

## ■ EDİTÖRE MEKTUP

### ■ SORU

Dr. Mehmet Kürşat BOZKURT

Sağlık Bakanlığı Isparta Devlet Hastanesi, Isparta

Sayın Editör,

*Ulusal Cerrahi Dergisi* Cilt 19 Sayı 1: 54-59 sayfalarında yayınlanan Dr. Nurullah Bülbüller ve arkadaşlarının "İnsizyonel Hernilerde Mayo Herniyorafi ve Meş Onarımının Karşılaştırılması"<sup>(1)</sup> başlıklı yazıyı okudum.

Yazıda, sanırım yanlışlıkla, defekt alanı yerine defekt çapı, Mayo herniyorafi yerine mayo herniyorafi yazılmaktadır. Gereç ve Yöntem bölümünde Mayo herniyorafilerde tek doz, 3. kuşak sefalosporin kullanıldığı, meş kullanılan hastalarda buna ek olarak üç gün antibiyotiğe devam edildiği belirtilmektedir. Dren kullanımına ilişkin bilgi verilmemiştir. Mayo herniyorafi yapılanlarda, ilk ameliyat sonrası yara enfeksiyonu gelişen hastalar ve yüksek riskliler dışında profilaksinin gereksiz olduğunu, meş kullanılanlarda ise mutlaka üç gün değil, eğer kullanıldıysa kapalı emici drenler alınana kadar antibiyotik kullanımının devam etmesi gerektiğini ve seçilecek antibiyotikğin 1. kuşak bir sefalosporin olması gerektiğini düşünüyorum. Serideki %8.7'lik enfeksiyon oranı başarılı profilaksi yapılmadığının göstergesidir. Tartışma bölümünde yazarlar çeşitli çalışmalarda meş ile tamirde nüks oranının %6-10 olarak bildirildiğini belirterek sadece iki kaynak kullanmışlardır.<sup>(2,3)</sup> Bu iki kaynaktan yazının giriş bölümünde de yararlanılmıştır. Ancak bu iki çalışma insizyonel hernilerde sentetik materyallerin kullanılmaya başlandığı, tekniğin tam geliştirilemediği erken dönemlere (2 no.lu kaynak 1978, 3 no.lu kaynak 1984 yılı) ait çalışmalardır ve kanımca iyi örnekler değildir. Nitekim kaynaklar arasında bulunan ülkemizden daha yeni bir çalışmada nüks oranı %2.2'ye düşmektedir.<sup>(4)</sup> Ya-

zarlar Mayo onarımı yapılan iki çalışmayı kaynaklar arasında belirtmektedirler.<sup>(5,6)</sup> Bu çalışmalardan birincisinin sonuç yorumunda Mayo onarımının sonuçları kabul edilemez olarak değerlendirilmiş ve insizyonel herni onarımında oto/alloplastik materyal implantasyonu önerilmiş, ikinci çalışmanın sonuç yorumunda ise orta hat insizyonel hernilerde Mayo onarımının kullanılmaması gerektiği bildirilmiştir. Buna karşın oldukça kısa sayılabilecek bir izlem sonrası yazarlar Mayo herniyorafinin insizyonel herni tamirinde güvenle kullanılabilir bir yöntem olduğunu düşündüklerini yazmaktadırlar. Yazarlarla aynı görüşü paylaşmıyor, okurlara hatalı mesaj verdiklerine inanıyorum. Saygılarımla.

### KAYNAKLAR

1. Bülbüller N, Doğru O, Pektaş B, İlhan YS, Çetinkaya Z, Kırkıl C. İnsizyonel Hernilerde Mayo Herniyorafi ve Meş Onarımının Karşılaştırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2003;19:54-58.
2. Larson GM, Harrower HW. Plastic mesh repair of incisional hernias. *Am J Surg* 1978;135:559-63.
3. Lewis RT. Knitted polypropylene (Marlex) mesh in the repair of incisional hernias. *Can J Surg* 1984;27:155-7.
4. Türkçapar AG, Yerdel MA. Repair of midline incisional hernias using polypropylene grafts. *Surg Today* 1998;28:59-63.
5. Paul A, Korenkov M, Peters S, Kohler L, Fisher S, Troidl H. Unacceptable results of the Mayo procedure for repair of abdominal incisional hernias. *Eur J Surg* 1998;164:361-7.
6. Luijendijk RW, Lemmen MH, Hop WC, Wereldsma JC. Incisional hernia recurrence following "vest - over - pants " or vertical Mayo repair of primary hernias of the midline. *World J Surg* 1997;21:62-5.

## ■ CEVAP

Dr. Nurullah BÜLBÜLLER

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Elazığ

Sayın Editör,

Sayın Bozkurt'un değindiği konulara ilişkin görüşümü sunuyorum.

Sayın Bozkurt'un belirttiği gibi, makalemizde<sup>[1]</sup> farkına varamadığım bazı yazım hataları mevcuttur, bundan dolayı özür diliyorum. Makalemizde belirtilen 'defekt çapı', Tablo 1'de belirtiliği gibi 'defekt yüzeyi', 'mayo herniyorafı' ise 'Mayo herniyorafı' olarak yazılmalıydı. Yine aynı şekilde belirtildiği gibi '3. kuşak sefalosporin kullanımı' yanlış bir ifade olup, kliniğimizde Sn. Bozkurt'un da açıkça belirttiği standart profilaktik antibiyotik uygulaması yapılmaktadır.

Mayo herniyorafı ile yapılan insizyonel herni tamirlerinde yüksek nüks oranları bildirilmiştir. Ancak bu serilerde vaka seçimi yapılmamıştır. Sonuç olarak Mayo herniyorafı ile insizyonel herni tedavisinde nüks gelişimi için defekt yüzeyinin büyüklüğü, steroid kullanımı gibi faktörler belirtilmiştir.<sup>[2,3]</sup> Genel olarak insizyonel herni tamirinde meş tamirinin nüks yönünden üstünlüğü tartışılmazdır. Ancak küçük insizyonel herni konusunda cerrahlar arasında tam bir görüş birliği mevcut değildir. Bu konuda 2003 yılında yapılan bir araştırmada; küçük insizyonel herni tamirinde meş tamirine karşı sütürlerle yapılan tamir yeterli olup olmayacağına açıkça belli olmadığı vurgulanmış olup, geniş prospektif çalışmaların gerekliliği belirtilmiştir.<sup>[4]</sup> Mittermair ve ark.'nın 208 hastalık ve ortalama 6 yıllık izlem sonrası yayınladıkları bir makalede; insizyonel herni tamirinde, eğer hasta-

da dört risk faktörünün birden fazlası yoksa (siroz, kronik öksürük, obezite ve herni genişliğinin >4 cm olması), vertikal Mayo herniyorafinin iyi bir metod olduğunu belirtmektedirler.<sup>[5]</sup> Biz de bu çalışmaya paralel olarak; insizyonel herni tamirinde Mayo herniyorafı uygulamasını; defekt yüzeyi küçük olan ve obezite, malignite, diyabet gibi risk faktörleri bulunmayan hastalarda yeterli olabileceğini açıkça belirtiyor ve bu koşullar dışında uygulamayı önermiyoruz. Saygılarımla.

## KAYNAKLAR

1. Bülbüller N, Doğru O, Pektaş B, İlhan YS, Çetinkaya Z, Kırkıl C. İnsizyonel Hernilerde Mayo Herniyorafı ve Meş Onarımının Karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Dergisi 2003;19:54-58.
2. Paul A, Korenkov M, Peters S, Kohler L, Ficher S, Troidl H. Unacceptable results of the Mayo procedure for repair of abdominal incisional hernias. Eur J Surg 1998;164:361-7.
3. Luijendijk RW, Lemmen MH, Hop WC, Wereldsma JC. Incisional hernia recurrence following "vest-over-pants" or vertical Mayo repair of primary hernias of the midline. World J Surg 1997;21:62-5.
4. Courtney CA, Lee AC, Wilson C, O'Dwyer PJ. Ventral hernia repair: a study of current practice. Hernia 2003;7:44-46
5. Mittermair RP, Klingler A, Wykypiel H, Gadenstatter M. Vertical Mayo repair of midline incisional hernia: suggested guide lines for selection of patients. Eur J Surg 2002;168:334-338



## ■ SORU

Op. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK

İstanbul Üniversitesi Genel Cerrahi AD, İstanbul

Sayın Editör,

*Ulusal Cerrahi Dergisi*'nin Eylül- Ekim 2002 sayısının 243-247 sayfalarında yer alan Dr. Özgün ve arkadaşlarının "Ratlarda Loop Kolostominin Kolon Anastomoz İyileşmesine Etkisi" başlıklı çalışmalarını ilgi ile okudum. Bu değerli çalışma ile ilgili iki noktaya değinmek gerekliliğini duydum:

1. Çalışmanın sonuçlarında genel ve lokal komplikasyonlara değinilmediği halde tartışmada 4. paragraf 2. cümlede "loop kolostomi ile anastomoz komplikasyonlarının azaldığının sağlandığı" ifadesi yer almaktadır, bu azalmanın miktarı nedir?
2. Çalışmanın yöntemi tarafımızdan 1994 yılında *Karadeniz Tıp Dergisi*'nde yayınlanan "Proksimal kolostomilerin sol kolon anastomoz iyileşmelerine etkileri"<sup>(1)</sup> başlıklı çalışma ile benzerdir. 9 yıl aradan sonra çalışmış olduğumuz bir yöntemin tasarlanıp araştırılması bizleri memnun etmiştir. Yerli yayınların hepsine olmasa

da büyük bir kısmına ulaşılabilme olanağı sunan veri kaynaklarının araştırılması gerekliliği, bu durumda da olduğu gibi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. [www. Turkishmedline.com](http://www.Turkishmedline.com) adresindeki Türkçe medline araştırılmış olsaydı Özgün ve arkadaşlarının 1994'te bizlerin ulaştığımız noktanın biraz daha ilerisine gidebilecekleri inancını taşımaktayım.

Bu tesadüf vesilesiyle tüm Türk Cerrahi ailesindeki çalışmalarda yerli kaynakların irdelenip faydalanılması gerekliliğine olan ihtiyacı bir kez daha hatırlatıp çalışmalarınızda başarılar dilerim. Saygılarımla

### KAYNAK

1. Özçelik MF, Çiçek Y, Pekmezci S, Durgun V, Düren M: Proksimal kolostomilerin sol kolon anastomoz iyileşmelerine etkileri. *Karadeniz Tıp Dergisi*. 1994; 7: 29-32

## ■ CEVAP

Dr. Hedef ÖZGÜN

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Manisa

Sayın Editör,

"Ratlarda Loop Kolostominin Kolon Anastomoz İyileşmesine Etkisi" başlıklı çalışmamıza ilgi ve eleştirilerinden dolayı Dr. Mehmet Faik Özçelik'e teşekkür ederiz. Yaptıkları çalışmanın sonuçlarından yararlanamamış olmaktan dolayı da gerçekten üzüntü duyduğumu belirtmek isterim. Her ne kadar Türk medline giderek daha çok yayına ulaşılmasını sağlasa da, kendi yayınlarımızı taradığımızda gördüğümüz kadarıyla henüz istenilen düzeyde değildir. Bu nedenle genel cerrahi alanındaki böyle değerli verilerin yayınlanması için genel tıp dergileri yerine branş dergilerinin tercih edilmesinin daha geniş okuyucu kitlesine ulaşmasını sağlayacağı takdir edilmelidir.

1. "Loop kolostomi ile anastomoz komplikasyonlarının azalması sağlanırken, anastomoz iyileşmesi uç kolostomiye göre daha az etkilenmektedir" cümlesinin loop kolostominin komplikasyonların azalmasını sağlaması yazıda daha önce de belirtilmiş olan literatür bilgilerine dayanarak ifade edilirken (yazıdaki 2 ve 3 nolu kaynaklar), anastomoz iyileşmesine etkisi çalışmamızın sonucunu belirtmektedir. Bununla birlikte, yöntemimizde ele alınmadığından belirtilmemekle beraber, deneysel çalışmamızda anastomoz çevresine yapışıklıklar dışında ka-

çak veya fistül gibi anastomoz komplikasyonları hiçbir grupta görülmemiştir.

2. İki çalışmanın sonuçları arasında loop kolostomi gruplarının hidrokspirolin düzeylerinin diğer gruplarla kıyaslaması farklı sonuçlar vermektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre loop kolostomi yapılan grubun hidrokspirolin düzeyleri kontrol grubundan anlamlı fark göstermezken, uç kolostomi yapılanlara göre daha yüksektir. Bunu miyoelektrik aktivitenin loop kolostomi yapılırken korunmasına bağlıyoruz. Bu çalışmanın sonuçları, kolostomi yapıldığında distal barsak segmentinin miyoelektrik aktivitesinin incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Sayın Dr Özçelik'in yazımıza gösterdiği ilgiye teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

### KAYNAKLAR

1. Blomquist P, Jiborn H, Zederfeldt B. Effect of diverting colostomy on breaking strength of anastomoses after resection of the left side of the colon. *Studies in the rat. Am J Surg* 1985; 149: 712-715.
2. Uden P, Blomquist P, Jiborn H, Zederfeldt B. Influence of proximal colostomy on the healing of a left colon anastomosis: an experimental study in the rat. *Br J Surg* 1988; 75: 325-329.



# ULUSAL CERRAHİ DERGİSİ

## 2003 YILI YAZI KURALLARI

1. Ulusal Cerrahi Dergisi, Türk Cerrahi Derneği'nin yayın organı olup, cerrahi bilimi ile ilgili klinik ve deneysel çalışmaları, cerrahinin temel konularındaki inceleme yazılarını, teknik katkıları, cerrahideki gelişmeleri, haberleri ve mektupları yayınlar.
2. Dergi 3 ayda bir, yılda 4 sayı yayınlanır.
3. Gönderilen yazıların dergide yayınlanabilmeleri için hakemler tarafından uygun görülmesi gerekir.
4. Yazılar 20x29 (21x29) cm boyutlarında standart dosya kağıdının bir yüzüne, kenarlardan en az 3'er cm boşluk bırakılarak, 11 punto ile iki aralıklı olarak yazılmalıdır. Bir daktilo sayfası 200 kelimeyi aşmamalıdır. Dergiye gönderilecek her türlü materyal (yazı, resim ve şekil) bir asıl ve 3 fotokopi olarak (resimler 3 asıl) dört kopya gönderilmelidir. Yazar, dergiye sunduğu her türlü materyalin bir kopyasını da saklamalıdır. Araştırmalar, IBM-DOS veya MS-DOS formatında hazırlanmış 3.5 inçlik diskette ve WORD 6.0 programında 11 punto büyüklüğünde yazılmış olmalıdır. WORD 6.0 dışında bir programla yazılmış olan araştırmalar ACII veya MS-DOS TEKS formatına dönüştürülerek gönderilmelidir. Disket üzerinde, dosya adı, kullanılan kelime-işlem programının adı ve araştırmacının hangi formatta yazıldığı belirtilmelidir. Ayrıca gönderilen çalışmalarda kullanılan ham verilerin, istatistik değerlendirme için PC uyumlu EXCEL formatında ayrı bir disket üzerinde ve yazı ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.
5. **YAZININ HAZIRLANMASI:** Dergiye gönderilecek bütün yazılarda ilk sayfada en üste yazının Türkçe ve İngilizce başlığı bulunmalıdır. Başlık altında yazarlar yer almalı ve her birinin ad ve soyadı açık olarak yazılmalıdır (yazar sayısı 8'i geçmemelidir). Bunu ayrı bir satır olarak çalışmanın yapıldığı kurum (servis, klinik, anabilim ya da bilim dalı, enstitü) hastane ve bulunduğu kent izlemelidir. Çalışmayı destekleyen fon veya kuruluşlar varsa, altta ayrı bir satır olarak belirtilmelidir. Dergiye sunulan yazıların daha önce herhangi bir yayın organında yayınlanmamış olması ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Deneysel, prospektif klinik ve hakemlerin gerekli gördüğü çalışmalarda etik kurul kararı aranır. Ka-

rarın resmi bir örneği yazı ile birlikte gönderilmelidir.

İkinci, üçüncü ve dördüncü sayfalar sırası ile tanıtım, Türkçe ve İngilizce özetlere ayrılmalıdır. Tanıtım özeti derginin içindekiler sayfasında yayınlanacaktır; okuru yazıda ne bulacağı konusunda aydınlatan maksimum 40 kelimelik bir ifade olmalıdır.

Üçüncü ve dördüncü sayfalarda Türkçe ve İngilizce özet ayrı ayrı yazılmalıdır. Türkçe özet aşağıdaki bölümleri içermelidir:

1. Birkaç cümle ile özetlenen **Amaç**, 2. İncelenen alanın bu çalışmadan önceki durumunu açıklayan kısa bir **Durum Değerlendirmesi**, 3. Çalışmanın dayandırıldığı mantığı ve yöntem seçiminin gerekçelerini yansıtan **Yöntem**, 4. Çalışmadan elde edilen temel çıkarımları özetleyen **Çıkarımlar**, 5. Çalışmadan çıkan **Sonuçlar**

Çalışma tipi (deneysel çalışma, klinik çalışma, vs.) belirtilmeli, karşılaştırma grupları rastlantısal ise rastlantısallığın nasıl sağlandığı açıklanmalı, istatistiksel çözümlemede kullanılan yöntem belirtilmelidir.

İngilizce özet aynı bilgileri içermekle birlikte bölümlere ayrılmamalı, ancak ele alınan konuyu, kullanılan yöntemleri ve elde olunan en önemli bulguları açıkça yansıtmalıdır. "Bu konu incelenmiş ve elde edilen sonuçlar bildirilmiştir" şeklinde ifadeler kabul edilemez. Türkçe özet ortalama 250, İngilizce özet ortalama 200 kelime dolayında olmalıdır. İngilizce özet, gramer kurallarına uygun, anlaşılabilir olmalı ve Türkçe'den tercüme izlenimi taşımamalıdır. Tercihan ana dili İngilizce olan veya bu dilin eğitimini almış bir kişi tarafından yazılmalıdır. Her iki özeteğin altında "Index Medicus Subject Headings" listelerine uygun üç ile altı anahtar kelime eklenmelidir. Sayısı onu geçmeyen kısaltmalar ait olduğu kelimenin hemen arkasında ve ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.



Beşinci sayfa başlık konulmayan kısa bir giriş ile başlamalı ve yazı; gereç ve yöntem, sonuçlar, tartışma sıralaması ile kesintisiz olarak sürmelidir. Klinik ve deneysel çalışmalar ile ilgili yazılar, kaynaklar hariç her biri 200'er kelimelik 10 daktilo sayfasını aşmamalıdır. Metne eşlik eden tablolar, metnin bir tekrarı şeklinde olmamalı, metne katkıda bulunulacak bir şekilde tasarlanmalıdır.

Yazıların hazırlanması sırasında içeriğin gereksiz şekilde şişirilmemesine dikkat edilmelidir. Karmaşık sonuçlar ve gruplar arası kıyaslamalar olanak bulunduğu ölçüde tablolar halinde verilmeli, metin içinde ancak çok önemli bölümler kısaca tekrarlanmalıdır. Yazarlar, metin uzunluğu ile tablo ve şekil sayısının oranına dikkat etmelidirler. Tablo sayısı beşi geçmemelidir. Tartışma bölümü konu ile ilgili geniş bir teorik anlatım olmak yerine, elde edilen sonuçların geçerlilik ve anlamlılıklarının benzer ya da önceki çalışmalar ile kıyaslama ile irdelenmesi şeklinde olmalıdır. Yetersiz ya da spekülatif verilere dayanılarak kesin ve otoriter yargılara varmaktan kaçınılmalıdır. Dergide yayınlanan makaleler üzerinde tartışma teşvik edilmektedir. Bu amaçla editöre yazılacak mektuplar 200 kelimelik bir daktilo sayfasını aşmamalıdır. Mektuplarda değinilen yazı, sayı ve sayfa belirtilerek açıkça belirlenmelidir.

6. **ŞEKİL, RESİM ve GRAFİKLER:** metinden ayrı olarak ve arkalarında yumuşak kurşun kalem ile sıraları, yazarların isimleri ve yazının başlığı yazılarak gönderilmelidir. Şekil ve resim alt yazıları ise ayrı bir sayfaya yazılarak metne eklenmelidir. Mikroskopik resimlerde büyültme oranı ve kullanılan boyama tekniği açık olarak belirtilmelidir. Klişesi yapılacak grafik, şema ve kimyasal formül gibi şekillerin çini mürekkebi ile aydınlar ya da beyaz resim kağıdına çizilmiş, fotoğrafların parlak kağıda kontrastlı olarak basılmış olmaları gerekir. Şekil ve şemaların profesyonel bir anlayış ile çizilmiş olmalarına dikkat edilmelidir. Renkli resim ve şekiller masrafı yazar tarafından ödenmek koşulu ile basılabilir.
7. **KAYNAKLAR:** metin içinde sıralarına göre numaralanmalı ve ilk yazarın soyadı itibarı ile başlamalıdır. Kaynak makalelerde yazarların her biri soyadları ve adlarının baş harfleri ile belirtilmelidir. Makale başlıkları ilk kelimedenden sonra küçük harf, kitaplar ise büyük harf ile başlamalıdır. Dergi adı Index Medicus kurallarına uygun olarak kı-

saltılarak belirtilmeli, bunu yayın, yıl, volüm ve başlangıç ve bitiş sayfa sayıları izlemelidir.

#### **Makale için örnek:**

Richards AB, Sosin H. Cancer of the pancreas: The value of radical and palliative surgery. *Ann Surg* 1973; 177:325-31.

#### **Kitaplardan yapılan alıntılar için örnek:**

Weinstein I, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology: Mechanisms of disease. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 1974. p.457-71.

Yukarıdakiler dışında kalan kaynak için de International Committee of Medical Journal Editors'ın **Uniform Requirements for Manuscripts**'ine başvurunuz. ([www.icmije.org](http://www.icmije.org)) Arzu edenler bu konuda dergi editörlüğüne başvurabilirler.

#### **8. YAZARLARIN KATKILARININ BELİRLENMESİ:**

Çalışmanın düşünülmesi ve planlaması:  
Verilerin elde edilmesi:  
Verilerin analizi ve yorumlanması  
Yazının kaleme alınması:  
İstatistik değerlendirme:

9. **AYRI BASKI:** Her makale için 20 adet ayrı baskı ücretsiz olarak sağlanır. Daha fazla sayıda ayrı baskı, maliyet ücretinin karşılanması ile olasıdır.

10. **İLETİŞİM:** Dergi ile yazarlar arasında gerekli haberleşme aksi belirtilmedikçe ilk isimle yapılacaktır. Yazıların dergiye sunulduğu sırada haberleşmeden sorumlu yazar; ayrı baskı talebi, yazının sadece *Ulusal Cerrahi Dergisi*'ne gönderilmiş olduğunu ve tüm yazarların yazıya ilişkin onayının bulunduğunu belirten kısa bir yazı da göndermelidir.

#### **YAZIŞMA ADRESİ:**

Dr. Cemalettin Topuzlu  
Ulusal Cerrahi Dergisi Editörü, İ.Ü. Onkoloji  
Enstitüsü, 34390, Çapa-İstanbul

Bilgi için lütfen dergi sekreterine başvurunuz:  
Fadime Oğuz  
İÜ Onkoloji Enstitüsü; 34390 Çapa, İSTANBUL  
Tel: 531 31 00-272; Fax: 0212 534 80 78  
e-posta [turkcerdergi@ttnet.net.tr](mailto:turkcerdergi@ttnet.net.tr)