

# ***Genel-, Gastrointestinal- ve Göğüs Cerrahi Kliniği***

## **Ağırlık alanları: Minimal İnvazif Yaklaşım, Endokrin Cerrahisi, Onkolojik ve Obezite Cerrahisi**

Hastanemizin Cerrahi Kliniğinde, modern tıp dünyasında kabul edilen ve uygulanan tüm yöntemler hastalarımızın hizmetine sunulmaktadır. Tedavi sürecinde, vasıflı elemanlar ve yakın takip sayesinde, hastalara verilebilecek en yüksek güvence sağlanmaktadır. Onkoloji Merkezi ve sertifikalı „Bağırsak Merkezi“ olarak hastalarımızın erken teşhis ve tüm tetkiklerinin yanısıra, kanser hastalığının ameliyatını ve ameliyat sonrasında gerekli olan takiplerini yapmaktayız.

### **Cerrahi Onkoloji (Kanser Cerrahisi)**

- Özofagus Cerrahisi
- Tiroid Cerrahisi
- Akciğer Cerrahisi
- Akciğer Metastazlarının Cerrahisi (Lazer ile)
- Mide ve Bağırsak Cerrahisi
- Karaciğer Cerrahisi
- Pankreas Cerrahisi
- Böbreküstü Bezi Cerrahisi
- Sarkom Cerrahisi (Yumuşak Doku Cerrahisi)
- Laparoskopik Ezofagus, Mide ve Bağırsak Cerrahisi
- Kolorektal Cerrahi
- Transanal Rektum Cerrahisi
- Solid Gastrointestinal Tümörlerinin İlaç Tedavisi

### **Minimal Invasif Cerrahi**

- Minimal-İnvazif-Paratiroid Cerrahisi
- Videoskopik-Torakoskopi (VATS)
- Videoskopik-Torakoskopik (VATS) Özofagus Cerrahisi
- Laparoskopik Reflü Cerrahisi
- Videoskopik-Torakoskopik (VATS) Lobektomi
- Videoskopik-Torakoskopik Timus Bezi Cerrahisi
- Laparoskopik Metabolik (Obezite) Cerrahisi (Mide-Bypass ve Sleeve Ameliyatı, vs.)
- Laparoskopik Karaciğer Ameliyatları
- Laparoskopik Dalak Cerrahisi
- Laparoskopik ve Retroperitonoskopik Böbreküstü Bezi Ameliyatları
- Laparoskopik Kardiyomiyotomi (Akalazi hastalarında)

- Laparoskopik İnsizyonel Fıtık Ameliyatları
- Endoskopik Fıtık Ameliyatları (TEP/TAPP)
- Transanal Mikrocerrahi destekli Rektum Cerrahisi (TEM/TEO)

## **İyi huylu hastalıklarda Cerrahi Diağnoz ve Tedavi**

- Tiroid hasta hastalıkları
- Reflü hastalığı (GERD)
- Akalazi ve diğerk yemek borusu pasajı hastalıkları
- Göğüs kafesi deformasyonları
- Mide pasaj problemleri
- Karaciğerk-, Safra kesesi- ve Safra Yolları hastalıkları
- Böbreküstü Bezi hastalıkları
- İnce- ve Kalın Bağırsak pasaj hastalıkları
- Bağırsak Divertikülit hastalıkları
- Kronik Obstipasyon
- Anal inkontinans (gaz ve dışkı kaçırma)
- Bağırsak boşaltma problemleri
- Bağırsak/Anüs sarkması
- Proktoloji

## **Hastalarımıza sunduğumuz detaylı servislerimiz:**

- Pankreas Cerrahisi
- Karaciğerk Cerrahisi
- Endokrin Cerrahi
- Yemek Borusu (Özofagus) Cerrahisi
- Reflü Cerrahisi
- İnce ve Kalın Bağırsak Cerrahis (Kolorektal Cerrahi)
- Fıtık Cerrahisi
- Proktoloji
- Göğüs (Toraks) Cerrahisi

# PANKREAS CERRAHISI

## Pankreas kanseri

Pankreas kanseri, pankreas dokusundaki hücrelerden kaynaklanan kötü huylu bir tümördür. Hastalık kanserler içinde kötü klinik gidişle bilinmektedir. Pankreas kanserinin küratif yegane tedavisi cerrahidir. Ne var ki hastaların ancak %20 kadarı hastalığın cerrahi olarak ameliyat edilebilir aşamasında başvurmaktadır. Bu tümörün erken tanısı ancak nitelikli bir araştırma ile mümkündür. Karın içinin en derininde ve birçok hayati damarların çevresinde yerleşmiş bir organ olan pankreasın cerrahisi teknik olarak oldukça zordur. Ancak günümüzde ilerleyen cerrahi yöntemlerle bu ameliyatlar güvenle yapılabilmektedir.

### *Pankreas kanserleri kaç farklı tipte görülür?*

Pankreas dokusunda yer alan tüm hücrelerden kanser çıkabilir. Hem endokrin (hormon üreten) hem de ekzokrin (sindirim salgısı üreten) dokudan kanser çıkabilir. Hastaların yaklaşık %95'inde neden pankreas kanalından kaynaklanan duktal adenokarsinom denilen alt tip görülür. Bunun dışında nöroendokrin tümörler de kötü huylu olabilir.

### *Pankreas kanserinin nedeni nedir?*

Nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Buna karşın bilinen bazı risk faktörleri mevcuttur. Sigara, alkol, yağlı diyet, bazı kimyasallarla (iyonize radyasyon, alüminyum, akrilamid ve halojen hidrokarbonlar) temas halindeki meslekler, kronik pankreatit ve diyabet gibi hastalık öyküsü risk faktörleridir. Öte yandan genetik geçişi olan herediter pankreas kanseri de bilinen bir durumdur. Pankreas kanserinin öncüsü kistadenom adı verilen bazı iyi huylu tümörler de uzun dönemde kanserleşebilir.

### *Pankreas kanserinin belirtileri*

Pankreas kanseri çoğunlukla sinsi gidişli bir hastalıktır, belirtileri siliktir ve hastalığın erken döneminde uyarıcı olmaz. Ancak tümör pankreasın baş bölümünde yer alıyorsa buradan geçen safra yolunu tutabilir ve hastada erken dönemde sarılık gelişebilir. Bu hastanın cerrahi şansını kullanabilmesini sağlayabilecek erken bir uyarıdır. Tümör büyüdükçe özellikle sırta vuran karın ağrısına neden olur. Ağrı karnın üst orta bölümündedir ve bir kuşak gibi her iki yönde yayılabilir. Bunun dışında hastalarda kilo kaybı, bulantı, kusma, tıkanma sarılığı varsa kaşıntı görülebilir.

### *Pankreas kanseri nasıl teşhis edilir?*

Pankreas kanserinin tanısında görüntüleme büyük önem taşır. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi, endoskopik ultrasonografi en değerli görüntüleme yöntemleridir. Bu yöntemler tümörlerin yerini, çevre organlar ile ilişkisini, varsa uzak metastazları (hastalığın uzak yayılımı) başarıyla gösterir. Bazı tümör belirteçleri de pankreas kanserinin tanısında yardımcı olabilen tetkiklerdendir.

Pankreas kanserinin tanısında iğne biyopsisinin değeri sınırlıdır. Bunun nedeni tümör dokusunun bağ dokusundan zengin olması ve bu nedenle yapılan iğne biyopsilerinin yalancı

negatiflik (yani kanser olduğu halde yokmuş gibi sonuç alınması) riski yüksektir. Hekimi yanıltıcı ve hastaya zaman kaybettirici olabilmesi nedeniyle cerrahi olarak çıkarılabilecek nitelikte ve radyolojik olarak tümör görüntüsü veren pankreastaki tüm kütleler biyopsi denenmeden çıkarılmalıdır. Biyopsi uygulanacak seçilmiş sınırlı sayıda hastada bu işlemin endoskopiyle yapılması uygun olacaktır.

### ***Pankreas kanseri nasıl tedavi edilir?***

En etkin tedavi cerrahidir. Hastanın genel durumu izin verdiği takdirde ve tümör cerrahi olarak geride tümör dokusu bırakmadan çıkarılabilecekse cerrahi uygulanmalıdır. Bu arada hayati bazı damarlara iç içe bir organ olan pankreasın tümörlerinde damar tutulumları da olabilmektedir. Burada akla gelen soru böyle bir tutulum varsa cerrahi uygulanıp uygulanamayacağıdır. Pankreas kanserinde çevre damar tutulumu varsa bu cerrahiye kesin engel bir durum teşkil etmez. Burada tümörün hangi damarı, ne düzeyde tuttuğu önemlidir. Pankreasın arkasından seyreden ve bağırsaklardan gelen kanı karaciğere taşıyan mezenterik venin tutulduğu birçok durumda tümörün tuttuğu damar bölümü çıkarılabilir. Ancak yaşamsal önemi olan damarlarda cerrahi olarak çıkarılamayacak düzeyde bir tutulum varsa bu durumda damar çıkarılması uygun olmayabilir. Bu düzeyde ileri bir hastalığın tedavisini planlarken bu alanda bilgi sahibi olan cerrah, onkolog ve radyolog bir ekip halinde karar vermelidir.

### ***Pankreasın iyi huylu tümörleri***

Pankreasın bazı iyi huylu tümörlerinde cerrahi girişimler gerekli olabilmektedir. Hormonal aktivitesi olan insulinoma gibi bazı tümörler çoğunlukla iyi huyludur. Pankreasın kistik tümörlerinin önemli bir bölümü de iyi huyludur. İyi huylu pankreas tümörlerinde cerrahi tedavi genellikle gerekli olmaktadır. Ancak pankreasın kistik (içi sıvı dolu) tümörleri içinde tanısı radyolojik olarak kesin olan seröz kistadenomlar ve İPMN denilen kistik tümörlerin bazı riski düşük alt tipleri izlenebilir. Bununla birlikte birçok olguda cerrahi olarak ilgili lezyonun çıkarılması gereklidir. İnsulinoma gibi endokrin (hormon üreten) tümörlerde hastada hormonun yaşamı tehdit edici etkisi nedeniyle ameliyat zorunludur. Örneğin insülinoma hastalarında kan şekeri kontrolsüz şekilde aniden çok düşük düzeylere iner ve hasta bayılır. Bu tümörlerde cerrahi kaçınılmazdır. Pankreasın neoplastik kistik tümörlerinde birçok hastada ameliyat kararı alınmaktadır. Bu kistik tümörlerde kanserleşme potansiyeli mevcuttur. Kanserleşme mevcut olup henüz tanısı konulmamış dahi olabilir. Bu nedenle hastalarda cerrahi sınırlar sanki lezyon kanserleşmiş gibi belirlenir. Kistik tümörler içinde kanserleşme potansiyeli en yüksek olanlar müsinöz kistadenom ve intraduktal papiller müsinöz neoplazi (İPMN) dir. Bu iki lezyonun tedavisinde cerrahi uygulanmaktadır. İPMN hastalarında riskin düşük olduğu nadir durumlarda hastalık takip edilse de genellikle cerrahi önerilmektedir. Seröz kistadenom selim gidişli ve kanserleşme potansiyeli düşük bir kistik lezyondur. Bu hastalarda radyolojik tanı kesin ise hastalar izlenebilir.

Kistik pankreas tümörlerinde ameliyat planlaması yapılırken kist sıvısı endoskopik yolla alınmakta ve bu sıvıdan çeşitli testler yapılabilmektedir.

# KARACİĞER TÜMÖRLERİ

## Hepatoselüler karsinom (HCC)

Karaciğer tümörleri, organın kendi dokusundan çıkan kötü huylu tümörlerdir. Bunların içinde en sık görüleni hepatoselüler karsinomdur ve olguların yaklaşık %90'ını oluşturur. Geriye kalan olgular ise çoğunlukla karaciğer içindeki safra yollarından köken alan kolanjiyokarsinom adı verilen tümörlerdir.

### *Karaciğer kanserinin nedeni nedir?*

Karaciğer kanserinin nedeni kesin olarak bilinmemekle beraber hastalıktan sorumlu olduğu ve riski çok arttırdığı düşünülen bazı hastalıklar veya maddeler mevcuttur. Bunlar hepatit B ve hepatit C virüsü, alkole bağlı karaciğer sirozu, karaciğer adenomu, yiyeceklerde bulunan bazı karsinojenik maddeler, bazı ilaçlar ve hemakromatozis gibi metabolik hastalıklardır.

Karaciğer kanseri olan birçok hastada herhangi bir şikâyet olmaz. Bununla birlikte karnın sağ üst bölümünde hafif ağrı, karında şişlik, deride sararma veya dokulardan kolay kanamalar görülebilir. Bu durumlarda hastalar zaman kaybetmeden hekime başvurmalıdır.

### *Karaciğer kanserinde teşhis*

Hepatoselüler karsinom (HCC) tanısı hepatit hastalığı nedeniyle izlenen hastalarda rutin tetkikler sırasında saptanabilir. Günümüzde HCC tanısı modern görüntüleme tetkikleriyle büyük oranda saptanabilmektedir. HCC çeşitli radyolojik yöntemlerle (ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi) karaciğerde yer kaplayan bir tümör olarak ortaya çıkar saptanır. Burada HCC ile karışabilecek birçok görüntü olabileceğinden yorumu deneyimli bir radyoloğun yapması önemlidir. Bununla birlikte bazı kan testleri de HCC hakkında değerli bilgiler verir. Hepatit serolojisi (kanda hepatit testleri) ve bazı tümör belirteçleri (özellikle alfa-fetoprotein) tanıyı kesinleştirebilir.

HCC hastalarında karaciğer biyopsisi her zaman gerekli değildir. Viral hepatit taşıyıcısı bir hastada alfa fetoprotein yüksekliği ile birlikte olan ve tipik radyolojik görüntü veren karaciğer kütlelerinde tanı neredeyse kesindir ve biyopsi gerekmez. Tanıda şüphe olan bazı hastalarda biyopsi yapılabilir ve tanı kesinleştirilebilir. Biyopsi radyoloji kılavuzluğunda, lokal anestezi ile yapılan iğne biyopsisidir.

### *Tedavi nasıl planlanır?*

HCC'de farklı tedavi seçenekleri mevcuttur. Hastaların en çok yarar gördükleri tedavi cerrahi tedavidir. Burada tümörü (veya tümörleri) içine alacak şekilde karaciğerin bir bölümünün çıkarılması (karaciğer rezeksiyonları) veya karaciğer nakli tedavi seçenekleridir. Rezeksiyon cerrahisinde dikkat edilen geriye kalacak karaciğerin hastaya yetecek nitelikte ve boyutta olmasıdır. Cerrahinin uygun olmadığı tümörlerde veya bu büyük ameliyatları kaldıramayacağı düşünülen hastalarda kemoterapi, radyoterapi, tümörün yakıldığı yöntemler (ablasyon tedavisi) veya mikroküre ile nükleer tıp tedavileri uygulanabilir.

## **Safra yolu kanseri – kolanjiokarsinom ameliyatı**

Safra yolu kanserinde ana tedavi cerrahidir. Ancak ne tür cerrahi yöntemin gerçekleştirileceği, kanserin büyüklüğüne ve yakın lenf bezlerine yayılımına göre değişir.

### **Bölgesel safra yolu kanserinde cerrahi tedavi**

Kanser erken evrede teşhis edilirse, safra yollarının sadece kanserli bölgesi alınır. Safra akışının tekrar sağlanması için karaciğerde geriye kalan safra kanalları ince bağırsakla birleştirilir.

Kanserin karaciğere yayıldığı görülürse, hastalıktan etkilenen bölge ve safra yollarının alınması söz konusudur.

Safra yolu kanseri nispeten nadir görülen bir kanser türüdür. Karaciğer içi ve karaciğer dışı safra kanallarında bulunan epitelyal hücrelerden kaynaklanan kötü huylu tümörlerdir. Yakındaki lenf bezlerine sirayet etme eğilimindedir, ayrıca uzak yayılım da söz konusudur.

Bölgesel safra yolları kanserinde cerrahi mümkün olan tek iyileştirici tedavi şeklidir. Ancak, hastaların sadece çok az bir kısmında hastalık erken evrede tespit edilir ve buda cerrahi müdahaleye imkan sağlar. Cerrahi ile tümörün tamamı alınmış olsa da, birçok vakada kanserin tekrarladığı görülmektedir.

Bölgesel ilerlemiş, ameliyat edilemez veya kanseri tekrarlamış safra yolu kanserli hastalar için en uygun tedavinin hangisi olduğu konusunda henüz net bir kanıya varılamamıştır. Hastaların çoğuna konvansiyonel fraksiyonlu dıştan radyoterapi ile 5-FU tabanlı kemoradyoterapi tedavisi önerilir.

### **Uzak safra yolu kanserinde cerrahi tedavi**

Kanser uzak yayılım gösterirse genellikle whipple operasyonu ile tedavi edilir. Safra yoluyla birlikte midenin bir kısmı, ince bağırsağın bir kısmı, pankreas, safra kesesi ve çevrelerindeki lenf bezleri alınır. Bu işlem, midenin oniki parmak bağırsağına açıldığı delik korunarak uygulanır (pilor-koruyucu operasyon).

Tümörün alınması mümkün değilse, tıkanmayı azaltmak için cerrahi yapılabilir. Bu işlem aynı zamanda varolan sarılığı da azaltır. Safra yolunun tıkalı kısmına uygulanan bypass ile safranin karaciğerden barsağına akması sağlanır. Tıkanıklığı gidermek için kullanılan bir başka yöntem ise, cerrahi uygulamadan tıkalı safra kanalını açık tutacak bir stent takılmasıdır.

### **Stent**

Stent, tıkalı olan safra yolunu açık tutmak için safra kanalına takılan ve safranin akmasını sağlayan bir tüptür. Stent takılırken safranin yeterli miktarda akmasını sağlamak için basıncı azaltmak ve bakteriyel kolanjit riskini önlemek önemlidir.

## Karaciğer Metastazları

Karaciğerde en sık görülen tümörler metastazlardır. Metastaz başka bir organ veya dokuya ait kanserin karaciğere sıçramasına verilen tıbbi isimdir. Karaciğere vücudun hemen her yerindeki kanserler sıçrayabilir. Karaciğer metastazlarında, karaciğer içinde farklı boyutlarda kütleler olarak ortaya çıkar.

Karaciğer metastazları da aynı HCC gibi genellikle sessiz seyreder ve ancak ileri hastalık bulguları ortaya çıktığında tanı konulur. Buna karşın hastalarda bazen karında şişlik, karnın sağ üst bölümünde veya sırta vuran ağrı, vücudun başka yerlerindeki metastazlara bağlı şikayetler (nefes darlığı vb.) görülebilir.

### *Karaciğer metastazlarının tanısı nasıl konur?*

Tanı çoğunlukla radyolojik olarak (ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi vb.) veya PET (pozitron emisyon tomografisi- vücutta kanser olan dokuları tarayan bir nükleer tıp yöntemi) ile konulur. Karaciğer metastazları daha önce kanser nedeniyle tedavi görmüş hastaların rutin takibinde ortaya çıkabileceği gibi metastazlar daha önce tanısı olmayan bir kanserin ilk bulgusu olabilir. Daha önce doku tanısı olan kanser hastalarında, karaciğerde radyolojik olarak metastazı güçlü şekilde düşündüren kütleler varsa biyopsi gerekli değildir. Ancak bazı hastalarda iğne biyopsisi tanıya yardımcı olabilir.

### *Karaciğer metastazlarında tedavi seçenekleri nelerdir?*

Tedavi mümkünse cerrahiye ve cerrahiyle birlikte ilave diğer bazı tedavileri içerir. Burada tedavi planı, metastazın köken aldığı kanser tipine, kütlelerin (veya kütlelerin) özelliklerine ve hastanın sağlık koşullarına göre değişir. Kalın bağırsak kanserlerinde ve nöroendokrin tümör adı verilen özel bir kanser tipinde karaciğer metastazlarının cerrahi olarak çıkarılması çok iyi sonuçları vermektedir. Bu nedenle bu iki gruba giren hastalarda tümörü (veya tümörleri) içine alacak şekilde karaciğerin bir bölümünün çıkarılması (karaciğer rezeksiyonları) için her türlü çaba sarf edilir. Bazı uygun olgularda ameliyat laparoskopik olarak yapılabilir.

Cerrahi tedavi seçiminde diğer önemli bir nokta tümörün (veya tümörlerin) çıkarılması sonrasında geriye kalan karaciğer dokusunun hastaya yetecek olmasıdır. Öte yandan karaciğer ameliyatların tüm cerrahi girişimler içinde en büyük ameliyatlardır ve hastaya büyük bir yük yüklerler. Hastaların genel sağlık durumunun bu ameliyatları kaldıracak düzeyde olması gereklidir. Sonuçta tüm kar ve zarar hesapları hekim ve hasta arasında konuşularak cerrahi kararı verilir.

Öte yandan geride kalacak karaciğer dokusunun yeterli olmadığı düşünülen veya karaciğer her iki lobunda da tümör olan durumlarda karaciğerin rezeksiyon sonrası kalacağı planlanan bölümünün en baştan büyütülmesi de bir seçenektir. Karaciğer farklı uyarılarla büyüeyen, kendini yenileyen bir organdır. Bu amaca yönelik farklı stratejiler mevcuttur ve deneyimli ekiplerce başarıyla uygulanabilmektedir. Karaciğerin bir lobuna kan getiren ana damarlardan biri olan portal ven radyolojik olarak tıkatabilir (embolizasyon) ve karşı tarafın büyümesi sağlanır.

Öte yandan diğer bir seçenek de hastaya aşamalı ameliyat yapmaktır. İlk ameliyatta tümörlerin bir bölümü temizlenir ve ikinci aşamada çıkarılacak lobun portal veni bağlanır (ligasyon). İkinci ameliyatta bu lob çıkarılarak hastada tümörler temizlenir. Bu karmaşık

yaklaşımlar hastada cerrahi sonrası tümörlerin tamamen temizlenmesi içindir ve çok özel cerrahi ve radyolojik teknikler gerektirir.

Karaciğer metastazlarında kemoterapi genellikle uygulanır. Karaciğerde başka bir organdan veya dokudan sıçramış kanser olması zaten ileri evre hastalığın (Evre 4) göstergesidir. Hastalar cerrahi uygulansın ya da uygulanmasın, kemoterapi adaydırlar. Öte yandan hastalığın ilk teşhis edildiği anda cerrahi açıdan çıkarılamayacak sayıda tümörü olan bir hastada kemoterapi yanıtı alınabilir ve küçülen veya yok olan tümörler yeniden değerlendirilip kemoterapi sonrası ameliyat bu kez uygulanabilir.

Öte yandan bazı durumlarda Y-90 mikroküre tedavisi veya radyofrekans / mikrodalga ablasyon ile tümörlerin yakılması gibi ablasyon işlemleri metastaz tedavi planında yer alan yaklaşımlardır. Bu yöntemler cerrahinin uygulanmadığı durumlarda veya cerrahi işlemle birlikte kombine tedavide uygulanabilir. Tek başına bu tedavilerin başarı oranları cerrahinin çok gerisindedir ve ancak seçilmiş hastalarda uygulanabilmektedir.

### *Karaciğerin iyi huylu tümörleri*

Karaciğerde kanserlerin yanında iyi huylu tümörler de yer alabilmektedir. Karaciğerin en sık görülen iyi huylu tümörleri hemanjiyom, adenom ve fokal nodüler hiperplazidir (FNH). Bu tümörlerde klinik sessiz olabilir ve tanı tesadüfen konulabilir. Ancak hastaların bir bölümünde karın ağrısı da görülebilmektedir. Tanı genellikle radyolojik olarak konulur. Bazen, özellikle de küçük hemanjiyomlar, ameliyat sırasında tesadüfen saptanabilir. Günümüzde gelişmiş radyolojik yöntemler tanıyı büyük oranda koyabilmektedir. Ne var ki bazı durumlarda doku tanısının biyopsi ile konulması da gerekli olabilir.

Hemanjiyomlar karaciğerin en sık görülen iyi huylu tümörleridir. Kanserleşme riskleri yoktur, yırtılarak kanama riskleri de düşüktür. Bu nedenle hastalar genellikle seri görüntüleme tetkikleriyle izlenirler. Ancak bu tümörler bazen hastayı ciddi şekilde rahatsız eden karın ağrısına yol açabilirler veya karaciğer içinde tehlike oluşturacak kadar büyürler; bu hastalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir.

Adenomlar ise kanserleşme riski olan ve yırtılarak kanama riski taşıyan tümörlerdir. Hastaların çoğunda tümörü içine alacak şekilde karaciğerin bir bölümünün çıkarılması (karaciğer rezeksiyonları) gerekli olmaktadır. Bu ameliyat uygun olgularda laparoskopik olarak da yapılabilir.

Fokal nodüler hiperplazi'nin kanserleşme riski yoktur. Ancak karın ağrısı şikayetleri olan veya ameliyat öncesinde tanısı kanserden ayrılamayan tümörler çıkarılmalıdır. Cerrahi gerektiğinde laparoskopik ameliyat uygulanabilir.



# ENDOKRİN CERRAHİ

## Tiroid hastalıkları

Tiroid, küçük ama güçlü bir organdır ve metabolizmamızı dengeleyecek olan, T3 ve T4 hormonlarını salgılar. Bu hormonların eksikliği ya da fazlalığı, metabolizmamızın normalden daha hızlı, ya da daha yavaş çalışmasına yol açabilir.

Az çalışması, yorgunluk, halsizlik, üşüme, saç dökülmesi, kilo alımı, adet düzensizliği ve hatta gebe kalmada güçlük gibi sorunlar yaratır. Tiroid bezinin fazla çalışması ise ani kilo kaybı, kalp çarpıntısı, ellerde titreme, terleme, sinirlilik, kas güçsüzlüğü, halsizlik, uyku güçlüğü gibi sorunlarla kendini gösterir.

*“Tiroid bezinin fonksiyonlarına bağlı olarak gelişen zehirli yani toksik hastalık veya eksik çalışmasıyla ortaya çıkan hipotiroidi olsun veya yumrularla seyreden nodüler hastalık olsun tiroidin hastalıkların tümüne guatr denir.”*

## Tiroid kanseri

Tiroid kanserli hastalar çoğunlukla hekime boynunda şişliğin belirmesi veya mevcut olan guatrında aniden büyüme görülmesi, boyun lenf bezi şişliğinin ortaya çıkması ve ses kısıklığı gibi sorunlarla başvururlar. Tiroid kanserleri özellikle 20 yaş altı ve 60 yaş üzerinde klinik açıdan daha ağırsif seyir gösterirler.

Başlıca 4 tip tiroid kanserini biliyoruz; papiller, foliküller, medüller ve anaplastik tiroid kanserleri.

Kesinlikle tedavinin eksiksiz tam yapılması durumunda hastanın yaşam süresini önemli oranda pozitif anlamda etkilemekte ve başarı oranını artırmaktadır. Ancak nadir olan seyrek görülen diğer ağırsif tiroid kanseri türlerinde ise sonuç her zaman yüz güldürücü olmayabilir.

Tiroid kanserinin iyi farklılaşmış tiplerinde sıklıkla lenf bezi metastazlarına rastlanabilir. Bu tip lenf bezi metastazları anatomik olarak boyunun orta ve yan bölümlerinde yer alır. Tiroid kanserinin lenf bezi metastazlarına tanı konduğunda %10 oranında rastlanırken ameliyat sonrası takip edilen hastalarda ise % 10–20 oranında gelişebildiği gözlemlenir.

Boyun lenf bezi metastazları sıklıkla tümörün olduğu boyun yan kısmında seyrek olarak da tümörün karşı kısmında kalan boyun yan kompartmanında saptanır. Ancak bu tip metastazlar diğer kanserlerin aksine yaşam süresini olumsuz etkileyen bir faktör değildir. Sadece hastanın tekrar lenf bezine olan nüks nedeniyle ameliyat olma ya da ameliyat sonrası yapılacak olan radyoaktif iyot tedavisinin (atom tedavisi) olasılığını artırır.

## Paratiroid hastalıkları ve cerrahisi

Paratiroid bezleri % 85 olguda 4 adet olup tiroid bezinin arkasında üst ve alt pole doğru tiroid bezi kapsülüne bitişik olarak yer alırlar. Bazı kişilerde 5 veya 6 adet veya 4 den daha az

olarak bulunurlar. 5 mm çapında ve 35 mg ağırlındadır. Nadiren de olsa klasik anatomik lokalizasyonu dışında boyunda karotis damarı kılıfında, yemek ve nefes borusu arasında veya göğüs kafesi girişinde ön mediastende de görülebilirler.

Paratiroid bezleri parathormon salgırlarlar. Parathormon kemik dansitesi üzerinde etkisi olup vücutta kalsiyum dengesini düzenler. Aşırı parathormon salgılanması hiperparatiroidizme yol açar. Kanda kalsiyum değeri yükselir, Kemiklerde erime gelişir. Sıklıkla % 85 vakada tek bir bezde gelişen selim karakterli adenomlar bu klinik tabloya neden olur. Paratiroid kanseri nadirdir % 1 ila 3 oranında rastlanır.

Parathormon eksikliği hipoparatiroidizme neden olur. Kanda kalsiyum düşer. Ellerde karıncalanma, uyuşma ve kasılmalar görülür. Hipoparatiroidizme genellikle tiroid ameliyatlarından sonra rastlanır.

Hastaların çoğunda cerrahi tedavi uygulanıyor. Ancak paratiroid bezleri her hastada klasik yerinde olmadığı, hatta bazı hastalarda göğüs kafesine kadar inebildiği için cerrahın bezleri nerede arayacağını bilmesi; yani deneyimli bir endokrin cerrahı olması gerekiyor. Sıradan bir cerrahi işlem dört hastadan birinde başarısız sonuçlanıyor ve ikincil ameliyat gerekebiliyor. Ultrason ve özel sintigrafik yöntemle yeri iyi tespit edilen bezin çıkarılmasında minimal invaziv yöntem kullanılıyor ve 1,5 cm'lik bir kesiden girilerek hasta olan bez çıkartılıyor. Eğer bezlerin dördü de hasta ise geride sadece bir bezin yarısının bırakılması bile yeterli oluyor. Paratiroid bezleri tıpkı tiroit bezlerinde olduğu gibi ses tellerinin bulunduğu hatta bulunduğu için cerrahinin en önemli komplikasyonu ses kısıklığı oluyor. Cerrahinin ardından, eğer kemiklerde hasar yüksekse dışarıdan kalsiyum desteği almaya devam etmek gerekiyor.

## **Böbreküstü Bezi**

Böbreküstü (adrenal veya surrenal) bezleri her iki böbreğin üst polunun üzerinde yer alan böbrek fonksiyonları ile alakası olmayan bezler olup hormon salgılayan fonksiyonları vardır. 30 x 50 x 10 mm ebadında 4-5 gr ağırlındadır. Korteks ve medulla olarak iki tabakası olan adrenal bezleri korteksten kortizol, aldosteron, androjen ve östrojen salgılanırken böbreküstünün medulla tabakası ise adrenalini ve noradrenalini sentez eder.

Kortizolun metabolik etkilerinin başında antiinflamatuvar ve immunosuppressif etki, kan basıncının sürdürülmesi, kemik formasyonun azalması, insulin direncinin artması (diyabetojenik etki) ile lipoliz ve proteolizin artması gibi gelir.

Kortizolun aşırı salgılanması beyincik kaynaklı, ektopik veya doğrudan böbreküstü hiperplazisi, adenomu veya kanserine bağlı olabilir. Bununun sonucu Cushing sendromu ortaya çıkar. Tipik klinik bulguların başında kilo artışı, gövdesel şişmanlık, ay dede yüzü, ensede kalınlaşma, karın cildinde çatlaklar gelir. Aldosteronun aşırı salgılanması kanda potasyum eksikliğine ve hipertansiyona yol açabilir. Bu klinik tablo Conn sendromu olarak adlandırılır.

Böbreküstü bezinin medulla tabakasının aşırı fonksiyonu feokromositoma olarak tanımlanan klinik tabloya yol açar. Tansiyon yüksekliği ile birlikte çarpıntı, yüzde kızarma (flushing) tipik bulgularıdır.

Böbreküstü bezi ameliyatların bu ameliyatlarda deneyimi olan cerrahlar özellikle endokrin cerrahisi ile uğraşanlar tarafından yapılması gerekir. Özellikle hormon salgılan vakalarda ameliyat öncesi hastaya özel ilaçlarla yapılan hazırlık gerektirir.

Bu tür hazırlıklar ameliyat esnasında veya sonrasında oluşabilecek ölümcül olabilecek komplikasyonları önler. Örneğin hazırlık yapılmadan yapılacak feokromositoma ameliyatı, ameliyat esnasında ani atağa ve bunun sonucu beyin kanamasına kadar varan ölümcül neticeler doğurur. Bazen de ameliyat sonrası kontrol edilemeyen düşük tansiyona veya adrenal bezin yetersizliğine yol açar. O nedenle dikkatle ve sabırla hazırlık gerekir.

Ameliyat esnasında da adrenal bezin zarının yırtılıp parçalanmasına dikkat etmek gerekir. Bu etrafa hastalık selim dahi olsa hücrelerin yayılıp nüks etmesine neden olur.

# YEMEK BORUSU KANSERİ (ÖZOFAGUS KANSERİ)

Yemek borusunda, yutaktan itibaren görülen kansere özefagus kanseri adı verilir. Özefagus kanserinin 2 tipi vardır; skuamöz (yassı hücreli) kanser ve adeno kanser. Yassı hücreli kanser, özefagus iç tabakasından köken alır ve genellikle özefagus üst ve orta kısmında görülür.

Adenokanserler ise özefagus alt ucunda buluna salgı bezlerinden kaynaklanır. Çin, Japonya ve Afrika'nın güneyinde skuamöz hücreli kanser sık görülürken, gelişmiş ülkelerde adenokanser daha fazla görülmektedir. Özefagus kanserine ülkemizde doğu bölgesinde daha fazla rastlanır.

## *Özefagus kanseri için risk faktörleri nelerdir?*

Özefagus kanserlerinde çevresel faktörler ve beslenme alışkanlığı risk oluşturur. Besinlerin uygun saklama koşullarına uymadan saklanması ve uzun sürede tüketilmesi, tütülenmiş et, ve çiğ gıda tüketilmesi ve konserve besinlerdeki nitrozaminler kanser için risk oluşturur. Besinlerin az çiğnenmesi, çok sıcak içecekler (çok sıcak çay içilmesi), tütün ve sigara kullanımı, radyasyona maruz kalma diğer riskli durumlardır. Özefagus kanserleri orta ve ileri yaşlarda daha sık görülür. Özellikle 60 yaş üzerindeki kişiler risk altındadır.

Erkeklerde daha fazla görülür. Kronik veya aşırı alkol kullanımı önemli bir risk faktörüdür. Barrett özefagusu: Mide asidine uzun süreli maruz kalan kişilerde özefagus alt ucunda görülen değişikliklerdir. Gastroözefajial reflü adı verilen bu hastalıkta mide asidi özefagusa geri kaçır ve tahribata yol açar. Tahriş olan bu kısımda özefagus hücrelerinin yerini mide hücreleri alır. Bu değişim yıllar içinde özefagus adenokanserlerine yol açabilmektedir. Bir yutma bozukluğu olan akalazyza hastalığı, çocukluk çağında yanlışlıkla içilen çamaşır suyu sonucu oluşan özefagus darlıkları ilerde kanser oluşumuna sebep olabilmektedir.

## *Özefagus kanserinin belirtileri nelerdir?*

Özefagus kanseri genellikle erken belirti vermez. Kanser belirli bir büyüklüğe ulaştığında oluşturduğu klinik belirtiler aşağıdaki gibi olabilir:

Kilo kaybı

Yutma güçlüğü

Yutma ağrısı

Yemek yerken boğazda takılma hissi

Sırtta kürek kemikleri arasına veya boğaza vurabilen ağrı

Boyunda büyümüş lenf bezleri

## *Özefagus kanser tanısı nasıl konur?*

Özefagusun ilaçlı filmi (baryumlu özefagus grafisi) ilk yapılan tetkiktir. Endoskopi adı verilen optik ışıklı kameralarla özefagus incelenir ve biyopsi alınır.

Ultrason, bilgisayarlı tomografi (BT), magnetik rezonans (MR), pozitron emisyon tomografisi (PET) ileri görüntüleme tetkikleri gerekli vakalarda istenir.

### ***Özefagus kanserinin tedavisi nasıl yapılır?***

Tedavi hastanın durumuna, tümörün yerleşimine ve yayılımına bağlıdır. Hastalar medikal onkolog, radyasyon onkoloğu ve cerrahdan oluşan multidisipliner bir ekip tarafından tedavi edilirler.

Hastada tümör yaygın evrede değilse ve başka organ tutulumu yoksa ilk tedavi cerrahi ile tümörlü özefagusun çıkarılmasıdır. Özefagusun tamamen çıkarılma işlemine özefajektomi denir. Bu işlemde özefagusun çevresindeki lenf bezleri temizlenir. Hastanın yutmasının sağlanması için mide ile özefagusun geri kalan kısmı birleştirilir. Değişik yöntemlerle mideden ya da bağırsaklardan yapılan özefagusun yerleştirilmesi ile operasyon tamamlanır.

**Radyasyon Tedavisi (Radyoterapi):** Kanser hücrelerinin yüksek enerjili ışınlar ile öldürülmesidir. Radyoterapi tedavisi özellikle tümörün yerleşimi ve büyüklüğü cerrahiye imkan vermiyorsa cerrahinin yerine tek başına veya kemoterapi ile birlikte kullanılır. Cerrahi öncesinde tümörü küçültmek için kemoterapi ile kombine edilebilir. Bazı durumlarda ameliyat sonrası nüksleri engellemek amacı ile de uygulanabilir.

**Kemoterapi:** Kanser hücrelerini öldürmek için anti-kanser ilaçların kullanılmasıdır. Cerrahi öncesinde tümörü küçültmek için veya cerrahinin yerine öncelikli tedavi olarak radyoterapi ile birlikte kullanılabilir.

**Palyatif Tedavi Yöntemleri:** Hastaların bir kısmında tümör sonucu oluşan özefagus tıkanıklığı bulunan alana stent adı verilen genişletici şemsiye uygulaması yapılarak besinlerin rahat geçmesi sağlanır. Özefagustaki tıkanıklığı açmak için kullanılan bir diğer yöntem lazer uygulamasıdır. Mideye gastrostomi adı verilen hortumlar yerleştirilerek dışarıdan beslenme sağlanabilir.

# OBEZİTE

Obezite; insan vücudunda yağ dokusunda depolanan doğal enerji birikimlerinin hayatı tehdit eden ciddi risk oluşturacak düzeyde artması ve sonuçta ölüm oranlarının kaçınılmaz olarak yükselmesi ile karakterize bir sendromdur.

Obezite gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların başlıca sağlık sorunlarından biridir. Az gelişmiş toplumlarda yiyeceğe ulaşamama ya da yiyeceğe ulaşmadaki zorluklar nedeniyle obezite daha az gözlenirken gelişmiş toplumlarda özellikle masa başı iş yapan kişilerde obezite durumu daha sık ortaya çıkabilmektedir.

Köy yaşamında tarlada kas gücüyle çalışan kişilerde obeziteye neredeyse hiç rastlanmamaktayken, şehir hayatında masa başı işi yapan, kas gücünü kullanmayan ve stres altında olan kişilerde obezite kolaylıkla görülmektedir. Şehirlerde yiyeceğe özellikle yüksek kalorili olanlara ve hızlı tüketilenlere ulaşmanın da kolay olması sonucunda obezite kaçınılmaz olmaktadır.

Obez kişiler; sedanter hayat (fiziksel hareketliliğin neredeyse hiç olmadığı yaşam tarzı) yaşadıkları ve günlük işlevlerinden farklı kas aktivitesinden uzak durdukları sürece; yani aldıkları kalorileri halk tabiriyle yakmadıkları için bir kısır döngüye girerler. Kilo vermek isterler, diyet yaparlar, ancak zorlu ve sistemli olmayan diyet sürecinde verdikleri kiloları hatta bazen daha fazlasını kolayca geri alabilirler. Buna pratikte "yoyo etkisi" denir. Bu şekilde kilosu durmadan değişen kişilerde tüm vücut sistemleri olumsuz etkilenebilir. Kan ve dokular devamlı değişken yağ asitlerine maruz kalır ve kalp - damar hastalıkları riski artabilir.

Bir yandan verilemeyen kilolar, diğer yandan obezitenin başlı başına getirdiği sorunlar, diğer taraftan da bozulan sağlıkla beraber sağlık harcamalarının artması hem ülke açısından hem de kişi açısından istenmeyen durumlara neden olabilmektedir.

Obezite, vücuttaki birden çok sistem bozukluğunun ortak sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yani tek nedeni olan bir hastalık değildir. Bu yüzden obezite tedavisi ancak birden fazla disiplinin ortak çalışması sonucu ortaya konan irade ile (multidisipliner yaklaşım ile) mümkün olabilmektedir.

## Obez kime denir?

Obez tanımını yapabilmek için bazı terimlerin bilinmesine ihtiyaç vardır. Obezite tanımı günümüzde Vücut Kitle İndeksi (VKİ-yabancı literatürdeki karşılığı Body Mass Index-BMI dir) baz alınarak yapılan ölçüm esasına dayanır. VKİ; kilonun, metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile hesaplanır. Buna göre;

VKİ <20 kg/m<sup>2</sup> Zayıf

VKİ 20-24.9 kg/m<sup>2</sup> Normal

VKİ 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> Fazla Kilolu (Overweight)

VKİ >30 kg/m<sup>2</sup> Obez

VKİ >40 kg/m<sup>2</sup> Ciddi (Morbid) Obez (başka hastalık varsa >35 kg/m<sup>2</sup> ciddi obez kabul edilir)

## Obezite nasıl oluşur?

Vücuda alınan kalori ile harcanan kalori eşitse kişi ne kilo alır ne de kilo verir. Kilosu sabit kalır.

Alınan kalori miktarı harcanan kalorinin altında ise kişi kilo vermeye başlar.

Eğer alınan kalori, harcanan kaloriden fazlaysa da bu kaloriler vücutta ileride kullanılmak üzere yağ hücrelerinde depolanır.

Alınan gıdalarda kullanılmayacak olan yani ihtiyaç fazlası maddeler “yağ” olarak depolanır. Kişi devamlı alımı sağlarsa ve yıkım ya da kullanımı sağlanmazsa depo yağlar çoğalır ve obezite denilen durum meydana gelir.

İnsan vücudu son derece tasarruflu çalışmaya programlanmıştır. Normal işlevi için az bir enerji sarfeder. Bu yüzden kilo almak son derece kolaydır. Bunun karşılığında kilo vermek, almak kadar kolay değildir.

Vücutta biyokimyasal olarak alınan fazla karbonhidrat (halk arasında bilinen şekliyle şeker ve nişasta) ve proteinler kullanılmadıkları takdirde bir dizi biyokimyasal reaksiyona girerek kolaylıkla karaciğer tarafından yağa dönüştürülürler. Aktif spor yapmayan, hareketsiz yaşam süren kişilerde bu daha da kolaydır. Sedanter yaşantı dediğimiz çağımızın masa başı işi olarak adlandırılan yaşam biçimi de obezitenin gelişimine son derece katkı sağlayan bir durumdur.

Açlık durumunda ihtiyaç olduğu zaman kolaylıkla yağa dönüşen şeker ve proteinlerin yağdan tekrar oluşturulmaları son derece karmaşık reaksiyonlar gerektirir. Bu yüzden depolanan yağlar -yani alınan kilolar kolaylıkla harcanamaz. Bu durum devam ettikçe alınan kilolar verilemez hale gelir. Bu da kişiyi depresyona sokar ve bazılarında daha belirgin olmak üzere depresyon yemek yemeyi körükler. Yemek yeme dürtüsü ile alınan kilolar fazlalaşır ve kişi daha çok depresyona sürüklenir; böylece kişi içinden çıkılmaz bir kısır döngüye girebilir.

Yemek yemeye karşı direnemeyen iradesi üzerinde hakimiyeti zayıf olan kişilerde de benzer durum söz konusu olabilmektedir. Bu kişiler sorulduğunda tüm diyetleri bilirler hatta uygulamışlardır. Ancak sonuç almaktan öte 2-3 kg verip 10 kg geri aldıklarını da rahatlıkla ifade ederler. Çünkü uygunsuz kilo verme programlarında özellikle bilimsellikten uzak diyet uygulamalarında vücudun aç bırakılması halinde vücut kendinde bulunan enerjiyi harcamamak için hayati organların çalışmasında kullandığı enerjiyi minimale indirir. Öyle ki metabolizma hızı normalin  $\frac{1}{4}$  üne geriler. Dolayısıyla yediği her şey kişinin ihtiyacının üstünde kalmaya başlar ve yağ olarak vücutta depolanır. Aç bırakan diyetlerde kilo verilememesinin nedeni budur.

Aç kalan kişi bu hali uzun süre devam ettiremeyeceği için sonunda yiyeceklere teslim olur ve kontrolsüz bir şekilde gıda alımına yönelir. Bu alım diyet öncesi kişi ne tür gıdalara yatkın ise onları yeniden fazlasıyla alma şeklinde ortaya çıkar. Böylece açlık diyeti esnasında verilen 2-3 kg fazlasıyla geri alınır.

Bu yüzden obezite sınırına girmeyen fazla kilolular (VKİ 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> olanlar VKİ 35'e kadar olanlar) diyetisyen kontrolünde aç kalmadan, vücudu savaş durumuna sokmadan diyet yapmalıdırlar. Aksi halde olay havanda su dövmekten öteye gidemez.

## Obezite için ne yapılmalı?

Kişi zayıflamaya karar verdiğinde bunun ciddi bir karar olduğunun bilincinde olmalıdır.Çünkü bu kararı verirken kendi yaşam biçiminin değişmesi gerektiğini de bilmelidir. Bu zamana kadar kişiyi bu kiloya getiren her ne ise bundan vazgeçecek ve aksi davranışlar sergilemesi gerekecektir. Örneğin; masa başı bir işi varsa daha aktif bir iş yapmasının gerekliliğini ya da iş öncesi ya da sonrası spor aktivitesini hayatına adapte etmesi gerektiğini bilmelidir.

Kural bellidir; alınan kalori/harcanan kalori dengesinin harcanan kısmının artırılması, alınan kısmın ise azaltılması.

Ne yazık ki obez kişilerde [VKİ (vücut kitle indeksi) >40 kg/m<sup>2</sup> olanlarda] diyet programları çok fazla işe yaramamaktadır. Vücut kütlesi fazla olduğundan bu kişilerde kan şekerini düzenleyici insülin hormonu salgılanması dengesizdir. Bu nedenle açlığa ya da karbonhidratsızlığa dayanmaları daha da güçtür. Sıklıkla acıkır ve yoğun yemek ihtiyacı duyarlar.Ayrıca vücut kütesinin fazlalığı ve bunu taşıyan iskelet sisteminin yetersiz kalması nedeniyle etkili egzersiz yapamamaları da söz konusu olabilmektedir. Vücut kütesinin fazla olması kalp damar sistemi üzerine binen yükü de arttırmaktadır. Bu nedenle obez kişilerde etkili egzersiz kalp ve damar sistemi ile ilgili kalp krizi ve inme gibi ciddi sorunların ortaya çıkmasına yol açabilir.

Obezite beraberinde yüksek tansiyon, insülin direncine bağlı Tip II Diyabet (şeker hastalığı), bel çevresi genişliği ile karakterize metabolik sendrom, kalp damar sistemi hastalıkları gibi bir çok ciddi sağlık sorununa da neden olabilmektedir.

Bu yüzden VKİ >40 kg/m<sup>2</sup> olan kişilerde duruma daha acil ve agresif tedavilerle yaklaşmak gerekebilir. Bu hasta grubundaki çalışmalarda, cerrahi olarak müdahale etmenin ilaç ve sadece yaşam şeklinin değiştirilmesine göre daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Cerrahi yöntemlerle 1-2 yıl içinde hastalar fazla kilolarının büyük kısmından kurtulabilmektedir.

## Obezitede cerrahi tedavi yöntemleri

Son 10-15 yıldır obezite tedavisinde cerrahi yöntemler sıklıkla uygulanmakta ve başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir.

Ancak her cerrahi operasyonda olduğu gibi obezite cerrahisinde de riskler bulunmaktadır. Bu nedenle ameliyata karar vermeden önce her hasta için kişiye özel en uygun tedavi yöntemi doktorunun rehberliğinde değerlendirilmelidir.

Obezitenin başlıca cerrahi yöntemleri şöyledir:

- Mide kelepçesi
- Tüp mide ameliyatı
- Gastrik bypass



## Masrafların ödenmesine dair sağlık sigortasına başvuru

Almanya`da, obez hastalığındaki tedavi masraflarının genel sağlık sigortaları veya özel sigortalar tarafından üstlenilmesi mecburi bir durum değildir. Bazı şartların yerine getirildiği takdirde, veya bazı sağlık problemleri obeze bağlı olarak ön plana çıktığında, sigortalar bu masrafları üstlenebilirler. Genel olarak bu ödemeler Deutsche Adipositas Gesellschaft kılavuzları doğrultusunda gerçekleşir. Masrafların üstlenilmesi için gerekli başvuru, şahsen sigortaya yapılmalı. Bu konuda elimizden geldiğince size yardımcı olmaya çalışmaktayız.

## Takip

Takipler genelde obezite muayene saatleri çerçevesinde yapılmaktadır. Randevular telefon yoluyla (04261) 77-2311 numarası altında düzenlenebilir.

### Angebote und Kooperationen

Selbsthilfegruppe Adipositas Rotenburg:

Jeden dritten Dienstag im Monat um 19.00 Uhr

Treffpunkt: Haupthaus, Cafeteria, 5. Etage im Diakonieklinikum

Ansprechpartner: Ulrike Henke, T (0157) 37 13 15 55,

[ulrike-astrid-henke@gmx.de](mailto:ulrike-astrid-henke@gmx.de)

AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG

Elise-Averdieck-Str.17, 27356 Rotenburg

[www.diako-reha.de](http://www.diako-reha.de)

Bewegungskurs „Aquaerobic für Adipöse“

Ansprechpartner: Susanne Knoop, T (0157) 36 26 90 00, [susanne.knoop.aqua@web.de](mailto:susanne.knoop.aqua@web.de)

Ernährungsberatung

Ansprechpartner: Andrea Gahler, Behrensstr. 17, 27383 Wohlsdorf,

T (04263) 983413, [a.gahler@web.de](mailto:a.gahler@web.de)

Diabeteszentrum des Diakonieklinikums

Mutterhausgelände

T (04261) 77-25 82, F (04261) 77-25 79

[diabetesambulanz@diako-online.de](mailto:diabetesambulanz@diako-online.de)

Endokrinologische Sprechstunde

MVZ am Heidekreisklinikum, Oeninger Weg 30, 29614 Soltau,

T (05191) 602-3541, F (05191) 602-35 89

## REFLÜ, MİDE YANMASI VE YUTMA GÜÇLÜĞÜ

Reflü hastalığının en sık görülen sebebi mide fitikleridir. Genel kanının aksine reflüye yol açmayan mide fitiklerinin (çok özel ve nadir görülen bir türü hariç) ameliyatla tedavisi gerekmez. Ameliyatla tedavi edilen sorun mide fitiği değil reflü hastalığıdır.

Reflü hastalığı saptandığında tedavide ilk basamak; olarak ilaç tedavisi ve diyet düzenlemesidir. Varsa fazla kiloların verilmesi önerilir.

Birçok diğer hastalıktan farklı olarak reflü hastalığında ilaca iyi yanıt vermeyen değil iyi yanıt veren hastalar ameliyat adaydırlar.

İlaca iyi yanıt alınamadığında reflü hastalığı tanısı yeniden sorgulanmalı ve başka sorunlar araştırılmalıdır.

Gastro Özofageal Reflü hastalığı, asitli , safralı mide içeriğinin yemek borusundan ağza gelmesi ve yemek borusunun kendini asitten veya safralı mide içeriğinden koruyamaması nedeniyle oluşur. Normal sindirim sisteminde ağızdan alınan besinler yemek borusundan mideye sonra bağırsaklara geçer. Bu peristaltik hareket sisteminin bozulmasıyla mide içeriği yemek borusuna geri kaçar.

Ekşime ve yanma normal kişilerde de yediklerine bağlı olarak zaman zaman ortaya çıkabilir ancak sürekli olması ya da sık tekrarlaması durumunda bir hekimin görüşü alınmalıdır.

Ekşime ve yanma şikayeti, sıklıkla kısaca reflü dediğimiz "**gastro-özofajiyal reflü**" hastalığı adını verdiğimiz hastalığın bir belirtisidir.

Ancak bazı durumlarda mide çıkışını daraltan ülser ya da tümör gibi hastalıklarda da benzer belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle mide ekşimesi yanması şikayeti olan hastalara gastroskopi(endoskopi) işlemi uygulanarak altta yatan sebebin ortaya konulması gerekir.

### *Reflü Ameliyatı*

Hem yetişkin hem çocuklarda en yaygın kullanılan operasyon tipi 360 derece transabdominal fundoplikasyon olan Nissen fundoplikasyonudur. İlk olarak 1991'de raporlanan laparoskopik fundoplikasyon yetişkin nüfusta iyi çalışılmıştır. Çocuklarda kullanımı da hızla kabul görmüştür. Bazı seçilmiş hastalarda ise 270 derece ile sargı oluşturulan Toupet yöntemi uygulanmaktadır.

Nissen fundoplikasyonu.

Fundoplikasyon için endikasyonlar şunlardır:

- Proton pompa inhibitörleri ile tam kontrol altına alınamayan hastalar
- Reflü hastalığı kontrol altına alınmış olduğu halde, tek seferde kesin tedavi isteyen hastalar
- Barret özefagus varlığı (asit baskılamanın sonuçları iyileştirip iyileştirmediği ya da barret özefagusu önleyip önlemediği bilinmiyor, fakat otoriteler histolojik olarak kanıtlanmış barret özefagus hastalarında tam bir asit baskılama öneriyor)

- Yemek borusu dışı bulguların varlığı cerrahi tedaviyi endike edebilir. Bu bulgular: (1) respiratuar bulgular (öksürük, hırlama, aspirasyon gibi), (2) KBB bulguları (ses kısıklığı, boğaz ağrısı, orta kulak iltihabı), (3) diş bulguları (mine erozyonu gibi).
- Genç hastalar
- İlaç kullanımına uyumsuzluk
- Osteoporozu olan menapoz sonrası kadınlar
- Kalp ileti defekti olan hastalar
- İlaç tedavisinin maliyeti

Laparoskopik anti-reflü cerrahisinin uzun dönem sonuçları gösterdi ki 10 yıl içinde hastaların % 92-98 arası hastaliksız olarak hayatlarına devam etmişlerdir.

### **Laparoskopik fundoplikasyon**

Laparoskopik fundoplikasyon genel endotrakeal anestezi altında yapılır. 5 küçük kesi (5mm-10mm arası) kullanılır. Mide fundusu özefagus arasına dolandırılarak özefago gastrik bileşkede yeni bir kapak sistemi yaratılır.

Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu.

Operasyonun temel elementleri şunlardır:

- Küçük gastrik damarların ayrılması ile mide fundusunun boşa çıkarılması
- Hiatal herninin redüksiyonu
- Özefageal açıklığın daraltılması
- Büyük bir intraözefageal dilatör üzerinde 360° fundoplikasyon yapmak (Nissen fundoplikasyonu)

Laparoskopik fundoplikasyon 30-40 dakika sürer. Hastanede kalış süresi yaklaşık olarak 1 gündür. Hastalar 2-3 hafta içinde düzenli aktivitelerine devam ederler. Yaklaşık % 92-98'si operasyondan sonra semptomların iyileştiğini görürler.

# BAĞIRSAK KANSERİ MERKEZİ

Bağırsak kanseri merkezi (Darmkrebszentrum), Mide kanseri merkezi (Magenkrebszentrum) ile birlikte, Gastrointestinal Onkoloji Merkezinin (Visceralonkologisches Zentrum) en önemli parçasıdır.

*Bağırsak kanseri merkezi (Darmkrebszentrum) nedir?*

Bu terim, bağırsak kanseri ile yakından ilgilenen uzmanların beraberce sertifikasyon kapsamında koopere olarak çalışmalarına verilen isimdir. Bu şekilde gerçekleştirilen, her bölümün uzmanlarının birbirleriyle tamlayıcı bir çalışma halinde olmaları, bu hastalığın her aşamasında, en iyi tedavini verilebilmesini sağlamaktadır.

*Diakonie Kliniği, Bağırsak kanseri merkezinde (Darmkrebszentrum) kimler çalışıyor?*

Diagnostik ve tedavi amaçlı olarak Bağırsak kanseri merkezinde (Darmkrebszentrum) bölümler sırasıyla: Genel Cerrahi Kliniği, Gastroenteroloji Kliniği, Radyoloji Bölümü, Patoloji Bölümü, Onkoloji ve Radyasyon Bölümleridir. Hastalığın ağırlığına ve evresine göre bu bölümler tamlayıcı bir şekilde beraber çalışmatadırlar. Bu, her Bağırsak kanseri merkezinde tedavi gören hastanın, yukarıdaki tüm bölümlerle irtibatı olması anlamına gelmez. Interdisipliner çalışma sayesinde ve bu bölümlerin tüm tecrübelerinin karar alma konusunda birleştirilmesi sayesinde, hastalarımızın en yüksek seviyede alabilecekleri tedaviyi, Alman S3 Kolorektal Kanseri Kılavuzlarındaki tavsiyeleri de göz önünde bulundurarak vermekteyiz.

*Diakonie Kliniği, Bağırsak kanseri merkezini (Darmkrebszentrum) özel kılan sebepler nelerdir?*

Bizim Bağırsak kanseri merkezimiz, iki anlamda da “yolların kısa” olduğu bir merkezdir. Bütün bu merkezde rol oynayan bölümlerin Diakonie Kliniğinin içinde olması ve gerekli irtibatların ve kararların da bundan dolayı kısa zaman içinde gerçekleşmesi açısından, hastalarımız tüm işlemlerini yürüme mesafesinde halledebilirler. Tüm tedavi yöntemlerini Diakonie Kliniğinde almak mümkün olduğu gibi, olası problem ve sorularınızla da direk kliniğimizle irtibata geçebilirsiniz.

*Bağırsak kanseri merkezi (Darmkrebszentrum) erken tanı ve korunma hakkında bilgilendirir mi?*

Bağırsak kanseri merkezimiz sağlıklı insanlar için de aydınlatıcı programlar ve risk grupları analizi sunmaktadır. Bunun dışında yemek alışkanlıkları ve kolorektal kanseri gibi konularda profesyonel personel tarafından bilgilendirilmek mümkündür.

*Bağırsak kanseri merkezi (Darmkrebszentrum) sertifikasyonu mevcut mudur?*

Bağırsak kanseri merkezimiz 2010 yılında, DIN EN ISO 9001 ve Alman Kanser Derneği tarafından sertifikasını almıştır.

# MİDE KANSERİ MERKEZİ

Mide kanseri merkezimiz ve Bağırsak kanseri merkezimiz, Visseral (Gatrountestinal) Onokoloji Merkezimizin önemli iki parçasıdır.

## *Mide kanseri merkezi nedir?*

Bu terim, mide kanseri ile yakından ilgilenen uzmanların beraberce sertifikasyon kapsamında koopere olarak çalışmalarına verilen isimdir. Bu şekilde gerçekleştirilen, her bölümün uzmanlarının birbirleriyle tamlayıcı bir çalışma halinde olmaları, bu hastalığın her aşamasında, en iyi tedaviyi verilebilmesini sağlamaktadır.

## *Diakonie Kliniği, Mide kanseri merkezinde kimler çalışıyor?*

Diagnostik ve tedavi amaçlı olarak Mide kanseri merkezinde bölümler sırasıyla: Genel Cerrahi Kliniği, Gastroenteroloji Kliniği, Radyoloji Bölümü, Patoloji Bölümü, Onkoloji ve Radyasyon Bölümleridir. Hastalığın ağırlığına ve evresine göre bu bölümler tamlayıcı bir şekilde beraber çalışırlar. Bu, her Mide kanseri merkezinde tedavi gören hastanın, yukarıdaki tüm bölümlerle irtibatı olması anlamına gelmez. Interdisipliner çalışma sayesinde ve bu bölümlerin tüm tecrübelerinin karar alma konusunda birleştirilmesi sayesinde, hastalarımızın en yüksek seviyede alabilecekleri tedaviyi, Alman S3 Mide Kanseri Kılavuzlarındaki tavsiyeleri de göz önünde bulundurarak vermekteyiz.

## *Diakonie Kliniği, Mide kanseri merkezini özel kılan sebepler nelerdir?*

Bizim Mide kanseri merkezimiz, iki anlamda da “yolların kısa” olduğu bir merkezdir. Bütün bu merkezde rol oynayan bölümlerin Diakonie Kliniğinin içinde olması ve gerekli irtibatların ve kararların da bundan dolayı kısa zaman içinde gerçekleşmesi açısından, hastalarımız tüm işlemlerini yürüme mesafesinde halledebilirler. Tüm tedavi yöntemlerini Diakonie Kliniğinde almak mümkün olduğu gibi, olası problem ve sorularımızla da direk kliniğimizle irtibata geçebilirsiniz.

## *Mide kanseri merkez sertifikasyonu mevcut mudur?*

Evet. Mide kanseri merkezimiz 2008 yılında, DIN EN ISO 9001:2008 tarafından sertifikasını almıştır.

# KASIK FITIĞI

Kasık bölgesinde gelişen fitiklardır. Tüm fitikların % 75'ini kasık fitikleri oluşturur ve erkeklerde kadınlara oranla 25 kat daha fazla görülür.

Direkt, indirekt ve femoral denilen üç tipi mevcuttur. Genelde üç tip de birbirine benzer ama indirekt olanı her yaşta görülebilir ve testis torbasına kadar inebilme potansiyeli mevcuttur.

Direkt kasık fitiği ise genelde karın duvarının zayıfladığı orta ve ileri yaşlarda görülür. Femoral fitik ise diğer tiplere göre daha nadir olarak ortaya çıkar.

Her üç tipin tedavisinde aynı ameliyat yapılır.

Kasık fitiği genelde zararsızmış gibi görünse de doktorunuz sizi muayene ettikten sonra genellikle ameliyat önerecektir. Çünkü fitiğin sıkışması ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar göz korkutucu ve hatta hayatı tehdit edici olabilir.

## *Kasık fitiklerinde hastaların ne gibi şikayetleri olur?*

Bazı kasık fitikleri herhangi bir şikayete neden olmaz. Bazen doktor muayenesinde tespit edilene kadar siz bir fitiğimizin olduğunu anlamayabilirsiniz.

Sık sık da kasık bölgesinde bir şişkinlik olur . Bu şişkinlik ayaktayken , ıkınırken veya öksürürken daha bariz olur.

Sırtüstü yatıldığında genellikle şişkinlik kaybolur. Şişkinlik üzerinde bazen yanma , bastırınca hava hissi ve ağrı olabilir Kasık bölgesinde basınç hissi , ağır bir obje kaldırırken acıma ve yanma olabilir.

Daha az vakada ise fitiğin testis torbasına inmesinden dolayı testis torbasında şişme olabilir.

## *Sıkışmış kasık fitiği nedir?*

Çoğu zaman fitik şişkinliği sırt üstü yatınca düzleşir.Bu düzleşme fitik kesesi içine giren omentumun veya ince bağırsağın tekrar karın içine dönmesi sonucunda olur. Bu organlar karın içine dönemez ve fitik kesesi içinde kalırlarsa buna sıkışmış fitik denilir.

Bu durum çoğu zaman ağrılı olur. Sıkışma sonucunda sıkışmış bölgedeki organları besleyen kan akımı da kesilirse buna bir sonraki aşama olan strangüle fitik (boğulmuş fitik) denilir. Strangül fitikler maalesef acil ameliyat gerektirir ve hayatı tehdit edici komplikasyonlarla sonuçlanabilir.

## *Sıkışmış kasık fitiğinin belirtileri nelerdir?*

- Bulantı, kusma, iştahsızlık
- Gaz ve büyük abdest çıkaramama
- Karın şişkinliği ve gaz ağrısı hissi
- Ateş
- Artmış nabız
- Hızla şiddetlenen karın ve kasık ağrısı

Fıtık şişkinliğinin renginde morarma veya kızarma görülebilir

### *Kasık fıtıklarının nedenleri nelerdir?*

Bazı durumlarda tespit edilebilen bir neden olmayabilir. Ama aşağıdakiler fıtık nedenleri arasında sayılabilir:

1. Karın içi basıncının artması
2. Karın duvarında önceden var olan zayıf noktalar
3. Büyük abdest veya idrar yaparken ıkınma (prostat büyümesi ve kronik kabızlık)
4. Ağır kaldırma
5. Karın içinde sıvı birikmesi ( karaciğer hastalıklarında veya kalp yetmezliğinde asit sıvısı birikebilir)
6. Hamilelik
7. Aşırı kilo
8. Kronik öksürük ve hapşirmalar

### *Kasık fıtıkları neden erkeklerde daha sık görülür?*

Erkeklerin kasık kanalında doğumsal bir zayıflık mevcuttur. Erkek bebeklerde testisler karın içinde oluşur ve sonra kasık kanalından testis torbasına iner. Doğumdan kısa süre sonra kanal kapanır.

Bazen bu kanal düzgün bir şekilde kapanamaz ve burada zayıf nokta oluşur. Bu nedenle erkeklerde kasık fıtığı daha fazla görülür.

### *Kasık fıtığı oluşumundaki risk faktörleri nelerdir?*

- Bazı hastalıklar (kronik akciğer hastalıkları, KOAH, prostat hastalıkları, siroz )
- Aile hikayesi (yakın akrabalarınızda fıtık hikayesi varsa sizde olma ihtimali normal topluma göre daha fazladır)
- Kronik öksürük (sigara içmek)
- Kronik kabızlık
- Aşırı kilo (karın içi basıncınızı arttırır)
- Hamilelik (karın kaslarınızı zayıflatır ve karın içi basıncını arttırır)
- Bazı meslekler( uzun süre ayakta durulan ve ağır fiziki çalışma şartları olan ve ağır kaldırmayı gerektiren meslekler)
- Prematüre doğmuş olmak
- Daha önce karşı taraftan fıtık geçirmiş olmak

### *Kasık fıtığının korkulacak komplikasyonları nelerdir?*

- Fıtığın zaman içinde büyümesi ve testis torbasın doğru inmesinden
- Fıtığın sıkışması (sıkışıp barsak tıkanıklığına sebep olabilir)
- Fıtığın boğulması (sıkışan bağırsağı kanlanmasının bozulup gangren olmasıdır ve hayatı tehdit edici bir komplikasyona dönüşebilir.

### *Kasık fitiğına nasıl tanı konulur?*

Genellikle sadece muayene sonucu fitik teğhisi konulur.Bazen çok küçük fitiklarda ultrasonografi yardımıyla da teğhis konulabilir.



# PROKTOLOJİ (MAKAT HASTALIKLARI)

## *Anal apse*

Anal apse sık rastlanan bir sorundur. Anüs içine açılan ve dışkı geçişini kolaylaştırıcı sıvılar salgılayan bezlerin kanallarının tıkanması sonucu iltihaplanmaları ile oluşur.

Genellikle anüs çevresinde şişlik, ağrı ve kızarıklıkla kendini belli eder. Hastanın ateşi ve kıvrıklığı da olabilir. Bazen derin dokularda yerleştiği durumlarda bir dolgunluk hissi veya künt bir ağrı tek belirti olabilir.

Tanı muayene ile, makattan yapılacak ultrasonografi ile veya MR görüntüleme ile doğrulanır.

Tedavisi apsenin boşaltılması şeklindedir. Apsenin varlığında antibiyotiklerin tedavi edici bir etkisi olamaz. Ancak sistemik bir enfeksiyonun önlenmesi için kullanılabilirler. Özellikle yaşlı, bağışıklık sistemi zayıf ve diyabetik hastalarda anal apseler ölümcül sonuçlara varabilecekleri için çok dikkatli olunması gerekir.

Bölgenin hassasiyeti nedeniyle, hastaya ait çok ciddi bir ek hastalık olmadığı sürece ameliyat genel anestezi altında yapılmalıdır. Hastanın genel anesteziye uygun olmasına rağmen birtakım gerekçelerle lokal anestezi altında apsenin boşaltılması sıklıkla yetersiz bir sonuca yol açmaktadır.

Apsenin boşaltıldıktan sonra hasta hızla rahatlar ve evine gidebilecek hale gelir. Ancak unutulmamalıdır ki apselerin hemen yarısı kronikleşerek fistüle dönüşeceklerdir.

## *Anal fissür (makat çatlağı)*

Anüs derisi yoğun sinir ucu içeriği nedeniyle çok hassas bir bölgedir. Ayrıca iki farklı ve iç içe yerleşik kas tabakası tarafından sarılıp sıkılmaktadır. Özellikle vücut dışkılamaya hazır değilken yapılan zorlu dışkılamalar veya makatın çok tahriş olduğu ishal durumlarında bu bölgede yırtıklar oluşabilir. Son derece ağrılı olan bu yırtıklar kaslarda spazma yol açarak daha fazla basınca maruz kalırlar ve kan dolaşimleri yetersiz kaldığı için yırtık iyileşme şansı bulamaz.

Hastalar dışkıları çıkarırken şiddetli ağrı duyarlar. Sanki küçük cam parçaları çıkarıyormuş gibi hissederler. Ancak asıl ağrı dışkılamadan bitiminde ortaya çıkar ve saatlerce sürebilir. Bu ağrılar kişiyi günlük yaşamından alıkoyacak kadar şiddetli olabilir.

Ne yazık ki sıklıkla "hemoroid" ya da "basur" olarak tanımlanan anal fissürler birtakım gereksiz ve faydasız ilaçlarla tedavi edilmeye çalışılır hatta daha da kötüsü iş hemoroid ameliyatına kadar gidebilir. Çünkü fissürlerde birkaç hafta içinde dışarıda küçük bir meme oluşabilir ve bu meme hemoroid memesi olarak değerlendirilip hemoroid hastalığı tanısı konulabilir.

Anal fissür tedavisinde ilk adım hastanın eşlik eden bir kalın bağırsak sorunu olup olmadığını ortaya konulmasıdır. Ancak akut fissürlü bir hasta kısmen de olsa rahatlatılmadan parmak muayenesi ve kolonoskopi yapılmamalıdır.

Hastanın dışkılama alışkanlığı ayrıntılı olarak sorgulanmalı ve doğru dışkılama önerileri mutlaka yapılmalıdır.

İlk aşamada hastalara biri dışkılamadan sonra olmak üzere günde en az iki kez duşa girmesi, suyu dayanabileceği ama yanmayacağı kadar sıcak ayarlaması ve on on beş dakika makatına tutması önerilir.

Anal fissür tedavisinde bir sonraki aşama makata halk arasında "botox" olarak bilinen botulin zehirinin enjekte edilmesidir. Yaklaşık % 70 oranında başarılı olan bu yöntem geçici olarak makat kaslarının kısmi felci ile etki etmektedir.

Anal fissürde son çare ameliyattır. Ameliyatta makatı kasan kaslardan içteki kesilerek yarının kan dolaşımının artması ve kendiliğinden iyileşmesi sağlanır. Doğru yapıldığında başarı oranı % 98-99 civarında olmasına rağmen % 3-5 hastada gaz tutamama, ishal olunca dışkı kaçırma gibi sorunlara yol açabilmesi ve bu sorunların tedavisinin hemen hemen imkansız olması nedeniyle, özellikle kadın hastalarda en son seçenek olarak düşünülmelidir.

Sık karşılan bir sorun ameliyata rağmen iyileşmeyen fissürlerdir. Bu hastaların çoğunda yapılan incelemeler yanlış kasın kesilmiş olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle çok basit görünse de ameliyatın deneyimli bir cerrah tarafından yapılması çok büyük önem taşımaktadır.

Anal fissür medikal tedavi ve hayat tarzı değişiklikleri ile iyileşir. Bu durum akut anal fissürdür. Ancak tedaviye ve tüm önlemlere rağmen 6-8 hafta içinde nüks ederse bu duruma kronik anal fissür denir.

Kronik anal fissürün güncel en iyi tedavisi lateral internal sfinkterotomi olup, kliniğimizde tailored LIS yapılmaktadır.

Anal fissürdeki ciltte et parçası, sarkma yada dilsiz uzantı kronik lenfatik staza bağlıdır. Şişlik olması beraberinde hemoroidal hastalık yada abse olabileceğini akla getirmektedir.

### *Anal fistül*

Anal apselerin kronik haline anal fistül denir.

Anal fistülde anüsün içinden başlayan ve anüs çevresindeki deriye açılan bir ya da birden çok kanal söz konusudur. Genellikle iltihaplı bir akıntı mevcuttur. Bu akıntı iç çamaşırını kirletir ve kötü kokar. Fistüllerin bir kısmı apse boşaltılması sonrası gelişirken bir kısmında ise hasta bir apse geçirdiğinin farkında olmayabilir. Bu apse kendiliğinden bir delik açarak boşalmış sonra da fistül haline dönmüş olabilir.

Fistülün tek tedavisi ameliyattır. Ancak fistül ameliyatları belirli oranlarda dışkı ve gaz tutamama riskini de beraberlerinde getirmektedir. Bu nedenle çok farklı birçok ameliyat tekniği tanımlanmıştır. Önemli olan nokta fistül cerrahisinin bu konuda deneyimli bir cerrah tarafından sürdürülmesi ve hastanın özelliklerine uygun yöntemin seçilmesidir.

## *Genel siğil (kondilom)*

Human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonları erkeklerde peniste, kadınlarda vajina vulvada siğillerin çıkmasına neden olur. Ayrıca virüsün bazı tipleri rahim ağzı dokusunda değişikliklere ve rahim ağzı kanserine neden olabilir.

### **Siğil nasıl tedavi edilir?**

Siğil tedavisinde kullanılabilen kremler, siğillerin yakılması veya cerrahi olarak çıkarılması kadar etkin değildir. Tedavi edilen hastaların % 30'unda nüks (tekrar etme) görülebilmektedir. HPV virüsünün, cinsel yol dışında bulaşma yolları net olmamakla birlikte cilt teması ile bulaş mümkündür. Dış genital bölgede yerleşen siğillerden korunmak için bu bölgeye virüslü bir malzemenin temasından kaçınılmalı, ortak epilasyon malzemesi kullanımından uzak durulmalıdır. Prezervatif kullanımı, rahim ağzını koruyabilmekte ancak dış genital bölgeyi koruyamamaktadır.

## *Hemoroidler*

Hemoroid normalde anal kanalda yerleşmiş olan anatomik yapılardır ve bu yapılar normal hayatta gaz ve dışkı tutma olaylarına katkı sağlar. Bu oluşumların semptomlara yol açması durumlarına ise “**hemoroidal hastalık**” adı verilir. Halk arasında hemoroidal hastalık kısaca hemoroid olarak ifade edilir.

Hemoroid; her iki cinsiyette sık rastlanan bir hastalıktır. Anal kanal içinde yerleşik olanlara iç hemoroid, anal kanaldan dışarı çıkmış olanlara dış hemoroid adı verilir. İç ve dış hemoroidlere farklı tedavi uygulanır. Bir kişide aynı anda hem iç hem de dış hemoroid oluşumu gözlenebilir.

### *Hemoroid tedavisi nasıl yapılır?*

- Şikayeti az olan hemoroidal tedavisinde; lifli gıdaların tüketilmesi, bol su içilmesi, kaşıntı için lokal bazı merhemler kullanılması faydalı olabilmektedir.
- Semptomatik vakalarda, ilaç tedavisi, infrared koagülatör ile yakma, bantla boğma yöntemi, hemoroidal arter bağlama yöntemi gibi tedaviler uygulanır.
- İleri evre, şiddetli şikayeti olan, evre 4, dış hemoroidlerde, tromboze hemoroidlerde kesin tedavi cerrahidir. Ameliyatta cerrahi olarak hemoroidler çıkarılır.

### *Hemoroid neden olur?*

- Anüsün iç yüzeyi damarlarla kaplıdır. Eğer uzun süre tuvalette oturulup, çok fazla ıkınma, zorlama yapılırsa bu damarlardaki basınç artar ve damarlar şişer. Yine fazla baskıya neden olan ishal ya da kabızlık olayları da damarları şişiren diğer durumlardır. Damar duvarı basınç artışı ve şişmesi ile hemoroid oluşumu gözlenir.
- Hamile kadınlarda hamileliğin son 6 ayında hemoroid görülebilmektedir. Bunun nedeni kalça bölgesi damarlarındaki basıncın artması sonucu hemoroid bölgesindeki damarların şişmesidir.

- Fazla kilosu olan kişilerde hemoroid görülme olasılığı daha fazladır.
- Çok ayakta durma, çok oturma, kalıtsal faktörler de hemoroidal hastalık oluşumunda etkili olur.

### *Hemoroid nasıl bulgu verir?*

- Anal bölgede genellikle açık renkli kanama
- Anal dışkılama esnasında ya da sonrasında acı ve hassasiyet
- Anal bölgede kaşıntı en sık görülen bulgulardır.
- Hemoroidlerin içerisindeki kanın pıhtılaşması ile hemoroidin ileri derece şişmesi kişide acı ve hassasiyeti arttırır ki bu duruma tromboze hemoroid adı verilir. Bu durumda acil müdahale gerekebilir.

# TORAKS CERRAHİSİ

## *Tedavi Yöntemleri*

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURGDAKI Toraks Cerrahi bölümü tüm toraks cerrahisinde gerçekleştirilebilen tedavi yöntemlerini uygulamaktadır. Pnömoji merkezi ile yakın ilişki halinde olarak tüm akciğer ve göğüs kafesindeki olabilecek hastalıklar tedavi edilmektedir.

Toraks Cerrahi Bölümü, girişimsel tanı koyma ve akciğerin, göğüs kafesi zarı, medyastinum, diafram ve göğüs kafesinin kendisinin hastalık ve yaralanmaları ile ilgilenmektedir.

## *Detaylı olarak tedavi yöntemleri:*

- Tümör cerrahisi
- Akciğer Kanseri
- Akciğerin diğer kanserleri
- Metastazlar
- Plevre karsinomatozu
- Plevre mezoteliomu
- Göğüs kafesi tümörleri
- Palyatif tedavi yöntemleri
- İyi huylu akciğer tümörleri
- Medyastinum

## *Minimal-invazif Cerrahi:*

- Pnömotoraks
- Hiperhidroz (aşırı terleme) ve Eritrofobi (yüz kızarması)
- Plevrede su toplaması
- Plevre
- Akciğer emfizemi
- Solunum borusu cerrahisi

## *Enfeksiyonda Cerrahi yöntemler:*

- Plevre empyeması
- Akciğerdeki bazı enfeksiyon hastalıkları

## *Akciğer, göğüs kafesi ve diaframda yaralanmalar:*

- Göğüs kafesi deformasyonları