



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Koru Hastanesi'nin Bilimsel Yayın Organıdır.



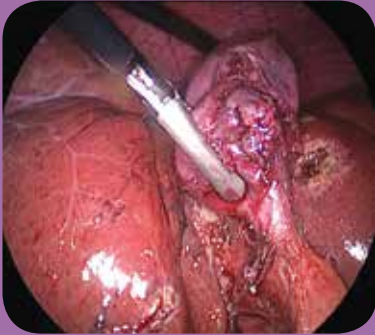
Olgu Sunumları

- İzole Posterior Fossa Genişliğinde Down Sendromu Tanısı
- Nadir Görülen Bir Nekrotizan Lenfadenit Nedeni: Kikuchi-Fujimoto Hastalığı
- Solid Psödopapiller Pankreas Tümörü
- Preterm Doğumun Önlenmesi; Servikal Kısılma Saptanmış Hastalarda Pesser Uygulaması: Bir Olgu Sunumu ve Literatüre Bakış
- Renal Transplant Sonrası Gebelik
- Çocukluk Çağı Meningiomları



Görüntülü Olgu Sunumları

- Zor Laparoskopik Kolesistektomi
- Uterus Myomlarında Cerrahi Tedavi
- Sekundum Tip Atriyal Septal Defektin Perkütan Cihaz ile Kapatılması



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

ULAKBİM

Ulusal Veri Tabanıdır.

“hayatı güzelleştirir”

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

www.koruhastanesi.com

Oğuzlar Mh. 1377 Sk. No: 21 Balgat - ANKARA
Tel. 0312 287 9797, Faks 0312 287 9898



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Cilt 3 | Sayı 1 | Nisan 2013

Koru Hastanesi'nin Bilimsel Yayın Organıdır.

Altı ayda bir 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 KIRAÇ
Ümit KORUCU
Yardımcı Editörler

Aydan BİRİ
Hasan BİRİ
B. Bülent MENTEŞ
Misafir Editörler

Yayın Kurulu *(Alfabetik Sırayla)*

Derya ALPTEKİN
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Buket Yücel ALTAN
Özel Koru Hastanesi, Ankara

Yasemin Kuraş CAN
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

Süer YÜKSEL
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

Meral TÜRKMEN
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
01 Haziran 2013

Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

ULAKBİM

Ulusal Veri Tabanındadır.

KORU PROCEEDINGS "KORU VAKALARI" 6 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 yazar 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 açıkladığınız 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 bulduğunuz 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.



Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Cilt 3 | Sayı 1 | Nisan 2013

Önsöz

Değerli Meslektaşlarım,

Sağlıkta bilgi, teknoloji ve deneyimin birlikte sunulması durumunda üst düzeyde hizmet kalitesine ulaşılır. Bir hekimin hayatı boyunca ulaşacağı deneyimin sınırları olması nedeniyle tüm alanlarda olduğu gibi tıp alanında araştırma yapmak, sonuçlarını paylaşmak hem günümüzü hemde gelecek nesilleri aydınlatmak eğitmek, bilgiyi olguyu aktarmak ve kalıcı olmak açısından son derece önemlidir.

Yayın hayatını başarıyla sürdüren dergimiz bu amaçla yola çıkmıştır. Birey sağlığını öncelikle 'KORU'mayı amaçlayan ve tedavi gereken durumda ise en iyi sonucu elde etmeyi hedefleyen, mesleğinde her biri önemli başarılarla imza atmış çok sayıda akademisyenin faaliyetleriyle hizmete açılan "Özel Koru Hastanesi" derginin doğuş kaynağıdır.

Her biri yıllardır öğretim üyeliği yaptıkları tıp fakültelerinde alanları ile ilgili değerli eserler vermiş olan hocalarımız ve doktorlarımız araştırma ve yayın faaliyetlerini Özel Koru Hastanesi'nde de sürdürme gayreti içindedir. Sağlık hizmeti kaliteden taviz verilemeyecek, öğrenmenin ve öğretmenin bitmeyeceği bir hizmettir. Bu kadar akademisyenin bir arada bulunuşu sadece hastaya verilen hizmeti ve hayatlarının güzelleştirilmesi noktasında değil aynı zamanda eğitimin sürdürülmesi noktasında da önemli katkı sağlamaktadır,

Bu sayımızda iki yılını arakada bırakan Koru Balgat ve Koru Sincan hastanelerinin olgularından seçilen ve içlerinde Türkiye ilk uygulanan veya nadir yapılan tedavi şekillerinden örnekler vardır. Düzenli bir şekilde çıkarılacak olan dergimizde bilimsel makalelerin yanı sıra sağlık alanındaki gelişmeler ve uygulamalarla ilgili uzman görüşlerine de yer verilecektir.

Özel Koru Hastaneleri, bünyesinde tedavi edilen olgularının derlendiği "Koru Proceedings" adıyla yayın hayatını sürdüren bu dergisiyle sizlere sağlık hizmetindeki temel ilkeleri ve bunlara paralel olarak hak ettiğiniz ilgi ve bilgiyi üst düzeyde, kaliteden ve etik ilkelere taviz vermeden sunmayı amaçlamaktadır.

Sürekli öğrenme bilgiyi artırır ve bilgi sağlığın temelidir....

Prof. Dr. Aydan Asyali Biri

*Koru Hastaneleri ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*





Koru Proceedings

Koru Vakaları Dergisi

Cilt 3 | Sayı 1 | Nisan 2013

İçindekiler

Önsöz.....	V
İzole Posterior Fossa Genişliğinde Down Sendromu Tanısı.....	1
ÜMİT KORUCUOĞLU, FIRAT TÜLEK, AYDAN BİRİ	
Nadir Görülen Bir Nekrotizan Lenfadenit Nedeni: Kikuchi-Fujimoto Hastalığı	5
İBRAHİM İLKER YILMAZ, CEM ÖZCAN, ÖZCAN ÖZDEMİR	
Solid Psödopapiller Pankreas Tümörü.....	11
BAHADIR EGE, SELÇUK HAZİNEDAROĞLU	
Preterm Doğumun Önlenmesi; Servikal Kısalma Saptanmış Hastalarda Pesser Uygulaması: Bir Olgu Sunumu ve Literatüre Bakış	17
SEDA TAMSOY ATLIMAN, MURAT GÖZÜKÜÇÜK, AYDAN BİRİ	
Renal Transplant Sonrası Gebelik	23
MERAL TÜRKMEN, ÜMİT KORUCUOĞLU, AYDAN BİRİ	
Çocukluk Çağı Meningiomları	29
PINAR ÖZİŞİK, UYGUR ER	
GÖRÜNTÜLÜ OLGU SUNUMU	
Zor Laparoskopik Kolesistektomi	37
BAHADIR EGE	
Uterus Myomlarında Cerrahi Tedavi.....	38
ÜMİT KORUCUOĞLU, AYDAN BİRİ	
Sekundum Tip Atriyal Septal Defektin Perkütan Cihaz ile Kapatılması	39
AYTUN ÇANGA, ÖZCAN ÖZDEMİR	



İzole Posterior Fossa Genişliğinde Down Sendromu Tanısı

Trisomy 21 Associated with Isolated Posterior Fossa Enlargement

¹Ümit Korucuoğlu, ²Fırat Tülek, ^{1,3}Aydan Biri

¹Koru Hastanesi Perinatoloji Ünitesi

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

Şimdiye kadar yayınlanan literatürde serebellar hipoplazinin eşlik etmediği, izole dilate sisterna magna tespit edilen sadece bir olgunun Down Sendromu tanısı almış olduğu bildirilmiştir. Biz burada, 28. gebelik haftasında fetal ultrasonografi ile posterior fossada dilatasyon tespit edilen ve fetal MR ile tanının doğrulandığı olguda normal serebellar vermis varlığında izole mega sisterna magna ve kromozomal tetkikinde down sendromu tespit edilen olguyu sunmak istedik. Ayrıca bu olgu sunumu nedeniyle sisterna magna genişliği ve kromozom anormallikleri arasındaki literatür de gözden geçirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Posterior fossa, Sisterna Magna, Down Sendromu

ABSTRACT

Prenatal diagnosis of trisomy 21 in a fetus presenting with cisterna magna enlargement without cerebellar hypoplasia has only been reported once in literature. We describe a case with an enlarged posterior fossa identified sonographically at 28th weeks gestation subsequently identified in magnetic resonance imaging with isolated mega cisterna magna in the presence of vermis after a normal maternal serum Down syndrome screening result. After the diagnosis of trisomy 21 by cordosentesis and amniocentesis, the pregnancy was terminated. The literature on the relationship between cisterna magna enlargement and chromosomal abnormalities is reviewed.

Key Words: Posterior fossa, cisterna magna, Down's syndrome

Yazar Bilgisi

Ümit KORUCUOĞLU

Özel Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

E-posta: korucu23@yahoo.com

GİRİŞ

Down sendromu (trizomi 21) yaşayan çocuklar arasında en sık görülen (800 canlı doğumda 1 Down sendromlu bebek dünyaya gelir) kromozomal anormalliktir ve yine yaşayan çocuklar arasında zeka geriliğinin de önde gelen nedenidir. Trizomi 21 olgularında zihinsel kusurların yanı sıra hafif ve-veya ağır yapısal kusurlar (kalp hastalığı) da görülebilir. Fiziksel kusurun şiddetine göre erken çocukluk döneminde ölümle sonuçlanabilir. Bu nedenle anne karnındaki fetusun Down sendromlu olup olmadığının anlaşılması önem arzeder.

Maternal serum Down sendromu tarama testleri (iki-
li, üçlü, dördü, integrale testler) bu amaçla uygulanan testlerdir. Bunun yanı sıra ultrasonda tespit edilen bir takım yapısal kusurlar yada bulgular da bebekte kromozom anomalisi (Down sendromu) olma olasılığını artırır. Ultrason bulguları arasında ekojenik kardiyak odak, femur kısalığı, humerus kısalığı, bilateral renal piyelektazi, hiperekojen barsak, artmış ense kalınlığı, nazal kemik yokluğu gibi normal bebeklerde de bulunabilen soft belirteçlerin yanı sıra, kardiyak anomaliler, duodenal atrezi gibi doğumda cerrahi gerektirebilecek yada ölümcül olabilecek anomaliler de olabilir. Ancak, bugüne kadar izole mega sisterna magna bulgusunun eşlik ettiği Down sendromu olgusu literatürde yalnızca

bir kez sunulmuştur.¹ Biz burada, literatürdeki yer alacak 2. olgunun sunumunu yapacağız.

OLGU

24 yaşındaki 28 haftalık gebe hasta dış merkezden Koru Hastanesi perinatoloji merkezine ultrasonda tespit edilen posterior fossa genişliği nedeniyle refere edilmiştir. Perinatoloji merkezimizde yapılan sonografik incelemede sisterna magnanın genişliği 15 mm ölçülmüş ve eşlik eden ek anomaliye rastlanmamıştır (Resim 1). İlk gebeliği olan hastanın kişisel ve aile öyküsünde bir özellik bulunmazken gebeliğin seyri sırasında yapılan down sendromu tarama testlerinden ikili tarama testinde ense kalınlığı 1.7 mm ve kombine risk 1/6900 (hCG 1.44 MoM, PAPP-A 0.71 Mom) idi. Üçlü tarama testinde kombine riski 1/289 (AFP 0.60 MoM, uE3 1.41 MoM, hCG 2.82 Mom) olarak tespit edilmiştir. 26. gebelik haftasına kadar ultrasonografi bulgularında normal olarak tespit edilen hasta 26 haftada farkedilen sisterna magna genişliği nedeniyle yakın izleme alınmış ve seri izlemlerinde genişlemenin patolojik olabileceği düşüncesiyle merkezimize sevk edilmiştir. merkezimizde yapılan değerlendirmede posterior fossa 15-16 mm olarak ölçülmüş hastaya bulgu hakkında detaylı bilgi verilmiştir.



Resim 1: Genişleşmiş posterior fossa (16mm).

İntrakranial olası eşlik eden patolojiler nedeniyle fetal kranial MR yapılmış ve olguda yapılan fetal MR incelemesinde serebellum ve vermis yapısının doğal olduğu, izole sisterna magna genişliğinin bulunduğu teyid edilmiştir. Hastaya ve yakınlarına bulgu hakkında detaylı bilgi verilmiş olası eşlik edebilecek kromozomal anomaliler nedeniyle ailenin talebi ve onamıyla aynı se-
ansta kordosentez ve amniosentez yapılmıştır. Alınan materyallerin genetik incelemesinde trizomi 21 (Down sendromu) tanısı koyulmuş olup aile Down sendromu, antenatal postnatal ve uzun dönem sonuçlar hakkında bilgilendirilmiştir. Ailenin gebelik terminasyonunu talep etmesi üzerine fetosid ve normal vajinal yolla doğum önerilmiştir.

TARTIŞMA

Literatürde sisterna magna genişliğinin trizomi 13, trizomi 18 ya da cinsiyet kromozomu anormalliklerine eşlik ettiğine dair yayınlar mevcuttur.²⁻⁵ Ancak serebellar vermisin normal olduğu durumlarda izole sisterna magna genişliğine eşlik eden trizomi 21 vakası literatürde taktır.¹ Thurmond ve ark.² sisterna magna genişliğinin trizomi 18 tanısının ilk adımı olduğunu belirtmişlerdir. Nyberg ve ark.³ sisterna magna genişliği olan 33 olguyu incelemişlerdir. 18 vakada (%55) kromozom anormalliği tespit etmişlerdir. Bunların 12'si (%66.7) trizomi 18, 3'ü (%16.7) trizomi 13, ikisi cinsiyet kromozomu anomalisi ve biri Turner sendromu çıkmıştır. Chen ve ark.⁴ ise genetik olarak parsiyel trizomi 9 ve parsiyel trizomi 21 tanısı koydukları vakada terminasyondan hemen önce ventrikulomegali ve sisterna magna genişlemesi tespit etmişlerdir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, antenatal tespit edilen izole sisterna magna genişliği nedeniyle genetik inceleme yapılarak Down sendromu tanısı konulan tek vaka Lai ve ark.¹ tarafından sunulmuştur. Bizim vakamız tüm literatürdeki ikinci vakadır.

Sisterna magna genişlemesinin sebepleri arasında serebellar hipoplazi, komunikan hidrosefali ve normalin

varyasyonu bulunmaktadır. Serebellar hipoplazi genellikle trizomi 13, 18 ve 21'e eşlik eder.⁶ Bugüne kadar serebellar hipoplazinin eşlik etmediği izole sisterna magna genişlemesinin klinik olarak önemsiz olduğu düşünülmüştür.⁷ Sunduğumuz bu vaka durumun böyle olmadığını göstermektedir.

Sonuç olarak, sisterna magna genişliği, izole bile olsa, kromozom anormalliklerine eşlik edebilen önemli bir sonografik bulgudur. Fetusun tüm yapılarının detaylı ve eksiksiz değerlendirilmesinin önemini ortaya koyan bu vakamızda sisterna magna genişliği dışında hiçbir bulgusu olmayan bir fetusta, titiz çalışma ve tecrübemiz sayesinde Down sendromu gibi ağır bir durumun tanısını koyabildik ve hastaya ve ailesine yardımcı olabildik.

KAYNAKLAR

1. Lai TH, Cheng YM, Chang FM. Prenatal diagnosis of trisomy 21 in a fetus with an enlarged cisterna magna. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 20(4): 413-415.
2. Thurmond AS, Nelson DW, Lowensohn RI, Young WP, Davis L. Enlarged cisterna magna in trisomy 18: prenatal ultrasonographic diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 83-85
3. Nyberg DA, Mahony BS, Hegge FN, Hickok D, Luthy DA, Kapur DR. Enlarged cisterna magna and the Dandy-Walker malformation: Factors associated with chromosome abnormalities. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 436-444
4. Chen CP, Shih JC. Prenatal diagnosis of bilateral ventriculomegaly and an enlarged cisterna magna in a fetus with partial 9 and partial trisomy 21. *Prenat Diagn* 1999; 19: 1175-1180
5. Rosati P, Guariglia L. Transvaginal sonographic measurement of cisterna magna in fetuses with abnormal karyotype. *Fetal Diagn Ther* 1996; 11: 260-263
6. Comstock CH, Boal DB. Enlarged fetal cisterna magna: appearance and significance. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 25S-28S
7. Ieshima A, Kisa T, Yoshino K, Takashima S, Takeshita K. A morphometric CT study of Down's syndrome showing small posterior fossa and calcification of basal ganglia. *Neuroradiology* 1984; 26: 493-498

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 Kuru 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.



Nadir Görülen Bir Nekrotizan Lenfadenit Nedeni: Kikuchi-Fujimoto Hastalığı

Kikuchi-Fujimoto Disease

¹İbrahim İlker Yılmaz, ²Cem Özcan, ³Özcan Özdemir

¹Özel Koru Sincan Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Kliniği

²Özel Koru Sincan Hastanesi, Dabilye Kliniği

³Özel Koru Sincan Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

ÖZET

Kikuchi-Fujimoto hastalığı (histiyositik nekrotizan lenfadenit, HNL) etiyojisi belli olmayan, ateş ve lenfadenopati ile karakterize, kendiliğinden düzelen ve sıklıkla genç kadınlarda görülen nadir bir hastalıktır. Laboratuvar bulgularında belirgin bir özellik göstermez. Etiyojisi konusunda çeşitli viral, kimyasal ajanlar ve otoimmünite suçlansa da kesin neden bilinmemektedir. Ülkemizde nadir olarak görülen bu hastalıkta ayırıcı tanı eksizyonel lenf biyopsisi ile yapılmalıdır. Tedavi semptomatik olup tanının konulması hastayı pek çok gereksiz tetkik ve tedaviden koruyacaktır. Bu yazıda hastanemize çok sayıda ağrılı sevikal lenfadenopati, halsizlik ve ateş ile başvuran ve yapılan eksizyonel lenf nodu biyopsisi sonrası Kikuchi-Fujimoto hastalığı tanısı konulan 35 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Kikuchi-Fujimoto hastalığı, Lenfadenopati*

ABSTRACT

Kikuchi-Fujimoto disease (histiocytic necrotising lymphadenitis, HNL) is a rare disorder, predominantly affects young women, characterized by lymphadenitis and fever, self-limiting disease with unknown etiology. Laboratory findings are non-specific. Although viral, chemical agent and autoimmunity are suggested in etiology, exact cause has not been identified. The differential diagnosis of this rarely seen disease in our country should be based on excisional lymph node biopsy. Treatment is symptomatic and diagnosis of this disease would protect patients against several inappropriate tests and treatments. In this paper, we present a case of a 35-year-old female patient admitted to our hospital with complaints of multiple painful cervical lymphadenopathies, fatigue and fever and diagnosed to Kikuchi-Fujimoto disease after an excisional lymph node biopsy.

Key words: *Kikuchi-Fujimoto disease, Lymphadenopathy*

Yazar Bilgisi

İbrahim İlker YILMAZ

Özel Koru Sincan Hastanesi, Akşemsettin Mah. Bosna Cad. Huzur Sok. No:1 Sincan ANKARA

E-posta: tagrabugra@hotmail.com

GİRİŞ

National Institute for Clinical Excellence (NICE) kılavuzları üç haftadan daha uzun süren servikal lenfadenopatili hastaların kanser şüphesi ile bir baş ve boyun hastalıkları kliniğine gönderilmesini önermektedir.¹ Kikuchi-Fujimoto hastalığı ilk kez 1972 yılında Japonya da tanımlanan, sıklıkla genç kadınlarda özellikle servikal lenf bezlerinin büyümesi ve ateş ile karakterize bir hastalıktır.² Ülkemizde oldukça nadir olarak görülen bu hastalık ilk kez Doğan Ö ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir.³

OLGU

35 yaşındaki kadın hasta yaklaşık 3 hafta önce başlayan boynun sol tarafında şişlik yakınması nedeniyle hastanemiz kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Hastanın anamnezinden, şişliğin 3 hafta önce çıktığı, zamanla büyüdüğü, ağrı ve zaman zaman olan hafif ateş ve halsizliğin eşlik ettiği öğrenildi. Kilo kaybı, ses kısıklığı ve yutma güçlüğünün olmadığı ve bu yakınmalarıyla başvurduğu merkezde amoksisilin-klavulonat ve NSAİD tedavisinin düzenlendiği ancak yakınmalarının devam ettiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ servikal bölgede en büyüğünün boyutu 1.5 cm olan çok sayıda yarı fikse, palpasyonla hafif ağrılı lenfadenopati ile uyumlu çok sayıda kitle saptandı. Orofarinks, larinks ve nazofarinks endoskopik muayeneleri normal olarak bulundu. Hastanın yapılan hemogram ve biyokimya tahlillerinde anormal bulgu saptanmazken ESH hafif yüksek olarak (34 mm/1 saat) olarak bulundu. Yapılan boyun ultrasonografisinde sağ servikal zincirde, preauriküler alanda, submandibular bölgede büyüğü 15x8 mm boyutunda çok sayıda lenfadenopati görüldü. Tekrarlanan antibiyotik (sefuroksim ve metronidazol) tedavileri sonrasında lenfadenopatilerde azalmanın aksine artma saptanması üzerine hastaya eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Lenf nodu biyopsisi sonucu histiositik nekrotizan lenfadenit, Kikuchi-Fujimoto hastalığı ile uyumlu olarak rapor edildi. Hastanın göğüs ağrısı sebebiyle kardiyoloji bölümünce yapılan elektrokardiyogram ve ekokardiyografi tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Diğer bağ dokusu hastalıkları ve viral hastalıkların ekarte

edilmesi için yapılan dahiliye muayenesi ve tetkikleri sonucunda da patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın izleminde lenfadenopatilerin kaybolduğu ve 3 aylık takibinde nüks olmadığı görüldü.

TARTIŞMA

Epidemioloji: Hastalık sıklıkla Doğu Asya ülkeleri ve Japonya da görülmekle birlikte görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Büyük olgu sunumu serilerinde kadınlarda daha sık görüldüğü ve daha çok genç erişkinleri etkilediği görülmüştür.⁴

Etiyoloji: Etiyoloji kesin olarak bilinmemekle birlikte enfeksiyöz ajanlar, otoimmünite sorumlu tutulmaktadır. Olgu sunumlarında *Yersinia enterocolitica*⁵, *brusella*⁶, *entamoeba histolitika*⁷, *toksoplazma gondii*⁸, *mikobakteryum szulgai*⁹, *epstein-barr virüsü*¹⁰, *herpes virüsleri*¹¹⁻¹³, *sitomegalovirüsü*¹⁴, *parvovirüsü*¹⁵, *rubella*¹⁶, *hepatit B virüsü*¹⁷ *HIV*¹⁸ izole edilmiş veya ilişkili olabileceği bildirilmişse de kesin bir ilişki gösterilememiştir.¹⁹⁻²¹ Bu hastalarda yapılan immünolojik taramalar otoimmün mekanizmaların nadiren ilişkili olabileceğini göstermiştir. Imamura ve ark.²² sistemik lupus eritromatozis ile histolojik benzer bulgular görüldüğünü bildirmişlerdir. Tanaka ve ark.²³ ise bu hastalarda bazı HLA sınıf 2 genlerin daha sık görüldüğünü göstermişler ve genetik bir yatkınlık olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu genlerin Asyalılarda Kafkas popülasyona göre daha sık bulunduğu görülmüştür.

Klinik bulgular: Tipik başvuru bulguları genel olarak grip benzeri semptomlara eşlik eden arka servikal hassas lenfadenopatilerdir. Daha nadir olarak baş ağrısı, bulantı-kusma, yorgunluk ve artralji görülebilir. Hastalık yaklaşık 2-3 ay içinde kendiliğinden sonlanır.²⁴⁻²⁶ Akut ya da subakut grip benzeri bir başlangıca sahip olan hastalık 3-4 haftalık zaman süreci içinde gelişmektedir. En karakteristik bulgu özellikle arka üçgende yerleşen lenfadenopatilerdir. Olguların çoğunda lenfadenopatiler tek bölgeye sınırlı iken yaygın lenfadenopatili olgular da bildirilmiştir.²⁷ Hepatosplenomegali sıklıkla tabloya eşlik eder ancak ektranodal tutulum nadirdir.²⁸

Tanı: Kikuchi-Fujimoto hastalığında hafif lökopeni ve atipik lenfositöz dışında laboratuvar bulguna rastlanmamaktadır.²⁹ C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızında (ESR) hafif yükselme görülebilir. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, MRI gibi görüntüleme yöntemleri nadiren tanıda yararlıdır. Bilgisayarlı tomografide; seviye II ve V arasında çok sayıda homojen lenfadenopati, bu lenf bezlerinin %94 ünün 2.5 cm den küçük olması, perinodal infiltrasyon ve nekroz bulunması tipik bulgular olarak bildirilmiştir.³⁰ Günümüzde kabul edilen en kesin tanı lenf nodunun eksizyonel biyopsi sonrası histolojik incelemesine dayanır. İnce iğne aspirasyon biyopsisi güvenilir tanı için yeterli değildir.³¹ Hastalığın histopatolojik özelliği parakortikal bölgede vaküolar sitoplazmalı histiositlerin çevrelediği eozinofilik fibrinoid nekrotik materyal ve nükleer debris içeren düzensiz sınırlı alanlar bulunmasıdır.³² Kikuchi hastalığının immünofenotipi esas olarak olgun CD8 – pozitif ve CD4- pozitif T lenfositlerden oluşur. Lenfosit ve histiositlerde yüksek hızlı apoptozis görülür. Bu hastalarda immün boyama sonuçları Ki-M1P monoklonal antikorları için pozitif sonuç verirken bu bulgu malign lenfomada görülmemektedir.³³

Tedavi: Kikuchi-Fujimoto hastalığı kendiliğinden sonlanan bir hastalıktır ve tedavi esas olarak semptomlara yöneliktir. Farklı hastalık ve bulgularla seyreden ve nörolojik bulgularla kendini gösteren hastalarda kortikosteroidler hastalarda hızlı düzelmeyi sağlamaktadır.³⁴ Bazı olgularda hidroksiklorokin³⁵, immünglobulin³⁶ ve minosiklinle³⁷ başarılı tedavi sağlandığı, tekrar oranlarının ise yaklaşık %3 olduğu bildirilmiştir.⁴

Sonuç olarak Kikuchi-Fujimoto hastalığı ayrııcı tanısında önemli hastalıkların (lenfoma, SLE, enfeksiyöz mononükleozis, kawasaki hastalığı, sarkoidoz, tüberküloz, sifiliz gibi) olduğu ancak boyunda kitle yakınması ile başvuran hastalarda tanıda göz önünde bulundurulması gereken kendiliğinden sonlanan ancak takip gerektiren bir hastalıktır.

Kaynaklar

1. National Institute for Clinical Excellence: Referral guidelines for suspected cancer, June 2005.
2. M. Kikuchi. Lymphadenitis showing focal reticulum cell hyperplasia with nuclear debris and phagocytosis. Nippon Ketsueki Gakkai Zassi, 1972; 35: 379-80.
3. Doğan Ö, Aktan M, Ağan M. Kikuchi-Fujimoto hastalığı olgu sunumu. Türk Patoloji Dergisi 1999; 15: 84-6.
4. Lin HC, Su Y, Huang C, Hwang F, Chein CY. Kikuchi's disease: a review and analysis of 61 cases. Otolaryngology 2003; 128: 650-3.
5. Heikens J, Tel W, van de Stadt J, de Koning J, Ten Napel CHH. Kikuchi's lymphadenitis: report of a Yersinia enterocolitica-associated case and an overview of aetiology and clinical outcome. Netherlands Journal of Medicine 1992; 41: 222-8.
6. Charalabopoulos K, Papalimneou V, Charalabopoulos A, Bai M, Agnantis N. Brucella melitensis infection stimulates and immune response leading to Kikuchi-Fujimoto disease. In Vivo 2003; 17:51-3.
7. Aydoğan T, Kanbay M, Uraldı C et al. Kikuchi-Fujimoto disease secondary to entamoeba histolytica: a case report. Journal of Infection 2006; 53:171-3.
8. Kikuchi M, Yoshizumi T, Nakamura H. Necrotizing lymphadenitis: possible acute toxoplasmic infection. Wirchows Archive 1977; 376: 247-53.
9. Maek-a-nantawat W, Viriyavejakul P. Mycobacterium szulgai lymphadenitis mimicking Kikuchi's disease in Thailand. Southeast Asia Journal of Tropical Medicine and Public Health 2001;32:537-40.
10. Lee HY, Huang YC, Lin TY et al. Primary Epstein-Barr virus infection associated with Kikuchi's disease and hemophagocytic lymphohistiocytosis: a case report and review of literature. Journal of Microbiology, Immunology and Infection 2010; 43: 247-53.
11. Lamannde M, Cleuziou A, Quintin-Roux I, Tien PT, Narbonne V, Cenac A. Kikuchi-Fujimoto's disease concomitant to a type! Herpes simplex primary infection. Presse Medicale 2002; 31: 1268.
12. Hudnall SD, Chen T, Amr S, Young KH, Henry K. Detection of Human herpes virus DNA in Kikuchi-Fujimoto disease and reactive lymphoid hyperplasia. International Journal of

- Clinical and Experimental Pathology 2008; 1: 362-8.
13. Sumiyoshi Y, Kikuchi M, Minematu T, Ohshima K, Takeshita M, Manamishima Y. Analysis of herpes virus genomes in Kikuchi's disease. *Virchows Archive* 1994; 424: 437-40.
 14. Adoue D, Rauzy O, Rigal-huguet F. Kikuchi syndrome, cytomegalovirus infection and lupus. *La Revue de Medecine Interne* 1997; 18:338.
 15. Meyer O, Kahn MF, Grossin M et al. Parvovirus B19 infection can induce histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi' disease) associated with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1991; 1: 37-41.
 16. Asano S, Akaike Y, Muramatsu T. Necrotizing lymphadenitis: a clinicopathological and immunohistochemical study of four familial cases and five recurrent cases. *Virchows Archive* 1991; 418: 215-23.
 17. Cho KJ, Lee SS, Khang SK. Histiocytic necrotizing lymphadenitis- a clinicopathologic study of 45 cases with in situ hybridization for Epstein-Barr virus and hepatitis B virus. *Journal of Korean Medical Science* 1996; 11: 409-14.
 18. Pileri SA, Sabattini E, Costigliola P et al. Kikuchi's lymphadenitis and HIV infection. *AIDS* 1991; 5: 459-61.
 19. Hollingsworth HC, Peiper SC, Weiss LM, Raffeld M, Jaffe ES. An investigation of the viral pathogenesis of Kikuchi-Fujimoto disease: lack of evidence for Epstein-Barr virus or human herpesvirus type 6 as the causative agents. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 1994; 118: 134-40.
 20. George TI, Jones CD, Zehnder JL, Warnke RA, Dorfman RF. Lack of human herpesvirus 8 and Epstein-Barr virus in Kikuchi's histiocytic necrotizing lymphadenitis. *Human Pathology* 2003; 34: 130-5.
 21. Huh J, Chi HS, Kim SS, Gong G. A study of viral etiology of histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi-Fujimoto disease). *Journal of Medical Korean Science* 1998; 13: 27-30.
 22. Imamura M, Ueno H, Matsuura A et al. An ultrastructural study of subacute necrotizing lymphadenitis. *Am Journal of Pathology* 1982; 107: 27-30.
 23. Tanaka T, Ohmori M, Yasunaga S, Ohshima K, Kikuchi M, Sasazuki T. DNA typing of HLA class II genes (HLA DR, -DQ and -DP) in Japanese patients with histiocytic lymphadenitis (Kikuchi's disease). *Tissue Antigens*, 2008; 54: 246-53.
 24. Duskin-Bitan H, Kivity S, Olchovsky D, Schiby G, Ezra D, Moullem M. Kikuchi-Fujimoto disease. *Israel Medical Association* 2010, 12: 617-21.
 25. Hutchinson CB, Wang E. Kikuchi-Fujimoto disease. *Archives of Pathology Laboratory Medicine* 2010; 134: 289-93.
 26. Bosch X, Guilbert A. Kikuchi-Fujimoto disease. *Orphanet journal of rare diseases* 2006; 1: 18.
 27. Coşkun U, Yıldırım Y, Ceyhan K, Erekuş S, Günel N. Kikuchi-Fujimoto hastalığı. *T Klin Tıp Bilimleri* 2004;4: 106-8.
 28. Lorenzo AH, Amat CG, de la Victoria LOM et al. Histiocytic necrotizing lymphadenitis. A propos of 6 cases. *An Med Interna* 1999;16: 301-4.
 29. Haksever M, Haksever H, İnançlı HM, Tunçel Ü, Ardiç F. Kikuchi-Fujimoto Hastalığı: Olgu sunumu. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2011; 4: 433-6.
 30. won SY, Kim TK, Kim YS, Lee KY, Lee NJ, Seol HY. CT findings in Kikuchi disease: analysis of 96 cases. *Am Jorunal of Neuroradiology* 2004; 25: 1099-1102.
 31. Tong TR, Chan OW, Lee KC. Diagnosing Kikuchi disease on fine needle aspiration biopsy: a retrospective study of 44 cases diagnosed by cytology and 8 by histopathology. *Acta Cytologica* 2001; 45: 953-7.
 32. Spies J, Foucar K, Thompson CT, LeBoit PE. The histopathology of cutaneous lesions of Kikuchi's disease: a report of five cases. *Am J Surg Pathol* 1999; 23: 1040-7.
 33. Veer V, Lim A, Issing W. Kikuchi-Fujimoto Disease: A case report and literature review. *Case Reports in Otolaryngology* 2012; 1-5.
 34. Jang YJ, Park KH, Seok HJ. Management of Kikuchi's disease using glucocorticoid. *Journal of Laryngology and Otolology* 2000; 114: 709-11.
 35. Chen PH, Huang YF, Tang CW, Wann SR, Chang HT. Kikuchi-Fujimoto disease: an amazing response to hydroxychloroquine. *European Journal of Pediatrics* 2010; 12:1557-9.
 36. Noursadeghi M, Aqel N, Gibson P, pasvol G. Successful treatment of severe Kikuchi's disease with intravenous immunoglobulin. *Rheumatology* 2006; 45: 235-7.
 37. Takada K, Suzuki K, Hidaka T et al. Immediate remission obtained by minocycline in a patient with histiocytic necrotizing lymphadenitis. *Internal Medicine* 2001; 1055-8.



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.



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

Solid Psödopapiller Pankreas Tümörü

Solid Pseudopapillary Neoplasm of Pancreas

Bahadır Ege¹, Selçuk Hazinedaroğlu²

¹Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Solid psödopapiller tumor (SPT) ilk olarak Frantz tarafından 1959'da rapor edilmiştir. Bu düşük maligniteli pankreas kanseri nadir görülür ve tüm pankreas kanserlerinin %1-2'sini oluşturur. Karın ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran 19 yaşında kadın hastanın fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet dışında bulgusu yoktu. Laboratuvar bulguları normaldi. Yapılan abdominal CT(computed tomography) ve MRI (magnetic resonance imaging)'da pankreas başında 6x5x8 cm yarı çapında heterojen kitle lezyonu mevcuttu. Hastaya cerrahi tedavi olarak Whipple prosedürü uygulandı.

Anahtar kelimeler: Solid psödopapiller tümör

ABSTRACT

Solid pseudopapillary tumor (SPT) of the pancreas, first reported by Frantz in 1959, is an uncommon but distinct pancreatic neoplasm with a low malignancy, accounting for 1%-2% of all pancreatic tumors (1,2). A 19-year-old female patient with a history of abdominal pain presented to the hospital. Physical examination revealed a mildly tender epigastrium. Laboratory findings were normal. Subsequent abdominal CT and abdominal MRI examination confirmed a lobulated heterogeneous mass in the head of the pancreas measuring 6 x5x8 cm diameter. Whipple procedure was used surgical procedure for our patient.

Key words: Solid pseudopapillary tumor, Whipple procedure

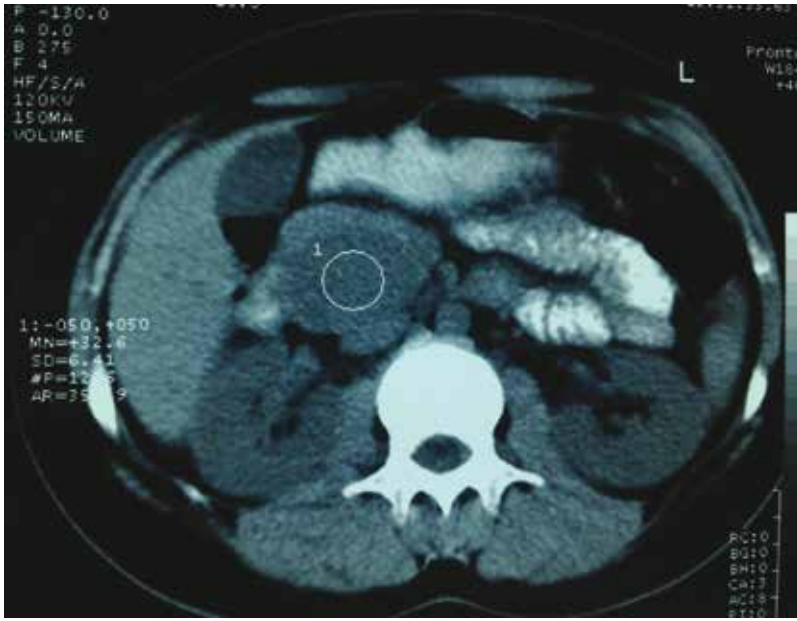
GİRİŞ

Solid pseudopapiller tümör ilk olarak Frantz tarafından 1959'da rapor edilmiştir. Bu düşük maligniteli pankreas kanseri nadir görülür ve tüm pankreas kanserlerinin %1-2'sini oluşturur.^{1,2} Sıklıkla adolesan kızlarda ve genç kadınlarda gözlenir³. Bir çok vakada cerrahi eksizyon kurabılır.^{3,4} Günümüzde yüksek çözünürlüklü görüntüleme sistemlerine ulaşmak kolaylaştığı için vaka sayısında göreceli bir artış gözlenmektedir¹. Radyolojik

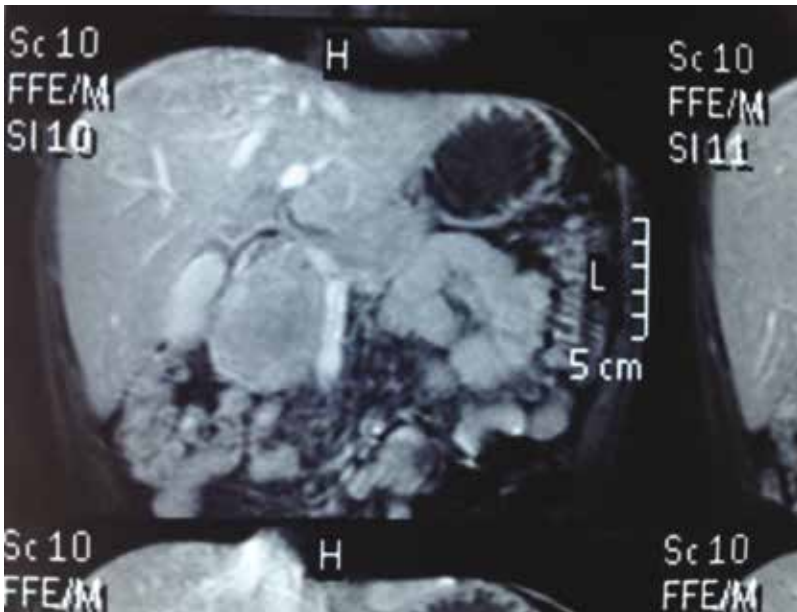
olarak heterojenite, nekrotik alanlar ve kistik değişiklikler tipiktir⁴

OLGU

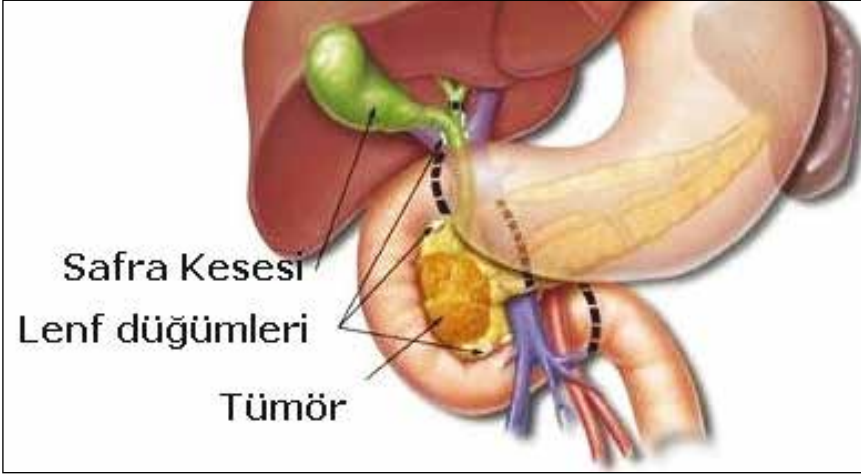
Uzun zamandır karın ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran 19 yaşında kadın hastanın fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet dışında bulgusu yoktu. Laboratuvar bulguları normaldi. Yapılan abdominal CT ve MRI'da



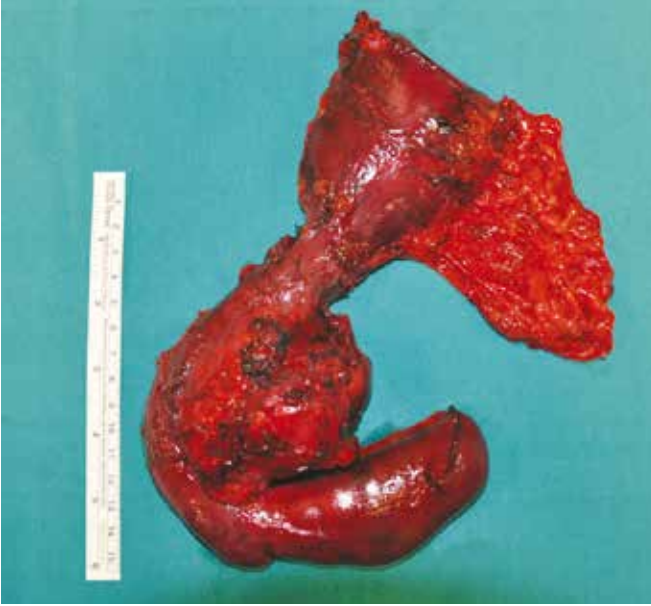
Resim 1: Abdominal CT'de pankreas başında kitle lezyonu.



Resim 2: Abdominal MRI görüntüsünde mesenterik ven ve arteri yaylandıran kitle lezyonu.



Resim 3: Pankreas başında yerleşen tümörün şematik gösterimi ve rezeksiyon sınırları.



Resim 4: Pankreatikoduodenektomi spesmeni.

pankreas başında 6x5x8 cm yarı çapında heterojen kitle lezyonu mevcuttu (Resim-1, Resim-2). Hasta cerrahi rezeksiyon açısından değerlendirildiğinde kitlenin büyüklüğü nedeniyle superior mezenterik arter ve veni yaylandırdığı ancak aradaki doku planlarının radyolojik olarak korunduğu gözlemlendi. Operasyon için gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra hasta ameliyata alındı. Cerrahi eksplozasyonda pankreas başında dev kitle lezyonu gözlemlendi. Süperior mezenterik arter ve veni yaylandırdığı ancak invazyon olmadığı gözlemlendi ve uygun diseksiyonla kitle bu yapılardan ayrıldı. Pankreatikoduodenektomi sorunsuz

bir şekilde gerçekleştirildi ve rekonstrüksiyon uygun jejunal anastan roux-en-y şeklinde olacak şekilde bir anastomozla pankreatikojejunostomi, koledokojejunostomi diğer anastomoz ise gastrojejunostomi ve jejunojejunostomi yapılarak modifiye Whipple prosedürü tamamlandı (Resim-3, Resim-4). Patoloji sonucu solit psödopapiller tümör geldi. Onkoloji ile konsülte edilerek klinik takibe alındı. Postoperatif 2. gün sıvı gıda aldı ve tolere etti. Hasta postoperatif 4. günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Solit pseudopapiller tümör pankreasın nadir görülen neoplazmidir. Genç kadınlarda sıklıkla ikinci ve üçüncü dekatta saptanır.¹ Patogenezi tam bilinmemekle birlikte genç kadınlarda sık görülmesi seks hormonlarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Malignite potansiyeli düşük olmasına rağmen %15 hastada metataz gelişebilir.^{1,5} SPT'nin klinik presantasyonu unsipesiftir ve genelde rastlantısal olarak radyolojik tetkiklerde bulunurlar.¹ CT ve MRI'da genellikle iyi kapsüllü solit ve kistik komponentleri olan büyük kitleler olarak görüntülenirler.⁶ Radikal rezeksiyon genellikle küratif cerrahi tedavi sağlar. Kemoterapi ve radyoterapi SPT tedavisindeki etkinliği istenen düzeyde değildir.⁷ SPT %95 pankreasta sınırlıdır ve radikal rezeksiyon yapılabilir.^{7,8} Lokal nüksler genelde ilk 4 yılda gelişir.⁷ Beş yıllık sağ kalım %95 olarak bildirilmektedir.⁹

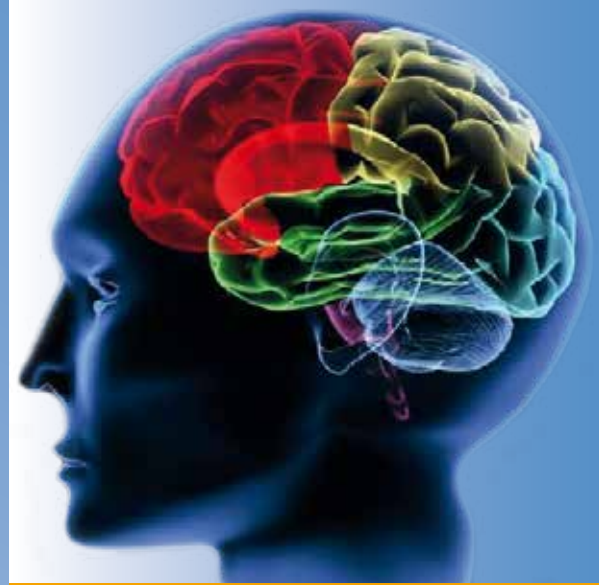
Referanslar

1. Peng Y, Zhen HH, Xin B. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: A review of 553 cases in Chinese literature Wang-World J Gastroenterol 2010 March 14; 16(10): 1209-14.
2. Martin RC, Klimstra DS, Brennan MF, Conlon KC. Solidpseudopapillary tumor of the pancreas: a surgical enigma? Ann Surg Oncol 2002; 9: 35-40
3. Morteale BP, Morteale KJ, Tuncali. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas: MR imaging findings. JBR-BTR, 2002, 85: 297-9.
4. Buetow PC, Buck JL, Pantongrag BL, Beck KG. Solid and papillary epithelialneoplasm of the pancreas: imaging-pathologic correlation in 56 cases. Radiology, 1996, 199: 707-11.
5. Frantz VK. Tumors of the pancreas. In: Atlas of tumor pathology. Washington, DC: Armed forces Institute of Pathology, 1959: 32-3.
6. Zhong WX, Song HZ, Guo LL. A study on the clinicopathological features and prognosis of solid-pseudopapillary tumor of the pancreas. Zhonghua Putong Waike Zazhi 2006; 21: 244-7.
7. Sun GQ, Chen CQ, Yao JY, Shi HP, He YL, Zhan WH. Diagnosis and treatment of solid pseudopapillary tumor of pancreas: a report of 8 cases with review of domestic literature. Zhonghua Putong Waike Zazhi 2008; 17: 902-7.
8. Lam KY, Lo CY, Fan ST. Pancreatic solid-cystic-papillary tumor: clinicopathologic features in eight patients from Hong Kong and review of the literature. World J Surg 1999; 23: 1045-50.
9. Papavramidis T, Papavramidis S. Solid pseudopapillary tumors of the pancreas: review of 718 patients reported in English literature. J Am Coll Surg 2005; 200: 965-72.

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

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.





Preterm Doğumun Önlenmesi; Servikal Kısalma Saptanmış Hastalarda Pesser Uygulaması Bir Olgu Sunumu ve Literatüre Bakış

Prevention of Preterm Birth; Use of Cervical Pessary for Patients with Cervical Shortening

¹Seda Tamsöy Atlıman, ¹Murat Gözüküçük, ²Aydan Biri

¹Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,, Kuru Sincan Hastanesi, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Servikal yetmezlik ilk trimester sırasında ağrısız gelişen servikal dilatasyondur. Sonucunda taşınamayan gebelik nedeniyle önemli bir preterm doğum sebebidir. Klasik tedavi yöntemi olan serklaja alternatif yöntemlerden birisi de pesserdir. Kuru Sincan Hastanesi'nde servikal yetmezlik ve preterm eylem tehdidi nedeniyle pesser uygulanmış ve sezeryan ile 38, haftasında doğum yapmış bir olgunun sunumu ve olgu nedeniyle literatürün gözden geçirilmesidir.

Anahtar Kelime: Preterm doğum, Pesser, Servikal yetmezlik

ABSTRACT

Cervical insufficiency is defined as servical dilatation without painful uterine contractions, which is one of the important causes of preterm birth. Cerclage is considered as the golden standard for treatment of servical insufficiency. Cervical pessary is an alternative method of management for prevention of preterm labor. We reported use of servical pessary for a patient with threatened preterm labor and cervical shortening, who delivered in Kuru Sincan Hospital, Ankara at term with c-section and discussed prevention of preterm birth with pessary in the light of literature.

Key Words: Preterm birth, Pessary, Cervical insufficiency

Yazar Bilgisi

Seda TAMSOY ATLIMAN

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kuru Sincan Hastanesi

E-posta: sedatamsöy@yahoo.com

GİRİŞ

Preterm doğum 37, gebelik haftasından önce gerçekleşen doğumu tanımlamaktadır. Önde gelen perinatal mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olması sebebiyle, yönetimi en önemli perinatoloji konularından biri haline almıştır. Preterm doğumun önlenmesi için etyopatogenezinin iyi anlaşılması gerekmektedir. Günümüzde halen bu konuda öne sürülen teoriler tartışılmaktadır. Servikal yetmezlik klasik olarak ilk trimester sonrası gelişen ağrısız servikal dilatasyon olarak tanımlanan preterm doğum nedenlerinden bir tanesidir. İnsidansının 1/200 ile 1/2000 arasında olduğu tahmin edilmektedir.¹ Tanısı hastanın öyküsü ve klinik bulgular ve serviksin ultrasonografik ölçümleri ile konulmaktadır.² Tedavisinde serklaj uygulaması 1950'li yıllardan beri tanımlanmış olup kullanılmaktadır.^{3,4} Günümüze değin yapılan çalışmalar ile servikal yetmezlik zemininde gelişen preterm doğumun önlenmesinde serklajın etkinliği gösterilmişse de maternal yan etkilerinden dolayı (ateş, kanama, enfeksiyon gibi) kullanımı sınırlı kalmıştır.⁵

Serklaja alternatif olarak servikal pesser ilk kez 1959 yılında Cross tarafından kullanılmıştır.⁶ Pesser değişik çap ve uzunlukta yapılmış slikon halkadan ibaret bir araçtır. Hodge, Smith, Arabin... gibi birçok türü olmakla birlikte slikon Arabin pesser en yaygın kullanılan türüdür. Serviksi sıkıca sararak ve arkaya iterek servikse mekanik destek sağlamakta ve dilatasyonun ilerlemesini ve fetal başın inişini engellemektedir. Servikal mukus tıkaçının bozulmasını önleyerek efesman ve enfeksiyon artışını sınırlandırdığına da dair yayınlar bulunmaktadır.^{7,8} Anestezi gerektirmeksizin, non invaziv bir şekilde spekulum muayenesi ile servikse kolayca yerleştirilmektedir.

Preterm eylemde pesser kullanımının düşük yan etki insidansı ve maliyeti, iyi hasta uyumu ve tolerabilitesi sebebiyle⁹, preterm eylem yönetiminde dikkate değer bir tedavi modalitesi olduğunu düşünmekteyiz.

Türkiye'de pesser kullanımına dair herhangi bir yayın bulunmamakla beraber bu yazıda 19. gebelik haftasında servikal yetmezlik tanısı koyduğumuz bir hastamızı sunduk:

OLGU

Olgumuz 26 yaşında, son adet tarihine göre 13. Haftasında kontrol amaçlı hastanemize başvurmuş bir gebedir. (G2A1) İlk gebeliğini , 21. Gestasyonel haftasında ani başlayan ağrı ile düşürdüğünü (350gr) ifade etti. Özgeçmişinde geçirilmiş herhangi bir ameliyat, hastalık ya da enfeksiyon öyküsü yoktu. Soy geçmişinde de herhangi bir özellik saptanmamıştır. Fizik muayenesinde tüm sistem bulguları normal olan hastanın laboratuvar bulguları da normal sınırlarda idi. Ultrasonografi de CRL- 60mm olan yaklaşık 13 haftalık, tek, canlı fetüs izlendi. Servikal kanal kapalı ve 35mm uzunlukta idi. Bu gebeliğindeki ilk muayenesinde; gittiği hastanede 21 haftalık preterm doğum öyküsü nedeniyle kendisine 11-14, haftalar arasında profilaktik serklaj önerildiği öğrenildi.

Servikal yetmezlik şüphesi olan hastaya yakın takip önerildi. Seri ultrasonografi ölçümleri ile servikal değerlendirme önerilerek parantral depot hidroksi progesteron başlandı. 17. gebelik haftasındaki kontrolde servikal uzunluk halen 35mm idi. Vajen ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. 1. ve 2. trimester tarama testlerinde artmış Down Sendromu riski saptanmadı. Ek bir problem izlenmedi.

19. gebelik haftasının ultrasonografisinde servikal uzunluk 21 mm iken hunileşme saptandı. Vajinit bulguları nedeniyle oral ornidazol ve vajinal metronidazol başlandı. Servikal yetmezlik ve enfeksiyon zemininde preterm eylem tehdidi düşünülerek 20. Gebelik haftasında hasta hospitalize edilerek 2 cm uzunluktaki servikse sedoanaljezi altında Arabin Silikon pesser yerleştirildi. 1 gün yatarak gözlenen hastanın genel durumunun ve vital bulgularının stabil olması üzerine haliyle taburcu edildi. Tüm süreç boyunca hastada herhangi bir uterin kontraksiyon izlenmedi. Mutlak yatak istirahatı verilen hastaya profilaktik enoksaparin sodyum 4000İu s,c başlandı. 2'li sıvı antibiyoterapi ve parenteral haftalık hiroksiprogesteron uygulamasına devam edildi.

Takiplerde enfeksiyon bulgusu olmayan hasta 15 günün sonunda sadece enoksaparin + hidroksiprogesteron kullanacak şekilde tedaviye devam edildi. 15 gün aralıklarla kontrolleri yapılan hastanın takiplerinde herhangi

bir obstetrik probleme rastlanmadı. Fetal büyüme ve gelişme normal sınırlarda izlendi. Artan vajinal akıntı (kültürlerinde üreme olmadı) dışında bir yan etki saptanmadı. Hastanın takip sürecinde pesser kaynaklı bir memnuniyetsizliği olmadı.

37. gebelik haftasında pesser çıkartıldı. 38. haftada gelişen oligohidramnios nedeniyle yatırılan hasta (AFI-50mm), doğum indüksiyonu sırasında, NST'de variabilite kaybı ve nonreaktivite nedeniyle fetal distress endikasyonu ile sezeryana alındı. 3170 gr, 9/10 apgarlı erkek bebek doğurtuldu. Postpartum anne ve bebeğin takipleri doğal seyretti Postoperatif 2. günde hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Preterm eylem tanısı konmuş hastalarda tedavi yaklaşımı halen tartışılmaktadır. Servikal yetmezlik nedeniyle gelişen preterm doğumun önlenmesinde, serklaj halen standart yaklaşım olarak önerilmektedir.^{10,11} Ultrasonografik değerlendirmede kısa serviks (<25mm) veya hunileşme varlığı preterm eylem riski yüksek hastalarda önemli bir belirteçdir.¹² Bizim hastamızda da seri ultrasonografi ölçümleri ile servikal kısalma ve hunileşme saptanmıştır.

İlk kez Cross 13 pesser olgusunu(6) yayınlamış ve %62 başarı bildirmiştir. Preterm eylemde pesser kullanımı ile ilgili 1959-dan günümüze yaklaşık 125 çalışma yapılmıştır. Bunlardan en büyüğü 385 gebeyi kapsayan, çok merkezli PECEP çalışmasıdır.¹³ Servikal uzunluğu 25 mm altında olan (18-22. Gebelik haftasında) kadınların 192'sine pesser uygulanmış ve 193 hasta kontrol grubuna alınarak ekspektan tedavi verilmiştir. 37. Gebelik haftasından önce doğum pesser grubunda %22 iken kontrol grubunda %59 olarak saptanmıştır. Pesser grubunun doğumunda ortalama gebelik haftası 37,7 iken kontrol grubunda 34,9($r<0,0001$) tespit edilmiştir. Bizim olgumuzda da 38. Gebelik haftasında sağlıklı bir bebek dünyaya getirilmiştir.

Hui ve Arkadaşları ise, 108 kadın içeren çalışmalarında pesser ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptamamıştır.¹⁴ Liem ve arkadaşlarının 2013 yılında hazırladıkları makalede görülebileceği gibi 1959'dan günümüze yapılan tüm pesser çalışmalarından sadece yukarıda adı geçen 2 çalışma uygun kriterlere sahip randomize kontrollü çalışmalardır.¹⁵ Hali hazırda konuyla ilgili 3 adet kontrollü randomize çalışma sürmektedir. PECEP çalışmasında ve Gmoser ve Ark. 1991'de yaptığı çalışmalarda pesser uygulaması ile preterm doğum oranında belirgin azalma saptanmıştır.¹⁶

Preterm eylem etyolojisinde klinik ve subklinik enfeksiyonlar da suçlanmaktadır. Servikal kısalması olup düşük ve preterm doğum riski taşıyan hastalarda yapılacak her tür müdahalenin bu açıdan non invaziv olması çok önemlidir. Pesser uygulaması sonrasında hastamızda enfeksiyon tablosunda artış saptanmamış aksine tedaviye olumlu yanıt alınarak 15 gün içerisinde antibiyotiklere son verilmiştir

Antczak - Judycka ve Ark.'nın çalışmasında servikal pesser ile serklaj yöntemleri karşılaştırılmıştır.¹⁷ 22-27. gebelik haftalarında servikal kısalma saptanmış 35 hastaya pesser; 22 hastaya McDonald serklaj uygulanmıştır. İki grup arasında doğuma kadar geçen sürede anlamlı farklılık saptanmamış olup, pesser grubunda 12.1 iken serklaj grubunda 13.4 bulunmuştur. Aynı zamanda tedavi yönteminin doğum şeklini ve neonatal sonuçları etkilemediğinin de göstermişlerdir.

Tüm bu çalışmaların ışığında en az serklaj kadar efektif olduğu gözlenen pesser uygulamasının noninvaziv oluşu, kolay uygulanabilirliği ve serklaja kıyasla minimum yanetki insidansı nedeniyle preterm doğumun önlenmesinde ilk tedavi seçeneği olabileceği açıktır. Konu ile ilgili yeterli sayıda kontrollü randomize çalışma olmasa da servikal kısalma tespit edilmiş olan hastalarda servikal pesser uygulamasının akılcı ve güvenli bir çözüm olabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. American College of Obstetricians and Gynecologists Bulletin No:48. Cervical Insufficiency. *Obstet Gynecol*, 2003; 102:1091-9.
2. Ludmir J. Sonographic detection of cervical incompetence. *Clin. Obstet Gynecol*, 1988,31:101-9.
3. I.A.McDonald,. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1957; 64:346-50.
4. V.N. Shirodkar. A New method of operative treatment for habitual abortion in the second trimester of pregnancy. *Antisep-tic* , 1955; 52, article 299.
5. V. Berghella, T.J. Rafael, J.M. Szychowski, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2011;117:663-71.
6. R. G. Cross. Treatment of habitual abortion due to cervical incompetence. *The Lancet* , 1959; 274:127.
7. N.Becher, K.A.Woldorf, M.Hein, et al. The cervical mucus plug: structured review of the literature. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2009; 88: 502-13.
8. S. Oster, C.T. Javert. Treatment of the incompetent cervix with the Hodge pessary. *Obstetrics and Gynecology*, 1966; 28:206-8.
9. B. Arabin, J.R. Halbesma, F.Vork, et al. Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix? *Journal of Perinatal Medicine*, 2003; 312:122-133.
10. A. J. Drakeley, D. Roberts, Z. Alfirevic. Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 1, Article ID CD 003253, 2003.
11. Z.Alfirevic, T.Stampalija, and A.L.Jorgensen. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012; 4, Article ID CD 008991.
12. N.M. Doyle, M. Monga. Role of ultrasound in screening patients at risk for preterm delivery. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2004; 31: 125-39.
13. M.Goya, L.Pratorona, C.Merced et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP: an open label randomized controlled trial. *Lancet*, 2012;379:1800-806.
14. S.Y. Hui, C.M. Chor, T.K. Lau, et al. Cerclage Pessary for preventing preterm birth in women with a singleton pregnancy and short cervix at 20 to 24 weeks: a randomized controlled trial. *American Journal of Perinatology*, 2012 in pres.
15. S.M.S. Liem, M. G.van Pampus, B.W.J. Mol et al. Cervical Pessaries for the Prevention of Preterm Birth: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2013, Article ID 576723, 10 pps.
16. G. Gmoser, F. Girardi, H.O. Mayer, et al. The support pessary: a therapeutic possibility in premature opening of the uterine cervix. *Gynekologische Rundschau*, 1991;31:117-9.
17. A. Antczak – Judycka, W. Sawicki, B. Spiewankiewicz, et al. Comparison of cerclage and cervical pessary in the treatment of pregnant women with incompetent cervix and threatened preterm delivery. *Ginekologia Polska*, 2003;74:1029-36.

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 ıknıma 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 yapılabilirdiği 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

“Kadın Hastalıkları ve Doğum”

Gebelik takibi için Koru Hastanesi

Sayın anne ve baba adayı,

Özel Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde bilimsel, modern ve tıbbi literatür ışığında güncellenmiş “gebelik takip protokolü” uygulanmaktadır. Gebelik yaklaşık 40 hafta süren kadın hayatındaki önemli dönemlerden biridir. Gebeliğin saptanmasından itibaren sizin ve bebeğinizin düzenli aralıklarla yapılacak olan sağlık kontrolleri, gebelikte karşılaşılabileceğiniz sorunların erken dönemde tanınmasına, ciddi sonuçlar gelişmeden önlenmesine veya tedavi edilmesine olanak sağlayacaktır. Hem annenin hem de bebeğin bu dönemi sağlıklı olarak geçirebilmeleri için hekim gözetiminde kalarak, anne ve bebekle ilgili yapılacak muayene, sonografi ve bazı tanısal testlerden geçmeleri gereklidir. Hastanemizde gebelik boyunca yapılan tüm testler (rutin kan tahlilleri, ikili-üçlü-dörtlü tarama testleri, detaylı ultrason, şeker yüklem testi, dört boyutlu ultrason, NST, ...) başarıyla ve en hızlı şekilde uygulanmaktadır. Ayrıca gebelere yönelik eğitim programları düzenli olarak her hafta gerçekleştirilmektedir.

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 ulaşılmış olan normal vajinal doğumu desteklemektedir. Yirmidört saat boyunca hizmet üretilen hastanemizde kadın doğum, pediatri, anesteziyen oluşan 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 yasamanızı sağlayacak olanakları hizmetinize sunmaktadır.



HASTANEMİZ KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM BÖLÜMÜNDE YAPILAN AMELİYATLAR

GEBE ve GEBELİKLE İLGİLİ AMELİYATLAR (OBSTETRİK)

- Erken gebelik hastalarında yapılan müdahaleler
- Önlenemeyecek düşük ile seyreden gebeliklerde gebelik ürünlerinin tahliyesi (kürtaç)
- Dış gebelik ameliyatları
- Erken doğumlan 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 miyomektomi
- Laparoskopik kistektomi (yumurtalık kistlerinin çıkarılması)

- Laparoskopik endometriozis ameliyatları
- Tanısal histeroskopi (rahim için 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, kitleleri) iyi huylu hastalıkları ile ilgili operasyonlar

- Miyomektomi (miyom çıkarılması)
- Histerektomi (uterusun çıkarılması)
- Vajinal yoldan, Vajinal histerektomi
- Abdominal histerektomi
- Endoskopik/Laparoskopik histerektomi
- Over kistleri/kitlelerinin çıkarılması (kistektomi)
- Overlerin ve/veya tüplerin çıkarılması (ooferektomi/salpingooferektomi)
- Sistol (vajina ön duvarı, 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)



Renal Transplant Sonrası Gebelik

Pregnancy After Renal Transplantation

¹Meral Türkmen, ²Ümit Korucuoğlu, ^{2,3}Aydan Biri

¹ Koru Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

² Koru Hastanesi Perinatoloji Ünitesi

³ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

Renal transplantasyon alanında yaşanan gelişmeler, teknik imkanların artması ve işlem sonrası kullanılan ilaçlara haki-miyetin artmasıyla renal transplantlı çok sayıda hasta normal bir yaşam sürdürmektedir. Doğurganlık çağındaki renal trans-plantlı kadınların gebelikleri artık daha sık karşımıza çıkmak-tadır. Bu makale renal transplant sonrası tedaviyle gebelik elde edilen olguda başarılı gebelik takibi, doğum ve doğum sonrası takip protokolünü anlatmakta ve literatürü gözden geçirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, Gebelik

ABSTRACT

Increasing number of patients live a near normal life after renal transplantation due to striking improvements in the area, ameliorated technical facilities and better knowledge of drugs used after the procedure. Thus, more and more pregnancies after renal transplantation are encountered. This article presents a case of successfully managed pregnancy after renal transplantation and reviews the literature.

Key Words: Renal transplantation, Pregnancy

GİRİŞ

Ülkemizde sayıları giderek artan transplantasyon merkezleri kronik böbrek hastalarının yaşam umudu olmuştur. Başarılı transplantasyonlardan sonra tıbbi rehabilitasyon yanında psöşik ve sosyal rehabilitasyon da önem kazanır. Bu rehabilitasyonun önemli elemanlarından biri arzu eden hastaların çocuk sahibi olmasıdır.

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda üremik duruma paralel olarak amenore ve menstruel düzensizlikler önemli bir problemdir.¹ Transplantasyon yapılan hastalarda ise böbrek yetersizliğinin ortadan kalkması ile operasyondan ortalama 4.6-6.0 ay sonra yeniden ovulasyonun başladığı bildirilmiştir.² 21 yaşındaki bir kadının Mayıs 1956'da kendi ikiz kız kardeşinden aldığı böbrek sonrası ilk gebeliğini yaşaması renal transplantasyon sonrası gebeliklerin önünü açmıştır.³ Bugüne kadar organ transplantasyonu yapılmış hastalarda 14.000'e yakın gebelik rapor edilmiştir.⁴ Bu olgu sunumunda kliniğimizde takip edilen bir olgu dolayısıyla renal transplante olguda infertilite tedavisi sonrası oluşan gebelikte obstetrik yönetim, renal fonksiyonların değerlendirilmesi ve canlı doğum sonrası prematür bebeğin durumunun değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

OLGU SUNUMU

31 yaşında, kadın hasta, hipertansif böbrek hastalığı ve son dönem böbrek yetmezliği sebebiyle 6.5 yıl hemodiyaliz tedavisi gördükten sonra, 6 yıl önce renal transplantasyon yapmış. Hikayesinde daha önce gebelik geçirmemiş olup, transplantasyon sonrası siklosporin, azathioprine, prednizolon kullanmaktayken gebelik isteği nefroloji uzmanı tarafından değerlendirilmiş, hastanın immünesüpresif tedavisine aynen devam edilerek gebelik önerilmiştir. Spontan gebelik olmayan hastaya infertilite ilk basamak tedavisi olarak klomifen sitrat 5 gün 150mg/gün tedavisi uygulanmış, HCG enjeksiyonu ve koitus ile gebelik sağlanmıştır. İlk trimester trizomi tarama testi ve nöral tüp defekti tarama testi sonuçları normal bulunmuş, bu süreçte normotansif olan hastanın glukoz tolerans testleri de normal olup gestasyonel diyabet gelişmemiştir, fetal büyüme ve

iyilik halinin tespiti için yapılan ultrason bulguları gebelik haftası ile uyumlu, NST'leri reaktif seyretmiştir. Hastanın tansiyonları normal sınırlarında seyretmekle beraber ağrılarının artması üzerine 36. haftada başvurduğu son antenatal vizitinde tespit edilen ılımlı arterial hipertansiyon sebebiyle alfametil dopa 4x250 mg tablet başlanarak hospitalize edilen hastanın uterus kontraksiyonlarının olması sebebiyle doğum kararı alınmıştır. Hastanın isteği ve kıymetli bebek endikasyonları ile sezaryen kararı verilmiştir. Sezaryen günü immünesüpresif ilaçlara devam edilmiş ve postoperatif dönemde de kullanıldığı ilaç dozları değiştirilmemiştir. Hasta postop 2. günde taburcu edilmiştir.

Baş prezentasyonda APGAR 9/10 ile 3180gr ağırlığında doğan erkek bebekte pozitif basınçlı ventilasyon uygulamasıyla spontan solunum sağlanmış, takibinde apne atakları olması ve respiratuar asidoz nedeniyle nazal CPAP ile ventilasyon tedavisi başlanmıştır. Akciğer grafisi respiratuar distres sendromu ile uyumlu olmayan bebeğe asidozu devam etmesi üzerine surfaktan uygulaması yapılmış, 3 gün nazal CPAP ile ventilasyon sonrası hood ile oksijen almıştır. Takibinde oksijen ihtiyacı azalmış, oral alımı tolere etmiş ve 10. günde anne sütü ve mama diyeti ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Renal transplantasyonda immünesüpresif tedavi, transplantasyon sonrasında greftin rejeksiyonunu önlemek ve fonksiyonunu sağlamak ve akut rejeksiyonu geri döndürmek için vazgeçilmezdir. Gebelik isteği olan transplant hastalarında fetal anomali açısından riskli görülen ilaçların uygun görülen immünesüpresif ilaçlar ile değiştirilmesi gerekir. Postoperatif dönemde kullanılan immünesüpresif tedavi protokolleri, Siklosporin-A (CsA) veya Takrolimus, Azathioprin veya Mikofenolat ve steroidlerin değişik kombinasyonundan oluşmaktadır.⁵

Siklosporin majör teratojen olarak görülmez. Takrolimus ve Azathioprin'in teratojenik etkiye yol açtığını gösteren bir çalışma yoktur. Mikofenolat mofetil ilk trimester kayıplarının artması, yarık dudak, yarık damak,

mikrognati, kalp özofagus anomalileri ve kısa 5. parmak anomalilerine sebep olduğu için gebelikte kontrendikedir. Prednizon, deksametazon ve kortizol kolayca plasentadan geçerler, fakat maternal dozun % 90'ı fetusa ulaşmadan önce plasenta içerisinde metabolize olur. Bu nedenle fetusta yan etkileri beklenenden daha azdır. Düşük doğum ağırlıklı bebek oluşumu riskini ve erken membran rüptürü riskini artırdıkları gösterilmiştir.^{5,6}

Renal transplantasyonlu hastalarda başarılı bir hamilelik için; transplantasyondan sonra en az iki yıl geçmeli, graft fonksiyonu iyi olmalı (serum kreatinin değeri: <1.5 mg/dl) ve rejeksiyon öyküsü bulunmamalıdır. Proteinürinin olmaması veya çok az olması, pelvikalseal genişlemenin bulunmaması, arteriyel kan basıncının normal veya kolayca tedavi edilebilir olması, immunosupresif ilaçların dozunun en az düzeyde olması da istenilen kriterlerdendir.^{7,8} Hamileliklerle birlikte %9'luk bir rejeksiyon riski ve %15-20'lik kalıcı renal fonksiyon kaybı riski vardır. Yapılan bir çalışmada transplantasyonlu gebelerde %65.5 anemi, %44.8 gebelik hipertansiyonu, %13.8 anormal glikoz tolerans testi görülmüştür. Proteinüri hastaların yaklaşık %40'ında oluşur ve ciddi bir hipertansiyon olmadıkça da doğumdan sonra kaybolur. Gebelikte graft fonksiyonlarının bozulmasındaki en önemli nedenler gebeliğe bağlı hemodinamik değişiklikler, metabolik düzensizlikler, sıvı elektrolit dengesindeki bozukluklar, preeklampsi, immunolojik değişiklikler ve enfeksiyonlardır.^{5,9,10}

Böbrek hastalığı olan hastalar yüksek riskli olarak kabul edilmeli ve hem transplant hekimi hem de perinatalog tarafından takip edilmelidir. Amaç, hastalarda gebelik boyunca uygun immunosupresif dozunu kullanarak allograft fonksiyonunu korumak ve gebelik için normal metabolik ortamı sağlamak, preterm doğum gibi gebelik komplikasyonlarını en aza indirerek preeklampsiyi yönetmek ve fetal büyümeyi ve başarılı bir şekilde doğumun gerçekleşmesini sağlamaktır. Davison JM, 1009 kadındaki 1569 renal transplantasyon sonrası gebeliği incelediği çalışmada; %22 hastada gebelik sonlandırılmış, %16 spontan düşük, %8 perinatal ölüm görülmüştür. Ayrıca gebeliklerin %45'inde preterm eylem, %30'unda preeklampsi oluşmuştur. Allograft rejeksiyon hızı %9 olup, gebe olmayan kadınlardan farklı değildir. 1961

- 1994 yılları arasında 2409 hastada yapılan retrospektif çalışmada ise 3382 gebelik olmuş; ancak bunların %34'ü abortus ile (%20'si terapötik, %14'ü spontan) sonlanmıştır.⁹

Vajinal doğumda pelvik allograftın doğum kanalını obstrükte etmesi beklenmez. Doğum şekli olarak sezaryen şart değildir, ancak sık görülen komplikasyonlar nedeniyle sezaryen doğumu gerekebilir. Renal alıcılarda sıklıkla uzamış steroid kullanımı ve hiperkalseminin eşlik ettiği uzun süreli renal hastalığa bağlı pelvik osteodistrofi nedeni sefalopelvik uyumsuzluk olabilir. Bir çalışmada erken membran rüptürünün oranı %50 olarak bildirilirken, buna neden olan faktörün steroid olduğu düşünülmüştür.^{11,12}

Renal transplant alıcılarında bölgesel ya da genel anestezi uygulanabilmektedir. Perioperatif dönemde yeterli intravasküler volüm sağlanmalı, günlük prednizon kullanan hastalarda stres doz steroid verilmelidir. Profilaktik antibiyotik uygulanması ve yara yerinin dikkatli kapatılması immünsüpresif tedavi alan hastalarda komplikasyonlardan kaçınmak için önemlidir.¹⁰

İmmünsüpresif tedavi alan annelerin bebeklerini emzirmesi konusunda veriler azdır. Amerika pediatri akademisi, prednizolon alan annelerin emzirmesini desteklerken siklosporin alan anneleri emzirmeme yönünde uyarır, azathiopurin ve takrolimus alan annelerin emzirmesi konusunda ise çekimserdir. 1980'li yıllarda yapılan çalışmalar CsA tedavisi alan annelerin sütünde bu ilacın anne serum düzeyinden daha yüksek oranlarda bulunduğunu göstermiştir. Ancak son çalışmalarda yenidoğan serumunda bulunan CsA düzeyinin öngörülen limitinin altında bulunması ve bebeklerde nefrotoksik bulgulara rastlanmaması nedeniyle annelerin bebeklerini emzirebilecekleri kanaatine varılmıştır. İmmunosupresiflere maruz kalan az sayıda çocukta insüline bağımlı diabetes mellitus, astım, tekrarlayan otitis media, sensorionöral işitme kaybı ve gelişme geriliği görülmüştür. Bebeklerde bir immun yetmezlik sorunu görülmemiştir, ancak hem suboptimal cevap oluşma riski, hem de canlı ve yarı canlı aşıların uygulandığında ters etkilerin ortaya çıkma riski olduğundan klasik aşılamanın 6.ay sonrasına ertelenmesi önerilmiştir.^{13,14}

Sonuç olarak, posttransplant dönemde hastaların hamile kalmaları allograft fonksiyonları üzerinde anlamlı bir değişiklik yapmamaktadır. Ancak renal transplantasyon sonrası bir gebeliğin başarı ile sonuçlanması; kullanılan immunsupresif ilaç dozlarının hem allograftin fonksiyonlarını devam ettirecek hem de anne ve fetusun sağlığını koruyacak düzeyde tutulması, gebeliğin yakın takibi ile komplikasyonlarının tedavi ve bakımı, doğum şekli ve anestezi yaklaşımının duruma uygun tatbiki, doğum sonrası maternal ve fetal yakın takip ve emzirme-aşılamanın doğru planlanması ile mümkündür.

Kaynaklar

1. Waltzer WC, Coulam CB, Zincke H, et al. Pregnancy in renal transplantation. *Transplant Proc* 1980; 12(1): 221-226.
2. Faber M. *Clin Obstet Gynecol* 1978; 21: 931.
3. Murray JE, Reid DE, Harrison JH, Merrill JP. Successful pregnancies after human renal transplantation. *N Eng J Med* 1963;269:341-3.
4. McKay DB, Josephson MA. Pregnancy in recipients of solid organ-effects on mother and child. *N Eng J Med* 2006;354:1281-93.
5. Morris PJ (1997). Böbrek Transplantasyonu :Temel Bilgiler ve Uygulama. 4.baskı, Çev.Ed.Ekrem Erek., Nobel Tıp Kitabevleri Ltd, İstanbul.167-520.
6. Aydın D (2002). Karaciğer, Böbrek Transplantasyonu ve Gebelik. Ed.Kadri Y, Rifat G, Nuri Ç.Gebelik ve Sistemik Hastalıklar. MN Medikal & Nobel Adana, 673-690
7. Davison JM. Dialysis, transplantation and pregnancy. *Am J Kidney Dis* 1991; 17(2): 127-132.
8. Junkers P, Chauveau D. Pregnancy in renal disease. *Kidney Int* 1997; 52(4): 871-885.
9. Toma H, Tanabe K, Tokumoto T et al. (1999).Pregnancy in women receiving renal dialysis or transplantation in Japan:a nationwide survey. *Nephrol Dial Transpl* 14:1511-16.
10. Fuchs KM, Wu D, Ebcioğlu Z. Pregnancy in Renal Transplant Recipients. *Semin Perinatol* 2007; 31: 339- 47.
11. Pahl MV, Vaziri ND, Kaufman DJ, Martin DC. Childbirth after renal transplantation. *Transplantation Proc* 1993; 25(4): 2727-2731.
12. Rudolph JE, Shweitzer RT, Bartus SA. Pregnancy in renal transplant patients: a review. *Transplantation* 1979; 27(1): 26-29
13. American academy of pediatrics committee on drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994;93:137-50.
14. Petri M. Immunosuppressive drug use in pregnancy. *Autoimmunity* 2003;36:51-6.

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 Koru Hastaneleri Robotik Cerrahi Merkezi'nde kullanılmaktadır.



KORU HASTANELERİ

Üroloji

Ürolojik hastalıkların tedavisi için tercih Koru Hastanesi...

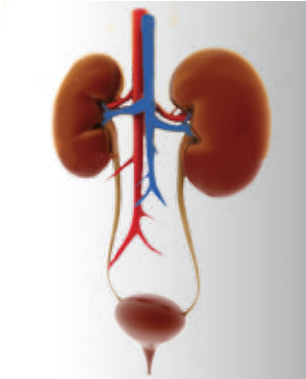
Özel Koru Hastanesi Üroloji Bölümünde infertilite tarama testleri ve muayeneleri yapılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri modern cihazlarla hijyenik ortamlarda sperm sayımı ve ayrımı yapılarak uygulanmaktadır. Doktorunuzla yapacağınız bir görüşme fertiliteniz hakkında size çok değerli bilgiler verecektir. 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.



Çocukluk Çağı Meningiomları

Childhood Meningiomas

¹Pınar Özışık, ¹Uygur Er

¹Özel Koru Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, Balgat, Ankara

ÖZET

Meningiomlar, beyin ve spinal kordun meningeal zarlarından kaynaklanan tümörler olup erişkin yaş grubunda ikinci en sık görülen neoplazmlar olarak bilinir. Çocukluk yaş grubunda meningiomlar çok nadir görülen tümörler olup, erişkin meningiomlardan farklı yerleşimi, klinik ve prognostik özellikleri mevcuttur. Çocukluk çağı meningiomlarının yaklaşık %40'ı nörofibromatozis ile ilişkilidir. Yetişkinlerden farklı olarak çocuklarda malignite ve tekrarlama oranı yüksek olduğundan prognozu daha kötü bir tümördür. Koru Hastanesi'nde ameliyat edilmiş ve total tümör eksizyonu yapılmış bir adolesan vaka sunumu eşliğinde çocukluk çağı meningiomlarının epidemiyolojisi, etyolojisi, lokalizasyon, histokimyasal ve genetik özellikleri, semptom ve bulguları ile tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri ve tümörün prognozu tartışılacaktır

Anabtar Sözcükler: Beyin tümörleri, Meningiom, Çocukluk çağı, Pediatrik, Cerrahi tedavi

ABSTRACT

Meningiomas are the second most common adult brain tumors originating from meningeal coverings of the brain and spinal cord. They are very rare in children and have specific locations and clinic and prognostic characteristics, unlike adult meningiomas. Almost 40% of meningiomas of childhood are associated with neurofibromatosis. Meningiomas in the pediatric age has poor prognosis with high malignancy and recurrence rate than adults. In this article the authors presented an adolescent case who was operated on in Koru Hospital Neurosurgery Clinic, and discussed the childhood meningiomas in terms of epidemiology, etiology, localization, pathological and genetical characteristics, symptomatology, diagnosis, treatment, and longterm prognosis.

Key Words: Brain tumors, Meningioma, Childhood, Pediatric

Yazar Bilgisi

Pınar AKDEMİR

Koru Hospital Neurosurgery Clinic, Ankara

E-posta: pinar.akdemir.oz@gmail.com

GİRİŞ

Meningiomlar, araknoid villuslar dediğimiz beyin omurilik sıvısını beyin venöz sistemine boşaltan yapılarda bol miktarda, kraniospinal boşluktaki araknoid membranda ise dağınık küçük gruplar halinde bulunan menin-gotelyal (araknoidal) hücrelerden kaynaklanan ya da bu yönde farklılaşan tümörlerdir.¹⁻⁷ Genel olarak meningi-omların primer intrakranial tümörler içindeki insidansı %15-18, spinal kord tümörleri arasındaki insidansı ise %25 olarak belirtilmektedir^{2,8,9,10}, Bu oran, ülkelere ve etnik özelliklere göre %14,6 ile %37 arasında değişebil-mektedir.^{11,12,13}

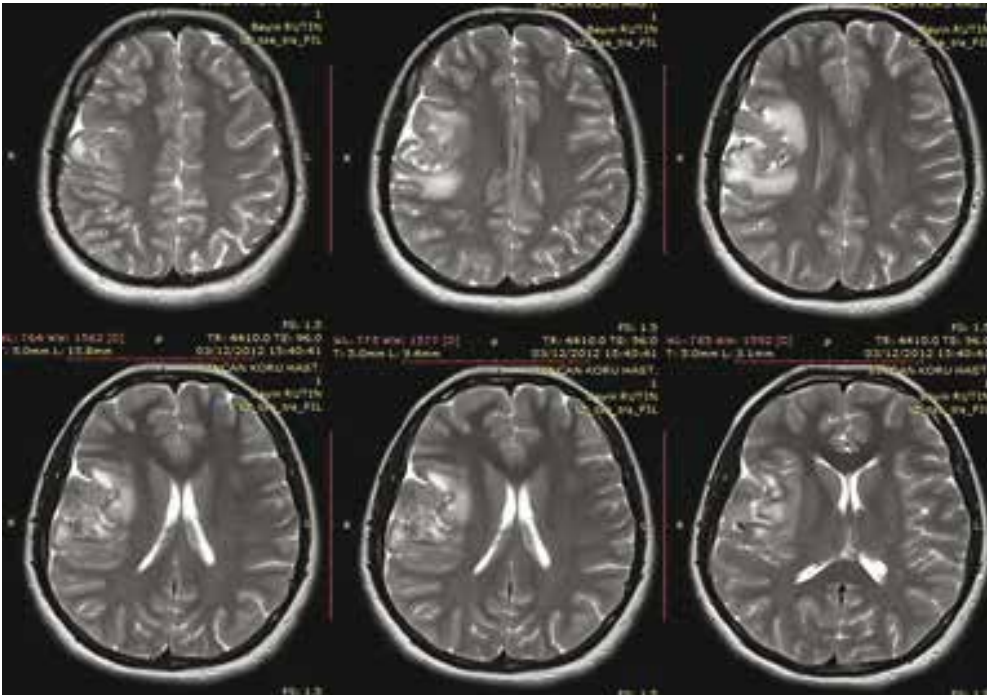
Çocuklarda meningiomların tüm beyin tümörlerinin %1-6'sını, tüm santral sinir sistemi tümörlerinin ise %2,5'ünü oluşturduğu saptanmıştır.^{11,12,13} Ayrıca tüm intrakranial meningiomların %2'sinden daha azı pedi-atrik ya da adölesan çağda görülen meningiomlardır.¹⁴ Tipik olarak meningiom insidansı yaşla artma eğilimin-dedir. Çocukluk çağı meningiomları ise sıklıkla ilk on yılın sonları ve ikinci on yılın başlarında görülmektedir. Konjenital veya infantil meningiomlar çok daha nadir görülmektedir.^{1,2,9} Yetişkinlerde kadın/erkek oranı 2/1

iken, çocukluk ve yetişkin dönemde her iki cinste eşit oranda görülmektedir.^{2,4}

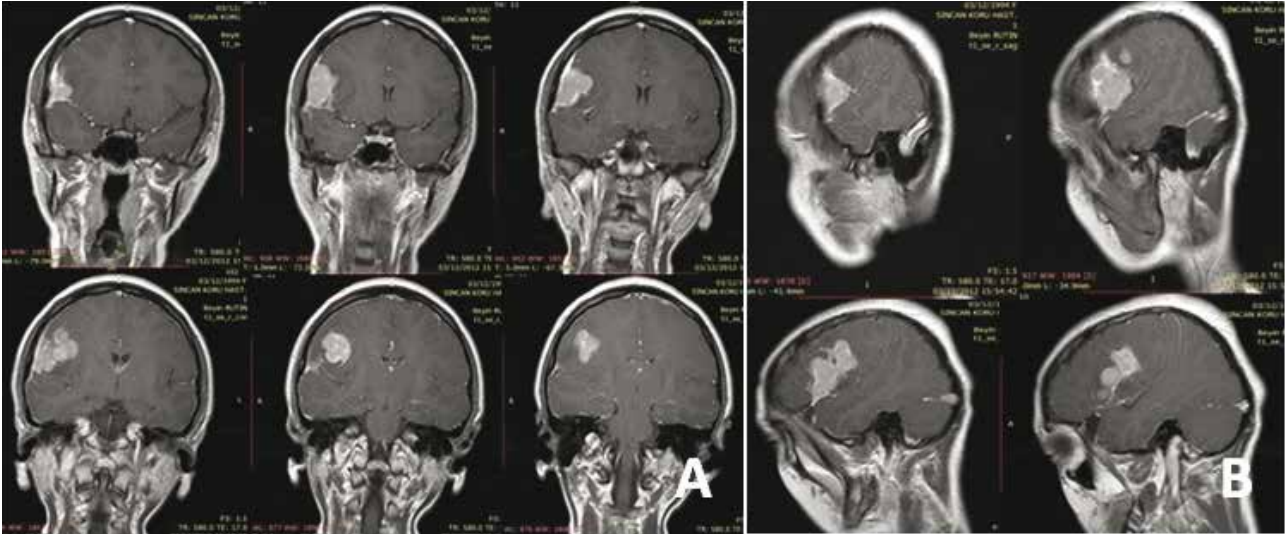
OLGU SUNUMU

16 yaşındaki kız hasta Eylül 2012 ayında gece başla-yan jeneralize tonik klonik nöbet öyküsü ile doktora başvuruyor. Yaşadığı ülkede BT çekiliyor ve sağ fron-toparietalde glial tümör tanısı konuluyor. Hastaya anti-epileptik tedavi başlanıyor ve sonrasında hasta aralık 2012'de ileri tetkik ve tedavi için hastanemize getiriliyor.

Hastanın nörolojik muayenesinde belirgin motor ve duyu kaybı saptanmadı. Göz dibi değerlendirmesinde sağ tarafta Gr 1 papilödem saptandı. Hastaya çekilen kranial manyetik rezonans (MR) T2 ağırlıklı görüntü-lemde frontoparietal yerleşimli, beyin dokusu ile izo-intens, çevresinde hiperintens peritümöral ödemi bulu-nan kitle lezyonu (Resim 1), post-kontrast T1 ağırlıklı MR'larda frontoparietal bölgede sylvian fissür üzeri-ne oturmuş, yoğun kontrast tutan, multilobüle, çev-re beyin dokusuna ince parmak şeklinde girintileri ve



Resim 1: Aksiyal T2 ağırlıklı MR görüntüsü: Perisylvian meningiom ve çevresinde hiperintens görülen peritümöral ödem.



Resim 2: Kontrast sonrası koronal (A) ve sagittal (B) T1-ağırlıklı MR. Meningioma köken aldığı sağ frontotemporal konveksitede meningioma kenarlarında kalınlaşmış duranın oluşturduğu "dural kuyruk" görülmektedir. Meningioma T2A'da beyne göre hiperintens, T1A'da beyinle aynı intensitedir. Kontrast maddeyi yoğun tutarak hiperintens olmaktadır.

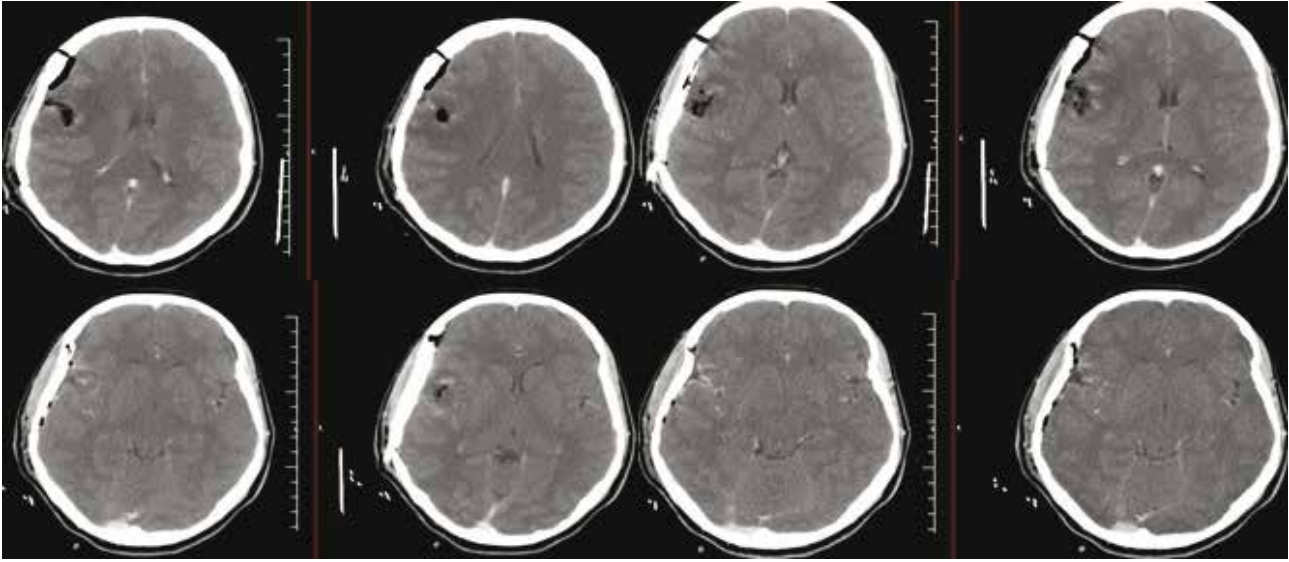
frontoparietotemporal durada "kuyruk işareti" şeklinde kontrast madde tutulumu olan meningioma ile uyumlu tümör dokusu saptandı (Resim 2).

Hasta operasyona alındı. Frontotemporoparietal (U) şeklinde cilt insizyonunu takiben kraniotomi flebi kaldırıldı. Temporal tipe uzanan duradan kaynaklanan tümör dokusu, operasyon mikroskobu altında komşu korteksle arasındaki araknoid plan belirlenip, disektör, ultrasonik cerrahi aspiratör ve bipolar koter yardımıyla küçültüldü. Meningioma, sylvian venlere çok yapışık. Hiçbir ven feda edilmeden tümörün üzerinde ve çevresinde kalanlar araknoid plan korunarak tümörden disseke edildi. Venlerin üzerinde özellikle tümörün alt kısmında kalan ve tümör kapsülüne ileri derecede yapışık olanlarda kapsül keskin diseksiyonla mümkün olduğunca sıyrıldı, ancak bazı yerlerde sıvama tarzında venlere yapışık tümör dokusu bırakıldı. Tümör ayrıca temporal loba da uzanıyordu. Temporal lobda ve parietalde tümör dokusu ile normal beyin arasındaki sınır bazı yerlerde kayboluyordu. Daha sonra pseudokapsül çevresel olarak kaldırıldı, tümör ile korteks arasındaki klivaja pediler yerleştirdi. Tümörün pial desteği koagüle edilerek kesildi, tümör dokusu gross total olarak çıkarıldı (Resim 3).

Patolojik inceleme sonucu meningotelyal meningioma Gr 1 olarak geldi. Ancak Ki-67 indeksi %4 olarak ölçüldü. Hastanın Ki-67 indeksinin meningotelyal meningioma göre yüksek olması, yaşının genç olması ve tümör eksizyonu sırasında yer yer pial bariyerin kaybolduğunun görünmesi üzerine hastaya Onkoloji Bölümü değerlendirmesi ve radyoterapi (RT) önerildi. Ancak aile RT'yi kabul etmedi ve hasta ülkesine geri döndü. Post-operatif 6. ay kontrol BT'sinin ülkesinde çekildiği ve rezidü-rekürren tümör olmadığı öğrenildi.

TARTIŞMA

Birçok tümörde olduğu gibi meningiomların da etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda birçok teori sunulmuş, ancak hiç biri tam olarak kanıtlanamamıştır. Cushing ve Eisenhardt özellikle doğum travmalarının meningioma etiyolojisinde önemli bir yeri olduğunu bildirmişlerdir.^{3,9} Kırık hatları ya da travma bölgelerinde sonradan oluşan meningiomlarla ilgili çok sayıda yayın vardır. Klinik serilerde ise kafa travması ve meningiomlar arasında belirgin bir korelasyon bulunamamıştır.¹⁵ Ayrıca spinal kanalda oluşan meningiomlar, "travma teorisi" ile açıklanamamaktadır. Meningioma oluşumunda



Resim 3: Kontrastlı kranial BT: Sağ frontoparietotemporal kraniotomi flebi, epidural mesafe ve tümör lojunda hava görünümü. Kontrast tutan rezidü tümör görülmektedir.

çevresel faktörlerin de önemi vardır. Radyasyon yıllar sonra meningiom oluşumuna yol açabilir. Tinea capitis, beyin tümörleri, hematolojik kanser olgularında tedavi amacıyla ya da atom bombası sonrası radyasyona maruz kalan çocuklara ait araştırmalarda bu sonuca varılmıştır.¹⁶⁻¹⁸ Meningioma'nın kromozomal temeli incelendiğinde, vakaların %60-80'inde 22. kromozomun basit monozomisi bulunmuştur.¹⁹ Vakaların yaklaşık %50'sinde de yeni oluşan germline mutasyonların varlığı söz konusudur.⁸ Kromozom 22 üzerindeki anomaliler santral form nörofibromatosis (NF2) ile ilgili görülmektedir. Pediatrik olgularda NF2 (22q12) anomalisinin yanı sıra protein 4.1B/DAL-1 (18p11.3) delesyonları da oldukça sıktır. 14q ve 1p delesyonlarının tümör progresyonu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^{8,20}

Pediatrik meningiomlarda hormonal ilişki beklenmemektedir. Ancak progesteron reseptörü yetişkinlerdeki benzer sıklıkla gözlenebilmektedir.⁸ Meningioma'nın en sık görüldükleri yerler; konveksite, parasagittal bölge, sfenoid kenar, olfaktor oluk, suprasellar bölge, orbita ve posterior fossadır.²¹ Pediatrik meningioma da temel olarak yetişkinlerdeki meningioma'larla paralellik gösterir. Bununla birlikte şimdiye kadar rapor edilen serilerde, pediatrik meningioma'nın büyük çoğunlukla intraventriküler, infratentorial ve Sylvian fissür yerleşimli

olduğu vurgulanmıştır.^{6,22} ve yaklaşık %30 oranında dura ile ilişkili değildir.^{15,23} Yine posterior fossa ve spinal epidural yerleşimler çocukluk çağında yetişkinlerden sıktır.^{3,22} Pediatrik meningioma büyük boyutlarda ve kistik olma eğilimindedir.^{9,22} Tüm pediatrik meningioma'nın %24'ünün ve 0-2 yaş grubundaki meningioma'nın %44'ünün kistik olduğu bildirilmiştir.^{9,23} Kistlerin insidansı erkek çocuklarda daha sıktır.²⁴

Meningioma'nın mikroskopik sınıflaması Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2007 santral sinir sistemi tümörleri sınıflamasına göre yapılmaktadır.²⁵ Buna göre meningioma; meningoteliamatöz, fibröz, transizyonel, psammomatöz angiomatöz, mikrokistik, sekretuar, lenfoplazmositten zengin ve metaplastik tiplere ayrılmaktadır. Atipik meningiom, berrak hücreli tip ve kondroid tip derece II, anaplastik/malign meningiom, papiller ve rabdoid meningioma ise derece III meningioma'dır.²⁵ Lokal beyin invazyonu, atipik histolojik yapı, yüksek mitoz oranı ve uzak metastazlar meningioma için malignite kriterleri olarak kabul edilir.²⁶ Meningioma'nın buldukları yerde kemik, duramater ve dural sinüslere invazyonu bilinen özelliklerindedir ve malignite kriteri kabul edilmezler. Buna karşılık meningioma'nın beyine lokal invazyonu ise kesin malignite bulgusu olarak kabul edilir. Çocukluk çağındaki meningioma'da malignite insidansı

Tablo 1. Meningiomlarda Ki-67 indeksi		
DSÖ Derecelendirme	Ort Ki-67 indeksi	Rekürrens Hızı
Genel meningiomlar DSÖ Gr 1	% 0,7	%9
Atipik meningiomlar (DSÖ Gr 2)	%2,1	%29
Anaplastik meningiomlar (DSÖ Gr 3)	%11	%50

yetişkinlere göre daha yüksektir.²⁷ Özellikle berrak hücreli, kordoid (DSO II), papiller ve rabdoid (DSO III) tiplerin çocukluk çağında daha sık görüldüğü ve daha malign oldukları bilinmektedir. Epiteyal Membran Antijen (EMA) ve Glial Fibriler Asit Protein'in (GFAP) meningiomların immuno-histokimyasal olarak tanısında, glial tümörler ile ayırıcı tanıda, ayrıca beyin invazyonunun gösterilmesinde faydalı olduğu ileri sürülmüştür.^{4,8} Özellikle Ki-67/MIB-1 işaretlenme indeksinin meningiomlarda, benign, atipik ve malign formlara doğru oldukça anlamlı bir artış gösterdiği bilinmektedir. Ki-67 hücre döngüsünün tümünde bulunan bir nükleer proteindir. Bu protein nükleer matriksin bir komponenti olup, hücre döngüsünün G0 hariç tüm fazlarında ekprese olur. Rutin protokollerde Ki-67 immun boyanması en popüler ve güvenilir proliferasyon belirleyici yöntem olarak kabul edilmektedir. Meningiomlardaki Ki-67 indeksinin tümör derecesine göre oranları Tablo 1'de gösterilmiştir.²⁸ MIB-1 gibi proliferasyon belirteçlerinin pediatrik olgularda daha az güvenilir olduğu ileri sürülmektedir.²⁹⁻³⁰ Metastatik meningiomların yayılımı hematojen yolla olur ve dural sinüs invazyonu olanlarda daha sık rastlanır. Diğer beyin tümörlerinde olduğu gibi serebrospinal sıvı ile meningiomların yayılımı çok nadir izlenen bulgudur. Metastazların %60'ı akciğere, %34'u karaciğere, ve %11'i kemiğe olmaktadır.³¹

Kafa icinde yer kaplayan tüm lezyonlar gibi meningiomlar da, tümörün yerleşim yerine, büyüklüğüne ve büyüme hızına bağlı belirti ve bulgular verir. Sıklıkla başlangıç bulgusu, kafa içi basınç artışına bağlı baş ağrısıdır. Ayrıca nöbet, kranial sinir disfonksiyonları, hemiparezi, afazi ve görme alanı kaybı bulunabilir.^{24,32} Infantlarda ise başlangıç bulgusu kafa içi basınç artışına bağlı gelişen

fontanel kabarıklığıdır.¹⁰ Genellikle konveksite meningiomlu hastalarda, fokal nörolojik belirtiler ve nöbet ön planda iken, intraventriküler yerleşimli meningiomu olan hastalarda obstruktif hidrosefaliye bağlı intrakranial basınç artışı belirtileri ön planda olabilir. Radyasyona bağlı gelişen meningiomlar ise agresif davranışlı, atipik ve yüksek proliferasyon indeksi gösteren yapıdadırlar. Multifokal tutulum gösterirler. Bu olgular genellikle genç yaş grubundadırlar. Maruz kalınan radyasyon ne kadar fazla ise meningiom gelişme süreci o kadar kısa olur.^{8,24}

Günümüzde meningiomların tanısında en gelişmiş yöntem manyetik rezonans (MRG)'tır. T1 ağırlıklı non-contrast MRG görüntülerinde meningiomlar %60-90'ı izointens iken, %10-30'u hipointenstir.³³ T2 ağırlıklı görüntülerde %30-40 oranında artmış sinyal intensitesi izlenirken %50'si izointenstir.^{33,34} Kontrast madde verildikten sonra kitlenin büyük kısmı kontrast tutar ve homojen boyanmış olarak görülürler. Karakteristik olan dural kuyruk görünümü MRG ile de izlenir. Nadiren meningiomlar kafa kaidesine doğru yassı, düzgün bir tabaka şeklinde gelişme göstererek 'meningiom en plaque' adını alırlar.⁴ Bazı meningiomlara intratümoral ve peritümoral kist eşlik edebilir. Pediatrik meningiomlar sıklıkla kistik ve kalsifiedir. Keskin olmayan sınırlar, yoğun peritümoral ödem, çevre dokuya parmak şeklinde girintiler ve derin beyin invazyonu radyolojik olarak agresif davranış kriterleri şeklinde değerlendirilmektedir.

Tanıda ayrıca direk grafler (kemik erozyonu, hiperostozis ve kalsifikasyonları göstermesi açısından), serebral angiografi (cerrahi yaklaşımı planlamada, cerrahi öncesinde embolizasyon kararında ve dural sinüslerin tümörle ilişkisini, invazyonunu, tam ya da parsiyel tıkalı olup olmadığını anlamakta son derece önemlidir) ve bilgisayarlı tomografi kullanılmaktadır.^{4,6,7,13,34,35}

Çocukluk çağında meningiomlar ile karşılaşabilecek benign lezyonlar arasında başlıca fibromlar, kondromalar, infantil myofibromatozis, inflamatuvar psödötümör, hipertrofik intrakranial pakimenenjitler, meningial hemangioperisitoma sayılabilir. Malign tümörlerden başlıcaları ise

Tablo 2. Cerrahi Çıkarım Genişliği - Simpson Derecelendirmesi ve Rekürrens İlişkisi

Simpson Derecesi	Çıkarım Oranı	Rekürrens
Derece 1	Tümörün ilişkili kemik ve dura ile birlikte tam çıkarılması	%9
Derece 2	Tam rezeksiyon + dura'nın çıkarılması	%19
Derece 3	Tam rezeksiyon ve/veya dura'nın çıkarılması-yakılması	%29
Derece 4	Subtotal rezeksiyon	%40
Derece 5	Tümörün basit dekomresyonu	%80

hemanjioblastoma ile meningeal yuvarlak ve işçi hücreli sarkomalardır.⁸ Çocukluk çağında meningeomların yaklaşık %40'ı NF (norofibromatozis) ile ilişkilidir.^{19,26}

Beningn lezyonlar oldukları kabul edilen meningeomların tedavisi esas olarak cerrahi yöntemlerle kitlenin çıkarılmasıdır. Ancak, olguların sadece %70-90'ında total rezeksiyon mümkün olabilmektedir.²⁶ Pediatrik meningeomlarda cerrahi strateji anatomik lokalizasyon ile belirlenir. Tümör lokalizasyonu total rezeksiyonu etkileyeceği için önemli bir faktördür. Konveksite, olfaktor oluk, sagittal sinüsün ön üçte birlik kısmı ve posterior fossa durasından kaynaklanan meningeomlarda genel amaç total rezeksiyon iken tentorial, klival, medial sfenoid kanat, orbital ve posterior parasagittal tümörlerde subtotal rezeksiyon daha uygundur.^{4,36} Ayrıca interhemisferik, transkallozal, subtemporal, parasagittal, perisylvian, petrozal ve supraserebellar infratentoryal yaklaşımda venlerin hasar görme ihtimali yüksektir. Asgari S et al'ın çalışmasında intraoperatif ven sakrifikasyonu yapılan ikinci gruptaki olguların %83'ünde beyin ödemi tedavisi olarak dekompresif cerrahi gerekmiş ve yeterli tedaviye rağmen hastaların sadece %29'u GOS 4 olarak taburcu edilebilmiştir.³⁷ Cerrahi başarıyı belirleyen önemli etken rezektabilitedir.³⁸ Simpson, rezeksiyon oranına göre rekürrens olasılıklarını belirlemiştir (Tablo 2).

Cerrahi komplikasyonlar tümörün lokalizasyonuna ve tipine göre %2-30 oranında beklenmektedir. Kanama, yeni nörolojik defisit ve enfeksiyon gibi tümöre bağlı komplikasyonların yanı sıra akciğer enfeksiyonu, akut kardiyak sorunlar, derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi medikal komplikasyonlar da gözlemlenebilir.^{4,9,21}

Araknoid planın korunamadığı ve beyin invazyonu olan durumlarda kortikal mikroinfarktlar oluşabilir. Kafa tabanı (posterior fossa) meningeomlarında kranial sinir yaralanmaları da görülebilir.²¹ Pediatrik olgularda medikal komplikasyonların daha nadir olması dışında komplikasyon açısından fazla farklılık yoktur.

Cerrahi mortalite farklı serilerde %1-14 arasında değişmektedir. Mortalitenin olası nedenleri olarak, preoperatif klinik durumun kötü olması, tümörün meydana getirdiği bası etkileri, ileri yaş, tümörün total çıkarılmaması, pulmoner emboli ve intrakranial kanamalar ileri sürülmektedir.^{4,21}

Cerrahi olarak tedavi edilen intrakranial meningeumlu çocuklarda uzun süreli prognoz beklenenden kötüdür. Rochat ve ark.nın ortalama 16 yıl izleme süresi olan çalışmasında ortalama sağ kalım 10 yıl olarak bildirilmiştir.³⁹ Malign meningeomlarda ise cerrahi ve radyoterapiye rağmen prognoz daha kötüdür. Cerrahi rezeksiyon genişliği, en önemli prognoz belirleyicisidir. Subtotal tümör rezeksiyonu yapılan malign meningeumlu hastalarda 5 yıllık hastalıksız sağ kalım oranı radyoterapi gören olgularda %57 iken, radyoterapi almayan olgularda %28'dir.⁴⁰ Adjuvan radyoterapi, subtotal rezeksiyon uygulanan erişkinlerde sağ kalımı arttırmakla birlikte bu durum çocuklarda farklıdır. Özellikle 3 yaşın altında olmak üzere çocukluk çağında radyoterapi risklidir, verilemez. Bu nedenle total eksizyon mümkün olmasa da re-operasyon tercih edilebilmektedir.

Kemoterapi de çocukluk çağı meningeomlarında genel olarak yararlı bulunmamaktadır.¹³ Beningn meningeomlarda rekürrens oranı 20 yılda %19, atipik ve malign meningeomlarda ise 5 yılda %38 ve %78 olarak

bildirilmiştir.⁴¹ NF2'li olgular multipl tümörler ile ilişkileri nedeniyle kötü prognoz gösterirler.^{8,39} Pediatrik olgularda, histopatolojik derece ile prognoz arasında erişkinlerdeki kadar güçlü bir ilişki yoktur. Diğer bir deyişle tümörün rezeksiyon sonrası nasıl davranacağını kestirmek güçtür. Pediatrik meningiömlerde da progesteron reseptör pozitifliği tümör derecesi ile ters ilişkilidir.^{4,6} Meningiömler genellikle yavaş büyüyen tümörler olduklarından olgular uzun süreli izlenmelidirler. İzlem, çocukluk çağında daha uzun yaşam beklentisi olduğu için çok daha önemlidir. Meningiömlerin radyoterapi ile ya da radyoterapi olmaksızın tekrarlama gösterip göstermediği ya da benign bir lezyonun ileride malignite kazanıp kazanmayacağı ancak uzun süreli ve ayrıntılı bir klinik takip ile saptanabilir.

Referanslar

- Cushing H: The meningiomas (dural endotheliomas): Their source and favored seats of origin. *Brain* 1922;45:282-306
- Demirtas E, Ersahin Y, Yilmaz F et al: Intracranial meningeal tumours in childhood: A clinicopathologic study including MIB-1 immunohistochemistry. *Pathol Res Pract* 2000;196:151-8
- Fuchs HE, Tomita T: Neurocutaneous syndromes and meningiomas of childhood. McLone DG. Ed. *Pediatric surgery, dorduncu baskı*, Philadelphia: WB. Saunders, 2001: 771-774
- Karabağlı H: Pediatrik meningiömler. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3:104-19
- Karabağlı P, Gucluer B, Erdinçler G, Aksoy N, Barlas A: 172 meningiömlerinin histopatolojik özellikleri. *Tr Ekopatol Derg* 2004;10:13-9
- Ozek MM, Kohan S: Pediatric Meningiomas. Pamir MN, Black PM, Fahlbusch R (eds). *Meningiomas: A Comprehensive Text*. Philadelphia: Saunders-Elsevier, 2010:581-591
- Rickert CH, Paulus W: Epidemiology of central nervous system tumors in childhood and adolescence based on the new WHO classification. *Child Nerv Syst* 2002;18:8
- Perry A, Dehner LP: Meningeal tumors of childhood and infancy. An update and literature review. *Brain Pathol* 2003;13: 386-408
- Stanton CA, Challa VR: Meningiomas: Pathology. In: Wilkins R H. Rengachary SS, (ed), *Neurosurgery*, ikinci baskı, New York: McGraw-Hill Publisher, 1996:843-54
- Tufan K, Dogulu F, Kurt G, Emmez H, Ceviker N, Baykaner MK: Intracranial meningiomas of childhood and adolescence. *Pediatric Neurosurg* 2005;41:1-7
- Bondy M, Ligon BL: Epidemiology and etiology of intracranial meningiomas: A review. *J Neurooncol* 1996;29:197-205
- Das A, Tang WY, Smith DR: Meningiomas in Singapore; demographic and biological characteristics. *J Neurooncol* 2000;47:153-60
- Di Roco C, Di Rienzo A: Meningiomas in childhood. *Crit Rev Neurosurg* 1999;9:180-8
- Cakabay M, Dinc C, İplikcioğlu AC, Ozcan D: Cystic meningioma: Case report. *J Neurol Sci (Turk)* 2004;51:331-5
- Mirzai H, Akbaşak A, İşisağ A, Selcuki M: Bir olguda travma sonrasında intrakraniyal meningiömler oluşumu. *Ulus Travma Derg* 2004;10:257-9
- Gold DG, Neglia JP, Dusenbery KE: Second neoplasms after megavoltage radiation for pediatric tumors. *Cancer* 2004;100: 212-3
- Goshen Y, Stark B, Kornreich L, Michowiz S, Feinmesser M, Yaniv I: High incidence of meningioma in cranial irradiated survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Blood Cancer* 2007;49:294-7
- Ware ML, Cha S, Gupta N, Perry VL: Radiation induced atypical meningioma with rapid growth in a 13-year-old girl. Case report. *J Neurosurg* 2004;100:488-91
- Ragel BT, Jensen RL: Molecular genetics of meningiomas. *Neurosurg Focus* 2005;19:9
- Collins, VP, Nordenskjöld M, Dumanski JP: The molecular genetics of meningiomas. *Brain Pathol* 1990;1:19-24
- Gelabert-Gonzalez M, Leira-Muino R, Fernandez- Villa JM, Iglesias-Pais M: Multiple intracranial meningiomas. *Rev Neurol* 2003;37:717-22
- Kumar V, Abbas AK, Fausto N: *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. yedinci baskı, Philadelphia: Elsevier, 2005: 1409-1410
- Canda MŞ: Meningiömlerin genel patolojik özellikleri. *Türk Neopl Derg* 1995;3:79-89
- Louis DN, Scheithauer BW, Budka H, Von Deimling, A, Kepes JJ: Meningiomas. In: *Pathology and Genetics of Tumours of the Nervous System*. Lyon: IARC Press, 2000:176-189
- David N. Louis, Hiroko Ohgaki, Otmar D. Wiestler, et al: The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta Neuropathologica* 2007;114: 547
- Erdinçler P, Lena G, Sarıoğlu AC, Kuday C, Choux M: Intracranial meningiomas in children: Review of 29 cases. *Surg Neurol* 1998;49:136-41

27. Broniscer A, Ke W, Fuller CE, Wu J, Gajjar A, Kun LE: Second neoplasms in pediatric patients with primary central nervous system tumors: The St. Jude Children's Research Hospital experience. *Cancer* 2004;100:2246-52
28. Kolles H, Niedermayer I, Schmitt C, et al: Triple approach for diagnosis and grading of meningiomas: Histology, morphometry of Ki-67/Feulgen stainings, and cytogenetics. *Acta Neurochir (Wien)* 1995;137 (3-4): 174-81
29. Karabagli P, Sav A: Proliferative indices (MIB-1) in meningiomas: correlation with the histological subtypes and grades. *J Neurol Sci (Turk)* 2006;23:279-86
30. Sandberg DI, Edgar MA, Resch L, Rutka JT, Becker LE, Souweidane MM: MIB-1 staining index of pediatric meningiomas. *Neurosurg* 2001;48:590-7
31. Jallo GI, Kothbauer KF, Silvera, Epstein FJ: Intraspinal clear cell meningioma: Diagnosis and management: Report of two cases. *Neurosurgery* 2001;48:218-21
32. Regel JP, Schoch B, Sandalcioğlu IE et al: Malignant meningioma as a second malignancy after therapy for acute lymphatic leukemia without cranial radiation. *Childs Nerv Syst* 2006;22:172-5
33. Cesani F, Ernst R, Storey G, Villanueva-Meyer J: Multicentric meningioma evaluation with Tc-99m MIBI SPECT, CT, and MRI. *Clin Nucl Med* 1995;20:557-8
34. Sato M, Matsumoto M, Kodama N: Meningeal enhancement surrounding meningiomas on Gd-DTPA MRI. *Fukushima J Med Sci* 1998;44:1-11
35. Tokgoz N, Oner YA, Kaymaz M, Ucar M, Yılmaz G, Tali TE: Primary intraosseous meningioma: CT and MRI appearance. *AJNR Am J Neuroradiol* 2005;26:2053-6
36. Black PM: Meningiomas. *Neurosurgery* 1993; 2:643-57
37. Asgari S, Bassiouni H, Hunold A, Klassen D, Stolke D, Sandalcioğlu IE: Extensive Brain swelling with neurological deterioration after intracranial meningioma surgery –venous complication or 'unspecific' increase in tissue permeability. *Zentralbl Neurochir* 2008;69:22 – 9
38. Simpson D: The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1957;20:22-39
39. Rochat P, Johannesen HH, Gjerris F: Long-term follow up of children with meningiomas in Denmark: 1935 to 1984. *J Neurosurg* 2004;100:179-82
40. Benesh M, Kleinert R, Spork E, Eder HG, Urban C: Diagnosis in oncology, pediatric tumors. Case 2. Anaplastic meningioma in a 3 .-year-old girl. *Journal of Clinical Oncology* 2001; 9:274-6
41. Lawrens E, Dixon M: Meningiomas Imaging. *Neurosurgery*. Volume I, ikinci baskı, McGraw-Hill, 1996:855-872

Zor Laparoskopik Kolesistektomi

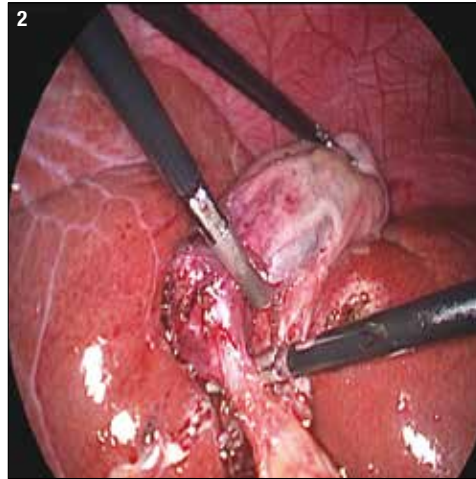
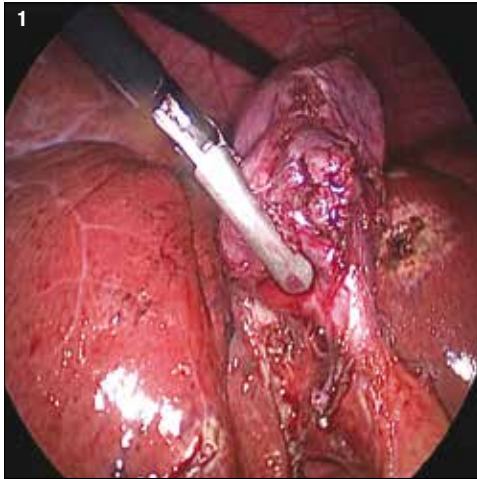
Difficult Laparoscopic Colesistectomy

Bahadır Ege

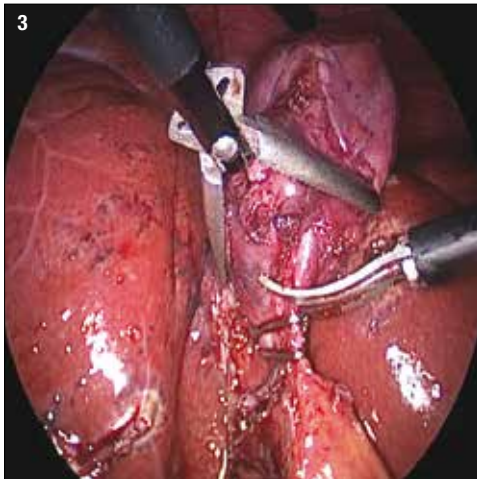
Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Kronik karın ağrısı olan 40 yaşındaki kadın hastada yapılan tetkiklerde safra kesesini dolduran çok sayıda taş tespit edildi. Hastaya kolesistektomi planlandı. Standart laparoskopik yaklaşımda safra kesesinin geniş çaplı taşlarla dolu olduğu ve kesesinin laparoskopik cerrahi aletlerle

tutulamadığı görüldü. Tüm laparoskopik diseksiyon kısıtlamalarına rağmen operasyon komplikasyon gelişmeden başarıyla tamamlandı ve hasta operasyondan sonraki gün taburcu edildi.



Resim 1,2: Büyük safra kesesi taşları nedeniyle tutulamayan kese, safra kesesi kanalının diseksiyonu.



Resim 3,4: Sistik kanal diseksiyonu tamamlanması, safra kesesi içinden çıkan çok sayıda taş.

[Yazar Bilgisi](#)

Bahadır Ege

Özel Koru Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

E-posta: mdbahadirege@gmail.com

Uterus Myomlarında Cerrahi Tedavi

Surgical Treatment of Uterine Leiomyomas

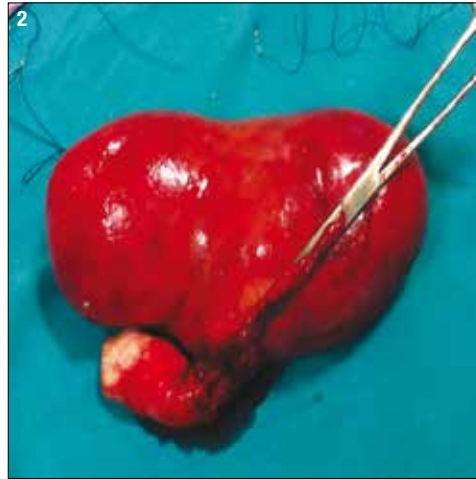
Ümit Korucuoğlu¹, Aydan Biri^{1,2}

¹Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ünitesi

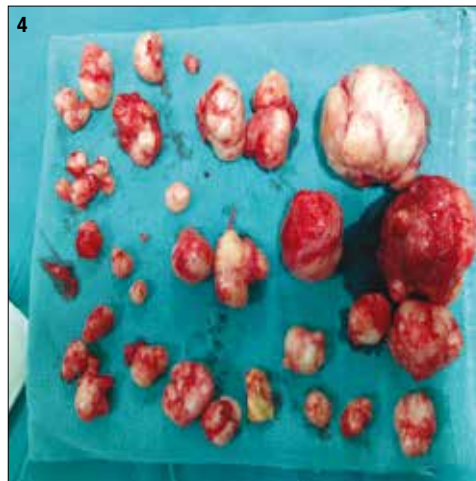
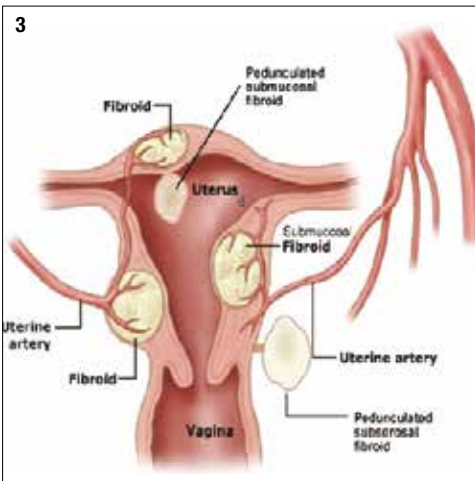
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Menoraji (adet kanamasının fazla olması) nedeniyle kadın doğum kliniğine başvuran 2 kadın hastanın birinde en büyüğü 30 cm olan myomlar tespit edildi. Hastanın 50 yaşında olması ve çocuk isteği olmaması nedeniyle hastaya histerektomi yapıldı. Diğer hastada ise çok sayıda

en büyüğü 4cm olan myomlar mevcuttu, hastanın çocuk isteği devam ettiği için tüm myomlar (yaklaşık 30 tane) uterus korunarak çıkarıldı. Her iki hasta da postoperatif 1. gün sorunsuz taburcu edildi.



Resim 1,2: Uterusta dev myomlar, histerektomi materyalinde dev myomlar.



Resim 3,4: Myomların rahimde yerleşim şeması, aynı hastadan uterus korunarak çıkarılan 30 adet myom.

Yazar Bilgisi

Ümit Korucuoğlu

Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ünitesi

E-posta: korucu23@yahoo.com

Sekundum Tip Atriyal Septal Defektin Perkütan Cihaz ile Kapatılması

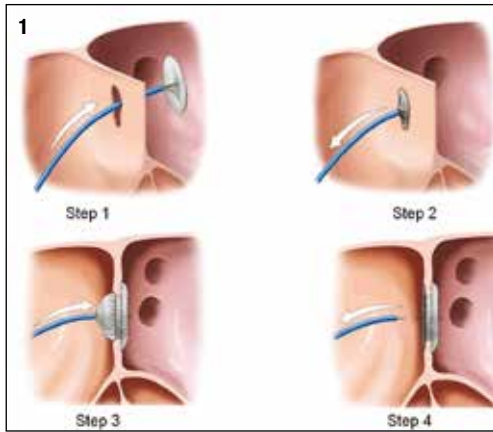
Percutaneous Device Closure of Atrial Septal Defect

Aytun Çanga, Özcan Özdemir

Koru Sincan Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Atriyal septal defekt (ASD) erişkinlerde görülen en sık doğumsal kalp hastalığıdır. Bu defektin klasik olarak cerrahi yöntem ile kapatılması kabul görmüş bir yöntem olarak bilinmekle birlikte kateter yöntemi ile perkütan yolla kapatılması son dönemlerde uygun hastalarda

tercih edilen yöntem olmaktadır. 80 yaşında nefes darlığı yakınması ile kliniğimize başvuran ve tetkiklerinde sekundum tip ASD saptanan hastada perkütan yolla başarılı şekilde defekt kapatılmış ve hastanın işlemden ertesi gün şifa ile taburcu edilmesi sağlanmıştır.



Şekil 1: ASD'nin kapatılmasının şematik gösterimi.

Şekil 2: Transözefajiyal ekokardiyografi görüntülerinde yaklaşık 22 mm çapında sekundum tip atriyal septal defekt görülmektedir.



Şekil 3: Perkütan yolla kapatma cihazı defekt bölgesine yerleştirilmiş ve defektin tam olarak cihaz ile kapatıldığı görülmüştür.

Şekil 4: Transtorasik ekokardiyografi görüntülerinde de benzer şekilde asd nin kapatma cihazı ile uygun şekilde kapatıldığı görülmüştür.

Yazar Bilgisi

Özcan Özdemir

Koru Sincan Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Sincan Ankara

E-posta: drozdemir75@yahoo.com



“hayatı güzelleştirir”

- 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



www.koruhastanesi.com

Akşemsettin Mah., Huzur S. No:1, Sincan - ANKARA
Tel. 0312 269 6262, Faks 312 268 5353

