

CERRAHİ
CEP KİTABI

CERRAHİ

ÖZET BİLGİLER VE GÜNCEL NOTLAR

Editörler

MELANIE GOLDFARB
MARK A. GROMSKI
JAMES M. HURST
DANIEL B. JONES

Çeviri Editörü

TONGUÇ UTKU YILMAZ



Beth Israel Deaconess
Medical Center



A teaching hospital of
Harvard Medical School



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ



Wolters Kluwer
Health

Lippincott Williams & Wilkins



CERRAHİ

ÖZET BİLGİLER VE GÜNCEL NOTLAR

Beth İsrail Deaconess Tıp Merkezi
Cerrahi El Kitabı

Editörler:

MELANIE GOLDFARB, MD

MARK A. GROMSKI, BA

JAMES M. HURST, MD, FACS

DANIEL B. JONES, MD, MS

Çeviri Editörü

YRD. DOÇ. DR. TONGUÇ UTKU YILMAZ

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

CERRAHİ CEP KİTABI

Türkçe Telif Hakları 2017

ISBN: 978-975-277-683-8

Orijinal Adı: Pocket Surgery

Yayınevi: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

Yazarlar: Melanie Goldfarb, Mark A. Gromski, James M. Hurst, Daniel B. Jones

Çeviri Editörü: Yrd. Doç. Dr. Tonguç Utku Yılmaz

Orijinal ISBN: 978-1-4511-1296-2

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Açıllı

Dizgi-Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Uyarlama: Ümit Saçı

Baskı: Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü Sokak No: 3
06410 Şişli / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

KATKIDA BULUNAN YAZARLAR

Christopher Awtrey, MD

Assistant Professor of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology,
Harvard Medical School, Department of OB/GYN, Beth Isreal
Deaconess Medical School

Christopher Boyd, MD

Assistant Professor of Surgery, Harvard Medical School, Beth Isreal
Deaconess Medical School

Micheal Cahalane, MD

Associate Professor of Surgery, Harvard Medical School,
Acting Chief, Acute Care Surgery Division, Director, Undergraduate Education,
Department of Surgery, Beth Isreal Deaconess Medical Center

Mark P. Callery, MD

Associate Professor of Surgery, Harvard Medical School, Chief, Division of General
Surgery, Beth Isreal, Deaconess Medical Center

David Caradonna, MD

Instructor in Otolaryngology, Harvard Medical School, Beth Isreal
Deaconess Medical Center

Louis Chu, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Isreal Deaconess Medical Center

Jonathan Critchlow, MD

Assistant Professor of Surgery, Harvard Medical School,
Associate Chief, General Surgery, Beth Isreal Deaconess Medical Center

Malcolm M. Decamp Jr, MD

Visiting Professor of Surgery, Department of Thoracic Surgery, Beth Isreal Deaconess
Medical Center

Aram Demirjian, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Isreal Deaconess Medical Center

Nhue Do, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Isreal Deaconess Medical Center

Paula Ferrada, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Isreal Deaconess Medical Center

Melanie Goldfarb, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Isreal Deaconess Medical Center

Mark A. Gromski

Medical Student, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Douglas W. Hanto, MD

Professor of Surgery, Harvard Medical School

Chief, Division of Transplantation, Beth Israel Deaconess Medical Center

Per-Olof Hasselgren, MD

Professor of Surgery, Harvard Medical School

Vice Chairman, Research, Director, Endocrine Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center

Mary Jane Houlihan, MD

Assistant Professor of Surgery, Harvard Medical School, Beth Israel

Deaconess Medical Center

James Hurst, MD

Acting Surgeon-in-Chief, Department of Surgery, Vice Chair of Clinical Resources,

Beth Israel Deaconess Medical Center

Scott Johnson, MD

Assistant Professor of Surgery, Harvard Medical School

Surgical Director, Renal Transplantation, Program Director, General Surgery, Vice Chair for Education, Department of Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center

Daniel B. Jones, MD, MS

Department of Surgery, Harvard Medical School

Chief, Division of Minimally Invasive Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center

Saju Joseph, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Seth Karp, MD

Assistant Professor of Surgery, Harvard Medical School

Surgical Director; Pancreas Transplantation, Beth Israel Deaconess Medical Center

Micheal Kearney, MD

Instructor in Surgery, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Min Kim, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Frank Lau, vMD

Resident Division of Plastic and Reconstructive Surgery, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts

Bernard Lee, MD

Assistant Professor of Surgery, Harvard Medical School,
Division of Plastic Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center

Sang Lee, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Alan Lisbon, MD

Associate Professor in Anesthesia, Harvard Medical School
Executive Vice Chair, Department of Anesthesia, Beth Israel, Deaconess Medical Center

Ryan A. Macke, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Junaid Y. Malek, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Michelle Martin, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Thomas S. Monahan, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

John Mullen, MD

Instructor of Surgery, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Satish N. Nadig, MD, PhD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Deborah Nagle, MD

Instructor of Surgery, Harvard Medical School
Chief, Division of Colon & Rectum Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center

Russel Nauta, MD

Professor of Surgery, Harvard Medical School, Department of Surgery, Mount Auburn
Hospital, Cambridge Massachusetts

Saila P. Nicotera, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

David Odell, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Steven R. Odom, MD

Instructor of Surgery, Department of Surgery, Harvard Medical School
Acute Care and Trauma Surgeon, Department of Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center

Patrick B. O'Neal, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Christeen Osborn, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Lisa Parry, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Frank B. Pomposelli, MD

Professor of Surgery, Harvard Medical School
Chief, CVI Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center

Vitaliy Poylin, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Wojciech Przylecki, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Reza Rahbar, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Kristen Raven, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Micheal P. Robich, MD, MSPH

Clinical Fellow in Surgery, Department of Surgery, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Patrick J. Ross, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Benjamin E. Schneider, MD

Instructor in Surgery, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Stefan Scholz, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Steven D. Schwartzberg, MD

Associate Professor of Surgery, Harvard Medical School
Chief of Surgery, Cambridge Health Alliance, Cambridge, Massachusetts

Gautum V. Shrikande, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Jeffrey J. Siracuse, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Summer Slavin, MD

Associate Clinical Professor of Surgery, Harvard Medical School, Plastic Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center

Neel Sodha, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Andrew H. Stephen, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Mark E. Stoker, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Steven Tizio, MD

Clinical Fellow, Department of Surgery, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Marco Tomassi, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Charles M. Vollmer Jr, MD

Assistant Professor of Surgery, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

Christopher Walden, MD

Surgery Resident, Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center

ÇEVİRİYE KATKIDA BULUNANLAR

Prof. Dr. Anıl Çubukcu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Gökhan Pösteği

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Zehra İpek Arslan Aydın

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Dr. Hadi Ufuk Söylemez

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Dr. Orhan Yağmurkaya

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Kemal Gündoğdu

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Osman Yüksel

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Aydın Yavuz

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. İhsan Gündüz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Ahmet Erkek

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ömer Şakrak

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Hasan Bostancı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mustafa Kerem

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Kürşat Dikmen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Erdem Okay

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Alican Güreşin

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Tonguç Utku Yılmaz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Saffet Çınar

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Fatih Altınparmak

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Mustafa Yener Uzunoglu

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Oktay Yirmibeşoglu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Ömer Yavuz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Oktay Korun

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

Prof. Dr. Salih Topçu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Aykut Eliçora

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Galbinur Abdullayev

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Murat Öztürk

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Selvet Erdoğan

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Seher Şirin

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Prof. Dr. Zafer Utkan

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Alper Kurt

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Taha Ertürk

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Sertaç Ata Güler

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Ersin Kılıç

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. İsmail Küçükler

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Engin Yosma

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Gülşen Ekingen Yıldız

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Alper Akay

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Celal Şen

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Hasan Yılmaz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Dr. Ali Kemal Uslubaş

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Dr. Zeynep Ece Utkan Korun

İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Yrd. Doç. Dr. Emrah Kağan Yaşar

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Can İlker Demir

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nuri Gönüllü

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Veysel Sarı

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Elif Pösteke

Kocaeli Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, Kocaeli

Prof. Dr. Zafer Cantürk

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Ali ÖZER

Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi Organ Nakli Birimi

ÖNSÖZ

“Çok uzun bir süre kıyıcı gözden kaybetmeye razı olmayan kişiler, yeni topraklar keşfedemez”

Andre Gide

“ithakaya doğru yola çıktığın zaman,
dile ki uzun sürsün yolculuğun,
serüven dolu, bilgi dolu olsun.
Onu yoksul buluyorsan, aldandım sanma kendini.
Geçtiğin bunca deneyden sonra öyle bilgeleştin ki,
artık elbet biliyorsundur ne anlama geldiğini ithakaların”

C.P. Cavafy

Cerrah olmak, kendi hayatını edindiğin klinik bilgeliğin uygulamalarını geniş çaplı onarım, yeniden yapılandırma ve değiştirme ile diğerlerinin hizmetine sunmaktır. Bu birisinin aklını ve birisinin ellerini ve yeteneğimizin en iyisi gibi yeni yollarla diğerleri ile ilişki içinde olmayı öğrenmektir ki böylelikle her bir hastamızın her gün karşılaştığı zorlukları aşabileceğiz. Bu demektir ki cerrah, cerrahi ekibin başındayken bazen anatomist, fizyolog, patolog veya intern olabilir, ister ameliyathanede olsun veya serviste cerrah her zaman gözleri kadar aklıyla da görebilmelidir.

Yüzyıldan fazla bir zamandır, Beth Isreal Deaconess Medical Center'daki Genel Cerrahi bölümünde mükemmel bir temel oluştu ve Harvard Tıp Okulunun önde gelen liderlerince desteklendi ve sürdürüldü. Bölümümüzdeki cerrahi fakülte ve eğitim kadrosu tarafından yazılan bu el kitabı temel olarak ameliyathanede, polikliniklerde veya serviste klinik çalışmalara başlayan öğrencilere sunulmuştur. Latince “benimle birlikte git” olarak tercüme edilen *Vade mecum* olarak tasarlanmış bu kitap her zaman yanında taşıyabileceğiniz bir el kitabıdır.

Bu kitabın önemi cerrahi karar verme için iskelet oluşturan geniş anatomi, fizyoloji ve patoloji ilkelerinin kritik özeti öğrencilere sunmaktır. Bu el kitabın amacı ezberlenecek bilgileri sunmak değil, fakat acıları rahatlatmak veya hastalıkları tedavi etmek için başvurulacak cerrahi girişimler, tanısal yaklaşımlar ve sık problemlerin bir kısmını daha iyi anlamaya rehberlik etmektir. Bu temelleri ilk defa atarken, inandık ki Amerikan tıbbının gelecekteki liderleri, kendi yaratıcılıkları, orijinal düşünceleri ve yenilikçi yaklaşımları ile mevcut kabul edilen doğrulara meydan okuyacaklar

ELLIOT L. CHAIKOF, M.D.D., Ph.D.

Chairman, Department of Surgery
Beth Isreal Deaconess Medical Center
Harvard Medical School

BAŞLARKEN

Öğrenci olarak, ilk olarak öğrendiğim cerrahi rotasyonun ne kadar sinir bozucu ve heyecan verici olduğuydu. Ayrıca zamanın ne kadar değerli olduğunu öğrendim. Cerrahi Cep kitabı, öğrencilerin ve stajyerlerin etkinliğini artırması - başvuru ve okuma verimini artırması ve ameliyathanede ve serviste daha eğlence için daha fazla zamana sahip olmak için geliştirilmiştir.

Harvard Tıp öğrencisi olarak, cerrahi rotasyonumu yaparken Harvard'a afileye olmuş Beth Isreal Deaconess Medical Center'da (BIDMC) klinik birkaç ayımı geçirmek fırsatı buldum. Cerrahi fakülte dünyaca ünlü ve benim gözümde üç alanda mükemmel: eğitim, kanıta dayalı pratik ve teknik beceri. Bu kitap, fakültenin ve öğretim üyelerinin biriken deneyimini içermektedir ve okuyuculara cerrahi tanı ve tedavide en yararlı noktaları sunmaktadır. Ayrıca BIDMC'de intern ve asistanlara eğitimlerinin başlangıcında verilen resmi cerrahi el kitabı özelliği taşımaktadır.

Başarılı *Cep Kitabı* serisinin bir parçası olan *Cep Cerrahi*, beyaz önlüğündeki öğretim üyesine eşlik etme anlamındadır. Sık veya nadir cerrahi hastalıklarla ilgili olarak hızlı bir başvuru sağlamaktadır. Bu kitap, internlük öncesi güzel bir gözden geçirme veya öğrenciler için çekirdek cerrahi eğitiminin başlangıcından önce kapsamlı çalışma için uygun kaynaktır. Ayrıca, bireysel uzmanlık ve/ya organ bazlı bölümler yeni cerrahi servislere başlamadan önce hızlı bir gözden geçirmeye imkan sağlamaktadır. Cerrahi intern veya çömez asistanlar için, önemli noktaları gözden geçirmede veya öğrenciler için hızlı öğrenme noktalarında kullanışlı bir yardımcıdır. Kitap, asansörle ameliyathaneye giderken veya serviste çalışma odasında cerrahi hastalıkların gözden geçirilmesi için kolay ulaşım sağlanması için dizayn edilmiştir. Yazarlar küçük alanlara olabildiği kadar kaliteli bilgi sığdırmak için özenle çalışmışlar, çünkü her yaşda öğrenci bilmektedir ki sizin her zaman bilgiye "hareket halindeyken" ihtiyacınız var.

MARKA. GROMSKI
4th Yıl Tıp Öğrencisi
Harvard Tıp Fakültesi
Boston, MA

ÇEVİRİ EDITÖRÜ ÖNSÖZÜ

Bıçağı ele aldıklarında Cerrahlar
Çok dikkatli olmalılar
Çünkü ince kesiklerinin altında
Kimıldanır durur suçlu: YAŞAM
Emily DICKINSON

Yaşam ile ölüm arasında ince bir çizgi bazen bir neşter olurken, cerrahlar neştere sadece hastalarının tedavilerinin bir kısmında ihtiyaç duymaktadırlar. Çünkü cerrahın hastasını iyileştirirken el sanatını icra etmesinin dışında anatomi, patoloji, farmakoloji, endokrinoloji gibi diğer tıp branşlarının konularını da takip etmesi ve uygulaması gerekmektedir. Cerrahi sanat, ancak ameliyathane öncesi klinik değerlendirme, doğru tanı, ameliyat sonrası iyi bakım ve uygun tedavi ile değer kazanabilir. Bir cerrah yoğun çalışma temposu içerisinde yetenek ve deneyimlerini arttırırken diğer yandan da bilgilerini tazelemek ve yenilemek zorundadır. Bu kısıtlı zaman ve güç içerisinde ne yazık ki bu amaca ulaşılammakta veya yılgınlık duyulmaktadır.

Sizler için Türkçe'ye kazandırdığımız Cerrahi Cep Kitabı internler ve asistanlar için hazırlanmış kısa özet bilgiler içermektedir. Akılda kalıcı bir düzende, göz hafızasına da hitap eden bu cep kitabı pratik bilgiler sunarak cerrahi eğitime büyük katkı sağlayacaktır. Genel bilgiler dışında deneyimlerin ve makale bilgilerinin de klinik kullanıma uyarlanması bir cep kitabından çok daha fazlasını verebilmektedir. Günümüz hızlı yaşamında iletişim dilinin, sosyal hayatımızı olduğu kadar eğitim şeklimizi de etkilemesinin sonucu olarak bu kitapta birçok sorunun cevabını kısa sürede bulabileceksiniz.

Çeviri ekibi olarak metnin orijinaline sadık kalmak kaydıyla özverili bir çalışmayla, gerekli olabilecek eklemeleri yaparak en yeni bilgileri siz okuyuculara sunmaktan büyük gurur duyuyoruz.

Bu kitabın Türkçe'ye kazandırılmasında emeği geçen tüm meslektaşlarıma ve saygı-değer hocalarıma değerli vakitlerini ayırdıkları için teşekkür ediyorum.

Yrd. Doç. Dr. Tonguç Utku YILMAZ
Kocaeli, 2017

İÇİNDEKİLER

PERİOPERATİF YÖNETİM

1-1

Melanie Goldfarb, Russel Nauta

Çeviri: Dr. Gökhan Pösteke, Dr. Anıl Çubukcu

YOĞUN BAKIM

2-1

Satish N. Nadig, Mark A. Gromski, Alan Lisbon

Çeviri: Dr. Hadi Ufuk Söylemez, Dr. Zehra İpek Arslan Aydın

TRAVMA

3-1

Paula Ferrada, Neel Sodha, James Hurst

Çeviri: Dr. Kemal Gündoğdu, Dr. Orhan Yağmurkaya

ÖZEĞAĞUS

4-1

Andrew H. Stephen, Jonathan Critchlow

Çeviri: Dr. Aydın Yavuz, Dr. Osman Yüksel

MİDE VE DUODENUM

5-1

Nhue Do, Benjamin E. Schneider

Çeviri: Dr. İhsan Gündüz

DUODENUM, JEJUNUM VE İLEUM

6-1

Stephen Odon, David Odell, Christopher Boyd

Çeviri: Dr. Ahmet Erkek, Dr. Tonguç Utku Yılmaz

BİLİYER SİSTEM

7-1

Ryan A. Macke, Charles M. Vollmer Jr

Çeviri: Dr. Hasan Bostancı, Dr. Ömer Şakrak

PANKREAS

8-1

Saju Joseph, Mark P. Callery

Çeviri: Dr. Kürşat Dikmen, Dr. Mustafa Kerem

KARACİĞER

9-1

Patrick J. Ross, Douglas W. Hanto

Çeviri: Dr. Alican Güreşin, Dr. Erdem Okay

DALAK

10-1

Saila P. Nicotera, Steven D. Schwartzberg

Çeviri: Dr. Saffet Çınar, Dr. Tonguç Utku Yılmaz

KOLON

11-1

Marco Tomassi, Lisa Parry, Deborah Nagle

Çeviri: Dr. Mustafa Yener Uzunoğlu, Dr. Fatih Altıntoprak

ANOREKTAL

12-1

Vitaliy Poylin, Deborah Nagle

Çeviri: Dr. Ömer Yavuz, Dr. Oktay Yirmibeşoğlu

VASKÜLER CERRAHİ

13-1

Gautum V. Shrikande, Thomas S. Monahan, Frank B. Pomposelli

Çeviri: Dr. Oktay Korun

KARDİOTORASİK CERRAHİ

14-1

Min Kim, Louis Chu, Ryan A. Macke, Malcolm M. Decamp Jr

Çeviri: Dr. Galbinur Abdullayev, Dr. Aykut Eliçora, Dr. Salih Topçu

BAŞ VE BOYUN **15-I**

Junaid Y. Malek, Jeffrey J. Siracuse, David Caradonna
Çeviri: Dr. Seher Şirin, Dr. Selvet Erdoğan, Dr. Murat Öztürk

ENDOKRİN **16-I**

Melanie Goldfarb, Patrick O'Neal, Christeen Osborn, Per-Olaf Hasselgren ve Steven D. Schwaitzberg
Çeviri: Dr. Talha Ertürk, Dr. Alper Kurt, Zafer Utkan

MEME **17-I**

Reza Rahbar, Mary Jane Houlihan
Çeviri: Dr. Ersin Kılıç, Dr. Sertaç Ata Güler

TRANSPLANTASYON **18-I**

Steven Tizio, Seth Karp, Scott Johnson
Çeviri: Dr. Ali Özer, Dr. Tonguç Utku Yılmaz

PLASTİK CERRAHİ **19-I**

Frank Lau, Wojciech Przylecki, Bernard Lee, Sumner Slavin
Çeviri: Dr. Engin Yosma, Dr. İsmail Küçüker

PEDİATRİK CERRAHİ **20-I**

Sang Lee, Stefan Scholz, Christopher Walden
Çeviri: Dr. Mustafa Alper Akay, Dr. Mehmet Celal Şen, Dr. Gülşen Ekingen Yıldız

GENİTOÜRİNER **21-I**

Patrick B. O'neal, Micheal Kearney
Çeviri: Dr. Ali Kemal Uslubaş, Dr. Hasan Yılmaz

JİNEKOLOJİ **22-I**

Michelle Martin, Christopher Awtrey
Çeviri: Dr. Zeynep Utkan Korun

DERİ VE YUMUŞAK DOKU **23-I**

Aram Demirjian ve John Mullen
Çeviri: Dr. Can İlker Demir, Dr. Emrah Kağan Yaşar

FITIKLAR **24-I**

Micheal P. Robich, Mark E. Stoker
Çeviri: Dr. Veyssel Sarı, Dr. Nuri Gönüllü

EKLER

Mark A. Gromski, Kristen Raven ve Micheal Cahalane
Çeviri: Dr. Elif Pösteği, Dr. Zafer Cantürk

EK I: ENDOSKOPİ **I-I**

EK II: İNSİZYONLAR **II-I**

EK III: ACLS **III-I**

EK IV: ATLS **IV-I**

EK V: YOĞUN BAKIM MEDİKASYONLARI **V-I**

EK VI: ANTİBİYOTİKLER **VI-I**

İNDEKS

Operasyon Şiddet Skoru (Br J Surg. 1991;78: 356—360)				
	Skor			
	1	2	4	8
Operasyonun Şiddeti	Minör	Moderate ^a	Majör ^b	Majör ^c
Multipl Prosedür	1		2	>2
Total Kan Kaybı(mL)	<100	101-500	501-999	≥1000
Peritoneal kirlenme	Yok	Minör (seröz sıvı)	Lokal Kirlenme	Serbest barsak içeriği, püy ya da kan
Malignensi	Yok	Sadece primer	Nodal metastaz	Uzak metastaz
Cerrahi Tipi	Elektif		Muhtemel >2 sa acil resusitasyon başvurusundan sonra <24 sa içinde cerrahi	Acil (<2 saat altında operasyon yapılması gerekli)
Fizyolojik Skor (Ameliyat Esnasındaki skor)				
	1	2	4	8
Yaş	<60	61-70	≥71	
Kardiyak Bulgular	Bulgu yok	Diüretik digoksin, anti anginal ya da hipertansif ilaç kullanımı	Periferik ödem Warfarin kullanımı	Yüksek Jugular Venöz basınç
Akciğer Grafisi			Borderline kardiyomegali	Kardiyomegali
Solunumsal Öykü	Dispne yok	Efor Dispnesi	Sınırlayıcı Dispne İlimli KOAH	İstirahatte Dispne (>30/dak)
Akciğer Grafisi		Hafif KOAH	İlimli KOAH	Fibrozis ya da konsolidasyon
Kan Basıncı (Sistolik) (mm Hg)	110-130	131-170	≥171	—
		100-109	90-99	≤89
Nabız (atım/dak)	50-80	81-100 40-49	101-120	≥121 ≤39
Glasgow koma skoru	15	12-14	9-11	≤8
Hemoglobin	13-16	11.5-12.9 16.1-17.0	10.0-11.4 17.1-18.0	≤9.9 ≥18.1
Beyaz Küre Düzeyi	4-10	10.1-20.0 3.1-4.0	≥20.1 ≤3.0	
Üre (mmol/L)	≤7.5	7.6-10.0	10.1-15.0	≥15.1
Sodyum (mmol/L)	≥136	131-135	126-130	≤125
Potasyum	3.5-5.0	3.2-3.4 5.1-5.3	2.9-3.1 5.4-5.9	≤2.8 ≥6.0
Elektrokardiyogram	Normal		Atriyal Fibrilasyon (60-90)	Herhangi anormal ritim ya da ≥5 ektopi/dak, Q-veya ST/Tdalga değişimi

^aModerat cerrahi apendektomi, kolesistektomi, mastektomi, TURP'yi içerir. Major cerrahi herhangi laparotomi, barsak rezeksiyonu, kolesistektomi ile birlikte safra yolu eksplorasyonu, periferik vasküler girişimler veya majör amputasyonlar

^bMajor cerrahi aort ameliyatları, APR, pankreas, karaciğer rezeksiyonu, özefajektomiyi içerir.

^cmuhtemel resusitasyon olabilir.

(Copeland GP et. POOSUM: a scoring system for surgical audit. Br J Surg 1991;78:356-360'a bakınız)

Vazopressör-ler	Epinefrin 0.01-0.1 µg/kg/dk Norepinefrin 2-4 µg/kg/dk Fenilefrin 0.5-5 µg/kg/dk Vazopressin 0.02-0.06 ünite/dk	Tümü + α + β1 α + V2 R	Vazokonstrüksiyon	Sıvı ve dopamin tedavisine dirençli KB'yi artırır
PDI	Milrinon 0.5-0.75 µg/kg/dk	N/A	Fosfodiesteraz inhibitörü, kalsiyum girişini artırır, kontraktileti artırır CO artışı	Düşük kardiyak output durumunda kullanılır Tek ajan olarak kullanılabilir

Nörojenik Şok

Etiyoloji

- T⁶ seviyesinin üstündeki spinal kord hasarı, genellikle travmayla ilişkili
- Arteriyel ve venöz sistem çeperinde sempatik tonus kaybı
- İntrensek kan hacmi dilate olmuş intravasküler alanı doldurmakta yetersiz kalır
- Sonuç: hipovolemi

Klinik Bulgular

- Sıcak ekstremiteler
- Venöz göllenme
- **Bradikardi**
- CO düşüşü

Tedavi

- Sıvı resusitasyonu
- Yüksek doz dopamin +/- fenilefrin/norepinefrin ile vazokonstrüksiyon

Adrenokortikal Yetmezlik

Patofizyoloji

- Hipotalamik-hipofiz adrenal aksis disfonksiyonu
- Adrenal yetmezliğe ve kortikosteroid direncine neden olur

Klinik Bulgular

- Glukokortikoid kullanım öyküsü
- Volüm resusitasyonu ve vazopressörlere cevap vermeyen hipotansiyon
- Eozinofili
- Hipoglisemi, hiponatremi ve hiperkalemi

Tanı: Kosintropin stimülasyon testi

- Bazal kortizol düzeyini kontrol et, 250 mcg kosintropin ver, 30. ve 60. dk kortizol seviyesini ölç (beklenen yanıt= >9-10 mcg/dL artış)
- Düşük-normal bazal düzey, uygun yanıt: düşük mortalite
- Düşük-normal bazal düzey, düşük yanıt ya da yüksek bazal düzey, uygun yanıt: orta mortalite
- Yüksek bazal düzey, düşük yanıt: yüksek mortalite

Tedavi (Crit. Care Med. 2008;36:1937-1949)

- Güncel rehberlerde sadece vazopressör bağımlı şiddetli ARDS ile seyreden (PaO₂/FiO₂ <200 ve başlangıçtan 14 gün içinde) septik şokta yararlı olduğu belirtilmiştir.
- Hidrokortizon, septik şokta 200-300 mg/gün, 3 veya 4'e bölünmüş dozlarda ya da sürekli infüzyon (10 mg/h=240 mg/gün), en az 7 gün boyunca
- Metilprednizolon, şiddetli ARDS'de 14 gün boyunca 1 mg/kg/gün dozunda
- Kademeli olarak azalt

2-4: PNÖMONİ

Epidemiyoloji

- Tanım: akciğer dokusunun gaz alışverişinde azalmaya neden olan, inflamasyon ile ilişkili konsolidasyonu
- Yaşlı ve kritik hastalardaki temel ölüm sebebi
- Etiyoloji: enfeksiyon (bakteriyel, viral, fungal ya da paraziter) veya idiyopatik

- Platizma penetrasyonu için operatif eksplorasyon gerekir (geleneksel olarak)
- Anjiyografi + laringoskopi + bronkoskopi + özofagoskopi (vaka seçimi yapılır)
- Cerrahi yönetim: Hasara bağlıdır
 - Kulak memesinden umblikusa kadar ve üst uyluk (safen ven grefti için) ameliyat için hazırlanır
 - Sternokleidomastoid kasın ön sınırına kadar insizyon yapılır
 - İlk öncelik herhangi bir kanayan damarın proksimal ve distalinin kontrolüdür
- Özofageal Yaralanma (Bkz. bölüm 7)
 - <24 s: İki tabakalı onarım
 - >24 s: nonoperatif, T-tüp drenaj ve özofagostomi
- Trakeal Yaralanma
 - Primer onarım; yaralanma ağırsa trakeostomi
- Jugüler Ven Yaralanması
 - Mümkünse onarılır, tek taraflı bağlanabilir
 - Hava embolisi açısından takip edilir
- Karotid Arter Yaralanması
 - Koma durumu olsa bile onarım yapılır
 - Küçük yaralanmalar için ucuna, >2 cm defekt varsa safen ven grefti (SVG) interpozisyonu yapılır
 - Hasta anstabilse bağlanır
 - Daha ağır yaralanmalarda omohiyoid ya da diğastrik kaslar kesilebilir
 - Post op heparin infüzyonu verilir

III. Bölge

- Tanım: Mandibula açısından kafatası tabanına kadar
- Görüntüleme:

Direk vasküler travma bulguları varsa dört damar anjiyografi

Asemptomatik hastalarda non invaziv görüntüleme yapılır

Operatif Eksplorasyon Gerektiren Yaralanmanın Kuvvetli İşaretleri

II. bölgede penetrasyon
Subkutan ya da retrofaringeal amfizem
Ses kısıklığı ya da stridor
Aktif kanama
Karotis nabız kaybı
Üfürüm ya da trill
Nörolojik defisit

- Cerrahi Yönetim
 - Endovasküler teknikler veya operatif eksplorasyon

Künt Travma

Laringeal

- Görüntüleme: BT
- Tedavi
 - Önce havayolu güvenceye alınır
 - Minör Yaralanma: Yatakbaşı kaldırılır ve kortikosteroid verilir
 - Majör Yaralanma: Operatif eksplorasyon ve onarım yapılır

Vasküler

- Anatomi: Common karotid, internal karotid veya vertebral arterler
- Etiyoloji: Aşırı hiperekstansiyon, fleksiyon veya boyun rotasyonu, direkt künt travma yaralanması, servikal omurga kırıkları
- Risk Faktörleri
 - GCS <6
 - Petröz kemik kırığı
 - LeFort II veya III
 - Diffüz aksonal hasar
- Görüntüleme: Dört damar anjiyografi
- Tedavi
 - Damara ulaşılabilirse operatif onarım
 - Anti-koagülasyon (ulaşılamıyorsa)
- Prognoz: Penetran yaralanmalardan daha kötüdür

Peptik Ülser Hastalığı (PÜH) – Cerrahi Tedavi

Trunkal vagotomi: gastrin salgısının sefalik fazını ortadan kaldırır.

%10 nüks, %10 dumping sendromu.

Özofagus mobilize edilir, vagus gövdeleri sağ başparmak ve işaret parmağı ile künt disseksiyonla ortaya konulur, NGT kılavuz olarak kullanılır.

↓

GE bileşkenin 2-4 cm üzerinde ön vagus ortaya konulur

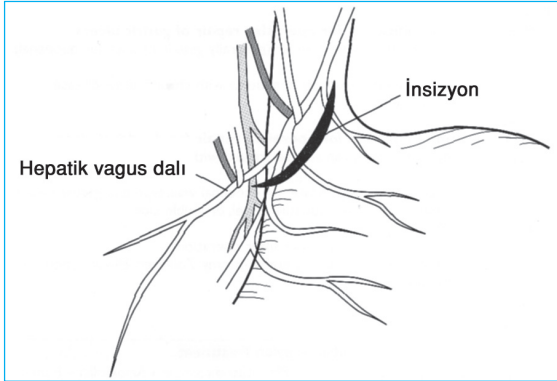
↓

Hepatik ve intraabdominal özofagus boyunca seyreden sefalik dalın üzerinden kesilir, 2 cm'lik bir parça patolojik teyit için gönderilir

Not: Posterior vagus gövdesi anterior vagustan daha büyüktür; bu sinirin tanımlanmasındaki yetersizlik nüks için en sık nedendir

Yüksek selektif vagotomi (parietal hücre vagotomisi): (Şekil 5-1) Antrumun anatomisini ve fonksiyonunu korur ve parietal hücre salgısını azaltır; **sıvılar ve katılar mideden hızlı boşalır, %10 nüks, %1 dumping sendromu**

Şekil 5.1 Yüksek selektif vagotomi (Fischer JE, Bland KI. Mastery of Surgery, 5th Ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2007.)



Küçük kurvatur boyunca Latarjet sinirinin anterior kısmı olan kaz ayağı belirlenir ve 1-2 dalı kesilir.

↓

Bursa omentalis minöre girilir, **Grassinin kriminal siniri** ve arka kaz ayaklarının 1-2'si kesilir

↓

Özofagus 5-7 cm çıplaklaştırılır

↓

Ön serozal yüz arka serozal yüze yaklaştırılır

↓

Sfinkter koruyucu piloromiyotomi uygulanır

Antrektomi

Genellikle sol gastrik ve sol gastroepiploik arter korunur

↓

Orta hat epigastrik kesi

↓

Büyük kurvaturu ortaya koymak için gastrokolik ligament kesilir
Duodenumu ortaya koymak için Kocher manevrası gerçekleştirilir

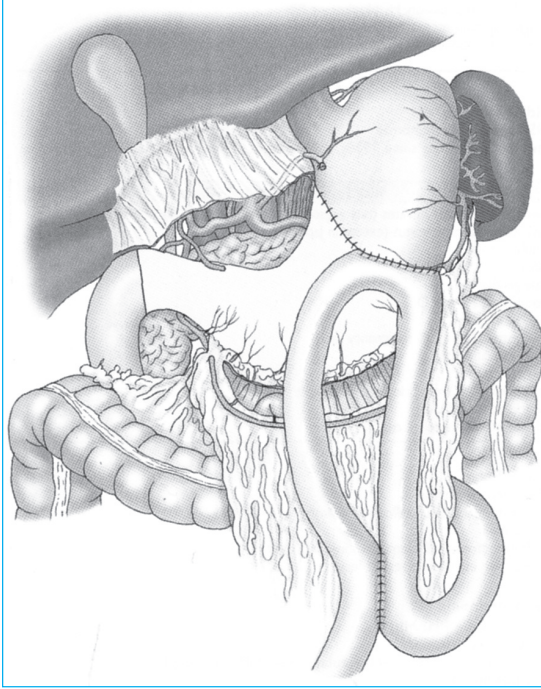
Billroth I anastomoz: Mide → duodenuma

Duodenumdan mide içeriğinin geçişini ve duodenumun endokrin yanıtını korur

Billroth II anastomoz: Mide → jejunuma (Şekil 5-2)

Safra reflüsünü önlemek için en az 30cm jejunum mobilize edilir, Retrokolik geçirilir

Şekil 5.2 Billroth II Anatomisi. (Fischer JE, Bland KI. Mastery of Surgery, 5th Ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2007.)



Kanayan Ülser Algoritması (Duodenal > Gastrik)

- Endoskopi, transfüzyon. H2 blokerleri veya PPI
 - Gereğine göre uzunlamasına piloromiyotomi ve duodenotomi
 - Üç noktada U dikişler ile ligasyon : Proksimal GDA + distal GDA + transvers pankreatik arter
 - Pilonoplasti: Miyotomi transvers olarak tek kat kapatılır
 - Yüksek riskli instabil hasta : Vagotomi eklenir
 - Düşük riskli hasta, asit salgısı fazlalığına bağlı olmayan: antrektomi eklenir
 - Düşük riskli hasta, büyük (> 2 cm) ülser veya PÜH öyküsü: antrektomi + vagotomi
 - Düşük riskli hasta, asit üretim fazlalığına bağlı, hiç tıbbi tedavi almamış: 3 noktada ligasyon
- H. Pylori için biyopsi, postop medikal tedavi

Perforasyon Algoritması

- Yüksek riskli veya instabil hasta: Anterior duodenal perforasyonları için sadece omentum ile Graham yama.
- Düşük riskli hasta (<24 saat, peritonitin erken dönemi): omental yama ve paryetal hücre vagotomisi.

- Prognoz:
 - Duodenal lezyonlar Evre 1, %100; Evre 2, %52; Evre 3, %45; Evre %40
 - Distal ince bağırsak: hayatta kalma lenf nod durumu ile ilişkilidir
 - Nod negatif hastalığında 5 yıl hayatta kalma %60-70 oranında
 - Pozitif nodla 5 yıl hayatta kalma %12-14 oranında

Karsinoid Tümörler

- Etiyoloji
 - Lieberkülin kriptlerinde bulunan Kulchitsky hücrelerinden (enterokromafin) köken alırlar. Büyük bir bölümü apendiste (%46), ileum (%28), ve rektum (%17). İnce bağırsağın hepsini tara çünkü hastaların yüzde 30'unda birden fazla tümör vardır.
- Klinik bulgu: çoğu asemptomatik
 - Belirli karın ağrısı, diyare ya da bağırsak tıkanıklığı
- Tanı: 24 saat idrarda 5'-HIAA (serotonin metaboliti), pentagastrin stimülasyonu
- Görüntüleme: oktreotid taraması, kardiyak eko (sağ valvüler fibroz)
- Tedavi
 - İnce bağırsak: <1 cm ve negatif LN: lokal rezeksiyon; >1 cm ya da + LN: geniş rezeksiyon
 - Apendis
 - Ucundan 2 cm: basit apendektomi
 - 2 cm, tabanı içerirse, veya +LN kanıtı varsa: sağ hemikolektomi
 - Rektal
 - 2 cm veya çevreye yapışık: abdominoperineal rezeksiyon
 - Metastazlar: tümör dokularını çıkar + streptozosin ve 5-FU; hepatik lezyonlar-RFA veya rezeksiyon

Karsinoid Sendromlar (<5%)

Karaciğer metastazı olduğunda ortaya çıkar

Epizotik

- Sulu ishal
- Cilt kızarması
- Terleme
- Dispne
- Abdominal ağrı
- Nadiren, sağ kalp yetmezliği

Tedavi

- Somatostatin (semptomların giderir)

Sarkoma

- Tedavi
 - Yapılabiliyorsa bütünüyle rezeksiyon (tanı konulanların %50'i rezekte edilemez)
 - Destekleyici tedavinin belirgin bir faydası yoktur
- Prognoz: histolojik derecelendirmeye bağlı

Lenfomalar

- Epidemiyoloji
- Tüm gastrointestinal sistem malignitelerinin %10'u
- Yaş: altıncı ya da yedinci dekada; 10 yaş altı çocuklarda en yaygın bağırsak tümörü
- Histoloji: sıklıkla B hücre lenfoması (çölyak sprusu dışında, sonra T hücre)
- Prognoz:
 - Yüksek grade'li, bağırsak dışı tutulum varsa, lezyon sayısı fazla ise, perforasyon veya postoperatif geride kalan doku varsa prognost daha kötü
- Tedavi: CHOP (siklofosfotamid, deksorubisin, vinkristin, prednison) + Radyoterapi

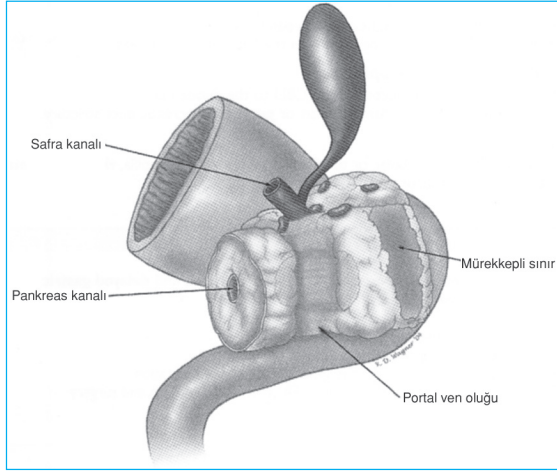
Pankreas Cerrahisinde Perioperatif Yaklaşım

- Klinik yöntem: Yüksek hacimli merkezler, hastaların postop bakımlarında maksimum etkinlik ve minimum varyasyon amacıyla günlük takip basamaklarını kullanmaktadırlar
- Sıvılar: Anastomoz şişliğinden kaçınmak ve kaçak riskini azaltmak için dikkatli kullanılmalıdır
- Hipotasyon: Pankreas perfüzyonunu düzeltmek için rölatif hipotansiyondan bile kaçınılmalı
- NG tüpü ile 2-3 gün boyunca dekompresyon
- Drenaj: Dren amilazı kontrol edildikten sonra ve hastanın diyeti tolere edebilmesi halinde çekilebilir
- Beslenme
 - Enteral beslenme, intraop beslenme tüpü yerleştirilmiş ise, postop 2. günde başlanabilir.
 - Belirgin pankreatik kaçak varsa TPN başlanmalı ve oral alım kısıtlanmalı
- Oktreotide (100 mg SC Q 8 saat): Yumuşak pankreas, ince pankreatik kanal veya pankreatik kaçak şüphesi varsa (*J Am Coll Surg. 2007;20(4):546-557*)

Pankreatikoduodenektomi "Whipple" –Cerrahi Teknik

Rezeksiyon (Şekil 8-1)

Şekil 8.1 Whipple Prosedürü. From Fischer JE, Bland KI. Mastery of Surgery, 5th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2007.



- İnsizyon: sağa uzanan veya çift taraflı subkostal kesi
- Genişletilmiş Kocherizasyon: Duodenuma ulaşmak için kalın barsağın sağ kısmını hareketli hale getirin
- Pankreas boynu altında alan açın; portal ven ve süperior mezenterik ven diseksiyonu
- Kolesistektomi ve duktus hepatica communis, safra kesesi kanalının çıkış noktasının hemen üzerinden kesin
- Portal lenf nodlarının tam diseksiyonu
- Gastroduodenal arteri tanımlayın ve ayırın (Karaciğeri besleyen aberran arter açısından dikkatli olunmalı, örn.: yer değiştirmiş sağ veya sol hepatik arter)
- Ayırma
 1. Proksimal barsak sınırı:
 - **Klasik: Midеyi antrum düzeyinde ayırın**
 - **Pilor koruyucu: Pilonun hemen distalinden ayırın (mide boşalmasını kolaylaştırarak reflüyü azaltır)**
 2. Jejunum ve mezenter
 3. Pankreas boynu
 4. Pankreasa giren, portal vene dökülen venler
 5. Pros. unsinatus

KOLON

MARCO TOMASSI • LISA PARRY • DEBORAH NAGLE
Çeviri: Dr. Mustafa Yener Uzunoğlu, Dr. Fatih Altıntoprak

11-1: KOLON CERAHİSİNİN TEMELLERİ

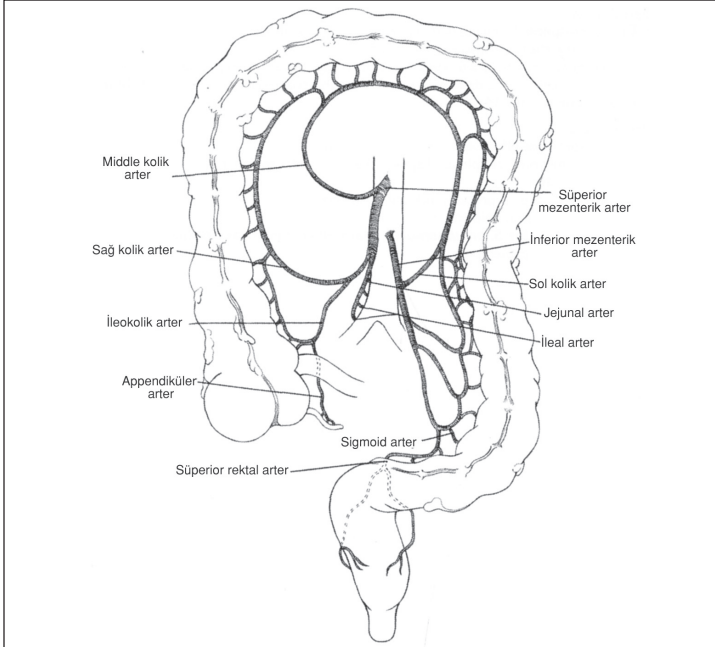
Anatomi

- Çekum: Kolonun en geniş çaplı yeridir (9 cm'e kadar normal kabul edilir)
- Çıkan ve inen Kolon: Retroperitoneal bölgeden parakolik hat boyunca *Toldt'un beyaz çizgisi* adı verilen lateral peritoneal refleksiyon hattı tarafından karın duvarına fiksedir.
- Transvers Kolon: İntraperitonealdır, antimezenterik sınırı üstünde büyük omentum bulunur.
- Sigmoid Kolon: Kolonun en küçük çaplı bölümüdür. Distalde rektuma bağlanır.
- Tenya Koli: Proksimalde apendiksten rektosigmoid bileşkeye dek devam eden, longitudinal kasların kolon boyunca uzanarak oluşturduğu 3 adet banttır.
- Haustra: Tenyalar arasındaki tümsek şeklindeki bombeleşmelerdir.
- Histoloji:
 - Mukoza: Lamina propria'nın altında bulunan, kript içeren glandüler epitel
 - Submukoza: vasküler ve lenfatik doku içeren dayanıklı tabaka
 - Musküler tabaka: Sirküler ve longitudinal kas lifleri içeren tabaka
 - Seroza: Peritoneal yüzeyin üzerini kaplar
 - Görevi: Barsak içeriğinin geçişini yavaşlatır, içeriğin sıvı emilimini sağlar.

Arterleri

- Orta ve arka barsağın embriyolojik gelişimiyle paraleldir (Şekil 11-1)

Şekil 11.2 Kolonun arterleri. From Fischer JE, Blund KL. Mastery of Surgery, 5th Ed Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.



Tanı

- Ultrason: ilk değerlendirme ve rutin takip
- CT ve MR da kullanılabilir
- Arteriografi: ciddi mural trombüs içeriyorsa boyutu olduğundan az gösterebilir

Rüptür

- Abdominal aort anevrizmalarının (AAA) doğal seyri
- **%50-90 mortaliteyle gider**
- Risk faktörleri: sigara, hipertansiyon, COPD, yılda 1 cm'den fazla büyüme, kadın, ailesel
- Klinik: **hipotansiyon, sırt ağrısı ve pulsatil epigastrik kitle**
- Rüptür insidansı
 - 4 cm: %0,5-5
 - 5 cm: %3-15
 - 6 cm: %10-20
 - 7 cm: %20-40
 - 8 cm: %30-50

Güncel Öneriler (N Eng J Med. 2002; 346: 1437-1444)

- **5,5 cm'den büyük ya da hızlı büyüyen (6 ayda 0,5 cm'den fazla) tüm anevrizmalar tamir edilir**
- 5 cm'den küçük anevrizmalar için 6 ayda bir US

Açık AAA Tamiri – Cerrahi Teknik

Transabdominal Aortik Tüp Graft

Rölatif endikasyonlar: rüptür, bir arada var olan intra-abdominal patoloji, bilateral büyük iliak anevrizmalar, her iki renal artere ulaşım gerekliliği, kesin olmayan tanı

Orta hat insizyonu

Transvers mezokolon sefalad yönde kaldırılır ve Treitz ligamenti kesilir

İnce bağırsak sağa doğru toplanır ve posterior peritona longitudinal insizyon yapılır

Sol renal ven ve renal arterler belirlenir; sistemik heparinizasyon yapılır

Yer varsa proksimal klemp aorta üzerine infrarenal pozisyonda yerleştirilir

Distal klemler bilateral iliak arterler üzerine yerleştirilir

Graft uç-uca dikilir

Kalan anevrizma dokuları greftin üzerine kapatılır ve retroperiton kapatılır

Bitince distal nabızlar kontrol edilir

Viseral anjina, post-AAA tamiri basıncı < 40 torr, anti-mezenterik sınırda Doppler sinyal kaybı varsa **IMA'nın reimplantasyonu düşünülür**

AAA rüptüreyse:

Acil cerrahi, çeneden dizlere kadar boyayıp örtülür, **10 ünite pRBC, + TDP, trombosit hazırlatılır**

Hepatogastrik ligaman divize edilir, mide sola çekilir

Sol hepatik lob süperiora ekarte edilir

Aortik klemp yerleştirilene kadar aorta, vertebraya karşı basınç uygulanarak sıkıştırılabilir

Distalde iliak arterler klemlenir

Retroperitoneal hematoma girilir (iliak bifurkasyon düzeyinde üreterlere dikkat)

Anevrizma boynu belirlenir ve proksimal klemp infrarenal pozisyonda yerleştirilir

Anevrizma açılır, trombüs boşaltılır, lomber damarlar varsa dikerek ligate edilir, tüp graft uç-uca dikilir

Bitince distal nabızlar kontrol edilir

Endovasküler Revaskülarizasyon

- Tedavi edilmesi gereken damar sayısı tartışmalıdır; klasik olarak iki damar revaskülarize edilir
- Teknik hususlar
 - Brakial arter girişi
 - Kateter ucu T12 seviyesine konumlandırılmalıdır
 - Lezyonlar anjioplasti ve stentlemeyle tedavi edilir

13-6: AKUT VE KRONİK EKTREMİTE İSKEMİSİ

Akut Ekstremitte İskemisi

Etiyoloji

- Embolizm (>%90); bir numaralı kaynak kardiyak (yakın zamanda geçirilmiş mural trombüslü MI, atrial fibrilasyon). Tipik olarak bir arteriyel **bifurkasyoda** yerleşir, genellikle distal SFA ya da popliteal arter
- Anevrizma trombozu
- Aterosklerotik lezyon trombozu
- Enflamatuvar arteriopati (dev hücreli arterit)
- Baypas greft trombozu: non-embolik akut ekstremitte iskemisinin en sık nedeni

Klinik Bulgular

- Hikaye: akut başlangıç, bilinen embolik odak, kladikasyon hikayesi olmaması
- Fizik muayene ("6 p"): **parestezi, ağrı (pain), palor, nabızsızlık (pulselessness), paralizi, poikilotermi (soğuk ekstremitte)**; kontralateral ekstremitede normal nabızlar

Sınıflama: Rutherford Kriterleri

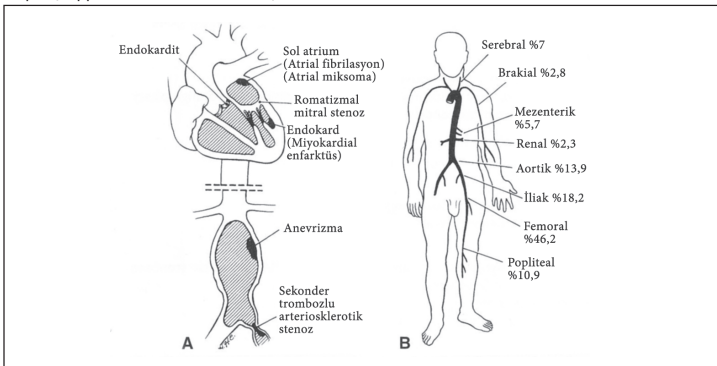
- Klas I: ekstremitte viabl ve tedavi olmasa da bu şekilde kalır
- Klas II: ekstremitte tehdit altındadır ve kurtarılması için revaskülarizasyon gereklidir
 - Klas IIa: ekstremitte acil tehdit altında değildir
 - Klas IIb: ekstremitte tehdit altındadır ve acil revaskülarizasyon gereklidir
- Klas III: ekstremitte geri dönüşümsüz olarak iskemiktir ve kurtarılması mümkün değildir

Tedavi

- Tüm hastalara heparin infüzyonu başlanır
- Trombolitik tedavi: lokal, kateter aracılı plaminojen aktivatör (ürokinaz, alteplaz ve reteplaz) infüzyonu; ciddi medikal komorbiditeler varsa ve açık prosedürü tolere edemeycekse düşünülür
- Embolektomi
- Mekanik trombektomi: kan akımının hızla restorasyonu, sistemik antikoagülasyon süresinde azalma
 - AngioJet ve Trellis sistemleri ABD'de infra-inguinal kullanım için onaylıdır
- Tüm hastaları kompartman sendromu için takip edin

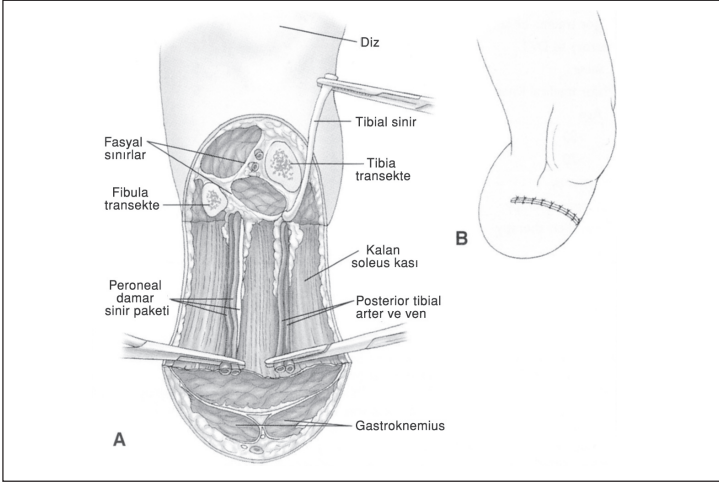
Etiyoloji: iske mi toksik serbest radikallerin birikmesine, kapiller yataktan protein ve sıvı kaçığına neden olur, ekstrasvasküler basıncı artırır ve venöz akımı bozar

Şekil 13.2 A. Ortak emboli kaynakları arasında kalp ve büyük damarlar, özellikle aorta sayılabilir. AAA trombüsü de embolize olabilir. **B.** Embolinin en sık hedefi ekstremitelerdir ancak listelenen oranlarda serebral ve mezenterik emboliler de görülebilir. Fischer JE, Bland KI. Mastery of Sugery, 5th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.



- Rehabilitasyon ve protez kullanma potansiyeli daha düşüktür
- Flepler: anterior ve posterior flepler eşit
- Tercih sebepleri: BKA iyileşemeyecekse, amputasyondan sonra mobilize olma ihtimali düşükse, dizde önemli kontraktür varsa
- BKA
 - AKA'dan çok daha yüksek rehabilitasyon potansiyeli
 - Flepler: uzun posterior miyokütanöz flep ya da eşit anterior ve posterior flepler
- Giyotin amputasyonları: septik odağı hızla uzaklaştırır, açık bırakılır
 - Ateş, ödem ve lökositöz düzelince amputasyonu tamamlamak için ameliyathaneye dönülür

Şekil 13.3 Diz-altı amputasyon. Fischer JE, Bland KI. Mastery of Surgery, 5th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2007



Ampütasyon-ilişkili Mortalite (Arch Surg. 2004; 139: 395-399)

- 30 günlük mortalite: AKA için %16, BKA için %6
- Diabetik ve son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda sağkalım daha kötü

13-8: DERİN VEN TROMBOZU

Klinik Bulgu

- Baldır ağrısı, venöz distansiyon, ayak bileğinin dorsifleksiyonunda ağrı (Homan bulgusu)
- Hastaların yalnızca 1/3'ü fizik muayene bulguları ile baş vurur

Görüntüleme

- Yüksek klinik şüphe gerektirir
- Ultrasonografi: pelvisin büyük venleri görüntülenemez
- İntravenöz kontrastlı CT görüntüleme

Adrenalektomi Endikasyonları**Tek taraflı adrenalektomi**

- Aldosteronoma
- Kortizol salgılayan adenom (Cushing sendrom veya subklinik cushing)
- Tek taraflı feokromasitoma (sporadik veya ailesel)
- Androjen/östrojen üreten adrenal tümörler
- Nonfonksiyonel tek taraflı tümör
- 4-5cm'den büyük kitle
- Görüntülemelerde adenom, kist ve myelolipom için anlamsız özellikler
- Adrenokorrikal karsinomlar
- Tek taraflı solid adrenal metastaz

Bilateral Adrenalektomi

- Bilateral feokromatozis
- Cushing sendromu;
 - Bilateral nodüler adrenal hiperplaziye bağlı
 - Ektopik ACTH üreten ve primer terapiye yanıt vermeyen tümöre bağlı
 - Cerrahi veya radyasyon ile tedavisi başarısız cushing hastalığı (pitüiter tümör) bağlı.

Cerrahi Teknikler**Genel Yaklaşım**

- Adrenali, periadrenal yağ dokuyu tutarak veya hafifçe iterek manipüle edin
- Kapsülü zedelemeyin

Adrenalektomi**Sağ Adrenalektomi**

- Karaciğerin sağ trianguler ligamentini mobilize edin ve ayırın.
- Adrenal ve IVC arasında plan oluşturun. Peritonu IVC lateral sınırında insize edin ve bezin medial sınırını diseke edin.
- Bezi laterale devirerek adrenal veni ekspose edin, klipeyerek ayırın.
- Aksesuar sağ adrenal ven olabilir.
- Inferior ve posterior tüm bağlantıları diseke ederek ayırın.
- İnferiordaki renal damarları koruyun, böbrek üst polünü görün

Sol Adrenalektomi

- Splenik fleksurayı mobilize edin; kısa gastrik venlere kadar superiordan taşıyın.
- Splenorenal ve splenokolik ligamentleri ayırın
- Pankreas kuyruğu ve dalak arasında plan oluşturun.
- Splenik arter ve veni, renal hilusu ve adrenal bezü görün
- Adrenal bezin medial, inferior ve lateral sınırlarını diseke edin.
- Adrenal veni renal vene birleştiği yere yakın klipeyerek ayırın.
- Adrenal bezin posterior ve superior bağlantıları diseke edin.
- Adrenal bez bulamıyorsanız, sol diyafragmadaki frenik veni bulun ve sol adrenal vene kadar takip edin.

Laparoskopik Transperitoneal

- Lateral > anterior; en sık yaklaşım
- Trokarlar
- Sol: üç veya dört; sağ: dördüncü trokar en medialde karaciğer retraksiyonu için
 - ilk giriş: anterior aksiler çizginin medialine, costal sınırın 2 parmak altından.
 - anterior aksiler çizgiden posterior aksiler çizgiye doğru 2 veya 3 adet trokar yerleştirilir. Trokarlar arasında 5-7 cm mesafe olmalıdır. 1 adet 12 mm trokar gereklidir.
 - Uyarı: Böbreğin medialinde kalınır. Lateral diseksiyon böbreğin mediale düşmesine ve cerrahi alanı etkilemesine yol açabilir.
- Hastanın orta hattı operasyonun orta hat insizyonuna dönmesi riskine yönelik boyanarak örtülmelidir.

Açık Adrenalektomi Endikasyonları

- Şüpheli veya bilinen malignite
 - Periadrenal yağlı doku, lenfatik doku ve lenf nodlarını kapsayacak geniş rezeksiyon amaçlı.

Adrenalektomi Komplikasyonları

- Kanama
- Vasküler oklüzyon: örnek; renal arter dallarının uygunsuz ligasyonu
- Diyafragma yaralanması: tansiyon pnömotoraks (laparoskopide daha az)
- Pankreas, dalak, kolon, mide, karaciğer, duodenum ve ureter yaralanmaları

- Amaç: lokal rekürrensi ve invaziv hastalığa ilerleyişi engellemek
- Cerrahi seçenekleri
 - **Total (simple) mastektomi** (eşzamanlı meme rekonstrüksiyonu ile birlikte veya olmadan)
 - Uzun dönemde lokal rekürrens oranı sadece %1-2
 - **Meme koruyucu cerrahi:** parsiyel mastektomi (lumpektomi) +/- radyoterapi
- Radyoterapi: **Van Nuys Prognostik Skoring Sistemi**
 - DCIS'da adjuvan radyoterapi olmadan lokal rekürrensi tahmin eder
 - **Cerrahi sınır genişliği, tümörün büyüklüğü, histolojisi ve yaş'a göre** belirlenir.
- **Tamoxifen:** tüm pre-menopozal kadınlarda

İzlem

- Mamografide yeni bir odak aramak
- Fizik muayene ve altı ayda bir mamografi ile takip, daha sonra yıllık

Lobuler Karsinoma In Situ (LKIS)

Epidemiyoloji

- En sık pre menopozal kadınlarda; tüm meme biyopsilerinin %0.5-8.0'inde
- **Olguların %50-90'ı bilateral**
- Meme kanserinin risk artışında düşünülen bir belirteç
 - Ömür boyu %16-25 veya yıllık % 1'lik risk artışı (8-10 X aynı yaş kadınlara göre)
 - Her iki memde de eşit risk

Tanı

- LKIS ile ilişkili rutin klinik veya mamografi bulgu yok
- Diğer patolojiler için gerçekleştirilen biyopsilerde rastlantısal bulgu

Tedavi

- Yakın takip: meme muayenesi; mamografi +/-, alternatif olarak meme MR'ı (genç kadınlarda) düzenli olarak her 6 ayda bir
- **Tamoxifen**
 - STAR çalışması: LKIS ve diğer yüksek riskli lezyonu bulunan kadınların invaziv kansinom gelişme riskini %50 azalttığını gösteriyor
 - Gail Model (risk hesaplaması)
 - NSABP-P1 çalışması: Gail skoru >%1.7 risk skoruna sahip kadınlarda ömür boyu meme kanseri gelişmesi riskini azalttığı gösterilmiş. (JAMA. 2001;286(18):2251-2256)
 - **Risk faktörleri:** ırk, yaş, ilk menarş, 1. derece akraba, önceki biyopsi sayısı, **atipik hiperplazi öyküsü ve ilk gebelik yaşı**
- Bilateral mastektomi: güçlü aile öyküsü ve şiddetli anksiyetesi olanlarda düşünülür
- Genetik danışmanlık ve testler karar vermede yardımcı olabilir

İnvaziv Meme Kanseri

Epidemiyoloji

- **ABD'de kadınlarda en sık görülen deri harici kanserdir**
- Kadınlarda kanserden ölümlerde en sık ikinci nedendir; özellikle 45-55 yaşlarda
- Tüm meme kanserlerinin %5-6'sında genetik mutasyonlar rol alır

Meme Kanseri Risk Faktörleri

Demografik

- Kadınlarda erkeklerden 100 kat daha sık
- Yaş ile risk artıyor
- Etnik: Beyaz>Siyah>Asyalı Amerikan/Pasifik Adalı>İspanyol/Latin>Kızıl Derililer/Alaska Yerlileri

Önceden meme kanseri öyküsü

- Premenopozal dönemde kontralateral memede her yıl için risk %1
- Postmenopozal dönemde kontralateral memede her yıl için risk %0.5
- Yaşam tarzı: Alkol tüketimi ve yağlı-yüksek kalorili beslenme

Menstrüel Dönem (hormon maruziyetine kalma süresi)

Erken menarş (12 yaşından önce)

- Geç menapoz (55 yaşından sonra)
- Oral kontraseptif kullanımı
- Gebe kalmamak veya ilk gebeliğin 30 yaşından sonra olması
- Ekzojen hormon kullanımı

Aile Öyküsü

- Kadınların %15-20'sinde pozitif aile öyküsü rapor edilmiş
- 2 veya daha fazla birinci derece akrabada, özellikle yakınları premenopozal dönemde kanser tanısı almışsa

19-7: EL ENFEKSİYONLARI

Paronişi

- Tanım: Tırnak yatağındaki yumuşak dokuların mikst bakteriyel enfeksiyonudur.
- Etiyoloji: Tırnak yatağı ve tırnak kıvrımı arasındaki bariyerin travma, tırnak yeme, manikür gibi sebeplerden dolayı bozulmasına bağlıdır.
- Çoğu 1. basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilir.
- Tanı: fizik muayene ile konulup görüntüleme yada laboratuvar testlerine gerek yoktur.
- Medikal tedavi: 7-10 gün boyunca elin yukarıda tutulması, günde 2-3 kez ılık suyla yada dilue betadinle yıkanması ve oral antibiyotik verilmesidir.
- Cerrahi tedavi: apse gelişirse drenaj gereklidir ve kültür gönderilir.
- Tekrarlayıcı ve komplike enfeksiyonlar
 - Perinişyum insize edilip eleve edilir. Tırnak altındaki püy boşaltılması; tırnağın bir kısmı yada tamamı, tırnak yatağı korunarak, eksize edilerek ya da eponişal marsupulizasyon yapılabilir
- Anahtar noktalar: sadece etkilenen tırnak kısmının çıkarılması, tırnak yatağının korunması, hastaya tırnak deformitesi gelişebileceğinin açıklanması

Felon

- Tanım: Parmak pulpasında hızla gelişen subkutan apsedir; parmak ucu pulpası kompartman sendromundan ayırt edilmelidir.
- Mekanizma: Venöz dönüşü baskılayan multipl abseler mevcuttur.
- Riskler: iskemik sonrası kemik nekrozu, osteomyelit, tendon kılıfının etkilenmesine bağlı tenosinovit, distal dijital arterlerin etkilenmesine bağlı pulpa nekrozu ve sinus fistülü oluşması
- Tedavi
 - Erken dönem: antibiyotik, elin yukarıda tutulması, ılık su banyosu
 - Cerrah: fizik muayenede fluktasyon varsa yapılır.
- Cerrahi prensipler
 - Parmakucu fonksiyonunun korunması (duyu, fonksiyonel pinç için stabil pulpa yastıkçık)
 - Dijital arter ve sinirlerin korunması
 - Fleksör tendon kılıfının korunması
 - Distal interfalanjial eklem geçilmemesi
- Cerrahi teknik: Dijital blok, turnike, insizyon, nekrotik doku debridmanı, irrigasyon, kültür, 2-5 gün yara drenajı

Tenosinovit

- Tanım: Fleksör tendon kılıfının kapalı alan enfeksiyonu (**S. Aureus**, **beta hemolitik streptokok**), genellikle penetran travma öyküsü vardır.
- Komplikasyonlar: fleksör kayma mekanizmasının bozulması, adhezyon gelişmesi, parmak hareket kaybı
- Kanavel bulguları ile tanı
 - Fusiform şişkinlik
 - **Pasif ekstansiyonda ağrı** (en sensitif göstergedir)
 - Fleksör tendon kılıfı boyunca ağrı
 - Parmağın kısmi fleksiyonda kalması
- Cerrahi olmayan tedavi seçenekleri: elin yukarıda tutulması, nötral pozisyonda splint, geniş spektrumlu i.v. antibiyotik (erken dönem ve hafif semptomları olan hastalar hariç)
- Cerrahi teknik
 - Midaksiyal insizyon ile Cleland ligamentinin dorsalinde fleksör tendon kılıfı eksplore edilir.
 - Post operatif skar ve tendon kayma yapılarına zarar vermeden proksimal ve distal yönlerde kılıf açılır.
 - Tendon kılıfı anjiokaterlerle irrigir edilir.
 - 24-72 saat boyunca drenaj kateteri ile irrigasyona (pediatrik beslenme tüpü ile) devam edilebilir.

Hemorajik kistler	Adneksiyal ağrı (kanama nedeniyle over kapsülünün hızla gerilmesine bağlı)	Duvardaki çatlaklarda yer alan küçük kan damarları ile kistin içi kan ile dolar	Rüptüre olursa hemoperitoneuma yol açabilir
Ovaryan teratom (komplike kist)	Tüm over neoplazilerinin %10-20'si	Parankimal hücreler genellikle üç germ yaprağını da içerir (saç, endokrin doku, yağ, diş, cilt ve kas)	- Torsiyon (%3.2-16) - Malign dönüşüm (%0.1-2) - Rüptür - Enfeksiyon - Hemolitik anemi
Endometrioma (komplike kist)	En sık overde görülür	Over kistik, kan dolu boşluklar ile genişler	- Çok büyükse torsiyon riski artar - Rüptür: materyal pelvise, uterus yüzeyine, mesane ve barsaklara yayılır

Over Torsiyonu (Adneksiyal Torsiyon)

Epidemiyoloji

- Jinekolojik cerrahi acil
- 1 numaralı şüpheli: dermoid tümörler;** nadiren malign tümörler, adezyonlara sekonder, gebelik (over büyür, overin destek dokuları gevşer.)

Klinik Bulgu

- Alt abdominal bölgede ani, şiddetli, tek tarafı ağrı saatler içinde aralıklı olarak kötüleşir.
- Bulantı ve kusma (%70)
- Ateş: geç bulgu olup over nekroze olduğunda ortaya çıkar

Tanı

- Hassas adneksiyal kitle (%50-90), ancak olmaması tanıyı ekarte ettirmez.
- Pelvik Doppler ultrasonografi: bozulmuş venöz/lenfatik drenaj nedeniyle over genişler.
 - Arteriyel kan akımının olmaması tanı koydurucudur,** ancak sadece venöz ve lenfatik akımın bozulduğu erken dönemde arteriyel perfüzyon korunmuş olabilir.
 - Renkli Doppler ultrasonografi, adneksiyal yapıların viabilitesi açısından yardımcı olabilir.

Cerrahi Tedavi

- Laparoskopi: torsiyone overin düzeltilmesi, ovarian kistektomi ve ooforopektisi** mümkün
- Ciddi vasküler yetmezlik, peritonit ya da doku nekrozu varsa salpingo-ooforektomi

Ektopik Gebelik

Tanım: fertilize ovumun uterus duvarı dışında bir dokuya implante olması Yerleşim: **en sık fallop tüpü**, %2 serviks, uterus ya da intra-abdominal

Etiyoloji

- Herhangi bir nedene bağlı tubal hasar (PID öyküsü)
- Tüp ligasyonu öyküsü
- Geçirilmiş cerrahi ya da intra-abdominal inflamatuvar süreçlere bağlı adezyonlar
- In vitro fertilizasyon

Klinik Bulgu

- Son menstüel periyoddan ortalama 7 hafta sonra
- Erken bulgular (hafif): alt abdominal bölgede ağrı, idrar yaparken ya da defekasyonda ağrı ve vajinal kanama
- Geç bulgular: fallop tüpünün gerilmesine bağlı şiddetli ağrı, düşen progesteron seviyeleri nedeniyle vajinal kanama ve etkilenen tüpteki kanama nedeniyle iç kanama

Tanı

- Cinsel aktif olan ve gebelik testi pozitif saptanan tüm kadınlarda alt karın ağrısı ya da anormal kanama varsa ektopik gebelikten şüphelenilmelidir**
- Vajinal ultrasonografi: fallop tüpünde gestasyonel kese izlenir
- BhCG testi: BhCG > 3000 IU/ml olmasına rağmen intrauterin gebelik saptanmaz

Damarlar

- İliak: Eğer damardan sütür geçilirse hemen alınmalıdır (bağlanmadan) ve basınç uygulanmalıdır.
- İnfior epigastrik: yanlışlıkla yaralanırsa kanayabilir ve geriye kaçabilir. Eğer gerekliyse kesilip bağlanabilir.
- Süperfişyal epigastrik: Subkütan doku içinde skarpa fasyası üzerindedir.

Sinirler

- Genitofemoral sinirin genital dalı: skrotumun anterolateral yüzeyini ve kremaster kasını innerve eder.
- İlioinguinal: skrotumun anterior yüzeyini ve uyluğun medialini innerve eder.
- İliohipogastrik: lateral gluteal bölgeyi (lateral dalı) ve pubis üstündeki deriyi (anterior dalı) innerve eder
- Lateral kutanöz: Uyluğun lateralini innerve eder

Hesselbach Üçgeni

- Epigastrik damarlar (üstte)
- İnguinal ligaman (altta)
- Rektus kılıfının lateral sınırı (medialde)

Hastanın Değerlendirilmesi

Fizik Muayene

- Supin pozisyonunda yatarken ve ayaktaiken, bilateral kasık ve karın bölgesini muayene et
 - Asimetri veya kitle için inspeksiyon yap
 - Hastayı öksürt veya Valsalva yaptır
 - Parmakla skrotumu invajine ederek inguinal kanalı palpe et
 - Sıradan bir hastada direkt ve indirekt herniyi ayırdetmeye gerek yoktur.
- Deri değişikliklerini veya herni üzerini eritem ve açısından muayene et
- Asit muayenesi yap

Ayrııcı Tanılar	
Kasıkta Şişlik Ayrııcı Tanıları	Kasıkta Ağrı Ayrııcı Tanıları (Şişlik ile veya olmaksızın)
İnguinal fıtık Femoral fıtık Hidroşel İnguinal/femoral adenit Varikosel Ektopik testis Lipom, hematom Psoas absesi Başının Lenfoma veya metastatik lenf nodu Epididimit Testis torsiyonu Femoral arter anevrizması Sebase kist Hidradenit Spermatosel Testis karsinomu	Okült fıtık Ligament ve kas gerilmesi/burkulması Avülsiyon fraktürleri Sinir tuzaklanmaları Osteitis pubis Stres fraktürleri Kalça patolojileri: labrum yırtılmaları, eklem kırıkdağı patolojileri, femur Evasküler nekrozu Üriner sistem enfeksiyonları Nefrolitiazis (sol sütündeki ayrııcı tanılara ek olarak)

Görüntüleme

- Komplike veya net olarak anlaşılamayan olgularda yararlıdır.

24-2: KASIK FİTKILARI

İnguinal Fıtık

Direk İnguinal Fıtık

- Zayıflamış transvers fasyadan herniasyon olur (inguinal zemin)
- Yerleşim: Hesselbach üçgeni içinde = inguinal ligamentin üzerinde ve epigastrik damarların medialinde
- Anteriora doğru palpe edilir (karın duvarından direk dışarı çıkar)

İndirek inguinal fıtık

- İnternal ringden fıtıklaşma olur. Eksternal ringden dışarı çıkabilir ve skrotum içine gidebilir

Laparoskopik Onarım – Değerlendirme

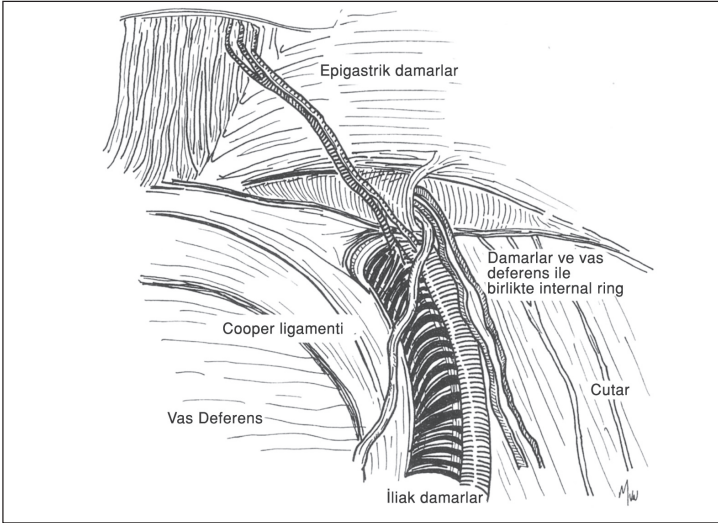
(Cochrane Database Syst Rev. 2003;1:CD001785; N Engl J Med 2004;350:1819-1827)

- Avantajları: Ameliyat sonrası ağrıları azaltır ve hasta sosyal yaşamına daha erken döner
- Riskleri: Açık cerrahi ile karşılaştırıldığında majör komplikasyon oranları artabilir; iç organ hasarı; ve damar hasarları
- Mutlak kontrendikasyonlar: intraabdominal enfeksiyonlar ve pıhtılaşma bozuklukları
- Relatif kontrendikasyonlar: intraabdominal yapışıklıklar, asit, Retzius boşluğunda geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü (radikal prostatektomi gibi) ve genel anesteziye uygun olmama
- Geçerli endikasyon: nüks fıtık ve bilateral fıtık

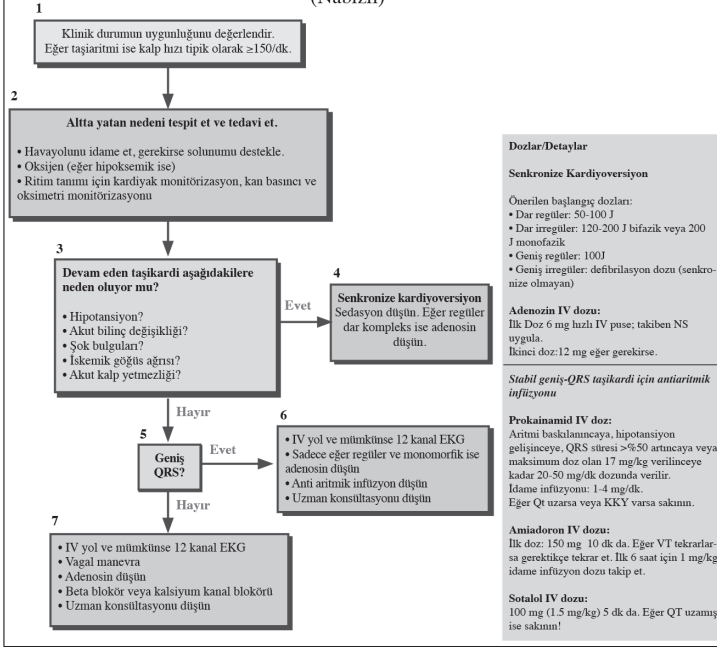
Total Ekstraperitoneal Onarım (TEP) (Şekil 24-1)

- Peritoneal kaviteyi bozmaz
- Fıtık defektini kapatmak için büyük yamalar kullanılmalı (12 x 15 cm²)
- Cerrahi teknik
 - İnsizyon umblikusun lateralinde olmalı. Rektus kılıfının medial sınırından aşağı doğru kes, anterior fasyayı aç ve kası laterale doğru çek
 - Diseksiyon balonu ile diseksiyon yap
 - Umblikus ve pubis arasına 1 adet 10 mm'lik trokar (kamera portu) ve 2 adet 5 mm'lik trokar (çalışma portu) yerleştir. Yamayı yerleştir ve Cooper ligamentine dik.

Şekil 24.1 İnguinal bölge anatomisi. Laparoskopik tamir yaparken inguinal anatominin önemli noktaları; epigastrik damarlar, Cooper ligamenti, iç halka ve büyük damarlar (From Fisher JE, Bland KI. Mastery of Surgery, 5th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.)



Erişkinde Taşikardi (Nabızlı)



Reprinted with permission 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Part 8. Adult Advanced Cardiovascular Life Support Circulation. 2010;122 [suppl 3]:S729-S767. 2010 American Heart Association , Inc

Cerrahi

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3

06410 Sıhhiye / Ankara

Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92

Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak

No: 7 / 2. Esetepe / İstanbul

Tel: (0212) 356 87 43

Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak

No: 4 / A. Kadıköy / İstanbul

Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...

0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-683-8



9 789752 776838