

Bölüm Editörü:
Yard. Doç. Dr. Aras Emre Canda,
Dr. Tufan Egeli
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Divertikülitin yönetimi: Gastroenterologlar ve cerrahlar arasında yapılan anketin sonuçları

de Korte N, Klarenbeek BR, Kuyvenhoven JP, *et al.* Colorectal Dis 2011;13:e411-7.

GİRİŞ: Çalışmada, sol taraf divertikülitlerinde mevcut tedavi stratejilerini araştırmak ve bunları uluslararası güncel kılavuzlarla kıyaslamak amaçlanmıştır. Cerrahlar ile Gastroenterologlar, ve Gastrointestinal Sistem Cerrahları ile Genel Cerrahlar arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir. **HASTALAR ve YÖNTEM:** Hollanda’da Cerrahlar ve Gastroenterologlar arasında, web tabanlı komplike ve komplike olmayan divertikülitler için tedavi seçenekleri anketi yapıldı. Cerrahi stratejiler hakkında sadece cerrahlara sorular soruldu. **BULGULAR:** Toplamda 292 Cerrah ve 87 Gastroenterolog anketi yanıtladı ki bu, bölümlerdeki tüm cerrahların %92’sini ve tüm Gastroenterologların %46’sını temsil etmekteydi. Yanıtlayanların %90’ı hafif divertikülitleri antibiyotik olmadan tedavi etmekteydi. Yaklaşık beşte biri (%18 Gastroenterologlar; %19 Cerrahlar) ilk değerlendirmede BT görüntülemeyi zorunlu kabul etmekteydi. Cerrahlar ve Gastroenterologların çoğu barsak istirahatının çeşitli formlarını kullanmaktaydı, ayaktan tedaviyi düşüneceklerini ve takipte kolonoskopi kullanacaklarını belirttiler. Hinchey evre 3 için, Cerrahların %78’i rezeksiyon ve primer anastomozu gerekli görmektedir; laparoskopik lavaj Gastrointestinal Sistem Cerrahların %30’un ve Genel Cerrahların %2’si tarafından geçerli bir alternatif olarak görülmektedir. Hinchey evre 4 için, Gastrointestinal Sistem Cerrahların %46’sı ve Genel Cerrahların %72’si her zaman Hartmann prosedürünü uygulamayı tercih etmektedir. **SONUÇ:** Hollanda’daki divertikülit tedavisi, kılavuzlar ile karşılaştırıldığında, hastalığın tüm evreleri için büyük farklılıklar göstermektedir.

Cerrahi alan antiseptisinde klorheksidin-alkol ile povidon iodin karşılaştırılması

Darouiche RO, Wall MJ Jr, Itani KM, *et al.* N Engl J Med 2010;362:18-26.

GİRİŞ: Cerrahi alan infeksiyonlarına yol açan patojenlerin başlıca kaynağının hastanın cildi olduğunun anlaşılmasından bu yana, preoperatif cilt antiseptisinin en iyi şekilde uygulanması ile postoperatif infeksiyonlar azaltılabilmektedir. Yazarlar bu çalışmada klorheksidin-alkol ile yapılan cilt temizliğinin infeksiyonlara karşı povidon-iodinden daha koruyucu olduğu hipotezini öne sürmektedirler. **HASTALAR ve YÖNTEM:** Çalışma 6 hastanede yapıldı. Temiz kontamine cerrahi geçirecek olan erişkin hastalarda preoperatif cilt hazırlığı klorheksidin-alkol ya da povidon iodin ile fırçalama ve boyamayla ile yapılmak üzere rastgele (randomize) olarak belirlendi. Birincil sonuç, cerrahiden sonraki 30 gün içinde herhangi bir cerrahi alan infeksiyonu olup olmamasıydı. İkincil sonuçlar ise özel cerrahi alan infeksiyonlarını içermekteydi. **BULGULAR:** Analizin ele alınması için toplamda 849 denek (klorheksidin-alkol grubunda 409 ve povidon-iodin grubunda 440) yeterli bulundu. Tüm cerrahi alan enfeksiyonlarının sıklığı klorheksidin-alkol grubunda, povidon-iodin grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü (%9.5’e karşı %16.1; P=0.004; görece risk, 0.59; %95 güven aralığı, 0.41’e 0.85). Klorheksidin-alkol, povidon-iodine göre yüzeysel kesi infeksiyonlarının (%4.2’ye karşı %8.6, P=0.008) ve derin kesi infeksiyonlarının (%1’e karşı %3, P=0.05) her ikisine karşı da anlamlı olarak daha koruyucuyken; organ-alan infeksiyonlarında gruplar arasında fark izlenmedi (%4.4’e karşı %4.5). Yan etki gelişimi açısından gruplar arasında farklılık izlenmedi. **SONUÇ:** Temiz kontamine cerrahi sonrası cerrahi alan infeksiyonlarının önlenmesi için, preoperatif hasta cildinin klorheksidin-alkol ile temizlenmesi povidon-iodin ile temizlenmesine göre üstündür.

Küçük kolon poliplerinde polipektomi sonrası kanama oluşumunda soğuk ve sıcak snare polipektomi: prospektif, randomize çalışma

Paspatis GA, Tribonias G, Konstantinidis K, *et al.* Colorectal Dis 2011;13:345-8.

GİRİŞ: 3-8 mm boyut aralığındaki polipler için uygulanan polipektomi teknikleri arasında uyumsuzluklar mevcuttur. Yazarlar çalışmada 3-8 mm boyutlarındaki küçük kolon poliplerinde polipektomi sonrası kanama oluşumu açısından soğuk (SOSP) ve sıcak snare polipektomiyi (SISP) karşılaştırmayı amaçlamışlardır. **HASTALAR ve YÖNTEM:** Çalışma periyodunda başvuran 3-8 mm boyutunda küçük kolorektal polipi olan ardışık 414 hasta prospektif olarak SOSP grubu ve SISP grubuna rastgele (randomize) olarak dağıtıldı. **BULGULAR:** İki grupta da erken veya geç polipektomi sonrası kanama olmadı. İşlem sırasında kanama anlamlı olarak SOSP grubunda SISP grubundan daha sıklıkla (SOSP, 19/208; SISP, 2/206; P<0.001), ancak iki grupta da herhangi bir girişime gerek kalmadan kendiliğinden geriledi. **SONUÇ:** Veriler göstermektedir ki, küçük poliplerin çıkarılmasında SOSP tekniği SISP'den daha güvenli, etkili ve daha hızlı uygulanabilen bir yöntemdir.

Tablo. Her iki çalışma kolundaki demografik özellikler ve endoskopik bulgular.

	SOSP Grubu (n=208)	SISP Grubu (n=206)	P değeri
Erkek/kadın	107/101	125/81	0.06
Yaş (yıl)	59.4 ± 13.6	61.3 ± 11	0.12
Polip sayısı	636	619	0.87
3-8 mm arasındaki küçük poliplerin sayısı	530	553	0.65
Küçük poliplerin boyutları	5.3 ± 1.4	5.67 ± 1.3	0.01
Küçük poliplerin yerleri			0.64
Alınan küçük poliplerin histolojileri (%)			0.3
Rektum	131	129	
Sol kolon	231	234	
Adenomlar	83.7	77.7	
Hiperplastik	14.9	20.4	
Diğerleri	1.4	1.9	
İşlem süresi	23.3 ± 4.8	29.6 ± 7.4	<0.001
Küçük poliplerin alınma sıklığı	96	96	0.67

Laparoskopik ve açık kolorektal cerrahi sonrası venöz tromboembolizm riski:

Minimal invaziv yaklaşımın ek yararı var mı?

Shapiro R, Vogel JD, Kiran RP. Dis Colon Rectum. 2011;54:1469-502.

GİRİŞ: Venöz tromboembolizm cerrahi prosedürlere ilişkin morbiditenin başlıca nedenini oluşturmaktadır. Kolorektal cerrahi hastaları da postoperatif venöz tromboembolizm için yüksek risk altındadır. Laparoskopik yaklaşımın bu riski etkileyip etkilemeyeceği iyi tanımlanmış değildir. **AMAÇ:** Bu çalışmada major kolorektal prosedürler sonrasında venöz tromboembolizm riskinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Laparoskopik ve açık yaklaşımların venöz tromboembolizm üzerine etkisi diğer potansiyel sorunlar da kontrol edilerek karşılaştırılmıştır. **YÖNTEM:** Major kolorektal prosedür geçirmiş olan hastalar tespit edildi. Hasta, hastalık, cerrahiye dayalı faktörler ve cerrahinin 30 günü içindeki venöz tromboembolizm arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi kullanılarak belirlendi. Hastalar Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı veritabanından saptandı (2005-2008). **HASTALAR:** Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı veritabanına göre, 31,109 hasta kanser (%48.3), IBH (%10.1), divertiküler hastalık (%24.2) ve diğer benign durumlar nedeniyle kolorektal cerrahi ameliyatı geçirmişti (açık %71; laparoskopik, %29). **ANA SONUÇ ÖLÇÜLERİ:** Birincil sonuçlar derin ven trombozu ve pulmoner embolizm dikkate alınarak yapıldı. **BULGULAR:** Venöz tromboembolizm sıklığı %2.4'tü (laparoskopik %1.2 iken açık %2.9, P<0.001). Venöz tromboembolizm gelişen hastalar, daha yaşlıydı (yaş 65.4'e karşı 61.5, P<0.001), erkekler de daha sıklıkla (%52.4'e karşı %47.5, P=0.023), daha kötü fonksiyonel durumdaydılar (P<0.001), ve daha çok komorbiditeye sahiptiler (P<0.001). Venöz tromboembolizm sepsis (%7.9'a karşı %1.8, P <0.001), steroid kullanımı (%5.4'e karşı %2.2, P

< 0.001), yara yeri enfeksiyonu (%4.8'e karşı %2, P <0.001), ve reoperasyon (%7'ye karşı %2.1, P <0.001) ile ilişkili bulundu. Çok değişkenli analizlerde, açık cerrahi, yüksek yaş, steroid kullanımı, sepsis, yara yeri enfeksiyonu, reoperasyon, uzamış ventilasyon, ve düşük albumin düzeyleri bağımsız olarak yüksek venöz tromboembolizm riskiyle ilişkili bulundu. **KISITLIKLAR:** Laparoskopik cerrahi tercihinin ilişkin belirleyicilerin detayları, laparoskopik prosedürlerde açığa dönme oranları, ve tromboz profilaksi rejimleri ulaşılabılır değildi. **SONUÇLAR:** Diğer değişkenlerin kontrollerinin yapılmasına rağmen laparoskopik yaklaşım açık cerrahiye kıyaslandığında daha düşük venöz tromboembolizm riski taşımaktadır. Minimal invaziv yaklaşımın bu ilave yararı, kolorektal hastalıkların her çeşidi için, uygulanabileceği her durumda kullanımını ayrıca desteklemektedir.

Kronik anal fissür tedavisinde topikal diltiazem krem ile botulinum toksin a'nın karşılaştırılması:

Çift-Kör randomize klinik çalışma.

Samim M, Twigt B, Stoker L, Pronk A. Ann Surg. 2011 Jun 16. [Epub ahead of print]

AMAÇ: Kronik anal fissür tedavisinde topikal diltiazem ile botulinum toksin A'nın (BTA) kıyaslanması için çift-kör randomize klinik çalışma yapıldı. **ARKA PLAN:** Kronik anal fissürler üzerinde uğraş sarf edilen durumlardandır. Topikal diltiazem ve BTA anal fissür tedavisinde umut veren ajanlardır. Güncel olarak diltiazem ve BTA daha önce hiç güvenilir randomize bir çalışmada kıyaslanmamışlardır. **YÖNTEMLER:** 134 hasta, diltiazem krem ile birlikte plasebo enjeksiyon veya BTA enjeksiyon ile birlikte plasebo krem uygulanmak üzere rastgele seçildi. Ana sonuç noktası 3 ay sonraki fissür iyileşmesi idi. **BULGULAR:** 3 ay sonra, diltiazem grubundaki 74 hastanın 32 sinde(%43) , BTA grubundaki, 60 hastanın 26'sında (%43) fissürde iyileşme tespit edildi. Diltiazem grubundaki 74 hastanın 58'inde(%78), BTA grubundaki 60 hastanın 49'unda (%82) ortalama ağrı skorunda %50'den fazla azalma tespit edildi. Bildirilen tek yan etki perianal kaşıntıydı ve diltiazem grubundaki hastaların %15 inde tespit edildi, ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (P = 0.012). **SONUÇ:** Her ne kadar 3 ay sonunda diltiazem ve BTA eşit iyileşme oranları ile sonuçlanmış olsa da, BTA erken dönemde daha yüksek iyileşme oranları sağlar, ayrıca her iki tedavi için gözlenen ağrı azalmasında da belirgin fark yoktur. Bu çalışma, bir tedavinin diğerine oranla anlamlı bir farkı olmadığını göstermektedir. Bu randomize klinik çalışma Dutch Trial Register NTR1012 tarafından tescillenmiştir.

Rektal kanserde genişletilmiş abdominoperineal rezeksiyona karşı standart abdominoperineal rezeksiyon - sistematik gözden geçirme.

Stelzner S, Koehler C, Stelzer J, Sims A, Witzigmann H. Int J Colorectal Dis 2011;26:1227-40.

GİRİŞ: Total mezorektal eksizyonun (TME) rektum kanseri cerrahisinde altın standart olarak tanıtılmasından sonra, abdominoperineal eksizyonun (APE) onkolojik sonuçları anterior rezeksiyonla karşılaştırıldığında daha kötü gibi görünmektedir. Bu durum standart APE tekniğinin tümör bulunan bölgede girinti (belleşme) yaratmasına bağlanmıştır. Bu sistematik gözden geçirme APE'nin standart ve genişletilmiş her iki tekniğinin istemsiz barsak perforasyonu, dairesel sınır tutulumu ve lokal nüks açısından sonuçlarını incelemektedir. **YÖNTEMLER:** Literatür taraması TME'nin tanımlanmasından sonra, APE üzerine bildirilmiş tüm makalelerin Medline, Ovid ve Embase kullanılarak saptanmasıyla yapıldı. Levator ani kasının başlangıcına yakın rezeksiyon yapılmış olan ameliyatlar genişletilmiş APE olarak tanımlandı. Diğer tüm teknikler ise standart olarak kabul edildi. Bu şekilde belirlenen çalışmalar, randomize olmayan çalışmaların değeri geçerli bir enstrüman yardımıyla tayin edilerek değerlendirildi. Perforasyon sıklığı, dairesel sınır tutulumu ve lokal nüks ki-kare istatistikleri kullanılarak karşılaştırıldı. **BULGULAR:** Genişletilmiş APE grubunda 1097 hasta ve standart APE grubunda 4147 hasta istatistik analiz için toplanabildi. İstemsiz barsak perforasyonu ve dairesel sınır tutulumunun sıklığı, genişletilmiş karşı standart için sırasıyla %4.1'e, %10.4 (görece risk azaltma %60, p=0.004) ve %9.6'ya %15.4 idi (görece risk azaltma % 37.7, p= 0.022). Lokal nüks sıklığı %6.6'ya karşın

%11.9'idi (görece risk azaltma %44.5, p<0.001). **SONUÇ:** Bu sistematik gözden geçirme APE' un genişletilmiş tekniklerinin standart tekniklere göre daha iyi onkolojik sonuçları olduğunu akla getirmektedir.

Kolon ve rektal cerrahi sonrası loop ileostomi saptırma: Tek merkezin 944 hastadaki 5 yıllık deneyimi

Luglio G, Pendlimari R, Holubar SD, Cima RR, Nelson H. Arch Surg 2011;146:1191-6.

GİRİŞ: Saptırıcı loop ileostomi anastomotik ayrışma sonucu ortaya çıkan hasarın hafifletilmesi için kullanılmaktadır.

AMAÇ: Standart yöntemler kullanılarak uygulanan ileostomi kapatılması sonrası gelişen komplikasyon sıklığını, anastomozlarda saptırma işlemini tercih eden cerrahlara yardımcı olmak amacıyla raporlamak. **HASTALAR ve YÖNTEM:** 1 Haziran 2005, 28 Şubat 2010 tarihleri arasında, saptırıcı loop ileostomi kapatılması ameliyatı geçiren hastalar prospektif veritabanından belirlendi. Perioperatif değişkenler ve 30 günlük sonuçlar ele alındı. Komplikasyonlar, derece III, IV ya da V'in major komplikasyonları temsil ettiği, Clavien-Dindo Sınıflamasına göre derecelendirildi. Ameliyat verileri ve cerrahi sonuçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, tek değişken analizi ile yapıldı.

BULGULAR: İleostomi kapatılması uygulanan 944 hastanın: %43.1'i kadındı, ortalama yaş 47.2 idi, ortalama vücut kitle indeksi 25.7 idi ve hastaların %18.5'i Amerikan Anestezi Birliği sınıfı III ya da IV idi. İlk ameliyata ait endikasyonlar ülseratif kolit (%49.5), rektal kanser (%27.5), divertiküler hastalık (%6.8) ve diğer hastalıklardan (%16.1) oluşmaktaydı. İleostomi kapatma sırasında anastomoz tekniği 466 (%49.4) hastada sütür ile üzerine kapama, 315 (%33.4) hastada stapler, ve 163 (%17.3) hastada el ile uç uca anastomoz şeklindeydi. Kapama sonrası barsak hareketlerinin ilk başlama süresi, yumuşak gıda toleransı, ve hastaneden taburculuk zamanları ortalama olarak sırayla 2.6, 3.7, ve 5.2'inci günlerdi. Elle dikilen olgularda ameliyat daha uzun sürmekteydi ve barsak hareketleri, yumuşak gıdaya geçiş ve taburculuk süreleri daha uzun zaman almaktaydı. Toplamda 203 (%21.5) hastada komplikasyon meydana geldi, bunların 45'i(%4.8) majör komplikasyondur; 30 günlük süre boyunca ölüm olmadı. **SONUÇ:** İleostomi kapatılmasında majör III ve IV. derece komplikasyonlar düşük sıklıkla görülür. Saptırıcı ileostomi postoperatif majör komplikasyon gelişme riskinin %5 ya da daha fazla olabileceği öngörülen hastalarda uygulanmalıdır.

Rektum kanseri nedeniyle kemoradyoterapi alan ve tam yanıt veren hastalarda bekle ve gör yaklaşımı

Mass M, Beets-Tan RG, Lambregts DM, *et al.* J Clin Oncol 2011 Nov 7. (Epub ahead of print)

AMAÇ: Rektum kanseri için uygulanan kemoradyoterapi tümörün ve tutulan lenf nodüllerinin tümünün kaybolması ile sonuçlanabilir. Görüntüleme ve endoskopide rezidüel tümörü olmayan hastalarda (klinik tam yanıt [kTY]) bekle ve gör yaklaşımı (izlemde cerrahi atlanarak) cerrahi yerine düşünülebilir. Bu prospektif kohort çalışmanın amacı katı seçim kriterleri ve izlem ile bekle ve gör politikasının uygulanabilirliği ve güvenliğini değerlendirmektir.

HASTALAR ve YÖNTEM: Klinik tam yanıt hastalar bekle ve gör yaklaşımı için prospektif olarak manyetik rezonans görüntüleme (MRG), endoskopi ve biyopsi ile seçildi. İzlem 3-6 ayda bir yapıldı (MRG, endoskopi ve bilgisayarlı tomografi incelemeleri ile). Cerrahi sonrası patolojik tam yanıtı (pTY) olan kontrol grubu hastaları prospektif kohort çalışmadan tespit edildi. Fonksiyonel sonuçlar Memorial Sloan-Kettering Kanser Merkezi (MSKMM) barsak fonksiyon anketi ve Wexner inkontinans skoruyla ölçüldü. Uzun dönem sonuçları da Kaplan-Meier eğrileri kullanılarak değerlendirildi. **BULGULAR:** Bekle ve gör yaklaşımı grubu kTY olan yirmi bir hastayı içermekteydi. Ortalama izlem süresi 25 ± 19 aydı. Bir hastada lokal nüks gelişti ve kurtarma tedavisi olarak cerrahi uygulandı. Kontrol grubu ortalama takip süresi 35 ± 23 ay olan, cerrahi sonrası pTY gelişmiş 20 hastadan oluşmuştu. Patolojik tam yanıt bu hastalarda, birikmiş olasılıklarla 2 yıl hastalısız sağkalım ve genel sağkalım sırasıyla %93 ve %91'dir. **SONUÇ:** Bekle ve gör yaklaşımı katı seçim kriterleri, güncel görüntüleme teknikleri ve takiple uygulanabilir ve en azından cerrahi sonrası pTY olan hastalar kadar iyi sonuçlar vaat etmektedir. Önerilen seçim kriterleri ve izlem gelecekteki randomize çalışma.