

25.
yıl



KANSER CERRAHİSİYLE DE YAŞAM İÇİN UMUT OLUYORUZ

AKCİĞER KANSERİ VE CERRAHİSİ | MEME KANSERİ | PROSTAT KANSERİ | NÖROŞİRURJİKAL AÇIDAN NÖROONKOLOJİ
BEBEK VE ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN SOLİD TÜMÖRLER VE KANSERLER | JİNEKOLOJİK KANSERLER | PANKREAS KANSERİ
BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ | MALİGN (KÖTÜ HUYLU) KARACİĞER TÜMÖRLERİ | TİROİT KANSERLERİ | ORTOPEDİK
ONKOLOJİ TANI YÖNTEMLERİ | ERKEN EVRE KOLOREKTAL KANSERİ | KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNİN
TEDAVİ YÖNTEMLERİ | MİDE KANSERİ: SESSİZ İLERLEYEN AMA ERKEN TEŞHİSLE YENİLEBİLEN BİR DÜŞMAN

Alışılmadık
Atıştırmalık

GLUTENSİZ FABRİKA

Sağlıklı ve Lezzetli Bir Yolculuk...



www.glutensizfabrika.com





MAISONNETTE

www.maisonette.com.tr

@ /maisonettecollection



SANKO

Çocuk Nörolojisi ile
motor, dil,
bilişsel gelişim geriliği,
beyin, sinir ve
kas hastalıklarında
hizmetinizdeyiz



Sağlığınız İçin



SANKO
UNİVERSİTESİ
HASTANESİ

 **0850 811 87 65**

"Hastane kapısında
beklemeyen, hastanenin
kıymetini bilemez"

Sani KONUKOĞLU

NABİZ

NİSAN - MAYIS - HAZİRAN
2025 / SAYI: 92

İmtiyaz Sahibi

SANKO Üniversitesi Hastanesi adına
Dr. Yusuf Ziya Yıldırım

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Ebru Yapan

Yayın Kurulu

Dr. Sermet Kileci
Genel Müdür

Rabia Ağar
Genel Müdür Yardımcısı

Prof. Dr. Levent Elbeyli
SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı

İletişim

Değirniçem Mahallesi
16049 Sk. No: 2/A
Şehitkamil/Gaziantep
www.sankohastanesi.com.tr
sankotip@sankotip.com
Tel: (342) 211 50 00

Grafik Tasarım

MARK & MARK

İletişim Danışmanlığı

Tel: (342) 232 80 81
info@mark-mark.net

Baskı Yeri

İhlas Gazetecilik A.Ş.
TEL : 0212 454 30 00

Nabız Sağlık Dergisi
SANKO Üniversitesi Hastanesi yayınıdır.
Para ile satılmaz. Üç ayda bir yayınlanır.
ISSN 1303 - 6947

*Dergimizde yayınlanan uzman görüşlerin
sorumluluğu yazana aittir.*



İÇİNDEKİLER

08 AKCİĞER KANSERİ VE CERRAHİSİ

Akciğer kanseri, hava yolunu ve hava keseciklerini örten dokunun kontrolsüz büyümesi sonucu fonksiyonel ve anatomik bozulma olarak tanımlanabilir.

10 MEME KANSERİ

12 PROSTAT KANSERİ

14 NÖROŞİRURJİKAL AÇIDAN NÖROONKOLOJİ

20 BEBEK VE ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN SOLİD TÜMÖRLER VE KANSERLER

28 JİNEKOLOJİK KANSERLER

32 PANKREAS KANSERİ

35 BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ

40 MALİGN (KÖTÜ HUYLU) KARACİĞER TÜMÖRLERİ

42 TİROİT KANSERLERİ

44 ORTOPEDİK ONKOLOJİ TANİ YÖNTEMLERİ

48 ERKEN EVRE KOLOREKTAL KANSERİ

50 KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

56 MİDE KANSERİ: SESSİZ İLERLEYEN AMA ERKEN TEŞHİSLE YENİLEBİLEN BİR DÜŞMAN

**DR. YUSUF ZİYA YILDIRIM**

SANKO ÜNİVERSİTESİ GENEL SEKRETERİ

DEĞERLİ OKURLARIMIZ,

BİLİMİN ışığında ilerleyen her adım, insanlığın daha bilinçli, daha umutlu ve daha sağlıklı bir geleceğe ulaşmasında büyük rol oynamaktadır.

SANKO Üniversitesi olarak bizler de, tıp fakültemiz ve sağlık bilimleri fakültemiz başta olmak üzere eğitim verdiğimiz tüm alanlarda bu sorumluluğun bilinciyle olarak yol alıyor, bilimsel alanda üretimi destekleyen, etik değerlere bağlı ve insana dokunan bir eğitim anlayışını benimsiyoruz.

Sağlık eğitimi, sadece bilgi aktarımıyla sınırlı kalmayan; empati, insan sevgisi, toplumsal duyarlılık ve sorumluluk bilinciyle harmanlanması gereken çok yönlü bir süreçtir. SANKO Üniversitesi olarak bizler, öğrencilerimizi sadece mesleki donanımla değil, aynı zamanda vicdani ve ahlaki bir bakış açısıyla da yetiştirmeye özen gösteriyoruz.

Kurulduğu günden bu yana bölgenin sağlık eğitimi alanında önemli merkezlerinden biri olma hedefiyle çalışmalarını sürdüren üniversitemiz; güçlü akademik kad-

rosu, hastanesi, uygulama olanakları, araştırmacı ve üretici bakış açısıyla hem öğrencilerine hem de topluma katkı sağlamayı sürdürüyor. Bu doğrultuda, eğitimin yalnızca üniversite sınırlarında değil toplumdaki her yaşta insana ve toplumun her katmanına dokunan bir anlayışla yürütülmesi gerektiğine inanıyoruz.

Eğitim mesleki yolu - yöntemi belirler, biz ise öğrencilerimize insana dokunmanın, insana hizmetin bir yaşam şekli olduğunu aşılama çalışıyoruz. Bu gün sadece şehrimizin değil, ülkemizin hatta dünyanın farklı yerlerinde bu bilinçle görev yapan öğrencilerimiz hem gurur veriyor hem de yaptığımız işin doğruluğu konusunda bizi destekliyor.

Sağlıklı ve umut dolu yarınları paylaşmak üzere çıktığımız bu meşakkatli ama onurlu yolda nice başarıları paylaşmak dileğiyle.

Yaşamınızdan sağlık eksik olmasın.

**DR. SERMET KİLECİ**

SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ GENEL MÜDÜRÜ

DEĞERLİ NABİZ DERGİSİ OKURLARI,

GÜNÜMÜZ modern dünyasında sağlık sektöründeki yüz güldürücü gelişmeler insan yaşamı için umut olmaya devam ediyor. Tüm dünyada yaygın sağlık sorunlarının başında gelen kanser için farklı tedavi seçenekleri üzerinde çalışmalar sürüyor.

Gerek tıbbi gerekse cerrahi seçeneklere sahip olmak, kansere karşı bilinç ve farkındalık oluşturmak insanlık için büyük öneme sahip. Bu hastalığa karşı mücadelede multidisipliner bir anlayıştan hareketle elimizden geleni yapmayı, daha iyileri için ise var gücümüzle çalışmayı prensip edindik. SANKO Üniversitesi Hastanesi olarak çabamız, radyasyon onkolojisi ünitemizin hizmet vermeye başlamasıyla birlikte onkoloji ünitemizi çok daha kapsamlı bir merkez haline getirmek.

Kanserle mücadelede toplumsal farkındalığı artırmak ve bu alandaki gelişmeleri daha geniş kitlelerle buluşturmak adına mücadelemiz sürüyor. Bu sayımızda, onkolojik cerrahi alanındaki gelişmeleri, güncel uygulamaları ve uzman görüşlerini siz değerli okurlarımızla paylaşıyoruz.

Onkolojik cerrahi süreçleri yalnızca hastalık değil, hasta merkezli bir anlayışla planlayarak, her bireyin ihtiyaçlarına özel çözümler geliştiriyoruz. Onkolojik cerrahi alanında güncel tıbbi yaklaşımları farklı alanlardan hocalarımızın bilgi, deneyim ve bakış açısıyla harmanlayarak hastalarımıza en iyi doğru hizmeti sunuyoruz.

Hem hastalığın kontrol altına alınmasında hem de hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde değerli bir rol üstlenen onkolojik cerrahide tanıdan tedaviye uzanan tüm aşamalarda güçlü akademik kadromuz ve teknolojik alt yapımız, bilimin ışığında ve etik değerlerle yolumuzu aydınlatıyor.

SANKO Üniversitesi Hastanesi olarak 29 yıldır sizlerin güven ve inancıyla büyüme devam ediyoruz. İnsan sağlığı dünyadaki en kıymetli hazine. Bu hazineyi korumanızda dün ve bugün olduğu gibi yarın da yanınızda olacağız.

Sağlıkla kalın.



**PROF. DR.
LEVENT ELBEYLİ**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS CERRAHİSİ
ANABİLİM DALI BAŞKANI

AKCİĞER KANSERİ VE CERRAHİSİ

AKCİĞER KANSERİ, HAVA YOLUNU VE HAVA KESECİKLERİNİ ÖRTEN DOKUNUN KONTROLSUZ BÜYÜMESİ SONUCU FONKSİYONEL VE ANATOMİK BOZULMA OLARAK TANIMLANABİLİR.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Levent Elbeyli, "Akciğer kanseri ülkemizde ve dünyada, erkeklerde ve meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden biridir. Erkeklerde neredeyse birinci sırada yer alırken, kadınlarda da her geçen yıl bir üst sıralara tırmanan akciğer kanseri, yaşam kaybı açısından meme kanserinden sonra ikinci sıradadır" dedi.

AKCİĞER KANSERİNİN NEDENLERİ

Akciğer kanseri saptanan hastaların yüzde 85'ini sigara içen hastaların oluştur-

duğunu belirten Prof. Dr. Elbeyli, "Sigara dışında akciğer kanseri için risk faktörleri arasında; hava - çevre kirliliği, radon, asbest, uranyum, dizel egzozu, daha önce göğüs bölgesine radyasyon almış olmak (Meme kanseri ya da lenfoma benzeri hastalıkların tedavisi için), beslenme bozukluğu ve doğumsal (Ailevi) nedenlerdir" diye konuştu.

AKCİĞER KANSERİ BELİRTİLERİ

"Birçok belirti olmakla birlikte akciğer kanserinin en sık görülen nedenleri öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı, iştahsızlık, kilo kaybı, bazı normal fonksiyonların



"AKCİĞER TANISI KONULAN HASTALARIN YALNIZCA YÜZDE 25'İ ERKEN EVREDE SAPTANIP AMELİYAT İLE TEDAVİ ŞANSINA ULAŞABİLİYOR. TÜMÖR, TAMAMI İLE TEMİZLENECEK ŞEKİLDE ÇIKARILABİLİYORSA BU TEDAVİ, YAŞAMI KURTARAN VE UZATAN EN ETKİN YÖNTEM OLMAKTADIR."



azalması veya bozulmasıdır" ifadelerini kullanan Prof. Dr. Elbeyli, şunları kaydetti:

"Akciğer kanseri özellikle 50-60 yaş sonrası daha sık görülmekte olup, hayatımızın normal akışını bozan belirtileri iyi değerlendirmeliyiz. Olumsuz değişimleri yakından takip ederek bu alandaki hekimlerle hızlıca paylaşmalıyız. Kronikleşen sorunları sıradan ve doğal karşılamamalıyız.

Akciğer kanseri, akciğer başta olmak üzere hava yolunu, akciğerin gözenekli süngerimsi dokusunu, damarlarını, lenf yollarını ve bezeleri tutmaktadır. Göğüs kafesi içindeki hayati organları ve dokuları etkileyebilmekte, fonksiyonlarını bozmaktadır. Komşuluk, damar, kan yolu ile de vücudun uzak ve başka organ ve yerlerine yayılabilmektedir. Bu nedenle sadece solunumsal şikayetler değil kemik ağrısı, halsizlik, baş dönmesi ve buna benzer akciğer dışı şikayetlerde de akciğer kanseri göz önünde bulundurulmalıdır."

AKCİĞER KANSERİ TANISI

Belirtilerin mutlaka bir uzman hekim ile paylaşılması gerektiğini vurgulayan Prof. Dr. Elbeyli, "Açık ve detaylı bir hikâye önemlidir. Belirtilerin süresi, başlama şekli, etkileri mutlaka bilinerek ortaya konulmalıdır. Detaylı fizik muayene mutlaka yapılmalı, sonrasında radyolojik tanı metotları ve laboratuvar bulguları değerlendirilmelidir" dedi.

Prof. Dr. Elbeyli, akciğer sorunlarında ve özellikle akciğer kanserinde kullanılan tanı yöntemlerini şöyle sıraladı:

"Radyolojik yöntemler; düz akciğer grafisi, tomografi, MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme), PET-BT (Pozitron Emisyon Tomografisi-Bilgisayarlı Tomografi) ve sintigrafi, laboratuvar yöntemleri ise rutin kan tetkikleri ve tümör markerleri şeklindedir.

Bu yöntemler dışında akciğer patolojilerinde ve hastalıklarında gelişen teknoloji ve bilgi birikimi ile ileri düzeydeki tanı

yöntemlerinde endoskopik girişimler; bronkoskopi, EBUS (Endobronşiyal Ultrasonografi), mediastinoskopi yanında kamera yöntemleri (VATS) ile minimal cerrahi girişimlerdir. Böylece hızlı ve doğru tanı konulması daha mümkün olmakta, radyolojik görüntüleme eşliğinde biyopsilerle de hızlı ve konforlu tanıya ulaşılabilmektedir."

AKCİĞER KANSERİNDE PATOLOJİK TANI ÖNEMLİ

Akciğer kanserinde patolojik tanının önemi değinen Prof. Dr. Elbeyli, "Kanser şüphesinde temel amaç öncelikle histopatolojik tanı koymak ardından hastalığın evresini belirleyerek, evreleme planlamasından sonra da tedavi modellerini değerlendirmek ve karar vermektir. Özellikle tümör dokusundan çalışılan enzim ve mutasyon analizleri doğrultusunda hastaya spesifik kanser tedavileri yapılmaktadır" diye konuştu.

AKCİĞER KANSERİ TANISINDA TEDAVİ

"Tipta hastalık yok hasta vardır" diyen Prof. Dr. Elbeyli, her hastanın ayrı ayrı değerlendirilerek, yol alınması gerektiğini söyledi.

Akciğerde kötü huylu bir problem saptandığında, eğer yapılabiliyorsa birinci önceliğin cerrahi tedavi olduğunu belirten Prof. Dr. Elbeyli, "Maalesef akciğer tanısı konulan hastaların yalnızca yüzde 25'i erken evrede saptanıp ameliyat ile tedavi şansına ulaşabiliyor. Tümör tamamı ile temizlenecek şekilde çıkarılabiliyorsa bu tedavi, yaşamı kurtaran ve uzatan en etkin yöntem olmaktadır.

Hastalığın öncelikle patolojik tanısı konmalı, doğru evreleme yapılarak erken evrede tanı alan hastaları cerrahi yol ile tedavi şansı verilmelidir. Kimi hastalarda ameliyat öncesi veya sonrası onkolojik tedavi metotları kullanılmaktadır. Kemo-terapi-Radyoterapi hastalıksız sağ kalımı artırmada ciddi yararlar sağlamaktadır" ifadelerini kullandı.



Eğer cerrahi düşünülüyor ya da hasta ameliyat olmayı istemiyorsa yine onkolojik tedavi metotlarına başvurulduğunu kaydeden Prof. Dr. Elbeyli, son olarak şunları söyledi:

"Onkolojide de önemli gelişmeler yaşıyoruz. Özellikle günümüzde immünoterapi tedavileri ameliyat sonrası hastalıksız durumu korumak adına önemli bir etkiye sahiptir. 1950'li yıllarda anesteziye modern değişim ve gelişmeler, göğüs cerrahisine önemli roller yüklemiş ve son yıllarda teknolojiyi en çok kullanan alan konumunda gelmiştir. Endoskopik ve robotik yöntemlerle kapalı yapılan ameliyatlara, kullanılan cerrahi malzemeler, birçok ek yöntemlerle hastalığın tedavi oranına katkı sağlanmakta ve hasta konforu artmaktadır. Hastaların yoğun bakım şartlarında takibinde ve anesteziye güven ciddi bir gelişme göstermiştir. Ameliyat sürelerinde kısalma, hastanede yatış süresinde azalma, ameliyat sonrası bakım-daki iyileşme, hemşirelik hizmetlerindeki kalite artışı, fizyoterapi ve beslenme değeri bu iyileşmenin yine önemli bir nedeni olmuştur."



**PROF. DR.
GÖKTÜRK MARALCAN**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ
ANABİLİM DALI BAŞKANI

MEME KANSERİ

MEME KANSERİ, DÜNYA GENELİNDE KADINLAR ARASINDA EN SIK KARŞILAŞILAN KANSER TÜRLERİNDEN BİRİ OLUP, ERKEKLERDE DE NADİREN GÖRÜLEBİLİR. MEME DOKUSUNDA BULUNAN HÜCRELERİN KONTROLSÜZ BİÇİMDE BÜYÜMESİ SONUCU OLUŞAN BU HASTALIK, ERKEN TANI VE TEDAVİYLE YÜKSEK ORANDA İYİLEŞME ŞANSINA SAHİPTİR.



SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Göktürk Maralcan, "Meme kanseri; kesin sebebi belli olmayan ancak oluşmasıyla ilgili bazı risk faktörleri bilinen memenin ilerleyici ve diğer organlara yayılıcı bir hastalıktır" dedi.

Prof. Dr. Maralcan, meme kanserinin risk faktörlerinden bazılarını şöyle özetledi:

- " * **Genetik yatkınlık:** Özellikle BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonlarına sahip olunması.
- * **Ailesel kanser durumu:** Ailede kadın ve/veya erkek üyelerden bazılarında birkaç adet farklı kanserin görülmesi.
- * **Hormonal faktörler:** Östrojen hormonu seviyelerindeki artış, erken menarş (İlk adet) veya geç menopoz olması.
- * **Yaş:** Yaşın ilerlemesiyle birlikte meme kanseri riski artar. Özellikle 50 yaş ve üzeri kadınlarda daha sık görülür.
- * **Yaşam tarzı:** Aşırı alkol ve/veya sigara

ra tüketimi, obezite, düzensiz beslenme ve egzersiz eksikliği vb. faktörler de riski artırabilir."

HER HASTADA FARKLI GELİŞEN BELİRTİLER İLE KENDİSİNİ GÖSTERİR

Meme kanserinin belirtilerinin kişiden kişiye farklılık gösterebileceğini belirten Prof. Dr. Maralcan, en sık rastlanan belirtileri şu şekilde sıraladı:

- " * Meme ya da koltuk altında ele gelen sert kitle,
- * Meme başında veya ciltte şekil bozukluğu, çekilme,
- * Meme başından gelen akıntı, özellikle kanlı akıntı,
- * Meme derisinde kızarıklık, soyulma veya kalınlaşma,
- * Meme boyutunda veya şeklinde değişiklik."

Herhangi bir meme şikayeti ile başvuran

"MEME KANSERİ TEDAVİSİNDE GÖZ ÖNÜNE ALINAN EN ÖNEMLİ FAKTÖRLERDEN BİRİ HASTALIĞIN EVRESİDİR. GENEL OLARAK ERKEN EVRE MEME KANSERLERİNDE TEDAVİ AMELİYATLA BAŞLAR ANCAK BUNUN İSTİSNALARI VARDIR. TÜMÖRÜN RESEPTÖR CİNSİNE VE TÜMÖRÜN BOYUTUNA GÖRE HASTALIK ERKEN EVRE BİLE OLSA ÖNCE KEMOTERAPİYLE TEDAVİYE BAŞLANABİLİR."



bir hastanın, olası meme kanseri tanısı nedeniyle dikkatlice muayene edildiğini ve görüntüleme tetkikleri istendiğini kaydeden Prof. Dr. Maralcan, tanı koymak için Mamografi, Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) tetkiklerinin kullanıldığını kaydetti.

Kırk yaş ve üzerinde ilk istenecek görüntüleme yönteminin mamografi olduğunu söyleyen Prof. Dr. Maralcan, "Mamografi ile birlikte mutlaka meme ultrasonu istenir. Tanı koymakta zorluk olursa kontrastlı meme MR'ı istenir. Memede kanser şüpheli bir lezyon saptanırsa biyopsi planlanır ve yapılır. Uygun olan biyopsi tekniği core needle (Kalın iğne) biyopsisidir.

Biyopsinin sonucu kanser olarak bildirilirse öncelikle kanserin başka organlara yayılıp yayılmadığı araştırılır. Bunun için PET/CT denen görüntüleme tetkiki yapılır. Tüm görüntüleme tetkikleri tamamlandığında ve patoloji raporları da dikkate alındığında hastanın tedavisi için plan yapılır" ifadelerini kullandı.

TEDAVİSİ

Meme kanseri tedavisinde göz önüne alınan birçok faktör olduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Maralcan, şunları söyledi:

"En önemli faktörlerden biri hastalığın evresidir. Genel olarak erken evre meme kanserlerinde tedavi ameliyatla başlar ancak bunun istisnaları vardır. Tümörün reseptör cinsine ve tümörün boyutuna göre hastalık erken evre bile olsa önce kemoterapiyle tedaviye başlanabilir.

Tümör üzerindeki reseptörlere göre; patolojik olarak meme kanseri, hormon pozitif, her 2 pozitif veya tüm reseptörlerin negatif olduğu üçlü negatif denen tipler de olabilir.

Üçlü negatif meme kanserinde tümör 1 cm'den büyük çaptaysa, her 2 pozitif meme kanserinde tümör çapı 2 cm'den büyükse önce kemoterapi ile başlanır. Çünkü güncel yaklaşımda bu hastalarda

tedaviden alınan sonuçlar, bu şekilde daha olumlu olmaktadır."

Bölgesel ileri evre ve metastatik hastalıkta tedaviye çok büyük olasılıkla kemo-terapi ile başlandığını belirten Prof. Dr. Maralcan, "Erken evre meme kanserinde cerrahi tedavide mümkünse öncelikle meme ve koltuk altı koruyucu cerrahi ön plana alınması tercih edilir. Hastalık erken evre olabilir ancak meme içerisinde çok sayıda odak varsa memenin alınması şeklinde bir ameliyat gerekir. Bu durumda da hasta ve ailesine eğer tıbbi bir sakınca görülmezse aynı seansta meme oluşturulması da tavsiye edilir.

Tedavi biçimine etki eden faktörlerden birisi de genetik testinin sonucudur. Genetik test pozitif ise kişinin yaşam boyu diğer memesinde ve yumurtalıklarında kanser çıkma ihtimalinin yüksek olduğu anlaşılır. Bu durum hasta ve ailesiyle paylaşılarak, diğer memenin ve yumurtalıkların alınması konusunda aydınlatılırlar, kararlarına göre hareket edilir" açıklamasında bulundu.

Prof. Dr. Maralcan, diğer tedavi yöntemleri hakkında şu bilgiyi verdi:

"Radyoterapi: Kanserli hücreleri öldürmek için yüksek dozda radyasyon kullanılmasıdır. Cerrahi sonrası uygulanır.

Kimyasal tedavi (Kemoterapi): Kanser hücrelerini yok etmek amacıyla ilaç kullanılmasıdır. Cerrahi öncesi veya sonrası uygulanabilir.

Hormon terapisi: Hormon duyarlı tümörleri tedavi etmek için östrojen veya progesteron blokajı yapılır.

Hedefe yönelik tedavi: Kanser hücrelerini spesifik etkileyen ilaçlar kullanılır. Genetik testler sonrası uygulanır."

Meme kanseri tedavisinin en başarılı olduğu durumun erken tanı konulan durum olduğunu belirten Prof. Dr. Maralcan, erken tanı koymak için yapılması gerekenleri şöyle anlattı:

"Düzenli kontroller: Her kadının 20 yaşın-



dan başlayarak kendine meme muayenesi yapması ortalama iki yılda bir meme cerrahına muayene olması, 40 yaşından sonra yine kendi kendine meme muayenesi yapması, meme cerrahına yılda bir muayene olması ve yılda bir mamografi çekirtmesi önerilir.

Sağlıklı yaşam tarzı: Kolesterolü yükseltecek gıda ve içeceklerden uzak, dengeli bir beslenme tarzı benimsemek, düzenli egzersiz yapmak, ideal kiloyu korumak, alkol ve sigara tüketimini sınırlandırmak önemlidir.

Genetik danışmanlık: Aile bireylerinde meme kanseri ve meme kanseriyle ilgili genetik yolları ilişkili olabilecek diğer kanserlerin öyküsü olanların genetik testler yaptırması ve doktor kontrolünde olması gereklidir.

Meme kanseri, erken tanı ve tedaviyle yüksek oranda iyileşme sağlanabilen bir hastalıktır. Bilinçli olmak, sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemek, düzenli kontroller yaptırmak meme kanserinin erken tanısında büyük rol oynar."



**PROF. DR.
SAKIP ERTURHAN**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

PROSTAT KANSERİ

PROSTAT KANSERİ, ERKEKLERDE AKCİĞER KANSERİNDEN SONRA DÜNYA GENELİNDE EN ÇOK GÖRÜLEN İKİNCİ KANSER TÜRÜDÜR. SIK İDRARA ÇIKMA, İDRAR YAPARKEN ZORLANMA, AĞRI GİBİ BELİRTİLERLE KENDİNİ GÖSTEREN PROSTAT KANSERİNDE HASTAYA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIMLA TEDAVİ SEÇENEKLERİ SUNULMAKTADIR.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda görev yapan Prof. Dr. Sakıp Erturhan, "Prostat kanseri, ABD ve Batı Avrupa'da erkeklerde en sık görülen kanser türü olmakla birlikte Asya toplumlarında az görülmesi dünya ortalamasını düşürmektedir. 2020 yılında dünya genelinde 1.4 milyon yeni tanı alan hasta ve 375.000 yaşam kaybı bildirilmiştir" dedi.

PROSTAT KANSERİ OLUŞUMUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLER NELERDİR?

Prostat kanserinin neden oluştuğuna dair pek çok faktörün, tarihsel süreçte araştırıldığını belirten Prof. Dr. Erturhan şunları söyledi:

"İyi huylu prostat büyümesinden aşırı seksüalite, pek çok gıda ve vitamin alımının etkisi üzerinde durulmuşsa da bugün için elimizde kalan iki ana faktör; ileri yaş ve aile öyküsüdür. Burada ileri yaştan kasıt, 50 yaş üzeri grup olmaktadır. Ancak ailesinde birinci derece yakınlarında prostat kanseri hikayesi olanlarda bu sınır 40 yaşa inmektedir.

Son yıllarda onkogenetik araştırmalar prostat kanserinin, meme ve yumurtalık kanseri ile benzer kötü gen havuzunu kullandığını göstermiştir. Bunun günlük pratikte anlamı, birinci derece kadın yakınlarında meme ve yumurtalık kanseri olanlarda da artmış prostat kanser riski bulunmaktadır."

Prof. Dr. Erturhan, ikinci derece veya tartışmalı risk faktörlerini ise şöyle sıraladı:

- **Aşırı yağlı diyet ve obezite:** Prostat kanseri riskini artırmaktadır.

- **Diyabetes mellitus ve metformin grubu ilaç kullanımı:** Metforminin bazı çalışmalarda prostat kanser riskini azalttığı, bazılarında değiştirmedeği gösterilmiştir.

- **Statin içeren kolesterol ilaçları:** Metformine benzer şekilde, bazı çalışmalarda prostat kanser riskini azalttığı, bazılarında değiştirmedeği gösterilmiştir.

- **Alkol:** Aşırı alkol alımının riski artırdığı ile ilgili çalışmalar vardır.

- **Kahve:** Riski azalttığı yönünde veriler vardır. Çayla ilgili çalışmalarda bir ilişki bulunamamıştır.

- **Günlük kalsiyum alımı:** Beraberinde yüksek protein alındığında riski artırdığına yönelik çalışmalar vardır.

- **Günlük omega-3 alımı:** İlişki gösterilmemiştir.

- **Domates:** Özellikle pişmiş domates içerisinde bulunan likopen /karotenin prostat kanserini önleyebileceği ile ilgili veriler bulunmaktadır. Ancak kontrollü bir çalışmada etkisi gösterilememiştir.

- **Sebze ve turpgiller ağırlıklı beslenme:** Küçük bir yararı gösterilmiştir

- **Aşırı kırmızı et tüketimi:** Kanser oluşumu açısından riskli bulunmuştur. Balık tüketimi ile ilişki saptanmamıştır. Ancak klinik tanı almış hastalarda yüksek balık tüketiminin kanser ilerlemesi ile ilişkisi olduğu bulunmuştur.

- **Soya ürünleri:** Prostat kanser riskini azalttığı gösterilmiştir.
- **D vitamini:** Normalden düşük veya yüksek D vitamini düzeyleri prostat kanseri ile ilişkili bulunmuştur.
- **Selenyum:** Günlük selenyum alımının prostat kanserini artırdığı gösterilmiştir.
- **Sigara:** Eski yayınlarda sigara içenlerde daha az oranda prostat kanseri olduğu ile ilgili veriler mevcuttu. Güncel yayınlarda da prostat kanserinin oluşumundan çok tanı almış hastalarda hastalığın kötü gidişatı ile ilişkilendirilmiştir."

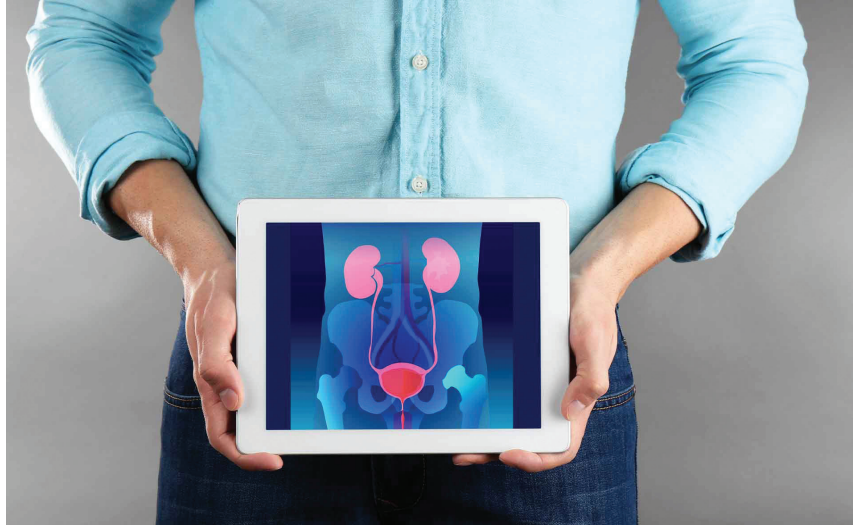
PROSTAT KANSERİNİN BELİRTİLERİ NELERDİR?

Prostat kanserinde en belirgin şikayetin, büyümüş prostat bezinin neden olduğu mesane çıkım engellenmesine bağlı oluşan şikayetler olduğunu söyleyen Prof. Dr. Erturhan, belirtiler hakkında şu bilgileri verdi:

"Bunlar; gece-gündüz sık idrara çıkma, zor idrar yapma, kesik kesik ve çatalı idrar yapma, eskisine kıyasla daha az basınçlı idrar yapma ve buna bağlı idrar yapma süresinde uzama ve idrar tutmada zorluk şeklinde olabilmektedir. Ama bu şikayetlerin tamamı iyi huylu prostat büyümesinde de gözlenebilen semptomlardır. İkisinin temel ayrımı, parmakla rektal muayene ve PSA (Prostat Spesifik Antijen) adı verilen kanda bakılan tümör belirleyicisi ile yapılmaktadır.

Bunun dışında hastalığın prostat dışına çıkmaya başlayıp çevre organlara yayılım gösterdiği durumlarda; ani idrar kesilmesi ve sonda gereksinimi, böbrekten gelen idrar kanalında tıkanmaya bağlı böbreklerde genişleme başlaması ve kalın bağırsakların son kısmına baskıya bağlı bağırsak alışkanlığında değişme gibi şikayetler oluşabilmektedir.

Prostat kanserinin damar ve lenf aracılığıyla en sık yayılım gösterdiği doku, önce kemikler, sonra akciğer ve karaciğer olmaktadır. Tüm hastaların yaklaşık yüzde 10'u bu evrede karşımıza gelmektedir. Bu evredeki hastalarda ise kemik ağrısı, sırt ağrısı ve



küçük travmaya bağlı oluşan kemik kırıkları gibi durumlar ortaya çıkmaktadır."

PROSTAT KANSERİNDE HASTA YÖNETİMİ

"Yukarıda bahsedilen semptomlarla başvuran hastalarda ayrıntılı bir medikal öykü ve parmakla prostat muayenesi ile PSA düzeylerine bakılır" diyen Prof. Dr. Erturhan, şöyle konuştu:

"Gerek muayenede gerekse PSA tahlilinde bir anormallik tespit edilirse prostat-tan parça (Biyopsi) alınır. Biyopsi sonrası sonuç prostat kanseri ile uyumlu gelirse hastalığın evresini (Komşu organlara veya uzak organlara yayılım durumu) ortaya koymak amaçlı radyolojik ve gerekli olgularda nükleer tıp görüntüleme yöntemleri kullanılır."

Prostat kanserinin üç evrede ortaya çıkabildiğini kaydeden Prof. Dr. Erturhan, şunları söyledi:

"İlk evrede hastalık sadece prostata sınırlı olup, bu evrede tedavi anlamında en yüz güldürücü sonuçlar elde edilmektedir. Prostatın tamamıyla çıkarıldığı radikal prostatektomi operasyonu bu evrede yapılmaktadır. Yanı sıra radyoterapi veya fokal tedavi (HIFU veya cryoterapi) seçenekleri de mevcuttur.

İkinci evrede ise hastalık prostat dışına çıkıp komşu organlara (Mesane, semen bezleri veya kalın bağırsakların son kıs-

mına) yayılım yapmaktadır. Bu evrede de cerrahi seçeneği bulunmakla birlikte bu tek başına yeterli olmayabilir ve ameliyattan sonra yine de radyoterapi ve/veya medikal tedavi gereksinimi ortaya çıkabilir.

Üçüncü evredeki hastalarda prostat kanseri kemikler başta olmak üzere uzak organlara yayılım gösterir. Bu evrede hastalar maalesef tamamen hastalıktan kurtarıcı ameliyat şansını yitirmiş olmaktadır. Bu gruba, medikal onkoloji-radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp ile birlikte multidisipliner yaklaşımla tedavi seçenekleri sunulmaktadır. Bu evrede son 20 yıl içerisinde pek çok yeni tedavi seçenekleri kullanıma girmiş olup sağ kalım sürelerinde belirgin artış sağlanmıştır."



"PROSTAT KANSERİ, ABD VE BATI AVRUPA'DA ERKEKLERDE EN SIK GÖRÜLEN KANSER TÜRÜ OLMAKLA BİRLİKTE ASYA TOPLUMLARINDA AZ GÖRÜLMESİ DÜNYA ORTALAMASINI DÜŞÜRMEKTEDİR. 2020 YILINDA DÜNYA GENELİNDE 1.4 MİLYON YENİ TANI ALAN HASTA VE 375.000 YAŞAM KAYBI BİLDİRİLMİŞTİR"



**PROF. DR.
MURAT ULUTAŞ**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ
ANABİLİM DALI BAŞKANI

NÖROŞİRURJİKAL AÇIDAN NÖROONKOLOJİ

NÖROONKOLOJİ, BEYİN VE OMURİLİKTEKİ TÜMÖRLERİN TANI, TEDAVİ VE YÖNETİMİYLE İLGİLENEN, NÖROŞİRURJİ VE ONKOLOJİ DİSİPLİNLERİNİN BİRLEŞİMİNDEN OLUŞAN BİR ALANDIR. BU ALAN HEM İYİ HUYLU HEM DE KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLERİN ARAŞTIRILMASINI, GELİŞİMİNİ VE TEDAVİ SÜREÇLERİNİ İÇERİRKEN, AYNI ZAMANDA HASTALARIN BAKIMINI DA KAPSAMAKTADIR.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Murat Ulutaş, son yıllarda nöroonkolojide gerçekleşen yeniliklerin, cerrahiden immünoterapiye kadar geniş bir yelpazede yeni tedavi yöntemleri ve yaklaşımlar sunduğunu söyledi. Bu durumun hem doktorlar hem de hastalar için daha fazla seçenek anlamına geldiğini ifade eden Prof. Dr. Ulutaş, şunları söyledi:

"Özellikle, tıp dünyasının olanaklarının genişlemesiyle birlikte, kişiye özel tedavi yöntemleri ve multidisipliner yaklaşımlar, nöroonkolojinin horizonunu önemli ölçüde zenginleştirmektedir.

Nöroonkolojinin başlangıcı, antik dönemlere kadar uzanıyor olsa da bu alandaki sistematik çalışmalar ve araştırmalar 19'uncu yüzyılda hız kazanmaya başladı. O tarihten bu yana, akademik araştırmalar ve klinik uygulamalar, nöroonkolojinin tanımını ve kapsamını genişletecek şekilde evrim geçirdi. Günümüzde cerrahi müdahale, radyasyon tedavisi, kemoterapi, hedefe yönelik tedaviler vb. çeşitli yöntemler, hastaların tedavi süreçlerinde önemli roller oynamaktadır. Ayrıca, moleküler biyolojideki ilerlemeler tümörlerin genetik yapılarının daha iyi anlaşılmasını sağlayarak tedavi yöntemlerinin daha

etkili ve hedefli hale gelmesine olanak tanımaktadır."

NÖROONKOLOJİ NEDİR?

Nöroonkolojinin sinir sistemiyle ilişkili tümörlerin tanı, tedavi ve araştırılmasıyla ilgilenen bir tıp dalı olduğunun altını çizen Prof. Dr. Ulutaş, şöyle devam etti:

"Sinir sistemi, beyin, omurilik ve periferik sinirlerden oluşur ve bu bölgelerde gelişen tümörler, genellikle karmaşık bir klinik tabloya yol açar. Nöroonkoloji, hem kötü huylu (Kanserli) hem de iyi huylu tümörlerle ilgilenirken; bu tümörlerin davranışları, büyüme hızları, yapıları ve tedavi yöntemleri açısından büyük çeşitlilik gösterir.

Beyin tümörleri, beyin sapı ve omurilik tümörleri gibi farklı alt kategorilere ayrılır ve her birinin kendine özgü semptomları ve tedavi yolları bulunmaktadır. Bu branşın önemli bir yönü, tümörlerin cerrahi, radyasyon ve biyolojik tedavi gibi bir dizi yöntemle nasıl ele alındığıdır.

Nöroonkologların bu tümörlerin ne zaman ve nasıl tedavi edilmesi gerektiği konusunda uzmanlaştığını belirten Prof. Dr. Ulutaş, şunları kaydetti:

"Örneğin, bazı tümörler cerrahiden sonra

ek tedavi gerektirebilirken, diğerleri sadece izleme stratejileriyle takip edilebilir. Nöroonkolojinin diğer önemli bir boyutu ise araştırmalardır. Yeni tedavi yöntemleri geliştirmek, tümörlerin moleküler biyolojisini anlamak ve hastaların yaşam kalitesini artırmak için süregelen araştırmalar, bu alanın en heyecan verici ve dinamik yanlarından birini oluşturur.

Nöroonkoloji ile birlikte, multidisipliner bir yaklaşımın yanı sıra hastaların durumunu tüm yönleriyle değerlendirmek ve en iyi tedavi planını oluşturmak için çeşitli uzmanlıkların bir araya gelmesi büyük önem taşır. Nöroloji, onkoloji, radyasyon onkolojisi ve cerrahi alanlarından uzmanlar bir araya gelerek hastalara hedeflenmiş ve bireyselleştirilmiş bir tedavi süreci sunar.

Sonuç olarak, nöroonkoloji, sadece hastalıkların tedavisi değil, aynı zamanda bu alandaki temel bilimsel araştırmalar ve hasta bakımının iyileştirilmesiyle de yakından ilgilidir. Bu alan, sinir sistemi kanserine maruz kalan bireylerin yaşamalarını iyileştirme çabalarının merkezinde yer alır."

BEYİN TÜMÖRLERİ

Beyin tümörlerinin, "Merkezi sinir sisteminin karmaşık yapıları içinde gelişen anormal hücre büyümeleri" olarak tanımlanabileceğini vurgulayan Prof. Dr. Ulutaş, "Çeşitli türlerden oluşan bu tümörler, benign yani iyi huylu veya malign (Kötü huylu) olabilirler. İyi huylu tümörler genellikle büyüme açısından yavaştır. Ancak bu durum her zaman geçerli olmayıp bazı iyi huylu tümörler, beyin dokusunun işlevselliğini etkileyebilecek yerlerde oluşursa ciddi semptomlara yol açabilir. Kötü huylu tümörler ise hızla yayılabilir ve çevre dokulara zarar verebilir; bu tür tümörler



genellikle daha fazla tedavi gerektirir" ifadelerini kullandı.

Beyin tümörlerinin çeşitliliğinin, onları oluşturan hücre türlerine ve yerleşim yerlerine göre değişiklik gösterdiğini belirten Prof. Dr. Ulutaş, şu bilgileri paylaştı:

"Örneğin, gliomlar beyin dokusundan köken alır ve genel olarak daha agresif bir seyir gösterirken, meningiomlar 'meninks' adı verilen zar tabakasında oluşarak genellikle daha az sıklıkla sorun yaratır. Diğer bir önemli tümör grubunu metastatik tümörler oluşturur. Bu tümörler, vücudun başka yerlerinden gelen kanser hücrelerinin beyin dokusuna sıçraması sonucu oluşur. Her bir tümör türü, belirli bir tedavi yöntemi ve izleme gerektirebilir; bu nedenle, doğru tanı ve tür belirleme oldukça kritik bir adımdır."

Beyin tümörlerinin belirtilerinin oldukça çeşitli olduğunu ifade eden Prof. Dr. Ulutaş, bu belirtilerle ilgili şunları kaydetti:

"Bunlar tümörün boyutuna, yerine ve bü-

yüme hızına bağlı olarak değişiklik gösterir. Baş ağrıları, bulantı, kusma, görme bozuklukları ve motor fonksiyon kaybı vb. semptomlar hastaların muayenede en sık şikayet ettikleri durumlardır. Tanı sürecinde genellikle görüntüleme teknikleri, özellikle Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) kullanılır. MRG, tümörün yapısına ve çevre dokuya olan etkisini değerlendirerek doktorların doğru bir tanı koymasını sağlar. Aynı zamanda biyopsi işlemi ile doku örnekleri alınarak hastalığın kesin tanısı konur ve uygun tedavi planlaması yapılır. Beyin tümörlerinde erken teşhis, tedavi sonuçlarının ile hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde artırır."

1. Tümör türleri

Beyin tümörlerinin, beyin ve merkezi sinir sisteminin kontrolünü kaybetmesine neden olabilen karmaşık yapılar olduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Ulutaş, şunları söyledi:

"Beyin tümörleri genel olarak iki ana kategoriye ayrılır; primer ve sekonder tümörler. Primer tümörler, doğrudan beyinde ya-

"NÖROONKOLOJİ İLE BİRLİKTE, MULTİDİSİPLİNER BİR YAKLAŞIMIN YANI SIRA HASTALARIN DURUMUNU TÜM YÖNLERİYLE DEĞERLENDİRMEK VE EN İYİ TEDAVİ PLANINI OLUŞTURMAK İÇİN ÇEŞİTLİ UZMANLIKLARIN BİR ARAYA GELMESİ BÜYÜK ÖNEM TAŞIR. NÖROLOJİ, ONKOLOJİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ VE CERRAHİ ALANLARINDAN UZMANLAR BİR ARAYA GELEK HASTALARA HEDEFLENMİŞ VE BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BİR TEDAVİ SÜRECİ SUNAR."





"NAVİGASYON SİSTEMLERİ, CERRAHLARIN KARMAŞIK BEYİN YAPILARI İÇİNDE DAHA DOĞRU VE GÜVENLİ BİR ŞEKİLDE HAREKET ETMELERİNE İMKAN TANIR. BU SİSTEMLER, 3D GÖRÜNTÜLEME VE GELİŞMİŞ HESAPLAMALAR ARACILIĞIYLA CERRAHLARIN HEDEF DOKULARA ULAŞMALARINI SAĞLARKEN AYNI ZAMANDA SAĞLIKLI DOKULARIN DA KORUNMASINA BÜYÜK KATKI SUNAR."

da omurilikte gelişen tümörlerdir. Bunlar, beyindeki hücrelerin anormal büyümesi sonucunda ortaya çıkar ve gliomlar, meningiomlar, akustik nörinomlar vb. farklı alt türleri içerir. Gliomlar, glial hücrelerden kaynaklanarak en sık görülen primer tümörlerdir ve üç farklı dereceye yani düşük, orta ve yüksek dereceli gliomlara ayrılır. Yüksek dereceli gliomlar, genellikle daha agresif olup, tedavi süreçlerini karmaşık hale getirebilir.

Öte yandan, sekonder tümörler, vücudun başka bir yerinde başlayan kanserin beyine metastaz yapması ile oluşur. Meme, akciğer, böbrek ve melanoma vb. kanser türleri sıklıkla beyin metastazlarına yol açabilmektedir. Bu durum, hastaların tedavi sürecinde daha fazla zorluk yaratır, çünkü tedavi sadece beyin değil, bunun yanında tüm vücudun durumunu da dikkate almak zorundadır. Beyin tümörlerinin türleri açısından çeşitliliği, genetik faktörlere, çevresel etkilere ve bireysel sağlık geçmişine bağlı olarak değişir."

Bu farklı tümör türlerinin her birinin, klinik seyir ve tedavi yaklaşımları açısından özgün özellikler gösterdiğini kaydeden Prof. Dr. Ulutaş, şu bilgileri verdi:

"Örneğin, meningiomlar genellikle yavaş gelişen ve tedavi edilebilir türlerdir. Ancak glioblastom gibi yüksek dereceli gliomlar, hızlı bir şekilde büyüyebilir ve tedaviye genellikle daha dirençli olabilir. Beyindeki tümörlerin tanı ve tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektirir. Nöronkologlar; cerrahlar, radyologlar ve hemşireler birlikte çalışarak hastanın en iyi şekilde tedavi edilmesini sağlar. Tümör türlerinin tanımlanması, ilerideki tedavi sürecinin özelleştirilmesine imkan sağlar ve hastaların yaşam kalitesini artırabilir. Özellikle genetik analizler ve biyomarkerler günümüzde tümörlerin daha

doğru bir şekilde sınıflandırılmasına ve hedeflenen tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine yardımcı olmaktadır."

2. Belirtiler ve tanı

Beyin tümörlerinin belirtilerinin, tümörün yeri ile büyüklüğüne bağlı olarak büyük farklılıklar gösterebildiğini bildiren Prof. Dr. Ulutaş, "Genel olarak baş ağrıları, bulantı, kusma, görme bozuklukları, denge problemleri, bilinç değişiklikleri vb. nörolojik belirtiler en yaygın olanlardır. Özellikle, sabahları daha yoğunlaşan baş ağrıları, ani gelen nöbetler ya da kişilik değişiklikleri doktorların beyin tümörünü düşünmesine yol açan önemli sinyallerdir. Tümörlerin hangi kısımda yerleştiği de belirtilerin niteliğinde belirleyici olur. Örneğin, frontal lobda bir tümör davranışsal değişikliklere neden olabilirken, temporaldeki bir tümör akustik nöroma işitme kaybına yol açabilir" şeklinde konuştu.

Tanı sürecinin bir dizi adım içerdiğini ve genellikle nörolojik muayene ile başladığını kaydeden Prof. Dr. Ulutaş, bu süreç hakkında şu bilgileri paylaştı:

"Bu muayenede refleksler, kas gücü ve koordinasyon gibi temel nörolojik fonksiyonlar değerlendirilir. Doktor, hastanın belirtilerini dinledikten sonra görüntüleme tekniklerine, özellikle de Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), Bilgisayarlı Tomografi (BT) vb. yöntemlere yönelir. Bu görüntüleme yöntemleri, tümörün boyutunu, yerini ve çevredeki dokular üzerindeki etkisini görünür hale getirir. Eğer tümör tespit edilirse, tanıyı kesinleştirmek adına biyopsi yapmak gerekebilir. Biyopsi, tümörün histolojik yapısını incelemek ve hangi tür tümör olduğunu belirlemek için kritik bir adımdır.

Sonuç olarak, beyin tümörlerinin belirtileri

çoğu zaman karmaşık ve çok yönlüdür; bu nedenle tanılma sürecin titizlikle yürütülmesi gerekir. Erken tanı, tedavi yöntemlerinin etkinliğini artırabilir ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirebilir. Bu bağlamda, hastaların semptomlarını dikkate alarak sağlık hizmetlerine başvurması, mümkün olan en iyi tedavi sonuçlarına ulaşılması açısından kritik önem taşır. Unutulmamalıdır ki, her baş ağrısı veya diğer belirtiler mutlaka bir tümör anlamına gelmez, fakat kapsamlı bir değerlendirme yapmak her zaman en doğru yol olacaktır."

CERRAHİ MÜDAHALE YÖNTEMLERİ

Cerrahi müdahale yöntemlerinin nöronkolojideki tedavi süreçlerinde kritik bir rol oynadığını belirten Prof. Dr. Ulutaş, açık cerrahi ve minimal invaziv cerrahinin, beyin tümörlerinin yönetiminde kullanılan iki ana cerrahi yaklaşım olduğunu söyledi.

Açık cerrahinin, nöroşirürjiyenin klasik bir yöntemi olarak, genellikle daha büyük tümörlerin veya derin yerleşimli lezyonların çıkarılmasında tercih edildiğini belirten Prof. Dr. Ulutaş, "Bu yöntem, kafatasında büyük bir kesi yapılmasını ve tümörün doğrudan erişim yoluyla tamamen çıkarılmasını içerir. Cerrahlar, tümörün komşu beyin dokusunu korurken maksimum eksizyon sağlamaya çalışır. Ancak bu tür bir müdahale, hastanın iyileşme sürecini etkileyen daha uzun bir toparlanma dönemine yol açabilir. Bu nedenle dikkatli bir hasta seçimi ve cerrahi planlama gerektirir" dedi.

Diğer yandan, minimal invaziv cerrahi tekniklerinin giderek geliştiğini ve daha popüler hale geldiğini belirten Prof. Dr. Ulutaş, şunları anlattı:

"Bu yöntemler, genellikle küçük kesiler kullanarak veya endoskopik yaklaşımlar ile gerçekleştirilir. Minimal invaziv cerrahiler, hastalar üzerinde daha az travma bırakarak daha hızlı iyileşme süreleri ve daha az komplikasyon oluşturmayı vadeder. Örneğin, kraniyotomi gerektirmeyen teknikler arasında, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme kılavuzluğunda yapılan stereotaktik cerrahiler yer alabilir. Bu yaklaşımlar, büyük kitleleri veya belirli hedefleri daha hassas bir şekilde çıkarmak için kullanılabilir ve genellikle hastaların genel durumunu daha az olumsuz yönde etkiler.

Nöroşirürjikal pratiklerde bu cerrahi yöntemlerin her birinin avantajları ve sınırlamaları göz önünde bulundurulmalı cerrah, her hastanın spesifik durumu ve tümör özelliklerine göre uygun strateji seçimini yapmalıdır. Kısaca, cerrahi müdahale yöntemlerinin seçimi, doğru tanı, kapsamlı değerlendirme ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. İyi bir cerrah hem açık hem de minimal invaziv teknikleri göz önünde bulundurarak hastanın en iyi faydayı sağlamasını hedefler. Nöro-onkoloji alanındaki bu cerrahi yaklaşımlar, hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve nörolojik işlevlerini korumak için büyük bir öneme sahiptir."

1. Açık cerrahi

Açık cerrahinin nöroonkolojide birçok beyin tümörü tedavisi için birincil yöntemlerden biri olduğunu söyleyen Prof. Dr. Ulutaş, şöyle konuştu:

"Genellikle tümörün tam olarak çıkarılması için gereklidir. Cerrahlar, kafatasını açarak tümörün doğrudan bulunduğu alana erişim sağlar. Bu süreç, genellikle genel anestezi altında ve uzman bir ekibin koordinasyonu ile gerçekleştirilir. Amaç, tümörün mümkün olan en iyi şekilde çıkarılmasını sağlarken, çevredeki sağlıklı beyin dokusunu da korumaktır. Tümörün büyüklüğü, konumu ve türü, cerrahinin karmaşıklığı ve durumsal zorlukları üzerinde büyük etkisi olabilir. Örneğin, derin yerleşimli veya kritik beyin



bölgelerine yakın tümörler, cerrahinin daha dikkatli ve planlı biçimde yapılmasını gerektirebilir. Bu da cerrahların yüksek seviyede uzmanlık ve deneyim sahibi olmalarını zorunlu kılar.

Hastalar, cerrahi müdahale sonrası genellikle yoğun bakımda birkaç gün kalır. Bu aşama, hastanın genel durumunu stabilize ederek olası komplikasyonları hızlı bir şekilde yönetmek açısından kritik öneme sahiptir. Açık cerrahinin sağladığı avantajlar arasında tümörlerin geniş bir perspektiften değerlendirilmesi ve daha az invaziv yöntemlere göre daha fazla miktarda tümör dokusunun alınabilmesi bulunur. Ancak her cerrahi prosedürde olduğu gibi enfeksiyon, kanama vb. riskler de mevcuttur. Bu nedenle, cerrahiden önce hastaların tam bir tıbbi değerlendirmeden geçirilmesi ve tüm olası durumların göz önünde bulundurulması önem taşır."

Açık cerrahinin, nöroonkolojideki en etkin tedavi yöntemlerinden birisi olduğunu

söyleyen Prof. Dr. Ulutaş, "Dikkatli bir hasta seçimi, önceden planlanmış bir cerrahi strateji ve deneyimli bir cerrahi takımın eseri. Teknik başarıyla birlikte, hastaların kalitesini artırmak ve tekrarlama riskini en aza indirmek için multidisipliner bir yaklaşım benimsemek oldukça önemli. Bu yöntem, beyin tümörlerinin tedavisinde bireysel hasta ihtiyaçlarına göre özelleştirilebilir ve kişiselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturulmasına olanak tanır" ifadelerini kullandı.

2. Minimal invaziv cerrahi

Minimal invaziv cerrahinin modern nöro-onkolojide oldukça önemli bir yere sahip olduğunu vurgulayan Prof. Dr. Ulutaş, "Bu yöntem, beyin tümörlerinin tedavisinde veya tanısında, hastaların fiziksel travmalarını en aza indirmek ve iyileşme süreçlerini hızlandırmak amacıyla geliştirilmiştir. Minimal invaziv teknikler, genellikle küçük kesiler veya doğal açıklıklar aracılığıyla gerçekleştirilen cerrahi müdahaleleri içerir. Kraniyotomi gibi geleneksel

açık cerrahinin aksine, bu yöntemler çeşitli aksesuarlar ve ekipmanlar kullanarak cerrahin doğrudan erişimine ihtiyaç duymadan beyin dokusuna ulaşmayı sağlar. Böylece hastalar, daha hızlı iyileşme süreleri, enfeksiyon riski vb. komplikasyonlardan daha az etkilenme avantajı kazanır” açıklamasında bulundu.

Bu tarz cerrahi tekniklerin, özellikle endoskopik cerrahinin sağladığı avantajlar sayesinde oldukça yaygınlaştığını kaydeden Prof. Dr. Ulutaş, şunları söyledi:

“Endoskopik yöntemler, genellikle daha az kanama, minimal yara ve daha kısa hastanede kalış süreleri ile ilişkilendirilir. Cerebellar ve spinal tümörler gibi spesifik durumlarda minimal invaziv teknikler, daha az agresif bir tedavi yaklaşımı sunarak hastaların genel yaşam kalitesini artırabilir. Ayrıca, görüntüleme teknolojilerinin ve navigasyon sistemlerinin gelişimi, cerrahların bu tür işlemleri daha hassas bir şekilde gerçekleştirmesine olanak tanır. Bu durum, tümörlerin sınırlarının net bir şekilde belirlenmesini ve korunması gereken kritik beyin bölgeleriyle olan ilişkilerin daha iyi değerlendirilmesini sağlar.

Sonuç olarak, minimal invaziv cerrahi, nöroonkolojideki gelişmelerle birlikte tedavi sürecine büyük katkıda bulunmuştur. Klasik cerrahiye göre daha az travmatik olması, hastaların iyileşme sürelerini kısaltmanın yanı sıra genel sağlıklarını da koruyarak tedavi sonrası yaşam kalitelerini artırır. Minimal invaziv cerrahinin sağladığı bu faydalar, günümüzde beyin tümörü tedavisi gibi karmaşık durumların yönetiminde giderek önem kazanmakta ve nöroşirurji pratiğini dönüştürmektedir. Bu nedenle, minimal invaziv cerrahi tekniklerini öğrenmek ve uygulamak, cerrahlar için hayati bir yetkinlik haline gelmiştir.”

NÖROŞİRURJİKAL TEKNİKLER

Nöroşirurjikal tekniklerin beyin ve sinir cerrahisinde oldukça önemli bir yere sahip olduğunu belirten Prof. Dr. Ulutaş, sözlerini şöyle sürdürdü:

“Bu teknikler hastaların doğru bir şekilde teşhis edilmesini ve etkili bir tedavi sürecinin hayata geçirilmesini sağlar. Cerrahlar için artık bu süreç, sadece kesi ve müdahale yapmaktan çıkarak teknolojinin sunduğu imkanları da içeren bir hal almıştır. Özellikle navigasyon sistemleri ve mikroskobik cerrahi, bu alandaki en önemli gelişmeler arasında yer almaktadır.

Navigasyon sistemleri, cerrahların karmaşık beyin yapıları içinde daha doğru ve güvenli bir şekilde hareket etmelerine imkan tanır. Bu sistemler, 3D görüntüleme ve gelişmiş hesaplamalar aracılığıyla cerrahların hedef dokulara ulaşmalarını sağlarken aynı zamanda sağlıklı dokuların da korunmasına büyük katkı sunar. Uygulamanın detayları her ne kadar teknik olsa da esasında temel amacı hasarlı ve sağlıklı bölgeleri net bir şekilde ayırt edebilmektir. Gelişmiş yazılımlar, cerrahların katman katman ilerlemesine yardımcı olurken, özellikle tümörlerin çıkarılması sürecinde büyük bir avantaj sağlar.”

Mikroskobik cerrahinin ise detaylı görüş alanı sunan özel mikroskoplar yardımıyla gerçekleştirilen, hassas ve dikkat gerektiren bir işlem olduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Ulutaş, “Bu teknik sayesinde cerrahlar, neredeyse milimetrik boyutlardaki yapıları net bir şekilde görebilmektedir. Mikroskobik cerrahinin en önemli avantajlarından biri, cerrahın hasar vermeden hassas bir şekilde çalışmasını mümkün kılmasıdır. Böylece, nöroonkoloji alanında tümörlerin hızlı ve etkili bir şekilde çıkarılmasına zemin hazırlar. Bu yaklaşım, hastaların iyileşme sürecini hızlandırırken, komplikasyon riskini de minimize eder. Sonuç olarak, nöroşirurjikal teknikler, modern cerrahi uygulamaların vazgeçilmez bir parçası haline gelerek hasta bakımında daha yüksek standartlar sağlamaktadır” ifadelerine yer verdi.

1. Navigasyon sistemleri

Navigasyon sistemlerinin nöroşirurjide devrim niteliğinde bir rol oynadığını belirten Prof. Dr. Ulutaş, şöyle konuştu:

“Cerrahların beyin karmaşık yapısında güvenli bir şekilde yön bulmalarına yardımcı olan bu sistemler, cerrahların hedef alanları doğru bir şekilde tanımlamaları ve minimal invaziv yaklaşımlar kullanarak müdahalelerini gerçekleştirmeleri için tasarlandı. Manevra kabiliyetleri ve hassasiyetleri, intrakraniyal tümörler gibi zorlu yapılarla başa çıkma konusunda cerrahların elini güçlendirmektedir. Navigasyon sistemleri genel olarak iki temel bileşenden oluşur; görüntüleme verileri ve 3D modelleme. Cerrah, önceden elde edilen Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ya da Bilgisayarlı Tomografi (BT) verilerini kullanarak üç boyutlu bir harita oluşturur ve bunu operasyon sırasında gerçek zamanlı olarak otonom bir biçimde güncelleyebilmektedir” şeklinde konuştu.

Modern navigasyon sistemlerinin GPS teknolojisini anımsatan bir prensiple çalıştığını kaydeden Prof. Dr. Ulutaş, sistem hakkında şu bilgiyi paylaştı:

“Cerrah, özel bir prob kullanarak beyin belirli noktalarına ulaşır ve sistem bu noktanın tam olarak nerede olduğunu belirlemek için matematiksel hesaplamalar yapar. Bu süreç hem cerrahın hem de asistanlarının ameliyat sırasında doğru bir konumda bulunmasını sağlarken, komplikasyon risklerini de azaltmaktadır. Ayrıca, aracın akıllı yazılımları, operasyondaki anlık verileri yorumlayarak cerrahın önceden belirlenmiş hedefe ne kadar yakın olduğunu anlık olarak gösterir. Böylece, cerrahlar hedef yapıya ulaşırken, önemli beyin dokularının zarar görmesini engelleyebilir.

Gelişmiş navigasyon sistemleri, cerrahların eğitim süreçlerine de katkı sağlar. Yeni başlayan cerrahlar, simülasyon teknolojileri sayesinde karmaşık operasyonları gerçek zamanlı olarak deneyimleyebilmekte ve karar verme becerilerini geliştirebilmektedir. Öte yandan, bu sistemlerin sunduğu verimlilik ve doğruluk, hasta sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir.

Sonuç olarak, nöroşirurji pratiği içinde navigasyon sistemlerinin entegrasyonunu hem cerrahlar hem de hastalar için olumlu sonuçlar doğurmakta ve bu alanın geleceği için heyecan verici bir perspektif sunmaktadır.”

2. Mikroskopik cerrahi

Mikroskopik cerrahinin, nöroonkoloji alanında devrim niteliğinde bir yaklaşım olduğunu kaydeden Prof. Dr. Ulutaş, şöyle devam etti:

“Aynı zamanda cerrahların bu alanda, daha önce mümkün olamayan detaylarda çalışabilmelerine olanak tanımaktadır. Bu teknik, özellikle beyin tümörlerinin, kanamalarının ve diğer intrakraniyal hipertansiyon patolojilerinin tedavisinde sıklıkla tercih edilir. Amacının sadece tümörlerin çıkarılması değil, aynı zamanda çevresindeki sağlıklı dokuların korunması olduğu düşünüldüğünde, mikroskopik cerrahinin önemi katlanarak artmaktadır. Ameliyat sırasında kullanılan geniş açılı mikroskoplar, cerrahların anatomik yapıları daha net görebilmelerine ve daha hassas hareketler gerçekleştirebilmelerine imkan tanıyacak şekilde tasarlanmıştır.”

Mikroskopik cerrahinin, geleneksel cerrahi yöntemlere göre birçok açıdan yeni bir boyut getirdiğini belirten Prof. Dr. Ulutaş, bu avantajlar hakkında şunları söyledi:

“Geleneksel yöntemlerde görülmesi zor olabilen ince detayları görselleştirebilmek, cerrahın el becerisinin yanı sıra görsel algısına da bağlıdır. Teknik olarak terimlendirilmiş 'mikroskopik dinamik' de cerrahların anlık karar vermelerine olanak tanırken, operasyon esnasında anestezinin etkisini yönetmelerine yardımcı olur. Böylece cerrahlar kritik sinirler, damarlar vb. önemli yapıların hemen yanındaki patolojik alanları ayırt edebilmekte ve bu sayede ilk defa gerçekleştirilme ihtimali yüksek olan operasyonları daha güvenli bir hale getirmektedir.

Mikroskopik cerrahinin bir diğer avantajı ise minimal invazivite sağlamasıdır. Daha

küçük kesilerle cerrahilerin yapılabilmesi, hastaların iyileşme sürelerini ve postoperatif komplikasyon risklerini azaltmaktadır. Düşük invaziv tekniklerle hastalar, eski yöntemlere göre daha az ağrı hissederek, hastanede kalış süreleri kısalmış ve günlük yaşamlarına daha hızlı dönebilirler. Tüm bu unsurlar göz önüne alındığında mikroskopik cerrahi, nöroşirurjikal alanında yalnızca bir operasyon tekniği olmanın ötesinde, hastaların hayat kalitesini doğrudan etkileyen bir gelişim olarak öne çıkmaktadır.”

Sonuç

Son yıllarda nöroonkoloji alanındaki ilerlemelerin hem cerrahi teknikler hem de adjuvan tedavi yöntemleri açısından önemli bir evrim geçirdiğini kaydeden Prof. Dr. Ulutaş, sözlerini şöyle tamamladı:

“Bu gelişmeler, beyin tümörlerinin daha iyi şekilde anlaşılmasına ve yönetilmesine olanak tanırken, hastaların yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemektedir. Nöroşirurji açısından multimodal yaklaşımlar, bireyselleştirilmiş tedavi planları ile bir araya gelerek cerrahiden sonraki komplikasyon risklerini minimize etmektedir. Günümüzde, intrakraniyal tümörlerin çıkarılması sırasında kullanılan navigasyon sistemleri ve mikrocerrahi teknikler, tümörün tam olarak hedeflenmesine ve kritik beyin yapılarının korunmasına yardımcı olur.

Öte yandan, nöroonkolojinin çok disiplinli doğası, klinik onkologlar, radyologlar ve patologlar arasındaki iş birliğini gerektirmektedir. Bu iş birliği, doğru teşhis ve tedavi süreçlerini hızlandırırken, klinik sonuçları da olumlu yönde etkilemektedir.

Hedefe yönelik tedavi ve immünoterapinin hayatımıza girmesiyle birlikte, tümörlerin genetik özelliklerine bağlı olarak daha hedefe yönelik tedavi seçenekleri sunulmaktadır. Bu noktada, biyomarkerlerin önemi de artmaktadır çünkü hastalığın gelişim aşamasında hangi tedavi yönteminin daha etkili olacağına dair veriler sunulmaktadır.



Özetle, nöroonkoloji alanında elde edilen kazanımlar hastaların tedavi süreçlerini daha da iyileştirmekte ve hayatta kalma oranlarını artırmaktadır. Ancak, hala birçok zorluk ve belirsizlikle karşı karşıyayız. Yeni araştırmalar, cerrahi tekniklerin yanı sıra hastaların genel sağlığı ile yaşam kalitesini artırmak için yeni ilaçlar ve tedavi yöntemleri geliştirmeye odaklanmalıdır. Bu bağlamda, araştırma ve geliştirme çabaları, gelecekte daha etkili ve kişiselleştirilmiş tedavi stratejileri ortaya çıkarak, nöroonkoloji alanında çığır açacak yenilikler sunabilir. Dolayısıyla, bu dinamik alan sürekli gelişmeye devam ederken hem klinik uygulamalarda hem de temel araştırmalarda yapıcı ve yenilikçi bir yaklaşım benimsemek büyük önem arz etmektedir.”



**PROF. DR.
OSMAN ZEKİ KARAKUŞ**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK CERRAHİSİ ANABİLİM
DALI BAŞKANI

BEBEK VE ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN SOLİD TÜMÖRLER VE KANSERLER

ÇOCUK YAŞ GRUBU OLARAK SINIFLANDIRILAN 0-18 YAŞLARINDA ÇOK SAYIDA İYİ YA DA KÖTÜ HUYLU KANSER GÖRÜLMEKTEDİR. BUNLAR ARASINDA YÜZDE 27,5'İ İLE EN SIK GÖRÜLEN İSE LÖSEMİLERDİR.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Osman Zeki Karakuş, lösemi ve lenfoma türü kanserlerin nadiren cerrahi girişim gerektirdiğini söyledi.

"Bunların dışında kitle etkisi ile köken aldığı doku ya da organda büyüyerek yer kaplayan ve çevre organları etkileyen ya

da uzak organlara yayılarak metastaz yapan tümörler de vardır" diyen Prof. Dr. Karakuş, bu tümörler hakkında şunları söyledi:

"Bu tümörlerde de iyi ya da kötü huylu karaktere sahip olanlar olmakla birlikte bunların çoğunluğunun cerrahi yöntemlerle çıkarılmasını gerektirmektedir.



"YER KAPLAYICI TÜMÖRLERDE ÇOCUKLARDA EN SIK KAFA İÇİNDE GELİŞEN BEYİN TÜMÖRLERİ (YÜZDE 20) GÖRÜLMEKTEDİR."



"NÖROBLASTOMUN ORTALAMA TANI YAŞI 19 AY OLUP HASTALARIN YAKLAŞIK YARISI BEBEKLİKTE TANI ALIR. ANCAK 18 AYDAN KÜÇÜK BEBEKLERDE METASTATİK YAYILMIŞ HASTALIKTA BİLE İYİ SONUÇLAR ALMAK MÜMKÜNDÜR."

Yer kaplayıcı tümörlerde çocuklarda en sık kafa içinde gelişen beyin tümörleri (Yüzde 20) görülmektedir. Ancak burada beyin tümörleri dışında vücudun diğer herhangi bir yerinde ortaya çıkabilen tümörlerden bahsedeceğiz. Bu tümörler arasında çocuklardaki sıklık sırasına göre Nöroblastom (Yüzde 7,3), Wilms tümörü (Yüzde 6,1), Rabdomyosarkom (Yüzde 3,4), Teratom ve Over/testis tümörleri gibi diğer yumuşak doku kitleleri (Yüzde 16,5) yer almaktadır."

NÖROBLASTOM

Nöroblastom tümörünün çocukluk çağında en sık görülen beyin dışı solid tümör olduğunu ve kötü huylu kanserlerin yüzde 7-10'unu oluşturduğunu kaydeden Prof. Dr. Karakuş, "Nöroblastom köken olarak sempatik sinir hücrelerinden kaynaklanır. Küçük mavi hücreli dar stoplazmalı tümör grubunun bir üyesidir. Nöroblastomun ortaya çıkmasına neden olan faktörler hakkında çok az şey bilinmektedir. Ailesel ve genetik faktörler ön planda suçlanmaktadır. Bunun dışında gebelikte bazı ilaçlara, hormonlara ya da toksinlere maruz kalmanın da rol oynayabileceği düşünülmektedir. 12 aylıktan küçük bebeklerde lösemilerden iki kat fazla görülmektedir. Ülkemizde yılda yaklaşık 200 yeni olgu saptanmaktadır. Erkeklerde görülme oranı biraz daha fazladır" şeklinde konuştu.

Klinik özellikler

Nöroblastomun ortalama tanı yaşının 19 ay olduğunu belirten Prof. Dr. Karakuş,



"Hastaların yaklaşık yarısı bebeklikte tanı alır. Ancak 18 aydan küçük bebeklerde metastatik yayılmış hastalıkta bile iyi sonuçlar almak mümkündür. Çünkü yaş ilerledikçe kötü huylu karakteri artmaktadır. En sık başvuru şikâyeti, karında sert bir şişlik, kitle ele gelmesidir. Ancak nöroblastom bazen boyunda, göğüs kafesinin içinde ve pelviste yerleşimli olabilir. Tümör, hormon aktif özelliği olduğundan hipertansiyona neden olabilir. Bağırsaklara bası yaptığı durumlarda ise kabızlık başlangıç şikâyeti olabilir. Lenf bezlerinin tutulumu hastaların yarısında görülür bu nedenle boyunda, koltuk altında ve kasıklarda şişlik şikâyeti görülebilir" ifadelerini kullandı.

Tümörün metastaz yaparak sıklıkla uzak organlara yayılım gösterdiğini belirten Prof. Dr. Karakuş, "En sık kemiklere ve karaciğere yayılır. Özellikle kemik tutulumu olan hastalarda eklemlerde, kalça kemikleri ve omurgada sürekli ağrı şikâyeti olabilir. Metastatik hastalığı olanlarda solgunluk, kilo kaybı, ağrı, ateş ve ter-

leme olabilir. Bazı hastalarda deri tutulumu da görülmektedir. Bu hastalarda kol ve bacaklarda, gövdede deri altında fındık büyüklüğünde sert ağrısız şişlikler saptanabilir. Kafa kemiklerinde tutulum olan hastalarda göz çevresinde panda gözüne benzer morluk görülebilir. Tümörün hormonal metabolitlerinin artıklarına bağlı vücutta nöbet benzeri kasılmalar, titremeler ve anormal göz hareketleri de görülebilir" açıklamasında bulundu.

Tanı yöntemleri

Tanıda fizik muayenenin önemli olduğunu kaydeden Prof. Dr. Karakuş, "Karın içi kitleler ele gelebilir. Genellikle çok hareket etmeyen ağrısız kitlelerdir. Muayenede göğüs kafesi ve pelvis yerleşimli kitlelerde bası etkisine bağlı solunum sıkıntısı, kabızlık vb. durumlar saptanabilir.

Laboratuvar tanısında hastada rutin kan tahlilleri dışında idrarda Vanil Mandelik Asit (VMA), Homo Vanilik Asit (HVA) Ferritin, Laktat Dehidrogenaz (LDH) ve Nöron Spesifik Enolaz (NSE) düzeyleri kullanılır.



Şekil 1: Bilgisayarlı tomografide sol böbrek üstünde yerleşik nöroblastom kitle görünümü.

Bu değerlerde yükseklik saptanması ve yükselmenin derecesi hastanın yaşam şansını ve süresini etkilemektedir” ifadelerine yer verdi.

“Radyolojik görüntülemelerde ise direkt röntgen grafileri ile kitle içindeki kalsifikasyonlar, ultrasonografi ile kitlenin içeriği ve boyutları, tomografi ile kitlenin hem boyutları hem de çevre organlara invazyonu ve kanlanması değerlendirilebilir. (Şekil 1) ” ifadelerini kullanan Prof. Dr. Karakuş, şunları bildirdi:

“Çevre organlara olan yumuşak doku invazyonları Magnetik Rezonans Görüntüleme (MR) ile daha net değerlendirilebilmektedir. Nöroblastom düşünülen hastalarda özellikli bir diğer tanı yöntemi tüm vücut kemik sintigrafisidir. Özellikle kemik yayılımı olup olmadığı ve hangi kemiklerde tutulum olduğu saptanabilmektedir.

Bunu yanı sıra tümörden biyopsi alınarak histopatolojik incelemeler ile tanı kesinleştirilmektedir. Bunlardan MYC-N proto-onkogeninin amplifikasyonu, kromozom 11q aberrasyonu ve DNA diploidisi incelenmektedir. Bunların saptanması hastalığın kötü prognozlu olacağını göstermektedir.”



Tedavi

Nöroblastom tedavisinin birçok bölümü ilgilendiren bir yapıda olduğunu kaydeden Prof. Dr. Karakuş, şöyle devam etti:

“Tedavinin ana çatısı ilaç tedavisini içeren kemoterapi, cerrahi olarak kitlenin çıkarılması ve ışın tedavisi olarak adlandırılan radyoterapiden oluşmaktadır. Tedavi her hasta özelinde, tümörün evresine, hastanın yaşına, genetik anormalliklere, tümörün biyolojik karakterine, hastalık risk grubuna ve yerleşim yerine göre değişmektedir. İleri evre hastalarda ya da standart tedaviye yanıtı olmayan olgularda kök hücre nakli ve immünoterapiye kadar uzanabilmektedir. Yayılmamış lokalize tümörlerde ve düşük risk grubunda yüzde 90 iyileşme ile sonuçlanabilmektedir. Kötü huylu tümörlerde ve yüksek risk grubunda her şeye rağmen sağ kalım oranı yüzde 30-40 düzeyinde kalmaktadır.”

WILMS TÜMÖRÜ (NEFROBLASTOM)

Çocukluk çağında en sık görülen böbrek tümörünün, ‘nefroblastom’ olarak da bilinen Wilms tümörü olduğunu belirten Prof. Dr. Karakuş, konuyla ilgili şu bilgileri paylaştı:

“Tanı anında ortalama hasta yaşı üç olan tümör, en sık 12-48 ay arasında izlenmektedir. Hastaların yüzde 90-95’inde tek taraflı iken kalan kısmında her iki böbreği de tutabilmektedir. İki taraflı olanlarda ailesel ve genetik yatkınlık daha yüksektir. Gebelik döneminde böbreğin gelişimi aşamasında ilkel böbrek dokularının ortadan kalkmaması ve devam etmesi neticesinde görülmektedir. Wilms tümöründe genetik yatkınlık Wilms tümör geni-1 (WT-1) ve WT-2’de bozukluk saptanmaktadır. Hastaların yüzde 90’ında iyi huylu karakter sergilerken kalanında yaygın anaplazi içeren kötü huylu karakter de görülmektedir.”



“ÇOCUKLUK ÇAĞINDA EN SIK GÖRÜLEN BÖBREK TÜMÖRÜ, ‘NEFROBLASTOM’ OLARAK DA BİLİLEN WILMS TÜMÖRÜDÜR. TANI ANINDA ORTALAMA HASTA YAŞI ÜÇ OLAN TÜMÖR, EN SIK 12-48 AY ARASINDA İZLENMEKTEDİR. HASTALARIN YÜZDE 90-95’İNDE TEK TARAFLI İKEN KALAN KISMINDA HER İKİ BÖBREĞİ DE TUTABİLMEKTEDİR.”

Klinik bulgular

Hastaların çoğunun tanı anında herhangi bir bulgu vermediğini söyleyen Prof. Dr. Karakuş, "Aile çocuğunu banyo yaptırırken ya da çocuk doktorunda rutin muayenelerinde karında ağrısız ele gelen kitle şeklinde fark edilirler. Bazı hastalarda karın ağrısı nedeniyle ultrasonografi yapılırken tesadüfen saptanmaktadır. Düşme, çarpma ya da araç kazası vb. durumlarda tümörde yırtılmaya bağlı karın içine kanama sonrası da saptanması olasıdır. Bazı çocuklarda idrarda kan görülmesi tümörün ilk bulgusu olabilir. Hastaların yaklaşık yüzde 25'inde hipertansiyon ortaya çıkabilir. Diğer tümörlerde olduğu gibi ateş yüksekliği, kilo kaybı da görülebilir" ifadelerini kullandı.

Tanı yöntemleri

Cerrahi öncesinde laboratuvarında rutin kan ve idrar tetkikleri dışında tümöre özgü bir tetkikin pek bulunmadığını vurgulayan Prof. Dr. Karakuş, "Genetik analiz ile Wilms tümör genleri saptanabilir. Radyolojik incelemelerde diğer solid tümörlerde olduğu gibi ultrason, bilgisayarlı tomografi ve MR sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. (Şekil 2) Tümör en sık akciğerlere yayılma gösterdiği için tanı aşamasında Wilms tümöründen şüphelenilen hastalarda akciğer tomografisi ile yayılım olup olmadığı değerlendirilmektedir. Bu hem tanıda hem de tedavi aşamasında ve sonrasında hastalığın gerilemesinin ve ilerlemesinin takibinde kullanılmaktadır" diye konuştu.

Tedavi

Tümörün tedavisinde kemoterapi, cerrahi



ve radyoterapi protokollerinin uygulandığını kaydeden Prof. Dr. Karakuş, tedavi hakkında şunları söyledi:

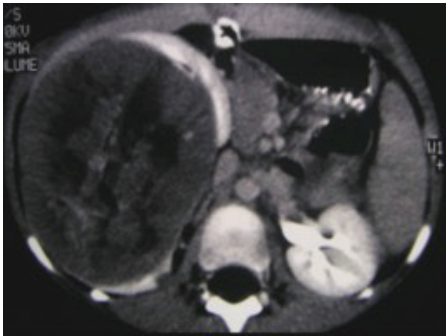
"Hastanın yaşı, tümörün büyüklüğü ve evresi, histolojik karakteri, uzak yayılım olup olmadığı hastalığın uzun dönem sonuçlarını etkilemektedir. Kemoterapi yanıtı yüksek bir tümör olduğu için büyük tümörlerde ya da iki böbreği de tutan tümörlerde önce kemoterapi ile tümör küçültülmekte sonrasında cerrahi ile kitle çıkarılmaktadır. Cerrahi tedavide tümörün olduğu böbrek ile kitle birlikte çıkarılmaktadır. İki böbreğin tutulduğu durumlarda ise büyük kitlenin olduğu tarafta böbrekle kitle birlikte çıkarılırken diğer tarafta sağlam böbrek dokusu korunarak sadece kitle çıkarılmaktadır. Tek taraflı iyi huylu Wilms tümöründe tedavi sonrası uzun dönemde böbrek yetmezliği olasılığı yüzde 1'in altındadır. Özellikle radyasyon tedavisi alan hastalarda ileri yaşlarda kalp ve akciğer hastalıkları ile meme kanseri gelişme olasılığı artmaktadır. Hastalarda 40'lı yaşlarda lösemi gibi kanserlerin gelişmesi de olasıdır."

TERATOMLAR /GERM HÜCRELİ TÜMÖRLER

Çocukluk çağında üreme hücrelerinden köken alan germ hücreli tümörlerin hastanın yaşı, bulunduğu yer, klinik bulguları, biyolojik ve histolojik özellikleri bakımından oldukça değişkenlik gösteren patoloji olduğunu kaydeden Prof. Dr. Karakuş, Aynı kökene sahip olmalarına rağmen normal farklılaşmaya sahip olanlar üreme organlarında yerleşik gonadal tümörler olarak adlandırılır. Öte yandan üreme organları dışında anormal büyüme, gelişme gösterenler ise ekstragonadal tümörler olarak adlandırılır" dedi.

Ekstragonadal tümör grubunun genellikle vücut orta hatta göğüs kafesinde, genital bölgede, kuyruk sokumunda veya kafa içerisinde ortaya çıkabileceğini bildiren Prof. Dr. Karakuş, bu tümörlerle ilgili şu bilgiyi paylaştı:

"Çocuğun yaşı ile görüldükleri bölge arasında sıkı bir ilişki vardır. 1 yaş altında en sık kuyruk sokumu bölgesinde yerleşirler. 1-12 yaş arasında ise sıklıkla boyun, göğüs



Şekil 2: Bilgisayarlı tomografide sağ böbrek kaynaklı dev kitle haline gelmiş Wilms tümörü görünümü.



kafesi ön kısımda ya da karın arka duvarında yerleşirler. Ergenlik döneminin başlamasıyla birlikte daha çok üreme organları olan kızlarda overler, erkeklerde testislerde ortaya çıkarlar. Çocukluk çağı germ hücre tümörlerinin çoğunluğu iyi huyludur ve en yaygın olanı matür teratomlardır. Bu tümör grubunun yaklaşık yüzde 20'si kötü huylu karakter sergiler. Teratomların yaklaşık yüzde 35-60 oranında kuyruk sokumu bölgesinde yerleşik sakrokoksigeal tümörler iken yüzde 20-25'i overlerde yerleşiktir. Over kist ve kitlelerin yüzde 95'i iyi huylu özelliktedir. Ergenlik ve erişkinliğe geçişte kötü huylu tümör olasılığı artmaktadır.

Gebeliğin erken dönemlerinde oluştuğu için konjenital yani doğumsal hastalıklardandır. Vücut yapılarını oluşturan üç germ yaprağından köken alırlar. Bu nedenle tümör içerisinde iyi farklılaşmış hücre tipleri olan deri, saç, diş, tiroit, mide, kas ve kemik dokularını içerebilir. Bazen dokular o kadar organize olur ki çocuk hasta kendi vücudu içerisinde ikinci bir bebek taşıyormuş gibi görünür. Teratomlar yüzde 85 iyi huylu olmakla birlikte yüzde 15-25 kötü huylu hücreler barındırabilir. Germ hücreli tümörler rastgele özellikte bireysel ortaya çıkmaktadır. Annenin gebelikte bazı kimyasallara maruz kalması da suçlanmaktadır."

Klinik bulgular

Teratomların genellikle orta hat yerleşimli olduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Karakuş, "Ekstragonadal tutulum yüzde 50 ile erişkinlerden farklıdır. Teratomlar genellikle yerleştiği organ ya da dokuda kitle etkisi ile ortaya çıkarlar. Bazı tipleri hormon üretimi de yaptıkları için endokrin bozukluklarla bulgu verebilir.

Gonadlarda yerleşik germ hücreli tümörlerden testiste teratom, seminom, embriyonel karsinom ve koryokarsinom görülür. Erkeklerde testislerde ağrı ve şişlik olarak bulgu verir. Kızlarda overlerde görülen tipleri ise matür teratomlar, disgerminom, endodermal sinüs tümörü, embriyonel karsinomlar ve miks tip tümörlerdir. Kızlarda özellikle karın ağrısı, bulantı kusma, büyümüş over dokusunun torsiyon denilen damarlar etrafında burulması, dönmesi neticesinde kan akımının durmasına bağlı kangrenöz durumlar ortaya çıkabilir. Apandisit benzer bir tablo olarak bulgu verebilir. Sürekli az az kronik karın ağrıları, iştahsızlık, şişkinlik, zaman içerisinde yavaş yavaş büyüyen karın şişliği diğer bulgulardır" açıklamasında bulundu.

Tanı yöntemleri

Cerrahi öncesinde laboratuvar rutin kan ve



"BEBEK VE ÇOCUKLARDA OVER YANI YUMURTALIK KİTLELERİ BÜYÜK BİR ÇEŞİTLİLİK GÖSTERİR. ÇOCUKLARDA GÖRÜLENLERİN BÜYÜK ÇOĞUNLUĞU İYİ HUYLU ÖZELLİKTEDİR. KÖTÜ HUYLU OLMAYAN LEZYONLAR FONKSİYONEL YUMURTALIK KİSTLERİDİR. ERGENLİK DÖNEMİNE KADAR EN SIK GÖRÜLEN LEZYONLARDIR. BUNLARIN BAZILARI BASİT SIVI DOLU KİSTLER İKEN BAZILARI İÇERİSİNE KANAYARAK KOMPLİKE HALE GELEBİLİRLER."



"EKSTRAGONADAL TÜMÖR GRUBU GENELLİKLE VÜCUT ORTA HATTA GÖĞÜS KAFESİNDE, GENİTAL BÖLGEDE, KUYRUK SOKUMUNDA VEYA Kafa İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKABİLİR. ÇOCUĞUN YAŞI İLE GÖRÜLDÜKLERİ BÖLGE ARASINDA SIKI BİR İLİŞKİ VARDIR. 1 YAŞ ALTINDA EN SIK KUYRUK SOKUMU BÖLGESİNDE YERLEŞİRLER. 1-12 YAŞ ARASINDA İSE SIKLIKLA BOYUN, GÖĞÜS KAFESİ ÖN KISIMDA YA DA KARIN ARKA DUVARINDA YERLEŞİRLER."

idrar tetkikleri dışında bazı tanı yöntemleri kullanıldığını kaydeden Prof. Dr. Karakuş, şöyle konuştu:

"Bu tümörlere özgü alfa fetoprotein (AFP), beta human koryonik gonotropin (HCG), over tümörlerinde CA-125 tanıda kullanılan tetkiklerdir. Radyolojik görüntülemeye öncelikle ultrasonografi ile tarama yapılır. Kitlenin kistik ve solid yapıları değerlendirilir. Ayrıca tomografi ve MR ile daha detaylı olarak tümör yapıları değerlendirilmektedir. Kuyruk sokumu yerleşimli tümörler ise çoğunlukla gebelikte yapılan ultrasonlarda bebekte kitle olarak saptanabilmektedir. Sadece karın içinde yerleşimli kitleler ise doğumdan sonra yine ultrason ve tomografi ile saptanmaktadır."

Tedavi

Tümörün tedavisinde kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi protokolleri uygulandığını belirten Prof. Dr. Karakuş, tedavi hakkında şunları anlattı:

"Teratomlar ve diğer germ hücreli tümörler saptandıktan sonra cerrahi olarak çıkarılmaktadır. Özellikle kuyruk sokumu yerleşimli olanlar bebek 2 aylıktan, küçükken çıkarıldığında iyi huylu özellik göstermektedir. İster testis ve overlerde yerleşik olsun isterse vücudun diğer bölgelerinde yerleşik olsun tümörün cerrahi olarak tamamen çıkarılması gerekir. Üreme organlarında yerleşik tümörlerde kitle ile over ya da testisin de çıkarılması gerekebilmektedir. Tümör çıkarıldıktan sonra patolojide incelemeye alınmaktadır. Kötü huylu özelliği gösteren immatür hücreler saptanması durumunda hastanın yaşı, tümörün yerine ve tam çıkarılma durumuna göre kemoterapi ve radyoterapi tedavileri de eklenebilmektedir. Bununla beraber çocukluk çağında görülen tera-

tomlar cerrahi tam çıkarma ve kemoterapi protokolleri ile yüksek sağ kalım oranlarına sahip tümörlerdir. Tedavi sonuçları son yıllarda oldukça yüz güldürücüdür."

RABDOMYOSARKOM

Bu tümörlerin çocuk yaş grubunda en sık görülen (Yüzde 5-8) yumuşak doku sarkomu olduğunu belirten Prof. Dr. Karakuş, "İskelet, kas dokusuna farklılaşabilme potansiyeline sahip hücrelerden köken alır. Kısa sürede çevre doku ve organlar yayılarak kan ve lenf yoluyla uzak yayılım gösterebilir. Özellikle 2-6 yaş ve 12-18 yaşları arasında daha sık görülür. Vücudun herhangi bir yerinde gelişebilir. Baş, boyun, göğüs duvarı, karın içerisi ve pelvis, kol ve bacaklar sık ortaya çıktığı bölgelerdir. Göz küresinde, vajinada ve testis etrafında gelişen tipleri göreceli olarak daha iyi seyirlidir. Mesane ve vajinadaki kitleler dışarıya doğru büyüyerek gözle görülebilir hale gelebilirler" şeklinde konuştu.

Klinik bulgular

Hastaların şikâyet ve bulgularının tümö-

rün yerleştiği yere göre değişiklik gösterdiğini vurgulayan Prof. Dr. Karakuş, şunları kaydetti:

"Boğaz ve boyun bölgesinde yerleşimli olanlar kanlı ve koyu yapışkan geniz akıntısı, ağrı sık sinüzit bulguları, burun kanaması ve yutma güçlüğü yapabilir. Orta kulağı tutan olgularda kulak ağrısı ve akıntısı olabilir. Göz tutulumu olan hastalarda göz kapağında düşüklük, gözde dışarı doğru büyüme, görme bozuklukları, gözlerde kayma ve ağrı şikâyeti olabilir. Vajina tutulumu olan hastalarda vajinal kanlı ya da kansız akıntı ilk bulgu olabilir. Bazen üzüm salkımı şeklinde kitlenin dışarıya sarktığı görülebilir. Mesane ve idrar yolu tutulumu olanlarda idrarda kan, sık ve az az idrara çıkma, idrar kaçırma, ağrılı idrar yapma ve idrar yapmada zorlanma bulguları görülebilir."

Tanı yöntemleri

Cerrahi öncesinde, laboratuvarında rutin kan ve idrar tetkikleri dışında tümöre özgü bir tetkik olmadığını belirten Prof. Dr. Karakuş, "Özellikle tutulum yaptığı böl-





ge ve organa göre laboratuvar bulguları değişiklik gösterebilir. Radyolojik görüntüleme ultrason, tomografi ve MR rutin olarak kullanılmaktadır" dedi.

Tedavi

Tümörün tedavisinde kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi protokollerinin uygulandığını söyleyen Prof. Dr. Karakuş, "Çevre dokulara yoğun invazyonu olduğu için cerrahi olarak tam çıkarılması oldukça zor bir tümördür. Çoğu hastada bulguları ve çevre organ fonksiyonlarındaki bozulmayı hafifletmek amacıyla küçültme operasyonları yapılmaktadır. Tümörün evresine göre kemoterapi yanıtı değişmekle birlikte yanıtı diğer tümörlere göre oldukça düşüktür. Radyoterapiye orta derecede duyarlıdır. Hastaların 5 yıllık sağ kalım oranları evre 1-2 tümörlerde yüzde 80 iken evre 4 tümörlerde yüzde 25'e düşmektedir. Uzak yayılım olması ve çıkarılan tümörün olduğu bölgede nüks

görülmesi kötü seyir bulgularıdır. Bu hastalarda sağ kalım süresi 2 yılın altındadır" ifadelerini kullandı.

OVER KİST VE TÜMÖRLERİ

Bebek ve çocuklarda over yani yumurtalık kitlelerinin büyük bir çeşitlilik gösterdiğini kaydeden Prof. Dr. Karakuş, bu tümörler hakkında şunları anlattı:

"Çocuklarda görülenlerin büyük çoğunluğu iyi huylu özelliktedir. Kötü huylu olmayan lezyonlar fonksiyonel yumurtalık kistleridir. Ergenlik dönemine kadar en sık görülen lezyonlardır. Bunların bazıları basit sıvı dolu kistler iken bazıları içerisine kanayarak komplike hale gelebilirler. Tümöral olanlar ise hem iyi huylu hem de kötü huylu karakter sergileyebilir. Over kistleri bebeklikten itibaren hemen hemen her yaşta görülebilir ancak çoğun-

lukla kendiliğinden gerilediği için nadiren tedavi gerektirirler. Ameliyat gerektiren over neoplazilerinin çoğu iyi huyludur ve en sık matür teratom, müsinöz ve seröz kistadenomlar görülür. Çocuklarda kötü huylu tümörler oldukça nadirdir. Genital organlarda görülen tümörlerin yüzde 2'sini oluştururlar. 20 yaş altı over tümörlerinin yüzde 75'i üreme hücrelerinden kaynaklanır. Adet görmeyen önceki dönemde bu oran yaklaşık yüzde 90'dır. Kötü huylu over tümörlerinin sadece yüzde 2'si 18 yaş altında görülmektedir."

Klinik bulgular

Hastaların şikâyet ve bulgularının kitlenin iyi veya kötü huylu özellik göstermesine bakmaksızın benzer olduğunu söyleyen Prof. Dr. Karakuş, klinik bulguları yönelik şunları ifade etti:

"Başka sebeplerle yapılan ultrason gö-

"RABDOMYOSARKOM TÜMÖRLERİ ÇOCUK YAŞ GRUBUNDA EN SIK GÖRÜLEN (YÜZDE 5-8) YUMUŞAK DOKU SARKOMUDUR. İSKELET, KAS DOKUSUNA FARKLIŞABİLME POTANSİYELİNE SAHİP HÜCRELERDEN KÖKEN ALIR. KISA SÜREDE ÇEVRE DOKU VE ORGANLAR YAYILARAK KAN VE LENF YOLUYLA UZAK YAYILIM GÖSTEREBİLİR. ÖZELLİKLE 2-6 YAŞ VE 12-18 YAŞLARI ARASINDA DAHA SIK GÖRÜLÜR."



rüntülemeye tesadüfen saptanabilirler. En sık şikâyet karın ağrısıdır. Hızlı büyüyen tümörler de akut olabilir. Ancak çoğunlukla yavaş büyüyen özellik gösterdikleri için haftalar aylar süren aralıklı kronik karın ağrıları yaygındır. Tümör büyümesine bağlı yumurtalık damarlarında torisyon dediğimiz burulmaya bağlı kan akımının durması durumunda şiddetli kıvrandırıcı bıçak saplanır tarzda karın ağrısı görülebilir. Yavaş büyüyen kitlelerde karının zaman içerisinde büyüdüğü, kilo aldığı ya da gebe olduğu zannedilebilir. İştahsızlık, kabızlık, sık idrara çıkma, bulantı, kusma şikâyetleri olabilir. Hormon salgılayan tiplerinde özellikle östrojen salgılanmasına bağlı erken seksüel gelişim görülebilir. Bunlar arasında erken adet görme, vücut kıllanmasının ve meme gelişiminin yaklaşık 9-10 yaştan daha erken başlaması ilk bulgular olabilir."

Tanı yöntemleri

Fizik muayenede karında kitle ele gelebileceğini vurgulayan Prof. Dr. Karakuş, sözlerini şöyle sürdürdü:

"Vücut kıllanmasında yaşa göre erken artış ya da erkek tipi kıllanma saptanabilir. Kitlede yırtılma ya da damarlarda burulma

olduğunda apandisit benzer karın ağrısı görülebilir. Bu tümörler hormon üretme özelliklerine sahiptir. Cerrahi öncesinde laboratuvarında rutin kan ve idrar tetkikleri dışında tümöre özgü tetkikler arasında AFP, beta-HCG, LDH ve CA-125 bulunmaktadır. Görüntülemeye ise öncelikle ultrasonografi kullanılır. Kan akımında sorun olduğu düşünülen olgularda doppler ultrasonografi tercih edilir. Kitlenin özelliğine göre ileri aşamada tomografi ve MR incelemelerde yapılmaktadır."

Tedavi

Tümörün tedavisinde kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi protokollerinin uygulandığını kaydeden Prof. Dr. Karakuş, "Tedavinin temeli kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Kitle yumurtalıkta tutulum tipine göre sadece kitlenin çıkarılmasıyla yapılabilirken bazen yumurtalık ve tüplerle birlikte çıkarılmasını gerektirebilir. Patolojik doku incelemelerinde kötü huylu karakter sergileyen tümörlerde kemoterapi ve radyoterapi tedavileri de eklenmektedir. Çocukların over kist ve tümörleri çoğunlukla iyi huyludur. Bu nedenle uzun dönem sağ kalım oranları oldukça yüksektir" diye konuştu.

Sonuç olarak, bebek ve çocuklarda birçok

kitle etkisi yapan tümörler gelişebildiğini kaydeden Prof. Dr. Karakuş, son olarak şunları kaydetti:

"Bu tümörlerin birçoğu erken çocukluk döneminde iyi huylu özellikler gösterirken yaş ilerledikçe kötü huylu özellikleri artmaktadır. Çoğunluğu tesadüfen, başka sebeplerle hastanın muayenesi ya da incelemeleri sırasında fark edilmektedir. Ancak görünür şişlikler daha erken saptanırken karın içi ya da göğüs kafesi içerisinde yavaş büyüyen kitleler diğer organlar üzerinde yaptığı etkiler nedeniyle daha geç fark edilmektedir. Tedavide cerrahi olarak kitlelerin çıkarılması temel tedavi prensibi olmasına rağmen kötü huylu özelliğe sahip tümörlerde kemoterapi ve radyoterapi tedavileri de gerekebilmektedir. Bazı tümörlerin ileri dönem sağ kalım oranları düşük olsa bile çoğunluğu erken tanı ve tedavi ile normal sağ kalım oranlarına sahiptir. Ailelerin beklikten itibaren çocuklarının vücutlarını olası kitleler açısından gözlemlenmeleri en ufak bir şüphede hastaneye başvurmaları çok önemlidir. Çocukluk çağı tümörlerinin tanı ve tedavi süreçleri özellikli ve uzun zaman alabildiği için ileri düzey üçüncü basamak bir merkezde değerlendirilmeleri önem arz etmektedir."





**PROF. DR.
ALİ KOLUSARI**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ
CERRAHI

JİNEKOLOJİK KANSERLER

KADIN SAĞLIĞINI TEHDİT EDEN EN ÖNEMLİ HASTALIKLARDAN BİRİ JİNEKOLOJİK KANSERLERDİR. BU HASTALIKLAR, KADIN ÜREME SİSTEMİ ORGANLARINDA RAHİM AĞZI (SERVİKS), RAHİM İÇ TABAKASI (ENDOMETRİUM), YUMURTALIKLAR (OVER) VE DIŞ GENİTAL BÖLGEDE (VULVA) GELİŞİR.

SANKO Üniversitesi Hastanesi'nde konsültan hekimi olarak görev yapan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Prof. Dr. Ali Kolusarı, jinekolojik kanserlerde de erken tanının hayat kurtardığını söyledi. Erken tanı konulduğunda tedavide başarı oranının oldukça yüksek olduğunu belirten Prof. Dr. Kolusarı, "Ancak birçok kadın, belirtileri fark etmekte gecikmekte ya da düzenli sağlık kontrollerini ihmal etmektedir" dedi.

1. SERVİKS (RAHİM AĞZI) KANSERİ

Serviksin rahmin vajinaya açılan alt kısmı

olduğunu ifade eden Prof. Dr. Kolusarı, "Serviks kanseri, bu bölgedeki hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmasıyla oluşur. Gelişmiş ülkelerde düzenli tarama programları sayesinde azalmaktadır, ancak düşük ve orta gelirli bölgelerde hâlâ yaygındır" şeklinde konuştu.

Nedenleri:

Prof. Dr. Kolusarı, serviks kanserinin nedenlerini şöyle sıraladı:

- En sık neden HPV (Human Papilloma Virüs) enfeksiyonudur. Özellikle HPV 16 ve 18 tipleri yüksek risklidir.
- Sigara kullanımı,



"SERVİKS KANSERİ, BU BÖLGEDEKİ HÜCRELERİN KONTROLSUZ ŞEKİLDE ÇOĞALMASIYLA OLUŞUR. GELİŞMİŞ ÜLKELERDE DÜZENLİ TARAMA PROGRAMLARI SAYESİNDE AZALMAKTADIR, ANCAK DÜŞÜK VE ORTA GELİRLİ BÖLGELERDE HÂLÂ YAYGINDIR."



"YUMURTALIK DOKUSUNDA BAŞLAYAN VE GENELLİKLE SİNSİCE İLERLEYEN OVER KANSERİ, EN TEHLİKELİ JİNEKOLOJİK KANSER TÜRLERİNDEN BİRİDİR ÇÜNKÜ ERKEN DÖNEMDE BELİRTİ VERMEZ."

- Bağışıklık sisteminin zayıflığı,
- Erken yaşta cinsel ilişki ve çok sayıda partner."

Belirtiler:

Serviks kanserinin çeşitli belirtilerle kendini gösterdiğini belirten Prof. Dr. Kolusarı, bunların;

- Cinsel ilişki sonrası kanama,
- Ara kanamalar veya menopoz sonrası kanama,
- Kötü kokulu vajinal akıntı,
- Pelvik ağrı" olduğunu söyledi.

Tanı yöntemleri:

Prof. Dr. Kolusarı, serviks kanserinin tanı yöntemleri hakkında şu bilgiyi verdi:

- Smear (PAP) Testi: Rahim ağzından alınan hücre örneğiyle anormal hücreler tespit edilir.
- HPV DNA Testi: Yüksek riskli HPV tipleri araştırılır.
- Kolposkopi: Serviks mikroskopla incelenir, gerekirse biyopsi alınır.
- Biyopsi: Kesin tanı için şarttır."

Güncel tedavi yöntemleri:

Serviks kanserinde uygulanacak tedavinin hastalığın evresine, hastanın yaşına, çocuk sahibi olma isteğine ve genel sağlık durumuna göre belirlendiğini kaydeden Prof. Dr. Kolusarı, tedavi yöntemleri hakkında şunları söyledi:

"Erken evrede tespit edilen lezyonlarda sadece rahim ağzındaki hastalıklı kısmın çıkarılması yeterli olabilir. Bu işleme 'konizasyon' adı verilir ve doğurganlığı koru-

mak isteyen genç kadınlar için uygundur. Kanser servikste sınırlıysa, 'radikal trakelektomi' denilen daha geniş bir cerrahi ile sadece rahim ağzı çıkarılabilir. Bu sayede rahim yerinde bırakılır ve hasta ileride çocuk sahibi olabilir. Daha ileri evrelerde ise genellikle radikal histerektomi uygulanır; bu operasyonla rahim, rahim ağzı, bazen yumurtalıklar ve çevresindeki lenf düğümleri çıkarılır. Serviks kanseri, radyoterapiye duyarlı bir hastalıktır. Bu nedenle özellikle tümörün rahim dışına yayıldığı vakalarda, radyoterapi (Işın tedavisi) uygulanır. Kemoterapi ise genellikle radyoterapi ile birlikte veya yaygın hastalıkta tek başına kullanılır. Günümüzde bazı ileri evre serviks kanseri hastalarında immünoterapi gibi yeni tedavi seçenekleri de denenmektedir. Ancak tedavi kadar önleme de önemlidir. HPV aşısı, bu kanserin en önemli nedeni olan HPV virüsüne karşı yüksek koruma sağlar ve ülkemizde 9-14 yaş grubunda uygulanması önerilmektedir."

2. OVER (YUMURTALIK) KANSERİ

Over kanserinin yumurtalık dokusunda başladığını ve genellikle sinsice ilerlediğini belirten Prof. Dr. Kolusarı, "Over kanseri, en tehlikeli jinekolojik kanser türlerinden biridir çünkü erken dönemde belirti vermez" dedi.

Risk faktörleri:

Prof. Dr. Kolusarı, over kanserinin risk faktörlerini şöyle sıraladı:

- Ailede over veya meme kanseri öyküsü,
- BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları,
- Hiç doğum yapmamış olmak,
- Geç menopoz."

Belirtiler:

Over kanserlerinin karında şişlik, gerginlik gibi belirtiler gösterdiğini belirten Prof. Dr. Kolusarı, diğer belirtiler hakkında şunları söyledi:

- Erken doyma hissi,
- Kabızlık,





- Kilo kaybı,
- Kasık ve bel ağrısı."

Tanı yöntemleri:

Over kanserlerinin tanısında pelvik ultrasonografi uygulandığını ifade eden Prof. Dr. Kulusarı, diğer tanı yöntemlerini şöyle özetledi:

- CA-125: Kanda ölçülen bir tümör belirteçidir (Her zaman güvenilir değildir),
- MR / BT taramaları,
- Tanısal laparoskopi: Gerekirse biyopsi ile kesin tanı konur."



"RAHİM İÇİ KANSERİ ERKEN EVREDE TESPİT EDİLDİĞİNDE TEDAVİSİ OLDUKÇA BAŞARILIDIR. TEMEL TEDAVİ YÖNTEMİ CERRAHİDİR. GENELLİKLE RAHİM, YUMURTALIKLAR VE FALLOP TÜPLERİ BİRLİKTE ÇIKARILIR. LENF NODU ÖRNEKLEMESİ YAPILARAK HASTALIĞIN YAYILIP YAYILMADIĞI KONTROL EDİLİR."

Güncel tedavi yöntemleri:

Yumurtalık kanserine genellikle geç evrede tanı konduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Kulusarı, "Bu nedenle tedavi genellikle karmaşık ve çok aşamalıdır. Tedavinin ilk adımı, mümkün olan en fazla tümör dokusunun çıkarılmasıdır. Bu işleme 'sitoreduktif cerrahi' veya 'debulking' adı verilir. Bu operasyon sırasında her iki yumurtalık, rahim, omentum (Karın zarı), lenf düğümleri ve bazen yayılım gösterdiği diğer karın organları çıkarılır. Cerrahinin başarısı, tedavi başarısını doğrudan etkiler. Ameliyat sonrasında kalan mikroskobik tümör hücrelerini yok etmek için hastaya kemoterapi uygulanır. Standart tedavi, karboplatin ve paklitaksel isimli ilaçların kombine edildiği 6 kürlük bir kemoterapi protokolüdür.

Son yıllarda, özellikle BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonu taşıyan kadınlarda, kemoterapi sonrasında PARP inhibitörleri (Örneğin olaparib) gibi hedefe yönelik tedaviler kullanılmaya başlanmıştır. Bu ilaçlar, kanser hücrelerinin DNA onarımını engelleyerek kanserin ilerlemesini yavaşlatır. Ayrıca bazı vakalarda kemoterapi öncesinde 'neoadjuvan kemoterapi' verilerek tümör küçültülür, ardından cerrahi yapılır. İleri evre hastalıkta hastanın genel durumuna göre immünoterapi gibi yeni tedavi seçenekleri klinik çalışmalarda değerlendirilmektedir" açıklamasında bulundu.

3. ENDOMETRİUM (RAHİM İÇİ) KANSERİ

Endometrium kanserinin rahmin iç yüzeyini döşeyen endometrium tabakasında kontrolsüz hücre çoğalmasıyla oluştuğunu vurgulayan Prof. Dr. Kulusarı, bu kanserin en sık görülen jinekolojik kanser

olduğunu kaydetti.

Risk faktörleri:

Prof. Dr. Kulusarı, endometrium kanserinin risk faktörlerini şöyle sıraladı:

- Menopoz sonrası uzun süreli östrojen kullanımı,
- Obezite,
- Diyabet,
- Polikistik Over Sendromu (PCOS),
- Aile öyküsü."

Belirtiler:

Endometrium kanserinde menopoz sonrasında vajinal kanama görüldüğünü söyleyen Prof. Dr. Kulusarı, diğer belirtileri şöyle anlattı:

- Adet düzensizlikleri
- Cinsel ilişki sonrası lekelenme
- Kasıkta dolgunluk hissi."

Tanı yöntemleri:

Prof. Dr. Kulusarı, tanı yöntemleri hakkında şu bilgiyi verdi:

- Transvajinal ultrason: Rahim içi kalınlığı ölçülür.
- Endometrial biyopsi: Tanının altın standardıdır.
- Histeroskopi: Kamera yardımıyla rahim içi doğrudan görülerek biyopsi alınabilir."

Güncel tedavi yöntemleri:

Rahim içi kanseri erken evrede tespit edildiğinde tedavisinin oldukça başarılı olduğunu kaydeden Prof. Dr. Kulusarı, şöyle konuştu:

"Temel tedavi yöntemi cerrahidir. Genellikle rahim, yumurtalıklar ve fallop tüpleri birlikte çıkarılır (Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi). Lenf nodu örnekleme yapılarak hastalığın yayılıp yayılmadığı kontrol edilir.

Cerrahi sonrası, patoloji raporuna göre hastaya radyoterapi uygulanabilir. Bu, hastalığın tekrarlama riskini azaltır.

Eğer tümör rahim dışına yayılmışsa veya agresif bir hücre yapısına sahipse, cerrahiden sonra kemoterapi de verilir. Kemoterapi genellikle platin bazlı ilaçlar içerir. Menopoza girmemiş, doğurganlığını korumak isteyen ve hastalığı çok erken evrede olan kadınlar için, rahmi almadan sadece hormon tedavisi uygulanması bir seçenektir. Bu yöntemde progesteron türevi ilaçlarla hastalık baskılanabilir.

Ayrıca, son yıllarda immünohistokimyasal analizler sayesinde belirli moleküler alt tiplere sahip endometrium kanserlerinde immünoterapi ve hedefe yönelik ilaçlar ile kişiselleştirilmiş tedaviler uygulanmaya başlanmıştır. Bu gelişmeler, özellikle ileri evre veya tekrarlayan rahim içi kanseri hastalarında umut vericidir."

4. VULVA KANSERİ

Bu kanserin kadınların dış genital bölgesi olan vulvada geliştiğini belirten Prof. Dr. Kulusarı, "Vulva kanseri nadir, ancak yaşlı kadınlarda daha fazla görülen kanser türüdür. Erken dönemde lezyonlar gözle görülebilir" dedi.

Risk faktörleri:

Prof. Dr. Kulusarı, vulva kanserinin risk faktörlerini şöyle sıraladı:

- HPV enfeksiyonu (Özellikle HPV 16),
- Sigara kullanımı,
- Uzun süreli kaşıntı ve cilt hastalıkları (Liken skleroz vb.),
- Zayıf bağışıklık sistemi."

Belirtiler:

Vulva kanserlerinde vulvada kaşıntı, ağrı veya hassasiyet görülebileceğini kaydeden Prof. Dr. Kulusarı, diğer belirtiler hakkında şunları söyledi:

- Deride renk değişikliği (Kırmızı, beyaz, koyu lekeler),
- Kabarıklık, sertlik, sigile benzer lezyon,
- Açık yara, kanama, kabuklanma."

Tanı yöntemleri:

Jinekolojik muayenenin tanı yöntemleri arasında bulunduğunu vurgulayan Prof. Dr. Kulusarı, diğer yöntemleri ise şöyle belirtti:

- Deri biyopsisi,
- Vulvoskopi: Vulva mikroskopla incelenir, gerekirse biyopsi alınır.
- Görüntüleme (İleri evrelerde yayılımı görmek için)."

Güncel tedavi yöntemleri:

Vulva kanseri tedavisinde, hastalığın evresi ve lezyonun konumunun tedavi kararlarını belirlediğini vurgulayan Prof. Dr. Kulusarı, şu açıklamada bulundu:

"Erken evre vulva kanserlerinde, sadece hastalıklı dokunun çıkarıldığı lokal eksizyon yeterli olabilir. Lezyon büyükse ya da sınırda temiz bir cerrahi yapılamıyorsa, daha geniş bir ameliyat gerekebilir. Bu durumda radikal vulvektomi, yani vulvanın tamamının ya da büyük bir kısmının çıkarılması gündeme gelir. Eğer hastalık çevre lenf düğümlerine yayılmışsa, özellikle kasık bölgesindeki lenf düğümleri de alınır (Lenfadenektomi). İleri evre veya tümörün tam çıkarılamadığı durumlarda, tedaviye radyoterapi eklenir. Radyoterapi, kanser hücrelerini hedef alarak hem lokal kontrol sağlar hem de cerrahi gerekliliğini azaltabilir. Bazı durumlarda radyoterapi ile birlikte veya sonrasında kemoterapi uygulanabilir.

Yeni tedavi yöntemleri arasında immünoterapi araştırılmaktadır; ancak bu halen deneysel düzeydedir. Vulva kanseri genellikle ileri yaş kadınlarda görüldüğü için, tedavi planı yapılırken hastanın hayat kalitesi ve psikososyal durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Vulvada yara, kaşıntı, leke vb. belirtiler uzun süredir devam ediyorsa vakit kaybetmeden hekime başvurmak hayat kurtarıcı olabilir."

Jinekolojik kanserlerin erken tanı ve doğru tedaviyle başarıyla yönetilebilecek hastalıklar olduğunu ifade eden Prof. Dr. Kulusarı, "Ne yazık ki utanma, ihmal veya bilgi eksikliği, birçok kadının geç tanı al-



"VULVA KANSERİ NADİR, ANCAK YAŞLI KADINLARDA DAHA FAZLA GÖRÜLEN KANSER TÜRÜDÜR. ERKEN DÖNEMDE LEZYONLAR GÖZLE GÖRÜLEBİLİR."

masına yol açıyor" diyerek şu uyarılarda bulundu:

- HPV aşısı hayat kurtarır,
- Menopoz sonrası en ufak kanama önemlidir,
- Düzenli jinekolojik muayene şarttır,
- Vücudun verdiği belirtilere kulak verilmelidir."



**PROF. DR.
AHMET BALIK**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

PANKREAS KANSERİ

KANSERE BAĞLI ÖLÜMLERDE DÖRDÜNCÜ SIRADA YER ALAN PANKREAS KANSERİNİN BELİRTİLERİ, TÜMÖRÜN YERLEŞİM YERİNE GÖRE DEĞİŞKENLİK GÖSTERMEKTEDİR. ERKEN DÖNEMDE BELİRTİ VERMEDİĞİ İÇİN GEÇ EVRELERDE TANI ALAN PANKREAS KANSERİNDE EN BAŞARILI TEDAVİ YÖNTEMİ CERRAHİDİR.

PANKREASIN YERLEŞİM YERİ VE GÖREVLERİ

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda görev yapan Prof. Dr. Ahmet Balık, "Pankreas, karnın üst arka kısmında, karaciğer ile dalak arasında yatay yerleşim gösteren endokrin (İç salgı) ve ekzokrin (Dış salgı) fonksiyonları olan bir organdır" dedi.

Pankreasın büyük kısmını ekzokrin salgı yapan asiner hücrelerin, küçük bir kısmını ise endokrin hücre adacıklarının oluşturduğunu

belirten Prof. Dr. Balık, şunları kaydetti:

"En önemli endokrin salgısı insülin hormonudur. Bu hormon kan şekeri düzeyini düzenleyen başlıca hormon olup, eksikliğinde veya bu hormona direnç gelişmesi durumunda 'Diyabetes Mellitus' (Şeker hastalığı) gelişir.

Pankreas bunun dışında glukagon, somatostatin, gastrin ve vasoaktif intestinal peptid gibi birçok hormon salgılar. Bu hormonların çeşitli görevleri olmakla birlikte en önemlisi kan glukoz düzeyini insülinin



"PANKREAS KANSERİNİ TAMAMEN ÖNLEMEN MÜMKÜN OLMAMAKLA BERABER, RİSK AZALTILABİLMEKTEDİR. BUNUN İÇİN İŞE DAHA ÖNCE BAHSİDİLEN ÖNLENEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ ORTADAN KALDIRILMALIDIR."





"PANKREAS KANSERİ DİYABETİ OLANLARDA DAHA SIK GÖRÜLMEKLE BERABER BUNUN NEDENİ NET BİR ŞEKİLDE İZAH EDİLEMEMİŞTİR. KRONİK PANKREATİT AŞIRI ALKOL VE SİĞARA TÜKETENLERDE DAHA SIK GÖRÜLEN BİR TABLO OLUP PANKREASIN KRONİK İNFLAMASYONUDUR."

tersine yükseltmeleridir. Ekzokrin olarak pankreas sindirimi kolaylaştırıp besinlerin bağırsaktan emilmesini sağlayan birçok enzim salgılar."

PANKREAS KANSERİNİN BAŞLICA ÖZELLİKLERİ

Pankreas kanserinin, bütün vücut göz önüne alındığında görülme sıklığı bakımından dokuzuncu sırada olmasına karşın, kansere bağlı ölümlerde dördüncü sırada olduğunu söyleyen Prof. Dr. Balık, "Bu durum pankreas kanserlerinin karakter olarak daha habis seyirli olduklarını gösterse de bu durum daha çok ekzokrin tümörler için geçerlidir. Endokrin tümörler ekzokrin tümörlere göre daha selim bir seyir gösterirler" diye konuştu.

PANKREAS KANSERİNİN BELİRTİLERİ

"Pankreas kanserinin belirtileri, tümörün pankreasın neresinden ve hangi dokusundan kaynaklandığına bağlıdır" ifadelerini kullanan Prof. Dr. Balık, belirtiler hakkında şu bilgileri verdi:

"Organın kuyruk denilen dalak tarafında yer alan kısımdan kaynaklanan ekzokrin kanserler genellikle ileri aşamalara kadar sessiz kalırlar. İleri aşamada ise bütün kanserlerin ortak belirtileri olan halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı vb. belirtilerin yanı sıra sırt ağrısı, şişkinlik, bulantı, kusma



vb. şikayetler ortaya çıkabilir.

Pankreasın karaciğere yakın olan baş kısmı denilen kanserlerde göz ve deride sarılık, idrarda koyulaşma ve kaşıntı kanser tanısının kuyruk bölgesindekilere göre daha erken dönemde konulmasına yardımcı olur. İleri evrelerde pankreas baş kısmındaki tümörler on iki parmak bağırsağında tıkanmaya neden olarak kusmaya yol açarlar.

Pankreasın endokrin tümörlerinin büyük kısmı tespit edilebilen bir hormon salgılamaz. Bu tümörlerde uzun süre sessiz bir seyir gösterebilir. Hormon salgılayan tümörlerin belirtileri ise salgılanan hormona göre değişiklik gösterir.

Gastrin salgılayan tümörlerde yemek borusu, mide ve bağırsakta birden fazla tedaviye dirençli ülserler görülür. İnsülin salgılayan tümörlerde ise kan glukoz düzeyinin düşmesine bağlı halsizlik, aşırı yeme isteği ve buna bağlı kilo alımı söz konusudur. Diğer tümörlerde en sık olarak karşımıza kan glukoz düzeyi yüksekliği çıkar."

PANKREAS KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

Pankreas kanseri için önlenemez ve önlenemeyen risk faktörleri olduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Balık, "Önlenemez olanlar; sigara tüketimi, aşırı kilo, diyabet, kronik pankreatit ve bazı kimyasal maddelere uzun süre maruz kalmadır. Sigara önemli bir faktör olup sigara tüketenlerde pankreas kanseri görülme oranı tüketmeyenlere göre iki kat daha fazladır. Bu artış aşırı kilosu olanlarda yüzde 20-30'dur.

Pankreas kanseri diyabeti olanlarda daha sık görülmekle beraber bunun nedeni net bir şekilde izah edilememiştir. Kronik pankreatit aşırı alkol ve sigara tüketenlerde daha sık görülen bir tablo olup pankreasın kronik inflamasyonudur. Bu tabloda da pankreas kanseri riski daha yüksektir" açıklamasında bulundu.

Prof. Dr. Balık, önlenemeyen risk faktörlerini ise şöyle sıraladı:

"Yaş, cinsiyet, genetikdir. Pankreas kanseri genel olarak ileri yaşlarda görülmekle birlikte nadir olarak 45 yaşından genç



olanlarda da görülebilmektedir. Kadınlarda erkeklere göre pankreas kanseri görülme oranı biraz daha yüksektir. Bazı gen anomalilerinde ailenin birden çok üyesinde pankreasla birlikte farklı organlarda kanser gelişebilir.”

PANKREAS KANSERİ TEŞHİSİ İÇİN YAPILACAK TESTLER

Pankreas kanseri teşhisinin organın yerleşim yeri ve bazen bulgu vermemesi nedeni ile zor olabileceğini vurgulayan Prof. Dr. Balık, “Bunun için ilk adım bu hastalık için şüphe duymaktır. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme (MR), endoskopi ve pozitron emisyon tomografisi (PET) teşhis için kullanılır. Ancak tedaviyi yönlendirmede tomografi, MR ve PET’in rolü daha fazladır” dedi.

PANKREAS KANSERİNİN SEYRİ

“Pankreas kanseri başlangıçta sessiz olmasına karşın ilerlemiş hastalık olması durumunda tümörün yerleştiği yere göre bulgu verir” ifadelerini kullanan Prof. Dr. Balık, sözlerini şöyle sürdürdü:

“Organın baş kısmındaki tümörler sarılığa yol açarak nispeten daha erken tanın-



“PANKREAS KANSERİ, BÜTÜN VÜCUT GÖZ ÖNÜNE ALINDIĞINDA GÖRÜLME SIKLIĞI BAKIMINDAN DOKUZUNCU SIRADA OLMASINA KARŞIN, KANSERE BAĞLI ÖLÜMLERDE DÖRDÜNCÜ SIRADADIR. BU, PANKREAS KANSERLERİNİN KARAKTER OLARAK DAHA HABİS SEYİRLİ OLDUKLARINI GÖSTERSE DE BU DURUM DAHA ÇOK EKZOKRİN TÜMÖRLER İÇİN GEÇERLİDİR. ENDOKRİN TÜMÖRLER EKZOKRİN TÜMÖRLERE GÖRE DAHA SELİM BİR SEYİR GÖSTERİRLER.”

malarına olanak sağlarlar. Cerrahi olarak tedavi edilmemeleri durumunda kan ve lenf yolu ile yayılmaları (Metastaz) olasıdır. En sık yayılım olan organ karaciğerdir. Başka organa yayılım olduğunda tümörün kendisinden çok metastatik odak akıbeti daha çok etkiler.”

PANKREAS KANSERİ GEÇ EVRELERDE TANIMLANIYOR

Pankreas kanserinin genellikle geç tanıldığını belirten Prof. Dr. Balık, “Bunun başlıca nedeni erken evrelerde hastalığın belirti vermemesi ve buna bağlı olarak sağlık kurumuna geç başvurmaktır. Hastaların büyük kısmında yeni ortaya çıkan diyabet olması nedeni ile bu şikayeti olan hastaların bu açıdan incelenmeleri önemlidir” dedi.

PANKREAS KANSERİNDE TEDAVİ

Pankreas kanserinin en başarılı tedavisinin cerrahi yöntem olduğunu vurgulayan Prof. Dr. Balık, şu bilgileri paylaştı:

“Tümörün yerleşim yerine göre organ kısmi olarak ve bazen tamamen çıkarılır. Organın karın içindeki büyük damarlarla olan ilişkisi nedeni ile zorluk derecesi yüksek olan ameliyatlardır. Tümörün bu damarlara sirayet etmesi durumunda başarılı bir ameliyat gerçekleştirmek mümkün olmayabilir. Bu hastaları bir süre kemoterapi uygulanıp ameliyat şansı açısından tekrar değerlendirmek gerekir. Pankreas ameliyatları özellikli ameliyatlardan olduğundan deneyimli ekipler tarafından gerçekleştirilmelerinin gerektiği akıld tutulmalıdır.”

PANKREAS OLMADAN YAŞAMAK MÜMKÜN MÜ?

Pankreas olmadan yaşamanın mümkün olduğunu söyleyen Prof. Dr. Balık, “Ancak bu hastalarda diyabet gelişeceğinden insülin tedavisi almak zorunda kalırlar. Bunun dışında sindirim enzimleri salınımı da olmayacağından ağız yolu ile enzim içeren ilaç almaları da gerekir” ifadelerini kullandı.

PANKREAS KANSERİNDEN KURTULMAK MÜMKÜN MÜ?

Pankreas kanserinden kurtulmanın hastalığın tanımlandığında sahip olduğu evreye bağlı olduğunu kaydeden Prof. Dr. Balık, “Erken evrelerde radikal bir cerrahi ve bunu takiben gerekli durumlarda kemoterapi ile mümkün olabilir. Bunun için hastalığın erken evrede teşhis edilmesi gerekir” dedi.

AMELİYATTAN SONRASI KONTROLLER

Pankreas kanserinde radikal cerrahiye rağmen nüks etme ihtimali olduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Balık, tedaviyi üstlenen hekimin önerileri doğrultusunda düzenli kontrollerin gerekli olduğunu vurguladı.

PANKREAS KANSERİ ÖNLENEBİLİR Mİ?

Pankreas kanserini tamamen önlemenin mümkün olmamakla beraber, riskin azaltılabileceğini ifade eden Prof. Dr. Balık, “Bunun için daha önce bahsedilen önlenilebilir risk faktörleri ortadan kaldırılmalıdır” diye konuştu.



**OPR. DR.
TUNCAY ÖZDEMİR**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KULAK BURUN BOĞAZ
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ

BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ, VÜCUDUMUZUN BAŞ İLE BOYUN KISMINDA GÖRÜLEBİLEN KANSER HÜCRELERİNİN KONTROLSUZ BİÇİMDE VE ANORMAL ŞEKİLDE ÇOĞALMASIDIR. BU BÖLGE; AĞIZ BOŞLUĞU, NAZOFARENKS (ÜST YUTAK), OROFARENKS, HİPOFARENKS (ALT YUTAK), GIRTIAK, SİNÜSLER, KULAĞIN BAZI BÖLÜMLERİ VE BOYUNDAN OLUŞUR.

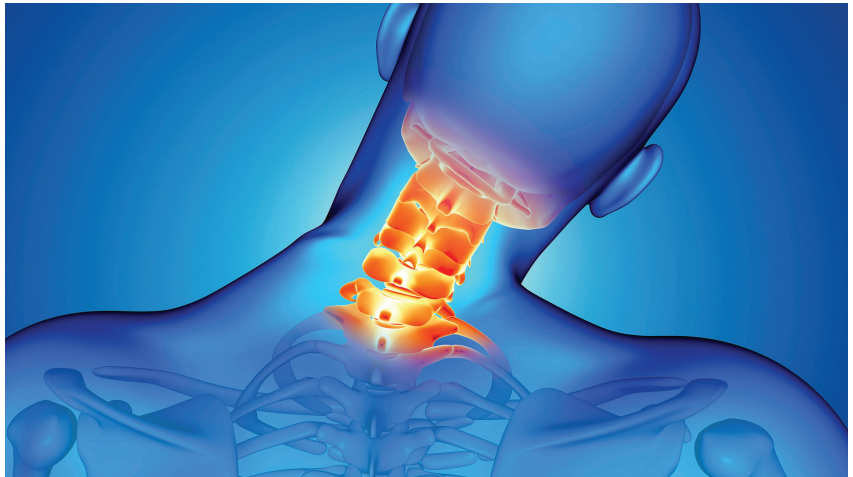
SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapan Opr. Dr. Tuncay Özdemir, baş ve boyun kanserlerinde erken teşhis ile birlikte erken tedavinin önemine değindi.

Baş ve boyun kanserlerinin yaygın karşılaşılan kanser türlerinden olduğunu belirten Opr. Dr. Özdemir, "Baş boyun kanserleri tedavi edilebileceği gibi kalıcı hasarlar verebileceği farklı durumlar da olabilir. Bu hasarların önüne geçebilmek amacıyla bir takım tedavi yöntemleri yar-

dımıyla kanser hücreleri ortadan kaldırılabılır veya ilerlemesi durdurulabilir" dedi.

BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ TÜRLERİ

Baş ve boyun kanserlerinin, vücudun baş ve boyun bölgelerinde oluşan çeşitli kanser türlerini ifade ettiğini vurgulayan Opr. Dr. Özdemir, "Tüm kanser türleri, vücudun belli bir bölümünde hücrelerin kontrolsüz ve anormal biçimde çoğalmasıyla oluşur. Baş ve boyun kanserleri tutulumun görüldüğü bölgeye göre bazı isimlerle nitelenir" şeklinde konuştu.



"BAŞ BOYUN KANSERLERİNDE ERKEN TEŞHİS ÇOK ÖNEMLİDİR. TÜM BAŞ BOYUN KANSERLERİNİN NEREDEYSE DÖRTTE ÜÇÜ MUAYENE SIRASINDA TESPİT EDİLEBİLİR NİTELİKTEDİR."



AĞIZ BOŞLUĞU KANSERİ

Ağız boşluğu kanserinin dudak, dil, diş etleri, yanaklar, ağız tabanı ve damağı kapsadığını ifade eden Opr. Dr. Özdemir, bu kanser türleri hakkında şu bilgileri paylaştı:

• **Dudak kanseri:** En sık alt dudakta görülmekte ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık karşılaşılmaktadır. İleri yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır.

• **Dil kanseri:** Diğer kanser türlerindeki gibi hücrelerin anormal şekilde çoğalmasıyla oluşur. Dil kanseri, ağız boşluğunda ve açıkta olduğu için teşhis edilmesi diğer kanser türlerine göre daha kolaydır. Sigara ile yakın ilişkilidir.

• **Diş eti kanseri:** Uygun olmayan protezler gibi iritanlarla ilişki içindedir.

• **Ağız tabanı ve çene arkası kanserleri:** Özellikle tanınması zor kanserlerdir."

NAZOFARENKS (ÜST YUTAK) KANSERİ

Geniz, burun ve boğazın arkasında ve üst kısımda kalan kısmın 'Nazofarenks' olarak tanımlandığını belirten Opr. Dr. Özdemir, "Nazofarenkste oluşan kanser, 'Nazofarenks kanseri' olarak adlandırılmaktadır. Nazofarenks kanserinin erken tespiti zordur. Kulak problemleri ve burun tıkanıklığı

ile kendini gösterebilir. Bazen ilk belirtisi boyunda kitle olabilir" dedi.

LARENKS (GİRTLAK) KANSERİ

"Gırtlak, nefes ve yemek borusunu birbirinden ayıran ve boğazda bulunan, yutaktan sonra gelen bir yapıdır" ifadelerini kullanan Opr. Dr. Özdemir, şunları söyledi:

"Açılıp kapanan yapısı sayesinde yenilen yemeğin yanlışlıkla nefes borusuna kaçmasını engeller. Gırtlakta, malign yani kötü huylu hücrelerin oluşmasına 'gırtlak kanseri' adı verilir. Larenks yani gırtlak kanseri, genellikle gırtlığın üst kısmında oluşur. Üç haftayı geçen ses kısıklıklarında ayırıcı tanıda yer alması gerekir."

PARANAZAL SİNÜSLER VE BURUN BOŞLUĞU KANSERİ

Paranasal sinüslerin burun boşluğunun yanında bulunduğunu kaydeden Opr. Dr. Özdemir, "Paranasal sinüs ve burun boşluğunda oluşan tümörlere oluşum yerine göre 'sinüs kanseri' ya da 'burun kanseri' denilebilir. Kötü huylu burun boşluğu kanseri nadir olarak görülmektedir. Tanı anında metastaz riski daha düşük olan kanserlerdir" diye konuştu.



"KANSER TEDAVİSİNDE AMAÇLANAN, İYİLEŞMEYİ SAĞLAMAK VE AZALAN FONKSİYONEL ÖZELLİKLERİ GERİ KAZANMAKTIR. TEDAVİ PLANI, TÜMÖRÜN HİSTOLOJİK YAPISINA, BÜYÜKLÜĞÜNE, YERİNE VE HASTANIN DURUMUNA GÖRE BELİRLENİR."

TÜKÜRÜK BEZİ KANSERİ

Tükürük bezinin baş ve boyun bölgesinde bulunan ve sindirime yardımcı olan tükürüğü üreten yapılar olduğunu söyleyen Opr. Dr. Özdemir, "Tükürük bezinin ürettiği salgı aynı zamanda enfeksiyonları önleyen antikorları da barındırır. Birçok tipte tükürük bezi kanseri mevcuttur. Fakat tükürük bezi tümörlerinin büyük kısmı iyi huyludur ve yayılım göstermezler" dedi.

RİSK FAKTÖRLERİ

Baş ve boyun kanserlerinin oluşumunda çeşitli faktörlerin rol oynadığını kaydeden Opr. Dr. Özdemir, bu faktörlerin başlıcaları şöyle sıraladı:

"1. Sigara ve alkol kullanımı

Tütün kullanımı, dünyada kanserlerin en büyük sebeplerinden biridir. Sigaranın akciğer, baş, boyun, özofagus, serviks, pankreas, mesane kanseri vb. birçok kansere neden olduğu bilinmektedir. Türkiye'de larenks kanseri gibi baş boyun kanseri türleri görülme oranı yüksektir. Bunun başlıca nedeni erkeklerde sigara tüketimine bağlanmaktadır. Alkol kullanımı da baş ve boyun kanserleri için önemli bir risk faktörüdür. Sigara ve alkol kullanımının birlikte olması, riski daha da artırmaktadır.

2. Yaş ve cinsiyet faktörleri

Kanserler her yaş grubunu etkileyebilmektedir. Fakat 65 yaş ve üstü bireylerde



kanser türlerinin oluşumu daha sık görülmektedir. Çoğu kanser türü kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görülmektedir.

3. Genetik ve aile yapısı

Genetik yapı kanserlerin oluşumunda tek başına neden olmamakla birlikte kanser oluşumuna yardımcı olabilmektedir. Aile öyküsünde baş ve boyun kanseri olan kişilerde risk artabilir.

4. Diğer risk faktörleri

- **Endüstriyel maruziyet:** Endüstrileşmiş toplumlarda kanserlerin görülme sıklığı daha yüksektir.
- **Hazır gıda tüketimi:** Beslenme alışkanlıkları bazı kanserlere neden olabilmektedir.
- **Radyasyon maruziyeti:** Özellikle baş ve boyun bölgesine yönelik radyasyon tedavisi görmüş kişilerde risk artabilir.
- **Kişisel bakım alışkanlıkları:** Ağız hijyeninin yetersiz olması gibi faktörler risk oluşturabilir.
- **Virüsler ve bakteriler:** Bazı virüsler (Özellikle HPV - Human Papilloma Virüsü) baş ve boyun kanserlerine neden olabilir."



"BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ TEDAVİSİ, MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIMI GEREKTİRİR. KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI UZMANLARI, ONKOLOGLAR, RADYASYON ONKOLOGLARI, PATOLOGLAR, PLASTİK CERRAHLAR İLE DİĞER SAĞLIK PROFESYONELLERİ BİRLİKTE ÇALIŞIP, EN UYGUN TEDAVİ PLANINI OLUŞTURURLAR."

BELİRTİLER

Baş ve boyun kanserleri bazı belirtiler verebileceği gibi hiç belirti vermeyebileceğini de belirten Opr. Dr. Özdemir, genel olarak görülen bazı önemli belirtileri şu şekilde sıraladı:

" 1. Erken belirtiler

- **Baş ve boyunda şişlik:** Özellikle boyunda, çene altında veya kulak çevresinde şişlik.
- **Göz çevresinde şişlik:** Göz çevresinde anormal şişlikler.
- **Ağızda uyuşma, karıncalanma:** Ağız içinde hissizlik veya karıncalanma hissi.
- **Ses kısılması:** Üç haftadan uzun süren ses kısıklığı, özellikle gırtlak kanseri için önemli bir belirtidir.
- **Ağızda, dilde ve dudakta görülen yaralar:** İyileşmeyen yaralar veya ülserler.
- **Kulak ağrısı, çınlaması ya da işitmede azalma:** Özellikle tek taraflı olması durumunda dikkat edilmelidir.

2. İleri evre belirtiler

- **Yutma güçlüğü:** Yiyecek ve içecekleri yutarken zorluk yaşanması.
- **Öksürük:** Kronik ve geçmeyen öksürük.
- **Nefes alma güçlüğü:** Nefes darlığı veya zorlanma.
- **Yutkunmada güçlük:** Katı gıdaları yutarken ağrı veya zorlanma.
- **Kilo kaybı:** Açıklanamayan kilo kaybı.
- **Ağız kokusu:** Sürekli ve tedaviye yanıt vermeyen ağız kokusu."

Bu belirtilerin görülmesinin kanser olduğu anlamına gelmeyeceğini vurgulayan Opr. Dr. Özdemir, "Fakat bu belirtiler iki haftanın uzun devam ederse bir sağlık kuruluşuna müracaat edilmelidir. Baş ve boyun kanserlerinin erken teşhisi çok

büyük öneme sahiptir. Tüm baş boyun kanserlerinin neredeyse dörtte üçü muayene sırasında tespit edilebilir niteliktedir" dedi.

TANI YÖNTEMLERİ

Baş boyun kanserlerinde erken teşhisin çok önemli olduğuna dikkat çeken Opr. Dr. Özdemir, tüm baş boyun kanserlerinin neredeyse dörtte üçünün muayene sırasında tespit edilebilir nitelikte olduğunu bildirdi.

Opr. Dr. Özdemir, tanı için kullanılan başlıca yöntemler hakkında şunları söyledi:

" 1. **Fiziki muayene:** Hekimler, tanının kolaylaştırılması için öncelikle ağız, burun, boğaz ve dili kontrol etmek için fiziki muayene yaparlar. Bu muayene sırasında baş ve boyun bölgesindeki anormal şişlikler, yaralar veya renk değişimleri incelenir.

2. **Endoskopi:** Doktorlar, gırtlak, boğaz ve burun boşluğunu incelemek için endoskopiye ihtiyaç duyabilirler. Endoskopi, ince bir tüp ve ucundaki kamera yardımıyla vücut içindeki boşlukların görüntülenmesini sağlayan bir yöntemdir. Özellikle gözle görülemeyen bölgelerdeki anormallikleri tespit etmek için kullanılır.

3. **Laboratuvar testleri:** Tanı sürecinde laboratuvarda incelenmesi için kan ve idrar örnekleri istenebilir. Bu testler, sağlık durumunu genel değerlendirmek ve bazı kanser belirteçlerini kontrol etmek için kullanılır.

4. **Görüntüleme yöntemleri:** Baş ve boyun kanserlerinin tanısında çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılır.

• **Röntgen:** Basit ve hızlı bir görüntüleme yöntemidir, ancak detaylı bilgi vermez.

• **MR (Manyetik rezonans):** Yumuşak dokuları daha net gösterir ve kanser hücrelerinin yayılımını değerlendirmede yardımcı olur.

• **BT (Bilgisayarlı tomografi):** Vücudun kesitsel görüntülerini oluşturarak tümörün şekli, konumu ve boyutu ile ilgili detaylı bilgi sağlar.

• **PET taraması:** Kanser hücrelerinin metabolik aktivitesini göstererek, tümörün aktif olup olmadığı ve vücudun farklı bölgeğine yayılıp yayılmadığı belirlenirken yararlanır.

5. Biyopsi: Biyopsi, kanser türünün kesin tanısının konulabilmesi için en güvenilir yöntemdir. Şüpheli dokudan küçük bir parça alınıp mikroskopla incelenir. Biyopsi örneği farklı şekillerde alınabilir.

• **Ameliyathane şartlarında parça alınması:** Daha büyük veya ulaşılması zor

tümörler için tercih edilir.

• **Poliklinikte parça alınması:** Daha küçük ve ulaşılabilir tümörler için uygulanır.

• **Tükürük bezi lezyonlarında lokal anestezi yardımıyla iğne biyopsisi:** Minimal invaziv bir yöntemdir.

• **Genel anesteziyle ameliyatla biyopsi örneği alınması:** Bazı durumlarda gerekli olabilir."

TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Baş ve boyun kanserlerinin tedavisinin kişiye ve kanserin türüne göre farklılık gösterdiğini belirten Opr. Dr. Özdemir, "Kanser tedavisinde amaçlanan, iyileşmeyi sağlamak ve azalan fonksiyonel özellikleri geri kazanmaktır. Tedavi planı, tümörün histolojik yapısına, büyüklüğüne, yerine ve hastanın durumuna göre belirlenir" ifadelerini kullandı.

Tedavi yönteminin seçiminde yaş, cinsiyet, genel sağlık vb. durumların etkili olduğuna dikkat çeken Opr. Dr. Özdemir,

bu tedavi yöntemleri hakkında şu bilgileri paylaştı:

" **1. Cerrahi tedavi:** Vücuttaki kanserli dokunun ya da organın çıkarılmasında kullanılan bir yöntemdir. Kanser yayılım göstermediği durumlarda etkili olabilmektedir. Kanser hücrelerinde yayılma görüldüğü durumlarda da cerrahi, diğer tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılabilir. Cerrahi tedavi, baş ve boyun kanserlerinde çok sık kullanılan bir yöntemdir. Cerrahi müdahale sırasında, tümörün tamamen çıkarılması ve sağlıklı doku sınırlarının korunması hedeflenir. Bazı durumlarda, rekonstrüktif cerrahi de gerekebilir.

2. Kemoterapi: Kemoterapi, kanser hücrelerinin yok edilmesinde kullanılan kimyasallardır. Kemoterapi, diğer tedavi yöntemleriyle kıyaslandığında vücudun genelinde etkilidir. Kanser hücrelerinin yayıldığı durumlarda kemoterapi kullanılabılır.

Kemoterapi ilaçları genellikle damar yoluyla verilir ve tüm vücuda dağılarak hızla çoğalan kanser hücrelerini hedef alır. Ancak, normal hızla çoğalan sağlıklı hücreleri de etkileyebileceğinden yan etkilere sebep olabilir.

3. Radyoterapi: Radyoterapi, yani radyasyon tedavisi tek başına kullanılabilirle birlikte kombine tedavi şeklinde de uygulanabilir. Özel cihazlarda üretilen radyasyon sayesinde kanser hücreleri yok edilmeye çalışılır. Baş boyun kanserlerinde radyoterapi kullanılarak kanseri tedavi etmek, yayılmayı önlemek veya geciktirmek ve ağrıyı azaltmak amaçlanır. Radyoterapi, kanser hücrelerinin DNA'sına zarar vererek çoğalmalarını ve büyümelelerini engeller. Tedavi, birkaç hafta boyunca günlük seanslar halinde uygulanır.



"TAKİP SÜRESİ VE SIKLIĞI, KANSERİN TÜRÜNE, EVRESİNE VE UYGULANAN TEDAVİYE GÖRE DEĞİŞİKLİK GÖSTERİR. BAŞ VE BOYUN KANSERİ TEDAVİSİ GÖREN HASTALAR, TEDAVİ SONRASI İLK İKİ YIL İÇİNDE DAHA SIK KONTROLLERE ÇAĞIRILIR, ÇÜNKÜ NÜKS RİSKİ BU DÖNEMDE DAHA YÜKSEKTİR."

4. Kombine tedavi yöntemleri: Bazı durumlarda birden fazla tedavi yöntemi kullanılabilir. Örnek olarak cerrahi sonrası tamamlayıcı radyoterapi uygulanması verilebilir. Bu yöntemlerin amacı iyileşmeyi sağlamakken, bazen de uzak yayılımları önlemek ve yaşam süresini uzatmaktır. Kombine tedavi yaklaşımları, özellikle ileri evre kanserlerde daha etkili sonuçlar verebilir. Cerrahi ile radyoterapi, cerrahi ile kemoterapi veya üçünün birlikte kullanımı (Kemoradyoterapi) gibi kombinasyonlar uygulanabilir."

EVRELEME SİSTEMİ

Baş boyun kanserinin tedavisinde ilk aşamanın kanserin evresini belirlemek olduğunu belirten Opr. Dr. Özdemir, tümörlerin histolojik olarak şu dört başlık altında evrelendirildiğini kaydetti:

" - **Evre 1 ve 2:** Kanser hücreleri küçük olup, cerrahi tedavi yöntemiyle iyileşme görülür.

- **Evre 3 ve 4:** Tümörlü hücreler çevre dokulara ve lenf düğümlerine yayılım gösterebilir. Evre 3 ve 4 ileri derece yayılım anlamındadır.

Amaç genelde radyoterapi ile cerrahi veya ek olarak kemoterapiyle kombine tedavi uygulanmasıyla kanser tedavisidir."

TEDAVİ SONRASI TAKİP

Tedavi sonrası düzenli kontrollerin çok önemli olduğunu vurgulayan Opr. Dr. Özdemir, "Bu kontroller, kanserin tekrarlama ihtimalini erken tespit etmek ve tedaviye bağlı yan etkileri yönetmek için gereklidir. Takip süresi ve sıklığı, kanserin türüne, evresine ve uygulanan tedaviye göre

değişiklik gösterir. Baş ve boyun kanseri tedavisi gören hastalar, tedavi sonrası ilk iki yıl içinde daha sık kontrollere çağrılır, çünkü nüks riski bu dönemde daha yüksektir" diye konuştu.

KORUNMA YÖNTEMLERİ

Opr. Dr. Özdemir, baş ve boyun kanserlerinden korunmak için alınabilecek bazı önlemleri şöyle sıraladı:

" - **Sigara ve tütün ürünlerini kullanmama:** Sigara ile diğer tütün ürünlerinin kullanımını bırakmak veya hiç başlamak, baş ve boyun kanseri riskini önemli ölçüde azaltır.

- **Alkol tüketimini sınırlamak:** Aşırı alkol tüketiminden kaçınmak önemlidir.

- **Dengeli beslenme:** Meyve ve sebzelerden zengin, işlenmiş gıdalardan fakir bir diyet tüketmek koruyucu olabilir.

- **Ağız hijyeni:** Düzenli diş fırçalamak ve diş ipi kullanmak, diş hekimi kontrollerine gitmek ağız kanserlerinden korunmada yardımcı olabilir.

- **HPV aşısı:** HPV ile ilişkili baş ve boyun kanserlerinden korunmakta HPV aşısı yaptırmak faydalı olabilir.

- **Güneş koruması:** Dudak kanseri riskini azaltmak için güneş koruyucu kullanılmalı ve uzun süre güneşe maruziyetten kaçınılmalıdır."

SONUÇ

Baş ve boyun kanserlerinde erken teşhisin tedavi şansını yükselttiğini söyleyen Opr. Dr. Özdemir, "Ancak, ileri evrelerde tedavi daha zorlaşabilir ve hayat kalitesini etkileyebilir. Bu nedenle, risk faktörlerinden kaçınmak, düzenli sağlık kontrolleri yaptırmak ve şüpheli belirtileri ciddiye

almak büyük önem taşır.

Baş ve boyun kanserleri tedavisi, multidisipliner yaklaşımı gerektirir. Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanları, onkologlar, radyasyon onkologları, patoloğlar, plastik cerrahlar ile diğer sağlık profesyonelleri birlikte çalışıp, en uygun tedavi planını oluştururlar.

Unutulmamalıdır ki, her hasta benzersizdir ve tedavi planları kişiye özel hazırlanmalıdır. Herhangi bir şüpheli belirti durumunda, gecikmeden bir sağlık kuruluşuna başvurulması hayat kurtarıcı olabilir" açıklamasında bulundu.



"TÜM KANSER TÜRLERİ, VÜCUDUN BELLİ BİR BÖLÜMÜNDE HÜCRELERİN KONTROLSÜZ VE ANORMAL BİÇİMDE ÇOĞALMASIYLA OLUŞUR. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ TUTULUMUN GÖRÜLDÜĞÜ BÖLGEYE GÖRE BAZI İSİMLERLE NİTELENDİRİLİR."





**PROF. DR.
ERDAL UYSAL**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

MALİGN (KÖTÜ HUYLU) KARACİĞER TÜMÖRLERİ

KARACİĞERDEKİ KANSERLER GENELLİKLE UZAK BİR ORGANIN KANSERİNİN KARACİĞERE METASTAZ YAPMASI (YAYILMASI) İLE YA DA KARACİĞERİN KENDİ HÜCRELERİNDEN KÖKEN ALMASIYLA GÖRÜLÜR.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Erdal Uysal, karaciğerden köken alan kanserlerin başında 'hepatosellüler' ve 'kolanjiyoselüler karsinom' olarak bilinen tümörlerin yer aldığını söyledi.

HEPATOSELLÜLER KARSİNOM

"Bu kanser türü her yıl yeni tanı olan 750.000 vakanın olduğu tüm dünyadaki 5'inci en sık görülen kanserdir" diyen Prof. Dr. Uysal, şunları kaydetti:

"Dünyada kanserden 3'üncü en sık yaşam kaybı sebebidir. Risk faktörleri arasında viral hepatitler (Hepatit B, Hepatit C), alkole ve yağlı karaciğere bağlı gelişen siroz ve bazı hastalıklar yer alır. Hastalarda özellikle karnın sağ üst kısmında ağrı,

karında şişkinlik dolgunluk hissi, sarılık, halsizlik, kilo kaybı, idrar renginde koyulaşma, kaşıntı vb. belirtilere sebep olabilir.

Hastalığın teşhisinde iyi bir sorgulama, muayene yanında laboratuvar ve görüntüleme araçları ile değerlendirme gereklidir. Görüntülemelerde en sık Ultrasonografi (USG), Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonanstan (MR) yararlanılır. Tanı için bazı durumlarda biyopsi gerekebilir.

Tedavisinde multidisipliner bir konsey tarafından değerlendirme yapılarak karar verilir. Cerrahi yöntemle hastalıklı karaci-



"SON YILLARDAKİ GELİŞMELER İLE HASTALARA AMELİYAT DIŞI RADYOFREKANS ABLASYON, KRİYO CERRAHİ, KEMOEMBOLİZASYON, KARACİĞER İÇİ ATARDAMARLAR ARACILIĞIYLA KEMOTERAPİLER GİBİ YÖNTEMLER UYGULANABİLMEKTEDİR."





"KARACİĞERİN İÇİNDEKİ VE DIŞINDAKİ SAFRA KANALLARINDAN GELİŞEBİLİR. BELİRTİLERİ HEPATOSELLÜLER KANSERLERE BENZER OLUP ÖZELLİKLE KARACİĞER DIŞI SAFRA KANALLARINI TUTAN TÜMÖRLERDE SARILIK SIK GÖRÜLÜR. TANI İÇİN ULTRASON, MR, TOMOGRAFİ GİBİ GÖRÜNTÜLEME ARAÇLARINDAN YARARLANILIR."

ğer bölgesinin çıkarılması yanında bazı hastalara ise karaciğer nakli yapılabilir. Ayrıca ameliyat öncesi ve sonrası kemo-terapi desteği verilebilir."

KOLANJİOSELÜLER KARSİNOM

Bu kanser türünün karaciğerdeki safra kanallarının temel oluşturduğu, karaciğer kökenli bir kanser olduğunu söyleyen Prof. Dr. Uysal, şöyle konuştu:

"Karaciğerin içindeki ve dışındaki safra kanallarından gelişebilir. Belirtileri hepatosellüler kanserlere benzer olup özellikle karaciğer dışı safra kanallarını tutan tümörlerde sarılık sık görülür. Tanı için ultrason, MR, tomografi gibi görüntüleme araçlarından yararlanılır. Bazı hastalarda safra yolu görüntülenmesi için ERCP denilen endoskopi ile yapılan bir işleme ihtiyaç duyulabilir.

Tedavisinde en etkili yol cerrahi ile tümörün ve tümörün metastaz gösterebileceği lenf bezlerinin tamamen çıkarılmasıdır. Ayrıca kemoterapi, radyoterapi ve hedefe

yönelik immünoterapiler tedaviye eklenebilmektedir."

KARACİĞERE YAYILAN METASTATİK KANSERLER

Kalın bağırsak ve rektum kanseri tanısı olan hastaların yüzde 50-60'ından fazlasında karaciğer metastazı gelişebileceğine dikkat çeken Prof. Dr. Uysal, "Günümüzde bu metastazların da tedavisi önerilmektedir. Uygun hastalarda cerrahi yöntemlerle bu tümörler karaciğerden çıkarılmaktadır. Ameliyat öncesi ve sonrası kemoterapi ile lezyonlar kontrol altına alınabilmektedir.

Kolorektal kanserler dışında meme kanseri, nöroendokrin tümörler, mide, pankreas, böbrek vb. gibi pek çok organdan kaynaklanan kanserler karaciğere yayılabilir. Bu hastalarda da multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirmeler sonrası tedavileri planlanır. Karaciğer kanserlerinin yönetiminde genel cerrah, gastroenterolog, medikal onkolog, radyasyon onkologu ve girişimsel radyoloğun da

olduğu multidisipliner tümör konseyinde görüşülerek hastaya en uygun tedavi belirlenmelidir" ifadelerini kullandı.

"Son yıllardaki gelişmeler ile hastalara ameliyat dışı radyofrekans ablasyon, kriyo cerrahi, kemoembolizasyon, karaciğer içi atardamarlar aracılığıyla kemoterapiler gibi yöntemler uygulanabilmektedir" diyen Prof. Dr. Uysal, şunları kaydetti:

"Uygun bilimsel tedavi yaklaşımları ile hastalarda tamamen iyileşme ya da yaşam süresinde ve kalitesinde anlamlı artışlar sağlanabilmektedir. Karaciğer sağlığının korunması için özellikle alkol, aşırı yağlı ve karbonhidrat içeren gıda tüketiminden kaçınılması yanı sıra egzersiz yapılması önerilmektedir. Hepatit B gibi virüsler için aşılama da Hepatit B ilişkili kanserler için koruyucudur.

Karaciğer kanseri nedeniyle tedavi olacak hastaların bu olanak ve konseylere sahip olan sağlık kuruluşlarına başvurması gereklidir. Aralıklı doktor kontrolleri ve kan testleri erken teşhis için oldukça önemlidir."

KAYNAK: Schwartz, Cerrahinin İlkeleri, 10. Baskı, 1291-1294.



**PROF. DR.
GÖKTÜRK MARALCAN**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM
DALI BAŞKANI

TİROİT KANSERLERİ

TİROİT KANSERİ; TİROİT BEZİNİN İLERLEYİCİ, BOYUN LENF NODLARI VE DİĞER ORGANLARA YAYILABİLEN HASTALIĞIDIR. SEBEBİ BİLİNMEMEKLE BİRLİKTE, OLUŞUMU İÇİN BAZI RİSK FAKTÖRLERİ VARDIR. BİLİNER RİSK FAKTÖRLERİ; RADYASYON, AİLEDE TİROİT KANSERİ GEÇMİŞİ VE GENETİK GEÇİŞTİR. TEDAVİ PLANLANIRKEN BU RİSK FAKTÖRLERİ DE GÖZ ÖNÜNE ALINIR.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Göktürk Maralcan, tiroit kanserlerinin tipik bir belirtisi olmadığını kaydetti.

Bazı hastalarda boyunda şişlikle fark edilebileceğini söyleyen Prof. Dr. Maralcan, "Bazen hastalık genel kontrol amaçlı tarama testleri sırasında tespit edilebilir. Tiroit ultrasonunda, tiroit nodülü veya nodüllerinin saptanmasıyla ortaya çıkabilir" dedi.

Prof. Dr. Maralcan, nadir rastlanan bazı belirtileri şöyle sıraladı:

- "- Yutma güçlüğü
- Ses kısıklığı
- Boyun veya boğazda ağrı
- Solunum problemleri
- Lenf düğümlerinde şişlik."

Prof. Dr. Maralcan, tiroit kanserinin tanısı için kullanılan yöntemler hakkında ise şunları söyledi:

- "- Fizik muayene
- Kan testleri
- Ultrason
- İnce iğne aspirasyon biyopsisi.

Fizik muayene, hekim tarafından hastanın bilgileri öğrenildikten sonra yapılan elle muayene yöntemidir. Kan testleri, tiroit hastalığı varsa hormon düzeylerinin nasıl olduğunu değerlendirmemize yarar. Tiroit kanserlerinde tiroit hormonlarının

kan düzeyleri çoğunlukla normal sınırlardadır. Tiroit kanseri şüphesi oluştuğunda, tiroit ultrason tetkikindeki kanser şüpheli nodül veya nodüllerden ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılır. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin sonucuna göre tanı için yetersiz materyal, benign, önemi belirsiz atipi, foliküler neoplazi, kanser şüpheli durum veya kanser ön tanıları sitoloji raporu ile bildirilir."

TİROİT KANSERİ TÜRLERİ

Tiroit kanserinin pek çok türü olduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Maralcan, bu kanser türleri hakkında şu bilgileri verdi:

" 1. Papiller tiroit kanseri: Papiller tiroit kanseri, en yaygın görülen tiroit kanseri türüdür ve tiroit kanserlerinin yaklaşık yüzde 80'ini oluşturur. Genellikle yavaş büyür ve erken evrelerde tedavi edilirse oldukça iyi bir seyir gösterir.

2. Folliküler tiroit kanseri: Tiroit kanserlerinin yaklaşık yüzde 10'unu folliküler tiroit kanseri oluşturur. Papiller tiroit kanserine kıyasla daha nadir görülür. Ancak papiller kanser kadar iyi bir seyir göstermeyebilir.

3. Papiller ve foliküler kanserin Hurthle hücreli tipleri: Nadir rastlanırlar. Boyun orta bölge lenf bezlerine yayılım yapma özellikleri nispeten fazladır. Radyoaktif iyot ablasyonundan pek etkilenmezler.

4. Medüller tiroit kanseri: Medüller tiroit kanseri, tiroit bezi içinde bulunan C hücrelerinden kaynaklanır ve tiroit kanserlerinin yaklaşık yüzde 4-7'sini oluşturur. Genetik faktörler önemli bir rol oynar. Papiller ve foliküler kansere göre daha kötü seyrilidir.

5. Anaplastik tiroit kanseri: Anaplastik tiroit kanseri, nadir görülen ancak en agresif tiroit kanseri türüdür. Hızla büyür ve çevre dokulara yayılma eğilimindedir. Erken tanı ve tedavi nispeten fayda sağlar.

6. Tiroide metastatik kanserler: Çok nadiren görülürler. Tiroit bezine başka organlardan kanser hücrelerinin gelmesi durumudur. Hastanın tedavi şekli sağlanabilecek fayda durumuna göre değerlendirilir ve karar verilir. Seyirleri pek iyi olmayabilir. Endokrinolog, endokrin cerrahı ve endokrin konseyi; sitoloji sonucunu, diğer tüm tetkikleri ve hastanın bütün özelliklerini göz önüne alarak bir tedavi planı yapar."

TEDAVİ YÖNTEMLERİ:

Cerrahi yöntem

Tiroit kanserlerinde başlıca tedavinin cerrahi olduğunu söyleyen Prof. Dr. Maralcan, "Cerrahinin genişliğini belirlemek veya cerrahi dışı tedavi yöntemlerini planlamakta, kanserin cinsi ve hastaya ait özellikler çok önemli yer tutar. Bazı hastalarda sadece tek taraflı tiroit lobu çıkarılır. Bu durum genelde papiller mikrokanser denen çeşidin düşük riskli olan hastalarına uygulanır" dedi.

"Birçok tiroit kanseri hastasında ise bilateral total 'tiroidektomi' denen tiroit bezinin tamamının çıkartıldığı ameliyat yapılır" diyor Prof. Dr. Maralcan, şu ifadeleri kullandı:

"Tiroidektominin yanı sıra bazı tiroit kanseri hastalarında lenf nodlarının çıkartıldığı boyun diseksiyonu ameliyatı da yapılır. Boyun diseksiyonu; hastalığın boyun lenf nodlarına yayıldığına dair bulgular varsa yapılır. Bu durumun istisnaları da vardır. Örneğin medüller kanserde boyun orta bölge lenf bezlerine çok yüksek oranda yayılım olduğu bilindiği için tiroidin tamamı çıkartılırken aynı zamanda orta bölge lenf bezleri de çıkartılır. Hurthle hücre tipi kanserlerde de benzer durum vardır."

Radyoaktif iyot ablasyonu

Prof. Dr. Maralcan, bu tedavi yöntemi hakkında şunları söyledi:

"Tiroidin tamamının cerrahi olarak alındığı papiller ve foliküler kanser hastalarının nüks bakımından yüksek riskli olanlarında uygulanan bir tedavi yaklaşımıdır. Amacı ameliyat sonrası geride kalmış olabilecek mikroskobik odakları yok etmektir. Ayrıca ileri evre, metastatik papiller ve foliküler tiroit kanserlerinde tedavi amacıyla yüksek dozlarda kullanılır."

Kemoterapi

Tiroit kanserlerinin tedavisinde kemoterapinin pek başarılı olmadığını belirten Prof. Dr. Maralcan, "Ancak ileri evre, metastatik tiroit kanserlerinde kullanılır ve kısmen faydalı olabilir. Genel olarak kullanılan ilaçlar tirozin kinaz inhibitörleridir.

Cerrahi tedavi dışında diğer tedavi yöntemleri çok azınlıkta ve seçilmiş hastalara uygulanır. Tiroit papiller mikrokanser hastalarının seçilmiş, hastalığın ilerlemesi bakımından çok düşük risk grubunda olanlara, ameliyatı tolere edemeyecek kadar ciddi yandaş hastalığı bulunan hastalara aktif takip ve/veya radyofrekans, mikrodalga vb. ablasyon yöntemleri



uygulanabilir ancak bu tip yaklaşımlar çok deneyimli merkezler tarafından uygulanması gereken tedavi yöntemleridir" ifadelerini kullandı.

Tiroit kanserlerinde; cerrahi veya cerrahi dışı tedaviler tamamlandıktan sonra tiroidin tamamının çıkartıldığı hastalarda yaşam boyu kullanmak üzere tiroit hormonu başlandığını kaydeden Prof. Dr. Maralcan, şöyle devam etti:

"Genellikle başarılı şekilde tedavi edilebilen tiroit kanserlerinde erken teşhis ve uygun tedaviyle hastaların büyük bir kısmı uzun ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilir. Tiroit kanseri hakkında farkındalık oluşturmak ve belirtilerini erken dönemde tanımak, hastalığın tedavisinde büyük bir öneme sahiptir."



"TİROİT KANSERİ ŞÜPHEŞİ OLUŞTUĞUNDA, TİROİT ULTRASON TETKİKİNDEKİ KANSER ŞÜPHELİ NODÜL VEYA NODÜLLERDEN İNCE İĞNE ASPİRASYON BİYOPSİSİ YAPILIR. İNCE İĞNE ASPİRASYON BİYOPSİSİNİN SONUCUNA GÖRE TANI İÇİN YETERSİZ MATERYAL, BENİGN, ÖNEMİ BELİRSİZ ATİPİ, FOLİKÜLER NEOPLAZİ, KANSER ŞÜPHELİ DURUM VEYA KANSER ÖN TANILARI SİTOLOJİ RAPORU İLE BİLDİRİLİR."



DOÇ. DR.
BURÇİN KARŞLI

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
ANABİLİM DALI

ORTOPEDİK ONKOLOJİ TANI YÖNTEMLERİ

ORTOPEDİK ONKOLOJİ, KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİYLE İLGİLENEN TIP DALIDIR. PEK ÇOK KANSER TÜRÜNDE OLDUĞU GİBİ KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNDE DE ERKEN TEŞHİS HAYAT KURTARIRKEN, TEDAVİSİ MULTİDİSİPLİNER BİR YAKLAŞIM GEREKTİRİR.

KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİ NEDİR?

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda görev yapan Doç. Dr. Burçin Karşlı, "Tümör, vücuttaki hücrelerin kontrolsüz büyümesiyle oluşan anormal kitle veya şişlik anlamına gelir. Bu tümörler iskelet sisteminin herhangi bir kemiğinde veya çevresindeki kas, yağ, bağ dokusu gibi yumuşak dokularda ortaya çıkabilir" diye konuştu.

Çoğu kemik tümörünün iyi huylu (Selim, benign) yani kanser olmayan türde olduğunu söyleyen Doç. Dr. Karşlı, bazı tümörlerin ise 'kötü huylu (Habis, malign)' olabileceğini belirtti.

İyi huylu tümörlerin genellikle yavaş büyüdüğünü ifade eden Doç. Dr. Karşlı,

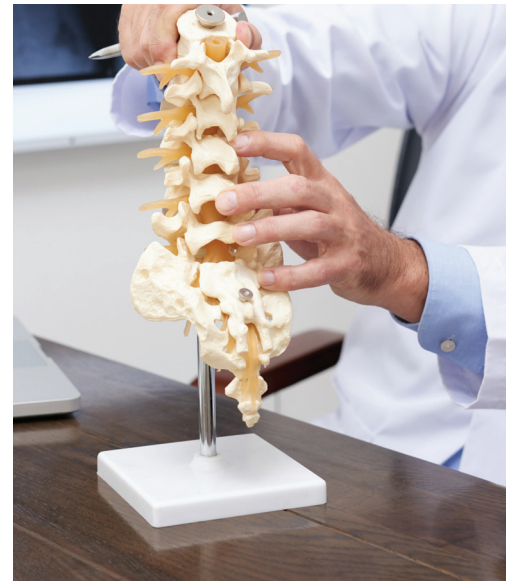


"KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNDE, ÖZELLİKLE KÖTÜ HUYLU OLANLARDA ERKEN TEŞHİS HAYAT KURTARIR. TÜMÖR NE KADAR ERKEN TESPİT EDİLİRSE, TEDAVİ DE O KADAR BAŞARILI VE ETKİLİ OLUR."

"Yayılım yapmaz ve yaşamı tehdit etmez. Kötü huylu tümörler ise hızlı büyüebilir, çevre dokulara zarar verebilir ve vücudun uzak bölgelerine sıçrayarak yayılabilir. Kötü huylu tümörlere halk arasında 'kanser' de denir ve bunlar ciddi bir tedavi gerektirir" dedi.

İYİ HUYLU VE KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLERİN FARKI

İyi huylu (Benign) tümörler: Bu tümörlerin kanser olmadığını vurgulayan Doç. Dr. Karşlı, "Bulundukları yerde sınırlı kalır, diğer organlara yayılmazlar ve genellikle hayatı tehdit etmezler. Örneğin, bir iyi



huylu kemik tümörü sadece ilgili kemikte büyüyebilir ve çevre dokulara minimal zarar verir. Ancak büyüyen bir tümör, iyi huylu da olsa, bulunduğu bölgede ağrıya veya kemiğin zayıflamasına neden olabilir. Zayıflayan kemik de kırılarak cerrahi gerektirecek bir duruma dönüşebilir. İyi huylu tümörlerin tedavisi çoğu zaman daha basittir. Bazıları sadece düzenli takip edilir veya cerrahi girişimle çıkarılır” ifadelerini kullandı.

Borderline (Sınırdan) tümörler: Bunların, iyi huylu ve kötü huylu tümörler arasında yer alan, davranışları tam olarak öngöremeyen tümörler olduğunu söyleyen Doç. Dr. Karşı, “Genellikle lokal agresif seyirli olup nadiren metastaz yapabilirler, bu nedenle yakın takip ve dikkatli bir tedavi planı gerektirir” dedi.

Kötü huylu (Malign) tümörler: Kötü huylu tümörlerin kanser olduğuna ve daha agresif davrandığına dikkat çeken Doç. Dr. Karşı, şunları söyledi:

“Bu tümörler kontrolsüz biçimde büyüyerek komşu dokuları istila edebilir ve kan ya da lenf yoluyla vücudun farklı bölgelerine yayılabilir (Buna metastaz denir). Kötü huylu tümörler yaşamı tehdit edebilir ve tedavi edilmezse büyüdükleri organın işlevini bozarak genel sağlık durumunu ciddi şekilde etkiler. Tedavileri genellikle zorlu ve kapsamlıdır. Ameliyatla tümörün çıkarılmasının yanı sıra ilaç tedavisi (Kemoterapi) veya ışın tedavisi (Radyoterapi) gibi ek tedaviler gerekebilir. Örneğin, kemik kanserlerinin tedavisi ortopedik onkolog, medikal onkolog ve radyasyon onkologunun bir arada olduğu bir ekip gerektirir ve amaç hem kanseri yenmek hem de ilgili uzvu korumaktır.”

Önemli not: Bazı durumlarda diğer or-



ganlardaki kanserlerin de kemiğe sıçrayabileceğini belirten Doç. Dr. Karşı, “Buna ‘metastatik kemik tümörü’ denir ve bu da kötü huylu bir durumdur. Örneğin meme, prostat veya akciğer kanseri kemiklere metastaz yaparak kemikte tümöral lezyonlara yol açabilir. Ortopedik onkoloji, bu tür durumların tanı ve tedavisiyle de ilgilenir” şeklinde konuştu.

SIK GÖRÜLEN ORTOPEDİK TÜMÖR TÜRLERİ

Dünya Sağlık Örgütü’nün kemik ve yumuşak doku tümörlerini iyi huylu, sınırdan ve kötü huylu olarak sınıflandırdığını bildiren Doç. Dr. Karşı, “Bu sınıflama sadece tümörleri temel başlıklarla ayırmakla kalmaz, her bir grubun altında çok sayıda alt tür yer alır. Bu kapsamlı sınıflamada 203 civarında iyi huylu, sınırdan ve kötü huylu tümör çeşidi bulunmaktadır. Bu çeşitlilik hem tanı sürecinde hem de tedavi yaklaşımında büyük dikkat ve uzmanlık gerektirir. Kemik ve yumuşak doku tümörlerinin

pek çok farklı tipi vardır” dedi.

Benign (İyi huylu) kemik ve yumuşak doku tümörleri

***Osteokondrom:** Bunun, kemik yüzeyinde oluşan iyi huylu (Kanser olmayan) bir kemik tümörü olduğunu belirten Doç. Dr. Karşı, şöyle devam etti:

“En sık büyüme çağındaki çocuk ve gençlerde görülür ve kemikte dışı doğru çıkıntı olarak hissedilir. Genellikle belirti vermez ve rastlantısal olarak fark edilir, fakat bazen ağrı veya hareket kısıtlılığına yol açabilir. Nadir durumlarda bu tümörler ileri yaşlarda kötü huylu tümörlere dönüşebildiğinden düzenli takip önemlidir.”

***Lipom:** Halk arasında ‘yağ bezesi’ olarak bilinen lipomun, yağ hücrelerinden oluşan iyi huylu bir yumuşak doku tümörü olduğunu ifade eden Doç. Dr. Karşı, “Vücuttaki en çok karşılaşılan iyi huylu tümörlerden

“KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİ NADİR GÖRÜLMEKLE BİRLİKTE ÖNEMLİ RAHATSIZLIKLARDIR. İYİ VE KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLERİN ARASINDAKİ FARKLARI BİLMEK, BELİRTİLERİN FARKINDA OLMAK VE DOKTORA BAŞVURMAYI GECİKTİRMEMEK ÇOK ÖNEMLİDİR. KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLERDE ERKEN TEŞHİS VE TEDAVİ, YAŞAM SÜRESİNİ UZATIRKEN YAŞAM KALİTESİNİ DE ARTIRIR.”





olup özellikle cilt altında yumuşak, hareketli bir şişlik olarak fark edilir. Lipomlar genellikle orta yaşlarda (40-60 yaş arası) daha sık ortaya çıkar ve kilolu kişilerde görülme olasılığı artabilir" dedi.

***Kemik kistleri:** Kemik kistlerinin kemik dokusu içinde oluşan, içi sıvı dolu boşluklar şeklinde tanımlandığını anlatan Doç. Dr. Karlı, şunları kaydetti:

"Özellikle basit kemik kisti 5-15 yaş aralığındaki çocukluk ve ergenlik çağında sık görülen, iyi huylu kemik lezyonlarından biridir. Yetişkinlerde nadiren ortaya çıkar. Kemik kistleri çoğu zaman belirti vermiyip başka bir sebeple çekilen röntgen filmlerinde tesadüfen saptanabilir. Belirti verdiğinde, kistin bulunduğu kemikte hafif ağrıya veya o kemikte zayıflama nedeniyle kırık oluşumuna yol açabilir."

Malign (Kötü huylu) kemik tümörleri

***Osteosarkom:** Osteosarkomun, halk arasında kemik kanseri olarak bilinen birincil kemik tümörlerinden en yaygını olduğunu

kaydeden Doç. Dr. Karlı, "Genellikle çocuklarda ve genç yetişkinlerde (Özellikle 10-20'li yaşlarda) ortaya çıkar. Çoğunlukla bacaklardaki uzun kemiklerin uç kısımlarında (Diz çevresi) veya kol kemiklerinde (Örneğin omuz civarı) görülür. Osteosarkom kötü huylu bir kemik tümörüdür, agresif seyretilir ve diğer organlara yayılma (Sıçrama) ihtimali yüksektir. Belirtileri arasında etkilenen bölgede şiddetli ağrı ve şişlik bulunur" ifadelerine yer verdi.

***Ewing sarkomu:** Ewing sarkomunun da kötü huylu bir kemik tümörü olduğuna dikkat çeken Doç. Dr. Karlı, "Daha çok çocukluk ile gençlik çağında (Özellikle 5-20 yaş arası) görülür. Osteosarkoma benzer şekilde kemikte ağrı ve şişlik yapar, ancak çoğunlukla kemik içinde bir yıkım ile birlikte çevresinde büyük bir yumuşak doku kitlesi oluşturur. En sık kol ve bacak kemikleri ile leğen kemiği (Pelvis) veya kaburgalarda ortaya çıkar" dedi.

***Kondrosarkom:** Kıkırdak dokusundan kaynaklanan kondrosarkomun, kötü huylu kemik tümörlerinden biri olduğunu ifade

eden Doç. Dr. Karlı, şu bilgileri paylaştı:

"Genellikle 30-40 yaş ve üzerindeki yetişkin yaş grubunda daha sık görülür. Özellikle kalça ve leğen kemiği (Pelvis) bölgesinde veya omuz çevresinde, yavaş büyüyen bir kitle (Şişlik) olarak ortaya çıkar. Kondrosarkom, diğer kemik kanserlerine göre biraz daha yavaş seyredebilir ancak yine de habis olduğundan çevre dokulara yayılabilir veya metastaz yapabilir.

Yukarıda bahsedilenlerin dışında osteokondrom, osteoid osteoma, hemanjiom, sinir kılıfı tümörü vb. daha pek çok iyi huylu tümör; liposarkom, fibrosarkom, sinovyal sarkom gibi çeşitli kötü huylu yumuşak doku tümörleri de bulunmaktadır. Ancak bunlar daha nadir görülür ve burada en sık karşılaşılan örneklerle değinilmiştir."

TANI YÖNTEMLERİ

Doç. Dr. Karlı, kemik ve yumuşak doku tümörlerinin tanı yöntemlerini şöyle anlattı:

"*Doktorunuz öncelikle ağrı, şişlik veya hareket kısıtlılığı gibi şikayetlerinizi dinleyip, fizik muayene yaparak kemik ve yumuşak dokularda herhangi bir anormallik olup olmadığını kontrol eder.

*Röntgen filmleri, kemikteki şüpheli bölgeleri göstermek için kullanılan ilk ve en temel görüntüleme yöntemidir.

*MR (Manyetik Rezonans), BT (Bilgisayarlı Tomografi) vb. ileri görüntüleme teknikleri, tümörün tam boyutunu, yerini ve çevre dokulara yayılıp yayılmadığını gösterir.

*Kesin tanı için genellikle şüpheli bölgeden 'biyopsi' dediğimiz küçük parça alınıp, mikroskop altında inceleme yapılır.

*Tümörün vücudun başka yerlerine yayılıp yayılmadığını anlamak için PET ta-

"EĞER KEMİKLERİNİZDEN BİRİNDE DİNLENİRKEN BİLE DEVAM EDEN, GECELERİ ARTAN İNATÇI BİR AĞRI VARSA VEYA BİR YERDE FARK EDİLİR BİR ŞİŞLİK/KİTLE OLUŞTUYSA BUNU İHMAL ETMEYİN. ELBETTE HER AĞRI VEYA ŞİŞLİK BİR TÜMÖR ANLAMINA GELMEZ FAKAT ÖZELLİKLE 2-3 HAFTADAN UZUN SÜREN, İSTİRAHAT HALİNDE DAHI GEÇMEYEN KEMİK AĞRILARI YA DA BÜYÜME GÖSTEREN ANORMAL KİTLELER MUTLAKA BİR DOKTORA GÖSTERİLMELİDİR."



raması veya kemik sintigrafisi gibi tüm vücut taramaları yapılabilir."

ERKEN TEŞHİSİN ÖNEMİ

Kemik ve yumuşak doku tümörlerinde, özellikle kötü huylu olanlarda erken teşhis hayat kurtardığını belirten Doç. Dr. Karşlı, şöyle konuştu:

"Tümör ne kadar erken tespit edilirse, tedavi de o kadar başarılı ve etkili olur. Erken evrede yakalanan kötü huylu bir tümör, çoğunlukla çevre doku ve organlara yayılmadan tamamen çıkarılabilir ve böylece hastanın hayatta kalma şansı belirgin şekilde artar. Örneğin, osteosarkom gibi agresif bir kemik tümörü erken teşhis edilip uygun tedaviye başlanırsa, tümörün diğer organlara sıçramadan kontrol altına alınması mümkün olabilir. Geç kalındığında ise tümörün büyümesi ve yayılması, tedaviyi güçleştirir; daha geniş ameliyatlara (hatta bazen uzvun kesilmesi gerekebilir) ve ağır tedaviler zorunlu hale gelebilir. Unutulmamalıdır ki tanı ve tedavide yapılabilecek hatalar veya gecikmeler ciddi sorunlara, geri dönüşü olmayan uzuv kayıplarına yol açabilir."

Kendimiz için yapabileceğimiz en önemli şey, vücudumuzu iyi gözlemlemektir

Vücudumuzdaki ağrı ve şikayetleri iyi gözlemlememiz gerektiğine dikkat çeken Doç. Dr. Karşlı, şu uyarılarda bulundu:

"Eğer kemiklerinizden birinde dinlenirken bile devam eden, geceleri artan inatçı bir ağrı varsa veya bir yerde fark edilir bir şişlik/kitle oluştuysa bunu ihmal etmeyin. Elbette her ağrı veya şişlik bir tümör anlamına gelmez fakat özellikle 2-3 haftadan uzun süren, istirahat halinde dahi geçmeyen kemik ağrıları ya da büyüme gösteren anormal kitleler mutlaka bir doktora gösterilmelidir. Ortopedi ve travmatoloji uzmanları, gerekirse ortopedik onkoloji alanında deneyimli ekipler, bu belirtilerin nedenini araştırarak gerekli muayene ve görüntüleme yöntemlerini uygulayacaktır."

Erken teşhis sayesinde kötü huylu bir tü-

mör saptansa bile zamanında tedavi ile tam iyileşme sağlanabilir veya en azından uzuv koruyucu tedavilerle organ kaybı ve metastaz riski en aza indirilebilir."

Ortopedik onkoloji tedavisinin multidisipliner (Birden çok uzmanlık alanını içeren) bir yaklaşım gerektirdiğini ifade eden Doç. Dr. Karşlı, bu uzmanlık alanlarını şöyle sıraladı:

"*Ortopedi ve travmatoloji uzmanlarının yanı sıra,

*Tıbbi onkologlar,

*Radyasyon onkologları,

*Patoloji uzmanları,

*Radyologlar

*Nükleer tıp ve

*Rehabilitasyon hekimlerinin bir arada olduğu bir ekiptir."

"Bu ekip yaklaşımı, hastanın hem tümör tedavisinin başarılı olmasını hem de tedavi sonrası yaşam kalitesinin artmasını sağlar" diyen Doç. Dr. Karşlı, son olarak şunları söyledi:

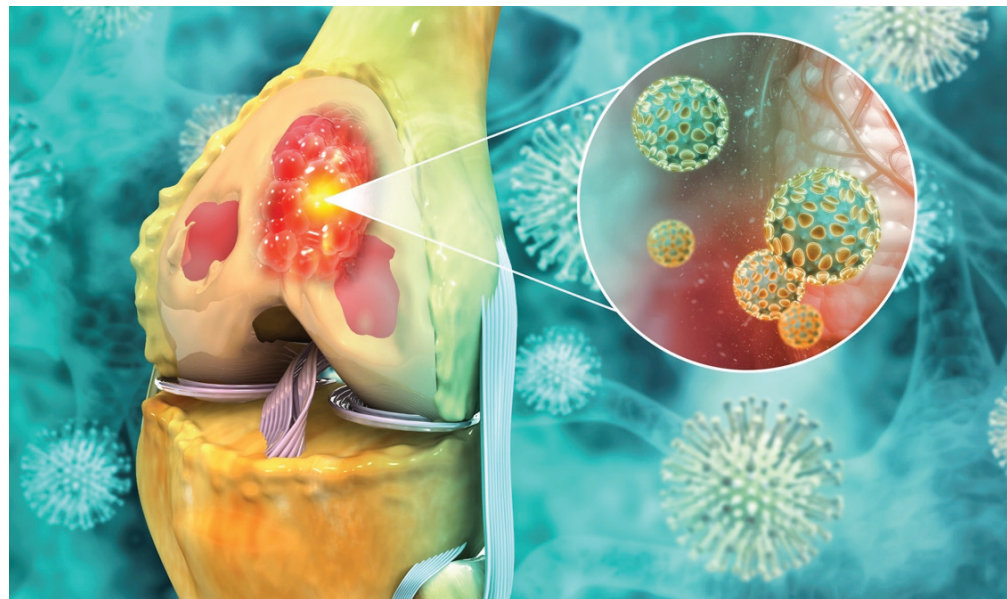
"Farklı uzmanlık alanındaki doktorlar tedavide görev alır; kanser ilaçlarını tıbbi onkologlar, ışın tedavisini radyasyon onkologları verir. Patologlar tümörün tanısını koymak için doku örneklerini inceler. Radyolog ve nükleer tıp doktorları ise biyopsi öncesi çekilen görüntüleri

değerlendirir. Hastanemizde bu birimlerin tamamı bulunmakta ve haftada bir kez düzenlenen onkoloji konseyinde tüm uzmanlarımız bir araya gelerek hastalara bütüncül bir yaklaşımla en uygun tedavi planını belirlemektedir."

Sonuç olarak; kemik ve yumuşak doku tümörleri nadir görülmekle birlikte önemli rahatsızlıklardır. İyi ve kötü huylu tümörlerin arasındaki farkları bilmek, belirtilerin farkında olmak ve doktora başvurmayı geciktirmemek çok önemlidir. Kötü huylu tümörlerde erken teşhis ve tedavi, yaşam süresini uzatırken yaşam kalitesini de artırır. Kendi sağlığınız için vücudunuzdaki sinyallere kulak verin ve gerekirse bir uzmana danışın. Unutmayın, erken teşhis hayat kurtarır."



"İYİ HUYLU TÜMÖRLER GENELLİKLE YAVAŞ BÜYÜR. YAYILIM YAPMAZ VE YAŞAMI TEHDİT ETMEZ. KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLER İSE HIZLI BÜYÜYEBİLİR, ÇEVRE DOKULARA ZARAR VEREBİLİR VE VÜCUDUN UZAK BÖLGELERİNE SIÇRAYARAK YAYILABİLİR."





**DOÇ. DR.
ERSİN BORAZAN**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

ERKEN EVRE KOLOREKTAL KANSERİ

KOLOREKTAL KANSER, TÜM KANSER VAKALARININ YAKLAŞIK YÜZDE 10'UNU OLUŞTURAN DÜNYA ÇAPINDA EN YAYGIN ÜÇÜNCÜ KANSERDİR. DÜNYA ÇAPINDA KANSERE BAĞLI ÖLÜMLERDE İKİNCİ SIRADADIR. ERKEN EVRE KOLON KANSERİNİN İLK TEDAVİSİ CERRAHİDİR.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda görev yapan Doç. Dr. Ersin Borazan, erken evre kolon ve rektum (Kalın bağırsak) kanserini; "Bitişik organların, lenf düğümlerinin veya uzak organ tutulumu olmaksızın tamamen cerrahi olarak çıkarılabilen kolon kanseri olarak tanımlanabilir. Kolon ve rektum, kalın bağırsağın bütünüdür. Rektum, kalın bağırsağın anüse kadar olan son 15 cm'sidir" ifadeleriyle tanımladı.

KOLON KANSERİ BELİRTİLERİ

Doç. Dr. Borazan, "Kolon kanserinde en yaygın belirtiler olarak bağırsak alışkanlıklarında değişiklik (Kabızlık vb.), karın ağrısı, bulantı, anemiye bağlı yorgunluk, halsizlik, siyah renkli veya kanlı dışkılama, kilo kaybı şikâyetlerini sayabiliriz" dedi.

ERKEN EVREDE GÖRÜLEBİLECEK ŞİKAYETLER

Erken evrede genel olarak belirgin bir şikâyet olmadığını söyleyen Doç. Dr. Borazan, "Bazen dışkıda gizli kan pozitifliği olabilir. Bir kişide kolon kanseri risk faktörleri yoksa 50 yaşından sonra tarama amaçlı kolonoskopi önerilmektedir" diye konuştu.

KOLON KANSERİ TANISI

Kolon kanserinden şüphelendiğinde genellikle kolonoskopi ile anüsten girilerek tüm kalın bağırsak için görüntülendiğini belirten Doç. Dr. Borazan, şu bilgiyi paylaştı:

"Bu işlem anestezi altında güvenle uygulanmaktadır. Bir kanser dokusu görüldüğünde bunu doğrulamak için biyopsi



yapılır. Kolon kanseri teşhis edildiğinde, bir sonraki adım evreleme yapmaktır. Evrelemenin amacı bir kanserin saldırganlığını ve yaygınlığını tanımlamak ve tedavi şeklini belirlemek için yapılır. Fiziksel muayenede kanser yayılımı belirtileri olabilir. Bilgisayarlı Tomografi (BT) taraması veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) yapılması, PET görüntüleme çevre ve uzak organlara yayılımı gösterebilir. Ameliyat sonrası patolojinin mikroskop altında incelenmesi ile yaygınlığı netlik kazanır.”

KOLON KANSERİ EVRELERİ

Doç. Dr. Borazan, kolon kanserinin aşamalarını genel hatlarıyla şöyle anlattı:

“Evre 1: Kanser dokusunun bağırsak duvarının tamamını istila etmediğini,

Evre 2: Kanser bağırsak duvarının tüm duvarını istila ettiğini,

Evre 3: Kanser bağırsak duvarının tutulumuna bakılmaksızın lenf düğümlerini istila ettiğini,

Evre 4: Kanser karaciğer veya akciğerler gibi uzak organlara yayılmış yani metastaz yaptığını gösterir.”

TEDAVİSİ

“Evre 1 ve 2; hastalık erken evre (Lokal) kolorektal kanserler olarak adlandırılır ve ameliyatla tamamen tedavi edilebilir” diyen Doç. Dr. Borazan, şöyle devam etti:

“Evre 2’de bazı parametreler olması durumunda veya evre 3’te hastalıkta cerrahi tedaviye muhakkak medikal onkolojik tedavi (Kemoterapi) eşlik etmektedir. Evre 4, ileri kolorektal kanserde hasta genellikle kemoterapi ile tedavi edilir.

Bazı hastalar, özellikle bağırsak tıkanması varsa, metastatik hastalığın tedavisinden önce, bağırsaktaki tümörün çıkarılması veya bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması ameliyatları yapılabilir.”

KOLON KANSERİ AMELİYATLARI

Erken evre kolon kanserinin ilk tedavisinin cerrahi olduğunu belirten Doç. Dr. Borazan, ameliyatlar hakkında şunları kaydetti:

“Ameliyat sırasında kolon ve çevresindeki dokuların kanserli kısmı çıkarılır. Bu çevre doku içindeki lenf bezi düğümleri, kanserin kolonun ötesine yayılıp yayılmadığını belirlemek için patolojiye inceleme-ye gönderilir. Çoğu insanda, kolonun iki ucu, kanserli dokular çıkarıldıktan hemen sonra yeniden birbirine bağlanabilir. Bu yapılabilirse makat aracılığıyla normal dışkılamaya devam edilir.

Diğer durumlarda, kolon ilk ameliyat sırasında yeniden birbirine bağlanamaz. Bu, cerrahın yeniden bağlantının başarısız olma ihtimalinin yüksek olduğunu düşündüğü veya iyileşmek için zamana ihtiyaç duyulduğu durumunda yapılır. Eğer bu gerçekleşirse, cerrah kolonu (ve bazen ince bağırsağı) karın duvarına ağızlaştırır (Ostomi). Bağırsak içeriğini toplamak için ostominin üzerine bir torba takılır. Ostomi genellikle geçicidir. Kolonun iki ucu genellikle kemoterapi tamamlandıktan sonra veya birkaç ay sonra yeniden bağlanabilir. Diğer durumlarda, kolostomiye kalıcı olarak ihtiyacınız olacaktır.”

SAĞLIKLI BİREYLERDE

KOLON KANSERİ TARAMASI

Rutin taramada dışkıda gizli kanın ve anemi durumlarında bunun sebebinin araştırılmasının önemli olduğuna dikkat çeken Doç. Dr. Borazan, “Makattan kan gelmesi de üzerinde durulması gereken bir belirtidir. Bu tip şikayetlerde muhakkak hekime başvurmak gereklidir.

Kolonoskopiyle tarama ve poliplerin çıkarılmasının, özellikle klinik tarama ve kontrollerde kolon kanseri için genel riski

azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır. Kolonoskopi, kötü huylu kolon poliplerinin veya erken evre kolon kanserlerinin çıkarılmasından sonra, uzun süreli takiplerde, şikayetsiz seyreden riskli adenomların ve nüks eden erken evre kanserlerin tespit edilmesinde de rol oynar” diye konuştu.

KOLON KANSERİNDE GENETİK - AİLESEL YATKINLIK

Kolon kanseri olan kişilerin ailelerinin de kolorektal kanser riski açısından bilinçli olması gerektiğini belirten Doç. Dr. Borazan, şu uyarılarda bulundu:

“60 yaşından önce kolorektal kanser ya da polipler olan bir ebeveyne, kardeş ya da çocuğa sahipseniz ya da herhangi bir yaşta tanı konulan iki akrabanız varsa, kolon kanseri için daha erken taramaya (Ortalama 40 yaşından itibaren) başlamalısınız.

Bazı genetik rahatsızlıklar kolon kanseri riskini artırır. En yaygın durumlar arasında Lynch Sendromu (Kalıtsal nonpolipoliz kolon kanseri) ile ailesel Adenomatöz Polipozis (FAP) sayılabilir.

Kolon kanseriyle ilgili güçlü bir aile öyküsü varsa (İki veya daha yakın akraba), genetik danışmanlık ve olası genetik test ihtiyacı doğabilir. Genetik test sonuçları sizin ve ailenizin tedaviye veya daha yakın gözetime ihtiyaç duyup duymadığınızı belirlemenize yardımcı olacaktır.”



“KOLON KANSERİNDE EN YAYGIN BELİRTİLER OLARAK BAĞIRSAK ALIŞKANLIKLARINDA DEĞİŞİKLİK (KABIZLIK VB.), KARIN AĞRISI, BULANTI, ANEMİYE BAĞLI YORGUNLUK-HALSİZLİK, SİYAH RENKLİ VEYA KANLI DIŞKILAMA, KİLO KAYBI ŞİKÂyetlerini sayabiliriz.”



**DR. ÖĞR. ÜYESİ
TOKTAMIŞ SAVAŞ**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
ANABİLİM DALI

KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİ, İYİ HUYLU (BENİGN) BORDERLINE (SINIRDA) YA DA KÖTÜ HUYLU (MALİGN) OLABİLİR. İYİ HUYLU TÜMÖRLER GENELLİKLE VÜCUDA YAYILMAZ VE HAYATI TEHDİT ETMEZ, ANCAK BAZEN BÜYÜYEREK AĞRI VEYA FONKSİYON BOZUKLUĞUNA YOL AÇABİLİRLER.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'ndan Dr. Öğr. Üyesi Toktamış Savaş,, "Borderline tümörler iyi huylu ve kötü huylu tümörler arasında yer alan, davranışları tam olarak öngörülemeyen tümörlerdir. Bu tümörler genellikle lokal agresif seyirli olup nadiren metastaz yapabilirler. Bu nedenle yakın takip ve dikkatli bir tedavi planı gerektirir. Kötü huylu tümörler ise kanser özelliği taşır, çevre

dokulara zarar verebilir ve diğer bölgelere yayılabilir" diye konuştu.

1. KEMİK TÜMÖRLERİNİN TEDAVİSİ

Kemik tümörlerinin kemiğin içinde veya üzerinde oluşan anormal kitleler olduğunu belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "İyi huylu kemik tümörleri genellikle yavaş büyür ve başka bölgelere yayılmaz ancak büyüklükleri ve konumlarına bağlı olarak ağrıya veya kemiğin zayıflamasına neden olabilirler. Kötü huylu kemik tümörleri ise 'kemik kanseri' olarak da bilinir ve agresif tedavi gerektirir. Tedavi planı tümörün



"İYİ HUYLU TÜMÖRLERDE GENELLİKLE DÜZENLİ TAKİP VE GEREKTİĞİNDE CERRAHİ ÇIKARMA YETERLİYKEN, KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLERDE CERRAHİYE EK OLARAK KEMOTERAPİ VE RADYOTERAPİ GİBİ YÖNTEMLER DE HAYAT KURTARICI OLABİLMEKTEDİR."

tipine (İyi huylu/kötü huylu) ve hastanın durumuna göre belirlenir" ifadelerini kullandı.

A. İyi huylu (Benign) kemik tümörleri

a) Osteokondrom: Bu tümörün kemik yüzeyinde görülen kıkırdaklı, iyi huylu bir kemik çıkıntısı olduğunu söyleyen Dr. Öğr. Üyesi Savaş, genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde geliştiğini kaydetti.

Tedavi: Çoğu osteokondrom için özel bir tedavi gerekmediğini söyleyen Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Belirti vermiyorsa doktorlar sadece düzenli kontrollerle takip etmeyi önerir. Eğer tümör büyüyerek ağrıya, sinir veya damar basısına ya da hareket kısıtlılığına yol açarsa cerrahi müdahale ile çıkartılması tavsiye edilir. Ameliyatla tümörün bulunduğu bölgeden çıkarılması genellikle basit bir işlemdir ve sorun tamamen ortadan kalkar" dedi.

b) Osteoid Osteoma: Bunun özellikle genç yaşlarda görülen, küçük boyutlu ve iyi huylu bir kemik tümörü olduğunu kaydeden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, sıklıkla gece artan karakteristik bir ağrı yaptığını vurguladı.

Tedavi: Bu tümörlerin bazen kendi kendine küçülüp kaybolabildiğini belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Bu nedenle hemen ameliyat gerekemeyebilir. Öncelikle ağrı yönetimi önemlidir. Non-steroidal anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAID'ler, örneğin ibuprofen vb.) ile ağrı kontrol altına alınabilir ve tümör zamanla küçülebilir. Eğer ağrı ilaçlarla kontrol edilemeyecek kadar şiddetliyse veya tümör yıllarca geçmezse, cerrahi tedavi düşünülür. Ameliyat sırasında tümör kazınarak çıkarılabilir (Küretaj) veya özel bir minimal invaziv yöntem olan radyofrekans ablasyonu uygulanabilir. Radyofrekans ablasyonunda bir iğne tümürlü alana yönlendirilip yüksek



frekanslı akımla tümör ısıtılarak yok edilir. Bu yöntemle genellikle tek seansta osteoid osteoma tamamen tedavi edilebilir" şeklinde konuştu.

B. Kötü huylu (Malign) kemik tümörleri

a) Osteosarkom: Bunun en sık görülen primer kemik kanserlerinden biri olduğunu söyleyen Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Genellikle ergenlik çağında, hızlı büyüme döneminde ortaya çıkar. Osteosarkom, çoğunlukla bacakların uzun kemiklerinde (Örneğin diz çevresinde) gelişir" dedi.

Tedavi: Osteosarkomda kemoterapi (İlaç tedavisi) ve cerrahinin birlikte uygulandığını kaydeden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, tedavi hakkında şunları söyledi:

"Önce tümörün küçülmesi ve yayılma riskinin azalması için birkaç kür kemoterapi verilebilir. Daha sonra cerrahiyle tümör, etrafındaki bir miktar sağlıklı kemik dokusuyla birlikte geniş sınırlarla çıkarılır.

Eskiden bu tür ameliyatlar sıklıkla uzuv kaybına (Ampütasyona) yol açarken, günümüzde çoğu vakada uzuv koruyucu cerrahi yapılır. Yani, tümürlü kemik bölümü çıkarıldıktan sonra yerine metal protezler veya kemik greftleri konarak kol veya bacak çoğunlukla korunur. Ameliyat sonrası kalan mikroskobik kanser hücrelerini yok etmek ve nüks riskini azaltmak için tekrar kemoterapi (Ameliyat sonrası destekleyici tedavi) verilir. Bu çok yönlü tedavi yaklaşımı, osteosarkomun tedavisinde başarı şansını artırmaktadır."

b) Ewing sarkomu: Genellikle çocuklarda ve genç erişkinlerde görüldüğünü ifade eden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Kemikte (ve bazen yumuşak dokuda) oluşan kötü huylu bir tümördür. Ewing sarkomu çoğunlukla uzun kemiklerde (Örneğin uyluk, kaval kemiği) veya leğen kemiğinde ortaya çıkar" dedi.

Tedavi: Ewing sarkomunda da temel te-

"KEMİK METASTAZLARINDA HASTAYI RAHATLATMAK VE KEMİĞİ KORUMAK İÇİN IŞIN TEDAVİSİ, ORTOPEDİK CERRAHİ İLE DESTEKLEME VE KEMİK GÜÇLENDİRİCİ İLAÇLAR BİR ARADA KULLANILIR. HER DURUMDA, BU HASTALIKLARIN TEDAVİSİ MUTLAKA DENEYİMLİ BİR SAĞLIK EKİBİ TARAFINDAN PLANLANMALI VE YÖNETİLMELİDİR."





davi yaklaşımının kemoterapi ve cerrahi olduğunu belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, şöyle devam etti:

"Bu tümör, kemoterapiye oldukça duyarlıdır. Tedaviye genellikle birkaç kür kemoterapi ile başlanır. Amaç tümörü küçültmek ve olası yayılımı kontrol altına almaktır. Ardından uygun olan durumlarda tümör cerrahi operasyonla çıkarılır. Cerrahi sırasında tümörün tamamı ve etrafındaki sağlıklı dokudan bir pay (Temiz cerrahi sınır elde etmek için) çıkartılır.

Ewing sarkomunun tedavisinde radyoterapi (Işın tedavisi) de önemli bir yere sahiptir. Eğer tümör ameliyatla tam olarak çıkarılamayacak bir konumdaysa veya cerrahi sonrası bölgede mikroskobik tümör kalma riski varsa radyoterapi uygulanabilir. Cerrahi ve radyoterapi, Ewing sarkomunun bulunduğu yere göre birlikte verilebilir. Amaç uzvu korunurken tümörü yok etmektir. Kemoterapi, cerrahi/radyoterapi öncesi ve sonrasında toplam yaklaşık 6-12 ay sürecek şekilde devam eder. Bu kombine tedavi yaklaşımı sayesinde Ewing sarkomu olan hastalarda uzun süreli sağ kalım şansı önemli ölçüde artmıştır."

c) Kondrosarkom: Bunun kırıkta hücrelerinden kaynaklanan bir kemik kanseri olduğunu kaydeden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Daha çok yetişkin yaş grubunda (40'lı yaşlar ve sonrası) ortaya çıkar ve sıklıkla kalça, pelvis (Leğen kemiği) veya omuz çevresinde gelişir" dedi.

Tedavi: Bu tümörün diğer kemik tümörlerinden farklı olarak kemoterapi ve radyoterapiye fazla yanıt vermediğini belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, şu bilgileri paylaştı:

"Bu nedenle cerrahi, kondrosarkom tedavisinin ana yöntemidir. Çoğu kondrosarkom olgusunda tümörün ameliyatla çıkarılması dışında bir tedavi pek kullanılmaz. Cerrahide tümör ve çevresindeki sağlam dokunun genişçe bir bölümü çıkarılarak temiz sınırlar elde edilmeye çalışılır. Tümör tamamen alındığında ek bir ilaç veya ışın tedavisi genellikle gerekmez. Cerrahi sonrasında düzenli kontrollerle nüks olup olmadığı takip edilir."

2. YUMUŞAK DOKU TUMÖRLERİNİN TEDAVİSİ

Yumuşak doku tümörlerinin kas, yağ, si-



"CERRAHİ TEDAVİYLE, KIRIK OLUŞMADAN ÖNCE KEMİĞİ GÜÇLENDİRMEK VEYA OLUŞMUŞ KIRIĞI TAMİR ETMEK AMAÇLANIR. BU KAPSAMDA, METASTAZIN BULUNDUĞU KEMİK BÖLGESİ GENELLİKLE CERRAHİ OLARAK TEMİZLENİR (TUMÖRLÜ DOKULAR MÜMKÜN OLDUĞUNCA ÇIKARILIR) VE ARDINDAN KEMİK, ÖZEL DÂHİLİ TESPİT (FİKSASYON) CİHAZLARI İLE DESTEKLENİR."

nir, fibroz doku (Bağ dokusu) gibi kemik dışındaki destek dokularında oluştuğunu vurgulayan Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Bunlar da iyi huylu veya kötü huylu olabilir. İyi huylu yumuşak doku tümörleri vücudun herhangi bir yerinde cilt altında hissedilen, genellikle yavaş büyüyen kitlelerdir ve çoğunlukla zararsızdır. Kötü huylu yumuşak doku tümörleri (Yumuşak doku sarkomları) ise çok nadir görülür ancak ciddi tedavi gerektirir. Çünkü çevre dokuya yayılabilir veya kan yoluyla metastaz yapabilirler" dedi.

A. İyi huylu yumuşak doku tümörleri

a) Lipom (Yağ bezesi): Lipomların vücuttaki yağ hücrelerinden köken alan ve cilt altında yumuşak kıvamlı bir şişlik şeklinde ortaya çıkan en yaygın iyi huylu tümörler olduğunu söyleyen Dr. Öğr. Üyesi Savaş, bu tümörlerin genellikle küçük, hareketli ve ağrısız olduğunu kaydetti.

Tedavi: Lipomların genellikle zararsız olduğu için çoğunlukla tedavi gerektirmediğini belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Doktorlar, lipomu genellikle 'izle ve gör' yaklaşımıyla takip eder, eğer büyümeyen veya rahatsızlık vermezse bırakılır. Ancak lipom çok büyürse, ağrı yaparsa veya kozmetik olarak rahatsız edici olursa basit bir cerrahi işlemle lokal anestezi altında

çıkarılabilir. Lipom alınırken çevre dokulara zarar vermeden sadece tümörlü yağ kitlesi çıkarılır ve genellikle aynı gün evinize dönebilirsiniz. Lipom çıkarıldıktan sonra genellikle tekrarlamaz" ifadelerini kullandı.

b) Fibrom: Fibromun, bağ dokusu (Fibroz doku) kaynaklı iyi huylu tümörlere verilen genel isim olduğunu ifade eden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Vücudun çeşitli bölgelerinde (Örneğin ciltte, ağızda veya başka organlarda) fibromlar gelişebilir. Çoğu fibrom küçük ve belirti vermeyen, zararsız kitlelerdir" dedi.

Tedavi: Fibromların büyük kısmı için tedavi gerekmediğini kaydeden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Eğer herhangi bir şikâyeteye yol açmıyorsa sadece gözlem yeterlidir. Bazı fibromlar estetik olarak rahatsız edici bir noktada olabilir veya nadiren ağrı/irritasyona neden olabilir. Bu durumlarda doktorlar basit bir cerrahi müdahaleyle fibromu almayı önerebilir. Fibromların cerrahi çıkarılması genelde kolaydır ve lokal anestezi ile yapılabilir. Alındıktan sonra genellikle nüksetmezler" açıklamasında bulundu.

B. Kötü huylu yumuşak doku tümörleri (Sarkomlar)

Kötü huylu yumuşak doku tümörlerinin genel olarak 'yumuşak doku sarkomları' olarak adlandırıldığını bildiren Dr. Öğr. Üyesi Savaş, şöyle devam etti:

"Bu tümörler farklı dokulardan kaynaklanabilir (Yağ, kas, sinir kılıfı, sinovyum vb.) ve alt tipine göre değişik isimler alırlar. Tedavide temel prensip, mümkün olduğunca tüm tümör hücrelerinin vücuttan uzaklaştırılması ve yeniden oluşumunun engellenmesidir. Ana tedavi genellikle

cerrahidir, ancak tümörün tipine ve yayılım durumuna göre ışın tedavisi ve ilaç tedavisi de planlanabilir."

a) Liposarkom: Bunların, yağ dokusunun kötü huylu tümörleri olduğunu belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Genellikle orta yaş ve üzerinde, derin yerleşimli yumuşak dokularda (Örneğin uyluk, kalça bölgesi derinlerinde) ortaya çıkar" dedi.

Tedavi: Cerrahinin, liposarkom tedavisinin temelini oluşturduğunu kaydeden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, tedavi hakkında şunları söyledi:

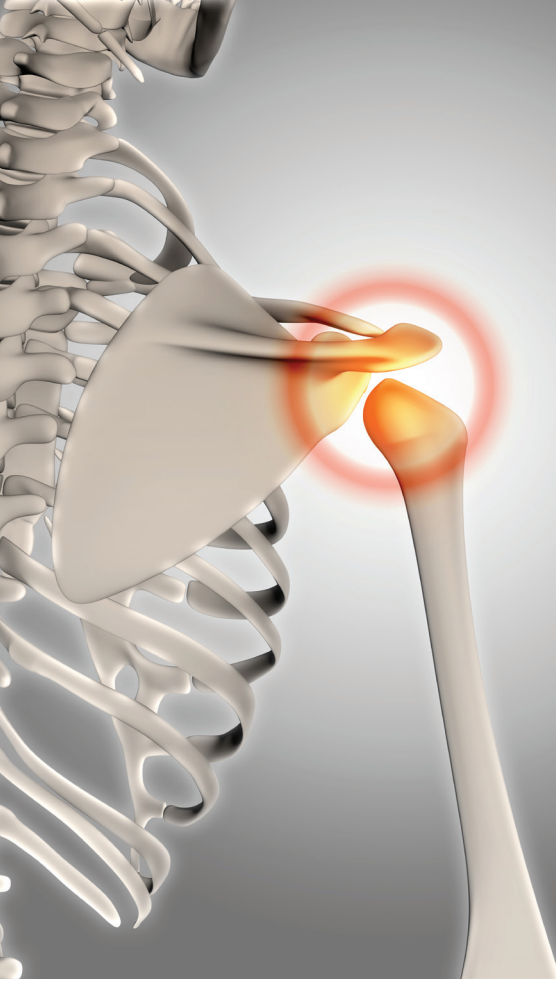
"Cerrahin amacı tüm tümörü ve etrafındaki bir miktar sağlam dokuyu birlikte çıkararak geride kanser hücresi bırakmaktır. Liposarkomlar büyüdükçe çevre dokulara sızabileceğinden, geniş ve temiz cerrahi sınırlar elde etmek önemli

dir. Ameliyat sonrasında, özellikle yüksek dereceli (Agresif) veya tam çıkarılamamış liposarkomlarda radyoterapi (Işın tedavisi) uygulanabilir. Radyoterapi, ameliyat sonrası bölgede kalmış olabilecek kanser hücrelerini öldürmeye yardımcı olur ve tümörün yeniden ortaya çıkma riskini azaltır. Bazı durumlarda (Örneğin tümör çok büyükse veya başka yerlere yayılmışsa) kemoterapi (İlaç tedavisi) de tedaviye eklenir. Kemoterapi, vücuttaki dolaşan kanser hücrelerini yok etmeyi amaçlar. Liposarkomlarda kemoterapinin etkinliği tümörün alt tipine bağlıdır. Doktorunuz, tümörün tipine göre kemoterapinin gerekip gerekmediğini değerlendirir."

b) Sinovyal sarkom: Sinovyal sarkomun genellikle eklem çevresindeki yumuşak dokulardan (Sinovyum adı verilen eklem zarı veya yakınındaki dokular) kaynaklanan malign bir tümör türü olduğunu



"RADYOTERAPİ, YÜKSEK ENERJİLİ IŞINLARLA KANSER HÜCRELERİNİ ÖLDÜREREK ÇALIŞIR. BU SAYEDE METASTATİK TÜMÖR KÜÇÜLÜR VEYA AKTİVİTESİ AZALIR, HASTALARIN AĞRILARI ÖNEMLİ ORANDA HAFİFLER. AYRICA RADYOTERAPİ, TÜMÖRÜN BULUNDUĞU KEMİKTE DAHA FAZLA HARABİYET YAPMASINI ENGELLEYEREK KEMİK KIRIĞI RİSKİNİ AZALTABİLİR."



belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, bu tümörün daha çok genç erişkinlerde (20'li-30'lu yaşlar) görüldüğünü söyledi.

Tedavi: Sinovyal sarkomda cerrahi müdahalenin standart bir tedavi olduğunu ifade eden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, bu tümörde uygulanan tedavi hakkında şu bilgiyi verdi:

"Cerrahi müdahaledeki amaç, tümörü çevresindeki sağlıklı doku sınırlarıyla birlikte tamamen çıkarmaktır. Bazen tümörün konumu ve yayılımına bağlı olarak, bir kas grubunun tamamının çıkarılması gerekebilir ki bu, kanserin tamamen temizlenmesi için yapılabilir. Cerrahiden önce tümörü küçültmek veya sonrasında kalabilecek hücreleri yok etmek için diğer tedaviler kullanılır. Özellikle tümör büyükse veya agresifse, cerrahiye ek olarak kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanabilir. Kemoterapi, vücuttaki kanser hücrelerini



"KEMİK METASTAZLARI EN SIK OMURGA, KALÇA (UYLUK KEMİĞİ) VEYA KOL KEMİKLERİ GİBİ İYİ KANLANAN KEMİKLERDE GÖRÜLÜR. METASTATİK KEMİK HASTALIĞI GENELLİKLE BİRDEN FAZLA KEMİKTE OLABİLİR VE NE YAZIK KI TAMAMEN KÜR (İYİLEŞME) SAĞLAMAK ÇOĞU ZAMAN MÜMKÜN DEĞİLDİR. BU NEDENLE TEDAVİNİN AMACI HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİ ARTIRMAK, AĞRISINI GİDERMEK VE KEMİKLERİN GÜÇLENDİRİLEREK KIRIKLARIN ÖNLENMESİDİR."

sistemik olarak yok etmeye yönelik ilaç tedavisidir ve sinovyal sarkomda bazı vakalarda kullanılmaktadır (Özellikle tümör yayılım göstermişse).

Radyoterapi ise tümör bölgesine yönelik ışın tedavisidir. Eğer cerrahinin yetersiz kalabileceği düşünülürse veya ameliyat sonrası mikroskobik kalıntılar riski varsa, ışın tedavisiyle bölgesel kontrol sağlanmaya çalışılır. Sinovyal sarkom tedavisi, tümörün boyutu, yeri ve metastaz durumuna göre multidisipliner bir ekip tarafından planlanır ve kişiye özel hale getirilir."

c) Rabdomiyosarkom: Bu tümörün çizgili kas dokusundan kaynaklanan kötü huylu bir tümör çeşidi olduğunu belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, "Özellikle çocuklarda en sık görülen yumuşak doku sarkomudur. Vücudun çeşitli yerlerindeki iskelet kaslarında ortaya çıkabilir (Baş-boyun bölgesi, kollar-bacaklar veya genital/ürolojik bölgelerde sıkça görülür)" dedi.

Tedavi: Rabdomiyosarkom tedavisinin çok yönlü (Multimodal) bir tedavi stratejisi gerektirdiğini bildiren Dr. Öğr. Üyesi Savaş, şunları söyledi:

"Hemen her vakada cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonu kullanılmaktadır. Çoğunlukla ilk adım, mümkünse tümörün cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Ameliyatla tümör çıkarıldıktan sonra dahi, rabdomiyosarkom olgularında vücutta mikroskobik kanser hücreleri kalmış olabileceğinden kemoterapi uygulanır. Rabdomiyosarkom, kemoterapiye duyarlı

bir tümördür ve çocukluk çağı rabdomiyosarkomlarında tüm hastalar sistemik kemoterapi alır denilebilir.

Kemoterapi, dolaşımdaki kanser hücrelerini öldürerek hastalığın vücudun başka yerlerine yayılmasını engellemeye çalışır. Tümörün konumuna ve cerrahi sonrası duruma göre radyoterapi de tedaviye eklenir. Özellikle tümörün tam çıkarılmadığı durumlarda veya kritik bölgelerde (Örneğin göz çevresi, baş-boyun) ışın tedavisi ile kalan kanser hücreleri yok edilmeye çalışılır. Bu şekilde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiyi içeren kapsamlı tedavi protokolleri ile rabdomiyosarkomlu çocuklarda uzun dönem sağ kalım oranları önemli ölçüde artmıştır. Tedavi sonrasında hastalar düzenli kontrollerle izlenir, çünkü rabdomiyosarkom yıllar sonra bile tekrarlayabildiği için yakın takip önemlidir."

C. Kemik metastazlarında ortopedik tedavi yöntemleri

"Kemik metastazı, vücudun başka bir yerinde (Örneğin meme, prostat, akciğer vb. organlarda) başlayan bir kanserin kemiğe sıçraması/yayılması durumudur. Yani kemikteki tümör, o kemiğin kendi hücrelerinden değil, başka bir kanserin hücrelerinden oluşur" diyen Dr. Öğr. Üyesi Savaş, şu açıklamada bulundu:

"Kemik metastazları en sık omurga, kalça (Uyluk kemiği) veya kol kemikleri gibi iyi kanlanan kemiklerde görülür. Metastatik kemik hastalığı genellikle birden fazla kemikte olabilir ve ne yazık ki tamamen kür (İyileşme) sağlamak çoğu zaman mümkün değildir. Bu nedenle tedavinin amacı



"FİBROMLARIN BÜYÜK KISMI İÇİN TEDAVİ GEREKMEKTEDİR. EĞER HERHANGİ BİR ŞİKÂYETE YOL AÇMIYORSA SADECE GÖZLEM YETERLİDİR."

hastanın yaşam kalitesini artırmak, ağrısını gidermek ve kemiklerin güçlendirilerek kırıkların önlenmesidir.

Kemik metastazlarının tedavisinde birden çok disiplin iş birliği yapar. Medikal onkolog, ortopedik cerrah ve radyasyon onkoloğu genellikle birlikte plan yaparlar. Tedavi yöntemleri hastanın genel durumuna, metastazın yaygınlığına ve kemikte yarattığı tahribata göre belirlenir."

En sık uygulanan yaklaşımlar:

a) Radyoterapi (Işın tedavisi): Işın tedavisinin, kemik metastazlı bölgelerde ağrının azaltılması ve tümörün büyümesinin kontrol altına alınmasında çok etkili bir yöntem olduğunu söyleyen Dr. Öğr. Üyesi Savaş, şöyle devam etti:

"Radyoterapi, yüksek enerjili ışınlarla kanser hücrelerini öldürerek çalışır. Bu sayede metastatik tümör küçülür veya aktivitesi azalır, hastaların ağrıları önemli oranda hafifler. Ayrıca radyoterapi, tümörün bulunduğu kemikte daha fazla harabiyet yapmasını engelleyerek kemik kırığı riskini azaltabilir. Radyoterapinin etkisi genellikle tedavi başladıktan sonraki birkaç hafta içinde görülmeye başlanır ve hastaların yarısından fazlasında tam, büyük kısmında da kısmi ağrı kontrolü sağlanır. Işın tedavisi tek başına kür sağlayamasa da metastazlı bölgede palyatif (Destekleyici) bir çözüm sunarak hastanın günlük hayatını kolaylaştırır."

b) Cerrahi tedavi (Ortopedik operasyonlar): Dr. Öğr. Üyesi Savaş, kemik metastazının, ilgili kemikte yapısal zayıflamaya veya kırığa yol açması durumunda (ya da kırık riski çok yüksekse) ortopedik cerrahinin devreye girdiğini belirtti.

Amaç: Cerrahi tedaviyle, kırık oluşmadan önce kemiği güçlendirmeyi veya oluşmuş kırığı tamir etmeyi amaçladıklarını kay-

deden Dr. Öğr. Üyesi Savaş, şu bilgileri paylaştı:

"Bu kapsamda, metastazın bulunduğu kemik bölgesi genellikle cerrahi olarak temizlenir (Tümörlü dokular mümkün olduğunca çıkarılır) ve ardından kemik, özel dâhili tespit (Fiksasyon) cihazları ile desteklenir. Örneğin, uzun kemiklerde metal plaklar ve vidalar veya çivi (İntramedüller rod) kullanılabilir. Omurga gibi bölgelerde vidalama veya kafes sistemleri ile stabilizasyon sağlanabilir. Cerrah, zayıflamış veya boşluk oluşmuş kemik kısmını onardıktan sonra, gerekirse ortaya çıkan boşluğa 'kemik çimentosu' denilen özel bir dolgu maddesi enjekte eder. Bu kemik çimentosu (Polimetilmetakrilat) sertleşerek kemiğe ek güç verir ve tedavi edilen bölgenin ağırlık taşıma kapasitesini artırır. Böylece hasta, ilgili uzvunu daha güvenli kullanabilir ve ağrısı azalır.

Yapılan çalışmalar, kırık oluşmadan önce koruyucu cerrahi uygulanan metastatik kemik hastalarında, kırık olduktan sonra ameliyat edilenlere kıyasla daha iyi sonuçlar alındığını göstermektedir (Daha kısa hastane kalış süresi, hızlı mobilizasyon ve daha az komplikasyon gibi). Cerrahi kararları, her hasta için bireysel olarak verilir; tümörün boyutu, kemiğin durumu ve hastanın genel sağlık hali göz önünde bulundurulur."

c) İlaçla tedavi ve destekleyici yöntemler: "Kemik metastazlarında sistemik kanser tedavileri (Kemoterapi, hormon tedavisi, immünoterapi vb.) ana kanser türüne bağlı olarak medikal onkologlar tarafından uygulanır" ifadelerini kullanan Dr. Öğr. Üyesi Savaş, tedavi hakkında şunları söyledi:

"Ortopedik açıdan ise, hastanın ağrısını kontrol altına almak için güçlü ağrı kesiciler (Analjezikler) verilebilir. Bunun yanında, kemik güçlendirici ilaçlar önemli bir

yer tutar. Özellikle bifosfonat grubu ilaçlar ve yeni nesil ajanlardan denosumab, tümörün kemikte yol açtığı kemik yıkımını yavaşlatır. Bu ilaçlar, osteoklast adı verilen kemik yıkan hücrelerin aktivitesini engelleyerek kemik kaybını azaltırlar.

Sonuç olarak kemikler daha sağlam kalır, kırık riski ve ağrı azalır. Ayrıca bifosfonatlar, kemik metastazlarının bulunduğu hastalarda kandaki kalsiyum seviyelerinin tehlikeli yükselmesini de engelleyebilir ve böylece hastanın genel durumuna olumlu katkı sağlar. Bu tedaviler genellikle onkologlarca düzenlenir ancak ortopedi ekipleri de hastanın kemik sağlığını korumak adına bu ajanların kullanımını planlanan tedaviye dahil eder."

Özetle: Kemik ve yumuşak doku tümörlerinin tedavisinin tümörün türüne (İyi huylu/borderline/kötü huylu), köken aldığı dokuya ve hastalığın yaygınlığına göre değiştiğini belirten Dr. Öğr. Üyesi Savaş, sözlerini şöyle tamamladı:

"İyi huylu tümörlerde genellikle düzenli takip ve gerektiğinde cerrahi çıkarma yeterliyken, kötü huylu tümörlerde cerrahiye ek olarak kemoterapi ve radyoterapi gibi yöntemler de hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Kemik metastazlarında ise amaç hastayı rahatlatmak ve kemiği korumaktır. Bunun için ışın tedavisi, ortopedik cerrahi ile destekleme ve kemik güçlendirici ilaçlar bir arada kullanılır. Her durumda, bu hastalıkların tedavisi mutlaka deneyimli bir sağlık ekibi tarafından planlanmalı ve yönetilmelidir. Erken tanı ve uygun tedavi ile birçok kemik ve yumuşak doku tümöründe başarılı sonuçlar almak mümkün olabilmektedir.

SANKO Üniversitesi Hastanemiz, deneyimli kadrosu ve teknolojik altyapı imkânlarıyla ortopedik onkoloji alanında birçok tedavi gerçekleştirmektedir."



**OPR. DR.
MEHMET ALİ MELİK**

SANKO ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

MİDE KANSERİ: SESSİZ İLERLEYEN AMA ERKEN TEŞHİSLE YENİLEBİLEN BİR DÜŞMAN

MİDE KANSERİ, MİDENİN İÇ YÜZEYİNİ KAPLAYAN HÜCRELERİN ZARAR GÖRMESİYLE MEYDANA GELEN BİR KANSER TÜRÜDÜR. BELİRTİLERİN DİKKATE ALINMASI, ERKEN TANI VE TEŞHİSTE OLDUĞU GİBİ HASTALIĞIN TEDAVİSİNİN BAŞARILI OLMASINDA DA BÜYÜK ÖNEM TAŞIMAKTADIR.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda görev yapan Opr. Dr. Mehmet Ali Melik, "Son zamanlarda çevrenizden, akrabalarınızdan ya da bir komşunuzdan mide kanseri geçiren birini duydunuz mu? Maalesef ki mide kanseri ülkemizde de dünyada da hala ciddi bir sağlık sorunu. Ne yazık ki genellikle geç fark ediliyor. Ama iyi haber şu ki; mide kanseri erken evrede tanı konulduğunda tedavi edilebilen bir hastalıktır" dedi.

MİDE KANSERİ

Mide kanserinin midenin iç yüzeyini kaplayan hücrelerin kontrolsüz çoğalması sonucu meydana geldiğini anımsatan Opr. Dr. Melik, şu uyarılarda bulundu:

"Mide kanserinin tıpta en çok görülen tipi 'adenokarsinom'dur. Ama isimlerin karışık olması önemli değil, önemli olan bizim için farkında olmaktır. Mide kanseri sinsidir. Yani uzun süre belirti vermeden ilerleyebilir. Pek çok kişi yıllarca mide yanması, şişkinlik, hazımsızlık vb. şikâyetleri 'basit gastrit' ya da 'stresten oluyor' diye

geçiştirir. Ama bu şikâyetler sürekli hale geldiyse, hele ki yeni başlamışsa bir doktor kontrolü şarttır."

BELİRTİLER

Her mide ağrısının kanser kabul edilemeyeceğini belirten Opr. Dr. Melik, aşağıdaki belirtilere dikkat çekti:

- " *Geçmeyen mide ağrısı veya rahatsızlık hissi,
- * Yeme isteğinde azalma, erken doyma,
- * İstemsiz kilo kaybı,
- * Sürekli hazımsızlık, şişkinlik,
- * Bulantı, bazen kusma,
- * Yutma güçlüğü,
- * Katran renginde (Simsiyah) dışkı."

Bu belirtilerin başka hastalıklarda da görüldüğünü ancak süreklilik göstermesi durumunda mutlaka ciddiye alınması gerektiğini vurgulayan Opr. Dr. Melik, "Özellikle 40 yaş üzerindeyseniz, risk faktörlerine sahipseniz ve bu belirtiler bir süredir varsa, bir gastroenteroloji uzmanına görünmenin tam zamanı olabilir" diye konuştu.

"MİDE KANSERİNDE ERKEN TEŞHİS ÇOK ÖNEMLİDİR. ERKEN TEŞHİS, NEREDEYSE HAYAT İLE ÖLÜM ARASINDAKİ FARKI BELİRLER. ERKEN EVREDE YAKALANAN HASTALARDA TEDAVİ BAŞARI ORANI YÜZDE 90'LARA KADAR ÇIKABİLİYOR."



RİSK ALTINDAKİLER

Bazı insanların mide kanserine yakalanma riskinin diğerlerine göre daha yüksek olduğunu söyleyen Opr. Dr. Melik, aşağıdaki durumlardan biri veya birkaçı olduğu takdirde ihmal edilmemesi gerektiğini kaydetti:

- " * *Helicobacter pylori*: Mideye yerleşen bu bakteri uzun süreli enfeksiyona neden olur ve kansere zemin hazırlayabilir.
- * Ailede mide kanseri öyküsü olanlar,
- * 50 yaş ve üzeri bireyler,
- * Sigara kullananlar,
- * Uzun yıllar tuzlu, salamura, tutsülenmiş ve işlenmiş et ağırlıklı beslenenler,
- * Az sebze ve meyve tüketenler,
- * Uzun süreli gastrit ya da mide ülseri geçirmiş olanlar,
- * Alkolü fazla tüketenler,
- * Aşırı kilo (Obezite)."

Genetik faktörler kadar yaşam tarzının da önemli olduğunu belirten Opr. Dr. Melik, "Bu da bize şunu gösteriyor, hayat tarzımızda yapacağımız olumlu değişiklikler ile riskimizi azaltmak elimizde" dedi.

ERKEN TEŞHİS HAYAT KURTARIR

Mide kanserinde erken teşhisin çok önemli olduğunu belirten Opr. Dr. Melik, "Erken teşhis, neredeyse hayat ile ölüm

arasındaki farkı belirler. Erken evrede yakalanan hastalarda tedavi başarı oranı yüzde 90'lara kadar çıkabiliyor. Ama geç tanı konulursa, hastalık mide dışına yayılabiliyor ve tedavi süreci daha zorlaşıyor" diye konuştu.

PEKİ, ERKEN TEŞHİS NASIL OLUR? CEVAP, ENDOSKOPİ.

Erken teşhiste endoskopianın önemine dikkat çeken Opr. Dr. Melik, "Endoskopi, halk arasında 'kamera ile mideye bakma' olarak bilinir. Ucunda ışıklı kamera olan ince bir tüp yardımıyla yemek borusundan mideye girilir ve midenin iç yüzeyi detaylıca incelenir. Gerekirse şüpheli alanlardan küçük parçalar (Biyopsi) alınır. Bu işlem kısa sürer, ağrısızdır ve genellikle hastanede yatış gerekmez.

Özellikle 40 yaş sonrası mide şikâyeti olanlara, ailesinde mide kanseri öyküsü bulunanlara ve risk grubundakilere önerilir" ifadelerini kullandı.

TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Mide kanseri tedavisinin hastalığın evresine göre planlandığını söyleyen Opr. Dr. Melik, erken evrede tespit edilen küçük tümörlerin endoskopik yöntemlerle bile alınabileceğini kaydetti.

Opr. Dr. Melik, hastalık ilerlediyse aşağıdaki tedavi yöntemlerinin uygulandığını kaydetti:

" Cerrahi: Tümörün ve çevresindeki dokuların alınması

Kemoterapi: Kanser hücrelerini yok etmek için ilaç tedavisi

Radyoterapi: Işın tedavisi

Hedefe yönelik tedaviler: Bazı ileri olgularda özel moleküllerle yapılan tedaviler.

Tedavi süreci genellikle bir ekip işidir. Cerrah, onkolog, gastroenterolog, diyetisyen ve psikolojik destek ekipleri bu süreci birlikte yürütür."

PEKİ, KORUNMAK MÜMKÜN MÜ?

Mide kanserinden korunmanın mümkün olduğunu ifade eden Opr. Dr. Melik, her hastalıkta olduğu gibi, mide kanserinde de korunmanın tedavi kadar önemli olduğunu vurguladı.

Opr. Dr. Melik, mide kanserinden korunmak için yapılabilecekleri şöyle sıraladı:

- * * Sigara ve alkolü hayatınızdan çıkarın.
- * Tutsülenmiş, aşırı tuzlu ve işlenmiş gıdalar tüketmeyin.
- * Sebze ve meyve tüketimini artırın.
- * İdeal kilonuzu koruyun.
- * Hareketli yaşam tarzı tercih edin.
- * *Helicobacter pylori* enfeksiyonu varsa tedavi olun.
- * Mide şikâyetlerini ihmal etmeyin.
- * Aile öykünüz varsa mutlaka doktor kontrolünde olun."

SON SÖZ

"Mide kanseri korkutucu olabilir, evet. Ama bilin ki bu hastalıkla mücadelede en büyük silahımız farkındalık ve erken tanıdır" diyen Opr. Dr. Melik, sözlerini şöyle tamamladı:

"Kendi sağlığımızın sorumluluğunu almak hem kendimize hem sevdiklerimize yapacağımız en büyük iyiliktir. Unutmayın, 'Erken teşhis hayat kurtarır.' Midenizin sesini dinleyin, bedeninizi ihmal etmeyin."

PROF. DR. SAKIP ERTURHAN, SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE

ÜROLOJİ UZMANI PROF. DR. M. SAKIP ERTURHAN, SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE HASTA KABULÜNE BAŞLADI.

PROF. DR. M. SAKIP ERTURHAN, 1972 yılında Gaziantep'te doğdu. 1989 yılında Gaziantep Lisesi'nden, 1996 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üroloji ihtisasını Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda 2003 yılında tamamladıktan sonra aynı klinikte 2008 yılında "Doçent", 2014 yılında "Profesör" unvanı aldı. 2018-2021 yılları arasında bölüm başkanlığı görevinde bulundu.

Akademik eğitim sürecinde 2007 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Laparoskopik Ürolojik Cerrahiler konusunda, 2013 yılında Almanya Pforzheim'daki Siloah St.Trudbert Hospital'da robotik ürolojik cerrahiler konusunda misafir öğretim üyesi olarak çalıştı.

2014-2019 yılları arasında Güneydoğu Ürologlar Derneği Başkanlığı görevini yürüten, 2016-2020 ve 2022-2023 yılları arasında Türk Üroloji Derneği Yönetim Kurulu üyeliği yapan Prof. Dr. Erturhan, 2016 yılından bu yana Türk Üroloji Derneği Türk Üroloji Akademisi Üroonkoloji Koordinatörlüğü görevinde bulunmaktadır. Aynı zamanda Avrasya Üroonkoloji Derneği ve Endoüroloji Derneği üyelikleri bulunmaktadır.

Web of Science veri tabanına kayıtlı yurtdışı dergilerde basılmış 93 adet yabancı makalesi, yurtdışı uluslararası kongre ve sempozyumlarda yapılmış 51 adet bildirisi, ulusal bilimsel dergilerde yayınlanmış 46 adet yayını ve yine ulusal kongrelerde sunulmuş 82 adet bildirisi bulunmakta olup bu yayınlara 1000'den fazla atıf mevcuttur. Ayrıca 13 adet kitap bölüm yazarlığını ve "Üroonkoloji El Kitabı" ile "Üroonkoloji Operatif Atlas" isimli 2 kitabın editörlüğünü yapmıştır. Halen Ürolojik Onkoloji Bülteni'nin editörlüğünü de yürütmektedir.

Ürolojik onkolojik, laparoskopik cerrahiler, endoskopik prostat ve taş cerrahileri başlıca ilgi alanıdır. Prof. Dr. Erturhan, evli ve iki çocuk babasıdır.



PROF. DR. M. SAKIP ERTURHAN

UZM. DR. ÖZGÜL BALIK

SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI UZMANI DR. ÖZGÜL BALIK, SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE HASTA KABULÜNE BAŞLADI.

UZM. DR. ÖZGÜL BALIK, 1969 yılında Bingöl / Karlıova'da doğdu. 1992 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Deri ve Zührevi Hastalıkları ihtisasını tamamladı. 2014 yılında Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi'nde Sağlık İşletmeciliği eğitimini bitirdi.

1992-1996 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 1996-1997 yıllarında Adıyaman Devlet Hastanesi'nde, 2004-2008 yılları arasında Gaziantep Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi'nde, 2008-2009 yıllarında Gaziantep'te özel bir hastanede, 2009-2012 yılları arasında Gaziantep Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi'nde hastalarını kabul eden Uzm. Dr. Balık, 2012-2013 yıllarında Gaziantep Oğuzeli Devlet Hastanesi'nde Başhekim, 2014-2015 yıllarında Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 2015 yılında Gaziantep Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi'nde, 2020 yılından bu yana Nizip ve Gaziantep'te özel sağlık kuruluşlarında Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanı olarak çalıştı.

Uzm. Dr. Balık'ın uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan yedi makalesi, uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildirileri, ulusal hakemli dergilerde yayınlanan 11 makalesi, ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan beş bildirisi bulunmaktadır.

Uzm. Dr. Özgül Balık'ın mesleki ilgi alanları; Mantar Hastalıkları, Sedef Hastalığı (Psoriasis), Egzamalar, Saç ve Tırnak Hastalıkları, Deri Kanseri, Estetik - Kozmetik Dermatoloji, Ergenlik Sivilceleri ve İzleri, Kriyoterapi, Elektrokoterizasyon, Botoks Tedavisi, Mezoterapi, Altın İğne Uygulaması, PRP, Leke Tedavisi, Gençlik Aşıları, Çocukluk Çağı Egzemaları, Nevus (Ben) Tedavi ve Takibi, Dermatolojik Cerrahi, Lazer Uygulamaları, Eksozom Tedavisi.



UZM. DR. ÖZGÜL BALIK

OPR. DR. ONUR ALTINBAŞ, SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE

KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI UZMANI OPR. DR. ONUR ALTINBAŞ, SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE HASTA KABULÜNE BAŞLADI.

OPR. DR. ONUR ALTINBAŞ, 1991 yılında Gaziantep'te doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İstanbul'da tamamladı. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2017 yılında mezun olan oldu, mecburi hizmetini 2017-2018 yıllarında Muş'un Malazgirt ilçesinde yaptı.

Uzmanlık eğitimini 2018-2023 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tamamladı. Opr. Dr. Altınbaş, mecburi hizmet görevini Ekim 2023-Nisan 2025 yılları arasında Gaziantep Şehir Hastanesi'nde yaptı. Mayıs 2025 itibarıyla SANKO Üniversitesi Hastanesi'nde Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanı olarak hastalarını kabul etmeye başlayan Opr. Dr. Altınbaş, evli ve 1 çocuk babasıdır.

Opr. Dr. Altınbaş'ın ilgi alanları:

- Rinoplasti ve fonksiyonel burun cerrahisi
- Endoskopik (Kapalı) kulak ameliyatları
- Horlama Cerrahisi
- Kulak hastalıkları ve cerrahisi
- Baş - boyun tümörleri cerrahisi
- Tükürük bezi hastalıkları ve cerrahisi
- Doğumsal boyun kitleleri ve cerrahisi
- Denge hastalıkları.
- Kepçe kulak onarımı
- Tiroit cerrahisi
- Ses hastalıkları ve cerrahisi
- Paranasal sinüs hastalıkları ve cerrahisi



OPR. DR. AHMET TÜFEKÇİ, SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE

ÜROLOJİ UZMANI OPR. DR. AHMET TÜFEKÇİ, SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE HASTA KABULÜNE BAŞLADI.

OPR. DR. AHMET TÜFEKÇİ, 1992 yılında Kilis'te doğdu. 2011 yılında Kilis Hacı Mehmet Koçarlar Anadolu Lisesi'nden mezun olan Opr. Dr. Tüfekçi, 2017 yılında ise Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni tamamladı.

Uzmanlık eğitimini 2018-2023 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda tamamladı. 2023-2025 yılları arasında Gaziantep Şehir Hastanesi'nde görev yaparak devlet hizmet yükümlülüğünü yerine getirdi.

Avrupa Üroloji Derneği tarafından düzenlenen "European Board of Urology (EBU: Avrupa Üroloji Kurulu)" sınavının 2023 yılında gerçekleştirilen yazılı aşamasını başarıyla tamamlayan Opr. Dr. Tüfekçi, 2024 yılında sözlü sınavdan tam puan alarak birincilikle geçti ve "FEBU (Fellow of European board of Urology: Avrupa Üroloji Yeterliliği)" unvanı ile diploma almaya hak kazandı.

Laparoskopik cerrahiler, üriner inkontinans tedavileri ve üriner sistem taş hastalıkları alanlarında birçok kursa katılan Opr. Dr. Tüfekçi'nin uluslararası hakemli dergilerde yayımlanmış bilimsel makaleleri, ulusal ve uluslararası kongrelerde sunulmuş bildirileri ve üriner sistem taş hastalıkları ile ilgili yazdığı kitap bölümleri bulunmaktadır.

Evli ve iki çocuk babası olan Opr. Dr. Ahmet Tüfekçi'nin ilgi alanları:

- * Üriner sistem taş hastalıkları
- * Prostat hastalıkları
- * Üroonkolojik ve androlojik hastalıklar
- * Laparoskopik ve açık ürolojik cerrahiler
- * Endoskopik cerrahiler



OPR. DR. AHMET TÜFEKÇİ

UZM. PSİKOLOG ELİF TÜRKİYİĞİT HASTANEMİZDE

UZM. PSİKOLOG ELİF TÜRKİYİĞİT, SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE DANIŞANLARINI KABUL ETMEYE BAŞLADI.

Uzm. Psikolog Elif Türkiyiğit, 1997 yılında Gaziantep'te doğdu. Binbaşı Dündar Taşer Anadolu Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik Bölümü'nü bitirdi. 2016-2020 yılları arasında Hasan Kalyoncu Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü'nü tamamladı. 2020-2022 yılları arasında Çag Üniversitesi'nde yüksek lisans eğitimini tamamladı.

2022 yılından itibaren özel bir klinikte ve kurumda danışmanlık hizmeti verdi. 2023 yılından bu yana SANKO Üniversitesi Hastanesi Onkoloji ve Hematoloji Bölümleri ile Gebe Okulu'nda hizmet veren Uzm. Psikolog Türkiyiğit, poliklinikte danışanlarını kabul etmeye başladı.

Uzm. Psikolog Türkiyiğit, eğitim süresince Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Adana AMATEM Alkol ve Madde Bağımlılığı Bırakma Merkezi gibi kurumlarda çeşitli görevlerde bulunmuş, Genç Psikologlar Meclisi Gaziantep Şehir Temsilciliği, Türkiye Psikoterapi Zirvesi Hasan Kalyoncu Üniversitesi Temsilciliği yapmıştır.

Bireysel terapilerdeki uzmanlık alanları ergen, yetişkin ve çift terapisi olan Uzm. Psikolog Türkiyiğit'in terapi sürecini yönetirken benimsemiş olduğu ekoller ise; BDT(Bilişsel Davranışçı Terapi), Mindfulness (Bilinçli Farkındalık), Temel ve İleri Düzey Hipnoz, Çocuk Değerlendirme Testleri ve Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi şeklindedir.



UZM. PSİKOLOG ELİF TÜRKİYİĞİT

KOAH HASTALARINA BRONKOSKOPIK HACİM KÜÇÜLTÜCÜ COIL TEDAVİSİ UYGULAMASI BAŞLADI

SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE KOAH (KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI) HASTALARINA BRONKOSKOPIK HACİM KÜÇÜLTÜCÜ COIL (AKILLI SARMAL TEL) TEDAVİSİ BAŞLADI.

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Levent Elbeyli, KOAH'ın başta sigara içen kişilerde olmak üzere, hava kirliliği, biyoyakıtlar gibi nedenlerle akciğerin normal dokusu yerine hava keseciklerinin (Amfizem) oluştuğu bir hastalık olduğunu söyledi.

"Amfizem alanları hastanın nefes kapasitesine katkı sağlamamakta, hastada nefes darlığına ve efor kapasitesinde azalmaya sebep olmaktadır. Bu durum hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir" diyen Prof. Dr. Elbeyli, şöyle devam etti: "İleri evre KOAH hastalarında amfizem alanlarının azaltılmasına yönelik cerrahi ve cerrahi dışı girişimler yapılmaktadır. Cerrahi işlemler bu hastaların mevcut ek hastalıkları nedeni ile riskli olduğundan daha az tercih edilmek-



PROF. DR. LEVENT ELBEYLİ

tedir. Son zamanlarda giderek yaygınlaşan bronkoskopik tedavi yöntemleri KOAH hastaları için umut ışığı olmuştur. Herhangi bir cerrahi kesi olmadan tamamen endoskopik (Bronkoskopik) olarak yapılan bu işlemde

COIL adıyla bilinen hafızalı sarmal tel akciğerin amfizemli bölgelerine yerleştirilerek amfizemli akciğer hacminin azaltılmasını ve böylece sağlam akciğer dokusunun havalandırılmasına olanak sağlamaktadır. Yaklaşık olarak 30-40 dakika süren bu işlemde hastalar sonraki gün taburcu olmaktadır."

Uluslararası birçok çalışmada COIL tedavisinin uygulandığı KOAH hastalarında nefes darlığı hissinde azalma, günlük işlerini daha kolay yapma, merdiven inip çıkmada kolaylık, yürüme mesafesinde artmanın beklendiğini kaydeden Prof. Dr. Elbeyli, sözlerini şöyle tamamladı: "Nefes darlığı nedeni ile sürekli hastaneye başvuran KOAH hastalarında yaşam kalitesi artıran bu tedaviyi SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı olarak sunmaktan mutluluk duyuyoruz."

GİNELİ HASTA ŞIFAYI SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE BULDU

ÜLKESİNDE GEÇİRDİĞİ TRAFİK KAZASININ ARDINDAN YAPILAN AMELİYATTAN SONUÇ ALAMAYAN 45 YAŞINDAKİ GİNELİ M.M.B., TEDAVİ İÇİN TERCİH ETTİĞİ SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE GEÇİRDİĞİ BAŞARILI OPERASYONLA SAĞLIĞINA KAVUŞTU.

TRAFİK kazasında her iki bacağında çoklu kırıklar oluşan M.M.B., ülkesinde geçirdiği ameliyatın ardından herhangi bir iyileşme olmayınca, uzun süren ağrılar ve hareket kısıtlılığı nedeniyle farklı bir ülkede tedavi arayışına girdi. Türkiye'de ve Almanya'da yakınları aracılığıyla araştırmalar yapan M.M.B. tedavi sürecine SANKO Üniversitesi Hastanesi'nde devam etme kararı aldı. SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Cenk Cankuş tarafından değerlendirilen hasta yaşadıklarını şöyle aktardı:

"Kazadan sonra yürüyemez hale gelmiştim. Gine'de yapılan ameliyat yeterli olmadı. Araştırmalarımızla SANKO Üniversitesi Hastanesi'ne ulaştık. Dr. Öğr. Üyesi Cenk Cankuş'un yaklaşımı, gerçekleştirdiği ameliyat ve uyguladığı tedavi sayesinde tekrar yürüyebiliyorum. Tercihimin doğru olduğunu yaşayarak gördüm. Kendisine ve tüm sağlık ekibine teşekkür ederim."

HASTAMIZIN TEKRAR YÜRÜYEBİLMESİ BİZİM İÇİN BÜYÜK MUTLULUK

Dr. Öğr. Üyesi Cenk Cankuş ise hastasına ve gerçekleştirdiği ameliyata yönelik şu bilgileri paylaştı:

"Gerçekleştirdiğimiz kapsamlı muayene ve tetkikler sonucunda, parçalı kırık olan hastanın önceki ameliyatının işlevsel açı-



dan yeterli olmadığını tespit ettik. Sağ bacağına özel olarak tasarlanan intramedüller çivi yöntemiyle cerrahi müdahale planladık. Başarıyla gerçekleşen ameliyat sonrasında 10 gün boyunca hastanede gözetim altında tutulan M.M.B., sağlık durumunun iyiye gitmesi üzerine taburcu edildi.

Hastamızın tekrar yürüyebilmesi bizim

için büyük bir mutluluktur. Amacımız, hastalarımıza doğru ve etkili tedavi sunarak yaşam kalitelerini geri kazandırmaktır.

Bölge halkının yanı sıra farklı ülkelerden gelen hastalarımıza da ileri düzeyde sağlık hizmeti sunarak, uluslararası alanda da SANKO Üniversitesi Hastanesi olarak hizmet kalitemizden ödün vermeden çalışmalarımızı sürdürüyoruz."



TEŞHİS VE TEDAVİ ÜNİTELERİMİZ

ACİL SERVİS

AMBULANS HİZMETLERİ

AMELİYATHANELER

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

BESLENME VE DİYETETİK

BEYİN OMURİLİK VE SİNİR CERRAHİSİ

CHECK-UP POLİKLİNİĞİ

CİLDİYE (DERMATOLOJİ)

ÇOCUK CERRAHİSİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ÇOCUK HEMATOLOJİSİ VE ONKOLOJİSİ

ÇOCUK NÖROLOJİSİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ENDOKRİNOLOJİ

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

EVDE BAKIM

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

GASTROENTEROLOJİ

*ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ

*ERCP

*EUS

GENEL CERRAHİ

GETAT

GİRİŞİMSEL RADYOLOJİ

GÖĞÜS CERRAHİSİ

*BRONKOSKOPİ

*EBUS

GÖĞÜS HASTALIKLARI

*PULMONER REHABİLİTASYON MERKEZİ

*BRONKOSKOPİ

GÖZ HASTALIKLARI

HEMATOLOJİ

*TERAPÖTİK AFEREZ MERKEZİ

*KEMİK İLİĞİ NAKİL MERKEZİ

İÇ HASTALIKLARI

İNME ÜNİTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM - JİNEONKOLOJİ

KARDİYOLOJİ

*ANJİYO

*EECP

KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ

KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI

*ODYOLOJİ

*DENGİ MERKEZİ

LABORATUVARLAR

*BİYOKİMYA

*TIBBİ / KLİNİK MİKROBİYOLOJİ

*PATOLOJİ

NEFROLOJİ

NÖROLOJİ

*UYKU LABORATUVARI

NÜKLEER TIP

OBEZİTE VE METABOLİK CERRAHİ MERKEZİ

ONKOLOJİ MERKEZİ

ORGAN NAKİL MERKEZİ

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

PSİKİYATRİ

RADYOLOJİ

ROMATOLOJİ

ÜROLOJİ - ÜROONKOLOJİ

SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİ

YANIK ÜNİTESİ

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ

DOKTOR KADROMUZ

ACİL SERVİS

Dr. Öğr. Üyesi Murat ÇAVDAR
Öğr. Gör. Dr. Mecit UYGUN
Dr. Mehmet SUBAŞI
Dr. Eyüb DÜNDAR
Dr. Ferdi MÜRTEZA
Dr. Mehmet KARACA

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

Doç. Dr. Betül ŞİMŞEK
Dr. Öğr. Üy. Soner KARADAŞ
Dr. Öğr. Üy. Ahmet Aykut AKYILMAZ
Dr. Öğr. Üy. Yunus BAYDILEK
Öğr. Gör. Dr. Ferdi DOĞANAY
Uzm. Dr. Fatih YENDİ

BESLENME VE DİYETETİK

Uzm. Dyt. Meltem DEMİRCİ
Dyt. Nur Seda GÜLER BERK
Dyt. Asaf Anıl CENGİZ

BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ (NÖROŞİRURJİ)

Prof. Dr. Murat ULUTAŞ
Dr. Öğr. Üy. Kadir ÇINAR

ÇOCUK CERRAHİSİ

Prof. Dr. Osman Zeki KARAKUŞ
Opr. Dr. Nevzat UÇANER

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI**

Uzm. Psikolog Gizem BAŞKILIÇ TURAN

ÇOCUK HEMATOLOJİSİ VE ONKOLOJİSİ

Prof. Dr. Yurdanur KILINÇ

ÇOCUK NÖROLOJİ

Uzm. Dr. Hasan KILIÇ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI (PEDIATRİ)

Prof. Dr. Ünal SARIKABADAYI
Dr. Öğr. Üyesi Hikmet CİLLİ
Dr. Öğr. Üyesi Ozan GÖÇMEN
Uzm. Dr. Nihat AKGÜL
Uzm. Dr. Hatice BAYAR AÇIK
Uzm. Dr. Haşim KARAKUŞ

DERMATOLOJİ (CİLDİYE)

Doç. Dr. Fatma Elif YILDIRIM
Uzm. Dr. Ömer Faruk SOLAK
Uzm. Dr. Özgül BALIK

ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA

Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR
Doç. Dr. Zeynel Abidin SAYINER

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Doç. Dr. Mustafa TANRIVERDİ
Dr. Öğr. Üy. Merve TÜRKMEN

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Dr. Öğr. Üy. Mehmet Emre KURTĞİL
Dr. Öğr. Üy. Ayşe BERHOĞLU BARUT
Uzm. Dr. Emine KOLU

GASTROENTEROLOJİ

Doç. Dr. Nimet YILMAZ
Doç. Dr. Sezgin BARUTÇU

GENEL CERRAHİ

Prof. Dr. Göktürk MARALCAN
Prof. Dr. Ahmet A. BALIK
Prof. Dr. Erdal UYSAL
Doç. Dr. Yücel YÜKSEL
Doç. Dr. Ersin BORAZAN
Dr. Öğr. Üy. Başar AKSOY
Dr. Öğr. Üy. Ali Bora ÜSTÜNŞOY
Opr. Dr. Mehmet Ali MELİK

**GETAT (Geleneksel ve
Tamamlayıcı Tıp Merkezi)****GİRİŞİMSEL RADYOLOJİ**

Doç. Dr. Mehmet KOLU

GÖĞÜS CERRAHİSİ

Prof. Dr. Levent ELBEYLİ
Opr. Dr. İbrahim NACAK
Opr. Dr. İlham GÜLÇEK

GÖĞÜS HASTALIKLARI

Doç. Dr. Nevhiz GÜNDOĞDU
Dr. Öğr. Üy. Ali ERSOY

GÖZ HASTALIKLARI

Prof. Dr. Pelin ÖZYOL
Prof. Dr. Erhan ÖZYOL

HEMATOLOJİ

Prof. Dr. Mehmet YILMAZ

İÇ HASTALIKLARI

Dr. Öğr. Üy. Ömer Aydın YILDIRIM
Uzm. Dr. Lütfi BARAN

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM (JİNEKOLOJİ)

Prof. Dr. Ali İrfan GÜZEL
Prof. Dr. Ali KOLUSARI (Jinekolojik Onkoloji)
Doç. Dr. Ebru ERSOY
Dr. Öğr. Üy. Duygu Alime ALMALI
Opr. Dr. Necip DENİZ

KARDİYOLOJİ

Prof. Dr. Mustafa ÇETİN
Prof. Dr. Zarema KARBEN
Doç. Dr. Alper SERÇELİK
Uzm. Dr. Beyhan TIRYAKI

KARDİOVASKÜLER CERRAHİ

Doç. Dr. Bülent MEŞE
Dr. Öğr. Üy. Feragat UYGUR
Opr. Dr. Ömer ÇOKKALENDER

KULAK BURUN BOĞAZ

Opr. Dr. Tuncay ÖZDEMİR
Opr. Dr. Onur ALTINBAŞ

LABORATUVAR

Patoloji
Dr. Öğr. Üy. Mehmet SÖKÜCÜ
Dr. Öğr. Üy. Sibel CANGİ
*Biyokimya
Doç. Dr. Ataman GÖNEL
* Tıbbi / Klinik Mikrobiyoloji
Doç. Dr. Hadiye DEMİRBAKAN
Dr. Öğr. Üy. İpek KOÇER

NEFROLOJİ

Prof. Dr. Mehtap AKDOĞAN

NÖROLOJİ

Prof. Dr. A. Münife NEYAL
Doç. Dr. Yasemin EKMEKYAPAR FIRAT
Uzm. Dr. İbrahim Anıl TUNCER

NÜKLEER TIP

Dr. Öğr. Üy. Şinasi ÖZKILIÇ

OBEZİTE VE METABOLİK CERRAHİ MERKEZİ

Dr. Öğr. Üy. Başar AKSOY
Dr. Öğr. Üy. Ali Bora ÜSTÜNŞOY
Dyt. Nur Seda GÜLER BERK

ONKOLOJİ MERKEZİ

Prof. Dr. Levent ELBEYLİ
Prof. Dr. Mustafa YILDIRIM
Prof. Dr. Göktürk MARALCAN
Prof. Dr. Ali KOLUSARI (Jinekolojik Onkoloji)

ORGAN NAKİL MERKEZİ

Prof. Dr. Mehtap AKDOĞAN
Doç. Dr. Yücel YÜKSEL
Doç. Dr. Nimet YILMAZ
Doç. Dr. Sezgin BARUTÇU

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

Doç. Dr. Burçin KARSLI
Dr. Öğr. Üy. Cenk CANKUŞ
Dr. Öğr. Üy. Toktamış SAVAŞ
Öğr. Gör. Dr. Faruk AYKANAT

PSİKİYATRİ

Dr. Öğr. Üy. Halil İbrahim ÖZTÜRK
Dr. Öğr. Üy. Süleyman DÖNMEZLER
Uzm. Klin. Psikolog Kübra DEMİRKESEN KOÇER
Uzm. Klin. Psikolog Işıl AFAT KOLUKİSA
Uzm. Psikolog Elif TÜRKYİĞİT
Psikolog Mehmetcan ASLAN

RADYOLOJİ

Prof. Dr. Mehmet Metin BAYRAM
Doç. Dr. Mehmet Ali İKİDAĞ
Dr. Öğr. Üy. Nurchan YAVUZ SAVAŞ
Dr. Öğr. Üy. Mehmet Gürdal DEMİRCİ
Dr. Öğr. Üy. Mehmet Ali CÜCE
Uzm. Dr. Mehmet KILIN

ROMATOLOJİ

Prof. Dr. Bünyamin KISACIK

TÜP BEBEK MERKEZİ

Prof. Dr. Ali İrfan GÜZEL
Doç. Dr. Ebru ERSOY
Dr. Öğr. Üy. Duygu Alime ALMALI
Opr. Dr. Necip DENİZ

ÜROLOJİ

Prof. Dr. Sakıp ERTURHAN
Opr. Dr. Ahmet TÜFEKÇİ

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK)

- Bağ- Kur
- Devlet Memurları
- Emekli Sandığı
- SSK
- "Yeşil Kart: (Yoğun bakım, organ nakli ve kamuda yapılamayan diğer işlemler için 112 sevki ile hastanemizden SGK kapsamında hizmet alabilmektedir. Bunların dışında özel hasta olarak kabul edilmektedirler.)"

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ (TBMM) YARGITAY

BANKALAR

- Halk Bankası (Çalışan ve Emekliler)
- T.C. Ziraat ve Halk Bankası (Em. San.)
- Türkiye İş Bankası

TAMAMLAYICI SAğLIK SİGORTALARI

- AcnTURK Sigorta
- Allianz Sigorta A.Ş
- Ana Sigorta
- Anadolu Sigorta A.Ş
- Ankara Sigorta
- Arex Sigorta
- Aveon Global Sigorta
- Axa Sigorta A.Ş.
- Bereket Emeklilik A.Ş
- Doğa Sigorta
- Ethica Sigorta
- Referans Sigorta
- Hepiyi Sigorta A.Ş
- Katılım Sağlık A.Ş
- Magdeburger Sigorta
- Medisa Sigorta
- Metlife Emeklilik ve Hayat A.Ş
- Neova Sigorta
- ZURICH Yaşam ve Emeklilik A.Ş
- Prive Sigorta
- QNB Sağlık Hayat Sigorta Emeklilik A.Ş
- Quick Sigorta
- Ray Sigorta
- Somo Japan Sigorta
- Türk Nippon Sigorta
- Türkiye Katılım Sigorta
- Türkiye Sigorta A.Ş
- UNI'CO Sigorta
- Zurich Sigorta

ÖZEL SAğLIK SİGORTALARI

- AcnTURK Sigorta
- Allianz Sigorta
- Ana Sigorta
- Anadolu Sigorta
- Ankara Sigorta
- Arex Sigorta
- Aveon Global Sigorta
- Axa Sigorta A.Ş.
- Bereket Emeklilik A.Ş
- Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş
- Demir Hayat Sigorta A.Ş
- Doğa Sigorta
- Ethica Sigorta
- Fortis Bank
- Referans Sigorta A.Ş
- Hepiyi Sigorta A.Ş
- Katılım Sağlık A.Ş
- Magdeburger Sigorta
- Medisa Sigorta
- Metlife Emeklilik ve Hayat A.Ş
- Neova Sigorta
- ZURICH Yaşam ve Emeklilik A.Ş
- Prive Sigorta
- QNB Sağlık Hayat Sigorta Emeklilik A.Ş
- Quick Sigorta
- Ray Sigorta
- Somo Japan Sigorta
- Türk Nippon Sigorta
- Türkiye Katılım Sigorta
- Türkiye Sigorta A.Ş
- UNI'CO Sigorta
- Zurich Sigorta

YABANCI SİGORTA ŞİRKETLERİ

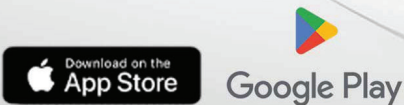
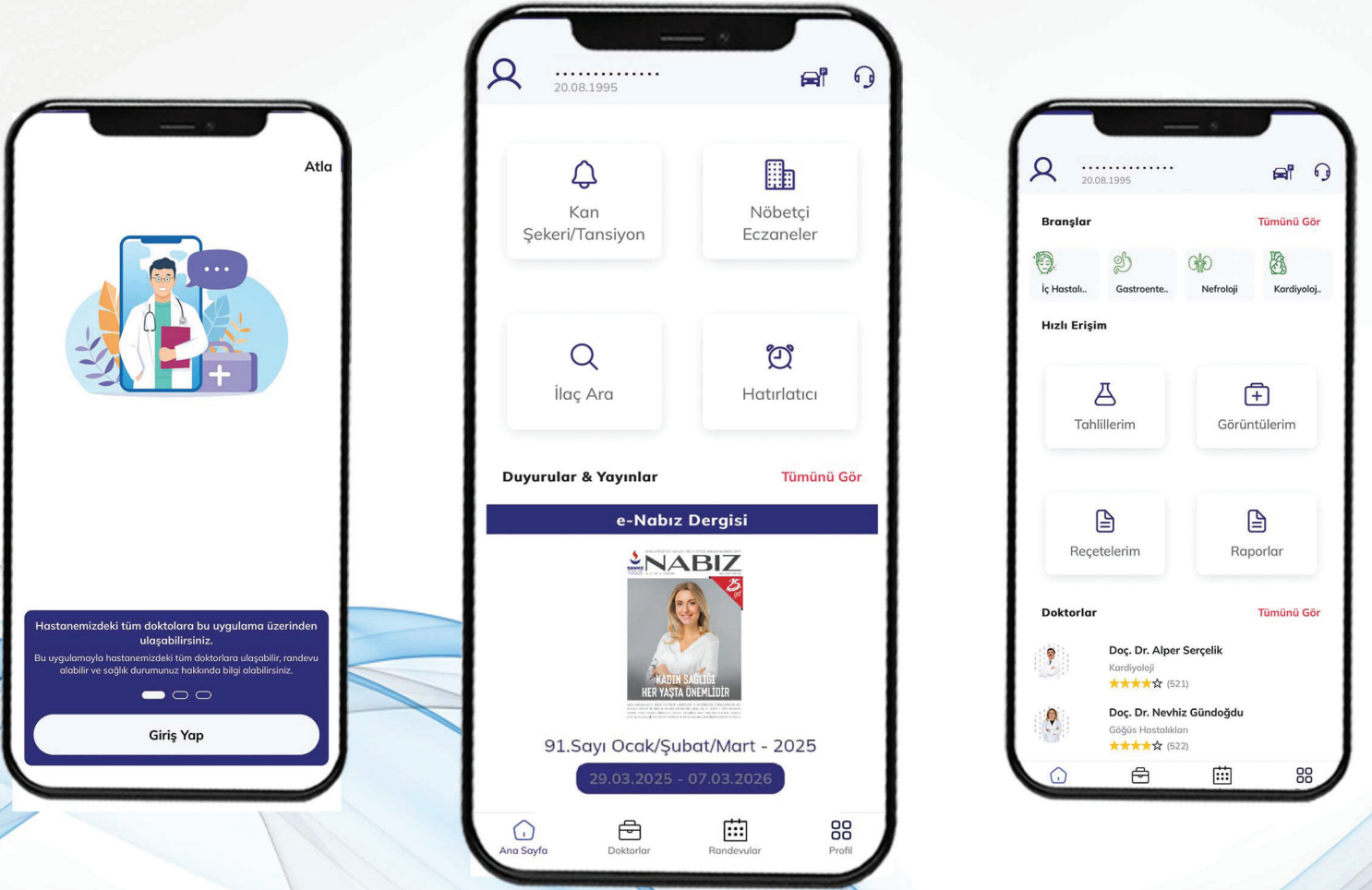
- Euro Center Yerel Yardım Hizmetleri
- Marm Assistance
- Remed Assistance
- ZK-Eurocross

ANLAŞMALI ODALAR VE DİğER KURUMLAR

- Adil Sani Konukoğlu Spor Lisesi
- Akanlar Çikolata
- Altunkaya İnş. Nak. Gıda Tic. A.Ş.
- Altunsa Gıda San. ve Tic. A.Ş.
- Arap Sanayi ve İş Adamları Derneği
- Bulut Polyester Sentetik San. ve Tic. Ltd. Şti.
- Bulut Tekstil San. ve Tic. Ltd. Şti.
- Canan Tekstil San. Tic. A.Ş
- Champion Yem Gıda Taşımacılık San. ve Tic. A.Ş.
- Çelikler Gıda Endüstri San. ve Tic. A.Ş.
- D.B. Gaziantep Dış Hekimleri Odası
- Daysallar Gümrük Müşavirliği
- Erdem Soft Tekstil A.Ş.
- Eruslu Sağlık Ürünleri San.ve Tic. A.Ş.
- Eğitim ve Bilim Gücü Dayanışma Sendikası
- Gama Görüntüleme ve Tedavi Hizmetleri A.Ş.
- Gaziantep – Kilis Tabip Odası
- Gaziantep Ada Koleji
- Gaziantep Adliyesi Çalışanları
- Gaziantep Ayakkabıcılar Odası
- Gaziantep Baro Başkanlığı
- Gaziantep Basın Yayın Gazeteciler Derneği
- Gaziantep Bölge Adliye Mahkemesi Başkanlığı
- Gaziantep Bölge İdare Mahkemesi Başkanlığı
- Gaziantep Büyükşehir Belediyesi
- Gaziantep Çağdaş Gazeteciler Derneği
- Gaziantep Dış Hekimleri Odası
- Gaziantep Eczacılar Odası
- Gaziantep Gazeteciler Cemiyeti
- Gaziantep Genç İş İnsanları Derneği
- Gaziantep Güneydoğu Gazeteciler Cemiyeti
- Gaziantep Jeoloji Mühendisler Odası
- Gaziantep Kültür Koleji
- Gaziantep Lisesi Mezunları Derneği
- Gaziantep OLİ Market Çalışanları
- Gaziantep Sanayi Odası Üyeleri
- Gaziantep Şoförler Odası
- Gaziantep Ticaret Borsası
- Gaziantep Ticaret Odası Çalışanları
- Gaziantep Yeminli Mali Müşavirler Odası
- Gülsan Sentetik Dokuma Sanayi A.Ş.
- Güneydoğu Anadolu ihracatçı Birliği
- İl Emniyet Müdürlüğü
- İl Millî Eğitim Müdürlüğü
- İl Sağlık Müdürlüğü
- İpek Yem ve Gıda San. Tic. A.Ş.
- Kabalcıoğlu İthalat İhracat İnşaat Sanayi ve Ticaret Limited Şirketi
- Kadooğlu Yağ San. ve Tic. A.Ş.
- Kamu Yararına Çalışan Türkiye Polis Emeklileri Sos. Yrd.
- Katılım İnşaat Gıda San.ve Tic. A.Ş.
- Köksan Pet ve Plastik Ambalaj San. Tic. A.Ş.
- Kraft Kağıt Sanayi ve Ticaret Limited Şirketi
- Kriminal Polis Haberleri Gazetesi ve Dünya Tümed Toplumsal Uyuşturucu ile Mücadele Derneği
- Lidersan Sağlık ve Gıda Ürünleri A.Ş.
- Merinos Halı San. Tic. A.Ş.
- Milat Halı San. ve Tic. A.Ş.
- Mutlu Makarnacılık San. ve Tic. A.Ş.
- Network Nonwoven Kumaş Sanayi A.Ş.
- Nizip Ticaret Borsası (Şahıs Ödemeli)
- Nizip Ticaret Odası
- Oba Makarnacılık San. ve Tic. A.Ş.
- Örnek Makina San. Tic. A.Ş.
- Özikizler Künefe Tatlıcılık Hizmetleri Tic. Ltd. Şti.
- Öz Orman İş Sendikası Şube Başkanlığı
- Predo Sağlık Ürünleri San. ve Tic. A.Ş.
- Sayın Tekstil
- Simfleks Tekstil ve Amb. San. Tic. A.Ş.
- Sun Pet Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.
- Şehitkamil Belediye Başkanlığı
- Şehitkamil Kaymakamlığı (Ş. Kamil Sosyal Yardımlaşma ve Day. Vakfı)
- Tat Tekstil San. ve Tic. A.Ş.
- Tat Kimya Sabun ve Gliserin Sanayi Ticaret A.Ş.
- Tat Carpet Sanayi Ticaret A.Ş.
- Teymur Tekstil Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- TMMOB İnşaat Mühendisleri Odası Gaziantep Şubesi
- TMMOB Makine Mühendisleri Odası Gaziantep Şubesi
- TMMOB Mimarlar Odası Gaziantep Şubesi
- TMMOB Tekstil Mühendisleri Odası
- Türk Standartları Enstitüsü
- Türk-İş Gaziantep İl Başkanlığı
- Türkiye Barolar Birliği Sosyal Yardım ve Dayanışma Fonu
- Türkiye Odalar, Borsalar ve Birlik Personeli Sigorta ve Emekli Sandığı (TOBB)
- Vergi Müfettişleri Derneği
- Wax Kimya Sanayi ve Ticaret Limited Şirketi
- Zer Yağ Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Mobil Uygulamamız App Store ve Google Play Store'da

Uygulama sayesinde randevu alabilir, doktorları görebilir, test sonuçlarınızı anlık öğrenebilir, radyoloji görüntülerinizi görebilir, kan şekeri ve tansiyon takibi yapabilir, geçmiş ve gelecek randevularınızı kontrol edebilirsiniz.



Sağlığınız İçin



SANKO
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

0850 811 87 65

İnsana hizmet anlayışıyla, güçlü akademik kadrosu öncülüğünde ve ileri teknolojiye dayalı uygulama alanları ile geleceğin sağlık profesyonellerini yetiştiriyoruz.

GELECEK, SANKO ÜNİVERSİTESİ'NDE



TANITIM FİLMİ



BÖLÜMLERİMİZ

- TIP FAKÜLTESİ

- SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Hemşirelik

Beslenme ve Diyetetik

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

- SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri

Ameliyathane Hizmetleri

Anestezi

İlk ve Acil Yardım

Tıbbi Görüntüleme Teknikleri

- LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Tezli Yüksek Lisans

Hemşirelik

Moleküler Tıp

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Beslenme ve Diyetetik

Biyolojik ve Biyomedikal Bilimler

Tıbbi Biyokumya

Tıbbi Mikrobiyoloji

Doktora

Biyostatistik

Anatomi

