

Sağlıkla Randevu

Kasım-Aralık 2019 Ocak 2020 / Sayı 26 Bayındır Sağlık Grubu Süreli Yayınıdır.

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI
VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

AĞRI TEDAVİSİNDE NÖROMODÜLASYON
UYGULAMALARI



BÖBREK TAŞLARINA
ÜRETEROSKOPIK YAKLAŞIM

AMELİYATSIZ DA GENÇ
GÖRÜNMEK MÜMKÜN

ENDOSKOPIK
SİNÜS CERRAHİSİ



bayındır
sağlık grubu

www.bayindirhastanesi.com.tr

Aradığınız Her Anda Bayındır Sağlık Grubu Yanınızda

Ertelemeyin, daha sonra demeyin.
Rutin kontrolleriniz için
randevunuzu bugün alın!



- KARDİYOLOJİ
- MAMOGRAFİ
- KADIN SAĞLIĞI
- PROSTAT
- ENDOSKOPI
- KOLONOSKOPI
- MENOPOZ
- GÖZ
- TİROİD
- DIŞ
- İŞİTME
- HAFIZA

0 850 911 0 911

Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI



Sahibi

Sezai Sevgin

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Cem Talas

Yayın Direktörü

Doç. Dr. Oğuz Okan

Karaeminoğulları

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Tayfun Gürpınar

Doç. Dr. İrem Erim

Doç. Dr. Pinar Öztaş

Uzm. Dr. Serap Bilen Hızal

Uzm. Dr. Ersel Düzgün

Uzm. Dr. Tolga Tezer

Yayına Hazırlayanlar

Elçin Özince, Gülşah Askar,

Gizem Tuncay Boydaş, Burcu Ergin



Yayına Hazırlayanlar

Doğan Burda

Dergi Yayıncılık A.Ş.

Yayın Yönetim Danışmanı

Ferhan Kaya Poroy

Yayın Yönetmeni

Yaprak Çetinkaya

Görsel Yönetmen

Üzeyir Çetinkaya

Katkıda Bulunanlar

Elif Ergün Tunçer

Fotoğraflar

Doğan Burda Arşiv, iStock,

Adobe Stock

Yönetim Yeri:

Bayındır Hastanesi

Eskişehir Yolu

Söğütözü 06520 ANKARA

Tel: 0312 287 90 00

Faks: 0312 285 07 33

www.bayindirhastanesi.com.tr

sagliklarandevu@bayindirhastanesi.com.tr

Dergideki yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır.

Bilnet Matbaacılık ve Yayıncılık A.Ş.

Dudullu Org. San. Bölgesi 1.Cad. No:16

Ümraniye-İSTANBUL

Tel: 444 44 03 - Fax: (0216) 365 99 07-08

www.bilnet.net.tr

Sertifika No: 42716

editör



**Bayındır
Sağlık Grubu
Genel Müdürü
Sezai Sevgin**

Siz Değerlisiniz...

Bayındır Sağlık Grubu olarak en önemli hedeflerimizden ve önceliklerimizden biri, tıbbi etik ve kaliteden ödün vermeden, hasta odaklı güvenilir sağlık hizmetini, kanıta dayalı tıbbın gerektirdiği en son bilgi ve teknolojiyi kullanarak sunmaktır. Gelişmeleri göz önüne almayan, kendini güncellemeyen hiçbir insan, hiçbir kurum ilerleyemez, geleceğe ümitle bakamaz. Biz de bu bakış açısıyla, hastalarımıza mükemmel sağlık hizmeti sunmak için durmadan, yorulmadan gelişmeleri takip ederek çalışıyoruz. Sağlık alanındaki yeni uygulamaları ve tıp teknolojisindeki son gelişmeleri yakından takip edip, hasta sağlığını ve konforunu en üst seviyede tutmak için çabalıyoruz.

Günümüz teknolojisi, temel tıbbi doğrular kapsamında uygun olan hastalarda, artık ameliyatlarda geniş kesileri birçok durumda gereksiz kılmıştır. Minimal invaziv yöntemler dediğimiz, kapalı cerrahi yöntemler de tıp teknolojisinin bize sunduğu önemli avantajlardan biri ve giderek yaygınlaşmakta... Ekiplerimiz bu alanda eğitilmiş ve yaygın deneyime sahip... Genel cerrahiden ürolojiye, ortopediden girişimsel radyolojiye, plastik cerrahiden jinekolojiye, göğüs hastalıklarından kulak burun boğaza, gastroenterolojiden ağrı işlemlerine kadar pek çok alanda, açık ameliyat yerine uygulanan kapalı cerrahi yöntemler sayesinde, hastalar kısa süre içinde normal hayatlarına geri dönebiliyor. Bu uygulamaların detaylarını, çok kıymetli hekimlerimiz dergimizin bu sayısında sizlerle paylaştı. Dergimizin izleyen sayısında da; kardiyoloji ile kalp ve damar cerrahisi alanlarındaki birikimlerimize ve deneyimlerimize minimal invaziv işlemler de dahil olmak üzere yer vereceğiz...

Yeni bir mevsime geçiş yaptık. Sağlık açısından en dikkatli olunması gereken günler geldi. Vücudun belki de desteğe en çok ihtiyaç duyduğu bu zaman diliminde, beslenmenize ve uyku düzeninize özen göstermenizi, spor yapmayı alışkanlık haline getirerek hayatınızın vazgeçilmez bir parçası olarak görmeyi, ihtiyaç duyduğunuzda geç kalmadan bir uzmana başvurmanızı ve kendinize her zamankinden daha fazla dikkat etmenizi öneriyoruz. Siz değerlisiniz...

Sağlık, umut ve mutluluk hep sizinle olsun...

Sezai Sevgin

8 A'dan Z'ye girişimsel radyoloji
Hastaya büyük cerrahi kesiler yapılmadan uygulanan girişimsel radyolojik tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde, ciddi yan etkilerle karşılaşmıyor, hastanede yatış süresi azalıyor, hasta kısa sürede gündelik hayatına dönebiliyor.

12 Daha genç görünmek için ameliyata gerek yok
Yaşlanmanın etkilerini azaltmak, kırışıklıkları yok etmek, cilt bozukluklarını gidermek ya da yüzünüze biraz ışıltı katmak için her zaman cerrahi girişim gerekmiyor. Botoks, dolgu ve lazer uygulamalarıyla daha genç bir cilde sahip olabilirsiniz.

17 Bel fıtığına 45 dakikada çözüm
Bel fıtıkları için geleneksel ameliyatlara kıyasla yapışıklık ve enfeksiyon riskini en aza indiren, ağrısız ve acısız 'tam kapalı' bel fıtığı ameliyatı ile hastalar sadece 45 dakika süren operasyon sonrası aynı gün ayağa kalkıyor ve yeniden yürüyebiliyor.

18 Gastrointestinal sistem hastalıkları ve tedavi yöntemleri
Reflüden safra kesesi sorunlarına, bağırsak poliplerinden obezite sorununa kadar geniş bir alana yayılan gastrointestinal sistem hastalıklarının pek çok teşhis ve tedavi yöntemi bulunuyor.

22 Gastrointestinal endoskopi türleri
Sindirim sistemiyle ilgili sorunların teşhis edilmesi için farklı türlerde gastrointestinal endoskopi yöntemleri uygulanabiliyor.

24 Reflüden kurtulabilirsiniz
Reflü, tedavi edilmediği takdirde ciddi sağlık sorunlarına neden oluyor. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bu hastalığa cerrahi yöntemle son vermek mümkün.

26 Ağrı türleri ve tedavisi
Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ağrı, teşhis ve tedavi sürecinin ardından, % 80-90 oranında çözüme kavuşuyor. Bu sayede hastalar normal hayatlarına geri dönebiliyor.

28 Ağrı tedavisinde nöromodülasyon uygulaması
Kronik ağrının tedavisinde uygulanan nöromodülasyon uygulamaları, elektriksel stimülasyon veya ilaç mikro dozları vererek kronik ağrıyı kesiyor.

30 Akciğer kanserinde hedefe yönelik intratümöral tedavi
Diğer yöntemlere göre pek çok artışı olan intratümöral kemoterapi, bronş içindeki hava yolunu tıkayan tümör kitlesinin ortadan kaldırılmasını sağlarken, diğer taraftan da sadece kanser hücreleri üzerinde spesifik sitotoksik etki yapıyor.

32 Jinekolojide laparoskopik yaklaşımlar
Laparoskopik cerrahi; jinekolojik operasyonlarda doğru hasta seçimi ile uygulandığında daha küçük ve sınırlı kesiler yapılarak gerçekleştirilir. Hem tanıda hem tedavide kullanılır ve ameliyat sonrası ağrıyı azaltır, iyileşmeyi hızlandırır.

34 Endoskopik sinüs cerrahisi
Sık karşılaşılan bir hastalık olan sinüzite, endoskopik sinüs cerrahisi çözüm oluyor. Ameliyat olduğu gün taburcu edilen hasta, birkaç gün içinde normal hayatına geri dönebiliyor. Üstelik hastalığın nüksetmesine de yok denecek kadar az oranda rastlanıyor.

36 Böbrek taşı tedavisinde perkütan nefrolitotomi yöntemi
Minimal invaziv bir yöntem olan perkütan nefrolitotomi ameliyatı, komplikasyonu az olması ve hastanın normal hayatına çabuk dönmesi avantajları sayesinde açık cerrahiye tercih ediliyor.

38 Mesane kanserinde transüretral rezeksiyon
Tümörün endoskopik olarak çıkartılması anlamına gelen transüretral rezeksiyon ile daha büyük cerrahi işlemlere gerek kalmadan hem tanı konuluyor hem tedavi planlanıyor.



42

BÖBREK TAŞLARINDA ÜRETEROSKOPIK TEDAVİ

Teknolojideki gelişmelerin üroloji operasyonlarına büyük katkısı bulunuyor. Üreteroskopi sayesinde, böbrek taşlarının tedavisi eskiye göre çok daha başarılı oluyor.



44

İŞ HAYATINDA STRESLE BAŞ ETMEK

Orta düzeyde bir kaygı, çalışma performansımızı olumlu etkiler ve daha başarılı işler yapmamızı sağlar. Ancak bu kaygı düzeyine sebep olan stres belli bir eşik değeri aşmaya başlayınca çözüm üretmek gerekiyor.



48

HEM SAĞLIKLI HEM TATLI

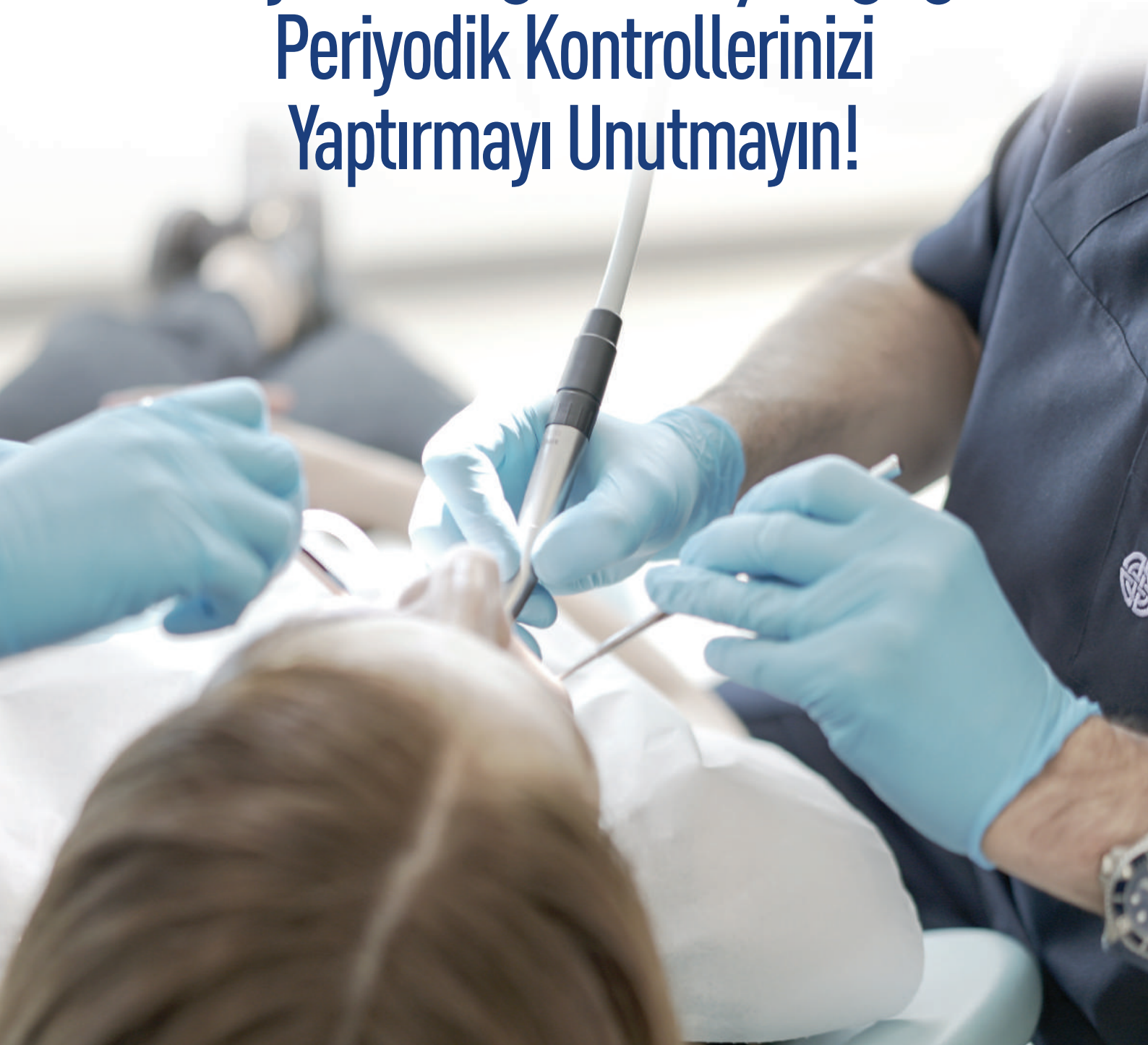
Sağlıklı beslenmek artık hayatımızın vazgeçilmezi. Ama bu atıştırma alışkanlıklarını, tatlıları hayatımızdan çıkaracağız anlamına gelmiyor. Rafine şeker içermeyen, hazırlanması pratik, sağlıklı ve hafif tatlıları tarif listenize eklemeye ne dersiniz?



bayındır
sağlık grubu

www.bayindirhastanesi.com.tr

6 Ayda Bir **Ağız ve Diş Sağlığı** Periyodik Kontrollerinizi Yaptırmayı Unutmayın!



0 850 911 0 911

Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI



BAYINDIR SAĞLIK GRUBU, 31. SAMSUNG BOĞAZIÇI KITALARARASI YÜZME YARIŞI'NDA SAĞLIK SPONSORU OLARAK YERİNİ ALDI

59 ülkeden yerli ve yabancı toplam 2 bin 400 yüzücünün, dostluk, mücadele etmek, yarışmak ve sınırlarını keşfetmek için İstanbul Boğazı'nda bir araya geldiği 31. Samsung Boğaziçi Kıtalararası Yüzme Yarışı'nda, Bayındır Sağlık Grubu da sağlık sponsoru olarak yüzücülerin ve etkinlik alanındaki misafirlerin yanındaydı. Güvenilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı ilke edinen Bayındır Sağlık Grubu'nun bu sponsorluktaki amacı sağlık için sporu ve aktif yaşamı desteklemek, Türkiye'nin ve İstanbul'un tanıtımına katkı sağlamak oldu.

ETİLERFEST'TE UZUN YAŞAMIN SIRLARINI PAYLAŞTIK

Beşiktaş Belediyesi'nin ev sahipliğini üstlendiği, Etiler Sanatçılar Parkı'nda düzenlenen Etilerfest 2019'da yerimizi aldık. 7'den 70'e herkesin doyasıya eğlendiği festivalde, Prof. Dr. Timur Timurkaynak, misafirlerle uzun yaşamın sırlarını paylaştı.



'MUTLU BİR GÜN' GEÇİRDİK

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından bu yıl 5'incisi düzenlenen 'Mutlu Bir Gün' organizasyonunda, engelli çocuklarımızın sevincine ortak olduk. Bayındır Sağlık Grubu'nun desteği nedeniyle, Bayındır Söğütözü Hastanesi Başhekimisi Uzm. Dr. Ersel Düzgün'e plaket ile teşekkür edildi.

YAŞLI DOSTU SEMİNERLERİ BAŞLADI

'Yaşlı Dostu Hastane' patentli Bayındır İçerenköy Hastanesi'nde 'Yaşlı Dostu Seminerleri' sonbahar dönemi başladı.

TÜRK HAVAK VAKFI, BAYINDIR SAĞLIK GRUBU İŞ BİRLİĞİ

Türk Havak Vakfı çalışanları ve üyeleri, Bayındır Sağlık Grubu'nun kaliteli sağlık hizmetinden artık yararlanabilecek.



JAPONYA KONSOLOSLUĞU YETKİLİLERİNİ MİSAFİR ETTİK

Geçtiğimiz haftalarda ziyaretimize gelen Japonya konsolosluğu yetkililerine, Bayındır Levent Tıp Merkezi'ni ve imkanlarını tanıttık.



İŞ BANKASI YELKENKAYA TESİSLERİ'NDE YAZ MEVSİMİ SAĞLIK DOLU GEÇTİ

Bayındır İçerenköy Hastanesi'nin uzman hekimleri, İş Bankası Yelkenkaya Tesisleri'nin misafirleri ile sağlık söyleşilerinde bir araya geldi. Yaz boyunca 9 farklı söyleşinin gerçekleştiği tesislerde, açlık kan şekeri ölçümü, karbonmonoksit ölçümü ve göz taraması da ücretsiz gerçekleştirildi.



DÜNYA KALP HAFTASI ETKİNLİKLERİ

Bayındır İçerenköy Hastanesi Kardiyoloji Bölüm Başkanı Prof. Dr. Timur Turkyaynak, Dünya Kalp Haftası kapsamında düzenlenen söyleşide Darüşşafaka Şenesevler Rezidans sakinleri ile buluştu. Prof. Dr. Timur Turkyaynak, misafirleri kalp damar hastalıklarına karşı uyarırken, değiştirilebilir risk faktörleri hakkında da bilgilendirdi.

ODTÜ TEKNOKENT FESTİVALİ'NDEYDİK!

Bu yıl Otizm Vakfı yararına düzenlenen ODTÜ TEKNOKENT Festivali'nde yer aldık. Otizme destek ve farkındalık çalışmalarının yanı sıra birçok etkinliğin de yer aldığı festivalde, misafirlerle bir araya gelerek keyifli anlar paylaştık.



EĞİTİM İÇİN EL ELE

Ankara Lions Kulüpleri'nin bu yıl ilk defa düzenlediği 1. Eğitim Şenliği Panayırında yer alarak, biz de eğitime katkı sağladık.



ONURLANDIK

Geçtiğimiz haftalarda Bulgar Radyoloji Derneği Kongresi'nde Prof. Dr. Okan Akhan, Bulgar Radyoloji Derneği Onur Üyeliği'ne layık görüldü.

TED ANKARA KOLEJİ MEZUNLARI İLE BULUŞTUK

TED Ankara Koleji Mezunlar Derneği'nin her yıl düzenlediği 'Geleneksel Kuru Fasulye Günü'nde olduk. Yıllar geçse de TED Ankara Koleji mezunlarını bir araya getiren etkinliğin 50'nci yılı, keyifli anlara sahne oldu.

A'DAN Z'YE GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ

Prof. Dr. Okan
Akhan
Bayındır
Söğütözü
Hastanesi
Radyoloji Bölüm
Başkanı



Girişimsel radyolojik işlemler, görüntüleme yöntemleri kılavuzluğunda bir lezyonu tedavi etmek, gelişimini engellemek veya patolojik tanıyı elde etmek için yapılan işlemlerdir. Bu işlemlerin yapılması hastaların cerrahi ve genel anestezinin olası risklerinden korur. Başarı oranı cerrahi işlemlerle aynıdır. İşleme bağlı ortaya çıkabilecek yan etkiler daha düşüktür. Hastaya büyük cerrahi kesiler yapılmadığından ve genel anestezinin ihtiyacı daha az olduğundan, işlem sonrası bunlara bağlı olabilecek ciddi yan etkilerle karşılaşmaz ve dolayısıyla hastanın hastanede kalış süresi kısalmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da işleme bağlı toplam maliyet düşer. Girişimsel radyolojik işlemler, diğer tedavi yöntemlerinden farklı olarak tekrarlanabilir işlemlerdir. Ayrıca, bazı hasta grupları için girişimsel işlemler tek seçenektir. Bu hastalar için zaten cerrahi ya da tıbbi tedavi seçenekleri kalmadığından tek seçenek girişimsel radyolojik işlemlerdir.

I. DAMAR DIŞI (NON-VASKÜLER) GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİK İŞLEMLER

Bazı non-vasküler girişimsel radyolojik işlemler aşağıda özetlenmiştir.

- 1 Perkütan biyopsiler:** Çeşitli dokulardaki lezyonlardan görüntüleme eşliğinde biyopsiler alarak bu lezyonların karakterlerinin anlaşılması sağlanır (ince iğne aspirasyon biyopsisi ve kalın iğne biyopsisi).
- 2 Perkütan apse ve koleksiyon drenajları:** Karn boşluğu ve göğüs boşluğunda yer alan apselerin (iltihap içeren sıvı) ve koleksiyonların (iltihap içermeyen vücut sıvıları), kateter olarak adlandırılan, özel olarak üretilmiş ince hortum benzeri aletlerle görüntüleme kılavuzluğunda boşaltılması işlemidir.
- 3 Perkütan basit kist ve kist hidatik tedavileri:** Karn ve göğüs boşluğunda yer alan dokuların kendisinden kaynaklanan basit kistik yapılar ya da parazitlerin sebep olduğu kistler boşaltılır. Halk arasında kedi ve köpekten geçtiği söylenen 'kist hidatik' hastalığı ameliyatsız olarak geliştirilen girişimsel radyolojik tekniklerle tedavi edilmektedir.

- 4 Perkütan biliyer drenaj ve biliyer stent yerleştirme işlemleri:** Safra sisteminin tıkanıp durumlarda bazen safra içeriği kateter aracılığıyla vücut dışına alınır. Bazen de safra sistemi içerisinde dar olan bölgeye 'stent' adı verilen küçük metalik borucuklar yerleştirilerek safra akışının vücut içerisinde normalde akması gereken ince bağırsağa sorunsuz olarak geçişi sağlanır. Eğer safra sisteminde iyi huylu darlık varsa, bu dar alana balon ile genişletme işlemi yapılır.
- 5 Perkütan kolesistostomi:** Safra kesesinin cerrahi operasyonla alınmadığı ya da bir süre için ameliyat olamayacak hastalarda yine kateter yardımıyla safra kesesi içerisindeki yoğunlaşmış ve iltihaplı safra boşaltılır.
- 6 Perkütan nefrostomi:** İdrar yolunun önünde bir engel olduğu ve idrarın böbrek toplayıcı sistem içerisinde birikerek organda genişlemeye yol açtığı durumlarda özel kateterlerle idrar dışarı alınır ve böbreğin hasar görmesi engellenir.
- 7 Perkütan double-J stent yerleştirilmesi:** Böbrek ile idrar torbası (mesane) arasında darlık olan ve ameliyat edilemeyen hastalarda böbrek ile mesane arasına double-J stent yerleştirilerek sürekli idrar akışı sağlanır.

8 Perkütan yolla taş çıkarılması: Böbrek taşı olan hastalarda yine aynı yolla taşlar çıkarılır.

9 Özofagus ve kolonik stent yerleştirilmesi: Yemek borusu, ince ve kalın bağırsak kanseri olan ve ameliyat şansı olmayan hastalarda kansere bağlı tıkanıklığı ortadan kaldırmak ve fizyolojik yolun devamı için darlık bölgesine stent yerleştirilerek sürekli bağırsak pasajı sağlanır.

10 Perkütan gastrotomi: Ağızdan yiyecek alamayan hastalarda bir kateter ciltten mideye yerleştirilir ve hastanın mideden beslenmesi sağlanır.

11 Perkütan çölyak ganglion blokajı: Kanser hastalarında ağrıyı azaltmak ya da hastanın ihtiyaç duyduğu ağrı kesici miktarını azaltmak için görüntüleme yöntemleri eşliğinde karnı içerisindeki ağrı merkezlerine ilaç verilerek hastanın hissettiği ağrı azaltılır.

12 Trakeal stent yerleştirilmesi: Ana solunum yollarında tıkanıklığı olan ve ameliyat edilemeyen hastalarda, darlık olan bölgeye stent takılarak hava yolunun açılması sağlanır.

13 Perkütan tümör ablasyonu (RFA ve mikrodalga ile yakılması): Kanserli hastalarda tümörlerin yüksek ısı ile yakılarak kontrolü sağlanır. Bu işlem karaciğer ve akciğerin primer (kendine ait) ve sekonder (başka bölgedeki tümörün yayılımı) tümörleri ile böbrek ve bazı kemik tümörlerinde uygulanır. Kanser hastalarının tedavisinde önemli bir yöntemdir.

14 Perkütan IRE (Irreversible elektroproation: Nanoknife tedavisi): Ameliyat edilmesi olanaksız pankreas kanserlerinin tedavisinde yeni geliştirilen bir yöntemdir. Ayrıca bazı karaciğer tümörlerinin ve prostat kanserlerinin de lokal tedavisinde kullanılır.

15 Vertebroplasti, kifoplasti: Vertebra kemiklerinde (omur kemikleri) osteoporoz ve hemanjiyom gibi durumlarda çökme kırıkların oluşabilir. Güçlendirici kemik çimentosu, çökme olan kemik içerisine iğne ile girilerek verilir. Bu işlem ile kemik bütünlüğünün ve çevre dokuların daha fazla zarar görmesi engellenmiş olur.

II. DAMAR İÇİ GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİK İŞLEMLER

IIA. VÜCUT DAMARLARINDA YAPILAN GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİK İŞLEMLER

1 Balon anjiyoplasti ve stentleme: Atardamar ya da toplardamarlarda oluşan darlıkların sadece balon, balon ve stentin birlikte kullanılması ya da sadece stent yerleştirilerek tedavi edilmesidir.

2 Kitle embolizasyonları: Atardamardan fazla beslenen kitlelerin kanlanması özel maddeler kullanılarak kesilir ve mevcut kitlenin küçülmesi sağlanır. Bu da kitleye ait şikayetlerin ortadan kaybolmasını ya da azalmasını sağlar. Bazı durumlarda ise tıkkama işlemi sonrası mevcut kitle ameliyat edilir. Bu tıkkama işlemi hastanın ameliyat sırasında daha az kan kaybetmesini sağlar.

3 Anevrizma embolizasyonu: Atardamar ya da toplardamarlarda ortaya çıkan baloncuklaşmaların (anevrizma) özel tıkkayıcı maddeler kullanılarak açık cerrahi olmadan tedavi edilmesidir.

4 Inferior vena kava filtresi yerleştirilmesi: Bacak toplardamarlarındaki pıhtıların koparak akciğere gitmesini engellemek için vücudun ana toplardamarına (inferior vena kava) pıhtı parçalarını tutan özel filtre sistemleri yerleştirilir.

5 Arteriovenöz malformasyon ve fistül tedavileri: Doğumsal olarak bulunan ya da sonradan gelişen damar yumakları (arteriovenöz malformasyon) ya da atardamar ile toplardamar arasındaki istenmeyen kısa yollar (fistül) özel tıkkayıcı maddeler kullanılarak tedavi edilir.

6 Transarteriel kemoembolizasyon: Bu işlem ile yoğun damarsal beslenmesi olan tümörlere kemoterapi vermek ve besleyici damarlarını tıkkamak amaçlanır. Bu sayede tümörün küçülmesi sağlanmaya çalışılır ve kemoterapötik ilacın muhtemel yan etkileri azaltılmış olur.

7 Radyoembolizasyon: Nükleer tıp bölümü ile birlikte karaciğer primer tümörleri (HCC ve kolanjiyokarsinom) ve metastazlarının tedavisinde yitrium 90 mikrosferlerle intraarterial radyonüklid tedavi-radyoembolizasyon başlarıyla uygulanmaktadır.

8 Transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TİPS): Portal hipertansiyonun tedavisi amacıyla boyun veninden (juguler ven) giriş yapıldıktan sonra karaciğerde hepatik ven ile portal ven sistemi arasına stent yerleştirilerek şant oluşturma işlemidir. Bu işlem sonrası portal sistemdeki basınç düşürülür.

9 Endovenöz lazer ablasyon: Bacak toplardamarlarındaki kapakların yetersiz çalışması sonucu ortaya çıkan ve rahatsızlık veren varisler, damar içerisinde görüntüleme kılavuzluğunda lazer probu yerleştirilerek tedavi edilir.

IIB. BEYİN (SEREBRAL) DAMARLARINDA YAPILAN GİRİŞİMSSEL İŞLEMLER

1 Serebral anevrizma embolizasyonu: Beyin damarlarındaki anevrizma keselerinin içine ilerletilen mikrokaterler aracılığıyla mekanik metal sarmallar (koil) ya da sıvı embolizan ajanlarla anevrizmanın kapatılması

2 Serebral arteriovenöz malformasyon (AVM) tedavisi: Beyin damarlarındaki AVM'lerin çekirdeğine (nidusuna) bir mikrokater aracılığıyla ulaşıldıktan sonra malformasyonun sıvı embolizasyon ajanlarıyla kapatılarak tedavi edilmesidir.

3 Beyin inmesi (serebral stroke) tedavisi: Beyin inmelerine yol açan boyun ve beyin atardamarlarındaki akut dönemde ortaya çıkmış pıhtıların, pıhtı eritici ajanlarla eritilmesi (trombolizis) ve gerekirse altta bulunabilen darlık alanlarının balon anjiyoplasti ve/veya stentlerle tedavi edilmesidir.

4 Beyin damarlarındaki darlıkların stent yerleştirilerek açılması: Özellikle Karotis arterlerinin (şah damarları) kritik darlıklarının stent ile açılma işlemidir. Beynin diğer damarlarında da stent yerleştirilmesi özel endikasyonlarla yapılabilir.

5 Venöz ömikleme: Hipofiz ve paratiroid adenomlarının yerleşimini ve hormon salınımını ortaya koymak için yapılan tanısal işlemdir.

TÜMÖRLERİN LOKAL ABLASYON UYGULAMALARI VE YENİLİKLER

Tümör ablasyonu, ısı (dondurma: kriyoablasyon, ısıtma: radyofrekans ablasyon, mikrodalga ablasyon, lazer, HIFU: yüksek yoğunlukta odaklanmış ultrasonografi) veya kimyasal etki (asetik asit, etanol) ile yapılabilir. Ayrıca iki elektrik yüzeyi arasında kalan hücrelerde geçirgenlik artarak hücre zarlarında porlar (delik) oluşumu ile de dokuda ablasyonu sağlanabilir. Bu teknolojinin adı IRE'dir (nanoknife). IRE'de (geri dönüşümsüz elektroporasyon) diğer yöntemlerde izlenen termal ablasyon sahası olmadığı için, önemli komşu dokularda etkilenme beklenmez. Perkütan tümör ablasyonu, özellikle primer ve sekonder karaciğer tümörlerinde ve akciğer küçük hücreli dışındaki primer tümörlerde ve metastazlarda vazgeçilemez tedavi seçeneklerinden biridir. Ancak böbrek tümörlerinin, kemik tümörlerinin, meme tümörlerinin ve böbreküstü bezi tümörlerinin de tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. Yandaki tabloda tedavi edici tekniklerin daha öncelikli hangi organlarda kullanıldığı görülmektedir. Ancak organ ve tümör ilişkisine bağlı olmak üzere teknik seçimini girişimsel radyolog yapmalıdır.

1.KARACİĞER KANSERLERİ

● Primer karaciğer tümörleri (HCC)

Tıp dünyasındaki gelişmeler ile orantılı olarak tedavi seçenekleri bakımından kılavuz olan rehberler de gün geçtikçe yenilenmektedir ve erken evre hastalıkta ilk tedavi seçeneği gün geçtikçe perkütan lokal ablasyon yöntemlerine kaymaktadır. Barselona Klinik Karaciğer Kanseri evrelendirme sınıflamasına göre, erken evre karaciğer kanseri (HSK) olan hastalarda karaciğer nakline engel bir durum var ise öncelikli olarak ablasyon yapılması önerilmektedir. Hepatoselüler karsinom tedavisinde hedef lezyon 2 santimetreden küçük ise tedavide ilk seçenek olarak perkütan termal ablasyon

	Radyofrekans	Mikrodalga	Kriyoablasyon	HIFU	IRE
Karaciğer	+	+			+
Akciğer	+	+	+		
Böbrek	+	+	+		
Böbrek üstü bezi	+	+			
Meme	+	+			
Kemik	+	+	+		
Pankreas					+
Prostat				+	+

düşünülebilir. Bununla birlikte hedef lezyon 3 santimetreden küçük ise ve hasta cerrahi tedavi için uygun ise ilk seçenek olarak karaciğer rezeksiyonu veya ablasyon düşünülebilir. Sayıca 3 ve 3 santimetreden küçük olan hepatoselüler karsinom lezyonlarında lokal ablasyonun (RFA veya MWA) güvenilir ve etkin bir tedavi yöntemi olduğu bilinmektedir. Daha büyük lezyonlarda RFA, transarteriyel kemoembolizasyon (TAKE) veya transarteriyel radyoembolizasyon (TARE) yöntemleri ile kombine tedavi olarak da kullanılmaktadır. Tümör boyutunda (down staging) azalma sağlanarak hastaya, karaciğer rezeksiyonu veya nakil şansı kazandırılabilir. Uygun hastalarda ablasyon ile 5 yıllık sağ kalım %50'nin üzerindedir.

● Sekonder karaciğer tümörleri (Metastazlar)

RFA ve MWA karaciğerin ikincil

tümörlerinin (metastazlar) tedavisinde de -özellikle kolorektal kanser metastazlarında- sıklıkla kullanılmaktadır. Özellikle 3 santimetre ve altı metastatik lezyonlarda RFA veya MWA'nın etkin olduğu bilinmektedir. 3-5 santimetre çaplı metastazlarda MWA'nın daha etkin olduğu düşünülmektedir. Çok sayıda kolorektal kanser metastazları varsa ameliyathanede cerrahi rezeksiyon ve ablasyon birlikte uygulanır. Kolon kanseri ve karaciğer metastazı olan hastalarda ablasyon ve kemoterapi tedavisinin sadece kemoterapi yapılan hastalara göre daha etkili olduğu bilinmektedir. Kolorektal tümörlerin karaciğer metastazları dışında, karaciğere metastaz yapan diğer organ kanserlerinin (meme, pankreas, mide, akciğer, cilt ve diğerleri) tedavisinde de uygun endikasyon varlığında aynı tekniklerle yapılır.



2. AKCİĞER TÜMÖRLERİ

Bu işlemlerde RFA, MWA veya kriyoablasyon kullanılabilir. Lokal ablasyon işlemleri ile her iki grup hastada da sağ kalımı istatistiksel olarak uzatmaktadır.

● **Küçük hücreli olmayan akciğer kanserleri:** Küçük hücreli olmayan akciğer tümörlerinin tedavisi cerrahidir. Ancak metastaz yapmamış ve lenf nodu tutulumu olmayan küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalardan bir grubu değişik nedenlerle ameliyat edilemezse perkütan ablasyon ile tedavi edilebilirler.

● **Akciğer metastazları:** Akciğerler en çok metastaz alan ikinci organdır. Başta kolorektal akciğer metastazı olmak üzere akciğerlere metastaz yapan birçok organ tümöründe metastazlara da bu işlemler yapılabilir. Her iki akciğerde 3 santimetreden küçük 4-5 lezyona işlem yapılabilir.

3. BÖBREK TÜMÖRLERİ

T1a (Tümör > 4 santimetre) ve T1b (Tümör: 4-7 santimetre) böbrek tümörlerinde lokal ablasyon tedavileri cerrahiye alternatif bir yöntemdir. Böbrekten dışa doğru uzanan kitlelerde ısıtma (RFA veya MWA) veya soğutma (kriyoablasyon) teknikleri kullanılır. Eğer toplayıcı sisteme yakın yerleşim söz konusu ise soğutma tedavisi (kriyoablasyon) daha güvenli bir yöntemdir.

4. PANKREAS TÜMÖRLERİ

Pankreas adenokanseri (PAK) 5 yıllık %5'ten daha az sağ kalım oranı ile saldırgan bir kanserdir. Sağ kalımın uzatılmasında en etkin tedavi cerrahidir. Ancak pankreas kanserlerinin yaklaşık %80-85'i metastaz veya lokal ileri evre hastalık olması nedeniyle tanı anında ameliyat edilemez durumdadır. Lokal ileri pankreas adenokanseri (Evre 3) metastaz olmaksızın superior mezenterik arter, çölyak aks ve/veya uzun hepatic arter segmentini >180° çevreleyen ya da superior mezenterik ven veya portal veni oklüde eden tümör olarak tanımlanır. Neoadjuvan KT ve/veya RT lokal ileri pankreas kanserli hastaların %40'ından azında küratif



rezeksiyon için yeterli tümöral regresyon sağlar. Sistemik tedavinin evre 3 hastaları tedavi etmekte sınırlı etkinliği nedeniyle, lokal ablasyon teknikleri iyi bir alternatif oluşturmaktadır.

Geri dönüşümsüz elektroporasyon (IRE), kemoterapi sonrası halen opere edilemeyen evre 3 hastaların ablasyonunda kullanılmaktadır. IRE hücre membranlarında mikroporlar açarak hücrenin kendiliğinden ölmesini sağlar (apoptozis). IRE tümör hücrelerini öldürürken tümör içinden geçen damarlarda akımı bozamaz. Bu nedenle IRE, perkütan veya açık (intraoperatif) yaklaşımlarla gerçekleştirilebilir. Maksimum çapı 4 santimetreden küçük tümörler IRE için en uygun tümörlerdir. IRE sonrası 3. ayda tümör genellikle fibrotik skar haline gelir ve kontrastlanma göstermez. Tümörde tekrar kontrastlanma görülmesi rekürrens açısından anlamlıdır. PET, ablate edilen tümörün fonksiyonel olarak görüntülenmesini sağlar ve uzun süreli takipte oldukça faydalıdır. IRE sonrası takip her 3 ayda bir görüntüleme ve tümör belirteçleri ile yapılmalıdır. Standart kemoterapiye

ek olarak IRE uygulanan hastalarda genel sağ kalım süresinin arttığı geniş serilerde bildirilmiştir.

5. KEMİK TÜMÖRLERİ

● **İyi huylu kemik tümörleri:** Osteoid osteoma ve kondroblastoma gibi iyi huylu primer kemik tümörleri özellikle RFA kullanılarak Bilgisayarlı Tomografi kılavuzluğunda tedavi edilirler. Teknik başan oranları %95-100, klinik başan oranı %90 civarındadır.

● **Kemik metastazları:** Uygun endikasyonlarla ağrıyı azaltmak için Kriyoablasyon veya RFA kullanılır. Bazı durumlarda ablasyon ile birlikte kemik kırıklarını önlemek için sement kullanılarak kemik güçlendirilir.

6. PROSTAT TÜMÖRLERİ

Prostat kanserleri son yıllarda multiparametrik Manyetik Rezonans görüntüleme ile daha yüksek doğrulukla saptanabilmektedir. MRG tetkikinde şüpheli odaklardan 'füzyon biyopsi' yapılarak tanı elde edilmektedir. Prostat kanserli hastaların bir kısmında lokal ablatif tedavi giderek yaygınlaşan bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Bu amaçla daha çok IRE veya HIFU kullanılmaktadır.

DAHA GENÇ GÖRÜNMEK İÇİN AMELİYATA GEREK YOK



Yaşlanmanın etkilerini azaltmak, kınşıklıkları yok etmek, cilt bozukluklarını gidermek ya da yüzünüze biraz ışıltı katmak için her zaman cerrahi girişim gerekmiyor. Daha genç görünmek için estetik cerrahi ameliyatlara alternatif olarak, cerrahi olmayan yöntemler de söz konusu. Botoks, dolgu ve lazer uygulamalarıyla daha genç bir cilde sahip olabilirsiniz.

Insan yüzünde yaşlanmanın etkileri, cilt altındaki yağ dokusunun hacim kaybı, destek dokusundaki (kolajen ve elastik lifler) zayıflama, yer çekiminin etkisiyle yumuşak dokularda yer değiştirme veya bütün bunların kombinasyonu şeklinde karşımıza çıkar. Sonuçta karşılaştığımız tablo, erken yaşlanmaya bağlı çizgilenmeler, cilt kınşıklıkları ve çukurlar, deride incelme ve sarkmalar, güneşe bağlı lekeler, akne izleri, deride damar genişlemeleri ve damar anormallikleri, yüzde kemik ve yumuşak dokusunda gelişme kusurları, orantısızlıklar ile yetersizlikleridir. Yüzde yaşlanmanın etkilerini gidermek amacıyla başvurulan yöntemler genel olarak, kaybedilen hacmin yerine konulması (yağ, kolajen, hyalüronik asit, polilaktik asit gibi maddelerin enjeksiyonu ile), cilt ve cilt altındaki destek dokusunu

artırmak için fiziksel (cildi soyarak dermabrazyon veya soymadan lazer, radyofrekans, infrared) ve kimyasal (fenol, triklorasetik asit, glikolik asit gibi) ajanlarla uyanılması, ciltte derin kınşıklığa yol açan kasların etkisinin azaltılması (Botulinum toksin-Btx-A) veya cerrahi yöntemlerle yer değiştiren, sarkan yapıların yerinin değiştirilmesi (yüz germe-facelif, boyun germe, alın germe, kaş kaldırma gibi) veya bunların bir arada uygulanması şeklindedir. Estetik cerrahide 'minimal invaziv' girişimler, vücutta görünümü değiştirmeye yönelik, mümkün olan en kısa yoldan, en kısa sürede ve en az hasar/zarar ile geleneksel cerrahi yöntemlere benzer bir sonucu elde etmek amacıyla uygulanan yöntemleri kapsar. En sık başvurulan minimal invaziv yöntemler, Botulinum toksin-A (Btx-A), dolgu materyalleri, kimyasal peeling, mekanik dermabrazyon veya lazer cilt soyma ve diğer lazer uygulamalarıdır.

BOTULINUM TOKSİN-A (BTX-A)

BTx-A'nın kullanıma girmesi insanoğlunun 'gençlik iksiri' arayışını bir nebze yavaşlatmıştır. Dinamik kınşıklıkların giderilmesinde altın standart olma yolunda mesafe kaydeden Btx-A'nın yanı sıra istirahat halinde hep mevcut olan, derin statik kınşıklıkların tedavisinde sıklıkla kullanılan kimyasal deri soyma (peeling), fraksiyonel yüz soyma/derin infrared sıkılaştırma gibi lazer uygulamaları ve hyalüronik asit gibi dolgu materyalleri ile beraber uygulandığında maksimum yarar elde edilebilmektedir.

NEDİR?

Botulinum toksin-A (Btx-A) tıpta A ve B olmak üzere kullanılan 2 farklı fraksiyonu olan bir nörotoksindir.

NE DEĞİLDİR?

Btx-A ile ilgili olarak popülerliği arttıkça birçok dogma, hurafe

hatta şehir efsanesi de kulaktan kulağa dolaşmakta ve özellikle de sosyal medya veya yazılı ve görsel medya aracılığıyla toplumda yaygınlaşmaktadır. Basında çıkan haberlere göz attığımızda Btx-A'nın ihtiyaç olmadığı halde yerli yersiz kullanıldığını, kullanılmaması gereken yerlere uygulamalar yapıldığını ve hatta dolgu maddeleri ile karıştırıldığını okuyoruz. Bazılarının Btx-A'ya savaş açarken, diğerlerinin Btx-A'ya bir kurtarıcı gibi baktığını, hatta bazı insanların bağımlılık derecesinde yaptırmadan duramadıklarını da görüyoruz. Doğal besinlerden hazırlanan yüz maskelerinin Btx-A etkisi yaptığından tutun, yüzde değişikliğe yol açtığından dolayı haram olduğuna dair fetva verenler bile söz konusudur.

KİM YAPMALI?

2010 yılında Sağlık Bakanlığı

Prof. Dr. Ali Rıza Erçöçen
Bayındır İçerenköy Hastanesi ve Bayındır Levent Tıp Merkezi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı



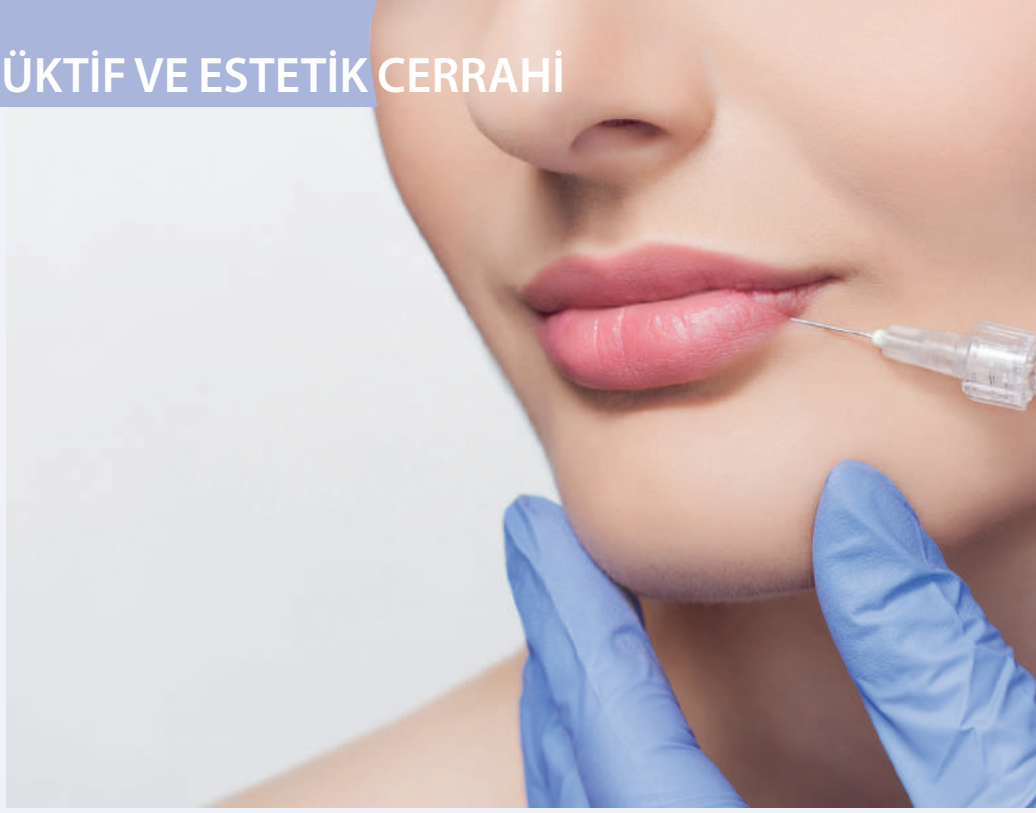
tarafından yayınlanan yönetmelikte, uygulayan kişi tıp mezunu olsa dahi ruhsatsız, sağlık kuruluşu olmayan kuruluşlarda Btx-A ve benzeri işlemlerin yapılması yasaklanmıştır. Btx-A'nın biyolojik sistemler üzerine etkilerinin yanı sıra, uygulandığı dokuların anatomisi ve fizyolojisi, uygulama şekli, dozu, sıklığı, ortaya çıkacak beklenen ve beklenmeyen etkileri, komplikasyonları ve bunların tedavisi konusunda mutlak olarak bilgi deneyim ve yeterliğe sahip bir uzman tarafından uygulanması gerekir.

NERELERE YAPILMALI?

Yüz bölgesinde 43 tane mimik kas vardır. Bunlardan sadece yüzde dinamik kınışıklığa yol açan ve sinerjisti olan mimik kaslar hedef seçilir, çizgili kaslarda geçici bir gevşeme oluşturur. Alındaki yatay ve dikey kınışıklıkların giderilmesi, kaş kaldırma, göz çevresindeki kınışıklıkların (kaz ayakları) giderilmesi, burun sırtında, ağız kenarlarında ve yanaklardaki derin kınışıklıkların giderilmesi, boyundaki yatay kınışıklıkların ve dikey deri katlantılarının giderilmesi amacıyla aşırı aktivite gösteren kaslara uygulanır. Son olarak deride aşırı yağlanmanın da giderildiğini gösteren gözlemler, özellikle lokalize deri yağlanmalarını azaltmada deri içi uygulamanın etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

NERELERE YAPILMAMALI?

Btx-A uygulamasında yaş veya cinsiyet ile ilgili bir sınırlama yoktur, ancak etkileri henüz kanıtı dayalı olarak kesinlik kazanmadığından gebelerde kullanılması önerilmemektedir. Yüz bölgesinde gözün kapanmasını ve üst göz kapağının açılmasını sağlayan kaslar, dudaklarda ağzın açılıp kapanmasını ve duyulanım ifadelerinde doğrudan rol oynayan kaslara uygulanmamalıdır.



DOLGU MADDELERİ

Son yıllarda özellikle dolgu maddeleri ile yüzün gençleştirilmesi girişimleri fizik ajanlarla yapılan girişimler ve cerrahi girişimlerin önüne geçmiş ve yaygın uygulama alanı bulmuştur. İdeal bir dolgu maddesi ucuz, güvenilir, oda ısısında bozulmayan, biyolojik olarak dokularla uyumlu, uygulandığı yerde uzun süre kalabilen ve yer değiştirmeyen veya vücudun başka bölgelerine yayılmayan, vücut dokularından yıkıma uğratılmayan, vücutta yabancı cisim reaksiyonu en az olan, enfeksiyonlara yatkınlık oluşturmayan, kanserojen ve alerjik olmayan bir madde olmalıdır.

Günümüzde sıklıkla kullanılan dolgu maddelerini temel olarak dört farklı şekilde sınıflandırmak mümkündür.

1 Dolgu maddesinin kaynağına göre: Ototogreft-insanın kendisinden, allogreft-diğer insanlardan, heterogreft-insan dışındaki diğer canlılardan ve sentetik polimerizasyon tekniğiyle laboratuvarında üretilen.

2 Uygulandığında oluşturduğu etkinin mekanizmasına göre: Hacim arttırıcı-boşluk doldurucu, ciltte kolajen sentezini uyandıran veya bağ dokusu hücrelerini uyandıran.

3 Uygulanacağı yere göre: Dermal (deri içine), subdermal (deri altına) ve suprapariosteal (kemik üzerine).

4 Dolgu maddesinin etkinlik süresine göre: -Geçici dolgu maddeleri, kolajen (sığır, domuz ve insan kökenli), hyalüronik asit (kuşlar ve bakteri kökenli) ve polilaktik asit (tamamen sentetik). -Kısmen kalıcı dolgu maddeleri, hidroksilapatit (kalsiyum-fostat kökenli bir biyoseramik maddesi) ve polivinil alkol içerikli dolgu maddeleri. -Kalıcı dolgu maddeleri, silikon (tıbbi amaçlı dimetilsiloksan maddesinin uzun polimerize zincirlerinden oluşan sıvı silikon formu), polimetilmetakrilat, poliakrilamid ve polialkilamid gibi polimer maddeleri.

DOLGU MADDELERİ KONUSUNDA NELERE DİKKAT ETMELİ?

Dünyanın farklı ülkelerinde her kategorideki dolgu maddesi farklı markalarla pazarlanmaktadır. Ancak bilinmesi gereken ister geçici ister kısmi-kalıcı veya kalıcı olsun, vücut içine uygulanan bu maddelerin biyogüvenilirliğinin kesinlikle araştırılması ve ürün güvenlik sertifikalarıyla belgelenmesi gerekir. Her ülkenin kendi ilaç kontrol idaresi olmasına karşın, bu konuda örnek bir uygulama olarak ABD'nin Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration-FDA) tarafından onaylanmış ürünlerin kullanılması önerilir. Yan etkileri



bakımından, kısmi-kalıcı veya kalıcı dolgu maddelerinin olası yan etkileri geçici dolgu maddelerinden potansiyel olarak daha fazladır. Dolayısıyla ilk defa dolgu uygulanacak birisine başlangıçta geçici bir dolgu maddesi ile başlamak daha yerinde bir karar olur. Genellikle aynı kişide aynı bölgesine farklı dolgu maddelerinin aynı anda kullanılmaması gerekir. Bazı durumlarda dolgu maddesinin üretici firması tarafından iddia edilen etkinlik süresi ürün üzerinde belirtilmemiş olabilir, bu durumda etkinlik süresinde farklılıklar olabileceği mutlaka bilinmelidir. Alerji öyküsü olanların ve özellikle kanın pıhtılaşmasını etkileyen ilaç kullananların girişimden önce mutlaka dikkatli olmaları gerekir. Dolgu maddesi uygulaması mutlaka bir uzman tarafından ve aseptik ortamda uygulanmalıdır. Girişimler ağrılı olabileceğinden, gerektiğinde lokal anestezi veya sinir blokajı uygulanmalıdır. Dolgu yapıldıktan sonra aşırı soğuk veya sıcak uygulanmasından kaçınılmalıdır. En az 6-8 saat uygulanan bölgeye masaj yapılmamalıdır. Aşırı fiziksel aktiviteden kaçınılmalı ve gerektiğinde ağrı kesiciler kullanılmalıdır.

PLASTİK CERRAHİDE DOLGU MADDELERİNİN EN SIK KULLANILDIĞI DURUMLAR

1. Yüz cildindeki incelleme, kırışıklıklar, çukurluklar, katlantılar

2. Dudak kalınlaştırma
3. Doğumsal veya sonradan olma yüz şekil bozuklukları
4. Çukurlaşan nedbeler, yara izleri
5. Göz çevresi kınışıklıklar ve hacim kayıpları

EN SIK YAPILAN HATALAR VE KOMPLİKASYONLAR

1. Vücuda yabancı bu maddelerin yetkisiz ve uzman olmayan kişiler tarafından uygulanması (Bu maddelerin oluşturduğu reaksiyonlar veya yol açacağı olası komplikasyonları tedavi edemeyeceklerin uygulamaları yapma ehliyeti olamaz.)
2. Dolgu maddelerinin yanlış doku planlarına enjeksiyonu (Yüzeyel yapılması gerekirken derine, derine yapılması gerekirken yüzeyel yapılan uygulamalar. Örneğin geçici dolgu maddeleri asla kas içine veya derine, kalıcı dolgu maddeleri asla deri altına veya deri içine yapılmamalıdır.)
3. İhtiyaç duyulandan daha fazla ve abartılı miktarda dolgu maddesi enjeksiyonunun yapılması (Özellikle yanaklar ve dudaklarda genellikle sık karşılaşılan bir durumdur.)
4. Alerji öyküsü olanlara hiç sorgulamadan dolgu maddesi enjeksiyonu.
5. Aynı bölgeye birden fazla farklı dolgu maddesinin aynı veya farklı zamanlarda enjeksiyonu.
6. Bilimsel çalışmalarla etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmamış ve ilaç kontrol otoriteleri tarafından onaylanmamış ürünlerin kullanılması.
7. Psikolojik problemi olan kişilere uygulanması (Bedensel algı bozukluğu olan kişilere kesinlikle uygulanmaması gerekir. Aksi halde katastrofi denilecek boyutlara ulaşan sonuçlarla karşılaşılır).
8. Dolgu maddelerine bağlı olarak oluşan komplikasyonlar genellikle teknik uygulamadan kaynaklanan hataların sonucudur.

Dolgu maddelerinin uygulanmasından sonra erken dönemde (0-3 hafta) en sık görülen komplikasyonlar ağrı, yanma, kızamık, asimetri, şişkinlikler, alerji-anafilaksi ve enfeksiyon tablosudur. Geç dönemde (3 haftadan sonra) ise kendiliğinden

kaybolmayan kızamık ve şişlik ile karakterize enflamasyon-iltihabi süreç, deride renk değişiklikleri, doku kaybı ve açık yaralar, kronik alerjik reaksiyonlar, damar tıkanıklıkları ve granülom ile karakterize kronik enflamasyon halidir. Artan sayıda dolgu maddesinin gün geçtikçe kullanıma girmesiyle beklenen komplikasyon oranları arasında bir paralellik söz konusudur. Erken veya geç dönemde ortaya çıkan komplikasyonların tedavisi de sorunludur. Genellikle erken dönemde baskılayıcı ilaç ve lazer tedavileri etkili olabilir, ancak geç dönem komplikasyonlarında genellikle yabancı cisim reaksiyonlarına bağlı şişlikler ve oluşumlar en son çare de olsa cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

SONUÇ

Her geçen gün üretim-tüketim, kar-zarar ve arz-talep ilişkileri çerçevesinde sağlık sektöründe önemli yer tutmaya başlayan dolgu maddelerinin sayısında ve uygulamalarında ciddi bir artış söz konusu olmuştur. Özellikle problemi başka bir yöntemle düzeltilmesi mümkün olmayan, vücudundan ilave bir girişimle doku alınmasını istemeyen, böyle bir girişime hazır olmayan, öğlen arasında girişimini yapıp işine gücüne hemen geri dönmek isteyen kişilerde geçici veya kalıcı hazır dolgu maddelerinin tercih sebebi olması doğaldır. Ancak dolgu maddeleriyle yapılan girişimler vücudun kendisinden sağlanan (otolog) dolgu maddeleriyle olmadığı müddetçe genellikle sorunsuz değildir. İnsan vücudunda yaygın ve bol miktarda bulunabilen yağ dokusu ideal dolgu maddesine en yakın özelliklere sahip olup, kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde son yıllarda yağ kökenli kök hücreler ve trombosit zengin plazma (PRP) ile zenginleştirilmiş ve homojenize edilmiş yağın kombine uygulamaları ile kayda değer ve kalıcı sonuçlar elde edilebilmektedir. Son olarak, dolgu işlemiyle birlikte Btx-A ve lazer uygulamalarının kombine uygulanmasının istenen ve beklenen etkinin sağlanmasında en etkili strateji olduğunu tekrar vurgulamak gerekir.

LAZER UYGULAMALARI

Günümüzde plastik cerrahide lazer cerrahi uygulamaları, geleneksel cerrahi işlemler ile gerçekleştirilen birçok girişimin yerini almaya başlamış ve özellikle cilt gençleştirme, kınışıklık tedavisi ve damar veya pigment kökenli cilt lekelerinin tedavisinde ilk seçenek olmuştur. Ancak başlangıçta hatırlatmak ve uyarmak gerekir, lazer teknolojisi doğru yerde ve bir uzman tarafından kullanılmadığında cerrahi bıçaktan daha tehlikeli olup, etkileri geri dönüşümsüzdür.

YÜZ GENÇLEŞTİRME, CİLT LEKELERİ VE KIRIŞIKLIKLARIN TEDAVİSİ

Yüz gençleştirmede, yüzdeki kınışıklıkların, lekeler, akne izleri ve yara izlerinin tedavisinde hem ultrapulse hem de fraksiyonel modda çalışan yeni kuşak lazer modelleri oldukça etkilidir. Girişimden sonra iyileşme süreci çok kısa olup, 5-7 günde kişinin işine gücüne geri dönmeye imkan verir. Tam etkisi en erken 3. ayda başlar, 6. ayın sonunda ortaya çıkar ve kalıcı etki bırakır. Uygulama süresi yaklaşık 30 dakika olup, diğer lazerlere oranla toleransı oldukça yüksektir ve sadece haricen sürülen anestezi kremden hemen sonra kolaylıkla uygulanabilir. Lazer öncesi ve sonrası cilt bakımı ve güneşten korunma oldukça önemli olup, özellikle güneşin doğuşu olarak görüldüğü yaz ayları dışında uygulamanın gerçekleştirilmesi önerilir.

AMELİYATSIZ CİLT GERME (YÜZ, BOYUN VE KARIN), SIKILAŞTIRMA VE GENÇLEŞTİRME

Başlangıçta yüz soyma (resurfacing) lazerleri ön plandayken, son yıllarda geliştirilen yüz soymadan deri sıkılaştırma ve kınışıklık giderme amaçlı uzun dalga boylu infrared (kızılötesi) lazerlerin kullanıma girmesi bu alanda umut veren gelişmeler olmuştur. Yüzde cildin soyulmasıyla beklenen etki, yaşlanmış ve yıpranmış dış örtü tabakasının kontrollü olarak uzaklaştırılıp, alttan yeni ve taze bir cildin ortaya çıkmasının sağlanması



ve yaşlanma ile güneşe maruziyetin etkisiyle yıpranmış olan cildin destek yapısı kolajenin artırılmasıdır. Cilt soyma işleminde beklenen iyileşme süreci uygulanan lazer tedavisinin şekli veya derinliğine göre değişiklik gösterir, devamlı dalga lazerlerde bu süre birkaç hafta ile ayı bulurken, fraksiyonel yeni kuşak lazerlerde neredeyse 1 haftaya kadar indirilmiştir. Buna rağmen iyileşme süreci kısa bile olsa kişinin sosyal ortamdan izolasyonuna yol açtığından son yıllarda deride yüzeyde herhangi bir soyma işlemi uygulamadan derin tabaka kolajenin ısıtılarak yıkılması (denatürasyon), soğutulularak sıkılaştırılması (renatürasyon) ve dokunun iyileşme sürecinin uyarılması ile yeni kolajen üretiminin başlatılmasını sağlayan infrared ve diode lazerlerin uygulanmasından hemen sonra kişi işine ve diğer günlük aktivitelerine hemen dönebilmektedir. 1100-1800 nm dalga boyu arasında etki gösteren infrared lazer cilde herhangi bir hasar ve zarar vermeden kontrollü ve güvenli cilt sıkılaştırma işlemi sağlar. Haricen sürülen lokal anestezi ve jel kullanılarak uygulandığında oldukça konforlu olup, uygulama süresi uygulanan bölgeye göre yaklaşık 15-30 dakikadır. Tek bir tedavi seansında kayda değer düzelme sağlar,

ancak maksimum etki için bir ay arayla 2 veya 3 seans önerilir. Girişimden sonra iyileşme süreci çok kısa olup, 2. gün işine gücüne geri dönmeye imkan verir, ciltte oluşacak kalıcı ve tam etkisi 6 ayda ortaya çıkar. Özellikle cerrahi girişime uygun aday olmayan ve erken yaşlanma belirtileri gösteren bireylerde yüz, boyun ve karn gibi bölgelerde kınışıklık ve sarkıklıkların tedavisinde oldukça etkilidir.

PİGMENTLİ LEZYONLARIN TEDAVİSİ

Son yıllarda özellikle Q-switched lazerlerin kullanıma girmesiyle lazerin dokudaki seçiciliği artırılmış ve ister doğuştan isterse sonradan ortaya çıkmış olsun, deriden çok kabank olmayan ve iyi huylu bütün pigmentli lezyonların ortamdaki uzaklaştırılmasında ilk seçenek araçlar olmuştur. Özellikle yüzdeki çiller, koyu kahverengi lekeler, ciltteki küçük, orta, büyük benler (nevüsler), 1-4 seansta pigment spesifik lazerler ile kolaylıkla tedavi edilebilmektedir. Yine aynı Q-Switched lazerler pigmente deri lezyonlarının yanı sıra, özellikle koyu renkli (kahverengi, siyah) dövme-tatuaj izlerinin giderilmesinde etkinliği yüksek olup, kırmızı ve sarı renkli pigmentlerin giderilmesi genellikle güçtür.

Bel fıtığına 45 dakikada çözüm

**Doç. Dr. Oğuz Okan
Karaeminoğulları
Bayındır
Hastaneleri
Ortopedi ve
Travmatoloji
Bölüm Başkanı**



Bel fıtıkları için geleneksel ameliyatlara kıyasla yapışıklık ve enfeksiyon riskini en aza indiren, ağrısız ve acısız 'tam kapalı' bel fıtığı ameliyatı ile hastalar 45 dakika süren operasyon sonrası aynı gün ayağa kalkıyor ve yeniden yürüebiliyor.

Türkiye'de en yaygın rahatsızlıklardan biri olan bel fıtığında tek çare açık bel fıtığı ameliyatı değil. Hali hazırda yapılan açık bel fıtığı ameliyatlarının aslında % 90'ı 'tam kapalı' bel fıtığı tekniği ile kısa sürede çözülebiliyor. Amerika, Almanya ve Kore'de yıllardır başarıyla uygulanan 'tam kapalı' bel fıtığı ameliyatında diğer açık ameliyat uygulamalarının aksine omurgaya giriş, sırttan değil vücudun yan tarafından yapılır. Sadece 0.5 cm'lik bir kesi ile yapılan kapalı ameliyat sırasında vücudun doğal anatomik boşluklarından kamera ile ilerletilerek cerrahi uygulanır. Sağlıksız disk Indigo Carmin adı verilen özel bir boya ile işaretlenir. Böylece sağlıklı disk korunmuş olur. Hiçbir dokuya zarar vermeden yapılan ameliyat,

enfeksiyon ve yapışıklık gibi sorunlarla karşılaşma riskini de en aza indirir.

HASTALAR İÇİN UMUT İŞİĞİ

Birçok hasta tekrarlayan ağrılardan, uzun iyileşme süreçlerinden ve enfeksiyonlardan şikayetçi olmaktadır. 'Tam kapalı' bel fıtığı ameliyatı tüm bu şikayetleri azaltmaktadır. Bel fıtığının cerrahi tedavisinde amaç, diskin fıtıklaştığı parçanın çıkarılmasıdır. Klasik cerrahide ve mikroskopik cerrahide fıtığa ulaşmak için kas, kemik ve bağ dokularına bir miktar hasar verilebilir. Mikroskopik cerrahi ile oldukça iyi sonuçlar alınsa da ameliyat sonrası dönemde uzun iyileşme dönemi, omurilikte yapışıklıklar, fıtığın tekrarlaması, ileride gelişebilecek bel kayması ve enfeksiyonu gibi problemler, bu zarar verilen dokulardan kaynaklanmaktadır. Bu

sorunların en aza indirildiği yöntem ise 'tam kapalı' bel fıtığı ameliyatıdır.

KLASİK AMELİYATA GÖRE DAHA AVANTAJLI

Bu ameliyatlarda kamera ile omurgada bulunan doğal boşluklar kullanılarak işlem yapıldığından klasik cerrahiden farklı olarak kas, kemik ve bağ dokularına zarar verilmez ve kanama olmaz. Bu yüzden bel fıtığı cerrahisi sonrası gelişen problemler büyük oranda azalır. 'Tam kapalı' bel fıtığı ameliyatı cerrahi uygulama gerektiren fıtıkların % 90'ında uygulanabilir. Bu ameliyat için kireçlenmenin belirgin olmadığı, dar kanalı olmayan hastalar uygundur. Klasik cerrahinin zorlu olduğu çok kilolu hastalar ve yine genel sağlık durumu bozuk hastalarda da, bu teknik kolaylıkla ve güvenli olarak uygulanabilir.

GASTROİNTES

HASTALIKLARI VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ



TINAL SİSTEM

Reflüden safra kesesi sorunlarına, bağırsak poliplerinden obezite sorununa kadar geniş bir alana yayılan gastrointestinal sistem hastalıklarının pek çok teşhis ve tedavi yöntemi bulunuyor.



Prof. Dr. Ahmet Kemal Gürbüz Bayındır İçerenköy Hastanesi Gastroenteroloji Uzmanı

Gastrointestinal sistem, ağızdan başlayıp, bağırsakların vücutta sonlandığı noktaya kadar, yer yer genişleyen, yer yer daralan, yaklaşık uzunluğu 7-8 metre olan bir tüpten ibarettir. Sindirim tüpünü, yutaktan itibaren yemek borusu (özofagus), mide, ince bağırsaklar ve makatta sonlanan kalın bağırsaklar (kolon) oluşturmaktadır.

Toplumda gastrointestinal sistem hastalıklarının en sık görülen bölümü sindirim tüpüne ait olanlardır. Bunlar arasında ülser, reflü hastalığı, mide ve kolon polipleri, kolon divertikülleri ile bunlara göre daha nadir karşılaşılan mide ve kolon kanserleri bulunmaktadır. Ancak yine en az sindirim tüpü kadar önemli olan karaciğer, safra kesesi, safra yolları, dalak ve pankreas da sindirim sistemi hastalıklarında karşılaştığımız organlardır. Sindirim tüpünün dışındaki organlara ait hastalıklardan en sık görülenler ise safra kesesi taş hastalığı, safra kanal tıkanıklıkları, karaciğeri tutan kronik hepatitler, karaciğer sirozu, pankreas iltihabı (pankreatit) ve karaciğer-pankreas kanserleridir.

CHECK-UP ÖNEMLİ

Belirli yaşlardan itibaren önerilen check-up programlarında, gastrointestinal sistem açısından önemlisi, kalın bağırsakların 50 yaş üzerindeki kişilerde her 5 yılda bir kolonoskopi ile taranması işlemidir. Bu takibi yapan toplumlarda, sağlıklı insanlarda kolonoskopi sırasında bulunan poliplerin alınması sayesinde kalın bağırsak kanserinden ölüm oranları, bu takibin yapılmadığı gruplara göre %85 azalma göstermiştir.

AZ BİLİLEN BİR SİNDİRİM SİSTEMİ TETKİKİ: ERCP

ERCP (Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi), aslında üst sindirim kanalına uygulanan bir endoskopik girişimdir. Ancak bu işlemde sadece endoskopik görüntülerle teşhis koymaktan ziyade, işlem sırasında onikiparmak bağırsağına (duodenum) açılan safra kanalından safra yolları içerisine kontrast madde dediğimiz bir radyolojik solüsyonun gönderilmesini müteakiben, safra yolları, pankreas kanalı ve safra kesesinin radyolojik görüntüleri ile teşhis konmaktadır. ERCP işlemi, normal endoskopi ünitelerinde değil, röntgen cihazlarının bulunduğu odalarda gerçekleştirilir. Hastanın uyutulması için anestezi ekibi, işlemi yapan gastroenteroloji uzmanı, hemşire asistanı ve skopi cihazlarını kullanan radyoloji ekibinin kolektif çalışması ile uygulanır. Bu tetkik yöntemi birçok hastanede mevcut olmamakla birlikte, hastanemizde hastalar çoğu zaman yatış dahi yapılmaksızın, gününbirlik gözlemlerle bu tetkiki yaptırabilmektedir.

ERCP işlemi, sadece tanı koyma amacı taşımakta olmayıp, sıklıkla safra kanalı, pankreas kanalına ait tıkanıklık ya da pasajda yavaşlama sonucunu getirmiş olan hastalıkların tedavisini de gerçekleştirmektedir. Safra kesesi taşı olan hastaların bir bölümünde, safra kanallarında küçük taşlar ve çamur ile safra kanal tıkanıklıkları ortaya çıkmaktadır. Bu durum bazen safra kanalları ile aynı noktaya açılan pankreas kanalına da etki ederek, akut pankreatit dediğimiz, hayati risk de getirebilen ciddi bir tabloya yol açabilmektedir. Bazen safra kesesi alınmış olan kişilerde yıllar sonra dahi safra kanallarında taş ya da çamurla karşılaşabilmektedir.

HEM TANI HEM TEDAVİ UYGULANIYOR

ERCP işleminde, safra ve pankreatik kanal sistemlerindeki problemin taş ve çamur dışında iyi huylu darlıklar, tümör yumruları (kansere) ve iltihaba bağlı olup olmadığı da ortaya konmaktadır. Bu işlem, tıp pratiğinde mevcut problemin tanısını koymaktan çok, daha sık olarak sorunun tedavisini gerçekleştirme amacı ile kullanılmaktadır. ERCP, safra kanalının ince bağırsağa açıldığı yerdeki ağzının elektrik uygulaması ile kesilip genişletilmesi ve sonrasında da bu kanalın üst bölümlerine sönük haldeki bir balon kateterin gönderilmesinin ardından balonun şişirilip, küçük taşlar ve safra çamurunun bağırsaklara indirilmesi işlemidir.

DARLIK OLAN ALANLARA STENT UYGULAMASI

Özellikle safra kanalı ve daha seyrek olarak pankreas kanalında gelişen kansere bağlı darlıkların ERCP ile tedavisinde, darlıkların olduğu bölgelere stentler yerleştirilerek, gerek safra salgısının, gerekse pankreas salgularının bağırsağa rahat akışını sağlamak mümkün olmaktadır.

Bu tedavi uygulaması ameliyata kadar geçecek dönemde hastanın rahatlatılmasını sağlar. Bazen de hiç ameliyat olmaksızın bu yöntemlerin uygulandığı hastaların hayatlarını sağlıklı ve konforlu bir şekilde uzun yıllar boyu sürdürmeleri mümkün olmaktadır. Tüm sindirim sistemi tetkikleri arasında en komplikesinin ERCP işlemi olmasına karşın, hastalıkların tedavisi ile problemini en sık çözebilen tetkikin de yine ERCP işlemi olduğu söylenebilir.

ASRIN HASTALIĞI OBEZİTE İLE İLGİLİ BİR TEDAVİ YÖNTEMİ: MİDE BALONU

Mide balonu, zayıflama balonu ismiyle de tanımlanan ve yaklaşık 20 yıldan beri birçok Avrupa ve Asya ülkesinde şişmanlığın tedavisinde kullanılmakta olan silikon bir

balondur. Bilindiği üzere, obezite tedavisi bazı tedavi seçeneklerinin beraberce uygulamasını gerektiren bir özelliğe sahiptir. Konu sadece mideye endoskopik olarak balon yerleştirmekle kısıtlı değildir ve böyle görüldüğünde zayıflama balonu takılan hastaların neredeyse tamamına yakınında istenen düzeyde kilo kaybı sağlanamaz. Obezite, günümüzde Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere özellikle gelişmiş batı toplumlarının en önde gelen sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Zayıflama balonu, davranış tedavileri, diyetisyen bazında sağlanacak diyet eğitimi, fiziki egzersiz ve psikoterapist desteğinin de tedaviye dahil edilmesi ile başarıya ulaşabilecek bir tedavi alternatifidir.

Mide balonu şişirildiğinde sferik (küresel) bir şekil alır. Mide içerisine gastroenteroloji uzmanlanca endoskopik olarak yerleştirilir ve bu yerleştirme esnasında sıvı yahut hava ile şişirilir. Ülkemizde ve dünyada uzun yıllardır kullanılmakta olan tıp 'BioEnterics Intragastric Balloon' (BIB) olup, 1991 yılından itibaren ticari anlamda temini ve kullanımı mümkün hale gelmiştir. Bu balon, silikondan yapılmış olup gastroskopi (mide endoskopisi) sırasında 400-700 ml serum fizyolojik ile şişirilmektedir. Balonun ne kadar şişirileceği, hastanın kilo fazlalık derecesi ve mide büyüklüğü ile ilişki gösterir. BioEnterics mide içi balonu Avrupa, Güney Amerika ve Asyadaki birçok ülke ile Ortadoğu ülkelerinde kullanılmaktadır. BIB uygulandıktan sonra 6 ay süre ile mide içerisnde kalır ve bu sürenin sonunda yine endoskopik yöntemle çıkartılır.

AŞIRI ŞİŞMANLIK MUTLAKA TEDAVİ EDİLMELİ

Mide balonu (BIB), ideal kilosunun en az %40 veya daha fazla üstünde olanlarda düşünülmelidir. Yine balon takılma aşamasına kadarki kilo azaltmaya dönük diğer tedavi seçeneklerinin tamamının

kullanılmasına rağmen başan sağlanamamış olan hastalar için bir seçenek olduğu unutulmamalıdır. Zayıflama balonu, mide içerisnde oldukça büyük bir hacmi doldurarak dolgunluk ve tokluk hissi yaratır. Hastada az miktar gıda alındığında dahi çok yemiş ve doymuş hissi uyandırır. Mide balonu takıldıktan sonra hastaların beslenmelerinde özel formüllü hazır gıda ürünleri kullanması gerekmez. Normal gıda türleri ile beslenilebilir. Şişmanlık tahmin edildiğinden daha önemli bir hastalık ve imkanlar mevcutsa mutlaka tedavi edilmelidir. Mide balonu hastaya belirli bir zaman dilimi içerisinde hedeflenen bir miktar kiloyu kontrollü şekilde kaybettirmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Yan etkileri açısından ele alındığında, güvenli bir tedavi yöntemi olduğu son yıllardaki tıp literatür bilgileri ile kesinlik kazanmıştır.

Yan etkilerden bazılan şu şekilde özetlenebilir:

İlk hafta sonunda bulantı-kusma	%8.6
Karın ağrısı-hazımsızlık	%5
Balonun sönmesi ya da yer değiştirmesi	%2.5
Reflü gelişmesi	%1.8
Sindirim kanalında tıkanıklık	%0.8
Mide ülseri	%0.4
Mide perforasyonu	%0.1

Mide balonu takılan hastalarda mevcut kilolarının %5-40'ı oranında bir zayıflama olmaktadır. Mide balonu takılmasından sonraki altı ayın sonunda ortalama kilo kaybının hastaların ilk kilolarının %15-20'si civarında olması beklenir. Zayıflama balonu, hastalarda şişmanlığın geçici tedavisinde kullanılır. Altı ay sonunda sağlanan kilo kaybının, balon endoskopik olarak çıkartıldıktan sonra hangi süre ile korunabileceğini araştırmış güvenilir çalışmalar henüz mevcut değildir.



6 aylık balon uygulaması boyunca az miktarda yemek yenmesi bir alışkanlık haline gelmekte ve balon çıkartıldıktan sonra da bu alışkanlık devam ederek aynı kiloda kalmak mümkün hale gelebilmektedir. Zayıflama balonu, obezitesi en az 5 senedir devam etmiş olan ve fiziki egzersiz, ilaç tedavisi, diyet uygulaması ve psikoterapi tedavileri ile başarı sağlanamamış vakalarda uygulanmalıdır. Mide balonu obezite nedeni ile kilo azaltıcı ameliyatlara aday olan ancak aşırı kilo nedeniyle operasyonun riskli olduğu vakalarda da ameliyat öncesi dönemde bir seçenektir ve hastanın ameliyat edilebilir hale getirilmesini sağlamak amacıyla kullanılabilir. Mide balonu takılan vakaların diyet disiplinine uymaya devam etmeleri gereği hastaya balon takılmadan önce detaylı şekilde anlatılmalıdır. Mide balonu 6 aydan daha uzun süre mide içerisinde bırakılmamalıdır. Hastanın isteği halinde 6 aylık sürenin sonunda yeni bir balon ile değiştirilebilir. Zayıflama balonu tedavisinin başarılı olması için bu uygulamanın yapılacağı vakaların olumlu beklentisi yüksek ve uyumlu kişiler olmasında fayda vardır.

MİDE BALONUNUN UYGULANAMAYACAĞI DURUMLAR

- Kan sulandırıcı, antiromatizmal ilaçlar ve kortizon hapı kullananlar
- Daha önce majör laparoskopik operasyon geçirmiş olanlar
- İnfeksiyöz bağırsak rahatsızlığı bulunanlar
- Daha önce batın operasyonu geçirmiş vakalar
- Alkolizm problemi olanlar
- Uyuşturucu kullancıları ve mental bozukluğu olan vakalar
- Kilo fazlalığı zayıflama balonu takılması için yeterli seviyede olmayanlar
- Mide fitiği, şiddetli reflü hastalığı, mide ülseri gibi rahatsızlıkları bulunanlar

BIB dediğimiz mide balonu dışında son yıllarda geliştirilmiş ve hava ile şişirilen bir diğer zayıflama balonu ise 'Heliospher' olarak tanımlanmıştır. Kanada ve muhtelif Avrupa ülkelerinde kabul görmüştür. Bu mide balonu da 650-750 ml hava ile şişirilebilmektedir. Bu balonun klinik sonuçları henüz oldukça az sayıda rapor edilmiş olup, geniş hasta grupları ile yapılacak

linik çalışmalar Heliospher hakkında daha güvenilir bilgiler sağlayacaktır.

Ayrıca, son yıllarda hacmi ayarlanabilir ve 1 yıl süre ile mide içinde kalabilen 'Spatz Adjustable Intragastric Balloon' (ayarlanabilir intragastrik balon) da kullanılmaktadır. Spatz'ın geri çekilebilir/esnetilebilir silikonlu şişirme tüpü ilk uygulamadan sonra midede kalırken, balonun hacminin ayarlanabilmesine olanak sağlamaktadır. Kilo vermede ilerleme olmadığında, balona sıvı ilave edilerek bu durum düzeltilenmektedir. Sedasyon altında yapılan ve yaklaşık 15 dakika süren bir ayakta tedavi uygulaması olan Spatz ayarlanabilir intragastrik balon mideye yerleştirilerek, mide hacminin yaklaşık üçte birini kaplamaktadır. Bu da midenin daha yavaş boşalarak, içerisindeki gıdaların normalden daha uzun süre içinde kalmasına neden olmakta ve midenin yiyeceklerle dolu olduğunu belirten sinyaller üretmesini desteklemektedir.

Sindirim sistemiyle ilgili sorunların teşhis edilmesi için farklı türlerde gastrointestinal endoskopi yöntemleri uygulanabiliyor.

Doç. Dr. Yüksel ATEŞ
Bayındır Kavaklıdere
Hastanesi ve Bayındır
Söğütözü Hastanesi
Gastroenteroloji
Uzmanı



Gastrointestinal endoskopi türleri

Mide ve bağırsaklardaki sorunlara, endoskopik yöntemlerle teşhis konulabiliyor. Bu yöntemler, şu şekilde sıralanıyor.

1) Üst gastrointestinal sistem endoskopi (Özofagus, mide duodenumun görüntülenmesi):

Halk arasında endoskopi diye bilinir. Endoskopi yapılacak hastanın en az 8 saat aç kalması ve kan sulandırıcı ilaçlarını 3 gün önceden kesmiş olması gereklidir. (Bazı durumlarda kardiyolojiden ilaçların kesilmesi için fikir sorulması gereklidir). İşlem sırasında yutma ve öğürme refleksini azaltmak için ağzın arka tarafına lokal anestezi madde içeren sprey sıkılır. Hastanın durumuna göre sedasyon veya genel anestezi ile, bazen de ilaçsız olarak endoskopik işleme başlanır. Normalde ağırlı bir işlem değildir. Ağızdan onikiparmak bağırsağının ikinci kısmına kadar girilir. Her türlü doku değişiklikleri; ülser, polipler, tümörler gözlenir. Ayrıca özofagus ve midenin kasılması hakkında bilgi edinilir. Gözlenen her türlü normal dışı dokudan, forseps adı verilen ve dışardan idare edilen cihazla doku numunesi alınır. Hasta ağrı duymaz çünkü iç organlarda kesilmeye ve yakılmaya karşı duyu yoktur. Herhangi bir kanama varsa endoskop kanalından geçen iğne ile skleroterapi denilen, dokuya ilaç uygulaması yapılarak kanama durdurulur. Aynı şekilde klips denilen metal dikişler atılabilir.

Polip denilen lümen içeriye doğru büyümüş doku görüldüğünde (bunlar saplı veya geniş tabanlı olabilir) duruma göre basitçe kesilip alınabilir. Buna 'polipektomi' denilir. Bazen kanamayı ve delinmeyi engellemek için polipin tabanının altına serum, adrenalin ve benzeri ilaçlar enjekte edilerek polip yükseltilir. Başından kement şeklinde cihaz geçirilerek dışardan elektrik akımı verilerek kesilir. File şeklinde tutucu kullanılarak dışarı alınır. Kesilen yerde büyük yara (doku kaybı) olursa klips denilen dikişler atılır ve kanama, delinme riskine engel olunur. Bu işlemden önce hastanın kanama parametrelerine bakılır. Kalp pili olanlarda prosedür farklıdır.

2) Alt gastrointestinal sistem endoskopi

- **Rektoskopi:** Makattan uygulanan lavman sonrası yapılır. Anal kanal ve rektumu içeren bağırsağın son 20 santimine bakılır.
- **Rektosigmoidoskopi:** Yine lavman uygulaması ile yapılır. Açlık ve anestezi gerekmez. Bağırsağın sol tarafına bakılır. Sol kolonoskopi diye adlandırılır.
- **Kolonoskopi:** En az bir gün önceden hazırlık gerekir. İleri derecede kabızlığı olanlarda 3 günlük hazırlık süresi daha iyi netice verir. Bir gece önce bağırsakları boşaltmak için özel ilaçlardan birini içmek gerekir. Tüm kalın bağırsak gözlemlendikten sonra başarılı olursa, oradan ince bağırsağa girilip 15-20 santimetre

ilerlenir, ki buraya 'terminal ileum' denir. Özellikle gençlerde burayı tutan Crohn gibi hastalıktan şüpheleniliyorsa mutlaka terminal ileum gözlenmelidir. Bu işlemlerde olduğu gibi biyopsiler alınır ve gözlenen polipler mutlaka çıkartılır. Kolon polipleri büyüdüğünde kanserleşme riski taşırlar.

Yukarıda bahsettiğimiz gibi polipler basitçe çıkarılabildikleri gibi bazen büyük, geniş ve sapsız poliplere endoskopik mukozektomi, mukozal diseksiyon gibi daha çok tecrübe ve özel aletler gerektiren işlemler yapılır. Endoskopik işlemlerde, özellikle kanser şüphesi olan durumlarda kromoendoskopi denilen özel boyamalar yapılarak biyopsiler alınır ve bu işlem tanıyı kolaylaştırır.

3) Duodenum ile kolon arasında kalan 5-6 metrelik ince bağırsak çok hastalanan bir organ değildir. Kanama şüphesi olup alt ve üst endoskopileri normal olanlarda şu işlemler uygulanır:

a) İnce bağırsak endoskopi (Double balon endoskopi): Anestezi altında 1-3 saat süren, 2 metrelik endoskop ile yapılan bir işlemdir.

b) Kapsül endoskopi: Hap şeklinde yutulan, iri zeytin kadar olan bir cihazdır. Kann içerisinden fotoğraf çekerek sinyal ile kanna dışardan bağlı alıcıya çektiği fotoğrafları gönderir. Tek kullanımlıdır. Sonrasında gönderilen fotoğraf ve video doktor tarafından izlenir ve tanı konulmaya çalışılır.

CERRAHİ MÜDAHALEYLE REFLÜDEN KURTULUN

En sık rastlanan mide rahatsızlıklarından biri olan reflü, tedavi edilmediği takdirde ciddi sağlık sorunlarına neden oluyor. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bu hastalığa cerrahi yöntemle son vermek mümkün.

**Prof. Dr. Zafer
Ferahköse
Bayındır
Söğütözü
Hastanesi Genel
Cerrahi Bölüm
Başkanı**

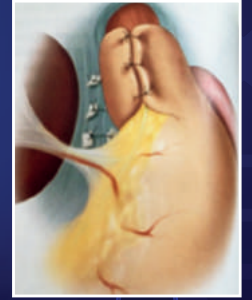
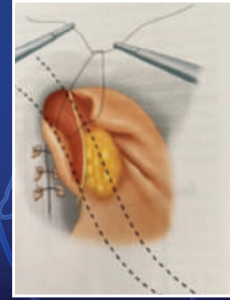
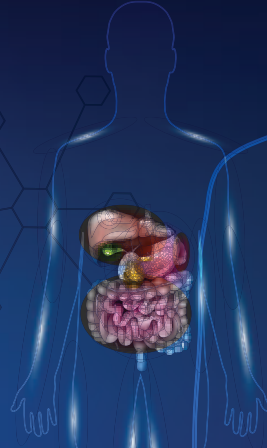
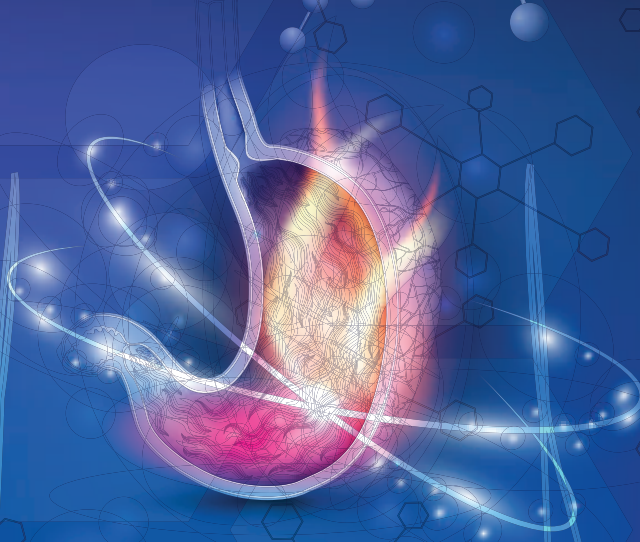


Ülkemizde çok yaygın olarak görülen gastroözofajial reflüyü (GERD) ihmal etmemek, hastalığı ciddiye almak gerekiyor. Reflünün belirtileri arasında göbek üstünden başlayan rahatsızlık, iman tahtası ve göğüs kafesi arkasında boyuna doğru yayılan yanma ve ağrı, boğazda yanma, regürjitasyona (yemek borusuna mide içeriğinin kaçması) bağlı ağızda hatta nefes borusunda yanma, ağızda acı su hissi, öksürük, ses kısıklığı, astım, aspirasyon sayılabilir. Belirtiler uykuda veya uyanırken, eğilerek yerden bir şey alırken azdan şiddetliye kadar değişken olabilir. Alkol, acı veya yağlı yemekler, çikolata ve kahve semptomları artırır. Yatar pozisyon da belirtileri kuvvetlendirir. Bu belirtiler, hastaların çoğunda en az haftada 1 defa meydana gelir. Gece uyanmalar artar, ertesi gün iş kaybı meydana gelir. Hastaların %70'i semptomları azaltmak için ilaç kullanır. Ancak %45'inde birden fazla ilaç alımı belirtileri azaltmaz. Yangı ağrıyla yer

değiştirirse bazı hastalıkları akla getirir; pılor stenozu, safra kesesi taşı, gastrit, gastrik veya duodenal ülser, koroner arter hastalıkları gibi... Yemek borusu ve mide birleşimi bir sfinkter (kapak) mekanizması ile mideye inen gıdaların yemek borusuna kaçmasını engeller. Bu, gerçekte olmayan, fonksiyonel bir kapaktır. Bu fonksiyonel yapı, mide üzerindeki askı adale yapısı, yemek borusunun karnı içinde 5 santimetre uzantısı, pozitif abdominal basınç ve diafragmatik kıskaç tarafından oluşturulur. Buna LES (low esophageal sphincter) adı verilir.

BAŞKA HASTALIKLARA NEDEN OLABİLİR

Reflü ataklarının artması, özofajite sebep olur. Zamanla yemek borusu içini döşeyen doku özelliğini kaybederek midenin iç dokusuyla yer değiştirir. Bu olaya Barrett epitel, inflamasyonuna da Barrett özofajit denir. Zamanla Barrett ülser meydana gelir. Daha sonra epitel hücreleri şekil ve yapı değişikliğine uğrayarak 'özofagus adeno kanseri'



Kaynak: Principles of Surgery –Seymour I.Schwartz, Tenth Edition 2019

geliştirebilir. Yemek borusu alt ucunda Barrett ülser zamanla fibrozis ve darlık yaratarak striktür ve yutma güçlüğünü oluşturabilir. Hasta katı gıda ve daha sonra sıvı gıdayı dahi tolere edemez.

NASIL TEDAVİ EDİLİR?

Yeni gelişen reflü olgularında öncelikle 12 hafta kadar anti-asit tedavisi uygulanır. Hiatal hernili veya reflüsü olan hastaların baş ve gövde kısımlarının yüksek ve eğimli yatmaları, dar elbise giymemeleri, yeme-yatma arası zamanın en az 4 saat olması, kahve, çikolata, alkol ve baharatlı gıdalardan sakınması etkili olur. Aljinik asit preparatları da tükürükle birleşip mukoza üzerinde bariyer yaparak asidin mukoza üzerine etkini azaltır. Reflü tedavisinde PPI yani gastrik asiditeyi azaltan proton pompa inhibitörleri kullanılır. Bu ilaçlar asiditeyi %80-90 oranında azaltır ve aynı zamanda LES'i kuvvetlendirir. Şiddetli olgularda veya uzun süreli PPI kullanımı sonrası nüks eden olgularda, Barrett ülser ve displazi gelişmiş olgularda operasyon devreye girer.

CERRAHİ GİRİŞİM BAŞARISI NEDİR?

Laparoskopik veya açık reflü cerrahisi, hastalarda semptomları ve reflüyü %90 oranında önler. Ameliyat öncesi hastalarda 24 saat asit reflü testi ve aynı zamanda motilite çalışması yaptırılır. Motilite çalışması cerrahi teknik seçimi kolaylaştırır. GERD'li hastaların %25-40'ı progresif ve devamlılığa sahiptir. Genelde, objektif saptanmış LES yetmezliği, GERD, yeterli medikal tedaviye rağmen bariz reflü semptomları, hayat boyunca PPI tedavisi alamayacak genç hastalar, displazi ve Barrett olan hastalarda, uzun medikasyon süresi olan hastalarda, endoskopi, özofagus biyopsisi, motilite çalışması yaptırılır. Büyük veya mixt tip hiatal hernisi, kısa özofagus varsa ameliyat tekniği açısından gastrointestinal kontras röntgen grafisi ve CT ile özofagus ve midenin durumu değerlendirilir.

REFLÜ CERRAHİSİ NASIL UYGULANIR?

Özofajial reflü cerrahisinde prensip şunlardır:

- Diaframatik açıklığı kapatmak (kalıcı sütür ile veya nadiren mesh ile), mide büyük kurvatur fundusu özofagus etrafında sarmak. LES'i sağlaması için en az 2 santimetre olmalıdır.
- Sarkan yapıyı diyafram girişine sabitlemek. Laparoskopik operasyonda diyafram açıklığı erimeyen sütürlerle dikilir. Açıklık çok geniş ise sentetik dual mesh konur. Mide fundusu, 360 derece yemek borusu arkasından geçirilip sütüre edilir. Bu genişlik en az 2, en fazla 4 santimetre olmalıdır (Nissen tekniği). Eğer motilite bozukluğu varsa fundus 270 derece özofagus arkasından geçirilir ve yemek borusu önde açık kalır (Toupet tekniği). Operasyondan 2 ay sonra 24 saatlik asit ölçümü ile etkinlik ölçülür. 1 ay kadar yutmada takıntı meydana gelebilir. Bu operasyonların başarı oranı %90'dır. Açık ve kapalı sistemin başarı şansında fark yoktur. Kapalı sistemde post operatif konfor ve gündelik hayata dönüş daha hızlı ve rahattır.

AĞRI TÜRLERİ VE TEDAVİSİ

Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ağrı, teşhis ve tedavi sürecinin ardından, yüzde %80-90 oranında çözüme kavuşuyor. Bu sayede hastalar normal hayatlarına geri dönebiliyor.

Insanların ortak deneyimlerinden biri olan ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, insanın geçmişteki deneyimleriyle bağlantılı, duyuşsal, hoş olmayan bir duygudur. Ağrı, bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilediği için kontrol altına alınması önemlidir. Çünkü kişinin uyku düzenini, aile ve sosyal yaşantısını, iş verimini ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini etkileyerek yaşam kalitesini düşürür. Ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlaması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyonların azaltılması açısından önemlidir.

AKUT MU, KRONİK Mİ?

Ağrı, genellikle süresine göre akut ve kronik olarak ayrılmaktadır. Akut ağrı, doku hasarı ile oluşur ve iyileşme sürecine uyumlu olarak ortadan kalkar. Ağrı, uyancı özelliğini yitirip onu başlatan hastalık veya hasar ortadan kalktığı halde devam ediyorsa artık ağrıyı başlatan neden önemli değildir. Ağrı sebepten çok ağrıyı algılama sistemindeki değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Bu tablo 3 ayın üzerinde

devam ederse, buna kronik ağrı denir. Kronik ağrı beklenenden daha uzun süren, devam eden, yani iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrıdır. Ağrının iki parametresi vardır; patoloji ve süre. Bu bakış açısından değerlendirildiğinde, kısa süreli ve belirgin fiziksel patoloji olan durumlarda akut ağrı, düşük fiziksel patoloji ve uzun süreli durumlarda kronik ağrıdan bahsedilebilir. Kronik ağrı, yaklaşım ve tedavi açısından kompleks bir tablodur. Kronik ağrı, beraberinde affektif, bilişsel ve motivasyonel bozuklukların da eşlik ettiği, fonksiyonel azalma ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açan, multimodal tedavi gerektiren bir maladaptif süreç veya bir hastalıktır. Kronik ağrının etkilerini geniş kapsamlı düşünmek gerekir; hastalarda anksiyete, mobilitede azalma, iştah bozukluğu, sosyal bozukluklar, depresyon, uyku bozukluğu ve iş hayatında kısıtlamalar gibi pek çok fiziksel ve psikolojik etkilere yol açarak yaşam kalitesini düşürür. Bu yüzden kronikleşen ağrıda, psikolojik mekanizmalar ağırlıklı olarak rol oynar ve tıbbi tedaviler öncesinde sıklıkla psikolojik-psikiyatrik değerlendirme gerekli olabilir.

Uzm. Dr. Serdar
Çatao
Bayındır
İçerenköy
Hastanesi Ağrı
Merkezi Uzmanı





SIK KARŞILAŞILAN KRONİK AĞRILAR

1- Migren ve diğer baş ağrıları: Gerilim tipi, küme tipi baş ağrıları, boyun problemlerine bağlı ağrılar.

2- Yüz ağrıları: Nevraljiler

3- Boyun, omuz ve kol ağrıları: Boyun fıtığı, kas ağrıları, sinir sıkışmaları ve diğer nedenlere bağlı ağrılar.

4- Göğüs ve sırt ağrıları

5- Bel ve bacak ağrıları: Bel fıtığı, kas ağrıları, kemik yapılarına bağlı, sinir sıkışmaları, damar hastalıkları, iç organ ağrılarının yansıması.

6- Eklem ağrıları: Diz, kalça, omuz, ayak bileği, el bileği ağrısı.

7- Kas-iskelet sisteminden kaynaklanan ağrılar: Miyofasiyal ağrılar, fibromiyalji.

8- Damar tıkanıklığına bağlı ağrılar.

9- Şeker hastalığına bağlı ayaklarda oluşan yanma, sızlama şeklindeki nöropatik ağrılar.

10- Çeşitli travmaların yaptığı sinir yaralanmalarına bağlı şiddetli ağrılar.

11- Zonaya (sinir iltihabı ile seyreden cilt hastalığı) bağlı ağrılar.

12- Kansere ağrıları.

KRONİK AĞRI TEDAVİSİ

Algolojide birçok girişimsel yöntem uygulanmaktadır. Ağrılı bir hastaya ilaç, istirahat ve fizik tedavi yöntemleriyle yeterince yararlı olunamıyorsa, cerrahi girişim düşünülüyor veya yapılamıyorsa; girişimsel yöntemler ideal bir çözüm olabilir. Bununla beraber, hastanın ağrısının nedenine göre birkaç yöntem bir arada uygulanabilir ve bu sayede etkinlik artırılabilir.

Girişimsel yöntemler fizik tedaviye ya da ameliyata alternatif değildir. Bir hastada girişimsel tedaviye karar verilebilmesi için daha önce ağrı kesiciler ve diğer ilaçlarla çeşitli tıbbi tedavilerin denenmiş ve sonuç alınamamış olması gerekir. Girişimsel işlemlerin uygulanabilmesi için ise bu ağrının 3-6 ay ve daha uzun sürmüş olması gerekmektedir. Örneğin bel fıtığı nedeniyle ağrı kesicilerle hayatını sürdüren bir hastanın ağrıların artması, ağrıdan dolayı yürüyememesi, kilo alması, kaliteli uyku uyuyamaması durumunda hayatı kısır döngüye girer. Böyle hastalarda bel fıtığı nedeniyle ameliyat kararı da verilmemiş ise girişimsel yöntemler uygun seçenektir. Ayrıca girişimsel tedaviye başlanmadan önce, doğru karar verilebilmesi amacıyla her hasta için fizik tedavi, psikiyatri, ortopedi, beyin cerrahisi gibi ilgili branşlarla durum değerlendirilmesi yapılmalıdır. Girişimsel ağrı tedavisinde amaç, farklı tekniklerle ağrıyı ileten sinir yollarındaki

iletinin durdurulmasıdır. Bu amaçla siniri tahrip eden ilaçlar (alkol, fenol) kullanılabileceği gibi, radyofrekans cihazının ürettiği ısıyla (Thermo, kriyo) da sinir ileti durdurulabilir. Ayrıca sempatik bloklar, epidural ve spinal bloklar, kateter ve port pompa uygulamaları, spinal kord stimülatörleri uygulanabilir. Söz konusu yöntemler ağrı (algoloji) uzmanları tarafından ameliyathane ortamında steril şartlarda röntgen (skopi) ve ultrason cihazı gibi görüntüleme yöntemleri eşliğinde kemikler, sinirler ve/veya çevre dokular görülerek uygulanmakta; gerek kanser, gerekse kanser olmayan hastalarda tedavi seçenekleri arasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Girişimsel ağrı tedavisi alanında her geçen gün yeni teknolojik gelişmeler (daha güçlü ultrason cihazları, daha ince iğneler, farklı yapıda kateterler) olmakta, buna bağlı olarak da sinirlerin iletimini durdurmak için yapılan girişimlerdeki başarı yüzdesi artmaktadır. Günümüzde ağrı biliminin geldiği nokta ile ağrıların yaklaşık %80-90' ı tedavi edilebilmektedir. İş hayatında aktif çalışma yaşı olan 25-45 yaş arasında özellikle iş gücü kaybı göz önüne alındığında, ağrının ivedilikle tedavi edilmesi, yaşam kalitesinin hızla geri getirilmesi amaçlanmalıdır. Çünkü kişinin hayatı boyunca, yemek yeme, yürüme, uyku gibi en insancıl ihtiyaçları ancak ağrısız yaşantı ile sağlanabilmektedir.

AĞRI TEDAVİSİNDE nöromodülasyon uygulamaları

Kronik ağrının tedavisinde uygulanan nöromodülasyon uygulamaları, elektriksel stimülasyon veya ilaç mikro dozları vererek kronik ağrıyı kesiyor.

Ağrı tedavilerinde kullanılan nöromodülasyon uygulamaları, tıbbi uygulamaların en modern alanlarından biridir. Temel olarak santral ve periferik sinir sistemine elektriksel uyarılar verilmesi ve spinal alana yerleştirilen pompa sistemleri ile bu girişimlerin uygulama alanları giderek artmaktadır. Nöromodülasyon teknikleri günümüzde kronik ağrı tedavisinden Parkinsonizm, üriner fekal inkontinans tedavisinden hareket bozukluklarına, kronik kabızlık tedavisinden spastisiteye olduğu kadar, tinnitus, obezite ve migren tedavisi gibi daha birçok yeni endikasyonları da içerir.

NASIL ETKİ EDER?

Nöromodülasyon cihazları, belirli alanlara hafif elektriksel stimülasyon veya ilaç mikro dozları vererek, patolojik dokuların davranış şeklini düzenler. Böylelikle kronik ağrıyı keser veya bozuk olan vücut fonksiyonlarının tekrar işlevsel hale gelmesini sağlar. Günümüzde nöromodülasyon, implante edilebilir cihazlar olan nöral stimülatörler veya mikroinfüzyon pompalarıyla uygulanmaktadır. Aynı zamanda hastalar nöromodülasyon uygulamasıyla tedavilerinden kaynaklanan sistemik ve geri dönüşü olmayan komplikasyonlardan da korunmuş olurlar.

HIZLI GELİŞEN BİR TEDAVİ

Nöromodülasyon en sık kronik ağrıyı kesme bağlamında düşünülse de Parkinson hastalığı için derin beyin stimülasyonu (DBS) tedavisi, pelvik bozukluklar ve inkontinans için sakral sinir stimülasyonu ve iskemik bozukluklar için omurilik stimülasyonu (anjina, periferik vasküler hastalık) gibi uygulamalar da sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca işitme kaybı olan bir hastada işitmeyi geri getiren veya felçli bir hastada hareket etmeyi sağlayan nöromodülatör cihazlar da yakında yaygınlaşacaktır.

**Uzm. Dr.
Serdar Çatao
Bayındır
İçerenköy
Hastanesi
Ağrı Merkezi
Uzmanı**





HANGİ ALANLARDA ETKİLİ?

- **Kronik ağrı:** Baş ağrısı, başarısız bel cerrahisi sendromu, kompleks bölgesel ağrı sendromu, nöropatik ağrı, periferik nevralji, iskemik ağrı, trigeminal nevralji
- **Hareket bozuklukları:** Spastisite, parkinson hastalığı, tremor, distoni, hemifasiyal spazm,
- **Epilepsi**
- **Psikiyatrik bozukluklar:** Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, uyuşturucu bağımlılığı, anoreksi
- **Kardiyovasküler hastalıklar:** Kalp yetmezliği, hipertansiyon, periferik dolaşım bozukluğu, inme
- **Gastrointestinal bozukluklar:** Ağrılı bozukluklar, dismotilite, obezite
- **Genitoüriner ve kolorektal bozukluklar:** Ağrılı mesane sendromu, interstisyel sistit, işeme disfonksiyonu
- **Fonksiyonel restorasyon:** Travmatik beyin hasarı, işitme bozukluğu, körlük

AKCİĞER KANSERİNDE HEDEFE YÖNELİK İNTRATÜMÖRAL TEDAVİ

Diğer yöntemlere göre pek çok artışı olan intratümöral kemoterapi, bronş içindeki hava yolunu tıkayan tümör kitlesinin ortadan kaldırılmasını sağlarken, diğer taraftan da sadece kanser hücreleri üzerinde spesifik sitotoksik etki yapıyor.

Akcığer kanseri, erkek ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en başında gelmektedir. Her yıl 1.3 milyon kişiye akciğer kanseri teşhisi konulmaktadır. Bu hastalığın sigara ile olan ilişkisi 1964'ten beri yapılan araştırmalarla kesin olarak ispatlanmıştır. Sigara, günümüzde %80-90 akciğer kanseri oluşma nedenidir ve toplum sağlığını tehdit eden öldürücü bir etkidir. Bu nedenle çok kesin önlemlerle ve kanunlarla toplum sağlığı korunmaya, gençlerin ve pasif içicilerin akciğer kanseri riski azaltılmaya çalışılmaktadır.

Akcığer kanserinde çoğunlukla erken evrede tanı konulamadığından, hastalık hızlı ilerlemekte ve kontrol edilmesi güçleşmektedir. Kansere erken tanı konulmasındaki gecikmeden dolayı, ileri evrelere yayılmış kanser vakalarının sadece %15'i 5 yıl yaşayabilmektedir. Hastaların %75'ine üçüncü ya da dördüncü evrede tanı konulabilmekte, bu da tedaviyi başarsız kılmaktadır.

HASTALIĞIN BELİRTİLERİ

Akcığer kanseri başlangıçta sıradan belirtiler verdiği ve bu şikayetler çok önemsenmediği için teşhis ve tedavi geciktirilmiş olabilmektedir. Bu yüzden şu belirtilerin dikkate alınması gerekmektedir.

- 2 haftadan uzun süren, sıradan, önemsenmeyen öksürük
- Derin nefes alınca göğüs ağrısı
- Nefes darlığı, ıslık sesi
- Balgam içinde kan
- Yorgunluk, zayıflama
- Ses değişikliği
- Sık tekrarlayan pnömoni (zatürre), bronşit

Erken teşhis, hastalığın tedavisinde hayat kurtarıcı olmaktadır. Kanser erken evrede farkına varılıp tedavisi yapılması için risk grubundaki hastalara şu tetkikler yapılmalıdır:

- Düşük dansiteli akciğer tomografisi (Tarama için kesinlikle normal akciğer radyografisi istenmemelidir.)
 - Solunum fonksiyon testleri
 - Bronkoskopi; bronş lavaj sitolojisi
- Yüksek risk grubunda bulunan kişilerde yapılacak bu tetkikler, erken akciğer kanseri tanısında büyük önem taşımaktadır.

İNTRATÜMÖRAL TEDAVİ NASIL UYGULANIR?

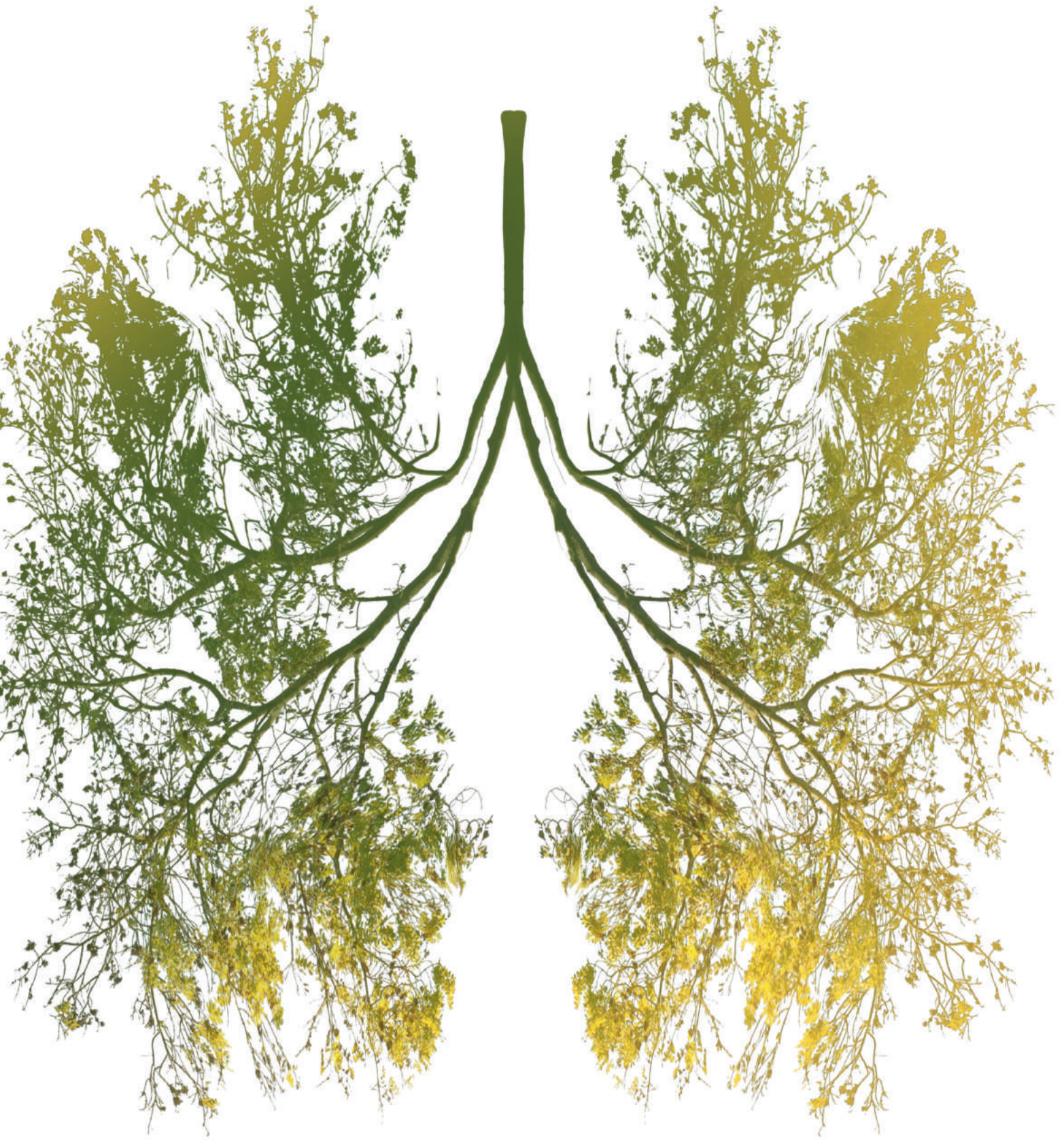
Intratümöral kemoterapi, intravenöz yoldan kullanılmakta olan bir veya birden fazla sitotoksik ilacın (kansere hücrelerini öldürücü) fleksibl bir bronkoskoptan, kateterli bir iğne aracılığıyla doğrudan doğruya tümör dokusu içine enjekte edilmesinden ibaret yeni bir girişimsel bronkoskopi yöntemidir.

Intratümöral kemoterapi bir taraftan tıkanmaya yol açan bronş (hava yolu) içindeki tümör kitlesinin ortadan kaldırılmasını sağlarken, diğer taraftan da normal hücrelere zarar vermeden sadece kanser hücreleri üzerinde spesifik sitotoksik bir etki yapmaktadır.

Intratümöral lokal enjeksiyon ile terapötik (tedavi edici) maddelerin lokal olarak verilmesi; tümör dokusu içinde ilacın eşit dağılımına, intravenöz yol ile asla elde edilemeyecek yükseklikte lokal bir konsantrasyonun sağlanmasına ve buna karşılık önemli sistemik yan etkilerin ortaya çıkmamasına yardımcı olmaktadır.

Prof. Dr. Firuz Çelikoğlu
Bayındır İçerenköy Hastanesi ve Bayındır Levent Tıp Merkezi Göğüs Hastalıkları Uzmanı





YÖNTEMİN FAYDALARI NELER?

- Genel toksik etki olmadan lokal olarak yüksek doza ulaşılması
- Tümör dokusunu hızla öldürerek, tümör dokusunu küçültmesi
- Başlangıçta ameliyat edilemeyen bronş kanserlerinde, tedaviden sonra cerrahi tedavi imkanı yaratabilmesi
- Klasik kemoterapide olabilen sistemik hiçbir yan etkinin görülmemesi
- Sistemik kemoterapi ve radyoterapi ile eş zamanlı yapılabilmesi

JINEKOLOJİDE LAPAROSKOPIK YAKLAŞIMLAR

Laparoskopik cerrahi; jinekolojik operasyonlarda doğru hasta seçimi ile uygulandığında daha küçük ve sınırlı kesiler yapılarak gerçekleştirilir. Hem tanıda hem de tedavide kullanılarak ameliyat sonrası ağrıyı azaltır, iyileşmeyi hızlandırır.

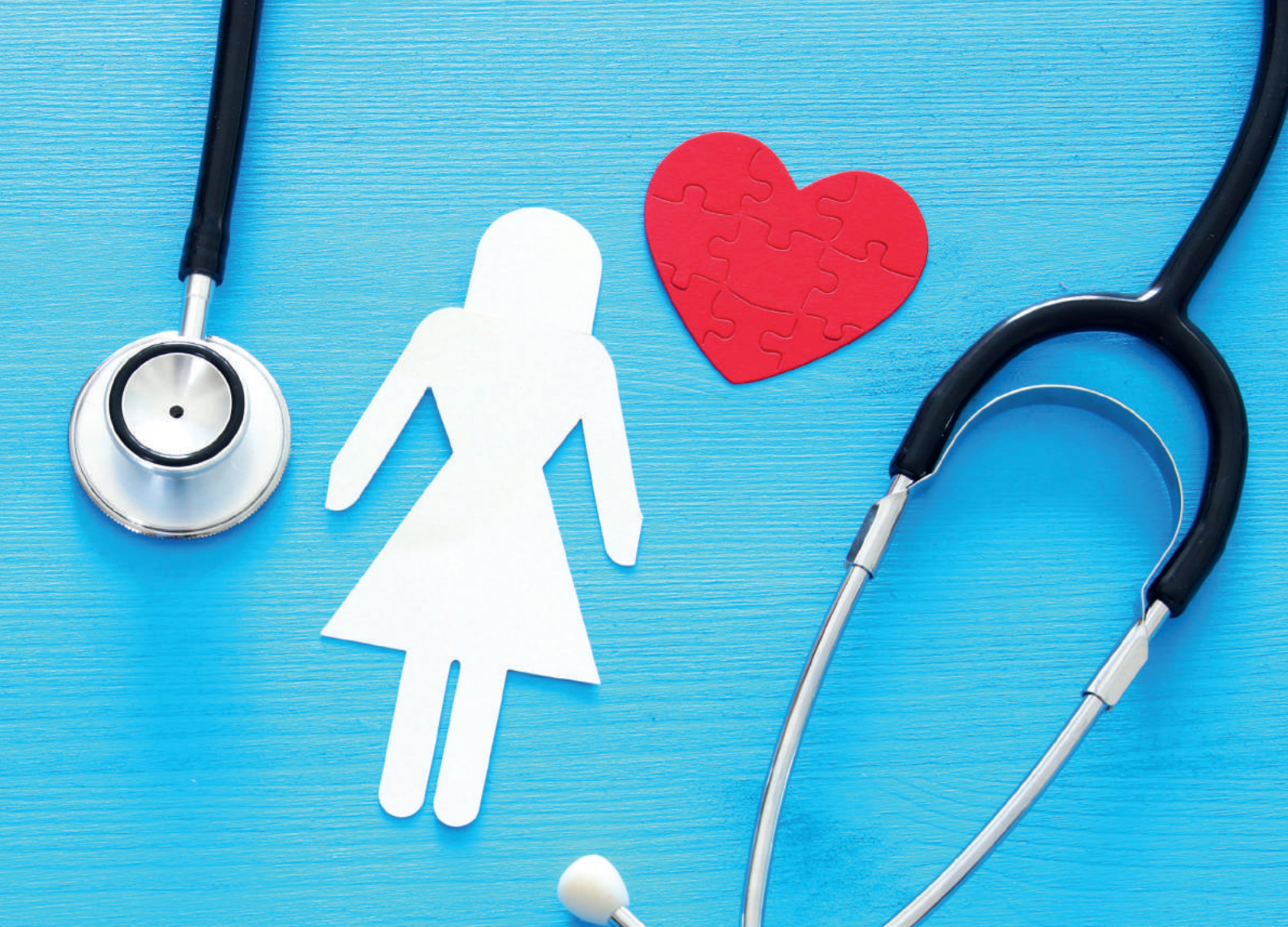
**Doç. Dr. Ömer
Nicat Çobanoğlu
Bayındır Söğütözü
Hastanesi
ve Bayındır
Kavaklıdere
Hastanesi
Kadın Hastalıkları
ve Doğum Bölüm
Başkanı**



Lapar, 'batın'; skop ise 'gözlem' anlamına gelir. Laparoskopik yaklaşım, genel anestezi altında, göbek deliğinden yapılan küçük bir kesiden optik bir aletin (laparoskop) karn boşluğuna sokularak, buradaki organların tanınması amaçlı (diagnostik) gözlenmesi veya gerekli cerrahi işlemin yapılmasıdır. Laparoskopun arkasına bağlı olan bir kamera ve sisteme bağlı olan güçlü bir ışık kaynağı vasıtasıyla karn boşluğundaki organların görüntüleri, ekrana yansıtılır. Ekrana yansıyan bu görüntünün kalitesini artırmak ve cerrahi işlemin rahat yapılabilmesini sağlamak için tüm laparoskopik yaklaşımlarda, batın duvarını iç organlardan uzaklaştırma amacıyla karn boşluğu karbondioksit gazı ile belli bir basınç kontrolü sağlanarak şişirilir. Otomatik cihazlar sayesinde bu basınç, tüm operasyon boyunca sabit tutulur. Tanısal laparoskopi (diagnostik laparoskopi), genital organların ve karn boşluğunun 1-2 santimetrelilik bir kesiden değerlendirilmesini sağlar. Genellikle alt batın (pelvik) ağrıların, kısırlık sebeplerinin teşhisi, çikolata kisti (endometrioma), genital anomali ve farklılıkların tespiti ile genital kitlelerin yapısı ve bunların diğer batın içi organlarla ilişkilerini doğru teşhis etmek için yapılır. Yapılacak cerrahi işlemlerin hedeflediği organ sistemine ve ameliyatın boyutuna göre karnın değişik yerlerinden bir kesi ya da ek küçük kesiler yapılarak cerrahide kullanılan aletler batın içine sokulur.

NE ZAMAN TERCİH EDİLİR?

Teoride laparoskopik yaklaşımın açık ameliyata göre farkı, cerrahi uygulanacak alana ulaşım şeklidir. Bazı kondisyonlar kapalı yaklaşımı daha zor hale sokabilir; dokunun direkt olarak hissedilememesi, cerrahi hareket kısıtlılığı, 3 boyutlu görünüm yerine monitördeki 2 boyutlu görünümle yetinmek gibi... Laparoskopik yaklaşımın seçilmesinde en önemli kriterler, hastaya ait farklılıklar, yeterli cerrahi altyapının varlığı ve cerrahi ekibin tecrübesidir. Bir ameliyatın laparoskopik veya açık olmasına karar verirken dikkate alınması gereken bazı koşullar vardır. Ameliyatın ne kadar acil olduğu, yaklaşımı belirleyen faktörlerdendir. Karn içi kanaması aşırı ve yaşam bulguları kritik olan bir hastada kanamanın bir an önce durdurulması ve yaşam bulgularının bir an önce stabil duruma getirilmesi gerektiğinde laparoskopik ilk seçenek olmayabilir. Laparoskopik ameliyatlarda süresi genelde açık ameliyatlara göre daha uzun olduğundan genel anestezi süresi de uzar. Ameliyata bağlı oluşabilecek komplikasyonların riski artar. Önceden geçirilmiş mükerrer cerrahi ve batın içi yaygın yapışıklıklar, batına girişte organ ve damar yaralanmalarına ait riskleri arttırabileceği gibi, cerrahi alanın görüntülenmesi de yeterli olmayabilir. Yapılacak ameliyat ile çıkarılacak kitlenin büyüklüğü de cerrahi yaklaşım şeklinin seçilmesindeki kriterlerdendir. Örneğin, miyom sayısı 3 ile 5'ten fazla, büyüklüğü 5 santimetre üzerinde olan,



lokalisasyon olarak tam çıkartılması mümkün olmayan olgularda açık yaklaşım tercih edilmelidir. Kanserli (malign) olma riski yüksek kitlelerde, kitlenin parçalanıp bölünerek çıkartılması batın içinde ikincil tutulumlara sebep olabileceksen, yeterli evreleme yapılamayacaksa yine laparoskopik yaklaşım ilk tercih olmayabilir.

GEREKTEĞİNDE AÇIK AMELİYATA DÖNÜLEBİLİR

Laparoskopik yaklaşımda batına sokulan cerrahi aletler nedeni veya bu aletlerle yapılan kesme, yakma işlemlerinden kaynaklanan komplikasyonlar görülebilir. Mümkün olduğu kadar 'künt kanüller' ve 'atramatik tutucular' (çevre doku ve organlara zarar vermeyecek, sivri ve keskin olmayan) kullanılarak yeterli görüntüleme sağlanmaya çalışılır. Hastalara, laparoskopik başlayan bir cerrahi yaklaşımın, gerektiğinde açık ameliyata dönüşebileceğinin bilgisi önceden verilmelidir.

JİNEKOLOJİK CERRAHİ YAKLAŞIMLAR

Laparoskopik jinekoloji, adından da anlaşılacağı gibi kadın iç organı olan rahmi, yumurtalıkları ve tüpleri kapsar. Bu organlara ait cerrahi yaklaşımlar şunlardır:

- Tüplerin bağlanması (Laparoskopik sterilizasyon)
- Tüplerin çıkartılması (Laparoskopik salpingektomi)
- Tüplerin kesilerek boşaltılması (Laparoskopik salpingostomi)
- Yumurtalık kisti çıkartılması (Laparoskopik kistektomi)
- Yumurtalık ve tüp çıkarılması (Laparoskopik salpingo-ooferektomi)
- Dış gebelik oluşumunun çıkartılması
- Miyom çıkartılması (Laparoskopik myomektomi)
- Laparoskopik rahim çıkartılması (Laparoskopik histerektomi)

LAPAROSKOPİK YAKLAŞIMIN ÜSTÜNLÜKLERİ

Doğru seçilmiş olgularda, laparoskopik yaklaşımın açık ameliyata bariz üstünlükleri vardır.

- Açık bir ameliyata göre daha küçük ve sınırlı kesiler yapıldığından, ameliyat sonrası ağrı ve rahatsızlık hissi daha azdır.
- Hastanede kalma süresi daha kısadır.
- Ameliyat sonrası iyileşme ve iş başına dönme süresi daha kısadır.
- Daha küçük kesiler yapıldığı için kozmetik memnuniyet yüksektir.
- Ameliyat ve sonrası enfeksiyon oranı daha düşüktür.
- Ameliyat sonrası batın duvarına ilişkin kanama riski daha düşüktür.

ENDOSKOPIK SİNÜS CERRAHİSİ

Sık karşılaşılan bir hastalık olan sinüzite, endoskopik sinüs cerrahisi çözüm oluyor. Ameliyat olduğu gün taburcu edilen hasta, birkaç gün içinde normal hayatına geri dönebiliyor. Üstelik hastalığın nüksetmesine de yok denecek kadar az oranda rastlanıyor.

Endoskopi sistemi, ucunda soğuk ışık kaynağı ve kamera olan bir sistemdir. Görüntü, bu kameralar ile ekrana yansıtılıp, doğrudan göremediğimiz karanlık boşlukların ve hastalıklı dokuların net olarak görülmesini sağlar. Endoskopi, KBB alanında en çok burun çevresindeki sinüslere yapılan ameliyatlarda kullanılır, ki buna da 'endoskopik sinüs cerrahisi' denilir. Bu ameliyat uzun yıllardır tüm dünyada sinüzit cerrahisinde kullanılan neredeyse tek yöntemdir. Endoskopik sinüs cerrahisi, lokal ya da genel anestezi altında kolayca yapılabilmektedir. Günümüzde genel anestezi bu ameliyatlara için lokalden çok daha güvenilir ve kısadır. Ameliyatlardan hepsi burun deliğinden girilerek yapılır. Sinüs cerrahisi ortalama 1 saat sürer. Ameliyatın amacı, hastalıklı sinüslerin ağzını açıp, var olan iltihabı ya da hastalıklı dokuyu buradan uzaklaştırmak ve sinüslerin burun ile beraber aynı anda havalanmasını sağlamaktır.

AMELİYAT SONRASI SÜREÇ

Ameliyat sonrası herhangi bir şişlik ya da morarma olmaz. Hasta aynı gün taburcu edilebileceği gibi, isterse 2-3 gün içinde işine dahi dönebilir. Yine son yıllarda tekrar çıkartmaya gerek duyulmayan ve kendiliğinden eriyen tamponlar ile ameliyat sonrası hasta konforu da arttırılmaktadır. Ameliyat sonrası burunda bir süre devam edecek tıkanmalar, kabuklanmalar ve ilk günlerde

belirgin olabilecek hafif pembe renkli akıntılar çok doğaldır. Hastaya 3-4 hafta sürecek damla ve spreyleyler verilir ve 1 ay içerisinde 1 veya 2 defa kontrollerde görülerek, burun içi temizliği ve pansumanı yapılır. Ameliyat sonrası tam iyileşme 3-4 haftayı bulabilir. Bu süreçte tek yapılacak şey burun içi spreyleyler ve yıkamalar kullanmaktır. Yine ameliyat sırasında kullanılan birtakım aletler bu ameliyatı çok daha kısa ve güvenilir hale getirebilir. Mikrodebrider ve navigasyon gibi cihazlar ile gerektiği durumda bu ameliyat daha hızlı ve özellikle güvenilir yapılabilmektedir. Endoskopik sinüs cerrahisi ile aynı anda burun kemik eğriliği (septoplasti), burun eti küçültülmesi (konkaya radyofrekans uygulaması) ve estetik burun ameliyatı (rinoplasti) da yapılabilir.

BAŞARI ORANI ÇOK YÜKSEK

Ehil ellerde yapılan endoskopik sinüs cerrahisinde başarı oranı yüksek ve nüks oranı çok düşüktür. Endoskopik sinüs cerrahisinin başarı oranı %70-90 arasında olmakla beraber, ameliyat sonrası iyi takip edilmesi ve varsa alerjik rinitin tespit edilip tedavi edilmesi, kronik sinüzitin tekrarlamasını neredeyse sıfıra yakın hale getirmektedir. Bu nedenle, hastanın şikayeti varsa mutlaka alerji testi yapıp, bu yönde tedaviye başlanmalıdır. Ayrıca hastalar belli aralıklarla takip edilerek, tekrarlamaları minimum seviyede tutulmaktadır.

Doç. Dr. Ethem
Şahin
Bayındır
İçerenköy
Hastanesi KBB,
Baş ve Boyun
Cerrahisi
Uzmanı

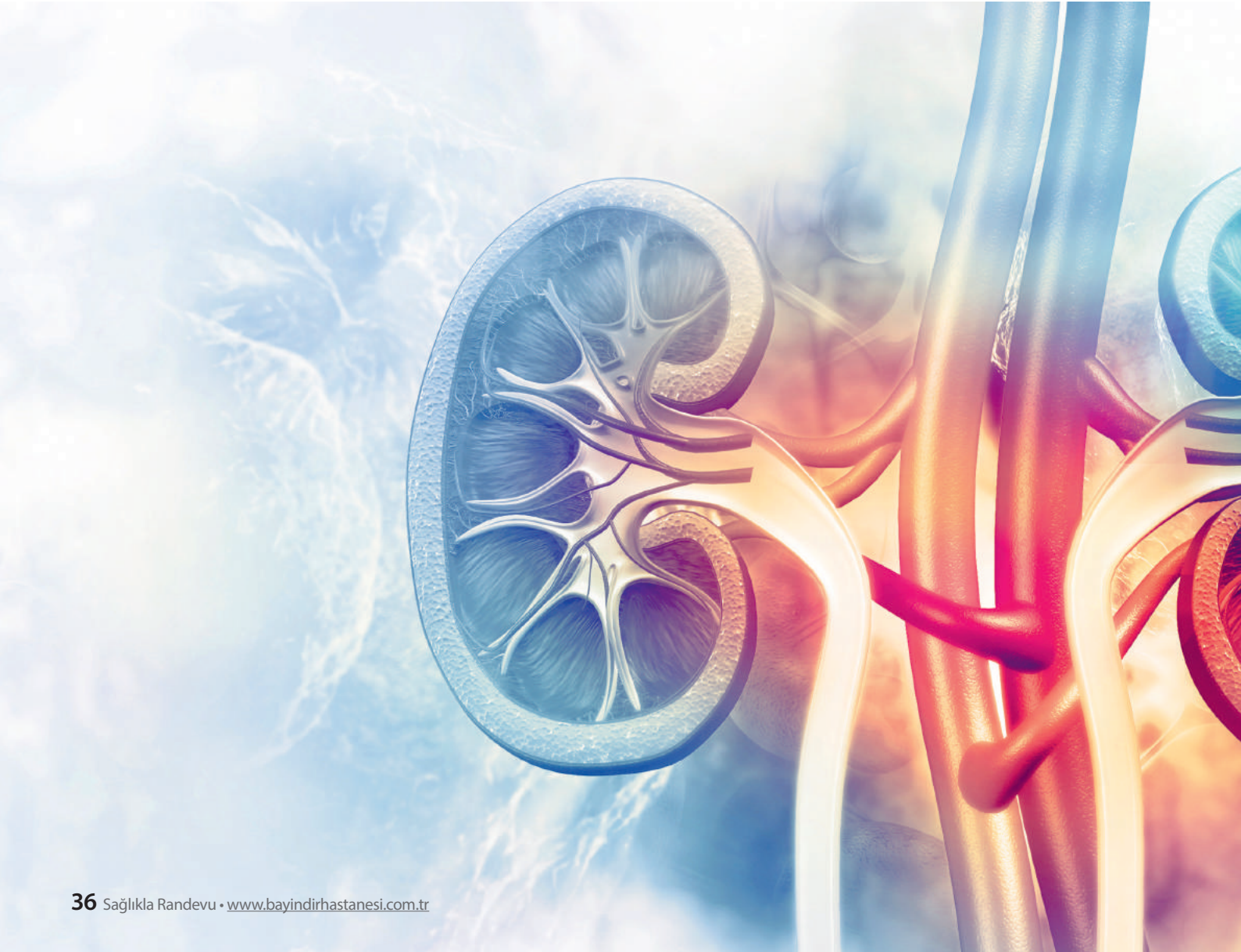




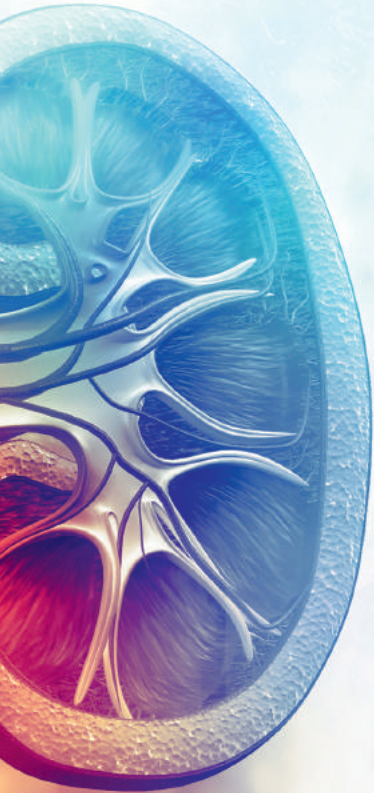
KRONİK SINÜZİT DIŞINDA DİĞER KULLANIM ALANLARI NELER?

- Burun polibi
- Burun eti (konka) küçültülmesi
- Burun ve sinüs tümörleri
- Tıkalı gözyaşı kanalı açılması
- Doğumsal geniz tıkanıklıkları (koanal atrezi)
- Optik (göz) sinirinin kanamalarında ve baskıdan kurtarılması
- Burun kanaması kontrolü
- Kafa tabanı tümörleri
- Östaki tüpü tıkanıklıkları

BÖBREK TAŞI TEDAVİSİNDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ YÖNTEMİ



Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler sayesinde, böbrek taşı tedavisinde farklı yöntemler uygulanıyor. Minimal invaziv bir yöntem olan perkütan nefrolitotomi ameliyatı, komplikasyonu az olması ve hastanın normal hayatına çabuk dönmesi avantajları sayesinde açık cerrahiye tercih ediliyor.



Böbrek taşlarının tedavisinde taşın yeri, büyüklüğü ve hastanın özelliklerine göre tedavi yöntemine karar verilir. Günümüzde tedavide üreteroskopi, PCNL, ESWL (vücut dışından şok dalgası ile taş kırma) ve az sayıda olguda laparoskopik cerrahi veya açık cerrahi yöntemleri kullanılmaktadır.

Perkütan nefrolitotomi (PCNL), böbrek taşlarının tedavisinde kullanılan minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Bu yöntemde cilde yapılan 1 santimetrelilik bir kesiden böbrek içindeki taşların alınması amaçlanır. Böbrek taşı tedavisinin seçenekleri arasında perkütan nefrolitotominin girmesi ile açık taş cerrahisine gereksinim giderek azalmıştır.

Böbrek taşlarının tedavisinde PCNL ilk kez 1976 yılında tanımlanmıştır. Bunu takiben 1979 yılında PCNL ile tedavi edilen ilk seri yayınlanmıştır. Ancak 1982 yılında vücut dışından şok dalgası ile taş kırma tedavisi (ESWL) ile ilgili deneyimlerin bildirilmesi, böbrek taşlarının tedavisinde PCNL'nin bir süre geri planda kalmasına neden olmuştur. Daha sonraki yıllarda ESWL'nin bazı taşlar için başanlı olmadığı ve yüksek oranda ek tedaviler gerektirdiğinin bildirilmesi, PCNL'yi yeniden gündeme getirmiştir. ESWL yönteminde şok dalgalarıyla taşın küçük parçalara ayrılması ve bu parçaların normal idrar yoluyla atılması amaçlanır. Eğer taş büyükse (2 santimetreden büyük taşlar) ya da kırılan parçaların atılmasında engel oluşturacak anatomik bir sorun varsa (idrar yollarında darlık gibi) perkütan nefrolitotomi ilk seçenek olarak akla gelmelidir. Ayrıca sistin ya da kalsiyum oksalat monohidrat taşı gibi sert taşlarda da ESWL yetersiz kalabilmektedir.

**Opr. Dr. Kürşat
Koray Kantay
Bayındır
İçerenköy
Hastanesi Üroloji
Uzmanı**



AMELİYAT NASIL YAPILIYOR?

Perkütan nefrolitotomide önce genel anestezi altında sırt bölgesinden, floroskopi veya ultrasonografi kontrolü altında böbreğin içerisinde planlanan noktaya bir iğne ile girilmekte, bu iğne yardımı ile böbrek toplayıcı sistemine bir kılavuz tel yerleştirilmektedir. Daha sonra bu tel üzerinden özel kateterlerle dokular genişletilerek, böbrek içerisine bir tüp yerleştirilmekte, bu tüpten nefroskop denilen yaklaşık bir dolmakalem kalınlığında endoskopi cihazı yerleştirilmektedir. Perkütan nefrolitotomi ameliyatında görüntüler endokamera ile bir ekrana büyütülmüş olarak yansıtılır. Taşlar bir bütün halinde veya kırılarak çıkartılır. Kırma işlemi lazer ya da pnömatik taş kırma cihazı ile yapılabilmektedir. İşlem sonrası böbreğe genellikle bir kateter yerleştirilir. Bu kateter 2-3 gün hastada kalır. Daha sonra kateterden opak madde verilerek film çekilir ve kateter çıkartılır.

TEDAVİ SONRASI SÜREÇ

Ameliyat sonrası hastanın normal hayata dönmesi çok çabuk olur. Açık cerrahiye kıyasla ameliyat sonrası ağrı çok azdır, ameliyat yeri süratle iyileşir, yara enfeksiyonu gibi sorunlar genellikle görülmez. Perkütan nefrolitotomi ameliyatı, ESWL ve üreterorenoskopi ile tedavisi mümkün olmayan olgularda, deneyimli ellerde, düşük komplikasyon oranları ile güvenli bir tedavi seçeneğidir.

ERKEKLERDE DAHA SIK RASTLANIYOR

Böbrek taşları erkeklerde daha fazla görülür. Sıklıkla 20-50 yaşlarında tespit edilirler. Kalsiyum oksalat, strüvit (enfeksiyon taşı), ürik asit taşı

en sık görülen tipleridir. Kalsiyum oksalat monohidrat ve sistin taşı sert taşlar iken, kalsiyum oksalat dihidrat ve strüvit yumuşak taşlardır.

Ürolojik kanserlerde en sık görülen ikinci tür olan mesane kanserinin %75'ini yüzeysel tümörler oluşturuyor. Tümörün endoskopik olarak çıkartılması anlamına gelen transüretal rezeksiyon ile daha büyük cerrahi işlemlere gerek kalmadan hem tanı konuluyor hem tedavi planlanıyor.

Mesane kanserinde transüretal rezeksiyon

Doç. Dr. İzak Dalva
Bayındır Söğütözü
Hastanesi
Üroloji Bölüm
Başkanı

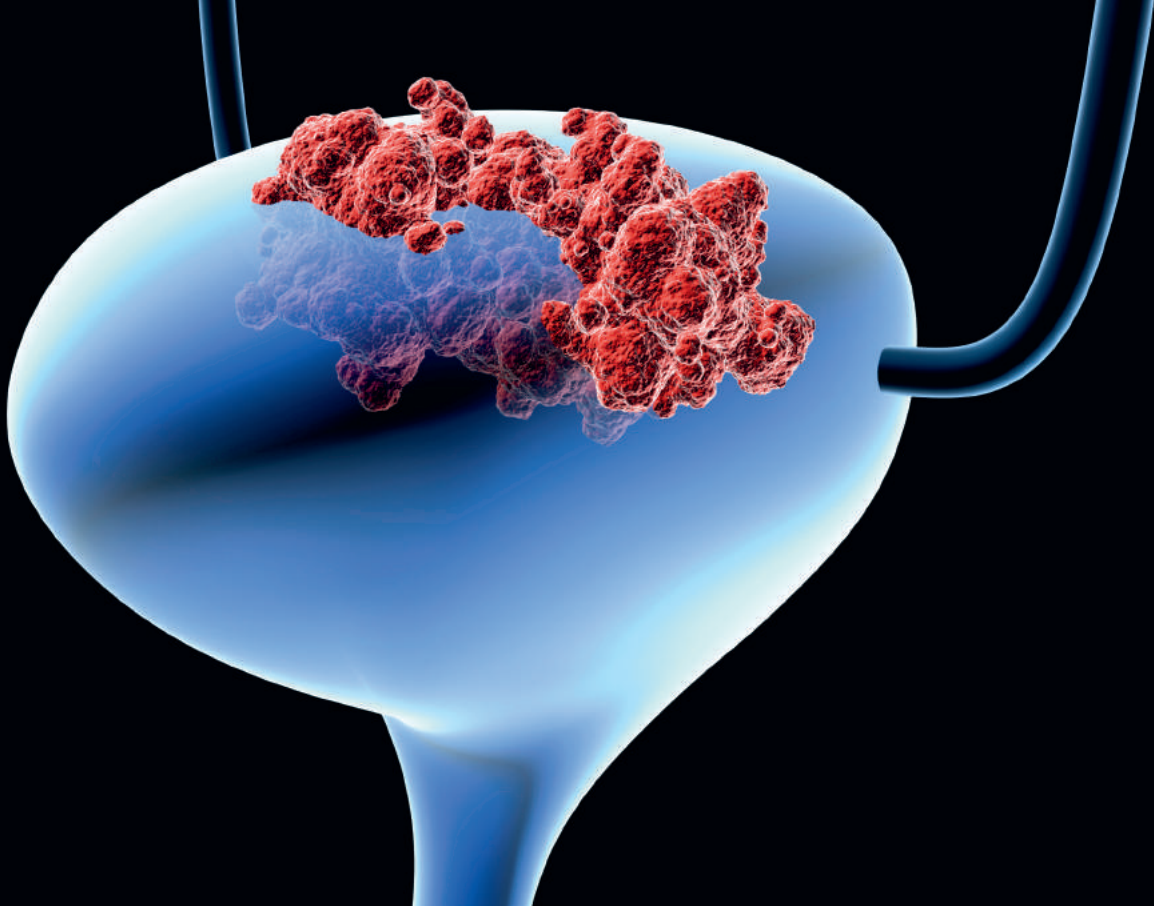


Mesane kanseri, ürolojik kanserler arasında en sık görülen ikinci kanserdir. Tüm kanserler içinde erkeklerde en sık görülen dördüncü, kadınlarda ise onuncu sıradadır. Genellikle idrarda kanama ile kendini belli eder. Mesane tümörleri yüzeysel, mukozaya sınırlı non-invaziv olabileceği gibi; derin adale dokulana yayılım gösteren invaziv tümörler de olabilir. Yüzeysel mesane tümörleri %70 nüks etme eğiliminde olup; mukozaya sınırlı Ta, Carsinoma in situ (CIS) ve submukozaya geçmiş T1 tümörleri ifade eder. Bu tümörler tüm mesane tümörlerinin %75'ini oluşturur. Mesane tümörü tanısı; sistoskopik inceleme ve çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesine dayanır.

HEM TANIYI SAĞLAR HEM TEDAVİYİ BELİRLER

Mesane tümörü transüretal rezeksiyonu (tümörün penis ucundan girilerek mesaneden

endoskopik olarak çıkartılması) tanıyı sağladığı gibi çıkarılan doku parçalarının patolojik incelemesi ile evreleme ve grade'leme yapmaya da olanak sağlar. Bunlar yöntemin hem diagnostik (teşhise yönelik) hem de terapötik (tedavi edici) olmasını sağlar. Adale invazyonu olmamış tümörler için bu yöntem tedaviyi sağlayabilir. Ayrıca tümörün durumuna göre tedavi şekli ve ek tedavi gerekli olup olmadığına karar verecek bir yöntemdir. Yüzeysel non-invaziv mesane tümörlerinde tekrarlayan rezeksiyonlar, tümörler invaziv şekle dönüşmeden hastaları daha büyük operasyonlardan uzaklaştırır. Etkili bir mesane tümörü rezeksiyonu, operasyon öncesinde ve sırasında dikkatli plan yapmayı gerektirir. Hasta iyi değerlendirilmeli; radyolojik olarak evrelendirmeye yardımcı olacak ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmelidir. Mesane tümörü transüretal rezeksiyonu, T1 ve daha erken evrede saptanan tümörlerde ideal tedavidir.



EN SIK YAPILAN ÜROLOJİK KANSER CERRAHİSİ

Mesane kanserine yaklaşımın ilk aşaması olan transüretal rezeksiyon, 1962'de ilk kez Jones ve Swinney tarafında yapılmıştır. Günümüzde en sık yapılan ürolojik kanser cerrahisidir. Mesane tümörü transüretal rezeksiyonu, onkolojik cerrahi prensiplere uymayan özellikler taşır. Yüzeysel mesane tümörleri sık tekrar edebilir, mesane kanseri tedavisi solid malign kanser tedavileri içinde en pahalı olanlar arasındadır. Çünkü kişiler birçok kez operasyon geçirmek zorunda kaldığı gibi; kontrol amacı ile ilk 2 yıl boyunca 3 ayda bir, daha sonra 6 ayda bir sistoskopi yapılması gerekebilir. Bu durum hastalıkla ilgili maliyeti arttırmaktadır.

NEDEN TERGİH EDİLİR?

Mesane tümörü transüretal rezeksiyonunda tanı için önce üretrosistoskopi yapılır. Bu işlem lokal anestezi altında ve flexible sistoskop yardımı ile gerçekleştirilebilir. Bu şekilde kitleden ve mesanedeki

kanamalı hiperemik şüpheli alanlardan biyopsi alınabilir. Kuşku alanların histopatolojik inceleme ile grade ve karsinoma insitu (CIS) varlığı ortaya konulabilir. Daha sonra mesane tümörünün transüretal rezeksiyonuna geçilebilir.

NASIL UYGULANIR?

Rezeksiyon genellikle genel ya da epidural anestezi ile yapılabilir. Operasyondan 3-5 gün öncesinde hastanın kullandığı kan sulandırıcı ilaçlar kesilmelidir. Rezeksiyon işlemi için genellikle beyaz ışık kaynağı video endoskopik kamera kayıt sistemi ile 26 F devamlı irrigasyon (yıkama) sağlayan rezektoskop kullanılır. Cold-cup biyopsi, üretrotom evakuatör ve dilatatörler masada hazır bulunur. Rezeksiyon işlemi için daha önceden monopolar enerji kullanılırken, günümüzde plasmakinetik enerji kullanılmaktadır. Bu sayede daha düşük enerji ile daha kontrollü operasyon yapılabilmektedir. Daha iyi hemostaz (kanamaya karşı vücudun

yanıtı) sağlanabilmekte, perforasyon (organda delinme) ve obturator sinir stimülasyonu riskleri minimuma indirilmektedir. Ayrıca elde edilen dokularda yanma karbonizasyon daha nadir olacağı için histopatolojik tanı ve tümörün derinliği bakımından daha net sonuç alınabilmektedir. Rezeksiyon işleminde ise küçük tümörlerde (1-2 santimetre) kitle tek seferde çıkarılabilmektedir. Yani bu yöntemle tüm kanser ve altındaki mesane duvanı tek parça olarak çıkarılmaktadır. Daha büyük kanserler içinse aşamalı olarak; öncelikle ekzofitik (dışa doğru gelişen) kanser, daha sonra altındaki mesane duvanı ve daha sonra tümör tabanı kesilip aynı gün patolojiye gönderilmelidir. Rezeksiyon tamamlandıktan sonra tümör kenarları koterize edilir. Üretral sonda takılıp işlem tamamlanır. Çıkarılan dokular, cold-cup biyopsi ve sitoloji için alınan örnekler patolojiye gönderilir. Tümörün büyüklüğüne göre hastalar 1-2 gün sondalı kalmalıdır.

PROSTAT TRANSÜRETRAL REZEKSİYONU

İyi huylu prostat büyümesinin (BPH) cerrahi tedavisinde transüretral rezeksiyon, altın standarttır.

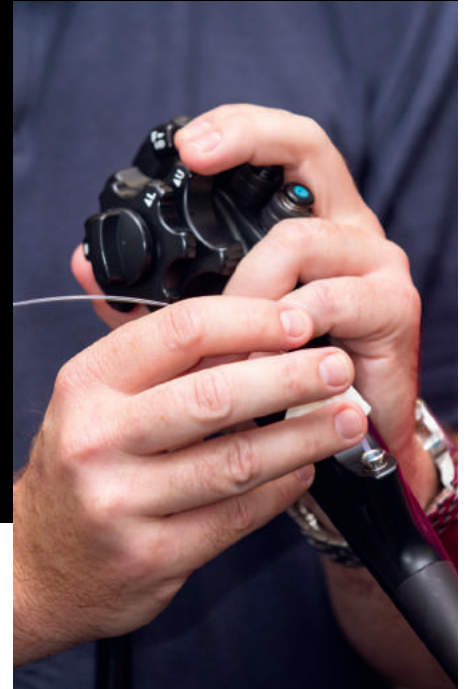
Transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P), orta ve ileri düzeyde iyi huylu prostat bezi büyümesini tedavi etmek için uygulanır. TUR-P, prostat büyümesi için uygulanan en yaygın cerrahi işlemdir ve bütün iyi huylu tümör büyümesi ameliyatlarının %90'ını oluşturur. TUR-P işleminde prostatın idrar yolunu tıkayan kısımları rezektoskop ile kesilerek çıkarılır. İşlem için değişik enerjiler kullanılabilir. TUR-P işleminde önceleri monopolar enerji kullanılmaktaydı. Günümüzde kullanılan elektrik enerjisi, rezeksiyon ucu ile hastanın vücuduna yapıştıran bir koter plağı arasında akım oluşturur. İşlem sırasında hipotonik solüsyon kullanımı gerekir. Uzun süren vakalarda sıvı yüklenmesi belirtileri ve hiponatremi ile seyreden TUR sendromuna neden olabilir.

BAŞARISI AYNI YAN ETKİSİ AZ

BPH'nin endoskopik tedavisinde son yıllarda bipolar plasmakinetik enerji kullanılmaktadır. En önemli avantajı, irrigasyon için izotonik solüsyon kullanılmasıdır. Monopolar ve bipolar TUR-P operasyonlarını karşılaştıran

çalışmalarda, ortalama üç yıllık takipte uluslararası semptom skoru, maksimum idrar akış hızı, rezidü idrar miktarı, hayat kalitesi, PSA değerleri ve erektil fonksiyon bakımından iki grup arasında fark görülmemiştir. Sondalı kalma süresi, hastanede kalma süresi ve hemoglobin miktarındaki düşüş bakımından bipolar, TUR-P'ye göre daha avantajlı bulunmuştur. Plasmakinetik bipolar TUR-P ile daha iyi hemostaz sağlanır, daha az kanama olur, sondalı kalma süresi kısalmış ve hastanede kalma süresi azalmıştır. Yan etki olarak TUR sendromu ve hiponatremi hiç oluşmaz.

Plasmakinetik bipolar TUR-P ile 'buton elektrodu' kullanılarak prostat adenomu tamamen çıkartılabilir (enükleasyon) ve bu şekilde idrar akış hızında daha fazla düzelme sağlanabilir. Elde edilen sonuçlar holmium lazer enükleasyonu (HoLEP) ile karşılaştırılabilir eş değerdedir. Ayrıca holmium lazerde rastlanan perforasyon riski minimum düzeyde kalır, yine holmium lazerde kullanılan morselatöre bağlı olası mesane yaralanması riski hiç görülmez. Prostatın transüretral rezeksiyonu operasyonlarında yıllardan beri plasmakinetik bipolar teknik kullanılmaktadır. Bu şekilde kanama daha az olmakta, sondalı kalma süresi iki güne inmekte, hastalar iki günde taburcu olabilmektedirler. Operasyon sonrası dönemde hastalara bir ay boyunca sıvı miktarını artırmaları, sert yerde oturmamaları, ağır kaldırmamaları ve bir ay boyunca cinsel ilişkide bulunmamaları önerilir.



METASTATİK PROSTAT KANSERİNDE YAŞAM KALİTESİNİ ARTIRIR

Metastatik prostat kanserli hastalarda agresif prostat kanser hücrelerine bağlı mesane boynu tıkanıklığı ve kanama oluşabilir. Son yıllarda prostat kanserine bağlı mesane boynu obstrüksiyonunda prostatın palyatif transüretral rezeksiyonunun (pTUR-P) etkili bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Yaşam süresini uzattığı yönünde şüpheler olsa da lokal lezyonlarda tümör kitlesini azalttığı için hormonal tedavi ile birlikte uygulandığında daha iyi bir prognoz (hastalık seyri) sağlamakta, kişinin yaşam kalitesini arttırmaktadır. Tümör kitlesi azalınca sistemik tedaviye daha iyi yanıt alınabilmektedir. TUR-P operasyonu; aşağı üriner sistem semptomlarını azaltır, hematüriyi kontrol altına alır, prostat kanserinin ilerlemesini kontrol altına alır. Üstelik nadir komplikasyona sahip güvenli bir yöntemdir.



bayındır
sağlık grubu

www.bayindirhastanesi.com.tr

RİTİM BOZUKLUĞU, HAYAT KALİTENİZİ BOZMASIN.

Aritmi Tedavi Yöntemleri ile kalbinize iyi bakın,
sağlıklı bir hayat yaşayın.

ICD

Kalp ritim bozukluklarında şok vererek hastayı hayata döndüren, dışarıdan göğüs kası altına yerleştirilen özel pillerdir.

ABLASYON

Kalp ritim bozukluklarının tedavisi için kullanılan, kalbin içerisinde sorunlu milimetrik odakların kasık damarları yoluyla etkisiz hale getirildiği girişimsel bir işlemdir.

EPS (ELEKTROFİZYOLOJİK ÇALIŞMA)

Kalp ritim bozukluklarının tanısını koymak için, kasık damarları yoluyla yapılan girişimsel bir işlemdir.

KALP PİLİ

Düşük kalp hızlarının tedavisinde kullanılan ve kalp atım hızını normal sınırlarda tutan, cilt altına yerleştirilen özel pillerdir.

0 850 911 0 911

Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI

Teknolojideki gelişmelerin üroloji operasyonlarına büyük katkısı bulunuyor. Üreteroskopi sayesinde, böbrek taşlarının tedavisi eskiye göre çok daha başarılı oluyor.



**Prof. Dr. Tayfun
Gürpınar
Bayındır
İçerenköy
Hastanesi ve
Bayındır Levent
Tıp Merkezi
Üroloji Bölüm
Başkanı**



BÖBREK TAŞLARINDA ÜRETEROSKOPİK TEDAVİ

Üroloji bölümü, tarihi boyunca teknolojideki gelişmelerin tıbbi uygulanmasında öncü bir rol üstlenmiştir. Üreteroskopun icadı da bu öncü role bir örnektir. Üreteroskop vücutta herhangi bir kesi yapılmadan idrar yolundan girilerek, böbreğin idrar toplayan kısmını ve idrarı böbrekten mesaneye taşıyan organ olan üreterin içini gösteren bir endoskopik cihazdır. Üreteroskopun icadı ve geliştirilmesi ile böbrek ve üreter taşlarının tedavisinde önemli değişiklikler olmuştur. Fiberoptik ve dijital görüntüleme, böbrek ve üreter taşlarının endoskopik olarak görüntülenmesini sağlamıştır. Lazer teknolojisindeki gelişmeler ile de çok sert taşların bile vücut içerisinde güvenli bir şekilde kırılması sağlanmıştır. Bu teknolojilere ek olarak pek çok kateter ve taş parçalarını çıkarmaya yardımcı aletler geliştirilmiştir. Endoüroloji diye adlandırılan bilim dalının uygulamaları kapsamında olan bu gelişmeler sadece taş tedavisinde değil, tümör ve kistlerin tedavisinde de yeni olanaklar sağlamaktadır.

NASIL UYGULANIR?

Üreteroskopi, semi rijit (yan sert) veya fleksibl (esnek) cihazlarla yapılmaktadır. Operasyonda taşın yerine ve özelliklerine uygun üreteroskop kullanılır. Üreter veya böbrekteki taşlara ulaşılır; taşlar lazer cihazı ile toz haline getirilir veya parçalara ayrılır, taş basketleri ve yakalama cihazları ile vücut dışına alınır. Yapılan işleme bağlı olarak bazı operasyonlardan sonra hastalara geçici stentler (double J stent) takılabilir. Bu stentler taş parçalarının düşmesini kolaylaştırmakta, böbrek fonksiyonlarının korunmasını ve operasyon sahasının iyileşmesini sağlamaktadır. Stentler genellikle 1 veya 2 hafta sonra kısa bir işlemle çıkartılır. Bütün bu işlemler sırasında floroskopi cihazı ile operasyon radyolojik olarak da kontrol edilir.

BAŞARI ORANI YÜKSEK

Üreteroskopi ile üreter taşlarının tedavisinde yüksek başarı oranları söz konusudur. ESWL (vücut dışından şok dalgası ile taş kırma cihazı) ile kıyaslandığında, üreteroskopi ile daha kısa süreli

bir tedavi ve yüksek taş temizleme oranları elde edilmektedir. Başarısız ESWL olgularında üreteroskopi tamamlayıcı bir işlem olarak da önerilmektedir. Sadece üreter taşlarında değil, böbrek taşlarının tedavisinde de başarı oranları giderek yükselmektedir. Fleksibl üreteroskoplar, bükülebilir özellikleri ile böbrek içerisindeki bütün taşlara ulaşmaya olanak sağlar. Taş volümünün çok fazla olduğu olgularda üreteroskopi perkütan renal cerrahi ile birlikte de uygulanabilmektedir. Taşların tedavisinde taşın sertliği, büyüklüğü, yeri ve hastaya ait özellikler tedavi başarısını etkileyen en önemli faktörlerdir. Gebelikte, çocuklarda, aşırı obez hastalarda, kanama diatezli veya böbrek anomalisi olan hastalarda üreteroskopi başarı ile kullanılmaktadır. Düşük dereceli ve yüzeysel üriner sistem tümörleri de üreteroskopi ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Üreteroskopi sonrası hastanede kalış süresi kısadır. Bu operasyonda vücut bütünlüğü korunur ve hasta normal yaşamına hızlıca döner.

İŞ HAYATINDA STRESLE BAŞ ETMEK

Orta düzeyde bir kaygı hayatımızın tümünde olduğu gibi çalışma performansımızı da olumlu etkiler ve daha başarılı işler yapmamızı sağlar. Ancak bu kaygı düzeyine sebep olan stres, belli bir eşik değeri aşmaya başlayınca durup düşünmek ve çözümler üretmek gerekiyor.



**Uzm. Dr. Esra
Uğurlu Koçer
Bayındır
İçerenköy
Hastanesi ve
Bayındır Levent
Tıp Merkezi
Psikiyatri Uzmanı**



İş yerinde stres' veya 'iş ile ilişkili stres' yoğun iş temposu altında çalıştığımız günümüz koşullarında giderek yaygınlaşan bir problem haline dönüşüyor. Bu problem kişinin bireysel yaşantısını, sağlığını ve iş performansını olumsuz olarak etkilemekle birlikte ekip çalışmasında ve iş verimliliğinde de belirgin olumsuz sonuçlar doğuruyor.

STRES NEDİR?

Stres, psikolojik veya fiziksel uyanlar ve değişiklikler karşısında kişinin uyum sağlayabilmek için bedensel veya ruhsal olarak verdiği tepkilerdir. Bu tepkiler normalde

vücudumuzu korur, pek çok durumda motivasyonumuzu sağlar, uyanıcı etki yapar ve zorluklarla baş etmemizi kolaylaştırır. Anlık stresler karşısında ilk olarak bedenimiz hızlı bir şekilde birtakım tepkiler (kalp atışlarında hızlanma, nefes alıp vermede zorlanma, terleme, duygusal değişimler vb) verir. Stres kronik bir şekilde devam ederse beden de farklı birtakım fiziksel ve ruhsal yakınmalar şeklinde tepkilerini sürdürür.

İLK ALARM! YA SONRA?

Stres ilk alarmını verdiği anda genellikle kişi bu durumla baş etmeye çalışır. Baş etme biçimleri genellikle



iki farklı şekilde gözlenir. Bunlar; stresi ortadan kaldırmaya yönelik stresle mücadele etmek veya tepkisel olarak bu durumu yok saymaktır. Daha sonraki aşamada kişi eğer bu stresi ortadan kaldıramıyorsa strese adaptasyon geliştirmeye başlar. Adaptasyon geliştiği dönemde kişi stresi yenebilir ancak bu gerçekleşmezse bir süre sonra kişide kronik stresle karşı karşıya kalmaya bağlı olarak tükenmişlik ortaya çıkar. İşte bu tükenmişlik dönemi; artık bardağın dolup taşmaya başladığı, vücudun isyan ettiği ve özellikle kronik birtakım hastalıkların başladığı dönemdir. Çalışan için iş yaşantısı da iş dışındaki yaşantısı

da çekilmez bir hal almaya başlar. Bunun sebebi; kronik bedensel ve ruhsal yakınmalann günlük yaşam kalitesini belirgin bir şekilde azaltması ve kişinin işlevselliğinin bu durumdan yoğun bir şekilde etkilenmesidir.

NEREDEN GELİYOR BU STRES?

Günlük hayatımızın neredeyse üçte ikisini iş yerinde geçiriyoruz. İşimiz bizi fiziksel ve ruhsal olarak nasıl etkiliyor? Pek çoğumuzun yakındığı, olumsuz etkilendiğimiz ve genellikle çalışma hayatımızdan da keyif almamızı engelleyen 'stres' nereden geliyor? Kaynağı yaptığımız iş mi,

yoksa buna eklenen başka faktörler de var mı? Stres konu olunca bunlar gibi pek çok soruyu art arda sıralamak mümkün. Sorular arttıkça hayatımız sanki daha da karmaşık bir yere doğru gidiyor. Aslında stresin derecesi ile bağlantılı olarak çalışanları motive eden olumlu bir tarafının da olduğunu biliyoruz. Orta düzeyde bir kaygı hayatımızın tümünde olduğu gibi çalışma performansımızı da olumlu etkiler ve daha başarılı işler yapmamızı sağlar. Ancak bu kaygı düzeyine sebep olan stres, belli bir eşik değeri aşmaya başlayınca olumlu etkileri kaybolduğu gibi, ek olumsuz etkiler de ortaya çıkar.



“İŞİM ÇOK STRESLİ”

Peki işimizi stresli hale getiren şeyler neler? Sadece yapılan işin zorluk düzeyi midir stresin derecesini belirleyen, yoksa başka faktörler de var mıdır? İş yaşantımızda strese neden olan faktörleri iki ana başlık altında toplayabiliriz:

İŞ YERİNDEN KAYNAKLANAN FAKTÖRLER

- İş yerinin fiziksel koşulları
- İş yerindeki yapılanmanın/yönetimin yetersiz veya kötü olması
- Çalışandan talepler
- Çalışanın daha önce aynı iş yerindeki kötü deneyimleri
- Yönetim değişiklikleri
- Çalışana sosyal anlamda yetersiz destek
- Rol çatışmaları

İŞİN TANIMI VE KİŞİNİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNDEN KAYNAKLANAN FAKTÖRLER

- İşin zorluğu
- Uzun çalışma saatleri
- Kısıtlı süre
- İş için yeterli eğitim veya becerilere sahip olmama
- İşe duyulan güvensizlik
- İşin sıkıcılığı
- İş ile ilgili özerk olamama, uygun kaynakların bulunmaması, ekipman eksikliği
- Ani görev değişiklikleri
- Kazancın yetersiz olması
- Çalışanın bireysel özellikleri (kişilik yapısı, aile yapısı, iş hayatı dışındaki yaşam koşulları)

STRESİN BELİRTİLERİ

İş yerinde stres psikolojik/fiziksel belirtilerle ortaya çıkabilir. Bedensel ve ruhsal sağlığımızın etkilenmesi ve bunun bir kısır döngü haline gelmesi çok kolaydır. Bu yakınmalar bir süre sonra kronikleşebilir ve olumsuz etkileri iş yaşantımızı etkileyen bir takım davranışsal belirtilere sebep olabilir.

1- PSİKOLOJİK BELİRTİLER

- Depresif belirtiler (keyifsizlik, moralsizlik, isteksizlik, değersizlik vb)
- Kaygı bozuklukları
- Kötümserlik
- Baş edememe, aşırı yüklenme
- İritabilite
- Çabuk ve sık öfkelenme/tahammülsüzlük
- Konsantrasyon eksikliği

2- FİZİKSEL BELİRTİLER

- Halsizlik, yorgunluk
- Ağrı (baş ağrısı, kas ağrıları)
- Mide/bağırsak rahatsızlıkları
- Kilo kaybı
- Uyku bozuklukları
- Dermatolojik problemler (ürtiker, kaşıntı vb)
- Sık ve çabuk hastalanma

3- DAVRANIŞSAL BELİRTİLER

- İş performansında düşme
- Karmaşık problemlerle baş edememe kendine güvenememe/yaratıcılık ve inisiyatif almanın azalması
- İş yerine düzenli gelmeme
- İletişim problemleri
- İşe ilgisizlik
- İş kazalarının artması
- Sorunları tolere edememe ve aşırı tepkiler verme

Stresin en fazla kadınları etkilediğini ve iş stresinden kadınlarla erkeklerin farklı etkilendiğini görüyoruz. Erkeklerin iş stresinden dolayı agresif bir yapıya girdikleri ve daha çok saldırganlık gösterdikleri, buna karşılık kadınların ise stres karşısında kaygı ve çökkünlük gösterdikleri tespit ediliyor. Kadınların, strese karşı psikolojik tepkileri daha yoğun, buna karşılık fizyolojik tepkileri erkeklerden daha zayıftır. İşverenlerin yükledikleri stres ise genelde çalışanlarla aynı veya daha fazladır. Ama genellikle işveren ve çalışanlar birbirini anlamazlar, kendi yükledikleri stresi önemser, diğerininkini yok sayarlar.

STRESTEN KURTULMAK MI, KORUNMAK MI?

KENDİ DÜZENİNİZİ YARATIN

- İçinde yaşadığınız çevreyi ihtiyaçlarınıza ve arzuunuza göre seçin. (İşiniz, eviniz, eğlence yeriniz vb) Gününüzü gerçekçi olarak planlayın. Bir randevudan diğerine koşmayın, kendinize randevular arasında nefes almak için boşluk bırakın. Toplantılarınızı arka arkaya olacak şekilde ayarlamayın.

DOĞRU İŞ PLANLAMASI VE ÖNCELİKLER

- Eğer istemediğiniz bir iş yapmanız gerekiyorsa, günün erken saatlerinde bitirmeye çalışın.
- İşleri diğer insanlara yeteneklerine göre dağıtın.
- Bir seferde bir iş yapın.
- Eğer bir proje ile meşgul iseniz sadece projeye konsantre olun ve yapmanız gereken diğer işleri unutun.

İHTİYAÇ MI? TERCİH Mİ?

- Temel ihtiyaçlarımız dışında kalan her şey tercihtir. Dolayısıyla yaşamdaki tercihlere aşırı derecede bağlanmayın.

KAYGI VE MUTSUZLUK BULAŞICIDIR

- Endişeli ve kuruntulu olmayan insanlarla arkadaş olun.
- Mesafeleri ve sınırları iyi ayarlayın.
- Stres yaratacak olaylara karşı kendinizi hazırlayın.

'HAYIR' DİYEBİLMEK

- Ekstra projeler
- İstemediğiniz sosyal aktiviteler
- Zamanınız olmayan davetler

'İYİ' HİSSETMEK

- Uyku hijyeni
- Görünümünüzü iyileştirecek değişiklikler yapın. İyi görünmek kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar.
- Rahatlamaya ihtiyacınız olduğunda, nefes ve gevşeme egzersizleri yapın.
- Eğer işiniz uzun süre oturmanızı gerektiriyorsa arada bir ayağa kalkıp vücudunuzu esnetin.

'BEN' SAATLERİ

- Daha esnek olun. Bazı işler mükemmel olmasa da olur.
- Kendi kendinize yönelik negatif konuşmalardan kaçının.
- Öğle yemeği için ara vermeyi asla unutmayın.
- Kendinize her gün yalnız kalabileceğiniz, sessizlik içinde dinlenebileceğiniz ve sakince düşünebileceğiniz bir zaman yaratın.



STRESLE BAŞ ETME MEKANİZMALARI

1- POLYANNACILIK

- Polyannacılık, kayba uğradığımızda, elimizde kalanları fark etme ve sevinme becerisidir.
- Polyannacılık bir psikolojik savunma mekanizmasıdır. Aşırı olmadan yerinde kullanıldığı sürece kişiyi kaygıdan, sıkıntıdan korur, kişinin yanna kalma ihtimalini artırır.
- Polyannacılık kendini avutmak değil, bardağın dolu yanını fark etmektir!

2- BEKLENTİLER

- Çoğu zaman kendimizden ve çevremizden beklentilerimiz hayatımıza yön veriyor.
- Beklentilerimizi belirlerken gözden kaçırmamız gereken en önemli şey; gerçeğe yakın olma halidir.
- Ne zaman ki çevremizden büyük beklentilere giriyoruz, o zaman hayal kırıklıklarımızı daha büyük yaşıyoruz.

3- KABULLENME

- Kabullenme, rahatsızlık yaratan düşünceler, duygular ya da koşullarla başa çıkabilmenin alternatif bir yoludur.
- İnsanlar çoğu kez duygular, düşünceler ve diğer stres kaynaklarının verdiği rahatsızlıktan kurtulmanın tek yolunun, onları ortadan kaldırmak olduğunu düşünür.
- Ne yazık ki bu stres kaynaklarının birçoğu insanların kendi kontrolünde olmayan koşullar nedeniyle ortaya çıkmaktadır.
- Düşünceleri veya duyguları da yok etmek mümkün değildir.
- Dahası bunları bastırmaya ya da reddetmeye çalışmak, uzun vadede daha fazla zarara neden olmaktadır.
- Kabullemenin anlamı, rahatsızlık verseler de, hoş gitmeyen olaylara, kişilere, durumlara ve duygulara yer açmak ve bunlarla uzlaşabilmektir.

HEM SAĞLIKLI, HEM TATLI

Sağlıklı beslenmek artık hayatımızın vazgeçilmezi. Ama bu atıştırma alışkanlıklarını, tatlıları hayatımızdan çıkaracağız anlamına gelmiyor. Rafine şeker içermeyen, hazırlanması pratik, sağlıklı ve hafif tatlıları tarif listenize eklemeye ne dersiniz?

CENNET HURMALI ŞEKERSİZ KEK

MALZEMELER:

- 3 adet cennet hurması
- 3 adet yumurta
- 1 su bardağı süt
- Yarım su bardağı sıvı yağ
- 2 su bardağı tam buğday unu
- 2 paket kabartma tozu
- 1 avuç fındık
- 1 avuç ceviz
- Kuru üzüm
- Kuru kayısı
- Kuru incir
- Tarçın
- Hindistan cevizi



YAPILIŞI:

Yumurtalar mikser yardımıyla çırpılır. Üzerine süt ve sıvı yağ eklenip, çırpılmaya devam edilir. Fındık ve ceviz, rondo ile parçalanıp bu karışıma eklenir. Kulak memesi kıvamında bir hamur elde edinceye kadar un konulur. Son olarak kabartma tozu ile rondoda parçalanmış cennet hurması, kuru kayısı, kuru incir, kuru üzüm ve tarçın kek hamuruna ilave edilir. Kek kalıbına aktarılan karışım, 180 derece ısıya sahip fırında, 40 dakika boyunca pişirilir. Servis edilirken, hindistan cevizi ile süslenir.

ŞEKERSİZ TARÇINLI VE ZENCEFİLLİ KURABIYE



MALZEMELER:

- 1 adet yumurta
- 1 çay bardağı süt
- 2 yemek kaşığı şekerli keşiboynuzu özü
- 2 yemek kaşığı bal
- 1 tatlı kaşığı tarçın
- 1 çay kaşığı zencefil
- 2 yemek kaşığı tereyağı
- 1 paket kabartma tozu
- Alabildiği kadar tam buğday unu

YAPILIŞI:

Yumurta çırpılır ve içine süt ilave edilir. Un hariç tüm malzemeler sırayla ilave edilir. Un, ele yapışmayacak kıvama gelene kadar eklenir. Elde edilen hamur, merdane ile ince bir şekilde açılır ve kurabiye kalıpları ile şekil verilir. Yağlı kağıt serilmiş olan fırın tepesinde, 160 derecede 15 dakika pişirilir.



Dyt. Ayşe Korkmaz
Bayındır İçerenköy Hastanesi
Beslenme, Diyet ve Fitoterapi Uzmanı



bayındır
sağlık grubu



A B O N E F O R M U

İsim:

E-posta:

Ev Telefonu:

Cep Telefonu:

Adres:

Şehir:

Posta Kodu:

- Bayındır Sağlık Grubu ve bağlı Şirketlerinin tarafıma SMS kısa mesaj, anlık bildirim, otomatik arama, bilgisayar, telefon, faks, e-posta/mail ve diğer elektronik iletişim araçları ile ticari elektronik iletiler ve diğer iletileri göndermeleri için açıkça izin ve onay veriyorum.

Lütfen bu formu

Kızılırmak Mah. 1443. Cad. No: 17 Söğütözü / Ankara

Bayındır Hastanesi adresine veya taranmış elektronik kopyasını

sağliklarandevu@bayindirhastanesi.com.tr adresine gönderiniz.

BULMACA

Buzdan Eskimo kulübesi Mayasıl	Hüner, beceri Güney Afrika plakası	Eski dilde ayak Belarus'un başkenti	Duyuru	Duman karası Müstahkem mevki	Hoş koku Facia	Cüzamlı
			Ayakkabı boyama Kesin			
Gürcistan'ın para birimi Temel içecek		Ticarette para kazancı Madeni ip		Oyuncunun yaptığı Sipersiz şapka		
	Mikrop Tahtadan nefesli bir çalgı			İki yanı keskin bıçak Neon simgesi		
Resimdeki insanlık tarihinin ilk tapınağı	Bir baskı yöntemi Anası ölmüş çocuk			Yaradılış, tabiat		
						Kötü bir durumdan kurtuluş
Mutuluk Baston				Suyun buz tutması Kesici araç kabı		
		Bir av kuşu				Tartma aleti
Organ	Halk dilinde yüce			Bilinç kaybı durumu Utanma duygusu Elektrik direnç birimi		
Eski dilde belediye	Seryum simgesi Sarkaç			İtalya'da yanardağ		Kuvvet, iktidar
		Silisyum simgesi Letonya para birimi	Eşi olmayan, biricik	Kütahya ilçesi Acıklı, trajik		
Bebek için şükür kurbanı	Asya'da bir ırmak Müsaade		Elektronik para transferi Kedi köpek yavrusu		Endonezya plakası Buyruk	
			Mezra Mısır'ın plakası			Çölden esen sıcak rüzgar
Kazakistan'ın plakası Görünmez alem		Vücudun dış yüzü Polonyum simgesi		Pencere Plutonyum simgesi		Bir nota
			Kar fırtınası		Kaz dağı'nın eski adı	
Züppe			Kurçatovyum simgesi	Oksitlenmeyen bir element		



CEVAPLAR:
SOLDAN SAĞA: 1- EGZAMA - LOSTRA 2- LARI - KAR - ROL 3- SU - İNTAN - KAMA 4- OFSET - NEAT 5- GÖBEKLİTEPE 6- KUT - DON 7- ASA - KIN 7- UT 8- UZUV - KOMA
9- CE 10- URAY - EMET 11- İLİ - EFT - RI 12- AKİKA - EKENEK 13- KZ - ZEN - CAM 14- GALP - TİPİ - İDA 15- SNOP - KÜ - KROM
YUKARDAN AŞAĞIYA: 1- İGLU - ÖKSÜZ - RAKKAS 2- ZA - ORVA - UCA - İZİN 3- MARİFET - ÜVEYİK - PO 4- MİNSK - LAT 5- PA - TEL - Sİ - ET 6- KATI - ENİK 7- İLAN -
TEK - PU 8- OR - NE - FEÇİ 9- İS - KEP - ETNA 10- TRAJEDİ - OHM - EMİR 11- AROMA - ONUM - ERK - DO 12- ALATEN - TARTI - SAM



bayındır
sağlık grubu

www.bayindirhastanesi.com.tr

SAĞLIĞI TAKİP EDİN, SAĞLIKLI BİLGİ EDİNİN.

www.bayindirhastanesi.com.tr



bayindirhastanesi.com.tr/blog

in

Bayındır Sağlık Grubu

f

BayindirHastanesi



BayindirSaglik



BayindirSaglikGrubu

You
Tube

BayindirHastanesi



0 850 911 0 911

Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI



bayındır
sağlık grubu

www.bayindirhastanesi.com.tr

GRİP AŞINIZI YAPTIRDINIZ MI?

Mevsimsel grip (influenza), viral kökenli bir enfeksiyon hastalığıdır. Yüksek ateş, genel vücut kırgınlığı, şiddetli kas ve eklem ağrıları, baş ağrısı ve bulantı-kusma gibi belirtilerle hayat kalitesini düşürmesinin yanı sıra hayati açıdan da yüksek risk oluşturur. Grip, solunum ya da temas yoluyla hızla bulaşsa da **yüksek oranda aşı ile korunulabilen bir hastalıktır.** Bu nedenle grip aşınızı yaptırmayı ihmal etmeyin.



☎ 0 850 911 0 911

Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI