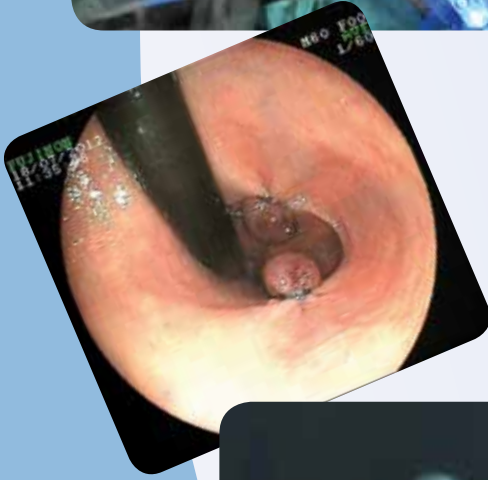




Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Koru Hastanesi'nin Bilimsel Yayın Organıdır.



- **Koledok Kisti Olgusu: Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Kolanjiyografi Bulguları ve Güncel Literatürün Gözden Geçirilmesi**
- **İdyopatik Multipl Skrotal Kalsinozis**
- **Penisin Primer Lenfoması: Olgu Sunumu**
- **Kronik Böbrek Yetmez Yetmezlikli Hastalardaki Psödoanevrizma Olguları**
- **A Case with Single Coronary Artery: Anomalous Origin of The Right Coronary Artery From The Left Anterior Descending Artery**
- **Resistant Radial Artery Spasm During Coronary Angiography Via Radial Approach Responded To General Anesthesia**
- **Ankilozan Spondilit'li Zor Havayolu Olan Hastada Anestezi: Olgu Sunumu**
- **Low-Grade Appendiks Mucinöz Neoplazmında Robotik Cerrahi: Olgu Sunumu**
- **Aorta-İliak Arter Darlığının Perkütan Endovasküler Tedavisi**

Görüntülü Olgu Sunumları

- **Anal Fissür (Çatlak) Tedavisinde Botox® İnjesiyonu**
- **Anal Pruritus (Anal Kaşıntı) Tedavisinde Metilen Mavisi İnjesiyonu**
- **İnternal Hemoroidal Hastalıkta Ayaktan Tedavi: Rubber Bant Ligasyonu**

Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

ULAKBİM

Ulusal Veri Tabanındadır.

BÖLÜMLER VE HİZMETLERİMİZ

ACİL SERVİS
AMELİYATHANELER
ANESTEZİ VE REANİMASYON
BESLENME VE DİYET
BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
DAHİLİYE (İÇ HASTALIKLAR)
DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ
ESTETİK VE PLASTİK CERRAHİ
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
GASTROENTEROLOJİ
GENEL CERRAHİ VE CERRAHİ ONKOLOJİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI
GÖZ POLİKLİNİĞİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
KARDİYOLOJİ
KULAK BURUN BOĞAZ
LABORATUVAR HİZMETLERİ
NÖROLOJİ
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
RADYOLOJİ
ÜROLOJİ - ÜROONKOLOJİ
İNTERNET HİZMETLERİ
OTOPARK
TERAS CAFE

“hayatı güzelleştirir”



BÖLÜMLER VE HİZMETLERİMİZ

- ACİL SERVİS
- ANESTEZİ VE REANİMASYON
- BESLENME VE DİYET
- BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ
- CHECK - UP ÜNİTESİ
- ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
- DAHİLİYE
- DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ
- ENDOKRİNOLOJİ VE DİYABET
- ENFEKSİYON HASTALIKLARI
- FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON
- GASTROENTEROLOJİ
- GENEL CERRAHİ
- GÖĞÜS HASTALIKLARI
- GÖZ HASTALIKLARI
- KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
- KALP VE DAMAR CERRAHİSİ
- KARDİYOLOJİ
- KULAK BURUN BOĞAZ
- NÖROLOJİ
- ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
- PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ
- RADYOLOJİ
- ÜROLOJİ - ÜROONKOLOJİ
- YOĞUN BAKIM

“hayatı güzelleştirir”





Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Cilt 2 | Sayı 2 -3 | Haziran - Ekim 2012

Koru Hastanesi'nin Bilimsel Yayın Organıdır.

Altı ayda bir, yılda iki sayı olarak yayınlanır.

ISSN 2146-4782

Sahibi

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

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Bahadır EGE

Editörler

Bahadır EGE
Editör

Mustafa KIRAC
Yardımcı Editör

B. Bülent MENTEŞ
Hasan BİRİ
Misafir Editörler

Yayın Kurulu *(Alfabetik Sırayla)*

Derya ALPTEKİN
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Buket Yücel ALTAN
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Cemallettin Murat ARABACI
Özel Koru Hastanesi, Ankara

İsmet Gülce AVANOĞLU
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Özge Banu Öztürk BAŞSOY
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Aydan BİRİ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Hakan BOZKAYA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Gülcan ÇELİK
Özel Koru Hastanesi, Ankara

A. Kürşat DURAL
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Meltem Refiker EGE
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Uygur ER
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Ahmet ERDEM
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Mehmet ERDEM
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Pınar IŞIK
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Fikret İLERİ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Erdogan İNAL
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Uğur KANDILCI
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Ömer KURTİPEK
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Osman LATİFOĞLU
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Sezai LEVENTOĞLU
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Süleyman Can NUMANOĞLU
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Zerrin ÖZKÖSE
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Şerife TOPTAŞ
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Özgür Selim UYSAL
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Yönetim Yeri

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

İletişim

Bahadır EGE
ege@koruhastanesi.com

www.koruhastanesi.com

Yayın Hizmetleri

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

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

Baskı Tarihi
15 Kasım 2012

Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

ULAKBİM

Ulusal Veri Tabanındadır.

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

Makale Gönderme

Tüm yazarlar makalelerini ege@koruhastanesi.com adresine göndereceklerdir.

Online Makale Gönderme

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

Editör Politikası

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

Makalelerin Hazırlanması

KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI""Biyomedikal Dergilere Gönderilen Makaleler için Gereklî Standartlar"a uygun olarak yayın kabul eder (International Committee of Medical Journal Editors: Br Med J 1988; 296: 401-5). Makalenin gönderilmesi sırasında yazarlar deney/araştırma tipini belirtmelidirler ve istatistik uygulamaların Bailar JC III ve Mosteller F. tarafından yazılan "Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations" (Ann Intern Med 1988; 108: 266-73) kılavuzuna uygun olması gerekmektedir.

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

Makalenin İçeriği

Özet

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

Anahtar Kelimeler

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

Giriş

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

Materyal ve Metod

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

Bulgular

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

Tartışma

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

Kaynaklar

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

Örnekler:

Dergiler;

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

Kitap bölümü;

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

Tablolar ve Şekiller

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

Düzeltilmeler

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

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

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

Submission of manuscripts

All manuscripts should be sent to ege@koruhastanesi.com

Online Submissions

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

Editorial Policies

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

Preparation of Manuscripts

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

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

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

Manuscript Specifications

Abstract

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

Key Words

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

Introduction

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

Material and Methods

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

Results

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

Discussion

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

References

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

Examples:

Journals;

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

Book chapter;

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

Tables and Figures

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

Revisions

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



İçindekiler

Koledok Kisti Olgusu: Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Kolanjiyografi Bulguları ve Güncel Literatürün Gözden Geçirilmesi	33
ÖZLEM TOKGÖZ, MEHMET KARAŞIN, HATİCE ÇAKAR, ZUHAL ERDEM	
İdyopatik Multipl Skrotal Kalsinozis.....	39
MUSTAFA ÇELİK, MUSTAFA KIRAÇ, CEM ÖZLÜK, ÇAĞRI GÜNERİ, HASAN BİRİ	
Penisin Primer Lenfoması: Olgu Sunumu	45
MUSTAFA ÇELİK, MUSTAFA KIRAÇ, ÇAĞRI GÜNERİ, HASAN BİRİ	
Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalardaki Psödoanevrizma Olguları	48
ÖMER VASFİ ECE, KAMİL ŞARKIŞLALI, M. ŞEVKİ SET	
A Case with Single Coronary Artery: Anomalous Origin of the Right Coronary Artery from the Left Anterior Descending Artery.....	55
AYTUN ÇANGA, ÖZCAN ÖZDEMİR, MELTEM EGE	
Resistant Radial Artery Spasm During Coronary Angiography Via Radial Approach Responded to General Anesthesia.....	61
AYTUN ÇANGA, ÖZCAN ÖZDEMİR	
Ankilozan Spondilitli Zor Havayolu Olan Hastada Anestezi: Olgu sunumu.....	65
GÜLCE AVANOĞLU, İSMAİL ÖZTÜRK, NECMETTİN ÜNAL	
Low-Grade Appendiks Musinöz Neoplazmında Robotik Cerrahi: Olgu Sunumu	69
BAHADIR EGE, SEZAI LEVENTOĞLU, B. BÜLENT MENTEŞ	
Aorta-İliak Arter Darlığının Perkütan Endovasküler Tedavisi	75
AYTUN ÇANGA, ÖZCAN ÖZDEMİR, MELTEM EGE, TOLGA SOYAL, NEYYİR TUNCAY EREN	
GÖRÜNTÜLÜ OLGU SUNUMU	
Anal Fissür (Çatlak) Tedavisinde Botox® İnjesiyonu.....	80
BAHADIR EGE, B. BÜLENT MENTEŞ, SEZAI LEVENTOĞLU	
Anal Pruritus (Anal Kaşıntı) Tedavisinde Metilen Mavisi İnjesiyonu	81
BAHADIR EGE, SEZAI LEVENTOĞLU, B. BÜLENT MENTEŞ	
İnternal Hemoroidal Hastalıkta Ayaktan Tedavi; Rubber Bant Ligasyonu	82
BAHADIR EGE, SEZAI LEVENTOĞLU, B. BÜLENT MENTEŞ	

Koledok Kisti Olgusu: Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Kolanjiyografi Bulguları ve Güncel Literatürün Gözden Geçirilmesi

A Case of Choledockal Cyst: Ultrasound and Magnetic Resonance Cholangiography Findings and Review of The Current Literature

¹Özlem Tokgöz, ¹Mehmet Karaşin, ²Hatice Çakar, ¹Zuhal Erdem

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

²T.C. Sağlık Bakanlığı Yalova Devlet Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Yalova

ÖZET

Etyolojileri tam olarak bilinmeyen ve konjenital olduğu düşünülen koledok kistleri nadir görülürler. En çok çocuklarda ve genç erişkinlerde karşımıza çıkarlar. Özellikle çocuklarda bu vakada da olduğu gibi karaciğer portal hilustaki kistik lezyonların ayırıcı tanısında, koledok kistleri ilk akla gelen tanılardan biri olmalıdır. Bu vaka takdiminde, koledok kistleri güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Koledok kisti, Ultrasonografi, MR kolanjiyografi

ABSTRACT

Choledockal cyst lesions are rarely observed and suspected to be congenital. Etiology is mostly unknown. They were mostly recognized in pediatric population and young adults. Choledockal cysts might be suspected in pediatric patients especially when cystic lesions were demonstrated in portal hilus region of liver as in our case. In this case-report, choledockal cysts were discussed with the review of current literature.

Keywords: Choledockal cyst, Ultrasound, MR cholangiography

GİRİŞ

Etyolojileri tam olarak bilinmeyen ve konjenital olduğu düşünülen koledok kistleri nadir görülürler. En çok çocuklarda ve genç erişkinlerde karşımıza çıkarlar. Genellikle çocukluk çağında tanı alırlar. Antenatal dönemde de tanı konulabilir. Küçük bir kısmı ise erişkin yaşa kadar saptanmayabilir.¹ Kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat daha sık görülür.² Hastalığın klasik triadı olan karın ağrısı, karında kitle ve sarılık olguların %30'unda görülür. En yaygın komplikasyonları; kist rüptürü, kolelitiazis, koledokolitiazis, kolanjit, pankreatit, apse, staz, sekonder biliyer siroz, portal hipertansiyon ve malignitedir.¹

OLGU SUNUMU

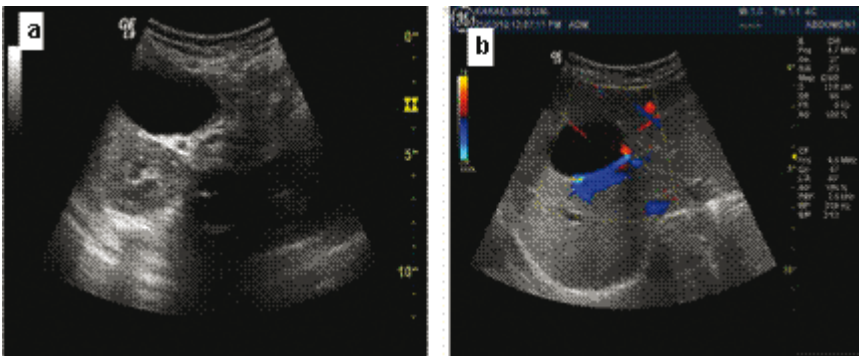
Son bir haftadır şiddetlenen karın ağrısı ve kusma şikayeti olan 4,5 yaşındaki kız çocuğunun, fizik muayenesinde göbek çevresinde palpasyonla minimal ağrı dışında bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar bulguları serum transaminaz değerlerindeki hafif yükselme dışında normaldi. Olguya yapılan ultrasonografik (US) incelemede safra kesesi komşuluğunda, karaciğer hilusunu dolduran koledok trasesince uzanan yaklaşık 5 x 3.5 cm boyutlarında düzgün konturlu anekoik kistik lezyon izlendi (Resim 1). Safra kesesi ve intrahepatik safra kanalları normal görünümdeydi. Ana hepatik safra kanallarında minimal dilatasyon izlendi. Olguya Manyetik Rezonans Kolanjiyografi (MRCP) ile ek inceleme yapıldı. Single Shot TSE sekansı ile elde olunan manyetik rezonans (MR) kolanjiyografi görüntülerinde, kistin safra kesesi ve safra yolları ile ilişkisi gösterilerek, koledok kisti olduğuna karar

verildi. Koledoktaki kistik dilatasyonun çapı 4,5 cm ölçüldü. Safra kesesi kontrakte görünümdeydi. İntrahepatik safra yollarında minimal dilatasyon izlendi (Resim 2). Olguya kist eksizyonu ve koledokojejunostomi (ROUX-N-Y) uygulandı. Koledok kisti tanısı patoloji ile doğrulandı.

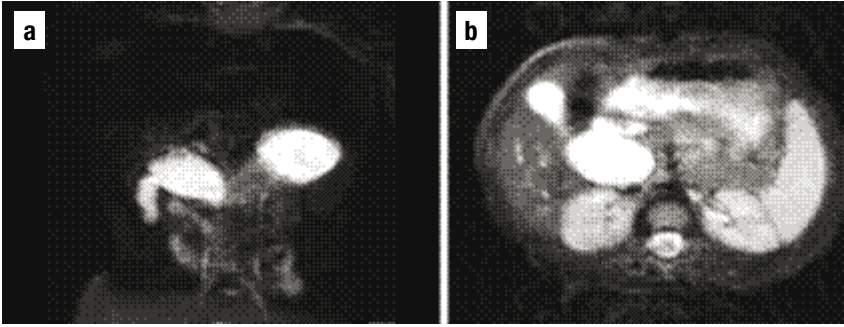
TARTIŞMA

Doğumsal safra kanalı kistleri nadir görülürler. Genellikle çocukluk çağında tanı alırlar.¹ Koledok kistlerinin oluşum mekanizması net bilinmemektedir.

İleri sürülen teorilerden biri, intrauterin dönemde pankreatik enzimlerin safra yollarına reflusu ve bunun sonucunda oluşan doğuştan duvar zayıflığı, diğeri ise enfeksiyon veya gelişim anomalileri sonrası oluşan distal kanal tıkanıklığıdır.³⁻⁵ Koledok kistlerinin değerlendirilmesinde en sık Todani sınıflaması kullanılmaktadır. Todani ve arkadaşları tarafından doğumsal safra kanalı kistleri 5 gruba ayrılmıştır. Tip 1, olguların %80-90'ında bulunur ve en sık görülenidir.⁶ En seyrek raslanan doğumsal koledok kisti koledokosel (Tip 3) olup çoğunlukla erişkin yaşta tanı alır. 1A tüm koledoku içine alan kistik dilatasyon, 1B koledok distalinde fokal segmental dilatasyon, 1C koledok ve ana hepatik safra kanalında füziform dilatasyondur. Tip 2, gerçek bir koledok divertikülüdür. Tip 3, koledoğun intraduodenal kesiminin fokal dilatasyonu olup "koledokosel" adı verilir. Tip 4, iki alt gruba ayrılır. 4A multipl intra ve ekstrahepatik kistik genişleme, 4B sadece ekstrahepatik safra kanallarında birden çok kistik genişleme içerir. Tip 5, "Caroli



Resim 1: a-b. US (a) ve RDUS (b) de karaciğer portal hilusda kist izlenmektedir.



Resim 2: a-b. MR kolanjiyografide kistin safra kesesi ve safra yolları ile ilişkisi (a). TSE T2A/SPiR aksiyel görüntüde karaciğer portal hilusda koledokta kistik genişleme ve anteriorunda safra kesesi izleniyor (b).

hastalığıdır. Tek yada multipl intrahepatik safra kanallarında kistik genişlemeler görülür. Bu sınıflandırmaya göre olgumuz tip 1A kiste uymaktadır.

Koledok kistlerinin tanısında US, BT, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERKP), perkütan transhepatik kolanjiyografi (PTK), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve magnetik rezonans kolanjiyopankreatikografi (MRKP) yer alır.² Ultrasonografi sıklıkla koledok kistinin ilk tanımlandığı inceleme yöntemi olmakla birlikte cerrahi tedavi öncesinde kist uzanımını değerlendirmek ve eşlik edebilecek olası patolojileri (kolanjit, pankreatit, pankreatikobiliyer bileşke anomalisi vb) saptamak amacı ile diğer görüntüleme yöntemlerine başvurulmaktadır.⁷ Özellikle çocuklarda US ile koledok kisti tanısı portal hilus düzeyinde safra kesesinden ayrı olarak izlenen ve safra kanalları ile ilişkili olduğu gösterilen kistik yapının gösterilmesi ile konabilir.⁸ Ancak kesin tanı için kist ile safra yolları arasındaki ilişkinin gösterilmesi ve nonbiliyer kistlerden, sıvı koleksiyonlarından ayrılabilmesi gerekmektedir. BT’de ise koledok kistleri, sıvı dansitesinde kitleler olarak izlenirler, fakat kistin biliyer orjinini belirlemek çoğu kez mümkün olmamaktadır.^{2,9,10}

ERKP ve PTK biliyer sistemin direkt görüntülenmesini sağlarlar. ERKP, ana safra kanallarının ve pankreatik kanalın kanülasyonu ile, pankreatobiliyer bileşke anomalisini ayrıntılı gösterebilmektedir. Ancak uygulayıcıya bağımlı ve invaziv olması, pediatrik yaş gurubunda anestezi gerektirmesi, kardiyopulmoner hastalığı olanlarda uygulanamaması dezavantajlarıdır. Ayrıca kist çok büyükse, yeterince opasifiye edilemeyerek, kist içerisinde olası bir taş veya malignite gözden kaçabilmektedir.^{2,11-13}

PTK, ERKP’den farklı olarak pankreatobiliyer bileşkeyi sınırlı, intrahepatik biliyer sistemi ayrıntılı görüntüleyebilmekte ve kistin klasifikasyonunu belirleyerek cerrahiye yardımcı olmaktadır. İnvaziv bir yöntem olmakla birlikte, obstrüksiyonu olan olgularda drenaj yapılarak, klinik rahatlama ve karaciğer fonksiyonlarında düzelme sağlanabilmektedir.¹¹⁻¹³

ERKP tanıda altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Ancak invaziv bir yöntem olduğundan çoğunlukla ilk planda yapılmamakta, onun yerine invaziv olmayan, iyonizan radyasyon içermeyen ve kolay uygulanabilir bir yöntem olan MRKP tercih edilmektedir.

Pankreatitin bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabileceği böyle bir hasta grubunda komplikasyon riskini daha da arttıracak bir yöntem olan ERKP yerine ilk planda MRKP’nin kullanılabilmesi ve benzer bir tanısal başarı gösterebileceği ileri sürülmüştür.^{14,15} Kist boyutlarının çok büyük olduğu ve fazla miktarda kontrast maddenin kist içinde göllendiği hastalarda ise ERKP’nin tüm safra kanal sistemini görüntüleyemeyeceği ve özellikle böyle olgularda MRKP’nin ERKP’ye üstün olduğu da bildirilmiştir.

MR kolanjiyografinin temelini ağır T2 sekanslar kullanılarak longitudinal ve transvers relaksasyon zamanı uzun dokuların görüntülenmesi oluşturmaktadır. Böylelikle biliyer ve pankreatik kanallardaki durağan sekresyon yüksek sinyalli izlenirken, damarlar ve solid organlar düşük sinyalli izlenmektedir. MR kolanjiyografi, iyonizan radyasyon, kontrast madde kullanımı, ön hazırlık gerektirmemektedir. Uygulayıcıya bağımlı değildir ve elde edilen multiplanar görüntüleri sayesinde, koledok kisti

olgularında, safra yolları ile kistin devamlılığını noninvaziv bir şekilde görüntüleyerek belirgin avantaj sağlamaktadır. ERKP'den daha ucuz olduğu, hızlı sekanslar sayesinde ERKP ve PTK'ya kıyasla daha kısa sürede uygulanabildiği bildirilmektedir.^{2,12,16,17}

Günümüzde oldukça yaygın bir kullanım alanı olan çok detektörlü bilgisayarlı tomografi (BT) cihazlarında elde edilen reformat görüntüler de safra kanalları ve pankreas kanalı hakkında bilgi vermektedir. Ancak tek başına aksiyel kesitler alınarak yapılan BT incelemeleri kist boyutları ve tutulan segmentlerin uzunluğu hakkında bilgi vermekte yetersiz kalabilir.^{7,18} Olgumuzun tanısında US ve MR kolanjiyografiden yararlanılmış, kesin tanı MR kolanjiyografi ile konulmuştur. Koledok kistleri, malignite için yüksek potansiyel risk taşımakta olup cerrahi girişim gerektirmektedir. Cerrahi tedavide total kist eksizeyonu ve biliyer-enterik anatomozlar uygulanmaktadır.^{16,17}

Sonuç olarak, özellikle çocuklarda karaciğer portal histadaki kistik lezyonların ayırıcı tanısında, koledok kistleri ilk akla gelen tanılardan biri olmalıdır. Bu durum erken tanı açısından önemlidir. US ve MR kolanjiyografi koledok kisti olgularının tanısında, özellikle sık izlendiği pediatrik yaş grubunda, iyonizan radyasyon içermemeleri, noninvaziv, ve pratik kullanımları nedeniyle sıklıkla kullanılmakta ve oldukça başarılı sonuçlar vermektedir. Doğumsal safra kanalı kistlerinin tedavisi cerrahi olup malignite riski nedeni ile genişlemiş safra kanalı tümüyle çıkarılmalı, gerekirse parsiyel hepatektomi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Stringer MD, Dhawan A, Davenport M, et al. Choledochal cysts: lessons from a 20 year experience. Arch Dis Child 1995;73:528-31.
- Govil S, Justus A, Korah I, Perakath A, Zachariah N, Sen S. Choledochal cysts: evaluation with MR cholangiography. Abdom Imaging 1998; 23:616-9.
- Okada A, Nakamura T, Higaki J, et al. Congenital dilatation of the bile duct in 100 instances and its relationship with anomalous junction. Surg Gynecol Obstet 1990;171:291-8.
- Han SJ, Hwang EH, Chung KS, et al. Acquired choledochal cyst from anomalous pancreatobiliary duct union. J Pediatr Surg 1997;32:1735-8.
- Spitz L. Experimental production of cystic dilatation of the common bile duct in neonatal lambs. J Pediatr Surg 1977;12:39-42.
- Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al. Congenital bile duct cysts: classification, operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. Am J Surg 1977;134:263-9.
- Irie H, Honda H, Jimi M et al. Value of MR Cholangiopancreatography in evaluating choledochal cysts. Am J Roentgenol 1998; 171:1381-5.
- Akhan O, Demirkazık FB, Ozmen MN, et al. Choledochal cysts: ultrasonographic findings and correlation with other imaging modalities. Abdomen Imaging 1994; 19:243.
- Farman J, Javors B, Chao P, Fagelman D, Collins R, Glanz S. CT demonstration of giant cysts in adults. J Comput Assist Tomogr 1987; 11:771-774.
- Jones SN, Lees WR, Russell RCG. Preoperative ultrasound assessment of choledochal cysts. Acta Radiol 1989; 30:35-7.
- Savader SJ, Benenati JF, Venbrux AC, et al. Choledochal cysts: classification and cholangiographic appearance. AJR 1991; 156: 327-31.
- Kim SH, Lim JH, Yoon HK, Han BK, Lee SK, Kim YI. Choledochal cyst: comparison of MR and conventional cholangiography. Clin Radiol 2000; 55:378-83.
- Lindenberg CG, Hammarström LE, Holmin T, Lundstedt C. Cholangiographic appearance of bile-duct cysts. Abdom Imaging 1998; 23:611-5.
- Matos C, Nicaise N, Deviere J, et al. Choledochal cysts: comparison of findings at MR cholangiopancreatography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in eight patients. Radiology 1998; 209:443-8.
- Hacıyanlı M, Genc H, Colakoglu O, et al. An adult choledochal cyst-the magnetic resonance cholangiopancreatography findings: report of a case. Surg Today 2008;38:1056-9.
- De Backer AI, Van den Abbeele K, De Schepper AM, Van Baarle A. Choledochoceles: diagnosis by magnetic resonance imaging. Abdom Imaging 2000; 25:508-10.
- Dinsmore JE, Murphy JJ, Jamieson D. MRCP evaluation of choledochal cysts. J Pediatr Surg 2001; 36:829-30.
- Lee HK, Park SJ, Yi BH, et al. Imaging features of adult choledochal cysts: a pictorial review. Korean J Radiol 2009;10:71-80.



Beslenme ve Diyet

Koru Hastanesi yaşamla bağınızı güçlendiriyor.

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



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



Sizce de kendiniz için bir şeyler yapmanın vakti gelmedi mi?

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

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



Hadi harekete geçin...

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



Dermatoloji

Cilt Bakımının Önemi

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

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

Medikal Cilt Bakımı ile cildiniz yenilensin

Kliniğimizde cilt bakımlarının yanı sıra kimyasal peeling de yapılıyor.

KİMYASAL PEELİNG NEDİR ?

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

LAZER EPİLYASYON İLE İSTENMEYEN TÜYLERE SON

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

KILCAL DAMAR TEDAVİSİ

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

Kliniğimizde ayrıca lazer ile cilt gençleştirme tedavisi de yapılıyor.





İdyopatik Multipl Skrotal Kalsinozis

Multiple Idiopathic Scrotal Calcinosis

¹Mustafa Çelik, ¹Mustafa Kırır, ²Cem Özlük, ¹Çağrı Güneri, ²Hasan Biri

¹Koru Hastanesi Üroloji Kliniği

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

İdiopatik skrotal kalsinozis sarı, beyaz renkte multipl kalsifiye nodül şeklinde kendini gösteren nadir benign bir durumdur. Birçok vakada semptom gözlenmez. Büyük skrotal kalsinozisli 38 yaşında erkek hasta, olgu olarak sunuldu. Etkilenmiş skrotal duvar cerrahi olarak tamamen eksize edildi. Histopatolojide kalsifiye nodüller etrafında epitel ve kistik yapı görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Kalsinozis, İdiopatik, Skrotum

ABSTRACT

Idiopathic multiple scrotal calcinosis (SC) is a rare, benign entity defined as the presence of yellow, white, multiple calcified nodules within the scrotal skin. In most cases, there are no associated symptoms. Here we report a case, 38-year-old man, with a massive scrotal calcinosis. Treatment was complete excision of the affected part of the scrotum wall surgically. There was no epithelial lining around the calcified nodules and no cystic structure histopathologically.

Key Words: Calcinosis, Idiopathic, Scrotum

GİRİŞ

Skrotal kalsinozis oldukça ender görülen skrotal cildin benign nodüler lezyonudur.¹ Kalsiyum depozitleri ile karakterize nodüler lezyonlar 1mm'den birkaç santimetreye ve bir adetten yüzlerce adete kadar değişebilir.^{1,2} Bu nodüller çocukluk veya genç erişkinlik döneminde görülmeye başlayarak genellikle kozmetik açıdan problem yaratmadıkça semptom vermezler.³ Yapılan araştırmalarda skrotal kalsinozisin kandaki paratiroid hormonu, serbest kalsiyum, fosfor/kalsiyum, 25-OH vitamin D ve kalsitonin seviyeleri ile ilişkisi olmadığı görülmüştür.^{1,2,3} Tedavide etkilenen skrotal duvarın komple eksizeyonu yeterlidir.¹⁻⁵



Resim 1: Skrotal kalsinozun makroskopik görünümü

OLGU SUNUMU

38 yaşındaki erkek hasta kliniğimize skrotal şişlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede ciltten kabarık, sert, multipl, sarı, beyaz renkte multipl nodüler lezyonlar gözlemlendi (Resim 1-2-3). Nodüler lezyonların skrotal cilt dışında başka bir bölgede gözlenmedi. Hastanın anamnezinde ilaç kullanımı, kronik hastalık ve cinsel yolla bulaşan infeksiyon ve travma öyküsü yoktu. Hastanın yapılan abdomino-pelvik ultrasonografisinde herhangi bir patoloji görülmedi.

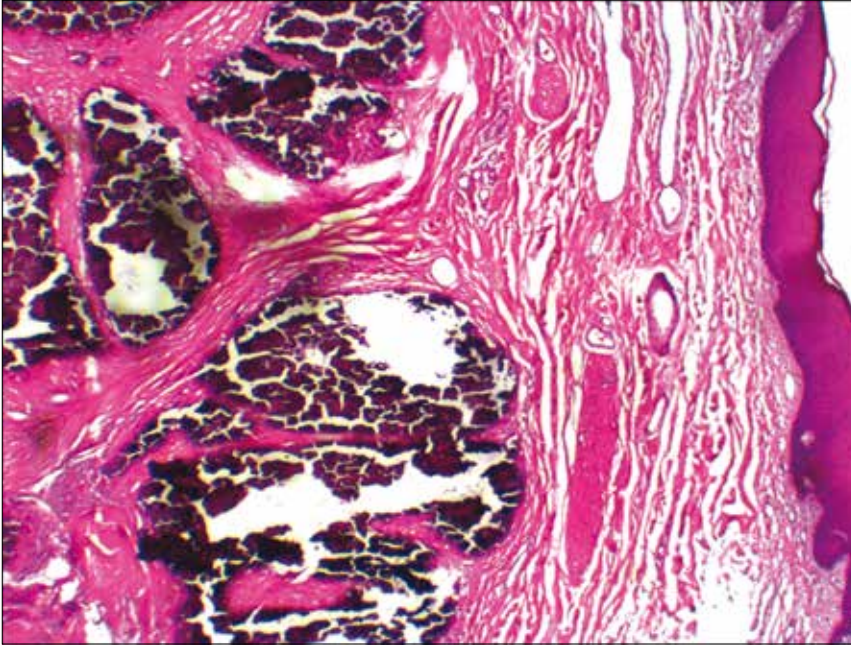
Hasta operasyona spinal anestezi altında alındı. Multipl nodüler lezyonlar tamamen eksize edildi. Rezidü skrotal cilt Y-V plasti ile genişletilerek 3-0 rapid vicryl ile cilt ve cilt altı dokular dikildi.



Resim 2: Skrotal kalsinozun makroskopik görünümü



Resim 3: Skrotal kalsinozun makroskopik görünümü



Resim 4: İdiyopatik skrotal kalsinozis (patolojik görünüm)

Histopatolojide kalsifiye doku etrafında amorfik epitel-yum görüldü (Resim 4).

TARTIŞMA

Skrotal kalsinozis skrotum cildinin granülatöz inflamasyonu ve kalsiyum depozitlerinin epitel dokusu arasında birikimi ile karakterize durumudur. Birçok hasta kosmetik açıdan semptom göstermediği sürece polikliniğe başvurmamaktadır. Hastaların çok az bir kısmı skrotal kaşıntı, ülserasyon ve akıntı ile başvururlar.

Klinik olarak bu lezyonlar onkoserkoma, nörofibroma, swannoma, steatoma, lipoma ve fibroma ile karışmaktadır.⁴ Ayrıca bu lezyonlar zemininde tümoral lezyon gelişip gelişmediğini anlamak için biyopsi gerekli olabilir.⁴ Biyopsi sonucunda amorf bazofilik kalsinozis ve monositik veya histositik inflamasyon depozitlerinin görülmesi ayırıcı tanıda önemlidir.

Kalsinozis patogenezi idiyopatik, distrofik ve metastatik olarak ayrılmaktadır.²⁻³ Skrotal kalsinoziste kalsiyum ve fosfat metabolitlerinin idiyopatik olarak normal skrotal dokuda birikmesine dayalıdır. Bir çok araştırmacı bu

vakaların skrotal epidermal kist zeminindeki inflamasyona bağlı olarak ektrin bezlerin tıknaması bağlı olarak ortaya çıktığı kanaatindedir.⁴ Araştırmaların az bir kısmı skrotal mikrotravmaların enfeksiyon olmadan kalsiyum kristallerinin birikmesine bağlı nodüler lezyonlar olabileceğini yorumlamıştır.⁵

Skrotal kalsinozisli hastalar için asıl önemli unsur kozmetik açıdandır. Küçük lezyonlar punch biyopsi ile çıkartılabilirken, büyük lezyonlar skrotum cildinin önemli bir bölümünün cerrahi olarak çıkartılıp gerekirse rekonstrüksiyon cerrahisine başvurularak sirkumfleks ve femoral flepler çevrilmesini gerektirmektedir. Bunun nedeni testislerin vücut iç sıcaklığından korunarak spermiogenezisinin bozulmaması ana amaçtır.¹⁻⁵

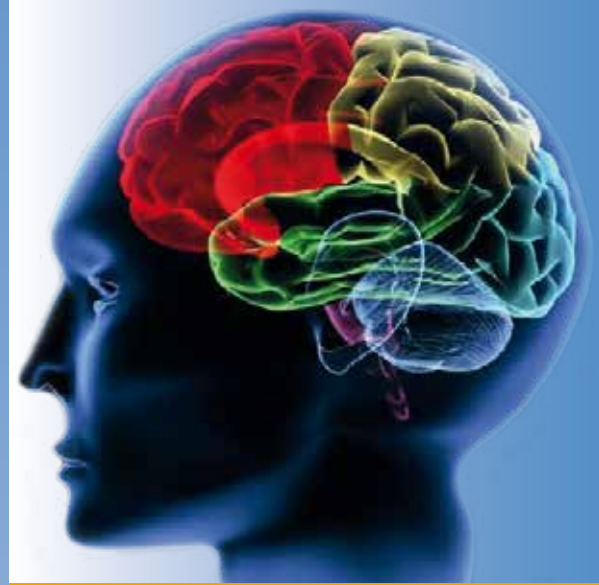
KAYNAKLAR

1. Tela UM, Ibrahim MB. Scrotal calcinosis: a case report and review of pathogenesis and surgical management Case Rep Urol 2012;47:52-60.
2. Khallouk A, Yazami OE, Mellas S, Tazi MF, El Fassi J, Farih MH. idiopathic scrotal calsinosis: a non - elucidated pathogenesis and its surgical treatment Rev Urol 2011;13:95-7.
3. Yusuf SM, Uloko AE, Sani MU, Mijinyawa SM, Mohammed AZ. Idiopathic scrotal calcinosis: a rare scrotal tumour: a case report and review of literature Niger J Med 2010;19:482-4.
4. Karaca M, Taylan G, Akan M, Eker G, Gideroglu K, Gul AE. Idiopathic scrotal calcinosis: Surgical treatment and histopathologic evalutaion of etiology. Urology 2010;76:1493-5
5. Li D, Gu J, Tu Z, Zhu Q, Zhang C. scrotal calcinosis : a case report Int J Surg Case Rep 2010;1:22-3.

Beyin Cerrahisi

7 gün 24 saat hizmet

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



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

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

Beyin Cerrahisi Ünitesi
Dr. Uygur ER
Dr. Pınar ÖZİŞİK

www.koruhastanesi.com

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

“Kadın Hastalıkları ve Doğum”

Gebelik takibi için Koru Hastanesi



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

Normal Doğum

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



HASTANEMİZ KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM BÖLÜMÜNDE YAPILAN AMELİYATLAR

GEBE ve GEBELİKLE İLGİLİ AMELİYATLAR (OBSTETRİK)

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

ENDOSKOPİK (KAPALI) AMELİYATLAR

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

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

ONKOLOJİK AMELİYATLAR

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

JİNEKOLOJİK AMELİYATLAR

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

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

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



Penisin Primer Lenfoması: Olgu Sunumu

Primary Penil Lymphoma: A Case Report

¹Mustafa Çelik, ¹Mustafa Kıracı, ¹Çağrı Güneri, ²Hasan Biri

¹Koru Hastanesi Üroloji Kliniği

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Peniste çok çeşitli tümörler seyrek olarak görülmektedir. Bunlardan bir tanesinde lenfomadır. Klinik olarak ortaya çıkışı sessiz olabilmekte ve yanlış tanı konulmaktadır. Penil kitle nedeni ile araştırılırken tanı konulabilir. Tedavi seçenekleri radikal cerrahi, kemoterapi ve radyoterapidir. Vakamız uzun süredir gözden kaçan primer penillenfoması olan 71 yaşındaki erkek hasta. Hastamız cerrahi olarak tedavi gördü ve 18 ay rekürrens izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, Penis, Primer

ABSTRACT

Of the various tumours that occur in penis, one of the least common is lymphoma. The clinical manifestation can be quite subtle, which may lead to misdiagnosis. The possibility of this diagnosis should be considered when evaluating a mass in penis. Treatments have included radical surgery, chemotherapy and radiation. We report an 71-year-old man with primary penil lymphoma whose lesion caused prolonged diagnostic uncertainty. He was treated with surgery and he has no recurrence for 18 months.

Key Words: Lymphoma, Penis, Primer

GİRİŞ

Penil lenfoma çok seyrek görülür ve peniste kitle olarak ortaya çıkan diğer hastalıklarla karışabilir. Tedavi seçenekleri arasında kitlenin total olarak çıkarılması ve biyopsi sonucuna göre tedavi planının yapılmasıdır. Penil lenfoma tansı konduktan sonra metastaz yapabileceği tüm sistemin değerlendirilmesi ve invazyon olup olmadığı doğrulanmalıdır. Metastaz olsun veya olmasın kemoterapi verilmeli ve gerekirse radyoterapi yapılmalıdır.

OLGU SUNUMU

4 aydır peyroni hastalığı nedeni ile takip edilen 71 yaşındaki sünnetli erkek hasta peniste gelişen ağrısız

kitle nedeni ile başvurdu. Fizik muayenede sınırları net ayırt edilebilen sert, kabarık, distal penis shaftında hareket ettirilemeyen eritematöz yaklaşık 3 cm boyunda 0,5 cm eninde kitle izlendi. (Resim 1) Testis muayenesi ve inguinal lenf nodu muayenesi palpasyon ile normaldi. Akciğer grafisi ve kan testleri normal olarak gözlendi.

Penil doppler ultrasonografik incelemede kan akımı artmış homojen kitle görüldü. Magnetik rezonans inceleme ile penis, akciğer, beyin, karın değerlendirildi. (Resim 2-3) Penisteki kitleye yönelik cerrahi uygulandıktan sonra patolojinin lenfoma olması üzerine kemik iliği aspirasyonu uygulandı. Bu incelemelerde invazyon ve metastaz lehine herhangi bir bulgu saptanmadı.



Resim 1: Testiküler kitlenin MR görüntüsü



Resim 2: Testiküler kitlenin MR görüntüsü



Resim 3: Testiküler kitlenin makroskopik görünümü

Kitle total olarak çıkartıldı eroksidaz-antiperoksidaz metodu ile immunhistokimyasal inceleme yapıldı. CD20(+) diffüz tip büyük hücreli B lenfoma tanısı konuldu. Tümör evrelendirilmesi Ann Arbor evrelendirme sistemine uygun olarak yapıldı.

Hasta cerrahi tedavi olduktan sonra 6 kür siklofosfamid, mitoksantron, vinkristin ve prednizolon (CMOP) kemoterapi rejimi uygulandı. Cerrahiden 12 ay sonra hastada lenfoma ile ilişkili herhangi bir kanıt bulunmadı. Cerrahiden sonraki 18. ayda hastada gelişen ağır anjina atakları oldu ve miyokard infarktüsü nedeni ile ex oldu.

TARTIŞMA

Non-hodgkin lenfomalar %10-20 oranında lokalize hastalık olarak görülür (1). Lokalize görüldüklerinde

ise ektranodal olarak en sık gastrointestinal sistemde, baş ve boyunda görülürler.¹ Penil lenfoma ise çok seyrek. Penil lenfomalı hastalarda radikal cerrahi çok gerekli değildir fakat kemoterapi ve radyoterapi optimal tedavi seçenekleridir.^{1,2} Olgumuzda biz kemoterapiyi tercih ettik.

KAYNAKLAR

1. Carlos GS, Ivanna VV, Gustavo TM, Joan AC, Javier SM, Luis IS. Primary diffuse large B cell lymphoma of the corpora cavernosa presented as a perineal mass Indian J Urol. 2012;28:196-8.
2. Terada T, Shirakashi Y, Sugiura M. T-cell lymphoma of the penis as the first manifestation of adult T-cell lymphoma/leukemia Int J Dermatol. 2012;51:973-5.



Merkezimizde Cerrahi Tedavi ile Onarılan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalardaki Psödoanevrizma Olguları

Chronic Renal Failure Patients with Pseudoaneurysm were Treated Surgically by Our Surgical Department

¹Ömer Vasfi Ece, ²Kamil Şarkışlalı, ¹M. Şevki Set

¹Özel Çankaya Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara

²Özel Çankaya Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği, Ankara

ÖZET

Merkezimizde Cerrahi ekibimiz tarafından 1 Ocak 2008 ile 31 Ağustos 2012 tarihleri arasında 96 Hemodiyalize giren Kronik Böbrek hastasına Psödoanevrizmanın plastik onarımı yapılmıştır. Sonuçlar literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Kronik böbrek yetmezliği, Psödoanevrizma, Vasküler girişimler

ABSTRACT

Between January 1 st 2008 and 31 st August 2012 96 end stage Chronic renal failure patients pseudoaneurysmatic vasculer Access site were treated surgically with our surgical department at our center. Results were evaluated with literature findings.

Key Words : Chronic Renal Failure, Pseudoaneurysm, Vasculer access

GİRİŞ

Psödoanevrizma hemodiyaliz amaçlı vasküler girişim bölgesinde lokalize, kalıcı damar genişlemesidir. Psödo veya yalancı denilmesinin nedeni damar veya greftte oluşan yırtık nedeniyle ortaya çıkmasıdır. Oluş mekanizması tekrarlayan iğne girişleri veya travma sonucu perigreft hematoma olması ve bununda arteriyel akıma bağlı olarak devamlı genişlemesi ve fibröz kapsülle sarılmasıdır. Vasküler girişimlerde literatürde %2-10 arasında görülmektedir.¹ Tanı: Arteriovenöz girişim yerinde lokalize pulsatil ve ekspanse olan bir şişlikle kendini gösterir. Bazen devamlı damara girişime bağlı üzerindeki cilt incelmış ve nekrotik hale gelmiş olabilir. Bu nekrotik alandan zaman zaman abondan kanamalar olabilir. Psödoanevrizma içerisinde kanın durağan olmasına bağlı pıhtı, trombus oluşmasına da sık rastlanır.²

Tanı eko doppler ile desteklenir. Böylece seroma, lenfösel veya absededen ayrılır. Anjiyografi iyi bir tanı yöntemi olmakla birlikte çoğu kez gereksizdir.^{3,4}

Vasküle girişimin drenaj veni tıkalı ise içerisinde basınç artışı söz konusudur, bu da anevrizmayı daha da ilerletir.⁵

MATERYAL ve METOD

Merkezimizde 1 Ocak 2008 ile 31 Ağustos 2012 yılları arasında hemodiyalize giren 96 Kronik Böbrek yetmezlikli hastaya psödoanevrizmanın eksizyonu ve plastik onarımı ameliyatı yapılmıştır. Hastaların 58'i (%60,4) erkek 38'i (%39,6) ise kadındı. Anevrizmaların 83'ü (% 86,4) dirsek, 10'u (%10,4) antekubital bölge ve 3'ü (%3,12) ise bilek hizasındaydı. Hastalar genel anestezi altında, Pnömatik vasküler turnike kullanılarak opere edildiler.

Olguların tamamına hemovak dren konuldu. Olguların ortalama yatış süresi 1,6 gün olup hiçbir hastaya kan transfüzyonu gereği ortaya çıkmadı.

Damar anastomozlarında 6/0 ve 7/0 prolen kullanıldı.

TARTIŞMA

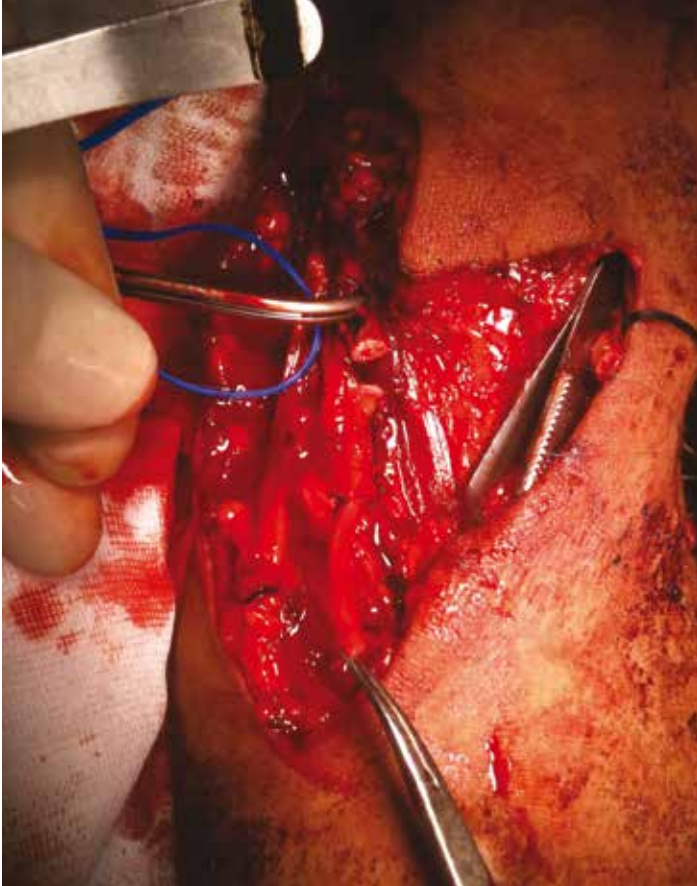
Psödoanevrizma olgularında Trombus, infeksiyon, rüptür olasılığı nedeniyle cerrahi tedavi çoğu kez gerekli olabilir. Ağrı, infeksiyon, cilt nekrozu sonucu abondan kanama oluşu acil tedavi endikasyonu ortaya çıkarabilir.



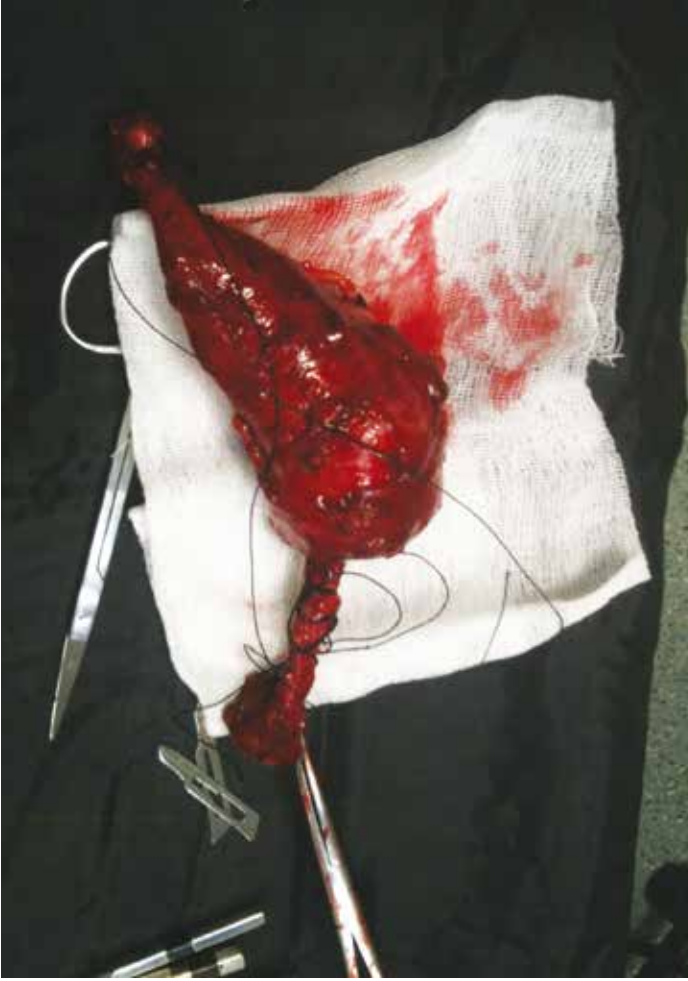
Resim 1: Enfekte ve üzerinde cilt nekrozu olan bir Psödoanevrizma olgusunun Operasyon öcesi görünümü



Resim 2: Perfore olmuş ve abondan kanamaya neden olan bir psödoanevrizma



Resim 3: Araya otojen ven grefti konularak arter rekonstrüksiyonu yapılan bir olgunun intraoperatif görünümü



Resim 4. Eksize edilmiş bir Psödoanevrizma

Bizim olgularımızın 38'inde (%39,5) psödoanevrizma lümeninde trombüs vardı.

Tedavide temel prensip anevrizmayı ve olası komplikasyonlarını ortadan kaldırmak, eğer olanak varsa vasküler girişimin fonksiyonunu korumaktır.^{6,7,8}

Proksimal drenaj veni tıkalı, cilt nekrozu ve enfeksiyon varsa anevrizma tedavi edilirken vasküler giriş yeri de kapatılır. Burada ekstremitenin arteriyel beslenmesini korumak esas olup, bazen arterde ortaya çıkan defekt büyük olduğundan bu uç uca anastomozla mümkün olmaz ve arterin proksimal ve distal uçları arasına otogen veya sentetik ven greftlerinin interpozisyonu gerekebilir. Enfekte sentetik greftler mutlaka çıkartılmalı, arter rekonstrüksiyonu ven grefti ile yapılmalıdır.

Vakalarımızda tedavide psödoanevrizma eksize edildikten sonra 73 hastada (%76) arter rekonstrüksiyonu için araya otogen ven grefti konuldu. 20 hastada (%20,8) arter rekonstrüksiyonu ve kolun arteriyel akımı uç uca anastomoz yapılarak sağlandı. 3 hastada ise (%3,12) sentetik ven grefti (PTFE) kullanılarak yapıldı.⁹ Tedavi sırasında iv antibiyotik tedavisi yapılması tavsiye edilir.

Son yıllarda bazı seçkin olgularda endovasküler tedaviyi öneren yazarlar da bulunmaktadır.¹⁰

KAYNAKLAR

1. Connel TP, Wilson SE. Vasculer Access surgery 4. Ed. Saunders Comp. 1995; 2: 1233-43
2. Butter CE, Tilney NL. Hemodialysis Access Permanent. İn Jacobs C, Kfellstrand CM, Koch. KM and Whichester, J.F.(Ed) Replacement of Renal Functions by Dialysis. 4. Ed. 1996 293-304
3. Tordoir JH, Hoeneveld H, Eikelboom BC, Kitsalar PJ. The Corelation Between Clinical and Duplex Ultrasound Parameters and Development of Complications in Arteriovenous Fıstulae in Hemodialysis. Eur. J Vasc Surg 1990 Apr. 4: 179-84
4. Köksoy C, Kuzu A, Erden İ, Türkçopar AG, Düzgün, Anadol E. Predictive Value of Color Doppler Ultrasonography in Detecting Failure of Vasculer Access Grafts. Br J Surg 82 (1) 50-2 1995
5. Veith F.S. Wilson S.E. Hobson RW et al. Vasculer Access Complications and New Methods. Trans. Amm. Soc. Artif. İn-ternal orgams. 1982 XXVIII. 647-50.
6. SoSSK. Finch.ME. Complications of Vasculer Access. Manual of Vasculer Access, Organ Donation and Management. Ed by Simmons RL, Finch ME, Ascher NL, Najjarlanş JS. Springer-Verlog, New York 1984 pp. 71-87.
7. Barbosa J, Ferreira J. Aneurysm, Skin Necross and Seroma. Prevention, Diagnosis and Treatment First. European Basic Multidisciplinary Hemodialyss Access Course. Oct. 8-9 1998 Paris Hilton France. Course book Rel.Chap.
8. Sert S. Arteriovenöz Girişimlerdeki Komplikasyonlar. Kronik Böbrek Hastalarında Diyaliz Tedavisine Yönelik Cerrahi Girişimler Ed. Şevki Sert. Merve Ofset, Kadıköy, İstanbul 2000, pp 25-34.
9. Corry RJ, Patel NP, Wert JC. Surgical Management of Complications of Vasculer Access for Hemodialysis. Surg. Gynec. Obstet. 1980 151:49-54.
10. Shah AS, Valdes J. Charlton-Ouw K.M. Chen J. Coogan, SM. Amer, HM. et al. J Vasc Surg. 2012 Apr. 55 (4) 1058-62.

Kardiyoloji Kliniği

EECP NEDİR

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

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

EECP ile Koru Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde hizmetinizdeyiz

EECP'nin HEMODİNAMİK ETKİLERİ

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

EECP HANGİ HASTALARA UYGULANIR

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

EECP TEDAVİSİNDEN SONRA HASTALARIN;

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

web: www.eecp.com.tr

Genel Cerrahi



Proktoloji

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



Endokrin ve Meme Cerrahisi

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

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

Genel Cerrahi Ünitesi

Op. Dr. Bahadır EGE

Kurucu/Konsültan Hekimler

Prof. Dr. Bülent MENTEŞ

Gastrointestinal Sistem Cerrahisi

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

Gastroenteroloji-cerrahi Endoskopi Ünitesi (Gİ Ünitesi)

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

Laparoskopik Cerrahi ve Fıtık Cerrahisi

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

Hepatopankreatobilier Cerrahi

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

Kolorektal Cerrahi

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





A Case with Single Coronary Artery: Anomalous Origin of the Right Coronary Artery from the Left Anterior Descending Artery

¹Aytun Çanga, ¹Özcan Özdemir, ²Meltem Ege

¹Ankara Sincan Private Koru Hospital

²Ankara Balgat Private Koru Hospital

ÖZET

Tek koroner arter, tüm koroner dolaşımın tek bir ostiumdan kaynaklandığı oldukça nadir bir doğumsal anomalidir. Sağ koroner arterin sol koroner sistemden köken aldığı tek koroner arter anomalisi çok daha nadir olup anormal çıkışlı damarın aorta ve pulmoner arter arasından seyrettiği olgular hariç genellikle iyi seyirlidir. Bu yazıda, sağ koroner arterin sol ön inen arterin ikinci diyagonal dalından çıkan ve hafif aterosklerotik darlıklar saptanan tek koroner arterli bir olgu sunumu yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Tek koroner arter, Koroner arter anomalisi, Sağ koroner arter

ABSTRACT

Single coronary artery (SCA) is a rare congenital anomaly in which the entire coronary system arises from a solitary ostium. The right coronary artery (RCA) originating from the left coronary system is an extremely rare variation of the single coronary artery anomaly in which the prognosis is usually benign provided that the anomalous vessel does not pass between the aorta and the pulmonary artery. In this paper, we present a case with a SCA in which RCA arising from the extend of the second diagonal of left anterior descending artery and mild non-obstructive atherosclerotic involvement in the entire coronary tree.

Key Words : Single coronary artery, Coronary artery anomaly, Right coronary artery

INTRODUCTION

Single coronary artery (SCA) is a rare congenital anomaly in which the entire coronary system arises from a solitary ostium. As an isolated finding, the incidence ranges between 0.024% and 0.066% in the general population undergoing coronary angiography.¹⁻⁴ The right coronary artery originating from the left coronary system is an extremely rare variation of the single coronary artery anomaly in which the prognosis is usually benign provided that the anomalous vessel does not pass between the aorta and the pulmonary artery. Anomalous right coronary artery (RCA) anomaly has been rarely associated with other congenital cardiovascular anomalies such as transposition of the great vessels and tetralogy of Fallot. In this paper, we present a case with a SCA in which RCA arising from the extend of the second diagonal of LAD and mild non-obstructive atherosclerotic involvement in the entire coronary tree.

CASE REPORT

A 68-year-old hypertensive male patient without a family history of cardiac disease, was admitted to emergency unit with the complaints of accelerated angina pectoris and palpitation. His blood pressure and heart rate were measured as 160/95 mmHg and 85 beats/min, respectively at physical examination. On auscultation, a grade 2/6 early systolic murmur over the left lower sternal border was heard. Chest examination revealed no pathologic findings. The electrocardiogram showed normal sinus rhythm and left ventricular hypertrophy. Chest radiography demonstrated normal cardiac silhouette and marked pulmonary vasculature, particularly at basal levels. Blood chemistry was normal except for mild hypertriglyceridemia and impaired fasting glucose (277 mg/dl and 111 mg/dl, respectively). And cardiac markers of patient (CKMB and Troponin) were normal. Due to typical cardiac symptoms and multiple cardiac risk factors, coronary angiography was performed via right femoral artery by the Judkins technique, which revealed SCA in which RCA arising from the extend of the second diagonal of LAD and mild non-obstructive atherosclerotic involvement in the entire coronary tree .

DISCUSSION

Coronary artery anomalies (CAA) are found in 0.6% to 5.6% of patients undergoing diagnostic coronary angiography, and in approximately 1% of routine autopsies examinations. The commonest CAA is a separate origin of the LAD and LCX, with an incidence of 0.41%, followed by the LCX arising from the RCA, with an incidence of 0.37%. CAAs result from several anatomic aspects according to their origin, course and distribution. The incidence of anomalous RCA originating from the left coronary system ranges from 0.1% to 0.9%. The origin of an anomalous RCA may be from the left sinus of Valsalva, the posterior sinus of Valsalva, the ascending aorta, the PA, the left ventricle, the LMCA, the LCX or the LAD.¹⁰⁻³² The origin of an anomalous RCA may also be viewed as an extension of the second diagonal branch or as a limb of the first septal perforator.²⁵⁻²⁷ Angiographic classification of single coronary arteries is as follows [1,2]: 'R' and 'L' denote the origin of the SCA from the right and left sinus of Valsalva, respectively. Then, the anatomical course of the anomalous coronary artery is designated: Type I denotes an anatomical course of either a right or left coronary artery; Type II denotes one coronary artery arising from the proximal part of a normally located coronary artery; and Type III denotes the condition where the left anterior descending and left circumflex arteries arise separately from the proximal part of the normal right coronary artery; thus, this type can only be true for the 'R' type of SCA. Finally, the course of the anomalous artery in relation to the great vessels is designated with the letters 'A' (anterior), 'P' (posterior), 'B' (interarterial course between the aorta and the pulmonary artery), 'S' (part of the route is through the interventricular septum), and 'C' (a combination of diverse routes). In our case, the SCA was type L-IIS according to this classification. And the origin of an anomalous RCA is extension of the second diagonal branch of LAD. Identification of the interarterial course of an arterial segment is important, because mechanical compression of the vessel between the aorta and the pulmonary artery or kinking are the potential causes of ischemia and sudden cardiac death.^{5,6} Although the majority of patients are asymptomatic, patients with SCA



Resim 1. Right anterior oblik projection



Resim 2. Lateral projection



Resim 3. Left anterior caudal projection



Resim 4. Right coronary sinüs

can present with recurrent ischemia, acute myocardial infarction, heart failure, syncope, and nonfatal ventricular fibrillation.⁷ In 15% of patients with ischemia, no obstructive atherosclerotic lesion is found.⁸ Impaired coronary flow reserve, acute aortocoronary angulation, slit-like ostium, ostial tissue flaps, initial course of the coronary artery within the aortic wall, or spasm are the other mechanisms that cause ischemia in the absence of atherosclerosis. An anomalous SCA does not appear to be associated with an increased risk for the development of coronary atherosclerosis.⁹

REFERENCES

1. Lipton MJ, Barry WH, Obrez I, Silverman JF, Wexler L. Isolated single coronary artery: diagnosis, angiographic classification, and clinical significance. *Radiology* 1979;130:39–47.
2. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1990;21:28–40.
3. Desmet W, Vanhaecke J, Vrolix M, Van de Werf F, Piessens J, Willems J, de Geest H. Isolated single coronary artery: a review of 50,000 consecutive coronary angiographies. *Eur Heart J* 1992;13:1637–40.

4. Angelini P, Villason S, Chan AV. Normal and anomalous coronary arteries in humans. In: Angelini P, editor. *Coronary artery anomalies: a comprehensive approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 27–150.
5. Taylor AJ, Rogan KM, Virmani R. Sudden cardiac death associated with isolated congenital coronary artery anomalies. *J Am Coll Cardiol* 1992;20: 640–7.
6. Taylor AJ, Byers JP, Cheitlin MD, Virmani R. Anomalous right or left coronary artery from the contralateral coronary sinus: “high-risk” abnormalities in the initial coronary artery course and heterogeneous clinical outcomes. *Am Heart J* 1997;133:428–35.
7. Brandt 3rd B, Martins JB, Marcus ML. Anomalous origin of the right coronary artery from the left sinus of Valsalva. *N Engl J Med* 1983;309:596–8.
8. Shirani J, Roberts WC. Solitary coronary ostium in the aorta in the absence of other major congenital cardiovascular anomalies. *J Am Coll Cardiol* 1993;21:137–43.
9. Topaz O, DeMarchena EJ, Perin E, Sommer LS, Mallon SM, Chahine RA. Anomalous coronary arteries: angiographic findings in 80 patients. *Int J Cardiol* 1992;34:129–38.
10. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1990; 21: 28–40.
11. Lipton MJ, Barry WH, Obrez I, Silverman JF, Wexler L. Isolated single coronary artery: Diagnosis, angiographic classification, and clinical significance. *Radiology*, 1979; 130: 39–47.
12. Engel HJ, Torres C, Page HL Jr. Major variations in anatomical origin of the coronary arteries: Angiographic observations in 4,250 patients without associated congenital heart disease. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1975; 1: 157–69.
13. Chaitman BR, Lesperance J, Saltiel J, Bourassa MG. Clinical, angiographic, and hemodynamic findings in patients with anomalous origin of the coronary arteries. *Circulation*, 1976; 53: 122–31.
14. Kimbris D, Iskandrian AS, Segal BL, Bemis CE. Anomalous aortic origin of coronary arteries. *Circulation*, 1978; 58: 606–15.
15. Donaldson RM, Raphael M, Rodley-Smith R et al. Angiographic identification of primary coronary anomalies causing impaired myocardial perfusion. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1983; 9: 237–49.
16. Hobbs RE, Millit HD, Raghavan PV, Moodie DS, Sheldon WC. Congenital coronary anomalies: Clinical and therapeutic implications. In: Vidt D ed. *Cardiovascular therapy*. Davis, Philadelphia, FA 1982: 43–58.
17. Wilkins CE, Betancourt B, Mathur VS et al. Coronary artery anomalies: A review of more than 10,000 patients from the Clayton Cardiovascular Laboratories. *Texas Heart Institute J*, 1988; 15: 166–73.
18. Aydinlar A, Cicek D, Senturk T et al. Primary congenital anomalies of the coronary arteries: A coronary arteriographic study in western Turkey. *Int Heart J*, 2005; 46: 97–103.
19. Shirani J, Roberts WC. Solitary coronary ostium in the aorta in the absence of other major congenital cardiovascular anomalies. *J Am Coll Cardiol*, 1993; 21: 137–43.
20. Topaz O, Demarchena R, Perin E, Sommer LS, Mallon SM, Chahine RA. Anomalous coronary arteries: Angiographic findings in 80 patients. *Int J Cardiol*, 1992; 34: 129–38.
21. Angelini P, Villason S, Chan AV, Diez JG. Normal and anomalous coronary arteries in humans. In: Angelini P ed. *Coronary artery anomalies: A comprehensive approach*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 1999: 27–150.
22. Hughes MM. Anomalous origin of the right coronary artery from the left anterior descending coronary artery. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1997; 42: 308–9.
23. Rath S, Battler A. Anomalous origin of the right coronary artery from the left anterior descending coronary artery. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1998; 44: 328–9.
24. Akcay A, Tuncer C, Batyraliev T et al. Isolated single coronary artery: A series of ten cases. *Circ J*, 2008; 72: 1254–1258.
16. Teragawa H, Okada K, Sueda T. Anomalous origin of the right coronary artery from the left anterior descending coronary artery. *Heart*, 2004; 90: 1492.
25. Jammula P, Gupta R, Uretsky BF. Anomalous origin of the right coronary artery from the left anterior descending artery. *Heart*, 2005; 91: e30.
26. Goldstein PR, Pittman DE, Gay TC, Brandt CS. Anomalous origin of the right coronary artery from the ascending aorta: Case history. *Angiology*, 1990; 41: 164–6.
27. Husaini SN, Beaver WL, Wilson IJ, Lach RD. Anomalous right coronary artery originating from left mainstem. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1983; 9: 407–9.
28. Bayram E, Kocaturk H, Kantarci M, Fil F, Colak MC. Anomalous origin of the right coronary artery arising from the left anterior descending artery in a case with single coronary artery anomaly: Multi-detector computer tomography imaging. *Anad Kardiyol Derg*, 2008; 8: 385–6.
29. Caliskan M, Ciftci O, Gulu H, Alpaslan M. Anomalous right coronary artery from the left sinus of Valsalva presenting a

- challenge for percutaneous coronary intervention. *Arch Turk Soc Cardiol*, 2009; 37: 44–7.
30. Baskurt M, Yildiz A, Caglar IM et al. Right coronary artery arising from the pulmonary trunk. *Thorac Cardiovasc Surg*, 2009; 57: 424–6.
 31. Isner JM, Shen EM, Martin ET, Fortin RV. Sudden unexpected death as a result of anomalous origin of the right coronary artery from the left sinus of Valsalva. *Am J Med*, 1984; 76: 155–8.
 32. Roberts WC, Siegel RC, Zipes DP. Origin of the right coronary artery from the left sinus of Valsalva and its functional consequence: Analysis of 10 necropsy patients. *Am J Cardiol*, 1982; 49: 863–8.
 33. Amasyali B, Kursaklioglu H, Kose S et al. Single coronary artery with anomalous origin of the right coronary artery from the left anterior descending artery with a unique proximal course. *Jpn Heart J*, 2004; 45: 521–5.
 34. Meyers DG, McManus BM, McCall D, Walsh RA, Quaiife MA. Single coronary artery with the right coronary artery arising from the first septal perforator. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1984; 10: 479–84.
 35. Hsueh SK, Youssef AA, Fang CY. Percutaneous coronary intervention of a stenotic left anterior descending artery with anomalous origin of right coronary artery. *Chang Gung Med J*, 2009; 32: 574–8.

Gİ Ünitesi



Kolorektal cerrahi

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

Proktoloji

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

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

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

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

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

Cerrahi-Gastroenteroloji Endoskopi Ünitesi (Gİ ünitesi)

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



Gİ Ünitesi

Op. Dr. Bahadır EGE

Kurucu/Konsültan Hekimler

Prof. Dr. Hakan BOZKAYA

Prof. Dr. Bülent MENTEŞ

www.koruhastanesi.com

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



Resistant Radial Artery Spasm During Coronary Angiography Via Radial Approach Responded to General Anesthesia

Aytun Çanga, Özcan Özdemir

Ankara Sincan Private Koru Hospital

ÖZET

Perkütan koroner girişimler için radyal yaklaşım özellikle kanama ve vasküler komplikasyonların yüksek olduğu hasta grubunda oldukça yararlı bir yöntemdir. Ancak radyal arterde spazm bu yöntemin en sık görülen komplikasyonudur. Bu yazıda, ciddi radyal arter spazmı gelişen, vazodilatör hiçbir tedaviye ve mekanik girişimlere yanıt vermeyen ve ancak genel anestezi sonrası spazmın düzeldiği bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler : Transradyal (radyal) yaklaşım, Radyal arter spazmı

ABSTRACT

The transradial approach (TRA) for percutaneous coronary interventions is of particular benefit in patients with increased risk for bleeding and vascular complications. However, radial artery spasm (RAS) is the most frequent complication of TRA. In this report, we present a case with severe RAS which did not respond any vasodilator treatments and other mechanical solutions and dissolved after general anaesthesia.

Key Words : Transradial approach, Radial artery spasm

INTRODUCTION

The transradial approach (TRA) is of particular benefit in patients with increased risk for bleeding and vascular complications, more commonly associated with female gender, elder age, obesity, low weight, hypertension, renal failure, low platelet count, and anemia. The direct impact of decreased periprocedural bleeding and access site complications on outcomes and on costs to health systems has increased the awareness about the potential benefits of the TRA as a default technique instead of the TFA.¹⁻⁴

Radial artery spasm (RAS) is the most frequent complication of TRA and incidence of RAS varies greatly among different centers due to the inconsistency in prophylactic therapy and criteria for diagnosis.¹⁻⁴ The SPASM study shows that young and female are the independent predictors of RAS.⁵ Other studies show that the diameter of radial artery⁶ and diabetes mellitus⁷ are the predictors of RAS. So far, there is no large scale study on the predictors of RAS.

In this paper, we present a case with severe radial artery spasm resolved after general anesthesia instead of anti-spasmolytics.

CASE REPORT

A 44-year-old hypertensive smoker male patient without a family history of cardiac disease, was admitted to emergency unit with the complaints of accelerated dyspnea and palpitation. He has a diabetes mellitus and hiperlipidemia. His blood pressure and heart rate were measured as 160/95 mmHg and 125 beats/min, respectively at physical examination. On auscultation, S1-S2 positive and arrhythmic, a grade 2/6 early systolic murmur over the left lower sternal border was heard. Chest examination revealed no pathologic findings. The electrocardiogram showed atrial fibrillation and left ventricular hypertrophy. Chest radiography demonstrated normal cardiac silhouette and marked pulmonary vasculature, particularly at basal levels. Blood chemistry was normal except for mild hyperlipidemia

and elevated fasting glucose (180 mg/dl and 144 mg/dl, respectively). And cardiac markers of patient (CKMB and Troponin) were normal. The echocardiogram was normal. (Left ventricle ejection fraction, left atrial diameter, RV functions and mitral-tricuspid cusps). Due to typical cardiac symptoms and multiple cardiac risk factors, coronary angiography was performed via left radial artery by the Judkins technique. After access site was anaesthetized by lidocaine, 6F puncture set (Terumo, Japan) was used to complete artery puncture, then 200 µg verapamil, 200 µg nitroglycerin and 3000 U heparin were injected into radial artery along the sheath to prevent vasospasm. After the left and right coronary sistem imaging, we introduced 6F pigtail catheter for left ventriculography. We noticed that the pigtail catheter could not be propagated through the brachial artery just above its origin (Figure). Several attempts have failed either to pull back or propagate the catheter. That means that the pigtail catheter “trapped” by radial artery. The patient had severe pain response to catheter manipulation. Besides local warm compress, multiple spasmolytics are used to treat vascular spasm (300 µg nitroglycerin, 3 mg verapamil, 5 mg diltiazem, much



Resim 1. Resistant radial artery spasm during coronary angiography via radial approach

more IV saline solution and 200 µg Nipruss) but could not resolve. While suggesting surgical intervention, we applied anesthesia and opioid analgesics (pethidine 60 mg, midazolam 6 mg IV). Last attempt after anesthesia to pull back the catheter was successful and we removed the catheter and sheath.

DISCUSSION

As radial artery is thinner and is mainly controlled by $\alpha 1$ adrenergic nerve, it is prone to spasm. Although RAS usually does not cause serious effects, it often leads to patient discomfort, and influences the process of the operation.⁸

It was subjective to diagnose RAS only according to patients' or operators' feelings. Fukuda et al⁹ diagnosed RAS only by radial artery angiography, though the criterion was objective, the incidence of RAS was so high that the clinical relevance was poor. Other scholars used automatic pullback device to determine RAS, which was defined according to the maximum pullback force of the device.^{9,11} Although it was objective and had a high correlation with clinical symptoms, the device was only used in a few centers and it was only suitable for the evaluation of postoperative RAS.

Kiemeneij et al⁹ reported that, compared with placebo, anti-spasm drugs (verapamil 5 mg, nitroglycerin 200 µg) could decrease the incidence of RAS from 22% to 8%. Fukuda et al¹⁰ diagnosed RAS through radial artery angiography and found that RAS occurred in most patients through transradial approach. Thus, the incidence of RAS reported by different centers varied greatly because their premedication and spasm criterion were inconsistent.

The SPASM study found that young and female were the independent predictors of RAS because of the sympathetic tonicity was high and the concentration of catecholamine was easy to increase, leading to increased vascular tone.⁵ Saito et al⁶ found that the inner diameter of radial artery was an independent predictor of RAS.

In vitro studies showed that patients with diabetes had serious endothelial dysfunction and the radial artery was prone to spasm.⁷ On the other hand for diabetes patients, serious endothelial dysfunction and the imbalance between vasodilator and vasoconstrictor substances constituted the main reasons for spasm.

REFERENCES

1. Mann T, Cubeddu G, Bowen J, Schneider JE, Arrowood M, Newman WN, et al. Stenting in acute coronary syndromes: a comparison of radial versus femoral access sites. *J Am Coll Cardiol* 1998;32:572-6.
2. Manoukian SV, Feit F, Mehran R, Voeltz MD, Ebrahimi R, Hamon M, et al. Impact of major bleeding on 30-day mortality and clinical outcomes in patients with acute coronary syndromes: an analysis from the ACUTY Trial. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:1362-8.
3. Bertrand OF, Larose E, Rodés-Cabau J, Gleeton O, Taillon I, Roy L, et al. Incidence, predictors, and clinical impact of bleeding after transradial coronary stenting and maximal antiplatelet therapy. *Am Heart J* 2009;157:164-9.
4. Jolly SS, Amlani S, Hamon M, Yusuf S, Mehta SR. Radial versus femoral access for coronary angiography or intervention and the impact on major bleeding and ischemic events: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am Heart J* 2009;157:132-40.
5. Varenne O, Jegou A, Cohen R, Empana JP, Salengro E, Ohanessian A, et al. Prevention of arterial spasm during percutaneous coronary interventions through radial artery: the SPASM study. *Catheter Cardiovasc Interv* 2006; 68: 231-5.
6. Saito S, Ikei H, Hosokawa G, Tanaka S. Influence of the ratio between radial artery inner diameter and sheath outer diameter on radial artery flow after transradial coronary intervention. *Catheter Cardiovasc Interv* 1999; 46: 173-8.
7. Choudhary BP, Antoniadis C, Brading AF, Galione A, Channon K, Taggart DP. Diabetes mellitus as a predictor for radial artery vasoreactivity in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: 1047-53.
8. Goldberg SL, Renslo R, Sinow R, French WJ. Learning curve in the use of the radial artery as vascular access in the performance of percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1998; 44: 147-52.

9. Kiemeneij F, Vajifdar BU, Eccleshall SC, Laarman G, Slagboom T, van der Wieken R. Evaluation of a spasmolytic cocktail to prevent radial artery spasm during coronary procedures. *Catheter Cardiovasc Interv* 2003; 58: 281-4.
10. Fukuda N, Iwahara S, Harada A, Yokoyama S, Akutsu K, Takano M, et al. Vasospasms of the radial artery after the trans-radial approach for coronary angiography and angioplasty. *Jpn Heart J* 2004; 45: 723-31.
11. Kiemeneij F, Vajifdar BU, Eccleshall SC, Laarman G, Slagboom T, van der Wieken R. Measurement of radial artery spasm using an automatic pullback device. *Catheter Cardiovasc Interv* 2001; 54: 437-41.



Ankilozan Spondilitli Zor Havayolu Olan Hastada Anestezi: Olgu sunumu

Anesthesia for a Patient with Ankylosing Spondylitis and Difficult Airway: Report of Case

Gülce Avanoğlu¹, İsmail Öztürk¹, Necmettin Ünal²

¹Özel Koru Hastanesi Anesteziyoloji Kliniği

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

ÖZET

Ankilozan spondiliti olan ve zor havayolu öngörülen perkütan nefrostomi planlanan hastaya regional ve genel anestezi teknikleri hazırlanarak hasta için en uygun yöntem uygulamaya çalışıldı. Anestezistler için ankilozan spondilitte hem havayolunun yöntemi hemde nöroaksiyel blok uygulamalarında zorluklar olabilir. Biz perkütan litotomi yapılacak ankilozan spondilitli hastaya öncelikle torakal epidural(lateral yaklaşım) anestezi uygulaması yapmayı amaçladık.

Anabtar Kelimeler : Ankilozan spondilit, Zor havayolu, Regional anestezi.

ABSTRACT

We describe a case of Ankylosing Spondylitis for whom all regional and general anesthetic preparations were provided for perioperative decision regarding the safest anesthesia. The patient underwent percutaneous nephrostomy with successful lateral thoracic epidural anesthesia approach.

Key Words : Ankylosing spondylitis, Difficult airway, Regional anesthesia

GİRİŞ

Ankilozan spondilit etyolojisi bilinmeyen seronegatif spondilo artropati gurubu hastalıklar içinde yer alan, primer olarak omurga ve sakroiliyak eklemleri tutan histokompatibilite HLA-B27 antijeni ile birlikte olan kronik progresif, otoimmün kollajen doku hastalığıdır¹. Hastalık ilerledikçe, omurda radyolojik olarak "bambubenzeri" görüntü gelişir². Bu hastaların genel anestezi uygulamalarında boyun hareketlerinin ve ağız açıklığının kısıtlılığına bağlı olarak havayolu yöntemi zordur. Özellikle bel omurgalarının ankiioze olması ve hastaya pozisyon verilememesi nedeniyle regional anestezi uygulamaları zor olmakta ve komplikasyonlar daha sık görülebilmektedir (Resim 1). Ankilozan spondilitli hastalarda operasyon öncesi anestezi yönteminin planlanması olası risklerin azalmasını sağlar. Ankilozan spondilitli perkütan litotomi yapılacak hastaya regional ve genel anestezi yapılacak şekilde tüm ekipmanlarımızı hazırladık.

OLGU SUNUMU

Bilateral nefrolityazis nedeniyle ve perkütan sol nefrostomi planlanan 65 yaşında erkek hasta; yaklaşık 40 yıl önce ankilozan spondilit tanısı almış. 30 yıl * 1pkt/gün sigara içmiş. Kardiyak şikayeti yok, ancak ara ara tanımladığı nefes darlığı mevcut. Muayenede boyun ekstansiyonu hiç yok, omurgada fleksiyon deformitesi (+), Mallampati IV. Çenede prognatik görünüm ve dişleri yok. Solunum sesleri bilateral kaba, yer yer ronküsler var. Hastaya öncelikle torakal epidural deneneceği, başarılı olunamazsa ikinci adım fiberoptik laringoskopi uyanık entübasyon deneneceği yine başarılı olunamazsa trakeostomi açılabilceği anlatıldı ve hastaya ayrıntılı bir onam formu okutulup imzası alındı. Acil trekeostomi seti, video laringoskop hazır bulunduruldu. İlk aşama olarak hastaya thorakal 6 seviyesinden epidural kateter takılması planlandı. 18 G iğne ile epidural kateter lateral yaklaşım ile takıldı. Epidural kateterden % 0.5'lik marcainden 25 mg (5cc) yapıldı. 15-20 dk sonra doz



Little H, Swinson DR, Cruickshank B. Am J Med. 1976;60:270-265.
Reproduced with the permission of Cahner's Publishing Co.

Resim 1: Ankilozan spondilitin ilerleyen yaş ile seyri.



Resim 2: Hastaya güvenli anestezi için verilen pozisyon.

tekrarlandı. Son dozdan 10 dk sonra T6-T10 arasında parçalı blok oluştu. Bu bloğun yeterli olmayacağı düşünülerek lumbal seviyesinden ikinci bir kateter takılmasına karar verildi. Fakat lumbal bölgede aralık bulunamadı. Daha sonra thorokal kateter içerde 3 cm kalacak şekilde çekilip tekrar marcaïn %0,5'likten 25mg daha ek doz yapıldı. 15 dk sonra anestezi istenen seviyeye geldi. Prone pozisyonda perkütan nefrostomi yapılacak hastanın pozisyonu hastayla iletişim içerisinde en rahat olduğu şekilde ayarlandı. Omurgada ileri derecede fleksiyon deformitesi olan hastanın göğüs ve karın boşluğu yastıklarla dolduruldu (Resim 2). Operasyon 1 saat içinde başarılı bir şekilde tamamlandı, herhangi bir komplikasyon çıkmadı.

TARTIŞMA

Ankilozan spondilitli vakalarda en önemli sorun servikal vertebraların düz veya fleksiyonda fiksasyonudur(*bambu omur*). Bir çok olguda spontan solunum korunarak maske ile anestezi vermek yeterli olabilir. Ancak, gerek genel anestezi sırasında gelişebilecek solunum sorunu, gerekse bölgesel anestezi sırasında gelişebilecek toksik reaksiyonlar nedeniyle, hava yolunun açılabilmesi için, entübasyon güçlüğü konusunda değinilen önlemlerin hazır bulundurulması gerekir. Sekonder nörolojik defisit varsa, bölgesel yöntemler kontrendike olabilir³.

Hastamızda zor entübasyon olacağı için zor havayolu ekipmanlarını hazır bulundurduk. Zor havayoluna bağlı oluşabilecek komplikasyonlardan kaçınmak için öncelikle rejonel anestezi şeklini tercih ettik. Sonuç olarak; ameliyat öncesi özellikle zor havayolu varlığı çok iyi ve detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Nöroaksiyel blokların genel anesteziye tercih edilebileceği ancak spinal ve epidural girişimlerinde zor olabileceği akılda tutulmalıdır⁴.

KAYNAKLAR

1. Rosier RN. Orthopaedics.In:Schwartz SI,Shiras GT.2004; 48: 1581-7.
2. G.Edward Morgan, S.Mikhail, J. Murray Klinik Anesteziyoloji 2004;355-8.
3. Kayhan Z. Klinik anestezi 2004;731-5.
4. Çanakcı N , Ünsal M. Succesful Spinal Anesthesia in A Case of Ankylosing Spondilits. T Klin. J Med.Sci 2001;21:307-10.

Low-Grade Appendiks Musinöz Neoplazmında Robotik Cerrahi: Olgu Sunumu

Robotic Surgery for Low-Grade Appendiccal Mucinous Neoplasm: Report of Case

Bahadır Ege¹, Sezai Leventoğlu², B. Bülent Mentşe²

¹Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Primer appendiks tümörleri çok nadir rastlanan olgulardır. Anemi nedeniyle araştırılan 46 yaşındaki kadın hastada appendiks mukoseli ya da çekal duplikasyon düşünüldü. Karın tomografide appendikste 17x6x4 cm dev kitle saptandı. Kolonoskopide çekuma dışarıdan protruze olan kitle görünümü mevcuttu. Rutin kan testleri normaldi. Bizim sunumunu yaptığımız bu vakada appendiks kaynaklı 17x6x4 cm'lik kitle için çekum wedge rezeksiyonu da içeren appendektomi robotik cerrahi ile başarıyla gerçekleştirildi.

Anahtar Kelimeler : Appendiks low-grade musinöz neoplazm, Robotik çekal wedge rezeksiyon.

ABSTRACT

Primary appendiceal tumors are rare clinical and radiological entities. The patient was a 46-year-old-female who was recently diagnosed with an appendicular tumor while being investigated for anemia. Computed tomography demonstrated the large appendiceal 17x6x4 cm mass. We demonstrated a large protruding mass into the cecum by colonoscopy. Routine blood tests showed no abnormality. We report the case of a large (17 cm x 6 cm x 4 cm) low-grade appendiceal mucinous neoplasm, for which a appendectomy with cecal wedge resection was successfully performed using a robotic approach.

Key Words : Low-grade appendiceal mucinous neoplasm, Robotic cecal wedge resection.

GİRİŞ

Appendiks tümörü nadir olarak görülen bir entitedir ve bu tümörler tüm appendektomilerin %2'sinde görülmektedir¹. Genellikle her zaman başka bir nedenle klinik araştırma yapılan hastalarda insidental olarak tespit edilirler. Müsinöz kistadenoma appendiksin en sık saptanan müsinöz neoplazmadır². Bu olgularda klinik olarak önemli olan bir diğer durum ise musinin peritoneal kaviteye dökülmesi ve/veya appendiksin rüptürü sonucunda gelişen pseudomyxoma peritonei'dir. Appendiksin tümörlerinin cerrahi tedavisinde konvansiyonel yöntemle laparoskopik yöntemler arasında belirgin başarı farklılığı yoktur³. Laparoskopik cerrahi tedavi bilinen avantajları nedeniyle appendiks tümörlerinin tedavisinde de tercih edilmektedir. Appendiks tümörlerinde radikal appendektomi çoğunlukla yeterli cerrahi tedaviyi sağlamaktadır⁴.

OLGU

Dahiliye kliniğinde anemi etiyolojisi araştırılan 46 yaşında kadın hastaya yapılan karın ultrasonografisinde sağ alt kadranda appendiks komşuluğunda 16 cm çapında appendiks mukoseli? veya duplikasyon kisti? tespit edilmesi üzerine hasta kliniğimize danışıldı. Hastanın karın muayenesinde sağ alt kadranda kitle hissi mevcuttu. Klinik evaluasyon için yapılan karın tomografisinde appendikte 17x6x4,5 cm mukoselle uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 1). Kolonoskopisinde çekuma dışarıdan basan düzgün sınırlı kitle görünümü tespit edildi (Resim 2). Hastaya appendiks tümörünün appendiks radiksinde tutabilmesi nedeniyle robotik wedge çekum rezeksiyonunda kapsayan radikal appendektomi planlandı. Gerekli hazırlıklar yapıp operasyona alınan hastaya uygun pozisyon verilip pnömoperitonium sağlandıktan sonra 2'si 5mm 2'si 10 mm olan toplam 4 adet port yerleştirdi



Resim 1: Karın tomografisinde appendiks kaynaklı dev kitle.



Resim 2: Kolonoskopide çekuma dışarıdan basan kitle görünümü.



Resim 3: Robotik enstürmanların yerleşimi.



Resim 4: Konsol cerrahinin robot ile operasyonu gerçekleştirmesi.

ve da Vinci® SI HD ile sağ yan yaklaşımli pozisyonel kitlenme yapıldı (Resim 3, 4). Appendik mezosu Ligasure® yardımı ile serbestleştirildikten sonra Endo GIA® yardımcıyla cerrahi sınırlar makroskopik olarak negatif olacak şekilde çekum wedge rezeksiyon ile appendektomi yapıldı (Resim 5). Sipesmen Endobag® yardımcı ile

asistan porttan dışarı perfore edilmeden alındı (Resim 6). Operasyon süresi 46 dakika olarak ölçüldü. Kanama miktarı önemsizdi. Hasta postoperatif erken dönemde oral aldı ve mobilize oldu. Hasta postoperatif 1. gün taburucu edildi.



Resim 5: Robotik enstürmanlarla cerrahi diseksiyon.



Resim 6: Çekal wedge rezeksiyonlu appendektomi. Dev appendiks mukoseli.

TARTIŞMA

Appendiks tümörleri tüm gastrointestinal tümörlerin %0,4'nü oluştururlar⁵. Appendiks mukoseli 2 cm'den büyük olduğunda neoplastik olma eğilimindedir⁶. Bizim vakamızda yaklaşık 16 cm boyutundaydı. Appendiks radiksi kitle formasyonu içinde olduğundan güvenli cerrahi sınır içi çekum wedge rezeksiyonlu appendektomi planlandı. Robotik cerrahinin mükemmel görüntüsü ve cerrahi el hareketlerindeki kusursuzluğun sağladığı güvenli diseksiyon yardımıyla appendiks mukoseli perfore edilmeden güvenli cerrahi sınır sağlayan çekum wedge rezeksiyonu ile yapıldı. Hasta postoperatif dönemde robotik cerrahinin sağladığı daha az ağrı, erken mobilizasyon, daha iyi kozmetik sonuç ve günlük hayata erken dönmek gibi avantajlardan yararlandı.

KAYNAKLAR

1. Chinnusamy P, Muthukumaran R, Suviraj JJ. Laparoscopic Right Hemicolectomy for Mucocele Due to a Low-Grade Appendiceal Mucinous Neoplasm. *JSL* 2008; 12:194–7.
2. Soreide K, Gudlaugsson E, Kjellevoid KH. Appendiceal mucinous cystadenoma. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2005;125:289–91.
3. Bucher P, Mathe Z, Demirag A, Morel P. Appendix tumors in the era of laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc*. 2004;18:120–5.
4. Carr NJ, Sobin LH. Unusual tumors of the appendix and pseudomyxoma peritonei. *Semin Diagn Pathol*. 1996;13:314–25.
5. Lau H, Yuen WK, Loong F, Lee F. Laparoscopic resection of an appendiceal mucocele. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2002;12:367–70.
6. Goede AC, Caplin ME, Winslet MC. Carcinoid tumour of the appendix. *Br J Surg*. 2003;90:1317–22.

DA VINCI ROBOTİK CERRAHİ

CERRAHİ TEKNOLOJİDE ULAŞILAN
EN İLERİ SEVİYE!

Daha az ağrı

Daha az hastanede yatış süresi

Daha gelişmiş kanser kontrolü

Daha az kan nakli ihtiyacı

Daha kısa iyileşme süresi

Günlük aktivitelere daha hızlı dönüş imkanı



Dünyanın en gelişmiş Robotik Cerrahi Sistemi olan da Vinci Robotik Cerrahi Sistemi'nin en son modeli da Vinci SI HD, 2012 Ekim ayından itibaren Ankara Korum Hastaneleri Robotik Cerrahi Merkezi'nde kullanılmaktadır.



KORU HASTANELERİ

Üroloji

Ürolojik hastalıkların tedavisi için tercih Koru Hastanesi...

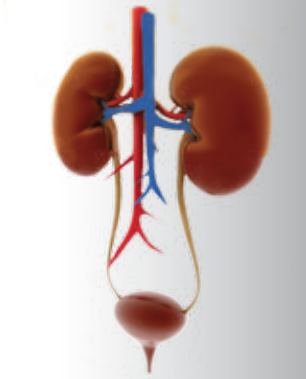
Özel Koru Hastanesi Üroloji Bölümünde infertilite tarama testleri ve muayeneleri yapılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri modern cihazlarla hijyenik ortamlarda sperm sayımı ve ayrımı yapılarak uygulanmaktadır. Doktorunuzla yapacağınız bir görüşme fertiliteniz hakkında size çok değerli bilgiler verecektir.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



Tedavide modern teknikler

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

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



Her soru ve sorununuza cevap...

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

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

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



Özel yöntemlerle cerrahi tedavi...

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

Aorta-İliak Arter Darlığının Perkütan Endovasküler Tedavisi

Percutaneous Endovascular Treatment for Aorta-Iliac artery stenosis

Aytun Çanga¹, Özcan Özdemir¹, Meltem Ege², Tolga Soyal³, Neyyir Tuncay Eren³

¹Özel Koru Sincan Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

²Özel Koru Balgat Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

³Özel Koru Sincan Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

ÖZET

Periferik arteriyel hastalık kollar ve bacaklara kan taşıyan atardamarlarda daralma ve tıkanmaya bağlı gelişen sık bir dolaşım sistemi sorunudur. Bu durum normal kan akımını engelleyerek bazen ağrıya yol açabilirse de sıklıkla herhangi bir yakınmaya yol açmaz. Periferik arter hastalığının en sık nedeni “atardamarların sertleşmesi” olarak tanımlanan aterosklerozdur. Eğer tedavi edilemezse, bu durum bazı hastalarda ilgili uzuvun kaybına dahi yol açabilir. Görüntüleme yöntemleriyle, femoral arter yoluyla kateter bacadaki tıkalı damara ilerletilir. Ve sonrasında bir balonun şişirilmesi veya ince metal bir silindir olan bir stentin yerleştirilmesiyle bu darlıklar tedavi edilebilir. Bu yöntem ciltte bir kalem ucu kadar çentikle cerrahi gerektirmeyen minimal girişimsel bir yöntemdir. Bu yazıda, periferik arter hastalığı tanısı konulan, ciddi iliak arter bifurkasyon darlıkları saptanan (TACS II C TİP) ve stent yerleştirilerek başarılı şekilde tedavi edilen bir olgu sunulmuştur. .

Anahtar Kelimeler : *Periferik arter hastalığı, Aorta-iliak hastalık, stent yerleştirilmesi*

ABSTRACT

Peripheral arterial disease is a common circulation problem in which the arteries that carry blood to the legs or arms become narrowed or clogged. This interferes with the normal flow of blood, sometimes causing pain, but often causing no symptoms at all. The most common cause of PAD is atherosclerosis, often called “hardening of the arteries”. Left untreated, this insufficient blood flow will lead to limb amputation in some patients. Using imaging for guidance, a catheter is inserted through the femoral artery in the groin to the blocked artery in the legs. And then by inflating a balloon or implanting a stent, a tiny metal cylinder, the stenosis could be treated. This is a minimally invasive treatment that does not require surgery, just a nick in the skin the size of a pencil tip. In this paper, we present a case diagnosed to peripheral artery disease, severe bifurcation iliac stenosis (TASC II C) and treated with successful stent implantation.

Key Words : *Peripheral arterial disease, Aorta-iliac disease, stent implantation*

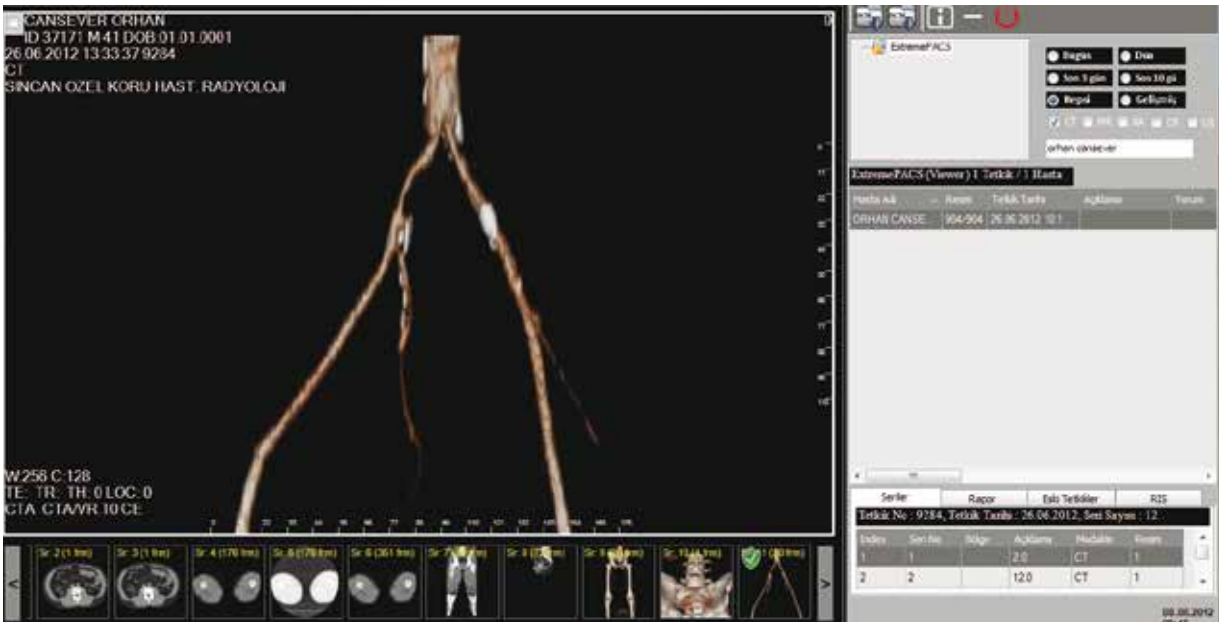
GİRİŞ

Stenotik iliak arter lezyonu olan hastalarda endovasküler tedavi seçeneklerinin özellikle son on yıl içerisinde, cerrahi revaskülarizasyon işlemleri ile karşılaştırıldığında, popülaritesi gittikçe artmıştır. Femoro-popliteal bölge gibi damar kalibrasyonunun düşük olduğu yerleşimlerde, cerrahi sonuçlar ile karşılaştırıldığında, endovasküler girişimlerin etkinliği ve süregenliği konusunda halen önemli tartışmalar vardır¹⁻⁴. Bununla birlikte özellikle aorta-iliak bölgede, sonuçların karşılaştırılabilir olması ve intraabdominal cerrahinin yüksek risk taşıması, sonuçta endovasküler girişimsel işlemler için kabul edilebilir risk-yarar oranı ortaya çıkarmaktadır.

OLGU

Daha öncesine ait bilinen kardiyovasküler hastalık öyküsü olmayan 39 yaşında erkek hasta son 2 yıldır sol bacakta daha fazla olmakla birlikte bilateral 50 metre yürümekle klodikasyon şikayeti ve istirahat halinde sol kasık, sol bacakta minimal ağrı şikayeti ile (Evre III Periferik Arteriyel Hastalık) başvurdu. Hastanın bu yakınmalar nedeniyle yurt dışında (Almanya) mükerrer kez

fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve kalp damar cerrahisi kliniklerince değerlendirilip 3 kez lomber MR tetkiki yapıp 2 kez FTR programına alındığı öğrenildi. Ağrıları nedeniyle 2 yıldır aralıksız NSAID ilaç kullanım öyküsü mevcut olan hastanın özgeçmişinde aile öyküsü ve sigara kullanımı dışında risk faktörü yoktu. Fizik muayenesinde solunum ve kardiyak muayenesi belirgin patoloji saptanamadı. Nb=67/dk KB=130/89 mmHg bilateral alt ekstremité nabızları solda daha belirgin olarak azalmış olarak saptanması üzerine yapılan alt ekstremité arteriyel dopplerinde ciddi darlık saptanmamasına rağmen klinik muayene ve semptomların periferik arteriyel hastalık açısından çok spesifik olmasından dolayı yapılan abdominal aort ve alt ekstremité arteriyel BT anjiyografide sol ana iliak arter proksimalinde %80, sağ ana iliak proksimalinde ise %70 ekzantrik darlıklar saptandı (TASC II-C) (Şekil 1). Bunun üzerine hastaya perkütan girişimsel tedavi planlandı. Uygun hazırlık sonrası anjiyografi laboratuvarına alınan hastada her iki femoral arter ponksiyonu sonrası kılavuz teller kullanılarak sol ve sağ ana iliak arterlerdeki darlıklar (Şekil 2) geçildi. Ardından sol ana iliaktaki lezyon 10 mm x 8cm çaplı, sağ ana iliaktaki ise 12 mm x 8 cm çaplı self-expandable stentler kullanılarak, proksimal kesimleri distal aortada



Şekil 1. Ciddi bilateral aorta-iliak arter darlığının bt koroner anjiyografik görüntüsü



Şekil 2. Her iki ana iliak arter darlıkları kılavuz teller ile geçildi.



Şekil 3. Sol ana iliaktaki lezyon 10 mmx8cm çaplı, sağ ana iliaktaki ise 12 mmx8cm çaplı self-expandable stentler kullanılarak, proksimal kesimleri distal aortada yaklaşık 5'er mm "double-bair" lumen oluşturacak şekilde yerleştirildi.

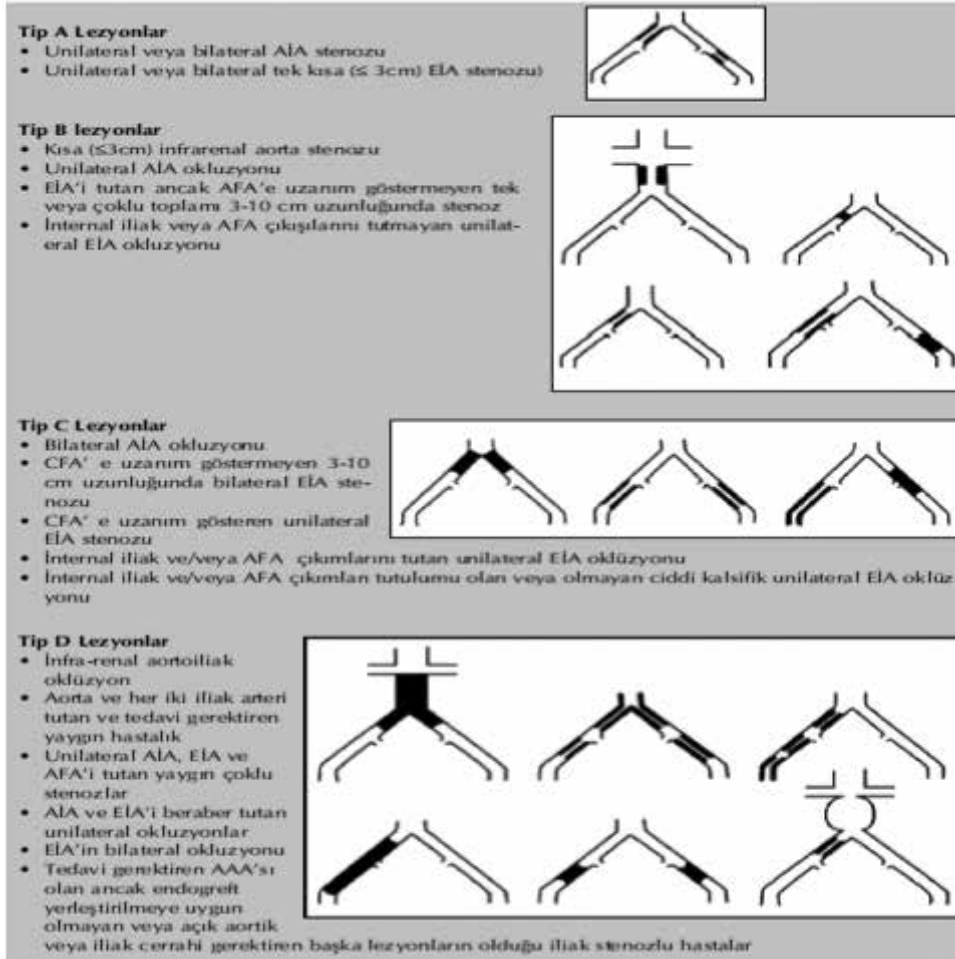
yaklaşık 5'er mm "double-bair" lumen oluşturacak şekilde yerleştirildi (Şekil 3). Ardından sol iliak stent'de rezidü kalması üzerine 10mmx4cm çaplı balon ile post-dilatasyon uygulandı. Başarılı açılma sağlandı (Şekil 4). ASA ve klopidogrel tedavisi ile ertesi gün taburcu edilen hastanın bir ay sonra yapılan kontrolünde yakınmasının olmadığı ve kısıtlama olmaksızın 500 metre ve üzerinde yürüebildiği görüldü.

TARTIŞMA

İliak arter tıkanıklıklarının endovasküler tedavisinde üç önemli zorluk vardır: tıkalı segmentin geçilmesi, yeterli bir lümen oluşturulması, distal embolizasyon. Literatürde iliak arter tıkanıklıklarının endovasküler tedavisi ile ilgili yayınlanan çalışmalar genel olarak üç başlık altında toplanabilir: 1) sadece perkütan translüminal



Şekil 4. İşlem sonrası her iki ana iliak arterdeki görünüm



Şekil 5. Tasc II lezyon sınıflaması

anjyoplasti (PTA) ile yapılan rekanalizasyonlar, 2) lokal intraarteryel tromboliz ve PTA ile tedavi edilen hasta grupları, ki bu çalışmaların bazılarında PTA sonrasında endovasküler stent uygulaması da yapılmıştır, 3) primer stentleme ile rekanalize edilen hastalar⁵.

İliak arter tıkanıklıklarında endovasküler tedavi ile başarılı sonuçlar bildirilmektedir⁶⁻⁸ ve hastaların endovasküler tedavi için seçiminde TASC II kriterleri uygulanmaktadır (TASC A, B için endovasküler tedavi, TASC C için az riskli hastalar için cerrahi, TASC D tip lezyonlar için cerrahi girişimler önerilmektedir⁹ (Şekil 5). Ancak son dönemde yapılan çalışmalar TASC II C ve D tip lezyonlarda da endovasküler tedavinin başarılı ve uzun dönem açıklık oranlarının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir^{7,8}.

Sonuç olarak, mekanik olarak geçilebilen iliak arter tıkanıklıklarında, stent kullanımı ile birlikte, primer teknik başarı ve uzun dönem primer açık kalma oranlarının artması, distal embolizasyon komplikasyonlarının azalması, endovasküler rekanalizasyonu sadece cerrahi yaklaşıma iyi bir alternatif olarak değil, ister akut olsun ister kronik, oklüzif iliak arter lezyonlarında ilk tedavi seçeneği haline getirmiştir.

KAYNAKLAR

1. Strecker E-PK, Boos IBL, Göttmann D. Femoropopliteal artery stent placement: evaluation of long-term success. *Radiology* 1997; 205:375-83.
2. Matsi PJ, Manninen HI, Vanninen RL, et al. Femoropopliteal anjiyoplasty in patients with claudication: primary and secondary patency in 140 limbs with 1-3-year follow up. *Radiology* 1994; 191:727-33.
3. Johnston KW. Femoral and popliteal arteries: reanalysis of results of balloon angioplasty. *Radiology* 1992; 183:767-771.
4. Henry M, Amor M, Ethevenot G, et al. Palmaz stent placement in iliac and femoropopliteal arteries: primary and secondary patency in 310 patients with 2-4-year follow up. *Radiology* 1995; 196:167-74.
5. Baltacıoğlu F, Ekinci G, Akpınar İN, Akgün S, Civelek A. İliak arter tıkanıklıklarında endovasküler rekanalizasyon. *Türk Tıbbi ve Girişimsel Radyoloji Dergisi* 2002; 3: 430-5.
6. Soga Y, Yokoi H, Urakawa T, Tosaka A, Iwabuchi M, Nobuyoshi M. Long-term clinical outcome after endovascular treatment in patients with intermittent claudication due to ilio-femoral artery disease. *Circ J* 2010;74: 1689-95.
7. Ye W, Liu CW, Ricco JB, Mani K, Zeng R, Jaing J. early and late outcomes of percutaneous treatment of TransAtlantic Inter-Society Consensus class C and D aorta-iliac lesions. *J Vasc Surg* 2011;53: 1728-37.
8. Soga Y, Iida O, Kawasaki D, Yamauchi Y et al on behalf of REAL-AI investigators . Contemporary outcomes after endovascular treatment for aorto-iliac artery disease. *Circ J* 2012;76:2697-704.
9. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA et al. Inter-society consensus for management of peripheral arterial disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;33 (Suppl 1):1-75.

Anal Fissür (Çatlak) Tedavisinde Botox® İnjesiyonu

Botox® Injection for the Treatment of Anal Fissure

Bahadır Ege¹, B. Bülent Menteş², Sezai Leventoğlu²

¹Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

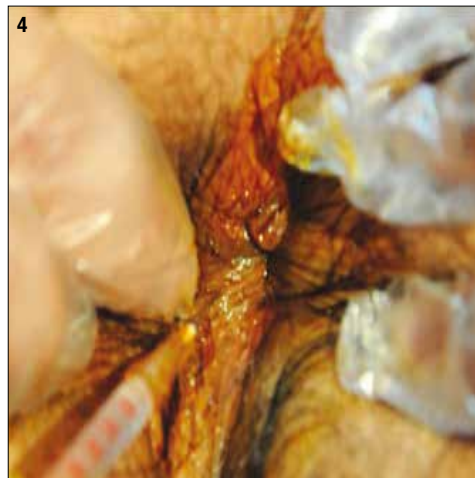
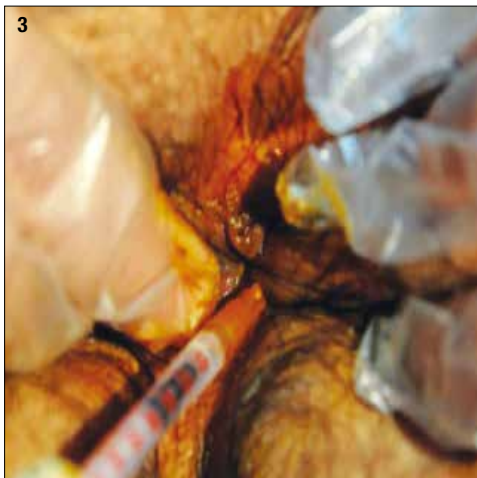
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dışkılama sırasında anal ağrı ve kanama şikayeti olan hastada anal fissür tespit edildi. Anal fissür internal sfinkter tonusunun artması sonucunda gelişen ve anal kanalda oluşan yırtılmadır. Sunumunu yaptığımız 36 yaşında erkek

hastada olduğu gibi ameliyatsız tedavi seçeneği olan Botox® injesiyonu ile anal fissür başarılı bir şekilde tedavi edildi. Hasta işlem sonrası ağrı duymadan günlük hayatına geri döndü. Kontrollerinde tam iyileşme sağlandı.



Resim 1-2: Botox® injesiyonunun hazırlanması. Anal fissürün (Anal çatlak/yırtık) görünümü.



Resim 3-4: Hazırlanan Botox® solüsyonunun anal bölgeye uygulanması.

Yazar Bilgisi

Bahadır Ege

Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

E-posta: mdbahadirege@gmail.com

Anal Pruritus (Anal Kaşıntı) Tedavisinde Metilen Mavisi İnjesiyonu

Methylene Blue Injection for the Treatment of Anal Pruritus

Bahadır Ege¹, Sezai Leventoğlu², B. Bülent Mentem²

¹Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

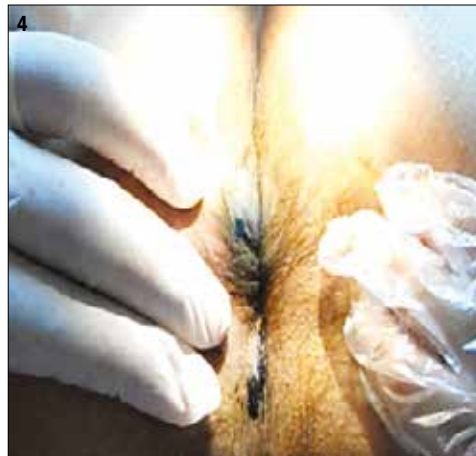
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Anal kaşıntı şikayeti tedavisi zor olan hastalıklardan biridir. Çoğu zaman idiyopatik (nedeni belli olmayan) olup bazende parazitik hastalıklara bağlıdır. Dirençli anal pruritus şikayeti olan 42 yaşında erkek hastanın tedavisinde metilen mavisi enjesiyonu kullanıldı. Bu yöntemde

anoderme metilen mavisi injesiyonu ile kaşıntı hissi algılamasına yol açan serbest sinir uçlarının etkisiz hale getilmesi amaçlanmaktadır. Ayaktan yapılan bu işlemde hasta işlem sonrası günlük hayata hemen geri döner. Hastanın kontrollerde sorunsuz olarak iyileştiği gözlemlendi.



Resim 1,2: Pruritus aninin anoderme kabalaşmaya yol açan tipik görüntüsü. Metilen mavisi injesiyonu.



Resim 3,4: Metilen mavisi injesiyonu ile anodermin mavije boyanması. İşlem sonrası görünüm.

Yazar Bilgisi

Bahadır Ege

Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

E-posta: mdbahadirege@gmail.com

İnternal Hemoroidal Hastalıkta Ayaktan Tedavi; Rubber Bant Ligasyonu

Rubber Band Ligation for the Treatment of Internal Hemorrhoid Disease

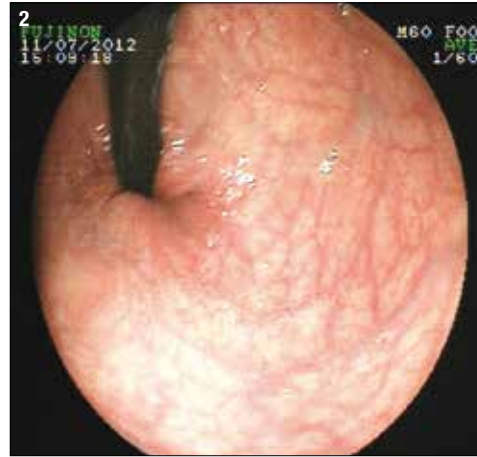
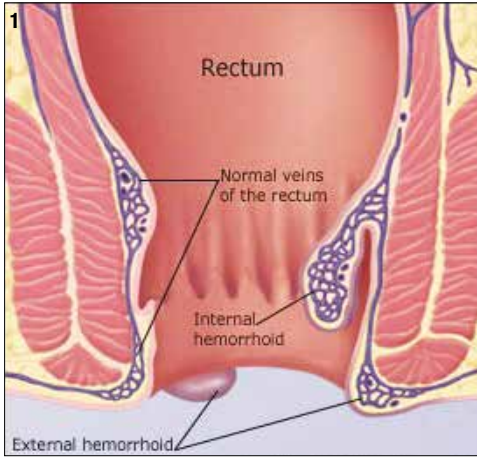
Bahadır Ege¹, Sezai Leventoğlu², B. Bülent Mentеш²

¹Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

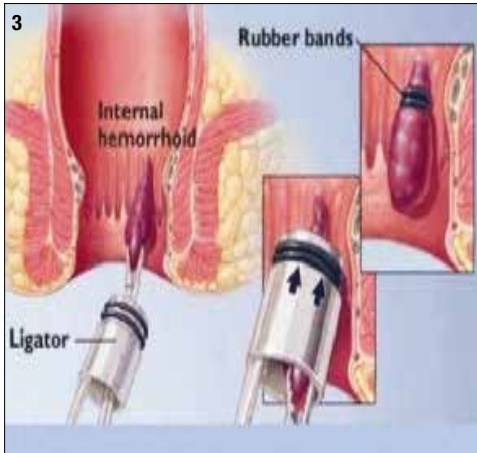
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Rektal kanama şikayeti ile kliniğimize baş vuran hastada evre 2 internal hemoroidal hastalık tespit edildi. Kolonoskopi ile ek patoloji ekartasyonu yapıldıktan sonra hastaya rubber band ligasyonu yapıldı. Bu yöntemle hastalar anestezi almadan proktoloji ünitesinde tedavi

edilmekte, aynı gün evine gidip günlük işlerini yapabilir hale gelmektedir. 10-15 gün sonrasındaki kontrollerde bantın düştüğü ve hastanın semptomlarının tamamen geçtiği gözlenmektedir.



Resim 1,2: İnternal hemoroidal hastalığın şematik gösterimi ve kolonoskopide görünümü.



Resim 3,4: Rubber band ligasyonunun şematik gösterimi ve band ligasyonu sonrası boğulmuş iki adet iç hemoroid pakesi.

Yazar Bilgisi

Bahadır Ege

Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

E-posta: mdbahadirege@gmail.com

BÖLÜMLER VE HİZMETLERİMİZ

ACİL SERVİS
AMELİYATHANELER
ANESTEZİ VE REANİMASYON
BESLENME VE DİYET
BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
DAHİLİYE (İÇ HASTALIKLAR)
DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ
ESTETİK VE PLASTİK CERRAHİ
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
GASTROENTEROLOJİ
GENEL CERRAHİ VE CERRAHİ ONKOLOJİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI
GÖZ POLİKLİNİĞİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
KARDİYOLOJİ
KULAK BURUN BOĞAZ
LABORATUVAR HİZMETLERİ
NÖROLOJİ
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
RADYOLOJİ
ÜROLOJİ - ÜROONKOLOJİ
İNTERNET HİZMETLERİ
OTOPARK
TERAS CAFE

“hayatı güzelleştirir”



BÖLÜMLER VE HİZMETLERİMİZ

- ACİL SERVİS
- ANESTEZİ VE REANİMASYON
- BESLENME VE DİYET
- BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ
- CHECK - UP ÜNİTESİ
- ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
- DAHİLİYE
- DERMATOLOJİ VE KOZMETOLOJİ
- ENDOKRİNOLOJİ VE DİYABET
- ENFEKSİYON HASTALIKLARI
- FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON
- GASTROENTEROLOJİ
- GENEL CERRAHİ
- GÖĞÜS HASTALIKLARI
- GÖZ HASTALIKLARI
- KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
- KALP VE DAMAR CERRAHİSİ
- KARDİYOLOJİ
- KULAK BURUN BOĞAZ
- NÖROLOJİ
- ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
- PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ
- RADYOLOJİ
- ÜROLOJİ - ÜROONKOLOJİ
- YOĞUN BAKIM

“hayatı güzelleştirir”

