



EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

Cilt / No: 54

Sayı / No: 3

Aralık / December 2016

İÇİNDEKİLER/ CONTENTS

KLİNİK ÇALIŞMALAR/CLINICAL TRIALS

- **Derin Boyun Enfeksiyonları: 106 Olgunun Klinik Analizi**

Ercan PINAR ve Ark.

- **Genel Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi**

Hatice DAYILAR ve Ark.

- **Tek Merkez Deneyimi: Bölgemizde Kolorektal Polip ve Kanser Dağılımı ve Sıklığının**

Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Altay KANDEMİR

- **Brankial Kleft Kistleri: On Bir Yıllık Tek Merkez Serisi**

Demet ETİT ve Ark.

- **Pektus Ekskavatamda Minimal İnvaziv Onarım Tekniği Sonuçlarımız**

Kenan Can CEYLAN ve Ark.

- **Abdominal Yolla Yapılan Kolpektominin Ön Kompartman Defekti Ve Stres Üriner**

İnkontinans Üzerine Etkileri

Aslıhan ALP ÖZTÜRK ve Ark.

- **Ekstrapulmoner Endobronşial Metastazlarda Girişimsel Bronkoskopi Sonuçlarımız**

Volkan KARAÇAM ve Ark.

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

THE MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

Baş Editör / Editor-in-chief

Dr. A. Akın SİVASLIOĞLU

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Yardımcı Editör / Associate Editor

Dr. K. Erdiñç KAMER

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

İngilizce Dil Editörü/ English Language Editor

Dr. Gonca Gül BURAL

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Polikliniği

İstatistik Editörü/Statistical Editor

Dr. Eray ÇALIŞKAN

VM Kocaeli Medical Park Hastanesi

«EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİMİZ HAKEMLİ BİR DERGİDİR»

DANIŞMA KURULU/ADVISORY BOARD

Dr. Gökhan AFACAN- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji
Dr. Murat AKSUN- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast. Anesteziyoloji Reanimasyon Kliniği
Dr. Cezmi AKKIN- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Göz ABD
Dr. Galip AKHAN- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği
Dr. Enver ALTAS- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., KBB Kliniği
Dr. Özgür ASLAN- Dokuz Eylül Üm. Hastanesi, Kardiyoloji ABD.
Dr. Yüksel ATAY- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Kalp Damar Cer. ABD.
Dr. Funda ATAMAZ- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD.
Dr. H. Mücahit ATALAY- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Nükleer Tıp
Dr. Çetin AYDIN- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast. Kadın Doğum Kliniği
Dr. Uğur BALCI- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast. Üroloji Kliniği
Dr. Ahmet Yağmur BAŞ- Edik Zübeyde Hanım Kadın Hast. Eğit. ve Arast. Hast., Neonatoloji
Dr. İlgül BİLGİN- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Dermatoloji Kliniği
Dr. Yeşim BECKMANN- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği
Dr. Murat BOZKURT- Yıldırım Beyazıt Üm. Ortopedi ve Trav. ABD.
Dr. Engin BOZKURT- Yıldırım Beyazıt Üm. Ortopedi ve Trav. ABD.
Dr. Çağrı BÜKE- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD.
Dr. Abdullah Erdem CANDA- Ankara Atatürk Eğit. ve Arast. Hastanesi Üroloji Kliniği
Dr. Fulya ÇAKALGAOĞLU- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Patoloji Laboratuvarı
Dr. Alpaslan ÇAKAN- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Cer. ABD.
Dr. Gülay OYUR ÇELİK- İ.K.Ç. Üm. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Bölümü
Dr. Mehmet ÇELEBİSOY- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği
Dr. Atilla ÇÖKMEZ- Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Candan ÇİCEK- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Mikrobiyoloji ABD.
Dr. Nihal DEMİREL- Edik Zübeyde Hanım Kadın Hast. Çocuk Hast., Yenidoğan
Dr. Cetin DİNCEL- Bozuyuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği
Dr. Giuseppe DODI- Padua University Hospital, First General Surgery Unit
Dr. Oktay ERGENE- Dokuz Eylül Üm. Hastanesi, Kardiyoloji ABD.
Dr. Leyla GÜLSEREN- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Psikiyatri Kliniği
Dr. Soner GÜRİSOY- Dr. Suat Seren Göğüs Hast. Cer. Eğit. ve Arast. Hastanesi, Göğüs Cer. Kliniği
Dr. Rezzan GÜNAYDIN- Ordu Üm. Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD.
Dr. Mehmet HACIYANLI- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Mine HEKİMGİL- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji ABD.
Dr. Arif KARAGÖZ- İzmir Bozuyuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp
Dr. Volkan KARAÇAM- Dokuz Eylül Üm. Hastanesi, Göğüs Cer. ABD.
Dr. Ali KARAKUZU- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Dermatoloji Kliniği
Dr. Pelin KARTAL DURMAZLAR- S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğit. ve Arast. Hast., Dermatoloji Kliniği
Dr. Erdiñç KAMER- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Dr. Mustafa KARACELİK- İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi
Dr. Kaan KATIRCIOĞLU- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji Reanimasyon Kliniği
Dr. Kıymet Handan KELEKÇİ- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Dermatoloji Kliniği
Dr. Uğur KOCA- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD.
Dr. Mehmet KÖSEÖĞLU- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Biyokimya Laboratuvarı
Dr. Mehmet KIZILKAYA- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
Dr. Yakup KUMTEPE- Erzurum Atatürk Üm. Kadın Doğum Kliniği
Dr. Mehmet Ali MALAS- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Anatomi
Dr. Levent METE- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Psikiyatri Kliniği
Dr. Orhan OYAR- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Radyoloji
Dr. Ali ÖLMEZOĞLU- Celal Bayar Üm. Tıp Fakültesi Radyasyon Onkoloji
Dr. Behzat ÖZKAN- İstanbul Medeniyet Üm. Çocuk Endokrinoloji
Dr. Cem PEŞKEROY- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Dr. Peter PETROS- UNSW Academic Dept. Of Surgery St Vincent's Clinical School, University of Western Australia
Dr. Ercan PINAR- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., KBB Kliniği
Dr. Hüsnü PULLUKÇU- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD.
Dr. Sülen SARIOĞLU- Dokuz Eylül Üm. Hastanesi, Patoloji ABD
Dr. İbrahim Muhiittin ŞENER- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Ortopedi Kliniği
Dr. Cem PEŞKEROY- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Dr. Bekir TATAR- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., KBB Kliniği
Dr. Fatma TATAR- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Hasan TATARLI- Dokuz Eylül Üm. Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji ABD.
Dr. Cengiz TAVUSBA- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Andrea TUBARO- La Sapienza University of Rome, Urology Department
Dr. Nesrin TÜRKER- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., İntanjiye Kliniği
Dr. Sezgin ULUKAYA- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği
Dr. Serap URAL- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Enfeksiyon Hast. Kliniği
Dr. Mehmet UĞURLU- Yıldırım Beyazıt Üm. Aile Hekimliği ABD.
Dr. Dilek UYSAL- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Erden Erol ÜNLÜER- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Acil Tıp
Dr. İdil ÜNAL- Ege Üm. Tıp Fakültesi Hast., Deri ve Zührevi Hast. ABD.
Dr. Belkis ÜNSAL- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Gastroenteroloji Kliniği
Dr. Nur YAPAR- Dokuz Eylül Üm. Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD.
Dr. Abdussamed YALÇIN- Yıldırım Beyazıt Üm. Genel Cerrahi ABD.
Dr. Aşkın YILDIZ- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Bülent YILMAZ- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Seyran YİĞİT- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Patoloji Laboratuvarı
Dr. Levent YOLERİ- Celal Bayar Üm. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD.
Dr. Süreyya GÜLYURTSEVER- İ.K.Ç. Üm. A.E.A. Hast., Mikrobiyoloji Laboratuvarı

Sahibi /Owner

İzmir Hastanelerine Yardım
ve Bilimsel Araştırmaları
Teşvik Derneği Adına
On behalf of the Society of
Aid to Hospitals of İzmir and
Fosterage of Scientific
Investigations

Dr. İlgül BİLGİN

Dernek Başkanı
Chairman of the society

Sorumlu Müdür /Director in charge

Dr. A.Akın SİVASLIOĞU

Dergimizin Amacı:

Akademik Çalışmaların Tüm Hekimlere
Duyurulması

Dergimizin Kapsamı:

Tüm Klinik Ve Temel Tıp Bilimleri

Yönetim Adresi/

Administration address

177/7 Sok. No:1 D:1 Yeşilyurt
Tel: 0 232 244 34 38

Dergimizin web adresi <http://www.egeklinikeritipdergisi.com>

Dergimizin Eski Adı: İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi' dir. (1964-2012)

Basım Yeri/ Printed in: Berke Ofset Ve Baskı Sistemleri **Adres:** Sanayi Caddesi No:30 Kazım Dirik Mah. Bornova-İZMİR

Tel: 0232 449 97 97 **Fax:** 0232 449 70 97 **Mail:** info@berkeofset.com.tr

Dergi Sekreterliği/Secretary

Aslı GİRİT

4 ayda bir olmak üzere yılda
3 sayı yayınlanır.

Dergi basım ayları

Nisan, Ağustos ve Aralık' ır.
The periodical is published
three times in a year. The
printing months are April,
August and December

GENEL BİLGİLER

Ege Klinikleri Tıp Dergisi, İzmir Hastanelerine Yardım ve Bilimsel Araştırmaları Teşvik Derneği'nin süreli yayın organıdır. Yılda üç sayı olarak yayımlanır. Dergide, tıbbın her dalı ile ilgili prospektif, retrospektif ve deneysel araştırmalar, olgu sunumu, editöre mektuplar ve derlemeler yayınlanır. Yayınlanan makalelerde konu ile ilgili en yüksek etik ve bilimsel standartlarda olması ve ticari kaygılarda olmaması şartı gözetilir. Yayın için gönderilen çalışmalar; orijinal, başka bir dergide değerlendirme sürecinde olmayan ve daha önce basılmamış olması koşullarıyla kabul edilir.

Dergiye gönderilen makale biçimsel esaslara uygun ise, editör ve en az yurt içi-yurt dışı iki danışman incelemesinden geçip gerek görüldüğü takdirde istenen değişiklikler yazarlar tarafından yapıp hakemlerce kabul edildikten sonra yayımlanır.

BİLİMSEL SORUMLULUK

Tüm yazarlar çalışmaya direkt olarak katkıda bulunmalıdır. Yazar olarak tanımlanmış tüm kişiler çalışmayı planlamalı veya gerçekleştirmeli, çalışmanın yazılmasında, gözden geçirilmesinde ve son halin onaylanmasında rol almalıdır. Bilimsel kriterleri karşılayan bir metnin ortaya çıkması tüm yazarların sorumluluğudur.

ETİKSEL SORUMLULUK

İnsan çalışmaları ile ilgili tüm makalelerde 'yazılı onamım' alındığını, çalışmanın Helsinki Deklarasyonu'na (World Medical Association Declaration of Helsinki <http://www.wma.net/en/30/publications/10policies/b3/index.html>) göre yapıldığı ve lokal etik komite tarafından onayın alındığını bildiren cümleler mutlaka yer almalıdır.

Hayvanlar üzerinde yapılan deneyleri bildirirken yazarlar; laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanımı konusunda kurumsal veya ulusal yönergelerin takip edilip edilmediğini mutlaka bildirmelidirler.

Ege Klinikleri Tıp Dergisi yazarların cümlelerinden sorumlu değildir. Makale bir kez kabul edildikten sonra derginin malı olur ve dergiden izinsiz olarak başka bir yerde yayınlanamaz.

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel çalışma makaleleri bioistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve bildirimde bulunmalıdır. p değeri yazı içinde net olarak belirtilmelidir (örn, p=0.014).

YAZIM DİLİ

Derginin resmi dilleri Türkçe ve İngilizce'dir. Türkçe metinlerde Türk Dil Kurumu'nca (www.tdk.gov.tr) yayınlanan Türkçe sözlük temel alınmalıdır. Gönderilmiş makalelerdeki tüm yazım ve gramer hataları sunulan verileri değiştirmeksizin editör tarafından düzeltilir. Yazım ve gramer kurallarına metin yazımı yazarların sorumluluğundadır.

TELİF HAKKI BİLDİRİMİ

Telif hakkı devrini bildirmek için kapak mektubunda 'Bu makalenin telif hakkı; çalışma, basım için kabul edilmesi koşuluyla Ege Klinikleri Tıp Dergisi'ne devredilir' şeklinde belirtilmelidir. Makaleler için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

YAZI TİPLERİ

Derleme: Derlemeler yeni veya tartışmalı alanlara ışık tutar. Dergi editörü derleme yazımı için yazar veya yazarlardan istekte bulunur.

Orijinal makaleler: Orijinal makaleler temel veya klinik çalışmalar veya klinik denemelerin sonuçlarını bildirir". Orijinal makaleler 2500 kelime ve 25 kaynaktan fazla olmamalıdır.

Olgu Sunumları: Dergi, tıbbın her alanındaki belirgin öneme haiz olgu sunumlarını yayınlar. Yazar sayısı 6'yı, kaynak sayısı ise 5'i geçmemelidir.

Editör'e Mektup: Metin 400 kelimeyi geçmemeli ve kaynak sayısı ise en fazla 3 olmalıdır (kaynaklardan biri hakkında değerlendirme yapılan yayın olmalıdır)

YAZI GÖNDERİMİ

Tüm yazılar elektronik ortamda indhdergi@yahoo.com adresine gönderilmelidir.

Kapak mektubu: Kapak mektubu gönderilen makalenin kategorisini, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğunu, çıkar ilişkisi bildirimini, yayın hakkı devri bildirimini ve varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kurumların adlarını içermelidir.

Başlık sayfası: Bu sayfada çalışmanın tam ismi ve kısa başlığı (karakter sayısı ve boşluklar toplamı 55'i geçmemelidir) olmalıdır. Katkıda bulunanların adlarını ve çalıştıkları kurumları listeleyin. Yazışmaların yapılacağı yazar (yazışma yazarı) belirtilmelidir. Bu yazar yayının basım sürecinde dergi editörü ile iletişimde bulunacaktır.

Öz ve Anahtar Kelimeler: Özet 250 kelimeyi geçmemelidir. Çalışmanın amacını, yöntemi, bulgu ve sonuçları özetlemelidir. İlaveten 3 adet anahtar kelime alfabetik sırayla verilmelidir.

Giriş: Giriş bölümü kısa ve açık olarak çalışmanın amaçlarını tartışmalı, çalışmanın neden yapıldığına yönelik temel bilgileri içermeli ve hangi hipotezlerin sınıandığını bildirmelidir.

Gereç ve yöntemler: Okuyucunun sonuçları yeniden elde edebilmesi için açık ve net olarak yöntem ve gereçleri açıklayın. İlk vurgulamada kullanılan araç ve cihazların model numaralarını, firma ismini ve adresini (şehir, ülke) belirtin. Tüm ölçümleri metrik birim olarak verin. İlaçların jenerik adlarını kullanın.

Sonuçlar: Sonuçlar mantıklı bir sırayla metin, tablo ve görüntüler kullanılarak sunulmalıdır. Çok önemli gözlemlerin altını çiziniz veya özetleyin. Tablo ve metinleri tekrarlamayın.

Tartışma: Çalışmanın yeni ve çok önemli yönlerine, sonuçlarına vurgu yapın. Tartışma bölümü çalışmanın en önemli bulgusunu kısa ve net bir şekilde içermeli, gözlemlerin geçerliliği tartışılmalı, aynı veya benzer konulardaki yayınların ışığında bulgular yorumlanmalı ve yapılan çalışmanın olası önemi belirtilmelidir. Yazarlara, çalışmanın esas bulgularını kısa ve özlü bir paragrafla vurgu yapmaları önerilir.

Teşekkür: Yazarlar araştırmaya katkıda bulunan ancak yazar olarak atanmayan kişilere teşekkür etmelidir.

Kısaltmalar: Kelime veya söz dizimini ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir. Tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır.

Tablolar: Metin içinde tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Her bir tabloya bir numara ve başlık yazın. Tablolar fotoğraf veya grafik dosyası olarak gönderilmemelidir.

Kaynaklar: Kaynaklar metin içinde alıntılanma sırasına uygun olarak doğal sayılar kullanılarak numaralandırılmalı ve cümlelerin sonunda parantez içinde verilmelidir. "Uniform Requirements for Manuscript Submitted to Biomedical Journals" formatını kullanın. Yazar sayısı altı veya daha az ise hepsini, yedi veya daha fazla ise sadece ilk üç ismi yazın ve 've ark.'ı ilave edin. Dergi isimleri tam olarak verilmelidir. Kaynak ve kısaltılmış dergi adları yazımları Cumulated Index Medicus'a veya aşağıda verilen örneklere uygun olmalıdır.

Dergi makaleleri için örnek

Sigel B, Machi J, Beitler JC, Justin JR. Red cell aggregation as a cause of blood-flow echogenicity. Radiology 1983;148(2):799-802.

Komite veya yazar grupları için örnek

The Standard Task Force, American Society of Colon and Rectal Surgeons: Practice parameters for the treatment of haemorrhoids. Dis Colon Rectum 1993; 36: 1118-20.

Kitaptan konu için örnek

Milson JW. Haemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner S, eds. Fundamentals of Anorectal Surgery. 1 1992; 192-214. 1a ed. New York: McGraw-Hill

Kitap için örnek

Bateson M, Bouchier I. Clinical Investigation and Function, 2nd edn. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd, 1981.

İLETİŞİM

Doç.Dr. A.Akın SİVASLIOĞLU

Editör

İzmir Hastanelerine Yardım ve Bilimsel

Araştırmaları Teşvik Derneği

Yeşilyurt/ İZMİR

Tel: 0232 244 34 38

E-mail. idhdergi@yahoo.com

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

GENERAL INFORMATION

The Medical Journal of Aegean Clinics is a periodical of the Society of Aid to Hospitals of İzmir and Fostering of Scientific Investigations. The journal is published quadmonthly. The articles which could be prospective or retrospective on investigational studies, case reports, letter to the editor and reviews of every aspect of medicine are published. The studies should have paramount ethical and scientific standards as well as no commercial concerns.

Articles are accepted for publication on the condition that they are original, are not under consideration by another journal, or have not been previously published. The studies that are sent to the journal provided that the study is appropriate for formal principles are evaluated by the editor and two peer reviewers. The study is published once the approval of the reviewers have been taken. Hence, the authors should make the necessary changes in accordance with the reviewers comments.

SCIENTIFIC RESPONSIBILITY

All authors should have contributed to the article directly either academically or scientifically. All persons designated as authors should plan or perform the study, write the paper or review the versions, approve the final version. It is the authors' responsibility to prepare a manuscript that meets scientific criterias.

ETHICAL RESPONSIBILITY

Manuscripts concerned with human studies must contain statements indicating that informed, written consent has been obtained, that studies have been performed according to the World Medical Association Declaration of Helsinki (<http://www.wma.net/en/30/publications/10policies/b3/index.html>) and that the procedures have been approved by a local ethics committee. When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed. All Authors are responsible for the quality, accuracy, and ethics of the work. The Medical Journal of Aegean Clinics takes no responsibility for the Authors' statements. The manuscripts, once accepted, become property of the journal and cannot be published elsewhere without the written permission of the Journal.

STATISTICAL EVALUATION

All retrospective, prospective and experimental research articles must be evaluated in terms of biostatistics

and it must be stated together with appropriate plan, analysis and report. p values must be given clearly in the manuscripts (e.g. $p=0.014$).

LANGUAGE

The official languages of the Journal are Turkish and English.

Turkish dictionary published by Turkish Language Institution (www.tdk.gov.tr) should be predicated on Turkish manuscripts.

All spelling and grammar mistakes in the submitted articles, are corrected by the editor without changing the data presented.

It is the authors' responsibility to prepare a manuscript that meets spelling and grammar rules.

COPYRIGHT STATEMENT

A copyright transfer statement indicating that the 'The copyright to this article is transferred to The Medical Journal of Aegean Clinics and will be effective if and when the article is accepted for publication' should be sent in the content of cover letter. No payment is done to authors for their articles.

ARTICLE TYPES

Reviews: The reviews highlight or update new and/or controversial areas. The editor of the Journal invites author/authors for reviews.

Original articles: Original articles describe the results of basic or clinical studies or clinical trials. Original articles should not exceed 2500 words and 25 references.

Case Reports: The Journal publishes significant case reports related to the every aspect of medicine. The number of authors should not exceed 6 in the case reports.

Letter to the Editor: Text should not exceed 400 words, and include no more than 3 references (one of them should be the commenting article). Letters are selected for their importance, relevance, and originality; not all letters submitted can be published.

MANUSCRIPT SUBMISSION

All manuscripts must be submitted electronically to the idhdergi@yahoo.com

Cover letter: Cover letter should include statements about manuscript category designation, single-journal submission affirmation, conflict of interest statement, copyright transfer statement, sources of outside funding, equipments (if so).

Title Page: On the title page provide the complete title and a running title (not to exceed 55 characters and spaces). List each contributor's name and institu-

tional affiliation. Corresponding Author is the contributor responsible for the manuscript and proofs. This is the person to whom all correspondence and reprints will be sent. The corresponding author is responsible for keeping the Editorial office updated with any change in details until the paper is published.

Abstract and Key Words: The abstract must not exceed 250 words. It should summarize the aim of the study and describe the work undertaken, results and conclusions. In addition, you should list up to three key words in alphabetical order.

Introduction: The Introduction should briefly discuss the objectives of the study and provide the background information to explain why the study was undertaken, and what hypotheses were tested.

Materials and methods: Clearly explain the methods and the materials in detail to allow the reader to reproduce the results. Equipment and apparatus should cite the make and model number and the company name and address (town, county, country) at first mention. Give all measurements in metric units. Use generic names of drugs.

Results: Results must be presented in a logic sequence with text, tables and illustrations. Underline or summarize only the most important observation. Tables and text should not duplicate each other.

Discussion: This section should be concise. Emphasize only the new and most important aspects of the study and their conclusions. The Discussion should include a brief statement of the principal findings, a discussion of the validity of the observations, a discussion of the findings in light of other published work dealing with the same or closely related subjects, and a statement of the possible significance of the work. Authors are encouraged to conclude with a brief paragraph that highlights the main findings of the study.

Acknowledgements: Authors must acknowledge individuals who do not qualify as Authors but who contributed to the research.

Abbreviations: The abbreviation of a word or word sequence is given in the first appearance within a bracket after the word or word sequence. The abbreviation is used through the main text

Tables: Tables should be numbered consecutively within the text. Provide a number and title for each table.. Tables should not be submitted as photog-

raphs or graphics files.

Figure and table legends: Cite all tables and figures in the text, numbering them sequentially as they are cited. Each figure must have a corresponding legend. The legend must be numbered with a natural number

References: References in the text must be numbered in the order of citation and must be given with natural numbers within a bracket at the end of the sentence. Use of the form of the "Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals" List all Authors when six or fewer; when seven or more, list only the first three and add 'et al'. Journal titles should be cited in full. The style of references and abbreviated titles of journals must follow that of cumulated Index Medicus or one of the examples illustrated below:

Format for journal articles:

Sigel B, Machi J, Beitler JC, Justin JR. Red cell aggregation as a cause of blood-flow echogenicity. *Radiology* 1983;148(2):799-802.

Format for Committees and Groups of Authors:

The Standard Task Force, American Society of Colon and Rectal Surgeons: Practice parameters for the treatment of haemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 1118-20.

Format for Chapter from a book:

Milson JW. Haemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner S, eds. *Fundamentals of Anorectal Surgery*. 1 1992; 192-214. 1a ed. New York: McGraw-Hill

Format for Books and Monographs:

Bateson M, Bouchier I. *Clinical Investigation and Function*, 2nd edn. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd, 1981.

COMMUNICATION

Associate Prof. A. Akın SİVASLIOĞLU

Editor

Izmir Hastanelerine Yardım ve Bilimsel

Araştırmaları Teşvik Derneği

Yeşilyurt, İzmir/TURKEY

Tel: 0 232 244 34 38

e-mail: idhdergi@yahoo.com

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

KLİNİK ÇALIŞMALAR/CLINICAL TRIALS

Derin Boyun Enfeksiyonları: 106 Olgunun Klinik Analizi 126

Deep Neck Space İnfection: Clinical Analysis of 106 Patients

Ercan PINAR, Kadir İMRE, Hale ASLAN, Murat SONGU, İbrahim ALADAĞ, Elif DİNÇER IŞIK, Yılmaz ÖZKUL

Genel Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi 129

Determination of Education Requirements of Patients Hospitalized in the General Surgery Clinic

Hatice DAYILAR, Gülay OYUR ÇELİK, Erdiñç KAMER

Tek Merkez Deneyimi: Bölgemizde Kolorektal Polip ve Kanser Dağılımı 134

ve Sıklığının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Single Center Experience: Retrospective Analysis of The Relation of

Colorectal Polyp and Carcinoma Localization

Altay KANDEMİR

Brankial Kleft Kistleri: On Bir Yıllık Tek Merkez Serisi 138

Eleven Year Series of Branchial Cleft Cysts From A Single Centre

Demet ETİT, Seyran YİĞİT, Sultan Deniz ALTINDAĞ, Neşe EKİNCİ, Yılmaz ÖZKUL, Fulya ÇAKALAĞAOĞLU

Pektus Ekskavatumda Minimal İnvaziv Onarım Tekniğı Sonuçlarımız 142

Our Results Of Minimally Invasive Repair Technique For Pectus Excavatum Deformity

Kenan Can CEYLAN, Taner ÖZTÜRK, Elif DUMAN, Şeyda Örs KAYA

Abdominal Yolla Yapılan Kolpektominin Ön Kompartman Defekti Ve 146

Stres Üriner İnkontinans Üzerine Etkileri

The Effects Of Abdominal Colpectomy On Anterior Compartment Defect And

Stress Urinary Incontinance

Aslıhan ALP ÖZTÜRK, Hakan YETİMALAR

Ekstrapulmoner Endobronşial Metastazlarda Girişimsel Bronkoskopi Sonuçlarımız 151

Interventional Bronchoscopy Results in Extrapulmonary Endobronchial Metastases

Volkan KARAÇAM, Kemal Can TERTEMİZ

Ercan PINAR
Kadir İMRE
Hale ASLAN
Murat SONGU
İbrahim ALADAĞ
Elif DİNÇER IŞIK
Yılmaz ÖZKUL

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB
Anabilim Dalı

Yazışma Adresi: Ercan PINAR
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB
Anabilim Dalı
E-mail:epinar66@yahoo.com

38. Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boğaz Cerrahisi
Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 08.11.16
Kabul Tarihi: 15.11.16

Derin boyun enfeksiyonları: 106 olgunun klinik analizi

Deep neck space infection: Clinical analysis of 106 patients

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı derin boyun enfeksiyonlarının görülme sıklığı, etiyolojik neden, tedavi ve komplikasyonları yönünden incelemektir.

Yöntem ve Gereçler: Kliniğimizde 2004 ve 2015 yılları arasında derin boyun enfeksiyonu ile yatan 106 hasta retrospektif olarak incelendi. Olguların semptom, etiyoloji, abse lokalizasyonu, tedavi, komplikasyon ve hastanede kalış süresi verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastalarımızın yaşı 8 ile 80 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 32.6 idi. 106 hastanın 42'si kadın, 64'ü erkek hastaydı. Dental enfeksiyonlar (n=53; %50) en önemli etiyolojik neden olarak saptandı. Submandibular bölge (n= 56; %52.8) en sık yerleşim yeri olarak saptanırken, peritonsiller abse (n=41; %38,6) ikinci sıklıkta idi. 7 hastada ise lokalizyon parotid boşluktu (%0.6). En sık görülen semptomlar lokalize ağrı (n=85 %80.1), boyunda şişlik (n=79, %74.5), odinofaji (n=42; %39.6) ve trismus (n=26; %24.5) olarak saptandı. ortalama yatış süresi 9.8 gün olarak tespit edildi. Ciddi bir komplikasyon olarak bir hastada desenden mediastinit ve ampiyem birlikte görülmüştür.

Sonuç: Derin boyun enfeksiyonları ciddi komplikasyonlarına neden olabilir ve agresif bir tedavi gerekmektedir. Derin boyun enfeksiyonu olan hastalarda enfeksiyon kaynağının araştırılması ve bu hastalar olası komplikasyonlar nedeniyle yatırılarak tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Derin boyun enfeksiyonu, tedavi

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the incidence,etiology,treatment and complication of deep neck infections.

Material and Methods: 106 patients who were diagnosed as having deep neck infections in our clinic from 2004 to 2015 were reviewed retrospectively. Symptoms,etiology,location of the abscess, treatment,complication and duration of hospitalization of the patients were analysed.

Results: Patients' age ranged between 8 to 80 years old, mean age was 32.6. 64 of 106 patients were

male, 42 were female. Dental infection (n=53; 50%) was the most common etiologic cause. The submandibular space was the most common location (n=56; 52.8%) followed by the peritonsillar abscess (n=41, 38.6%). Parotid space was the third location (0.6%). The most common presenting symptoms were localized pain (n=85; 80.1%), neck swelling (n=79; 74.5%), odynophagia (n=42; 39.6%) and trismus (n=26; 24.5%). Mean hospitalization time was 9.8 days. Descending mediastinitis with empyema was observed in a patient as severe complication.

Conclusion: Deep neck space infection may cause severe complication, so, needs aggressive treatment. Infection source should be examined meticulously and these patients should be hospitalized.

Keywords: Deep neck space infection, treatment.

Giriş

Baş ve boyundaki enfeksiyonlar, fasya planları buradaki potansiyel boşluklar boyunca ilerleyerek yayılır. Süperfisiyel ve derin boyun enfeksiyonları olarak ikiye ayrılırlar (1). Süperfisiyel enfeksiyonların tanı ve tedavisi genellikle kolaydır. Buna karşın, derin boyun enfeksiyonları, boyunun derin servikal fasyasının 3 katmanı arasındaki bölgeyi tutan süpüratif enfeksiyonlardır ve erken tanı ve tedavisi zordur. Abse ya da selülit kliniği şeklinde görülebilir. Derin boyun enfeksiyonu, enfeksiyon kaynağına (tonsil, diş vs) komşu yumuşak dokuda selülit ile başlar ve eğer tedavi edilmezse patojenin virulansına bağlı olarak sonunda abse formasyonu oluşur ve fasya planları boyunca yayılarak mediastene ulaşabilir (2). Derin boyun enfeksiyonu diş, tonsil ve faringeal doku, peritonsiller abse, tükrük bezleri, enfekte kist, tm, yabancı cisim, gibi baş boyun bölgesindeki değişik odaklardan kaynaklanabilir. Antibiyotik öncesi dönemde derin boyun enfeksiyonlarının yaklaşık %70'i tonsil ve farinks enfeksiyonlarından kaynaklanmaktaydı. Günümüzde ise derin boyun enfeksiyonlarının en sık nedeni dental enfeksiyonlardır ve çoğunlukla da mandibuler 2. veya 3. molar diştten kaynaklanan periapikal enfeksiyondur.

Bu çalışmada servisimizde tanısını koyup, tedavi ettiğimiz derin boyun enfeksiyonu olan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntemler

Kliniğimizde 2004 ve 2015 yılları arasında derin boyun enfeksiyonu ile yatan 106 hasta retrospektif olarak incelendi. Olguların semptom, etiyoloji, abse lokalizasyonu, tedavi, komplikasyon ve hastanede kalış süresi verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar interne edildikten sonra ayrıntılı baş boyun muayeneleri, kan tetkikleri yapılmış ve parenteral am-

pirik seftriakson 1 gr 2x1 IV + metronidazol 500 mg IV tedavisi başlanmıştır. Tüm hastalara aksiyel kesitte boyun tomografisi ve koleksiyon olan olgulara drenaj öncesi USG yapılmıştır. Abse formasyonu olan tüm hastalara drenaj ve kültür antibiyogram yapılmıştır. Kültür sonucuna göre antibiyotik tedavisi yeniden düzenlenmiştir.

Bulgular

Hastalarımızın yaşı 8 ile 80 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 32.6 idi. 106 hastanın 42'si kadın, 64'ü erkek hastaydı. Submandibular bölge (n= 56; %52.8) en sık yerleşim yeri olarak saptanırken, peritonsiller bölge (n=41; %38,6) ikinci sıklıkta idi. 7 hastada ise lokalizyon parotid boşluktu (%0.6)(Tablo-1).

Tablo-1: Derin boyun enfeksiyonlarının yerleşim yerine göre dağılımı

Yerleşim yeri	n:106	%
Submandibular bölge	56	52.8
Peritonsiller bölge	41	38.6
Parotid boşluk	7	0.6
Submental boşluk	2	0.1

Dental enfeksiyonlar (n=53; %50) en önemli etiyolojik neden olarak saptandı. En sık görülen semptomlar lokalize ağrı (n=85 %80.1), boyunda şişlik (n=79, %74.5), odinofaji (n=42; %39.6) ve trismus (n=26; %24.5) olarak saptandı. Yatış süresi 7-16 gün arasında değişmekte olup, ortalama 9.8 gün olarak tespit edildi. Abse formasyonu gelişen hastalara abse drenajı yapılmıştır. Ciddi bir komplikasyon olarak bir hastada desenden mediastinit ve ampiyem birlikte görülmüş ve tüm hastalar tedavi ile düzelmiştir. Mikrobiyolojik inceleme için kültürler alındı. Abse drenajı yapılan 69 hastadan alınan kültürlerden 32' sinde üreme tespit edildi. 7 hastada birden fazla patojen bakteri üredi.

Tablo-2: Semptom ve bulguların görülme sıklığı

Semptom bulgu	n:106	%
Lokalize ağrı	85	80.1
Boyunda şişlik	79	74.5
Odinofaji	42	39.6
Trismus	26	24.5
Dispne	11	10.3

Tartışma

Derin boyun enfeksiyonları en sık üst solunum yolu enfeksiyonlarına ve odontojenik nedenlere bağlı olarak gelişirler. Derin boyun enfeksiyonlu hastalarda halsizlik, iştahsızlık ve ateş gibi genel enfeksiyon bulgularının yanında, boğaz ağrısı, boyunda şişlik, yutma güçlüğü, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve trismus

gibi semptomlar sıkça görülür. Bottin ve arkadaşları 83 hastalık bir seride sıklık sırasına göre boyunda ağrı, odinofaji, disfaji ve dispneyi hastaların en sık görülen ilk dört semptomu olarak belirtmiştir(3). Tosun ve arkadaşları semptomların sıklığını lokal ağrı, şişlik, hassasiyet, odinofaji, trismus, dispne ve ses kısıklığı olarak sıralamıştır(4). Bizim çalışmamızda da en sık semptom lokalize ağrı ve boyunda şişliktir.

Ridder ve ark. enfeksiyonun yerleşim yeri olarak en sık parafarengeal bölgenin tutulduğunu ve bunu submandibular bölge ve retrofarengeal bölgenin izlediğini belirtmiştir (5). Ünsal Tuna ve arkadaşlarının 63 vakalık serilerinde en sık yerleşim bölgesi submandibular bölge olarak tespit edilmiştir(6). Bizim çalışmamızda da en sık yerleşim yeri submandibular bölge olarak tespit edilmiştir.

Dental enfeksiyonlar derin boyun enfeksiyonunun en önemli nedenidir. Sakaguchi ve arkadaşlarının retrospektif çalışmalarında en sık dental enfeksiyonlar etiyolojik neden olarak gösterilmiştir(7). Brito ve ark ise en sık nedeni bakteriyel tonsillit olarak bildirmişlerdir (8). Bizim çalışmada da dental enfeksiyonlar en sık etiyolojik neden olarak tespit edilmiştir. Alotaibi ve ark. da en sık etiyolojik neden olarak mandibular dental enfeksiyonu çalışmalarında göstermişlerdir(9). Derin boyun enfeksiyonlarında en sık kullanılan antibiyotikler klindamisindir (10,11). Bizim hastalarımızda metronidazol i.v. ve seftriakson kombinasyonu kullanılmıştır. Derin boyun enfeksiyonlarında mediastinit, derin ven trombozu, sepsis, hava yolu obstrüksiyonu gibi komplikasyonlar görülebilir (12,13). Hastalarımızdan sadece birinde komplikasyon olarak mediastinit gelişmiştir. Diğer hastalarımızda bir komplikasyon görülmemiştir. Bu hastalarda hayatı tehdit eden komplikasyonların önüne geçilebilmesi için erken tanı ve tedavi önemlidir. Klinik ve radyolojik olarak abse formasyonu tespit edilen olgularda cerrahi drenaj gerekmektedir. Bizimde 106 vakamızın 69'nda abse gelişimi olduğundan abse drenajı yapılmıştır. Abse drenajı absenin lokalizasyonunun olduğu bölge belirlenerek iğne yada bistüri ile yapılır(14).

Derin boyun enfeksiyonları antibiyotiklerin yaygın kullanılması sonucunda görülme oranları azalmış olmasına rağmen derin boyun enfeksiyonları halen yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Bu hastalar mutlaka hospitalize edilmeli ve abse formasyonu gelişenlerde abse drenajı mutlaka yapılmalıdır.

Kaynaklar

- 1-Larawin V, Naipao J, Dubey SP. Head and neck space infections. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006 Dec;135(6):889-93.
2. Barber BR, Dziegielewski PT, Biron VL, Ma A, Seikaly H. Factors associated with severe deep neck space infections: targeting multiple fronts. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014 Aug 16;43(1):35
- 3-Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, Salvadori L, Staffieri A. Deep neck infection: a present-day complication. A retrospective review of 83 cases (1998-2001). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260: 576-9.
- 4- Tosun F, Akkaya A, Sağlam M, Özkaptan Y. Derin boyun enfeksiyonlu hastalarda retrospektif bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri KBB Dergisi* 2001;1: 134-40.
- 5-Ridder GJ, Technau-Ihling K, Sander A, Boedeker CC. Spectrum and management of deep neck space infections: an 8-year experience of 234 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 133:709-14.
- 6-E.E. Ünsal Tuna, E. Özel, C. Özbek, C. Özdem. Derin boyun enfeksiyonu: 63 hastanın incelenmesi. *Türk Arch Otolaryngol*, 2008; 46(2): 73-77.
- 7-Sakaguchi M, Sato S, Ishiyama T et al. Characterization and management of deep neck infections. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997;26:131-34.
- 8-Brito TP, Hazboun IM, Fernandes FL, et al.. Deep neck abscesses: study of 101 cases. 2016 May 5. pii: S1808-8694(16)30082-9.
- 9-Alotaibi N, Cloutier L, Khaldoun E, Bois E, Chirat M, Salvan D. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck space infection. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2015 Nov;132(5):261-4
- 10-Fating NS, Saikrishna D, Vijay Kumar GS, Shetty SK, Raghavendra, Rao M. Detection of Bacterial Flora in Orofacial Space Infections and Their Antibiotic Sensitivity Profile. *J Maxillofac Oral Surg.* 2014 Dec;13(4):525-32.
- 11-Rega AJ, Aziz SR, Ziccardi VB. Microbiology and antibiotic sensitivities of head and neck space infections of odontogenic origin. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 1377-80.
- 12- Vieira F, Allen SM, Stocks RM, Thompson JW. Deep neck infection. *Otolaryngol Clin North Am.* 2008 Jun;41(3):459-83.
- 13-Staffieri C, Fasanaro E, Favaretto N, et al. Multivariate approach to investigating prognostic factors in deep neck infections. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014 Jul;271(7):2061-7.
- 14- Osborn TM, Assael LA, Bell RB. Deep space neck infection: principles of surgical management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008 Aug;20(3):353-65

Hatice DAYILAR
Gülay OYUR ÇELİK*
Erdoğan KAMER

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
* İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir

Yazışma Adresi:
Hatice DAYILAR
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
E-mail: h.dayilar@gmail.com

20. Ulusal Cerrahi Kongresi ve 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi 'nde sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 21.09.16
Kabul Tarihi: 12.10.16

Genel Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Determination of Education Requirements of Patients Hospitalized in the General Surgery Clinic

Öz

Amaç: Bu çalışma; cerrahi kliniklerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve yöntemler: Kliniğimize çeşitli ameliyat endikasyonlarından yatan 80 hasta çalışmaya alındı. Bütün hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Tüm hastalara "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) uygulandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %48.6'sı 48 yaş ve altında (yaş ortalaması:54.4±7.8), %52.3'ü erkek, %37.8'i ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, %75.6'sı evli, %75.8'i daha önce hastaneye yatmadığı saptandı. HÖGÖ alt boyut puan ortalamaları; ilaçlar alt boyutu: 37.22±2.43, yaşam aktiviteleri: 38.31±4.78, toplum ve izlem:22.13±3.42, duruma ilişkin duygular:18.02±2.24, tedavi ve komplikasyonlar: 41.36±5.24, yaşam kalitesi:31.16±2.87, cilt bakımı: 20.13±3.8 ve ölçek toplamı 208.33±24.78 olarak bulundu.

Sonuç: Hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu ilaçlar, tedavi ve komplikasyonlara yönelik konularda eğitim programlarının düzenlenmesi, mevcut taburculuk eğitim içeriğinin gözden geçirilmesi ve bu konuda hemşirelik eğitimlerinde dikkat çekilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta öğrenim gereksinimleri; hemşirelik; cerrahi kliniği

Abstract

Aim: This study is performed with the purpose of identifying the educational needs of patients hospitalized in the surgery clinics.

Material and methods: 80 patients who were hospitalized with various surgical indications were included in the study. Demographic and clinical characteristics of all patients were recorded. The Patient Learning Needs Scale-PLNS was applied to all patients.

Results: 48.6% of patients were 48 years old or younger (mean age: 54.4 ± 7.8), 52.3% were male, 37.8% had education level of primary school or lower, 75.6% were married, 75.8% had not been hospitalized be-

fore. SPER subscale mean scores were found; drugs subscale: 37.22 ± 2.43 , life activities: 38.31 ± 4.78 , society and follow-up: 22.13 ± 3.42 , feelings about the situation: 18.02 ± 2.24 , treatment and complications: 41.36 ± 5.24 , quality of life: 31.16 ± 2.87 , skin care: 20.13 ± 3.8 and total of scale 208.33 ± 24.78 ; respectively.

Conclusion: Organization of educational programs about the subjects which patients had higher educational needs such as medications, treatment and complications, reviewing the content of current discharge education and drawing attention to this topic in nursing trainings are recommended.

Keywords: Learning needs of patients; nursing; surgery clinics.

Giriş

İnsanlar yaşamını sürdürebilmek için çevresindeki değişimlere ayak uydurmak durumundadır. Bu uyumu sağlayabilmenin önemli bir bölümü öğrenme ile gerçekleşmektedir. Yaşamı sürdürebilmek için gereksinim duyulan bilgi, beceri, tutum ve davranışların büyük bölümü öğrenilerek kazanılmaktadır (1). Tehdit edici bir olay karşısında yeniden uyum sağlamaya çalışan bireyler, olayı objektif yorumlama ve etkili baş etme davranışları geliştirmek için bilgi arayışı içine girerler (2). Tıbbın her alanında olduğu gibi cerrahi alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler, anestezi alanındaki ilerlemeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında gerçekleştirilen iyileşmeler sonucunda cerrahi girişimler, en son başvurulacak tedavi yöntemi olmaktan çıkıp yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır (3).

Hastalanma, hastaneye yatma durumu, bireyde bağımlılık, sorumluluklarını devam ettirememesi ve bilinmezlik gibi nedenlerle korku ve anksiyeteye neden olmaktadır (4). Cerrahi girişim nedeniyle stres yaşayan bireyler yeniden uyum sağlamak ve etkili baş etme davranışları geliştirmek için bilgi arayışı içine girerler (5). Hasta eğitimi bireyin tanı ve tedavisini anlamasına kendi bakımına aktif katılmasına, hastalığı ile ilgili güçsüzlük duygusundan kurtulmasına, sağlığını yeniden kazanmasına, kısa sürede iyileşmesine, komplikasyonların önlenmesine ve evde bakımın sürdürülmesine yardım eder (6, 7).

Dünyada ve ülkemizde hasta eğitiminin sorumluluğu sağlık personeline özellikle hemşirelere verilmiştir. Sağlık eğitimi, hemşirenin en önemli rollerinden biridir (8). Sağlık eğitimi, hastanın ameliyat sonuçlarına olumlu yönde etki eden hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve en önemli hemşirelik girişimlerinden bi-

ridir. Hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması kaliteli hemşirelik bakımının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (9). Hastalar; taburculuk sonrasında yaşadıkları sıkıntılarda ya da danışmanlık gereksinimleri olduğunda ilk olarak kendileri ile daha çok zaman geçiren hemşireye ulaşmaktadırlar. Bu nedenle hemşirenin; taburculuk planlamasının değerlendirme aşamasındaki önemi de yadsınmaz (10). Hemşireler hastalarına sürekli olarak güncellenen bilgilerle etkin bakımı vermek durumundadırlar (11). Bunun gerçekleştirilebilmesi için öncelikle hastanın gereksinimlerini belirlemeye yönelik bir çalışma içerisine girilmelidir. Bu doğrultuda, çalışma cerrahi kliniklerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde çeşitli ameliyat endikasyonlarından yatan 80 hasta çalışmaya alındı. Bütün hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Tüm hastalara çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmanın etik onayı hastanemiz etik kurulundan alındı.

Tüm hastalara "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) uygulandı. Ölçek Bubela ve ark. tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik uygulaması yapılmıştır (12). Ölçeğin Türkiye'de ki geçerlilik güvenirliği Çatal ve Dicle tarafından yapılmıştır (2,13). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği, toplam 50 madde ve yedi alt başlıktan (ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı) oluşmaktadır. Her bir madde likert tipi 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Verilerin analizinde, SPSS for Windows 15.0 versiyonu paket programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımları alınarak, Student-t testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizleri uygulandı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların %48.6'sı 48 yaş ve altında (yaş ortalaması: 54.4 ± 7.8), %52.3'ü erkek, %37.8'i ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, %75.6'sı evli, %75.8'i daha önce hastaneye yatmadığı, %66.9'unun kronik bir hastalığı olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		N	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	38	47,7
	Erkek	42	52,3
Medeni durum	Evlü	60	75,6
	Bekar	16	20,8
	Boşanmış	4	3,6
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	19	22,8
	İlkokul	30	37,8
	Lise	19	24,8
	Üniversite	10	12,3
	Yüksek lisans	2	2,3
Daha önce Ameliyat Olma Durumu	Evet	19	24,2
	Hayır	61	75,8
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	53	66,9
	Hayır	27	33,1

HÖGÖ alt boyut puan ortalamaları; ilaçlar alt boyutu: 37.22 ± 2.43 , yaşam aktiviteleri: 38.31 ± 4.78 , toplum ve izlem: 22.13 ± 3.42 , duruma ilişkin duygular: 18.02 ± 2.24 , tedavi ve komplikasyonlar: 41.36 ± 5.24 , yaşam kalitesi: 31.16 ± 2.87 , cilt bakımı: 20.13 ± 3.8 ve ölçek toplamı 208.33 ± 24.78 olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Hastalara ait HÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Gruplar	Alınabilecek alt ve üst puanlar	Elde edilen alt ve üst puanlar	Puan ortalamaları $\bar{X} \pm SS$
İlaçlar	8-40	12-40	37.22 ± 2.43
Yaşam aktiviteleri	9-45	20-45	38.31 ± 4.78
Toplum ve izlem	6-30	8-30	22.13 ± 3.42
Duruma ilişkin duygular	5-25	7-25	18.02 ± 2.24
Tedavi ve komplikasyonlar	9-45	20-45	41.36 ± 5.24
Yaşam kalitesi	8-40	12-40	31.16 ± 2.87
Cilt bakımı	5-25	5-25	20.13 ± 3.8
HÖGÖ toplam puan	50-250	88-250	208.33 ± 24.78

Araştırmamıza katılan hastaların HÖGÖ'ye ait genel puan ortalaması 208.33 ± 24.78 olarak saptanırken, en yüksek puan ortalamasının 41.36 ± 5.24 ile tedavi ve komplikasyonlar, en düşük puan ortalamasının ise 18.02 ± 2.24 ile duruma ilişkin duygular alt boyutlarından alındığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tartışma

Hasta öğrenim gereksinimlerinin çalışmaları kanser hastalarının önceliklerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Aynı zamanda hemşirelerin sınırlı zamanlarını en iyi şekilde kullanmalarına yardımcı olurken hastaların stresli dönemlerinde fazla bilgi yüklenmesini önlemek ve ihtiyacı olacak bilgiyi vermek açısından önemlidir (5).

Çalışma kapsamına alınan hastaların öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması 208.33 ± 24.78 olarak bulundu. HÖGÖ'nden alınabilecek en yüksek puan 250'dir. Bu sonuçlar doğrultusunda, hastaların HÖGÖ'ne ait toplam puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 2). Özel' in yaptığı çalışmada, cerrahi girişim geçiren 220 hastanın taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması 199.19 ± 26.62 olarak bulunmuştur (14). Bu çalışmadan elde edilen sonuç ile daha önce yapılan çalışmaların sonuçları uyumlu bulunmuştur. Hastaların en çok tedavi ve komplikasyonlar ile ilgili alanlarda, sonra sırası ile yaşam aktiviteleri, ilaçlar, yaşam kalitesi, toplum ve izlem, cilt bakımı en az da duruma ilişkin duygulara ilişkin alanlarında öğrenim gereksinimlerinin olduğu belirlendi. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Taşdemir ve ark.'nın nöroşirurji hastalarının öğrenim gereksinimlerini tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışmada da hastaların bilgi almak istedikleri konular sırasıyla "tedavi ve komplikasyonlar", "yaşam aktiviteleri" ve "ilaçlar" olarak değerlendirilmiştir (15). Çatal'ın çalışmasının sonucunda ise en yüksek önemlilik düzeyinin ilaçlar alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç Jacobs ve Jickling-Graydon çalışma sonuçları ile uyumludur (16,17). Çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların hasta özelliklerinden ve kurumların hasta eğitim politikalarındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği alt ölçeklerinden alınan en düşük puanlar Turhan'ın çalışmasında "duruma ilişkin duygular" ve "toplum ve izlem" konularındadır. Taşdemir ve ark. nın çalışmasında "duruma ilişkin duygular" ve "cilt bakımı" en düşük puan alan konulardır (15,18). Literatürle benzer olarak bizim çalışmamızda da "duruma ilişkin duygular", "cilt bakımı" ile "toplum ve izlem" konularında öğrenim gereksinimleri diğer konulara göre daha düşük bulunmuştur. Hastaların somut ve kendilerini en çok rahatsız eden ve yaşamlarına tehdit olarak algıladıkları sorunlara öncelik vermeleri doğal bir sonuçtur. Akut dönemde hastaların öncelikle tedavi ve oluşabilecek

komplikasyonlarla, yaşam aktiviteleri ile ilgilenmesi “duruma ilişkin duygular” ve “toplum ve izlem” gibi konuları daha az öncelikli konu olarak görmelerine neden olacağını düşünmekteyiz.

Gerek bizim çalışma sonuçları gerekse diğer çalışma sonuçları, hastalara taburculuk sonrası hasta eğitimi planlarken ve uygularken, özellikle yaşam aktiviteleri, ilaç kullanımı, tedavi ve komplikasyonlar ile bunların yanı sıra diğer öğrenim alanlarına yönelik bilgilere önemli derecede yer verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sağlık hizmeti sürecinde hastayla en uzun birlikte zaman geçiren ve hastayı yakından izleyen hemşirenin, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmakta ve bu sorumlulukları yerine getirmesi beklenmektedir. Ancak yapılan araştırmalarda hastalara verilen taburculuk eğitiminin sınırlı bir içerikle ve genellikle doktor tarafından verildiği belirtilmektedir (19,20). Hastaların, hemşireler tarafından bilgilendirilmemiş olması; hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğunu, hemşirelerin ağırlıklı olarak hastaların tedavi ve takipleriyle ilgilendiklerini ve hasta eğitimi konusundaki rollerinin bilincinde olmadıklarını düşündürmektedir. Sonuç olarak; kurumlarda, nitelikli sağlık hizmetinin önemli bir göstergesi olan taburculuk planlaması ve hasta eğitiminin farklı eğitim yöntemleri ve materyallerle planlı olarak yapılması ve hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline getirilmesi gerekmektedir. Ekip içinde hastayla daha uzun süre birlikte olan ve hastayı yakından takip eden hemşirenin, ekip içi koordinasyonun sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Cerrahi işlem uygulanan hastaların ve hastalara bakım verenlerin öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda taburculuk sonrası eğitim gereksinimlerinin karşılanması amacıyla planlı hasta ve aile eğitiminin yapılması hemşirenin öncelikli olan görevleri arasında yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Yıldırım A. ‘Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması’. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. 1998.
2. Çatal E. ‘Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nin Türkiye’de Geçerlilik Güvenirliliği’. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. 2007.
3. Başay S, Yurtarlan A. ‘Mesane kanserli hastalarda ya-

şam kalitesi’. Üroonkoloji Bülteni 2008;2:31-4.

4. Jjala HA., French JL., Foxall GL., Hardman JG., Bedford NM. ‘Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia’. Br J Anaesth, 2010; 104: 369-74.
5. Lazarus RS. Emotions and interpersonal relations: toward a person-center conceptualization of emotions and coping. Journal of Personality, 2006; 74(1), 9-46.
6. Avşar G., Kaşıkçı M. ‘Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi’. 4. Uluslararası ve 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Tübitak Yayınları, Ankara, 206. 2007.
7. Şenyuva E., Taşocak G. ‘Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci’. Hemşirelik Dergisi, 2007; 15(59): 100-106.
8. Kızıl C. ‘Kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşünceleri’. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. 2008.
9. Erdil F, Özhan Elbaş N. Kas iskelet sistemi cerrahisi ve hemşirelik bakımı. In: Erdil F, Özhan Elbaş N, editörler. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 6. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2012. s. 511-44.
10. Yıldırım, M. ‘Cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelerin taburculuk sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler’. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2007.
11. Öz, F. ‘Psikiatri kliniğinde yatan hastaların hemşirelik bakım hizmetinden beklentileri ve karşılanma durumu’. Kriz Dergisi, 2002; 11(2): 7-18.
12. Bubela N, Galloway S, McCay E, McKibbon A, Nagle L, Pringle D. The Patient Learning Needs Scale: Reliability and validity. Journal Advanced Nursing, 1990;15: 1181-1187
13. Çatal, E., Dicle, A. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 1: 19-32.
14. Özel, S. ‘Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi’. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul. 2010.
15. Taşdemir N, Güloğlu S, Turan Y, Çataltepe T, Özbayır T. ‘Learning needs of neurosurgery patients’. Journal of Neurological Sciences 2010;27:414-20.
16. Jickling J.L, Graydon J.E. ‘The Information Needs at Time of Hospital Discharge of Male and Female Patients Who Have Undergone Coronary Artery Bypass Grafting’: A Pilot Study. Heart & Lung; 1997; 26, 350-357.
17. Jacobs, V. ‘Informational Needs of Surgical Patients Following Discharge’. Applied Nursing Research, 2000;

13(1),12-18.

18. Turhan Y. *Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyetiyle ilişkisi. [Uzmanlık Tezi], Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.*

19. Nargiz, S. *'Perkutan Nefrolitotomi Sonrası Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri'. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.2005.*

20. Çetin, Z. *Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme ve Komplikasyon Gelişme Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. 2004.*

Altay KANDEMİR

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji BD, Aydın

Yazışma Adresi: Altay KANDEMİR
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji BD, Aydın
E-mail: altaykandemir@yahoo.com

Tek Merkez Deneyimi: Bölgemizde Kolorektal Polip ve Kanser Dağılımı ve Sıklığının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Single Center Experience: Retrospective Analysis of The Relation of Colorectal Polyp and Carcinoma Localization

Öz

Giriş ve Amaç: Kolonoskopi sırasında saptanan poliplerin, potansiyel kanser riski nedeniyle çıkartılması ve patolojik tanısının konması önerilmektedir. Bizim çalışmamızın amacı, Çalışmadaki amacımız merkezimizde çeşitli nedenlerle yapılan kolonoskopi sonucunda saptanan poliplerin prevalans, lokalizasyon ve ile birlikte histopatolojik sonuçlarını ortaya koymaktır

Gereç ve Yöntem: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Gastroenteroloji kliniğinde Endoskopi Ünitesi'nde Ocak 2012-Ocak 2014 arasındaki kolonoskopi raporları endoskopi arşiv sisteminden retrospektif olarak tarandı. Yerleşim özellikleri ve histopatolojik tiplerine göre polipler ve kanserler kaydedildi.

Bulgular: Kolonoskopi raporlarına göre hastaların 204 (%12.5) ünde polip veya kolorektal kanser saptandı. Hastaların 136 sı erkek, 68 i kadın saptandı, hastaların yaş ortalaması 60,34±12,8 idi. 204 lezyonun 152'si (%74,5) polip ve 52'si (%25,5) kolorektal kanser idi. Kliniğimizin polip prevalansı %9.3 iken, kolorektal kanser prevalansı %3.2 idi. Kolon poliplerinin büyük kısmının rektumda 50 (%32.8) oldukları tespit edildi. Kolon kanserlerinin büyük kısmının rektumda 31 (%59,6) oldukları tespit edildi. Poliplerde histopatolojik tip açısından en büyük hasta grubunu 95 (%62.5) olgu ile tübüler adenom oluştururken, diğer neoplastik özellikte olan poliplerin 10 tanesi (%6.5) tübülovillöz adenom, 2 tanesi de (%1.2) villöz adenom olarak saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada endoskopi ünitemizde yaklaşık 2 sene boyunca çeşitli nedenlerle kolonoskopi yapılan hastalarımızdaki kolon poliplerinin ve kanserlerinin prevalansı, lokalizasyonu ve histolojik sonuçları ortaya konmuştur. Çalışmamızdaki tüm sonuçların genel olarak literatür ile uyumlu olduğu gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Kolon polipleri, lokalizasyon, adenomatöz polip

Abstract

Background and Aims: Removal of polyps detected during colonoscopy and establishment of the pathological diagnosis are recommended because of their potential cancer risk. In this study, we aimed to determine the prevalence, localization of polyps with

Geliş Tarihi: 26.10.16

Kabul Tarihi: 07.11.16

cancer and their histopathological results in patients under going colonoscopy for various reasons in our endoscopy unit.

Materials and Methods: Colonoscopy reports between January - 2012 and January- 2014 were retrospectively reviewed from the endoscopy archive system in Afyonkarahisar State Hospital, Endoscopy Unit, Department of Gastroenterology. Polyps were noted according to their localization and histopathologic types.

Results: According to the colonoscopy reports, polip or cancer were detected in 204 (12.5%) patients. 136 of the patients (66.6%) were male and 68(34.4%) were female and their meanage was 60,34±12,8 years. 152 of 204 lesions (74.5%)polyps and 52 (25.5%) colorectal cancer detected. As our clinic polyps prevalence %9,3 , colorectal cancer prevalence 3.2% detected.Colonic polyps were most commonly seen in the rectum with 50 (32.8%)polyps. Colonic cancer were most commonly seen in the rectum with 31 (59,6%) cancers. Of the polyps with neoplastic characteristics, 95 (62.5 %) were tubular adenomas, 10 (6.5%) tubulovillous adenomas, and 2 (1.2%) villous adenomas.

Conclusions:In this study, the prevalence, localization and histopathological findings of colon polyp types over an approximately two-yearperiod was revealed in patients undergoing colonoscopy for various reasons in our endoscopy unit, our results were found to be similar to those reported in the literature.

Keywords:Colonic polyps,histologic types, localization

Giriş

Kolorektal kanserlerin yaşam boyu görülme sıklığı % 2,4-5 civarındadır. Kolorektal kanserlerin insidans ve mortalitesi dünya çapında belirgin değişiklik göstermektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2007-2008 yıllarında on iki ildeki kanser kayıt merkezi verilerine göre, kolorektalkanser görülme sıklığı açısından tüm kanserler içinde % 7,8 ile kadınlarda üçüncü ve % 7,5 ile erkeklerde dördüncü sırada yer almaktadır (1). Kolorektal kanserlerin yaşam boyu görülme sıklığı % 2,4-5 civarındadır. Kişide var olan belli risk faktörleriyle bu oran yükselmektedir. Kolorektalkanserlerin insidans ve mortalitesi dünya çapında belirgin değişiklik göstermektedir (2).Kansere bağlı ölümlerde ikinci sırada olan kolorektal kanserler, yüksek sosyoekonomik düzeye ulaşmış insan ve toplumlarda daha fazla görülmektedir (3). En yüksek insidanslar Kuzey Amerika, Avustralya, Kuzey ve Batı Avrupa’da iken gelişmekte olan ülkelerde özellikle Asya ve Afrika’da düşük oranlar vardır(4).

Çoğu geniş katımlı çalışmalarda kolon kanserlerinin

dağılımında yaşı ve cinsiyetin etkili faktörler olduğunu göstermektedir. Sporadikkolorektal kanserler için yaş en büyük risk faktörüdür. 40 yaşın altında kolorektal kanser nadirken, 40-50 yaştan sonra insidans artmaya başlamaktadır (2). Kolorektal vakalarının % 90’ı 50 yaş üzerinde iken; 80 yaş üzerinde bu oran erkekler için % 10’a, bayanlar için % 15’e kadar yükselmektedir(5).

Slattery ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 70 yaş ve üzeri hasta grubunda proksimal kolon kanserlerin her iki cinste daha fazla görüldüğü saptanmıştır (6). Kadınlarda kolorektal kanserlerin daha çok proksimalde, erkeklerde ise çoğunlukla distaldelokalize olduğu bilinmektedir (7). Her iki cinste bu farklı dağılımın genetik ve çevresel faktörlere bağlı olduğu kabul edilmiştir. Proksimal kanserlerde öncelikle genetik faktörlerin ve hormonların, distalkarsinomlarda ise daha çok çevresel faktörlerin etkisi olduğu hipotezi geçerliliğini korumaktadır(8).

Kolorektal malignitelerin neredeyse tamamının polip zemininde geliştiği varsayılmaktadır. Yapılmış birçok çalışma kolon poliplerinin sol kolona daha fazla lokalize olduğunu (9). Son yıllarda yapılan çalışmalarda polip ve kanserlerin eski yıllara göre proksimale doğru arttığı konusunda bulgular mevcuttur. Kolorektal kanserler genellikle sol kolonda ve rektosigmoid bölgede (%45) yerleşmektedirler. Son yıllarda özellikle sağ kolonun (çekum ve çıkan kolon) daha sık tutulduğu bildirilmektedir (%25). Bu artışın olası nedenleri arasında 65 yaş üzeri nüfusun ve flat tip lezyonların artması, kolon segmentlerinin farklı embriyonik kökenden gelmesi ve farklı genetik yapıları olması gibi nedenler sayılmaktadır (8, 10).Ayrıca diyabet, kronik akciğer hastalıkları, kalp yetmezliği, serebrovasküler olay, ülser hastalığı gibi komorbid durumların varlığında sağ kolon kanserinin arttığı, yağdan zengin beslenmenin sağ, proteinden zengin beslenmenin ise sol tip kanseri artırabileceği iddia edilmiştir (11).

Yukarıda sıralanan tüm bu çalışmaların temelini yapılmış bölgesel kolonoskopik incelemelerin değerlendirilmesi oluşturmaktadır.Bizim çalışmamızın amacı, aynı coğrafik bölgede kolorektal polip ve kanserlerin kolon yerleşim dağılımlarının, özelliklerinin saptanması ve yaş-cinsiyet ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2012-Ocak 2014 tarihleri arasında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Gastroenteroloji kliniğinde yapılmış olan 1625 alt gastrointestinal sitem endoskopisi işlemi retrospektif olarak tarandı. Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Gastroenteroloji kliniğinde endoskopi ünitesinde yapılan kolonoskopiraporları, hasta dosyaları, operasyon notları, takip formları ve

patoloji raporları değerlendirilerek, kolorektal polip ve kanser tanısı hastanemizde konulan hastalar çalışmaya dahil edildi. Polipozis saptanan hastalar multiple lokalizasyon nedeniyle çalışma dışı tutuldu. Saptanan polip ve kanserlerin yaş, cinsiyet ve lokalizasyona göre dağılımı ayrı ayrı çıkarıldı.

Veriler SPSS for Windows 15.0 programına aktararak değerlendirildi. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında ki-kare testi ve t-testi kullanıldı.

Bulgular

Merkezimizde yapılan 1625 alt gastrointestinal sistem endoskopi işleminin 724'ü kadın hastalara ve 901'i ise erkek hastalara yapılmıştı. 204 (%12,5) ünde polip veya kolorektal kanser saptandı. 204 lezyon saptanan vakanın yaş ortalaması $60,34 \pm 12,8$ idi. Çalışmaya alınan 68 kadının yaş ortalaması $58 \pm 12,7$ ve 136 erkeğin yaş ortalaması $61,5 \pm 12,7$ idi ve gruplar arası yaş ortalamalarında istatistiksel fark yoktu ($p:0,068$). Saptanan 204 lezyonun 152'si (%74,5) polip ve 52'si (%25,5) kolorektal kanser idi. Taranmış olan 1625 işlem göz önüne alındığında kliniğimizin polip prevalansı %9,3 iken, kolorektal kanser prevalansı %3,2 idi. Erkeklerde kanser saptama sıklığının kadınlara oranla daha fazla olduğu görüldü. Kadınların %3'ünde, erkeklerin ise %3,44'ünde kolorektal kanser saptandı ($p>0,05$). Kolorektal polip vakalarının 46'sı (%30,3) kadın, 106'sı (%69,7) erkekti. Kolorektal kanser vakalarının ise 22'si (%33,3) kadın ve 30'u (%66,7) erkekti. Polip ve kolorektal kanser saptanan hastaları cinsiyet açısından karşılaştırdığımızda kadın ve erkek hastalar arasında fark saptanmadı ($p:0,079$). Kolorektal polip saptanan kadınların yaş ortalaması $55,4 \pm 11,3$ erkeklerin yaş ortalaması $61,1 \pm 13,4$ idi. Kolorektal kanser saptanan kadınların yaş ortalaması $63,3 \pm 14$, erkeklerin yaş ortalaması $62,7 \pm 9,8$ idi. Yaş ve cinsiyete ile kolon lezyonlarının yerleşim bölgeleri arasında istatistiksel fark saptanmadı. Kolorektal polip ve kanser saptanan hastaların demografik özellikleri ve kolonda yerleşim bölgeleri dağılımı Tablo-1'de görülmektedir.

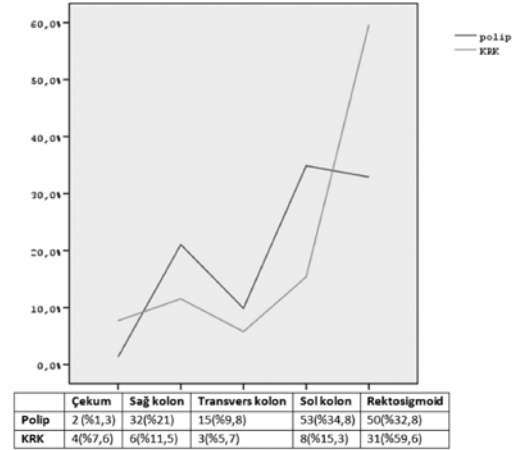
Kolorektal polip vakalarının 96'sında (%63,1) tek polip mevcut iken, 56'sında (%46,9) 2 veya daha fazla sayıda polip saptandı. Kolorektal polip ve karsinomların kolondaki dağılımı Şekil-1 de görülmektedir. Kolorektal poliplerin histolojik sonuçların cinsiyetlere göre dağılımı arasında da istatistiksel açıdan fark saptanmadı ($p:0,16$).

Patoloji raporları incelendiğinde hiperplastik polip %16,4, tübüler adenom %62,5, tübülovillöz adenom %6,5, villöz adenom, serrated adenom %2,4, juvenil polip %1,2, lipom %2,4 izlendi (tablo2)

Tablo-1. Kolorektal Polip ve Kanser dağılımı ve hastaların Demografik özellikleri

	Kolorektal Polip	Kolorektal Kanser	p
Hasta sayısı	152	52	
Yaş	$59,4 \pm 13$	$62,9 \pm 11,6$	0,085
Kadın/Erkek	46/106	22/30	
Kadın yaş ortalaması	$55,4 \pm 11,3$	$63,3 \pm 14$	0,067
Erkek Yaş ortalaması	$61,1 \pm 13,4$	$62,7 \pm 9,8$	0,087

Şekil-1. Kolorektal polip ve kanserlerin kolondaki yerleşim yerleri



Tablo-2. Kolorektal Poliplerin histolojik dağılımı

Patoloji	n	%
Hiperplastik polip	25	16,4
Tübüler adenom	95	62,5
Tübülovillöz adenom	10	6,5
Villöz adenom	2	1,2
Serrated adenom	4	2,4
Juvenil polip	2	1,2
Lipom	4	2,4
İnflamatuvar polip	10	6,5

Tartışma

Kolon polipleri görünüm olarak saplı veya sapsız (sesil), tek veya birden fazla sayıda, mukozayla aynı veya farklı renkte olabilirler. Sayıca en fazla rektosigmoid bölgede olabilmekteyken ve çekuma doğru gidildikçe görülme sıklıkları azalmaktadır. Kolorektal poliplerin çoğu neoplastik polipler grubundan olan adenomatöz poliplerdir ve tüm kolon poliplerinin yaklaşık 2/3'ünü oluştururlar. Bu adenomatöz poliplerin %80-86'sını tübüler adenomlar, %3-16'sını villöz adenomlar ve %8-16'sını tübülovillöz adenomlar oluşturmaktadır (12,13). Adenomatöz poliplerin prevalansı çeşitlilik göstermekle birlikte özellikle ileri yaşlarda poliplerin görülme sıklığı, büyüklüğü ve displazi gelişme oranı artmaktadır (14). Ülkemizde kolon poliplerinin prevalansını belirleyen büyük ölçekli ve geniş

çaplı bir çalışma halen mevcut değildir. Son yıllarda birkaç merkezde yapılan çalışmalarda, ortalama 50 yaş civarı popülasyonda saptanan kolon polip yüzdesinin yaklaşık %15-22.6 civarında olduğu ile birlikte poliplerin erkeklerde ve sol kolonda daha fazla tespit edildiği bildirilmiştir (15-16). Bizim çalışmamızda kliniğimizin polip prevalansı %9.3 iken, kolorektal kanser prevalansı %3.2 idi. Bu hastaların yaş ortalaması 60,34±12,8 yıl olup, daha önceki çalışmalara benzer şekilde polip sıklığı erkeklerde (%62.1) kadınlardan (%30,3) fazla olarak saptandı. Yine bizim çalışmamızda kolorektal polipler %32.8rektumda,%34.8 sol kolonda, %9.8transvers kolonda, %21 çıkan kolonda ve %1.3çekumda saptandı. Yapılan çalışmalarda adenomların en sıkrektosigmoid kolonda yerleştiği ve poliplerin %44'ünün kolonun distal 60 cm'lik kısmında bulunduğu bildirilmiştir(17). Bizim çalışmamızda polipler ile kolorektal kanserin yerleşim yerleri değerlendirildiğinde kolon poliplerinin % 67.6 sı sol kolon ve rektum bölgesinde iken, kolon kanserlerinin %74.9 u sol kolon ve rektum bölgesinde saptandı. Tüm kolon poliplerinin yaklaşık %75'ini adenomlar oluşturmakta olup, hemen bütün kolorektal kanserler adenom zemininde gelişmektedir. Ancak adenomların çok küçük bir yüzdesi kansere dönüşmektedir (yaklaşık %5). Yapılan çalışmalarda adenomdan kanser gelişme süreci 7-10 yıl arasındaverilmektedir. Özellikle displazi derecesi yüksek adenomlarda kansere progresyon riski daha yüksektir(18).Villözhistoloji, artmış polip boyutu ve polip sayısında artış; kanser için diğer risk faktörleri olarak tanımlanmıştır.Tübüler adenomlarda malignite gelişme riski daha azken, villöz ve tübülovillöz adenomlarda bu risk %33 olarak bildirilmektedir(18).Bizim çalışmamızda toplam adenom yüzdesi %70.2 olup, bunların %62.5'si tübüler adenom, %6.5'ü tübülovillöz adenom ve %1,2villöz adenom olarak saptandı. Saptanan bu sonuçlarımız genelde literatür bulguları ile uyumluydu. Sonuç olarak bu çalışmada Afyonkarahisar ilinde geniş bir kesimine hizmet veren endoskopi ünitemizde çeşitli nedenlerle kolonoskopi yapılan hastalardaki kolon polipleri ve kolorektal kanserin lokalizasyonları, prevalansı, histolojik tipleri ortaya konmuştur.Bu çalışmada da görüldüğü gibi kanser öncüsü olabilen poliplerin bölgemizde de literatüre yakın oranlarda tespit edilmiş olup beklediği şekilde kolon polipleri ile kolorektal kanserler en sık sol kolon yerleşimli saptanmıştır. Bu da kolon kanser taramasında rektosigmoidoskopinin önemini göstermektedir.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2006-2008 yılları Türkiye Kanser İnsidansı, www.kanser.gov.tr.

2. Eddy DM. Screening for colorectal cancer. *Ann Intern Med*. 1990 Sep 1;113(5):373-84.
3. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer*. 1999 Mar 15;80(6):827-41.
4. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin*. 2006 Mar-Apr;56(2):106-30.
5. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauberg AG, Anderson RN, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer*. 2010 Feb 1;116(3):544-73.
6. Slattery ML, Friedman GD, Potter JD, Edwards S, Caan BJ, Samowitz W. A description of age, sex, and site distributions of colon carcinoma in three geographic areas. *Cancer*. 1996 Oct 15;78(8):1666-70.
7. Potter JD, Slattery ML, Bostick RM, Gapstur SM. Colon cancer: a review of the epidemiology. *Epidemiol Rev*. 1993;15(2):499-545.
8. Buflin JA. Colorectal cancer: evidence for distinct genetic categories based on proximal or distal tumor location. *Ann Intern Med*. 1990 Nov 15;113(10):779-88.
9. Ozbakir O YM. Kolon polipleri ve polipozis sendromları. In: *Gastroenteroloji*. Ozen A, Sahin B, Yilmaz U, Soykan i. (eds.). Türk Gastroenteroloji Vakfı p.309-317,2002. .
10. Bedenne L, Jouve JL. [Which endoscopic follow-up for resected colonic cancer?]. *Gastroenterol Clin Biol*. 1998 Mar;22(3 Suppl):S155-9.
11. West DW, Slattery ML, Robison LM, Schuman KL, Ford MH, Mahoney AW, et al. Dietary intake and colon cancer: sex- and anatomic site-specific associations. *Am J Epidemiol*. 1989 Nov;130(5):883-94.
12. Konishi F, Morson BC. Pathology of colorectal adenomas: A colonoscopic survey. *J Clin Pathol* 1982;35:830-41.
13. O'Brien MJ, Winaver SJ, Zauberg AG, et al. The National Polyp Study: Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology* 1990;98:371-9.
14. Williams AR, Balasooriya BAW, Day DW. Polyp and cancer of the large bowel: A necropsy study in Liverpool. *Gut* 1982;23:835-42.
15. Eminler AT, Sakallı M, Irak K, et al. Gastroenteroloji ünitemizdeki kolonoskopik polipektomi sonuçlarımız. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2011;10:112-5.
16. Dolek Y, Karabulur YY, Topal F, et al. Gastrointestinal poliplerin boyut, lokalizasyon ve histopatolojik tipleriyle değerlendirilmesi. *Endoskopi* 2013;21:31-3
17. Lieberman DA, Smith FW. Screening for colon malignancy with colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 1991;86:946-51
18. Heitman SJ, Ronksley PE, Hilsden RJ, et al. Prevalence of adenomas and colorectal cancer in average risk individuals: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:1272-8.

Demet ETİT*
Seyran YİĞİT*
Sultan Deniz ALTINDAĞ*
Neşe EKİNCİ*
Yılmaz ÖZKUL**
Fulya ÇAKALAĞAOĞLU*

* İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji
** İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak
Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği

Yazışma Adresi: Demet ETİT
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji
E-mail: demetetit@yahoo.com

Brankial Kleft Kistleri: On Bir Yıllık Tek Merkez Serisi

Eleven Year Series of Branchial Cleft Cysts From A Single Centre

Öz

Amaç: Bu çalışmada İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümüne kayıtlı brankial kleft kist tanılı olguların demografik ve patolojik özelliklerini sunmak amaçlandı.

Yöntem: 2006-2016 yılları arasında patoloji arşivinde brankiyal kleft kisti tanısı alan olgular tarandı. Olguların yaş, cinsiyet, lateralizasyon, başvuru yakınması ve histopatolojik özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 62 olgunun 32'si erkek olup ortalama yaş 32.8 idi. Başvuru yakınması baskın çoğunlukla (%95) ele gelen kitle idi. Boyunun sağ tarafında yerleşim (% 57.5) daha sık saptandı. Seride iki olgudan birinde kist zemininde papiller tiroid karsinomu izlenirken, bir diğer olguda bazal hücreli adenom mevcuttu.

Sonuçlar: Literatürde genellikle 1-3. dekatta daha sık olan brankial kleft kisti benzer şekilde bizim serimizde de daha sık 2 ile 3. dekatta saptandı. Genelde kadınlarda fazla olduğu bildirilmişse de, bu grupta hafif erkek baskınlığı mevcuttu (30 kadın 32 erkek). Serimizde ilginç olarak; bir olguda eşlikçi bazal hücreli adenom, bir başka olguda da brankial kleft zemininde primer papiller tiroid karsinomu dikkati çekti.

Anahtar Kelimeler: Brankial kleft kisti, papiller tiroid karsinomu, bazal hücreli adenom

Abstract

Purpose: The aim of this study was documented of demographic and pathologic features of the cases diagnosed as branchial cleft cyst in İzmir Atatürk Training and Research Hospital.

Methods: Branchial cleft cyst cases were re-evaluated from the pathology archives in between 2006-2016. Age, sex, site, complaint of the patients and histopathologic features were noted.

Results: Out of sixty-two cases, 32 were composed of male population and the mean age was 32.8. The vast majority of the cases was admitted to the hospital with a complaint of lateral palpable neck mass (95%). Right site of the neck (57.5%) was the predominant location.

While in one of two cases in the series showed papillary thyroid carcinoma and the other one had ba-

Geliş Tarihi: 21.10.16
Kabul Tarihi: 17.11.16

sal cell adenoma in the background of branchial cleft cyst. Conclusions: Accordingly to the literature 1-3 decades frequency, our series showed a predominancy in 2. and 3. decades. However; there was a female predominancy in the literature, this group showed a mild male majority (30 female and 32 male). Interestingly, one case showed a concomitant basal cell adenoma in our series, in addition there was a primary papillary thyroid carcinoma in the background of branchial cleft cyst in another case.

Keywords: Branchial cleft cyst, papillary thyroid carcinoma, basal cell adenoma

Giriş

Brankiyal kleft kisti (BKK) boyunun her iki tarafında en sık karşılaşılan konjenital anomalidir. BKK intrauterin yaşamın birinci trimesterinde (3-7 hafta) baskın olarak ikinci kleftten gelişir (1-3). Boyun üst kısımda sternokleidomastoid kas ön kenarının derininde lokalize olur. En sık yakınma ele gelen kitle olup, bu da çoğunlukla bir nonspesifik üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası farkedilir. Kitle ağrısız ve genellikle yumuşak kıvamdadır, nadiren yutkunma ve solunum sıkıntısına yol açabilir. Tanı radyolojik ve/veya aspirasyon biopsileri ile desteklenir. Histolojik olarak kist duvarı çok katlı skuamöz epitel veya silli solunum epiteli ile döşeli olabileceği gibi epitel basıya uğradığından dolayı seçilemeyebilir. Kist duvarında lenfoid agregatlar mevcuttur. Bazen bunlar germinal merkez oluşturur. Eğer lezyon enfekte olursa, döşeyici epitel dökülerek, yerini yoğun inflamatuvar granülasyon dokusuna bırakır. Primer BKK malignitesi çok nadir olup tartışmalı bir antitedir ve bazı otoritelere göre 'brankiojenik karsinom' olarak adlandırılmaktadır (4). Bu karsinom histopatolojik olarak non-keratinize skuamöz hücreli karsinom (SHK) özellikleri benzeri morfolojidedir.

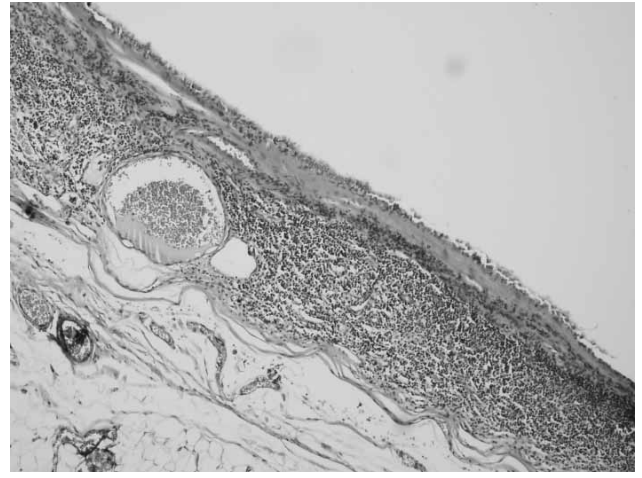
Gereç ve yöntemler

2006-2016 yılları arasında laboratuvarımıza kayıtlı brankial kleft kisti tanısı alan olgular gözden geçirildi. Demografik, klinik özellikler ve eşlikçi bulgular kaydedildi. Sonuçlar literatür ile karşılaştırıldı.

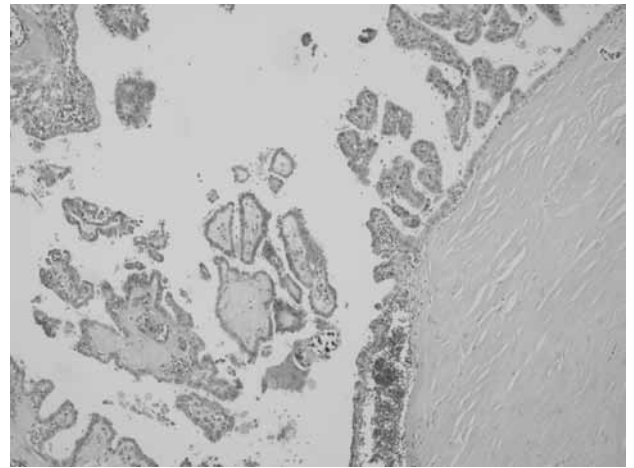
Sonuçlar

Çalışmaya 62 olgu alınmış olup olguların 30'u kadın, 32'si erkekti. Hastaların klinik olarak en sık başvuru yakınması kitle hissi idi (%95.1). Üç olguda yutkunma sıkıntısı vardı. Hastaların yaşı 10 ile 74 arasında değişmekte olup ortalama yaş 32.8 idi. En sık görülen yaş aralığı 2. ve 3. dekad idi (%56) (sıra ile 18 olgu ve 17 olgu). Lateralizasyonu bilinen 33 olgunun 19'u boyunun sağına lokalize iken, 14'ü ise sol tarafına lokalize idi. Histolojik olarak solunum ve/veya skuamöz epitel ile döşeli kist olguları yanı sıra bazı olgularda dökülmüş, epiteli net seçilemeyen kist cidarında lenfoid agregatlar izlenmekte idi. Serimizde primer BKK

malignitesine; bir diğer deyişle brankiojenik karsinoma rastlanmamış olmakla birlikte; ilginç bir biçimde eşlikçi lezyon olarak iki olgunun birinde kist içinde papiller tiroid karsinomu (PTK) diğerinde ise tükürük bezlerinin bazal hücreli adenomu (BHA) dikkati çekti. PTK olgusu 37 yaşında erkek hasta idi. Makroskopik olarak kistik komponent içeren 3 cm çaplı iyi sınırlı lezyon mevcuttu. Mikroskopide yer yer dökülmüş epitelle döşeli lenfoid agregatlar içeren BKK duvarından çıkan, papiller yapılar gösteren, bazıları kolloidal matriks içeren folliküller tarzında; tipik nükleer özelliklere sahip PTK izlendi (Resim 1-2).



Resim 1: Duvarında lenfoid agregat içeren solunum epiteli ile döşeli kist ve psammoma benzeri yapılar

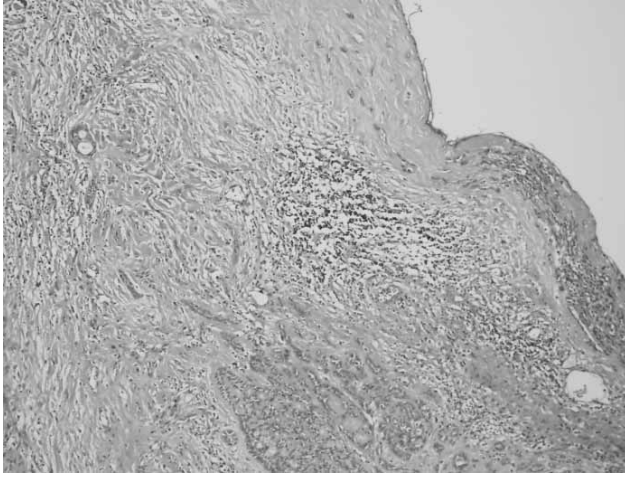


Resim 2: Tipik nükleer özellikleri ile PTC

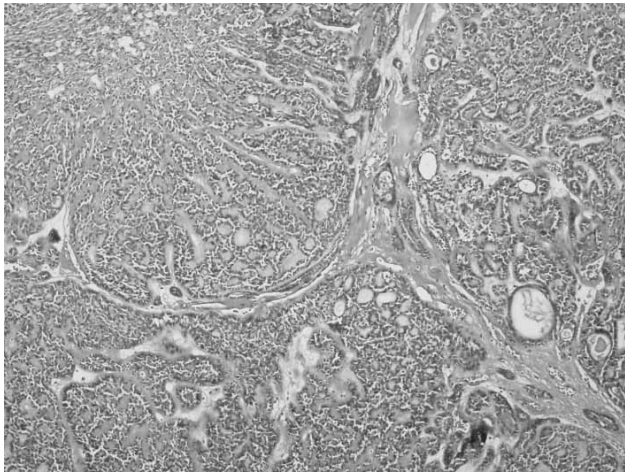
BHA ise 38 yaşında erkek hastada izlendi. Patoloji laboratuvarına gönderilen materyalin makroskopik bakışında 5 cm çapta dış yüzü düzgün, açıldığında kahve renkte seröz sıvı boşalan duvar kalınlığı 0,1-1cm, yer yer solid nodüler görünümde, iç yüzü düzensiz kistik kitle izlendi. Beraberinde gönderilen yüzeysel parotidektomi materyalinde herhangi bir patoloji yoktu.

Işık mikroskopta kistin duvarında, iyi sınırlı birbirinden eozinofilik görünümlü bazal matriks ile ayrılmış dar sitoplazmalı, uniform hiperkromatik nükleer özellikler gösteren tümöral alan mevcuttu. İmmunohistokimyasal boyalardan S100 (+), bcl2 (+), GFAP (-), CD117 (-) ve ki67 <1 (+) sonuç verdi. Olgu BKK zeminde gelişmiş BHA olarak rapor edildi.

Bu tümörde mitoz, nekroz veya atipi görülmedi (Resim 3-4).



Resim 3: Düzleşmiş epitelle döşeli kistten gelişen lezyon



Resim 4: Kalın bazal membran benzeri matriksle birbirinden ayrılmış, uniform hücrelerden oluşan BHA

PTK olgusunun tiroidinin görüntülemelerinde ve 6 aylık takibinde, BHA olgusunun 1 yıllık takibinde özellik yoktu. BHA olgusunun aynı sırada çıkarılan tükürük bezi eksizyonunda herhangi bir patoloji saptanmadı.

Tartışma

BKK boyunun yan taraflarında görülen en sık doğumsal anomalidir. Çoğunlukla 1-3. dekatta görülür ve kadınlarda biraz daha sıktır. BKK çoğunlukla klinik olarak sessiz olmakla birlikte, geçirilmiş nonspesifik

bir üst solunum yolu infeksiyonunu takiben kitle hissi uyandırır ve bu bakımdan en sık başvuru nedeni kit- le yakınmasıdır. Tanı çoğunlukla klinik ve radyoloji ile desteklenir. Literatürle uyumlu olarak serimizde yaş sıklığı 2 ve 3. dekatta olmakla birlikte erkeklerde biraz daha sıktı (%51.6). Lezyonlar çoğunlukla boyunun sağ tarafında görülmekteydi (%57.5). Mikroskopik olarak duvarında lenfoid hücre toplulukları içeren dökül- müş, skuamöz ve/veya solunum epiteli ile döşeli kis- tik yapı izlendi (1-3,5).

BKK'ya malignitenin eşlik edebileceği bilinmektedir. Bunlardan biri tartışmalı bir antite olan skuamöz hücreli karsinom ile benzer morfolojideki brankioje- nik karsinomdur (1-3,5). Bu seride brankiojenik ve/ veya skuamöz hücreli karsinom görülmedi. Tiroide primer PTK bulunmayan, diğer bir deyişle metastaz yahut invazyon olmadığı bilinen olgularda BKK zemi- ninde PTK'ya rastlanması yayınlarda nadirdir ve ge- nellikle tek olgu sunumu olarak bildirilmiştir (6-15). Serimizde BKK zemininde bir olguda PTK görüldü. PTK olgusunun tirodinin radyolojik görüntülemelerinde bir özellik yoktu. Bu bulgu BKK zemininde primer PTK olduğu görüşünü desteklemekte idi. Bu serinin en dikkat çekici bulgusu BKK zemininde izlenen BHA ol- gusu idi. Yayımlanmış makalelerde BKK'ya eşlik eden tek bir BHA olgusu bildirilmiştir (16). Bu olguda ade- nomun 1. kleftten köken aldığı belirtilmektedir. Bizim olgumuzda kistik lezyon görüntülemelerde parotise yakınlığı nedeni ile kist eksizyonu yanı sıra yüzeyel parotidektomi uygulandı. Histopatolojik olarak paro- tiste özellik görülmedi. Kistik lezyon ise BKK ile uyum- lu histopatolojisi yanında kistin duvarından köken alan, tipik morfolojik özellikler gösteren BHA alanı içermekte idi. Birinci brankial kleftte uygun olabilecek yerleşimi nedeni ile bizim olgumuz da 1999'da yayımlanmış olan olgu gibi 1. kleftten gelişmiş olabilir. Sonuç olarak BKK nispeten sık görülen boyun kistik lezyonları arasındadır. Nadir de olsa eşlikçi maligni- te içerebilir. Ayrıca embriyolojik döneme ait kökenleri nedeni ile bu seride görülen BHA gibi ilginç lezyonlar da gösterebilirler. Bu bakımdan cerrahi ile çıkarılma- ları ve dikkatli histopatolojik incelemeleri esastır.

Kaynaklar

- 1- Pilch BZ. *Head and Neck Surgical Pathology*, 1st edn. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
- 2- Thompson L. *Head and Neck Pathology*. 2nd edn. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2012.
- 3- Sarioğlu S. *Baş Boyun Patolojisi*. 1st edn. İzmir: Otp Ki- tabevi, 2014.
- 4- Nakano A, Mishima K, Katase N, Ueyama Y. A case of squamous cell carcinoma arising from branchial cleft cyst. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015;73(4):781-785.

- 5- Rosai J. *Ackerman's Surgical Pathology*. 10th edn. Elsevier Mosby. Philadelphia, 2011.
- 6- Ruhl DS, Sheridan MF, Sniezek JC. Papillary Thyroid Carcinoma in a Branchial Cleft Cyst without a Thyroid Primary: Navigating a Diagnostic Dilemma Case. *Rep Otolaryngol*. 2013;405342. doi:10.1155/2013/405342.
- 7- Sagit M, Gokler A, Akin I, Han U. Wrong egg in the usual nest: thyroid papillary carcinoma within a branchial cleft cyst. *Ear Nose Throat J*. 2013;92(7):E31-4.
- 8- Xu JJ, Kwan K, Fung K. Papillary thyroid carcinoma in a lateral neck cyst: primary of ectopic thyroid tissue versus cystic metastasis. *J Laryngol Otol*. 2013;127(7):724-7
- 9- Karras S, Anagnostis P, Noussios G, Pontikides N. Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a branchial cleft cyst. *BMJ Case Rep*. 2013 22;2013. doi:10.1136/bcr-2013-009312.
- 10- Kushwaha JK, Sonkar AA, Goel MM, Gupta R. Papillary carcinoma of thyroid arising from ectopic thyroid tissue inside branchial cleft cyst: a rare case. *BMJ Case Rep*. 2012;9;2012. doi: 10.1136/bcr.02.2012.5783.
- 11- Park J, Kwon SY, Kim NH, Baik SH, Choi DS. Papillary thyroid carcinoma arising in a branchial cleft cyst. *Thyroid*. 2010;20(3):347-9.
- 12- Pietarinen-Runtti P, Apajalahti S, Robinson S, Passador-Santos F, Leivo I, Mäkitie AA. Cystic neck lesions: clinical, radiological and differential diagnostic onsiderations. *Acta Otolaryngol*. 2010;130(2):300-304.
- 13- Lanzafame S, Caltabiano R, Puzzo L, Immè A. Expression of thyroid transcription factor 1 (TTF-1) in extra thyroidal sites: papillary thyroid carcinoma of branchial cleft cysts and thyroglossal duct cysts and struma ovarii. *Pathologica*. 2006; 98(6):640-644.
- 14- Lanzafame S, Caltabiano R, Puzzo L, Cappellani A. Thyroid transcription factor 1 (TTF-1) and p63 expression in two primary thyroid papillary carcinomas of branchial cleft cysts. *Virchows Arch*. 2006; 449(1):129-133.
- 15- Seven H, Gurkan A, Cinar U, Vural C, Turgut S. Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *Am J Otolaryngol*. 2004;25(1):11-17.
- 16- Oh JK, Park MSMin HK, Sohn JH. A Case of Basal Cell Adenoma Arising in a First Branchial Cleft Cyst. *Korean Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 1999;42(7):923-926.

Kenan Can CEYLAN*

Taner ÖZTÜRK**

Elif DUMAN***

Şeyda Örs KAYA*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, 2. Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

**Ünye Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ordu

*** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

Yazışma Adresi: Kenan Can CEYLAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Suat Seren
Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma
Hastanesi, 2. Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

Geliş Tarihi: 02.11.16

Kabul Tarihi: 09.11.16

Pektus Ekskavatumda Minimal İnvaziv Onarım Tekniği Sonuçlarımız

Our Results Of Minimally Invasive Repair Technique For Pectus Excavatum Deformity

Öz

Amaç: Pektus ekskavatum (PE), ön göğüs duvarının en sık görülen kongenital deformitesidir. PE onarımında minimal invaziv teknikle pektus ekskavatum yöntemi "Nuss Tekniği" yaygınlaşmış ve son yıllarda tüm dünyada en sık kullanılan yöntemdir. Kliniğimizde PE tanılı olgularda uygulanan minimal invaziv yöntemle PE operasyon tekniği ve postoperatif dönem sonuçları açısından değerlendirildi.

Yöntem: 2007 - 2014 yılları arasında kliniğimizde opere edilen PE tanılı 30 olgu retrospektif incelendi.

Bulgular: Olguların 26'sı erkek 4'ü kadın olup yaş ortalaması 17.63 (12.9-27.3) idi. Üç olgu daha önce açık yöntemle (Ravitch) operasyon uygulanmış nüks olgular iken kalan 27 olgunun ilk başvurusu idi. Tek bar yerleştirilmesi 28 olguda yeterli oldu, iki olguda çift bar uygulandı. Operatif mortalite yoktu, morbidite %16.6 olup en sık görülen komplikasyon iki olguda drenaj gerektiren pnömotoraks idi. Hastanede ortalama kalış süresi 3.8 gün (2-7 gün) ve postoperatif ortalama izlem süresi 35.6 ay (14-73 ay) izlendi. Yaşam kalitesi anketinde olguların %93.4'ü tedaviden memnun olduğu görüldü.

Yorum: PE deformitelerinin düzeltilmesinde minimal invaziv yöntem, kozmetik sonuçları ve yüksek hasta memnuniyeti ile güvenli ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, pektus ekskavatum, minimal invaziv teknik

Abstract

Background: Pectus excavatum (PE) is the most common congenital deformity of the anterior thoracic wall. The minimally invasive repair of pectus excavatum (MIRPE), "Nuss technique", is the most frequently performed technique world wide. Our objective was to review minimally invasive repair of pectus excavatum in our clinic.

Method: Between 2007 – 2014, 30 patients who were operated in our clinic with the diagnosis of PE, were investigated retrospectively.

Results: Twenty six cases were male, 4 were female. Median age was 17.63 (12.9-27.3). Three cases had a previous open repair (Ravitch technic). While 1 bar placement was enough in 28 cases, in 2 cases double bar placed for PE correction. There was no

mortality. Morbidity were detected as 16.6%. The most common complication was pneumothorax in 2 cases and drainage was performed in both cases. The length of hospital stay ranged from two to 7 days, with a mean of 3.8 days, respectively. The mean follow-up period was 35.6 months. Quality-of-life questionnaires revealed that 93.4% of patients were satisfied with the treatment.

Conclusion: This minimally invasive technique for PE is a promising and effective procedure for better cosmetic results and high levels of patient satisfaction.

Keywords: Surgery, pectus excavatum, minimally invasive technic

Giriş

Pektus ekskavatum (PE) en sık görülen göğüs duvarı deformitesi olup, sternum ve kosta kırıkdağlarının arkaya doğru eğilmesidir. Görülme sıklığı 1/700 – 1000 ve kadın / erkek oranı: 4/1 olarak bildirilmektedir (1, 2). Semptomların tanısı ve cerrahi düzeltmenin tavsiye edilmesi konusu tartışmalıdır. Çünkü primer olarak kozmetik bir hastalık olup olmadığı veya fizyolojik bozulma ve kısıtlanmaya yol açıp açmadığı tam olarak ortaya konamamıştır (3, 4). Neyazık ki tüm PE'lu hastaların ancak % 15'i ameliyat olmaktadır. Operasyonun zamanlaması da önemlidir; zira bazı çocuklarda çok kapsamlı ve erken yapılan PE onarımına bağlı restriktif pulmoner hastalık bildirilmiştir (1). Bir grup yazar ameliyatın 5-10 yaşlarında yapılmasını tavsiye ederken (5, 6), başkaları da her yaşta yapılabileceğini söylemektedir (7).

Pektus Ekskavatum' un cerrahi tedavisi 1949 da ilk kez Ravich tarafından uygulanan açık operasyondur (8). Ravich tekniği olarak adlandırılan bu açık cerrahi girişimde anterior göğüs duvarı insizyonu ile anormal kosta kartilajlarının rezeksiyonu ve sternumun transvers osteotomisi yapılmaktadır. Bu prosedür hastalar için invaziv, uzun zaman alıcı ve hastanede kalış süresini artırıcı yöntemdir. Bu konuda kolay uygulanabilir ve az invaziv tekniklere ihtiyaç duyulmuştur. İlk defa 1987 de Dr. Donald Nuss tarafından videotorakoskopik yöntemle gerçekleştirilen Nuss operasyonu, sternal deformitenin metal bir bar yardımı ile düzeltilmesine dayalı bir prosedür olarak gündeme gelmiştir (9). Daha sonraları bu yöntem "minimal invaziv onarım tekniği" olarak tüm dünyada artan popularitede kullanılır hale gelmiştir. Küçük cilt insizyonu, kısa operasyon süresi, minimal kan kaybı ve erken total aktiviteye dönüş sağlanması nedeni ile Nuss tekniği hızlı bir methodur. Nuss operasyonu ile deneyimler günümüzde artmış ve internette pek çok web siteleri oluşturulmuş olup deneyimler paylaşılmaktadır (10).

Kliniğimizde son 7 yıldır PE' lu hastalara Nuss operasyonu uygulanmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde bu yöntem ile tedavi edilen 30 olguya ait sonuçlarımızı

ve deneyimimizi aktarmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler

Hastalar: Ocak 2007- Ekim 2014 arasında pektus ekskavatum tanısıyla kliniğimizde Nuss tekniği ile opere edilen 30 olgu çalışmaya alındı. Bu geriye dönük çalışmada, olgulara ait bilgiler; dosya kayıtları, ameliyat raporları, ameliyat formları, epikrizler ve poliklinik kayıtlarından elde edildi. Bu olgular operasyon öncesi hazırlık tetkiklerine ilaveten akciğer grafisi, toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), elektrokardiyografi, ekokardiyografi ve solunum fonksiyon testleri ile değerlendirildi. Pektus Şiddet İndeksi (Haller indeksi) olarak Toraks Bilgisayarlı Tomografi'de göğsün en çok çökük olan noktasındaki sternum omurga arası uzunluk ile en geniş transvers uzunluğun birbirine oranı olarak hesaplandı (11).

Hastaların demografik özellikleri, cerrahi endikasyon, memnuniyeti ve komplikasyonları kaydedildi. Kozmetik sonuçlar ve yaşam kalitesi için olgulara "çok memnun, memnun, memnun değil, hiç memnun değil" şeklinde anket ile değerlendirildi.

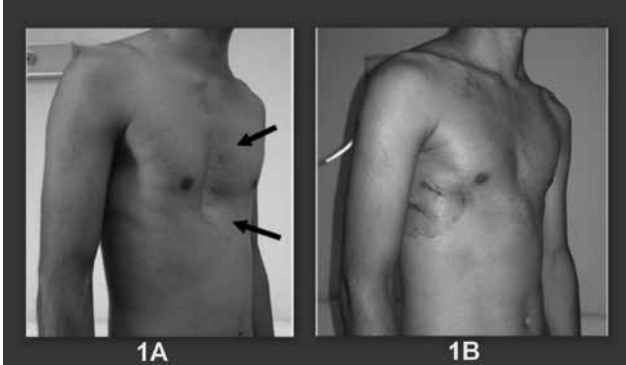
Cerrahi teknik: Cerrahi öncesinde ameliyat sonrası ağrı kontrolü için epidural kateter takıldı. Tek lümenli tüp ile endotrakeal genel anestezi altında hasta sırtüstü pozisyonda hastanın kolları abduksiyona, dirsekten fleksiyona alınarak 'L' demirine sabitlendi. Hasta betadin ile boyanıp steril yeşiller örtüldükten sonra sternumun ve kotların en derin yeri düz bir hat oluşturacak şekilde işaretleme yapıldı. Kolay bükülebilir magnezyum bar göğse verilmek istenilen şekle uygun bir biçimde büküldü. Daha sonra eşit uzunluktaki çelik bar alındı ve bükücüler ile magnezyum bara uygun bir biçimde şekillendirildi. Göğsün her iki tarafına anterior ve posterior aksiler hatlar arasında 2.5 cm'lik insizyon ile cilt geçilip cilt-altı dekolle edildi. Sağdaki insizyonun yaklaşık 1 cm altından ikinci insizyon ile trokar yerleştirilip, buradan verilen CO2 gazı ile sağ akciğer söndürüldü ve torakoskop ile girilip barın geçeceği en derin sternal plan görüldü. Önce 'guide' ile sağ insizyon hattından plevraya girilip substernal alan geçildikten sonra soldan sternuma çok uzak olmayan bir yerden sol insizyon hattından çıkılıp 'guide'in ucuna umbilikal bant bağlanır. 'Guide' geri çekilir, barın ucuna bant bağlanır ve bant çekilerek bar, konveksitesi posteriora bakacak şekilde substernal alandan geçirilir. Bu sırada torakoskop ile kardiyak yaralanma olup olmadığı ve barın 'guide'in geçtiği substernal plandan geçip geçmediği kontrol edilir. Daha sonra çevirici ile barın konveksitesi anteriora, göğüs ön duvarına bakacak şekilde 180 derece çevrilir. Barın göğüs duvarına sabitlenmesinde yeterli olması, maliyeti düşürmesi ve daha az ağrı yapması nedeniyle tek sabitleyici kullanılmakta. Sabitleyiciyi genelde soldan daha anteriora yerleştirmek suretiyle

barın sabitlenmesini sağlamaktayız. Çıkarılmadaki kolaylık, sağ tarafta kamera deliğinin olması ve sağdaki insizyonun daha küçük tutulması nedeni ile sabitleyiciyi sola koymayı tercih etmekteyiz. Sabitleyici ve barın açıkta kalan ucu çelik teller ile göğüs duvarına sabitlenir. Torakoskopi ile kanama kontrolü yapıldıktan sonra trokar çıkarılır. Akciğerler anestezi tarafından pozitif basınçla şişirilir. Bu sırada göğse bastırılarak ve ardından bir sonda aracılığıyla su altı kapalı drenajı uygulanarak plevral hava dışarı çıkartılır. Cilt, cilt-altı kanama kontrolü sonrası katlar anatomik planda kapatılır. Hastalarımız epidural blok nedeniyle ilk birkaç günü ağrısız geçirmeleri hedeflenmektedir. Epidural blokla birlikte nonsteroid antienflamatuvar ağrı kesiciler kullanılmıştır. Ameliyat sonrası birinci günde direkt akciğer grafisi ile hastalar değerlendirildi.

Hastalar yardımsız yürüyebilir hale geldikten sonra taburcu edildi. İlk 30 günün sonunda normal günlük aktiviteye izin verildi. Yerleştirilen barlar en az 2 yıl süreyle izlendikten sonra; hastanın yaşı, göğüs kafesi yapısı ve deformitenin şekli göz önünde bulundurularak 5 yıla kadar uzayabilen süre sonunda genel anestezi altında çıkartıldı.

Sonuçlar

Ocak 2007- Mart 2014 arasında pektus ekskavatum tanısıyla kliniğimizde Nuss tekniği ile opere edilen 30 olgu çalışmaya alındı. Olguların 26'sı (%86.6) erkek, 4'ü (%13.4) kadın olup yaş ortalaması 17.63 (12.9–27.3) yıldı. Üç olgu daha önce açık yöntemle (Ravich) operasyon uygulanmış nüks olgular (PE deformitesinin preoperatif ve postoperatif görüntüsü. Resim 1A ve 1B) iken kalan 27 olgunun ilk başvurusu idi. Hastaneye başvuru nedeni 28 olguda kozmetik nedenle, 2 tanesinde ek olarak nefes darlığı ve kalpte sıkışma hissi yakınması mevcuttu. Üç olguda ailede deformite öyküsü mevcuttu. Olguların 26'sında deformite simetrik, 4'ünde asimetrikti. En sık rastlanan ek anormali 5 hastada skolyoz idi. Pektus Şiddet İndeksi (PŞİ) ortalama 4 (2.2 -7.1) olarak saptandı.



Resim 1A,1B: Açık yöntem (Ravitch) ile opere edilmiş ve nüks olan PE olgusunun minimal invaziv yöntem

ameliyatı öncesi (1A) ve sonrası (1B)

Ortalama operasyon süresi 83 ± 16 (35–195) dakika idi. Olguların 28'sinde tek bar yerleştirilmesi ile deformitede düzelme sağlanırken iki olguda ilave bir bar daha yerleştirilme ihtiyacı oldu. Operatif mortalite görülmedi. Morbidite % 16.6 olarak saptandı. Bunlar bir olguda kardiyak yaralanma, bir olguda bar kayması, 2 olguda drenaj gerektiren pnömotoraks ve bir olguda seroma idi. Bir olguda postoperatif izlemin 7. ayında ağrı ve pektus bara sekonder bilateral kot fraktürü saptandı ve bu olguda bar çıkartıldı. Literatürde en sık majör komplikasyon bar kayması olup Tablo 1'de majör komplikasyonların literatür ile karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 1. Major komplikasyonların literatür ile karşılaştırılması

Yazar	Hasta sayısı	Majör komplikasyon n (%)	En sık
Molik ve ark.	35	9 (27)	Bar kayması
Nuss ve ark.	329	33 (10)	Bar kayması
Hosie ve ark.	172	19 (11)	Bar kayması
Park ve ark.	322	13 (4)	Perikardit
Boehm ve ark.	21	3 (14)	Bar kayması
Ong ve ark.	78	13 (17)	Bar kayması
Castellani ve ark.	167	7 (4.2)	Bar kayması
Bizim çalışmamız	30	3 (10)	Bar kayması

Hastanede ortalama kalış süresi 3.8 gün (2-7 gün) ve postoperatif ortalama izlem süresi 35.6 ay (14-73 ay) izlendi. Yaşam kalitesi anketinde olguların %93.4'ü tedaviden memnun olduğu görüldü.

Tartışma

Pektus ekskavatumun cerrahi onarımında 1950'lerden bu yana kartilaj insizyonu veya rezeksiyonu sternal osteotomi ile kombine edilmiş çok çeşitli internal fiksasyon yöntemleri kullanılmıştır (9). Fakat bu uzun ve karmaşık yöntem ciddi komplikasyon ve % 5–36 oranında başarısızlığa beraberinde getirmektedir (5). Bizim çalışmamızda da olguların % 10'unda (3 olgu) daha önce Ravitch yöntemi ile opere edilmiş nüks vakalardı. Hastaların nüks sonrası kliniğimize başvurma süresi en kısa 3-4 yıl, en uzun 6-3 yıl idi. Üç olguyada Nuss yöntemi ile pektus bar uygulaması yapıldı.

Pektus Ekskavatumun cerrahi tedavisinde minimal invaziv bir teknik olan Nuss yöntemi; her hangi bir kartilaj rezeksiyonu, pektoral kas flep rezeksiyonu veya sternal osteotomi yapmaksızın onarıma izin veren yeni bir tekniktir. Kısa operasyon süresi, minimal kan kaybı ve post op erken mobilizasyon sağlar. İlk kez 1998 yılında Dr. Donald Nuss'un rapor ettiği 42 vakalık deneyimi PE'a yaklaşımda yeni çığır açmıştır (9). Uzun dönem kozmetik sonuçları "mükemmel" olarak bildirilmiştir. Cerrahi onarım normal göğüs duvarı ekspansiyonunu, fleksibiliti ve elastisitesini normal-

leştirmektedir. Tekniğin basitliği yanında iyi sonuçlar nedeni ile pek çok göğüs cerrahı tarafınca yaygın olarak kullanılmaktadır. Bizim çalışmamızda ortalama operasyon süresi (83 dakika) literatür verilerine göre (75 dakika) biraz uzundu (9).

PE ameliyatının 4 – 8 yaşlarında yapılması gereği vurgulanırken (5,6), literatürde en iyi onarım yaşı halen tartışma konusudur (12,13). Yaşı ileri hastalarda işlem daha zordur, ameliyat zamanı uzar ve kan kaybı daha fazladır. Genç hastalarda ise kaburgaların gelişimi tamamlanmayabilir ve bazı hastalarda asfiksiye neden olan torasik kondropati gelişebilir (13). Bizim olgularımızda ortalama yaş 17.6 idi ve yurt dışı merkezlerden bildirilen serilere göre daha yüksek olmakla beraber yurt içi merkezlerden gelen farklı serilere paralellik göstermektedir (14,15, 16). Bunun sebebi yurtdışı yayınların daha çok çocuk cerrahisi kaynaklı olması ile açıklanabilir.

PE deformitesi, erkeklerde kızlardan daha fazla görülür (17). Bizim serimizdeki cinsiyet dağılımı da buna uygundur. Çalışmamızda hasta memnuniyet oranı % 93 literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Komplikasyonu olmayan her hangi bir cerrahi işlem yoktur. Minimal invaziv yöntem olan nuss tekniğinde az sayıda da olsa komplikasyonlar izlenmektedir. Komplikasyon oranı deneyim kazandıkça azalmaktadır. Komplikasyonlar daha çok bu yöntemi öğrenme periyodunda yüksek orandadır (15).

Literatürde belirtilen en sık komplikasyonlar çelik barın yer değiştirmesi, post operatif pnömotoraks ve enfeksiyondur (18). Nuss onarımından sonra sağ atrium, sağ ventrikül ve parsiyel triküspit kapak yırtılması nedeniyle, acil açık kalp ameliyatı bildirilmiştir (19). Bizim çalışmamızda minör komplikasyon oranı % 10, major komplikasyon oranı % 6.6 olarak saptandı. Bir olgumuzda kardiyak yaralanma nedeniyle acil sternotomiye geçilerek primer onarım yapıldı. Bu sonuçlar literatür ile uyumlu bulundu (20).

Uzun dönemli çalışmalar göstermiştir ki minimal invaziv yöntemle ile yerleştirilen barlar 2 – 4 yıl süreyle yerinde kalmalıdır. 2 yıldan önce çekilen barlarda nüks oranı artar (21). Kliniğimizde barları hastanın yaşını, deformitenin şekli ve göğüs kafesinin yapısını göz önünde bulundurarak 2 ile 4 yıl arasında değişen sürelerle yerinde tutmayı tercih ediyoruz. Bir olgumuz dışında nüks sorunu yaşamadık. Nüks görülen olgumuz, postoperatif izlemin 7. ayında ağrı ve pektus bara sekonder bilateral kot fraktürü saptandı ve bu olguda bar çıkartılmak zorunda kalındı.

Sonuç olarak, Nuss operasyonu çocuk ve genç erişkin olgularda, güvenli ve hızlı bir onarım yöntemidir. Komplikasyon oranı minimal olup olguların fiziksel, psikolojik ve kozmetik kaygıları üzerine pozitif etkisi nedeniyle yüksek hasta memnuniyeti sağlamaktadır.

Kaynaklar

1. Fonkalsrud EW, Dunn JCY, Atkinson JB. Repair of pectus excavatum deformities: 30 years of experience with 375 patients. *Ann Surg* 2000; 231:443-8.
2. Shamberger RC, Welch KJ. Surgical repair of pectus excavatum. *J Pediatr Surg* 1988;23:615-22.
3. Shamberger RC. Cardiopulmoner effects of anterior chest wall deformities. *Chest Surg Clin North Am* 2000;10:245-59.
4. Wynn SR, Driscoll DJ, Ostrom NK et al. Exercise cardiorespiratory function in adolescents with pectus excavatum. Observations before and after operation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990;99:41-7.
5. Morshuis WJ, Mulder H, Wapperom G et al. Pectus excavatum. A clinical study with long-term postoperative follow-up. *Eur J Cardiothorac Surg* 1992;6:318-29.
6. Haller JA, Scherer LR, Turner CS et al. Evolving management of pectus excavatum based on a single institutional experience of 664 patients. *Ann Surg* 1989;209:578-83.
7. Robicsek F. Surgical treatment of pectus excavatum. *Chest Surg Clin North Am* 2000;10:277-96.
8. Ravitch MM (1949) The operative treatment of pectus excavatum. *Ann Surg* 129:429-44
9. Nuss D, Kelly RE, Croitoru DP et al. A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum. *J Pediatr Surg* 1998;33:545-52.
10. Pilegaard HK, Licht PB. Early results following the Nuss operation for pectus excavatum—a single-institution experience of 383 patients. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2008;7(1):54-7.
11. Haller JA, Kramer SS, Lietman SA. Use of CT scans in selection of patients for pectus excavatum surgery: A preliminary report. *J Pediatr Surg* 1987;22:904-6
12. Humphreys GH 2nd, Jaretzki A 3rd. Pectus excavatum. Late results with and without operation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980;80:686-95.
13. Haller JA Jr, Colombani PM, Humphries CT, Azizkhan RG, Loughlin GM. Chest wall constriction after too extensive and too early operations for pectus excavatum. *Ann Thorac Surg* 1996;61:1618-24.
14. Zeng Q, Lai JY, Wang XM, Lee JL, Chia ST, Wang CJ, Chen JC, Chang PY. Costochondral changes in the chest wall after the Nuss procedure: ultrasonographic findings. *J Pediatr Surg*. 2008 Dec;43(12):2147-50
15. Uemura S, Nakagawa Y, Yoshida A, Choda Y. Experience in 100 cases with the Nuss procedure using a technique for stabilization of the pectus bar. *Pediatr Surg Int*. 2003;19(3):186-9.
16. Önen A, Şanlı A, Eyüboğlu GM, Gökçen KB, Karaçam V. Minimal invaziv teknik uygulanan pektus ekskavatumlu olgularda erken dönem memnuniyet bildirimi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2008;16(2):113-7
17. Shamberger RC. Cardiopulmoner effects of anterior chest wall deformities. *Chest Surg Clin North Am* 2000;10:245-59.
18. Engum S, Rescorla F, West K, et al. Is the grass greener? Early results of the Nuss procedure. *J Pediatr Surg*. 2000;35(2):246-51.
19. Willekes CL, Backer CL, Mavroudis C. A 26-year review of pectus deformity repairs, including simultaneous intracardiac repair. *Ann Thorac Surg* 1999;67:511-8.
20. Castellani C, Schalamon J, Saxena AK, Höellwarth ME. Early complications of the Nuss procedure for pectus excavatum: a prospective study. *Pediatr Surg Int*. 2008;24(6):659-66.
21. Bostancı K, Özalper H, Yuksel M. Pektus ekskavatum deformitesinde minimal invaziv onarım tekniği: Marmara deneyimi. *Marmara Medical Journal* 2011; 24 (1):38-43

Aslıhan ALP ÖZTÜRK*
Hakan YETİMALAR**

*İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**İzmir Özel Medifema Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Yazışma Adresi: Aslıhan ALP ÖZTÜRK
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir
E-mail: draslihanalp@gmail.com

Geliş Tarihi: 08.11.16
Kabul Tarihi: 14.11.16

Abdominal Yolla Yapılan Kolpektominin Ön Kompartman Defekti Ve Stres Üriner İnkontinans Üzerine Etkileri *The Effects Of Abdominal Colpectomy On Anterior Compartment Defect And Stress Urinary Incontinence*

Öz

Amaç: Çalışmamızın amacı ön kompartman defekti-ne bağlı POP (pelvik organ prolapsusu) ve SUI'ı (stres üriner inkontinans) olan hastalarda, abdominal yolla uygulanan sistosel tamirinin ön kompartman defekti ve stres üriner inkontinans üzerine etkinliğini araştırmaktır.

Materyal ve Method: Bu çalışma kliniğimize başvuran, benign nedenli histerektomi endikasyonu olan, beraberinde servikal halkadan kopma defektli sistosel tanısı alan ve SUI'ı olan 20 hastada yapıldı. Hastaların operasyonlardan önce demografik özellikleri belirlendi. Hastaların idrar kaçırma semptomları değerlendirildi. Klinik muayenede saptanan pelvik organ prolapsusu, POPQ derecelendirme sistemine göre yapıldı. Hastalara uygulanacak cerrahi prosedür defektin tipine göre seçildi. Buna uygun olarak 20 olguya abdominal histerektomiye takiben vajenden üçgen lambdo çıkarılması (wedge kolpektomi) operasyonu uygulandı.

Bulgular: Hastalara uygulanan operasyondan önce ve sonra POPQ değerleri karşılaştırıldığında, hastalarda ön kompartman defektinde istatistiksel olarak anlamlı bir anatomik düzelme saptandı ($p<0,05$). Hastaların preoperatif ve postoperatif idrar kaçırma şikayetleri objektif ve subjektif olarak karşılaştırıldığında ise, olguların hepsinde preoperatif stres test pozitifliği.

Sonuç: POP'nun bir komponenti olan ön kompartman defektinde abdominal cerrahi tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı anatomik düzelme elde edilmiştir, ancak idrar kaçırma semptomlarında belirgin iyileşme saptanmamıştır. Çalışmamızda idrar kaçırma şikayeti olan hastalara abdominal yolla uygulanan sistosel tamirine inkontinans cerrahisi eklenmesi gerektiği anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, stres üriner inkontinansı, wedge kolpektomi.

Abstract

Aim: The aim of this study is to investigate the effectiveness of abdominal cystocele repair on anterior compartment defects and stress urinary incontinence in patients with POP and SUI related with anterior

compartment defects.

Materials and methods: This study was performed in 20 patients admitted to our clinic with an indication of hysterectomy for a benign reason accompanied by cystocele with ruptured effect from the cervical ring and SUI diagnoses. The demographic characteristics of the patients were determined before the operation. Urinary incontinence symptoms were evaluated. Pelvic organ prolapse detected on clinical examination was evaluated according to POPQ rating system. Surgical procedures to be applied to the patients were selected according to the type of the defect. Accordingly removal of lambdo triangle from vagina (wedge colpectomy operation) was applied after total abdominal hysterectomy to 20 patients.

Findings: When POPQ values of the patients before and after the surgery were compared a statistically significant ($p < 0.05$) anatomical improvement was detected in the defects of the anterior compartment. When preoperative and postoperative urinary incontinence complaints of the patients were objectively and subjectively compared preoperative stress testing was positive in all cases.

Results: A statistically significant anatomical improvement was obtained after abdominal surgery for defects in the anterior compartment which is a component of POP, but there was no significant improvement on urinary incontinence symptoms. In this study it has been found that addition of incontinence surgery is necessary when abdominal cystocele repair is performed on patients suffering from urinary incontinence.

Keywords: Pelvic organ prolapse, stress urinary incontinence, wedge colpectomy.

Giriş

Pelvik organ prolapsusu (POP), normal yerleşiminde vajinal kubbeye komşu olan pelvik organların birinin veya birkaçının birlikte normal lokalizasyonundan aşağıya veya öne doğru yer değiştirmesidir (1). Semptomatik POP'un tedavisinde cerrahi etkin bir seçenektir. POP ve neden olduğu semptomlar nedeniyle opere olma oranı % 11 olarak bildirilmektedir (2). Cerrahi tedavinin hedefleri semptomların giderilmesi, anatominin düzeltilmesi ve rekürrens önlenmesidir (3). POP prevalansı % 31,8 olarak olup ön kompartman defekti ise %9,3 olarak belirtilmektedir (4). Öte yandan POP nedeniyle oluşan alt üriner sistem semptomları, yaşla artan bir prevalans göstermektedir. Bu semptomlar; dolum veya irritatif semptomlar (sık idrara gitme, ani işeme hissi, ağrılı idrar, gece tualete kalkma, stres inkontinans, ani işeme

hissi inkontinans), işeme veya obstrüktif semptomlardır (idrara akımının yavaş olması, idrara başlamada güçlük, idrar sonrası damlama, yeterince idrarı boşaltamama, taşma inkontinansı) (5).

Çalışmamızın amacı ön kompartman defektine bağlı POP ve SUI'ı olan hastalarda, abdominal yolla uygulanan sistosel tamirinin (wedge kolpektomi) ön kompartman defekti ve stres üriner inkontinans üzerine etkinliğini araştırmaktır.

Materyal ve Method

Bu çalışma ocak 2014 ile şubat 2015 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde benign nedenli histerektomi planlanan beraberinde POPQ Evre I - II sistosel tanısı alan ve SUI'ı olan 20 hastada prospektif olarak yapılmıştır.

Çalışmamıza otuz beş ile altmış beş yaş arası, benign nedenlerle abdominal histerektomi adayı olan, beraberinde ön kompartman defekti ve servikal halkadan kopma defekti olup POPQ Evre I-II sistosele eşlik eden stres üriner inkontinansı olan kadınlar arasından ameliyatı kabul eden hastalar dahil edilmiştir. Otuz beş yaş altı ile altı beş yaş üstü, gebeliği olan, malign nedenlerle histerektomi planlanan, çoklu kompartman defekti, urge ya da mik inkontinansı, önceden geçirilmiş ürojinekoloji operasyonu, idrar yolu enfeksiyonu, sistosel evresinin POPQ'ya göre evre III veya daha fazla olduğu kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Hastaların idrar kaçırma şikayeti operasyondan önce ve sonra ayrıntılı bir şekilde sorgulandı. Hastalar operasyon sonrası ortalama 3 ay takip edilmiş olup operasyondan sonra en son takiplerindeki semptomları kaydedildi. Pelvik muayenede önce ürogenital mukozanın durumu (atrofi, enfeksiyon) değerlendirildi. Hastalara spekulum muayenesi ve bimanuel muayene yapıldı. Nörolojik muayene kapsamında pudendal sinir ve S2 ve S4 sakral refleks arkına yönelik değerlendirme için perianal ve bulbo kavernöz reflekslere bakıldı. Bivalv spekulum ve histerometri yardımıyla, hastaya valsalva manevrası yaptırılarak POPQ evrelemesi yapıldı ve apikal, anterior ve posterior kompartmanlar değerlendirildi. Ayrıca stres inkontinans semptomu veren hastalara öksürme ile idrar kaçırma değerlendirilen stres testi, üretral hipermobilitiyi değerlendirmek için Q tip testi uygulandı. Hastaların preoperatif ve postoperatif idrar kaçırma şikayetleri objektif ve sübjektif olarak karşılaştırıldı. Her hastaya rutin transvajinal ultrasonografi ve smear kontrolü yapıldı. Beraberinde açıklanamayan anormal uterin kanaması olan hastalara D&C yapıldı.

Hastalara histerektomiye takiben vajenden üçgen

lambdo çıkarılma işlemi uygulanıldı. Operasyon esnasında histerektomiye takiben stump horizontal hattından mesane boynuna doğru, orta hatta 2 cm uzaklığındaki nokta üçgenin tepesi olacak şekilde ve tabanı stump mesafesinde üçgen lambdo çıkarılma işlemi uygulandı (wedge kolpektomi). Kolpektomi sahası sıfır numara vicryl ile sütüre edildi. Sütür vagina da kalacak şekilde kapatıldı.

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Version 22 paket programında %95 güvenle yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma (minimum-maksimum) şeklinde ifade edildi. Önceki değerlere göre sonraki değişimlerdeki farkı ölçmek için McNemar Bowner ve Wilcoxon Signed Ranks test istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 20 hastanın demografik özellikleri tablo 1'de değerlendirilmiştir. Hastaların tümünde doğumun vajinal yol ile gerçekleştirildiği görülmüştür. Hiçbir hastada sezaryen ile doğum öyküsü yoktu. Hastaların 9 tanesinde epizyotomi (%45), 11 tanesinde epizyotomisz (%55) doğum öyküsü vardı. Hastaların 7'si premenapozal dönemde (%35), 13'ü postmenapozal dönemdeydi (%65). Hiçbir hasta hormon replasman tedavisi almamıştı. Hastaların ek hastalıklarına baktığımızda 2'sinde diyabetis mellitus (%10), 6'sında hipertansiyon (%30) mevcuttu. Hastaların 12'sinde (%60) ise ek hastalık yoktu.

Tablo 1: Olguların demografik özellikleri

	Ort. $\pm$ SS	Min.	Max.
Yaş (Yıl)	50,6 $\pm$ 5,99	42	62
VKİ (kg/m ²)	28,22 $\pm$ 3,11	21,1	33,2
Parite	1,85 $\pm$ 0,67	1	3
Gravite	3,35 $\pm$ 1,35	1	6

Ön kompartman defekti olan 20 hastanın; Ba noktası değişimi operasyon öncesi $0,3 \pm 0,98$ iken operasyon sonrası $-0,3 \pm 1,13$ olarak bulunmuştur. Preop POPQ Ba noktası ile postop Ba değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,014$). Bp noktası operasyon öncesi $-2,8 \pm 0,41$ iken operasyon sonrası $-2,85 \pm 0,37$ olarak bulunmuştur. Preop Bp ile postop Bp değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,317$). C noktası operasyon öncesi $-6,7 \pm 0,92$ iken operasyon sonrası $-6,55 \pm 0,69$ olarak bulunmuştur. Preop C noktası ile postop C noktası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,496$) (Tablo 2).

Tablo 2: Ba ,Bp ve C değişkenlerinin önceki ve sonraki değerlerinin ortalama dağılımı

	Ort. $\pm$ SS	P
Preop Ba Postop Ba	$0,3 \pm 0,98$ $-0,3 \pm 1,13$	0,014
Preop Bp Postop Bp	$-2,8 \pm 0,41$ $-2,85 \pm 0,37$	0,317
Preop C Postop C	$-6,7 \pm 0,92$ $-6,55 \pm 0,69$	0,496

Hastalar SUI'ları açısından incelendiğinde; olguların hepsinde preoperatif stres test pozitif. Operasyondan sonraki kontrollerde de stres test pozitif saptandı. Bu karşılaştırma istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Operasyonlardan sonra 2 hastanın subjektif olarak şikayetleri geriledi. Preop ile postop subjektif test oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tartışma

Pelvik organ prolapsusunun patofizyolojisi tam olarak anlaşılmamakla birlikte genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı multifaktöryel bir problem olduğu bilinmektedir. Pelvik taban üzerindeki abdominal basıncı arttıran veya pelvisteki kas ve bağ dokusunun bütünlüğünü etkileyen tüm nedenler prolapsus gelişiminde rol oynar. Vajinal doğum, ileri yaş, geçirilmiş histerektomi, obezite, kronik konstipasyon, bağ dokusu hastalıkları ve aile öyküsü bu patolojiye katkıda bulunan sebeplerdir. En çok ilişkilendirilen risk faktörleri vajinal doğum, ileri yaş ve obezitedir(6).

Womens Health Initiative (WHI) çalışmasında altmış ile yetmiş dokuz yaş arası kadınlarda prolapsus gelişme riski yüksek bulunmuştur (7). POSST çalışmasında da her dekatta prolapsus riskinin %40 oranında arttığı gösterilmiştir (8). Bizim çalışmamızda da POP nedeniyle opere ettiğimiz olguların %65'i postmenopozal dönemde olup, 20 olgunun yaş ortalamasının $50,6 \pm 5,99$ olması (minimum 42- maximum 62), ilerleyen yaş ve menopozal durum ile birlikte pelvik taban desteğinin azaldığını ve defektlerin artarak POP riskini arttırdığını düşündürmektedir. Obezitenin POP gelişiminde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Aşırı kilolu (VKİ = 25-30 kg/m², Odds ratio: 2.51; 95 % CI 1.18 - 5.35) ve obez (VKİ = >30 kg/m², Odds ratio: 2.56; 95 % CI 1.23 - 5.35) kadınlar POP gelişimi açısından yüksek risklidir (9,10). Bizim çalışmamızda olgularımızın ortalama VKİ $28,22 \pm 3,11$ kg/m² (minimum 21,1 – maximum 33,2) olup aşırı kilolu gruba girmektedirler. Literatürle uyumlu olarak olgularımızın çoğunun aşırı kilolu, ileri yaşta ve postmenopozal dönemde olduğu

gözükmektedir. Hendrix ve ark. yaptıkları çalışmada 5'e kadar olan her bir vajinal doğumun prolapsus riskini %10 - 20 oranında artırdığını saptamışlardır (9). Nullipar kadınlarla karşılaştırıldığında, iki vajinal doğum yapan kadınların prolapsus geliştirme açısından relatif riski %8.4 iken, dört veya daha fazla doğum yapanlarda bu risk % 10.9'a çıkmaktadır (10). Lukacz ve ark. 3050 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, bir ya da daha fazla vajinal doğum yapan kadınlarda semptomatik POP gelişme riskinin sezaryan ile doğum yapan kadınlara göre 3,21 kez daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (11). Aynı zamanda sezaryen doğumların vajinal doğumlara göre pelvik taban bozukluğunda nulliparlara benzer bir koruma sağladığını göstermişler ve pelvik taban disfonksiyonunun yalnız parite ile ilişkili olmadığını vurgulamışlardır. Vajinal doğum ve sayısı POP etiyopatogenezinde önemli rol oynamaktadır. Bizim çalışmamızda, ön kompartman defekti nedeniyle opere edilen olguların parite ortalaması $1,85 \pm 0,67$ (minimum 1 – maximum 3) idi. Olgularımızın 9 (%45) tanesi epizyotomili, 11 (%55) tanesi epizyotomisiz doğum yapmıştır, sezaryen ile doğum yapan hasta ise bulunmamaktadır.

Pelvik organ prolapsusunun üriner inkontinansa olan etkisi üzerine yapılan bir çalışmada 2.derece ve üzerindeki POP (sistosel, rektosel) olan hastalara cerrahi yapılmış, cerrahi öncesi ve sonrasında üriner semptom değerlerine bakıldığında; sık idrara gitme %66,7'den %20,5'e, ani sıkışma hissi ile idrar kaçırma %64,1'den %14,1'e gerilediği ve iyileşmenin anlamlı olduğu görülmüştür (12). Bir çalışmada ise sistoseli olan hastalarda anterior kolporafi ve meş cerrahisi ile semptomatik düzelme oranları değerlendirilmiştir. Meş cerrahisi yapılan hasta grubunda ani işeme hissi, sık idrar yapma, anormal boşaltım, pelvik ağrı şikayetlerinde anlamlı düzelme saptanmıştır, anterior kolporafi yapılan hastalarda ise sadece anormal boşaltım ve ani işeme hissi anlamlı düzelme saptanmıştır (13). Bizim çalışmamızda ise cerrahi öncesi ve sonrası değerlere bakıldığında idrar kaçırma şikayeti %100'den, %90'a değiştiği saptanmıştır. Bu değişim istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Pelvik organ prolapsusunda hastaların semptomları prolabe olan anatomik yapıya göre değişmekle birlikte en sık görülen semptomlar pelvik basınç hissi, vajende dolgunluk ve sarkmanın hissedilmesi, üriner ve gastrointestinal sisteme ait bulgular ve seksüel fonksiyon bozukluklarıdır. Ellerkmann ve ark. POP'u olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, %63 sarkmayla ilgili semptomlar, %73 idrar kaçırma, %86 sık idrara çıkma, %62 idrar yapmada bozukluk tespit etmiştir (14). Bu olgulara, prolapsusun tipi ve dere-

cesi, hastanın genel sağlık durumu, semptomları, yaşam kalitesinde bozulma gibi faktörler göz önünde bulundurularak optimal tedavi seçeneği planlanır. Anterior kompartman defektinde cerrahi tedavinin amacı vajenin fizyolojik anatomisinin yeniden oluşturulması, semptomların giderilmesi ve alt üriner sistemin korunmasıdır (2). Yapılan operasyonlar ile anatomik kür oranı % 30 ile % 97 arasında değişmektedir (15,16). Weber ve ark.'nın çeşitli operasyonları karşılaştırmak için yaptıkları bir çalışmada operasyon sonuçları arasında anlamlı istatistiksel fark gözlenmemekle birlikte %46'lara varan anatomik kür sağlanmıştır (17). Yapılan başka bir çalışmada ise sistoseli olan hastalarda anterior kolporafi ve meş cerrahisi ile anatomik ve fonksiyonel düzelme oranları değerlendirilmiştir. Her iki grupta da anlamlı olarak anatomik düzelme izlenmiştir (sırasıyla %72-%91). Köse ve ark. tarafından ön vajinal duvarın vajinal yoldan ATFP'lere sütüre edilmesi tekniği ile yapılan ve 45 hasta içeren başka bir çalışmada ise Aa ve Ba değerleri incelendiğinde sırasıyla preopoperatif Aa: $1,5 \pm 1,2$ / Ba: $2,3 \pm 1,6$, postoperatif Aa: $-2,2 \pm 0,9$ / Ba: $-2,4 \pm 1,1$ değerleri elde edilmiş ve değişimin anlamlı olduğu belirtilmiştir (18). Yapılan başka bir çalışmada ise sistoselin cerrahi tedavisinde transabdominal wedge kolpektominin etkinliğinin değerlendirilmiş. Bu çalışmada 1. derece veya 2. derece sistoseli (beechem classification), rektoseli, SUI'ı ve benign pelvik kitlesi olan olan 163 kadın hasta değerlendirilmiş. Wedge kolpektomi onarımında absorbable sütürler kullanılmış. Üç yıllık takipte sistosel kür oranı %90,2 saptandı ve preoperatif derecesi ile ilişkili saptanmış. Preoperatif 1. derece sistosel olan vakalarda %95,5, 2. derece sistosel izlenen vakalarda %76,5 düzelme izlenmiş. Vakaların ortalama %90,2'sinde düzelme saptanmış. Bir yıllık takipte kür oranı sütür tipi (vicril, PDS) ile ilişkili olarak değiştiği saptanmış. İki yıllık takipte rektosel oranı %97,2, vajinal kuf prolapsusu vakaların %3,5 da gözlenmiştir. Burch kolposüspansiyondan sonra %10 hastada SUI nüksü görüldü. Mevcut serilerde Wedge kolpektomi 1.derece sistosellerin tamirinde efektif olabileceği bildirilmiş. Oysa preop 2.derece sistoseli olan hastalarda yüksek nüks oranı saptanmış (19). Bizim çalışmamızda ise wedge kolpektomi uygulanan hastalarda operasyon öncesi Ba $0,3 \pm 0,98$ ve operasyon sonrası bakılan Ba değerlerinde $-0,3 \pm 1,13$ olarak saptanmıştır. Olgularımızda ön kompartman defektine yönelik yapılan abdominal cerrahi sonrasında hastaların anterior kompartman (Ba) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzelme saptanmıştır.

Sonuç

Abdominal yolla uygulanan sistosel tamiri ile ön

kompartman defektinin anatomik düzelmesi ile stres üriner inkontinans semptomlarının gerilemediği görülmüştür. Aynı zamanda inkontinasi olan hastalarda abdominal yolla uygulanacak olan sistosel tamirine, inkontinans cerrahisi eklemesi gerektiği anlaşılmıştır. Sınırlı sayıda hasta ile gerçekleştirilen bu çalışmada wedge kolpektominin servikal halkadan kopma defektli POPQ Evre I-II sistosel vakalarında anatomik düzelme sağlamak açısından önerilebilir bir cerrahi yöntem olabileceğini düşünmekteyiz. Öte yandan bu ilişkiyi daha net ortaya koyabilmek ve rekürrensleri de saptamak için daha büyük vaka sayısı ile yapılan, uzun takip sürelerini içeren randomize kontrollü prospektif yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. DeLancey, John OL. "The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment." *American journal of obstetrics and gynecology* 2005; 192(5): 1488-1495.
2. Olsen, A. L., Smith, V. J., Bergstrom, J. O., Colling, J. C., & Clark, A. L. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, 1997; 89(4): 501-506.
3. Novara, Giacomo, Walter Artibani. "Surgery for pelvic organ prolapse: current status and future perspectives." *Current opinion in urology* 2005 ; 15(4): 256-262.
4. Handa, V. L., Garrett, E., Hendrix, S., Gold, E., & Robbins, J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2004; 190(1): 27-32.
5. Hunskaar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A. R., Hjälmås, K., & Lapitan, M. C. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*, 2003 ; 62(4): 16-23.
6. Jelovsek, J. Eric, Christopher Maher, and Matthew D. Barber. "Pelvic organ prolapse." *The Lancet* 369.9566 2007; 1027-1038.
7. Röckner, Gunny, Aino Jonasson, and Anders Ölund. "The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones." *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 1991; 70(1): 51-54.
8. Swift, S., Woodman, P., O'Boyle, A., Kahn, M., Valley, M., Bland, D & Schaffer, J. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2005; 192(3): 795-806.
9. Connolly, Anna Marie, and John M. Thorp. "Childbirth-related perineal trauma: clinical significance and prevention." *Clinical obstetrics and gynecology* 1999; 42(4): 820.
10. Swift, Steven E., Susan B. Tate, and Joyce Nicholas. "Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse?" *American journal of obstetrics and gynecology* 2003; 189(2): 372-377.
11. Lukacz, E. S., Lawrence, J. M., Contreras, R., Nager, C. W., & Luber, K. M. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 2006; 107(6): 1253-1260.
12. El-Azab, Ahmed S., Alaa A. Abd-Elseyed, and Hala MK Imam. "Patient reported and anatomical outcomes after surgery for pelvic organ prolapse." *Neurourology and urodynamics* 2009; 28(3) 219-224.
13. Sivaslioglu, A. A., E. Unlubilgin, and I. Dolen. "A randomized comparison of polypropylene mesh surgery with site-specific surgery in the treatment of cystocele." *International Urogynecology Journal* 2008; 19(4): 467-471.
14. Mouritsen, Lone. "Classification and evaluation of prolapse." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2005; 19(6): 895-911.
15. O'Leary, J. A., J. L. O'Leary. "The extended Manchester operation. A review of 289 cases." *American journal of obstetrics and gynecology* 1970; 107(4): 546-550.
16. Colombo, M., Vitobello, D., Proietti, F., & Milani, R. Randomised comparison of Burch colposuspension versus anterior colporrhaphy in women with stress urinary incontinence and anterior vaginal wall prolapse. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2000; 107(4): 544-551.
17. Weber, A. M., Walters, M. D., Piedmonte, M. R., & Ballard, L. A. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2001; 185(6): 1299-1306.
18. Köse, O., Sağlam, H. S., Kumsar, Ş., Budak, S., & Adsan, Ö. (2013). A Novel Technique for Anterior Vaginal Wall Prolapse Repair: Anterior Vaginal Wall Darn. *The Scientific World Journal*, 2013.
19. Quadri, G., Magatti, F., Belloni, C., & Mattioli, G. Transabdominal repair of cystocele by wedge colpectomy during combined abdominal-vaginal surgery. *International Urogynecology Journal*, 1997; 8(5): 278-283.

Volkan KARAÇAM*
Kemal Can TERTEMİZ**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Yazışma adresi: Volkan KARAÇAM
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Narlıdere/İzmir.
E-mail: volkankaracam@hotmail.com

Ekstrapulmoner Endobronşial Metastazlarda Girişimsel Bronkoskopi Sonuçlarımız

Interventional Bronchoscopy Results in Extrapulmonary Endobronchial Metastases

Öz

Amaç: Ekstrapulmoner endobronşial metastazlar (EBM) son derece nadirdir. Bununla birlikte büyük hava yollarındaki metastazlar ciddi obstruktif solunum bulgularına neden olur. Asıl tedavileri sistemik ve lokal tedaviler olsa da girişimsel bronkoskopik yöntemler hızlı bir şekilde semptomatik düzelme sağlamaktadır. Kliniğimizde girişimsel bronkoskopi uyguladığımız EBM olgularını değerlendirmeyi amaçladık

Yöntem: Ekim 2014-Haziran 2016 tarihleri arasında endobronşial tedavi uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Ekstratorasik maligniteye bağlı EBM saptanan olgular çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Ekstratorasik malignitesi olup endobronşial tedavi uygulanan toplam 11 olgu değerlendirmeye alındı. Olguların ortalama yaşı 59.8 saptandı. Olguların 8'i (%72.7) erkek ve 3'ü (%27.3) kadındı. Olgulardan 4'üne ikişer kez endobronşial tedavi uygulanmıştı. Olguların yedisinin (%63.6) eksitus olduğu görüldü. Eksitus olan olguların ortalama yaşam süresi 4.6 aydı. Yaşayan dört olgunun (%36.4) ortalama takip süresi 13.2 aydı.

Sonuç: Girişimsel bronkoskopik yöntemler büyük hava yollarındaki obstruktif patolojilerde hızlı, güvenli ve etkin bir şekilde müdahale imkanı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endobronşial metastaz, girişimsel bronkoskopi, ekstrapulmoner maligniteler

Abstract

Background: Extrapulmonary endobronchial metastasis (EBM) are rare. However, central airway metastasis result severe obstructive respiratory symptoms. Main treatment strategies are systematic, but interventional bronchoscopic procedures provide rapid symptomatic relief as well. We aimed to evaluate the EBM cases underwent interventional bronchoscopy.

Method: We evaluated the patients undergone endobronchial treatment between October 2014 and June 2016 retrospectively. EBM related with extrathoracic malignancy were included.

Results: Eleven cases with extrathoracic malignancy and undergone endobronchial treatment. Mean age was 59.8(±13.7). Eight (72.7%) of the subjects were

Geliş Tarihi: 22.11.16

Kabul Tarihi: 30.11.16

man and 3 (27.3%) were female. Four of them undergone endobronchial treatment twice. Seven (63.6%) of the subjects died. Mean duration of life the ones died was 4.6 (± 1.6) moths. Mean follow-up of the 4 survived patients was 4.6 (± 1.6) months.

Conclusion: Interventional bronchoscopic procedure has the chance of safe, effective and rapid improvement for central airway obstructions.

Keywords: Endobronchial metastasis, interventional bronchoscopy, extrapulmonary malignant

Giriş

Primer ekstrapulmoner solid malignitelerin seyri sırasında %20-50 oranında pulmoner metastaz görülebilmektedir (1,2). Akciğer dışı malignitelerin metastazları genellikle akciğer parankiminde görülmekle birlikte endobronşial metastaz sıklığı %2-28 arasında değişiklik göstermektedir (3).

Ekstratorasik malignitelerin endobronşial metastazları (EBM) primer tümörün histopatolojisine, evresine ve yaşam süresine göre farklı klinik tablolar ile karşılaşılabilir (4). En sık görülen semptomlar genellikle öksürük, nefes darlığı, balgam ve hemoptizidir. Solid tümörler içerisinde en sık EBM yapan tümörler arasında; meme, böbrek ve kolorektal tümörler yer almaktadır (5-7).

EBM solunumsal yakınmalara neden olarak hastaların yaşam kalitesini bozmaktadır. Aynı zamanda özellikle ana bronş ve trakea düzeyinde olan metastazlar masif hemoptizi ve solunum yolunun tıkanmasına neden olarak yaşamı tehdit edebilir. Bu nedenle, seçilmiş EBM'li olgularda girişimsel bronkoskopik tedavilerle hava yolunun açık tutulması sağlanarak semptomatik iyileşmenin yanında primer hastalığa yönelik diğer tedavi yöntemlerinin uygulanabilmesini sağlayarak sağ kalımı uzatabilmektedir (4). Seçilecek girişimsel bronkoskopik yöntem, ekibin deneyimine, eldeki mevcut olanaklara ve hastanın klinik durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı ekstratorasik maligniteye bağlı EBM saptanan ve girişimsel bronkoskopi tedavi uygulanan olguların, işlem öncesi ve sonrasındaki klinik ve radyolojik durumlarının değerlendirilmesi ve yaşam sürelerinin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntemler

Hastalar

Ekim 2014- Haziran 2016 tarihleri arasında endobronşial tedavi uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Ekstratorasik maligniteye bağlı EBM saptanan olgular çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik verileri, semptomları, primer maligniteleri, radyolojik bulguları, uygulanan girişimsel tedavi yön-

temleri, antineoplastik tedaviler ve işlem sonrasında sağ kalım süreleri değerlendirildi.

Tüm olgularda histopatolojik olarak primer malignitenin metastazı olduğu konfirme edildi. Primer akciğer kanseri, lenfoma, tiroid ve özefagus maligniteleri çalışmadan dışlandı. İşlem öncesinde tüm olgulara toraks bilgisayarlı tomografisi çekildi.

Endobronşial Tedavi

Tüm olgular genel anestezi altında rijit bronkoskop ile entübe edildi. Hem rijit hem de fleksibl bronkoskop kullanılarak endobronşial girişimlerin tamamı aynı göğüs cerrahisi ve göğüs hastalıkları uzmanı tarafından birlikte gerçekleştirildi. Endobronşial tedavide lümen açıklığının sağlanmasında uygun görülen mekanik debalking, elektrokoter, rezektör balon ve balon dilatasyon yöntemleri kombine edilerek uygulandı.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme SPSS 22.00 paket programı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin özelliğine göre ortalama ve standart sapma (SD) veya ortanca ve çeyrekler arası aralık (IQR) hesaplandı. Kategorik değerlendirmeler için kıkare kullanıldı. $P < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

Ekstratorasik malignitesi olup endobronşial tedavi uygulanan toplam 11 olgu değerlendirmeye alındı. Olguların ortalama yaşı $59.8(\pm 13.7)$ saptandı. Olguların 8'i (%72.7) erkek ve 3'ü (%27.3) kadındı. Olgulardan 4'üne ikişer kez endobronşial tedavi uygulanmıştı. İki olguda bir ay sonra, bir hastada üç ay sonra ve bir hastada 10 ay sonra işlem tekrarlanmıştı. Olguların yedisinin (%63.6) eksitus olduğu görüldü. Eksitus olan olguların ortalama yaşam süresi $4.6(\pm 1.6)$ aydı. Yaşayan dört olgunun (%36.4) ortalama takip süresi $13.2(\pm 2.4)$ aydı. En erken ölüm işleminden 3 ay sonrasında gerçekleşmişti.

Semptomlar açısından bakıldığında olguların tamamında öksürük yakınması varken %81.8'inde dispne, %36.3'ünde hemoptizi yakınması vardı. Endobronşial tümör metastaz lokalizasyonları üç olguda trakeal, iki olguda sağ ana bronş, iki olguda sol ana bronş, bir olguda karinal, bir olguda her iki ana bronş, bir olguda karina ve her iki ana bronş ve bir olguda ise trakea ve sağ ana bronşta idi.

Olguların tamamında işlem sırasında elektrokoter ve mekanik debalking uygulandı (Resim 1,2). Dört olguda balon dilatasyon ve iki olguda rezektör balon uygulaması yapıldı. Endobronşial girişim sonrasında olguların ikisine kemoterapi, ikisine radyoterapi ve ikisine hem kemoterapi hem de radyoterapi uygulanmıştı. Tablo 1' de hastaların özellikleri ve uygulanan

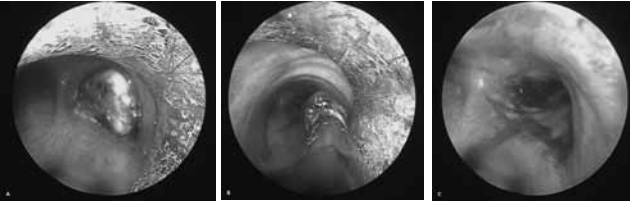
tedavi yöntemleri gösterilmiştir.

Tablo 1. Olguların yaşları, primer maligniteleri, semptomları, metastazın lokalizasyonları, uygulanan tedavi yöntemleri, sayıları ve sağ kalım durumları

Yaş	Primer tümör	Semptom	Metastaz lokalizasyonu	Tedavi	Girişim sayısı	Sağ kalım
62	Sarkom	Dispne, öksürük	Trakea, parankim	Koter, rezektör, balon, RT	2	Eksitus
65	Malign melanom	Dispne, öksürük	Sol ana bronş, parankim	Koter, rezektör, balon, RT, KT	2	Eksitus
42	Renal hücreli karsinom	Dispne, öksürük, hemoptizi	Sağ ana bronş, parankim	Koter	1	Eksitus
80	Kolon adenokarsinom	Dispne, öksürük	Karina	Koter, RT	1	Eksitus
56	Mide adenokarsinom	Dispne, öksürük, hemoptizi	Trakea, parankim	Koter, RT, KT	1	Sağ
65	Sarkom	Dispne, öksürük	Sol ana bronş	Koter	1	Eksitus
76	Kolon adenokarsinom	Dispne, öksürük, hemoptizi	Sağ ana bronş	Koter, balon, dilatasyon	2	Eksitus
60	Hepatoselüler karsinom	Dispne, öksürük	Sağ ve sol ana bronş, parankim	Koter, balon, dilatasyon	1	Sağ
61	Hepatoselüler karsinom	Öksürük, hemoptizi	Karina, sağ ve sol ana bronş, parankim	Koter, balon, dilatasyon	2	Eksitus
53	Meme karsinomu	Öksürük	Trakea	Koter, KT	1	Sağ
38	Meme karsinomu	Dispne, öksürük	Trakea ve sağ ana bronş, parankim	Koter, balon, dilatasyon, KT	2	Sağ

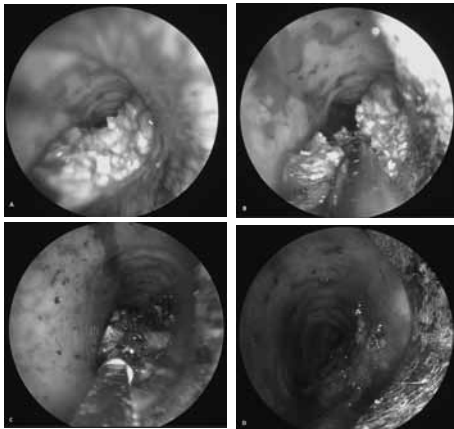
*RT: radyoterapi, KT: kemoterapi

Resim 1. Sağ ana bronş metastazı olan renal karsinomlu olgunun işlem öncesi (A), metastazın çıkarılması



ması sırasındaki (B) ve sonrasındaki görüntüsü (C)

Resim 2. Trakea metastazı olan mide adenokarsinom olgusu. A. İşlem öncesi görüntüsü. B. Elektrokoter ile yapılan ablasyon. C. Punch forceps ile yapılan tümör



debulking. D. İşlem sonrası görüntü

Tartışma

Akciğerler ekstrapulmoner malignitelerin metastazları açısından en sık görülen organlardır. Buna rağmen EBM gelişimi nadirdir. Günümüzde en sık EBM

yapan maligniteler sırasıyla kolorektal karsinomlar, meme, böbrek ve uterus kanserleridir (8). Daha az sıklıkla mide ve tiroid kanserleri metastaz yapmaktadır. Literatürde EBM ile ilgili yayınlar sınırlı sayıda olmakla birlikte farklı çalışmalarda metastaz yapan primer malignite sıklıkları farklılık göstermektedir. Genellikle bu çalışmalarda hasta sayılarının sınırlı olması nedeniyle net istatistiksel analiz ve yorum yapılamamaktadır (9). Marchioni ve ark. yaptığı çalışmada meme %30 ve kolorektal tümörler %24 oranında saptamış (9). Dalar ve ark. ise %27 oranında kemik ve %22 oranında böbrek metastazları saptamıştır. Bizim çalışmamızda ise %18'er oranda kolon, meme, sarkom ve hepatoselüler karsinoma bağlı metastazlar görüldüğünü saptadık. Bununla birlikte tiroid kanseri saptanan bir olgu direkt invazyon kabul edilerek çalışmaya alınmamıştır.

EBM lokalizasyonları açısından bakıldığında yapılan çalışmalarda en sık metastaz yeri (%56-80) olarak sağ bronş ağacı saptanmıştır. Dalar ve ark yaptığı çalışmada ise en sık metastaz yeri trakea olarak saptanmıştır (4). Bizim çalışmamızda da en sık metastaz lokalizasyonunu trakea saptadık (%27.2).

Hastaların semptomları ve semptomların şiddet derecesi EBM yerleşim yerine, büyüklüğüne ve hastalığın yaygınlığına göre değişim göstermektedir. Büyük hava yollarındaki metastazlar genellikle dispne, öksürük ve stridor ile karşımıza çıkarken, beraberinde parankimal metastazı olanlar genellikle asemptomatik seyretilmektedir. Marchioni ve ark. yaptığı çalışmada en sık semptomlar sırasıyla öksürük, nefes darlığı ve hemoptizidir (9). Katsimbri ve ark ise semptomların sıklık sırasına göre hemoptizi, öksürük ve nefes darlığı olarak saptamışlardır (10). Bizim olgularımızda en sık görülen semptom öksürük iken, bunu dispne ve hemoptizi takip ediyordu.

Endobronşial girişimlerin zamanlaması çok önemlidir. Erken evre hastalıkta uygulanan girişimsel bronkoskopik palyasyon, kemoterapi ve radyoterapiden bağımsız olarak sağ kalımı artırmaktadır (4). Bu açıdan, onkoloji ile ilgilenen tüm birimlerin takipler esnasında obstruktif semptomlar gelişmesi durumunda EBM açısından dikkatli olmalı. Bu hastalar mutlaka yeni toraks BT ile değerlendirilmeli ve tanıyı kesinleştirmek amacıyla fiberoptik bronkoskopi uygulanmalıdır. Tanıda gecikme; girişimsel bronkoskopiye zorlaştırmakta, işlem süresini uzatmakta, başarı oranını azaltmakta ve morbiditeyi artırmaktadır.

Bu olguların metastaz veya primer akciğer kanseri ayırımı açısından bronkoskopik biyopsi mutlaka yapılmalıdır. Her iki malignite aynı semptomları gösterse de primer tedavileri farklılık göstermektedir. Bu noktadan yol çıkarak tüm olgularımıza yeni BT ve bi-

yopsiyle kesinleştirilmiş patolojik tanılarla girişimsel bronkoskopi uyguladık.

Seçilecek girişimsel yöntem eldeki imkanlara, uygulayan kişinin deneyimine ve beklenen sağ kalıma bağlı olarak değişmektedir. Her yöntemin kendine göre avantajlı ve dezavantajlı yönleri mevcuttur. EBM girişimsel bronkoskopik yöntemlerle tedavisi sonrasında radyoterapi ve kemoterapi uygulamalarıyla daha iyi sonuçlar elde edilebilmekte ve ayrıca, radyoterapiye tolerans artmakta ve radyasyon pnömonitis riskini düşürmektedir (11). Ekzoftik obstruksiyonlarda endobronşial tümörün çıkarılması tedavide asıl amaçtır. Bu amaçla; mekanik debalking, elektrokoter, argon plazma koagülasyon, laser rezeksiyon, kriyoelektroksiyon ve stent gibi hızlı etki eden yöntemler kullanılmaktadır (4). Daha geç etki eden yöntemler arasında ise kriyoterapi, brakiterapi ve fotodinamik tedaviler yer almaktadır (12). Dıştan basıya bağlı endobronşial darlıklarda tedavi seçenekleri daha sınırlıdır. Balon dilatasyon, dilatasyon bujileri ile darlık genişletilebilir. Kar zarar ilişkisi yapılarak dilatasyonun ardından darlığı açık tutmak, sistemik ve lokal tedavilere olanak sağlamak amacıyla stent uygulanabilir. Bizim çalışmamızda dokuz olguda EBM'lar vejetan kitle formundaydı ve hiçbirine stent uygulanmadı. Lokalizasyon açısından karina metastazı olan kolon ve hepatosellüler karsinomlu olgular mukozal infiltrasyon şeklindeydi. Her iki olguda darlıklar öncelikle rezektör balon yardımıyla genişletildi ve ardından elektrokoter yardımıyla tama yakın açıldı. Dalar ve ark. endobronşial girişim sonrası %50 oranında genişleme sağladıklarında stent uyguladıklarını belirtmişler (4). Bizim klinik uygulamamızda tüm hastalara işlem öncesi fiberoptik bronkoskopi ile değerlendirdiğimizden endobronşial girişimin yeterince hava yolu açıklığı sağlayacağını öngörerek ve hastalara işlem sonrası acil sistemik ve lokal tedaviler verilerek palyasyon sağladığımızdan hiçbir olguya stent uygulanmamıştır. Ayrıca uzun sağ kalım beklenmeyen hastalara stent kullanımını yüksek maliyeti nedeniyle uygun bulmadık.

Endobronşial girişimler sonrasında hastaların sağ kalım süreleri; primer malignitenin tipine ve biyolojik davranışına, evresine, tedavilere verdikleri yanıtı, hastanın performans durumu gibi birçok faktöre bağlı değişiklik göstermektedir (4). Sağ kalım süresini etkileyen diğer bir faktörün EBM'in erken tanısı olduğu görüşündeyiz. Literatürde ortalama sağ kalım tanı konulmasından itibaren 10-15 aydır (9). Bizim çalışmamızda eksitus olan 8 olguda ortalama sağ kalım 4.6 (± 1.6) aydı. Sağ olan 3 olgunun ortalama takip süresi

13.2 aydı. Olguların literatüre göre daha kısa sağ kalım göstermesinin başlıca nedeni ileri evrede olmaları ve EBM tanılarında önce parankim metastazlarının bulunmasıdır.

Sonuç olarak EBM'da girişimsel bronkoskopik yöntemler hızlı ve etkin sonuç veren palyatif tedavilerdir. Multidisipliner yaklaşımlarla girişimsel yöntemler, sistemik ve lokal tedavilerle birlikte sağ kalımı uzatmaktadır.

Kaynaklar

1. Jung RC. Pulmonary lesions associated with extrapulmonary malignancies. *Semin Respir Med* 1988;9:334-442.
2. Greelish JP, Friedberg JS. Secondary pulmonary malignancy. *Surg Clin North Am* 2000;80:633-57.
3. Braman SS, Whitcomb ME. Endobronchial metastasis. *Arch Intern Med* 1975;135:543-7.
4. Dalar L, Özdemir C, Sökücü SN, Karasulu L, Altın S. Bronchoscopic palliation to treat endobronchial metastasis of the tracheobronchial tree. *Respir Investig*. 2016 Mar;54(2):116-20.
5. Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, ve ark. Endotracheal/endobronchial metastases. *Chest* 2001;119:768-75.
6. Sebahat A, Eyup SU, Gulperi C, ve ark. Endobronchial metastases from extrathoracic malignancies. *Clin Exp Metastasis* 2005;22:587-91.
7. Dursun AB, Demirag F, Bayiz H, Sertkaya D. Endobronchial metastases: a clinicopathological analysis. *Respirology* 2005;10:510-4.
8. Kim JH, Min D, Song SH, ve ark. Endobronchial metastases from extrathoracic malignancies: recent 10 years' experience in a single university hospital. *Tuberc Respir Dis (Seoul)* 2013;74:169-76.
9. Marchioni A, Lasagni A, Busca A, ve ark. Endobronchial metastasis: an epidemiologic and clinicopathologic study of 174 consecutive cases. *Lung Cancer* 2014;84:222-8.
10. Katsimbri PP, Bamias AT, Froudarakis ME, ve ark. Endobronchial metastases secondary to solid tumors: report of eight cases and review of the literature. *Lung Cancer* 2000;28:163-70.
11. Cavaliere S, Venuta F, Foccoli P, ve ark. Endoscopic treatment of malignant airway obstruction in 2008 patients. *Chest* 1996;110:1536-42.
12. Hetzel J, Böckeler M. Endoscopic treatment for tumorous obstructions of the tracheobronchial system: a comparison of available techniques. *Pneumologie* 2012;66:408-15,



EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

