How did the General Surgery Department of a Training Hospital Change in Ten Years?

Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği 10 Yılda Nasıl Değişim Gösterdi?

Cerrahi Kliniğinde Değişim / Changes in Surgery Department

Zafer Ergül, Melih Akinci, Celil Uğurlu, Oskay Kaya, Hakan Kulaçoglu, İsmet Baran
4. Genel Cerrahi Kliniği, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye.

Özet

Amaç: Bir eğitim hastanesinin cerrahi olgu profilinde 10 yılda yaşanan değişimleri saptamak. Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin bu sürece etkisini değerlendirmek. Hasta ve Yöntem: On yıl ara ile iki yıllık, iki dönem seçilerek elektif ve acil koşullarda yapılan tüm ameliyatlar geriye dönük olarak tarandı. Bu iki periyodun arasında hastane Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan Sağlık Bakanlığı'na devredildi, daha sonra da travma merkezi oldu. Operasyon sayıları, endikasyonları, teknikleri ve hastalara ait özellikler karşılaştırıldı. Ayrıca toplam operasyonlar içinde acil oranları ve eğitim amaçlı öncellikli olarak asistana yaptırılan ameliyat sayıları araştırıldı. Bulgular: Acil veya elektif olarak ilk dönemde 2668, sonraki dönemde ise 2041 ameliyat yapılmıştı. İkinci dönemde ameliyat sayısında %23,5 oranında düşüş tespit edildi. On yıl aradan sonraki iki yıllık dönemde ameliyat edilen hastalar daha genç, erkek cins sıklığı ve acil ameliyat oranı daha yüksek, uzmanlık öğrencilerine yaptırılan ameliyat sayıları daha düşüktü ($p<0,05$). İlk dönemde mide, kolon-rektum, meme, tiroid ve karaciğerin malign primer-metastatik karsinomlarına yönelik onkolojik cerrahi belirgin olarak daha sık uygulanırken, ikinci dönemde peptik ülser perforasyonu ve üst gastrointestinal sistem kanaması dışındaki acil operasyonlar ile benign anorektal patolojiler nedeniyle yapılan ameliyatlar daha sıktı ($p<0,05$). Sonuç: Karşılaştırma sonucunda 10 yıl aradan sonra ameliyat sayılarında belirgin düşüş saptandı. Onkolojik cerrahi girişimler azalırken acil ameliyatlar artmıştı. Olgu profilindeki değişikliklerin ülke ve dünya genelindeki gelişmelerden daha çok sağlıkta dönüşüm ve travma merkezi olma gibi önemli gelişmelere bağlı olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler

Sağlıkta dönüşüm; Sosyal Sigortalar Kurumu; Genel Cerrahi; Cerrahi Teknik; Asistan Eğitimi

Abstract

Aim: To investigate the changes in a training hospital's surgical patient profile in ten years. To delineate the effects of the transfer of Social Security Institution Hospitals to the Ministry of Health on this process. Material and Method: Ten-year apart, two-year periods were selected and all elective and emergency cases were retrospectively searched. In between periods, the hospital was transferred from Social Security Institution Hospital to the Ministry of Health and then became a trauma center. The indications, techniques, the number of performed surgeries, and the patient related factors were compared. The ratio of the number emergency cases and the number of cases performed by residents in training to the total number of cases were investigated. Results: The number of elective and emergent operations during the former and the latter periods were 2668 and 2041, respectively. The percentage of the decrease was 23.5%. After ten years, the patients were younger, more commonly male, emergency cases were more common, and operations performed primarily by the residents in training were less frequent than the former period ($p<0,05$). Oncological surgery of stomach, colon-rectum, breast, thyroid and primary-metastatic-malign carcinoma were more frequent during former period whereas urgent operations except peptic ulcer perforation and upper gastrointestinal bleeding and benign anorectal diseases were more common during later period ($p<0,05$). Conclusion: The comparison revealed a significant decrease in the number of operations in ten years. The number of oncological patients increased whereas the number of emergency cases declined. The changes were thought to be related more to the transition in health and becoming a trauma center than to major developments in the country and the world.

Keywords

Transition in Health; Social Security Institution; General Surgery; Surgical Technique; Resident Education

DOI: 10.4328/JCAM.765 Received: 03.08.2011 Accepted: Published Online: 01.07.2012 J Clin Anal Med 2012;3(3):321-325
Corresponding Author: Melih Akıncı, 4. Genel Cerrahi Kliniği, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye.
T.: +905056253175 E-mail: melihakinci@yahoo.com

Giriş

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) yakın zaman kadar toplam ülke nüfusunun yaklaşık yarısını kapsayan bir sigorta sistemi iken günümüzde Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanan resmi sağlık güvence sistemlerinden biri olmuştur.[1] Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri de 2005 yılı başında Sağlık Bakanlığı'na (SB) devredilmiştir. Bu tarihten önce bu kurumun referans hastanelerine tüm SSK İl Müdürlüklerinden hasta başvurusu olabilmekteydi.[2] Buna bağlı sevk zinciri uygulaması nedeniyle İç Anadolu Bölgesi'nde en büyük payı merkez hastane olan Ankara Dışkapı Eğitim Hastanesi almaktaydı.

Hastanenin SB'na devri sonrasında periferden tek merkeze sevk zincirinin kalkmasına ek olarak bazı yapısal değişiklikler de yapılmıştır. Daha uygun koşullarda yatan hasta hizmeti verebilmek amacıyla yatak sayıları azaltılmış, hastaneye travma merkezi vasfı kazandırılmıştır. Bu yazıda, söz konusu dönüşümün ve teknoloji çağında uzun bir süre sayılabilecek 10 yıllık bir sürenin, hastane bünyesindeki bir genel cerrahi eğitim kliniğindeki olgu spektrumuna, uygulanan cerrahi tekniklere ve asistan eğitimine etkileri incelendi.

Hastalar ve Yöntem

Bu retrospektif klinik çalışma, 1998–1999 yılları ve 2008–2009 yıllarında aynı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bir Genel Cerrahi Kliniği'nde yapıldı. Bu yıllar içinde acil veya elektif olarak ameliyat hastalar çalışmaya dahil edildi. Toplam 24 aylık zaman dilimleri olmak üzere iki takvim yıllık dönemler karşılaştırıldı. Veriler başlıca bu dönemlere ait ameliyat defterlerinden elde edildi. Eksik bilgiler hasta dosyalarından tamamlandı. Kayıtların net olmaması nedeni ile bu dönemlerde ana ameliyathane dışında alınan biyopsiler ve yapılan küçük müdahaleler ile diğer kliniklere ait ameliyat odalarında gerçekleştirilen multidisipliner operasyonlar çalışma dışında tutuldu.

Bu dönemlerde toplam ameliyat edilen hasta sayısı, cinsiyetleri ve yaşları incelenerek karşılaştırıldı. Toplam operasyonlar içinde acil ve elektif oranları araştırıldı; dönemler arası fark araştırıldı. Ek olarak, eğitim amacıyla uzman gözetiminde asistanlara yaptırılan veya primer olarak uzman doktor tarafından gerçekleştirilen ameliyat sayıları araştırılarak dönemler karşılaştırıldı. İlgili dönemlerin herhangi birinde on ve üzerinde preoperatif tanı olarak kullanılmış operasyon endikasyonları ayrı olarak değerlendirmeye alındı ve her iki dönem arasındaki farklılık istatistiksel olarak analiz edildi. Farklı tanılar için yapılan aynı ameliyata farklı kodlar verilmedi.

Her iki dönemde sık elektif ameliyat endikasyonu tanısı olan hastalıklar ayrı alt gruplarda incelendi. Benign hastalıklardan kolelitiazis, inguinal herni, insizyonel herni, primer ventral herni, pilonidal sinüs, multinodüler guatr ve diffuz toksik guatr için alt gruplarda karşılaştırma yapıldı. Bu endikasyonlar için gerçekleştirilen ameliyat teknikleri incelenerek karşılaştırıldı. Tanıya göre ameliyat tekniğindeki değişim ek olarak incelendi ve dönemler arası farklar analiz edildi. Anorektal hastalıklar ayrı bir başlık altında incelenerek karşılaştırıldı. Hemoroidal hastalık, anorektal fistül, anal fissur ve rektal prolapsus alt gruplara ayrılarak incelendi. Onkolojik hastalıklar içinde mide, rektum, kolon, meme, periampüller bölge, pankreas gövde-kuyruk, safra kesesi, tiroid ve özefagus karsinomları alt gruplarda incelenerek dönemler karşılaştırıldı.

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 11,5 (SPSS, Chicago, Illinois) yazılımı kullanıldı. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılarak sonuçlar olgu sayısı ve yüzde (%) olarak sunuldu. Sayısal verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov Smirnov testi ile analiz edildi. P değeri 0,05'den küçük farklılıklar anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Ameliyat endikasyonları için konulan tanılar 76 ana başlık altında ve uygulanan cerrahi ameliyatlar 118 ana başlık altında toplandı. Acil veya elektif olarak 1998–1999 döneminde 2668, 2008–2009 döneminde ise yılları arasında ise 2041 olmak üzere toplam 4709 ameliyat yapılmıştı. İkinci dönemde ameliyat sayısında %23,5 oranında düşüş tespit edildi. On yıl aradan sonraki iki yıllık dönemde ameliyat edilen hastalar daha genç, erkek cins sıklığı ve acil ameliyat oranı daha yüksek, uzmanlık öğrencilerine yaptırılan ameliyat sayıları daha düşüktü (Tablo 1).

İlgili dönemlerin herhangi birinde on ve üzerinde preoperatif tanı olarak kullanılmış operasyon endikasyon sayıları, oranları ve her iki dönem arasındaki istatiksel karşılaştırılma Tablo 2'de verilmiştir. İlk tarama döneminde en sık preoperatif tanı kolelitiazis iken, ikinci dönemde inguinal herni tanısı en sık ameliyat endikasyon tanısı olmuştu. Genel anlamda SSK Eğitim Hastanesi döneminde mide, kolon-rektum, meme, tiroid ve karaciğer malign primer-metastatik karsinomlarına yönelik onkolojik cerrahi daha belirgin olarak uygulanırken, SB Eğitim Hastanesi döneminde peptik ülser perforasyonu ve üst gastrointestinal sistem kanaması dışındaki acil operasyonlar daha sık yapılmıştı.

Akut apandisit, ateşli silah yaralanması, araç içi/dışı trafik kazası (Aİ/DTK), delici kesici alet yaralanması (DKAY), perianal apse ve perianal fournier gangreni yeni dönemde daha sık görülen hastalıklardı. Önceki dönemde kolelitiazis, karaciger (KC) kist hidatik ve mide-duodenum ülseri nedeniyle operasyon endikasyonu daha sık konulurken sonraki dönemde inguinal herni, primer ventral herni, pilonidal sinüs, anal fissür, anal fistül, hemoroid ve memede tanımlanmamış kitle daha sıklıkla elektif preoperatif tanı olmuştu.

SSK Eğitim Hastanesi döneminde az sayıda da olsa restriktif tip bariatrik cerrahi uygulandığı görülürken (4 olgu) yeni Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanesi döneminde bariatrik cerrahi yapılmamıştı. Buna karşılık, ilk dönemde alt ekstremite venöz yetmezlik tanısına yönelik cerrahi prosedür uygulanmazken, ikinci dönemde 11 olgu saptandı.

Her iki dönemde sık elektif ameliyat endikasyonu tanısı alan benign hastalıklar; kolelitiazis, inguinal herni, insizyonel herni, primer ventral herni, pilonidal sinüs, multinodüler guatr (MNG) ve diffuz toksik guatrdı (Tablo 3). Dönemler arası kolelitiazis ameliyatının cerrahi tekniğinde farklılık görülmezken (ilk seçenek laparoskopik kolesistektomi), inguinal, insizyonel, primer ventral hernilerin tedavisinde prostetik yama ile onarım yeni dönemde daha sık kullanılan yöntem olmuştu ($p<0,05$). Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde eksizyon sonrası marsupiyalizasyon/küretaj/primer kapama yerine yeni dönemde Karydakis flep rekonstruksiyonu daha sık kullanılmıştı ($p<0,05$). İlk dönemde MNG tedavisinde parsiyel rezeksiyon teknikleri tercih edilirken, yeni dönemde total tiroidektomi daha çok kullanılan edilen cerrahi teknik olmuştur ($p<0,05$) Toksik diffüz guatr cerrahi tedavisinde de total tiroidektomi sıklığı zamanla belirgin şekilde artış olmasına rağmen (%11 / %80) muhtemelen olgu sayısının azlığı nedeni ile anlamlı fark bulunmadı.

Benign anorektal patolojilerden hemoroidal hastalık, anorektal fistül, anal fissur ve rektal prolapsus için karşılaştırma Tablo 4'de verilmiştir. İkinci dönemde bu alandaki ameliyat sayılarında belirgin artış izlendi ($p<0,05$). Ancak, bu hastalıkların tedavisinde cerrahi teknik açısından dönemler arası fark yoktu.

Onkolojik hastalıklar içinde; mide, rektum, kolon, meme, periampüller bölge, pankreas gövde-kuyruk, safra kesesi, tiroid ve özefagus karsinomları için dönemlerin karşılaştırılması Tablo 5'de verilmiştir. Toplamda ve hastalık özelinde SSK döneminde onkolojik cerrahinin belirgin olarak daha sık yapıldığı izlendi ($p<0,05$). Kanser lokalizasyonuna göre yapılan cerrahi işlemi değerlendirmek ancak kanser evrelerinin bilinmesi ile mümkün olabileceğinden cerrahi teknik tablo sadece bilgilendirme amacı ile verildi. Ek olarak, ilk dönemde 5 özefagus karsinomu olgusu (3 olguya total özefajektomi, 2 olgu intraoperatif irrezektabl kabul edilmiş) görülürken, ikinci dönemde özefagus karsinomu nedeniyle ameliyat yapılmamıştı.

Tartışma

Klinik tıp alanında bazı disiplinlerin hasta ve olgu profilleri çevresel ve dönemsel koşullara bağlı değişimler gösterebilmektedir.[3–5] Beslenme alışkanlıkları, yeni ilaçların kullanıma girmesi, ulaşım koşulları, doğal afetler ve nükleer sızıntılar ile sağlık sitemindeki değişiklikler en belirgin etkenler olmaktadır. Genel cerrahi alanında, çeyrek asır öncesine kadar çok sık yapılan elektif peptik ülser ameliyatları neredeyse tamamen sonlanırken, bazı onkolojik hastalıkların sıklığı ve bunlar için uygulanan girişimlerin sayısında artış kaydedilmektedir.

Ayrıca, teknolojideki hızlı değişim de birçok hastalığın tedavi ve ameliyat yöntemlerinde yeniliklere yol açmakta, bu gelişmeler bölgeden bölgeye, sistemden sisteme değişen hızlarda yayılmaktadır. Cerrahi alanında laparoskopik/endoskopik girişimlerin yeni bir çağ açtığı,[5–9] karın duvarı fıtıklarının onarımında yama kullanımının yaygınlaştığı ortadadır.[10–11] Son çeyrek asır meme ve tiroid patolojilerine cerrahi yaklaşımlarda da önemli değişimlere sahne olmuştur.[12–14]

Son yıllarda ülkemizde uygulanan ve genel olarak "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" olarak adlandırılan sistem değişiklikleri de hastalar, hekimler ve kurumlar için önemli farklılıklar yaratmıştır. SSK çalışan ve emeklilerine hizmet veren eski SSK hastaneleri, 2005 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu değişimle, söz konusu hastaneler acil servise veya polikliniklere başvuran hastaların sosyal güvence durumuna bakılmaksızın sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. Bunun yanında, SSK çalışan ve emeklileri önce SB'na bağlı her kurumdan, daha sonra da üniversite hastaneleri ile özel sağlık kurumlarından ayaktan ve yatarak tedavi alabilme hakkına kavuşmuştur. Olumlu ve olumsuz yönleri vurgulanarak önemli tartışmalara neden olan bu değişikliklerin makro etkileri yanında, SSK hastanelerindeki eğitim kliniklerindeki olgu volüm ve sayısına etkileri de kısa sürede belirgin hale gelmiştir. Bu retrospektif çalışmada, bu dönüşümün, en yüksek volümlü SSK Eğitim Hastaneleri'nden bir cerrahi kliniğinin olgu profiline etkisi de irdelenmiştir.

Bir dekat aradan sonra ameliyat sayısında izlenen yaklaşık ¼ oranındaki düşüşte çok sayıda etken rol oynamış olabilir. Öncelikle, ilk dönemde kliniğin 32 hasta yatağı varken ikinci dönemde yatak sayısı 14'e düşmüştür. Ameliyat masası ise her iki dönemde haftanın her günü 1 masadır. Bu azalma daha önce, büyük zorunluluk olmadıkça başka merkezlere hasta sevki yapmayan hastanenin bu yetkisini kaybetmesinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Birçok hasta, gerek kendi seçtiği hastaneleri ya da tavsiye edilen özellikle spesifik ya da cerrahide dallanmasını tamamlamış cerrahi birimlerini tercih etmiş olabilir. İki tarama dönemi arasında Ankara'da çok daha modern fiziki şartlara ve 1–3 yataklı hasta odalarına sahip 2 yeni eğitim hastanesi açılması da olası bir etken olarak görülebilir. Sevk zorunluluğu kalmamasının yarattığı özgürlük hissinin de hastaları özellikle tercih ettiği bir merkez olmasa da farklı hastanelere başvurmaya yöneltmiş olduğu da düşünülebilir. Kayıt sisteminin yeterince gelişmiş olmaması nedeniyle son dönemdeki hastaların sosyal güvence tipi incelenememiş, bu nedenle de hasta popülasyonundaki kaymanın, sadece dışarı doğru değil, içeri doğru da olup olmadığı konusunda bir veri sunulamamıştır. Ancak genel izlenimimiz, mevcut dağılımın diğer SB'nın diğer eğitim hastanelerinden farklı olmadığı şeklindedir.

Hastaların taranan ilk 2 yıllık dönemde daha genç olması, ülke nüfusundaki gençleşmeye bağlı olabilir. Ancak bir başka etken olarak onkolojik hasta sayısındaki belirgin düşüş de göz önüne alınabilir. Kadın hasta oranındaki azalma ise kısmen meme kanseri ameliyatlarının azalmasına bağlanabileceği gibi, daha sık kadınlarda görülen kolelitiazis ve kolesistektomi sıklığının %29'dan %12'ye düşmesinin de önemli bir etken olduğu düşünülmüştür. Gerçekten de Türkiye kaynaklı bir çalışmada 1500 safra kesesi taşı hastası incelendiğinde kadın cinsiyetin %70'i oluşturduğu görülmüştür.[15]

Yeni dönemde asistanlar tarafından yapılan ameliyat sayısındaki düşüş de irdelenmesi gereken bir noktadır. Bunun bir nedeni malpraktis konusundaki yeni yasal düzenlemeler ve dava sayılarındaki artış olabilir. Bu gelişme uzmanları sorumluluğunu aldıkları ameliyatları bizzat kendilerinin yapmasına yönlendirebilmektedir. Tababet Uzmanlık Tüzüğü 2. maddesine göre, asistan deyimi, tababet dallarından birinde uzman olabilmek için bilgi ve becerisini geliştirmek amacıyla özel mevzuatına ve bu Tüzük hükümlerine göre öğrenim, eğitim ve uygulama yapmak ve bilimsel esaslara göre yetiştirilmek üzere atanan kişi anlamına gelir.[16] Uzman olmayan asistanlar, yetkili uzman hekim kontrolünde tedavi ve ameliyat yapabilirler. Tedavi ve ameliyata yardım edecek asistan ve diğer personelin hatalarından olayın özelliğine göre uzman hekim cezai açıdan sorumlu olabilir.[17] Hekimlik eğitimi ve pratiği dava edilebilirlik açısından daha kırılgan ve zorlu bir döneme girmiş görünmektedir.[18] Bu nedenle uzman hekimler operasyonda riskli durumlar söz konusu olduğunda öncellikli olarak ameliyatı kendileri daha çok yapmaya başlamış olabilirler. Bunun yanında, SSK döneminde sadece aynı hastaneden uzmanlık alan cerrahlar klinikte kalırken, SB döneminde çeşitli SB eğitim hastanelerinden ve üniversitelerden uzmanlık almış meslektaşlarımız da kliniğimizde göreve başlamıştır. Örneğin, onkolojik cerrahi ağırlıklı merkezlerde uzmanlık alarak ekibe katılan genç meslektaşlar karın duvarı fıtıkları, benign anorektal hastalıklar ve laparoskopik kolesistektomi gibi olgulardaki deneyimlerini artırmak için ameliyatları bizzat yapmışlardır. SB döneminde SSK dönemine göre acil hasta sayısının artması ilgi çekicidir. Bunun bir nedeni hastanenin sosyal güvence ve çalışılan kurum ayrımı yapmaksızın hizmet vermeye başlaması, diğer önemli bir nedeni ise artık travma merkezi vasfı ile hizmet vermesidir. SB'na devir sonrasında acil olgulardan sadece peptik ülser perforasyonu ve üst gastrointestinal sistem kanaması vakalarında azalma görülmüştür. Bunun çok bilinen bir nedeni elbette peptik ülserin medikal tedavisi ile kanamalara endoskopik girişimlerdeki büyük gelişmelerdir.[19,20] Bu acillerde cerrahi tedavi, elektif cerrahiye göre 2–3 kat daha yüksek mortaliteye sahiptir ve teknolojik olanak bulunan yerlerde endoskopik tedavi tercih edilmekte, ameliyat seçeneği ancak kanamanın durdurulamadığı ya da tekrarladığı az sayıdaki olguda kullanılmaktadır.[20,21]

Akut apandisit, ateşli silah yaralanması, Aİ/DTK, DKAY, perianal apse ve perianal (Fournier) gangreni gibi hastalıklar nedeniyle yapılan ameliyatların yeni dönemde daha sık izlenmesi hastanenin acil karşılama özelliğinin artarak devam ettiğinin ve bu konuda deneyimli bir merkez olduğunun göstergesidir. Bu-

Tablo 1. Hasta yaşları, cinsiyetleri, acil ve ameliyatı öncellikli olarak gerçekleştiren doktor durumunun dönemlere göre karşılaştırmaları. Veriler: hasta sayısı (%), medyan (minimum-maksimum).

Dönemler	*1998-1999 n=2668*	*2008-2009 n=2041*	*p değeri*
Yaş(yıl)	45±15 (6-85)	43±16 (7-91)	< 0,001
Erkek Cinsiyet	1220 (%46)	1175 (%58)	< 0,001
Acil	419 (%16)	505 (%25)	< 0,001
Asistan*	1523 (%57)	1090 (%53)	0,006

*Primer operatör

Tablo 2. İlgili dönemlerin herhangi birinde on ve üzerinde preoperatif tanı olarak kullanılmış operasyon endikasyon sayıları, oranları ve her iki dönem arasındaki istatiksel karşılaştırılma. Veriler: hasta sayısı (%).

Preop Tanı	**1998-1999 n=2668**	**2008-2009 n=2041**	***p***
Kolelitiazis	771 (%29)	248 (%12)	< 0,001
İnguinal Herni	355 (%13)	332 (%16)	0,002
İnsizyonel Herni	34 (%1)	36 (%2)	0,105
Primer Ventral Herni	21 (%1)	54 (%3)	< 0,001
Femoral Herni	14 (%0,5)	13 (%0,6)	0,375
Pilonoidal Sinüs	99 (%4)	213 (%10)	< 0,001
Akut Appendisit	198 (%7)	272 (%13)	< 0,001
P. Ülser Perforasyonu	45 (%2)	22 (%1)	0,051
Anal Fissur	2 (%0,1)	122 (%6)	< 0,001
Hemoroid	6 (%0,2)	80 (%4)	< 0,001
MNG	143 (%5)	107 (%5)	0,456
Mide Karsinomu	133 (%5)	35 (%2)	< 0,001
Rektum Karsinomu	83 (%3)	7 (%0,3)	< 0,001
Kolon Karsinomu	79 (%3)	30 (%2)	< 0,001
Meme Karsinomu	179 (%7)	33 (%2)	< 0,001
Periampüller-Pankreas Karsinomu	43 (%2)	13 (%0,6)	0,001
Tiroid Karsinomu	24 (%0,9)	8 (%0,4)	0,025
KC Kist Hidatik	37 (%1)	6 (%0,3)	< 0,001
Jinekolojik Acil	11 (%0,4)	5 (%0,2)	0,237
Üst GİS Kanama	11 (%0,4)	2 (%0,1)	0,003
Akut Batın	49 (%2)	32 (%2)	0,279
İleus	20 (%0,7)	25 (%1)	0,066
Mide/Duodenal Ülser	41 (%2)	8 (%0,4)	< 0,001
İntrabadominal Kitle/Apse	42 (%2)	8 (%0,4)	< 0,001
Perianal Fistül	15 (%0,6)	24 (%1)	0,017
Trafik Kazası	14 (%0,5)	34 (%2)	< 0,001
Koledokda Taş/Kist/Darlık	24 (%0,9)	1 (%0)	< 0,001
Delici Kesici Yaralanma	12 (%0,4)	40 (%2)	< 0,001
Dalak Patolojisi*	14 (%0,5)	5 (%0,2)	0,1
Ateşli Silah Yaralanması	3 (%0,1)	13 (%0,6)	0,002
Memede kitle	12 (%0,4)	70 (%3)	< 0,001
Fournier	2 (%0,1)	10 (%0,5)	0,006
Toksik Diffüz Guatr	9 (%0,3)	10 (%0,5)	0,277
Soliter Tiroid Nodülü	0 (%0)	16 (%0,8)	< 0,001
KC'de Malign Kitle**	13 (%0,5)	4 (%0,2)	0,077
Enterokütan Fistül	10 (%0,4)	4 (%0,2)	0,2
LAP/Kitle***	7 (%0,3)	20 (%1)	0,001
Perianal Apse	3 (%0,1)	10 (%0,5)	0,015

*Kitle, Apse, ITP **Primer/Metastatik ***İnguinal/Aksiler/Servikal LAP, Yumuşak Doku Kitlesi/Kist Hidatik

Tablo 3. Kolelitiazis, inguinal herni, insizyonel herni, primer ventral herni, pilonoidal sinüs, multinodüler guatr ve diffüz toksik guatr için yapılan operasyonlar ve karşılaştırmaları. Veriler: hasta sayısı (%).

Tanı	**Cerrahi Teknik**	**1998-1999**	**2008-2009**	***p***
Kolelitiazis	*Laparoskopik Kolesisitektomi*	710 (%92)	231 (%93)	
	Açık Kolesisitektomi	61(%8)	17 (%7)	0,150
	Toplam	**771**	**248**	
İnguinal Herni	*Dikişle onarım*	263 (%74)	6 (%2)	
	Yama onarımı	92 (%26)	326 (%98)	< 0,001
	Toplam	**355**	**332**	
İnsizyonel Herni	*Dikişle onarım*	27 (%79)	3 (%8)	
	Yama onarımı	7 (%21)	33 (%92)	< 0,001
	Toplam	**34**	**36**	
Primer Ventral Herni	*Dikişle onarım*	20 (%95)	9 (%17)	
	Yama onarımı	1 (%5)	45 (%83)	< 0,001
	Toplam	**21**	**54**	
Pilonoidal Sinüs	*Eksizyon ± Primer onarım*	30 (%30)	17 (%8)	
	Eksizyon ± Marsup./Küretaj	54 (%55)	34 (%16)	
	Eksizyon ± Romboid/ v-y plasti	15 (%15)	13 (%6)	
	Eksizyon ± Karydakis flep	0 (%0)	145 (%68)	< 0,001
	Fenol Enjeksiyonu	0 (%0)	4 (%2)	
	Toplam	**99**	**213**	
MNG	*Hemitiroidektomi*	10 (%7)	6 (%5)	
	Bilateral Subtotal Tiroidektomi	110 (%77)	2 (%2)	
	Bilateral Total Tiroidektomi	14 (%10)	99 (%93)	< 0,001
	Sağ/Sol Subtotal Tiroidektomi	9 (%6)	0 (%0)	
	Toplam	**143**	**107**	
Toksik Diffüz Guatr	*Hemitiroidektomi*	1 (%11)	2 (%20)	
	Bilateral Subtotal Tiroidektomi	7 (%78)	0 (%0)	
	Bilateral Total Tiroidektomi	1 (%11)	8 (%80)	0,708
	Toplam	**9**	**10**	

Marsup: Marsupilizasyon, MNG: Multi Nodüler Guatr

Tablo 4. Benign Anorektal Hastalıklar; Hemoroidal hastalık, anorektal fistül, anal fissur ve rektal prolapsus oranları ve uygulanan cerrahilerin dönemler arası karşılaştırılması. Veriler: hasta sayısı (%).

	Cerrahi Teknik	**1998-1999**	**2008-2009**	***p***
Hemoroidal hastalık	*Hemoroidektomi*	6 (%100)	74 (%92)	
	Band Ligasyon	0 (%0)	6 (%8)	0,230
	Toplam	**6**	**80**	
Anorektal fistül	*Fistulotomi-Seton*	11 (%73)	20 (%83)	
	Fistül Eksizyonu	4 (%27)	0 (%0)	
	Tissel Uygulanması	0 (%0)	4 (%17)	0,794
	Toplam	**15**	**24**	
Anal Fissur	*Lateral İnternal Sfinkteretomi*	0 (%0)	120 (%99)	
	Fissurektomi	2 (%100)	2 (%1)	0,144
	Toplam	**2**	**122**	
Rektal Prolapsus	*Rezeksiyon/Peksi*	3 (%100)	1 (%33)	
	Stapler, Anorektal Rezeksiyon	0(%0)	2 (%67)	0,99
	Toplam	**3**	**3**	

Tablo 5. Onkolojik hastalıklar: Mide, kolon, rektum, meme, periampüller-pankreas gövde kuyruk, safra kesesi, tiroid ve özefagus karsinomları ve uygulanan cerrahilerin dönemler arası karşılaştırılması. Veriler: hasta sayısı (%).

Karsinom	**Cerrahi Teknik**	**1998-1999**	**2008-2009**	***p***
Mide	*Total Gastrektomi*	76 (%57)	15 (%43)	
	Subtotal Gastrektomi	5 (%4)	11 (%31)	
	Palyatif, Laparotomi ± Biyopsi	52 (%39)	9 (%26)	0,002
	Toplam	**133**	**35**	
Kolon	*Sağ/Sol Hemikolektomi*	36 (%46)	15 (%50)	
	Total/Subtotal Hemikolektomi	6 (%8)	5 (%17)	
	Sigmoidektomi/Ant.Rezeksiyon	28 (%35)	9 (%30)	< 0,001
	Palyatif, Laparatomi ± Biyopsi	9 (%11)	1 (%3)	
	Toplam	**79**	**30**	
Rektum	*Anterior Rezeksiyon*	3 (%4)	0 (%0)	
	Low Anterior Rezeksiyon	30 (%36)	3 (%43)	
	Miles	34 (%41)	2 (%29)	0,169
	Palyatif, Laparatomi ± Biyopsi	16 (%19)	1 (%14)	
	Toplam	**83**	**7**	
Meme	*Modifiye Radikal Mastektomi*	164 (%92)	25 (%76)	
	Meme Koruyucu Cerrahi	15 (%8)	8 (%24)	< 0,001
	Toplam	**179**	**33**	
Periampüller-	*Whipple/Total Eksizyon*	17 (%40)	7 (%54)	
Pankreas	*Palyatif, Laparatomi ± Biyopsi*	26 (%60)	6 (%46)	0,24
	Toplam	**43**	**13**	
Tiroid	*Bilateral Subtotal Tiroidektomi*	3 (%13)	0 (%0)	
	Total Tiroidektomi	15 (%63)	2 (%25)	0,005
	Tamamlayıcı Tiroidektomi	4 (%17)	3 (%38)	
	Total Troidektomi+MRBD	2 (%8)	3 (%38)	
	Toplam	**24**	**8**	
Safra Kesesi	*KC Rezeksiyonu-Kolesistektomi*	1 (%100)	0 (%0)	0,5
	Palyatif, Laparatomi ± Biyopsi	0 (%0)	1(%100)	
	Toplam	**1**	**1**	
Genel Toplam	*(1998-1999; 5 Özefagus dahil)*	**n= 547**	**n= 127**	< 0,001

Palyatif: Gastroenterostomi, Pasaj amaçlı by pass operasyonları, beslenme tüpleri yerleştirilmesi, İleostomi/kolostomi açılması, Hepatiko/Koledeko eneterostomi, MRNB: Modifiye Radikal Boyun Disseksiyonu

nun yanında, trafik kazaları ve yüksek hızlı silahla yaralanma olgularının günümüzde birçok ülkede artış gösteren sorunlar olduğu göz önüne alınmalıdır.[22–24]

Elektif vakalar incelendiğinde, SSK döneminde kolelitiazis, karaciğer kist hidatik ve peptik ülseri nedeniyle yapılan ameliyatların daha sık olduğu görüldü. Ülser tanısıyla elektif operasyon endikasyonunun zamanla içinde azalması yukarıda değinildiği gibi endoskopik ve farmakolojik tedavinin başarısına bağlanabilir. Hidatid kist hastalığı için ülkemiz endemik bir bölgedir.[25,26] Bu paraziter hastalıkla mücadelede saha çalışmalarının etkin olması ve hijyenik konularda toplumun daha bilinçli hale gelmesi de sıklığın azalmasında etkili olabilir. Ayrıca girişimsel radyoloji ve gastroenteroloji klinikleri tarafında uygulanan başarılı minimal invaziv işlemlerin karaciğer kist hidatiğini tedavi etmede etkin olduğu ve cerrahi girişim gerekliliğini kısmen azalttığı görülmektedir.[27–29]

SSK döneminde en sık preoperatif tanının kolelitiazis olması, Dışkapı Hastanesi'nin o dönemde nispeten yeni bir yöntem olan laparoskopik kolesistektominin yapıldığı en deneyimli merkez vasfını taşıması olabilir. Yeni dönemde ek sık yapılan ameliyat olan inguinal herni onarımı ise zaten genel cerrahi pratiğinde sıklığı en yüksek ameliyat olarak bilinmektedir.[30,31]

İkinci tarama dönemindeki sıklığı yüksek diğer preoperatif tanılar; primer ventral herni, pilonidal sinüs, anal fissür, perianal fistül, hemoroid ve memede tanımlanmamış kitle olmuştur. Bu hastalıklar da genel cerrahide sık görülen patolojiler olup bu tablo doğal kabul edilmiştir. Önceki dönemde çok daha az olmalarının nedeni ise kliniğe daha büyük ve özellikli ameliyat olgularının kabul edilmesi, benign genel cerrahi patolojilerin ise büyük oranda diğer merkezlere, özellikle SB hastanelerine sevkine olanak tanınmasıdır.

Dönemler arası cerrahi teknikler karşılaştırıldığında, kolelitiazis için laparoskopik kolesistektominin her iki dönemde de en sık kullanılan yöntem olması tartışmasız bu cerrahi tekniğin yerleşmiş olduğunu göstermektedir. İnguinal, insizyonel, primer ventral herni onarımında eski SSK döneminde doku-dikiş onarımları daha sık kullanırken yeni dönemde çok büyük oranda prostetik yama kullanımına başlanmıştır. Fıtık cerrahisinde yama onarımı diğer cerrahi tekniklerle karşılaştırıldığında üstün bulunmuş ve günümüzde elektif herni onarımında birincil uygulama olmuştur.[10,11,32,33] İkinci dönemde yama onarımlarındaki artış bu bilimsel kanıtlara paralel olarak pratiğe yansımıştır.

Pilonoidal sinüsün cerrahi tedavisinde de belirgin değişiklik gözlendi. Daha önce kullanılan marsupilizasyon/küretaj/primer kapama gibi yöntemler yerine Karydakis flep rekonstrüksiyonu yeni dönemde belirgin olarak daha sık kullanılmıştı. Pilonoidal sinüs cerrahisinde uygun cerrahi teknik seçimi konusunda çok sayıda seçenek mevcut olup hastaya ait özellikler kadar cerrahın aşina olduğu yöntemi kullanması da bir etkendir. Son yıllarda, Karydakis yöntemi ve romboid eksizyon-Limberg flebi ile kapama uygulanan olgularda komplikasyon ve nüks oranlarının daha az olduğu bildirilmektedir.[34,35] Bu bilimsel kanıtlar yanında, ekibe yeni dahil olan cerrahların flep teknikleri konusundaki deneyimlerini yaymaları da bu artışta etkili olmuştur.

Sağlık Bakanlığı döneminde anorektal benign hastalıklarda oldukça belirgin artış izlenmektedir. Bu tip hastalıkların eski SSK döneminde yatak sıkıntısı nedeni ile yatış ve cerrahi tedavi şansı bulamadıklarını düşünmekteyiz. Bu hastalıkların tedavisinde cerrahi teknik açısından dönemler arası farklılık izlenmemektedir.

Tiroid cerrahisi de fark saptanan bir konu olmuştur. Eski dönemde daha sık kullanılan bilateral subtotal tiroidektomi yerine yeni dönemde total tiroidektomi tekniği ağırlık kazanmıştır. Tartışmalı bir konu olmaya devam etse de, deneyimli ellerde total tiroidektominin kalıcı komplikasyon oranının düşük olduğu bildirilmektedir.[36] Bu yöntemin güvenilir bir tedavi seçeneği olduğunun gösterilmesiyle total tiroidektomi, benign tiroid patolojileri için de kabul edilebilir bir cerrahi seçenek olmuştur.[37,38] Yeni dönemde benign tiroid hastalıklarında total tiroidektomi oranlarının artmış olması bu gelişmeye paralellik göstermektedir.

İki dönem arasındaki en önemli farklardan biri majör cerrahi gerektiren onkoloji olgularının sayısındaki azalmadır. Mide, kolonrektum, meme, tiroid ve karaciğerin malign primer-metastatik karsinomlarına yönelik onkolojik cerrahi girişimler SSK döneminde daha sık uygulanmış olması, ilgili dönemde hastanenin referans merkez olmasına ve bu tip hastalara öncelik verilmesinin sonucu gibi gözükmektedir. Onkolojik hastalığı olan hastaların sağlık alanındaki birleşme ve sevk zorunluluğunun kaldırılmasının ardından bu konuda özelleşmiş merkezleri tercih etmiş olmaları yüksek olasılıktır. Diğer SB eğitim hastanelerinden, onkoloji merkezlerinden ve üniversite hastanelerinden gelecek sonuçlarla bu konuda daha net bir yorum yapmak mümkün olabilecektir. Kanser tiplerine göre yapılan cerrahi işlemi değerlendirmek ancak evrelerinin bilinmesi ile mümkün olabileceğinden cerrahi teknik konusunda dönemleri karşılaştırmanın doğru olmayacağı kanaatindeyiz.

Sonuç olarak, on yıllık sürede kliniğimizde yapılan ameliyat sayısında ¼ oranında bir azalma söz konusudur. Bu azalmadaki temel etkenlerin sağlıkta dönüşüm ile sevk zincirinin kaldırılması ve kliniklerdeki yatak sayılarının azaltılarak daha uygun koşullarda hizmetin amaçlanması ile açıklanabilir. Yeni profilde hastalar daha genç, erkek hastalar çoğunlukta, kanser hastaları daha az ve acil ameliyatlar daha fazladır. Eski SSK Hastanelerinin ülke toplam nüfusunun yaklaşık yarısına hizmet verdiği düşünülecek olursa bu azalma doğal karşılanabilir. Acil olgularındaki artış ise hastaneye travma merkezi vasfı kazandırılmasının sonucu olarak gözükmektedir.

Kaynaklar

1. http://www.ssk.gov.tr/wps/portal
2. İzmirli M, Altın S, Dernek BÖ, Ünsal M. SSK Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Merkezi'nin 1999–2004 yılları kanser istatistikleri. Türk Onkoloji Dergisi, 2007;22:172–82.
3. Hinton TG, Alexakhin R, Balonov M, Gentner N, Hendry J, Prister B, et al. Radiation-induced effects on plants and animals: findings of the United Nations Chernobyl Forum. Health Phys 2007;93:427–40.
4. Thorsen K, Glomsaker TB, von Meer A, Søreide K, Søreide JA. Trends in Diagnosis and Surgical Management of Patients with Perforated Peptic Ulcer. J Gastrointest Surg, 2011; May 13. (Basım aşamasında)
5. Schwartz RW, Pogge C.Physician leadership: essential skills in a changing environment. Am J Surg 2000;180:187–92.
6. Roberts-Thomson IC, Singh R, Teo E, Nguyen NQ, Lidums I. The future of endoscopy. J Gastroenterol Hepatol 2010;25:1051–7.
7. Reavis KM, Melvin WS. Advanced endoscopic technologies. Surg Endosc 2008;22:1533–46.
8. Malik A, Mellinger JD, Hazey JW, Dunkin BJ, MacFadyen BV Jr. Endoluminal and transluminal surgery: current status and future possibilities. Surg Endosc 2006;20:1179–92.
9. Cuschieri A. Laparoscopic surgery: current status, issues and future developments. Surgeon 2005;3:125–30,132–3,135–8.
10. The EU Hernia Trialists Collaboration. Repair of groin hernia with synthetic mesh. Ann Surg 2002;235:322–32.
11. Millikan KW. Incisional hernia repair. Surg Clin North Am 2003;83:1223–34.
12. Jacobson JA, Danforth DN, Cowan KH, d'Angelo T, Steinberg SM, Pierce L, et al. Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. N Engl J Med 1995;332:907–11.
13. Poggi MM, Danforth DN, Sciuto LC, Smith SL, Steinberg SM, Liewehr DJ, et al. Eighteen-year results in the treatment of early breast carcinoma with mastectomy versus breast conservation therapy: the National Cancer Institute Randomized Trial. Cancer 2003;98:697–702.
14. Pelizzo MR, Merante Boschin I, Toniato A, Sorgato N, Marzola MC, Rubello D. Surgical therapeutic planning options in nodular goiter. Minerva Endocrinol 2010;35:173–85.
15. Mazlum M, Dilek FH, Yener AN, Tokyol Ç, Aktepe F, Dilek ON. Profile of gallbladder diseases diagnosed at Afyon Kocatepe University: A retrospective study. Türk Patoloji Dergisi 2011;27:23–30.
16. Tababet Uzmanlık Tüzüğü
17. Yaylacı S, Yücel Ö, Hancı İH. Asistan hekimlerin ve aile hekimi adayı öğrencilerin müdahalelerinden doğan yasal sorumluluk. Adli Bilimler Dergisi 2009;8:49-57.
18. Yaylacı S, Yılmaz S, Karcıoğlu Ö. Emergency medicine and ethics. Acil Tıp ve Etik. Turk J Emerg Med 2007;7:183–90.
19. Lin HJ. Role of proton pump inhibitors in the management of peptic ulcer bleeding. World J Gastrointest Pharmacol Ther 2010;1:51–3.
20. Choy TY, Simoens C, Thill V, Mboti F, Vandaele S, Mendes da Costa P. Results of surgical treatment of uncontrollable upper gastrointestinal hemorrhage using endoscopy. Hepatogastroenterology 2011;58:89–95.
21. Okutur SK, Alkm C, BES C, Gürbüz D, Kınık Ö, Gültürk E. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2007;6:30–6.
22. Al Marzooqi AH, Badi M, El Jack A. Road traffic accidents in Dubai, 2002–2008. Asia Pac J Public Health 2010;22:31–9.
23. Montenegro MD, Duarte EC, Prado RR, Nascimento AD. Mortality of motorcyclists in traffic accidents in the Brazilian Federal District from 1996 to 2007. Rev Saude Publica 2011;45:529–38.
24. Inci I, Ozçelik C, Taçyildiz I, Nizam O, Eren N, Ozgen G. Penetrating chest injuries: unusually high incidence of high-velocity gunshot wounds in civilian practice. World J Surg 1998;22:438–42.
25. Jenkins DJ, Romig T, Thompson RC. Emergence/re-emergence of Echinococcus spp.--a global update. Int J Parasitol 2005;35:1205-19.
26. Hakverdi S, Sayar H, Yaldiz M, Erdoğan S, Akansu B, Canda MS. [Unusual localization of echinococcosis in cukurova (134 case)]. Turkiye Parazitol Derg 2009;33:77-81.
27. Akhan O, Ozmen MN, Dincer A, Sayek I, Gocmen A. Liver hydatid disease: long-term results of percutaneous treatment. Radiology 1996;198:259–64.
28. Smego RA Jr, Bhatti S, Khaliq AA, Beg MA. Percutaneous aspiration injection-reaspiration drainage plus albendazole or mebendazole for hepatic cystic echinococcosis: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2003;37:1073–83.
29. Schipper HG, Lameris JS, van Delden OM, Rauws EA, 281 Kager PA. Percutaneous evacuation (PEVAC) of multivesicular echinococcal cysts with or without cystobiliary fistulas which contain non-drainable material: first results of a modified PAIR method. Gut 2002;50:718–23.
30. Ohana G, Manevwitch I, Weil R, Melki Y, Seror D, Powsner E, et al. Inguinal hernia: challenging the traditional indication for surgery in asymptomatic patients. Hernia 2004;8:117–20.
31. Śmietański M, Lukasiewicz J, Bigda J, Lukianski M, Witkowski P, Sledzinski Z. Factors influencing surgeons' choice of method for hernia repair technique. Hernia 2005;9:42-5.
32. Yıldırım M, Boz A, Polat AF, Erkan N. İnguinal Hernilerde Basssini Onarımı İle Polipropilen Yama Onarımının Karşılaştırılması: Retrospektif Çalışma. Ege Tıp Dergisi 2006;45:121–5.
33. Ünal B, Karabeyoğlu M, Ünal D, Bozkurt B, Yıldırım O, Koçer B ve ark. İnguinal Herni Onarımı Hastalarda Yaşam Kalitesi: Lichtentein Yöntemi İle Meshsiz Yöntemlerin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2007;60:134–6.
34. Yıldırım O, Turan Ü, Ünal B, Kırımlıoğlu V. Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15:299–305.
35. Küçükkartallar T, Tekin A, Vatansever C, Aksoy F, Erenoğlu B. Farklı tekniklerle tedavi edilen pilonidal sinüs olgularının sonuçlarının karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi 2007;17:95–7.
36. Delbridge L. Total thyroidectomy: the evolution of surgical technique. ANZ J Surg 2003;73:761–8.
37. Veyseller B, Aksoy F, Demirhan H, Yıldırım YS, Ertaş B, Acıkalın M ve ark. Selim tiroid hastalıklarında total tiroidektomi. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2009;19:299–303.
38. Ardito G, Revelli L., Moschella F, Fadda G, Ardito F, Galata G, et al. Diagnostic lobectomy for unilateral follicular nodules of the thyroid gland. Surg Today 2004;34: 557–9.