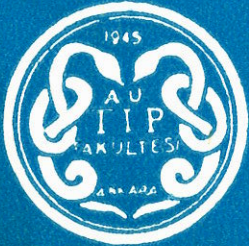


ANKARA ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi MECMUASI

The Journal of the Faculty of Medicine
University of Ankara



Cilt : 36

Sayı : 4

1983

YAYIN KOMİSYONU
BAŞKANI
Prof. Dr. Ahmet SONEL

YAYIN YÖNETMENİ
Prof. Dr. R. Kâzım TÜRKER

ÜYE
Prof. Dr. İsfendiyar CANDAN

ÜYE
Prof. Dr. İ. Hakkı AYHAN

ÜYE
Doç. Dr. Nuri KAMEL

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MECMUASI
A.Ü. Tıp Fakültesinin yayın organıdır. 1977 yılından itibaren
yılda 4 sayı olarak yayınlanacaktır. Beher Sayısı 40.- TL. dir.

TEKNİK YÖNETİCİ : Fahrettin Şenkaragöz

NOT : YAYIMLANACAK ESERLERİN BİLİM VE DİL BAKIMINDAN SORUMLULUĞU YAZARLARA AİTTİR.

YAZIŞMA ADRESİ :

A. Ü. Tıp Fakültesi Yayın Komisyonu Başkanlığı

Sıhhiye/ANKARA



Tıp Fakültesi

MECMUASI

Cilt : 36

1983

Sayı : 4

İÇİNDEKİLER

Alternatives in coronary bypass techniques (Hakkı Akalın, Carlos Del Campo)	453
Karaciğer traumaları (İ. Kayabalı, S. Uysal, C. Keleş, B. Boyar)	459
Konjenital izole sol pulmoner arter yokluğu (Erkmen Böke, Rıza Doğan, İlhan Günay, Turan Berki, Halil Türkoğlu, Erdem Oram, Aysel Oram, Günaydın Erbenği, Erol Işın)	167
Servikal vertabralarda romatoid artrit (RA) bağlı radyolojik değişimler (Vesile Sepici, Hüseyin Sümer, Meral Ergin, Nurben Süldür)	477
Mide psödolenfoması (Erdal Anadol, Murat Akyol, Tarık Çağa, Ahmet Yayıcıoğlu)	487
Tiroid nodüllerinin tanısında ince iğne aspirasyon biopsisi ve histopatolojik sonuçların karşılaştırılması (Hasan Acar, Bilsel Baç, Cemil Ekinci, İsmail Kayabalı)	497
Karın organlarının multipl yaralanmaları (İsmail Kayabalı, Bilsel Baç, Hasan Acar)	503

Spiral ovarial gebelik (Sevgi Tezcan, Mustafa Bahçeci, Fırat Ortaç)	511
Polyposis colo-rectalis (İ. Kayabalı, B. Timlioğlu, H. Acar)	515
Atrial miksomalar (Ahmet Hatipoğlu, İlhan Paşaoğlu, Ali Gürbüz, A. Yüksel Bozer)	521

ANKARA ÜNİVERSİTESİ



Tıp Fakültesi MECMUASI

The Journal of the Faculty of Medicine
University of Ankara

Volume : 36

1983

Number : 4

CONTENTS

- Alternatives in coronary bypass techniques (Hakki Akalın, Carlos Del Campo) 453
- Liver trauma (İ. Kayabalı, S. Uysal, C. Keleş, B. Boyar) 459
- The absence of isolated left pulmonary artery (Erkmen Böke, Rıza Doğan, İlhan Günay, Turan Berki, Halil Türkoğlu, Erdem Oram, Aysel Oram, Günaydın Erbenği, Erol Işın) 467
- Radiological changes of cervical spine associated with rheumatoid arthritis (Vesile Sepici, Hüseyin Sümer, Meral Ergin, Nurben Süldür) 477
- Pseudolymphoma of the stomach (Erdal Anadol, Murat Akyol, Tarık Çağa, Ahmet Yayıoğlu) 487
- Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of thyroid nodules and comparison with histopathological results (Hasan Acar, Bilsel Baç, Cemil Ekinci, İsmail Kayabalı) 497
- Les blésures multiples des organes abdominaux (İsmail Kayabalı, Bilsel Baç, Hasan Acar) 503

IUD intra uterine device and ovarian pregnancy (Sevgi Tezcan, Mustafa Bahçeci, Fırat Ortaç)	511
Polypose récto-colique (İ. Kayabalı, B. Timlioğlu, H. Acar)	515
Atrial myxomas (Ahmet Hatipoğlu, İlhan Paşaoğlu, Ali Gürbüz, A. Yüksel Bozer)	521

ALTERNATIVES IN CORONARY BYPASS TECHNIQUES

Hakkı Akalın*

Carlos Del Campo**

Aorto-coronary bypass surgery has now been in existence for a decade and a half (5). It has been a welcomed armamentarium in the treatment of coronary artery disease. Even the most conservative physicians who were originally opposed to this concept have come to accept that, in selected patients, this is an effective tool in treating angina pectoris (4,9). It has revolutionized the management of patients with coronary artery disease.

Long term results depend to a large measure on the risks of surgery which in turn depend in part to the surgical skills of the teams involved. The other determinants of surgical results are, of course, left ventricular function and the extent of atherosclerosis (1). Recent reports comparing medical and surgical management point to the importance of technical quality in the interpretation of surgical results (4). It is not fair to compare mediocre surgical results with the natural history of coronary artery disease (9).

By and large, the techniques have been well standardized and accepted (7,8). There are, however, minor personal differences in the handling of certain steps in the operation (7,8,11).

* Associate Professor. Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Medical School of Ankara University (Former Clinical Assistant, University Hospital, UWO, London, Ontario, Canada)

** MD, FRCS (C), Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Victoria General Hospital, Halifax, NS, Canada (Former Chief Resident, University Hospital, UWO, London, Ontario, Canada)

- A — Myocardial preservation
- B — Anastomotic technique
- C — Selection of arterial sites
- D — Selection of conduits

MYOCARDIAL PRESERVATION :

Most surgeons now operate under moderate systemic hypothermia, in the range of 28-32°C, although a minority still either use normothermia or profound hypothermia (1,2,7,8,11).

It is also generally agreed that aortic occlusion is best in that it gives a quiet, dry field. To protect the myocardium during this anoxic period, the most popular technique is to infuse cold cardioplegic solution into the aortic root (1,6,11). Alternatively, a small number of surgeons use intermittent aortic occlusion (11). Myocardial surface cooling is sometimes used as an adjunct (1,2). However, since the heart is manipulated and elevated frequently during grafting procedures, the cooling fluid in the pericardium is usually not efficient. Cold packs or pads have been used instead. We use UH solution (500 ml Lactated Ringers solution, 10 mEq KCl, 12.5 mEq of NaHCO₃, 12 ml 2 % lidocaine, 17 ml 50 % dextrose, 125 mg of Solu-cortef, pH 7.7) at 4°C and 300 mmHg pressure. The initial infusion is 500 ml after each distal anastomosis.

Regardless of the method of myocardial protection used, however, expeditious operations should be emphasized since myocardial injury is time-related.

The most important reason for venting the left ventricle is to prevent left ventricular distention. It also provides for a dry operative field and reduces the rate of myocardial rewarming. However, its greatest disadvantage is the possibility of air embolism as well as myocardial damage (11).

Anastomotic Techniques .

All obstructed (75 %) coronary arteries with distal artery diameter more than 1-1.5 mm are grafted. The concept of complete revascularization should be based more on the areas supplied by these vessels rather than by the number of arteries grafted (11). The number of grafts constructed should be weighed against the time expended so that the cost-benefits, so to speak, are effective. Arteriotomies range from 4 mm to 15 mm (2,7). UH preference is 7-8 mm. The anastomotic techniques commonly employed are : interrupted and continuous with or without fixation points (12). Either heel or toe may be sutured first. The interrupted technique gives more accurate placement of sutures, but is more time consuming (11,12). The continuous suture is favored by us with placement of 3-4 bites at the toe first before lowering the vein into the artery. A 6-0 polypropylene suture is used. For sequential grafts a side-to-side anastomosis is used. Some surgeons prefer a diamond-shaped anastomosis (12).

The aortic anastomosis is constructed with 5-0 polypropylene sutures, in a continuous manner after creating a 4-5 mm orifice in the aorta with a punch.

The use of optical magnification is an individual choice (1,2,11) We do not routinely use this aid.

The question of whether sequential grafting is superior to individual grafts is still being debated (3,11). UH choice is for individual grafts, unless the vein is not of sufficient length or the aortic root is too short.

Selection of Arterial Sites :

As a rule, the site selected for arteriotomy is immediately distal to the obstruction. In the circumflex artery, however, it is usually more accessible to graft the marginal branches.

Selection of Conduits .

The most popular conduit, of course, is the autogenous saphenous vein (1,2,3,7,8,10,11,12). In instances where this vein is not suitable,

the short saphenous vein, cephalic vein, long saphenous vein allograft, Gore-tex or Dardik Biograft can be used in that order of preference (10) The internal mammary artery gives excellent long term results (7,11). Its shortcomings are : 1) only 2 proximal arteries can be grafted; 2) it is more time-consuming; and 3) there are more instances of sternal dehiscence (11).

SUMMARY

Alternatives In Coronary Bypass Techniques

In summary, we have outlined the various alternative surgical techniques in the management of aorto-coronary bypass. It is by no means an exhaustive review. These techniques have been in use at University of Western Ontario.

It is difficult to ascertain the «best» method of dealing with a particular problem. The whole operation is a series of numerous small procedures and each surgeon has his own way of dealing with each and arriving at a satisfactory result. There is probably no «best» technique, indeed it might not be desirable. But the surgeon who has mastered these various methods would be best equipped to deal with emergencies.

Although important, surgical technique is not the only determinant of good surgical results. The proper selection of patients, superior anesthetic management as well as improved post-operative care have all contributed to bringing the operative mortality down to a minimum. It is hoped that with more technical refinements, this mortality can be even further reduced.

ÖZET

Aorto-koroner bypass uygulamalarında çeşitli alternatif cerrahi teknikler ortaya konulmuştur. Bu incelemede tüm tekniklerin ayrıntılı bir şekilde gözden geçirildiği iddia edilmemektedir. Bu teknikler

UWO da uygulanan tekniklerdir. Tatminkar bir cerrahi sonuç elde edilmesinde; cerrahi teknik, uygun hasta seçimi, superior anestezi uygulama ve yeterli bir post-operatif bakım önem kazanmaktadır. Tüm bunların üstün bir düzeye getirilmesi ile mevcut düşük mortalite daha da azaltılacaktır.

REFERENCES

1. Coles JG, Del Campo C, Ahmed SN, Corpus R, MacDonald AC, Goldbach MM, Coles JC : Improved long-term survival following myocardial revascularization in patients with severe left ventricular dysfunction J Thorac Cardiovasc Surg, 81 : 846, 1981.
2. Cooley DA : Revascularization of the ischemic myocardium. J Thorac Cardiovasc Surg, 78 : 301, 1979.
3. Hanna ES, Ellertson DG, Jones, RJ, Crew JR : Coronary artery revascularization. Texas Heart Institute Journal, 9 : 293, 1982.
4. Heupler FA jr : Current Medical Management Versus Coronary Arterial Bypass Grafting in Patient with Stable Angina Pectoris. Am J Surg, 141 : 651, 1981.
5. Hurst JW : Update I. The Heart. 1979. McGraw-Hill Book Company. New York page : 122.
6. McDonagh PF, Laks H : Use of cold blood cardioplegia to protect against coronary microcirculatory injury. J Thorac Cardiovasc Surg, 84 : 609, 1982.
7. Miller DW jr, Hessel EA, Winterscheid LC, Merendino KA, Dillard DH : Current practice of coronary artery bypass surgery. J. Thorac Cardiovasc Surg, 73 : 75, 1977.
8. Miller DW jr, Ivey TD, Bailey WW, Johnson DD, Hessel EA : The practice of coronary artery bypass surgery in 1980. J Thorac Cardiovasc Surg, 81 : 423, 1981.
9. Proudfit WL, Brusckhe AVG, Sones FM : Ten year study of 601 non-surgical cases. Prog Cardiovasc Dis, 21 : 53, 1978.

10. Silver GM, Katske CE : Clinical experiences with the stabilized human umbilical vein in coronary bypass surgery. *Vascular Surgery*, 14 : 192, 1980.
11. Ulliyot DJ : Current controversies in the conduct of the coronary bypass operation. *Ann Thorac Surg*, 30 : 192, 1980.
12. Young JN, MacMillan JC, May IA, Iverson I, Ecker RR : Internal configuration of saphenous-coronary anastomoses as studied by the cast-injection technique. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 75 : 179, 1978.

KARACİĞER TRAUMALARI

(99 vak'alık bir serinin retrospektif incelenmesi)

İ. Kayabalı*

S. Uysal*

C. Keleş**

B. Boyar***

Bu çalışmada 1973-1983 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen 99 vak'a incelenmiştir. Karaciğer travmaları konusunda çeşitli fikirlerin ileri sürüldüğü ve büyük serilere dayanan yayınların yapıldığı çağımızda kendi tutumumuzu ve sonuçlarımızı belirtmenin faydalı olacağı kanısındayız.

A — MATERYAL :

1 — Cins : Bu serideki hastaların 87 si erkek (% 87,8), 12 si (% 12,12) kadındır.

2 — Yaş : En küçük yaralı 4, en büyük yaralı 76 yaşındadır; yaş ortalaması 23,9 yıl olmuştur.

3 — Süre : Trauma ile cerrahi girişim arasında geçen en kısa süre 30 dakika, en uzun süre 72 saat, ortalama süre 5,9 saattir.

4 — Traumanın cinsi : (Tablo - 1) de gösterilmiştir.

Tablo 1 - Trauma türleri ve mortalite ilişkisi.

Trauma	Vaka Sayısı	Oran (%)	Ölüm Sayısı	Genel mortalite Oranı (%)	Trauma cinsine göre mortalite (%)
Trafik Kazası	30	30,3	11	11,1	36,6
Künt Trauma	8	8,1	0	0	0
Ateşli Silahlar	44	44,4	9	9,1	20,4
Kesici Silahlar	14	14,1	0	0	0
İatrojenik	3	3	2	2	66,6
TOPLAM	99		22	22,2	

* A.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** A.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzman Asistanı

*** A.Ü. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Asistanı

1 — Basit (tek başına) ve komplike yaralanmaların morbidite ve mortalite ile ilişkileri : (Tablo - 2) de özetlenmiştir.

(Tablo - 2). Basit ve komplike yaraların morbidite ve mortalite ile ilişkileri.

Yara türü	Vak'a		Genel mor- bidite	Mortalite	
	sayısı	oranı (%)		Sayısı	oranı (%)
Basit	32	23,3	7 (%21,8)	0	0
Komplike	67	67,6	38 (%56,7)	22	32,8
TOPLAM	99		45 (%45,4)	22	22,2

2 — Tamda faydalanılan metodlar :

a - Akyuvar artışı (10.000 üstünde) : % 36.8 olumlu sonuç.

b - Periton ponksiyonu : % 93.7 olumlu sonuç.

3 — Karaciğerdeki yaranın yeri : (Tablo - 3) e bakınız.

(Tablo - 3). Karaciğerdeki yaranın yeri.

Yaranın yeri	Vak'a	
	sayısı	oranı (%)
Sağ lob	63	63,6
Sol lob	17	17,1
Multipl	19	19,3

4 — Komplike vak'alarda yaralanmaya katılan organ ve oluşumları *

(Tablo - 4). Komplike vak'alarda yaralanmaya katılan organ ve oluşumlar.

Organ veya oluşum	Vak'a	
	sayısı	oran (%)
Karaciğer dışı safra sist.	17	17,1
Mide ve duodenum	16	16,1
Parankimal organlar	33	33,3
İnce barsaklar	7	7
Kolon ve rektum	10	10,1
Büyük venalar	14	14,1
Büyük arterler	3	3
Akciğerler	12	12,1
Kemikler	12	12,1
Medulla spinalis	2	2

5 — Yaralanan organ sayısının mortalite artışına etkisi (Tablo - 5)'

(Tablo - 5). Yaralanan organ sayısının mortalite artışına etkisi.

Yaralanan organ sayısı	Vak'a sayısı	Vefat sayısı	mortalite (%)
Yalnız karaciğer	22	0	0
Karaciğer + 1 organ	26	4	15,3
» + 2 »	17	6	15,3
» + 3 »	17	8	47
» + 4 »	3	1	34
» + 5 »	4	3	75
TOPLAM	99	22	22,3

6 — Peritondan çıkan serbest kan miktarı : En az 100 cc., en çok 4000 cc, ortalama 1500 cc. idi. Bu kanın miktarıyla prognosis arasındaki ilişki (Tablo - 6) da özetlenmiştir.

Tablo 6 - Sekestrize kanla mortalite arasındaki ilişki

Kan (cc)	Ölüm Sayısı	Mortalite (%)
0 - 500	2	9
500 - 1000	2	9
1000 - 2000	6	27,2
2000 - 3000	10	45,4
3000 den çok	2	9

7 — Uygulanan girişimler : (Tablo - 7) de özetlenmiştir.

Tablo 7 - Uygulanan girişimler ve sonuçları.

GİRİŞİ	Vak'a Sayısı	Oan (%)	Ölüm Sayısı	Mortalite (%)
Dikiş + drenaj	95	95,9	13	13,6
T drenajı	1	1	0	0
Lobektomi	3	3	2	66,6
Art. hepatica lig.	3	3	0	0
Vena dikişi	7	7	4	57,1
Vena ligatürü	4	4	3	75

8 — Komplikasyonlar : (Tablo - 8) de gösterilmiştir.

Tablo 8 - Serimizde komplikasyonlar ve sonuçları.

Komplikasyon	Vaka Sayısı	Oran (%)	Ölüm Sayısı	Mortalite (%)
Hypovolemia	11	11,1	11	100
Sekonder kanama	3	3	2	66
Hemobilia	1	1	0	0
Plöro-pulmoner	9	9	3	33
Septik	10	10,1	0	0
Safralı peritonit	2	2	1	50
Safra fistülü	2	2	0	0
Pancreatitis acuta	2	2	1	50
Akut böbrek yetersiz.	1	1	1	100
Gazlı gangren	1	1	1	100
Diğerleri	3	3	2	66
TOPLAM	45	45,5	22	22,3

5 — Trauma türü ile komplikasyonlar arasındaki ilişki : (Tablo - 9) da özetlenmiştir.

Tablo 9 - Trauma türü ile komplikasyonlar arasındaki ilişki.

	Vak'a Sayısı	Komplikasyon Sayısı	Oran (%)	Vefat Sayısı	Mortalite (%)
Trafik kazası	30	14	46,6	11	36,6
Künt trauma	8	5	13,1	0	0
Ateşli silah	44	21	46,4	9	20,4
Beyaz silah	14	3	21,4	0	0
İatrojenik	3	2	66,6	2	66,6
TOPLAM	99	45	45,5	22	22,3

C — MORTALİTE :

1 — Bu seride 22 yaralı kaybedilmiştir (% 22,3). Basit (izole) karaciğer yaralanmalarında mortalite olmamasına karşılık komplike yaralarda mortalite (% 32,8) olmuştur. Ölümle sonuçlanan yaralanmaların daha yakından incelenmesi şu neticeleri vermiştir :

a - Yaş ortalaması : 23,5 yıl.

b - Cins : 21 erkek (% 95,4) + 1 kadın (% 4,5).

c - Yaralanmanın üzerinden geçen ortalama süre : 5,9 saat.

ç - Yaralanma sebepleri : 9 (% 40,9) kurşun yarası, 11 (% 50) trafik kazası ve 3 (% 8,1) iatrojenik yaralanma.

d - Periton içindeki ortalama kan miktarı : 2000 cc.

e - Ölüme yol açan organ ve oluşum yaralanmaları : 3 (% 18,75) Vena supra-hepatica, 2 (% 12,5) Vena cava inferior, 2 (% 12,5) Vena porta ve ana dalları, 11 (% 50) karaciğer, 3 (% 13,6) pankreas, 1 (% 6,3) böbrek yaralanması ve 1 (% 6,3) gazlı gangren.

f - Ölüm sebepleri : 11 (% 50) hypovolemia, 2 (% 9) sekonder kanama, 3 (% 13,6) plöro-pülmoner komplikasyonlar, 1 (% 4,5) safralı peritonitis, 1 (% 4,5) post-operatif pancreatitis acuta, 1 (% 4,5) akut böbrek yetersizliği, 1 (% 4,5) gazlı gangren ve 2 (% 9) diğer faktörler.

2 — Kanama, alınan bütün önlemlere rağmen, dünyanın her yanında en başta gelen ölüm sebebidir (Tablo - 10).

3 — Mortalite bakımından bazı araştırmacıların verdikleri sayılar, (Tablo - 11) de özetlenmiştir.

(Tablo - 10). Kanamanın mortalite üzerindeki olumsuz etkisi.

Yazar	Yıl	Vak'a sayısı	Toplam mortalite (%)	Kanama mortalitesi (%)
R.C. Lim (10)	1972	285	19	56
D.D. Trunkey (18)	1974	811	13	90
W.W. Defore jr ('4)	1976	1590	12	58
W.D. McInnis (11)	1977	233	11	31
L.M. Flint (7)	1977	178	20	56
A.J. Walt (19)	1978	1404	12	63
A. Levine (9)	1978	546	10	35
S.C. Elerding (5)	1979	225	15	82
D.R. Miller (14)	1980	56	8,9	20
Serimiz	1983	99	22,3	50

C — TARTIŞMA

1 — Karaciğer yaralanmalarının en önemli faktörü ateşli silahlardır (% 45,4).

2 — En çok görülen yara tipi komplike yaralardır (% 67,6). Sağ lob en çok yaralanan karaciğer bölümüdür (% 63,6), en çok yaralanan çevre organları hilus elemanlarıdır (% 42,1).

(Tablo - 11). Çeşitli araştırmacılara göre karaciğer yaralanmalarında mortalite.

Yazar	Yıl	Vak'a Sayısı	Mortalite (%)
T.D. Faris (6)	1971	91	64
M.P. Owens (16)	1971	150	47,7
I.I. Moroz (15)	1972	72	42,2
N.J. Trteyakov (17)	1972	1188	36,7
C.P. Carrol (3)	1973	254	40
M. Balasegeram (2)	1976	179	16,75
Y. Arıtaş (1)	1983	95	25,8
Serimiz	1983	99	22,3

3 — Ameliyatta karın boşluğundan çıkan serbest kan (kanama) arttıkça mortalite de, buna paralel olarak artmaktadır.

4 — Aynı durum, karaciğer yaralanmasıyla birlikte olan yara sayısı için de geçerlidir.

5 — Tanıda akyuvar artması % 36,8, periton ponksiyonu % 93,7 yardımcı olmuştur.

6 — En çok kullanılan tedavi metodu dikiş + drenajdır (% 95,5); bu metodun mortalitesi % 13,6 olmuştur.

7 — En sık rastlanılan ölüm sebebi kanamadır (% 50).

8 — Basit karaciğer yaralanmalarında mortalite yoktur; komplike yaralarda mortalite % 32,8 olmuştur. Toplam mortalitemiz % 22,3 tür.

Bulgularımız, literatürle karşılaştırıldığı zaman şu sonuçlar ortaya çıkmaktadır :

A — Karaciğer yaralanmalarının tedavisinde en önemli etap, hızlı bir anti-şok tedavi, yani hypovolemia ile savaştır (Tablo - 10).

B — Karaciğer yaralanmalarının tedavisinde en etkili ve basit metod, yara tuvaleti + primer sütür'dür (Tablo - 11).

C — Bu yaralanmalarda lobektomi endikasyonu istisnaidir; acil koşullarda ve eksik imkânlarla lobektomi yapmak elbet düşünülemez (8).

Ç -- Dikişle durdurulamayan ağır kanamalarda en kolay ve en tehlikesiz metod Arteria hepatica ligatürüdür (8,12,13). Bu şekilde % 80 oranında mortel olan sekonder kanamalar da tedavi edilebilir (8).

D — Karaciğer dışı safra yollarının sistematik drenajı (T) nin da bir faydası olmadığı artık anlaşılmalıdır.

E — Post-traumatik akut karaciğer yetersizliği ve koagülopati'lerin çok görülmediği de artık anlaşılmiş bulunmaktadır (19).

F — Sık sık tekrarlanan bio-şimik muayeneler post-operatif dönemde tedaviyi yönlendirmek ve başarıya ulaşmak bakımından çok önemlidir (8).

ÖZET

Bu çalışmada incelenen 99 çeşitli tipte karaciğer yaralanmasının % 87,8 i erkek, yaş ortalaması 23,9 yıl, kliniğe gelinceye kadar geçen ortalama zaman 5,9 saattir. En çok rastlanan etken ateşli silahlardır (% 44,4). Komplike lezyonları % 67,6 dır, % 63,6 oranında sağ lob yaralanmıştır. peritonda bulunan serbest kan miktarı ortalama 1500 cc. dir. Tedavide % 95,9 oranında dikiş + drenaj uygulanmıştır; bu yöntemin mortalitesi % 13,6 dır. Toplam komplikasyon oranı % 44,4 dür. Basit karaciğer yaralanmalarında ölüm yoktur, toplam mortalite % 22,3, en önemli mortalite etkeni kanamadır (% 50).

SUMMARY

Liver Trauma

99 Blunt and penetrating liver injuries are reviewed (87.8 % of these being male) with an average age of 23.9 years. The time gap between the moment of injury to admission was an average of 5.9 hours. The commonest cause of liver injuries was shot-gun wounds (of these 44 % were male). 67.6 % showed complicated lesions while right lobe injuries constituted 63.6 percent. Free blood in the peritoneal cavity averaged 1500 mls.

Primary suturing and drainage techniques was employed to achieve haemostasis in the 95.9 % of the total cases. Mortality rate of this method was found to be 13.6 % with an overall complication rate of 44.2 percent. No mortality was seen in the simple liver laceration cases. The overall mortality rate was 22.3 %. Most common cause of mortality was bleeding covering 50 % of the cases.

KAYNAKLAR

1. Artaş, Y., Z. Yılmaz, A. Bilge ve Y. Yeşilkaya, Künt karaciğer travmaları, A.Ü. Tıp Fak. Mec., 36 : 39-46, 1983.
2. Balasegaram, M., The surgical management of hepatic trauma, J. Trauma, 16 : 141-148, 1976.
3. Carrol, C.P., Cass, K.A. ve Whelan jr. T.J., Wounda of the liver in Vietnam : A critical analysis of 254 cases, Ann. Surg., 177 : 385-392, 1973.
4. Defore, W.W. ve al, Management of 1590 consecutive cases of liver trauma, Arch. Surg. 111 : 493-497, 1976.
5. Elerding, S.C., Aragon, G.E. ve Moore, E.E., Fatal hepatic hemorrhage after trauma, Am. J. Surg., 138 : 883-888, 1979.
6. Faris, T.D., Winegarner, F.G. ve Eiseman, B., Controversiers in the management of liver trauma, J. Trauma, 11 : 915-918, 1971.
7. Flint, L.M. ve al, Selectivity in management of hepatic trauma, Ann. Surg. 185 : 613-618, 1977.
8. Kayabalı, İ., Genel şirürjide karın yaralanmaları (tanı, tedavi yolları ve komplikasyonlar), 446 sah., A.Ü. Tıp Fak. Yay. No. 433, Ankara : 1983.
9. Levine, A., Gover, P. ve Nance, F.C., Surgical restreint in the management of hepatic injury : a raiew of Charity Hosp. experience, J. trauma, 18 : 399, 1978.
10. Lim jr. R.C., Knudson, J. ve Steele, M., Liver trauma, Arch. Surg., 104 : 544-550, 1972.
11. McInnis, W., Richardson, J.D. ve Aust, J.B., Hepatic trauma, idem, 112 : 157, 1977.
12. Madding, G.F., Lim jr. R.C. ve Kennedy, P.A., Hepatic and vena caval injuries, Surg. Clin. N. Am., 57 : 275-290, 1977.
13. Mays, T.E., Vascular occlusion, idem, 57 : 291-324, 1977.
14. Miller, D.R. ve Bernstein, J.M., Hepatic trauma; a revies of 56 consecutively treadet patients, Arch. Surg., 115 : 175-178, 1980.
15. Moroz, I.I. ve Kobyltshak, I.M., The treatment of liver injuries (Rusça) Khirurgia (Mosk.), 48 : 53-58, 1972.
16. Owens, M.P., Wolfman jr. E.F. ve Ching, G.K., Management of liver trauma Arch, Surg., 103 : 211-215, 1971.
17. Tretyakov, N.I., The surgeon's tactics in relation to blunt liver trauma (Rusça), Khirurgia (Mosk.), 48 : 36-39, 1972.
18. Trunkey, D., Shires, G.T. ve McClelland, R., Management of liver trauma in 811 consecutive patients, Ann. Surg., 179 : 722, 1974.
19. Walt, A.J., The mythology of hepatic trauma-or Babel revisited, Am. J. Surg., 135 : 12, 1978.

KONJENİTAL İZOLE SOL PULMONER ARTER YOKLUĞU

Erkmen Böke*
Turan Berki**
Aysel Oram****

Rıza Doğan**
Halil Türkoğlu**
Günaydın Erbenli*****

İlhan Günay***
Erdem Oram****
Erol Işın*****

İzole unilateral (tek taraflı) pulmoner arter (PA) yokluğu oldukça nadir görülen konjenital bir anomali olup, bu konuda yapılan yayınlarda insidansı % 0.6 olarak belirtilmektedir (6). İlk defa 1868 yılında Fraentzel tarafından yayınlanan anomali yine ilk defa 1952 yılında Madoff tarafından anjiyografi ile demonstre edilmiştir (3,5,6,7,8, 10,11). 1954 yılında Wyman tarafından tipik bulguları takdim edilmiş (3) ve 1962 yılından Pool (8), literatürdeki 98 vak'alık en büyük seriyi yayınlayarak anomalinin embriyolojisi hakkında detaylı bilgileri sunmuştur. Daha sonra 1978 de Shakibi (10) 1980 de Hackett (11) ve Krall (5), 1982 de Kucera (6) ve arkadaşları konu ile ilgili makaleler yayınlamışlardır.

Bir vak'amız münasebeti ile nadir görülen konjenital anomali tipini klinik, anatomopatolojik, embriyolojik, cerrahi tedavisi yönünden tartışmak ve literatür bilgileri ile birlikte sunmayı uygun gördük.

* Hacettepe Üniversitesi Toraks ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Profesörü.

** Hacettepe Üniversitesi Toraks ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

*** Hacettepe Üniversitesi Toraks ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Uzman Araştırma Görevlisi.

**** Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları (Kardiyoloji) Profesörü.

***** Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları (Kardiyoloji) Doçenti.

***** Hacettepe Üniversitesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

***** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Toraks ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Profesörü.

VAK'A TAKDİMİ

S.A. 23 yaşında, ev kızı, protokol no. 1570762. İki yıldır kuru öksürük ve son bir ay içinde de kan tükürme yakınmaları olan hasta, 1983 Ağustos ayında tetkik ve tedavisi için Ankara haricindeki bir hastaneye yatırılmış. Fizik muayene bulguları ve çekilen akciğer filmi ile tomografisinde sağ hiler bölgede görülen yuvarlak, muntazam kenarlı iki adet kitlenin eksplorasyonu için 1.9.1983 tarihinde ameliyata alınmış. Sağ posterolateral torakotomi yapılmış ve sağ ana pulmoner arterin çıkışından başlayan, bir kısmı sağ üst lob içine uzanan, ortalamaya 10x5x4 cm. çapında pulmoner artere ait olduğu görülen anevrizmal dilatasyon tesbit edilmiş. Bunun üzerine herhangi bir müdahalede bulunulmadan göğüs kapatılmış. Postoperatif devrede hemoptizisi nedeni ile ileri tetkik ve tedavisi için hastanemize sevk edilen hasta 6.9.1983 tarihinde hastanemize yatırılmıştır.

Yapılan fizik muayenesinde : Genel durumu iyi, şuur açık ve koopere. TA : 110/70 mm Hg, Nb : 114/dak düzenli, Solunum : 20/dak, Ateş : 36.5 °C idi. Tiroid normalin 1/2 misli, diffüz hiperplazik olarak palpe edildi. Göğüste sağ posterolateral insizyon nedbesi mevcuttu. Sol hemitoraks solunuma daha az katılıyordu. Bunun dışında, patolojik solunum sesi duyulmadı. Kardiovasküler sistem muayenesinde apex beşinci interkostal aralıkta midklaviküler hatta, pulmoner ikinci kalp sesi sert, pulmoner odakta ejeksiyon kliği, triküspit odakta II°/6 den pansistolik üfürüm duyuluyordu. Karaciğer kosta kenarında yumuşak vasıfta palpe ediliyor, dalak nonpalpabl, batında herhangi bir kitle ele gelmiyordu.

Laboratuvar muayenesinde : Rutin idrar, Hb, BK, Hct ve kan biokimyasında özellik yoktu.

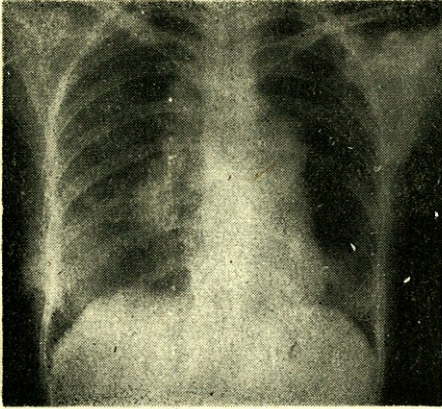
Normal oda havası solurken alınan arteriyel kan gazı çalışmasında PO₂ : 71.8 mm Hg, PCO₂ : 32.3 mm Hg, PH : 7.56, TCO₂ : 30.5, HCO₃ : 29.8, hafif hipoksi ve respiratuvar alkaloz mevcuttu. Akciğer fonksiyon testlerinde ZEV : 1.39 Lt (BTPS), ZVK : 1.49 LT (BTPS), ZVK % : 93 %, FRK : 3.45 Lt (BTPS), RV : 3.00 LT (BTPS), TAK : 4.49 Lt (BTPS). RV/TAK % : 66 % olarak bulundu ve restriktif akciğer fonksiyon bozukluğu olarak yorumlandı.

Akciğer grafisinde pulmoner konus belirginliği, sağ hiler bölgede üstte 3x3 cm. lik, ortada 4x3 cm. ebatlarında, solda pulmoner konus hizasında 2x2 cm. lik diğer bir yuvarlak opasite, sol hemitoraks-

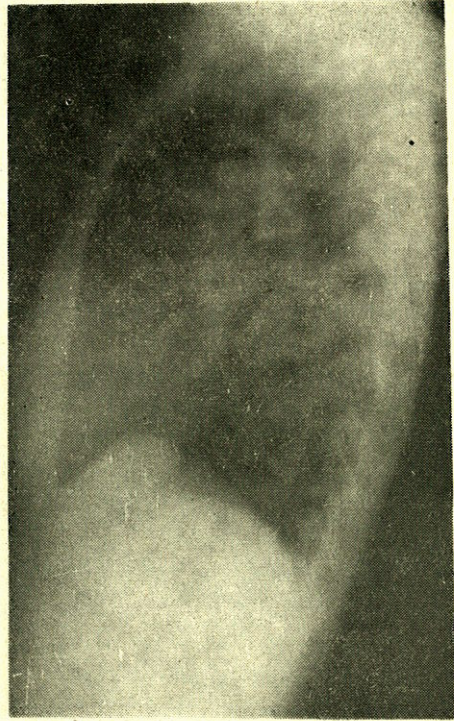
da akciğer vaskülaritesinde azalma ve interkostal mesafelerde sağa oranla biraz daralma görüldü (Resim I-II).

Elektrokardiyografisinde (EKG) sinüzal taşikardi dışında özellik yoktu.

Ekokardiyografi tetkikinde pulmoner hipertansiyon bulguları tespit edildi, sol ventrikül, aorta ve sol atrium normal olarak değerlendirildi.

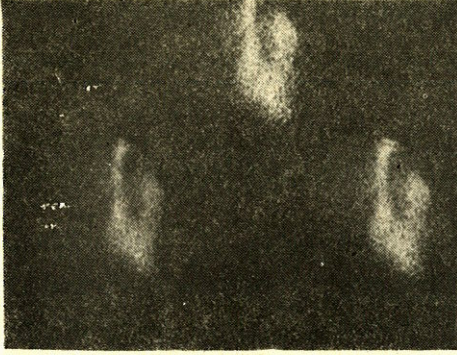


Resim - 1

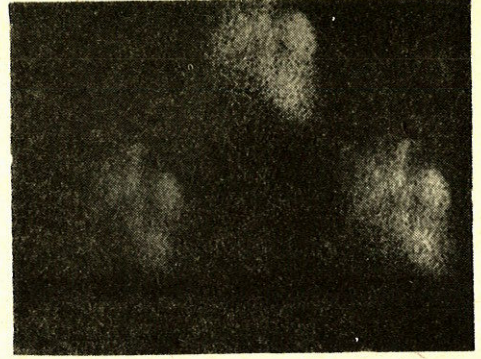


Resim - 2

3 m Ci^{99m} TC-Sülfür-Kolloid verilerek yapılan Kinetik Nükleer Anjiyografi çalışmasında ana pulmoner arterde anevrizmatik dilatasyon olduğu, sağ pulmoner arter ve dallarının uniform tarzda genişlediği, sol pulmoner arterin kanlanmadığı tespit edildi. (Resim III-IV). Akciğer perfüzyon sintigrafisinde sol akciğerde total perfüzyon kaybı, sağ akciğer ön üst kısımda lokalize üçgen tarzında aktivite tutmayan bir alan olduğu görüldü. KC-dalak sintigrafisinde karaciğer sol lobundaki büyüme dışında bir özellik tespit edilmedi (Resim V-VI-VII).

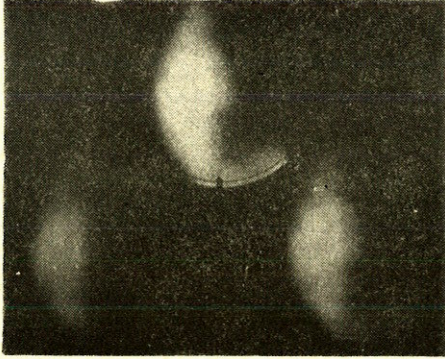


Resim - 3

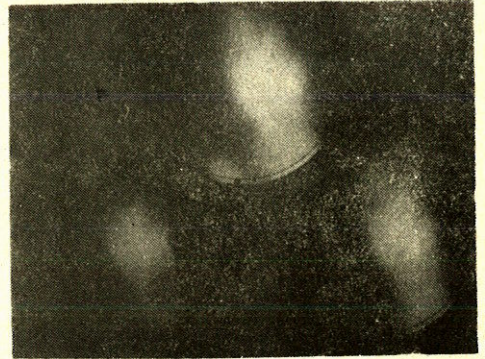


Resim - 4

Sağ kalp kateterizasyonunda PC : 12 mm Hg, PA : 52/24 ort. 40 mm Hg sağ ventrikül : 52/3 mm Hg, sağ atrium : 3 mm Hg. olarak ölçüldü. Pulmoner arteriografide sol pulmoner arterin bifurkasyondan itibaren ampute olduğu, ana ve sağ pulmoner arter ile dallarında anevrizmatik genişlemeler tespit edildi. Sol akciğer sahasında siste-



Resim - 5



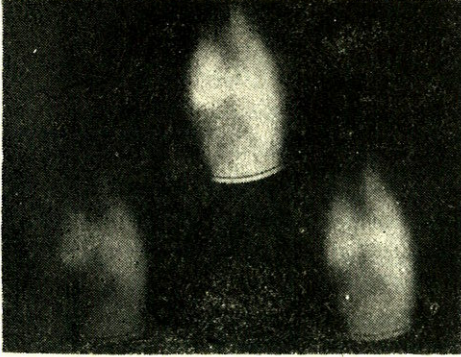
Resim - 6

mik dolaşımdan kanlanan az miktarda kollaterallerin geç dönemde dolduğu görüldü (Resim VIII).

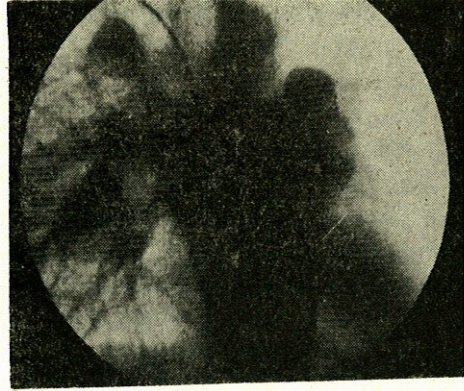
Bronkoskopi ve bronkografi riskli olarak değerlendirildiğinden yapılmadı.

Bu tetkikler sonucunda vak'a «Konjenital izole sol pulmoner arter yokluğu, ana ve sağ pulmoner arter ile dallarında anevrizmatik dilatasyon, orta derecede pulmoner hipertansiyon» olarak tanımlandı. Ana ve sağ pulmoner arter ile dallarındaki anevrizmatik dilatasyon-

ların pulmoner hipertansiyona sekonder olarak geliştiği düşünöldü ve hastanın herhangi bir cerrahi müdahaleden yarar görmeyeceğine karar verildi. Bu nedenle hasta digitalize edildi, hafif bir diüretik tedavisi ve muhtemel akciğer enfeksiyonlarına karşı benzathin penicilin profleksisine başlanarak 23.9.1983 tarihinde haliyle taburcu edildi.



Resim - 7



Resm - 8

TARTIŞMA

Unilateral pulmoner arter yokluğu izole olarak bulunabildiği gibi beraberinde konjenital kardiyak malformasyonlarla da görülebilir. Kombine tipi izole tipin yaklaşık üç misli daha sık görölmektedir. Bu konjenital kardiyak anomaliler sıklık sırasına göre patent duktus arteriozus, ventriküler septal defekt, Fallot tetralojisi, sağ arkus aorta, çift çıkımlı sağ ventrikül, trunkus arteriozus, tirküspit atrezisi, büyük damarların transpozisyonu, total anormal venöz dönüş, aortiko pulmoner pencere'dir. Sağ pulmoner arter yokluğu ile patent duktus arteriozusun, sol pulmoner arter yokluğu ile birlikte ise diğer konjenital kardiyak malformasyonların daha sık göröldüğü bildirilmektedir (8, 10). Ayrıca pulmoner arterlerin ve bronkopulmoner sistemin gelişimi birbiriyile çok sıkı ilişkilidir. Bu nedenle birlikte birçok bronkopulmoner anomali bulunabilir. Hipoplazik akciğer, bronşektazi, intralobar pulmoner sekestrasyon unilateral pulmoner arter yokluğu ile birlikte görölen bu anomalilerden sayılabilir. Anomalinin yeri ve sekse göre dağılımında bir özellik ve kalıtımla geçiş bildirilmemiştir.

Konjenital unilateral pulmoner arter yokluğunun oluşumunda pulmoner arterlerin embriyolojik anormal gelişimi rol oynamaktadır. Pulmoner ark sistemi 6. ncı aortik ark sisteminden, ventral ve dor-

sal aortik tomurcuklar ile primer akciğer tomurcuğu olmak üzere orijinini üç bölgeden almaktadır (6-8).

Schneiderman (9) sağ pulmoner arter yokluğunu, trunkus arteriozus, dolayısı ile pulmoner arterlerin yetersiz rotasyonuna, bağlayarak açıklar. Böylece sağ pulmoner arter aortikopulmoner septum gelişirken aortik tarafta kalır. Bu teoriye göre sağ pulmoner arteri olmayanlarda o taraf asenden aortadan kanlanmaktadır. Anderson, Char ve Adams (1) 1958 yılında unilateral pulmoner arter yokluğunun pulmoner arkın proksimal kısmının kesintiye uğraması ile ilgili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Emanuel ve Pattison 1956 (4) yılında sol pulmoner arter yokluğunu bulbus kordisin formasyonundaki bir defekt ile izah etmeye çalışmıştır. Halen geçerliliğini koruyan teori, unilateral pulmoner arter yokluğunun, proksimal 6 ncı aortik arkın rezorbsiyonu ve trunkus arteriozusun defektif septasyonu sonucunda oluştuğu şeklindedir (6,8).

Unilateral PA yokluğunda bütün venöz kan diğer taraftaki akciğere gider. Cournand (2) ve arkadaşlarının yaptığı deneysel çalışmalarda pnömonektomi ve deneysel tek taraflı pulmoner arter ligasyonundan sonra akut dönemde PA basıncı ve sağ ventrikül basıncı artmaktadır (2,8). Ancak 5-7 sene gibi uzun süreli takiplerde PA basıncında % 80-85 oranında düşme olmaktadır. Bu anomalide pulmoner hipertansiyon oluşmasının nedeni ise, fetal pulmoner yapının kalıcı olması veya pulmoner arterlerin mükölaritesindeki artma ile birlikte obliteratif intimal değişikliklerin bulunmasına bağlanmaktadır (6). Sol-sağ şant da varsa pulmoner hipertansiyon ve pulmoner vasküler rezistans daha hızlı gelişmektedir.

Unilateral PA yokluğunda ventilasyon/perfüzyon oranı (VA/Q) bozulmaktadır. Bu oran PA'in olduğu tarafta azalmakta ve bu akciğer tüm sağ ventrikül debisini almaktadır. Pulmoner arterin olmadığı tarafta ise oran yükselmekte ve bu nedenle de akciğer ölü mesafesi artmaktadır. Ventilasyon/perfüzyon oranındaki bu bozulma yüksek irtifa ve egzersizde, bazen ise cerrahiden sonra iyice belirginleşmekte, hatta pulmoner ödem gelişebilmektedir. Afettede taraf akciğeri bronkial arterler ve interkostal arterlerle kanlanmaktadır.

Genellikle bronkial kan akımı sol ventrikül outflow'unun % 25'i civarında olmaktadır.

İzole unilateral PA yokluğu vak'alarının % 19'unda, konjenital kardiak malformasyonlarla birlikte görülen kombine vak'aların ise % 88 inde pulmoner hipertansiyon gelişmektedir (6,8,5).

Pulmoner fonksiyon testleri ve bronkogram genellikle normaldir. Bronkoskopide afettede taraftaki bronşlarda irregülarite, periferik bronşial konstriksiyonlar görülebilir. Bu durum reküran akciğer enfeksiyonları ve bronşektazi için predispozan bir faktördür.

Hastaların şikayetleri respiratuvar ve kardiovasküler sistem ile ilgilidir. En önemli respiratuvar şikayetler vak'aların % 80-90 ında sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve vak'aların % 10 unda görülen hemoptizi ve efor dispnesidir. İzole vak'alar genellikle kardiovasküler yönden asemptomatiktir. Ancak izole unilateral PA yokluğu vak'alarının % 19 unda pulmoner hipertansiyon gelişmekte ve buna ait semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu vak'alarda şikayetler konjenital kardiak malformasyonlu hastalarınkine benzemektedir. İzole unilateral pulmoner arteri olmayan vak'alarda erken yaşta pulmoner hipertansiyon gelişmesi halinde sağ ventrikül yetmezliği ve buna bağlı ölümler görülmektedir. Pulmoner hipertansiyon gelişmeyen hastalar daha uzun yaşayabilmektedir (6,8).

Fizik muayenede toraksta asimetri, afettede taraf hemitoraksının az gelişmesi, akciğer seslerinde azalma, pulmoner hipertansiyon gelişmiş ise pulmoner ikinci seste şiddetlenme, ejeksiyon kliği, pulmoner yetersizliğe bağlı üfürüm, sağ ventriküler 3. kalp sesi tespit edilebilir. Vak'aların hemen tümünde P-A akciğer grafisinde her iki akciğerin vaskülaritesinde farklılık, ilk defa Danelius tarafından bildirilmiş olup afettede tarafda pulmoner arteriyel sistemin olmayışına delil olarak gösterilen hiler virgül (comma) işaretinin olmayışı, kalbin ve mediasteninin hastalığın bulunduğu tarafa kayması, o tarafta interkostal mesafelerde daralma, diafragma yükselmesi ve nadiren de o taraf hemitoraksının hipoplazik oluşu görülmektedir. Kalbin ve mediasteninin şifti solunumdan etkilenmemektedir. EKG genellikle normal olup pulmoner hipertansiyon gelişirse sağ aks deviasyonu bulunabilir. Tomografi çekilmesi tanı yönünden faydalı olabilir. Akciğer perfüzyon sintigrafisi, anjiokardiografi (selektif pulmoner arteriografi) kesin tanı koydurucu yöntemlerdir. Aort kökü anjiosu ve selektif bronkial arteriografi tanı konması yönünden önemli olduğu kadar kombine anomalilerde cerrahi tedavinin planlanması açısından da yararlı yöntemlerdir.

Ayrırcı tanıda unilateral amfizem, bronşektazi, pulmoner arteriyel sistemde koarktasyon ve diğer anomaliler, unilateral akciğer ve pulmoner arter yokluğu, hyperlucent lung sendromu (Swyer-James Send.) (11), pulmoner arter trombozu veya embolisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Hasta asemptomatik ve kardiyorespiratuvar disfonksiyon yoksa herhangi bir tedavi gerekmez. Ancak vak'alar periyodik olarak takip edilmelidir.

Cerrahi tedavi, vak'aların izole veya kombine olmasına göre değişmektedir.

İzole unilateral pulmoner arter yokluğu vak'alarında radikal bir cerrahi prosedür yoktur. Gelişen bronşektazi, intralobar pulmoner sekestrasyon, masif hemoptizi nedeniyle hasta taraf akciğerinde lobektomi veya gerekirse pnömonektomi yapılabilir (6). Dimich'e göre (10) pulmoner arterlerin embriyolojik olarak üç kaynaktan gelişmeleri afettede tarafta anastomoz yapabilecek bir pulmoner arterin olabileceğini kuvvetle düşündürmektedir. Lobektomi veya pnömonektomi yapmak amacıyla afettede tarafa torakotomi yapıldığında şant için uygun bir pulmoner arter bulunup bulunmadığı araştırılabilir. Ayrıca pulmoner hipertansiyona bağlı konjestif kalp yetmezliği gelişen ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen vak'alarda, pulmoner arteri olmayan tarafa torakotomi yapılarak distal pulmoner damarlar eksplore edilir ve uygun damarsal yapı varsa safen ven grefti veya prostetik greft intepozisyonu ile pulmoner arter devamlılığı sağlanabilir. Bu tipte bir cerrahi prosedür ilk defa 1958 yılında Anderson tarafından tavsiye edilmiş ve yine ilk defa 1965 yılında Kiefer tarafından uygulanmıştır. 1977'de Shakibi tarafından ilk defa prostetik graft kullanılarak izole sağ pulmoner arter yokluğu vak'asında pulmoner arter devamlılığı sağlanmıştır (10).

Kombine unilateral pulmoner arter yokluğu vak'alarında pulmoner vasküler hastalık gelişmeden önce varsa sol-sağ şant kapatılmadır (6). Diğer taraftan siyatonik konjenital kardiyak anomaliler ile birlikte görülen kombine unilateral pulmoner arter yokluğu vak'alarında afettede tarafta yapılacak sistemik-pulmoner arter şant ameliyatı hipoksiyi azaltması yanı sıra afettede tarafta pulmoner vasküler yatağın gelişmesinde yardımcı olarak ilerde yapılabilecek korrektif bir müdahale için büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla afettede tarafa torakotomi yapılarak pulmoner arterlerin direkt görülmesi, hi-

poplazik pulmoner arter veya anastomoz yapılabilecek boyutlarda olup angio ile tesbit edilmemiş bir pulmoner arter güdüğü tesbit edildiğinde sistemik-pulmoner arter şant operasyonu yapılması tavsiye edilmektedir (6).

Ancak literatür verileri kombine anomalilerde cerrahi mortalite oranının % 25-45 arasında olduğunu göstermektedir. İzole unilateral pulmoner arter yokluğu vak'alarında belirli bir mortalite oranı bildirilmemiştir.

ÖZET

Bu yazıda bir vak'a münasebeti ile nadir görülen bir konjenital anomali olan «İzole Unilateral Pulmoner Arter Yokluğu» klinik, anatomopatolojik, embriyolojik ve cerrahi tedavi yönünden literatür ve rilerine dayanarak takdim edilmiştir. Vak'amızda konjenital izole sol pulmoner arter yokluğu ve sekonder olarak gelişen pulmoner hipertansiyona bağlı ana ve sağ pulmoner arter ile dallarında anevrizmatik dilatasyonlar saptanmıştır. Herhangi bir cerrahi girişim yapılmayan hastaya konservatif tıbbi tedavi uygulanmıştır.

SUMMARY

The Absence Of Isolated Left Pulmonary Artery

Isolated unilateral absence of pulmonary artery is a rare congenital anomaly. We are presentig a case report of such a malformation with respect to its clinical, anatomopathological, embryological and surgical treatment. In our case there was isolated absence of left pulmonary artery and aneurysmatic dilatations of the main-right pulmonary artery and its branches secondary to pulmonary hypertension. Surgical therapy was considered irrelevant for this case and she was treated medically.

KAYNAKLAR

1. Anderson, R.C., Char, F. and Adams, P., Jr. Proximal Interruption of a pulmonary arch (absence of one pulmonary artery) : Case report and a new embryologic interpretation. *Dis. Chest*, 34 : 73, 1958.
2. Courmand, A., Riley, R.I. Pulmonary Circulation and alveolar ventilation-perfusion relationships after pneumonectomy. *J. Thoracic Surg.* 19 : 80, 1950.

3. Elder J.C., Brofman B.L., Kohn P.M., Charms B.L. : Unilateral Pulmonary Artery Absence or Hypoplasia. *Circulation* : 18, 557-66, 1958.
4. Emanuel, R.W. and Pattison, J.N. Absence of the left pulmonary artery in Falot's tetralogy. *Brip Heart J.*, 18 : 289, 1956.
5. Krall W.R., Sang Y.P.S. : Unilateral Pulmonary Artery Aplasia Presenting with Chest Pain and Pleural Effusion. *South. Med. J.* 73, 2, 233-6, 1980.
6. Kucera V., Fiser B., Tuma S., Hucin B : Unilateral Absence of Pulmonary Artery : A report on 19 Selected Clinical Cases. *Thorac. Cardiovasc. Surgeon* 30 (3) : 152-8, 1982.
7. Maddof I.M., Gaensler E.A., Strieder J.W. : Congenital Absence of the Right Pulmonary Artery. *N. Engl. J. Med.* : 247 (31) 5 : 149-157, 1952.
8. Pool P.E., Vigel J.H., Blount G : Congenital Unilateral Absence of A Pulmonary Artery. The İmportance of flow in Pulmonary Hypertansiyon *Am. J .Cardiol.* 10 : 706-32, 1962.
9. Schneiderman L.J. Isolated Congenital absence of the right pulmonary artery : a caution as to its diagnosis and a proposal for its embryogenesis- report of a case with review. *Am. Heart J.*, 55 : 772, 1958.
10. Shakibi J.G., Rastan H., Nazarian I., Paydar M., Aryanpour I., Siassi B : Isolated Unilateral Absence of the Pulmonary Artery Review of the World Literature and Guideliner for surgical Repair. *Jap. Heart J.* 19 : 439-49, 1978.
11. Yarnal J.R. : Agenesis of the Right Pulmonary Artery. *N. Engl. J. Med.* 303 (15) 9, 884-5, 1980.

SERVİKAL VERTEBRALARDA ROMATOİD ARTRİTE (RA) BAĞLI RADYOLOJİK DEĞİŞİMLER

Vesile Sepici*

Hüseyin Sümer**

Meral Ergin***

Nurben Süldür***

Romatoid artritli hastalarda en karakteristik omurga değişimleri servikal bölgede görülür. Çeşitli yazarlar tarafından % 40 ile % 88 arasındaki oranlarda insidans bildirilmektedir (1,2,14). Semptomların romatoide mi yoksa rastlantı sonucu oluşan dejeneratif hastalığa mı bağlı olduğunu ayırtetmek güç olabilir. Her iki durumda da radyolojik değişimler sıklıkla birlikte bulunabilir. Ancak osteofit olmaksızın disk mesafelerinde görülen daralma ve disko-vertebral kenarlarında görülen erozyonlar, romatoid artritlilerde daha sık, romatoidli olmayan hastalarda ise nadiren görülmektedir.

Servikal subluksasyonlar en karakteristik ve en kolay saptanan değişimlerdir. En sık görülen subluksasyon atlanto-odontoid eklemindedir. Atlanto-odontoid eklem subluksasyonunun sıklığı, bu eklem anatomik yapısı ile ilişkilidir. Atlanto axial eklem rotasyon hareketiyle ilgilidir, bu nedenle destekleyici ligamanlardan, transvers ligaman hariç diğerleri gevşektir. Transvers ligaman ise atlanto-odontoid eklem bütünlüğünden sorumludur. Romatoid artritte sıklıkla görüldüğü gibi (4,9) gevşek olursa baş fleksiyon vaziyetine getirildiğinde atlas öne doğru ilerleyecektir. Bu nedenle baş fleksiyon pozisyonuna getirilmeden çekilen birçok vakanın filimlerinde subluksasyon tespit edilemez. Rutin yan grafilerde atlanto-odontoid mesafe 2.5 mm kadardır. Fleksiyon ve ekstansiyon esnasında bu mesafe değişmez (9). Çocuklarda ise bu mesafe 4 mm ye kadar çıkabilir ve öne fleksiyonda 1-2 mm ye kadar değişiklikler oluşabilir (5). Atlanto-odontoid subluksasyonlar genellikle ilerlemiş vakalarda görülür bu nedenle erken teş-

* A.Ü.T.F. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Doçenti

** A.Ü.T.F. Radyoloji Anabilim Dalı Profesörü

*** A.Ü.T.F. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Uzmanı

histe yardımcı degillerdir. Çoğunlukla asemptomatiktirler. Diğer servikal vertebralarda merdiven basamağı tarzında subluksasyonlar da RA'in karakteristik görünümlerindedir.

Odontoid çıkıntıda erozyonlar görülebilir, derin erozyonlara bağlı olarak bazen patolojik fraktürlerde gelişebilir. C₆, C₇ ve T₁'in spinal çıkıntılarının uçlarında daha fazla olmak üzere, spinöz çıkıntılarda da erozyonlar oluşabilir. Apofizer eklemlerde de erozyonlar çok sıktır, ancak erken devrelerde klasik grafilerde tesbiti zordur. Apofizer eklemlerde, ayrıca bir veya iki seviyede daha sık olmak üzere anki-lozlara da rastlanır. Servikal vertebralardaki osteoporozis te sık görülen radyolojik değişimlerdendir.

Servikal intervertebral disk mesafesinin daralması ve erozyonlarda görülen diğer radyolojik değişimlerdir, genellikle osteofit oluşumuyla birlikte değildir. Bilhassa servikal instabilite gösteren hastalarda disko-vertebral erozyonlar sıktır. Bu erozyonların apofizer mafsal harabiyeti ve ligaman gevşekliğine bağlı olarak artan servikal mobilite nedeniyle olduğu anlaşılmıştır.

MATERYAL VE METOD

A.Ü.T.F. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğine 1982 yılında başvuran, Amerikan Romatizma Cemiyetinin sınıflandırmasına göre 48 klasik RA'li hasta servikal vertebralardaki radyolojik değişimler yönünden incelemeye alındı. Hastaların akut faz reaktanlarına ve eklem bulgularına göre aktiviteleri saptandı. Hastalığın herhangi bir devresinde 1 seneden fazla süre steroidle tedavi edilmiş olanlar, steroidle tedavi edilenler grubuna alındı. Hastalık süreleri saptandı. Ayrıca üst ekstremitelerindeki nörolojik semptomlar araştırıldı.

Hastaların ikinci servikal vertebraları santralize edilerek nötral pozisyonda, hiperfleksiyonda ve hiperekstansiyonda yan grafileri ve odontoid çıkıntının durumunu incelemek için ağız açık pozisyonda atlanto-axial eklemün ön arka grafileri alındı. Nötral ve hiperfleksiyonda atlasın arka yüzü ile odontoid çıkıntının ön yüzü arasındaki en yakın mesafe ölçüldü ve 2,5 mm'ye kadar olan açıklık normal kabul edildi. Alt servikallerde ise nötral ve hiperfleksiyon pozisyonunda vertebra korpuslarının arka yüzlerinin birbirini takip edip etmediği araştırıldı ve iki vertebra cisminin posterior yüzleri arasındaki 1 mm veya daha fazla kayma subluksasyon olarak kabul edildi.

BULGULAR

Tablo 1. de RA'li hastaların özellikleri gösterilmiştir.

Tablo I

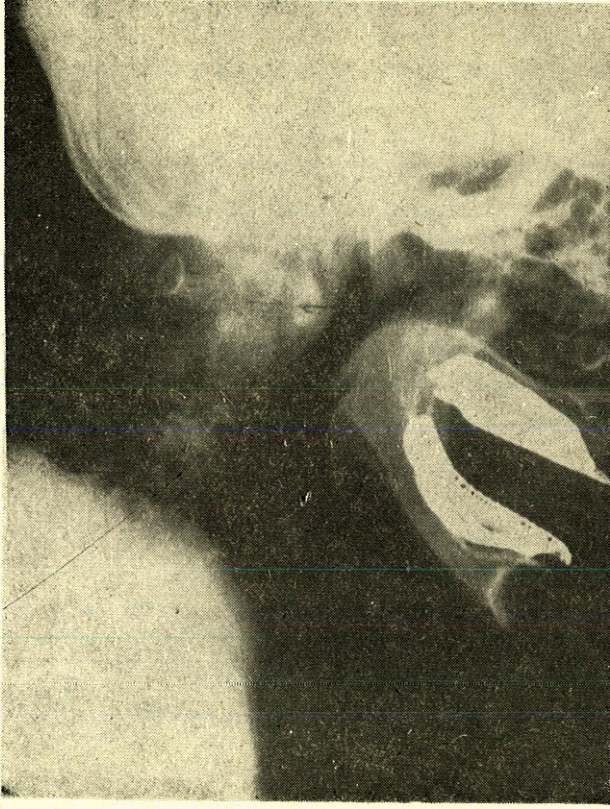
Hasta sayısı	48
Kadın	% 89.5 (43 hasta)
Erkek	% 10.5 (5 hasta)
Ortalama yaş	44.8
Hastalık süresi ortalaması	10 yıl
Bir yıldan fazla steroid kullananlar	% 47.9 (23 hasta)
Sero-positif hastalar	% 75 (36 hasta)
Aktif hastalar	% 79.1 (38 hasta)

Tablo II. RA li hastalarda görülen radyolojik değişimlerin görülme sıklığını vermektedir.

Tablo II

Hasta sayısı	48
Osteoporoz	% 39.5 (19 hasta)
Atlanto-odontoid subluksasyon	% 25 (12 hasta)
Sub-axial subluksasyon	% 16.6 (8 hasta)
Odontoid rezorpsiyon	% 4.1 (2 hasta)
Spinal çıkıntılarda rezorpsiyon	% 8.3 (4 hasta)
Disko-vertebral yüzlerde osteofitsiz erozyon	% 8.3 (4 hasta)
Disko-vertebral yüzlerde osteofitli erozyon	% 20.8 (10 hasta)
Disk mesafelerinde osteofitsiz daralma	% 6.2 (3 hasta)
Disk mesafelerinde osteofitli daralma	% 16.6 (8 hasta)
Apofiz eklemlerinde : Ankiloz	% 14.5 (7 hasta)
Erozyon	% 10.4 (5 hasta)
Skleroz	% 12.5 (6 hasta)

Osteoporoz : RA li 48 hastanın 19 da osteoporoza rastlanmıştır. En sık görülen radyolojik değişimdir. İstatistiksel olarak osteoporoz görülen ve görülmeyen hastaların, hastalık süreleri arasındaki karşılaştırma Mann-Whitney U testi yapılarak araştırılmış ve her iki grupta süre dağılımları farksız görülmüştür ($p > 0.05$). Her iki hasta gurubu-



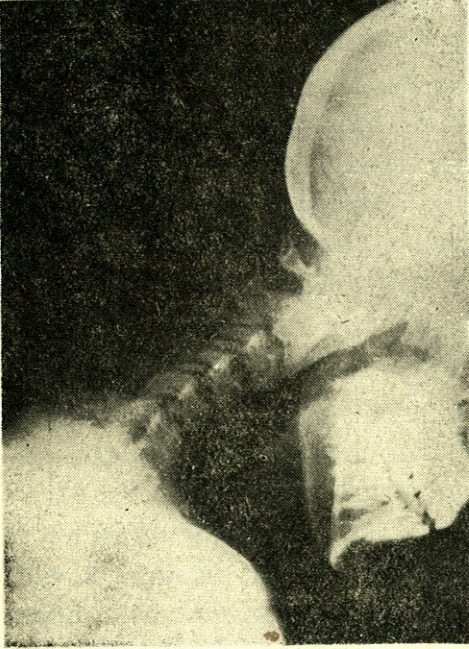
Resim 1 : 65 yaşında 25 yıllık romatoid artritli hastada atlanto-odontoid subluksasyon.

nun yaş ortalamaları arasındaki farkın önem kontrolü t testi yapılarak araştırılmış ve osteoporozlu hastalarda yaş ortalaması diğer guruba göre yüksek bulunmuştur. $p < 0.05$. Steroid kullanımı ve latex pozitifiğinin osteoporoz görülmesinde etkili olmadığı ancak hastalığın aktivitesinin osteoporozun görülme sıklığında artışa neden olduğu ki-kare (X^2) testi ile tesbit edilmiştir $p < 0.01$.

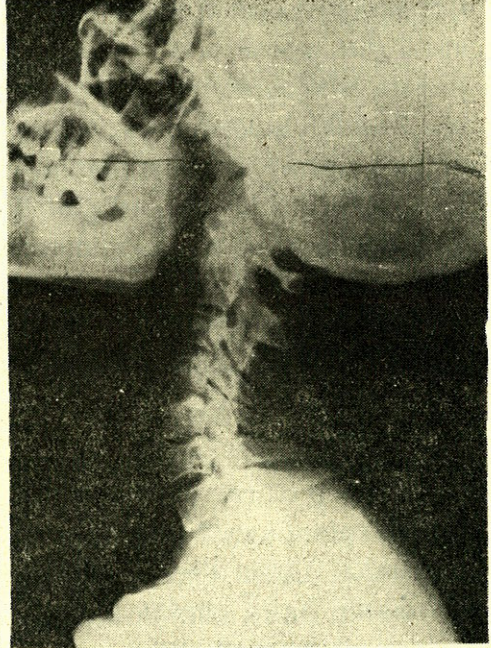
Atlanto-odontoid subluksasyon : RA li 12 hastada atlanto-odontoid subluksasyon saptandı. İstatistiksel değerlendirmede subluksasyon görülen hastalarda sadece hastalık sürelerinin uzun olduğu görüldü $p < 0.01$. Subaxial subluksasyona ise sadece 8 hastada rastlandı.

Osteofitli darlık ve erozyon : RA li 8 hastada disk mesafelerinde darlıkla birlikte osteofit, 10 hastada ise osteofitli erozyon tesbit edil-

di. Bu hastaların yaş ortalamaları diğer hastalardan daha yüksekti, yaş ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak önemli bulundu $p < 0.01$. Spinal çukuntular ve odontoidde rezorpsiyon, disk mesafelerinde osteofitsiz olarak görülen daralma ve erozyon, apofizer eklemlerde görülen değişiklikler ise sayıca istatistiksel önem taşımayacak değerlerde bulundu.



Resim 2 : 22 yaşında 4 senelik romatoid artritli hastada subaxial subluksasyon.



Resim 3 : 30 yaşında 10 senelik romatoid artritli hastada 2. ve 3. servikal vertebra-ların apofiz ekleminde ankiloz.

TARTIŞMA

Atlanto-odontoid subluksasyon RA de sık rastlanan bir bulgudur, tam tesbiti içinde fleksiyonda boyun filminin çekilmesi gereklidir. Atlanto-odontoid subluksasyonun görülme sıklığı hakkında farklı yayınlar mevcuttur. Rasker ve Kosch % 42, Smith ve ark. % 9, Sharp ve Purser % 19, Mathews % 25, Stevens ve ark. % 36, Meikle ve Wilkinson % 37, Serre ve ark. % 37, Martel ise % 71 varan rakamlar bildirmişlerdir (12,16,13,10,15,11,7).

Rasker ve Kosch RA sonucu servikallerde subluksasyon oluşan durumlarda kortikosteroid tedavisinin durumu dahada ağırlaştırdığını görmüşlerdir. Romatoidli olmayan ancak diğer hastalıklar nedeniyle uzun süredir steroid kullanan hastalarda da subluksasyon görüldüğü bildirilmektedir. Conlan ve ark. yaptıkları çalışmalarda atlanto-odontoid subluksasyon ile RA'in şiddeti, subkutan nodüller, positif latex fiksasyon testinin istatistiksel olarak ilişkili olduğunu bulmuşlardır, ancak cins oral kortikosteroid kullanımı ve hastalığın süresi ile ilişki saptamamışlardır (2). Mathews ve ark. ise hastalığın süresi ile subluksasyonun arttığını bulmuşlar, erkeklerde, subkutan nodülleri, ağır erozyonları olanlarda ve steroid kullananlarda daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Meikle ve Wilkinson sadece steroid kullananlarda görülme sıklığının arttığını, ayrıca atlanto-odontoid, subaxial subluksasyonun, osteoporozun, apofiz eklemlerindeki füzyon ve erozyonların istatistiksel olarak birbirleriyle ve çoğununda hastalık süresi ve kortikosteroid tedavisiyle ilişkili olduğunu bildirdiler (11).

Steroidler anti-anabolik etkileri nedeniyle, kemik yapısında, ligaman ve diğer bağ dokusu elemanlarının kollajen maddelerinde azalmaya sebep olarak subluksasyona yol açarlar. Servikal üst seviyelerinde spinal kanal oldukça geniş olduğundan medulla basısı pek sık görülmez. Ancak ileri derecede sakatlık gelişmiş hastalarda hafif travmalar, hatta günlük aktiviteler esnasında medullar bası tablosu ortaya çıkabilir. Özellikle genel anestezi esnasında boyun kaslarının gevşemesine bağlı olarak medulla basıları görülebilir. Bu nedenle böyle hastalara genel anestezi verilirken çok dikkatli olmalıdır. Bazı vakalarda medullar kompresyonla ani ölümler tarif edilmiştir (3,8,17).

Biz araştırmamızda % 25 oranında atlanto-odontoid subluksasyona rastladık. Vakalarımızda subluksasyon uzun süredir hasta olan şahıslarda görüldü. 3 hasta hariç, diğerleri 10 yıldan daha uzun süredir RA li idiler. Yaptığımız istatistiksel değerlendirmede atlanto-odontoid subluksasyon ile hastalığın süresi, aktivitesi, latex positifliği, steroid kullanımı ve hastaların yaşı ile ilişki saptamadık. Subaxial subluksasyona ise daha az oranda rastladık (% 16.6). Atlanto-odontoid ve subaxial subluksasyonlu hastalarımızda spinal kord basısına ait herhangi bir nörolojik bulgu tesbit etmedik.

RA li hastalarda erozyonlar vertebraların diske bakan yüzlerinde görülür. Ball, serviko-disko-vertebral tutulmanın komşu nörosantral eklemlerdeki inflamatuvar bir hadisenin uzantısı olduğunu kabul eder (6). Bu tip lezyonların juvenil romatoid artritte görülmemesini de nörosantral eklemlerin gelişmelerini 20 yaş civarında tamamlamalarına bağliyabiliriz. Hastalarımızda disk mesafelerinde osteofit görülme sıklığı darlık ve erozyon oldukça az sayıda idi. Osteofitli darlık ve erozyona ise daha yüksek oranda rastlandı, ancak bunlar romatoidden çok dejeneratif disk hastalığına bağlı idi. Hastaların yaş ortalamalarının yüksek olması bunu teyid etmektedir. Aslında bu erozyonların kesin ayırıcı teşhisinde tomografiye ihtiyaç vardır.

Apofiz eklem füzyon ve erozyonlarında sıklıkla rastlandığına dair yayınlar mevcuttur. Meikle ve Wilkinson 118 RA li üzerinde yaptıkları bir çalışmada apofiz eklemlerindeki ankilozu % 17, erozyonları % 15.2 dejeneratif değişiklikleri ise % 44.9 oranında bulmuşlardır. Bizim araştırmalarımızda ise apofiz eklemlerine ait lezyonlarda görülme sıklığı; % 14.5 ankiloz, % 10.4 erozyon, % 12.5 skleroz idi, ve genellikle lezyonları üst seviyelerde tesbit ettik.

Osteoporoz RA de sıklıkla rastlanan radyolojik bir bulgudur, fakat bütün kronik romatizmal hastalıklarda görüldüğü için teşhiste çok yardımcı değildir. Ancak servikal subluksasyonla birlikte olduğunda teşhiste değer taşır. Hastalarımızda % 39.5 oranında osteoporozu rastladık. Bununla beraber hastaların yaş ortalamalarının yüksek olması senil osteoporozunda bu oranın artmasında rolü olduğunu ortaya koymaktadır.

ÖZET

Bu çalışmada 48 RA li hastanın servikal vertebralarındaki radyolojik değişimler, hastaların nötral pozisyonda, hiperfleksiyonda ve hiperestansiyonda yan grafileri ile, ağız açık pozisyonda ön arka grafileri çekilerek incelendi. Atlanto-odontoid mesafe 2.5 mm yi geçen vakalar atlanto-odontoid subluksasyon, vertebraların arka kenarla -

rının alt alta dizilişinde 1 mm veya daha fazla kayma subaxial subluksasyon olarak kabul edildi.

Sonuçta RA li hastalarımızda en çok görülen radyolojik değişimlerin sırasıyla; osteoporoz, atlanto-odontoid subluksasyon, disko-vertebral kenarlarda osteofitli erozyonlar, vertebral disk aralığında osteofitli daralma, subaxial subluksasyon, apofiz eklemlerinde ankiloz, skleroz ve erozyon olduğu saptandı. Hastalarda sıklıkla görülen osteoporozun hastaların yaşları ve hastalığın aktivitesi ile atlanto-odontoid subluksasyonun hastalık süresi ile, osteofitli darlık ve erozyonun ise hastaların yaşı ile orantılı olarak arttığı saptandı.

SUMMARY

Radiological Changes of Cervical Spine Associated with Rheumatoid Arthritis

In this study 48 patients with RA were subjected to radiological examination with respect to alterations in their cervical spine. This was done with the examination of their radiograms taken in neutral, hyperextension and hyperflexion state laterally, as well as posteriorly in open mouth position. When atlanto-odontoid space exceeded 2.5 mm with RA cases, these were regarded as subluxation. When the normal alignment of the vertebrae shifted 1 mm or more posteriorly or anteriorly, these were regarded as subaxial subluxation.

In the end, the most frequently observed radiological changes with RA patients were respectively; bony demineralization, atlanto-odontoid subluxation, osteophytic narrowing and erosions of the intervertebral disc space, subaxial subluxation and fusion, degenerative changes and erosions in apophyseal joints.

It was established that bony demineralization seen frequently in patients with RA was related with ages of the patients, and activity of the disease. Atlanto-odontoid subluxation most commonly seen in patients with long-standing disease. While narrowness and erosions with osteophytosis increased in proportion to the ages of the patients

LİTERATÜR

1. Bland, J.H., Davis, P.H., and London, M.G. : Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Arch. of Intern. Med.* 112, 892-898, 1963.
2. Conlon, P.W., Isdale, I.c and Rose, B.S. : Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Ann. of the Rheum. Dis.* 25, 120-126, 1966.
3. Davis, F.W., JR., and Markley, H.E. : Rheumatoid arthritis with death from medullary compression. *Ann. Intern. Med.* 35, 451 1951.
- 4 - Hinck, C.V., and Hopkins, E.C. : Measurement of the atlanto-dental interval in the adult. *Ann. J. Roent. Rad. Ther. Nuc. Med.* 84, 945-51, 1960.
- 5 - Locke, G.R., Gardner, J.I., Van Epps, E.F. : Atlas-dens interval (ADI) in children. A study based on 200 normal cervical spines. *Am. J. Roent.* 97 : 135,1966.
6. Martel, W. : Pathogenesis of cervical disco-vertebral destruction in rheumatoid arthritis. *Arth. and Rheum.* Vol. 20 No. 6, 1977.
7. Martel, W. : The occipito-atlanto-axial joints in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Amer. J. of Roent.* 86, 223-240, 1961.
8. Martel, W., and Abell, M.R. : Fatal atlanto-axial luxation in rheumatoid arthritis. *Arth. and Rheum.* 6, 224, 1963.
9. Martel, W., Page, W.J. : Cervical vertebral erosions and subluxations in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arth. and Rheum.* 3 : 546, 1960.
10. Mathews, J.A. : Atlanto-axial subluxation in rheumatoid arthritis. *Ann. of the Rheum. Dis.* 28, 260-166, 1969.
11. Meikle, J.A.K., and Wilkinson, M. : Rheumatoid involvement of the cervical spine. *Ann. of the Rheum. Dis.* 30, 154-161, 1971.
12. Rasker, J.J., and Cosh, J.A. : Radiological study of cervical spine and hand in patients with rheumatoid arthritis of 15 years' duration : an assessment of the effects of corticosteroid treatment. *Ann. of the Rheum. Dis.* 37, 529-535, 1973.
13. Sharp, J., and Purser, D.W. : Spontaneous atlanto-axial dislocation in ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. *Ann. of the Rheum. Dis.* 20, 47-77, 1961.

14. Sharp, J., Purser, D.W., and Lawrence, J.S. : Rheumatoid arthritis of the cervical spine in adult. *Ann. of the Rheum. Dis.* 17, 303-313, 1958.
15. Smith, P., Benn, R.T., and Sharp, J. : Natural history of rheumatoid cervical luxations. *Ann. of the Rheum. Dis.* 31, 431-439, 1972.
16. Stevens, J.C., Cartilidge, N.E.F., Saunders, M., Appleby, A., Hall, M., and Shaw, D.A. : Atlanto-axial subluxation and cervical myelopathy in rheumatoid arthritis. *Quant. J. of Med.* 40, 391-408, 1971.
17. Storey, G. : Changes in the cervical spine in rheumatoid arthritis with compression of the cord. *Ann. Phys. Med.* 4, 216, 1957-1958.

MİDE PSÖDOLENFOMASI

Çok nadir rastlanan bir olgu dolayısıyla bu hastalığın incelenmesi

Erdal Anadol*

Murat Akyol**

Tarık Çağa**

Ahmet Yayıoğlu**

Midenin malign tümörleri arasında karsinomaların klasik olarak lenfomalardan daha kötü bir prognoza sahip oldukları bilinmektedir (2,5,6,9,10,11). Ancak midenin lenfoid lezyonlarında kendi aralarında histopatolojik yapı ve biyolojik davranış olarak çok farklı olabilmektedirler. Mide lenfoması tanısı almış hastalar arasında bazıları bir malignite için alışılmadık denli uzun yaşam süreleri göstermektedirler. Smith ve Helwig (9) bu gözleme dayanarak bazı benign lenfoid mide lezyonlarının yanlış olarak lenfoma tanısı almış olabileceğini ve bu nedenle lenfomalarda prognozun aldatıcı şekilde karsinomalardan daha iyi görülebileceğini öne sürdüler. Yazarlar enstitülerinde mide lenfoması tanısı almış 131 hastanın mikroskopik preparatlarını tekrar gözden geçirerek yaptıkları bir tarama sonucu 1958 yılında şu sonuçlara vardıklarını bildirdiler (9).

Midenin malign lenfoması biyolojik davranış olarak, mideyi tutmuş olan jeneralize lenfomadan tamamen farklı bir patolojidir. Bazı lokalize mide lezyonları (Pseudolymphoma) tamamen benign olmalarına karşın, histolojik olarak generalize malign lenfomanın mide bulgularına çok benzer bulgular verebilir ve karıştırılabilirler. Bu iki patolojiyi ayırtetmek için belirli bazı histopatolojik kriterler mevcuttur.

Literatürde bu ilk tanımlamadan sonra konu diğer bazı araştırmacılar (3,4,8,10) tarafından incelenmiştir. 1982 yılına kadar Anglo-Sakson literatüründe toplam 116 vakaya rastlanılmıştır (5). Lezyonun bu denli nadir olması, gerek etiyolojisi, gerekse klinik ve histolojik özel-

* A.Ü.T.F. Genel Şirürji Anabilim Dalı Doçenti.

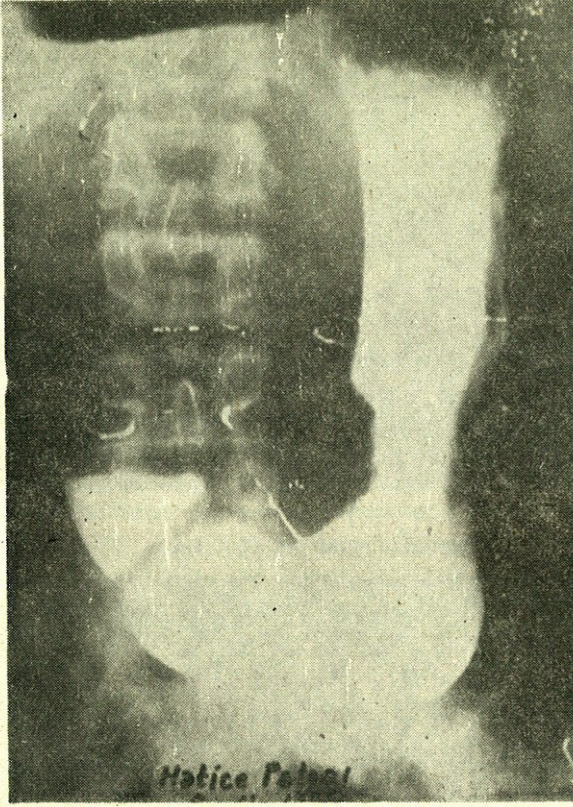
** A.Ü.T.F. Genel Şirürji Anabilim Dalı Asistanı.

*** A.Ü.T.F. Genel Şirürji Anabilim Dalı Profesörü.

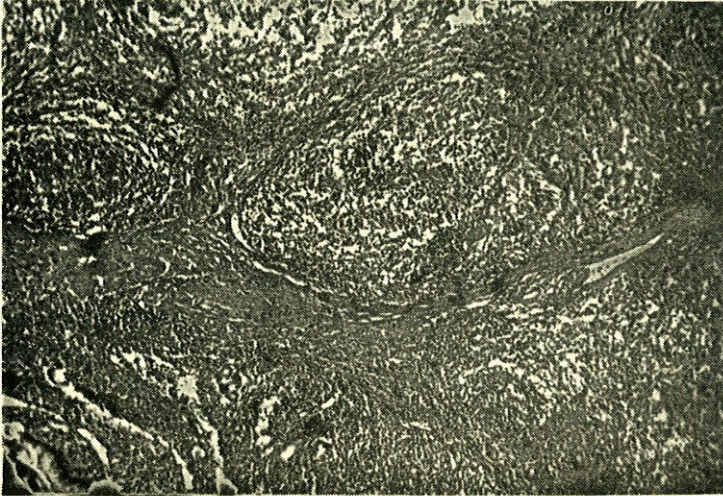
liklerinin aydınlatılmasını güçleştirmektedir. Terminoloji konusunda bile bir görüş birliği mevcut değildir ve «pseudolymphoma»nın yanı sıra «gastric lymphoid hyperplasia, reactive lymphoid hyperplasia, chronic atrophic lymphoblastomoid gastritis, lymphoreticular hyperplasia, chronic lymphoid gastris» olarak da adlandırılmıştır (4,5).

OLGU TAKDİMİ :

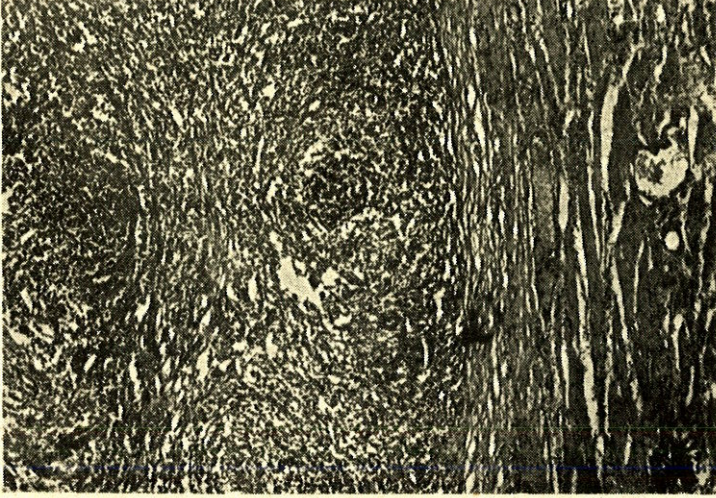
66 yaşında kadın hasta (H.P/6016/30.11.1981), epigastriumda ağrı yakınması ile 1981 yılında ilk kez polikliniğimize başvurmuştu. 4 yıldır yemeklerden önce daha fazla olan, anti-asit ve sütle azalan epigastrik ağrı yakınması vardı. Ağrının sırta vurduğunu, ekşi ve acı gıdalarla arttığını vurguluyordu. İki yıl önce bulantı ve kusma olduğunu ancak son zamanlarda bu tür bir yakınması olmadığını söyleyen hasta hiç hematemez veya melena tanımlamıyordu. Kesin kilo olarak ifade edememekle birlikte son iki ay içinde zayıfladığını söylemekteydi. Soy geçmişinde önemli bir özelliği olmayan hastanın, fizik muayenesinde yalnızca epigastriumda derin palpasyon ile ağrı saptanmaktaydı. Karında palpabl bir kitle yoktu. Tüm biokimyasal tetkikleri normal olan hastada, gaitada gizli kanda saptanamadı. Baryumla üst gastrointestinal sistem grafilerinde, mide antrumunda küçük kurvaturda nisbeten düzgün kenarlı bir dolma defekti mevcuttu (Resim 1). İki defa uygulanan gastroskopi sonucu, malign gastrik ülser ve antral gastrit tanısı alan hastaya mide kanseri ön tanısı ile 3.12.1981 tarihinde laparotomi uygulandı. Eksplorasyonda mide antrumunda yaklaşık 4x3x3 cm. boyutlarında tümöral kitle ve küçük kurvatur boyunca yaygın, büyük lenfadenopati saptandı. Karaciğer, dalak ve diğer karın organları normaldi. Bu bulgularla rezektabl mide kanseri olduğuna karar verilerek Billroth I tipi 3/4 distal sub-total mide rezeksiyonu yapıldı. Ameliyat piyesinin patolojik tetkikinde, lezyonun mide küçük kurvatur tarafında, antrum ile angulus arasında yerleştiiği, sınırlarının belirgin olduğ u ve üzerinde multipl ülserasyonlar bulunduğu izlendi. Mikroskopik olarak midede lenf folliküllerinden oluşan nodüler bir görünümün hakim olduğ u ve arada yer yer fibrozis ve karışık tiplerde, yaygın bir iltihabi infiltrasyon bulunduğu görüldü (Resim 2.3). Follikülleri oluşturan hücreler pleomorfizm ve analplazi belirtisi göstermeyen olgun lenfositlerdi (Resim 4). Yer yer folliküllerin 'centrum germinativum'larında mitozların bulunduğu izlendi. Ayıklanan lenf bezlerinde de yukarıda sayılanlara benzer özelliklerde re-



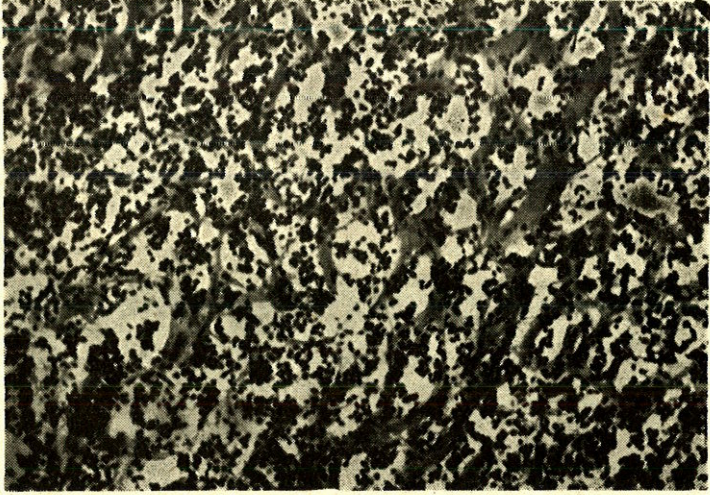
Resim 1 - Mide küçük kurvaturunda nisbeten düzgün kenarlı bir dolma defekti görülmektedir.



Resim 2 - Mide duvarında kolla enize bağ dokusu ile birbirlerinden ayrılmış lenf folliküllerinden oluşan hiperplazik lenfoid dokunun ortaya koyduğu nodüler görünüm. 40 X, H.E.

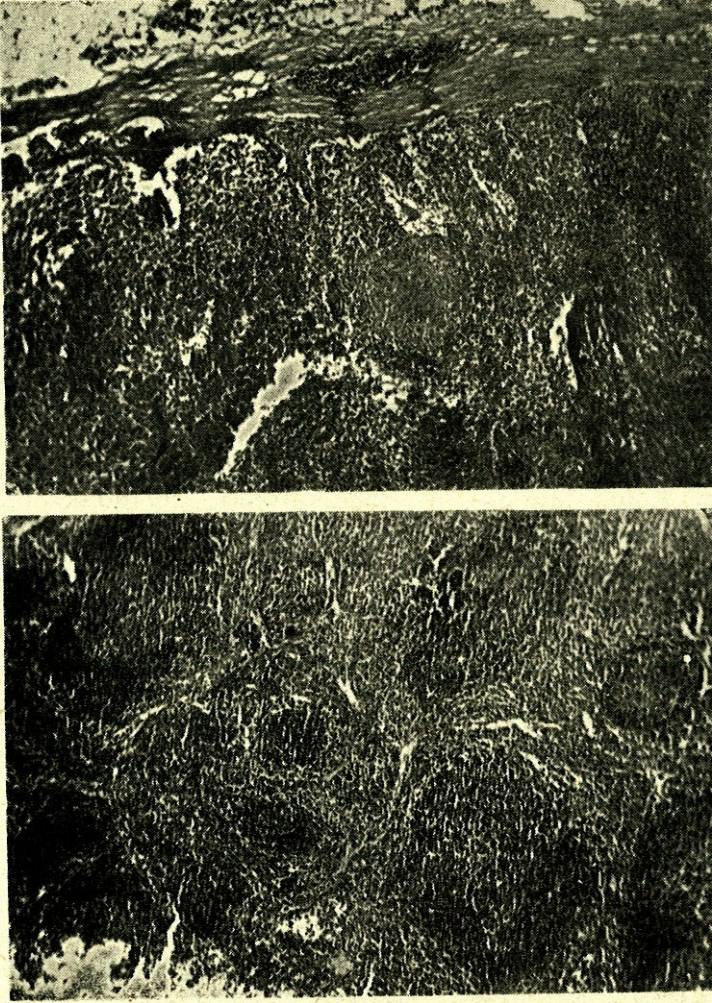


Resim 3 - Hiperplazik lenfoid dokunun mide duvarında müsküler tabakada meydana getirdiđi harabiyet. 40 X, H.E.



Resim 4 - Büyük bykmede lenf folliküllerinin olgun lenfositlerden oluştuğu ve arada hyalinize kollajen bantların yer aldığı grlmektedir. 250 X, H.E.

aktif lenfoid hiperplazi saptandı (Resim 5,6) ve olgu mide psödolenfoması tanısı aldı. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta şifa ile taburcu edildi. 6 ay sonra çekilen mide-duodenum grafisi herhangi bir patolojinin bulunmadığı rezeke bir mideyi gösteriyordu. Halen postoperatif takibi sürdürülen hasta, ameliyat sonrası ikinci yılını hiçbir yakınması olmaksızın sağlıklı bir şekilde doldurmuştur.



Resim 5 ve 6 - Hiperplazik lenfoid dokunun nodüler diziliş şekli bir lenf bezinde belirgin şekilde görülmektedir. 40 X, H.E.

TARTIŞMA

Mide karsinomaları için ortalama yaş 61 olmasına karşılık, mide lenfomaları için ortalama 57 olarak bulunmuş ve yaş gruplarına göre dağılımı açısından lenfoma ile psödolenfomanın farklı olmadığı görülmüştür (1,5,8). Lenfoma da, psödolenfoma da erkeklerde kadınlara göre biraz daha sık görülmektedir (5,8).

Psödolenfomada en sık rastlanan semptom epigastrik ağrıdır (1, 3,5). Ağrı çoğunlukla ülser ağrısı tipindedir. Hastaların çoğunda orta derecede bir kilo kaybıda mevcuttur. Kusma, hematemez ve melana da eşlik edebilen diğer semptomlardır (1,3,5,11). Semptomların önemli bir özelliği, uzun bir süreden beri mevcut olmalarıdır. Fizik muayene-nede karında palpe edilebilen bir kitle bulunmadığı sürece başka önemli bir bulguya rastlanmaz.

Mide lenfomasında fibrozis, psödolenfoma ve karsinomaya oranla çok daha azdır ve bu nedenle lenfomalarda perforasyona daha sık rastlanır (6).

Anemi dışında ne lenfoma, ne de psödolenfomayı destekleyecek bir laboratuvar bulgusu yoktur.

Mide-duodenum grafisi lezyonu hemen daima ortaya koymakla beraber karsinoma, lenfoma ve psödolenfoma arasındaki ayırımıda çoğunlukla yardımcı olmaz. Karsinomalarda obstrüksiyona lenfoma ve psödolenfomaya oranla daha sık rastlanır (2,5). Psödolenfoma lehine olan radyolojik bulgular, bir dolma defektine rağmen düzgün kenarlı ülser veya ülseler ve lezyona komşu bölgelerde mide plikasyonunun kaybolmaması, aksine kabalaşmasıdır (2,5,11).

Bir mide psödolenfomasının endoskopik muayenesinde konulan tanı çoğunlukla mide kanseri olmaktadır (2,5).

Mide lenfomasında bile endoskopik biopsi ya da sitolojik inceleme ile doğru tanının % 50'nin üzerine çıkmadığı (2) gözönüne alınır-sa psödolenfoma tanısı için bu tekniklerin yetersiz kalacağı aşikardır. Ancak radyolojik ve endoskopik görünümü malign olan bir lezyonun tekrarlanan biopsi ya da sitolojik incelemelerinin sonucu benign olarak geldiği takdirde psödolenfoma akla gelebilir (2,5,7).

Preoperatif hiçbir inceleme psödolenfoma tanısını koymada yardımcı olamadığı gibi «frozen section»da hemen hiçbir zaman kesin tanı koyduramaz.

Sonuç olarak mide psödolenfoması tanısının koymanın yegane yöntemi ameliyatta eksize edilen mide ve çevre lenf bezlerinin histopatolojik incelemesidir.

Gastro-intestinal lenfomaların en sık yerleşme yeri midedir (% 48) (5). Midenin malign tümörlerinin ise % 3 ünü lenfomalar teşkil ederler. Mide lenfomaları içinde en sık görüleni diffüz histiyositik lenfomadır. İkinci sıklıkda az diferansiye lenfositik lenfoma görülür ki psödolenfoma ile ayırımı en güç olanı budur. Genel olarak lenfoma-

lar, psödolenfomalardan daha büyük bir kitle teşkil ederler. Midedeki lezyonun 5 cm.'den küçük olması ve üzerinde tek bir tane, kenarları kabarık ve düzgün ülser bulunması psödolenfoma lehinedir. Psödolenfomanın mikroskopik görüntüsüne nodüler bir diziliş şekli hakimdir (6). (Resim 2,5,6) «Centrum germinativum»u bulunan gerçek lenf follikülleri izlenir. Follikülleri oluşturan hücreler büyük büyü - melerde olgun lenfositlerdir (Resim 4). Mitozlar yalnızca reaksiyon merkezlerinde görülür. Her çeşit iltihabi hücreden oluşan bir infiltrasyon ve fibrozis (Resim 3,4) görülür.

1970 yılında Watson ve O'Brien (11) mide lenfomasi ile psödolenfomasi arasındaki ayırım için gerekli kriterleri Tablo I ve II'de gösterildiği şekilde özetlenmiştir. Buna rağmen rezeksiyon materyelinin histopatolojik incelemesi bile bazı vakalarda kesin sonuca götürmemektedir (5,6,7,). Palestro ve ark (7) lenfositler dokunun malign tümörlerinde görülen bazı immünolojik değişikliklerin psödolenfomalarda görülmediğini ve bunun ayırıcı tanıda bir kriter olabileceğini öne sürmektedirler.

Tablo I - Pseudolenfomanın Histolojik Özellikleri

Esas Tanı Kriterleri	1. Centrum germinativumu bulunan gerçek folliküller görülür.
	2. Hücre tipi olgun lenfositlerdir.
	3. Lenf bezleri tutulması yoktur.
Yardımcı Tanı Kriterleri	1. Mikroskopik görüntüye nodüler bir diziliş hakimdir.
	2. Her çeşit inflamatuvar hücreden oluşan bir infiltrasyon vardır.
	3. Mitozlar yalnızca reaksiyon merkezlerinde görülür.
	4. Fibrozis ve reaktif değişiklikler vardır.
Destekleyici Özellikler	1. Makroskopik olarak kesin sınırlıdır.
	2. Lezyon kenarları genellikle kabarıktır.
	3. Hemen daima mucusada ülserasyon görülür.

Tablo II - Midenin Lenfositik Lenfomasının Histolojik Özellikleri

Esas Tanı Kriterleri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centrum germinativum içeren follikül formasyonu yoktur. 2. Hücreler anaplazi ve pleomorfizm gösterir. 3. Regional lenf bezleridir tutulmuştur.
Yardımcı Tanı Kriterleri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karışık bir inflamatuvar infiltrasyon içinde nodüler bir diziliş göstermeyen lenfosit tabakaları vardır. 2. Serozayı aşan mural invazyon vardır.
Destekleyici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mikroskopik olarak küçük hücre gruplarını yaygın bir retikulum ağı çevreleyerek birbirinden ayırır. 2. Damar invazyonu. 3. Mukozadaki ülserasyonlar çoğunlukla birden fazla sayıdadır.

SONUÇ

Gerek histopatolojik yapısı, gerekse semptomatolojisi ve klinik özelliklerinin gösterdiği gibi mide psödolenfoması kronik bir mide ülserine karşı oluşan lenfoid reaksiyon ile karakterize benign bir patolojidir.

Bu hastalarda rezeksiyon kesin olarak şifayı sağladığı için doğru tanı koymak özellikle önem kazanmaktadır. Ancak belirtildiği gibi mide psödolenfomasının preoperatif kesin tanısı mümkün olmadığı gibi özenle tetkik edilmeyen vakalarda histopatolojik bir ayırım bile güç olmaktadır. Hastalarını gereksiz bir radyoterapinin veya kemoterapinin morbidite ve hatta mortalitesinden korumak için cerrahın konu hakkında yeterince bilgili olması ve histopatolojik incelemeye, gerekirse immünolojik testlere yön vermeye yardımcı olacak şekilde patolog ile işbirliği içinde olması zorunludur.

ÖZET

Bir mide psödolenfoması olgusu münasebetiyle bu konudaki literatür gözden geçirilmiş ve özellikle ayırıcı tanı üzerinde durulmuştur. Hastalarını gereksiz bir radyoterapi ve kemoterapinin riskine sokmak için her cerrahın bu konuda yeterince bilgili olması zorunludur.

SUMMARY

Pseudolymphoma Of The Stomach

A case of pseudolymphoma of the stomach is presented and the literature on this subject is reviewed, particularly emphasising the differential diagnosis. It should be every surgeons responsibility to be familiar with this situation and not to subject his patients to a course of inadvertent radiotherapy or chemotherapy.

KAYNAKLAR

1. Bucholz, R.R., Reid, R.A. : Pseudolymphoma of the stomach. Surg. Clin. North. Am., 52 : 485, 1972.
2. Chiles, J.T., Charles, E.P. : The radiographic manifestations of pseudolymphoma of the stomach. Radiology, 116 : 551, 1975.
3. Johnson, A.G., Sowebutts, J.G. : Pseudolymphoma of the stomach. Br. J. Surg. 55 : 81, 1968.
4. Martel, W., Abell, M.R., Allan, T.N.K. : Lymphoreticular hyperplasia of the stomach. A.J.R., 127 : 261, 1976.
5. Mattingly, S.S., Cibull, M.L., Ram, M.D., Hagihara, P.F., Griffen, W.O. : Pseudolymphoma of the stomach. Arch. Surg., 116 : 25, 1981.
6. Ming, S.C. : Tumors of the esophagus and stomach. Armed Forces Institute of Pathology, Section 7 : 110, 1973.

7. Palestro, G., Paggio, E., Leonardo, E., Coda, R. : Primary gastric lymphoid proliferations (Immunological criteria to distinguish gastric lymphoma from reactive hyperplasia). *Oncology*, 34 : 164, 1977.
8. Perez, C.A., Dorfman, R.F. : Benign lymphoid hyperplasia of the stomach and duodenum. *Radiology*, 87 : 505, 1966.
9. Smith J.L., Jr., Helwig, E.B. : Malignant lymphoma of the stomach. *Am. J. Pathol*, 34 : 553, 1958.
10. Valdes-Depena, A., Affotter, H., Vilardell, F. : The gradient of malignancy in lymphoid lesions of the stomach. *Gastroenterology*, 50 : 382, 1966.
11. Watson, R.J., O'Brine, M.T. : Gastric pseudolymphoma. *Ann. Surg.* 171 : 98, 1970.

TİROİD NODÜLLERİNİN TANISINDA, İNCE İĞNE ASPİRASYON BİOPSİSİ VE HİSTOPATOLOJİK SONUÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

(78 Olguluk Bir Serinin İncelenmesi)

Hasan Acar*

Bilsel Baç**

Cemil Ekinci***

İsmail Kayabalı****

Tiroid nodüllerinin kanser riski yönünden değerlendirilmesinde : Klinik bulgular, sintigrafi, ekografi, anjiyografi, termografi önem taşır (1,6,7,9). Buna rağmen bazen benign ve malign lezyonların ayırımında güçlükler çıkmaktadır. Tiroid nodüllerinin ince iğne aspirasyon biopsi tekniği ile preoperatif değerlendirme yöntemi, birçok araştırmacı tarafından uygulanmaktadır. Bu çalışmada, nodüler guatr'lı 78 olguda preoperatif ince iğne aspirasyon biopsisi yapılmış ve histopatolojik muayene sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.

MATERYEL VE YÖNTEM

A — İncelenen 78 hastanın 7 si erkek, 71 i kadın, yaş ortalaması, 34 yıldır.

B — Fizik muayene ile nodüler guatr saptanan bu 78 hastada, ince iğneli, steril, 10 cc.'lik plastik enjektörler ile aspirasyon biopsisi yapıldı. Dış çapı, 0.6-0.9 mm. olan iğneler kullanıldı. Biopsi sırasında hastalar supine pozisyonuna alındı, boyun hafif gergin duruma getirildi. Çocuklar dahil hiçbir olguda anestezi gerekmedi. Boyun ön yüzünde gerekli aseptisi sağlandıktan sonra, bir elle nodül kavranıp diğer elle enjektör'ün iğnesi nodül'ün ortasına kadar sokuldu. Daha sonra enjektör'ün içinde negatif basınç yaratılıp, iğne tekrar nodül'ün içinde değişik yerlere ileri geri oynatılıp, iğne lümeninin hücre kümeleriyle dolması sağlandı. Yeteri kadar materyel alındığına emin olduktan

* A.Ü.T.F. Genele Cerrahi Anabilim Dalı Asistanı.

** A.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzman Asistanı.

*** A.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

**** A.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

sonra, önce enjektör iğneden ayrılıp, daha sonra iğne lezyondan çıkartıldı. İğnedeki hücre kümeleri, enjektörle kuru ve temiz bir lam üzerine püskürtülerek, diğer bir lam ile yayıldı. Tek nodüller'de bir kez yapılan biopsi, multinodüler olan olgularda iki ayrı nodül'de yapılmıştır.

C — Lezyondan yayma yapılan lam aynı gün sitolog tarafından incelendi. Materyel, «May-Grünwald Giemsa» adı verilen özel bir boya ile boyandı. Cerrahi olarak çıkartılan tiroid materyeli, sitolojik muayeneyi yapan patolog tarafından, histo-patolojik olarak incelendi.

BULGULAR

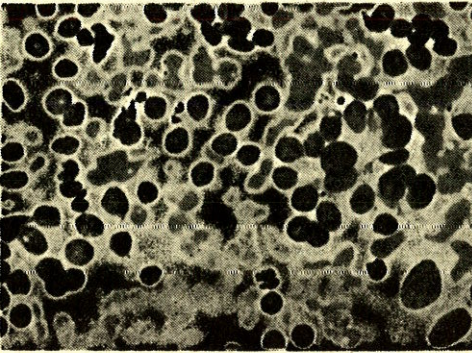
Olgularımızda, fizik muayene ve sintigrafi bulguları, Tablo - 1) de özetlenmiştir.

Tablo 1 - Olgularımızda fizik muayene ve sintigrafi bulguları.

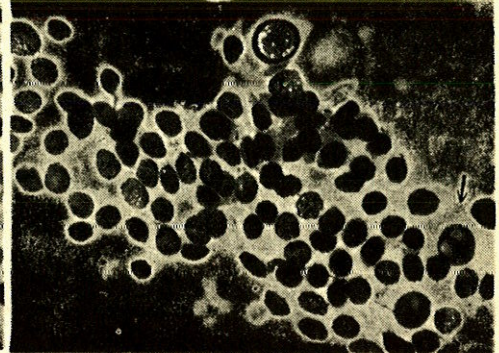
Fizik Muayene	Olgu S.	Sintigrafi Bulguları		
		Hipo	Normo	Hiper
Tek Nodül	34	26	8	—
Multinodül	44	52	36	—

Multinodüler olgularda, aspirasyon biopsisi yapılan nodüllerin 52'sinde sintigrafide hipoaktivite, 36'sında normoaktivite saptandı. Hiçbir nodülde hiperaktivite yoktu.

66 yaşında, erkek bir olgu, sitolojik ve histo-patolojik olarak anaplastik kanser saptandı. 30, 36 ve 40 yaşlarındaki 3 olguda yine sitolojik ve histopatolojik olarak papiller kanser saptandı.



Resim - 1 : Papiller kanser. Aynı büyüklükte sirküler yığılmalar gösteren hücreler.



Resim - 2 : Papiller kanser. Bir «Pseudo-nucleoli» görünümü.

Tablo 2 - Sitolojik ve Histo-patolojik muayene bulguları.

Histo-Patolojik Mua. Bulguları	Olg. Say.	Sitolojik Mua. Bulguları	Olg. Say.	Sintigrafi Bulguları		
				Hipo.	Norm.	Hiper.
Papillar kanser	3	Papiller kanser	3	3	—	—
Anaplastik kanser	1	Anaplastik kanser	1	2	—	—
Kod. Kol. Guatr	63	Class I ve II	63	64	39	—
Basit Adenom	6	Class II	6	4	4	—
Kistik Kol. Guatr.	3	Class I	3	4	—	—
Adenomatöz Guatr	2	Class II	2	1	1	—

Multinodüler olgularda aspirasyon biopsisi yapılan nodüllerde, bütün vak'alarda, her iki nodülde de uyumlu sitolojik sonuçlar alınmıştır. Bu nedenle (Tablo - 2) de multinodüler olgularda her iki nodüldeki sitolojik bulgu, ortak tek bulgu olarak gösterilmiştir. Sintigrafi bulguları ise ayrı olarak belirtilmiştir. 44 multinodüler guatr olgusunun histo-patolojik olarak incelenmesi sonucu : 40 olguda nodüler kolloidal guatr, 2 olguda basit adenom 1 olguda kistik kolloidal guatr saptanmıştır. Bir olguda ise anaplastik kanser tanısı konulmuştur.

Serimizde yanlış (—) ve yanlış (+) bulgu yoktur. Sitolojik ve histo-patolojik sonuçlar tam olarak birbirine uymaktadır. Malignite gösteren bütün olgularda tiroid'deki nodül radyoaktif olarak hipoaktif bulunmuştur ve bir hasta dışında bütün kanserler tek nodüllüdür.

İnce iğne aspirasyon biopsisi yapılan bu seride görülen tek komplikasyon medikal tedavi ile tamamen iyileşen 2 yüzeysel ve lokal ekimoz olgusudur.

TARTIŞMA

İnce iğne aspirasyon biopsi yöntemi, 1950'lerden beri, özellikle İskandinav ülkelerinde geniş ölçüde kullanılmaktadır. Birçok yazar tarafından iyi bir tanı yöntemi olarak kabul edilmişse de (4,6,9,11), halen bazı araştırmacılar bu uygulamayı benimsememektedirler.

Deneyimli bir sitolog için tiroid lezyonlarının tanısı hiçbir zaman problem oluşturmamaktadır. Tiroid'deki regresif değişiklikler, normal asini hücreleri, kolloid endotel hücreleri ve makrofajların görül-

mesi ile kolayca tanınabilir. Hurtle hücreli adenom veya folliküler adenom da hücreyel atipi görülmediğinden rahatlıkla ayırım mümkündür. Kolloid ve hemorajik kistler tanıda bir sorun oluşturmazlar. Tiroidit olgularında, (Hashimoto veya Dequervain gibi) normal görünümlü lenfoid elemanlar, germinal merkez hücreleri veya yanı sıra subakut tiroidit de tipik epitelooid hücrelerin ve bunların değişik büyüklükteki granülomlarının saptanması, ayrıca metaplazik onkositler hücrelerin görülmesi ile rahatlıkla tanıya gidilebilir. Anaplastik ve papiller kanserlerin sitolojik tanısı sorun oluşturmaz. Papiller kanserde pseudonucleoli görünümünde yapılar içeren ve aynı büyüklükte sirküler yığılmaları gösteren hücreler izlenir (Resim - 1 ve 2). Histopatolojik incelemelerde bazen problem oluşturan folliküler kanser, hücrelerdeki ve özellikle kromatin yapısındaki atipik değişikliklerin saptanması ile sitolojik olarak kolayca tanınabilir. Tiroid dokusu dışında, lenf bezi veya diğer dokulardaki tiroid kanseri metatazları, yine sitolojik olarak rahatlıkla tanınabilir. Tiroid'in çok nadir görülen tümörlerinden olan tiroid lenfomalarında, hücreyel atipi göstermesi, tiroiditlerde izlenen normal görünümlü lenfositik hücrelerden çok farklı hücrelerin izlenmesi nedeniyle ayırım olasıdır.

Serimizde yanlış negatif ve yanlış pozitif bulgu yoktur. Bu konuda tecrübeli birçok kliniklerde, yanlış pozitif bulgu pek görülmesede yanlış negatif bulgu oranı, oldukça yüksektir (1,4,7,10,12). Bulguların doğruluğunda en önemli iki etken : aspirasyon materyelinin yeterli olması ve sitopatoloğun bu konudaki deneyimidir (1,2,8,7). Lezyondan yeteri kadar hücre kümesi alındığına emin olana kadar uygulamaya devam edilmelidir. Dokuyu tahrip etmeden istenildiği kadar aspirasyon biopsisi yapılabilir.

Tiroid bezinin aspirasyon biopsisi amacıyla, «Vim Silverman» veya «Tru-Cut» iğneleri kullanılabilir. Teknik yönden ince iğne biopsisinden büyük bir farkı yoktur. Ancak en önemli ayrıcalık, iğne biopsisinde tiroid'in parankiminin parçalanması ve bununla ilişkili olarak komplikasyonların ortaya çıkışıdır (5,6). İnce iğne biopsisi yapıldığında, tümör hücrelerinin sağlam dokulara inokulasyonu, kanama, nervus laryngeus inferior lezyonu gibi komplikasyonlar görülmemektedir. Nitekim serimizde sadece iki olguda ekimoz gelişmiştir, ve bu olgularda medikal tedavi ile kısa sürede iyileşmişlerdir.

İnce iğne biopsisi tekniğinin tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde en büyük önemi, kanser tanısı konulduğunda yapılacak ameliyatın genişliğinin önceden planlanma olanağıdır. Yanlış pozitif sonu-

cun hemen hemen bütün yayınlarda çok düşük oluşu, bizim ameliyat planımızı korkmadan uygulamamızı sağlar (1,4,6,7,9,10,12). Bunun dışında özellikle ameliyat için genel durumu uygun olmayan hastalarda operasyon tarihinin ince iğne biopsisi sonuçlarına göre bir süre erteleyebiliriz. Ancak buna rağmen, ince iğne biopsisinin negatif sonuç verdiği durumlarda, klinik olarak malignite şüphesi varsa, operasyon için tereddüt edilmemesi gerektiği kanısındayız.

ÖZET

Bu çalışmada nodüler tiroid lezyonu bulunan 78 olguda, preoperatif ince iğne biopsisi yapılarak, sonuçlar histo-patolojik muayene bulgularıyla karşılaştırılmıştır. 4 olguda tiroid kanseri, 74 olguda benign guatr saptandı. Yanlış negatif ve yanlış pozitif sonuç bulunmadı. Tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde, ince iğne aspirasyon biopsisinin çok iyi bir tanı yöntemi olduğu kanısına varıldı.

SUMMARY

Fine Needle Aspiration Biopsy In The Diagnosis Of Thyroid Nodules And Comparison With Histopathological Results (Evaluation Of 78 Cases).

In this study, a preoperative fine needle aspiration biopsy has been performed in 78 patients with nodular thyroid lesions. The cytologic results have been compared with the histopathological findings.

This study has shown that 4 patients had cancer and 74 patients had benign thyroid lesions. Fine needle aspiration biopsy gave no false negative and false positive results. It has been noticed that fine needle aspiration biopsy is a very convenient diagnostic tool in the evaluation of the thyroid nodules.

KAYNAKLAR

1. Block, M.A. : Fine needle aspiration and lesions of the thyroid. *Int. Adv. Surg. Oncol.* 1982 : 5 : 1-27.
2. Block, M.A., Dailes. G.E., Robb. J.A. : Thyroid nodules indeterminate by needle biopsy. *The American Journal of Surgery*, 146 : 72-78, 1983.
3. Blum, M., and Goldman, A.R. : Improved diagnosis of nondelineated thyroid nodules by oblique scintillation scanning and echography. *J. Nucl. Med.* 16 : 713-715 (Aug.) 1975.

4. Einorn, J., and Franzen, S. : Fine needle biopsy in the diagnosis of thyroid disease. *Acta Radiol.*, 58 : 321-336, 1962.
5. Engzell, U., Esposti, P.L., and Rubio, C. : Investigation on tumor spread in connection with aspiration biopsy. *Acta Radiol. Ther.*, 10, 385-398, 1971.
6. Esselstyn, C.B., jr., and Crile, G., Jr. : Needle aspiration and needle biopsy of the thyroid. *World J. Surg.*, 3 : 321-323, 1978.
7. Frable, W.J. : Thin needle aspiration biopsy. *Am. J. Clin. Pathol.*, 65 : 168-182, 1976.
8. Holmes, J., Chaves, F., and Carson, P. Ultrasonic evaluation of the thyroid. *Appl. Radiol.* 145 : 71-75 (Jan.-Feb.) 1976.
9. Katz, A.D., and Warren, J.Z. : The malignant «cold» nodule of the thyroid. *Am. J. Surg.*, 132 : 459-462, 1976.
10. Löwhagen, T., and Sprenger, E. : Cytologic presentation of thyroid tumours in aspiration biopsy smear. *Acta Cytol.*, 18 : 192-197, 1974.
11. Renda, F., Holmes, R.A., North, W.A., et al. : Characteristics of thyroid scans in normal persons ,hyperthyroidism and noduler goiter. *J. Nucl. Med.* 9 : 156-159 (April) 1968.
12. Wang, C.-A. ,Vickery, A.L. JR., and Maloof, F. : Needle biopsy of the thyroid. *Surg. Gynecol. Obstet.* 143 : 365-368 (Sept.) 1976.

KARIN ORGANLARININ MÜLTIPL YARALANMALARI

(133 yaralının retrospektif incelenmesi)

Ismail Kayabalı*

Birsel Baç**

Hasan Acar***

Mütipl karın organlarının yaralanmaları, gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, birden çok karın organı yaralanmasının tanı, tedavi, morbidite ve mortalite bakımından özelliklerini, kendi materyelimize dayanarak, ortaya koymaktır.

I — MATERYEL :

Bu incelemenin materyelini 1973 - 83 yılları arasında izlenen 133 yaralı teşkil etmektedir. 121 i erkek (% 90,9) ve 12 si (% 9,1) kadın olan bu yaralıların en küçüğü 4, en büyüğü 65 yaşındaydı; yaş ortalaması 24,8 yıldır.

II — KLİNİK BULGULAR :

A — Yaralanma sebepleri : (Tablo - 1) de özetlenmiştir.

Tablo 1 - Yaralanma sebepleri.

Faktör	Oran (%)	
	Vak'a	Sayısı
Trafik kazaları	29	21,8
Künt traumalar	11	8,2
Beyaz silahlar	14	10,5
Ateşli silahlar	73	54,8
İatrojenik yaralanmalar	5	3,7
Blast yaraları	1	0,75

* A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzman Asistanı.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Asistanı.

B — Yaralanma ile ameliyat arasında geçen süre :

En kısa süre 30 dakika, en uzun süre 120 saat olup ortalama sü-
re 8,75 saattir.

C — Bulgular :

- 1 — Karın boşluğunda serbest hava (radyolojik olarak) : % 71,4.
- 2 — Ortalama akyuvar sayısı : 11.160.
- 3 — Periton ponksiyonu : % 93,7 olumlu sonuç alındı.
- 4 — Şok bulunma oranı : % 38,7.

III — AMELİYAT BULGULARI :**A — Karından çıkan serbest kanla mortalite ilişkisi :**

0-500 cc.de % 12,5, 500-1000 cc.de % 48,3 ve daha çok kan mikta-
rında % 70,8 mortalite olduğu belirlendi (Tablo - 2).

**B — Yaralanmaya katılan karın organları ve mortalite ile iliş-
kileri :** (Tablo - 3) de gösterilmiştir.

Tablo 3 - Yaralanmaya katılan karın organları ve mortaliteyle ilişkileri.

Yaralanan organ/oluşum	Sayısı	Organ (%)	Mortaliteye etkisi (%)
Karaciğer	70	52,6	5,8
Dalak	52	39	16,2
Böbrek	24	18	0
Pankreas	9	6,7	25
Mide	38	28,5	0
Duodenum	13	9,7	0
Jejunum-İleum	34	25,5	0
Kolon-Rektum	40	30	0
Büyük venalar	22	16,5	33
Büyük arterler	12	9	80
Karaciğer dışı safra sistemi	7	5,2	0
Ureter, mesane ve urethra	6	4,5	0
Sürrrenal	1	0,75	0
Appendix	1	0,75	0

Bu organların sistemlere göre ayrılması (Tablo - 4) de gösteril-
miştir.

Tablo 4 - Yaralanmaya katılan sistemler ve mortaliteye etkileri.

Yaralanan sistem	Sayısı	Mortaliteye etkisi (%)
Parankimatöz organlar	156	11,75
Mide-barsak kanalı	125	1,8
Büyük karın venaları	22	33
Büyük karın arterleri	12	80
Karaciğer dışı safra sistemi	7	0
Üriner sistem	6	0

C — Yaralanan organ sayısı ile mortalite arasındaki ilişki :
(Tablo - 5) de özetlenmiştir.

Tablo 5 - Yaralanan organ sayısı ile mortalite arasındaki ilişki.

Yaralı organ sayısı	Yaralı sayısı	Mortalite (%)
2	70	18,3
3	35	34,1
4 ve daha çok	28	53,5

C — Tedavi prensiplerimiz :

Tablo - 6) da özetlenmiştir.

(Tablo - 6). Tedavide prensiplerimiz.

- Hypovolemia ve şokun hızla düzeltilmesi.
- İntübasyonlu genel (Halothane) anestezi.
- Hayat kurtarıcı, minimal ve en kısa süren girişimi uygulamak.
- Sürekli reanimasyon tedavisi.
- Geniş periton drenajı.
- Gereken antibiotiklerin yüksek dozda verilmesi.
- Serum albumin eksikliğinin hızla tamamlanması.
- Hiperalimentation.
- Kısa aralıklarla biyolojik ve biyomik incelemelerin tekrarı.
- Bu sonuçlara göre tedavide gereken düzeltmelerin yapılması.

IV — POST-OPERATİF DÖNEM BULGULARI :

A — Morbidite ve mortalite ilişkileri : (Tablo - 7) de gösterilmiştir.

(Tablo - 7). Serimizde morbidite ve mortalite ilişkisi.

Komplikasyon	Vak'a sayısı	Oran %	Ölüm sayısı	Mortalite %
Hypovolemia	23	17,2	23	100
Plöro-pulmoner	12	9	5	41,6
Kardiak	1	0,75	1	100
Septik	3	2,2	2	66,6
Çeşitli fistüller	2	1,5	1	50
Kanama	1	0,75	1	100
Pancreatitis acuta	2	1,5	1	50
Safıralı peritonitis	1	0,75	1	100
Embolus	1	0,75	1	100
Thrombophlebitis	1	0,75	0	0
TOPLAM	47	35,3	36	76,5

B — Yaralanma faktörleriyle morbidite ve mortalite ilişkileri :
(Tablo - 8) de gösterilmiştir.

C — Yaralıların geliş süresi ile mortalite arasındaki ilişkiler :
(Tablo - 9) da gösterilmiştir.

(Tablo - 8). Yaraalanma faktörleriyle morbidite ve mortalite ilişkileri.

Faktör	Morbidite		Ölüm sayısı	Mortalite %
	Sayı	Sayısı Oranı %		
Trafik kazaları	29	19	65,5	17
Beyaz silahlar	14	6	42,8	4
Künt travmalar	11	1	9	2
Ateşli silahlar	73	23	31,5	18
İatrojenik	5	2	40	1
Blast yaralanmaları	1	0	0	0
TOPLAM	133	51	38,3	42

(Tablo - 9). Geliş süresiyle mortalite arasındaki ilişki.

Geliş süresi (saat)	Vak'a sayısı	Ölüm sayısı	Mortalite %
0 - 6	103	31	30
7 saatten geç	30	11	36,6

Ç — Mortalite ile yaş arasındaki ilişkiler :

(Tablo - 10) da gösterilmiştir.

(Tablo - 10). Yaşla mortalite arasındaki ilişki.

Yaş	Vak'a sayısı	Ölüm sayısı	Mortalite %
10 yaşından küçük	7	3	42,8
11 - 20	44	9	20,4
21 - 30	47	18	38,2
31 - 40	23	8	34,7
41 - 50	11	4	36,3
50 yaşdan büyük	1	0	0

V — ÖLÜMLE SONUÇLANAN YARALANMALARIN DAHA YAKINDAN İNCELENMESİ :

A — 39 u (% 92,8) erkek, 3 ü (% 7,2) kadın olan bu yaralılarda yaş ortalaması 24,6 yıldır.

B — Kliniğe geliş süresi ortalama 12,35 saattir (Geç dönem).

C — Yaralanmalardaki faktörler % 40,5 trafik kazası, % 42,9 ateşli silah, % 9,5 beyaz silah ve % 2,3 iatrojenik yaralanmalardır.

Ç — Parasentezle % 100 tanı konulmuştur.

D — Peritondan çıkan sekestrize kan miktarı % 95 oranında 1000 cc.den çokfazladır.

E — Ölüme yol açan yaralanmalar şunlardır : % 7 büyük karın arterleri, % 24 büyük karın venaları, % 40 multipl parankimatöz organ yaralanmaları. 42 % exitus'dan 28 (% 66,6) inde 3 veya daha çok organ yaralanmıştır.

F — İlk 24 saatte exitus'a yol açan en önemli faktör % 54,7 (23 yaralı) oranında hypovolemia olmuştur. Gecikmenin mortalite üzerine etkisi 15 yaralıda kesindir (% 35,7).

G — İlk 24 saatten sonra ölüme yol açan en önemli faktörler ise şunlardır : Çeşitli infeksiyonlar : 3 (% 7,1), plöro-pülmoner komplikasyonlar : 3 (% 7,1), çeşitli sekonder kanamalar : 1 (% 2,3).

VI — TARTIŞMA

Yukarıdaki parametrelerin ışığında mültipl karın organları yaralanmalarında tedavi konusundaki görüşlerimiz şu biçimde özetlenebilir :

A — Hypovolemia'nın etkili ve planlı bir biçimde HIZLA tedavisi : Çünkü bu tip yaralanmalarda en önemli ölüm sebebi hypovolemia'dır (4,9,31,37).

B — Yaralıların ivedilikle ameliyata sevkedilmeleri.

C — Burada intübasyonlu, bol gevşetici ve O₂ ile yapılan bir genel anestezi, bir lüks değil bir mecburiyettir (25).

Ç — Hayat kurtarıcı, minimal ve en kısa sürede tamamlanan ameliyat metodlarının seçilmesi : Bu bakımdan ağır karaciğer yaralanmalarında Arteria hepatica ligatürü (20,26,23), büyük karın damarları yaralanmalarında lateral dikiş veya gerekirse ligatürler (6,7, 12,25,26,27), geniş mide-barsak kanalı rezeksiyonları yerine primer sütürler (1,18,19,21), ağır pankreas yaralanmalarında distal pankreatektomi (15,38), dalak ve böbrek yaralanmalarında basit dikişler (3, 15,22,23,24) tercih edilmelidir.

D — Geniş periton drenajı her vak'ada mecburidir (32,36).

E — Kısa aralıklarla yapılan biyolojik ve biyosimik incelemeler, post-operatif dönemde birbirini kovalayan mültipl organ iflaslarından korunma ve tedavisinde esastır (2,8,10).

F — Bunun yanında serum albümin eksikliğinin tamamlanması (5,13,35), hiperalbuminasyon (11,16,29,30), etkili ve selektif bir antibiyoterapi şarttır.

ÖZET

133 (% 90,9 u erkek) mültipl karın organları yaralanmasında yaş ortalaması 24,8 yıl, kliniğe geliş süresi ortalama 8,75 saattir. En önemli yaralanma faktörleri % 54,8 ateşli silah ve % 21,8 trafik kazalarıdır. İlk 24 saatte en önemli ölüm sebebi % 54,7 hypovolemia olmuştur. Post-operatif morbidite % 35,8, mortalite % 31,5 dir.

RÉSUMÉ

Les blessures multiples des organes abdominaux (Etude retrospective de 133 cas)

L'âge moyenne est de 24,8 ans, la durée moyenne de l'entrée est 8,75 heures dans une série de 133 (90,9 % homme) blessures multiples des organes abdominaux. Les facteurs les plus importants de cas blessures sont 54,8 % des armes à feu et 21,8 % des accidents routiers. L'hypovolémie est la cause majeure des décès des premiers 24 heures (54,7 %). Nous avons eu 35,8 % complications et 31,5 % décès post-opératoires.

LİTERATÜR

1. Bartizal, I.F. ve al, Critical review of management of 392 colonic and rectal injuries, Dis. Colon, rectum, 17 : 313-318, 1974.
2. Baeu, A.E., Multiple, progressive or sequential systems failures. A syndrome of the 1970's. Arch. Surg., 110 : 779-761, 1975.
3. Birrington, J.D., Surgical repair of ruptured spleen in children idem, 112 : 417-419, 1977.
4. Boyan, C.P., Massive blood replacement, Lancet, 40, 250, 1969.
5. Bozetti, F. ve al, Effect of different caloric substrates on postoperative protein metabolism, S.G.O., 150 : 491-498, 1980.
6. Buchness, M.P., LeGerfo, F.M. ve Mason, G.R., Gunshot wounds of the supra-renal abdominal aorta, Am. Surg., 42 : 1-7, 1976.
7. Busuttil, R.W. ve al, Management of blunt and penetrating injuries of the porta hepatis, Ann. Surg., 191 : 641-648, 1980.
8. Eiseman, B., Beart, R. ve Norton, L., Multiple organ failure, S.G.O., 144 : 323-326, 1977.
9. Fitts jr. W.F. ve al, An analysis of 950 fatal injuries, Surg., 56 : 663-668, 1964.
10. Fry, D.E. ve al, Multiple system organ failure, Arch. Surg., 115 : 1396-1400, 1980.
11. Goodgame jr. J.T. ve Fischer, J.E., A critical assessment of the indication for total parenteral nutrition (Collective review), S.G.O., 151 : 433-441, 1980.
12. Hardy, J.D. ve al, Aortic and other arterial injuries, Ann. Surg., 181 : 640-653, 1975.
13. Hoover-Plow, J.L., Clifford, A.J. ve Hodges, R.E., The effects of surgical trauma on plasma amino acids levels in humans, S.G.O., 150 : 161-164, 1980.
14. Iaw ,P.B., Smithe, R.N. ve Glower, J.L., Eight years experience with civilian injuries of the colon, idem, 145 : 203-208, 1977.
15. İmamoğlu, K., Pankreasın tek başına күnt traumalarla yırtılması, A.Ü. Tıp Fak. Mec., 18 : 416-420, 1965.
16. Jrwin, Th. T., Effects of malnutrition and hyperalimentation on wound healing, S.G.O., 146 : 33-37, 1978.
17. Kayabalı, İ. ve al, Blässures de la veine cave inférieure, Lyon Chir., 72 : 282-283, 1976.
18. Kayabalı, İ., Timlioğlu, B. ve Aktan, Ş., Duodenum yaralanmaları (10 vak'anın incelenmesi), İzmir Dev. Hast. Mec., 17 : 65-74, 1979.
19. Kayabalı, İ. ve Keleş, C., Résultats de la suture primitive dans le blässures coliques, Lyon Chir., 75 : 101-102, 1979.
20. Kayabalı, İ., Baykan, A. ve Baç, B., Ligature de l'artère hépatique pour traumatisme du foie, idem, 75 : 43, 1979.

21. Kayabalı, İ., Baskan, S. ve Yılmaz, U., Kolo-rektal yaralanmalarda tedavi sonuçları (61 vak'alık bir serinin incelenmesi), İzmir Dev. Hast. Mec., 18 : 300-304, 1980.
22. Kayabalı, İ. ve al, Karın traumalarında genel şirürji yönünden ürolojik sorunlar (25 karma yaralanmanın incelenmesi), A.Ü. Tıp Fak. Mec. 33 : 347-352, 1980.
23. Kayabalı, İ., Baç, B. ve Uluoğlu, Ö., Suture et électrocoagulation dans le traitement des ruptures de la râre (Etude expérimentale), Lyon Chir., 78 : 214-215, 1982.
24. Kayabalı, İ. ve al, Blessures de veines sus-hépatiques : Présentation de 4 cas traités chirurgicalement, idem, 79 : 33, 1983.
25. Lippmann, M. ve Loshan, R.H., Anesthetic considerations in patient with liver trauma, Am. J. Surg., 124 : 10-14, 1972.
26. Madding, G.F. ve Kennedy, E.A., Hepatic artery ligation, Surg. Clin. N. Am., 52 : 719-728, 1972.
27. Mattox, K.L. ve al, Management of the acute combined injuries to the aorta and inferior vena cava, Am. J. Surg., 130 : 720-724, 1975.
28. Mays, E.T., Vascular occlusion, Surg. Clin. N. Am., 57 : 291-323, 1977.
29. Müllen, J.L. ve al, Reduction of operative morbidity and mortality by combined preoperative and postoperative nutritional support, Ann. Surg., 192 : 604-613, 1980.
30. Müllen, J., Consequence of malnutrition in the surgical patients, Surg. Clin. N. Am., 61 : 465-488, 1981.
31. Nace, F.C. ve al, Surgical judgment in the management of penetrating wounds of the abdomen; experience with 2212 patients, Ann. Surg., 179 : 639-646, 1974.
32. Nichols, R.L., Infections following gastrointestinal surgery, Surg. Clin. N. Am., 60 : 197-212, 1980.
33. Ponfick, V.A., Surgery of the liver, Lancet, 1 : 881, 1980.
34. Shannon, R.D., Management of genitourinary trauma, idem, 59 : 395, 1979.
35. Stein, T.P. ve Buzby, G.P., Protein metabolism in surgical patients, idem, 61 : 519-527, 1981.
36. Wilmore, D.w. ve al, Effect of injury and infection on visceral metabolism and circulation, Ann. Surg., 192 : 491-504, 1980.
37. Wilson, H. ve Shreman, R., Civilian penetrating wounds of the abdomen, 1. Factors in mortality and differences from military wounds in 497 cases, idem 153 : 639-649, 1961.
38. Yellin, A.E. ve al, Distal pancreatectomy for pancreatic trauma, Am. J. Surg., 124 : 135-142, 1972.

SPIRAL OVARIAL GEBELİK

Sevgi Tezcan*

Mustafa Bahçeci**

Fırat Ortaç**

İlk defa 1682 yılında bir hastanın otopsisinde St. Maurice tarafından tanımlanan ovarial gebelik ender rastlanan bir antitedir. Sıklık değeri değişmekle birlikte, Hertig (6) ortalama olarak ektopik gebeliklerin % 0,7 – 1,07'sinin ve tüm gebeliklerinde 25000-40000'de birinin ovarial gebelik olduğu saptamıştır. İlk bakışta çok anlamlı görülmeyle beraber primer ovarial gebelik sıklığında bir artma olduğu söylenebilir. Donna Rengachary ve ark. (6) gelişen çalışma koşullarının, patolojik teşhis için dokuların rutin alınmasının ve titizlikle incelenmesinin, bu artışı açıklayıcı nedenler olarak ileri sürmüşlerdir.

Ovarial gebelik nedenleri olarak, geçirilmiş operasyona veya pelvik inflamatuvar bir hastalığa bağlı olarak obstrüksiyona uğramış ovulasyon, geçirilmiş salpenjite bağlı ineffektif tubal fonksiyon, desidunal reaksiyon ve endometriosis gibi uygun surface fenomeni sayılabilir.

VAKA TAKDİMİ

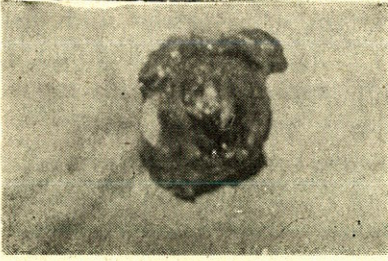
Vakamız B.Ş 38 yaşında Adana doğumlu olup 27/5/1983 tarihinde yaklaşık bir haftadan beri süregelen vaginal kanama, karın alt bölgesinde şiddetli ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Anamnezde son adet tarihin Nisan ayı içinde olduğunu belirten hasta 19/5/1983 tarihinde atipik vaginal kanamasının başladığını ve diğer adetlerine göre fazla miktarda olup, uzun sürdüğünü ifade etmekteydi. Hasta bir yıldır I.U.D (İntra uterin araç) ile gebelikten korunmaktaydı.

Hastada vital fonksiyonlar normal idi. Pelvik muayenede; cervix manüplasyonda hassas olup ele spiral ipi gelmekteydi. Douglas aşırı derecede hassas ve dolgun idi. Batındaki aşırı hassasiyet ve defans nedeniyle adnexial herhangi bir kitle palpe edilemediği gibi iç genital organlar hakkında bilgi elde edilemedi. Hastada intraabdominal hemoraji ihtimalinin mevcut olduğu düşünülerek, douglas ponksiyonu yapıldı. Ponksiyonda yaklaşık 10 cc pıhtılaşmayan kan geldi.

* A.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Doçenti.

** A.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

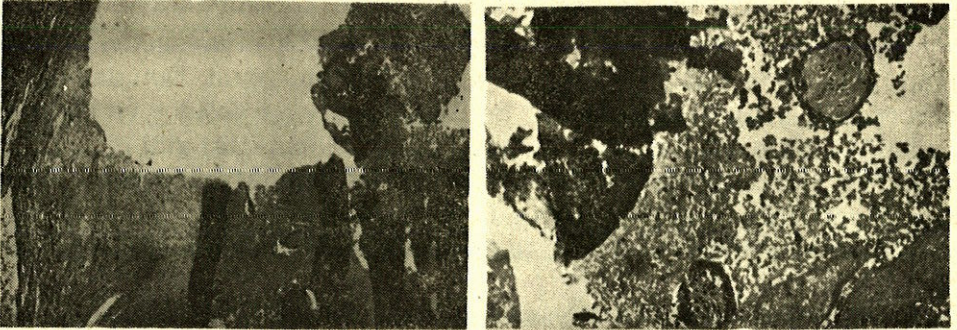
Laboratuvar bulguları; İmmünolojik gebelik testi müspet idi. Hemoglobin 12.50 Gr./100 ml, eritrosit 3840000/mm, lökosit 6800/mm idi. Tam idrar bulguları normal olup, direkt batın grafisinde pelviste lokalize spiral dışında patolojik bir bulgu yoktu. Bu bulgular üzerine hasta Hemoraji İtern ön tanısıyla 1956 protokol numarasına kaydedilerek kliniğimize yatırıldı ve acilen operasyona alındı. Genel anestezi altında pfannenstiel kesi ile batına girildi. Batında yaklaşık 200 cc kan mevcuttu. Uterus, sol tüp ve over normal idi. Sağda overden gelişmiş ve rüptüre olmuş ektopik gebelik mevcuttu. Sağ tüp over üzerine yapışmış olup normal görünümde idi. Yapışıklıkların mevcudiyeti ve hastanın dört çocuk sahibi olması göz önüne alınarak, sağ salpingooferektomi yapıldı. Hastanın postoperatif dönemi normal seyretti. Ve postoperatif altıncı günde dikişleri alınarak taburcu edildi. Patolojik inceleme : (30/5/1983 tarih Biopsi no : 1025)



Resim 1 - Ameliyat materyalinin makroskobik görünümü

Makroskopi : bir tarafta 5 cm. boyutlarında tüp ihtiva eden 3x4x5 cm. boyutlarında kitleden yapılan kesitlerde, kitle kanlı, fibrine materyelle dolu olup bir tarafta duvar içinde 0.5 cm. boyutlarında kesitler ve sarı renkli korpus luteum odağı mevcuttur. (Resim - 1).

Mikroskopi : Patolojik olarak normal olan, tuba uterinaya yapışık olan ve iç kısmı kanlı bir kitle ile dolu olan, kistik bir hal gösteren oluşumun duvarından hazırlanan preparatlarda over dokusunun varlığı gözlenmiş olup kanlı kitle içinde chorion villuslarının varlığı dikkati çekmekte idi. (Resim - 2)



Resim 2 - Ameliyat materyelinden yapılan preperotin görünümü.

TARTIŞMA

Spielberg 1978 yılında primer ovarial gebelik teşhisi için geçerli olan kriterleri aşağıdaki şekilde formüle etmiştir.

- 1 — Ovarial gebeliğin mevcut olduğu taraftaki tüp normal olmalıdır.
- 2 — Fetal sac over tarafını işgal etmelidir.
- 3 — Over ve kese utero-ovarial ligament aracılığı ile uterusu ilişkili olmalıdır.
- 4 — Kese duvarında ovarial doku mevcut olmalıdır.

Son zamanlarda intrauterin alet kullanan kadınlarda ektopik gebelik sayısında artma olduğu yayınlanmıştır. Jack. G. Hallatt ve arkadaşları (7) Southern California Medical Center'de 1953-1981 yılları arasında yaptıkları araştırmada 279925 doğumun 2478'inde ektopik gebelik tesbit etmişlerdir. Bunun 25 tanesi ovarial gebelikti. Bunun da 5 tanesinde I.U.D mevcuttu. Son 10 yılda 28 makalede 44 adet I.U.D ile birlikte ovarial gebelik vakası yayınlanmıştır. (2) I.U.D. ile beraber olan ovarial ve tubal gebeliklerdeki sıklık büyük olasılıkla; korunmayan, predispoze hastalardaki tubal ve ovarial gebeliklerin gerçek oranının bir yansımasıdır (6).

Diğer bir görüşe göre burada değişen tubal matite etkili olarak kabul edilmektedir. Lehfeld ve arkadaşları (2) çalışmaları sonucunda tubal ve ovarial gebeliklerin yüksek relatif sıklıklarında I.U.D.'nin uterin gebelikleri tubal gebeliklere oranla daha etkili önleyişlerine bağlamışlardır. Ancak I.U.D kullananlarda gerçek ovarial gebelik sıklığını saptamak zordur. Çünkü ovarial gebelikler, tüm peritoneal doku ve kan örnekleri titizlikle incelenemedikçe erken vakaların çoğu «Ovarial apoplexy» olarak yanlış olarak teşhis edilir. Gerin-Lajoie (3) ise ovarial gebeliklerde hemorajinin çok hızlı oluştuğunu ve çok genç embrionun bu kan akımı içinde boğulup kaybolduğunu geride ise ancak birkaç plasental eleman kaldığını ifade etmişlerdir. Operasyon sırasında ilerlemiş vakalar dışında, vakaların çoğu rüptüre olmuş corpus luteum kist ıveya kanayan korpus luteum olarak teşhis edilmekteydi. Hastaların çoğu genç olduğu için konservatif over cerrahisi (Wedge veya Kistektomi) yapılmalıdır. Salpingooferektomi sadece ilerlemiş vakalarda, teknik zorluklara bağlı olarak uygulanmalıdır. Bizim vakamızda yapışıklıkların neden olduğu teknik zorluklar ve hastanın dört canlı çocuğa sahip olması nedeniyle salpingoofe-

rektomi yapıldı. Overin, gebeliğin primer yeri olup olmadığını saptamak için, Rubin tarafından bir zamanlar önerilen Rutin salpenjektomi, tavsiye edilmeyen bir yöntemdir.

ÖZET

Ovarial gebelik, genellikle over rüptürü ve massif peritoneal kanama ile birlikte, overde ve korpus luteum üzerinde görülür. Hemorajik over olarak kendini gösteren ovarial gebelik, sıklıklarda rüptüre olmuş korpus luteum sanılarak yanlış teşhis edilir. Ovarial gebelik, yüksek derecede fertil kadınlarda görülür ve sıklıkla ovarial gebelik olma şansını önlemeyen spiral kullanımı ile birlikte dir. Bu yayında, bir ovarial gebelik vakasının, klinik, patoloji bulguları ve tedavisi tartışılmıştır.

SUMMARY

I.U.D (Intra Uterine Device) and Ovarian Pregnancy

Ovarian pregnancy occurs within the ovary and on the corpus luteum. usually with rupture of the ovary and a massive hemoperitoneum. It present as a hemorajic ovary and is frequently misdiagnosed as a ruptured corpus luteum. It occurs in the highly fertile patient and is often associated with the use of the IUD which does not prevent the chance of occurrence of ovaarian pregnancy. In this report, one case of aviran pregnancy is discussed with clinic, pathologic findings and management of it.

LİTERATÜR

1. Farrell DM, Ambramsj : Primary ovarian pregnancy *Obstet. Gynecol.* 7 : 562-564, 1956.
2. Lehfeld H, Tietz C, Gorstein F : Ovarian pregnancy and intrauterin device *Am. J. Obstet. Gynecol.* 108 : 1005-1009, 1970.
3. Gerin-Lajoie : Ovarian pregnancy *Am. J. Obstet. Gynecol.* 62 : 920-929, 1951.
4. Campbell JS, Simone Haçguebard, Mitton DM et al : Acute hemoperitoneum, IUD and occultovarian pregnancy *Obstet. Gynecol.* 43 : 438-442, 1974.
5. Boronow RC, Mc Clin TW, West RH et al : Ovarian pregnancy *Am. J. Obstet. Gynecol.* 91 : 1095-1106, 1965.
6. Donna Rengachary, MD, Facog, Jamil A Feyez, MD, Harry S. Jonas Ovarian pregnancy *Obstet. Gynecol.* 49 : 76-79, 1977 January
7. Jack G Hallatt MD Primer Ovarian Pregnancy : A report of twenty-five cases *Am. J. Obstet. Gynecol.* 143 : 55-601982, May.

POLYPOSİS COLO-RECTALİS

(11 vak'alık bir serinin sunulması ve teknik üzerinde bazı düşünceler)

I. Kayabalı*

B. Timloğlu*

H. Acar**

Son yıllarda polyposis colo-rectalis'te tedavi şekilleri üzerinde yapılan tartışmalar henüz bir sonuca ulaşamamıştır (16). Bu çalışmada 11 hastada uzak sonuçlar sunulacak ve çeşitli cerrahi tedavi metodları üzerindeki düşüncelerimiz söz konusu edilecektir.

I. MATERYEL :

Bu çalışmanın materyelini 1974-82 yılları arasında tetkik ve tedavi edilen 11 hasta oluşturmuştur. 7 si (% 63,6) erkek, 4 ü (% 35,4) kadın olan bu hastaların en genci 2 aylık, en yaşlısı 54 yaşındadır; yaş ortalaması 29,4 yıldır. Öz geçmişleri yüklü olan yalnız bir hasta bulunmuştur (Obs. 7). Hastalık 3 hastada çocukluktan beri vardı. Diğerlerinde 15 gün-4 yıldan beri devam ediyordu.

II. Klinik belirti ve bulgular :

A. Ağrı : 6 (% 54,5), rektal kanama : 11 (% 100), İshal : 1 (% 9), kabızlık : 2 (% 18), ödem : 1 (% 9), fizik ve zihni gelişme geriliği : 1 (% 9).

B. Laboratuvar bulguları : Tipik değildir.

C. Rektal tuşe : 2 defa polipler duyulabilmiştir (% 19) (Obs. 3 ve 4).

Ç. Proktoskopi bulguları : % 100 olumludur.

D. Radyolojik muayene : Opak lavmanla yapılan kolografilerde 9 defa (% 81,7) tanı konabildi. Bir hastada (Obs. 9), Flexura lienalis tümörü tanısı kondu, bir başka hastadaysa inceleme başarılı olmadı (Obs. 1).

E. Ön tanı : % 81,7 doğru olduğu görüldü, 2 hastada kanser tanısı kondu (Obs. 1 ve 9).

* A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Asistanı.

III. Tedavi :

A. 6 hastada (% 54,5) total kolektomi + ileo-proktostomi yapıldı (Obs. 4,5,7,8,9,10).

B. 2 hastada (% 18) total kolektomi + terminal ileostomi yapıldı (Obs. 3 ve 6).

C. 1 hastada (% 9) lokal girişimle yalnız polipektomi yapıldı (Obs. 3).

Ç. 1 hastada (% 9) kolostomi ile yetinildi (Obs. 11).

D. 1 hastada (% 9) sol hemikolektomi + kolostomi yapıldı (Obs. 1).

E. Yaygın Flexura lienalis kanseri bulunan bir hastada (Obs. 9) total kolektomi'ye sol pankreatektomi + splenektomi + geniş ileum rezeksiyonu da eklendi.

IV. Sonuçlar :

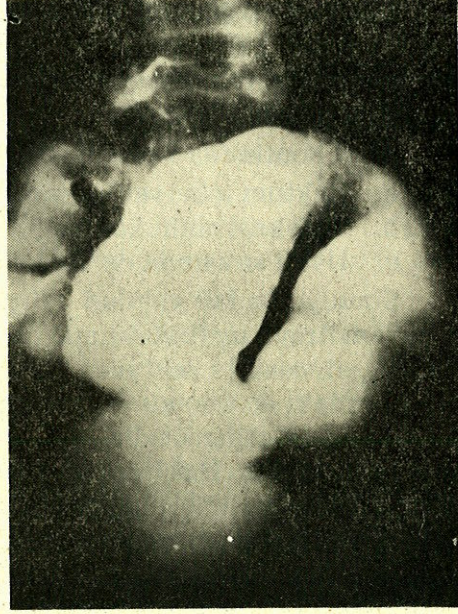
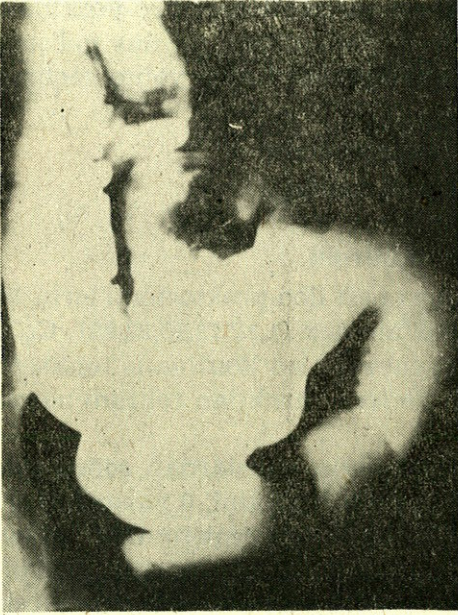
A. **Erken post-operatif sonuçlar :** Bir hasta (Obs. 9) sepsis + evantrasyon + akciğer komplikasyonlarıyla, başka bir hasta da (Obs. 11) gene sepsis + evantrasyon ile kaydedildi. Erken dönemde post-operatif mortalite'miz % 18 dir.

B. **Uzak sonuçlar :** Bir hasta (Obs. 1) 5 yıl sonra kanser nüksü ile kaybedildi (% 9). Buna karşılık 7 şifa (% 82) ve bir salâh (% 9) bulunmaktadır (Salâh gösteren hastada «Obs. 6» aynı zamanda diapedes insipidus ve diapedes mellitus ile fizik ve moral gelişme geriliği bulunmaktadır). Rektal elektrokoagülasyona devam edilen hasta sayısı 2 dir (% 18). Diğer araştırmacıların sonuçlarıyla sonuçlarımızın karşılaştırılması (Tablo - 1) de yapılmıştır.

Tablo 1 - Çeşitli yazarların sonuçları.

Yazar	Yıl	Vak'a sayısı	Kanser nüksü (%)	Başlangıçta-	
				Şifa (%)	ki kanser oranı (%)
Th. Flotte (9)	1956	63	16	44	31
H.E. Lockart-Mummary (18)	1956	60	3,3	81	?
J.E. Waugh (27)	1964	46	4,3	96	?
J.L. Williams (29)	1966	6	—	100	?
C.G. Moertel (22)	1971	178	19	?	21
J. Loygu e(19)	1974	37	—	100	44
Serimiz	1983	11	9	91	18

İleo-proktostomi yapılan bütün hastalar, hiçbir rejim yapmadan ve hiçbir ilaç kullanmadan 24 saatte 1-2 defa normal kıvam ve hacimde defekasyon yapmaktadır. Perine ve anus irritasyonu yoktur. Radyolojik muayeneler son ileum anslarının kolon biçim ve hacmini aldığı göstermiştir (Şekil - 1 ve 2).



(Şekil - 1 ve 2). Ameliyattan 2 yıl sonra rektumla anastomoze edilen ileum'un genişlemesi (Obs. 7).

C. Histo-patolojik muayene sonuçları : Polyposis : 11 (% 100), adeno-carcinoma : 2 (% 18), adeno-carcinoma mucinosa : 1 (% 9).

V. İRDELEME :

Polyposis colo-rectalis ilk olarak 1721 de Menzel (21) tarafından tanıtıldı, 1882 de W.H. Cripps ilk olarak özelliklerini belirtti (5). 1912 de A. Devic ilk ailevi vak'ayı yayınladı (7). 1925 te H.E. Lockart-Mummary ilk sınıflandırmayı yaptı (18). 7 yıl sonra C.E. Dukes bu sınıflandırmayı yeniden düzenledi (8). Memleketimizde bu konuda şimdiye kadar yapılmış yayın oldukça azdır (2,11,24,26).

Hastaların büyük bir bölümünde kliniğe geldiklerinde kanserleşme başlamış bulunmaktadır (Tablo - 1). Eğer bu rektumda lokalize ise hastanın tabii yolla defekasyon yapması, büyük bir ihtimalle, teknik bakımdan imkânsızlaşır.

Polyposis colo-rectalis'te 3 tedavi metodu vardır :

1. Total kolektomi + terminal ileostomi (rezervuarlı veya basit).
2. Total kolektomi + İleo-proktostomi (Rezervuarlı veya basit).
3. Total kolektomi + Rektum mukozasının çıkartılması + ileo-proktostomi.

Biz, total kolektomi'den sonra Basit latero-lateral ileo-proktostomi tekniğini kullandık. Burada 1. ve 2. metodların, çağdaş gelişmeler karşısında durumları ve tedavi bakımından hangi yolun seçilmesi gereği irdelenecektir.

Anal kontinans 3 parametrenin fonksiyonudur :

- a. Rektum içindeki feçesin kıvam ve hacmi.
- b. Defekasyonun kontrolü.
- c. Uyku sırasında defekasyonun kontrolü.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalar basit ileo-proktostomi'lerin bu 3 parametreye uyduğunu meydana koymuştur (1,12,15,20,23,25). Colo-rectal polyposis'te rektumu koruyucu metodların kontinans fonksiyonu dışındaki en önemli mahzurunun yerinde bırakılan rektum parçasında kanser gelişmesidir.

1957 de T.B. Hubbard jr. ileo-rektal anastomozlardan sonra rektumda kalan poliplerin spontan olarak gerileyeceğini, 9 yaşındaki bir erkek çocuk vak'ası münasebetiyle, ilk olarak bildirmiştir (14). Yazar, literatürde o tarihe kadar 17 vak'a bulunduğunu da gösterdi. Yerinde bırakılan rektum parçasında kanserleşme oluşunu kolaylaştıran faktörler şunlardır (10,16) :

1. Kişinin 20 yaşından daha yaşlı olması.
2. Yerinde bırakılan rektum stump'unun 12 cm.den daha uzun olması.
3. Bu parçada bulunan poliplerin spontan şifa eğilimlerinin çok az oluşu veya hiç olmayışı.
4. Ameliyattan sonra geçen zamanın kısa olması.

Yerinde bırakılan rektum bölümündeki poliplerin spontan şifasını etkileyen faktörler ise şunlardır :

1. İleum salgısının etkisi (3).
2. Rektumun kasılması ve gerilmesi (28).
3. C vitamininin iyileştirici etkisi olduğu da bildirilmiştir (6).
4. Kolondaki anaerob mikroorganizmaların çok azalması veya tamamen kaybolması (4,13,17).

Şimdiki halde her 3-6 ay aralıklarla bu ameliyatı geçirmiş hastalar proktoskopik kontrole çağırılmakta ve gelişen polipler (varsa) koagü-

le edilmekte, kanser gelişmiş ise eksize edilmektedir. Bu yüzden bazı araştırmacılar bu metodu radikal olmadığı gerekçesiyle kabul etmezler (10,16,19,22,25).

Bu görüşlerin ışığında polyposis colo-rectalis tedavisinde total kolektomi'den sonra ameliyata nasıl son verileceği konusunda yapılan tartışmalar henüz bitmiş değildir. Uzak sonuçlar yeni yeni toplanmaktadır. Büyük sayıdaki istatistiklerin sonuçları ancak kesin birşey söylemeye imkân verecektir.

ÖZET

11 polyposis colo-rectalis'li hastada klinik bulgular ve tedavi sonuçları sunuldu. 3 hastada geldiklerinde kanser vardı. 6 hastada (% 54,5) total kolektomi + ileo-ptoktostomi yapıldı. Erken post-operatif mortalite % 18, uzak sonuçlar % 82 şifa, % 9 salâh ve % 9 vefat biçiminde olmuştur.

RÉSUMÉ

Polypose récto-colique (Présentation de 11 cas et l'étude technique)

3 de ces malades avaient été porteur du ca. des leurs arrivés. On a pratiqué 6 (54,5 %) colectomie totale + iléo-proctostomie. Nous avons eu 18 % décès post-operatoire. Les résultats éloignés sont 82 % guérison, 9 % amélioration et 9 % décès.

FAYDALANILAN KAYNAKLAR

1. Beart, R., Dozois, A. ve Kelly, K., İleoanal anatomosis in the adult, S.G.O., 154 : 826-828, 1982.
2. Bumin, H., Bir polipozis koli vak'ası, Türk Tıp Cem. Mec., 4 : 257, 1983.
3. Cole, J.W., Holden, W.D., Postcolectomy regression of adenomatous polyps of the rectum, Arch. Surg., 79 : 385, 1939.
4. Cook, J.W., Kennaway E.L. ve Kennaway, N.M., Production of tumors in mice by desoxycholic acid, Nature, 145 : 627, 1940.
5. Cripps, W.H., Two cases of disseminated polyps of the rectum, Trans. Path. Soc. London, 33 : 165, 1882.
6. Decossi, J.Z. ve al, Effects of ascorbic acid on rectal polyps of patients with familial polyposis, Surg., 78 : 608-612, 1975.
7. Devic, A. ve Bussy, M.M., Un cas de polypose adénomateuse localisée à tout l'intestin, Arch. Mal. App. Dig., 6 : 278-299, 1912.
8. Dukes, C.E., Familial polyposis, Ann. Roy. Coll. Surg. Engl., 10 : 293, 1933.
9. Flotte, Th., O'Dell jr. F.C. ve Collier, F.A., Polyposis of the colon, Ann. Surg., 144 : 169, 1956.

10. Gingold, B.S. ve Togelman, D.G., Sparing the rectum in familial polyposis : Causes for failure, Surg., 89 : 314-318, 1981.
11. Göksel, A.H., Kolon polipozisi, Çocuk Sağ. ve Hst. ları Derg., 7 : 244-248, 1964.
12. Happell, J. ve al, Physiologic aspects of continence after colectomy, mucosal proctectomy and endorectal ileoanal anastomosis, Ann. Surg., 195 : 435-443, 1982.
13. Hill, M.J. ve al, Bacteria and aetiology of cancer of large bowel, Lancet, 1 : 95, 1971.
14. Hubbard jr. T.B., Familial polyposis of the colon, the fate of the retained rectum after colectomy in children, Am. Surg., 23 : 577, 1957 .
15. Johnston, D. ve al, The value of preserving the anal sphincter in operations for ulcerative colitis and polyposis, Brit. J. Surg., 68 : 874-878, 1981.
16. Kayabalı, İ., İnce barsak (duodenum dışı), appendiks, valvula Bauhini, kalın barsak, periton ve omentum'un şirürjikal hastalıkları, 413 sahife, A.Ü. Tıp Fak. Yay., 1, 282 ,Ankara : 1974.
17. Laccasagne, A. ve al, Carcinogenic activity in situ of further steroid compounds, Nature, 209 : 1026, 1966.
18. Lockart-Mummary, H.E., Dukes, C.E., ve Bussey, H.R.J., The surgical treatment of familial polyposis of the colon, Brit. J. Surg., 43 : 476-481, 1956.
19. Loygue, J., Traitement de la polyadénomateuse réctocolique, Rev. Prat., 23 : 2293-2295, 1973.
20. Martin, L. ve Fisher, J., Preservation of anorectal continence following total colectomy, Ann. Surg., 196 : 700-704, 1982.
21. Menzel; Bacon, H.B., Cancer of the colon, rectum and canal anal, Lippincott, Filadelfia : 1964'de zikredilmiştir.
22. Moertel, C.G., Hill, J.R. ve Adson, M.A., Management of multiple polyposis of the large bowel, Cancer (Filad.), 28 : 160-164, 1971.
23. Neal, D., Williams, N.S. ve Johnston, D., Rectal, bladder and sexual functions after mucosal proctectomy without pelvic reservoir for colitis and polyposis, Brit. J. Surg., 69 : 599-604, 1982.
24. Pekin, M., Sağ kolonda divertiküloz, polipoz ve lipoma vak'ası münasebetiyle, Sağlık Dünyası, 8 : 2-7, 1961.
25. Pouyet, M., L'anastomose iléoanale, Lyon Chir., 79 : 213-215, 1983.
26. Sezer, B., Bir polipozis rektokolik vak'asında cerrahi tedavi münasebetiyle, Türk Tıp Cem. Mec., 29 : 38-45, 1963.
27. Waugh, J.M., Herp, R.A. ve Spencer, R.J., The surgical management of multiple polyposis. Ann. Surg., 159 : 149, 1964.
28. Williams, R.D. ve Fish, J.C., Multiple polyposis, polyp regressions and carcinoma of the colon, Am. J. Surg., 122 : 840-849, 1966.
29. Williams, J.L. ve Wightman, J.K.A., Familial polyposis of the colon, Brit. J. Surg. 53 : 780-784, 1966.

ATRIAL MİKSOMA'LAR

Ahmet Hatipoğlu*

İlhan Paşaoğlu*

Ali Gürbüz**

A. Yüksel Bozer***

Primer kalp tümörleri, nadir rastlanan patolojilerdir. Amerika Birleşik Devlet'lerinde yapılan bir araştırmaya göre, 12600 otopsi vak'asının ancak % 0.08 inde tesbit edilmişlerdir (7). Primer kalp tümörlerinin yaklaşık % 70 i benign tümörlerdir. Bunların yarısından fazlasını miksomaların teşkil etmesine rağmen, kardioloji kliniklerinde yılda ancak bir veya iki vak'aya rastlanmaktadır (16). Otuz yıl öncesine kadar sadece otopsielerde teşhis edilen bu tümörler, anjiokardiografi ve ekstrakorporeal dolaşımın uygulama alanına girmesiyle kolaylıkla teşhis ve tedavi edilen hastalıklar haline gelmiştir. Bu yazıda, Hacettepe Tıp Fakültesi Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalında açık kalp ameliyatı ile tedavi edilen atrial miksomalı hastaların analizi yapılarak, konunun gözden geçirilmesi uygun görülmüştür.

MATERYAL VE METOT

1974 - 1984 yılları arasında 2 si (% 28,5) erkek, 5 i (% 71,5) kadın olmak üzere toplam yedi vak'ada sol atrial misoma tesbit edilmiştir. Hastalar arasında en küçük yaş 17, en büyük yaş 58 olup, ortalama yaş 35 dir (Tablo I).

Atrial miksoma tanısı ile açık kalp ameliyatına alınan vak'alarımızda median sternotomi ile toraksa girilmiş, ekstrakorporeal dolaşım sırasında hafif hipotermik, anoksik kardiak arrest uygulanmıştır. Intrakardiak tümöre ulaşmak için interatrial sulkusa paralel olarak, longitudinal istikamette sol atriotomi yapılmıştır. Tümörün eksplorasyonu ve rezeksiyonu sırasında dikkatli manipulasyonlarla parçalanması önlenmiş, orijin aldığı bölgedeki bir kısım sağlam doku da pe-

* H.Ü.T.F. Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Uzmanı.

** H.Ü.T.F. Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

*** Hacettepe Üniversitesi Rektörü ve Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı.

dikülü ile birlikte çıkarılmışlardır. Tümörün interatrial septumdan orijin aldığı vak'alarda rezeksiyonu takiben oluşan, iatrojenik septal defekt bir vak'ada teflon yama ile, diğerlerinde ise primer olarak kapatılmıştır. Tümörün rezeksiyonu ve ilave müdahaleler tamamlandıktan sonra sol atriotomi insizyonu devamlı dikişle kapatılmış, aorta kökünden hava çıkarılarak, aortik kros klemp kaldırılmıştır. Spontan veya defibrilasyonla normal kalp atımlarının başlamasını takiben, önce parsiyel sonra da total olarak kardiopulmoner by pass'tan çıkmış ve usulüne uygun şekilde ameliyata son verilmiştir.

Tablo I : Sol atrial miksomalı vak'alar.

Vaka No.	İsim	Protokol		Yaş	Cins
		No.			
1	B.U.	483608		28	Kadın
2	G.K.	672200		19	Kadın
3	A.Ş.	904804		48	Kadın
4	N.S.	1125514		58	Kadın
5	A.T.	1319163		43	Erkek
6	D.A.	1553368		17	Erkek
7	Ş.A.	1569384		32	Kadın

BULGULAR

Preoperatif devrede, vak'aların üçünde konjestif kalp yetmezliği semptomlarının, dördünde ise çarpıntı ve efor dispnesinin bulunduğu belirlenmiştir. Bir hastaya (Ş.A, Prot. No : 1569384) daha önce tekrarlayan emboliler nedeniyle, diğer bir hastanede sağ ve sol femoral arteriel embolektomi yapıldığı öğrenilmiştir. Vak'alardan altısında dinleme bulgusu olarak mitral darlığı, birinde ise (G.K. Prot. No : 672200) mitral darlığı ve yetmezliği tesbit edilmiştir.

Vak'aların teşhisinde özellikle anjiokardiografi ve ekokardiografi gibi yöntemlerden yararlanılmıştır. Bu iki tetkikin birlikte uygulandığı beş hastada preoperatif devrede, diğer iki hastada ise ancak ameliyat sırasında sol atrial miksoma tanısı konulabilmıştır (Tablo II).

Ameliyat bulgusu olarak vak'aların tümünde miksoma, sol atriumda tesbit edilmiştir. Tümör orijinini iki hastada sol atrium duvarından, dört hastada atrial septumun Foramen ovale'ye komşu olan kısmından, bir hastada ise mitral kapak anulüsünden almıştır. Vak'a-

Tablo II : Sol atrial miksomalı vak'alarda tanı yöntemleri.

Vaka No.	Anjiokardiyo- iografi	EKO	Preoperatif Tanı	Postoperatif tanı
1	+	—	Mitral darlığı	Miksoma
2	—	—	Mitral darlığı Mitral yetmezliği	»
3	+	+	Miksoma	»
4	+	+	»	»
5	+	+	»	»
6	+	+	»	»
7	+	+	»	»

ların altısında tümörün tek pediküllü, birinde de (D.A. Prot. No : 1553368) iki pediküllü olduğu görülmüştür. Cerrahi müdahale ile çıkarılan tümör boyutlarının 8x4 cm. ile 15x10 cm. arasında olduğu tesbit edilmiştir. İki vak'ada (B.U. Prot. No : 483608 ve G.K. Prot. No : 672200) sol atrial miksomanın mitral kapağını ileri derecede deforme ettiği görülerek, mitral valv replasmanı da birlikte yapılmıştır. Altı hasta cerrahi tedavi sonrası postoperatif devreyi iyi bir şekilde geçirmişlerdir. Cilt dikişleri 8. günde alınarak, 11-18. günde şifa ile taburcu edilmişlerdir. Hiçbir hasta gerek preoperatif, gerekse postoperatif devrede kaybedilmemiştir. Vak'alardan beşi, 3-10 yıl, diğer ikisi ise 4 ve 8 aydan beri kontrolümüz altında olup, bu süreler içinde rekürrens gözlenmemiştir (Tablo III).

TARTIŞMA

Miksomalara, primer benign kalp tümörleri içinde en sık görülenlerdir. Buna rağmen bildirilen serilerdeki vak'a sayılarının azlığı, bu tümörlerin nadir görüldüklerini kanıtlamaktadır. Kliniğimizde 10 yıllık süre içinde yedi vak'ada görülen miksomalara Richardson ve arkadaşları (15), onbeş yılda 11, Bulkley ve Hutchins (2), ise elli yılda 24 vak'ada rastlamışlardır.

Miksomalara kalbin herhangi bir boşluğunda veya bölgesinde rastlamak mümkündür. Ancak % 95 vak'ada atriumlarda yerleşmektedir (13,16). Sıklık sırasına göre % 75 vak'ada sol, % 20 vak'ada sağ atriuma lokalizedirler. Vak'aların % 5 ini ise sağ ventrikül ve diğer

Tablo III : Sol atrial miksomalı vak'alarda ameliyat bulguları, cerrahi tedavi yöntemleri ve sonuçlar.

Vaka No	Tümörün Orijini	Pedikül Sayısı	Tümörün Boyutları	Cerrahi tedavi ve yılı	Postop. Komplikasyon	Sonuç	Rekürrens	
1	Atrial Septum	Bir	10x15 cm.	MBPSR-SPT MVR _x	1974 —	Şifa	Yok	
2	Atrial Septum	Bir	7x8 cm.	MBPSR-SPT MVR _{xx}	1976 —	Şifa	Yok	
3	Sol atrium duvarı	Bir	10x15 cm.	MBADR	1977 —	Şifa	Yok	
4	Sol atrium duvarı	Bir	10x12 cm.	MBADR	1979	Akciğer absesi	Şifa	Yok
5	Mitral valv anulüsü	Bir	8x8 cm.	ME	1980 —	Şifa	Yok	
6	Atrial Septum	İki	4x8 cm.	MBPSR-SPT	1983 —	Şifa	Yok	
7	Atrial Septum	Bir	8x10 cm.	MBPSR-SYT	1983 —	Şifa	Yok	

MBPSR : Miksoma ile birlikte parsiyel septum rezeksiyonu.

MBADR : Miksoma ile birlikte atrium duvar rezeksiyonu.

SPT : Septum primer tamiri.

SYT : Septum yama ile tamiri.

MVR_x : Mitral valv replasmanı (4 m-6120 Starr-Edwards suni kapağı ile).

MVR_{xx} : Mitral valv replasmanı (25 no. Lillehei-Kaster kapağı ile).

ME : Miksoma eksizyonu.

kardiak lokalizasyonlu miksomalar teşkil etmektedir (9,16). Benzer şekilde Attar ve arkadaşları (1), serilerindeki miksomaların 7 vak'ada (% 70) sol, 2 vak'ada (% 20) sağ atriumda görüldüğünü, bir vak'ada da (% 10) sağ ventrikül lokalizasyonuna rastlandığını bildirmişlerdir. Onbir vak'alık diğer bir seride (15) ise, sol atrial miksomaların % 73, sağ atrial miksomaların % 27 vak'ada görüldüğü tesbit edilmiştir. Yedi vak'alık serimizde, vak'aların tümünde de tümörün sol atriumda yerleştiği belirlenmiştir. Sol atrial miksomaların çoğu bir pedikül aracılığı ile interatrial septumun Fossa ovalis bölgesinden orijin almaktadırlar (16). Atrium duvarından veya atrioventriküler kapaklardan orijin alan vak'alar da bildirilmiştir (15). Vak'alarımızdan dördünün (% 57) Foramen ovale bölgesinden, ikisinin (% 28,5) sol atrium duvarından, birinin (% 14,3) ise mitral valv anulüsünden,

pediküllü olarak orijin aldığı tesbit edilmiştir. İlginç olarak bir vak'amızda tümörün iki pediküllü olduğu görülmüştür.

Kardiak miksomalara sıklıkla 30-60 yaş arası, kadın hastalarda rastlanmaktadır (13,17). Buna karşılık, çocuklarda (1) veya ileri yaşlarda da (6) görülebilmektedir. Vak'alarımızın çoğunluğunun kadın ve yaş ortalamasınının 35 olması literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Miksomalar, histopatolojik olarak primitif endotelial veya subendotelial doku hücrelerinden orijin alan, gerçek neoplasmlardır. Makroskopik olarak aşırı derecede gevrek, jelatinöz yapıda, yumuşak ve polipoid kitleler halindedir. Muhtelif büyüklükte olabilen bu tümörler benign karakterlidir (16). Ancak, malign transformasyonla miksosarkoma dönüşen (12), süratli büyüyen ve hatta pelvis gibi uzak organ metastazı yapan vak'alar bildirilmiştir (14). Vak'alarımızın makroskopik olarak, 4x8 cm. ile 10x15 cm. boyutlarında olduğu ve malign dejenaresans göstermedikleri belirlenmiştir.

Atrial miksomalar, spesifik semptomları olmayan kardiak patolojilerdir. Küçük tümörlerin asemptomatik olmalarına karşılık, büyük çaplı sol atrial tümörlerde atrioventriküler kapak obstrüksiyonu sonucu mitral stenozu semptomları görülebilir. Sağ atrial miksomalar ise, konstriktif perikardit, triküspit stenozu ve Ebstein anomalisini taklit edebilirler (16). Özellikle sol atrial miksomalı hastalarda periferik embolilere rastlamak mümkündür. Bulkley ve Hutchins (2), serilerinde periferik emboli görülme oranını % 21, Larrieu ve arkadaşları (12) ise % 33 olarak bildirmişlerdir. Miksomalı hastalarda periferik emboliler dışında serebral emboliler de görülebilmektedir (18). Sağ atrium ve sağ ventriküle lokalize miksomaların ise, pulmoner embolilere neden olabilecekleri bildirilmiştir (1,12). Dinleme bulgusu olarak, sol atrial miksomalı yedi hastamızın altısında mitral darlığı, birinde ise mitral darlığı ve yetmezliği semptomları tespit edilmiştir. Vak'alarımızın beşinde sol atrial miksoma tanısı preoperatif devrede konulmasına rağmen, bir vak'a saf mitral darlığı, diğeri ise mitral darlığı ve yetmezliği tanıları ile operasyona verilmiştir. Bu iki hastanın kesin tanısı, ancak ameliyat sırasında tümörün görülmesiyle sağlanabilmektedir. Preoperatif devrede mitral kapak hastalığı zannedilen bu vak'alarımız, ekokardiografinin tanısasal yöntem olarak uygulanmaya başlandığı devre öncesine rastlayan ilk hastalarımızdır (Tablo II). Bir hastamızda ise iki kez tekrarlayan sağ ve sol femoral arteriel emboli hikayesi tesbit edilmiştir. Buna göre, serimizde görülen periferik emboli oranının % 14,3 olduğu belirlenmiştir.

Miksomalar, tanı konulduktan sonra acil cerrahi girişim gerektiren hastalıklardandır. Thomas ve arkadaşları (17), ameliyat olmak için bekleyen miksomalı hastalarda % 8 mortalite tesbit etmişlerdir. Bu hastalardaki mortalitenin atrioventriküler kapak obstrüksiyonları veya fatal tümör embolileri nedeniyle olduğu bildirilmiştir. Tümörün bu özelliği dikkate alınarak preoperatif devrede miksoma tanısı alan vak'alarımız, seri bir şekilde hazırlanarak, azami on gün içinde ameliyata alınmışlardır.

Miksomaların tedavisi cerrahidir. Ekstrakorporeal dolaşım uygulanarak, açık kalp ameliyatı ile direkt vizyon altında çıkarılmaları esastır. Ayrıca tümör tarafından deforme edilen atrioventriküler kapaklara da gerekli cerrahi müdahaleler uygulanmalıdır. Özellikle atrial septumdan orijin alan miksomaların, bir kısım sağlam septum dokusu ile birlikte çıkarılması da tavsiye edilmektedir (11,15,20). Ameliyat sırasında üzerinde önemle durulması gereken hususlardan biri de tümörün nazik ve dikkatli manipülasyonlarla çıkarılmasıdır. Aksi takdirde çok frajil olan tümörün parçalanarak, embolilere neden olması mümkündür (19). Richardson ve arkadaşları (15), atrial miksomalı 11 hastada median sternotomi ve ekstrakorporeal dolaşım ile total eksizyon uygulamışlardır. Yine aynı yazarlar, sol atrial miksomalı vak'alarda sağ atriotomi ile transeptal girerek, miksoma'yı geniş bir septum parçası ile birlikte çıkarmışlar ve septum defektini % 71 vak'ada suni yama ile kapatmışlardır. Attar ve arkadaşları (1), 10 vak'ada uyguladıkları tümör rezeksiyonuna ilave olarak, sağ atrial miksomalı bir hastalarında triküspit kapakta yetmezliğe neden olan deformasyon tesbit ederek, valv replasmanını da birlikte yapmışlardır. Diğer bir seride (12) ise, ilave cerrahi müdahale olarak bir vak'ada mitral anuloplasti yapılmıştır. Yedi vak'alık serimizde cerrahi müdahale, ekstrakorporeal dolaşım ve median sternotomi ile yapılmıştır. Tüm vak'alarda sol atriotomi ile girilerek, tümör pedikülü ile birlikte, bir kısım sağlam myokard dokusuyla beraber çıkartılmıştır. Özellikle intratrial septumdan orijin alan vak'alarımızda, rezeksiyondan sonra oluşan defekt, bir hastada teflon yama ile kapatılmıştır. Ayrıca mitral kapağı deforme bulunan iki hastamızın kapakları rezeke edilerek, prostetik kapak replasmanı da yapılmıştır.

Atrial miksomalar, cerrahi tedavi ile komplet çıkarılabilen tümörlerdir. Ancak çeşitli serilerde (3,5,10,15) cerrahi mortalitesi % 5-33 olan bu tümörlerin en belirgin özelliklerinden biri de rekürrens gösterebilmeleridir. İlk rekürrens gösteren miksoma vak'ası 1967 yılında Gerbode ve arkadaşları (8) tarafından bildirilmiştir. Richardson ve arka-

daşları (15) ise 1979 yılına kadar literatürden topladıkları opere 160 vak adan 22 sinin 26 kez (% 14) rekürrens gösterdiklerini tesbit etmişlerdir. En önemli nüks nedeni olarak, yetersiz rezeksiyon ileri sürülmüştür (11,20). Ancak geniş septal rezeksiyona rağmen, rekürrens gösteren vak'alar da bildirilmiştir (4). Bu durumda, multisentrik tümör gelişimi, intrakardiak tümör implantasyonu gibi faktörlerin de rekürrens nedenleri arasında olabileceği düşünülmüştür (4,12,15). Cerrahi mortalitenin bulunmadığı serimizde, ayrıca bugüne kadar rekürrense de rastlanmamıştır. Ancak bu sonuncu ihtimale karşı, hastaların en az altı aylık peryodlarla ekokardiyografik olarak kontrollerinin yapılmasını, tanisal açıdan pratik ve yararlı olacağı inancındayız.

ÖZET

Bu yazıda 1974-1984 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalında açık kalp ameliyatı ile tedavi edilen, sol atrial miksomalı yedi vak'a incelenmiştir. Hastalardan 5 i kadın, 2 si erkek olup, yaş ortalaması 35 tir. Ameliyat bulgusu olarak, tümörün hastaların dördünde interatrial septumdan, ikisinde sol atrium duvarından, birinde ise mitral kapak anülü-sundan orijin aldığı tesbit edilmiştir. Tümör ile birlikte parsiyel septum rezeksiyonu yapılan vak'alardan birinde defekt suni yama ile, diğerlerinde ise primer olarak kapatılmıştır. Tüm vak'alarda tümörün ekstirpe edilmesinin yanı sıra, iki hastada tümörün destrüksiyonuna bağlı mitral kapak deformasyonu tesbit edilmiş ve bu hastalarda mitral valv replasmanı da birlikte yapılmıştır. Uygulanan cerrahi müdahaleler nedeniyle hiçbir hasta kaybedilmemiş, yine 4 ay ile 10 yıllık takip süresi içinde rekürrens görülmemiştir.

SUMMARY

Atrial Myxomas

Seven cases with left atrial myxoma treated at our clinic between 1974-1984 are presented. Five of these patients were female, two were male with a mean age of 35. The pedicles of the myxomas originated at the inter-atrial septum in four patients, left atrial wall in two and from the mitral valve annulus in one patient. Atrial septum was resected partially with the tumor and the defect closed primarily in six patients and with a teflon patch in one. Two patients required mitral valve replacement in addition to excision of the tumor. There was no hospital mortality and no recurrence in our follow up.

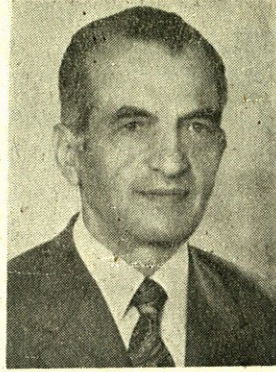
LİTERATÜR

1. Attar, S. ve ark. : Cardiac myxoma. *Ann. Thorac. Surg.* 29 : 397, 1980.
2. Bulkley, B.H., Hutchins, G.M. : Atrial myxomas : a fifty year review. *Am. Heart J.* 97 : 639, 1979.
3. Collins, H.A., Collins, I.S. : Clinical experience with cardiac myxoma. *Ann. Thorac. Surg.* 13 : 450, 1972.
4. Dang, C.R., Hurley, E.J. : Contralateral recurrent myxoma of the heart. *Ann. Thorac. Surg.* 21 : 59, 1976.
5. Donahoo, J.S. ve ark. : Current management of atrial myxoma with emphasis on a new diagnostic technique. *Ann. Surg.* 189 : 763, 1979.
6. Fatti, L., Reid, F.P. : Excision of atrial myxoma. *Br. Med. J.* 5095 : 531, 1958.
7. Fine, G. : Neoplasms of the pericardium and heart. *Pathology of the Heart and Great Vessels*. 3rd. Ed. Charles C. Thomas Pub. Springfield. 1968, pp. 851-878.
8. Gerbode, F., Kerth, W.J., Hill, J.D. : Surgical management of tumors of the heart. *Surgery* 61 : 94, 1967.
9. Goodwin, J.F. : Diagnosis of left atrial myxoma. *Lancet* 1 : 464, 1963. 61 : 94, 1967.
10. Hattler, B.G. Jr. ve ark. : Atrial myxoma : an evaluation of clinical and laboratory manifestations. *Ann. Thorac. Surg.* 10 : 65, 1970.
11. Kabbani, S.S., Cooley, D.A. : Atrial myxoma-Surgical considerations. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 65 : 731, 1973.
12. Larrieu, A.J. ve ark. : Primary cardiac tumors. Experience with 25 cases. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 83 : 339, 1982.
13. Özer, Z., Saylam, A., Bozer, A.Y. : Kalp tümörleri. *E.Ü. Tıp Fak. Mec.* 10 : 529, 1971.
14. Read, R.C. ve ark. : The malignant potentiality of left atrial myxoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 68 : 857, 1974.
15. Richardson, J.V. ve ark. : Surgical treatment of atrial myxomas. Early and late results of 11 operations and review of the literature. *Ann. Thorac. Surg.* 28 : 354, 1979.
16. Sabiston, D.C. Jr., Hattler, B.G. Jr. : Tumors of the heart. *Gibbon's Surgery of the Chest*. 4. Ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1983, Vol. II. pp. 1586-1593.
17. Thomas, E.K., Winchell, C.P., Varco, R.L. : Diagnostic and surgical aspects of left atrial tumors. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 53 : 535, 1967.
18. Tipton, B.K., Robertson, J.T., Robertson, J.H. : Embolism to the central nervous system from cardiac myxoma : report of two cases. *J. Neurosurg.* 47 : 937, 1977.
19. Trinkle, J.K., Edelstein, S.G., Yoshonis, K.F. : Left atrial myxoma : Diagnosis and excision. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 61 : 765, 1971.
20. Walton, J.A., Kahn, D.R., Willis, P.W. III. : Recurrence of a left myxoma. *Am. J. Cardiol.* 29 : 872, 1972.

**1983 SENESİ İÇİNDE MÜTEHASSIS ÜNVANINI
ALAN ASİSTANLAR**

Adı ve Soyadı	Uzmanlık Dalı	Uzman Olduğu Tarih
Selmin Ökesli	Anesteziyoloji	7.1.1983
Ahmet Can Süheyl		13.1.1983
Şakir Zincirci	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	26.1.1983
Leyla Aslan	Patoloji	28.1.1983
Ahmet Akgün Yıldız	Kadın Hastalıkları ve Doğum	24.2.1983
Handan Biçimoğlu	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	2.3.1983
Ahmet Uçaner	Ortopedi ve Travmatoloji	3.3.1983
Osman Körüklü	Ortopedi ve Travmatoloji	3.3.1983
Cengizhan Erdem	Dermatoloji	3.3.1983
Kenan Sarıdoğan	Ortopedi ve Travmatoloji	3.3.1983
Süleyman Kaynak	Göz Hastalıkları	9.3.1983
Ahmet Maden	Göz Hastalıkları	9.3.1983
Meral Berköz	Göz Hastalıkları	9.3.1982
Hüseyin Güvanç	Çocuk Hast ve Sağlığı	15.3.1983
İlhan Erden	Radyoloji	15.3.1983
M. Ünal Rodoplu	Kadın Hastalıkları ve Doğum	24.3.1983
Mehmet Emin Güneş	Genel Cerrahi	25.3.1983
Mehmet Gürel	Genel Cerrahi	25.3.1983
Taner Küçükçelebi	Genel Cerrahi	25.3.1983
Ünal Sakıncı	Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi	29.3.1983
Ümit Özyurda	Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi	29.3.1983
Yalçın Aral	Endokrinoloji ve Metabolizma Hast.	29.3.1983
Mustafa Paç	Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi	29.3.1983
Ali Kocabaş	Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	25.4.1983
Adalet Gürlek	Kardiyoloji	29.4.1983
Tuncay Kerman	İnfeksiyon	4.5.1983
Engin Turan	Psikiyatri	23.5.1983
Hüsnü Erkmen	Psikiyatri	23.5.1983
Ayten Özcanlı	Nöroloji	24.5.1983
Aysel Kılıç	Dermatoloji	30.5.1983
Meral Ergin	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	9.6.1983
Şükran Tunç	Biyokimya	20.6.1983
Nasuhi Engin Aydın	Patoloji	21.6.1983
Mehmet Selçuki	Nöroşirürji	22.6.1983

Adı ve Soyadı	Uzmanlık Dalı	Uzman Olduğu Tarih
Atilla Erdem	Nöroşirürji	22.6.1983
Metin Atasoy	Nöroşirürji	22.6.1983
Bülent Kaya	Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi	23.6.1983
Muammer Söylemezoğlu	Dermatoloji	23.6.1983
Namık Mercan	Radyoloji	24.6.1983
Oya Örüç	Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	24.6.1983
Cehti Ertong	İnfeksiyon	26.6.1983
Yurdanur Şehirlioğlu	Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	27.6.1983
Tülün Yılmaz	Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	27.6.1983
Aynur Kocaemre	Dermatoloji	29.6.1983
Orhan Yiğitbaşı	Üroloji	30.6.1983
Nihat Yazıcıol	Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	24.8.1983
Mesiha Ekim	Çocuk Hast ve Sağlığı	25.8.1983
M. Cengiz Güven	Histoloji ve Embriyoloji	29.8.1983
Akın Ülkü	Genel Cerrahi	31.3.1983
Fatma (Sırmatel) Özyaşar	İnfeksiyon	12.10.1983
Muzaffer Bülbül	Genel Cerrahi	31.10.1983
Haluk Şenuysal	Genel Cerrahi	1.11.1983
Güzin Özelçi	Fizyopatoloji	9.11.1983
Neşe (Kılıçcioğlu) Usta	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	11.11.1983
Semin Tatlıcioğlu	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	16.11.1983
İ. Ergün Çukur	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	16.11.1983
Sedat Işık	Radyoloji	16.11.1983
Asuman Ayselel	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	16.11.1983
Osman Yavaşoğlu	İnfeksiyon	22.11.1983
Kemalettin Uçanok	Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi	24.11.1983
Hüsamettin Sökücü	Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi	24.11.1983
Mustafa Yıldız	İç Hastalıkları	24.11.1983
Taner Çamsarı	İç Hastalıkları	26.11.1983
Kubilay Çetinkaya	Göz Hastalıkları	30.11.1983
Ayla San	İç Hastalıkları	16.12.1983
Hashem Etati Khosroshaki	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	23.12.1983
Osman Müftüoğlu	İç Hastalıkları	23.12.1983
Osman İlhan	İç Hastalıkları	23.12.1983
Efser Kerimoğlu	Psikiyatri	27.12.1983
Serdar Erçakmak	Kadın Hastalıkları ve Doğum	28.12.1983



**PROF. DR. MEHMET M. AKÇAY'IN
BİYOGRAFİSİ**

- KİMLİK** :
- Doğum Tarihi : 10 Ocak 1914 (1329)
- Doğum Yeri : Konya
- Medeni Hali : Evli, 3 çocuklu
- TAHSİL** :
- 1920 - 1926 : İlkokul, Konya
- 1926 - 1931 : Ortaokul ve Lise, Konya
- 1931 - 1937 : Tıp Fakültesi, İstanbul
- ÖĞRENİM EVRİMİ**
- 1937 (2 ay) : Sıtma Kursu, Ankara
- 1944 (2 ay) : Sıtma Laboratuvar Şefliği Kursu, Ankara
- 1947 - 1949 : Fizyoloji Asistanı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara
- 1949 - 1951 : Fizyoloji Uzman Asistanı, Ankara
- POZİSYON** :
- 1938 - 1945 : Sıtma Savaş Tabibi, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- 1945 - 1947 : Sıtma Savaş Bölge Başkanı, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- 1951 - 1957 : Fizyoloji Doçenti, A.Ü. Tıp Fakültesi, Ankara
- 1957 - 1983 : Fizyoloji Profesörü, A.Ü. Tıp Fakültesi, Ankara
- 1966 - 1969 : Uzay ve Denizaltı Fizyolojisi Araştırma Enstitüsü Kurucu ve Müdürü, Ankara
- 1957 - 1979 : Fizyoloji Kürsü Yöneticiliği, A.Ü. Tıp Fakültesi, Ankara
- 1971 - 1972 : (2 hafta) Diyarbakır Tıp Fakültesi Fizyoloji Dersi verilmesi,
- 1971 - 1972 : Ankara Özel Diş Hekimliği Yüksek Okulunda Fizyoloji Dersi verilmesi, Ankara
- 13.7.1983 : Emekli

**BURSLAR-
ÖDÜLLER**

- 1931 : Tıp Tahsil Bursları, Sağlık Bakanlığı, Ankara
 1947 : Takdirname, vazifesini kişisel çıkarlarından üstün tutma, Sağlık Bakanlığı, Ankara
 1954 : Research Fellow, Neurophysiology, (Dr. J.F. Fulton) Yale Üniversitesi Tıp Fakültesi, New Haven, Connecticut, Ankara
 1955 : Research Fellow Neurophysiology, Tufts Tıp Fakültesi, Boston, Mass
 1963 - 1965 : Radioisotopa Research Fellow, Uluslararası Atom Enerjisi Ajansı, California Üniversitesi Tıp Fakültesi
 1964 : E.R. Squibb, araştırma Fellow \$ 2.500 mükafat
 1965 : Visiting Scholar, Graduate School, California Üniversitesi, Los Angeles

**BİLİMSEL
CEMİYETLER**

- : International Union of Physiological Sciences
 — : Türk Fizyoloji Cemiyeti (Kurucu ve Başkan)
 — : Radiation Research Society (U.S.A.)
 — : Society of Nuclear Medicine (U.S.A.)
 — : Türk Beslenme Cemiyeti (Kurucu Üye)
 — : Türk Tabipler Cemiyeti

YABANCI DİL

- İngilizce : Okuma, yazma, konuşma
 Almanca : Okuma, yazma, konuşma
 Fransızca : Okuma, yazma, konuşma

PROF. DR. MEHMET M. AKÇAY'IN BİBLİYOGRAFYASI

1. Akçay M. Sıtma tedavisinde kinin ve sentetik ilaçların tesir dereceleri, Tıp Dünyası, No : 10, 1942.
2. Akçay M. Gizli Sıtma, 85 sayfa 1944.
3. Scheinfinkel N. - Akçay M. Polarographye und Redoxsysteme, Annales de l'universite d'Ankara, Vol : 3,63 sayfa, 1948-1949.
4. Akçay M. Fizyoloji Kolokyumu, 98 sayfa, Akın Matbaası 1949.
5. Akçay M. İnsan Fizyolojisi Ders Kitabı 1. Fasikül Kas Fizyolojisi Prof. Dr. Nathan Schenfinkel'den Almanca'dan tercüme.

6. Akçay M., Akgün N. Fizyoloji Ders Notları (Prof. Dr. N. Scheinfinkel'in Ders notlarından hazırlama) 312 sayfa, Güney Matbaası 1950.
7. Scheinfinkel, N. Akçay M. Methodik der physiologi. II. Gleichzeitige Registrierung des Arbeitsdiagramms und des Sauerstoffverbrauches des Froschherzens mit Hilfe des Indikators und der Differential-photozelle. Acta Medica Turcica, Vol : 3, 1-2, 1951.
8. Akçay M. Isochronie problemi üzerinde eksperimental araştırma, Ank. Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 6, 1-2, 1952.
9. Scheinfinkel N. Akçay M. Experimentelle Analyse der Wirkungsweise von kalium und Acetylcholin auf des Kaltblüterherz mit Hilfe der Monojedessigsaure, Annales de l'universite d'Ankara 1953.
10. Akçay M. İnsan Fizyolojisi Ders Kitabı (Genel Duyu, Göz) (Prof. Dr. N. Scheinfinkel'den Almancadan Tercüme) 236 sayfa, Yeni Desen Matbaası 1955.
11. Akçay M. Redoxpotential des Blutes verschiedenler tierarten und die rolle der Erythrocyten für die Konstanzerhaltung dessalben. Acta Medica Turcica, Vol : 8, 1-2, 1956.
12. Akçay M. The oxidation reduction potential and the redoxcapacity of blood and plazma (in vitro) in different conditions. Acta Medica Turcica 8 : 1956.
13. Akçay M. Sinir Sistemi Fizyolojisi 196 sayfa Son Havadis Matbaası 1957.
14. Akçay M. Kan Fizyolojisi Ders Kitabı 104 sayfa Yeni Desen Matbaası 1960.
15. Akçay M. The cancer Diagnosis and the redoxcapacity index of plasma, Acta Medica Turcica, Vol 8, 3-4, 1956.
16. Akçay M. Kanser teşhisi ve plazmanın redokskapasite indeksi, A.Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası cilt 10, sayı 1-4, 1957.
17. Akçay M. Çocukta Cinsiyet (Doğumdan Bulûğa Kadar) Türk Ansiklopedisi 1960 Ankara.
18. Akçay, M. Bölükbaşı T. Kobaylarda plazma protein fraksiyonları üzerinde paper electrophoresis ile bir araştırma, A.Ü. Tıp Fak. Mecmuası, Vol : XIV, sayı 1, 1961 Ankara.
19. Akçay, M. Bölükbaşı T. Kobayda Plazma Proteinleri Fraksiyonlarına Adrenalin tesirlerinin paper electrophoresis ile araştırılması A.Ü. Tıp Fak. Mecmuası Vol : XIV, Sayı : 2, 1961 Ankara.
20. Akçay, M. Bölükbaşı, T. Kobayda plazma proteinleri Fraksiyonlarına Soğuk banyo tesirlerinin paper electrophoresis ile araştırılması, A.Ü. Tıp Fak. Mecmuası Vol : XIV Sayı : 3, 1961 Ankara.
21. Akçay M. Endüstride yorgunluk ve buna tesir eden faktörler. Çalışma vekaleti Çalışma Dergisi Cilt : 1, Sayı : 5, 1960 Ankara.
22. Akçay M. Akut Klima Değişmelerinin kan basıncı ve Hemoglobin üzerine tesirlerine dair bir araştırma, A.Ü. Tıp Fak. Mecmuası, Vol. XIV, Sayı : 3, 1961 Ankara.

23. Akçay M. Yüksekliğin Kan basıncı ve Hemoglobin, konsantrasyonuna tesiri hakkında ikinci araştırma A.Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası, Vol : XV, Sayı : IV, 1962 Ankara.
24. Johnson, D.E., Liu, C.K. - Akçay, M.M. and Taplin, G.V. Radiopulmonary cardiography for measurement of central mean transit time and its arterial and venous subdivisions. Proc Symposium on Dynamic Clinical Studies with Radioisotopes, United States Atomic Energy Commission, Oak Ridge, October 1963.
25. Akçay, M.M., Johnson, D.E. and Taplin, G.V. Estimation of stroke volume by steady state radiocardiography. Clinical Research, 12. 103, 1964.
26. Johnson, D.E., Liu, C.K., Akçay, M.M. and Taplin, G.V. A lungdilution curve and the radiocardiogram in the study of the arterial and venous subdivisions of the pulmonary circulation. Clinical Research, 12 : 120, 1964.
27. Taplin, G.V., Kennady, J.C., Griswold, M.L., Akçay, M.M. and Johnson, D.E. Radioalbumin macroaggregates for lung scanning (Mechanismsafety and clinical experience). Jr. Nuclear Medicine, 5 : 382 1964.
28. Taplin, G.V., Kennady, J.C., Griswold, M.L., Akçay, M.M. and Johnson, D.E. Albumin 1-125 macroaggregates for brain scanning (experimental basis and safety). Jr. Nuclear Medicine, 5 : 366, 1964.
29. Akçay, M.M., Johnson, D.E., Taplin, G.V. and Measurement of right ventricular diastolic and systolic volumes using radioalbumin macro aggregates. Proc. 23. rd International Congress of Physiological Sciences, Tokyo Japan, September 1965.
30. Akçay, M.M., Johnson, D.E., Taplin G.V. Tracer Dilution studies in model systems. Significance to radiocardiography. Jr. Nuclear Medicine 7 : 657-664, 1966.
31. Akçay M.M. Johnson, D.E. and Liu, C.K A new quantitative external monitoring technique. International Journal of Applied Radiation and Isotopes 17 : 261-268, 1969.
32. Akçay M. Preliminary report on the electromagnetic artificial heart. Acta Medica Turcica New Series Vol : 4, N : 1, 1967.
33. Akçay M. Physiological Mechanism of paralytic ileus. Proceedings, XXIV International Congress, Washington D.C 1968.
34. Akçay M. Müsbet İlim Yönünden İslam Dini (1. Fasikül) Kardeş Matbaası 1969.
35. Akçay M. Dolaşım Fizyolojisi Güven Matbaası Ankara 1969.
36. Akçay M. Deneysel Fizyoloji Güven Matbaası 1971 Ankara.
- 37 Akçay M. Kas Fizyolojisi Güven Matbaası Ankara 1972.

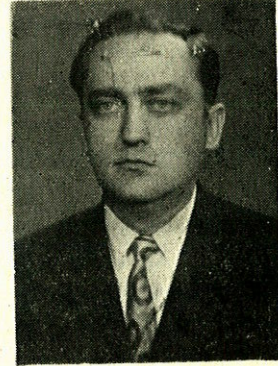
PROF. DR. TÜRKÂN AKYOL'UN BİYOGRAFİSİ

İstanbul'da 1928 de doğmuş ve orada ilkokulu, orta öğrenimini Erenköy Kız Lisesinde 1947 de bitiren Türkân Akyol, Ankara Tıp Fakültesini 1953'de bitirmiştir. 1956 da Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde çalışıp uzman olmuştur. ABD Albert Einstein Tıp Üniversitesinde (1959-1961) ve Hollanda ile Fransa'da uzmanlık sonrası çalışmalarında bulunmuştur. Doçentlik sınavını 1964 vermiş ve 1970 de profesörlüğe yükseltilmiş iken Prof. Dr. Türkân Akyol 1971 de ilk Türk kadın bakan olarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak görev yapmıştır. Ayrıca 3 Mayıs 1980 ve 1 Ağustos 1982 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Rektörlüğü görevinde bulunmuştur.

Mayıs 1983 de son görevli bulunduğu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim dalı görevinden istifa ederek ayrılmıştır. Evli ve iki (2) çocuk sahibidir.

DOÇ. DR. MAZHAR ÜLKER'İN BİYOGRAFİSİ

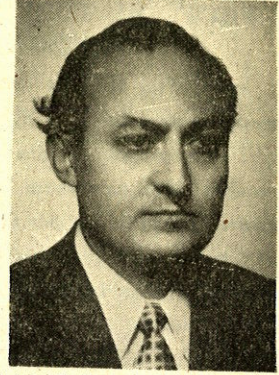
1925 yılında Bilecik'de doğan Dr. Mazhar Ülker 1942 yılında İstanbul Erkek Lisesini bitirdikten sonra aynı yıl İstanbul Tıp Fakültesine başlamış ve 1948 yılında A.Ü. Tıp Fakültesinden mezun olmuştur. (Aday Tıp talebe yurdu öğrencisi olması nedeni ile İstanbul Tıp Fakültesinden Ank. Ü. Tıp Fakültesine nakil edilerek son 2 yılı bu fakültede okumuştur.) Kasım 1948 yılında yedek Subay okuluna iltihak etmiş ve yedek subaylığını Çanakkale'de yaptıktan sonra Kasım



1949 yılında terhis olmuş ve aynı yıl mecburi hizmetini tamamlamak üzere Çorum-Osmancık, Adana-Merkez, Ceyhan, Kozan ve İstanbul-Şişli Sıtma Savaş tabipliklerinde çalıştıktan sonra 1954 yılında A.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Volonter Asistanlığa başlayarak 1959 yılında Kadın Hastalıkları ve Doğum Mütihazası ünvanını almıştır. Aynı Klinikte 1965 yılı başına kadar Uzman Asistan olarak görev yaptıktan sonra 1965 ve 1966 yıllarında 4489 sayılı Kanun Hükümlerine uygun olarak 2 yıl maaşlı izinli sayılıp Almanya'da Neuss şehrinde bilgi, görgü ve ihtisasını artırmak üzere çalışıp Ocak 1967 yılında yurda dönerek aynı klinikte Uzman Asistan görevine devam etmiştir. 1969 yılında A.Ü. sinde açılan Doçentlik imtihanlarına girerek Kadın Hastalıkları ve Doğum dalında Üniversite Doçentliği payesini almış (17.XI.1969), daha sonra A.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kürsüsüne eylemli doçent olarak atanmış 1974 yılında profesör olup 22.11.1983 tarihinde emekli olmuştur. Mazhar Ülker evli ve 2 çocuk babasıdır.

PROF. DR. İHSAN GÜNALP'İN BİYOGRAFİSİ

1914 (1330) yılında Ankara'da doğdum. İlk orta, lise öğrenimimi Ankara'da yaparak 1933 yılında Ankara Erkek Lisesinden mezun oldum. Aynı yıl (1933) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesine Asker öğrenci olarak girdim. Ve 1939 yılında Tabip Teğmen rütbesiyle orduya iltihak ettim.



- 1939-1940 Gülhane Askeri Tıp Akademisinde stajyer (Tabip Teğmen)
- 1940-1941 126. Ağır Topçu Alayı hekimliği Kütahya. (Tabip Üsteğmen)
- 1941-1942 6. Kolordu Nakliye Alayı Hekimliği. İzmit (Tabip Üsteğmen)
- Ağustos-1942 yüzbashi rütbesine terfi ettim.
- 1942-1945 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Üroloji Kliniği Asistanlığı
- Temmuz-1945 Üroloji Uzmanı oldum.
- 1945-1947 7. Kolordu Askeri Hastanesi Üroloji Mühassıslığı, Diyarbakır.
- 1947-1950 Millî Savunma Bakanlığı emriyle Gülhane Askeri Tıp Akademisine öğretim üyesi yetiştirilmek üzere üç sene süre ile Birleşik Amerikada tahsil ve staja yollandım. Bu sürenin bir yılında Newyorkta CORNELL Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji kliniğinde, 2 yılında da Mount Sinei Tıp Fakültesinde Üroloji ve Anestezi bölümlerinde çalıştım.
- Ağustos 1949 da Binbaşı rütbesine terfi ettim.
- 1950 Sonunda yurda döndüm ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi Üroloji Kliniği Baş Asistanlığına atandım.
- 1952 de Ankara Üniversitesinde Üroloji Dalında Doçentlik sınavına girdim ve 7. Kasım. 1952 de Üroloji Doçenti ünvanını aldım.
- 1950-1953 yılları arasında Gülhane As. Tıp Akd. Üroloji Kliniği Başasistanlığı sırasında, Türkiyede ilk defa (Modern Anestezi) kursunu tertip ettim. Yine bu süre zarfında Mesane Hastalıklarında (Felçlilerde) mesanenin (Sistometrik) inceleme ve araştırmalarını yurdumuzda ilk kez uyguladım (1951).
- Keza Röntgen muayenelerinde periton arkasına Hava veya Gaz sevk etmek suretiyle yapılan incelemeleri yine 1951 yılında ilk kez yurdumuzda ben uyguladım.
- 1953-1954 iki yıl Haydarpaşa Askeri Hastanesi (Üroloji Mühassıslığına) atandım.
- Bu müessesede çalışmalarım arasında yurdumuzda bulunmadığını zannettiğimiz iki hastalığı ki; Bunlardan birincisi halk arasında Fil hastalığı tabir edilen bir paraziter hastalığı olan Filaria hastalığının Güney illerimizde Alanya ve civarında pek çok yurttaşımızda bulunduğunu meydana koydum. (1954). İkinci hastalık ise yine yurdumuzda mevcut olmadığını zannettiğimiz Bilharzia hastalığıdır. Bu hastalığı da bundan önceki Filaria hastalığında Haydarpaşa Asker Hastanesine sevk edilen iki erde tesbit ettim. Bunlardan birincisi Alanyalı, ikinci Mardin'li idi.

- 1955 yılında Birinci ay Ankara Üniversitesinin talebi üzerine 1281 sayılı kanunla ordudan iki yıl izinli olarak Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Doçentliğine atandım. 30. Ağustos, 1955 de Yarbaylığa terfi ettim.
- 1956 da çok sevdiğim asker hekimliğinden üzülerak ayrıldım. Ve Tıp Fakültesinde çalışmalarımı sürdürdüm.
- 1958 de Tıp Fakültesinde Profesörlüğe yükseltildim.
- 1960-1964 yıllarında Ankara Tıp Fakültesi Yönetim Kuruluna seçildim. 4 sene bu kurulda çalıştım.
- 1970 de Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Başkanlığına seçildim.
- 1973 de Amerika Birleşik Devletlerinde Böbrek Hastalıkları-Dializ ve Transplantasyon konularını incelemek üzere New Yorkta Albert Einstein ve Cornell Tıp Fakültelerinde bir yıl çalıştım.
- 2547 sayılı Yüksek Öğretim Yasasına amir hükümlerine göre halen Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanayım.
- 1955 yılından bugüne kadar Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde 50 hekim eğiterek Üroloji Uzmanı, bunlardan 10 tanesi Doçent ve Profesör olarak hastanelerde uzman ve Tıp Fakültelerinde öğretim üyeliği yapmaktadırlar.
- 1950 yılından bu güne kadar Tıbbi neşriyatımın sayısı 110 (yüzon)dur. Bunlardan sekiz tanesi kitaptır.
- Üroloji alanında pek çok büyük ve değişik ameliyatlar ilk kez yurdumuzda tarafımdan uygulanmıştır. Ve eğitilen hekimlere öğretilmiştir.
- 1955 yılından başlayarak bugüne kadar geçen süre zarfında Ürolojide hasta bakımı, tetkik, tedavi, ameliyat takip, kayıt ve arşiv sistemini titizlikle uygulanarak tek kelime ile bir (Üroloji Mektebi) disiplini ile çalışmayı yerleştirmek için uğraşageldim.
- Türk Üroloji Derneğinin üyesiyim, 1972-1973-1975-1977-1979 da yapılan Türk Üroloji Kongrelerine iştirak ettim, hepsinde bilimsel tebliğlerim olmuştur. Ankarada kurucularında ve Başkanı olduğum (Ankara Ürologlar Derneği 1970 yılından beri çalışmalarını sürdürmekte ve heryıl ayda bir kez toplanarak programına göre ürolojik konular işlenmektedir. Uluslar arası Bilimsel münasebetlere gelince : Societie Internasyonal d'Ürologienin üyesi ve Türkiye delegesiyim. Bu enternasyonal dernek üç senede bir Kongre tertipler. Bu kongrelerde tebliğli olarak iştirak ederim. Ezcümle 1964 Londra, 1967 Munich, 1970 Tokyo, 1973 Amsterdam, 1976 Johannesburg 1979 Paris, 1982 de Sanfransisko da toplanmıştır.
- Evli ve iki çocuk babasıyım. (biri Göz Hastalıkları Profesörü, diğeri ise muhasebecilik yapmaktadır).
- 1980 den itibaren kadında «Stress inkontinans» konusunda yapmış olduğum yeni bir ameliyat tekniği ile, tam şifa sağlanmış bulunuyorum. Bu husus (Ankara Tıp Bülteninde) yayınlanmış son çalışmamdır.

TIP FAKÜLTESİ MECCMUASI

Cilt : 36 Sene 1984 Yılı Yazar İndeksi

A				
Acar Hasan	81,289,385,401,443,497,503,515	Çağa Tarık		487
Açıklan Ergin	13	Yakırgil S. Güngör	221,247,263	
Anadol Erdal	487	Çalhan İ.		415
Akalin Hakkı	453	Çetin İlker	247,263	
Akgün Güneş	407			
Akkılıç Mahmut	367	D		
Aksoy Sezgin	81	Dağsalı Sabri		5
Akyürek Nusret	21	Demirağ B.		415
Ayan İnci	111	Demirci Gülsen		207
Aydıntuğ Semih	75	Demircin Metin		5
Akyol Türkân	367	Doğru Ü.		415
Akyol Murat	487	Doğan Rıza		467
Altınörs Nur	199	Duman Murat		329
Aras Gülseren	89	Düzgün Nurşen		329
Arat A. Rıza	29,401			
Arda Nuri	199	E		
Arıtış Yücel	39	Erbengi Günaydın		467
Arslanöz Ahmet	313	Erçakmak Serdar	173,217	
		Erdoğan Ahmet		199
B		Ergin Meral		477
Baç Bilsel	141,385,497,503	Ergün Ahmet		367
Bahçeci Mustafa	511	Ekinci Cemil		497
Baskan Semih	385,401			
Berk Uluhan	111	G		
Berki Akif	407	Gerçel Rahmi		47
Berki Turan	467	Göğüş Orhan		57
Bilge Ahmet	39	Göksel Biber		1
Boyar B.	459	Güldal Muharrem		407
Bozer A. Yüksel	521	Günay İlhan		467
Böke Erkmen	5,467	Güneş M. Emin		51,65
		Güntekin Erol		57
C-Ç		Gürbüz Ali		521
Campo Del Carlos	453	Gürel Türkan		99
Canat Saynur	21	Gürpınar Ferhan		111
Cin Ş.	21	Hatipoğlu Ahmet		521

I-İ		P	
Işın Erol	467	Paç Mustafa	157
Işırtman T. Ali	263	Paşaoğlu İlhan	521
İnam Rüçhan	21	Patroğlu T.E.	163
K		S-Ş	
Kenan Ergin	207	Sağkan Olcay	341
Karatan Oktay	377	Salih Mustafa	385
Kaya Sadi	157	Saygın Ayşe	99
Kayabalı İsmail	51,65,75,81,141,289,385,395,	Sepici Vesile	477
	427,443,459,497,503,515	Sözütək Yalçın	341
Kaynak Adnan	81	Suskan Emine	151
Keleş Celal	51,65,459	Süldür Nurben	477
Kiper N. Ahmet	47,57	Sümer Hüseyin	477
Korkmaz Şule	1	Sümer Hatice	207
Korucu B.	163	Şafak Mut	29,47,355
Kural Tefvik	1	Şaylı Bekir S.	179,313
Kuterdem Ercüment	81	Şenveli Engin	199
Kütük Emine	341		
M		T	
Melli Mehmet	115	Taşçioğlu Lerzan	207
Mutaf Oktay	297	Telatar Münir	89
		Tezcan Sevgi	511
O-Ö		Timlioğlu Bülent	443,515
Oram Aysel	467	Tokgöz Güner	89,329
Oram Erdem	467	Tuncer Şevket	29,355
Orhon L. Esat	173,217	Turgutalp H.	163
Ortaç Fırat	511	Tümer Necmiye	111
Öcal Gönül	151	Türkoğlu Halil	467
Okten İlker	157		
Önbayrak A.	65	U-Ü	
Ömürlü Kenan	377	Uğurlu Cemil	133
Özbek Abdülkadir	21	Ulualp M. Kenan	235
Özdemir Mehmet	341	Uysal V. Akın	377
Özer Can	1	Uysal S.	459
Özer G.	427	Ülker Mazhar	173,217
Özesmi M.	163	Ünal Sedat	355
Özzeybek T.	141		

Y		Z	
Yakut Cevat	1	Yıldırım Mülazım	105
Yaman L. Sezai	47	Yılmaz Zeki	39
Yassa Kuyas	207	YYüksek Tahir	157
Yaycıođlu Ahmet	487	Yüksel Memnune	151
Yeşilkaya Yaşar	39	Zaloğlu Nezahat	431
Yetkin H.	163	Zayıfoğlu Hüseyin	289,427

ANKARA TIP MECMUASI
KONULAR İNDEKSİ

Cilt : 36

1983

Sayı : 1

İki boyutlu ekokardiyografi tekniği ile sol atrial mikzoma tanımı (Siber Göksel Şule Korkmaz, Cevat Yakut, Can Özer, Tevfik Kural)	1
Ekstremitelerin konjenital damar anomalileri (F. P. Weber sendromu) (Erkmen Böke, Metin Demircin, Sabri Dağsah)	5
Timusun gelişmesi ve yapısı (Ergin Açıklan)	13
Tedavi ortamında hasta ile tedavi kurumu ilişki sorunlarına yaklaşımı (Abdulkadir Özbek, Nusret Akyürek, Rüçhan İnam, Saynur Canat)	21
Komplike bir travmatik fistül olgusu ve değişik cerrahi yöntem uygulaması (Uretro-perineo-rektal fistül) (Şevket Tuncer, Ali Rıza Arat, Mut Şafak) ...	29
Künt karaciğer travmaları (Tedavi edilen 85 olgunun incelenmesi) (Yücel Arıtaş, Zeki Yılmaz, Ahmet Bilge, Yaşar Yeşilkaya)	39
Üriner sistem taş hastalığında teşhis ve tedavi sorunları (Rahmi Gerçel, L. Sezai Yaman, Mut Şafak, Ahmet N. Kiper)	47
Karaciğer echinococcus alveolaris'i (İsmail Kayabalı, Celâl Keleş, M. Emin Güneş)	51
Pyelo-kaliseal divertiküller (Orhan Gögüş, Ahmet N. Kiper, Erol Güntekin) ...	57
Karaciğer hemangioma'ları (İ. Kayabalı, A. Önbayrak, C. Keleş, M.E. Güneş)	65
Sinus pilonidalis (İsmail Kayabalı, Semih Aydınтуğ)	75
Safra yollarına açılan karaciğer kist hidatikleri (İsmail Kayabalı, Ercüment Kuterdem, Adnan Kaynak, Sezgin Aksoy, Hasan Acar)	81
Safrakesesi hastalıklarının incelenmesinde ^{99m} Tc-ida kolesistosintigrafisinin değeri) (Münir Telatar, Gülseren Aras, Güner Tokgöz)	89
Akut ateşli romatizma ve kronik romatizmalı kalp hastalığı patogenezinde yeni görüşler (Ayşe Saygın, Türkân Gürel)	99
Tuba infertilitesinde mikroşirürji (Mülazım Yıldırım)	105

Segmental böbrek hipoplazisi (ask-upmark) ve hipertansiyon (Necmiye Tümer, Uluhan Berk, Ferhan Gürpınar, İnci Ayan)	111
Lökotrienler; oluşumlar ve klinik patolojideki önemleri (Mehmet Melli)	115
Prof. Dr Rasim Adasal (1902-1983) (Cemil Uğurlu)	133

Sayı : 2

Safra kesesi delinmeleri (İsmail Kayabalı, B. Baç, T. Özzeybek)	141
Tar sendromu (Emine Suskan, Gönül Öcal, Memnune Yüksel)	151
Yaşlılarda morgagni hernileri (İlker Ökten, Mustafa Paç, Sadi Kaya, Tahir Yüksek)	157
Sternumda ekinokokküs alveolaris (T.E. Patiroğlu, H. Turgutalp, H. Yetkin, M. Özesmi, B. Korucu)	163
Myoma uteri ön tanısı konulan hastalarda postoperatif histopatolojik neticele- rin değerlendirilmesi (Mazhar Ülker, Serdar Erçakmak, L. Esat Orhop) ...	173
Anadolu'nun genetik yapısı üzerine araştırmalar : VII (Bekir S. Şaylı)	179
Servikal vertebrektomi ve stabilizasyon için kullanılan vitallium destekli akri- lik protez teknik not (Ahmet Erdoğan, Nur Altınörs, Nuri Arda, Engin Şenveli)	199
Türkiye'de sosyal termalizm ve uygulamaları (Kuyas Yassa, Lerzan Taşçıoğlu, Engin Kanan, Gülsen Demirci, Hatice Sümer)	207
Premenopozal disfonksiyonel kanamalarda endometrium histopatolojisi (Maz- har Ülker, Serdar Erçakmak, L. Esat Orhon)	217
Total kalça replasmanında ortaya çıkan problemler (Güngör S. Çakırgil)	221
Prostaglandinler ve immun sistemin karsinogenesisteki rolü (M. Kenan Ulualp)	235
Lumbar vertebraların çeşitli ortopedik problemlerinde cerrahi tedavi indikas- yonları ve tekniği (Güngör S. Çakırgil) İlker Çetin	263
Post-kolesistektomi sendrom'unda cerrahi tedavi sonuçları (İ. Kayabalı, H. Za- yifoğlu, H. Acar)	289
Çocuklarda özofagus yanıkları (Oktay Mutaf)	297

Sayı : 3

Anadolu'nun genetik yapısı üzerinde çalışmalar : VI akraba evliliklerine iliş- kin yeni bulgular (Bekir S. Şaylı, Ahmet Arslanöz)	313
Sistemik lupus eritematozus'da tanı konulduğunda belirlenen klinik özellikler, (Murat Duman, Güner Tokgöz, Nurşen Düzgün)	329
Koroner anjiyografi ile koroner arter hastalığı saptanan olgularda risk faktör- leri (Yalçın Sözütek, Olcay Sağkan, Emine Kütük, Mehmet Özdemir)	341

Mesane tümörlerinde TNM klasifikasyonu (Şevket Tuncer, Mut Şafak, Sedat Ünal)	355
Günde bir ya da iki yumurta yemenin kan kolesterol, total lipid ve trigliserid düzeyleri üzerine etkisi (Mahmut Akkılıç, Turhan Akyol, Ahmet Ergün) ...	367
Akut böbrek yetmezliğinde dissemine intravasküler koagülasyon (Kenan Ömürlü, Oktay Karatan, V. Akın Uysal)	377
Soliter tiroid nodüllerinin tanısında, sintigrafi, ultrasonografi ve patolojik muayene bulgularının karşılaştırılması (Hasan Acar, Mustafa Salih, Bilsel Baç, Semih Baskan, İsmail Kayabalı)	385
Spontan iç safra fistülleri (İsmail Kayabalı)	391
Desmoid tümörler (Hasan Acar, Semih Baskan, A. Rıza Arat)	401
Sekundum tip atriyal septal defektlerin ekokardiyografik incelenmesi (Muharrem Güldal, Güneş Akgün, Akif Berki)	407
Çocuk Tüberkülozu olguları (Ş. Cin, Ü. Doğru, İ. Çalhan, B. Demirağ)	415
Yeni bir epiploik appendagitis (appendices epiploicae iltihabı) vak'ası (İ. Kayabalı, H. Zayıfoğlu, G. Özer)	427
Periferik damar direnci ile diyastolik ve sistolik kan basınçları arasındaki kantitatif ilişkiler (Nezahat Zaloğlu (Bezcioglu)	431
Karaciğer angiosarkoma'ları (İsmail Kayabalı, Bülent Timlioğlu, Hasan Acar)	443

Sayı : 4

Alternatives in coronary bypass techniques (Hakkı Akalın, Carlos Del Campo)	453
Karaciğer traumaları (İ. Kayabalı, S. Uysal, C. Keleş, B. Boyar)	459
Konjenital izole sol pulmoner arter yokluğu (Erkmen Böke, Rıza Doğan, İlhan Günay, Turan Berki, Halil Türkoğlu, Erdem Oram, Aysel Oram, Günaydın Erbenği, Erol Işın)	167
Servikal vertabralarda romatoid artrit (RA) bağlı radyolojik değişimler (Vesile Sepici, Hüseyin Sümer, Meral Ergin, Nurben Süldür)	477
Mide psödolenfoması (Erdal Anadol, Murat Akyol, Tarık Çağa, Ahmet Yayıcıoğlu)	487
Tiroid nodüllerinin tanısında ince iğne aspirasyon biopsisi ve histopatolojik sonuçların karşılaştırılması (Hasan Acar, Bilsel Baç, Cemil Ekinci, İsmail Kayabalı)	497

Karın organlarının mültipl yaralanmaları (İsmail Kayabalı, Bilsel Baç, Hasan Acar)	503
Spiral ovarial gebelik (Sevgi Tezcan, Mustafa Bahçeci, Fırat Ortaç)	511
Polyposis colo-rectalis (İ. Kayabalı, B. Timlioğlu, H. Acar)	515
Atrial miksomalar (Ahmet Hatipoğlu, İlhan Paşaoğlu, Ali Gürbüz, A. Yüksel Bozer)	521

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MECMUASINDA

YAZI YAYINLAYACAKLARIN DİKKATİNE

1 — A.Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası, A.Ü. Tıp Fakültesi tarafından üç ayda bir, yılda dört sayı (bir cilt) olarak yayınlanır.

2 — Yazılar A.Ü. Tıp Fakültesi Yayın Komisyonu Başkanlığına iki kopya halinde gönderilmelidir. Yazı ve resimlerin kaybından Fakülte sorumlu tutulamaz; bu nedenle araştırmacıların bunlara ait bir kopyayı alı koymaları tavsiye edilir.

3 — Mecmua'da yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Daha önce Kongrede tebliğ edilmiş ve özeti yayınlanmış çalışmalar, bu husus belirtilmek üzere kabul edilebilir. Yayın için gönderilmiş çalışmalarını gecikme veya diğer bir nedenle başka bir yerde bastırmak isteyen yazarların Fakülteye yazılı olarak bilgi vermeleri gerekir. Yayın Komisyonu, A.Ü. TIP FAKÜLTESİ MECMUASI için gönderilmiş yazılarda makale sahiplerinin bu maddeye uymayı kabullendiklerini varsayar.

4 — ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MECMUASINDA yayınlanacak yazılar metin, şekil, tablo, kaynakça dahil 15 dergi sayfasını geçemez. Olgu bildirimleri için üst sınır 5 dergi sayfasıdır.

5 — Mecmua'da yayınlanmış her makalenin yazarlarına 50 adet ücretsiz ayrı baskı verilir.

6 — MAKALE BAŞLIĞI : Seksen harf ve fasılayı (80 daktilo vuruşu) geçmemelidir. Eğer yazı başlığı 40 harf ve fasıladan fazla ise, Mecmuadaki tek sayfalar başına konulmak üzere ayrıca kısaltılmış yazı başlığı (en çok 40 vuruş) makaleye eklenmelidir.

Yazı başlığının altına yazarların ad ve soyadları yan yana yazılmalıdır. Soyadları üstüne konulacak yıldız işaretleri ile sayfa altında araştırmacıların akademik ünvanları dip not halinde belirtilebilir.

Çalışmanın yapıldığı ve yazarların çalıştıkları yer, yazarlarının altına yazılmalıdır.

GİRİŞ : Araştırmanın amacı belirtilmeli, diğer benzer çalışmalara işaret etmeli, ancak geniş bir revü (Literatürün gözden geçirilmesi) ölenmemelidir.

METOD : Daha önce literatüre geçmemiş yeni bir yöntem denenmişse geniş surette verilmeli, aksi halde sadece literatüre atıf yapmakla yetinmelidir.

METİN YAZIMI : ANKARA TIP FAKÜLTESİ MECMUASI'nda yayınlanmak üzere gönderilen yazılar 21 X 30 cm boyutlarında standart daktilo kağıdına çift aralıklı olarak daktilo ile yazılmalı, sayfa sol yanında 3 cm. sağ yanında ise 2 cm. boşluk bırakılmalıdır Her sayfa üst-sağ köşesine yazar (birden fazla kişiye ait makalelerde ilk yazar) adı, soyadı yazılmalıdır.

Yazıların Türk Dil Kurumu sözlüğü ve yeni yazın (imlâ) kılavuzuna uygun olarak hazırlanması gerekir. MECMUA basımında metnin arasında büyük veya espase dizime başvurulmayacağından daktilolu kopyada tüm kapital veya aralıklı yazım kullılmamalıdır.

Aynı satırda değişik puntolu veya karakterli dizime (Beyaz-italik-siyah) çoğu basımevinde olanak bulunmadığından metin arasında ad, tümce veya satırların altı, farklı kasa ile dizim için, çizilmemelidir. Ara başlıkları (MATERYEL VE METOD, BULGULAR, TARTIŞMA, KAYNAKLAR) kapital olarak yazılmalı ve ortalanmalıdır.

Olanak varsa bir cümlelerin rakamla başlamaması tercih edilmelidir, zorunluk olan hallerde rakam nümerik değil, yazı ile yazılmalıdır (Örnek : 48 hasta ve 50 sağlam kontrolden oluşan materyel... yerine Bu araştırmanın materyeli 48 hasta ve 50 sağlam kontrolden oluşmaktadır veya Kırk sekiz hasta ve 50 sağlam kontrolden oluşan materyel...). Genellikle I - 10 arasındaki rakamlar metin içinde de olsa yazı ile yazılmalıdır (Örnek : Bu seri içindeki hastalardan 4 ü... yerine Bu seri içindeki hastalardan dördü...). Ancak bu sayılar diğer bir rakamla karşılaştırılmalı olarak kullanılmışsa rakamla yazılabilir (Örnek : Bu yöntemle tedavi ettiğimiz 26 hastadan 7 si tam düzleme göstermiş olup...).

ŞEKİLLER : Fotoğraf, grafik, çizim ve şemaların tümü (İllüstrasyonlar) Şekil olarak kabul edildiğinden buna göre birbirini izleyerek numaralanmalıdır. Grafik ve şemalar kuşe kağıdı veya beyaz kartona siyah, tercihini çini mürekkeple çizilmelidir. Fotoğraflar klişede ayrıntıların görülebilmesini sağlayacak dercede kontrast olmalı ve parlak kağıda basılmalıdır.

Her şekil altında açıklayıcı kısa bir lejand bulunmalıdır. Şekil numaraları Arabik olarak (1, 2, 3...) yazılmalı ve lejand aşağıdaki örnekteki benzer şekilde noktalananmalıdır :

Şekil 4 : Hastanın ameliyat öncesi dönemde yapılmış karaciğer sintigrafisinde sol lobde hipoaktif bölge görülüyor.

Şekil altı yazılarının tümü ayrı bir sayfaya ve alt alta yazılarak metne eklenmelidir.

Klişe yapılacak Şekillerin tümü ayrı bir zarf içinde sunulmalı, hiçbir şekil monte edilmemelidir. Şekillerin arkasına yazar ve makale kısa adı, şekil numarası yumuşak kurşun kalemle yazılmalı, klişenin üstte gelecek yanı ÜST yazılarak işaretlenmelidir.

Şekillerin makalede konulması gereken yerler metin sol kenarına (Şekil I, Şekil 2,) şeklinde yazılarak belirtilmelidir.

ANKARA TIP FAKÜLTESİ MECMUASI'nın sayfa eni muhtemel olarak 28 katrat (12 cm) olacaktır. Şekillerin boy ve en oranı yönünden bu husus dikkate alınmalıdır.

TABLolar : Her biri ayrı bir sayfaya yazılıp Romen rakamı ile (I,II,III...) numaralanmalıdır. Tablo kapsamının kısa tarifi, açıklaması başlık olarak konulmalıdır. Başlığın noktalananması aşağıdaki örneğe göre yazılmalıdır :

Tablo IV : Karaciğer absesinde mortalite oranları

Araştırmaya ait bulgu ve sonuçların sunuluşu ya metinde yazılı olarak verilmeli veya şekil yahut tablo ile takdimi tercih edilmelidir. Aynı bulgu ve sonucun bu araçlardan birden fazlası ile ve tekrarlanarak sunulduğundan kaçınılmalıdır.

Tablolar Dergi normal metin harfleri ile dizilince eni 12 cm. yi geçmeyecek genişlikte ve yarım sayfayı aşmayacak derinlikte, kondanse bilgi ile düzenlenmeli; Tablo adedi metin hacmi ile orantılı olmalıdır. Sayfaya dik değil yan olarak monte edilmek üzere düzenlenmiş Tablo'lar kabul edilemez. Tabloların konulacağı yerler metin sol kenarına işaretlenmelidir.

JÜRKÇE ÖZET : Ortalama 50 - 100 kelime dolaylarında olmalı ve İngilizce özetten önde gelmelidir. Makale başlığının bu bölümde tekrarı gerekmez.

YABANCI DİLDE ÖZET : Araştırmanın amacı, bulgular ve sonuçları kısa olarak içeren, en çok 100 kelime olmak üzere üç batı dilinden (İngilizce, Fransızca, Almanca) birinde hazırlanmış bir özet makale sonuna gelecek şekilde yazılmalıdır. Makale başlığının tümü de aynı yabancı dile çevrilerek bu özet üstüne yazılmalıdır.

KAYNAKLAR : Metin içinde numaralanıp parantez içinde yazılmalıdır. Süperior rakam dizimine basımevlerinin çoğunluğunda olanak bulunmadığından metinde kaynak numaraları yazı üstüne konulmamalıdır. Aslı görülmeden diğer bir kaynak aracılığı ile bilgi edinilen makaleler mümkünse Kaynaklar arasına alınmamalı, zorunlu hallerde ise bilgi alınan ara kaynak parantez içinde belirlenmelidir.

Araştırma sonuçlarını sunan makalelerde tezlerdeki gibi gözden geçirilen tüm kaynakların verilmesi yerine en önemli, yeni ve çalışmayı doğrudan ilgilendirenlere yer verilmelidir. MECMUA'da yayın için kabul edilecek yazılardan araştırmalarda kaynak adedi en çok (25), olgu bildirilerinde ise (10) olarak sınırlandırılmıştır.

Kaynaklar yazı sonunda ve ayrı bir sayfaya, alfabetik olarak sıralanıp numaralanarak yazılmalıdır. Kaynak yazımı ve noktalaması makale ve kitaplar için aşağıdaki örneğe uygun olmalıdır :

7. Fulton EF : Treatment of Bowen's disease with topical 5-FU, Arch Derm 97 : 178, 1968
8. Özer K, Kaya Z, Ayan B : Meigs sendromunda laparoskopinin değeri, A Ü Tıp Fak Mec 24 : 110, 1971
9. Oberman A ve ark : Natural history of coronary artery disease, Bull N Y Acad Med 48 : 1109 1972.
10. King EJ Armstrong AR : A convenient method for determining serum and bile phosphatase activity. Canad med Ass J 31 : 376, 1934 (Sherlock zikrediyor, Disease of the liver and biliary system. 3. bası, 1963 Blackwell Pob, Oxford, sayfa : 47)

Üç veya daha az olan yazar adlarının tamamı, üçden fazla olanlarda ise sadece ilk ad yazılıp ve ark şeklinde devam edilmelidir. İbidem (İbid.) kısaltması ancak bir yazarın aynı mecmuada yayınlanmış, birbirini izleyen yazıları referans olarak gösterilirse kullanılmalıdır.

11. Şehadi WH : Clinical radiology of the biliary tract, 2. bası, 1963, Mc Graw - Hill Co, N Y, sayfa : 41

**A. Ü. TIP FAKÜLTESİ TARAFINDAN
YAYINLANAN KİTAPLAR**

- 368 - ANKARA'NIN ABİDİNPAŞA - SAMANLIK BAĞLARI TUZLUÇAYIR
BÖLGESİNDE YAPILAN AĞIZ SAĞLIĞI ARAŞTIRMASI
(Dt. Çetin Toker) 40 Sayfa 10 TL.
- 380 - FİZİK DENEY KILAVUZU
(Dr. Ziya Güner, Dr. Ferit Pehlivan) 263 Sayfa 45 TL.
- 381 - MEDİKAL GENETİK I TEORİK VE KLİNİK SİTOGENETİK
(Dr. Bekir Sıtkı Şaylı) 252 Sayfa 45 TL.
- 386 - MÜŞAHADE ALMA ŞEMASI
(Prof. Dr. Sabih Oktay, Prof. Dr. Türkan Gürel) 24 Sayfa 5 TL.
- 387 - TÜRKİYE'NİN TANECETUM L. TÜRLERİ ÜZERİNDE ARAŞTIRMA
(Dr. Necati Çelik) 73 Sayfa 35 TL.
- 392 - TÜRKİYEDE KALP HASTALIKLARI PRAVALENSİ
(Prof. Dr. Nevres Baykan) 104 Sayfa 60 TL.
- 393 - HİJYEN KORUYUCU HEKİMLİK
(Prof. Dr. Sevim Yumuturuğ, Prof. Dr. Türkan Sungur) 688 Sayfa 335 TL.
- 394 - FİZİK II
(Prof. Dr. Ziya Güner) 316 Sayfa 100 TL.
- 398 - TÜMÖRLER
(Prof. Dr. A. Ulvi Özkan, Prof. Dr. Orhan Bulay) 124 Sayfa 60 TL.
- 399 - AKCİĞER KİST HİDATİKLERİNİN CERRAHİ
TEDAVİ YÖNTEMLERİ
(Prof. Dr. Erdoğan Yalav, Opr. Dr. İlker Ökten) 100 Sayfa 60 TL.
- 400 - SAFRA KESESİ VE KARACİĞER DIŞI SAFRA
YOLLARI CERRAHİSİ
(Prof. Dr. Demir Ali Uğur) 100 Sayfa 70 TL.
- 401 - AİLE PLANLAMASINDA ANTIKONSEPSİYONEL
METODLARIN KULLANILMASI
(Prof. Dr. Şerif, H. Çanga, Prof. Dr. Nejat Ilgaz) 71 Sayfa 50 TL.
- 402 - İNGUNAL VE FEMORAL FITIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİ
(Prof. Dr. Demir Ali Uğur) 160 Sayfa 90 TL.
- 405 - GENEL HİSTOLOJİ
(Prof. Dr. Aliye Erkoçak) 318 Sayfa 100 TL.
- 407 - DERİ VE ZÜHREVİ HATASLIKLARI
(Prof. Dr. A. Lütfi Tat, Prof. Dr. N. Erbakan, Prof. Dr. A. Nur Or,
Prof. Dr. A. Taşpınar, Doç. Dr. A. Gürler) 440 Sayfa 270 TL.
- 408 - ANADOLU MEDENİYETLERİNDE PENSETİN GELİŞİMİ
(Prof. Dr. Erdoğan Yalav) 32 Sayfa 45 TL.
- 411 - CERRAHİ MEME HASTALIKLARI
(Prof. Dr. Demir A. Uğur) 60 Sayfa 45 TL.

- 412 - DOLAŞIM SOLUNUM VE KAN HASTALIKLARI FİZYOPATOLOJİSİ
(Prof. Dr. Mithat Torunoğlu) 442 Sayfa 190 TL.
- 413 - ORGANİK KİMYA Tıp ve Biyoloji Öğrencileri için
(Doç. Dr. Mustafa Akpoyraz) 313 Sayfa 200 TL.
- 414 - TÜRK İSTİKLÂL SAVAŞI VE CUMHURİYET TARİHİ
(Doç. Dr. Yücel Özkaya) 335 Sayfa 200 TL.
- 415 - TIPTA İSTATİSTİK YÖNTEM VE UYGULAMALARI
(Dr. Yaşar Heperkan) 890 Sayfa 570 TL.
- 416 - SİNDİRİM FİZYOLOJİSİ
(Prof. Dr. Fikri Özer) 145 Sayfa 100 TL.
- 417 - TEMEL NÜKLEER TIP
(Doç. Dr. Asım Akin) 519 Sayfa 370 TL.
- 420 - ORTOPEDİ
(Prof. Dr. Avni Duraman, Prof. Dr. Gürgör S. Çakırgil, Prof. Dr. Zeki Korkusuz) 270 Sayfa 150 JTL.
- 422 - CERRAHİ
(Prof. Dr. Osman Akata ve 21 arkadaşı) 1152 Sayfa 780 TL.
- 423 - DERİ HASTALIKLARINDA ÖN BİLGİLER (PROPEDEÖTİK)
(Prof. Dr. Atif Taşınar) 154 Sayfa 100 TL.
- 424 - ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
(Prof. Dr. Güngör Şami Çakırgil) 592 Sayfa 400 TL.
- 425 - ARTERİA HEPATICA CERRAHİSİ
(Prof. Dr. İsmail Kayabalı) 212 Sayfa 320 TL.
- 426 - FİZİK I MEKANİK ELEKTRİK
(Prof. Dr. Ziya Güner) 400 Sayfa 350 TL.
- 427 - SİNİR HASTALIKLARI SEMİYOLOJİSİ
(Prof. Dr. Sami Gürün, Prof. Dr. A. Güvener, Prof. Dr. D. Öge, Prof. Dr. V. Kırçak, Prof. Dr. İ. Çağlar, Prof. Dr. K. Bilgin, Prof. Dr. Korkut Yaltkaya) 608 Sayfa 450 TL.
- 429 - KARDİYOLOJİ
(Prof. Dr. Muzaffer Erman) 1010 Sayfa 755 TL.
- 430 - TEMEL MEDİKAL GENETİK
(Prof. Dr. Bekir Sıtkı Şaylı) 494 Sayfa 445 TL.
- 432 - ÖZEL HİSTOLOJİ
(Prof. Dr. Aliye Erkoçak) 280 Sayfa 245 TL.

Yukarıdaki Kitaplar A. Ü. Tıp Fakültesi Kitap Satış Bürosundan Temin Edilebilir.