

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI



Temmuz - Ekim - 1969, Ocak - 1970

VOL. : 16 — SAYI : 10-11-12

TEMMUZ — EKİM 1969 — OCAK 1970

TÜRK RADYOLOJİ CEMİYETİ TARAFINDAN NEŞREDİLİR.

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

VOL. : 16 — SAYI : 10-11-12

TEMMUZ — EKİM 1969 — OCAK 1970

TÜRK RADYOLOJİ CEMİYETİ İDARE HEYETİ

BAŞKAN	: Prof. Dr. MUHTEREM GÖKMEN
G. SEKRETER	: Dr. OKTAY ÇOKYÜKSEL
MUHASEBECİ	: Prof. Dr. İSMAİL CEBESOY
ÜYE	: Doç. Dr. MUHLİS TUZLACI
ÜYE	: Dr. NURETTİN OTMAR SAVCI

İLMİ BÜRO :

Prof. Dr. A. TEVFİK BERKMAN
Prof. Dr. EMİN FAİK ÜSTÜN
Prof. Dr. REHA UZEL
Prof. Dr. ULUHAN BERK
Doç. Dr. ERDEM GÖKMEN

İÇİNDEKİLER

Prof. Dr. A. Tevfik BERKMAN . . . 3	Kemik Tümörleri Komitesinin Ve Registasyon Center'inin Kurulması Hakkında
Dr. Reha UZEL Dr. İmer ADALI 9	Kırk Bir Chorion Epithelioma Vak'asında Radyoterapi Ve Kemoterapiden Alınan Sonuçlar.
K. BÜYÜKÖZTÜRK G. ERTEM İ. TANAN 15	Birden Fazla Renal Arter Anomalisi Ve Renovasküler Hipertansiyon.
Dr. Oktay ÇOKYÜKSEL 23	Hipernefroid Kanserlerin Ve Metastazların Anjioholistik Tetkikindeki Esaslar
Op. Dr. Fahri SEYHAN Dr. Gürbüz AHISKALI 41	Kalça Kırıklarında Radyolojinin Önemi.
Dr. Oktay ÇOKYÜKSEL 49	Muhtelif Böbrek Hastalıklarının Renal Anjio ile Etüdü.
Prof. Dr. A. Tevfik BERKMAN . . . 61	XII nci Uluslar Arası Radyoloji Kongresinden İzlenimler.
Dr. Oktay ÇOKYÜKSEL 69	2. Milli Türk Radyoloji Kongresine Ait İzlenimler.

TURK RADIYOLOJİ MECMUASI

AYDIN SIR CİKMAZ

AYDIN SIR CİKMAZ — EKİM 1970 — OCAK 1971

AYDIN SIR CİKMAZ — EKİM 1970 — OCAK 1971

AYDIN SIR CİKMAZ — EKİM 1970 — OCAK 1971

AYDIN SIR CİKMAZ — EKİM 1970 — OCAK 1971

AYDIN SIR CİKMAZ — EKİM 1970 — OCAK 1971

AYDIN SIR CİKMAZ — EKİM 1970 — OCAK 1971

Sahibi : Türk Radyoloji Cemiyeti adına Prof. Dr. Muhterem GÖKMEN — Yazı İşleri Müdürü Dr. Saim AYKIN — Türk Radyoloji Mecmuasında çıkan yazılar, Yazı İşleri Müdürlüğü'nden müsaade almadan iktibas edilemez. — Sayısı 2,5 lira.

İdarehane : Babıali caddesi, 19/2, Cağaloğlu.

İstanbul — Telefon : 22 00 37

BAHA MATBAASI
İSTANBUL — 1970

KEMİK TÜMÖRLERİ KOMİTESİNİN VE REGİSTRASYON CENTER'İNİN KURULMASI HAKKINDA

Prof. Dor. A. Tevfik BERKMAN *

Kemiklerin primer - maligne tümörleri, gerek teşhis güçlüğü ve gerekse прогнозlarının fena olması nedeniyle, hem teşhis ve hem de tedavi bakımından çok ciddi bir problem arzederler.

Hakiki-kemik tümörleri, oldukça az görüldüğünden, çok defa identifié edilmesinde hataya düşürür, ve iskelet sisteminin çeşitli hastalıkları ile karıştırılabilir.

Son defa Texas Üniversitesinde Anderson Hosp. de yapılan 1941-61 yıllarına âit - 20 - yıla âit - bir istatistikde, primer-kemik sarkomalarının oranı, bütün maligne lezyonların ancak % 0,68'i olarak tesbit edilmiştir. Kemik Sarkomala-

rinin böyle az görülmeli dolayısıyla, pratikde çalışan her bir mütehassisin, kemik lezyonlarının teşhis ve tedavisinde personel **TECRÜBE SAHİBİ** olması için, yeter sayıda vak'a görmesine imkân yoktur. Hatta büyük bir hastanede bile, durum böyle olduğu kabul edilebilir.

Primer-kemik sarkomaları alanında tecrübe sahibi olmak demek, erken vakaların teşhis ve tedavileri kararında doğru düşünülmek demektir; Yani her bir kemik tümörü vakasında klinik, Radyolojik ve laboratuar muayenelerine âit bulusları doğru olarak değerlendirebilmek üzere bir muhâkeme melekesine sahip olmak demektir.

* 1. Ü. Tip Fakültesi Radyoterapi Enstitü ve Kliniği Kürsü Profesörü.

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI

TEŞHİS PROBLEMİ

Klinikde, ERKEN-KLİNİK symptom ların doğru olarak değerlendirilmesi için, en küçük bir şüphe karşısında bile, diğer teşhis metodlarının uygulanması lazımdır. Başlangıçta klinik belirtiler, herhangi bir vak'ada vâzih olmayabilir; Radiogramların interpretationunda bazı karakteristik belirtilerin bulunmasına rağmen, hataya düşülebilir; Veyâ radiogram karakteristik bulunduğunda halde histolojik muayene bulgusu, başka bir teşhis lehinde olabilir; Veyahud radiogram ve histolojik bulgu birbirlerini teyit ettikleri halde, bir müddet sonra, lezyon değişik ve çok maliğne bir gelişme gösterebilir. Yâni başlangıçta yapılmış olan yorumlamada bir yanlışlık olduğu anlaşılabılır. Bunlardan başka lezyonun klinik seyri, radiogram ve histolojik bulgu, belirli bir teşhisini teyit ettiğinde, lezyon yerinde, daha ileri bir zamanda, büsbütün başka bir tipde kemik sarkoması husule gelebilir. Burada, ya histolojik yorumlama - hatası, veya sekonder sarkoma, veya irradiasyon ve kuretaj etkisi ile yeni bir değişiklik bahis konusu olabilir.

Kemik tümörlerinin teşhisinde lokal ve genel klinik muayeninin ehemmiyeti başda gelir. Bulunan symptomların, radyolojik-symptomlarla değerlendirilmesi lazımdır.

Kemik tümörlerinin - ayrıca teşhisinde Röntgenogram gerçekden hayatı bir faktördür; Tümörün bütün detaillarını Röntgen resminde göstermek mümkün. Bundan başka röntgen resmi, onun en representatif bir yarinden yapılabilmesini mümkün kılar.

Radiogramda görülen değişiklikler, bazan klinik belirtilerin mübhem bulunulmasına müsaid olabilir. Meselâ ba-

zan Chondro-sarkoma vak'asında, yalnız radyolojik olarak kesinlikle teşhis konulabilir; Fakat bazan da primer - Chondro - Sa. da, lezonun chondral naturendeki radyolojik bir belirti gösterebilir. Bazı vak'alarda da, parosteal osteogenik sarkomalarda olduğu gibi, radiogram görünüşü ve tipik lokalizasyonu ile doğrudan doğruya radyolojik olarak teşhis konulabilir.

Bazı vak'alar da vardır ki, ne klinik ve ne de Radyolojik değişiklikler, ilk muayenede yeter derecede karakteristik olmayıpabilir. Bu halde bir kaç ay zarfında devamlı müşahede ve seri halinde radiogramlara ihtiyaç görülebilir.

İleri devrelere âit Osteogenik-Sa. ların radyolojik görünüşleri ise, iyi bilinmektedir.

Maliğne kemik tümörlerinde başlıca teşhis problemi, hastanın ilk şikayetleri üzerine yapılan radiogramlarda görülebilen küçük sign'lerin, doğru olarak yorumlanabilmesidir. Bazan Arteriografi daha iyi fikir verebilir.

Maliğne bir kemik tümörü şüphesi karısında BEKLEMEK asla doğru değildir. Böyle bir vak'ada histolojik muayene bu beklemeye süresini kısaltabilir. Biopsi yapmakta tereddüt etmemek doğrudur. Gerçekten hasta için zararsız bulunan bir benignle lezionda, biopsi amacıyla bir müdahale yapılmış olmasa, maliğne bir lezyonun daha ileri phaselarına kadar yerinde bırakılarak, maliğne gelişmenin devamına meydan verilmiş olmasından, ve hastanın endişeli bir halde bırakılmışından, her halde daha iyi olacağı düşüncesi hakim olmalıdır.

Bütün maliğne tümörlerde olduğu gibi, burada da carrahi müdahale veya radyoterapiden evvel histolojik değişikliklerin analizine dayanan kesin bir teşhis ihtiyaç vardır. Biopsi yapılmadan, kesin teşhis için başka bir imkân bulunmaktadır, veya muhtemel biopsi tehdikleri ve metastazları önleyecek tedbirler.

ler buluncaya kadar, bu prosedurun risk'ini kabul etmek zorunluğundadır. Biopsi'den evvel ve hemen biopsi'den sonra Non-osteogenik-sarkomalar için yalnız radikal, ve osteogenik sarkomalar için belirli bir zaman sonra her halde radikal ameliyat edilmek üzere, irradiasyon denemelerinin değeri üzerinde durulmaktadır.

Son 20 yıl zarfında, kanın kimyasal unsurlarında husule gelen değişikliklerin daha iyi incelenmesi mümkün olduğundan, bazı tümör tiplerinin teşhis kimyasal metodlardan, Elektrophorese araştırmalarından da faydalanaılmaktadır.

Bazı vak'alarda patholojist de, bir lezon'un teşhisinde güç durumda kalabilir, ve radiolojistin fikrini almak zorunda bulunabilir. Lâkin radiogramda ve patholojist'in impressionu da yeterli olmayıpabilir. Böyle vak'alarda Arteriografi daha iyi fikir verebilir.

Arteriografi tamamlayıcı bir Prosedur olarak, bütün kemik lezonlarında faydalı olabilir. Bu prosedur ile yalnız kemik lezonunun gölgесini değil, kan dolaşımı bakımından da kemik lezonunda ne gibi değişiklik bulunduğunu da görüp, tanımak mümkün olabilir.

Bu method'un faydalari:

1 — Benigne ve maliğne kemik lezonlarını ayırt etmek.

2 — Biopsi için cerrahi müdahalenin nereden yapılması lazımdır. Bu nedenle yapılması gereken bir teşhisin yapılmasını sağlar.

3 — Radyoterapiden evvel ve sonra yapılacak arteriografi ile dolanım etdürü yapılarak, işinlama etkisini izleyebilme.

Daha yeni olmak üzere bazı radyo isotoplara photo-scanning araştırmaları, kemik lezyonlarının erken deteksyonunda faydalı olmaktadır. Ancak bu

son muayene şekli pek mahdud tümör gruplarında ve daha ziyade metastatik durumların araştırılmasında faydalıdır.

Radiostronium ile kemik-scanningi için, carcinom metastazlarında endikasyon vardır.

1 — Bu prosedur da neoplastik hastalığın stage'ini tayin etmek, eğer metastaz meydanı çıkarılsa, iptidai tümörün operationu için kontr-endikasyon gösterir.

2 — Eğer kemik ağrısı, veya alkali-phosphatase yüksek ise, röntgen resminde görülmeyen metastazları meydana çıkarır.

3 — Röntgen filimlerinde görülmeyen diğer metastazları meydana çıkarır.

4 — Metastatik odak çevresindeki kemik reaksiyonlarını değerlendirmeye yardım eder.

Anlaşılmak üzere KESİN TEŞHİS için radiogramların ve bazı hallerde arteriogramların ve scanning'in çok detaylı inter pretasyonu ve histo-patholojik değişikliklerin dikkatle analizi gereklidir.

TEDAVİ kararında ise, yalnız bu temel-patholoji unsurlarının bilinmesi değil, hastalığın tabii - seyrinin de bilinmesi, yâni epidemiolojisi hakkında da bir fikir sahibi olmak lazımdır; Ve aynı zamanda bu alanda yapılmış olan Biometrik araştırmalar hakkında da bir fikir sahibi olmak, yâni matematik ve analitik - istatistik metodları ile, insanlarda sarkom hususlu, vücutte selektif iskelet bölgelerine ve coğrafi bölgelere göre tümörün dağılışı, cerrahi radyoterapi ve ilaçla tedavi şeklindeki tedbirlerin klinik sonuçları ve bunların değerlendirilmesi üzerinde yapılmış olan bütün araştırmalar ve etüdler hakkında bir fikir sahibi olmak lazımdır.

TEDAVİ PROBLEMLERİ

Tedavide başarı bütün maligne lezyonlarda olduğu gibi, kemik tümörlerinde de erken teşhis ile mümkündür. Bu hususda halk eğitimi ile, maligne kemik tümörlerinin, hiç olmazsa yarısında, ilk altı ayda, doğru olarak teşhislerinin mümkün olabileceğini kabul etmekte asıri bir iyimserlik sayılmalıdır. Eğer bu müddet daha da kısaltılabilirse ve 3 aya indirilebilirse, uygun bir tedavi ile survie oranının daha yüksek olacağı da kabul edilebilir.

Tecrübeler gösteriyor ki, çok çeşitli tiplerde bulunan kemik tümörlerinin Radyolojik ve histolojik natürlerine göre ve tümörün tabi seyrine ve lokalizasyonuna göre, her birinin tedavi disipliniinin tayininde bazı özelliklerin bulunması tabiidir ve isabetli bir tedavi disiplinin uygulanması, ve прогноз'un belirtimesi için hatasız, kesin bir teşhis şarttır.

Kesin teşhis, yukarıda belirtildiği şekilde klinik, radyolojik ve histolojik teşhis metodlarının birlikte uygulanması ile mümkündür. Vakia maligne kemik tümörlerinin idendifikasyon'u için ödenberi histolojik klasifikasiyon üzerinde durulmuştur ve burada, maligne hastalığın bir sistem dahilinde mütalâa edilmesi lüzumu başlıca amaç olarak görülmüştür; Bugün ise, daha ziyade lezyonun histolojik tipinin прогноз üzerindeki etisini belirtmek ve tedaviye direktif vermek ihtiyacı ile **dynamik** bir klasifikasiyon sistemi üzerinde durulmaktadır.

Maligne kemik tümörlerinin histolojik klasifikasiyonu için, bazı standart çalışmalar vardır: Bunlardan ikisinin tarihi kıymeti büyüktür:

I — Memorial Hospital de Ewing tarafından yapılmıştır:

- a — Review and classification of bone sarcoma: Ewing A.M.A. 1922 4:485-533

- b — Neoplastic diseases: Ewing The classification of bone sarcoma arch. Surg. gynec. 68:671

- II — Anderson Hospit. de Geschichter ve COPELAND tarafından yapılmıştır.

- Tumors of Bone.
Geschichter and Copeland J. B. Lippincott Co. 1949 P.P: 21-109

Histolojik tipin - tedavi ile elde edilen survie oranları üzerindeki etisini, ve müracaat edilen, **TEDAVI** prosedürüne de **standard** çalışmalar vardır. Bulardan bir kısmı Osteogenik Sarkoma, bir kısmı da Non-Osteogenik sarkomalar üzerinde yapılmıştır:

I — Osteogenik Sarkomalarde:

- a — Mayo-clinic de DAHLIN tarafından yapılmıştır.

Bone tumours. Dahlin
Springfield Thomas - 1957

- b — Bristol Üniversitesi PRICE tarafından yapılmıştır.

The grading of Osteogenic sarcoma, and its bearing upon survival and prognosis.
The J. Of. the Faculty of Radiologists.
No: 4 1956 P.P. 227-241

II — Non Osteogenik Sarcomalarde:

Non Osteogenik sarkomaların klasifikasiyonu üzerinde yeni bir revision yapılmış ve Bristol Üniversitesi HEWER ve ROSS tarafından yeni bir görüşleri sürülmüştür:

- a — The histological Diagnosis of undifferentiated tumours in bone

ne: HEWER T-F. the J. of The Faculty of radiologists No: 4-1956 P.P. 230-236

- b — Radiosensitive Bone Tumours. Radiological Aspects. Ross. F. G.
The J. of the Faculty of radiologists No 4-1956 P.P. 242-252.

Bu etüdler reclassification bakımından **standard** çalışmalardır.

Osteogenik sarkomalar için ileri sürülen daha yeni klasifikasiyon:

- 1 — Osteoblastik
- 2 — Chondroblastik
- 3 — Fibroblastik
- 4 — Mixte
- 5 — Anaplastik

Bu yeni görüş ile, gerek osteogenik ve gerekse Non-osteogenik sarkomalar da, bugün hakim olan tedavi-disiplini dahilinde yapılan spesifik tedavilerin etki dereceleri ve dolayısıyle survie oranları incelenmiştir:

Osteogenik sarkomalarde tedavi disiplini cerrahıdır. Cerrahi endikasyon, geniş en block resekşyon, veya amputasyon, basit amputasyondan - hemipelvikotomi, veya interskapulothorasic amputasyona kadar, değişik şekillerde tümörün çıkarılması şeklindeki. Böyle bir tedavinin uygulanabilmesi için de lezyonun iskelet ekseni'ne göre distal lokalizasyonda olmaları, ve hayatı dokulardan uzak bulunması lazımdır.

Kemiklerin distal - nihayetlerinde lokalize olan ve extremitenin distal kısımlarında bulunan tümörlerde yalnız cerrahi ile kür şansı beklenebilir.

Osteogenik Sarkomalarde Radyoterapi daha ziyade palliatif bir değer taşırlar. Fakat yardımcı rolü çok mühimdir. Préoperatif olarak radio-chirurgikal kombine tedavi sonuçları üzerinde yapılan istatistik etüdleri, bunun üstünlüğünü göstermektedir.

Radio-sirurjikal tedavi hususunda **standard** olarak iki etüdü kayıt etmek lazımdır:

- 1 — Coventry and Dahlin - 1957 - Mayo-Clinic, Osteogenic Sarcoma J. Bon. JT. Surg. 39 A. 791
- 2 — Cade S. 1955. Osteogenic Sarcoma J. Roy. Coll. Surg. 79

Bunlardan Coventry ve Dahlin'in, Mayo Clinic'de yaptıkları araştırmalarla, osteoblastik tipinde 15,8 % chondroblastik tipinde 35,5 % ve fibroblastik tipinde 26,2 % oranında beş yıllık survie kayıt edilmiştir.

Cad'e, kendi vakalarına ve tecrübelere ve diğer kliniklerin vakalarına inceleyerek verdiği sonuçlara dayanarak, Osteogenik Sarkomalarda préoperatif radyoterapi'yi müdafaa etmektedir.

Non-osteogenik sarkomaların tedavi disiplininde temel - prensip, radikal radyoterapidir. Bu tip tümörlerde histolojik karakterleri itibarıyle yuvarlak hücrelerin hakimiyeti vardır. Yani indiferencie kemik tümörleri karakterindedir. Bu tip tümörler HEWER tarafından, yukarıda kayıt edilmiş bulunan etüdünde:

- 1 — Ewing Sarcoma
- 2 — Reticulum Cell Sarcoma
- 3 — Maligne Synovioma
- 4 — Neuroblastoma
- 5 — Plasmo - cell myeloma
- 6 — Sekunder indiferencie Carcinoma - olarak gösterilmiştir.

Yuvarlak hücre göstergeleri, ve çok radiosensible olmaları nedeniyle maligne giant-cell tümörlerde bu grup ile birlikte incelenmektedir. Bu son tipde, eğer kâbilse cerrahi disiplini kabul etmek doğrudur.

Burada gösterilmiş olan her bir tümör tipinin прогнозları, ve tabii seyirleri çok değişiktr.

Bu gruplar üzerinde de **standard** kabul edilebilecek çalışmalar vardır:

I — Ewing Sarkomaların Radyoterapisi hakkında:

Mayo Klinik'de DAHLIN'in

- 1 — Dahlin and Coventry and Scanlon 1961 Ewing's sarcoma. a critical analysis of 165 Case J. Bone JT Surg 43:185

II — Reticulum Cell. Sarkoma hakkında:

- 2 — Ross. F-G. Sarkoma 1956
Radiosensitive bone tumours.
J. Fac. Radiolo. 7:242.

III — Maliğne Synovioma için:

- 3 — Irving G. Pack 1963. Synovial Sarcoma New-England J. Of. Medicine V. 268:1272 - 1275

IV — Neuroblastom için:

- Gross R. E. 1956 Neuroblastoma
Pediatric 23:1179

Maliğne kemik lezyonlarının tedavisinde, Osteogenik veya Non Osteogenik olsun, cerrahi ve radyoterapi prosedürlerine ilâve edilen Chemotherapy, yeni bir tedavi tarzıdır. Bu tedavinin rolü henüz tamamen aydınlatılmış değildir. Bununla beraber palliatif veya definitif Radyoterapinin, veya Cerrahi tedavinin yardımcı olmakdan daha ileri bir rolu olabileceğini ancak gelecek çalışmalar gösterecektir.

Her üç tedavi tarzının kombinasyonun, bazen hastalığın kontrolünde etkili olabildiğini müşahedeler göstermektedir. Anatomik lokalizasyon itibarıyle gerekli cerrahi excision'u imkânsız bulunduğundan palliatif Radyoterapi endikasyonu bulunan vak'alarda, böyle bir kombine tedavi, denenmesi gereken biricik prosedurdur.

Kemik tümörlerinde, regional kemoterapi hakkında standard olarak kabul edileceğimiz STEHLİN'in bir etüdü vardır:

STEHLİN J-S 1963
Regional Chemotherapy in tumor of bone, Cancer Chemotherapy P.P. 367-373.

SONUÇ

Osteogenik ve non-osteogenik kemik Sarkomalarında, spesifik tiplerinde her birinde elde edilen survie oranları, uygulanmış olan tedavi prosedürünün değerini göstereceği tabiidir. Bu değerlendirme doğru olarak yapılmamıştır. Vak'aların muntazam bir registrasyonu ve hastaların muntazam bir surette izlenmesi gereklidir.

Bu halde evvel maliğne kemik tümörlerinin teşhisini, ve doğru olarak tanımlanması için geniş bir ekip çalışmasına, yani cerrah, Radyoterapi ve anatomi-patolog ve Radiolog'un iş birliğine ihtiyaç vardır. Doğru bir tedavi endikasyonu için de böyledir ve Biometrik çalışmalar da ancak bu sayede mümkün olabilir.

Bu nedenlerle bir çok memleketlerde son 20-25 yılda, kanser teşhis ve tedavi çalışmaları yanında, maliğne kemik tümörleri için bir (Kemik Tümörleri Komitesi) kurulmuştur. Ve bir çok büyük hastane gruppunda belirli coğrafi alanlar için kemik ütmöri registrasyon merkezleri tesis edilmiştir.

Bu suretle kemik tümörleri alanında kompetant olan expert'ların ekip halinde çalışmaları mümkün olmuştur.

Bu düşüncelerle İstanbul Tıp Fakültesi Radyoterapi Kürsüsü olarak bir (Kemik Tümörleri Komitesi) nin ve bir (Registersyon Merkezi) nin kurulmasını çok lüzumlu ve faydalı buluyoruz.

**KIRK BİR CHORION EPİTHELIOMA VAK'ASINDA
RADYOTERAPİ VE KEMOTERAPİDEN ALINAN SONUÇLAR**

Dr. Reha UZEL

Dr. İmer ADALI

Chorion epitheliomalarla diğer kanserlerde genellikle görülen bazı özellikler bulunur. Bunlardan biri spontan gerilemedir. Primer tümör ya da metastazı ayrı ayrı spontan gerilebilir. Tofoblastik tümörlerin çeşitli selim şekilleri vardır. Bu şekillerden birbirine geçiş olabileceği gibi, malign şekilde geçişte görülebilir (4). Benign şekillerde, ikinci özellik açık bir coğrafi dağılım göstermesidir. Doğu ülkelerinde batıya göre daha sık olarak görülür. Hong Kongda ki Çinli kadınlarda chorion epithelioma 3708 normal gebelik bir Amerikalı ise 40 000 - 26 000 de bir olarak meydana gelmektedir (6) (3). Chorion epitheliomaların, Birleşik Amerika-

19. Milli TÜRK TIP KONGRESİNDE tebliğ edilmiştir. 26-12-1966.

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI

da yapılan istatistiklere göre, % 39 mol, % 38 düşük ve % 23 oranında da normal olduğundan sonra meydana geldiğini göstermektedir (9).

Chorion epitheliomalarla metastazlar sık olarak ortaya çıkar. Sıklık sırasına göre akciğer % 50, vagina % 16-50, beyin % 5-10 oranlarında bulunmuştur. En genç hasta 18, en yaşlısı ise 48 yaşında idi. Yaş dağılımı Tablo: I de gösterilmiştir.

TABLO: 1

10 yıl	Hasta Sayısı
1 ci	0
2 ci	2
3 cü	15
4 cü	13
5 ci	1
Bilinmiyen	1

YAŞ DAĞILIMI

METOD:

Kliniğimize gönderilmiş olan 37 kadın hastanın I inin dosyasında ameliyat hakkında bilgi yoktur, bir diğer vak'a inoperabil bulunmuştur. 35 vak'ada histerektomi yapılmıştır. Histerektomi yapılan vak'aların 21 inde post operatif, profilaktik pelvis işınılaması yapılmıştır. Bu hastalara verilen işındozu seviyeleri Tablo 2 de gösterilmiştir. 6 vak'ada pelvis içinde rest tümör bulunmuş ve bu hastalara 175, 1155, 2590, 2730, 3000, 3988 r lik radyoterapi yapılmıştır. Akciğer metastazı 8 vak'ada radyoterapi kullanılmıştır.

TABLO: 2

İşin Dozu (r)	Hasta Sayısı
1000 den az	3
1000 - 2000	4
2000 - 3000	11
3000 den fazla	3

POST OPERATİF RADYOTERAPİ

TABLO: 3

Mevcut	HASTA SAYISI	
	degil	Bilinmiyen
Akıntı	11	22
Kanama	32	1
Ağrı	11	23

KLİNİK BELİRTİLER

bağlı klinik belirtiler Tablo: 3 te gösterilmiştir. İlk belirtilen chorion epithelioma tanısına kadar geçen süre en kısa 1 ay, en uzun 3 yıl, ortalama 6,6 ay olarak bulunmuştur. Vak'alarımızda metastazların teşekkülü ve siklik oranı Tablo: 4 te gösterilmiştir.

TABLO: 4

Metastaz Bulunan organ	Vak'a Sayısı	% Siklik Oranı
Akciğer	12	35
Vagina	4	11
Beyin	2	5
Karaciğer	1	3
Cene kavisi	1	3

METASTAZLAR

Histerektomi yapıldıktan sonra post operatif işnlama için gönderilen hastalarda yaptığım inceleme sonunda 6 vak'ada pelvik residiv (ya da rest tümör) bulumuştir. Ameliyat sonu durumuna dair dosya kayıtları tam olan total histerektomi yapılmış 27 vak'adan 3 tanesinde (% 11) pelvik residiv bulunmuştur. Subtotal histerektomi yapılmış olan 5 vak'adan 3 içinde (% 60) pelvik residiv teşekkül etmiştir. Post operatif, profilaktik olarak işnlanan 21 vak'adan 9unda pelvik residiv teşekkülüne dair, dosyalarda bir kayda rastlanmamıştır. Geri kalan 12 vak'adan 11 inde residiv olmamıştır (% 92). Residiv görülen vak'ının aldığı doz 105 r olup, bu dozda rad-

MATERİYEL:

1950-1966 yılları arasında Çapa Radyoterapi Kliniğine 41 chorion epithelioma vak'ası başvurmuştur. Bu vak'aların hepsi tarihistolojik muayene ile doğ-

yoterapiden zaten bir sonuç beklenemezdi. Rest tümör gösteren 6 vak'adan 3 tanesinde radyoterapi ile pelvik tümörün etkili olmamıştır. Bunlardan biri 175 r gibi çok düşük bir doz verilebilmiş idi. Diğer 3 vak'ada pelvik kitleler tamamen kaybolmuştur. Bunlardan bir tanesinde 3988 r lik radyoterapi ile kombin olarak 112,5 mgr methotrexate verilmiştir. Diğer 2 vak'a 1115 ve 3000 r lik pelvik işinlama yapılmış olup bu hastalar aynı sıra ile 5 yıl ve 1 yıl 4 aydan beri tam sihhatte olarak yaşamaktadırlar. Methotrexate verilen 4 vak'annın hepsi de akciğer metastazı vardı. Karaciğer metastazı mevcut olan bir hastada ancak 17,5 mgr. methotrexate verilmiş ve birinci kür tamamlanmadan hematemez ve melena ile hasta kaybedilmiştir. 1 vak'ada 37,5 mgr methotrexate alıktan sonra tedaviyi terketmiştir. Bu hastadan 3 ay sonra alınan haberde hastanın yaşama olduğu geçici hemoptizilerin bulunduğu öğrenilmiştir. Diğer iki hastaya 112,5 mgr. methotrexate verilerek 3 kür tamamlanmış, bunlardan akciğer metastazları tamamen kaybolmuş ve Galli-Mainini testleri (—) bulunmuştur. Bu hastalar 6 ay ve 2 yıl 3 aydan beri yaşamaktadırlar. Akciğer metastazları için 6 hastaya methotrexate ve radyoterapi, 1 hastaya yalnız methotrexate verilmiştir. 3 hasta hiç tedavi görmemiştir. Radyoterapi yapılan ve hiç tedavi görmeyen vak'aların hepsi ölmüştür. Methotrexate ve radyoterapi kombinasyonu yapılan 2 hasta ve yalnız methotrexate verilen 1

hasta şimdide kadar yaşamaktadır. Yeterli dozda methotrexate verilebilen 1 hasta tedaviyi bitiremeden ölmüştür. Hastalarımızın tedavi sonucunda elde edilen yaşama süreleri ve oranı Tablo: 5 te gösterilmiştir.

TARTIŞMA:

Bu çalışmamızda trofoblastik tümörlerin malign şeklinde chorion epithelioma diye söz ettik. Ülkemizde yapılmış olan diğer çalışmalarında da bu tümörlerden aynı adla bahsedilmiştir (2) (10). Bu terim Anglo-Saksonların genellikle kullandıkları chorio cancrinoma ile anlamda olarak kullanılmıştır. Kimi yazarlar molünvaziy şekli olan chorio adenoma destruens, chorion epithelioma diye bahsetmektedirler. Biz chorio adenoma destruens benign formlar arasında kabul ederek malign form olan chorion epitheliomadan ayrı tutuyoruz.

Chorion epithelioma vak'aları başarılı bir şekilde tedavi edilemez ise çoğunlukla 6 ay içinde ölürlər. Genellikle 1 yıldan sonra lokal residiv ya da uzak metastaz görülmesi seyrektrir. Chorion epitheliomaların tedaviden 1 yıl sonra ortaya çıkan residivlerin ve metastazların oranı mesela serviks karsinomlarında 5 yıllık iyileşmeden sonra görülen residiv oranından çok daha düşüktür. Bu nedenle chorion epitheliomaların tedaviden itibaren 1 yıllık bir süre içinde hastalık belirtisi göstermeden yaşayan vakalarda iyileşme sağlanmış olduğunu ka-

TABLO: 5

Vak'a Sayısı	Takip Edilen		Vak'alarda ve Oranı					
	Takip Edilemeyen Sayı	%	1 yıldan az Sayı	%	1 yıldan fazla sayı	5 yıldan fazla sayı	Vak'alar Sayı	ÖLEN Sayı %
37	10	27	2	5	12	32	8	22 38
VAK'ALARIMIZDA ELDE ETTİĞİMİZ SONUÇLAR								

TABLO: 6

Yazar	Vak'a Sayısı	İlaç adı	Tam Sayı %	
			Regresyon Sayı	%
Hertz	58	MTX	29	50
Hertz	17	MTX ACT-D	10	59
Hertz	7	ACT-D	3	43
Hertz	5	ACT-D MTX	2	40
Hertz total	75	—	45	60
Bagshawe & 23		MTX 6-MP	17	74
Manahan	34	MTX	22	65
Bizim Vak'alar 4		MTX	2	50
(&) Bütün Trophoblastik Tümörler				

CHORİON EPİTHELIOMADA KEMOTERAPİ SONUÇLARI

bul etmek makul hata sınırları içinde kalacaktır. Ölmüş olduğu katı olarak bilinen 12 vak'amızdan hepsi 6 ay içinde ölmüşlerdir. Bunlarda ortalama yaşama süresi 2,5 aydır. Bizde 1 yıl yaşama süresini ölçü olarak kullanmayı uygun gördük.

Chorion epitheliomaların tedavisinde, metastaz yapmamış vak'alarda cerrahi ilk tedavi metodu olarak başarı sağlamaktadır. Radikal şekilde yapılmayan cerrahi mühâhelenin yetesizliği sub total histerektomi yapılmış olan vak'alarımızda % 60 oranında lokal residiv (daha doğrusu rest tümör) görülmesi ile belirtilmektedir. Radyoterapi, inancımızda göre pelvik tümör üzerinde başarı ile kullanılabilir. Post operatif olarak kullanımında fayda olacağı, böyle vak'alarımızda daha seyrek lokal residiv görülmesi ile ortaya çıkmaktadır. Metastazların tedavisinde radyoterapi ile literatürde söz edilen başarılı sonuçların elde edilebileceğine kari değiliz. Kemoterapi ile metastazların, özellikle akciğer metastazlarının başarı ile tedavi edilebileceği ortaya çıkmaktadır. Kemoterapi beyin metastazlarında başarılı olamamaktadır. Ancak beyin metastazlarında radyoterapinin kullanılması faydalı olabilir. Kemoterapi şimdide dek uygulandığı şekli ile erkeklerin chorion epitheliomalarında da etkili olamamaktadır (5).

Bu vak'alarda da radyoterapi kullanılmamıştır. Kemoterapi ajanı olarak methotrexate en başarılı sonuçları vermektedir. Diğer kemoterapi ajanlarının methotrexate la kombinasyonu, sonuçları da ha da düzeltilebilir Methotrexate a dayanıklı ve karaciger, böbrek yetesizliği olan vak'alarda Aktinomisin-D ve vinkolökoblastin kullanılması başarı oranını artırmaktadır. İlk tedavi metodu olarak kemoterapinin metastazlı ya da metastazsız vaka'larda kullanılması son yıllarda tavyise edilmektedir (4). Kemoterapinin, chorion epithelioma dokusunu iyileşmeye yol açacak şekilde tıhrip edebileceği ispat edilmiş olduğuna göre histerektomi ile elde edilen sonuca eşit bir başarı oranı sağlayabileceği kabul edilmelidir. İyileşme oranı cerrahiye eşit seviyede olabilecek bu metodun zaten genç yaşta olan bu hastaların çocuk yapabilme yeteneğini de ortadan kaldırması gibi bir üstünlüğünün bulunması, ilk tedavi metodu olarak kullanılmasını gerektirir.

ÖZET

Chorion epithelioma özellikle genç kadınlarda rastlanan ve süratle metastazlar yaparak fatal olarak sonlanan bir tümördür. Klinigimizde 16 yılda görülen 41 vak'adan kadın olan 37 si incelenmiştir. Metastaz yapmamış vak'alarda radikal histerektominin ve post operatif radyoterapinin hastalarda % 32 oranında 1 yıl ve % 22 oranında 5 yıl survi sağladığı görülmüştür. Metastazlı vak'alarda kemoterapi tercih edilecek tedavi metodudur. 4 vak'amızdan en aşağı 2 si hastalık belirtisi göstermeden 6 ay ve 2 yıl 3 aydan beri yaşamaktadırlar. İlk tedavi metodu olarak yalnız kemoterapinin kullanılması üzerinde önemle durulmalıdır.

LITERATÜR

- 1 — BAGSHAWE, K. D. Trophoblastic tumours chemotherapy and developments. *Brit. Med. J.* 5368:1303, 1963.
- 2 — EREZ, N., ARISAN, K. Yedi chorio-epithelioma vakası hakkında. *İst. T. F. M.* 14:4, 1951.
- 3 — HERTIG, A. T. Hydatidiform mole and chorion epithelioma. *Progress in gynecology.* 2:372. Grune Stratton, New York 1950.
- 4 — HERTZ, R., ROSS, G. T., LIPSETT, M. B. Chemotherapy in women with trophoblastic diseases: Chorio adenoma destruens, and complicated hydatidiform mole. *Ann. New York Acad. Sc.* 114/2: 881, 1964.
- 5 — Hreshchysyn, M.M., GRAHAM J. B. Treatment of malignant trophoblastic growth in women, with special reference to amethop-
- 6 — KİNG, G. Hydatidiform mole and chorioneplioma. *Proc. R. Soc. Med.* 49:381, 1956.
- 7 — LI, C. M., HERT, R., BERGENS-TAL, M. D. Therapy of choriocarcinoma and related trophoblastic tumours with folic acid and purine antagonists. *New England J. M.* 259:66, 1958.
- 8 — MANAHAN, C. P., MANUEL-LIMSON, G., ABAD, R. Experience with choriocarcinoma in Philippines. *Ann. New York Acad. Sc.* 114/2:875, 1964.
- 9 — NOVAK, E., SEAN, C. S. «Choriocarcinoma of the uterus» Study of 74 cases from The Mathieu Memorial Shorioneplioma Registry. *Am. J. Obst. Gyn.* 67:933, 1954.
- 10 — TÜRKENT, M., Bir chorioneplioma malignum vakası. *İst. T. F. M.* 13:2, 1950.

terin, Am. J. Obst. Gyn. 81:688, 1961.

BİRDEN FAZLA RENAL ARTER ANOMALİSİ VE RENOASKÜLER HİPERTANSİYON

K. BÜYÜKÖZTÜRK *

G. ERTEM *

I. TANAN **

Renovasküler hipertansiyon deyimi yalnız böbrek damarlarındaki bozukluk sonucu husule gelen ve cerrahi tedavi ile düzeltilebilme imkânı olan hipertansiyon vakaları için kullanılır (1).

Genel popülasyonda hipertansiyon insidansı değişik rakkamlar göstermekle beraber ortalama olarak % 3 oranındadır (1). Bununla beraber HODGES 30-70 yaşları arasındaki 4 sahistan birinin hipertansiyonunu bildirmiştir (2). Normal kan basıncı sınırları 140/90 cm.Hg. kabul edildiği takdirde Amerikada 5 milyon hipertansiyonlu bulunduğu yazılmaktadır.

Hipertansiyonlu vakaların % 2 ile % 25 inde damar basıncının yüksekliği sebebi böbrek damarları ile ilgilidir (1). Fakat son zamanlarda bu oranın daha az olduğuna dairайлara rastlanmaktadır (1, 2).

İstatistikler değişik rakkamlar göstermekle beraber üzerinde önemle durulması gereken husus, rakkamların çok bir kısım hipertansiyonlu vakaların zamanında təhsis edildikleri takdirde cerrahi olarak tedavi edilebileceklerinin bilinmesidir.

Hipertansiyona sebep olan renal asküler lezyonlar çok çeşitlidir. Bu sebep-

* İ. Ü. Tip Fak. Çapa II inci İç Hastahlıkları Kürsüsü.

** İ. Ü. Tip Fak. Çapa Radyodiagnostik Kürsüsü.

lerin başında okluzif arter lezyonları gelmektedir. 45 yaşın üzerinde bulunan renal lezyonuna tabiatı ve şiddetine göre deşisti. İskemik atfori, segmenter infarktus veya nedbeleşme yahut bu ikisinin kombineşenleri en mutat bulgulardır. Mamañih bu lezyonlar böbrek dokusunun perfüzyonunu yeteri kadar azaltmadıkça damar basıncı yükselişine sebep olmazlar. Nitelik böbrek arterlerinin okluzif lezyonlarına bağlı renovasküler hipertansiyon hallerinde arter kesiti %65-70 arasında azalmadan herhangi bir hemodinamik değişiklik olmamaktadır (4).

Renovasküler lezyonlar arasında nadir olmakla beraber multipl renal arterlerin de hipertansiyona sebep olabileceği bildirilmiş ve nefrektomi ile hipertansiyon düzeltidine misal teşkil etmek üzere vakalar nesredilmiştir (6).

Biz son zamanlarda perkütan, transfemoral, retrogard aortagrafi ile test ettiğimiz birden fazla damar anomalisi gösteren hipertansiyonlu bir hastayı entereson olduğu için takdim etmeyi uygun bulduk.

Vaka K. E.: Prot. No. 42/649, 37 yaşında Vanlı bir tüccar. Devamlı baş sirt ve bel ağrısı, göğüsündeki sıkıntıdan sikayetle Çapa III üncü İç Hastalıkları Kliniğine 28/4/1967 de yatırılarak 13/5/1967 ye kadar tetkik edilmiştir.

Hikâyesi: İlk defa kliniğe yatanından 15 sene öncesine kadar çarptırsı sebibi ile müracaat ettiği hekim damar basıncı 170 cm.Hg. bulmuş. O zamandan beri devamlı hekim kontrolu altında bulunmakta ve ilaç kullanmakta imiş. 1 sene önce damar basıncının çok yükseldiği ve özellikle diastolik basıncın 130 cm.Hg. ya kadar çıktıığı testit edilmiş ve ilaçlarla ancak 110 cm.Hg. kadar düşürülebilmiş. Baş ağrularının devamlı bir hal olması, sırt ve bel ağruları, göğüsünde sıkıntı sebibi ile kliniğe müracaat etmiştir.

I - İNTRENSEK RENAL VASKÜLER LEZYONLAR

Arterioskleroz

Fibröz ve fibromusküler hastalık

Renal arter anevrizması

Muhtelif arteritidler

TAKAYASHU hastalığı

Sifilitik arterit

BUERBER hastalığı

Periarteritis nodoza

Renal ven trombozu

II - EKSTRENSEK LEZYONLAR

Aterosklerotik yahut dissekan aort anevrizması

Ekstrensek fibröz yahut müskülotendinöz bandlar

Travma (Böbrek rüptürü)

Böbrek tümörü

Diğer intra abdominal tümör yahut kistler

Aorta koarktasyonu

Tablo I: Renovasküler hipertansiyonun sebepleri (5)

Öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktur.

FİZİK BULGULAR:

T. A. 150/125 mm.Hg., kronik tonsilit mevcut, diğer bütün bulgular normal.

Laboratuar bulguları:

İdrar normal densite 1019,

Kanda tire % 38 mg.

Üre klirens % 73,6,

Kreatin Klirens % 118,2,

Yedek alkali % 48 Vol.

EKG Sol aks deviasyonu, saat yönünde dönme, III, avf de negatif T ler.

Teleröntgenogram sağda 7 cm. solda 3,5 cm uzunluğunda, servikal kosta hilüsleri ieri derecede dolgun.

Klinikte yattığı müddet zarfında hastanın damar basıncı 150/110 ile 170/125 mm.Hg. bulundu. Diğer zamanlarda dama 110 mm.Hg.nın üzerinde idi.

Seri halinde yapılan idrar incelemelerinde zaman zaman eser albuminüri testit edildi. İdrar dansitesi ise 1012-1025 arasında değişti.

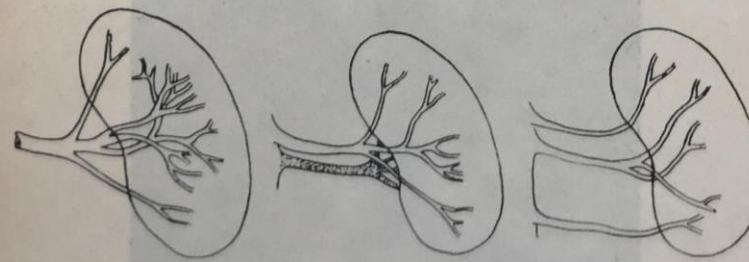
Tonsillektomi yapılarak iltihaplı bademcikler alındı.

Bir medikal böbrek hastalığı bulunmayan hastada genel bir görüşle esansiyel hipertansiyon bulunduğu kabul edildi.

Hipertansiyon diye kabul edilen vakanın bir kısmında böbrek arterinde bozukluk bulunduğu ve hipertansiyon sebebi tesbit edilen böyle bir anomalinin cerrahi olarak düzeltilebileceği son selerin gelişmelerinden olduğundan, hastaya rnal arteriografi yapılmasına karar verildi.

ABDOMİNAL AORTAGRAFI: ELEMA-SCHÖNANDER

bi plan röntgen cihazı ile saniyede 2 film olmak üzere 6 saniye süre ile film çekilmiştir. 300 mA ve 90 kVt değerleri kullanılmıştır. Bilhassa I ve 2 nci saniyelerde sağ böbrek hilüsünde 1 arfter yerine 2 arterin yan yana aortadan çıkış girdiği ve her birinin üçer dala ayrıldığı ayrıca bifurkasyona yakın bir yerde aortadan çıkan diğer bir arterin sağ böbreğin alt kutbuna inip o kısmı beslediği testit edilmiştir. Sol böbrek arteri tek olarak aortadan çıkmakta fakat hemen başlangıcında sol böbreğin üst kutbuna giden bir dal verdikten sonra böbrek hilüsünde evvelâ 2 dala ayrılmaktır bunlardan distaki daha sonra künt ve daha ince çaptak bir damardan fakir 3 dala ayrılmaktadır. Bu böbrek kanlanması temin eden orta çaptak arteriollerin fakirliği özellikle dikkati çekmektedir (Şekil 1).



Şekil: 1

TARTIŞMA

Bilindiği gibi renal parankima, arter beslemesi bakımından 5 bölüme ayrılr; apikal, üst-ön, orta-ön, alt-ön, posterior. Aortadan çıkan sağ ve sol tek renal arter bir biri ile anastomoz yapmadan hilüse yakın bir yerde 5 ara dala ayrılarak bu bölgelere girer, yahut buradan veya diğer büyük damarlardan ayrı ayrı çıkan damarlar yukarıda sayılan birbirinden ayrı bölgeleri beslerler (Şekil 1) (7, 8, 9, 15, 16).

Embryoda nefrotom bölgesi inen arterin yan dalları tarafından beslenir.

Embryo olgunlaşırken her bir tarafta yalnız bir tanesi sebat eder, diğerleri renal arter yerine 2-3 veya daha fazla arterin kaldığı görülür (7). Birden fazla renal arter mevcudiyeti sürüngüler, yılanlar, kuşlar ve balıklar gibi hayvanlarda kaledir. İnsanda ise mezonerik arterlerin kaybolmayıp kalması sonucu görülen bir anomalidir. MERKLİN ve MICHELS yaptıkları 185 disseksiyon ve literatüre dayanarak inceledikleri 11000 böbrek üzerindeki çalışmalara dayanarak cins ve irk farkı olmaksızın bütün böbreklerin takriben % 30unda bir-

den fazla renal arter anomali bulunduğunu görmüşlerdir (7). Sağ ve sol böbrek arterleri arasında fark bulmamışlardır. Muayene edilen bu böbreklerin % 72inde tek bir böbrek arteri vardı. İnceledikleri 3269 böbrekten ibaret diğer bir grubun 412inde ana böbrek arterinden üst kutba giden bir dal buna karşılık diğer bir gruptaki 3674 böbrekten 115inde alt kutba giden bir dal test ettiler.

MERKLİN ve MICHELS'in böbrek arterlerinin anatomisini ilgilendiren bu geniş çalışmalarının sonuçları Tablo II de gösterilmiştir;

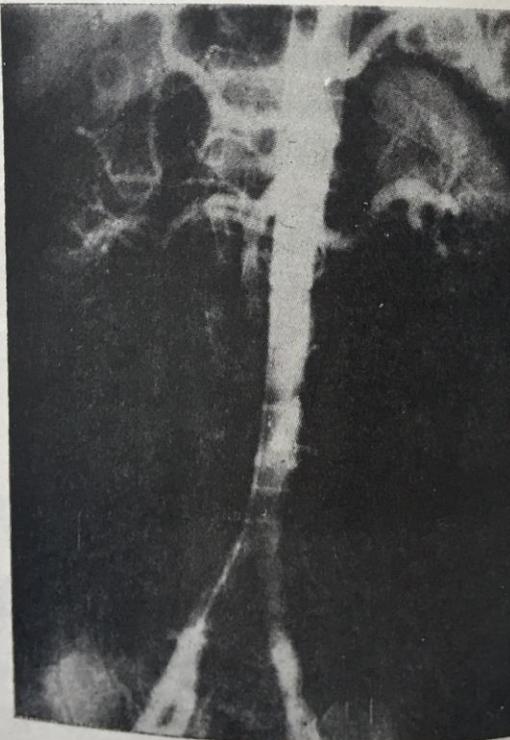
Aortadan

Tek renal arter % 72
İki renal arter % 10
Üç renal arter % 1-2
Aortik sup. pol. ar. % 7
Aortik inf. pol. ar. % 5.5

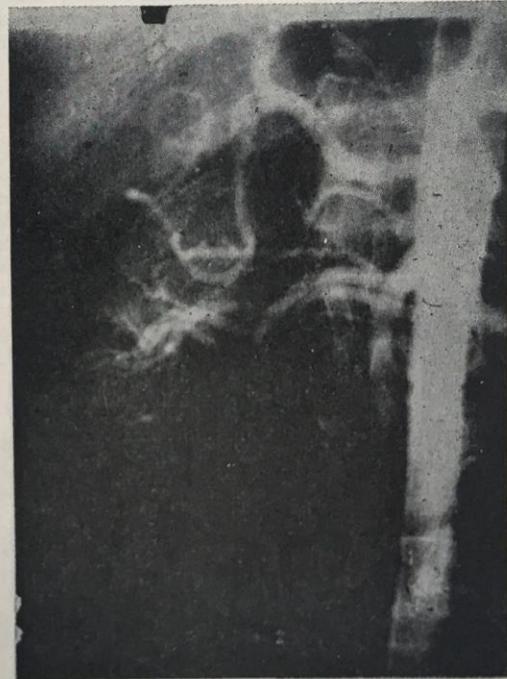
Renal

Renal superior poler arter % 12
Renal inferior poler arter % 1,4
Tablo III MERKLİN ve MICHELS'den

DERRICK ve TYSON multipl aortik renal arterlerin ünilateral renal hiper-



Şekil: 2



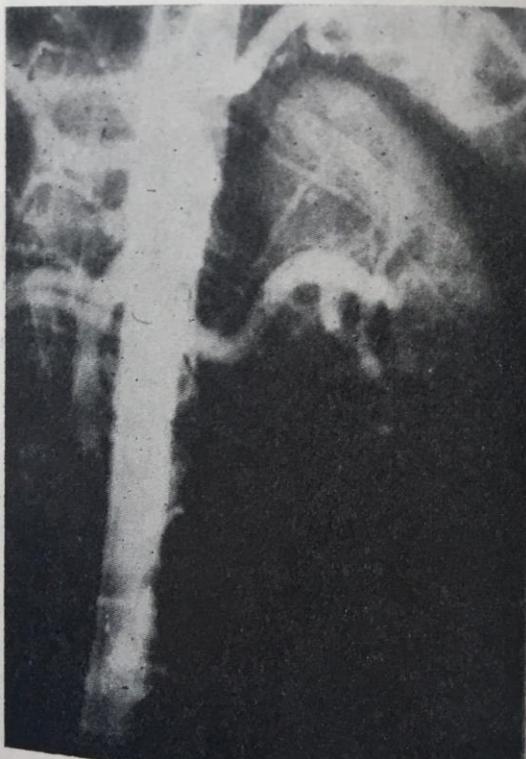
Şekil: 3

tansiyon sebebi veya hipertansiyon hüsünlüne yardımcı bir faktör olduğunu bildirmiştir (12). Bu araştırmalar post mortem inceledikleri 110 vakalık bir seride birden fazla renal arter oranının % 22,7 buna karşılık hipertansif hastalarda bu oranın % 53 olduğunu bulmuştur. Diğer bir araştırmacı ise 400 neropsilik bir serinin incelemesinde toatal olarak % 56 oranında aberant renal arter tespit etmiştir. Bu oran normotansiflerde % 49, hipertansiflerde ise % 80 idi (13).

Yukarda zikredilen çalışmalarla elde edilen sonuçlar anatomič kadastra

disseksyonlarına yahut otomatik malzemelerine dayanmaktadır. GEYER ve POUTASSE'ın kanaatine göre ise hipertandülerdeki multipl renal arter insidansı diğer populasyonunkinden fazla değildir (7). Birden fazla fakat normal görevnüşlü renal arterlerin hipertansiyona sebep olup olmadığı hususu münakasalandır (7). Bununla beraber bu arterlerin tikanması veya darlığı, anormal distribütöryonu iskemiye sebep olarak reno vasküler hipertansiyon husule getirebileceği bazıları tarafından kabul edilmektedir. (12, 14).

Bizim vakamızda yukarıda belirtildi-



Şekil: 4

ğı gibi sağda üçlü bir renal arter anomalisi tespit edilmiştir. Bu tip anomalide tablo II de görüldüğü gibi ortalama % 1-2 oranında rastlanmaktadır. Buna karşılık sol böbrekte renal superior polar bir arter mevcudiyeti yanında, böbrek arterinin intra renal dağılımının anormal, orta ve küçük çaptaki arteriollerden fakir olduğu görülmektedir. Böbrek kan akımı, glomerül filtrasyon miktarı, separe sodyum ve (Şekil 2, 3, 4) su ekskresyonu tayinleri yapılmış olmakla beraber bu vakadaki hipertansiyon sebebinin bu iki taraftaki değişik renal arter anomalisi ile ilgili olabileceği kanaatine vardık. Bununla beraber bu kanaatimizi teyid etmek maci ile yapılacak bir cerrahi müdahaleyi de lüzumlu bulmadık.

ÖZET

Sağda üçlü renal arter anomalisi, solda renal superior polar arter ve intra renal dallanmada anormallik gösteren bir vaka takdim edilmiştir. Bu münasebet ile literatür gözden geçirilerek hastanın hipertansiyonu ile böbrek arter anomalisi arasındaki ilgi tartışılmıştır. Sonuç olarak hipertansiyonun böbrek arter anomalisine bağlı olabileceği kanaati belirtilmiştir.

LITERATÜR

- 1 — WINTER, C. C.: Correctable renal hypertension. Lea Febiger, Philadelphia and London, 1964 pp 5.
- 2 — HUNT, J. C.: Clinical and physiological considerations in renovascular hypertension in renal angiography Kincaid O. W. (Ed) Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago, 1966 pp. 88.
- 3 — EDWARDS, J. C.: Management of hypertensive diseases St. Louis C. V. Mosby Co. 1960 pp. 21.
- 4 — FRIEDBERG, C. K.: Diseases of the heart CV. Saunders Co. Philadelphia - London 1966 pp. 1505.
- 5 — KINCAID, W. O. Angiography in renal vascular diseases and renovascular hypertension (in renal angiography) Edited by O. W. Kincaid Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago, 1966 pp. 103
- 6 — STAME, T. A.: Renovascular hypertension Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1963 pp. 232
- 7 — GEYER, J. R.: and POUTASSE, E. F. Incidence of Multiple Renal Arteries in Aortography J.A.M.A. 183: 120, 1962
- 8 — HOLLINSHCADC, W. H.: Renovascular Anotomy Postgraduate Medicine 40: 241, 1966
- 9 — ANSON, B. J. et al. Blood Supply of Kidney, Suprarenal Gland and Associated Structures. Surg. Gynec. Obstet. 84: 313, 1947
- 10 — ANSON, B. J., DASELER, E. H.: Common Variations in Renal Anatomy, Affecting Blood Supply, Form and Topography Surg. Gynec. Obstet. II: 439, 1961
- 11 — GRAVES, F. T.: Anatomy of Renal Arteries and its Application to Segmental Resections of the Kidney Brit. J. of Surg. 42: 132, 1954
- 12 — DERRICK, J. R. and TYSON, K. R. T. Association of Aberrant Renal Arteries and Systemic Hypertension, Surgery 48: 907, 1960
- 13 — MARSHALL, A. G.: Aberrant Renal Arteries and Hypertension Lancet 2: 701, 1961
- 14 — DERRICK, J. R., and KYSON, K. R. T.: Surgical Significance of

Abberant Renal Arteries in Relation to Systemic Hypertension. Circulation 24: 1192, 1961

15 — ÖZGÜR, M., CEYLAN, İ., SUHLER, A., PIETRY, J., KIENY, R. and FONTAINE, R.: Böbreğin Ak-

sesuar Poler Arterleri, Tip Fak.
Mec. 30: 282, 1967

16 — SYKES, D.: The Arterial Supply of the Human Kidney with Special Reference to Accessory Renal Arteries Brit. J. Surg. 50: 368, 1963

HIPERNEFROID KANSERLERİN VE METASTASLARIN ANJİOLOJİK TETKİKİNDEKİ ESASLAR

Dr. Oktay ÇOKYÜKSEL

Böbrek tümörlerinin Anjiolojik tetkikleri Dos Santos kadar uzanır. Son 10 yılda bu hususda geniş neşriyat yapılmıştır. Anjiolojik olarak tespit ettiğimiz 35 Hipernefroid Kanser vakasını değerlendirmeye tabi tuttuk. Ayrıca kendi görüşlerimizi de ilâve ettik.

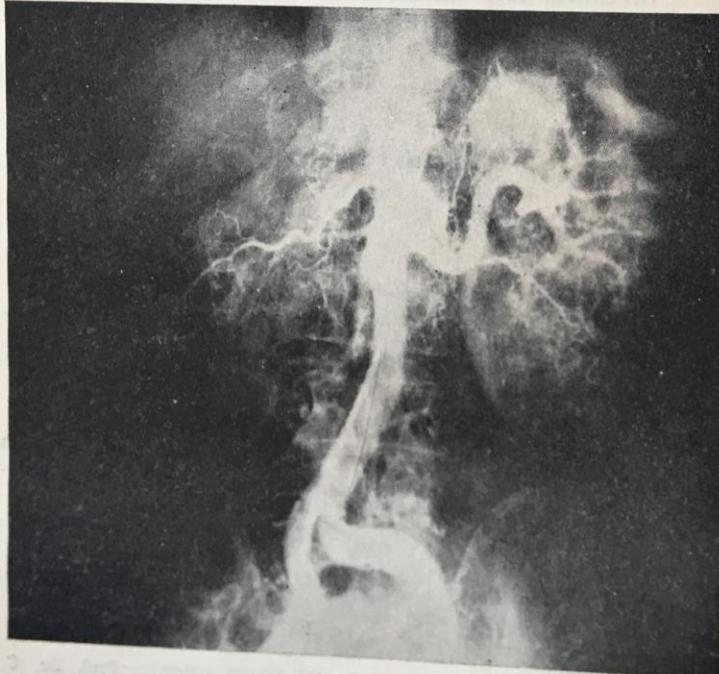
Hipernefroid Kanserlerin anjiolojik teşhisinde şu esasları dikkate almak gereklidir.

- 1) Tümörün oturduğu yer,
 - a) Total
 - b) Pollerden birine

- 2) Büyüklüğü,
- 3) Hudutlarının tahdit edilip edildiği,
- 4) Nekroze olup olmadığı; olduysa
a) Kısmen
b) Tamamen
- 5) Böbrek pelvisine açılıp açılmadığı
- 6) Böbrek venalarına açılıp açılmadığı
- 7) Venöz dönüşün hangi yoldan olduğu
 - a) V. Renales
 - b) Kapsül venaları üzerinden

Giessen, Justus-Liebig Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniği (Direktör Prof. Dr. C. Vosschulte) Röntgen Servisi (Şef. Doç. Dr. S. Bayındır)

- c) Diğer sistem venalarından
- 8) Kemikle istirakte olup olmadığı
(Pelvis kemiği ile)
- 9) Tümörün bulunduğu böbreğin fonksiyone edip etmediği
- 10) Komşu damarlar üzerindeki impresyonu
- 12) Aortu infiltrasyonu
- 13) Tümörle beraber başka sekunder bozukluklar olup olmadığı
- 14) Öteki böbreğin infiltrasyonu.
- 15) Soliter A. Venöz fışitüllerin mevcudiyeti
- 16) Radyolojik histolojisi



Dia: 1

17) Metastazların tetkiki

Dia 1) Sağ böbrek hipoplazik. Sol böbrek alt polunde hipernefroid Ca. hastada solda heminefrektomi yapıldı.

Dia 2) Sağ üst polü işgal eden hipernefroid Ca. sağ alt pol tamamen salım.

Dai 3) Ptozik bir böbreği tamamen işgal eden bir hipernefroid Ca.

Dia 4) Sol böbrek üstü polünde bir salim kısım hariç geri kalan bütün böbreği infiltre eden ve yer yer nekroz sahaları gösteren bir hipernefroid ca.

Dia 5) Sağ böbrek üstü polünü işgal eden ve tamamen nekroze olmuş bir hipernefroid ca. Muntazam konturları olduları takdirde Soliter kistlerden tefrikleri çok zordur. Çok az dahi olsa patolojik damar mevcudiyeti Tm. Lehine addedilir.

Dia 6) Sol böbrekte pelvisi de infiltre eden hipernefroid ca. Pelviste patolojik damarlar aşıkâr olarak tesbit e-

dilmektedir.

Dia 7 ve die 8) Sağ böbreği tamamen işgal eden hipernefroid ca. Aorta ve V. Renalisin patolojik damarlarla nasıl infiltre olduğu tesbit edilmekte vehattâ patolojik damarlar sol böbrek arterini dahi işgal etmektedir.

Dia 9) Sol böbreği üst polunde ufak



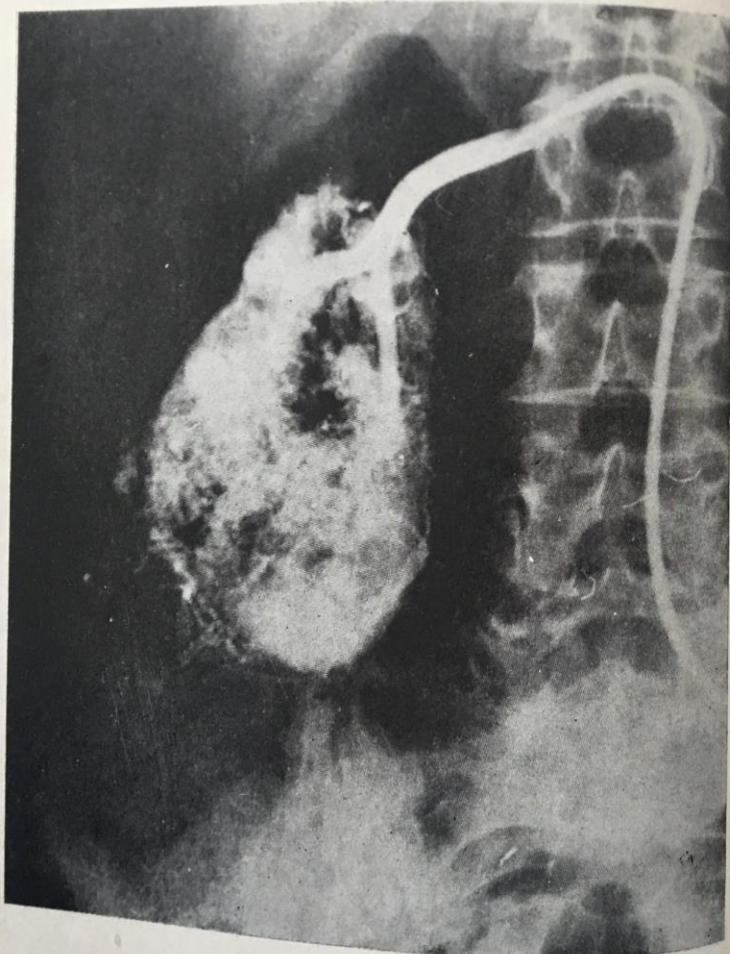
Dia: 2

bir kisim hariç tamamen işgal eden ve yer yer nekroze olmuş bir hipernefroid Ca. da V. renalisinin V. Cava in-feriora açılışı seçilmektedir.

Dia 10) Sağ böbrek alt polunu işgal eden ve pelvis kemigini infiltrate eden hi-

pernefroid Ca.

Dia 11) Sol böbrek üst polunu işgal eden ve A. Lienalis yarınlı ay tarzında iten kısmen dalağı da infiltrate eden hipernefroid Ca. Tümör yer yer nekroze elmuştur. (Nefrektomi-Splenektom)



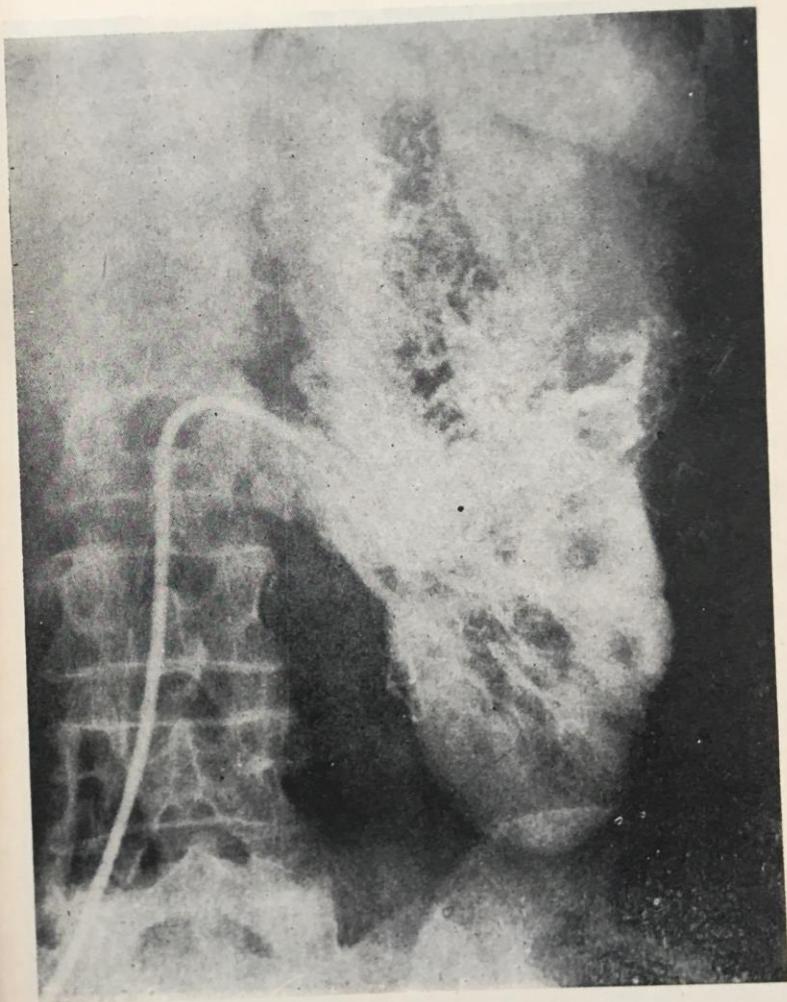
Dia: 3



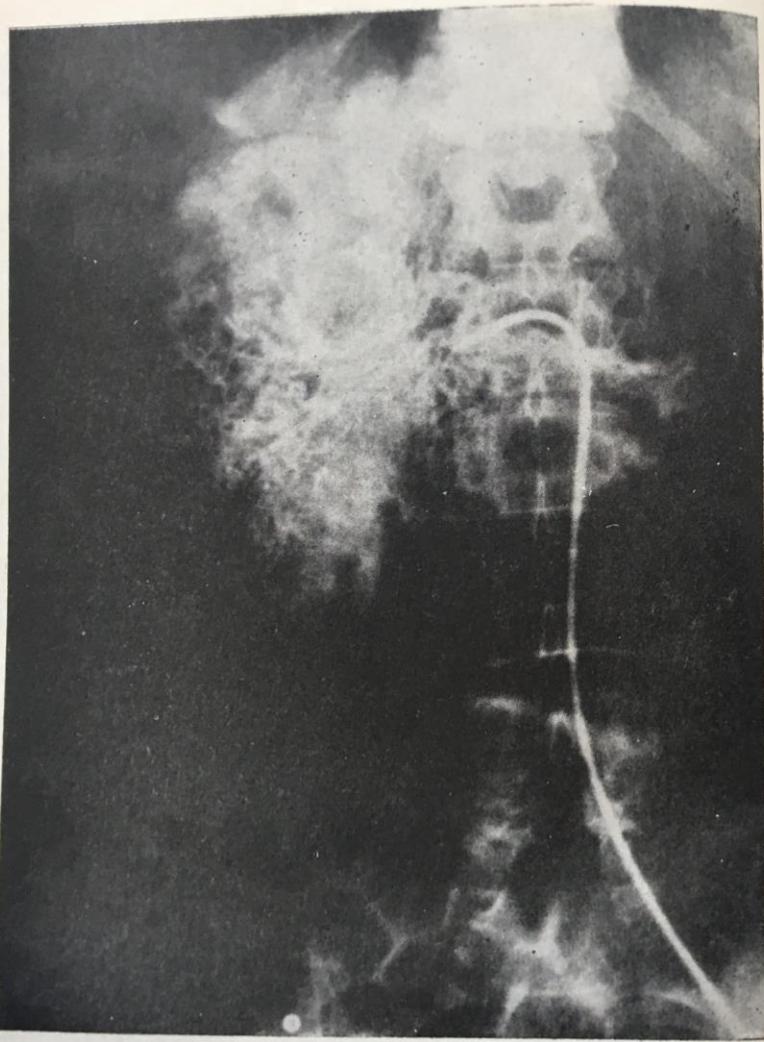
Dia: 4



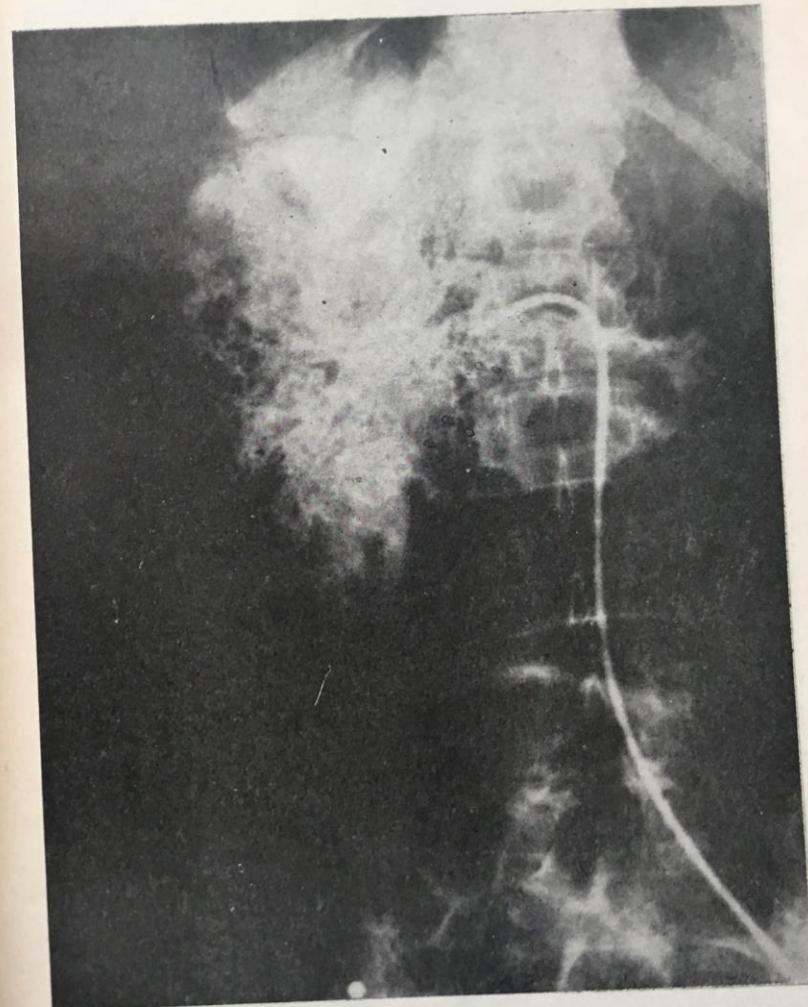
Dia: 5



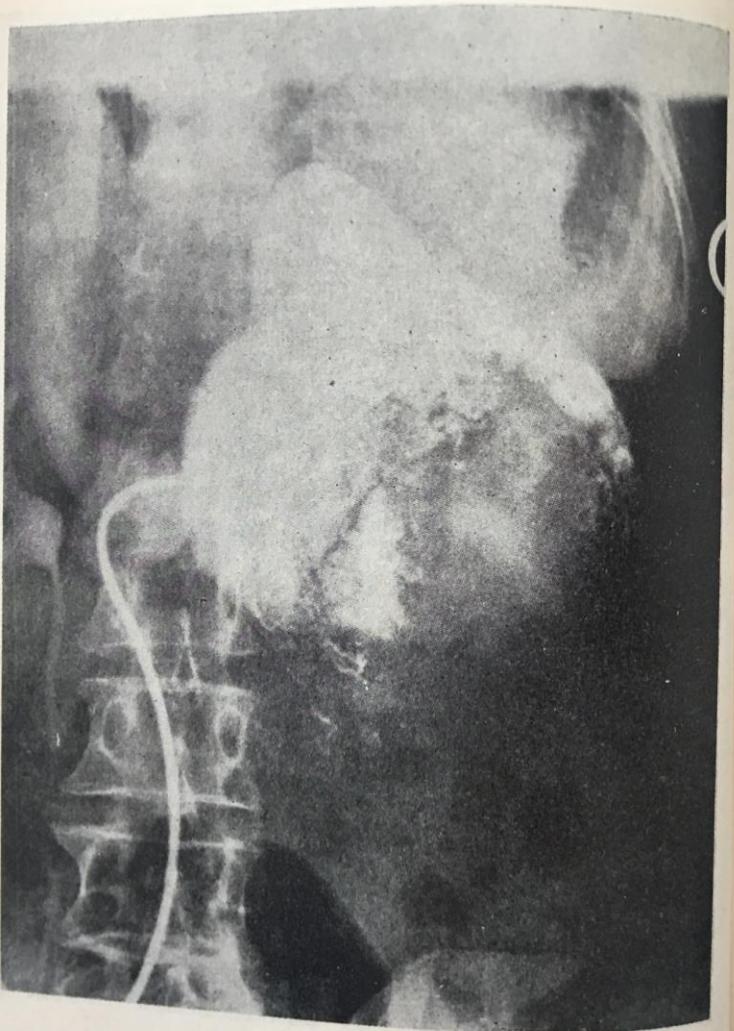
Dia: 6



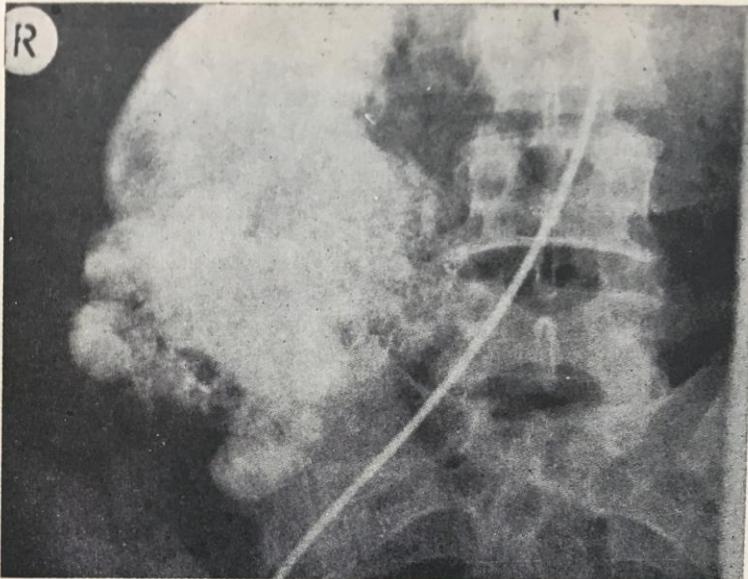
Dia: 7



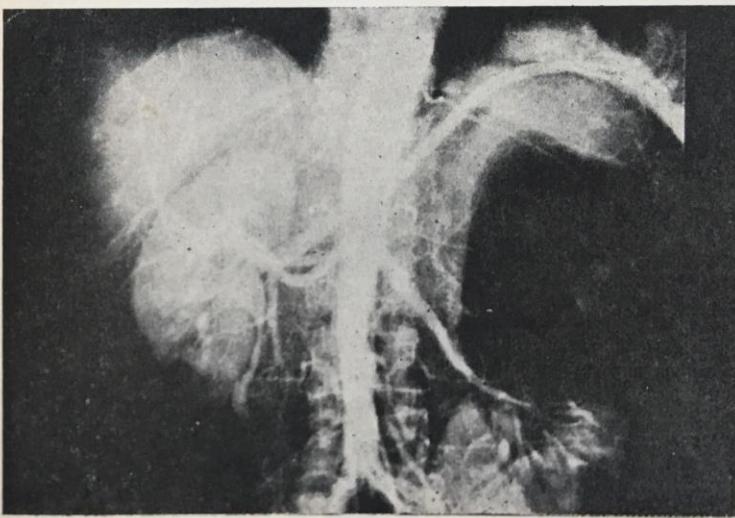
Dia: 8



Dia: 9



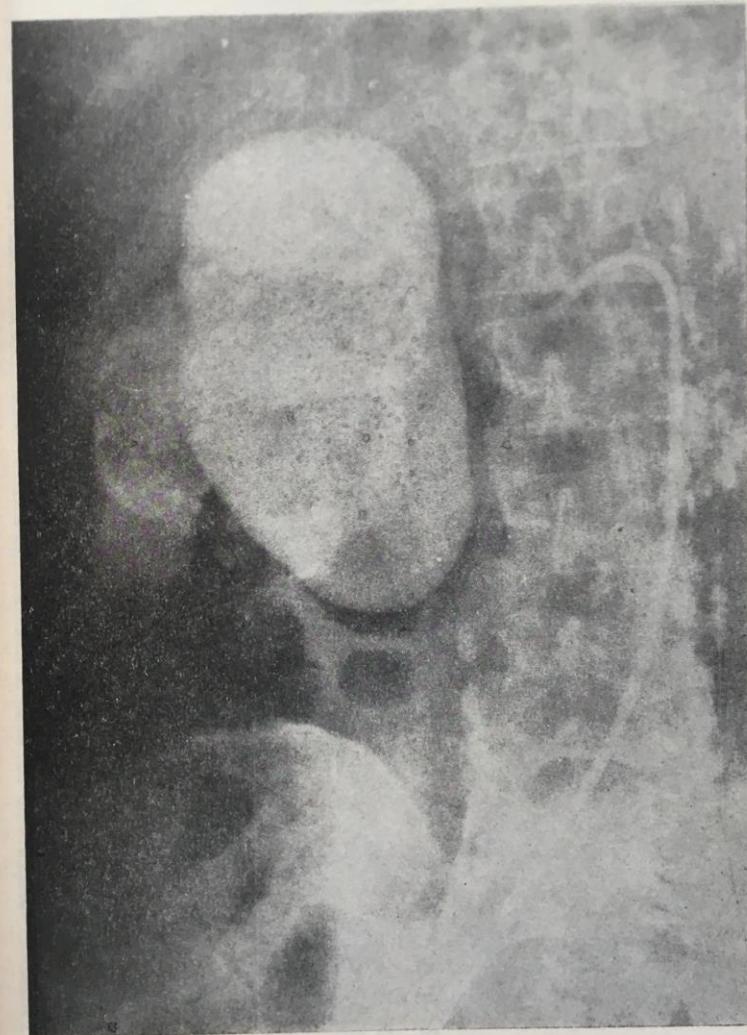
Dia: 10



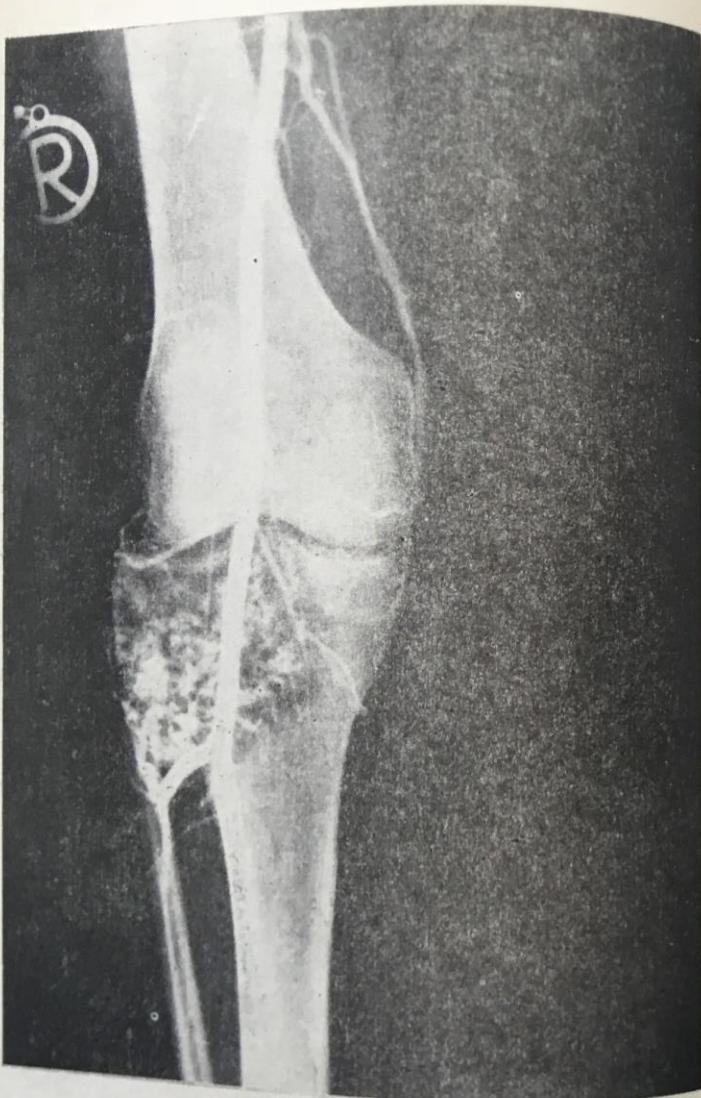
Dia: 11



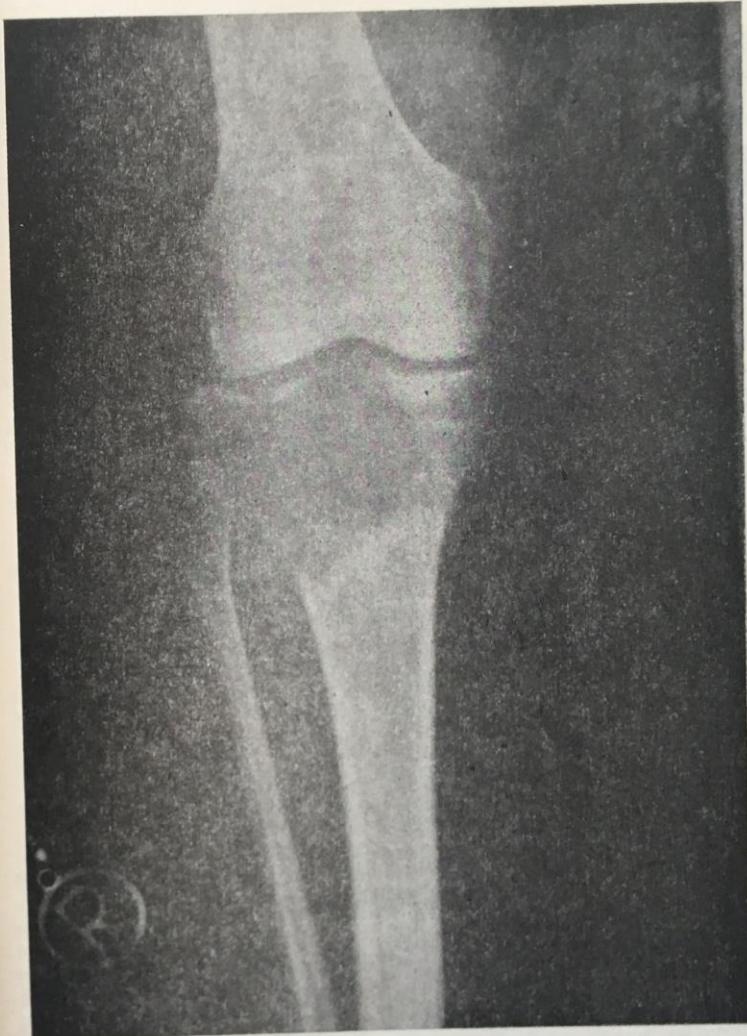
Dia: 12



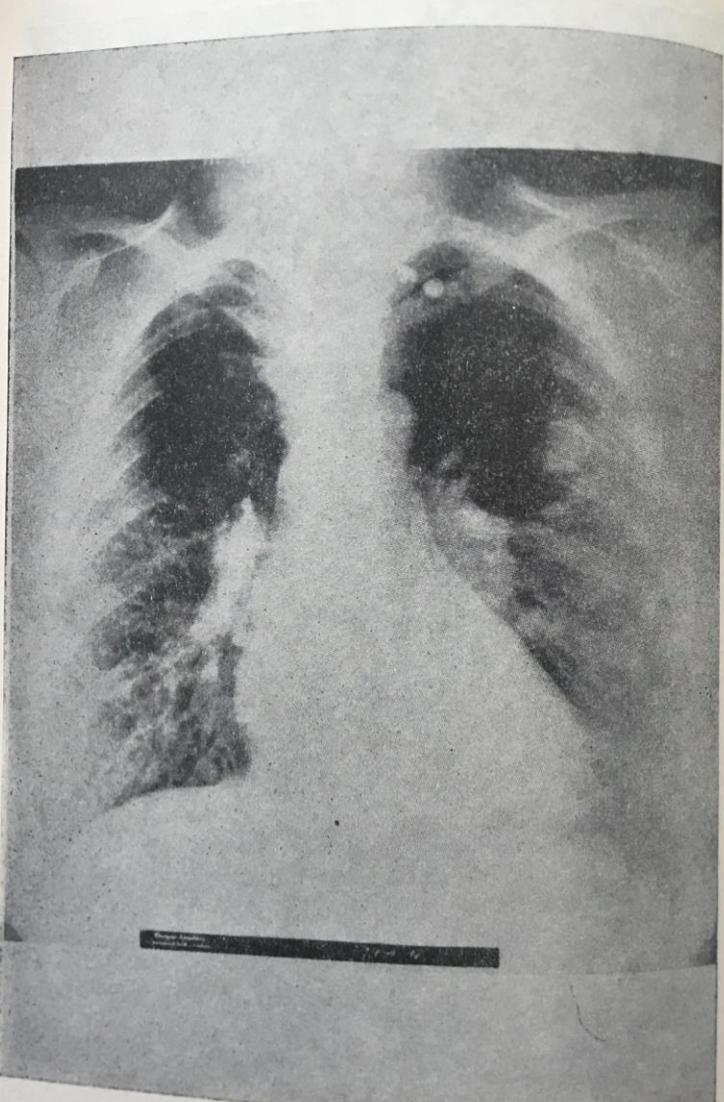
Dia: 13 (a)



Dia: 13 (b)



Dia: 13 (c)



Dia: 13 (d)

Dia 12) Sağ böbrekte hipernefroid Ca. ve soliter A. V. fistül. 35 hipernefroid kanserde iki soliter A. V. fistül testis etik ki oran olarak pek de küümsemez.

Hipernefroid kanserlerinin metastazlarının tetkiki birtakım özellikler arzeder. Evvelâ metastas sıralarını tetkik etmekte fayda vardır.

Müellişlerin metastas sıraları üzerindeki neşriyatları birbirlerine çok yakındır. İlk sırayı akciğer metastasları teşkil eder. (% 50-56) Bunu Kemikler, Karaciğer ve lenf düğümleri birbirlerini çok yakın oranlarla takip ederler. Üçüncü gurupta Beyin, Sürrenaller ve dalak yer alır. Öbür böbrek, cilt ve yakın metastasar nadir değildir.

Lucke ve Schlumberger 320 vak'a üzerindeki istatistiklerinde Akciğerler % 55,9; Lenf ganglionları % 38,1; Karaciğer % 35; İskelet % 33,1 nisbetini bulmuşlardır.

Bu metastas özellikleri karşısında sadece Primer tümörü teşhis edip va'yi ceraha sevketmek yerine muhtemel metastaları da teşhis ederek operabilite şansını aramak akla yakın yoldur. Akciğer metastaslarının tetkiki basit akciğer grafileriley kabildir. Kemik metastasları ise gerektiğiinde arteriografik olarak tetkik edilmelidir. Akciğer den sonra ılıksızayı lenf ganglionları teşkil ettiğin göre rutin olarak lenfografi yapmak zorunluğundayız. Karaciğer ve Dalak için renal Anjio ile aynı seansta Coeliacografi yapmak zorunluğuna inanıyoruz. Coeliac arteri selektive edebilmek için renal anjioda kullanılan ucu az kıvrık kataterler güclük yaratır. Bu bakımından ucu çok kıvrık Coeliac arter için hazırlanmış kataterlerle gerek renal arteri gereksiz Truncus Coeliacus selektive etmek kabildir. Ayrıca diğer böbrek metastasını ekarte etmek için evvelâ az kontrastla umumi aorto grafi yapmak

gerekmektedir. Hülasa edecek olursak basit bir renal Anjio yapıp hastanın cerraha sevkedilmesi hatalıdır. Hiç değilse en çok görülen metastastları e-karte edip operasyona sevketmekte fayda vardır. Bu bakımından Böbrek Tm. olmasi düşünülen vakalarda sunları teklif edeceğiz.

- 1) Selektif Anjografi
- 2) Abdominal Aortografi (Az kontrastla) Non-Selektif
- 3) Aynı seansta Coeliacografi
- 4) Lenfanjografi
- 5) Bütün Anjio süresince ucu çok kıvrık Çöliak arter için hazırlanan kateterleri kullanmak.

Ancak bunları yaptıktan sonra vak'a yى gönül rahatlığı ile cerraha teslim edebileceğimize inanıyoruz.

(Dia 13) Takdim ettiğimiz vak'a (M. Rücklich) Akciğer - Karaciğer lenf ganglionları ve tibia metastazı mevcut olan bir sağ böbrek hipernefroid Tm. vakası yukarıda söylediğimiz bütün metodlarda tetkik edilmiştir.

ÖZET

Anjiolojik olarak tesbit ettiğimiz 35 hipernefroid Ca. vakasındaki özellikler izah edildi. Ayrıca muhtemel metastastları ekarte edebilmek için her vak'a da rutin olarak selektif anjio ile beraber nonselektif ve Coeliacografi (aynı seansta) ve lenfanjografi yapılması teklif edildi.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Einzelheiten bei den hypernephroiden Tumoren (35 Fälle) welche durch die angiographische Methode diagnostiziert wurden, diskutiert. Es soll bei jedem Patienten selektive, non-selektive Renovasographie, coelia-

cographie und Lymphographie durchgeführt werden, damit die vorhandenen tochtergeschwülste diagnostiziert werden konnten.

LITERATÜR

BAYINDIR, S.: ÇOKYÜKSEL, O., GRAEBNER, H.: Doppelbefunde bei Aortographie und selektiver Renovasographie. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Band

103 1965 August.

BOJSEN, E.: Angiographic studies of the anatomy of single and multiple renal arteries. Acta. radiol. Suppl. 183. 1959

LUCKE, B., SCHLUMBERGER, H. G.: Arm. Forc. Inst. Path. Wash. 1957

WILDBOLZ, E.: Lehrbuch der Urologie. Springer. Berlin-Göttingen Heidelberg 1959.

KALÇA KIRIKLARINDA RADYOLOJİNİN ÖNEMİ *

Op. Dr. Fahri SEYHAN **

Dr. Gürbüz AHISKALI ***

Kalça bölgesinin kırıkları çoğulukla yaşlılarda görülür. Senil osteoporoz olan sahislarda ufak bir travmanın etkisi ile collum femoris'te ve trokanterler arasında kolaylıkla kırık olabilir. Bu kırık nedeni ile alt ekstremitelerini kullanamaz duruma gelen hastalar başkalarının bakımına muhtaç duruma düşerler. Böyle bir kırık alçıya alınarak veya diğer konseratif metodları tedavi edilirse hasta, yatağa bağlanmış olur. Uzun süre yatar durumda kalmanın sonucu olarak akciğer stazı ve pnömoni, idrar retansiyonu ve üremi, yaşlılık psikozu, dekubitüs ülserleri ve bunların enfeksi-

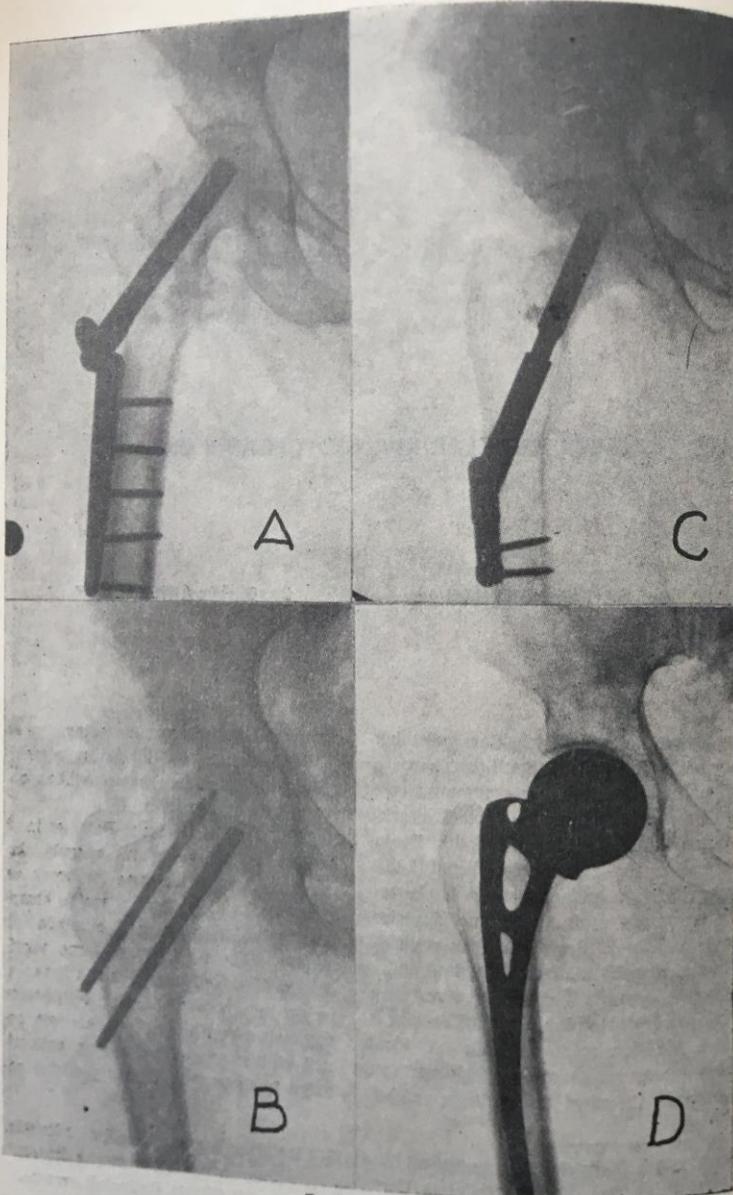
yonu gibi komplikasyonlar ortaya çıkar (7). Çok defa hasta, kırığın iyileşmesine zaman kalmadan, bu komplikasyonlar nedeni ile kaybedilir (5).

1931 den beri Smith-Petersen'in 3 kanathı civisini kullanmak suretiley, kırık frangmanları birbirine civilemek ve erken ayağa kaldırılan hastayı bu komplikasyonlardan kurtarmak mümkün olmuştur. Zamanla kalça civileme teknigi çok daha gelişmiş, mekanik hesapla ra ve metalurji alanındaki gelişmelere dayanarak çeşitli kırık şekilleri için çeşitli civiler ortaya konmuş ve kullanılmaya başlanmıştır. Femur diafizine vi-

* Türk Radyoloji Cemiyetinin 3 Nisan 1969 tarihli toplantısında tebliğ edilmiştir.

** 1. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Ortopedi Kliniği uzman asistanı.

*** 1. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Ortopedi Kliniği Radyoloji uzmanı.



Resim: 1

da ile tutturulan McLaughlin (5) (resim 1-A) ve Thornton plakları Smith-Petersen civisine eklenmiştir. Jewett civisinde plak ve civi kısımları tek parça haline getirilmiştir. Bazı kırıklarda Smith-Petersen civisi yerine Knowles (Resim 1-8) veya Moore vidalarından 8 veya 4 tane kullanarak osteosentez yapılmaktadır (1). Parçaları içine geçen ve birbiri üzerinde kayarak uzayıp kışalan tipte civilerin (sliding nail) kullanımı son yıllarda artmaya başlamıştır. Bu gruptaki Pugh ve Massie (4) (Resim 1-C) civisini kullanarak kırık fragmanları tazyik altında birarada tutan osteosentez yapılabılır. Bazı kırık şekillerinde bu şekil civilemeden birkaç gün sonra, hastanın kırık tarafa basarak yürümeye başlaması mümkün olur (3).

Yaşı 60 in üzerinde olan hastalarda ve bazı şartlar karşısında collum femoris'in subkapital kırıklarında civileme ile tedavi yerine, primer olarak Moore (Resim 1-D) veya Thompson tipi bir endoproteze uygulanması tercih edilir (1, 8).

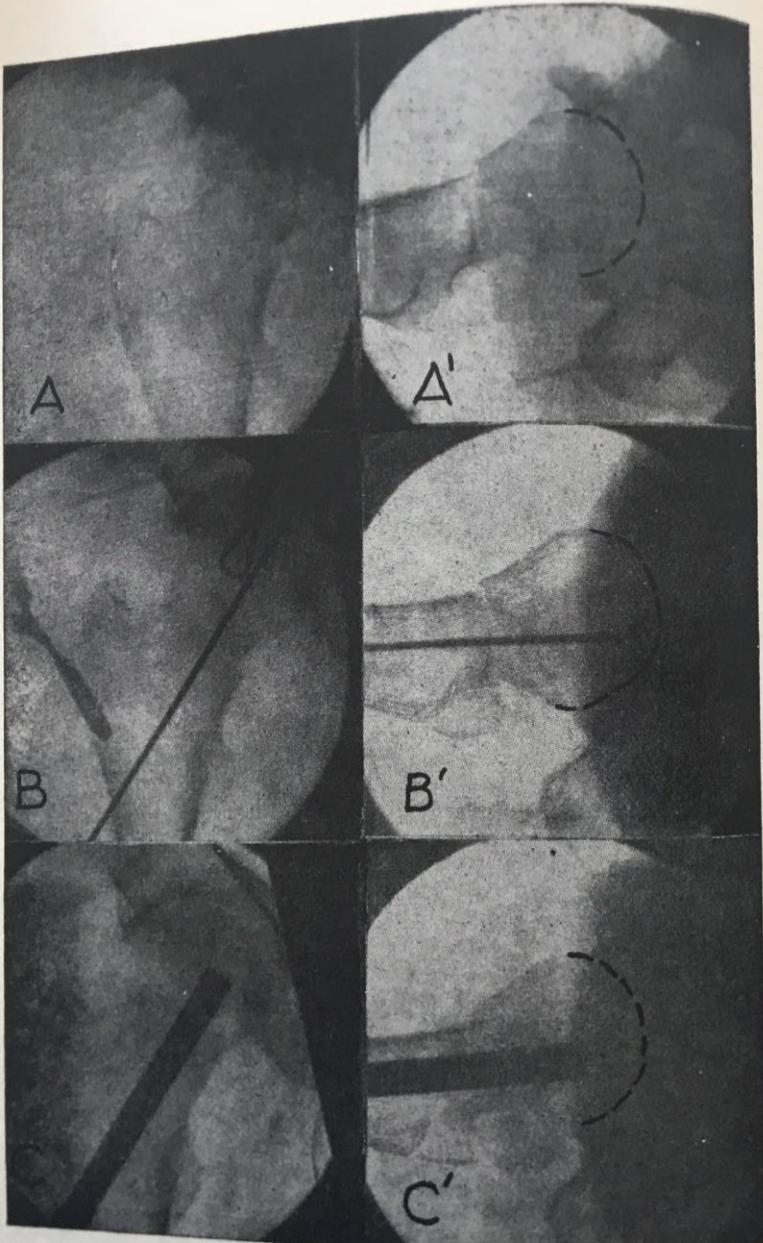
Kalça kırıklarını ameliyat ederek tedavi etmek ve hastayı en kısa zamanda ayağa kaldırmak, bugün standart tedavi haline gelmiştir. Hastanın yaşlığını, kalp, akiçiger ve diğer organ fonksiyonlarının bozukluğunu ileri sürekli osteosentez yapılmazsa hastanın yeganeye kurtuluş şansı kaybedilmiş olur (1, 5). Bugün birçok ülkelerde yaşlıların kalça kırığı acil vaka olarak mütalâa edilmekte ve en kısa zamanda ameliyatnameye alınarak, narkoz alamayacak durumda olanlara dahi spinal anestezi verilerek, osteosentez yapılmaktadır. Kırık fragmanlar birbirine tesbit edildikten sonra ağrı ortadan kalkmaka ve hastanın genel durumu düzelmektedir. Ameliyatın ertesi günü koltukta oturabilen hastalar bir hafta içinde koltuk değişği ile yürüyebilmekte, kendi kendilerine yetenlik duruma gelerek yatağa bağlı kalmaktan kurtulmaka ve yukarıda belirtilen komplikasyonlar önlenemektedir.

Kalça kırığı tedavisinde ortopedinin bu başarısı ancak radyolojinin yardımı ile mümkün olabilmektedir. Kırığın teşhisinde, ameliyat esnasında civinin uygun yere çakılmasında ve sonradan kırık iyileşinceye kadar takiben radyolojinin büyük rolü vardır.

Kalça kırığı disloke bir kırık ise, hastanın kırık taraftaki alt ekstremitetini hareket ettirememesi, sağlam tarafa oranla 3-5 cm. kısalması ve dışa rotasyon durumunda durması teşhise yardım eden klinik bulgulardır. Bu bulguları olan bir hastada yalnız bir A.P. kalça radyografisi teşhisi teyit etmeye yetebilir ve gerekirse portatif Röntgen cihazı kullanarak hastanın yatağında çekilebilir. Lateral radyografi çekmek için hastayı çevirmek, bacağından durumunu değiştirmek ağrının artmasına sebep olur ve bu durumda bir kırıkta çoğunlukla gereksizdir. Ancak kullanılacak civin veya protezin şeklini tayin etmek için daha detaylı bir radyografiye ihtiyaç varsa bir lateral grafi ve femur boynunu tam olarak görmek isteniyorsa, bacak içe rotasyon durumunda A.P. radyografi çekmek gerekir.

Collum femoris kırığının angrane (Impacted) olduğu durumlarda teşhis zorlaşır. Köyü şartlarında çekilmiş grafilerde kırık görülmemiş halde, sonrasında daha iyi şartlarında çekilen grafilerin yardımcı ile ortaya konabilir. Bazan kalça kırığının ağrısı dizे vurdudandan diz radyografisi çekildiğinde kalça kırığının ortaya çıktığı olmuştur.

Kalça civileme ameliyat esnasında civinin uygun yere çakılabilmesi ve başarılı bir osteosentez yapılabilmesi için A.P. ve lateral olmak üzere iki planda radyografi şarttır. Ameliyat esnasında hasta, traksiyon masasına yatırılır. Yakalar masaya bağlanarak traksiyon ve gereken rotasyon manevrası yapla-

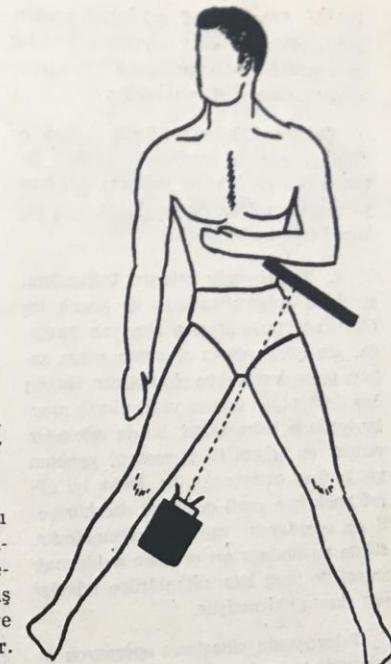


Resim: 2

raç kırığın redüksiyonu sağlanır. Kırık taraf nötral durumda iken sağlam bacak abduksiyon durumuna getirilir. Redüksiyonun kontrolü için A.P. ve lateral radyografiler yapılır. (Resim 2-A). Ameliyat esnasında kılavuz teli çakıldıktan sonra kontrol için (Resim 2-B) ve civi çakıldıktan sonra tekrar kontrol için (Resim 2-C) yine A.P. ve lateral grafiler çekilir, gerekiyorsa tekrarlanır. Bu radyografilerin steril ameliyat sahasını bozmadan çekilmesi, femur boynunu ve başını her iki planda da yeteri derecede net olarak göstermesi istenir. Ameliyat süresini uzatmamak için sür'atle çekilmesi ve banyo edilip getirilmesi gereklidir. Bunları sağlayabilmek için eldeki teknik imkânlarla göre çeşitli metodlar uygulanabilir.

1. İki adet portatif Röntgen cihazı varsa, bir tanesi A.P. radyografi çekmek için kullanılır. İkincinin tüp ameliyat başlamadan önce, dışarıya açılmış olan sağlam bacağın dizi hizasına ve kırık kalça doğrultusunda yerleştirilir. Filim kaseti kırık tarafın Crista iliaca'sı üzerinde sua istikametine dik olarak tutularak lateral radyografi çekilir (2). (Resim 3). Bundan sonra cihazların yerleri değiştirilmez ve gerektiği zamanlarında pozisyon vermek için zaman kaybetmeden her iki planda radyografiler sür'atle çekilir. Ameliyat masasına filim kasetlerini yerleştirmek için gerekli terabit eklenebilir. Floransa'da Prof. Scaglietti'nin ortopedi kliniğinde A.P. ve lateral grafileri çeken iki ayrı Röntgen tüpü bir tek kontrola bağlanarak kullanılacak şekilde birleştirilmiştir.

2. Elde bir tek portatif Röntgen cihazı varsa, repozisyon kontrolu için önce A. P. grafi çekilir, sonra tüp yukarıda tarif edilen tüpün yerine getirilir ve lateral grafi çekildikten sonra orada bırakılır. Kılavuz teli çakıldıktan sonraki kontrol için, önce aynı yerden lateral



Resim: 3

grafi çekilir, sonra A.P. grafi için yer değiştirilir. Ameliyat sonuna kadar aynı sıra tekrarlanarak gerekli grafiler yapılır. Böylece iki cihaz ile çalışırken ölçüde kadar çabuk olmasa bile mümkün olduğu kadar çok zaman tasarrufu sağlanabilir.

3. İstanbul Üniversitesi Çocuk Cerrahisi ve Ortopedi Kliniğinde yaptığımız gibi, bir imaj entansifikatörlü cihaz kullanılabilir. Ameliyat başlamadan evvel radyoskop ile kontrol edilerek istenen saha bulunur ve cihazın bu en uygun durumu tebessürle veya flaster yapıtlararak yere işaretlenir. Aynı yerde tüp çevrilerek A.P. ve lateral radyografiler

çekilir. Tekrar grafi çekilmesi gerekti-
ğinde cihaz, evvelce işaretlenmiş olan
yere getirilir, saha aranması için zaman
kaybetmeden grafi yapılabılır.

Çekilen filmlerin sürate banyo e-
diliip getirilmesi ameliyatandedeki ka-
ranlık oda yardım ile sağlanır. Bu ban-
yo zamanını daha da kısaltmak için po-
laroid film kullanılabilir.

4. Televizyonlu cihazın kullanılma-
sı: İmaj entansifikatörü ile ancak los-
bir odada fazla sıçman olmayan hasta-
da, gör iyice adapte olduktan sonra sa-
hayı görmek mümkün olmaktadır. Bunun
için de Röntgen tüpüne yaklaşılmak me-
buriyetinde kalınmakta, bu da sekondan
radyasyon sebebi ile floroskopı yapanın
aldığı dozu artırmaktadır. Daha iyi gö-
rebilmek için grafi çekilmek mecburiye-
ti de operasyon zamanı uzatmaktadır.
Bütün bu mahzurları ortadan kaldırılmak
amacı ile imaj intansifikatöründe televiz-
yon ekranı eklenmiştir.

Televizyonlu cihazların operasyon o-
dalarında tavandan teleskopik sistem ile
aslı veya ayaklı şekilleri vardır (6). İ.
Ü. Tip Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Or-
topedi Kliniğinde kullandığımız, imajı
3000 defa entansifiye eden 6 inçlik (15
cm) ekram olan yerden hareketli 0,3 - 3
MA ile çalışan cihazdır. Bu cihazla nor-
mal işıkta ayak düşmesi ile uzaktan
kontrol ederek, iyi imaj elde etmeye-
yiz. İmaj herkes tarafından görülebil-
mekte, sterilité şartları bozulmamakta
ve operasyon süresi takriben yarım sa-
at kısaltmaktadır.

Radyasyon miktarı televizyonlu ci-
hazlarda merkezden 20 cm ye kadar 1,5
mR/min. ile 6,0 mR/min arasında de-
ğişmektedir. Buna göre radyolojist bu
mesafeden 65 dakika çalışırsa haftalık
doz olan 0,1 R'ı ancak almaktadır. Ope-
rasyon esnasında bu süre takriben 5-10
dakikayı geçmemektedir.

ÖZET

Kalça kırıkları yaşlılarda sık görü-
yarak çeşitli komplikasyonlara sebep o-
lur. Hastayı erken ayağa kaldırırmak ve
bu komplikasyonları önlemek ancak kal-
ça civilemesi ameliyatı ile sağlanabilir.
Son yıllarda çeşitli kalça civileri ve pro-
tezlerin ortaya konması ile bu konuda
ortopedinin başarısı daha da artmıştır.
Bu başarıda radyolojinin büyük rolü
vardır. Kırığın teşhisini kırık tiplerinin a-
yrıdedilmesi ve tedavi endikasyonu kon-
ması, civileme ameliyatı esnasında civi-
nin kısa zamanda ve uygun yere çakıl-
masının sağlanması radyolojinin yar-
dımı ile mümkün olmaktadır. Bu yardım
en iyi ve en kolay şekilde sağlayabilmek
için uyguladığımız metod diğer metod-
larla beraber bu yazda ele alınmıştır.

SUMMARY

Eraly ambulation after internal
fixation by hip nailing or a prosthesis
replacement is the only hope of survi-
val for the elderly patient who suffers
from a fractured hip. This can be done
successfully by an orthopaedic surgeon
with the help of radiology. In this paper
the importance of this help has impres-
sed and the ways giving it has been
studied.

LITERATÜR

- 1 — Campbell's operative orthopedics.
Edition A. H. Crenshaw, fourth e-
dition. C. V. Mosby Company,
Saint Louis, 1963.
- 2 — CLARK K. C.: Positioning in radi-
ography. Ilford Ltd., W. M. Heine-
mann (Medical Books) Ltd. Lon-
don 1956.
- 3 — GRAHMA, J.: Early or Delayed
Weight-Bearing after Internal

fixation of Transcervical Fracture
of the Femur. Journal Bone and
Joint Surgery, 50-B, 562-569, 1968.

- 4 — MASSİE, N. K.: Fractures of the
Hip. International Course Lecture.
Journal Bone and Joint Surgery,
46-A, 658-690, 1964.
- 5 — McLAUGHLİN, H. L.: Trauma,
W. B. Saunders Co. Philadelphia,
1960.

7 — SEYHAN, F.: Femur boynu kırığı
komplikasyonları, avasküler nek-
roz ve psödoarthroz (Panel konu-
su). I inci Ortopedi ve Travma-
toloji Kongresi, Eğridir 1966.

- 8 — SEYHAN, F., AYRAL, F.: Moore
protezinden sonra görülen çıkışlar.
İ. Ü. Tip Fakültesi Mecmuası.
31:313-322, 1968

MUHTELİF BÖBREK HASTALIKLARININ RENAL ANJİO İLE ETÜDÜ

Dr. Oklal ÇOKYÜKSEL

Eski Radyologlar Renal Anjiografi
nçin 2 indikasyon kabul ederler.

- 1) Böbreklerin ekspansif procesleninin ayırcı teşhisinde,
- 2) Goldblatt hipertansiyonu probleminde.

Vogler ise böbrek parenkiminin üremik ve preüremik hastalıklarının hâricinde kontrindikation kabul etmez.

Hakikaten relativ olarak tehlikesiz kateter metodlarının tatbikinden bu yana renal Anjio gittikçe daha fazla tatbik sahası bulmuş, sadece rutin radyolojik

metodlarla teşhis edilemiyen vakalarda değil, bunlarla teşhis edilen vakalarda dahi daha fazla bilgi edinmek için tatbik edileğelmiştir.

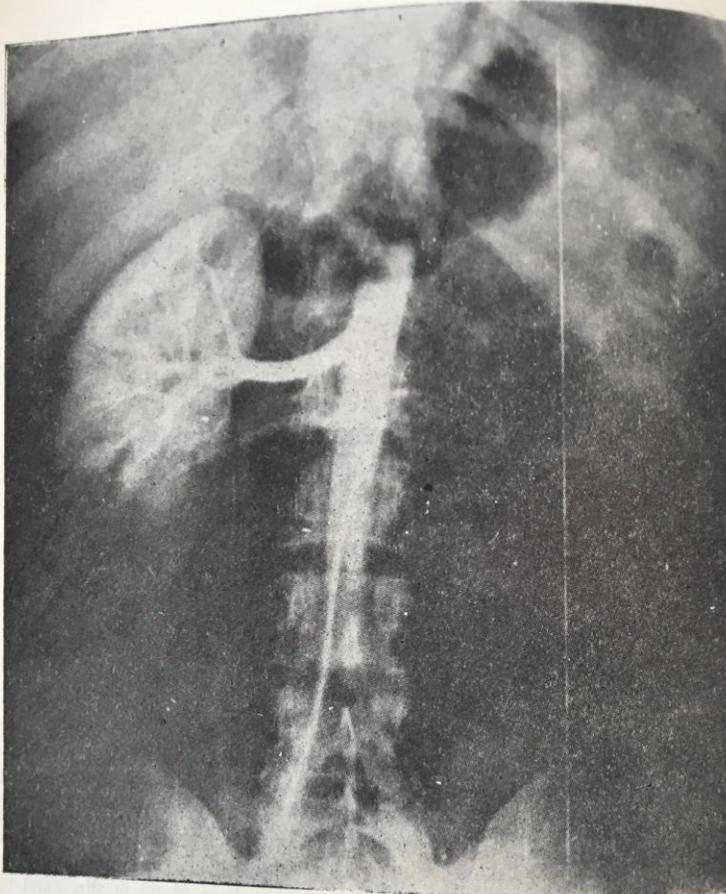
Teknik olarak klasik metodlara başka birsey ilave edecek değiliz. Kabil ve endike olduğu müddetçe selektif kateterize etmeye gayret ettik. Translumbal metodu nadiren kullandık.

1) Z. Peter. Erkek. (Sağda Soliter Böbrek ve Aberan damar)

Hastanın i.v. Pyelografisinde solda nefrogram teessüs etmediği ve sağ sup-

Giessen Cerrahi Kliniği Direktör: Prof. Dr. C. Vossschulte) Röntgen Servisi
(Şef. Dr. S. Bayındır)

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI



Dia: 1

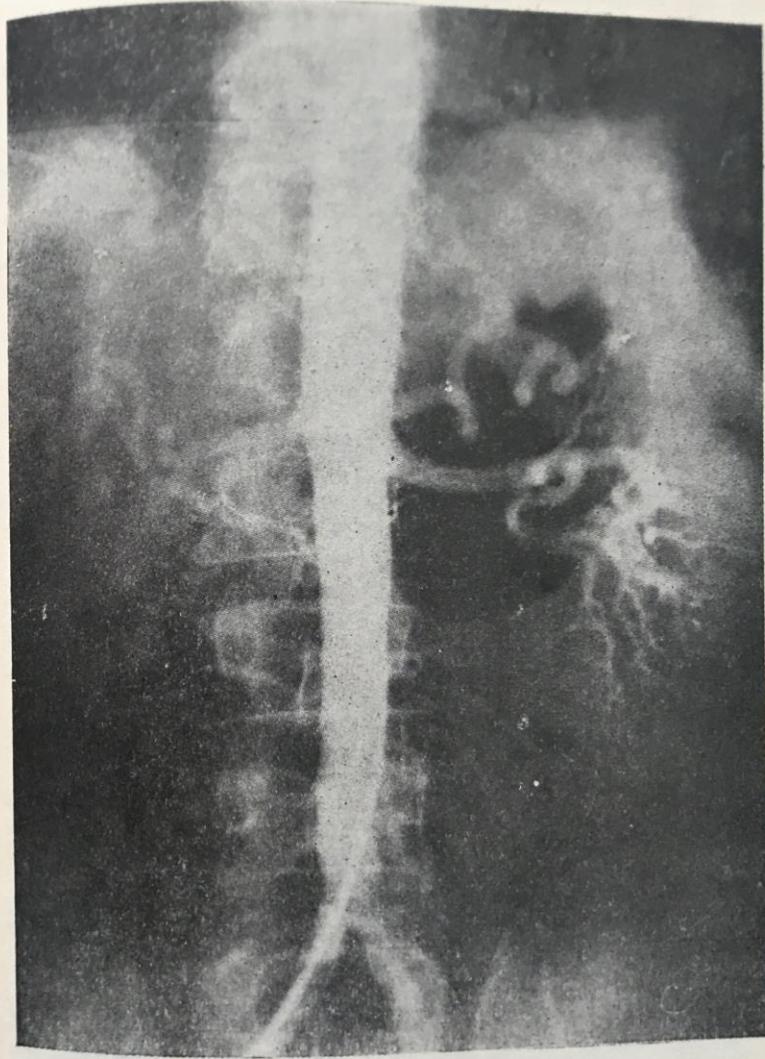
pelvineal bölgede impresyon stenozu testi edildiği için Anjio yapılmıştır. Burada hastanın sol böbreğinin olmadığı, sağda ise nisbi bir kompensatrik hipertrofi haricinde sağ böbrek alt pol arterinin arka tarafından çıkararak böbrek pelvisi üzerinde impresyon tesiri yaptığı seçilmektedir. (I. Dia)

2) G. Erwin. Erkek. (Sağda non-

50

fonksiyone böbrek) Solda ise atipik üreter. Böbrek pelvisi ağızlaşması dolayısı ile Suppelvineal stenoz teessüsü. Hastada Pyeloplasti yapılarak taburcu edilmiştir. (Dia 2)

Bu nonfonksiyone böbrek tabiri üzerinde biraz durmak isteriz. Radyolojik olarak fonksiyonsuz böbrek denildiği zaman; ürografi esnasında uzun bir za-



Dia: 2

man sonra nefrogram husule gelmemesi anlaşılır. Bununla beraber radyolojik ta- bir klinik tabire uymaz. Böbrek minimal bir fonksiyon muhafaza ettiği halde bu nefrogram teessüsüne kâfi gelmeyebilir. Böbreğin fonksiyone etmemesini amil sebeplerin başında böbrek arter ve venlerinin stenoze değişiklikleri, hipoplaziler, böbrek travmaları gelir. Bunları takiben taş hastalıkları, iltihabi süreçler, tümörler, diğer ekspansif süreçler ve refleksler sırada gelirler. Normal ürorad- yolojik metodlarla nonfonksiyone bir böbreğin fonksiyone etmemişinin sebebi izah edilemezse; renal anjio bu hususda yardımcı olur. Yardımcı olur dedik, bazen anjio ile de vak'amızda olduğu gibi kat'ı bir şey söylemek mümkün değildir. Sağ- da küçük ve gayriyazlı böbrek konturlarının seçilişi, buna mukabil renal artere ait bir imaj bulunmayı bizi mutlak neticeye görmekten uzaklaştırmaktadır.

Renal Anjionun fonksiyone etmeyen böbreklerde ikinci bir yardımcı rolü mevcuttur. Söyle ki böbreğin fonksiyonunu ortadan kaldırın sebep izale edilirse acaba böbrek yeniden fonksiyone eder mi? Bilindiği gibi böbrek fonksiyonun azalmasında veya tamamen kaybı esnasında A. Renalisin çapı daralır. Normal Anjoda bu çap 5-9 mm arasındadır. Eğer A. Renalisin çapı normale nazaran % 70 den aşağı daralmamışsa ve nefro- grafik fazda böbrek parenkim nefrogramu seçiliyorsa, böbrek ronksiyonuna ma- ni olan sebebin ortadan kaldırılması ile böbreğin tekrar fonksiyone etmesi bek- lenebilir. (Vogler)

3) M. Erich. Erkek. (Sağda aberan damar)

Sağ alt pol arterinin ortadan çıkış- rak sağ böbrek suppelimeal kasıma- impresyon yaptığı teşhit edilmektedir. Bu damar operatif olarak tekrat edilmişdir. (Dia 3)

4) Bötz, L. Erkek. (Goldblatt hiper- tensiyonu) TA 190/100

Goldblatt hipertansiyonu bugün bü- tün hipertoniklerin % 10' u teşkil eder. En sık görülen sebep aterosklerotik plâk- lar dolayısı ile bir veya iki böbrek arte- rinin stenozudur. Diğer mühim sebepler Fibromusküler Displazi, Böbrek arteri anevrizması ve böbrek travmalarıdır.

Ürografide; a) Böbrekler arasında 1,5 cm den fazla büyülü diferensinin bulunması.

b) Erken Ürografide lezyonun oldu- ğu tarafta nefrogram gecikmesi.

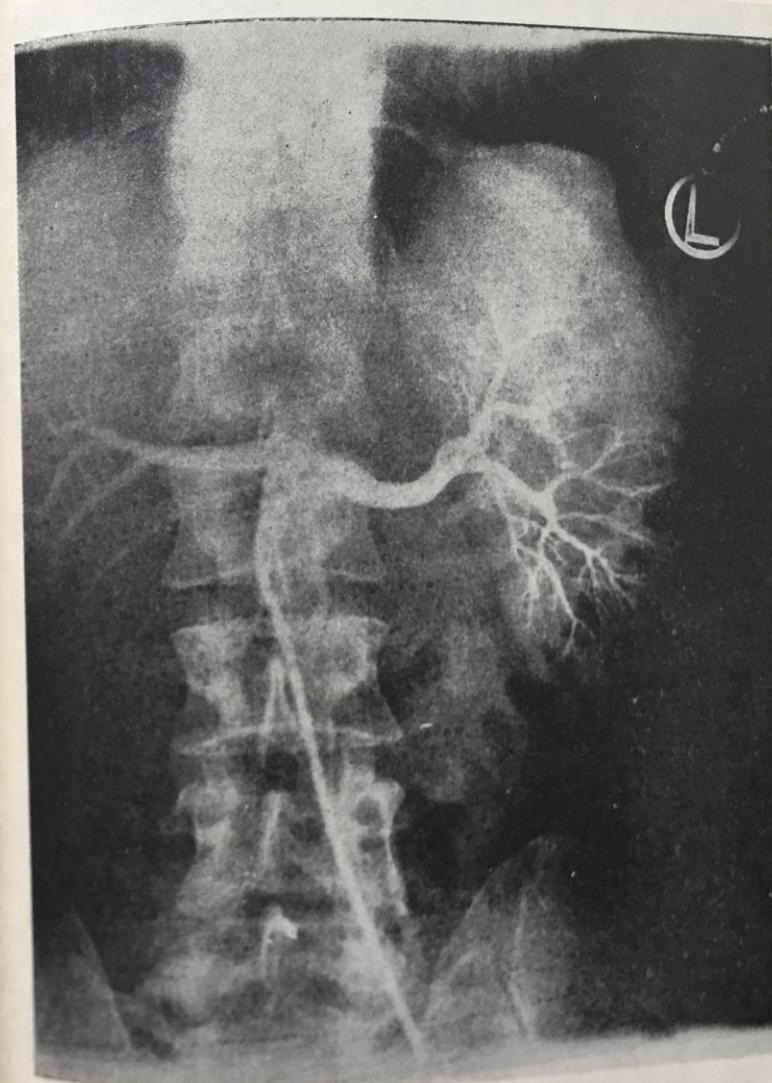
c) Geç Ürografide lezyon tarafında itrah kesafetinin artması.

d) Üreterlerin kollateraller tarafından sarılması dolayısı ile Üreterlerde tesbih manzarası (Bu kollateraller 2, 3, 4 lumbal arterler ve A. Testicüleristir).

Bununla beraber ispat edici teşhis a- ortografidir. Vak'amızda her iki böbrek arterinin aortadan ayrıldıkları yerlerin biraz ilerisinde aşıkâr stenoz gösterdi- kleri tesbit edilmektedir. (Dia 4)

5) H. Joseph. Erkek. (Soliter Kist)

Ürografi esnasında sağ orta kalis grubunda yarımay tarzında bir imaj seçilerek hastada renal anjio yapılmış- tur. Soliter kistler anjiografide tipik bir imaj verirler. Kist normal böbrek parenkiminden keskin bir hudutla ayrılır. Damar bakımından boştur. Komşu damarlar umumiyetle kavisli bir şekilde itil- mişlerdir. Büyüük kistlerde kist içdär- da satılı damarlara rastlamak mümkündür. Diferantial teşhis olarak bütün eks- pansif süreçler olarak bütün tümörleri dik- kate almak gereklidir. Total nekrose olmuş tümörler aynı imaji verirler. Çok az da olsa patolojik damarların mevcudiyeti tümör lehinedir. (Dia 5)



Dia: 3



Dia: 4

54

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI



Dia: 5

55

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI

6) G. Frederick. Erkek. (Renpolikistik iki tarafın)

41 yaşında, babası ve amcası polikistik böbrek hastalığından ölmüş olan hasta şiddetli bir hematuri ile kliniğe müracaat etti. Hastanın direkt batın grafisinde her iki tarafta büyümüş ve polikistik bir tarzda sınırlanmış böbrek konturları dikkati çekti.

Ürografide her iki kalis ve kalis boyunlarında değişiklikler tespit edildi. Kalis boyunlarının uzamış, incelmiş ve kavisli olduğu, kalislerde ise Aks deplesmanları ile beraber yarınlar tazrasında imajlar bulunduğu tespit edildi. Kat'i teşhis için Renal anjio yapıldı. Vakamızda görüldüğü gibi polikistik böbreklerin anjiosu tipik bir imaj verir. Arteriel fazda gayrimuntazam, helezoni seyreden ve çapları daralmış arterler seçilir. Karakteristik imaj nefrografik fazdadır. Burada damar ihtiwa etmeyen kistler normal böbrek parenkiminden keskin hudutlarla ayrılırlar. Böbrekler adeta zimba ile delilmiş bir manzara arzeder. (Dia 6 ve Dia 7)

7) Sch. August. Erkek. (Renal fitizi)

Hasta primer akciğer Tbc. ve hematuri ile kliniğe müracaat etti. Direkt batın grafisinde sağ böbrek konturlarının mutedil intizamsızlığı dışında bir özellik tespit edilmedi. Kat'i teşhis için Ürografi ve renal anjio yapıldı. Ürografide sağda fonksiyon seçilemedi. Anjio neticesi Kazeo-Kavernöz böbrek Tbc. teşhisi konuldu. Bakteriyolojik ve laboratuvar muayeneleri neticeyi teyid edince nefrektomi yapılp hasta taburcu edildi. (Dia 8)

Böbrek Tüberkulozunda anjografi hizeyden evvel parenkimin durumu hakkında bize bilgi verir. Odak biçiminin

de destrüksiyonlar, kavernler anjografide damar bakımından bos, iskemik bölgeler halinde görülürler. Arasında hiperevik bir cidar bölgesi tarafından çevrelenirler. Böbrek parenkiminin kenar kisimlarında ve bilhassa nefrografik fazda gayet iyi seçilirler. Arteriel damarların çapları daralmıştır ve damarlarda kırmızılar tesbit edilir. Bütün parenkimin istilasında veya ileri derecede tuberkulitik büzülmüş böbrek teşekkülünde böbrek tamamen dolaşım sisteminden ayrıılır ve A. Renalis kontrastla dolmaz.

Renal Anjionun bugünkü gelişme hızı dolayısı ile Literatürde simdiye kadar kullanıldığı Böbrek anomalileri ve lezyonlarını bir defa gözden geçirmekte faydalıdır.

I — Böbrek ve Üreter anomalileri

Aplasiler, hipoplazi, persiste fetal lobulasyon, Dystopi, At nali böbrek, Soliter kistleri, polikistik böbrek, sünge böbreği, böbrek rotasyon anomalileri, kalis kistleri, ureter aplasi ve agenesileri, damar anomalileri.

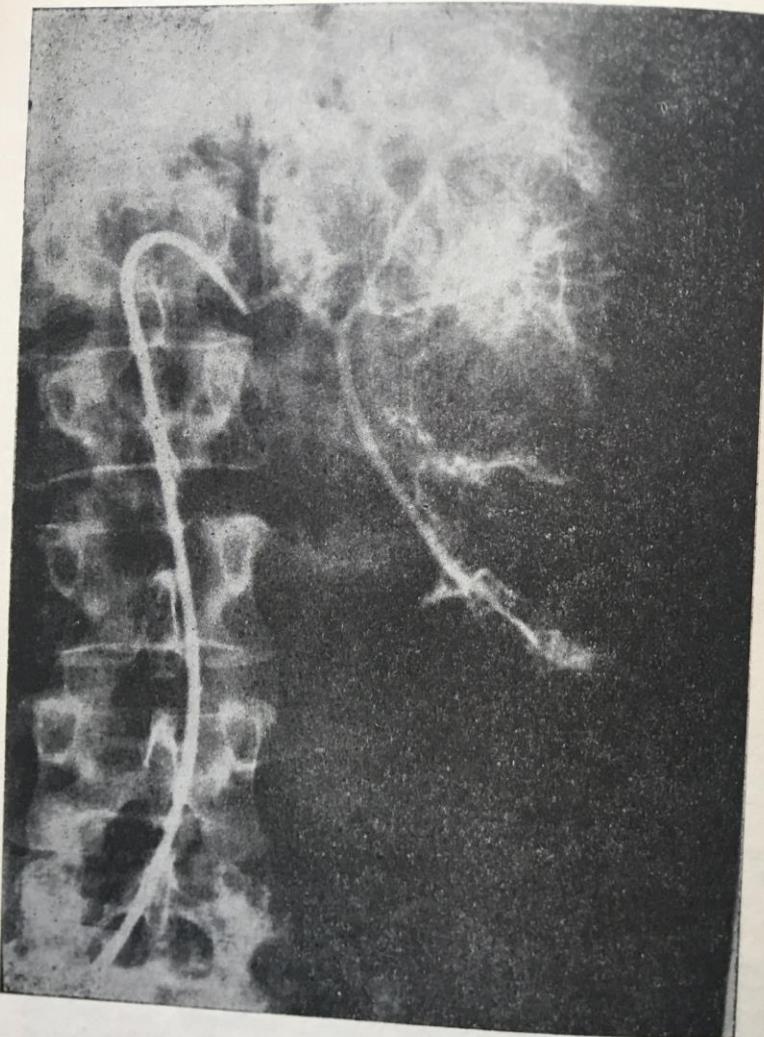
II — Böbreğin Edinsel lezyonları

Ptozlar, harici tesirler dolayısı ile böbrek deplasmanları, arterio ve arteriolosklerozlarda, Endangiitis obliteransda, böbrek infarktları, anevrizma, A.V. fistüller ve arteriovenöz angiomyarda, böbrek taş hastalıklarında, hidronefrozarda, pyelonefritler ve pyonefrozarda, paranefritlerde, tuberkülozda, böbrek tümörlerinde, travmalar ve goldblatt hipertansiyon probleminde.

Böbrek anjiosu üzerindeki çalışmalar bu hızla devam ettiği müddetçe kısa zamanda «cerrahi böbrek hastalıklarında renal anjio indikdedir» sözü fantezi olmaktan kaçacaktır.

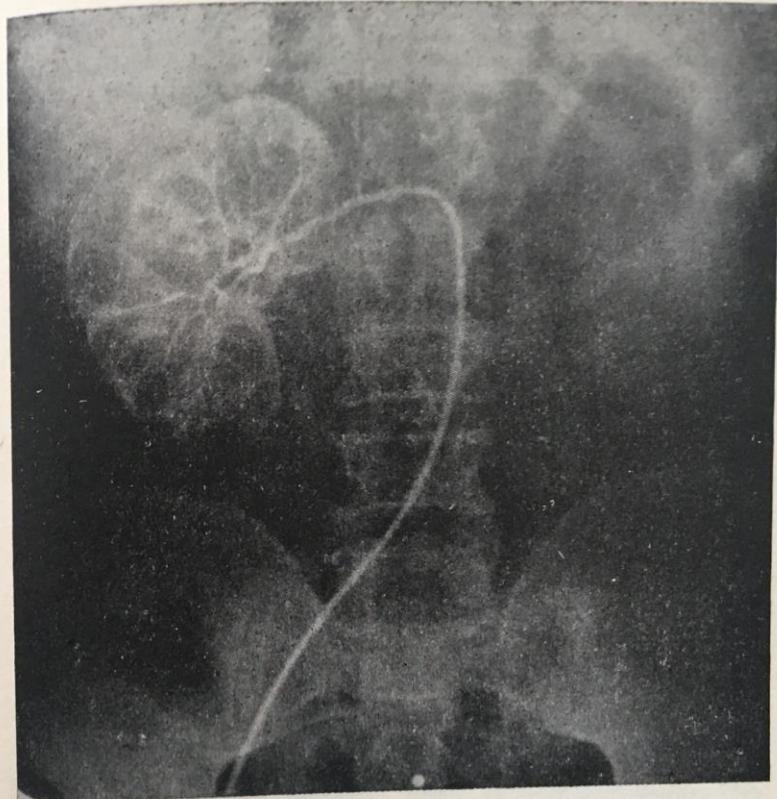


Dia: 6



Dia: 7

58



Dia: 8

ÖZET

Rutin radyolojik metodlarla teshis edilemeyen muhtelif cerrahi böbrek hastalıklarında renal anjio ile varılan neticeler münakaşa edilmiştir.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei den verschiedenen Nierenerkrankungen und Anomalien, welche durch die uroradiologischen Methoden nicht diagnostiziert werden konnten, wurden mit

Hilfe der Renovasographie erhaltenen Ergebnisse diskutiert.

LITERATÜR

- 1 — BAYINDIR, S., ÇOKYÜKSEL, O., GRAEBNER, H.: Doppelbefunde bei Aortographie und selektiver Renovasographie. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin. Band 103 - 1965 August.

- 2 — DOS SANTOS, R. A. LAMAS, J. P.
CALDAS: A'Lartériographie des
membres, de l'orte et de ses bran-
ches abdominales. (Bull. Soc. nat.
chir. 55, 587)
- 3 — EDSMAN, G.: Urologia internat.
(Basel) 6, (1958) 117
- 4 — VOGLER, E., R. HERBST: Angio-
graphie der Nieren 1958, Thieme,
Stuttgart.

XII NCİ ULUSLAR ARASI RADYOLOJİ KONGRESİNDEN İZLENİMLER

Prof. Dr. A. Tevfik BERKMAN *

XII ncı Uluslar Arası Radyoloji kongresi 6 Ekim 1969 tarihinde Tokyo'da toplanmış ve New-Otani otelinin büyük Fuyomono salonunda, Crown-Prince ve Princess'in huzurları, ve büyük bir seramoni ile altı günlük çalışmalara başlamıştır.

Merasim konuşmalarından sonra genel sekreter TADASHI ADACHİ tarafından kongre çanına 12 vurus ile, Asya'nın ilk Uluslar arası Radyoloji kongresinin açıldığı ilan edilmiş, ve gelecek XIII ncü kongrenin, 1973 de Madrid'de toplanmasına aid komite kararı tebliğ edilmiştir.

Kongrede 4600 üyenin, 1500 den fazla roparu tartışılmıştır. Kongrede symposium ve genel seksiyonlardan başka, film demomstrasyonları yapılmış ve Tokyo'da Trade Center Harumi de teknik ve ilmi sergiler tertiplenmiştir; Ve beş özel konferansda da Radyoloji alanındaki son araştırma sonuçları ve bilgileri hakkında her gün ayrı bir konuda olmak üzere aşağıdaki raporlar tartışılmıştır; Bu konferanslar, Radiolojinin temel prensiplerini özetlemiştir:

1 — İngiltere'den FRICH-POCHİN tarafından (Radyasyondan korunmanın quantitatif temellerinin gelişmesi).

* İ. Ü. Tıp Fakültesi Radyoterapi Enstitüsü ve Kliniği Kürsü Profesörü.

2 — Birleşik Amerika'dan LEE B. LUSTED tarafından (Radyodiyagnostik-de kesin yorumlamaların yapılabilmesi içini Computer teknigi).

3 — Fransa'dan MAURICE TUBIANA tarafından (Kanser Radyoterapisinde Radyo-Biyolojik bilgilerin gelişmesi-nin oynadığı roller).

4 — Almanya'dan JOSEF BECKER tarafından (Mega-voltage terapi endikasyonları ve sonuçları).

5 — Japonya'dan HIROTAKE KAKEHI tarafından (Japonya'da Nukleer medicin'in geçmiş, hâli ve geleceği hakkında) tebliğler yapılmıştır.

Nukleer-medicin alanında dört büyük symposium ile Radyo-diyagnostik de 13. ve Radyoterapi de 8 ve Biyoloji üzerinde de altı symposium yapılmıştır.

Bunlardan başka fizik ve teknik üzerinde üç, ve kombine olarak da sekiz symposium, ve bunların dışında da pek çok serbest tebliğler yapılmıştır.

Bu kadar çok ve çeşitli radyolojik, radyobiyojik ve radyo-pharmacutik ve radyo-fizik etüdlerin, hemen klinikde istifade edebileceğimiz sonuçlar çıkarılabilir mi? Bu çalışmaların Esprisi, yıllar zarfında hazırlanmış olduğundan, original takdim edilmiş olduğunu kabul etmek güçtür.

Genellikle konferanslarda her zaman symposiumların mühim bir kısmı, genel bir reviü'nün sıralanmasından ibaret kalıyor. Çok defa münakaşasız ve tedavi ile ilgili problemler sükünle geçiyor ve zamanın uygun gelmemesi ve konuların kısa zamanda bitirilmesi zorunluğu da ayrı bir sakince oluyordu.

Serbest tebliğlere gelince, bunların hemen 3/4 ü etüd sahibinin Tokyo'ya gelmelerini sağlayan formalitelere yarayacak niteliktedir. Fakat bunların her halde 1/4 ü ilgi çekici niteliktedir.

Japon dostlarımızın organizasyon hulusunda büyük gayretlerine rağmen iki nokta üzerinde durmak isteriz:

1 — Kongrenin toplantı yeri olan New-Otani - Hoteli- salonları ile, buna 5 dakika uzaklıktır Akascha Prince Hoteli salonları seçilmiş, mekanik ve teknik ve ilmi sergi olarak da, bu otellerden yarı saat kadar uzaklıktır Trade-center Harum salonları seçilmiştir. U suretle toplantı yerlerinin her biri, ayrı ayrı çok müsaid ve muhteşemdir; Ve programlar montazaman işlemiştir. Ancak mesafelerin uzaklığı dolayısıyle üyelerin ilgilendikleri seksiyonları izleyebileceklerini güçlendirmiştir. Şahsi enterese bakımından zamanın iyice değerlendirilmesine imkân vermemiştir.

2 — Kongre üyesi olarak Japonya'ya kadar yapılmış olan bu seyahatin en büyük avantajı, böyle bir kongrenin ileri - büyük bir ülkede yapılmış olması - yanında, oradaki ilim hareketlerini izlemek ve mütehassislerini kendi klinik ve Enstitülerinde görmek ve şahsi dostluklar tesis etmek olacaktır.

Bu hususda programda yalnız bir gün ve yalnız öğleden sonra üç saatlik bir zaman ayırmış olması, ve dolayısıyle 50 kişilik dört grup olarak, yanı 4500 üyeden 200 ü için olması, büyük bir çoğğunluğun arzu edilen ziyaretleri yapmalarına imkân vermemiştir. Ve dört Cours- dan biriin görebilen de, diğerlerini görememiştir. Bunlar: A - National Cancer Center, B - Cancer Institute, C - National Institute of Radiological Science. D - Atomic Power Facilitie. Bu sonucu ziyaret 3600 yen ücretli ve pahalıdır.

Bu ikinci mahzur çok mühimidir. Zira kongre üyelerinin büyük bir çoğluğu, ziyaretin yukarıda kayıt ettigimiz faydalardan mahrum bırakılmıştır.

Bütün dünya memleketlerinden gelen radyolojistlerin, dört yılda bir toplanmaları, şahsi müşahade ve araştırmalarını-

bildirmeleri, fikir mübadeleleri, tartışmaları çok önemlidir. Fakat İnternasional isim yapmış olan meslektaşlarla şahsi dostlukların temini, veya tazelenmesi daha mühim ve bu kongrelerin en başında gelen amaçlardandır. Bu ziyaretler hem o memleketin ilim adamlarını daha iyi tanımak imkânını verir, hem de bu ziyaretleri yapanlar arasında dostluklar tesisini kolaylaştırır.

Netekim radyoterapistlerin milletler arası radyoterapi klubü üyeleri olarak 20- delege halinde, kongre başkanı KEMPO-TSUKAMATO ile birlikde Fuji yanardağına yakın Hakoni gibi, dünyanın en güzel bir gölü kenarında Hakoni otelinde yaptığımız toplantı, ve hususlu symposium'un ilmi ehemmiyeti yanında, dostlukların takviyesine büyük bir amil olduğunu kayıt etmek isterim.

Grup ziyaretlerinde, yazılarıyla tanıdığımız ilim adamlarını yakından tanımak çok zevklidir.

Her şeye rağmen, symposium'larda temel araştırmacılar ve klinikçiler arasındaki tartışmalarla, yeni araştırma filmlerinin ortaya atılması çok teresendir. Özellikle kanserlerin Chemoterapisi, ve radyoterapi ile kombinasyonu üzerinde yapılan symposium'lar çok ilgi çekici olmuştur.

— II —

Symposium'larda tartışılan çok sayıda etüdleri resume halinde vermek çok güçtür.

Genel olarak kanser kongrelerinden sonra olduğu gibi, konusu özellikle kanser tedavisi olan radyoterapi symposium'larından sonra da, bu alanda klinikde istifade edebileceğimiz sonuçlar ne olmuştur?.. Sorusu ortaya çıkıyor. Özellikle son yıllarda, Japonya'da kanserin Kemoterapisi üzerinde yapılan çalışmalarla aid bazı mübâlahâ haberler herkesce bilinmektedir. Bu sebeple evvelâ

bu konu üzerinde durmak uygun olacaktır:

Burada hemen belirtelim ki, bugünkü kanser tedavisinde eğitim, artık yalnız başına kanseri tedavi edecek bir (mucize-ilâç) aramak değildir.

Netekim radyofizikde kullanılan çeşitli tiplerde radyasyonlar yanı, Röntgen ışınları, elektron, proton, deuterun ve neutron, radyoterapide kullanıldığı halde, kanserli hastaların hepsinde de radyasyon ile kür elde etmek mümkün olmamaktadır.

Fakat radyoterapide elde edilen klinik tecrübe, ve radyasyon ile yapılan biyolojik araştırma sonuçlarının analysisinde istifade yolları araştırılmaktadır. Bugün ilaçla tedavi hususunda da, mucize ilaç bulunması gibi utopist görüş artık terk edilmektedir. Daha ziyade metabolik tecrübelere başlanmış, ve daha evvel antimitotik olduğu bilinen bir çok madde radyoterapötik etkiye ehemmiyetli surette artıtabileceğini üzerinde durmuştur, ve bir çok madde bu makasla insanlarda denenmiş ise de ciddi travaylar karşısında bunların çoğu terk edilmiş bulunmaktadır.

Bugün daha ziyde 5-Fluorurasil ile tedavinin effikasite'si Wisconsin Üniversitesi tarafından desteklenmiş olmasına rağmen, bunun faydasının, toxicitesi ile orantılı olmadığı görülmüştür.

Londra'da Chester-Beatty de farmakolog T. A. CONNOR, hayvan tümörlerinde bir test sistemini etüd etmiştir ki, bundan insan patolojisinde de istifade edebilecegi bildirilmiştir.

Drog'lara karşı sensiblile husule getiren faktörlerin ne olabilecegi hususunda yaptığı araştırmalarla kısa zamanda su müşahadeyi tespit etmiştir; Tümörlerde göre Enzymatik phenomen'ler farklı bulunduğuundan, şahsa göre ve her bir tümör cinsine göre - (sur-mesur) - mümkün olan bir çok biochimik elementleri değerlendirmek suretiyle, hastanın

enzimatik fenomenlerine zararı minimum, fakat Tumorocite aktivitesi maximum olan ürünlerden bir seçim yapmanın mümkün olduğu gösterilmiştir.

Kongrede kemoterapi üzerinde yapılan symposium'da daha ziyade kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonu üzerinde, yani radyoterapide (radiosensitizer) konusu üzerinde durulmuştur. Bu konu yeni değildir; Fakat bu alanda yapılan çalışmaların daha olumlu olduğu bir defa daha teyit edilmiş bulunmaktadır.

Cocukların Wilms böbrek tümörlerinde radyoterapi ve actinomycin-D. kombinasyonu üzerinde, Amerika - Memorial Hospital de Giulio J. Dangio'nun yaptığı teblidle, büyük associe bir tedavi ile, terapotik - effekt'in iki mekanizma ile artırıldığı bildirilmiştir; Yani moleküler seviyede intreraksion, veya başlı başına cytotoxik aksiyon ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Actinomycin-D. değişik biyolojik sisteme radyasyon etkisini artırıyor. Ve aynı zamanda kendi başına da müstakil olarak, spesifik anti-tümör aktivite gösteriyor.

Actinomycin-D. (AMD) ve radyoterapi (RT.) kombinasyonu ile, memelilerin tek hücrelerinde ve muhtelif normal dokularında ıslanlara karşı görülen cevabin artışı gösterilmiştir.

İnsanlarda bu her iki tedavi şekilde cerrahi ile kombinasyonu halinde, survi'nin ehemmiyetli surette artışı, % 80 iki yıl survi elde edildiği kaydedilmiştir.

Stranford Üniversitesinde de Malcolm A. Bagshaw tarafından intra-arteriel olarak 5-Bromodeoxyuridino ve radyoterapi kombinasyonu ile, radyasyon etkisinin yükseldiği gösterilmiştir.

FLETCHER in daha evvel akciğer kanserlerinde yaptığı etüdünde belirtilmiş olduğu vechile, 5-Fu. nin genel yolundan radyoterapi ile kombinasyonu halinde, yalnız başına irradiasyon'un yaptığı

değişikliklerden çok farklı bulunmamıştır. Bu etüd, temel araştırmalar ile Tenri-Hospital de YOSHIMA-TAMAKA ve MASAJI - TAKAKASHI tarafından teyit edilmiştir; Ve aynı zamanda klinik hastalarında da baş ve boyun kanserlerinde intra-arteriel olarak 5-Fu. infusion'u (Her gün 50 mg./d ve 250 mg/d) uygulanmışlardır; Yalnız başına yapılan irradiasyon'a nazaran kombinasyon ile tümör regression'u iki misli daha fazla bulunmuştur. Mukotisis dolayısıyle, arteriel-infusion kesilmiş bulunan vakalarada, nedbe dokusunda tümör hücreleri bulunduğu halde, tam doz verilebilmış olan vakalarda tümör hücreleri bulunmuştur.

Tokyo Üniversitesi'nde TAKAO - HOSHINO ve arkadaşları, radyoterapi departmanında, maliğe beyin tümörlerinde radyoterapide radyo-sensitizer olarak Brumouridine ile kombine ederek, ümit verici sonuçlar kayıt ettiklerini bildirmiştirler.

Intra-arteriel infusion ile yapılan bu tedavide (BAR) terapi ismini vermişlerdir.

Baş ve boyunun Squamous-cell carcinomalarında, irradiasyon ve Methotrexate kombinasyonu üzerinde New-York'ten (FRIEDMAN - MİLTON) -9- 110- vak'a üzerinde yaptığı tecrübe sonuçlarını tebliğ etmiştir. Genel olarak inkurabl görülen dağılmış vakalarda tecrübe edildiği kayıt edilen bu araştırmada, klinik bulusların radyobiyolojik görünümleri, experimental buluslarla da mukayese edildiği bildirilmiştir. Irradiasyon ile, husule gelen atrophic hali methotrexate ile husule gelen atrophiden ehemmiyetli surette farklı bulunmuştur. Bu da aksiyon mekanizmasında bir değişiklik olduğunu telkin ediyor. Kombinasyonun müsaad aksiyonu, kısmen birbirine tâbi olmayarak her iki ajanın aynı zamanda destrüksiyon etkisi ile husule gelmiş olması muhtemel görülmektedir.

Baş ve boyun ileri carcinomaların da yüksek voltaj tedavinin Hydroxyurea ile kombinasyonu üzerinde, Kalifornia Tümör center de Walter'in, Morris ve Texas da Lynne Blei ile kollaboration halinde yaptıkları bir etüdde de, Hydroxyurea'nın DNA sentezi üzerinde etkili bulunduğu, ve kanser tedavisinde bulun yardımcı bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Kilo başına 80 mg/kg. ağızdan, üç günde bir veriliyor ve Mev. radyasyon ile kombine ediliyor.

Ileri Bronchus karsinomalarında Cobalt tedavisi ile VLB kombinasyonu şeklinde yapılan denemeler, Kanada da British Columbia Cancer Institute de yapılmıştır. Survie üzerinde büyük bir rolü görülmemiştir.

Lagounova (USSR) 25 mev. Betatron'un (Bremsstrahlung) u ile 5-Fluorouracil anti metaboliti ile, kombine olarak mide karsinomalarında, 350 vak'ada aldığı sonuçları bildirmiştir, ve % 85 oranında pozitif sonuç alınmıştır. Ve bu surette bunlarda, radikal cerrahi müdahale imkânı elde edilmiştir.

Radyoterapide Oxygen effekt üzerinde -7- travay tebliğ edilmiştir. Bu alanındaki radyobiyolojik deliller, klinik delilleri teyit etmektedir. Bununla beraber Hyperbaric-Oxygen'in klinik radyoterapideki yeri, henüz tamamen belirtilmemiş ve bu tedavinin henüz yerleşmemiş olduğu anlaşılmaktadır.

Görlülyör ki Kemoterapi, daha ziyade radyoterapi ile kombinasyon halinde değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu prensibi de, Enstitümüzde 1943 de ortaya atmış olduğumuz vedaha sonra bunun doku kültür ve biyokimya araştırmaları Cambridge Üniversitesinde J. S. MITCHELL tarafından değerlendirilmiş bulunduğu malumdur.

- III -

Kanser tedavisinde mühim olan diğer bir konunun da, (Radyoterapi ve

cerrahi kombinasyon) olduğu malumdur. Bu hususta yapılan symposium da mühim olarak şu konular üzerinde durulmuştur.

Burada özellikle Meme Karsinomalarında préoperatif-radyoterapinin değeri üzerinde durulmuştur. Copenhage'da Helge - Johnson, meme karsinomalarında simple - mastektomi ve geniş radikal-mastektomi vakalarını mukayese ederek, lokal ve regional residivlerin, her iki grupda da aynı olduğunu görmüştür. Ve ancak lokal ve regional olarak daha ileri stage de bulunan vakalarla ise, radikal-mastektomiden sonra lokal residiv ve regional residivin daha çok fazla bulunduğu görülmüştür. Fakat uzak metastazlar üzerinde farklı sonuç görülmemişti.

Geniş-radikal mastektomiden sonra post-therapeutik morbiditenin daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Bu nedenle Stage II B. ve St. III vakalarında pré-operatif radyoterapi müdafaa edilmiştir.

Mainz - Alman - Üniversitesinde, Diethel'de, Meme karsinomalarında pré-operatif radyoterapinin, modere dozlarla yapılması, ve irradiasyon ile adikal operasyon arasında invertal verilmeden operasyonun yapılması şeklini, seçkin metod olarak müdafaa etmiştir.

Tokyo'da gastro-enteroloji Enstitüsünde (Nakoyamak) Esophagus kanserlerinde préoperatif radyoterapinin üstünüğünü göstermiştir.

Edinburgh'da da Royal-infirmery'de G. Pearson, Esophagus ve akciğer karsinomalarında radyoterapi ve cerrahi tedavi arasındaki münasebetleri incelemiştir.

Eosephagus kanserlerinin, intial tedavisi olarak radyoterapisi kabul etmişlerdir. Cerrahi tedaviyi, radyasyon ile sonuç alınamayan vakalarda reserve-tedavi şekli olarak düşünmektedirler.

Akciğer kanserlerinde ise cerrahi tedaviyi tercih ediyorlar; Radyoterapi

ancak inoperabl vak'aarda, veya rest tümörlerde ve tümörün çok geniş olmadığı vak'alarda uygulamayı daha uygun görüyorlar.

Maliğne Lenformaların tedavisi konusundaki symposiumda, doğrusunu söylemek lazımlı gelirse bilinen şeyler tekrar edilmiştir. Bununla beraber, hemiyeti bakımından ayrı bir konu olarak inceleyeceğiz.

Cervix-Uteri karsinomaları intrakavital ve distent Cammatherapi kombinasyonu üzerinde, Moskova'dan A.S. Pavlov'un ve arkadaşlarının etüdünden başka yeni bir etüd getirilmemiştir.

Cs. 137 source'ünün afterloading teknigi ile Cervix carcinomalarının tedavisi Stockholm'dan Dr. RUNE WALSTON tarafından gösterilmiş yeni bir tekniktir. Enstitümüzde bir yıldan beri bu teknik ile çalışmalar yapılmaktadır.

Radyoisotopların maliğne tümörlerin teşhis ve tedavisi üzerindeki raporlarla, cellular radyobiyoji, ve tedavide computerin rolü, özel problem olarak ayrıca incelenmeleri icabeder.

Ancak çok aktuel bir önem kazanmış bulunan elektronik-komputer üzerinde biraz durmak doğru olacaktır.

— IV —

Bugünkü Radyoterapi, Tip Bilimi ile diğer sektörler arasında bir iş birliğine icap ettiriyor ve Radyoterapi ve nukleer-medicin de elektronik - komputerden istifade edilme başlamıştır. Bu hususda bir çok uluslararası konferanslar yapıldığı gibi XII ncı uluslararası radyoloji kongresinde özeli bir raporla, Computer teknigi üzerinde durulmuştur. Memleketimizde henüz Tip alanında bu hareket yoktur. Bu son bilim hareketlerinin, bizim için de bir stimulus olması gerekligine inanıyoruz.

Bu yeni metod, yalnız tedavide değil, radyolojik teşhisde de, doğru bir teşhisin nasıl yapılabileceği, decision'u

hakkında, Amerika'dan L. B. LUSTED'in kongre raporu, çok düşünürütür. Burada açıkça ifade edildiği veçhile, computerler ve computer programları, teşhi teknigi ve metodoloji etüdü yapan bütün bilim adamları ve klinikciler için faydalıdır.

Radyoterapi, beş phase da mütlaka edilmektedir: (Tehsil, plânlama, aktuel tedavi, takip ve değerlendirme phasları gibi...).

Record-sistemi için bütün bu phase'ların bilinmesi zorunludur. Bu da elektronik-komputer kullanılması lüzumunu açıklıkla göstermektedir. İnsan vücudunde doz dağılışının kalkülasyon'u tedavi planının temelini teşkil eder. Tedavi edilen hastaların takibi ve dolayısıyle sonuçların değerlendirilmesi en mühüm doğruluk faktöridür.

Radyodiagnostikde resim qualite'sini İslah etmek, veya filmde quantitatif informasyon elde etmek için, yakın gelecekte computer'lerin mühüm bir yer işgal edeceğini symposium raporları açıkça göstermektedir.

Radyoterapidc şhemmiyeti ise H. J'AANNEN (Hollanda) nin raporunda belirtilmektedir. Radyoterapide bazı biyolojik effektleri husule getirmek için, ionlayıcı ışınların ve dokuların interaksiyon'undan istifade edildiği bilinmektedir. Biyolojik effekt'in genişliği, primer olarak absorbé edilen enerjinin miktarına tâbi olduğundan, radyoterapist için absorbé edilen enerjinin relatif ve absoluł dağılışının aktuel durumu hakkında açıkça fikir sahibi olması, hayatı hemiyeti haizdir.

Bu da komplike fizikal ve nümerikal problemler arzeder. Her iki problemde hem interstitial ve hem de external Radyoterapide mühimdir.

Bu alanda computer çok büyük bir yardımcıdır. Raportör, rutin olarak kullanılan genel computer hakkında pratik bilgiler vermiştir; External Cobalt-60

Gamma ışınları ve bununla equivalent olan yüksek voltaj ışınlarının 3 dimensī onda dağınıklı̄ tayin etmek için computer programı göstermiştir.

Radyoaktif nuclid-lerin uygulamasında, bazı mühim soruların computer ile cevaplandırılabilceğini MANFRED PUSCH (Almanya) raporunda belirttilmiştir.

1 — Belirli sekil ve volumda bir tümörde (defint-minium dose) u elde etmek için ne kadar muclid'e ihtiyaç varır

2 — Tümör alanında optimal-doz distribution'u elde etmek için, radyo-aktif source'lar nasıl arrange edilmelidir?

Japonya'da Yoichiro-umegaki de (Radyoloji departmanı) ninda tedavinin gerçek zaman zarfında, tedavi plânnını yapmak için, radyoterapinin computerizasyon'u üzerinde bir tebliğde bulunmuştur.

Medium-volumda digital-Computer, gerçek-zaman computing sistemini geliştirmiştir; Ve bunun radyoterapide rutin çalışmalar için uygulanmasının daha kolay olduğunu belirtmiştir.

İngiltere'den BERDÎ N. EDWARDS de, radyoterapi- record ve procedur'larda automatik computasyon uygulamaları üzerinde, raporunu tebliğ etmiştir.

Görülüyor ki computer sistemine girmek için iki yol vardır:

1 — Büyük computer'lerin tesisi.

Bunlar çok pahallıdır. Ve her bir klinikde tesis edilemez. Fakat bunun bir çözüm yolu vardır. O da her bir münika için representatif organizasyon içinde böyle bir makine tesis edilir ve oradan, bu bölgedeki bütün ilgili müesseseler istifade ederler.

2 — Doz kalkülasyon'u için sipesiylüküçük computer'lerin kullanılmasıdır.

Görülüyor ki kongrenin bu hususda symposium çok ilgi çekicidir. Ve bizi şiddetle stimule etmiş bulunmaktadır.

Diger bir symposium'da, radyo-isotop - image'ların, bugünkü durumu üzerinde yapılmıştır. Burada Scinti-camera veya isotop dağınıklı̄ tesbit etmek ve aynı zamanda değişiklik toplamını gösternmek üzere, yeni araştırmaların sonuçları belirtilmiş ve böyle cihazın elektronik-computer ile kombinasyonu üzerinde tartışmalar yapılmıştır. Bu sistem, hem scan yapmak ve hem de dinamik fonksiyon data'larını birlikte etüd etmek imkânını vermektedir.

Diger bir symposiumda da, radyoterapide kullanılan yeni radyasyon kaynakları üzerinde durulmuştur.

Cok hızlı - elektron - terapi ile gastro - intestinal tümörlerin tedavisinde bir gelişime kayıt edildiği ZUPPINGER tarafından belirtilmiştir.

Neutron-terapi ve Deuteron üzerinde çalışmalar ve bu konuda radyobiyojik araştırmaların çok enteresan olduğu ve fakat kararlı noktaların da çokluğu belirtilmektedir.

— V —

Kongrenin özel raporlarından beşinci, Japonya'daki nukleer - medicin durumu hakkındadır. Japonya'da, yüksek voltaj Gamma ışınları ve lektron tadavisinin, internasional standarda olduğunu, ve bulanı kullananan çok sayıda klinik doktorlarının buulduğunu kabul etmek lazımdır. Ve bizazt nasional kancer-santre'de elektronik computer sistemi geliştirilmiştir. Japon elektrik endüstriyeleri bu gelişmeleri kuvvetle desteklemektedir.

Kongrenin diğer özel raporlarının her biri hakkında da ayrı ayrı (Compte renda) yapmak doğrudur.

Son olarak uzak doğunun en ileri memleketinde yaptığımız touristik incelemelerde, ilmi incelemeler kadar enteresan olmuştur. Daha uzunca süreli bir seyahat ile, Japon meslektaşlar ve Japon intellektueli ile, samimi bağlılıklar

kurmakta zevk ve fayda bulduğunu kayıt etmek isterim.

Reference:

XII nci International Radyoloji Kongresi raporları. 6 - 12/X/1969. Tokyo.

2. MİLLÎ TÜRK RADYOLOJİ KONGRESİNE AİT İZLENİMLER

5 Aralık 1968 tarihleri arasında Hacettepe Temel Bilimler Fakültesinde 2. Millî Türk Radyoloji Kongresi toplanmıştır. Kongre Radyoloji Cemiyeti Başkanı Prof. Dr. Muhterem Gökmən rahatsızlığı onun adına Doç. Dr. Muhsin Tuzlaci tarafından açılmıştır. Bilâhâre Hacettepe Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. İhsan Doğramacı Radyologların Tip Camiası içindeki yerini belirten güzel bir konuşma yapmıştır.

Kongrenin ana konusu (Cerrahi böbrek hastalıklarının radyolojisi) teması idi. 5 Aralık Perşembe günü sadece ana konudaki tebliğlere ayrılmıştır. Ana konuda 13 tebliğ yapılmıştır. Ana konuda yapılan tebliğler arasında Prof. Dr. Uluhan Berk ve Doç. Dr. Hadi Özer'in tebliğleri kongre üyeleri arasında bilhassa takdirle karşılanmıştır. 6 Aralık cuma günü Doç. Dr. Mustafa Sipahi wilms tümörü tedavisinde uyguladığı metodlar neticesinde aldığı sonuçları izah etmiş, gene aynı gün meme kanerleri röntgen tanısı hakkında Prof. Dr.

Necdet Beken'in tebliği dinlenmiştir. 7 Aralık cumartesi günü Hacettepe Tıp Fakültesi Radyoloji bölümü ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji bölümü çalışmalarına ait film demosasyonlarından sonra 3. Millî Türk Radyoloji Kongresinin tertip komitesi yeri ve ana mevzuu tesbit edilmiştir.

3. Millî Radyoloji Kongresinin 1970 senesi eylül ayı Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapılması ve ana mevzuu sindirim sistemi hastalıklarının radyolojisi olması şartıyla kabul edilmiş ve bilâhâre kongreye son verilmiştir.

2. Türk Radyoloji Kongresi gerek ilmi yönden gerek sosyal yönden başarılı geçmiştir. Kongrenin başarılı geçmesinde hizmeti dokunan herkese teşekkürlerimizdir.

Dr. Oktay Çokyüksel
Türk Radyoloji Cemiyeti
Genel Sekreteri