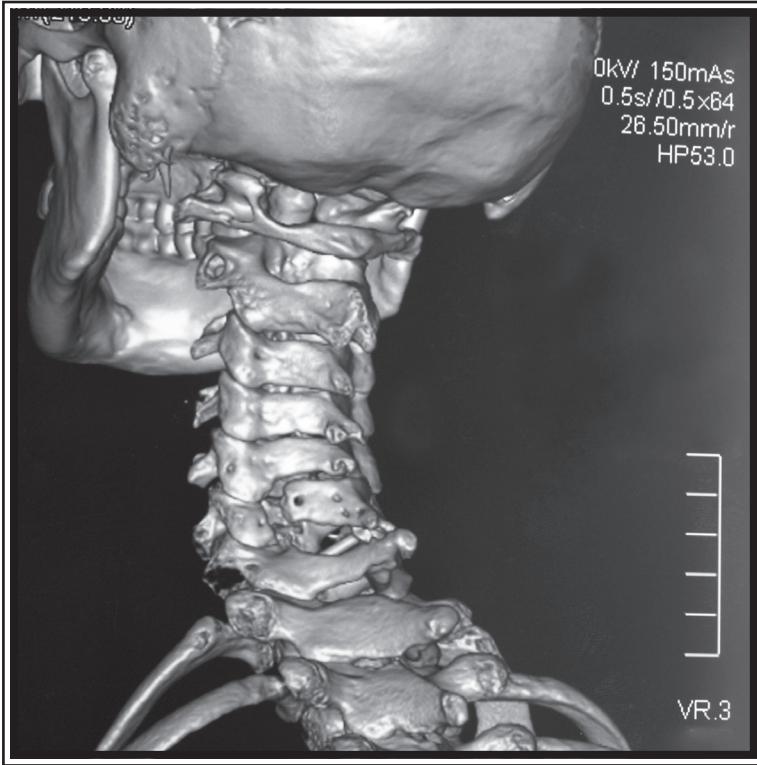


SPİNAL

ve

PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ

www.spineturk.org



BAŞKANIN MESAJI

EDİTÖRDEN

MAKALE ÇEVİRİLERİ

Servikal Spondilotik Miyelopatide Uygulanan Laminoplastinin Cerrahi Sonuçlarını Etkileyen Prognostik Faktörler

TARTIŞMA PANELİ

SPİNAL ANILAR

TOPLANTILARDAN İZLENİMLER

İleri Spinal Cerrahi Kursu "10. Kurs"

HUKUK KÖŞESİ

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk

TOPLANTI TAKVİMİ

ÜYE LİSTESİ



TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU BÜLTENİ
OCAK 2011 / Sayı 50



SPİNAL ve PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ

TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU
BÜLTENİ
OCAK 2011 • SAYI 50

TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU
YÖNETİM KURULU

Dr. Alparslan Şenel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Beyin Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun
asenel@omu.edu.tr

Dr. Süleyman Çaylı

İnönü Üniversitesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Malatya
srayli@inonu.edu.tr

Dr. Sedat Dalbayrak

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. Nöroşirürji Kliniği, Kartal / İstanbul
sedatdalbayrak@gmail.com

Dr. Cüneyt Temiz

Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Manisa
temiz2@tr.net

Dr. Ali Arslantaş

Osman Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Eskişehir

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Cüneyt Temiz
Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Manisa
temiz2@tr.net
www.spinetr.org

KAPAK RESMİ

“Laminotomi”

Yazıların içeriğinden yazarlar sorumludur.

TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ

Taşkent Caddesi 13/4 06500 Bahçelievler, Ankara
Tel: 0312 212 64 08 Faks: 0312 215 46 26
E-mail: info@turknorosirurji.org.tr
Web: www.turknorosirurji.org.tr

Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri
Tel: (312) 222 44 06, ANKARA
www.bulustasarim.com.tr

İçindekiler

Başkanın Mesajı.....	3
Editörden.....	4
Makale Çevirileri.....	5
Tartışma Paneli.....	10
Spinal Anılar.....	17
Toplantılardan İzlenimler.....	19
Hukuk Köşesi.....	21
Toplantı Takvimi.....	30
Üye Listesi.....	32

başkanın
mesajı

1

başkanın mesajı

Dr. Alparslan Şenel



Değerli meslektaşlarım,

TNDer Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Eğitim ve Öğretim gurubu olarak yayınladığımız bu son bülten 50. sayı olarak yerini alacaktır. Bu öykü bültenin tek yapraklı broşür formatından bir kaç sayfalık fasikül formatına oradan da sayfa sayısı yönüyle ciddi bir dergi büyüklüğüne, son olarak ise TNDer'in aldığı kararlar doğrultusunda basılı materyal olma şeklinden sanal ortama geçişine kadar olan uzun bir yolu kapsamaktadır. Bir kaç sayı geriden gelen zamansal gecikmeyi kapatacak kadar yoğun çaba sarfeden Dr. Cüneyt Temiz'in bültende yer alacak başkan mesajlarını benden istediğinde kronolojik hata yapmamak için oldukça zorlandığım zamanlar oldu. Umarım bu noktadan geriye dönüş olmaz ve yeni gelecek arkadaşlarımız bu bayrak yarışını aynı düzende sürdürürler.

İki yıllık dönemde yönetim kurulu olarak yaptıklarımızı gözden geçirdiğimde bülten bunun bir parçası olarak yer alıyor. Ancak sektörel ekonomik sıkıntının en üst düzeyde olduğu bir dönemde -her ne kadar bazı arkadaşlarımız toplantılarımızda yeterince eğlenemediğini belirterek şikayet etse de- başarılı olduğumu düşündüğümüz yüksek katımlı, olgu tartışmalarının ön plana alındığı interaktif, yüksek bilimsel düzeyli birçok toplantı gerçekleştirdik. Bu toplantıların yanında Türk Omurga Derneği'nin düzenlediği Uluslararası katımlı kongreye ve eğitim modül toplantılarına da destek verdik. Bu toplantılara katılım ve destekleme durumumuz genişletilmiş yönetim kurulumuzun 10.01.2010 tarihinde katılımcıların oy birliği ile aldığı ilişkilerin geliştirilmesi kararı sonrası

(Yönetim Kurulu Tutanak No: 5, bültende yayınlanmıştır) karşılıklı iyi niyet çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

Yönetim kurulumuzun düzenlemiş olduğu iki dönemden oluşan yaz okulunun içeriği AOSpine eğitim kitabı temel alınarak hazırlandı ve uygulandı. Tartışma olguları ile desteklenerek eğitim kalitesi artırılmaya çalışıldı.

Bölgesel toplantılara devam edildi ve dört değişik ilimizde gerçekleştirildi. Ancak bu toplantılar ile ilgili olarak bazı arkadaşlarımız katılmadıkları, hatta konuşmacı listelerini bile bilmedikleri halde 'hep aynı kişiler neden konuşmacı oluyor' anlamına gelecek şekilde amiyane e-postalarla eleştirdiler. Oysa bu toplantılarda yıllardan beri yapıla geldiği şekilde ilk oturumun konuşmacıları tecrübeli eğiticilerden, diğer oturumların tüm konuşmacıları ise toplantının yapıldığı bölgedeki arkadaşlarımızdan seçilmişti.

'Omurga Cerrahisinde Komplikasyon ve Revizyon' konulu gerçekleştirdiğimiz sempozyumda katılımcı sayısı 384 idi ve son oturum dahil salon doluydu. Toplantıyı deneyimli konuşmacıların tartışma olgularıyla zenginleştirdik. Ancak bu nokta da bazı arkadaşlarımız olgu sunmayı beğenmeyip katılmayı reddetti. Yine bazı arkadaşlarımız sosyal programı yetersiz bularak eleştirilerde bulundu. Oysa yönetim kurulu olarak bu toplantıların temel amacının eğitim olduğu fikrini hep ön planda tuttuk.

Bu sempozyumla ilgili hazırlanan kitapta emeği geçen tüm yönetim kurulu üyelerini editör gurubu olarak belirledik, ayrıca sempozyum kitabını toplantı çantasına ücretsiz olarak verilmek üzere ekledik.

Bütün toplantıların düzenlenmesinde ciddi emek ve zaman harcayan Dr. Ali Arslantaş'a burada bir kez daha teşekkür ederim.

Dr. Sedat Dalbayrak tarafından yenilenerek düzenlenen web sitemiz ilginizi beklemektedir. Ayrıca yine Dr. Sedat Dalbayrak tarafından organize edilen gurup içi e-posta sistemi aktif hale getirildi.

Şimdiye kadar bizden desteklerini esirgemeyen tüm arkadaşlarımıza teşekkür ederim. Bizden sonra bayrağı devir alacak arkadaşlara da başarılar dilerim.

Prof. Dr. Alparslan Şenel

Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi

Öğretim ve Eğitim Grubu Yönetim Kurulu Başkanı

editörden 2

editörden

Dr. Cüneyt Temiz



Değerli meslekdaşlarım,

Yeni bir sayı ile tekrar birlikteyiz.

Bu sayımızda iki olgu ile ilgili tartışmalar ve yorumlar bulacaksınız. Hukuk köşemizde tıbbi sigorta ile ilgili kanun ve yönetmelikleri okuyabilirsiniz.

İzmir’de yapılan ‘Mehmet Zileli İleri Spinal Kursu’ ile ilgili izlenimler ve fotoğraflar da bu sayımızda yer alıyor.

Spinal anılar köşemizin konuğu ise sayın hocamız, Prof. Dr. A. Fahir Özer olacak.

İlgi ile okuyacağınızı düşündüğümüz bir makale çevirimiz de var.

Her zamanki gibi spinal toplantıların takvimini de ilerleyen sayfalarda bulabilirsiniz.

Tüm görüş ve önerilerinizi temiz2@tr.net adresine iletebilirsiniz.

Yeni bir bülten sayısı ile yeniden buluşmak dileğiyle!

Saygılarımla,

Doç. Dr. Cüneyt Temiz

Servikal Spondilotik Miyelopatide Uygulanan Laminoplastinin Cerrahi Sonuçlarını Etkileyen Prognostik Faktörler

Clin Orthop Surg. 2010 June; 2(2): 98–104
Jae-Sung Ahn, MD, June-Kyu Lee, MD, and Bo-Kun Kim, MD

Department of Orthopaedic Surgery, Chungnam National University School of Medicine, Daejeon, Korea

ÖZET

Yöntem

Eylül 2004-Mart 2008 tarihleri arasında servikal myelopati nedeni ile laminoplasti ile tedavi edilen 26 sı erkek 13 ü kadın toplam 39 hasta 12 ay süresince takip edildi. Olguların yaş ortalaması 62.4 idi. (aralık 37-77 yıl) Hastaların yaşı, omurilik bası oranı, segment sayısı ve düzeyi, T2 görüntüde omurilik içinde yüksek sinyal yoğunluğu, ameliyat öncesi Japon Ortopedi Derneği Puanlama Sistemi (JOA), ameliyat sonrası iyileşme oranı karşılaştırıldı. JOA skoru hastaların ameliyat öncesi ve sonrası klinik durumunu değerlendirmek için kullanıldı. Cerrahi iyileşme oranları Hirabayashi skoru kullanılarak derecelendirildi. İstatistiksel analizler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Sonuçlar

Hastaların JOA skoru ameliyat öncesi 11.1 iken (5 ila 16) ameliyat sonrası 14.9 e (7 ila 17) yükseldi. Ortalama iyileşme oranı % 65.8 (0 ila % 100) idi. MRG T2 görüntüde yüksek sinyal değişiklikleri sayısı ve spinal kord sinyal yoğunluğu değişiklikleri iyileşme oranı ile ters, omurilik daralma oranı anlamlı pozitif korelasyon gösterdi.

Ancak prognostik faktörler olarak bilinen cerrahi segment, yaş ve ameliyat öncesi JOA puan sayısı, istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermedi.

Tartışma

Laminoplasti ile tedavi edilen servikal spondilozda: segment sayısı, lokalize yüksek sinyal intensite artışı, düşük omurilik daralma oranı kötü prognoz faktörleridir.

Anahtar Kelimeler: Servikal spondiloz, miyelopati, laminoplasti, prognostik faktör

GİRİŞ

Servikal spondilotik miyelopati, servikal omurga dejeneratif değişiklikleri sonucu omurilik daralması ve fonksiyon bozukluğu ile ortaya çıkan bir durumdur. Boyun fıtığı, sarı bağ kalınlaşması, posterior longitudinal ligament ossifikasyonu, doğumsal omurga daralması, omurilik tümörü gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Genellikle belirgin hazırlayıcı faktörler olmadan yavaş ve ilerleyici şekilde gelişir. Ancak, bazı durumlarda, travma sonrası aniden ve hızlı şekilde ortaya çıkabilir. Uzun süre omurilik basısına bağlı olarak neurofibrosis, demiyelinizasyon ve nöronların kaybı gibi geri dönüşü olmayan histolojik ve fizyolojik değişiklikler neden olabilir (1).

Servikal spondilotik miyelopatide semptomlar nadiren konservatif tedavi ile geriler ve klinik kötüleşir. Bu nedenle, geri dönüşü olmayan değişiklikler meydana

gelmeden önce erken cerrahi tedavi önerilir. Birçok yazar tarafından tatmin edici cerrahi tedavi sonuçları bildirilmiş olmakla birlikte, prognostik faktörler ile ilgili bazı tartışmalar halen devam etmektedir. En sık cerrahi seçenekler anterior füzyon, laminektomi ve laminoplastidir. Cerrahi tedavi, nörolojik belirtileri ve omurilik basısını ortadan kaldırmakla beraber ameliyat sonrası prognozu belirleyen bir dizi faktör vardır (2,3).

Laminoplasti sonuçlarını etkileyebilecek çeşitli prognostik faktörler retrospektif olarak karşılaştırıldı.

YÖNTEM

Eylül 2004-Mart 2008 tarihleri arasında servikal myelopati nedeni ile laminoplasti ile tedavi edilen 26 sı erkek 13 erkek toplam 39 hasta 12 ay süresince takip edildi. Olguların yaş ortalaması 62.4 idi. (37-77 yaş) Ortalama hastalık görülme süresi 12.8 aydı. (1- 60 ay). 38 hastada Hirabayashi tarafından bildirilen yöntem kullanılarak geniş açık kapı laminoplasti yapıldı (4) (Tablo 1).

Hastanın yaşı, cerrahi segment sayısı, düzeyi ve T2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal intensitesi, omurilik daralma oranı, ameliyat öncesi Japon Ortopedi ve Travmatoloji Derneği Puanlama Sistemi (JOA) ve cerrahi sonrası iyileşme oranı ölçülerek cerrahi etkileyen prognostik faktörleri belirlenmeye çalışıldı (Tablo 1). Ameliyat öncesi ve sonrası klinik durum JOA skoru ile değerlendirildi. İyileşme oranı Hirabayashi yöntemi kullanılarak derecelendirildi.

Ameliyat öncesi MRG taramaları tüm hastalarda yapıldı. T2 görüntüleri daralmış omurilik içinde, yüksek sinyal artışı (lokalize veya yaygın), segment düzeyi

ile segment sayısını değerlendirmek için kullanıldı. Omuriliğin ön-arka daralma oranı en yüksek daralma düzeyinin ortasından elde edilen ölçümler kullanılarak hesaplanmıştır. (sagittal çap / transvers çap x % 100) (Şekil 1) MRG 'de yüksek sinyal yoğunluğu olan segment sayısı yüksek sinyal yoğunluğu başladığı ve T2 ağırlıklı görüntülerde bittiği bölüm olarak tanımlandı. Örneğin yüksek sinyal yoğunluğu C3 ve C5 uzanan segment sayısı 3 olarak kaydedildi. Derecelendirme yaygınlığa göre sınıflandırıldı (lokalize = 2, yaygın = 1).

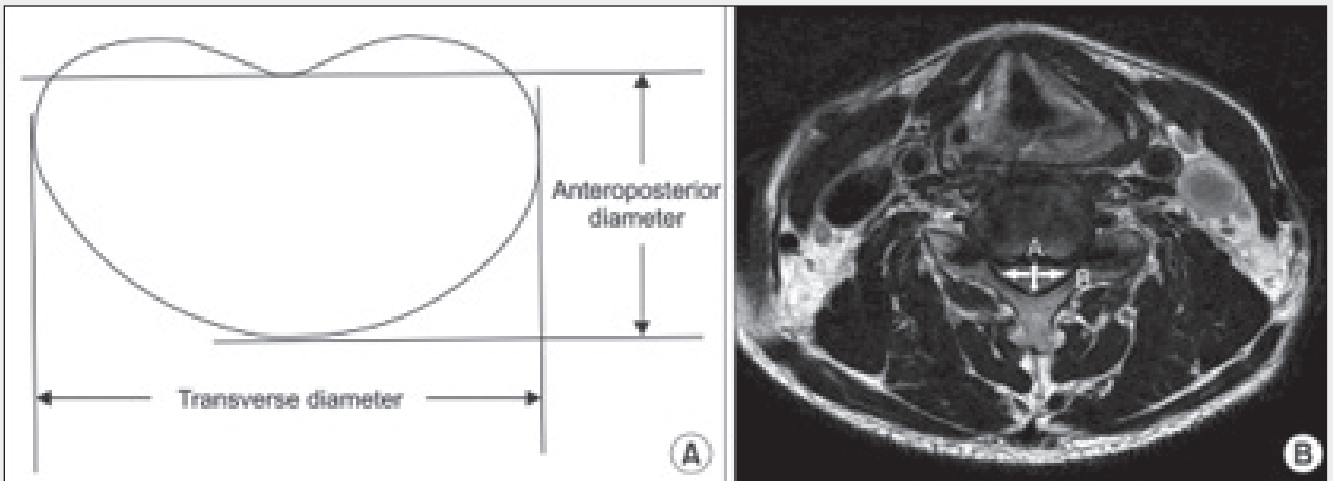
Pearson korelasyon analizi bu parametreleri ve iyileşme oranı arasındaki korelasyonu belirlemek için yapıldı. İstatistiksel anlamlılık $p \leq 0.05$ olarak belirlendi.

SONUÇLAR

Hastalar ameliyat sonrası ortalama 2.4 günde Philadelphia servikal ortez ile yürüyebiliyordu. Ameliyat sonrası yara enfeksiyonu 2 hastada saptandı. Bu iki hastada JOA skoruna göre hiçbir iyileşme saptanmadı (Tablo 1'de 26. ve 35. hasta). Kalan hastalarda, değişen derecelerde JOA puanı yükseldi ve semptomatik iyileşme gözlemlendi.

Hastaların JOA skoru ameliyat öncesi 11.1'den (5 ila 16) ameliyat sonrası 14.9 (7 ila 17) yükselmiştir. Ortalama iyileşme oranı % 65.8 (0 ila % 100) idi. Ameliyat sırasında ortalama yaş 62.4 idi (47-77 yaş) ve geri kazanım oranı ($p = 0,399$) ile anlamlı bir ilişki yoktu. Cerrahi segment sayısı ortalaması 4.6 (3 ila 5) idi ve iyileşme oranı ($p = 0,366$) ile dikkate değer bir ilişki yoktu. Ortalama ameliyat öncesi JOA skoru (11.1) ile iyileşme oranı arasında korelasyon katsayısı 0.95 ($p = 0,566$) anlamlı değildi.

T2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal yoğunluğu, 1.2 (0 ila 3), ve T2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal



Şekil 1: (A) Omurilik bası oranı = ön-arka çap/transvers çap x 100. (B) "A" (ön-arka çap) ve "B" (transvers çap) bası oranı.

Tablo 1: Laminoplasti uygulanan servikal miyelopatileri hastalar

Case No.	Age/ Sex	No. of surgical segment	Spinal cord compression ratio	Preoperative JOA score	Segment number*	Level†	Localized marginal pattern‡	Postoperative JOA score	Recovery ratio§	Operation method
1	52/F	4	30.3	15	3	C5,6,7	Diffuse	17	100	Hirabayashi
2	56/F	4	21.1	12	2	C6,6	Focal	16	80	Hirabayashi
3	65/F	4	25.6	13	0	0	0	17	100	Hirabayashi
4	61/M	4	26.1	13	3	C5,6,7	Diffuse	17	100	Hirabayashi
5	37/M	4	31.1	12	0	0	0	16	80	Hirabayashi
6	74/F	5	29.4	11	0	0	0	15	66.7	Hirabayashi
7	67/M	4	32.8	12	3	C4,5,6	Diffuse	15	60	Hirabayashi
8	56/M	5	29.7	13	1	C4	Diffuse	16	75	Hirabayashi
9	58/M	5	34.6	15	0	0	0	17	100	Hirabayashi
10	70/M	5	25.3	12	0	0	0	16	80	Hirabayashi
11	63/F	4	28.3	13	0	C2,3,4	Diffuse	16	75	Hirabayashi
12	76/M	5	40.1	12	2	C4,5	Diffuse	17	100	Hirabayashi
13	70/M	6	24.7	5	2	C3,4	Diffuse	11	50	Hirabayashi
14	66/F	5	32.7	8	2	C3,4	Diffuse	13	55.6	Hirabayashi
15	70/F	3	30.4	13	2	C4,5	Diffuse	17	100	Hirabayashi
16	48/M	6	25.2	10	2	C4,5	Diffuse	14	57.1	Hirabayashi
17	69/M	5	36.7	10	2	C4,5	Focal	13	42.9	Hirabayashi
18	59/M	5	40.9	9	0	0	0	16	67.5	Hirabayashi
19	76/M	4	21.2	10	0	C3,4	Diffuse	15	71.4	Hirabayashi
20	52/M	5	28.2	9	2	C3,4	Diffuse	17	100	Hirabayashi
21	70/F	5	25.8	11	0	0	0	15	66.7	Hirabayashi
22	61/M	5	24.7	9	0	0	0	12	37.5	Hirabayashi
23	54/M	5	26.8	5	2	C5,6	Focal	7	16.7	Kurokawa
24	56/M	6	32.7	12	0	0	0	16	80	Hirabayashi
25	70/F	5	25.9	10	1	C5	Focal	13	42.9	Hirabayashi
26	77/F	5	30.9	16	0	0	0	16	0	Hirabayashi
27	57/M	4	29.2	7	2	C3,4	Focal	11	40	Hirabayashi
28	67/M	4	30.5	13	1	C4	Diffuse	14	25	Hirabayashi
29	73/F	4	31	12	3	C3,4,5	Diffuse	15	60	Hirabayashi
30	65/M	5	21.3	8	1	C4	Diffuse	13	55.6	Hirabayashi
31	67/F	5	22.6	11	1	C5	Diffuse	15	66.7	Hirabayashi
32	48/M	4	23.7	14	2	C3,4	Diffuse	15	33.3	Hirabayashi
33	58/M	5	29.7	10	0	0	0	16	66.7	Hirabayashi
34	51/M	5	44.7	10	0	0	0	13	42.9	Hirabayashi
35	66/M	4	29	16	2	C3,4	Diffuse	16	0	Hirabayashi
36	47/M	4	32	7	0	0	0	15	80	Hirabayashi
37	72/F	4	30.3	13	2	C4,5	Diffuse	16	75	Hirabayashi
38	56/M	4	29	12	2	C5,6	Diffuse	17	100	Hirabayashi
39	57/M	5	28.7	8	0	0	0	15	77.8	Hirabayashi
Average	62.4	4.8	30.0	11.1	1.2			14.9	65.8	

yoğunluğu ile bölümlerdeki görünüm şekli ile segment sayısı önemli bir ters iyileşme oranı ($r=-2,42$, $p = 0.00$, sırasıyla $r = -0.31$, $p = 0.00$) göstermekteydi. Üst segmentlerde artan yüksek sinyal yoğunluğu ile negatif korelasyon görülmekteydi. (rostral) ($r = 2.42$, $p = 0.03$) Ortalama omurilik bası oranı % 29.9 (21,1-44,7%) ve pozitif korelasyon ($r = 2.54$, $p = 0.00$) vardı.

TARTIŞMA

Yaşlılık ve ameliyat öncesi düşük JOA puanı cerrahi sonrası başarıyı azaltmaktadır (2, 5). İki faktör ile sonuç arasında kesin bağlantı bulunamamıştır. ($p = 0,399$, $p = 0,566$) 9 hasta 70 yaş üzerindeydi bu hastaların ameliyat öncesi ve sonrası ortalama JOA puanı çalışma grubundaki ortalama JOA değerine benzerdi. (ameliyat öncesi JOA skoru 11.1; ameliyat sonrası JOA skoru 14.9). Birçok araştırma sonucu hastanın yaşı ile prognoz arasında bağlantı rapor edilmiş olmakla beraber bu çalışmada aralarında hiçbir ilişki yoktu (6). Lee ve arkadaşlarına göre servikal spondilolitik miyelopatinin cerrahi sonuçları ile hastanın yaşı ilişkilidir (7).

Omuriliğin ön arka çapı, iç çap ve myelopati arasındaki ilişki ile ilgili olarak, ciddi spinal darlık ile semptom ve miyelopati arasında ilişki mevcuttur (5, 11). Pavlov oranı (12) ve MR görüntülerindeki en dar olan yerin ön arka çapının bası oranı ilişkisi değerlendirilmedi kullanılmıştır (5). Bu çalışmada ön arka daralma oranı ölçüldü ve sonuçlarla yakın ilişkili bulundu ($p = 0.00$).

MRG, servikal spondilolitik miyelopatisi olan hastalarda omurilik darlığı ve omurilik darlığının düzeyinin doğru şekilde değerlendirilmesini sağlayan en uygun yöntemdir. T1 ağırlıklı MR görüntülerde düşük sinyal intensite yoğunluğu ve T2 ağırlıklı MR görüntülerinde yüksek sinyal yoğunluğu omurilik lezyonları gösterir. T2 ağırlıklı görüntülerde sinyal değişikliklerinin geri dönüşümlü ödem veya omuriliğin geri dönüşümsüz değişikliklerini işaret eden bazı yazılar mevcuttur (13,14). Yazarlar T2 ağırlıklı kesitlerdeki yüksek sinyal intensitesi ile cerrahi sonrası klinik arasındaki ilişki konusunda ikiye ayrılmışlardır. İlk olarak, geri dönüşüm tek başına MRG sinyal değişiklikleri kullanarak değerlendirilemez intervertebral disk herniasyonu ve kısa hastalık süresi geri dönüşümde etkilidir.(2) Matsuda ve arkadaşlarının (15), Okada ve arkadaşlarının (16) yaptığı çalışmada ameliyat öncesi T2 ağırlıklı MR görüntülerde sinyal değişiklikleri olmayan hastalarda klinik iyileşmenin daha iyi olduğu gösterilmiştir.

Öte yandan, Morio ve ark. (17), Yone ve ark. (18) ameliyat öncesi T2 ağırlıklı görüntülerde sinyal değişiklikleri ve klinik sonuç arasındaki ilişkinin tartışılmalı olduğunu belirtmiştir. Morio ve arkadaşları hem T1 hem de T2 ağırlıklı kesitlerde sinyal değişikliği olan hastalarda geri dönüşümün az olduğu ve kötü prognoz belirtisi olduğunu belirtmiştir.

Chen ve ark. (20) T2 ağırlıklı kesitlerde sinyal değişikliklerini incelemiş T1 ağırlıklı kesitlerde objektif sinyal değişikliklerinin tespitinin zor olduğunu söylemiştir. Chen ve ark (20) T2 ağırlıklı MR görüntülerinde yüksek sinyal yoğunluğu ile prognozun ilişkili olduğunu bildirmiştir. Yüksek sinyal yoğunluğunu 3 tipte sınıflandırmıştır. Tip 0'da T2 ağırlıklı Mr kesitlerinde yüksek sinyal yoğunluğu tespit edilmeyen, tip 1 'de >% 50 soluk ve bulanık sınırı olan yüksek sinyal yoğunluğu tespit edilen, tip 2'de >% 50 yoğun ve iyi tanımlanmış yüksek sinyal yoğunluğu tespit edilen grup.Vardıkları sonuç tip 2 yüksek sinyal intensitesi olan grubun prognozunun kötü olduğu idi. Bu çalışmada yüksek sinyal intensitesi lokal ve yaygın olarak iki alt grupta incelendi. Lokal yüksek sinyal intensitesi olan grupta kötü prognoz görüldü.

Flanders ve arkadaşlarına (21) göre, yüksek sinyal intensitesine sahip hastalarda kötü prognozun nedeni omurilikteki kanama ve ödemdir. Bu çalışmada iyileşme düzeyi ile yüksek sinyal intensite düzeyi arasında olumsuz bir korelasyon görülmüştür.

Bu çalışmanın sınırlamalarından biri yüksek sinyal intensitesinin sınıflaması yapılırken (yaygın ve yerel gruba ayrıldı) hiçbir objektif standardın var olmamasıydı. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda yüksek sinyal intensitesinin sınıflandırılmasında kullanılacak objektif standard sınıflama yöntemleriyle iyileşme oranları arasındaki korelasyonu gösterilebilecektir. Ayrıca semptomların düzeyinin sınıflaması da subjektif yöntemlerle yapılmaktadır. Ayrıca çalışmamızı sınırlayan sadece omurilik bası oranının kullanılmış olmasıdır. (ön-arka çap/transverse çap \times 100). Daha verimli sonuçlar elde edebilmek amacıyla iyileşme düzeyi ile omurilik alanını karşılaştıran çalışmalar yapılmalı.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara görelaminoplasti uygulanan servikal spondilopatik miyelopati hastalarda kötü prognoz belirtileri; T2 ağırlıklı görüntülerde çok sayıda yüksek sinyal yoğunluğu, lokal yüksek sinyal intensites, rostral yerleşimli yüksek sinyal intensitesidir.

REFERANSLAR

1. Al-Mefty O, Harkey HL, Marawi I, et al. Experimental chronic compressive cervical myelopathy. *J Neurosurg.* 1993;79(4):550–561.
2. Kohno K, Kumon Y, Oka Y, Matsui S, Ohue S, Sakaki S. Evaluation of prognostic factors following expansive laminoplasty for cervical spinal stenotic myelopathy. *Surg Neurol.* 1997;48(3):237–245.
3. Koyanagi T, Hirabayashi K, Satomi K, Toyama Y, Fujimura Y. Predictability of operative results of cervical compression myelopathy based on preoperative computed tomographic myelography. *Spine (Phila Pa 1976)* 1993;18(14):1958–1963.
4. Hirabayashi K, Watanabe K, Wakano K, Suzuki N, Satomi K, Ishii Y. Expansive open-door laminoplasty for cervical spinal stenotic myelopathy. *Spine (Phila Pa 1976)* 1983;8(7):693–699.
5. Fujiwara K, Yonenobu K, Ebara S, Yamashita K, Ono K. The prognosis of surgery for cervical compression myelopathy: an analysis of the factors involved. *J Bone Joint Surg Br.* 1989;71(3):393–398.
6. Lee KB, Park IH, Song KW, Lee EJ, Lee JS. Surgical treatment of cervical spondylotic myelopathy. *J Korean Orthop Assoc.* 1997;32(5):1181–1188.
7. Kim YT, Lee CS, Lee SW, Choi DS, Lee SW. Prognostic factors affecting the results of the surgery for cervical spondylotic myelopathy. *J Korean Soc Spine Surg.* 2005;12(4):255–261.
8. Handa Y, Kubota T, Ishii H, Sato K, Tsuchida A, Arai Y. Evaluation of prognostic factors and clinical outcome in elderly patients in whom expansive laminoplasty is performed for cervical myelopathy due to multisegmental spondylotic canal stenosis. A retrospective comparison with younger patients. *J Neurosurg.* 2002;96(2 Suppl):173–179.
9. Tanaka J, Seki N, Tokimura F, Doi K, Inoue S. Operative results of canal-expansive laminoplasty for cervical spondylotic myelopathy in elderly patients. *Spine (Phila Pa 1976)* 1999;24(22):2308–2312.
10. Hamburger C, Buttner A, Uhl E. The cross-sectional area of the cervical spinal canal in patients with cervical spondylotic myelopathy: correlation of preoperative and postoperative area with clinical symptoms. *Spine (Phila Pa 1976)* 1997;22(17):1990–1994.
11. Fujimura Y, Nishi Y, Nakamura M. Dorsal shift and expansion of the spinal cord after expansive open-door laminoplasty. *J Spinal Disord.* 1997;10(4):282–287.
12. Ogino H, Tada K, Okada K, et al. Canal diameter, anteroposterior compression ratio, and spondylotic myelopathy of the cervical spine. *Spine (Phila Pa 1976)* 1983;8(1):1–15.
13. Nakamura M, Fujimura Y. Magnetic resonance imaging of the spinal cord in cervical ossification of the posterior longitudinal ligament: can it predict surgical outcome? *Spine (Phila Pa 1976)* 1998;23(1):38–40.
14. Ramanauskas WL, Wilner HI, Metes JJ, Lazo A, Kelly JK. MR imaging of compressive myelomalacia. *J Comput Assist Tomogr.* 1989;13(3):399–404.
15. Matsuda Y, Miyazaki K, Tada K, et al. Increased MR signal intensity due to cervical myelopathy: analysis of 29 surgical cases. *J Neurosurg.* 1991;74(6):887–892.
16. Okada Y, Ikata T, Yamada H, Sakamoto R, Katoh S. Magnetic resonance imaging study on the results of surgery for cervical compression myelopathy. *Spine (Phila Pa 1976)* 1993;18(14):2024–2029.
17. Morio Y, Yamamoto K, Kuranobu K, Murata M, Tuda K. Does increased signal intensity of the spinal cord on MR images due to cervical myelopathy predict prognosis? *Arch Orthop Trauma Surg.* 1994;113(5):254–259.
18. Yone K, Sakou T, Yanase M, Ijiri K. Preoperative and postoperative magnetic resonance image evaluations of the spinal cord in cervical myelopathy. *Spine (Phila Pa 1976)* 1992;17(10 Suppl):S388–S392.
19. Morio Y, Teshima R, Nagashima H, Nawata K, Yamasaki D, Nanjo Y. Correlation between operative outcomes of cervical compression myelopathy and mri of the spinal cord. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001;26(11):1238–1245.
20. Chen CJ, Lyu RK, Lee ST, Wong YC, Wang LJ. Intramedullary high signal intensity on T2-weighted MR images in cervical spondylotic myelopathy: prediction of prognosis with type of intensity. *Radiology.* 2001;221(3):789–794.
21. Flanders AE, Spettell CM, Friedman DP, Marino RJ, Herbison GJ. The relationship between the functional abilities of patients with cervical spinal cord injury and the severity of damage revealed by MR imaging. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1999;20(5):926–934.

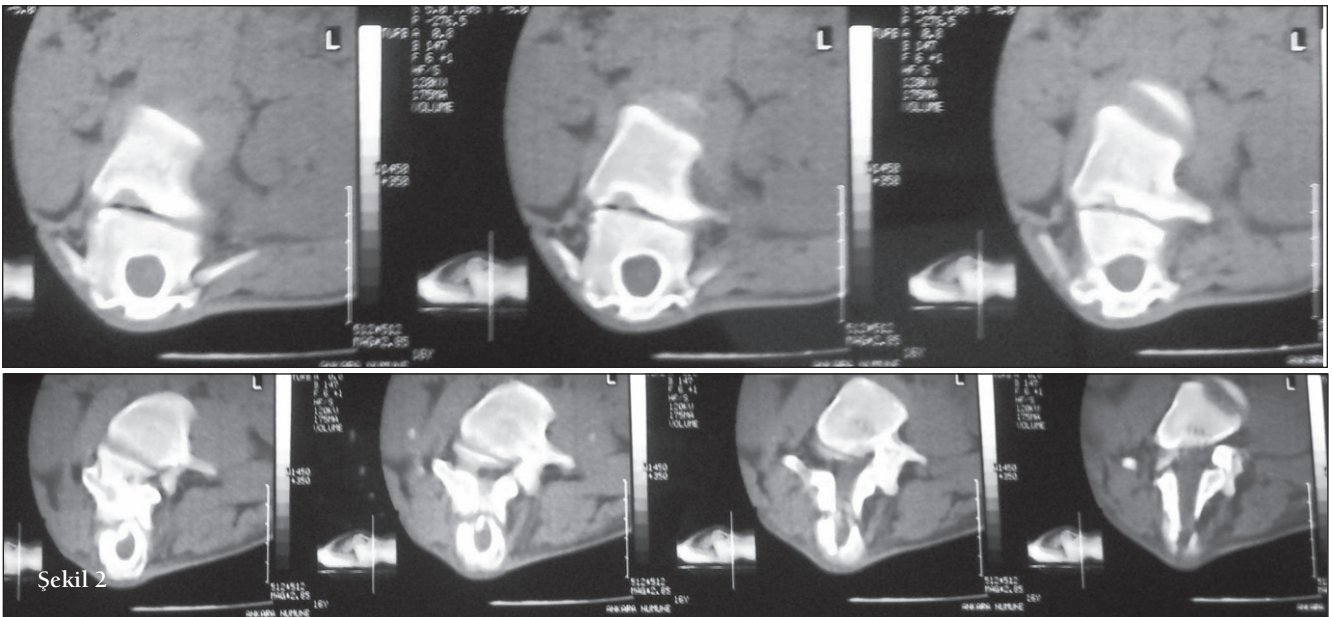
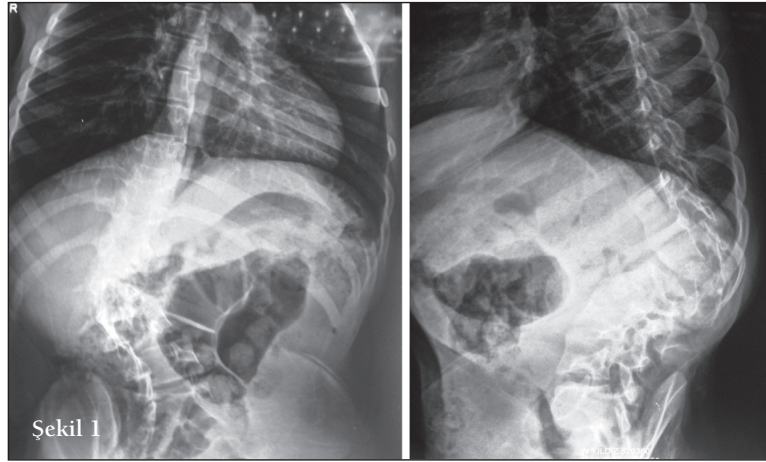
tartışma paneli 4

tartışma paneli

Dr. Ali Dalgıç, Dr. Ozan Gani Üsmen

Olgu Sunumu 1

- 17 yaşında, erkek
- Doğuştan bel bölgesinde eğrilik yakınması var
- 1,5 yaşında operasyon öyküsü var
- Sırtta şekil bozukluğu, son dönemde artan bacaklarda uyuşma ve zaman zaman ağrı yakınması var
- Sağda ayak dorsal fleks. 4/5, sağda hipoestezi
- DTR'ler normoaktif, taban cildi refleksi fleksör



Dr. Ali Rıza Tosun

17 yaşında, kemik gelişimini tamamlamış, hızlı büyüme döneminin sonuna gelmiş olgunun, 1,5 yaşında geçirmiş olduğu operasyon öyküsü ve doğuştan belinde eğrilik olması, öncelikle konjenital skolyoz olgusu olduğunu düşündürüyor. Olgunun son zamanlarda bacaklarında uyuşma, sağ bacağına ağrı ve muayenesinde sağ dorsal fleksiyon azlığı, DTR normalliği tek taraflı radiküler etkilenme ya da gerilmiş omurilik bulguları olmalı. Direk grafi ve Omurga BT torakolomber hemivertebral ve spina bifida olduğu görülüyor.

Olgunun 17 yaşında olması ekstra iç organ basısına bağlı bulguların olmaması, mevcut deformitenin artış hızının gelecekte çok düşük olması, deformite yönünden takip edilmesini gerektirir. Son dönemde ortaya çıkan bulgular için MRG çekilerek gergin omurilik sendromuna ya da omurilik-radiküler basıya sebep olabilecek bulgu

varsa buna yönelik cerrahi müdahale yapılmalıdır. Dekompresyon ya da serbestleştirme şeklinde bir cerrahi yapılabilir. Deformitenin artmayacağı ya da çok yavaş artabileceği ve takip edileceği hastaya bildirilebilir.

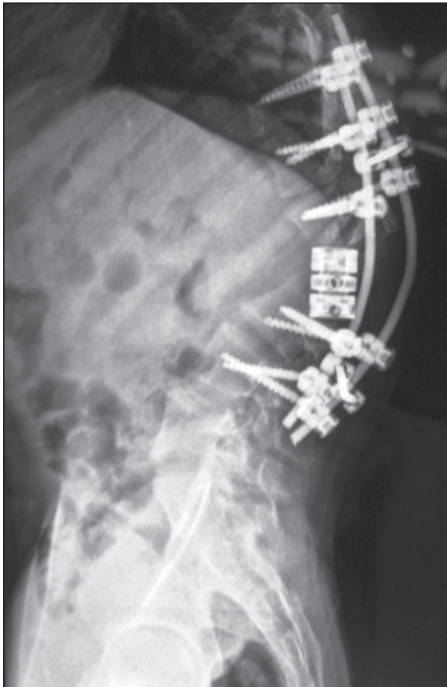
Dr. İ. Yeral

Bu olgunun görüntüleri değerlendirildiğinde; torakolomber bölgede sağa açılanma mevcut (torakolomber skolyoz). Olgunun görüntüleri çok net değil. BT kesitlerinde füzyon defekti mevcut. 1,5 yaşında operasyon geçirmiş. Operasyon olası meningesel operasyonudur ve bence olguda gergin omurilik sendromu gelişmiş.

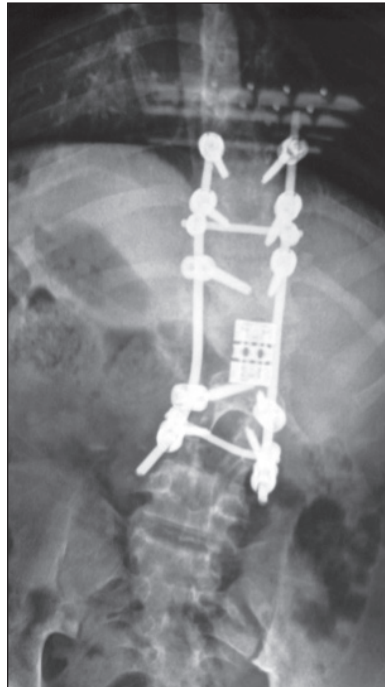
Olguya mutlaka kontrastlı lomber spinal MRG yapılmalı, varsa gergin omurilik gevşetildikten sonra deformite cerrahisi yapılmalı. Ama öncelikli olası gergin omurilik serbestleştirilmesidir.

YAPILAN İŞLEM

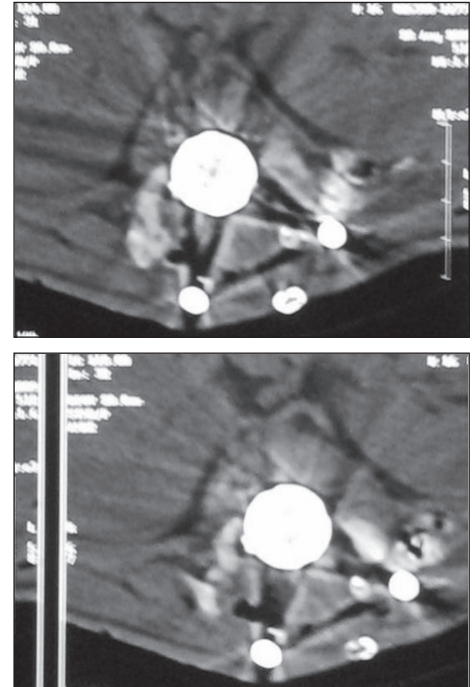
Aynı seansta anterolateral girişimle korpektomi ve açılabilen korpektomi kafesi ve kemik füzyon ile posterior transpediküler vida –rod ile stabilizasyon- füzyon uygulandı.



Şekil 3

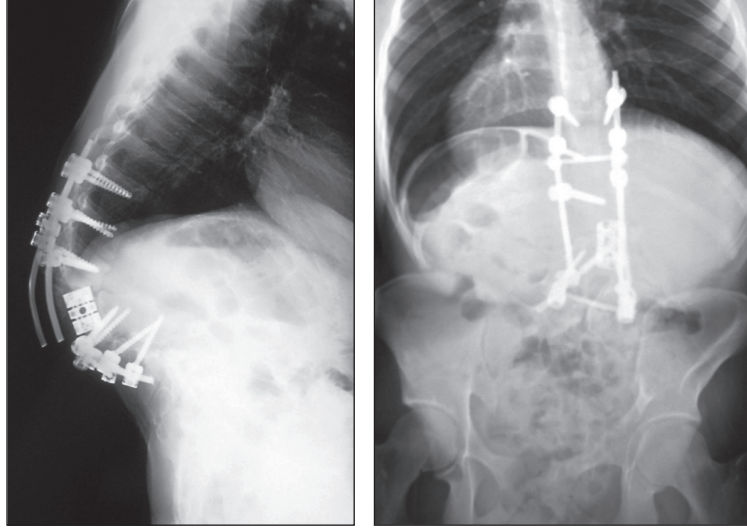


Şekil 4

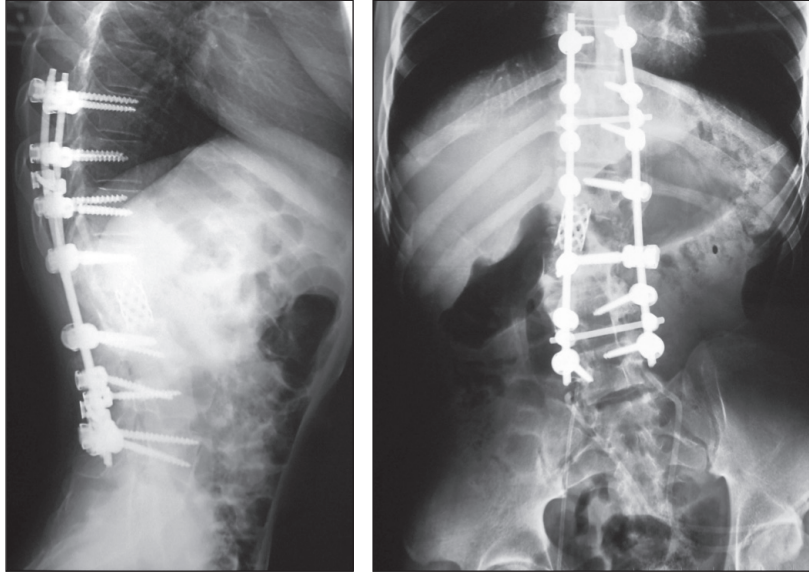


Şekil 5

Olgunun kontrollerinde anterior kafesin yer değiştirdiği, posteriordaki rodların her ikisinin de kırıldığı saptanınca, reopere edilerek yeni bir kafes ile anterior füzyon uygulandı. Aynı seansta posterior rodlar değiştirilerek kifotik açı düzeltildi.



Şekil 6



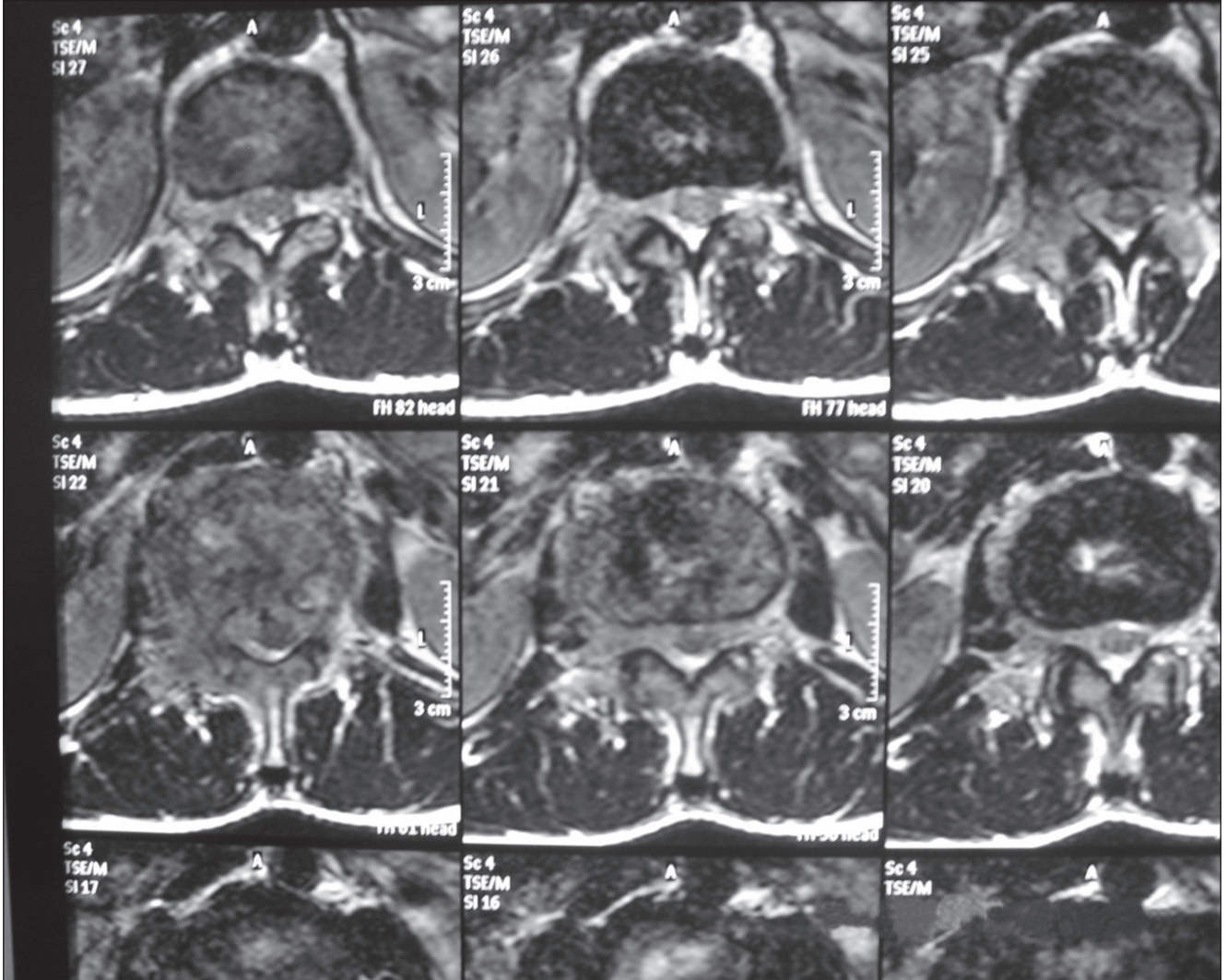
Şekil 7



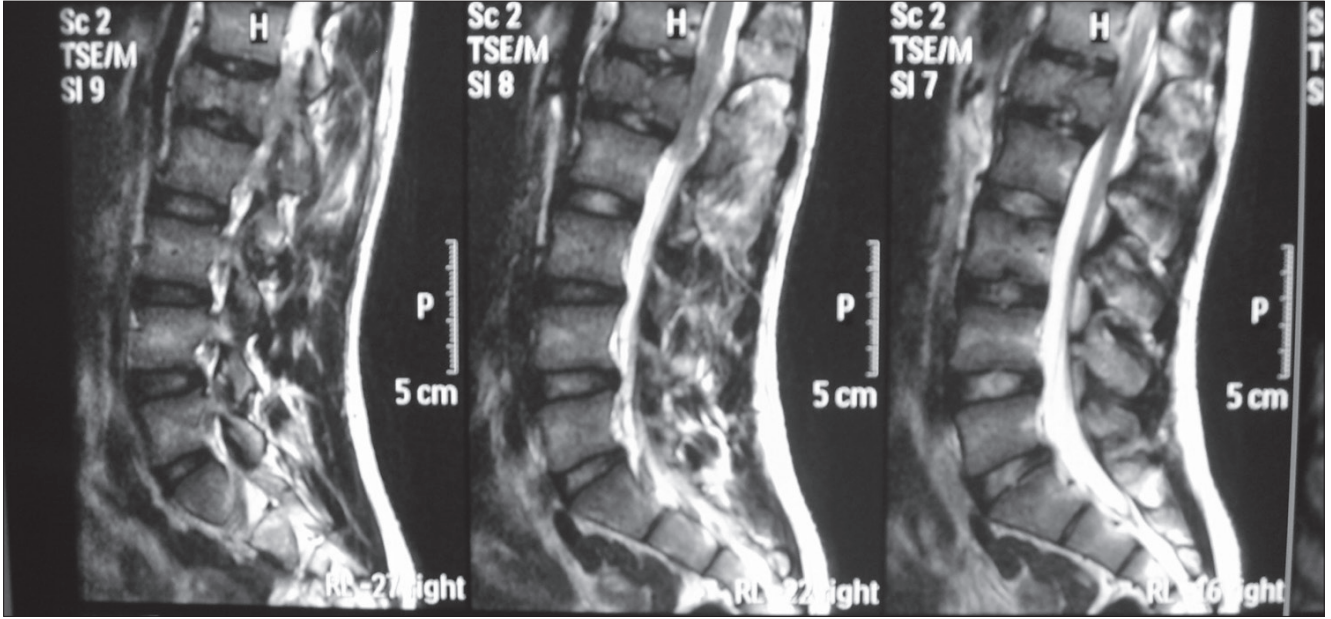
Şekil 8

Olgu Sunumu 2

- 17 yaşında, erkek
- 4 Haftadır artan 3-4 aylık bel ağrısı.
- ÖG:8 Ay önce bel soğukluğu nedeni ile ilaç kullanmış. Şikayeti geçmiş.
- Fm:Noormal
- Lasegue:45+/+



Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3

Dr. Cem Açıkbaş

Bu olguda öncelikli olarak tekrar bir kontrastlı Spinal MRI isterdim. Ayrıca Gonorea'ya yönelik tekrar ilgili bölümden değerlendirme isterdim. Hastada sed, CRP değerlerine bakar ve Tbc araştırırdım. Hastanın yaşının genç olması veya enfeksiyon şüphesi nedeniyle perkutan veya açık yöntemle transpediküler biyopsi önerirdim. Sonuç enfeksiyon gelirse öncelikle enfeksiyonu teavi ederdim. Primer kemik tümörü gelirse, eğer radyosensitif ise radyoterapi (ilerde instabiliteye yönelik cerrahi tedavi opsiyonel tutulmak kaydıyla), eğer radyorezistans ise anterior korpektomi, cage ve plak uygulardım. Her iki durumda instabilite gelişmesi halinde, Anterior cerrahinin risklerini anlatırdım, kabul etmez ise posterior uzun segment stabilizasyon yapardım.

Sevgiler,

Dr. Alırıza Tosun

Olgu 17 yaşında genç erkek, 8 ay önce tedavi edilmiş? Genitouriner enfeksiyon öyküsü var, bel ağrısı dışında yakınma yok, fizik nörolojik muayene normal

Direk grafi on-arka: L1 vertebra da yükseklik kaybı, komşu disk yüksekliklerinde azalma ve düzensizlik.

MRG: Kontrastsız çekilmiş, Sagittal T2 görüntüleri L1 vertebra yükseklik kaybı komşu disk aralıklarında sinyali intensitesinde azalma ve end plate düzensizliği sağda

belirgin paravertebral ekstraforaminal alanda yumuşak doku artışı; Aksiyel T2 görüntüleri L1 vertebra cisminde sinyal değişikliği, sağ pedikul tutulması paravertebral alanda ve sağ nöral foramen düzeyinde yumuşak doku kitlesi.

Nörolojik bulguların olmaması, belirgin omurga deformitesi olmaması, öykü ve radyolojinin (komsu disklerin etkilenmesi)daha çok omurga osteomyeliti yönünde olması ön tanıyı omurga osteomyeliti yönünde destekliyor.

Öncelikle kan tetkikleri. Seroloji, kan, idrar, balgam kültürleri bakılması. Ateş yüksekliği ve genel durum bozukluğu olmaması nedeniyle, mutlaka BT eşliğinde biyopsi yapılarak ayırıcı tanı yapılması ve vakit geçirmeden antibiyoterapiye başlanması gerekli. Ayırıcı tanı enfeksiyon lehine ise antibiyoterapiye devam edilmesi. Omurga tümörü ise dekompresyon ve ek olarak stabilizasyon yöntemlerinden biri ya da birkaçı seçilerek tedavisinin yapılması uygundur.

Dr. İ. Yeral

hastada geçirilmiş bir enfeksiyon öyküsü var. Görüntüler T2 aksiyel ve sagittal olarak verilmiş.T1 ve kontrastlı eklenmeli.görüntülerde L1 vertebra patolojik kırık ve buna bağlı yükseklik kaybı mevcut. Aynı zamanda paravertebral yumuşak dokuyu da içine alan kitle görünümü mevcut.Aksiyel kesitlerde kitle korda bası yapmaktadır.Ateş,CRP ve sedimentasyon yüksekliği gibi değerler değerlendirilmeli.Tümöral kitle olabilir.Düz bacak kaldırmadaki hassasiyet basıya bağlı.Olguya tanısal amaçlı BT eşliğinde biopsi yapılabilir.Sonuç ışığında hareket edilir.

Hastaya uygulanan tedavi:

- T11,12,L2,3 PL stabilizasyon.
- L1 Total,T12,L2 parsiyel laminektomileri.
- Epidural yumuşak vasıflı yayımlı kitle çıkarıldı.
- Patoloji ve kültür materyali(üreme yok) gönderildi.
- Sonuç:Küçük yuvarlak hücreli malign tümör.
- Taramalarda başka patoloji yok.
- RT Gören hastanın kemoterapisi devam ediyor.

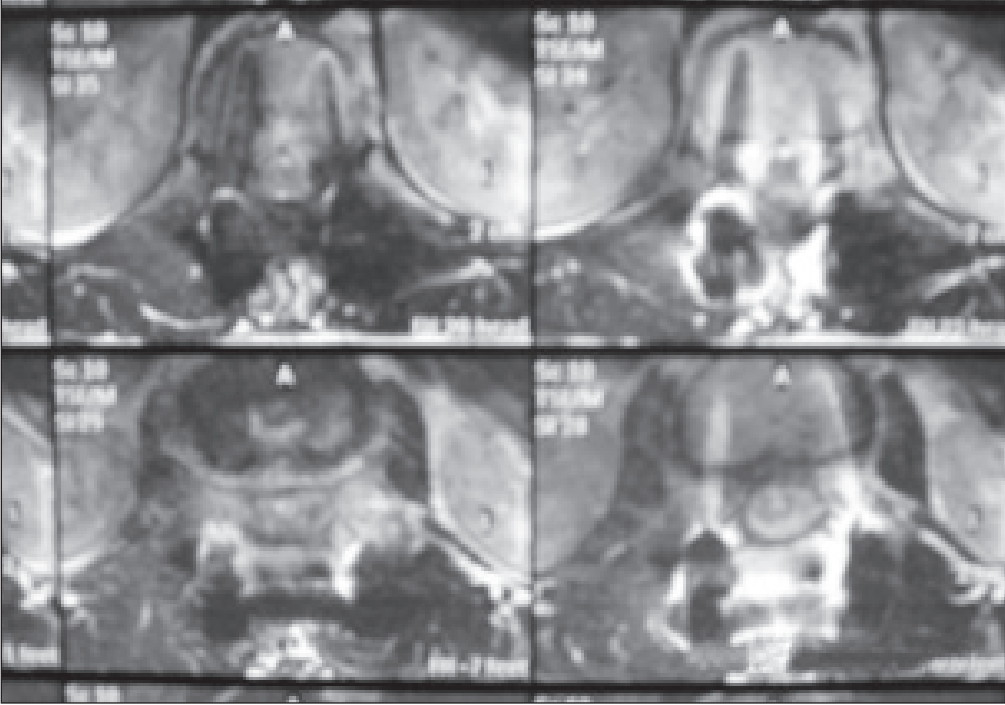
- Operasyondan bu yana 2,5 yıl geçti bu süre zafında kemoterapi gördü.Son kontrollerinde saptanan patoloji yok. Nörolojik tablo stabil,genel durum iyi onkolojik ve nöroşirürjikal takibi devam ediyor.



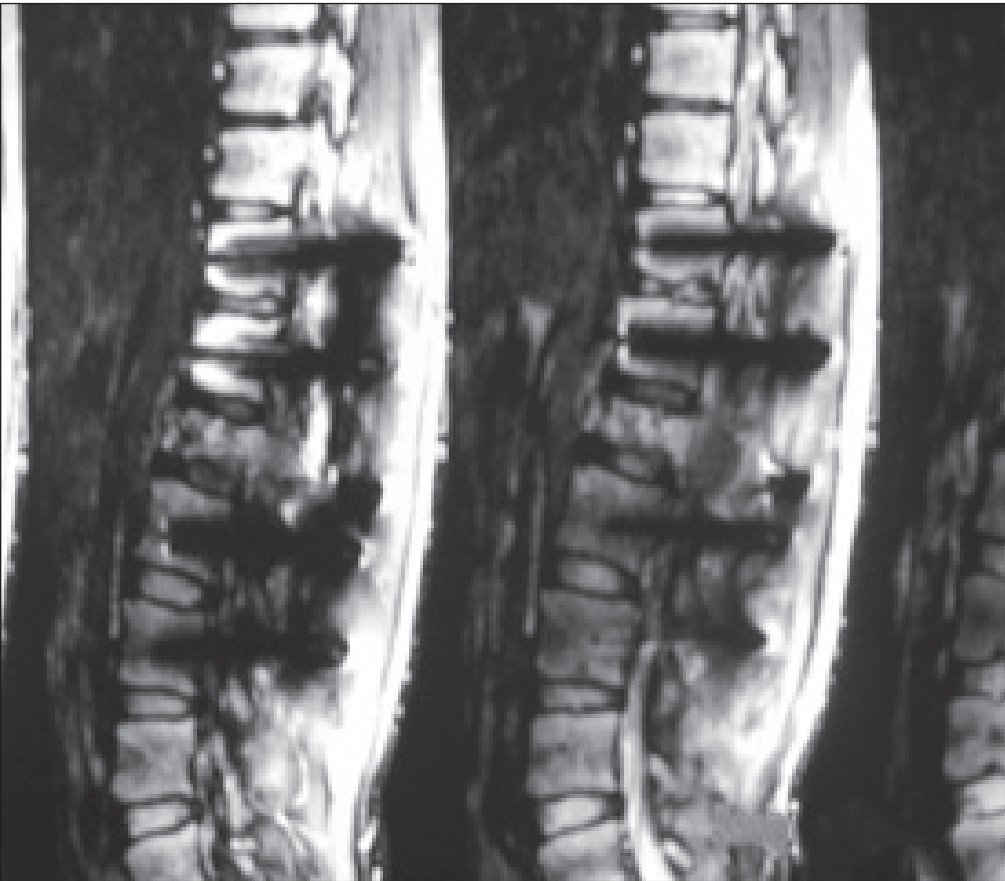
Şekil 4



Şekil 5



Şekil 6



Şekil 7

spinal anılar 5

spinal anılar

Dr. A. Fahir Özer

Tarihleri tam olarak anımsamıyorum ama 1990'lı yılların başlarında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyesi olarak çalışıyorum ve o zaman idealim kafa kaidesi cerrahisi öğrenmekti. Bir tıp fakültesi öğrencisi bana babasının graflerini getirdi, omurlardan birinde patolojik bir çökme kırığı vardı ve cerrahi yapılması gerekiyordu. Hastayı yatırdım ve ortopedi bölümünden konsültasyon istedim. Ben vertebrektomi yapacağım. Hocanızda yurt dışında bir takım yeni vidalama teknikleri çıktığını ve bunların kurslarına giderek eğitim aldığını bana anlatmıştı (hocanın ismini vermiyorum). Vertebrektomiden sonra stabilizasyon için çağıracağım. Ertesi gün ameliyata girdik ve ben vertebrektomiden sonra kendisine haber ilettim. Gelebileceğini ve enstrümantasyona başlayabileceğini bildirdim ve steril bir şekilde hasta başında beklemeye başladım. Biraz sonra uzmanı gelerek “.....hocam geliyor ama sizin ameliyatta bulunmanızı istemiyor” dedi. İnanamadım ve çıktım. Ama kendi kendime karar verdim. “Omurga cerrahisi yapacağım”. Ertesi hafta gelen bir torakal 12 kırığına genel cerrahideki bir arkadaşımınla beraber toraks ve batını açarak ve açarken de firmanın kitapçığını sayfa sayfa çevirerek Kaneda ameliyatı yaptım. Bu Türkiye’de yapılan iki veya üçüncü ameliyatı.

O yıllarda Antalya’da (yanılıyor olabilirim ama) ikinci Türk Ortopedi Derneğinin uluslararası toplantısına katıldım ve orada zayıf ince uzun boylu bir meslektaşımınla, Dr. Mehmet Zileli ile tanıştım. Bana omurga cerrahisi ile uğraşmaya başladığımı söyledi ve hayret ettim ve benim gibi de düşünenler varmış diye içimden geçirdim ve çok sevindim. Birlikte konuşarak şuna karar verdik “birbirimizden destek alarak omurga cerrahisini yapıldığı son şekli ile okuyarak, uluslararası toplantılara katılarak ve öğrendiklerimizi yaparak bir bilgi birikimi oluşturacağız ve daha sonra toplantılar düzenleyerek ve kongrelerde, oturumlarda konuşarak ve bildiriler sunarak öğrendiklerimizi tüm bu işle uğraşmak isteyen tüm nöroşirürjiyenlere anlatacağız” dedik ve ayrıldık.

Bir sene anterior ve posterior omurga cerrahisi bilgi birikimimizi toparlayarak bir araya geldiğimizde toplantılar yapacak ve omurga okulları düzenleyecek bir sermayemizin oluştuğunu gördük ve aynı yıl yanımıza bu işe hevesli iki kişi daha katıldı. Dr. Murat Hancı ve Dr. Kemal Koç. Onları Dr. Palaoglu ve Dr. Naderi izledi. Bu arada gelecek en kısa zamanda bir kitap yazmaya karar verdik. Bir sene içinde son derece yeterli ve tüm ülkede çalışan meslektaşlarımızın karınca karınca bilgi ve becerisi oranında bu kitaba katkıda bulundu. Toplantı veya eğitim semineri düzenlemek kolay da tüm nöroşirürji uzmanlarının toplandığı kongrede bildiri sunmak zor çünkü bildirileri seçecek bir bilimsel komite yok. Her şeyden anlayan toplantıyı ve düzenleyen üç, beş kişinin “sen, ben, Abdullah” şeklinde toparladıkları komite bildirilerin bilimsel değerine karar veriyordu ve bildirilerin hepside nedense poster oluyordu. Toplandık ve aramızda tartıştık. Ayrı bir dernek kursak çok iyi ama ana derneğe zarar vereceğiz ve buda hiç istemediğimiz bir şey. O zaman derneğe bağlı bir alt grup oluşturalım ve spinal cerrahi grubunu kuralım ve derneğin çatısı altında çalışalım diyerek bir karara vararak o zamanki dernek başkanını Dr. Yamaç Taşkın’ın kapısını çaldık ve durumu anlattık. Kendisi bu öneriyi memnuniyetle karşıladı. Onu minnetle anıyorum çünkü o olmasaydı gruplar olmayacaktı. Çünkü camiada kıyamet koşturdu ve inanın koparanların çoğu da daha sonra TNDER’i arkadan kallesçe vurmaya çalışan ama başaramayanlardı. Ama Dr. Yamaç Taşkın ağırlığını koydu ve yalnız spinal cerrahi grubunu değil diğer grupları da kurdu. Grupların çalışma prensipleri yazıldı ve her sene kongrede her grup kendisi ile ilgili toplantıları düzenlemeye ve gelen bildirileri değerlendirmeye başladı. Spinal cerrahi grubu olarak yine her sene iki sempozyum yapmaya ve ferdi uluslararası toplantılar, grubun bünyesinde yerel toplantılar düzenlemeye başladık. Yurdun her yanına bir karşılık beklemeden ameliyatlara gittik ve çalışmak isteyenlere kapımızı açtık. Birde baktık ki bir bölükken tabur ve taburken ordu olmuşuz.

Spinal vidalar çok yüksek paralarla yurdumuza geldiği için Dr. Zileli ile birlikte yerli rutin cerrahide kullanılabilen anterior ve posterior, lomber ve servikal cerrahiler için vida sistemleri tasarladık, Üretildi ve yıllarca kullandık. Her yerde omurga cerrahisi ile ilgilenen ve olanakları ile yapmaya çalışan birçok üyemizin yetiştiğini gördük. Bu insana büyük bir zevk veriyor.

Bir sürü ciddi bilimsel makale impakt değeri yüksek dergilerde yayınlandı. Örneğin Dr. İplikçioğlu, Dr. Dalbayrak ve Dr. Yılmaz ve Dr. Kaptanoğlu'nun geliştirdiği cerrahi teknikler basılırken yine Dr. Türkmen'in anterior yapay vertebra cismi enstrümanı, Dr. Şenel'in omurgadan kırık vidayı çıkarma seti belirli bilgi birikimleri sonucu ortaya çıktı.

Her sempozyumdan sonra güncel bilgiyi ihtiva eden kitaplar yayınlandı. Yurt dışına kitap bölümleri yazıldı. Klinik tedaviye giren ve yapılması ülkemizde hayal olan birçok ameliyat klinik rutinin bir parçası oldu. Ve biz çok mutlu olduk.

Meslektaşlarımız arasında sevimsiz işler yapanlarda oldu ve araştırdığımızda onların hiç birinin bu bilgi yumağının içinde olmadıklarını tespit ettik. Bunun yanı sıra bizim yanlış işler yaptığımızı Sağlık Bakanlığına bir rapor düzenleyerek, aramızdan grubu şikayet eden, yurt çapında bazı ameliyatların yapılmasını engelleyen ve meslektaşlarının arkasından rapor düzenleyen de oldu. "Hile ve ihanet güçsüz insanların işidir" ve "Bilmeden yapılan hata yanlışlık, bilerek yapılan hata ise ihanettir" diyerek bu sevimsiz anılarımızı unutmuyarak geçelim.

Bugün omurga cerrahisi ülkemizde dünya çapında yapılmaktadır ve ortopediyi bir tarafa bırakırsak nöroşirürji pratiğinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Genç arkadaşlarıma yenilikleri izlemelerini, tasarladıklarını çekinmeden yapmalarını, yazmalarını ve yazılan yazıları da alıntılarını ve birbirlerine destek olmalarını öneriyorum. Her başarı ekip işidir.

toplantılardan izlenimler 6

toplantılardan izlenimler

Dr. Birol Özkal

İLERİ SPİNAL CERRAHİ KURSU "10. KURS"

Spinal Cerrahi Kurslarının 10 uncu, "İleri Kurs" formatındaki 3 üncü kurs İzmir efes otelde 3-5 Aralık 2010 da yapıldı

Benim gibi periferik devlet hastanelerinde çalışarak spinal cerrahiye ilgi duyan yaklaşık 60 kişilik bir grup tarafından izlenen bu kursta sıklıkla karşılaştığım ve zaman zaman çözüm bulmakta sıkıntı yaşadığım "Servikal Travma", "Servikal Dejeneratif Hastalıklar", "Revizyon Cerrahisi", "Minimal İnvaziv Cerrahi" gibi konularda gerek toplantılar esnasında gerek birebir hocalarımla görüşerek bilgilerimi tazelemek ve yeni şeyler öğrenmek fırsatı buldum.

2.5 günlük kursun sonunda yapılan çalıştaylar ile yeni teknikleri gelişmeleri öğrenme ve yeni enstrümanları kullanma fırsatı buldum. Bu kurstaki eğitimcilerin tecrübelerini ve bilgilerini bu spinal cerrahiye gönül vermiş pekçok arkadaşım ve benim için çok yararlı olduğu kanısındayım.



Bu kursa adımı veren sayın hocam Mehmet Zileli 'ye ve bilgilerini ve tecrubelerini bizden esirgemeyen sayın eğiticilere teşekkür ediyorum; kursun devamlılığı diliyorum.

Saygılarımla



TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK**SİGORTASI, TARİFE VE TALİMATI**

Yayımlandığı Resmi Gazete: 21.07.2010 – 27648

Yayımlayan Kurum: Devlet Bakanlığı ve Başbakan Yardımcılığı ile Sağlık Bakanlığı

Bu tarife ve talimat ile 1219 sayılı Kanununun Ek 12 nci maddesi uyarınca yapılan “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası”nın uygulanmasına ilişkin esaslar belirlenmiştir.

A. TARİFE

1. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında her bir olay için azami teminat tutarı 300.000 TL'dir.
2. Teminat tutarı maddi, manevi tazminat ve yargılama giderleri için geçerlidir.
3. Risk gerçekleşmiş olsa dahi, olay başı azami teminat miktarı sözleşme süresi boyunca aynı kalır.
4. EK-1'de yer alan risk gruplarına göre hazırlanmış olan Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası primlerine ilişkin tarife aşağıdadır. İlk kez yapılacak sigortalarda bu prim tutarları uygulanır.

Prim Tutarları (4. Basamak)

Risk Grubu	Prim Miktarı (TL)
I. Grup	150
II. Grup	300
III. Grup	500
IV. Grup	750

Prim indirimi ve prim artırımını aşağıdaki tabloda yer alan basamak esasına göre uygulanır.

Basamak	İndirimli Prim	Zamlı Prim
7	% 20	
6	% 15	
5	% 10	
4	-	-
3		% 15
2		% 30
1		% 50

Bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaması durumunda, sonraki sigorta sözleşmesinde uygulanacak prim indirimi oranı bir üst basamağa göre belirlenir. Eğer bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde tazminat ödenmişse, sonraki sözleşme süresi içinde tazminat ödeme sayısı kadar aşağı

basamak tarife uygulanır. Üç ve daha fazla tazminat ödemesi için azami zamlı prim % 50, üç ya da daha fazla yıl tazminat ödenmemesi durumunda azami indirim % 20'dir. Sigorta süresinin bir yıldan kısa olduğu sigorta sözleşmelerinde prim indirimi uygulanmaz.

5. Sigorta primleri peşin olarak ödenir.

B. TALİMAT

1. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası,

- Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için, sigorta ettiren sıfatıyla kendileri tarafından,
- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların her biri için ayrı ayrı, sigorta ettiren sıfatıyla kurumları tarafından,
- Mesleklerini serbest olarak icra eden tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile sözleşmeli aile hekimleri için kendileri tarafından,

yaptırılır.

2. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası grup sigortası şeklinde yapılamaz.

3. Özel sağlık kurum ve kuruluşları için, sigortalının kurumlar arasında iş değişikliği yapması durumunda, önceki kurum tarafından yaptırılan sigorta sözleşmesinin teminatı devam ediyorsa, yeni kurumun sözleşme süresi sonuna kadar sigorta yaptırma sorumluluğu kalkar.

4. Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına göre yaptırılmış ihtiyari sigorta var ise ve bu ihtiyari sigorta zorunlu sigortayla verilen teminatın üstü için yapılmamışsa, bu sigorta ile zorunlu sigorta arasında Türk Ticaret Kanununun birden çok sigorta hükümleri uygulanır.

5. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının yürürlüğünden önce Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına göre yapılmış olan sözleşmeler, taraflar arasında düzenlenecek zeyilname ile zorunlu sigorta hükümlerine uyarlanabilir.

6. Süresinden önce sona eren sözleşmelerde işlemeyen günlere ait primler, sigorta şirketi tarafından gün esaslı üzerinden sigorta ettirene iade edilir.

7. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına dair sözleşmenin yapılması, sona ermesi, risk değişikliği gibi tüm bilgiler sözleşme bazında en geç yirmidört saat içinde Sigorta Bilgi Merkezine iletilir. İletilen bilgilerin formatı Sigorta Bilgi Merkezi tarafından belirlenir. Sigorta Bilgi Merkezi, kendisine iletilen sigortalı bazındaki sözleşme bilgileri ile Sağlık Bakanlığı nezdindeki ilgili listeleri karşılaştırır. Bu sigortayı yaptırmamış olanların listesini çıkararak Sağlık Bakanlığına ve Hazine Müsteşarlığına iletir. Gereken altyapıyı kurmamış olan sigorta şirketleri gerekli bilişim altyapısını oluşturana kadar bu sigortayı yapamaz.

8. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'na ilişkin poliçeler tüm sigorta şirketleri tarafından ekteki (EK-2) formata göre düzenlenir.

C. YÜRÜRLÜK

Bu Tarife ve Talimat 30.07.2010 tarihinde yürürlüğe girer.

EK 1
RİSK GRUPLARI TABLOSU

A		RISK GRUBU			
Kod		1.GRUP	2.GRUP	3.GRUP	4.GRUP
0	Pratisyen Tabip		x		
B		RISK GRUBU			
Kod	Uzmanlık Dalları	1.GRUP	2.GRUP	3.GRUP	4.GRUP
1	Acil Tıp (İlk ve acil yardım)				x
2	Adli Tıp	x			
3	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi			x	
4	Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi				x
5	Aile Hekimliği		x		
6	Algoloji			x	
7	Anatomi	x			
8	Anesteziyoloji ve Reanimasyon				x
9	Askeri Psikiyatri		x		
10	Askeri Sağlık Hizmetleri (Askeri Sahra Hekimliği) (Askeri sahra sağlık hizmetleri hekimliği)	x			
11	Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji)				x
12	Cerrahi Onkoloji (Onkolojik cerrahi)				x
13	Çevre Sağlığı	x			
14	Çocuk Acil				x
15	Çocuk Cerrahisi			x	
16	Çocuk Endokrinolojisi (Çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları)		x		
17	Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları			x	
18	Çocuk Gastroenterolojisi (Çocuk Gastro. Hepatoloji ve Beslenme)			x	
19	Çocuk Genetik Hastalıkları		x		
20	Çocuk Göğüs Hastalıkları			x	
21	Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi (Çocuk Hematolojisi) (Çocuk Onkolojisi)			x	
22	Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları (Çocuk İmmünolojisi) (Çocuk Alerjisi) (Çocuk allerjisi)		x		
23	Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi				x
24	Çocuk Kardiyolojisi			x	
25	Çocuk Metabolizma Hastalıkları (Çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları)		x		
26	Çocuk Nefrolojisi			x	
27	Çocuk Nörolojisi			x	
28	Çocuk Radyolojisi		x		

29	Çocuk Romatolojisi		x		
30	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları			x	
31	Çocuk Ürolojisi			x	
32	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk Psikiyatrisi) (Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları)			x	
33	Çocuk Yoğun Bakımı				x
34	Deri ve Zührevi Hastalıkları (Dermatoloji)		x		
35	El Cerrahisi				x
36	Endodonti			x	
37	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları		x		
38	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (Enfeksiyon Hastalıkları) (Bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları)			x	
39	Epidemiyoloji	x			
40	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (Fizik tedavi ve rehabilitasyon)		x		
41	Fizyoloji	x			
42	Gastroenteroloji			x	
43	Gastroenteroloji Cerrahisi				x
44	Genel Cerrahi (Genel şirürji)				x
45	Geriyatri (Geriatri)		x		
46	Göğüs Cerrahisi (Göğüs kalp ve damar şirürjisi)				x
47	Göğüs Hastalıkları (Göğüs hastalıkları ve tüberküloz)			x	
48	Göz Hastalıkları			x	
49	Halk Sağlığı	x			
50	Harp Cerrahisi			x	
51	Hava ve Uzay Hekimliği (Hava hekimliği)		x		
52	Hematoloji			x	
53	Histoloji ve Embriyoloji (Embriyoloji ve histoloji) (Tıbbi histoloji ve embriyoloji) (Histoloji ve ambriyoloji)	x			
54	İç Hastalıkları			x	
55	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları (İmmünoloji) (Alerjik Göğüs Hastalıkları) (Alerji Hastalıkları) (Allerjik hastalıklar)		x		
56	İş ve Meslek Hastalıkları (İşçi sağlığı ve iş güvenliği)		x		
57	Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi				x
58	Kadın Hastalıkları ve Doğum				x
59	Kalp ve Damar Cerrahisi (Göğüs kalp ve damar şirürjisi)				x
60	Kardiyoloji			x	

61	Klinik Nörofizyoloji		x		
62	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları			x	
63	Nefroloji			x	
64	Neonatoloji				x
65	Nöroloji			x	
66	Nükleer Tıp		x		
67	Ortodonti			x	
68	Ortopedi ve Travmatoloji				x
69	Pedodonti		x		
70	Periferik Damar Cerrahisi				x
71	Perinatoloji				x
72	Periodontoloji		x		
73	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi				x
74	Protetik Diş Tedavisi			x	
75	Radyasyon Onkolojisi		x		
76	Radyoloji (Radyodiyagnostik)			x	
77	Romatoloji (Rumatoloji)		x		
78	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri)			x	
79	Sitopatoloji (Sitoloji)		x		
80	Spor Hekimliği		x		
81	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp (Deniz ve sualtı hekimliği) (Deniz hekimliği)		x		
82	Temel İmmünoloji (İmmünoloji)	x			
83	Tıbbi Biyokimya (Biyokimya ve klinik biyokimya)	x			
84	Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji (Hidroklimatoloji)	x			
85	Tıbbi Farmakoloji	x			
86	Tıbbi Genetik		x		
87	Tıbbi Mikoloji (Mikoloji)	x			
88	Tıbbi Mikrobiyoloji (Mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji) (Mikrobiyoloji)	x			
89	Tıbbi Onkoloji			x	
90	Tıbbi Parazitoloji (Parazitoloji)		x		
91	Tıbbi Patoloji (Patoloji)	x			
92	Tıbbi Viroloji (Viroloji)	x			
93	Üroloji			x	
94	Yoğun Bakım				x
95	Diş Tabibi		x		

* Uzmanlık öğrencileri (asistanlar) devam ettikleri uzmanlık eğitimleri süresince, eğitimlerini bitirdiklerinde elde edecekleri uzmanlık dalı unvanına göre risk grubuna dahil edileceklerdir. Örneğin Acil Tıp uzmanlık öğrencisi, uzmanlık eğitimine başladığı andan itibaren “risk grubu 4” olarak değerlendirilecektir.

EK 2

TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASI POLİÇESİ

Sigorta Şirketi Adı, Adresi:

Sözleşme

Aracı Adı, Adresi: Poliçe No: Tanzim Tarihi: Başlama: Bitiş:

Sigorta Ettirenin Adı, Soyadı/Ünvanı ve Adresi:

T.C. Kimlik/Vergi No:

Adresi:

Sigortalının Adı, Soyadı/Ünvanı ve Adresi:

T.C.Kimlik/Vergi No:

İşyeri Adresi:

Alanı: Pratisyen Uzman

Uzmanlık Alanı (Kodlama listesinden ilgili kod yazılacaktır)

Prim Tutarı:

Prim İndirim/Artırım Türü ve Oranı:

Prim Ödeme Yeri ve Zamanı:

TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK

SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

A. SİGORTANIN KAPSAMI

A.1. Sigortanın Konusu

Bu sigorta sözleşmesi ile 1219 sayılı Kanunun Ek 12 nci maddesi çerçevesinde, serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların; poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken;

a) Sözleşme süresi içinde meydana gelen olay sonucu doğan ve sorumluluk hükümleri uyarınca tazmini sözleşme süresi içinde ya da sonrasında talep edilen zararlara,

b) Sözleşme yapılmadan önce veya sözleşme yürürlükteyken meydana gelen bir olay nedeniyle, sadece sözleşme süresi içinde sigortalıya karşı doğabilecek taleplere,

c) Bu zarar veya taleple bağlantılı yargılama giderlerine karşı belirlenen sigorta limitlerine kadar teminat verilir.

A.2. Sigortanın Coğrafi Sınırı

Bu sigorta, sigortalının Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ifa ettiği mesleki faaliyetler için geçerlidir.

A.3. Teminat Dışında Kalan Haller

Aşağıdaki haller teminat kapsamı dışındadır:

a) Sigortalının, poliçede belirlenmiş ve sınırları hukuk kuralları veya etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri,

- b) Mesleki faaliyetin ifası sırasında sigortalı tarafından kasten sebep olunan her tür olay ile davranışları,
- c) Sigortalı veya çalıştırdığı kişilerin, poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken alkol, uyuşturucu ya da narkotik maddelerin tesiri altında bulunması sonucunda meydana gelen olaylar,
- ç) İdarî ve adlî para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar;

A.4. Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve öğlen saat 12.00'de sona erer.

B. ZARAR VE TAZMİNAT

B.1. Rizikonun Gerçekleşmesi

Sözleşmenin;

- A.1.'in (a) bendinde belirtilen şekilde yapılması hâlinde, sigortalının, sözleşme süresi içinde yürüttüğü mesleki faaliyeti dolayısıyla, gerek sözleşme döneminde gerekse sözleşmenin bitiminden itibaren iki yıl içinde başkalarının zarara uğraması sonucunda,

- A.1.'in (b) bendinde belirtilen şekilde yapılması hâlinde sözleşme yapılmasından önceki bir yıl içinde veya sözleşme yürürlükteyken meydana gelen olaya bağlı olarak;

- a) Sigortacının bilgisi ve yazılı muvafakatı dâhilinde olmak koşuluyla sigortalı tarafından ödeme yapılması veya,
- b) Sigortalıya karşı yapılan tebligat sonucu davanın veya hukuki takibin öğrenilmesiyle,
- c) Zararın gerçekleştiğinin ve bu zararın sigortalının sorumluluğundan kaynaklandığının mahkeme tarafından karar altına alınması hallerinde

riziko gerçekleşmiş olur.

B.2. Rizikoya İlişkin Olarak Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Yükümlülükleri

Sigortalı ve sigorta ettiren, aşağıdaki hususları yerine getirmekle yükümlüdür:

- a) Haberdar olduğu andan itibaren rizikonun gerçekleştiğini, beş gün içinde sigortacıya ihbar etmek,
- b) Sigorta sözleşmesi yokmuş gibi gerekli her türlü önlemi almak ve bu amaçla sigortacı tarafından verilecek mesleki faaliyet dışındaki sigortacılıkla ilgili makul talimatlara uymak,
- c) Sigortacının talebi üzerine, olayın ve zararın nedeni ile hangi hâl ve şartlar altında gerçekleştiğinin ve sonuçlarının tespitine; tazminat yükümlülüğü ve miktarı ile rücu hakkının kullanılmasına yarayacak, elde edilmesi mümkün bilgi ve belgeleri gecikmeksizin vermek,
- ç) Sigortacının yazılı onayı olmadıkça, sorumluluğu veya tazminat talebini kısmen veya tamamen kabul etmemek, ödeme taahhüdünde bulunmamak, zarar görenlere herhangi bir tazminat ödemesinde bulunmamak;
- d) Zarardan dolayı, dava yolu ile veya başka yollarla bir tazminat talebi karşısında kaldığı veya aleyhine cezai kovuşturmaya geçildiği hâllerde, durumdan sigortacıyı derhal haberdar etmek ve tazminat talebine ve cezai kovuşturmaya ilişkin olarak almış olduğu ihbarname, davetiye ve benzeri tüm belgeleri gecikmeksizin sigortacıya vermek,
- e) Sigorta konusu ile ilgili başka sigorta sözleşmesi varsa bunları sigortacıya bildirmek.

B.3. Tazminat ve Ödenmesi

Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde, özel durumlar hariç olmak üzere, hangi belgelerin istenileceği poliçe ekinde açık ve anlaşılır şekilde yer almak zorundadır. Sigortacı, talep edilen tazminat ve giderleri, hak sahibinin tazminata konu olay ve zarara ilişkin tespit tutanağını veya bilirkişi raporunu ve poliçe ekinde de yer alan diğer gerekli belgeleri eksiksiz olarak şirketin merkez veya kuruluşlarına iletmediği tarihten itibaren on beş iş günü içinde gerekli incelemeleri tamamlayıp sözleşmeye aykırı olmayan zararlara ilişkin tazminatı öder.

B.4. Halefiyet

Sigortacı, ödediği tazminat tutarınca, hukuken sigortalının yerine geçer.

C. ÇEŞİTLİ HÜKÜMLER

C.1. Sigorta Priminin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Sigortacının sorumluluğu, primin ödenmesi ile başlar. Aksi kararlaştırılmadıkça, primin ödenmemesi hâlinde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu şart poliçeye yazılır.

Prim ödemede temerrüde düşülmesi hâlinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

C.2. Sigortalı ve Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapıldığı Sırada Beyan Yükümlülüğü

Sigortacı sigorta sözleşmesini, sigorta ettirenin veya bilgisinin olması durumunda sigortalının beyanı ve varsa teklifname ve eklerinde yazılı sorulara verdiği cevaplara dayanarak yapar.

Sigortalı ve sigorta ettirenin beyanı yanlış veya eksik ise ve bu durum, sigortacının sözleşmeyi yapmaması veya daha ağır şartlarla yapmasına neden oluyorsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir veya sözleşmeyi yürürlükte tutarak aynı süre içinde prim farkını talep edebilir.

Sigorta ettiren, talep edilen prim farkını kabul ettiğini sekiz gün içinde bildirmediği takdirde sözleşmeden cayılmış olur. Ancak, prim farkının kabul edilmemesi nedeniyle sözleşmeden cayılması, sigortacının gerçeğe aykırı veya eksik beyanı öğrendiği tarihten itibaren bir aylık süre içinde gerçekleşmek durumundadır.

Sigortalı ve sigorta ettirenin kasıtlı davrandığının anlaşılması hâlinde sigortacı, sözleşmeden cayabilir ve gün esasına dayanarak hesap edilen prime hak kazanır.

C.3. Sözleşmenin Devamı Sırasındaki Beyan Yükümlülüğü

Sözleşmenin devamı sırasında sigortacının izni olmadan rizikoya etki edici nitelikte değişiklik yapılması hâlinde sigorta ettiren veya sigortalı durumu sekiz gün içinde sigortacıya bildirmekle yükümlüdür.

Durumun sigortacı tarafından öğrenilmesinden sonra, değişiklik, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiren hâllerden ise sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını talep etmek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren, talep edilen prim farkını kabul ettiğini sekiz gün içinde bildirmediği takdirde sözleşme feshedilmiş olur.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi, gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

Rizikodaki değişikliği öğrenen sigortacı, sigorta hükmünün devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa fesih ve prim talep hakkı düşer.

Değişiklik, rizikoyu hafifletici nitelikte ve daha az prim uygulamasını gerektirir hâllerden ise; sigortacı, bu değişikliğin yapıldığı tarihten sözleşmenin sona ermesine kadar geçecek süre için gün esasına göre hesap edilecek prim farkını sigorta ettirene geri verir.

Sigortacının sözleşmeyi bu değişikliklere göre yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiren hâllerde:

- Sigortacı durumu öğrenmeden önce,
- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde,
- Fesih ihbarının hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde, riziko gerçekleşirse, sigortacı, tazminatı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki orana göre öder.

C.4. Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Durumu

Bu genel şartlarda düzenlenen sigorta ettirenin borç ve yükümlülüklerinin sigortalı tarafından veya sigortalıya yüklenen yükümlülüklerin sigorta ettiren tarafından yerine getirilmesi hâllerinde, borç ve yükümlülükler, ifa edilmiş sayılır. Ancak sigortacının sırf bu nedenle durumunun ağırlaştığını ileri sürerek itiraz etme hakkı saklıdır.

C.5. Tebliğ ve İhbarlar

Sigortalının ve sigorta ettirenin bildirimleri, sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık eden acenteye yapılır.

Sigortacının bildirimleri de sigortalıya karşı yapılacaksa sigortalının, sigorta ettirene karşı yapılacaksa sigorta ettirenin son bildirilen adresine noter eliyle veya taahhütlü mektupla yapılır.

Taraflara imza karşılığı elden verilen mektup veya telgrafla yapılan bildirimler de taahhütlü mektup hükmündedir.

Güvenli elektronik imza kullanılarak elektronik ortamda yapılan ve sigortacıya, sigortalıya ve sigorta ettirene ulaştığı kanıtlanabilen bildirimler de geçerli sayılır.

C.6. Mesleki Faaliyete Son Verilmesi

Poliçede tanımlanan mesleki faaliyete son verilmesi hâlinde sigorta sözleşmesi sona erer ve işlemeyen günlere ait prim sigorta ettirene iade edilir.

C.7. Ticari ve Mesleki Sırların Saklı Tutulması

Sigortacı ve sigortacı adına hareket edenler bu sözleşmenin yapılması dolayısıyla sigortalıya ve sigorta ettirene ilişkin öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

C.8. Yetkili Mahkeme

Sigorta sözleşmesinden doğan anlaşmazlıklar nedeniyle sigortacı aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketinin merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu yerdeki, sigortalı veya sigorta ettiren aleyhine açılacak davalarda ise davalının ikametgahının bulunduğu yerdeki mahkemedir.

C.9. Zaman aşımı

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün talepler iki yılda zaman aşımına uğrar.

C.10. Özel Şartlar

Taraflar, sigorta ettiren ve sigortalının aleyhine olmamak üzere özel şartlar kararlaştırabilir.

SPİNAL KONGRE VE SEMPOZYUMLAR

Organizasyon	Merkez	Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi
2. Uludağ Nöroşirürji Kış Sempozyumu	Bursa	03.03.2011	06.03.2011
8. Nöropatik Ağrı Sempozyumu	Belek	11.03.2011	13.03.2011
2011 Spine Surgery Symposium	Florida	19.03.2011	
Global Spine Congress 2011	Barcelona	23.03.2011	26.03.2011
4th ISMISS CONGRESS (Minimal Invasive Spine Surgery and Interventional Treatments)	Antalya	01.04.2011	03.04.2011
Türk Nöroşirürji Derneği 25. Bilimsel Kongresi	Antalya	22.04.2011	26.04.2011
9. Uluslararası Türk Omurga Kongresi	İstanbul	27.04.2011	30.04.2011
Ortopedi ve Travmatoloji İstanbul Buluşması 2011	İstanbul	04.05.2011	07.05.2011
EFORT 2011	Copenhagen	01.06.2011	04.06.2011
European Section of the Cervical Spine Research Society 27th Annual Meeting 2011 (CSRS 2011)	İstanbul	08.06.2011	11.06.2011
Pathologies and Surgical Techniques of the Cervical Spine	Illinois	11.06.2011	
Annual Meeting of International Society for the Study of the Lumbar Spine	Göteborg	14.06.2011	18.06.2011
Spine Centers of Excellence Conference	Dallas	22.06.2011	24.06.2011
Annual Conference for the Society for Progress & Innovation in the Near East	Beirut	22.06.2011	25.06.2011
Computer Assisted Radiology and Surgery - 25th International Congress and Exhibition 2011 (CARS 2011)	Berlin	22.06.2011	25.06.2011
AOSpine Masters Symposium - Degenerative Spine	Munich	30.06.2011	01.07.2011
2nd joint Symposium of the European Society of Neuroradiology and American Society of Spine Radiology 2011 (ESNR ASSR 2011)	Barcelona	01.07.2011	03.07.2011
Korean American Spine Society	California	07.07.2011	09.07.2011
National Neurotrauma Symposium	Hollywood	12.07.2011	
18th International Meeting On Advanced Spine Techniques (IMAST 2011)	Copenhagen	13.07.2011	16.07.2011
Cardiff Spinal Surgery Course For FRCS Orth And FRCS SN 2011	Cardiff	13.07.2011	14.07.2011
The 18th Scoliosis Research Society (SRS) International meeting on Advanced Spine Techniques	Gran Canaria	13.07.2011	16.07.2011
Cleveland Spine Review: Hands-On 2011	Cleveland	13.07.2011	19.07.2011

AOSpine Advanced Course - Dealing With Adversity In Spine Surgery	Johannesburg	25.07.2011	31.07.2011
The 18th Advanced Techniques In Cervical Spine Decompression And Stabilization	St.Louis	11.08.2011	13.08.2011
2011 UCSF Practical Course in Advanced Spinal Techniques	Las Vegas	11.08.2011	13.08.2011
5th International Whiplash Trauma Congress 2011 (IWTC 2011)	Lund	24.08.2011	28.08.2011
XXVth SICOT Triennial World Congress With ISMISS Scientific Session	Prague	06.09.2011	09.09.2011
Spine CME Cervical Live 2011	St.Louis	08.09.2011	09.09.2011
1st Oxford Early Onset Scoliosis Meeting 2011	Oxford	08.09.2011	09.09.2011
AOSpine Principles Course - Spinal Trauma	Warsaw	08.09.2011	10.09.2011
Johns Hopkins Spine Workshop	Maryland	09.09.2011	10.09.2011
International NeuroSpinal Surgeons Conference - Spine 2011	Bangalore	09.09.2011	11.09.2011
Scoliosis Research Society 46th Annual meeting & Combined Course	Louisville	15.09.2011	17.09.2011
Complex Spine: Anatomy And Instrumentation	St.Louis	21.09.2011	22.09.2011
Spine Dissection	Sparsör	22.09.2011	24.09.2011
61st Annual Meeting of the Congress of Neurological Surgeons (CNS)	Washington	01.10.2011	06.10.2011
AOSpine Principles Course - Cervical Trauma	Utrecht	06.10.2011	
EuroSpine 2011	Milan	19.10.2011	21.10.2011
Society For Minimally Invasive Spine Surgery	Las Vegas	21.10.2011	23.10.2011
AOSpine Principals—Trauma Workshop And Cadaveric Lab	Cairo	23.10.2011	26.10.2011
AOSpine Principles Course - Spinal Trauma	Istanbul	28.10.2011	29.10.2011
26th Annual Meeting North American Spine Society	Chicago	01.11.2011	05.11.2011
EANS CME Spine Course, Part 1 - Cervical Spine	Leiden	15.11.2011	18.11.2011
6th Oswestry Spinal Trauma Symposium	Oswestry	16.11.2011	18.11.2011
AOSpine Masters Symposium - Spinal Trauma	Prague	17.11.2011	18.11.2011
Current And Emerging Issues In Complex Lumbar Spine Surgery	St.Louis	17.11.2011	19.11.2011
AOSpine Advances Symposium—Screw Fixation Of The Spine, Art And Science	Pamplona	18.11.2011	19.11.2011
5th Asia Pacific Cervical Spine Society Conference	Kuta Beach	23.11.2011	26.11.2011
5th Minimally Invasive Spinal Surgery And Navigation – Hands-on Symposium	New York	01.12.2011	03.12.2011
Cervical Spine Research Society Annual Meeting	Scottsdale	08.12.2011	10.12.2011
Degenerative Lumbar Spine: Present & Future	Brussels	08.12.2011	09.12.2011

üye listesi 9

üye listesi

Altan	Acar
Abdullah	Temizkan
Ahmet	Baki
Ahmet	Menkü
Ahmet	Selçuklu
Ahmet Levent	Aydın
Ali	Arslantaş
Ali	Dalgıç
Ali	Samancıoğlu
Ali Eray	Söylev
Ali Fahir	Özer
Ali Rıza	Tosun
Alparslan	Şenel
Altay	Bedük
Aslan	Güzel
Aşkın	Görgülü
Atilla	Akbay
Aybars	Akkor
Aydın	Şölen
Ayhan	Attar
Ayhan	Koçak
B. Tunç	Öktenoğlu
Başar	Atalay
Bayram	Çırak
Bülent	Bozyiğit
Bülent	Tucer
Cengiz	Özdemir
Cumhur	Kılınçer
Cüneyt	Temiz
Çetin Refik	Kayaoğlu
Deniz	Konya
Erdal	Coşkun
Erdal	Kalkan
Erhan	Çelikoğlu

Erhan	Emel
Erhan	Takçı
Erkan	Gürgen
Erkan	Kaptanoğlu
Erol	Öksüz
Ethem	Beşkonaklı
Ethem Onur	Kulaksızoğlu
Fahir	Özer
Feyza Karagöz	Güzey
Gökhan	Bozkurt
Gökhan	Özçınar
Gülşah	Bademci
Habibullah	Dolgun
Hakan	Bozoğlu
Hakan	Caner
Hakan	Hanımoğlu
Hakan	İlaslan
Hakan	Kayalı
Hakan	Somay
Hamit Selim	Karabekir
Hasan	Çetin
Hasan Serdar	Coşkun
İ. Altan	Acar
İbrahim	Yeral
İhsan	Solaroğlu
İlker	Solmaz
Kadir	Kotil
Kaya	Kılıç
Kemal	Benli
Kemal	Yücesoy
Kudret	Tezel
Kudret	Türeyen
Lale	Hancı
M. Hakan	Bozkuş

M. Konuralp	İlbay
M. Murat	Hancı
M. Erdal	Coşkun
M. Zafer	Berkman
Mahmut	Gökdağ
Mehdi	Sadat
Mehdi	Sasani
Mehmet	Alptekin
Mehmet	Daneyemez
Mehmet	Meral
Mehmet	Şenoğlu
Mehmet	Zileli
Mehmet Ali	Demirbaş
Mehmet Özerk	Okutan
Mehmet Sedat	Çağlı
Mehmet Şükrü	İnan
Melih	Bozkurt
Merih	İş
Mesut	Yılmaz
Metin	Cengiz
Murad	Bavbek
Murat	Ateş
Murat	Coşar
Murat	Kalaycı
Mustafa	Turgut
Mustafa	Uzunlu
Mustafa Arif	Eras
Necmettin	Güzel
Nejat	Işık
Nejmi	Kıymaz
Niyazi Nefi	Kara
Nural Cafer	Çelik
Nuriye Güzin	Özdemir
Ö. Selçuk	Palaoglu
Olçay	Eser
Ömer Faruk	Ünal
Osman Fikret	Sönmez

Özkan	Ateş
Özkan	Özger
R. Alper	Kaya
Rahmi Kemal	Koç
Refik	Seylan
S. Murat	İmer
Sabri Cem	Açıkbaş
Sait	Naderi
Salih Cengiz	Türkmen
Salih Işık	Dilek
Sedat	Dalbayrak
Selçuk	Uysal
Selim	Hacısalihoğlu
Serdar	Kahraman
Serdar	Özgen
Serkan	Şimşek
Suat	Canbay
Süleyman Rüştü	Çaylı
Ş. Ajlan	Çerçi
Şerif İsmail	Yurt
Şöhret Ali	Oğuzoğlu
Tansu	Mertol
Tarkan	Kızırtıcı
Tayfun	Hakan
Tevfik	Güç
Tuncay	Kaner
Tuncer	Süzer
Ufuk	Soylu
Ümit	Demirci
Ümit	Kepoğlu
Varol	Aydın
Y.Şükrü	Çağlar
Yurdal	Seraslan
Yusuf	Duransoy
Yusuf	Kuyucu
Z. Oğuz	Erdoğan