):2129–2132. doi:10.1016/j.radcr.2021.04.077
4. Carpenter SG, Chapital AB, Merritt MV, et al. Incidental appendiceal neoplasms discovered during appendectomy: What is the optimal management strategy? Am Surg. 2012;78(12):1294–1298.
5. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. J Visc Surg. 2012 Feb;149(1):e3–e10. doi: 10.1016/j.jvisc Surg. 2011.11.003. Epub 2011 Dec 19.
6. Van Geldere D, Fa-Si-Oen P, Noach LA, Rietra PJ, Peterse JL, Boom RP. Complications after colorectal surgery without mechanical bowel preparation. J Am Coll Surg. 2002 Jan;194(1):40–7. doi: 10.1016/s1072-7515(01)01131-0.
7. West NP, Morris EJ, Rotimi O, et al. Pathology grading of colon cancer surgical resection and its association with survival: a population-based cohort study. Lancet Oncol. 2008;9(9):857–865. doi:10.1016/S1470-2045(08)70234-8
8. Long Y, Xiang YN, Huang F, Xu L, Li XY, Zhen YH. Appendiceal intussusception complicated by adenocarcinoma of the cecum: A case report. World J Clin Cases. 2024;12(8):1461–1466. doi:10.12998/wjcc.v12.i8.1461

## GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASI İLE BULGU VEREN GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRÜ

Mehmet BİÇER<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST) yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %20'sini oluşturur. Yıllık insidansı milyonda 10' dur (1,2). GİST' ler en yaygın olarak mide veya ince bağırsakta görülmektedir. Ancak tüm gastrointestinal sistemde görülebilir. GİST' ler nadiren (%5) gastrointestinal kanaldan bağlantısız bir şekilde karın boşluğu içinde ortaya çıkabilir.

Gastrointestinal stromal tümörlerin Kajaal'ın interstisyel hücrelerinden kaynaklandığı 1998 yılında bulunmuştur (3). GİST' ler nadir tümörlerdir. GİST' lerin çoğu rastlantısal olarak keşfedilir, bu nedenle gerçek prevalans bilinmemektedir. GİST' ler üzerinde klasik kemoterapi ve radyoterapi etkili değildir. Bu nedenle cerrahi rezeksiyon ile tümörün çıkartılması tedavinin temel dayanağı olmuştur (4,5). Bu tümörlerle ilişkili genetik değişiklikler ortaya çıkartılması ile tedavi hatırı sayılır şekilde değişmiştir. Selektif bir tirozin kinaz reseptör inhibitörü (TKI) olan İmatinib, GİST' lerin tedavisinde adjuvan veya neoadjuvan tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak İmatinib'e direnç vakaları görülmektedir. Bu nedenle İmatinib direncinde kullanılan diğer tirozin kinaz inhibitörleri (Sunitinib ve Regorafenip) geliştirilmiştir (6-12).

Hastaların %20 kadarında tanı sırasında aşikâr metastaz vardır (13). Metastazlar tipik olarak karın boşluğuna veya karaciğere olur iken, akciğere, kemiğe veya beyine metastazları nadirdir. Lenf nodu metastazları genç erişkinlerdeki

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu MehmetBey Üniversitesi, Genel Cerrahi AD.,  
mehmetbicer08@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-6143-1918

yonsuz sağkalımı etkileyen bir faktör olarak tanımlanmıştır (39). Debulking cerrahisinin faydasını inceleyen prospektif randomize çalışmalar ne yazık ki yeterli sayıda hastayı kapsamamıştır. Bu sebepten debulking cerrahisinin gerekliliği tartışmalıdır. Ancak literatürde İmatinib tedavisinde rezidüel hastalığın rezeksiyonunun genel sağ kalımı iyileştirdiğini gösteren yayınlar vardır (40).

## SONUÇ

GİST tanısı endoskopi, BT ve biyopsi ile konulmaktadır. Acil servise GİS kanama ile başvuran gastrointestinal stromal tümörlerinde endoskopik olarak kanayan lezyon bulunamaması halinde intravenöz ve oral kontrastlı batin BT ayırıcı tanıda etkilidir. Cerrahi eksizyon sonrası Tirozin Kinaz İnhibitörü tedavisi ile GİST'li hastalarda sağ kalım büyük ölçüde artırmış; ileri düzeyde yaşam beklentisini artırmaktadır. Tümör boyutu arttıkça, metastaz görülmesi durumunda kür şansı azalmaktadır. Adjuvan İmatinib tedavisi sağkalıma katkı sağlamaktadır. Acil servise GİS kanama ile başvuran hastalarda GİST etyolojide akılda tutulması gereken kitlelerdendir.

## KAYNAKLAR

1. Ducimetie` re F, Lurkin A, Ranche` re-Vince D, et al: Incidence of sarcoma histotypes and molecular subtypes in a prospective epidemiological study with central pathology review and molecular testing. PLoS One 6: e20294, 2011
2. Joensuu H, Hohenberger P, Corless CL: Gastrointestinal stromal tumour. Lancet 382:973-983,2013
3. Kindblom LG, Remotti HE, Aldenborg F, et al. Gastrointestinal pacemaker cell tumor (GIPACT): gastrointestinal stromal tumors show phenotypic characteristics of the interstitial cells of Cajal. Am J Pathol 1998; 152:1259-69.
4. Corbin KS, Kindler HL, Liao SL. Considering the role of radiation therapy for gastrointestinal stromal tumor. Onco Targets Ther 2014; 7:713-8.
5. Wu PC, Langerman A, Ryan CW, et al. Surgical treatment of gastrointestinal stromal tumors in the İmatinib (STI- 571) era. Surgery 2003; 134:656-65; discussion 665-6.
6. Benjamin RS, Casali PG. Adjuvant İmatinib for GI Stromal Tumors: When and For How Long? J Clin Oncol 2016; 34:215-8.
7. DeMatteo RP. Nanoneoadjuvant therapy of gastrointestinal stromal tumor (GIST). Ann Surg Oncol 2009; 16:799-800.
8. Demetri GD, Reichardt P, Kang YK, et al. Efficacy and safety of regorafenib for advanced gastrointestinal stromal tumours after failure of İmatinib and sunitinib (GRID): an international, multicentre, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet 2013; 381:295-302.
9. Eisenberg BL. The SSG XVIII/AIO trial: results change the current adjuvant treatment recommendations for gastrointestinal stromal tumors. Am J Clin Oncol 2013; 36:89-90.

10. Gronchi A, Blay JY, Trent JC. The role of high-dose Imatinib in the management of patients with gastrointestinal stromal tumor. *Cancer* 2010; 116:1847-58.
11. Heinrich MC, von Mehren M, Demetri GD, et al. A phase 2 study of ponatinib in patients (pts) with advanced gastrointestinal stromal tumors (GIST) after failure of tyrosine kinase inhibitor (TKI) therapy: Initial report. *J Clin Oncol* 2014; 32:10506.
12. Mulet-Margalef N, Garcia-Del-Muro X. Sunitinib in the treatment of gastrointestinal stromal tumor: patient selection and perspectives. *Onco Targets Ther* 2016; 9:7573-82.
13. Emile JF, Brahimi S, Coindre JM, et al: Frequencies of KIT and PDGFRA mutations in the MolecGIST prospective population-based study differ from those of advanced GISTs. *Med Oncol* 29: 1765-1772, 2012
14. Agaimy A, Wu`nsch PH: Lymph node metastasis in gastrointestinal stromal tumours (GIST) occurs preferentially in young patients <or = 40 years: An overview based on our case material and the literature. *Langenbecks Arch Surg* 394:375-381, 2009
15. Zhang L, Smyrk TC, Young WF Jr, et al: Gastric stromal tumors in Carney triad are different clinically, pathologically, and behaviorally from sporadic gastric gastrointestinal stromal tumors: Findings in 104 cases. *Am J Surg Pathol* 34:53-64, 2010
16. Von Mehren M, Joensuu H. Gastrointestinal Stromal Tumors. *J Clin Oncol.* 2018;36(2):136-143. doi:10.1200/JCO.2017.74.9705
17. Joensuu H, Vehtari A, Riihimäki J, et al: Risk of recurrence of gastrointestinal stromal tumour after surgery: An analysis of pooled population-based cohorts. *Lancet Oncol* 13:265-274, 2012
18. Soreide K, Sandvik OM, Soreide JA, et al. Global epidemiology of gastrointestinal stromal tumours (GIST): A systematic review of population-based cohort studies. *Cancer Epidemiol* 2016; 40:39-46.
19. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, prognosis, and differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130:1466-78.
20. Gong J, Kang W, Zhu J, et al. CT and MR imaging of gastrointestinal stromal tumor of stomach: a pictorial review. *Quant Imaging Med Surg* 2012; 2:274-9.
21. Parab TM, DeRogatis MJ, Boaz AM, et al. Gastrointestinal stromal tumors: a comprehensive review. *J Gastrointest Oncol.* 2019;10(1):144-154. doi:10.21037/jgo.2018.08.20
22. Vernuccio F, Taibbi A, Picone D, et al. Imaging of Gastrointestinal Stromal Tumors: From Diagnosis to Evaluation of Therapeutic Response. *Anticancer Res* 2016; 36:2639-48.
23. Tateishi U, Hasegawa T, Satake M, et al. Gastrointestinal stromal tumor. Correlation of computed tomography findings with tumor grade and mortality. *J Comput Assist Tomogr* 2003; 27:792-8.
24. Lanke G, Lee JH. How best to manage gastrointestinal stromal tumor. *World J Clin Oncol* 2017; 8:135-44.
25. Chi JL, Xu M, Zhang MR, et al: Laparoscopic versus open resection for gastric gastrointestinal stromal tumors (GISTs): A size-location-matched case-control study. *World J Surg* 41:2345-2352, 2017
26. Nishida T, Goto O, Raut CP, et al: Diagnostic and treatment strategy for small gastrointestinal stromal tumors. *Cancer* 122:3110-3118, 2016
27. Wang D, Zhang Q, Blanke CD, et al: Phase II trial of neoadjuvant/adjuvant Imatinib mesylate for advanced primary and metastatic/recurrent operable gastrointestinal stromal tumors: Long-term follow-up results of Radiation Therapy Oncology Group 0132. *Ann Surg Oncol* 19:1074-1080, 2012
28. Corless CL, Ballman KV, Antonescu CR, et al: Pathologic and molecular features correlate with long-term outcome after adjuvant therapy of resected primary GI stromal tumor: The ACOSOG Z9001 trial. *J Clin Oncol* 32:1563-1570, 2014

29. Casali PG, Le Cesne A, Poveda Velasco A, et al: Time to definitive failure to the first tyrosine kinase inhibitor in localized GI stromal tumors treated with Imatinib as an adjuvant: A European Organisation for Research and Treatment of Cancer Soft Tissue and Bone Sarcoma Group Intergroup randomized trial in collaboration with the Australasian Gastro-Intestinal Trials Group, UNICANCER, French Sarcoma Group, Italian Sarcoma Group, and Spanish Group for Research on Sarcomas. *J Clin Oncol* 33: 4276-4283, 2015
30. Joensuu H, Eriksson M, Sundby Hall K, et al: Adjuvant Imatinib for high-risk GI stromal tumor: Analysis of a randomized trial. *J Clin Oncol* 34:244-250, 2016
31. DeMatteo RP, Ballman KV, Antonescu CR, et al: Long-term results of adjuvant Imatinib mesylate in localized, high-risk, primary gastrointestinal stromal tumor: ACOSOG Z9000 (Alliance) intergroup phase 2 trial. *Ann Surg* 258:422-429, 2013
32. Kanda T, Nishida T, Wada N, et al: Adjuvant therapy with Imatinib mesylate after resection of primary high-risk gastrointestinal stromal tumors in Japanese patients. *Int J Clin Oncol* 18:38-45, 2013
33. Kang YK, Kang BW, Im SA, et al: Two-year adjuvant Imatinib mesylate after complete resection of localized, high-risk GIST with KIT exon 11 mutation. *Cancer Chemother Pharmacol* 71:43-51, 2013
34. Raut CP, Espat J, Maki RG, et al: Extended treatment with adjuvant Imatinib for patients with high-risk primary gastrointestinal stromal tumor (GIST): The PERCIST-5 study. *J Clin Oncol* 35:556s, 2017 (suppl 15S; abstr 11009)
35. Joensuu H, Eriksson M, Sundby Hall K, et al: One vs three years of adjuvant Imatinib for operable gastrointestinal stromal tumor: A randomized trial. *JAMA* 307:1265-1272, 2012
36. Le Cesne A, Ray-Coquard I, Bui BN, et al: Discontinuation of Imatinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumours after 3 years of treatment: An open-label multicentre randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 11:942-949, 2010
37. Patrikidou A, Chabaud S, Ray-Coquard I, et al: Influence of Imatinib interruption and rechallenge on the residual disease in patients with advanced GIST: Results of the BFR14 prospective French Sarcoma Group randomised, phase III trial. *Ann Oncol* 24: 1087-1093, 2013
38. Raut CP, Posner M, Desai J, et al: Surgical management of advanced gastrointestinal stromal tumors after treatment with targeted systemic therapy using kinase inhibitors. *J Clin Oncol* 24: 2325-2331, 2006
39. von Mehren M, Heinrich MC, Joensuu H, et al: Follow-up results after 9 years (yrs) of the ongoing, phase II B2222 trial of Imatinib mesylate (IM) in patients (pts) with metastatic or unresectable KIT + gastrointestinal stromal tumors (GIST). *J Clin Oncol* 29, 2011 (suppl; abstr 10016)
40. Du CY, Zhou Y, Song C, et al: Is there a role of surgery in patients with recurrent or metastatic gastrointestinal stromal tumours responding to Imatinib: A prospective randomised trial in China. *Eur J Cancer* 50:1772-1778, 2014
41. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Int J Surg Pathol*. 2002;10(2):81-89. doi:10.1177/106689690201000201
42. Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, et al. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010;8 Suppl 2(0 2):S1-S44. doi:10.6004/jnccn.2010.0116

## OLAĞANDIŞI BİR İLEAL PERFORASYON NEDENİ: ERCP SONRASI STENT MİGRASYONU

Felat ÇİFTÇİ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi (ERCP), biliyer ve pankreatik sistem hastalıklarının tanı ve tedavisinde yaygın olarak kullanılan minimal invaziv bir endoskopik yöntemdir. Safra yolu taşları, darlıklar, tümörler ve pankreatit gibi çeşitli durumların yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Genel olarak güvenli bir prosedür olmasına rağmen, ERCP ile ilişkili çeşitli komplikasyonlar mevcuttur. Bu komplikasyonlar arasında pankreatit, kanama, kolanjit ve perforasyon yer almaktadır [1].

ERCP sırasında yerleştirilen biliyer stentler, safra akışını sağlamak veya darlıkları genişletmek amacıyla kullanılır. Ancak, stent migrasyonu, bu prosedürün bilinen bir komplikasyonudur ve insidansı %5 ila %10 arasında değişmektedir [2, 3]. Stent migrasyonu proksimal (safra kanalına doğru) veya distal (bağırsak lümenine doğru) olabilir. Distal migrasyon genellikle asemptomatik seyrederken, bazı durumlarda bağırsak obstrüksiyonu, fistül oluşumu ve bağırsak perforasyonu gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir [4].

Bağırsak perforasyonu, biliyer stent migrasyonunun nadir fakat hayatı tehdit eden bir komplikasyonudur. Bu durumun insidansı %1'den azdır [4]. Çoğunlukla duodenum veya kolon gibi daha proksimal veya distal bağırsak segmentlerinde görülürken, ileal perforasyon oldukça nadir bir durumdur [5]. İleum, sindirim sisteminin uzun bir bölümü olması ve anatomik yapısı nedeniyle stent

<sup>1</sup> Op. Dr., Özel Şanmed Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, felatciftci@gmail.com,  
ORCID iD: 0000-0002-8958-7121

denenebilse de, bu yaklaşım dikkatli bir takip gerektirir ve genellikle önerilmez [10].

Sonuç olarak, biliyer stent migrasyonuna bağlı ileal perforasyon, nadir görülen ancak ciddi bir komplikasyondur. ERCP öyküsü olan ve akut karın bulgularıyla başvuran hastalarda bu olasılık akılda tutulmalıdır. Erken tanı için BT gibi görüntüleme yöntemlerinin etkin kullanımı ve hızlı cerrahi müdahale, başarılı bir klinik sonuç için esastır. Bu olgu, ERCP sonrası takipte dikkatli olmanın ve nadir komplikasyonlara karşı farkındalığın önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

## **KAYNAKLAR**

1. N Wilson. Bowel Perforation Caused by Biliary Stent Migration After ERCP: A Systematic Review. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2025. [[https://journals.lww.com/jcge/fulltext/2025/05000/bowel\\_perforation\\_caused\\_by\\_biliary\\_stent.12.aspx](https://journals.lww.com/jcge/fulltext/2025/05000/bowel_perforation_caused_by_biliary_stent.12.aspx)]
2. S Yacyshyn. S2202 Biliary Stent Migration Causing Contained. *American Journal of Gastroenterology*, 2023. [[https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2023/10001/s2202\\_biliary\\_stent\\_migration\\_causing\\_contained.3079.aspx](https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2023/10001/s2202_biliary_stent_migration_causing_contained.3079.aspx)]
3. MY Swied. Migrated Plastic Biliary Stent Causing Cecal Perforation. *Cureus*, 2024. [<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11236398/>]
4. KA Zorbas. Small bowel perforation from a migrated biliary stent. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2021. [<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8546564/>]
- 5) L AlZoubi. Ileal perforation due to migrated biliary stent: A case report. *Journal of Clinical Images and Case Reports*, 2023. [<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S168719792300059X>]
6. AM Tofigh. Cecal Perforation Induced by Migrated Biliary Stent as a Rare Complication of ERCP: a Case Report and Literature Review. *Case Reports in Gastrointestinal Medicine*, 2023. [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1155/2023/9493333>]
7. S2494 Duodenal Perforation Secondary to Biliary Stent. *American Journal of Gastroenterology*, 2024. [[https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2024/10001/s2494\\_duodenal\\_perforation\\_secondary\\_to\\_biliary.2495.aspx](https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2024/10001/s2494_duodenal_perforation_secondary_to_biliary.2495.aspx)]
8. YL Cai. Incidence, risk factors and endoscopic retrieval of proximally. *International Journal of Surgery*, 2025. [[https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/fulltext/2025/04000/incidence\\_risk\\_factors\\_and\\_endoscopic\\_retrieval.33.aspx](https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/fulltext/2025/04000/incidence_risk_factors_and_endoscopic_retrieval.33.aspx)]
9. JB Beloy. Case report: Migratory biliary stent resulting in sigmoid colon perforation. *Journal of Surgical Case Reports*, 2024. [<https://academic.oup.com/jscr/article/2024/11/rjae737/7907899>]
10. Retroperitoneal duodenal perforation following biliary stent migration: A case report and review of conservative management. *Turkish Journal of Surgery*, 2025. [<https://turkjsurg.com/articles/retroperitoneal-duodenal-perforation-following-biliary-stent-migration-a-case-report-and-review-of-conservative-management/turkjsurg.2025.2025-3-6>]

## LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI GELİŞEN SAFRA YOLU YARALANMASINDA ERKEN DÖNEM REKONSTRÜKSİYON

Mehmet Hanifi ÇANAKCI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi semptomatik safra kesesi taşları için altın standart cerrahi tedavi olarak kabul edilmektedir (1). Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra yolu yaralanması insidansı yaklaşık olarak %0,2-%0,7 arasındadır (2). Bununla birlikte eşlik eden vasküler yaralanmalar gelişebilmektedir. Eşlik eden sık yaralanma ise sağ hepatik arter yaralanmasıdır. Sağ hepatik arter yaralanmasının net sıklığı bilinmese de bazı çalışmalarda safra yolu yaralanması olan hastalarda bu oranın %12-40 aralığında olduğu ifade edilmektedir (3). Bunun nedeni ise sağ hepatik arterin ana hepatik kanala yakın seyretmesidir (4). Safra yolu yaralanması olan hastalarda esas tedavi modalitesi yaralanmanın durumuna göre değişmekle birlikte Roux-N-Y Hepatikojejunostomi prosedürüdür. Yapılacak olan onarımın erken dönem veya geç dönemde yapılıp yapılmayacağı ise tartışma konusudur. Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen safra yolu ve sağ hepatik arter yaralanması olan erken dönem rekonstrüksiyon yapılan bir hastayı sunmayı amaçladık

### OLGU

47 yaşında erkek hasta kolelitiazis nedeniyle elektif kolesistektomi ameliyatı yapılmış olup postoperatif 1. gününde hastanın devam eden karın ağrısı ve sa-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, hcanacc@gmail.com,  
ORCID iD: 0000-0001-7502-7927



tedir (13). Geniş bir retropektif çalışmada postoperatif mortalite, morbidite açısından erken dönem ve geç dönem onarım açısından fark olmadığı görülmüştür (14). Omar ve ark. yaptığı randomize kontrollü çok merkezli bir çalışmada ise erken dönem rekonstrüksiyon yapılan hastalarda hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ve postoperatif abdominal sepsisin kontrol altına alınmasında daha etkili olduğu ve güvenle uygulanabileceğini belirtmişlerdir (15).

## SONUÇ

Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra yolu yaralanması en önerimli komplikasyonlardan biridir. Eşlik eden vasküler yaralanma ve yaralanmanın seviyesi önem arz etmektedir. Erken tanı koyulması sonrası rekonstrüksiyon en önemli tedavi modalitesidir. Rekonstrüksiyonun zamanlaması noktası literatürde tartışmalı olsada erken dönemde yapılacak olan onarım hastanın daha erken taburculuğu ve daha az morbidite ve mortalite ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. NIH Consens Statement. 1992 Sep 14-16;10(3):1-28. PMID: 1301217.
2. Manivasagam SS, Chandra J N, Khera D, Aradhya PS, Hiremath AM. Optimal Timing of Surgical Repair After Bile Duct Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 2024 Feb 3;16(2):e53507. doi: 10.7759/cureus.53507. PMID: 38440011; PMCID: PMC10911473.
3. Strasberg SM, Helton WS. An analytical review of vasculobiliary injury in laparoscopic and open cholecystectomy. HPB (Oxford). 2011 Jan;13(1):1-14. doi: 10.1111/j.1477-2574.2010.00225.x. Epub 2010 Nov 15. PMID: 21159098; PMCID: PMC3019536.
4. Davidoff AM, Pappas TN, Murray EA, Hilleren DJ, Johnson RD, Baker ME, Newman GE, Cotton PB, Meyers WC. Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg. 1992 Mar;215(3):196-202. doi: 10.1097/00000658-199203000-00002. PMID: 1531913; PMCID: PMC1242421.
5. Strasberg SM, Helton WS. Laparoskopik ve açık kolesistektomide vaskülobiliyer hasarın analitik bir incelemesi. HPB (Oxford). 2011 Ocak; 13(1):1-14. doi: 10.1111/j.1477-2574.2010.00225.x. Epub 2010 15 Kasım. PMID: 21159098; PMCID: PMC3019536.)
6. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. Am J Surg. 1993 Jan;165(1):9-14. doi: 10.1016/s0002-9610(05)80397-6. PMID: 8418705
7. Alves A, Farges O, Nicolet J, Watrin T, Sauvanet A, Belghiti J. Incidence and consequence of an hepatic artery injury in patients with postcholecystectomy bile duct strictures. Ann Surg. 2003 Jul;238(1):93-6. doi: 10.1097/01.sla.0000074983.39297.c5. PMID: 12832970; PMCID: PMC1422668
8. deAngelis N, Catena F, Memeo R, et al. 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. World J Emerg Surg. 2021;16(1):30. Published 2021 Jun 10. doi:10.1186/s13017-021-00369-w

9. Pesce A, Fabbri N, Feo CV. Vascular injury during laparoscopic cholecystectomy: An often-overlooked complication. *World J Gastrointest Surg* 2023; 15(3): 338-345 [PMID: 37032796 DOI: 10.4240/wjgs.v15.i3.338]
10. Schreuder AM, Nunez Vas BC, Booij KAC, van Dieren S, Besselink MG, Busch OR, van Gulik TM. Optimal timing for surgical reconstruction of bile duct injury: meta-analysis. *BJS Open*. 2020 Oct;4(5):776-786. doi: 10.1002/bjs5.50321. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32852893; PMCID: PMC7528508.
11. Nuzzo G, Giulianti F, Giovannini I, Murazio M, D'Acapito F, Ardito F, Vellone M, Gauzolino R, Costamagna G, Di Stasi C. Advantages of multidisciplinary management of bile duct injuries occurring during cholecystectomy. *Am J Surg*. 2008 Jun;195(6):763-9. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.05.046. PMID: 18367147.
12. El Nakeeb A, Sultan A, Ezzat H, Attia M, Abd ElWahab M, Kayed T, Hassanen A, AlMalki A, Alqarni A, Mohammed MM. Impact of referral pattern and timing of repair on surgical outcome after reconstruction of post-cholecystectomy bile duct injury: A multicenter study. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2021 Feb;20(1):53-60. doi: 10.1016/j.hbpd.2020.10.001. Epub 2020 Oct 14. PMID: 33268245.
13. Cho JY, Baron TH, Carr-Locke DL, Chapman WC, Costamagna G, de Santibanes E, Dominguez Rosado I, Garden OJ, Gouma D, Lillemoe KD, Angel Mercado M, Mullady DK, Padbury R, Picus D, Pitt HA, Sherman S, Shlansky-Goldberg R, Tornqvist B, Strasberg SM. Proposed standards for reporting outcomes of treating biliary injuries. *HPB (Oxford)*. 2018 Apr;20(4):370-378. doi: 10.1016/j.hpb.2017.10.012. Epub 2018 Feb 4. PMID: 29397335.
14. A European-African HepatoPancreatoBiliary Association (E-AHPBA) Research Collaborative Study management group; Other members of the European-African HepatoPancreatoBiliary Association Research Collaborative. Post cholecystectomy bile duct injury: early, intermediate or late repair with hepaticojejunostomy - an E-AHPBA multi-center study. *HPB (Oxford)*. 2019 Dec;21(12):1641-1647. doi: 10.1016/j.hpb.2019.04.003. PMID: 31151812.
15. Omar MA, Kamal A, Redwan AA, Alansary MN, Ahmed EA. Post-cholecystectomy major bile duct injury: ideal time to repair based on a multicentre randomized controlled trial with promising results. *Int J Surg*. 2023 May 1;109(5):1208-1221. doi: 10.1097/JS9.0000000000000403. PMID: 37072143; PMCID: PMC10389623.

## ANTEROSUPERİOR MEDİASTİNAL YERLEŞİMLİ EKTOPIK PARATİROİD ADENOMU: OLGU SUNUMU

Tomris ÇETİN GÜLŞEN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Paratiroid bezleri, embriyonik gelişim sürecinde üçüncü ve dördüncü faringeal arkdan köken alarak servikal bölgeye göç ederler. Bu süreçte göç yolunun herhangi bir seviyesinde ektopik yerleşim gösterebilirler (1). En sık karşılaşılan ektopik lokalizasyonlar arasında timik yol, retroözofageal alan, intratiroidal bölge ve mediastinum yer almaktadır (2).

Ektopik paratiroid dokular, özellikle konvansiyonel servikal cerrahi sırasında saptanamadığında cerrahlar için önemli bir zorluk oluşturur. Cerrahi öncesi uygun görüntüleme yöntemleriyle lokalizasyonun doğru yapılması hayati önem taşır. Sintigrafi, BT ve MRG bu süreçte sık kullanılan yöntemlerdir (3–5).

### OLGU

65 yaşında erkek hasta, yakın dönemde planlanan prostat cerrahisi öncesi yapılan biyokimyasal tetkiklerinde saptanan hiperkalsemi (Ca: 11,5 mg/dL) nedeniyle ileri değerlendirmeye alınmıştır. Diğer laboratuvar bulguları; fosfor: 2,89 mg/dL, magnezyum: 1,91 mg/dL ve parathormon (PTH): 92,1 pg/mL olarak raporlanmıştır. Hastanın semptomu olmamakla birlikte, biyokimyasal veriler primer hiperparatiroidizmi düşündürmüştür.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, tomriscetin7@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2402-9401

## KAYNAKLAR

1. Udelsman R, Lin Z, Donovan P. The superiority of minimally invasive parathyroidectomy based on 1650 consecutive patients with primary hyperparathyroidism. *Annals of Surgery*. 2011;253(3):585–591. doi: 10.1097/SLA.0b013e318208fed9
2. Phitayakorn R, McHenry CR. Incidence and location of ectopic abnormal parathyroid glands. *American Journal of Surgery*. 2006;191(3):418–423. doi:10.1016/j.amjsurg.2005.10.049
3. Shaha AR, Burnett C, Jaffe BM. Parathyroid localization with sestamibi and ultrasonography. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*. 1997;123(3):287–290.
4. Rodgers SE. Prospective comparison of 4-dimensional computed tomography, ultrasonography, and sestamibi scintigraphy for parathyroid localization. *Surgery*. 2006;140(6):845–852.
5. Wei CH, Harari A. Parathyroid carcinoma: update and guidelines for management. *Current Treatment Options in Oncology*. 2012;13(1):11–23. doi: 10.1007/s11864-011-0171-3
6. Simental A. Cervical versus sternotomy approach in mediastinal parathyroid adenomas. *Annals of Thoracic Surgery*. 2004;78(3):1043–1047.
7. Roy M. Ectopic parathyroid adenomas: a challenging diagnosis. *International Journal of Surgical Case Report*. 2015;12:89–91.
8. Khan A, Koch CA. Ectopic parathyroid adenoma: clinical significance. *Endocrine Practice*. 2004;10(2):143–146.
9. Hindié E. Accuracy of preoperative imaging for locating abnormal parathyroid glands in primary hyperparathyroidism. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2009;94(4):1341–1347.
10. Kebebew E. Surgical treatment of hyperparathyroidism: lessons learned from 1,000 consecutive patients. *Archives of Surgery*. 2004;139(7):670–675.

## SEBEBİ BELİRSİZ TERMİNAL İLEUM PERFORASYONU: TANISAL ZORLUKLAR VE CERRAHİ YÖNETİM

Alisina BULUT <sup>1</sup>

### GİRİŞ

Gastrointestinal sistem perforasyonları, akut batının sık görülen nedenleri arasında yer almaktadır (1). Peptik ülser perforasyonu mide veya duodenumda, divertikülit veya apandisit bağli perforasyon ise kolonda cerrahların sık karşılaştığı durumlardır (2-4). İleum perforasyonu nispeten daha nadir görülen bir tablodur (5). İnce barsak perforasyonunun en sık nedeni travmadır. Gelişmiş ülkelerde kapalı ans obstrüksiyonu ve tümörler, gelişmekte olan ülkelerde ise enfeksiyonlar (tifo, tüberküloz, HIV, kancalı kurt enfeksiyonu vb.) öne çıkan diğer nedenlerdir (6-8). Daha nadir olarak Crohn hastalığı, iskemi, yabancı cisimler, ince barsak divertikülüti, ilaçlar (NSAID'ler, potasyum klorür) ve iatrojenik müdahaleler de perforasyona yol açabilir (9-11). Bununla birlikte, bazı vakalarda altta yatan etiyojik faktörü kesin olarak belirlemek mümkün olmayabilir. Tanı koymada detaylı anamnez ve fizik muayene büyük önem taşımaktadır. Fizik muayenede peritonit bulgularının varlığı, radyolojik görüntüleme yöntemlerinde (direkt grafi ve bilgisayarlı tomografi) serbest hava saptanması, perforasyon tanısını destekleyen en önemli ipuçlarıdır (12). Erken cerrahi müdahale, yaygın ve gecikmiş peritonitin yol açabileceği septik tablo ve mortaliteyi önlemek açısından hayati önem taşımaktadır (9).

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD.,  
alisinabulut@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3849-3333

nin patoloji sonucunda her ne kadar perfüzyon hasarı veya ilaç ilişkili iskemik mukozal hasar düşünülse de klinik tablo ve anamnez beraber düşünüldüğünde sebebin yabancı cisim olması daha muhtemeldir. Ancak objektif veriler eşliğinde karşılaştığımız bu klinik tabloyu “kriptojenik ileal perforasyon” olarak adlandırmak yerinde olacaktır.

## SONUÇ

İnce barsak perforasyonları, özellikle terminal ileum düzeyinde geliştiğinde, klinik olarak ayırıcı tanıda göz ardı edilebilen bir durumdur. Yabancı cisim yutulmasına bağlı gelişen ileal perforasyonlar nadir görülse de, karın ağrısının ön planda olduğu ve peritonit bulgularının eşlik ettiği hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Perforasyonun etiolojisinin net olarak ortaya konamadığı olgularda, hasta öyküsü dikkatle değerlendirilmelidir. Patolojik incelemeler bazen belirleyici olamamakta ve klinik, radyolojik ve intraoperatif bulgular bir bütün olarak ele alınarak tanı konulmaktadır. Sunulan bu vakada olduğu gibi, herhangi bir yerde yabancı cisim izlenmemesine rağmen hastanın anamnezi, klinik seyri ve postoperatif ifadesi birlikte değerlendirildiğinde, yabancı cisim kaynaklı perforasyon olasılığı kuvvetle muhtemeldir. Ancak, objektif bulguların yetersizliği nedeniyle bu tür olgular “kriptojenik ileal perforasyon” başlığı altında sınıflandırılmalıdır. Bu yaklaşım, benzer vakaların yönetimi ve literatür katkısı açısından önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Langell JT, Mulvihill SJ. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. *Medical Clinics of North America*. 2008;92(3):599–625. doi:10.1016/j.mcna.2007.12.004.
2. Marsicano E, Vuong GM, Prather CM. Gastrointestinal causes of abdominal pain. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2014;41(3):465–489. doi:10.1016/j.ogc.2014.06.002.
3. Hafner J, Tuma F, Hoilat GJ, et al. Intestinal perforation. In: *StatPearls [Internet]*. 2023. StatPearls Publishing.
4. West AB. The pathology of diverticulitis. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2008;42(10):1137–1138. doi:10.1097/MCG.0b013e3181862a9f.
5. Brown C. Small bowel and colon perforation. *The Surgical Clinics of North America*. 2014;94(2):471–475. doi:10.1016/j.suc.2014.01.010.
6. Re GL, Del Signore A, La Grutta L, et al. Small bowel perforations: what the radiologist needs to know. In: *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. 2016. Elsevier.
7. Hines J, Tran HQ, Dale BM, et al. Perforation of the mesenteric small bowel: etiologies and CT findings. *Emergency Radiology*. 2013;20:155–161. doi:10.1007/s10140-012-1095-3.
8. Kako S, Ishikawa T, Takeuchi K, et al. Clinical outcome in patients with small in-

- testinal non-Hodgkin lymphoma. *Leukemia & Lymphoma*. 2009;50(10):1618–1624. doi:10.1080/10428190903147629.
9. Del Gaizo AJ, Lall C, Allen BC, et al. From esophagus to rectum: a comprehensive review of alimentary tract perforations at computed tomography. *Abdominal Imaging*. 2014;39:802–823. doi:10.1007/s00261-014-0110-4.
  10. Berg DF, Bahadursingh AM, Kaminski DL, et al. Acute surgical emergencies in inflammatory bowel disease. *The American Journal of Surgery*. 2002;184(1):45–51. doi:10.1016/s0002-9610(02)00879-6.
  11. Singh J, Mandavia R, Ghori A, et al. Evolution of imaging for abdominal perforation. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2010;92(3):182–188. doi:10.1308/003588410X12664192075251.
  12. Pouli S, Papoulia E, Benekos O, et al. Gastrointestinal perforation: clinical and MDCT clues for identification of aetiology. *Insights into Imaging*. 2020;11:1–19. doi:10.1186/s13244-019-0823-6.
  13. Abdullayev R, Aslan M. Ileal perforation by an odd foreign object. *Turkish Journal of Surgery*. 2013;31(2):107. doi:10.5152/UCD.2013.30.
  14. Madrona AP, Aracil JP, Hernández JC, et al. Intestinal perforation by foreign bodies. *The European Journal of Surgery*. 2000;166(4):307–309. doi:10.1080/110241500750009140.
  15. Goh BK, Chow PK, Quah HM, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World Journal of Surgery*. 2006;30:372–377. doi:10.1007/s00268-005-0490-2.
  16. Mutlu A, Eren Ş, Şan I, et al. A fish bone causing ileal perforation in the terminal ileum. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2012;18(1):89–91. doi:10.5505/tjtes.2011.90912.
  17. Wani RA, Parray FQ, Bhat NA, et al. Nontraumatic terminal ileal perforation. *World Journal of Emergency Surgery*. 2006;1:1–4. doi:10.1186/1749-7922-1-7.