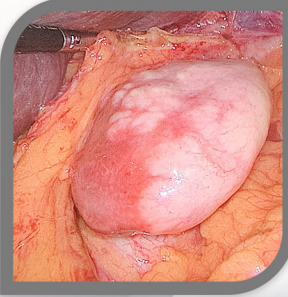




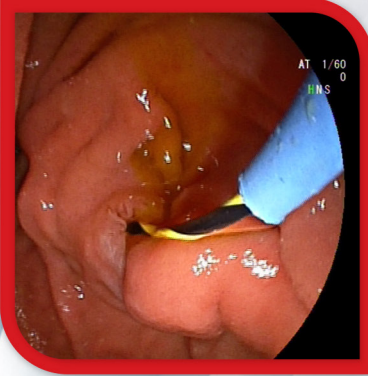
# 17

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi  
Hemşireliği Programı



**25-29 Ekim 2024**  
Cornelia Diamond Otel  
**ANTALYA**



**"Yapay Zeka ve  
Yeni Teknolojiler"**



## BİLDİRİ KİTABI



**17** Ulusal  
**Endoskopik Laparoskopik Robotik**  
**Cerrahi Kongresi**  
Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## İÇİNDEKİLER

<b>Kurullar</b>	<b>3</b>
<b>Seçilmiş Sözlü Bildiriler</b>	<b>5</b>
<b>Sözlü Bildiriler</b>	<b>18</b>
<b>Seçilmiş Video Bildiriler</b>	<b>112</b>
<b>Video Bildiriler</b>	<b>119</b>
<b>Poster Bildiriler</b>	<b>159</b>
<b>Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Bildirileri</b>	<b>180</b>
<b>Bilimsel Program</b>	<b>194</b>



# 17. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## KURULLAR

### 17. ULUSAL ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK VE ROBOTİK CERRAHİ KONGRESİ

#### Kongre Başkanı

Hasan Bektaş

#### Kongre Sekreteri

Emre Bozkurt

### ULUSAL ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK CERRAHİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU VE KONGRE DÜZENLEME KURULU

Rasim Gençosmanoğlu

Hakan Yanar

Koray Karabulut

Levent Avtan

Aydın Alper

Metin Ertem

Hasan Bektaş

Emre Bozkurt

### ENDOSKOPI VE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

#### Başkan

Nuray Akyüz

#### Sekreter

Öykü Kara

#### Düzenleme Kurulu

Nuray Akyüz

Tuluha Ayoğlu

Öykü Kara

Çiçek El



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## KURULLAR

### BİLİMSEL KURUL \*

Ahmet Rencüzoğulları	Fatih Altıntoprak	Niki Rashidian
Ahmet Türkçapar	Fatih Aslan	Nuray Akyüz
Akın Fırat Kocaay	Fatih Yanar	Osman Abbasoğlu
Ali Fuat Kaan Gök	Fikret Ezberci	Osman Baran Tortum
Ali Kocataş	Filiz Şabihat	Ömer Alabaz
Ali Rıza Kural	Furkan Çelik	Öykü Kara
Alpen Yahya Gümüšoğlu	Gürkan Tellioglu	Philippe Topart
Andrew Gumbs	Hakan Gök	Ramazan Kozan
Asım Cingi	Hakan Yanar	Rasim Gençosmanoğlu
Atakan Özkan	Halil Coşkun	Roberto Montalti
Aydın Alper	Hasan Bektaş	Samet Yiğman
Aytül Hande Yardımcı	Hızır Akyıldız	Sercan Yüksel
Bengi Gürses	İbrahim Özata	Serdar Çulcu
Cavit Avcı	İdris Kurtuluş	Serdar Karaca
Cemalettin Ertekin	Juan Santiago Azagra	Serkan Sarı
Cevher Akarsu	Kayhan Özdemir	Serkan Sucu
Cüneyt Kırkıl	Ken Campbell	Sezgin Uludağ
Çiçek El	Kerem Tolan	Sezgin Yılmaz
Didem Karaçetin	Koray Karabulut	Sina Ferahman
Dilek Aygin	Levent Avtan	Sinan Ömeroğlu
Duygu Çirpanlı	Mathieu D'Hondt	Soykan Arıkan
Ediz Altınlı	Mehmet Karabulut	Süleyman Demiryas
Ekrem Çakar	Mehmet Mihmanlı	Sümer Yamaner
Emrah Akın	Mehtap Çelik	Şahin Laçın
Emre Bozkurt	Melih Paksoy	Tahsin Dalgıç
Emre Görgün	Mert Mahsuni Sevinç	Tuluha Ayoğlu
Enver İlhan	Metin Ertem	Turgut Dönmez
Erdem Akbal	Murat Baki Yıldırım	Uğur Topal
Erdem Kınacı	Mustafa Fevzi Celayir	Uygur Demir
Erdoğan Sözüer	Mustafa Kerem	Vildan Kesgin
Erol Pişkin	Müjdat Balkan	Yılmaz Özdemir
Ersan Eroğlu	Mürşit Dinçer	

\* Bilimsel kurul isme göre alfabetik olarak sıralanmıştır.



**17** Ulusal  
**Endoskopik Laparoskopik Robotik**  
**Cerrahi Kongresi**  
Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

# SEÇİLMİŞ SÖZLÜ BİLDİRİLER



## SSB-001

# Comparison of Perioperative Outcomes and Survival in Laparoscopic-to-Open versus Robotic-to-Open Conversions for pT4b Colon Adenocarcinoma: A National Cancer Database Analysis

Metinçan Erkaya, Salih Karahan, Emre Görgün

Department of Colorectal Surgery, Digestive Disease & Surgery Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

**Background:** Minimally invasive surgery (MIS) is increasingly used for managing T4b colon cancer, but comparative outcomes of conversions from laparoscopic versus robotic approaches to open surgery are not well established. This study evaluates perioperative outcomes of patients converting from laparoscopic or robotic surgery to open surgery for pT4b colon adenocarcinoma, focusing on conversion rates and their impact on clinical outcomes.

**Methods:** Patients with pT4b colon adenocarcinoma from 2010 to 2019 were identified in the National Cancer Database. We analyzed conversion rates from laparoscopic and robotic minimally invasive surgeries to open surgery, comparing perioperative outcomes and overall survival between the laparoscopic-to-open (LTO) and robotic-to-open (RTO) groups.

**Results:** Among 6,000 laparoscopic surgeries, 31% were converted to open procedures, compared to 19.5% of 858 robotic surgeries. For converted cases, the median age was 69 years for LTO and 67 years for RTO ( $p = 0.98$ ). For left-sided colon cancer ( $n = 6,204$ ), 64.3% of surgeries were open, 30.1% laparoscopic, and 5.7% robotic. For right-sided colon cancer ( $n = 11,574$ ), 59.9% were open, 35.7% laparoscopic, and 4.4% robotic. Outcomes showed a median hospital stay of 6 days for LTO versus 7 days for RTO ( $p = 0.48$ ). The 30-day readmission rates were 11.7% for LTO and 7.8% for RTO ( $p = 0.29$ ). The 30-day mortality rates were 4.5% for LTO and 3.0% for RTO ( $p = 0.26$ ). Positive margin rates were 22.1% for LTO and 25.7% for RTO ( $p = 0.55$ ). Overall survival was 50% for LTO and 49% for RTO ( $p = 0.5$ ).

**Conclusion:** Conversion from minimally invasive to open surgery is a significant consideration in the management of pT4b colon cancer. Although the robotic approach demonstrated a lower conversion rate, both LTO and RTO groups showed comparable perioperative outcomes, with no significant differences in hospital stay, readmission, mortality, positive margin rates, or overall survival.

**Keywords:** Colon cancer, Laparoscopic surgery, Robotic surgery, T4b tumor

Figure 1. Trends in surgical approaches for pT4b colon cancer by year of diagnosis

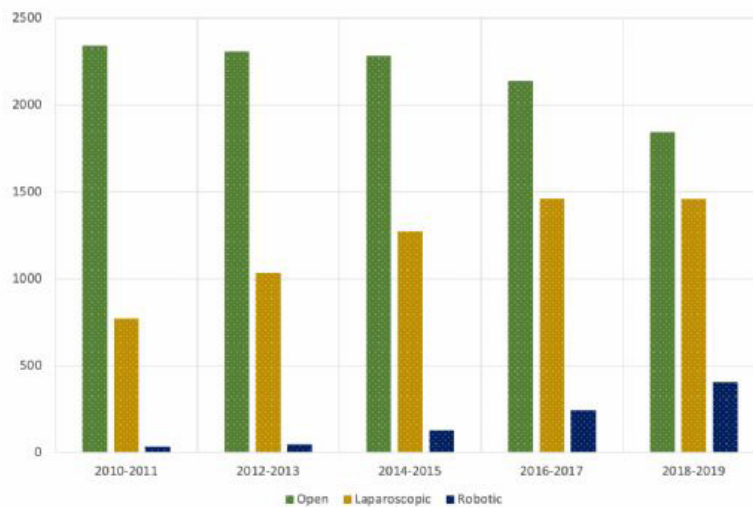


Figure 1. Trends in surgical approaches for pT4b colon cancer by year of diagnosis



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SSB-002

## Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonrası Hasta Takibine Yönelik ChatGPT-4 Tabanlı Bir Chatbot'un Pilot Çalışması

Salih Nafiz Karahan<sup>1</sup>, İbrahim Halil Özata<sup>1</sup>, Rohat Esmer<sup>1</sup>, Arif Emir Narin<sup>1</sup>, Emre Özoran<sup>3</sup>, Derya Salim Uymaz<sup>1</sup>, Ahmet Rencüzoğulları<sup>1</sup>, Dursun Buğra<sup>2</sup>, Emre Balık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Departmanı, İstanbul

<sup>2</sup>Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Departmanı, İstanbul

<sup>3</sup>Özel Aktif Hastanesi, Yalova

**Amaç:** Hasta eğitimi de dahil olmak üzere gelişmiş postoperatif bakım, iyileşmeye sürecini geliştirmek ve kolorektal kanser ameliyatından sonra tekrar yatışları azaltmak açısından önemlidir. Bu çalışma kolorektal cerrahi ekibimiz tarafından geliştirilen ChatGPT-4 tabanlı bir sohbet robotu olan ColoCareGuide'in taburculuğun ardından hastaların eğitimi bağlamındaki sorularına cevap vermedeki etkinliğini değerlendirmektedir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada, ColoCareGuide'in taburculuk sonrası sorulması olası simüle edilmiş sorulara verdiği yanıtların doğruluk ve uygunluk düzeyi 5 puanlı Likert ölçeği ile değerlendirildi. Simüle edilmiş hasta soruları ve taburculuk sonrası sıklıkla sorulan sorular kolorektal cerrahi uzmanlarının onayından geçtikten sonra kullanılmıştır. Hazırlık aşamasında ColoCareGuide sistemine ameliyat sonrası bakıma ilişkin kapsamlı bilgiler, stoma yönetimi ve beslenme önerileri yüklenmiştir. Değerlendirme aşamasında birincil ölçüt verilen cevapların kalitesi olarak belirlenmiştir. Sağlanan bilgiler Likert Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendiricilerin cevapları arasındaki güvenilirlik Cohen's Weighted Kappa ile değerlendirildi.

**Bulgular:** ColoCareGuide, Likert Ölçeğinde ortalama 4,7±0,45 puan aldı. Değerlendiriciler arası güvenilirlik, değerlendiriciler arasındaki uyumun yüksek olduğunu gösterdi.

**Sonuç:** ColoCareGuide, kolorektal cerrahi sonrası taburcu olan hastalara etkili ve doğru cevaplar sunabilmektedir. İlerleyen dönemlerde gerçek hastaların dahil olduğu çalışmaların yapılması bu sonuçların doğrulanması için önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat Sonrası Bakım, ChatGPT, ERAS, Hasta Eğitimi, Kolorektal Kanser



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## SSB-003

### Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi Sonrası Gelişen Akut Pankreatitte Rektal İndometazin Kullanımı: Efsane mi? Gerçek mi?

Alperen İbrahim Sayar, Aydın Zilan, Kamil Özdoğan, Orhan Orhan, Hakan Yiğitbaş, Candaş Erçetin  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bağıcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERCP); duodenal, pankreatikobiliyer sistemin tanı ve tedavisinde kullanılan, endoskopik teknikler arasında nispeten daha komplike bir modalitedir. ERCP sonrası pankreatitler işlemin en sık görülen komplikasyonu olup, morbidite ve mortalitede önemli bir faktördür. ERCP sonrası pankreatiti önlemek amacıyla, Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği (ESGE) kılavuzunda, işlem öncesi rektal indometazin uygulamasının kontrendikasyon olmayan olgularda kullanımını önermektedir.

**Gereç ve Yöntem:** Kasım 2021 - Ağustos 2024 tarihleri arasında kliniğimiz endoskopi ünitesinde uygulanan 1477 ERCP işleminin verileri retrospektif olarak değerlendirildi. İşlem öncesi 100 mg. rektal yolla indometazin supozituar uygulanan (n:340) (Grup I) ve uygulanmayan (Grup II) olmak üzere iki gruba ayrıldı. İşlem sonrası 2.-24. saatte alınan biyokimyasal parametreler (Serum amilaz ve lipaz değerlerinin, laboratuvar üst sınırından 3 kat fazla olması pankreatit olarak kabul edildi) ve klinik bulgular incelendi.

**Bulgular:** 1477 ERCP işleminde E/K oranı 733/744, medyan yaş 60 yıl (18-101) idi. 1281 olguda başarılı kanülasyon, 878 olguda biliyer stent uygulaması, 133 olguda Wirsung kanülasyonu ve 60 olguda pankreatik stentleme yapıldığı saptandı. İşlem sonrası; 2. saatte 120 olguda (%9,6) (n:1238), 24. saatte 93 olguda (%8,4) (n:1101) pankreatit saptandı. Grup I-II arasında; işlem sonrası 2. saat (p:0,114) ve 24. saat (p:0,062) pankreatit oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. 24. saat saptanan pankreatitlerde; Wirsung kanülasyonu (r=0.095, p:0,002) ve pankreatik stentleme (r=0.088, p:0,003) riski arttırmakta idi. Alt grup analizinde; 2. ve 24. saatte saptanan pankreatitlerde, Wirsung kanülasyonu ve pankreatik stentleme uygulananlarda, rektal indometazin kullanımının pankreatit olgularının azalmasında pozitif katkısı olduğu saptandı.

**Sonuç:** Literatürde; ERCP sonrası pankreatitin önlenmesinde, daha çok spesifik prosedür teknikleri ve farmakolojik müdahalelere odaklanılmıştır. ERCP sonrası pankreatitin önlenmesinde dikkatli hasta seçimi, en önemli ve birincil strateji olarak kabul edilmektedir. Rektal indometazin uygulaması kılavuzlarda yer bulmuş olmasına rağmen; çalışmamızda, tam olarak destekleyici bulgulara ulaşamadık.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi, ERCP, NSAİD, Pankreatit, Rektal indometazin





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SSB-004

## Kolesistektomi Materyalini Hasson Kanülünden Çıkarmanın Operasyon Süresi ve Ağrıya Etkisi

Sedat Tan<sup>1</sup>, Erkan Oymacı<sup>1</sup>, Ahmet Çekiç<sup>2</sup>, Ahmet Can Yaşar<sup>1</sup>, Yiğit Kaan Şen<sup>1</sup>, Mehmet Yıldırım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İzmir Şehir Hastanesi*

<sup>2</sup>*Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Amaç:** Amacımız, laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında, özellikle büyük taş varlığında, karına hasson yöntemi ile girilen delikten safra kesesi materyalini dışarı almanın operasyon süresine ve postoperatif ağrıya etkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Semptomatik kolelithiasis nedeni ile kolesistektomi planlanan hastalarda prospektif randomize çalışma planlandı. Randomizasyon zarf yöntemi ile operasyon salonunda yapıldı. Bir gruba veres iğnesi ile diğer gruba hasson yöntemi ile girildi. Her iki hasta grubunda operasyona başladıktan sonra kamera ile karın içi görülene kadar geçen süre ve safra kesesi karaciğerden ayrıldıktan sonra karın dışına alınana kadar geçen süre kayıt edildi. Veres grubunda safra kesesi üstteki trochar yerinden, hasson grubunda ise hasson yöntemi ile girilen göbek trokarından dışarı alındı. Ağrı değerlendirmesi için görsel ağrı değerlendirme skalası(VAS) kullanıldı ve 6-12-24 saatlerde değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirme yapılırken en büyük taş boyutu sırasıyla <1 olanlar Hasson 1 ve Veres 1, taş boyutu >1 cm olanlar Hasson 2 ve Veres 2 olarak 4 gruba ayrıldı.

**Bulgular:** Toplam 70 hasta çalışmaya dahil edildi. çalışma dışı bırakılan hastalar sonrası Hasson grubunda 29 hasta, Veres grubunda 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Giriş süresi bakımından Hasson ve Veres yöntemleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Çıkış süresi bakımından Hasson yöntemi Veres yöntemine göre anlamlı olarak daha kısaydı(p<0.05). Alt gruplar karşılaştırıldığında, 1 cm den küçük taşlarda gruplar arasında fark saptanmadı. 1 cm den büyük taşlarda Hasson yöntemi kullanılanlarda süre anlamlı olarak kısa saptandı(p<0.05). Ağrı değerlendirme skorunda gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı.

**Sonuç:** Sonuç olarak, çalışmamızda özellikle 1 cm üzerindeki taşlarda Hasson yöntemi ile karına girip, safra kesesinin buradan karın dışına daha kısa sürede alındığını ve ağrı skorlarında her iki yöntem arasında fark olmadığını saptadık.

**Anahtar Kelimeler:** kolesistektomi, hasson, veres, VAS skoru



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SSB-005

## Yapay Zeka ile Laparoskopide Safra Kesesi Klasifikasyonu: Cerrahpaşa Modeli

Güneş Oral, Server Sezgin Uludağ

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Laparoskopide organ klasifikasyonu, cerrahi uygulamalarda patolojilerin otomatik saptanmasında önemli adımlardan biridir. Yapay zeka (YZ) teknolojileri, bu alanda yapılan çalışmaların doğruluğunu ve hızını artırmaya yardımcı olmaktadır. Bu çalışmada, Resnet-152 v2 modelinin safra kesesi klasifikasyonu için eğitildiği ve performansının ölçüldüğü gösterilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada, toplam 14152 kare olmak üzere 3365 adet eğitim kese resmi, 6496 adet eğitim non-kese resmi, 802 adet validasyon kese resmi ve 3489 adet validasyon non-kese resmi kullanılmıştır. Toplam 15 ameliyat videosu kullanılıp 1080p çözünürlükteki videolar 25 fps'de karelere ayrılmıştır. Resimler, lanczos yeniden boyutlandırma kullanılarak 120x120 çözünürlüğünde ve RGB renkli olarak alınmıştır. Normalizasyon için 255'e bölme işlemi uygulanmıştır. Eğitim sürecinde, tek ekran kartı kullanılmıştır. Eğitim hızı sabit 0.001 olarak ayarlanmıştır. Veri augmentation olarak rotasyon, yatay kaydırma, dikey kaydırma, zoom, shear, parlaklık, kontrast, satürasyon ve hue kullanılmıştır. Eğitim süreci 2500 epoch sayısı ile gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular:** Eğitim süreci sonunda, doğruluk değeri 0.969849, loss fonksiyon değeri 0.078639 olarak ölçülmüştür. Validasyon süreci sonunda, doğrulama doğruluk değeri 0.995025, doğrulama loss değeri 0.011275, olarak ölçülmüştür. Eğitim süreci 567.012419 dakika sürmüştür.

**Sonuç:** Bu çalışmada, Resnet-152 v2 modelinin safra kesesi klasifikasyonu için etkin bir şekilde eğitildiği gösterilmiştir. Modelin performansı, yüksek doğruluk değeri ile ölçülmüştür. Yüksek doğruluk modelin eğitim setine uygunluğunu, düşük loss değeri ise eğitime sokulmamış resimlerdeki başarısını göstermektedir. Veri augmentation tekniklerinin kullanımı, modelin performansını artırmaya yardımcı olmuştur. Gelecek çalışmalarda daha çok organ tanımlayıp, maskeleyme yöntemiyle multi-klas modellerin oluşturulup sonrasında patolojilerin saptanmasına yardımcı olacak bir çalışmadır.

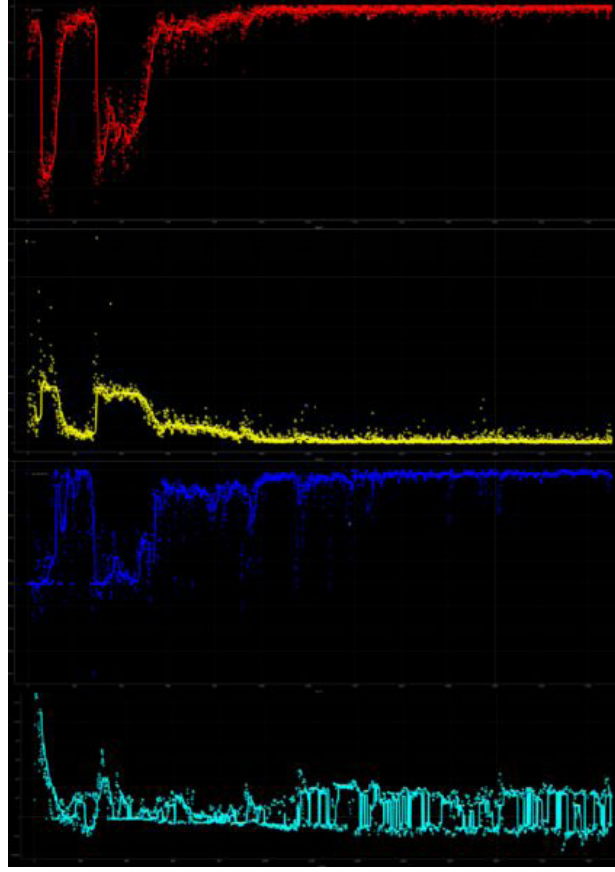
**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, makine öğrenimi, safra kesesi, laparoskopi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

Doğruluk, Doğruluk Doğrulaması, Loss Fonksiyonu, Loss Fonksiyon Doğrulaması



### Doğruluk ve Loss Fonksiyonu

Doğruluk	%96,9849
Doğruluk Doğrulaması	%99,5025
Loss Fonksiyonu	%7,8639
Loss Doğrulaması	%1,1275

### Veri Setleri

Safra Kesesi (Eğitim)	3365
non-Safra Kesesi (Eğitim)	6496
Safra Kesesi (Doğrulama)	802
non-Safra Kesesi (Doğrulama)	3489
Toplam	14152



## SSB-006

### T1 Evre Mide Adenokarsinomlarında Endoskopik Submukozal Diseksiyon vs Cerrahi: Tek Merkez Sonuçları

Berk Can Karabağ<sup>1</sup>, Ebubekir Korucuk<sup>1</sup>, Recep Temel<sup>1</sup>, Yakup Ozan Verendağ<sup>1</sup>, Muhtar Sinan Ersin<sup>1</sup>,  
Abdullah Murat Buyruk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Genel Cerrahi ABD, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Gastroenteroloji BD, İzmir

**Amaç:** Mide kanseri günümüzde en sık görülen kanserlerden biri olup mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. Minimal invaziv prosedürlerin yaygınlaşması ve erken tanının kolaylaşmasıyla, erken evre mide kanserlerinde morbidite ve mortalite giderek azalmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde erken evre mide adenokarsinomu nedeni cerrahi veya endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) uygulanan hastaların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada 2015-2024 yılları arasında gastroenteroloji tarafından ESD uygulanan veya kliniğimizce opere edilen hastalar dahil edilmiş, hastalar cerrahi ve ESD grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır. İki grup arasında demografik verilerin dışında, tümör yeri, boyutu, komplikasyon gelişimi, histolojik tümör tipi ve karakteristiği, e-cura sınıflaması, operasyon süresi, hastane yatış süresi ve genel sağkalımlar değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** T1 tümörü olan toplam 55 hasta çalışmaya dahil edilmiş, ortalama yaş  $62,63 \pm 10,11$  saptanmıştır. 22' si kadın (%40), 33'ü erkek (%60) olup, 39'unda (%70,9) ek komorbidite mevcuttur. CCI skoru ESD grubunda  $3,20 \pm 1,23$  iken cerrahi grubunda  $4,89 \pm 1,21$  olup, aradaki fark anlamlı saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Tümör lokalizasyonu 13 hastada (%23,6) proksimal, 17 hastada (%30,9) korpus, 25 hastada (%45,5) distal yerleşimlidir. 10 hastaya (%18,2) ESD uygulanmış olup, 45 hastaya (%81,8) cerrahi uygulanmıştır. İki grup arasında cinsiyet, yaş, ASA skoru, tümör lokalizasyonu, komplikasyon gelişimi, histolojik tümör tipi, e-cura sınıflamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ESD grubunda 2 hastada cerrahi sınır pozitifliği saptanmıştır. Cerrahi uygulanan tüm hastalarda R0 rezeksiyon gözlenmiş aradaki fark anlamlı saptanmıştır ( $p=0,002$ ). İşlem süresi ESD grubunda  $70,90 \pm 53,71$  dakika iken cerrahi grupta  $153,66 \pm 42,61$  dakikadır, aradaki fark anlamlı saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastane yatış süresi ESD grubunda  $1,40 \pm 0,51$  gün olup cerrah grupta  $10,33 \pm 4,9$  gün saptanmış, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Tüm örnekleme takip süresi ortalama 72,6 ay olup ESD grubu  $22,80$  ay [ $13,80-31,79$ ] iken cerrahi grubu  $97,61$  ay [ $88,67-106,55$ ] saptanmış, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak ESD hastalarında hastanede yatış süresi ve işlem süresi açısından avantajlı olup, ESD yapılan hastalarda cerrahisınır pozitifliği multidisipliner konseylerde değerlendirilme ihtiyacı oluşturmaktadır. Cerrahi uygulanan hastaların tamamında R0 rezeksiyon elde edilebilmesi dikkat çekmektedir. Endoskopik tedavilerin mortalite ve morbiditeyi azaltması nedeniyle etkin olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Mide Kanseri, Endoskopik submukozal diseksiyon, Endoskopik mukozal rezeksiyon, Mide kanseri cerrahisi, Erken Mide Kanseri



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## SSB-007

### Komplet Rektal Prolapsusta Laparoskopik Mesh vs Sutur Rektepeksi Uygulanan Hastalarımızın Uzun Dönem Sonuçları

Yulia Özcömert, Kemal Yener, Harun Sır, Alper Sözütek  
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Adana

**Amaç:** Komplet rektal prolapsus tedavisinde laparoskopik sütür ve laparoskopik yama rektepeksi cerrahi sonuçlarını karşılaştırmak.

**Gereç ve Yöntem:** Aralık 2020 ile Aralık 2022 tarihleri arasında kliniğimizde komplet rektal prolapsus nedeni ile opere edilen ardışık 47 hasta (çalışmaya dahil edildi. Çalışma grupları, Grup A (27) için laparoskopik sütür rektepeksi ve Grup B (20) için laparoskopik yama rektepeksi olacak şekilde 2 gruba ayrıldı. İki grup, postoperatif erken dönemde ağrı, gaz-gaita deşarj süreleri, taburculuk süresi ve komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı. Gruplar 2 senelik poliklinik kontrolü yapılarak uzun dönem nüks açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Grup A daha kısa ameliyat süreleri, bağırsak aktivitesinin daha hızlı yeniden başlaması ve hastanede kalış süresinin kısalması açısından avantajlar gösterdi. Ortalama hastanede kalış süresi Grup A'da  $2,8 \pm 1,4$  gün iken, Grup B de  $4,2 \pm 2,1$  gün idi. Gaz gaita deşarjı Grup B de yüksekti ( $3,8 \pm 3,1$  gün) İntraoperatif kanama görülmezken, ağrı Grup B'de anlamlı daha yüksekti. Nüks oranları Grup A'da (%9,8) Grup B'ye (%2,9) kıyasla daha yüksekti. Her iki grupta da ameliyat sonrası inkontinans derecelerinde iyileşme gözlemlendi. Konstipasyon her iki grupta da artmış olarak belirlendi.

**Sonuç:** Her iki teknik de komplet rektal prolapsus tedavisinde etkili olup, her birinin avantajı ve dikkat edilmesi gereken teknik noktaları mevcuttur. Laparoskopik sutur rektepeksi, nüks potansiyeli ılımlı olarak yüksek olsa da postoperatif erken dönem daha az komplikasyon riski açısından avantajlı bir yöntemdir. Seçilecek olan cerrahi yönetime; operatif özellikler, ameliyat sonrası sonuçlar ve hasta tercihleri gibi faktörler göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş tedavi biçiminde karar verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** rektal prolapsus, mesh, sutur rektepeksi, laparoscopy



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SSB-008

## Kolonoskopi Öncesi Bağırsak Hazırlığında İçilen Suyun pH Değerinin Bağırsak Temizliği Üzerindeki Etkisi

Ahmet Bahadır Aksoy, Mustafa Serdar Çayırıcı, Aydın Eray Tufan, Mehmet Taner Ünlü,  
Sinan Ömeroğlu, İsmail Ethem Akgün

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Kolonoskopi alt gastrointestinal sistemin değerlendirilmesinde yaygın kullanılan minimal invaziv yöntemdir. İdeal kolonoskopi için bağırsakların yeterli düzeyde temizlenmiş olması kritik öneme sahiptir. Bağırsak hazırlığı yetersiz olduğunda işlem süresi uzayabilir, patolojik bulgular gözden kaçabilir ve tekrarlayan işlemler nedeniyle hastane maliyeti artabilir. Diyet, bağırsak hazırlık ilacı, gastrointestinal cerrahi öyküsü gibi bağırsak temizliğini etkileyen faktörler mevcuttur. Alkali pH'a sahip suyun intestinal sistem üzerine olumlu etkileri bilinmektedir. Çalışmamızda kolonoskopi öncesi bağırsak hazırlığında içilen suyun pH değerinin bağırsak temizliği üzerindeki etkisini araştırdık.

**Gereç ve Yöntem:** Bu prospektif çalışmaya 25.07.2024-25.08.2024 tarihlerinde kolonoskopi yapılan 167 hasta dahil edildi. İşlem öncesi ulaşılabilen, uygun diyeti uygulamayan, bilinen bağırsak hastalığı ve/veya gastrointestinal cerrahi öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar Boston Bağırsak Hazırlığı Skalasına(BBHS) göre değerlendirildi. Skor <6 yetersiz bağırsak temizliği Grup I olarak ve skor  $\geq 6$  yeterli düzeyde bağırsak temizliği Grup II olarak tanımlandı. Her iki grup arasında kolonoskopi öncesi tüketilen suyun pH değerleri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Grup I'de 29 (14K, 15E) hasta, Grup II'de 138 (63K, 75E) hasta mevcuttu. Grup I'de ortalama pH değeri 7.25 iken Grup II'de ortalama pH değeri 7.64 idi. pH değeri ile BBHS skorları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ( $r=0.47$ ,  $p<0.05$ ). Yeterli bağırsak temizliği için cut-off pH değeri 7.3 olarak belirlendi.

**Sonuç:** Kolonoskopi öncesi bağırsak hazırlığında içilen  $pH>7.3$  suyun yeterli bağırsak temizliği üzerinde istatistiksel anlamlı katkısı vardır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde bu konuda çalışma yoktur. Bulgularımız, kolonoskopi hazırlığında su tüketimiyle ilgili gelecekte yapılacak prospektif, geniş hasta serisi içeren yeni çalışmalara ışık tutacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Bağırsak Temizliği, Boston Bağırsak Hazırlığı Skalası, Kolonoskopi, pH değeri



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SSB-009

## Robotic Esophagectomy is A Safe Procedure in Elderly Patients with Esophageal Cancer: A Single Center, Single Surgeon Experience

Sercan Yüksel<sup>1</sup>, Uğur Topal<sup>1</sup>, Mehmet Zişan Songür<sup>1</sup>, Hüseyin Karatay<sup>2</sup>, Hürü Ceren Gökdoğan<sup>3</sup>, Erdal Karaköse<sup>1</sup>, Zafer Teke<sup>1</sup>, Hasan Bektaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, Department of General Surgery, Istanbul

<sup>2</sup>Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, Department of Pathology, Istanbul

<sup>3</sup>Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, Department of Anesthesiology, Istanbul

**Background:** Esophagectomy is associated with significant morbidity. Robotic surgery allows complex resections to be performed with potential benefits over traditional techniques. This study aimed to compare the outcomes of robotic esophagectomy in elderly and younger adult patients with esophageal cancer.

**Methods:** Patients diagnosed with esophageal cancer and treated with robotic surgery at our hospital between December 2020 and September 2023 were included in the study. Patients were divided into two groups according to the World Health Organization's definition of elderly, Group 1 (<65 years) and Group 2 (>65 years). Demographic data, clinical findings, and perioperative outcomes were analyzed and compared between the two groups.

**Results:** A total of 37 patients were included in the study. Group 1 (<65 years) consisted of 21 patients, and Group 2 (>65 years) had 16 patients. The mean ages were 51.5 and 70.5, respectively ( $p=0.001$ ). There were no significant differences in surgical margin positivity, proximity to proximal and distal surgical margins, lymphovascular invasion, or T and N stages between the groups ( $p>0.05$ ). There was no necessity for reoperation in any of the patients. The distribution of complications according to the Clavien-Dindo classification and the 90-day readmission rates (19% vs. 0%,  $p=0.065$ ) were similar between groups. The median length of hospital stay was 8.5 days in both groups ( $p=0.671$ ).

**Conclusion:** Robotic esophagectomy can be performed safely without increasing severe postoperative complications and without compromising oncological principles in elderly patients with esophageal cancer. Advanced age should not be a sole reason to exclude patients from robotic esophagectomy.

**Keywords:** Esophageal cancer, Robotic surgery, Elderly, Complications, Mortality



## SSB-010 İzsiz Tiroidektomi Beklentileri Karşılıdı mı?: Tek Merkez Prospektif Çalışma

Yasin Çakır, Mehmet Taner Ünlü, Ozan Çalışkan, Nurcihan Aygün, Mehmet Uludağ  
SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Tiroidektomi en sık uygulanan endokrin cerrahi girişimlerden biridir. Zaman içerisinde kozmetik,ağrı palyasyonu gibi kaygılar tiroidektomi için birçok farklı prosedürün geliştirilmesine sebep olmaktadır.Çalışmamızda Kocher'in kolye insizyonu ile açık tiroidektomiler(AT) ile son zamanlarda popülerleşen transoralendoskopik tiroidektomi(TOETVA) yönteminin postoperatif kozmezis ve hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde benign hastalıklar nedeniyle tiroidektomi uygulanan 18-65 yaş arası kadın hastalar çalışmaya dâhil edildi. Hastalar cerrahi yonteme göre, AT ve TOETVA grubu olarak 2'ye ayrıldı. Her gruba 20 hasta dâhil edildi. Katılımcılar hasta memnuniyeti ve kozmezis açısından postoperatif 15.ve 30.günlerde Vancouver ve Modifiye Stony Brook Skar Skalası ile genel ve görsel memnuniyet anketleri uygulanarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan tüm hastalara 15.ve 30.günlerde ameliyatı genel ve görsel açıdan değerlendirmeleri (1:kötü,4:çok iyi) istendi. 15.ve 30.günde TOETVA ve AT grubu arasında görsel değerlendirme açısından anlamlı fark saptanmadı. Bununla birlikte genel olarak ameliyatı nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda AT grubunun TOETVA grubuna göre 15.gün(sırasıyla;3.5+0.5vs2.7+0.9,p=0.004) ve 30.günlerde(sırasıyla;3.7+0.5vs3.1+0.8,p=0.021) anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptandı. Her iki grup arasında 15. ve 30.günlerde memnuniyet skorları açısından anlamlı fark saptanmadı. 15. ve 30.günlerde insizyon yerlerinde ödem açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Hiperemi için bakıldığında ise 15.günde anlamlı fark saptanmazken 30.günde TOETVA grubunda anlamlı olarak daha az olduğu görüldü. Skar dokusu uzunluğu TOETVA uygulanan grupta 15. ve 30.günlerde anlamlı olarak düşük bulundu.

**Sonuç:** Literatürden farklı olarak AT grubunun operasyonu genel olarak daha iyi bulmasının sebebi postoperatif dönemde TOETVA grubunun ağrı şikayetinin daha yüksek olması, zamanla azalmakla birlikte çene bölgesinde uyuşma hissinin olması ve takip süresinin kısa olması düşünülebilir. Daha uzun süreli takiplerde bu farkın daha düşük olması beklenebilir. 15.gün ve 30.günde iki grubun operasyondan memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark çıkmaması hastaların ameliyat tipini kendilerinin tercih etmesine sekonder hastaların operasyondan beklentileriyle ilişkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda hasta memnuniyeti açısından benzer sonuçlar çıksa da TOETVA grubunun insizyon skarının görülmeyen bölgelerde bulunması AT'ye göre avantajı olarak değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** tiroidektomi, TOETVA, kozmezis, hasta memnuniyeti



## SSB-011

### Laporoskopik Ventral Herni Onarımında Sütür Materyallerinin Karşılaştırılması; Erken Dönem Sonuçlarımız

Murat Baki Yıldırım, Oğuzhan Özdemir  
Vm MedicalPark Ankara Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Diastasis rekti; ön karın duvarındaki rektus kaslarının birbirinden uzaklaşarak fasyal bölgenin zayıflaması olarak tanımlanmaktadır. Diastasis rektiyeye fitik eşlik edip etmemesine göre tedavi algoritması değişmektedir. Eğer Diastasis rektiyeye fitik eşlik ediyorsa her iki durumunda birlikte cerrahi ile tedavi edilmesi önerilmektedir. Tarihsel olarak tarihlenmiş çok sayıda cerrahi teknik bulunmaktadır. Günümüzde en sık kullanılan yöntem E-tep Preperitoneal onarım ve Mesh kullanımıdır. Bu çalışma ile laparoskopik teknik ile kasları birbirine yaklaştırmakta kullanılan iki farklı sütür materyali karşılaştırılması planlanmıştır.

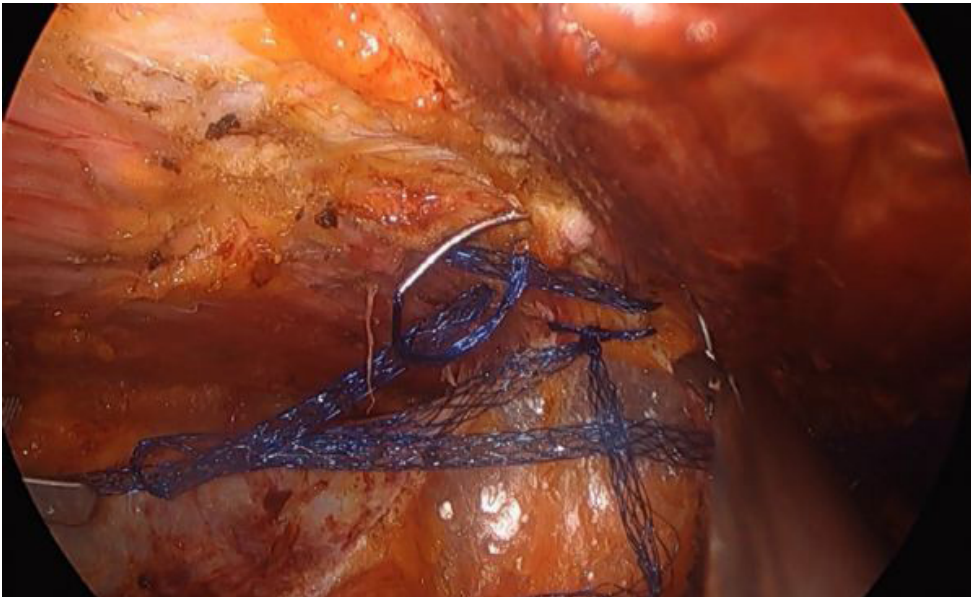
**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada Vm Medical Park Ankara Hastanesinde Nisan 2022 ve Mayıs 2024 yılları arasında Diastasis Rekti ve Umbilikal herni tanısı ile E-tep prosedürü ile onarım yapılmış hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Hastalar non-absorbe dikenli (v-loc) sütür sistemi kullanılan ve neon-absorbe örgü yama (duramesh) sütür sistemi kullanılanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. İki grup hastalar demografik verileri, diastaz/fitik defekt genişlikleri, ameliyat süreleri, postoperatif ağrı (VAS) ve postop 3. ay karın ön duvarı kesitsel kalınlıkları açısından karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Nisan 2022-Mayıs 2024 tarihleri arasında 107 hastanın laparoskopik e-tep ventral herni ve daistasis rekti ameliyatı olduğu görüldü. Dışlanma kriterleri sonrasında 87 hasta çalışmaya alındı. Grup I(v-loc) de 47 hasta, grup II( duramesh) 40 hasta olduğu görüldü. Ortalama takip süresi 11 aydı. Hastaların yaş, cinsiyet, BMI ve hastaneden kalış açısından anlamlı fark olmadığı görüldü. Hastaların Grup I hastalarda Postoperatif birinci hafta VAS skorlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü. Grup II de ağrısız işe dönüşün anlamlı olarak daha erken olduğu görüldü. Grup II hastalarda postoperatif 3. ay Karın ön duvarı kalınlığının anlamlı olarak daha fazla arttığı görüldü. Ayrıca Grup I hastalarda ameliyat süresinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü.

**Sonuç:** Diastasis rekti ve fitik ameliyatlarında örgü mesh sütür kullanımı ameliyat süresinin uzatmakla birlikte postoperatif ağrıda azalma ve erken dönem işe dönüş açısından istatistiksel olarak iyileşme sağlamaktadır. Karın duvarında kalınlık artışı sağladığı görülse de nüks açısından anlamlı olup olmadığının anlaşılması için uzun dönem takiplere ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diastasis Rekti, Duramesh, Laparoskopik, Ventral herni

Duramesh Sütür



Duramesh ile orta hattın kapatılması



**17** Ulusal  
**Endoskopik Laparoskopik Robotik**  
**Cerrahi Kongresi**  
Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

# SÖZLÜ BİLDİRİLER

**SB-001**

**Efficacy and Safety of da Vinci SP Endorobotic Submucosal Dissection:  
Long-Term Results from a 67-Patient Cohort**

Metincan Erkaya<sup>1</sup>, Ali Alipouriani<sup>1</sup>, Salih Karahan<sup>1</sup>, Kamil Erözkan<sup>1</sup>, Ilker Ozgur<sup>1</sup>, Amit Bhatt<sup>2</sup>, Scott R. Steele<sup>1</sup>,  
Joshua Sommovilla<sup>1</sup>, Emre Gorgun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Colorectal Surgery, Digestive Disease & Surgery Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

<sup>2</sup>Department of Gastroenterology and Hepatology, Digestive Disease and Surgery Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

**Background:** Endorobotic submucosal dissection (ERSD) is an innovative potentially organ-sparing approach addressing the high technical demands of endoscopic submucosal dissection and enabling traction using the Da Vinci SP robotic platform. This study aims to evaluate the long-term outcomes, broader applicability, and efficacy of ERSD in a larger patient cohort over an extended follow-up period.

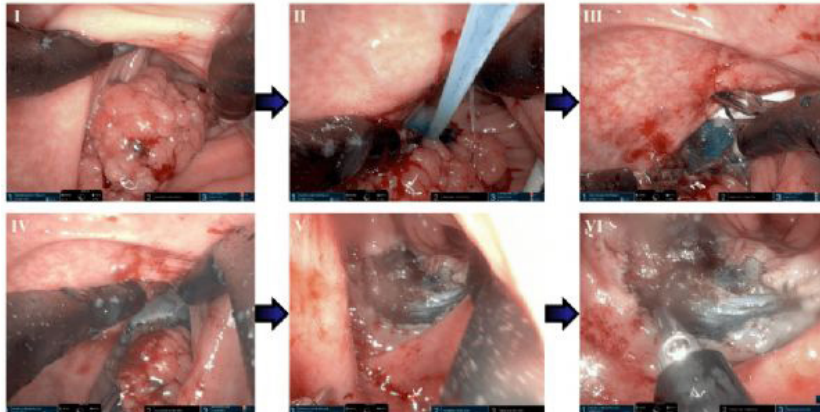
**Methods:** A retrospective analysis was performed on 67 patients who underwent ERSD between 2020 and 2024. The data encompassed patient demographics, lesion characteristics, procedure details, perioperative and postoperative results. The primary outcome was the en-bloc resection rate, whereas secondary outcomes were procedure time, complications, and histopathological outcomes.

**Results:** The study involved 67 patients, with a median age of 59 years and a median BMI of 27.7 kg/m<sup>2</sup>. The lesion's median distance from the anal verge was 9 cm, and the median procedure time was 76 minutes. En-bloc resection was accomplished in 97%. Conversion to other procedures were observed in 6%. There were no intraoperative complications. Postoperative complications comprised urinary retention in one patient and bleeding in two patients. The median specimen size was 38 mm. Histopathological investigation showed that 49.3% of lesions were tubulovillous adenomas, 23.9% were invasive adenocarcinomas, and 14.9% were tubular adenomas. During follow-up, there were no malignant recurrences or cancer-related mortality, but benign regrowth was observed in 3 cases.

**Conclusion:** This study confirms that ERSD is safe, feasible, and effective, with low recurrence and minimal long-term complications for a range of colorectal lesions. ERSD offers a viable alternative to traditional surgery, potentially outperforming endoscopic submucosal dissection with faster dissection times, enhanced precision, improved dexterity, and superior visualization.

**Keywords:** Endoscopic submucosal dissection, Non-malignant polyps, Pathological outcomes, Robotic surgery, Single-port robot (SP)

Figure 9.6 Submucosal injection of ORIS<sup>TM</sup> Gel Submucosal Lifting Agent and dissection performed in the submucosal plane with robotic arm traction.





## SB-002

### Kolorektal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Ghost Ileostomi Tercihi, Tek Merkez Deneyimi

Merve Yiğit<sup>1</sup>, Emrah Akın<sup>2</sup>, Avni Altun<sup>1</sup>, Enes Malik Kocatürk<sup>1</sup>, Kayhan Özdemir<sup>2</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

**Amaç:** Kolorektal tümör cerrahisi yapılan hastalarda; neoadjuvan kemoterapi alma öyküsü, tümör yerleşimi, anastomozun peroperatif durumu hakkında verilen karar neticesinde koruyucu loop ileostomi açılabilir. Kolorektal tümör cerrahisi yapılan hastalarda ileostomi gerekliliği kararı ve ghost ileostominin avantaj ve dezavantajlarının değerlendirilmesini amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 2021-2023 yılları arasında kolorektal tümör cerrahisi sırasında ghost ileostomi açılan hastaların verileri incelendi. Hastaların demografik verileri, tümör biyolojileri, tümör yerleşimleri, neoadjuvan kemoterapi alıp almadıkları, ameliyat teknikleri ve ameliyat sonrası takip verileri retrospektif incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya 39 hasta dahil edildi. Hastaların 21'i kadın, 18'erkekti. Ortalama hasta yaşı 62'ydi. 7 hastanın tümörü sigmoid kolon, 4 hastanın tümörü rektosigmoid bileşke yerleşimliydi. 28 hastanın tümörü rektum yerleşimliydi, hastaların birinde eş zamanlı mide tümörü mevcuttu. Hastaların ortalama tümör evresi 2'ydi. 21 hasta neoadjuvan tedavi alırken, 18 hastaya neoadjuvan tedavi verilmedi. 28 hastaya laparoskopik low anterior rezeksiyon, 7 hastaya açık low anterior rezeksiyon, 2 hastaya anterior rezeksiyon, 1 hastaya açığa konversiyon low anterior rezeksiyon, 1 hastaya low anterior rezeksiyon ve total gastrektomi yapıldı. Hastaların diseke edilen ortalama lenf nodu sayıları 14'tü. Patoloji sonuçlarına göre ortalama metastatik lenf nodu sayısı ise 3'tü. Ortalama hastanede kalış süreleri 6 gündü. 23 hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi. 8 hastanın postoperatif anastomoz kaçağı nedeni ile ostomisi olgunlaştırıldı. 1 hastada yara yerinde hematoma gelişti. 3 hastanın yara yerinde evisserasyon görüldü. 37 hasta şifa ile taburcu olurken 2 hasta exitus kabul edildi. Bu hastalardan birinde anastomoz kaçağı mevcuttu, 2. hastada respiratuvar komplikasyonlar ve buna bağlı yetmezlik gelişti.

**Sonuç:** Loop ileostomi ya da ghost ileostomi anastomoz kaçak riski yüksek hasta gruplarında pelvik sepsisi kontrol altına almak için kullanılan bir cerrahi tekniktir. Seçilmiş hasta gruplarında koruyucu loop ileostomi olgunlaştırılmasına alternatif olarak ghost ileostomi de bir seçenek olarak görülmektedir. Ghost ileostomi tercihi komplikasyonsuz ve komplikasyonlu hastaların eş zamanlı yaşam kalitesini artıran bir işlem olmasıyla ön plana çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** kolorektal cerrahi, ghost ileostomi, kolorektal tümör cerrahisi



### SB-003

## Rektum Kanserinde Laparoskopik ve Açık Low Anterior Rezeksiyon Sonuçlarımızın Karşılaştırılması

Mert Ercan<sup>1</sup>, Barış Eker<sup>1</sup>, Cemre Dinçsoy<sup>1</sup>, Arda Suay<sup>1</sup>, Fadime Özcan<sup>1</sup>, Murat Güner<sup>2</sup>, Kemal Erdinç Kamer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Şehir Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, İzmir; SBÜ İzmir Tıp Fakültesi ABD, İzmir

**Amaç:** Kolorektal cerrahi geçiren hastalar arasında laparoskopi kullanımı artarken, rektal kanser için laparoskopinin açık low anterior rezeksiyon(LAR) prosedürüne kıyasla onkolojik eşdeğerliği konusunda devam eden bir tartışma vardır. Bu çalışmanın amacı rektum kanseri nedeniyle laparoskopik ve açık olarak opere edilen hastalarımızın sonuçlarını sunmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** İzmir Şehir Hastanesi Genel Cerrahi ve Cerrahi Onkoloji Kliniğinde 15 Ekim 2023 ve 15 Ağustos 2024 tarihleri arasında rektum kanseri tanısı almış ve LAR uygulanmış hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar laparoskopik low anterior rezeksiyon(LLAR) ve açık low anterior rezeksiyon (ALAR) tekniklerine göre gruplandırıldı. Başlangıç özellikleri karşılaştırıldı. Hasta özellikleri eşleştirildi ve sonuçlar gruplar arasında karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Rektum kanseri tanısı ile toplam 118 hastada LAR uygulandı. 92 (54E/38K) hastaya ALAR (%77,96), 26(17E/9K) hastaya LLAR (%22,04) uygulandı. LAR uygulanan 118 hastada yaş ortalaması 64,1(33-95) iken, ALAR'da 65,07(33-95), LLAR'da 60,9(39-85) idi. ASA skorlamasına göre ALAR grubu %4,34(4) ASA-I, %82,60(76) ASA-II, %10,86(10) ASA-III, %2,17(2) ASA-IV iken; LLAR grubu %15,38(4) ASA-I, %30,76(8) ASA-II, %53,84(14) ASA-III, %0 ASA-IV idi. BKI oranları ortalama 27,32(±5,62SD/27,16m) olup; %0,84(1) >18,5, %30,50(36) 18,5-24,9, %36,44(43) 25-29,9, %32,20(38) ≥30 idi ve OLAR ile LLAR açısından benzer özellikteydi. Hasta özellik eşleştirmesinden sonra, karsinoembriyonik antijen (CEA) seviyesi hariç tüm başlangıç değişkenleri oldukça benzerdi. LLAR opere hastalarda tam rezeksiyon daha yaygındı (91,4'ya karşı %88,7, p<0,001) ve mikroskobik ve çevresel (>1 mm) marjin için istatistiksel olarak anlamlı olumlu sonuç gözlemlendi (hepsi p<0,001). Eksize edilen lenf nodu medyan sayısında fark yoktu (15'e karşı 15). Clavien-Dindo sınıflandırma sistemine göre hastaların %44,06(52)'sında I. derece, %32,20(38)'sinde II. derece, %11,86(14)'sında III. derece, %1,69(2)'unda IV., %3,38(4)'inde IVa., %3,38(4)'inde IVb. Derece ve %3,38(4/4-ALAR)'inde V. Derece komplikasyon geliştiği tespit edilmiştir. LLAR geçiren hastaların kalış süreleri daha kısaydı (6'e karşı 7 gün, p<0,001) ancak postoperatif ilk 30 gün yeniden yatış oranlarında bunu destekleyen olumlu süre kıyası olmadı (%5'ya karşı %6, p=0,02).

**Sonuç:** Laparoskopik LAR cerrahi prosedürünün geleneksel açık yaklaşıma kıyasla eşdeğer kısa vadeli onkolojik sonuçlara sahip olduğu görüldü. Kliniğimizde rektal kanser cerrahisinde analiz ettiğimiz sonuçlar laparoskopi kullanımını desteklerken; daha fazla veri ile doğrulama ihtiyacı mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** Rektum Kanseri, Laparoskopik Low Anterior Rezeksiyon, Açık Low Anterior Rezeksiyon, Kolorektal Cerrahi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-004

## Acil Laparoskopik Kolostomi'de Endikasyon, Teknik ve Sonuçların Değerlendirilmesi

Ahmet Dal, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, İsa Sözen, Girayhan Çelik, Bilal Turan, Serdar Acar, Büşra Rabia Çam, Kübra Bulduk  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Isparta

**Amaç:** Kolostomi, acil veya elektif olarak kolonun dekompresyonu veya gaitanın saptırılması amacıyla dünya çapında yapılan en yaygın hayat kurtarıcı prosedürlerden biridir. Endikasyonlar bölgeden bölgeye değişebilir. Morbidite ve mortalite açısından endikasyon önemlidir. Kolostomi tipinin seçimi endikasyona, cerrahın deneyimine ve hastanın ameliyat sırasındaki genel durumuna bağlıdır. Hartman uç kolostomisi ve loop kolostomisi sıklıkla yapılmaktadır. Hayat kurtarıcı bir prosedür olmasına rağmen, hem yapımı hem de tashihi önemli morbidite ve mortalite riskine sahiptir. Morbidite ve mortalite azaltılması ve postoperatif tedavilerin daha iyi gerçekleştirilmesi açısından son yıllarda laparoskopik yöntem ön plana çıkmaktadır ve bu konuda literatürde çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, hastanemizde son 5 yılda laparoskopik kolostomi uygulanan hastaların ortak endikasyonlarını ve kolostomi tiplerini ve sonuçlarını belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde son 5 yıllık dönemde laparoskopik kolostomi uygulanan hastaların, hastane sisteminden retrospektif incelemesi yapıldı.

**Bulgular:** 5 yıl boyunca 25 laparoskopik kolostomi uygulandı. Bunların 18'si(%72) erkek, 7'si kadındı(%28). Yaşları 31-79 arasında değişmekte olup ortalama yaş 57 idi. Endikasyonlar: Kolorektal kanserler 12(%48), fourmier gangreni 7(%28), sigmoid volvulus 1 (%4), perforasyon 4(%16), rektovajinal fistül 1(%4) şeklindeydi. Presentasyon olarak tümör nedeni ile opere edilen 12 hastanın 10'u ileus-obstruksiyon(%83), 2'si kanama idi. (18).Tümör hastalarının yaş ortalaması 60 idi. 4 hasta 50 yaş altıydı. 12 hastanın 3 tanesine ek olarak rezeksiyon uygulanabildi. Rezeksiyon yapılamayan diğer hastalarda metastaz veya ileri evre mevcuttu. Hastaların tamamına loop kolostomi uygulandı. Ortalama 62 (42-184) dakika operasyon süresi mevcuttu ve ortalama 20(2-40) mL kan kaybı yaşadık. Postoperatif komplikasyon veya stoma problemimiz olmadı.

**Sonuç:** Kolostomi açılmasına karar verilen hastalarda yöntemin laparoskopik olmasının, postoperatif komplikasyonların az olması, morbidite ve mortalite oranını azaltması, temel patolojilerin daha hızlı düzeltilmesi ve kanser vakalarının kemoterapiye hızlı geçebilmesine olanak sağlaması açısından kolay uygulanabilir ve yararlı olmaktadır. Elbette ameliyatı gerçekleştirecek cerrahın tecrübesinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İleus, Stoma, Laparoskopi, Kolostomi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-005

## Laparoskopik Sağ Hemikolektomi Anastomozunda Hangi Sütür Tercih Edilmeli?

Burak Bilir, Doğukan Durak, Yurdakul Deniz Fırat

SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

**Amaç:** Kolon kanseri hastalarında kapalı yöntemle ameliyat hastalar için birçok avantajı beraberinde getirmektedir. Stapler delinen kapatıcı kesici materyaller anastomozu oluştursa da bu aletlerin oluşturduğu barsak açıklığı gene sütürle kapatılma ihtiyacı olmaktadır. Çalışmamızda kurumumuzda yapılan intrakorporeal anastomozlardaki bu barsak açıklığının kapatılmasında hangi sütür materyalinin daha güvenli olduğu değerlendirdik.

**Gereç ve Yöntem:** Mart 2022- Mart 2024 tarihleri arasında SBU Bursa Yüksek İhtisas Hastanesinde Genel Cerrahi kliniğinde tek cerrah tarafından yapılan 32 sağ kolon kanseri vakasına yapılan laparoskopik sağ hemikolektomi operasyonu incelendi. Demografik özellikler, stapler açıklığı kapatma yöntemleri, barsak açıklığı kapatma süresi, komplikasyon ve mortalite oranları retrospektif incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların 24'i erkek, 18'i kadın, ortanca yaş 61 (43-85), ortalama yatış süresi 4,3 gün, morbidite %0,3 (n=1), mortalite oranı sıfırdı. Tek morbidite 1 hastada anastomoz kaçağı şeklinde izlendi. Barsak açıklığı kapatma yöntemleri incelendiğinde; 20 hastanın intrakorporeal anastomozu 3/0 PDS ile yapıldı, 12 hastanın anastomozu 2/0 vilac sutur ile sütüre edildi. İki anastomozda çift kat olarak tek cerrah tarafından yapıldı. İnttrakorporeal barsak açıklığını kapatma süresi ortalama 12 dk idi ve istatistiksel olarak fark izlenmedi. Anastomoz kaçağı PDS sütür ile sütüre edilen bir hastada görüldü ancak iki teknik karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark izlenmedi. Her iki grupta mortalite izlenmedi.

**Sonuç:** Laparoskopik cerrahi kolon kanseri ameliyatlarında hasta için konforlu olmakla beraber intrakorporeal anastomoz teknik zorluğunu da beraberinde getirmektedir. Barsak açıklığını kapatmak için kullanılan sütürlerde süre ve komplikasyon açısından herhangi bir fark olmamakla beraber kullanılan sütür materyalinin maliyet açısından farklılıkları bulunmaktadır. Cerrahın tecrübesine bağlı olarak standart kullanılan PDS sütürleri maliyet olarak daha uygun olması nedeni tercih edilebileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** anastomoz, PDS, sütür, vilac



**SB-008**

**Rektum Kanserinde Laparoskopik ve Açık Abdominoperineal Rezeksiyon  
Sonuçlarımızın Karşılaştırılması: Yeni Açılan Bir Şehir Hastanesinin İlk Sonuçları**

Barış Eker<sup>1</sup>, Mert Ercan<sup>1</sup>, Zeki Alkan<sup>1</sup>, Alperen Oğraş<sup>1</sup>, Murat Güner<sup>2</sup>, Kemal Erdinç Kamer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İzmir Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Şehir Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Şehir Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, İzmir; SBÜ İzmir Tıp Fakültesi ABD, İzmir

**Amaç:** Kolorektal cerrahi geçiren hastalar arasında laparoskopik cerrahi kullanımını artmakla birlikte, rektal kanser tedavisinde laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon (LAPR) ile açık abdominoperineal rezeksiyon (AAPR) prosedürlerinin onkolojik eşdeğerliği konusunda hala tartışmalar sürmektedir. Bu çalışmada, yeni açılan İzmir Şehir Hastanesi'nde distan rektum kanseri nedeniyle uygulanan LAPR ve AAPR yöntemlerinin sonuçlarını karşılaştırmayı ve bu ilk bulguları sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Ekim 2023'te faaliyete geçen İzmir Şehir Hastanesi Genel Cerrahi ve Cerrahi Onkoloji Kliniklerinde, 15 Ekim 2023 ile 15 Ağustos 2024 tarihleri arasında distal rektum kanseri tanısıyla opere edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar, laparoskopik (LAPR) ve açık (AAPR) abdominoperineal rezeksiyon prosedürlerine göre gruplandırıldı. Hasta demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı, ardından benzer özellikler taşıyan hastalar eşleştirilerek cerrahi sonuçlar iki grup arasında analiz edildi.

**Bulgular:** Toplamda 22 rektum kanseri hastasına abdominoperineal rezeksiyon (APR) uygulandı. Bunlardan 14 hastaya (%63,63) AAPR, 8 hastaya (%36,36) LAPR yapıldı. Yaş ortalaması AAPR grubunda 61,4 (38-84), LAPR grubunda ise 55,3 (34-77) olarak bulundu. Eşleştirme sonrası, başlangıç değişkenleri karsinoembriyonik antijen (CEA) seviyesi hariç oldukça benzerdi. LAPR grubunda tam rezeksiyon oranı daha yüksekti (%91,4'e karşı %88,7, p<0,001) ve mikroskobik ve çevresel marjin açısından anlamlı iyileşmeler kaydedildi (tümü p<0,001). Eksize edilen lenf nodu sayısı açısından gruplar arasında fark yoktu (medyan 15). LAPR hastalarının hastanede kalış süresi daha kısa olup (6 gün, AAPR'de 7 gün, p<0,001), postoperatif 30 gün içinde yeniden yatış oranları benzerdi (%5'e karşı %6, p=0,02).

**Sonuç:**Laparoskopik APR'nin, kısa vadeli onkolojik sonuçlar açısından geleneksel açık cerrahi ile benzer olduğu görülmüştür. Ancak, hasta sayısının sınırlı olması yeni açılan merkezimizdeki çalışmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Rektal kanser cerrahisinde elde edilen bu ilk bulgular laparoskopik kullanımının faydalarını desteklemekte, ancak daha geniş veri setleri ile bu bulguların doğrulanması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik, Abdominoperineal Rezeksiyon, Miles Prosedürü, Rektal Kanseri, Kolorektal Cerrahi



## SB-010

### Süperior Mezenterik Arter Sendromunda Takip ve Tedavi

Habip Sarı

Ankara Etilik Şehir Hastane

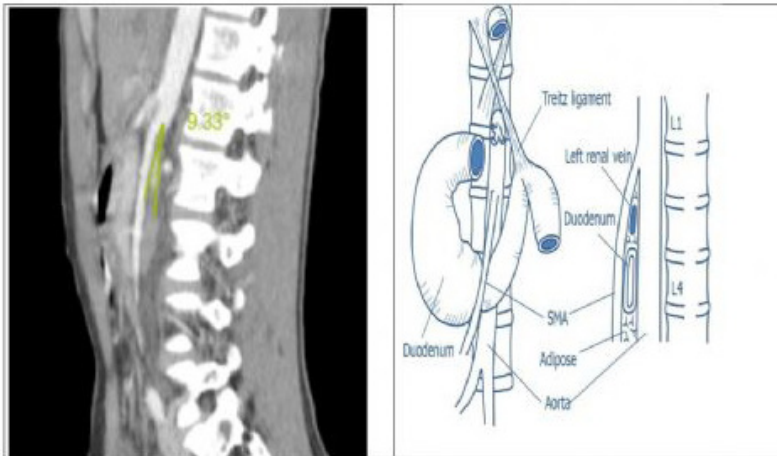
**Amaç:** Superior mezenterik arter (SMA) sendromu, SMA ve aort arasında dıştan baskıya uğrayan duodenum neden olduğu klinik durumdur. Hastaların ortanca yaşı 23'tür (yaş aralığı 0-91) ve kadınlarda erkeklere göre 3:2 oranında daha sık görülür. Etiyolojik faktörler arasında konjenital nedenler, kilo kaybı yapan nedenler (Diyet ve obezite cerrahisi, Yeme bozuklukları, Malabsorpsiyon, Malignite, Tüberküloz, Kemoterapi, Travma, nörolojik hastalıklar, Uyuşturucu veya alkol bağımlılığı, Romatoid artrit), Skolyoz cerrahisi, Bağırsak cerrahisi, Yaşlanma ve uzun süreli yatak istirahati yer alır. Aortik arter anevrizması (Aortoduodenal sendrom), SMA ve duodenum 3. Kıta yakınlarındaki cerrahilerde pseudo SMA Sendromu denen kliniğe yol açabilir. Semptomları arasında yemek sonrası karın ağrısı, bulantı ve kusma, erken doyma, iştahsızlık ve kilo kaybı en sık görülenleridir. Semptomlar anoreksiya nervoza, fonksiyonel dispepsi veya mide çıkış obstrüksiyonlarını taklit edebilir. Tekrarlayan kusmalar aspirasyon pnömonisine veya metabolik alkaloz yoluyla solunum depresyonuna yol açtığından erken tanı gereklidir. En yararlı tanı yöntemi bilgisayarlı tomografidir. SMA sendromu tanısı için aortomezenterik açının  $22^\circ$ 'den az olması (resim 1) ve aortomezenterik mesafenin 8-10 mm'den az olması gerekir. Ayrıca SMA hareketliliğinin ve duodenum geçişinin gerçek zamanlı ultrasonografisi tanıda yararlıdır. Tedavide (tablo 1) konservatif yöntemlerle semptomları kontrol altına alınamayan hastalarda cerrahi ve endoskopik girişimler yararlıdır. Çalışmamızdaki amaç SMA sendromu tanısıyla takip edilen konservatif yöntemlerle semptomatik tedavi sağlanamayan 26 hastanda (tablo 2) 8'inde uygulanan cerrahinin etkinliğinin araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** SMA sendromu tanısıyla takip edilen 26 hasta 2 yıl boyunca takip edildi. Konservatif tedavilerle kontrol altına alınamayan özellikle yemeklerden sonra şişkinlik, bulantı, kusma şikayetleri olan 8 hasta opere edildi. Postoperatif 3.günde 1 yıl mide çıkış obstrüksiyonu tanısıyla dış merkezlerde takip edilen ve BMI 15,2 olan kaşektik hasta kardiyopulmoner arrest nedeniyle eksitus olurken diğer hastalarda herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

**Sonuç:** SMA sendromu nadir görülen bir hastalıktır. Uygun tanı ve takip önemlidir. İleri derecede kaşeksi ve malnütrisyon gelişmeden cerrahi yapılmazsa sonuçları ölümcül olabilir. Cerrahi tedavide açık ve laparoskopik yaklaşım etkinliği aynı olmakla birlikte laparoskopik yaklaşım tercih edilir. Cerrahi sonrasında hastaların şikayetleri azalmış olup hepsinde kilo artışı sağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik duodenojejunostomi, Süperior mezenterik arter sendromu, Malnütrisyon

Resim 1



SMA Sendromu BT görüntüsü



## SB-011

### Akalazya Tedavisinde Laparoskopik Heller Miyotomi Ve Dor Fundoplikasyonun Eckardt Skoru Üzerine Etkisinin Araştırılması

Muratcan Fırat, Server Sezgin Uludağ

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Akalazya, alt özofageal sfinkterin yetersiz relaksasyonu ve aberran peristaltizm ile karakterize olan bir özofagus motilite hastalığıdır. Hastalar çoğunlukla katı ve sıvı gıdalara karşı disfaji, göğüs ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurur. Tedavide medikal, endoskopik ya da cerrahi teknikler kullanılabilir. Hastalığın tanısından sonra takip ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi için Eckardt Semptom Skoru kullanılmaktadır. Cerrahi tekniklerde sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri Laparoskopik Heller Myotomi ve Dor Fundoplikasyondur. Bu çalışmada Laparoskopik Heller Miyotomi ve Dor Fundoplikasyon tekniğinin preoperatif ve postoperatif Eckardt skoru üzerine etkisinin araştırılması hedeflenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 2021-2024 yılları arasında Laparoskopik Heller Miyotomi ve Dor Fundoplikasyonu yapılan 41 hastada anket aracılığıyla ile yaş, cinsiyet, ameliyat öncesi ve sonrası Eckardt skoru hesaplaması için retrosternal yanma, disfaji, kilo kaybı ve regürjitasyon skorları verileri toplanarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmada 17 erkek ve 24 kadın olmak üzere 41 olgu analiz edilmiştir. Ortalama yaş  $52,41 \pm 12,94$  saptanmıştır. Yaş ortalamaları erkeklerde  $51,71 \pm 12,37$  yıl, kadınlarda  $52,92 \pm 13,57$  yıl bulunmuş olup istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,77; >0,05$ ). Tüm olgularda disfaji, retrosternal yanma, regürjitasyon, kilo kaybı ve toplam Eckardt skoru karşılaştırıldığında preoperatif ve postoperatif dönem arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ayrıca cinsiyetlere göre gruplar kendi içerisinde analiz edildiğinde bu skorlar preoperatif ve postoperatif dönemde anlamlı düzeyde farklı saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Çalışmada Laparoskopik Heller Miyotomi ve Dor Fundoplikasyon yapılan hastalarda preoperatif döneme kıyasla postoperatif dönemde disfaji, retorsternal yanma, regürjitasyon ve kilo kaybı şikayetleri anlamlı şekilde düzelmekte ve Eckardt skorunda olumlu yönde düzelmeyi sağlamaktadır. Akalazya tedavisinde Laparoskopik Heller Miyotomi ve Dor Fundoplikasyon tekniğinin kullanımının fayda sağladığı ve semptomatik düzelmeye faydası olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Akalazya, Heller Miyotomi, Dor Fundoplikasyon, Eckardt

Tablo-1: Preoperatif ve Postoperatif Eckardt Skoru

	Preoperatif	Postoperatif	p
Disfaji	1,76±1,01	0,75±0,79	0,00*
Retrosternal Yanma	1,58±0,94	0,61±0,73	0,00*
Regürjitasyon	1,85±0,96	0,73±0,67	0,00*
Kilo Kaybı	2,82±0,58	0,58±0,77	0,00*
Eckardt Skoru	8,24±2,15	2,68±2,10	0,00*

Tablo-2:Cinsiyetlere göre Preoperatif ve Postoperatif Eckardt Skoru

		Erkek	p	Kadın	p
Yaş		51,7±12,37		52,92±13,57	0,77
Disfaji	Preop	2,06±0,97	0,02*	1,92±1,06	0,00*
	Postop	0,65±0,86		0,83±0,76	
Retrosternal Yanma	Preop	1,65±0,86	0,02*	1,54±1,02	0,01*
	Postop	0,59±0,62		0,63±0,82	
Regürjitasyon	Preop	1,76±0,9	0,03*	1,92±1,02	0,00*
	Postop	0,71±0,59		0,75±0,74	
Kilo Kaybı	Preop	2,82±0,73	0,00*	2,83±0,48	0,00*
	Postop	0,47±0,72		0,67±0,82	
Eckardt Skoru	Preop	8,29±2,41	0,00*	8,20±2,30	0,00*
	Postop	2,41±2,06		2,87±2,15	



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-013

## Hiatal Herni ve Gastroözefageal Reflü Hastalığında Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu: Üçüncü Basmak Tek Merkez Deneyimi

Harun Çok, Yasin Kara, Murtaza Furkan Eskici, Özgür Gangal, Ahmet Zahit Kaan, Harun Avcuoğlu, Erkan Somuncu, Ali Kocataş

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:** Karın içi organların diyaframdaki özefageal açıklıktan toraks boşluğuna kaçmasına hiatal herni denir. Gastroözefageal reflü hastalığı ise alınan gıdaların ve/veya mide asidinin yemek borusuna geri kaçmasıdır. Bu iki durumda da cerrahi tedavi kullanılabilir. Rudolph Nissen 1956 yılında GÖRH'nda 360 derece fundoplikasyon yöntemini tanıtmış, bu tarihten sonra değişik fundoplikasyon yöntemleri tanıtılmasına rağmen GÖRH tedavisinde en çok kabul gören yöntem olmuştur. 1991 de Nissen Fundoplikasyonun da laparoskopik yöntemlerin bu amaçla kullanılması ile yeni bir boyut kazanmıştır. Günümüzde Laparoskopik cerrahi altın standart haline gelmiştir. Çalışmamızda hiatal herni ve gastroözefageal reflü tedavinde laparoskopik cerrahi deneyim ve sonuçlarımızı paylaştık.

**Gereç ve Yöntem:** 2017-2023 yılları arasında hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde hiatal herni ve gastroözefageal reflü nedeniyle cerrahi yaptığımız hastaların verileri retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların demografik verileri, operasyon süresi, hastanede yatış süresi, nüks oranları, ameliyatta ve ameliyat sonrasında gelişen komplikasyonlar incelenmiştir.

**Bulgular:** Toplamda 65 hasta çalışmaya dahil edildi. Bunların 32'si kadın, 33'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması 62 idi. Ortalama operasyon süresi 138 dakika idi. Hiçbir olguda açığa geçilmedi. Hastanede ortalama yatış süresi 4 gündü. Hastalarda ortalama 3 yıllık takipte nüks görülmedi. 7(%10.7) hastada ameliyat sonrası disfaji gelişti. Ancak 3 aylık takiplerinde endoskopik girişim olmadan klinik olarak düzeldi. Bir (%1.5) hastada darlık gelişti. Üç aylık takiplerinde balon dilatasyon sonrasında kliniği düzeldi. Hiçbir olguda mortalite gelişmesi.

**Sonuç:** Güncel yaklaşımda Hiatal herni ve GÖRH tedavisinde laparoskopik cerrahi altın standart olarak kullanılmaktadır. Hasta seçimi, cerrahi ekibin tecrübesi, ameliyat öncesi hazırlık ve cerrahi ekipman sonuçların daha başarılı olmasını sağlamaktadır. Ameliyat sonrasında hastaların takibinde kısa ve uzun dönem sonuçlar revizyon cerrahisi, erken dönem endoskopik işlemler açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sliding Hiatal Herni, Gastroözefageal Reflü Hastalığı, Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-014

## Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu: Hasta Memnuniyeti Anketi

Güneş Oral, Berkay Bilbay, Server Sezgin Uludağ  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Gastroözofageal reflü hastalığı (GERD), mide asidinin yemek borusuna geri kaçmasıyla karakterize yaygın bir durumdur ve mide ekşimesi, geğirme ve yutma güçlüğü gibi semptomlara neden olur. Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu, GERD için yaygın olarak kabul gören bir cerrahi tedavidir ve asit reflüsüne karşı bir bariyer oluşturmak için midenin üst kısmının (fundus) yemek borusunun alt kısmına sarılmasını içerir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, Ocak 2016 ile Ağustos 2024 arasında 50 hastanın laparoskopik Nissen fundoplikasyonu geçirdiği Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesinde yürütülmüştür. Hastaların işleme ilgili deneyimlerini retrospektif olarak değerlendirmek için bir hasta memnuniyeti anketi tasarlanmıştır.

**Sonuç:** Genel memnuniyet: Hastaların %88'i işlemde "çok memnun" veya "memnun" olduğunu bildirdi. GERD semptomu şiddeti: Hastaların %90'ı işlemde sonra GERD semptomu şiddetinde önemli bir azalma olduğunu bildirdi. Normal aktivitelere dönüş: Hastaların %76'sı işlemde sonra 2 hafta içinde normal aktivitelere döndüğünü bildirdi. Komplikasyonlar ve yan etkiler: Hastaların %10'u şişkinlik veya gaz gibi hafif komplikasyonlar veya yan etkiler yaşadığını bildirdi. Etkinlik: Hastaların %96'ı işlemin GERD semptomlarını hafifletmede "çok etkili" veya "etkili" olduğunu bildirdi.

Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu, üniversite hastanesi ortamında GERD'yi tedavi etmek için güvenli ve etkili bir işlemdir. Hastalar işlemde yüksek memnuniyet bildirdiler ve sonuçlar GERD semptomu şiddetinde önemli bir azalma göstermektedir. Bu bulgular, laparoskopik Nissen fundoplikasyonunun GERD için bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaya devam edilmesini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Fundoplikasyon, laparoskopi, Nissen, reflü

### Anket Sonuçları

Kriter	Sonuç
Genel Memnuniyet	%88 "Çok Memnun" veya "Memnun"
GERD Semptomu Şiddeti	%90 işlem sonrası önemli azalma bildirdi
Normal Aktiviteye Dönüş	%76 işlemde sonra 2 hafta içinde normal aktiviteye döndü
Komplikasyonlar ve Yan Etkiler	%10 hafif komplikasyon veya yan etki yaşadığını bildirdi
Etkinlik	%96 işlem GERD semptomlarını "Çok Etkili" veya "Etkili" olarak değerlendirdi

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu Hasta Memnuniyeti Anketi Sonuçları



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-015

## Gastrik Gastrointestinal Stromal Tümörlerde Endoskopi Destekli Laparoskopik Rezeksiyon

Mustafa Cüneyt Ateşsönmez<sup>1</sup>, Özcem Öfkeli<sup>1</sup>, Yunus Yüksel<sup>1</sup>, Bahri Çakabay<sup>2</sup>, Ebubekir Gündeş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B.Ü. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

<sup>2</sup>Özel Batı Hastanesi, Diyarbakır

**Amaç:** Mide gastrointestinal stromal tümürlü (GİST) olgularda laparoskopik mide wedge rezeksiyon (LMWR) işlemi esnasında intraoperatif gastroskopi yapılması cerrahiye kolaylaştırmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde uygun GİST vakalarında laparoskopik rezeksiyon ile eş zamanlı gastroskopi uyguladığımız vakaları sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2020-Temmuz 2024 tarihleri arasında S.B.Ü. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde GİST nedeniyle LMWR ile eş zamanlı intraoperatif gastroskopi yapılan hastaların dosya kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.

**Cerrahi Teknik:** Laparoskopik aletler girildikten sonra intraoperatif tümör lokalizasyonu için başka bir cerrah tarafından gastroskopi yapıldı. Posterior gastrik duvar tümörlerinde ya da anterior duvarda olup büyük lezyonlarda önce damar mühürleme cihazı yardımıyla omental diseksiyon yapıldı ve posterior gastrik duvar görüntüldü. Endoskopik gözlem altında, endoskopik lineer stapler yardımıyla laparoskopik wedge rezeksiyonu yapıldı. Rezeksiyon sırasında ve sonrasında, tümörün güvenli cerrahi sınırdan olup olmadığı, kardiya veya pilora yakın tümörün rezeksiyonu sırasında daralmaya neden olup olmadığı ve zimba hattından kanama veya sızıntı olup olmadığı değerlendirildi.

**Bulgular:** Dört yıllık çalışma periyodu boyunca 25 hastaya gastrik GİST nedeniyle rezeksiyon yapıldı. GİST yerleşim yeri incelendiğinde; 16'sı (%64) mide gövdesinde veya fundusta, 6'sı (%24) antrumda, 3'ü (%12) gastroözofageal bileşkede (GEJ) yerleşmişti. Laparoskopik antrektomi yapılan bir olgu ve açığa geçilen 2 olgu çalışma dışı bırakıldı. 22 vakada laparoskopik ile eş zamanlı gastroskopi kullanılarak rezeksiyon yapıldı. Ortalama tümör boyutu 4,5 cm (2-7) olarak bulundu. Vakaların %100'ünde R0 rezeksiyon elde ettik. Fletcher risk sınıflamasına göre hastaların 2'si yüksek riskli, 9'u orta riskli ve 11'i düşük riskli grubundaydı. Postoperatif erken dönemde komplikasyon izlenmedi.

**Sonuç:** Laparoskopik rezeksiyona ile eş zamanlı gastroskopinin intraoperatif avantajları arasında intragastik tümör cerrahi sınırlarının tespiti ve stenoza izin vermeden negatif cerrahi sınırlarla rezeksiyona olanak sağladığı kanısındayız. Postoperatif avantajları ise anastomoz hattından kanama ve anastomoz kaçağı açısından stapler hattının incelenmesine yardımcı olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** gastroskopi, gastrointestinal stromal tümör, laparoskopik



## SB-016

### Laparoskopik Cerrahi Vakalarında Yapay Zeka Kullanımı: ChatGPT-4o Tabanlı Görsel Tanıma Performansı

Ahmet Dal, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, İsa Sözen, Girayhan Çelik, Bilal Turan, Serdar Acar, Batuhan Burak Ersoy  
*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta*

**Amaç:** Yapay zeka (YZ) teknolojileri, tıbbi görüntüleme ve cerrahi rehberlik alanlarında giderek daha fazla kullanılmaktadır. Laparoskopik cerrahilerde, cerrahların anatomik yapıların doğru tanımlanması ve cerrahi alanın navigasyonu açısından yapay zeka destekli çözümlerden faydalanmaları, hem güvenliği hem de etkinliği artırabilir. Bu çalışmada, ChatGPT-4o'nun laparoskopik cerrahi sırasında görüntülerde işaretlenmiş anatomik bölgelerin tanımlanmasındaki performansı değerlendirildi. Çalışmanın amacı, yapay zeka tabanlı bu aracın doğru tanı koyma ve tanımlama yeteneğini değerlendirmek ve bu yeteneğin laparoskopik farklı cerrahi prosedürlerdeki başarı oranlarını karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu retrospektif çalışmada, üç aylık bir süreçte bazı laparoskopik prosedürlerde 40 hastadan elde edilen cerrahi görüntüler kullanıldı. ChatGPT-4o'ya bu görüntüler gösterilerek, ilk olarak "ok ile işaretli alan neresi?" sorusu soruldu. Eğer yapay zeka doğru bir cevap veremezse, kısa bir tarif yapılarak "tekrar ok işaretli alan neresi?" sorusu soruldu. Her iki sorunun doğru cevap oranları analiz edilerek, farklı laparoskopik cerrahi türlerindeki performans karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Yapay zekanın ilk soruya doğru cevap verme oranları, laparoskopik inguinal herni ameliyatlarında %63, laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında %73 ve laparoskopik kolektomi ameliyatlarında %68 olarak tespit edildi. İlk sorunun yanlış cevaplandığı durumlarda, yapılan açıklama sonrası doğru cevap oranları laparoskopik inguinal herni için %68, laparoskopik kolesistektomi için %83 ve laparoskopik kolektomi için %75 olarak belirlendi. Genel olarak, ChatGPT-4o'nun yapılan tarif sonrası toplam doğruluk oranı %78 idi. Ekstraperitoneal ve kadrajın küçük olduğu cerrahilerde düşük başarı oranı gözlenirken, eksplorasyonun nispeten daha rahat olduğu operasyonlarda ise yüksek başarı oranı elde edildi.

**Sonuç:** ChatGPT-4o, laparoskopik cerrahi vakalarında işaretli anatomik bölgelerin tanımlanmasında yüksek doğruluk oranlarına sahip olup, bu teknoloji cerrahi operasyonlar sırasında cerrahlara ek bir güvenlik ve doğrulama mekanizması sağlayabilir. Ancak, bu sonuçlar henüz geniş ölçekli uygulamalar için yeterli olmayabilir ve daha geniş hasta popülasyonları üzerinde yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Yapay zeka tabanlı sistemlerin cerrahi süreçlere entegrasyonu, ileri dönemlerde cerrahi sonuçları iyileştirme potansiyeline sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Yapay zeka, ChatGPT-4o, laparoskopik cerrahi, görüntü tanıma



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-017

## Laparoskopik Inguinal Herni Ameliyatında Dr.ChatGPT'nin Bilgi Kalitesi

Elif Tufan, Aydın Eray Tufan, Ahmet Bahadır Aksoy, Sinan Ömeroğlu, Pınar Yazıcı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

**Amaç:** ChatGPT, OpenAI tarafından geliştirilen, aldığı veriye göre insan benzeri metinler oluşturmak üzere tasarlanmış bir yapay zeka modelidir. ChatGPT'nin tıbbi durumlar hakkında halka güvenilir bilgi sağlayıp sağlayamayacağı hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Amacımız laparoskopik inguinal herni onarımı (LIHO) teknikleri ve yönetimine ilişkin hazırlanan sorular ile ChatGPT'nin yeterliliğini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Laparoskopik inguinal herni operasyonu başlığı adı altında tanımlama, tanı, tedavi, takip ve yönetim ile alakalı 42 adet soru Türkçe hazırlandı. Bu sorular ChatGPT-4(OpenAI)'e 3 kez soruldu. Alınan cevaplar sorular ile birlikte Google Forms üzerinden anket haline getirildi, kliniğimizin LIHO konusunda deneyimli cerrahları tarafından değerlendirildi. Cevaplar 1:zayıf, 2:orta, 3:iyi, 4:çok iyi, 5:mükemmel olarak puanlandırıldı ayrıca yorumlarını belirtmeleri için "diğer" seçeneği eklendi.

**Bulgular:** ChatGPT yanıtları ortalama 3.9puan(%78) olarak değerlendirildi. 42 soruyu pre-operatif dönem (20soru), per-operatif dönem (8soru) ve post-operatif dönem (14soru) olarak üç kategoriye ayırdığımızda ortalama puan ve yüzdeleri sırasıyla 3.9 (%78), 3.6 (%72), 3.9 (%78) olarak hesaplandı. Per-operatif dönem ile ilgili 4 soruda "diğer" seçeneğinde önemli bazı bilgilerin(komplikasyon ve trokar yerleşim yeri gibi) yetersiz olduğu saptandı.

**Sonuç:** Yapay zekanın toplum tarafından kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Yapay zeka tarafından LIHO yönetimi ile ilgili üretilen tıbbi bilgi kalite değerlendirmemiz %78 "çok iyi" şeklinde puanlandı. Tıbbi içeriklerinde bazı eksikleri olsa da; gelecekte yapay zeka tıbbi alanda halka bilgi sağlamakta daha çok kullanılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** chatgpt, TEP, TAPP, yapay zeka



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-018

## Tekrarlayan Kasık Fıtığında Cerrahi Yaklaşım Nasıl Olmalı? Tek Merkez Deneyimi

Feyza Betül Genç, Turgut Dönmez, Mahmut Said Değerli, Burak Suskun, Alpen Yahya Gümüüşoğlu, Müge Yurdacan Şahin

*Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:** Cerrahlar, kasık fıtığının birincil onarımından sonra yetişkin hastalarda bazen tekrarlayan fıtık vakalarıyla karşılaşır ve bu vakaların uygun şekilde yönetilmesi zordur. Bu çalışma, tekrarlayan kasık fıtığının hangi tekniğin daha uygun olduğu ve cerrahların tercihlerini neler etkileyebileceğini değerlendirmek için kliniğimizde gerçekleştirilen nüks fıtık hasyatlarının cerrahi tedavi yöntemlerini değerlendirmeyi amaçladık

**Gereç ve Yöntem:** Ağustos 2021 ile Ocak 2024 arasında Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tekrarlayan kasık fıtığı nedeniyle kasık herni onarımı geçiren 54 hastayı retrospektif olarak inceledik. Semptomlar, Daha önceki geçirdiği fıtık cerrahisi, tercih edilen fıtık cerrahisi, yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, hastanede kalış süresi ve postoperatif komplikasyonlar ile ilgili veriler analiz edildi.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 48 (27-76), vücut kitle indeksi 23,42 idi. Ameliyatların 17 tanesi Lichteinstein tekniği, 10 tanesi TAPP tekniği, 27 tanesi TEP tekniği uygulanmıştır. TEP tekniği uygulanan 4 hasta açık yöntemle geçilmiştir. Ortalama ameliyat süresi TEP tekniğinde 28 (22-40), TAPP tekniğinde 49 (38-65) ve Lichteinstein tekniğinde 42 (33-57) dakika idi. TEP grubunda 4 hastada seroma ve 5 hastada skrotal ödem, TAPP grubunda 3 hastada seroma 4 hastada skrotal ödem ve Lichteinstein tekniğinde 5 hastada seroma ve 5 hastada skrotal ödem tespit edildi. Hastaların ortalama yatış süresi tüm gruplarda 1 gün idi. ortalama takip süresi 8-36 ay idi. TEP grubunda 1 hastada TAPP grubunda 1 hastada ve Lichteinstein tekniğinde 2 hastada nüks tespit edildi

**Sonuç:** Tekrarlayan kasık fıtığı cerrahisinde tercih edilecek yöntem daha önceki fıtık cerrahisi gözönünde bulundurmalı ve ona göre seçim yapılmalıdır. Cerrahlar tekrarlayan fıtık cerrahisinde komplikasyonların önüne geçebilmek için diğer teknikler konusunda yeterli deneyime sahip olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: rekürren inguinal herni, TEP, TAPP





## SB-019

### Laparoskopik Inguinal Herni Onarımında Kendiliğinden Tespit Olan Yama, Diğer Yama Tipleri Karşısında Kabul Gördü Mü? Tek Merkez Deneyimi

Turan Can Yıldız, Nuri Berk Konuk, Erhan Aydemir, Ömer Çelik, Halit Özgül, Osman Zekai Öner  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

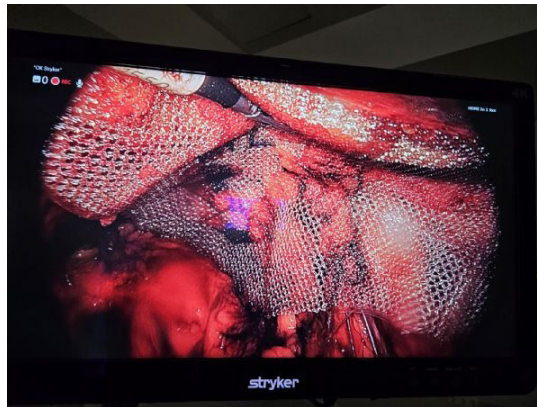
**Amaç:** Geçmişten günümüze en sık yapılan cerrahi operasyonların başında gelen inguinal herni onarımı, gelişen bilgi birikimi ve teknoloji sayesinde çeşitli tekniklerle gerçekleştirilebilmektedir. Laparoskopik inguinal herni cerrahisinde sıklıkla Tep (Total ekstra peritoneal) ve Tapp (Transabdominal preperitoneal) yöntemleri kullanılmaktadır. Operasyonlarda kullanılan farklı yama tiplerinin birbirlerine üstünlükleri ortaya konulamamıştır. Kendiliğinden tespitli yamaların kullanılmasıyla inguinal herni cerrahisinde sıkça karşılaşılan komplikasyon olan postoperatif ağrının azalması ve buna bağlı hastalarda yaşam kalitesinin artışı beklenmektedir. Çalışmamızda laparoskopik inguinal herni cerrahisinde kendiliğinden tespitli yama kullanılan hastalara göre diğer yama çeşitleri kullanılan hastaların ameliyat sürelerini, kanama miktarlarını, postoperatif komplikasyon ve ağrı-bazlı hasta memnuniyetlerini araştırdık.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2023 ve aralık 2023 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde laparoskopik yöntemle inguinal herni cerrahisi yapılmış 100 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza VKİ>35 olan, kronik akciğer hastalığı olan, postoperatif yoğun bakım ihtiyacı olan ve 70 yaş üzerindeki hastalar dahil edilmedi. Hastaların 13 tanesi kadın 87 tanesi erkekti, ortalama yaş 48,7 (22-66) bulundu. 10 hastada Tapp, 90 hastaya Tep yöntemi tercih edilirken hastaların 12'sinde kendinden tespitli, 34'ünde 3D anatomik ve 54'ünde prolen yama kullanıldı. Ameliyat süresi ortalama 47,9 (25- 120) dakika ve kanama miktarı ortalama 17,7 (5-50) cc bulundu. Bu hastaların 9 tanesinde seroma ve 2 tanesinde hematoma gelişti, 1 seroma için perkütan drenaj yapıldı. Hastaların memnuniyetini belirlemek için VAS (Visual Analog Skala) ağrı skalası kullanıldı.

**Sonuç:** Laparoskopik inguinal herni cerrahisinde standart bir yama tercihi bulunmaması ve farklı yama tiplerinin mevcudiyeti bu alanda araştırma ihtiyacını doğurmaktadır. Kendinden tespitli yamanın yapısı ve bu sebeple tespit gerektirmemesi, onu diğer yama tiplerine göre postoperatif ağrı açısından daha güvenli olarak düşündürse de çalışmamızda yama tipi seçimiyle postoperatif komplikasyon ve ağrı bazlı hasta memnuniyeti arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark izlenmedi. Yama tiplerinin birbirlerine karşı üstünlüklerinin değerlendirilmesi açısından daha uzun takip süreli ve daha geniş vaka sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** kendiliğinden tespitli yama, laparoskopik inguinal herni onarımı, postoperatif ağrı



Laparoskopik inguinal herni onarımında yama serimi, desüflasyon öncesi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-020

## Laparoskopik Total Ekstraperitoneal Inguinal Hernioplastide Fıtık Kesesinin Transeksiyonu: Güvenli ve Uygulanabilir mi?

Özden Canöz, Turgut Dönmez, Ahmet Sürek, Okan Aksoy, Alpen Yahya Gümüšoğlu, Hande Kandemir, Nurettin Şahin  
*Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:** Laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) onarım sırasında indirekt inguinal herni kesesinin tam redüksiyonu, kese skrotuma uzandığında veya bitişik dokulara yapıştığında her zaman mümkün olmayabilir. Bu gibi durumlarda, herni kesesi kesilerek laparoskopik TEP onarımı çok daha kolay gerçekleştirilebilir. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı laparoskopik TEP sırasında herni kesesinin kesilmesinin güvenliğini ve etkinliğini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Mart 2020 ile Ocak 2024 arasında Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde skrotal herni nedeniyle TEP ameliyatında distal fıtık kesesi kesilmesi yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Semptomlar, yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, hastanede kalış süresi ve postoperatif komplikasyonlar ile ilgili veriler analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya skrotal herni nedeniyle TEP ameliyatı yapılan 30 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 48, ortalama vücut kitle indeksi 23,65 idi. Ortalama ameliyat süresi 42 (36-58) dakika idi. Hastaların 8 (%26,66)inde skrotal ödem ve 10(%33,33) unda seroma gelişti. Hastaların 3 ünde skrotal yapışıklık nedeniyle kombine teknik uygulandı. Hastanede kalış süresi 1 (1-2) gün idi. Ortalama takip süresi 19 (8-48) ay idi. 1 hastada nüks görüldü.

**Sonuç:** Laparoskopik TEP onarımı sırasında fıtık kesesinin kesilmesi seroma ve skrotal ödem oluşumuna neden olabilese de, çalışmamız fıtık kesesinin kesilmesinin nüks dahil olmak üzere önemli postoperatif komplikasyonlara literatürle uyumlu olarak daha az olduğu görülmüştür. Fıtık kesesinin kesilmesi, fıtık kesesi redüksiyonunun zor olduğu vakalarda laparoskopik TEP onarımı için alternatif bir tekniktir.

**Anahtar Kelimeler:** skrotal herni, TEP, Fıtık kesesinin transeksiyonu



## SB-021

### İnguinal Herni Onarımında, Total Ekstraperitoneal (TEP) mi? Transabdominal Preperitoneal (TAPP) mı?

Yahya Öze<sup>1</sup>, Yağın Burak Kara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doğuş Üniversitesi Otopsi Yardımcılığı

<sup>2</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Amaç:** İnguinal herni, tedavisinde açık ve laparoskopik olmak üzere farklı cerrahi tekniklerin kullanıldığı sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Laparoskopik olarak total ekstraperitoneal (TEP) ve transabdominal preperitoneal (TAPP) gibi teknikler yaygın olarak kullanılmaktadır. Tanımlanan cerrahi tekniklerde inguinal bölgeye yaklaşım farklı olup, her iki teknikte avantaj ve dezavantajlar bulunmaktadır. Bu sebeple hangi yöntemin tercih edileceği konusunu karmaşık hale getirmektedir. Çalışmamızda iki yöntemin öğrenme eğrisi, ameliyat süresi kontralateral herni saptanması konularında sonuçlarını analiz etmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** 2008-2024 yılları arasında laparoskopik TEP ve TAPP yöntemi ile ameliyat edilen toplam 1235 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 985'i tek taraflı, 250 si bilateral idi. Hastalar öğrenme eğrisinde kapsayan 2 cerrah tarafından yapıldığı için öğrenme eğrileri, ortalama ameliyat süreleri ve kontralateral herni saptanması açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** TEP yöntemi ile ameliyat edilen hastaların 270'i tek taraflı, 50 si bilateral idi. TAPP yöntemi ile ameliyat edilen hastaların 715'i tek taraflı, 200 ü bilateral idi. TEP için öğrenme eğrisi incelenen bir cerrahın ortalama ameliyat sayısı 75 iken, TAPP için ise bu sayı farklı 2 cerrah için 19 ve 26 olarak saptandı. TAPP ta bu sayı belirgin olarak daha düşüktü ( $p < 0.005$ ). Ameliyat süreleri incelendiğinde TEP için tek taraflı  $62.3 \pm 14.6$  dakika bilateral için bu süre  $93.2 \pm 13.04$  dakika olduğu görüldü. TAPP için tek taraflı da ameliyat süresi  $35.5 \pm 6.8$  dakika, bilateral için ise bu süre  $57.95 \pm 7.49$  dakika olduğu görüldü. TAPP ta bu süre belirgin olarak daha düşüktü ( $p < 0.005$ ). Tek taraflı olarak başlanan TAPP ameliyatlarında ek disseksiyon ihtiyacı olmadan kontralateral herni saptanan 31 hastada çift taraflı fıtık onarımı aynı ameliyatta yapıldı.

**Sonuç:** Ameliyat süresi, öğrenme eğrisi ve özellikle kontralateral herni için ek bir disseksiyon ihtiyacı olmadan tespit edilip onarılabilmesi açısından değerlendirildiğinde TAPP yönteminin TEP e göre daha avantajlı olduğu görülüyor.

**Anahtar Kelimeler:** TAPP, İnguinal herni, Öğrenme eğrisi, Ameliyat süresi, Kontralateral herni



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-022

## Inguinal Herni Tedavisinde Açık ve Kapalı Cerrahi Yöntemlerin Karşılaştırılması

Furkan Türkoğlu<sup>1</sup>, İshak Yıldız<sup>3</sup>, Ufuk Oğuz İdiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Aktif Kocaeli Hastanesi

<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi

**Amaç:** İnguinal herniler cerrahi müdahale gerektirmekle birlikte, açık veya laparoskopik cerrahi tedavi tercihi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmamızda TEP (Total Ekstraperitoneal) ve açık yöntemle ameliyat edilen inguinal herni hastalarının karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza inguinal herni nedeniyle ameliyat edilen 104 hastanın verileri retrospektif olarak incelenerek çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar uygulanan cerrahi tekniğin açık cerrahi veya laparoskopik cerrahi olmasına göre iki gruba ayrılmıştır. Laparoskopik yöntem olarak TEP, açık cerrahi yöntem olarak Lichtestein onarım tercih edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, operasyon süresi, hastanede yatış süreleri, postoperatif komplikasyon durumları not edilerek iki grup arasında karşılaştırma yapılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların 47'sine açık cerrahi uygulanırken, 57'sine laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Hastaların ortalama yaşı  $34.43 \pm 12.85$  yıl olup, kadın/erkek oranı ise 9/95'tir. Gruplar arasında karşılaştırılan parametrelerde anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Erken dönem nüks her iki grup için de benzer sonuçlara sahiptir. Hastaların hiçbirinde mortalite gözlenmemiş olup, açık olarak ameliyat edilen hastaların 4 tanesinde yara yeri enfeksiyonu gelişmiştir. Seroma gelişim oranı açık cerahide daha yüksek görülmüştür. Laparoskopik olarak ameliyata alınan hastaların postoperatif erken dönemde ağrı skorlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** İnguinal herni nedeniyle cerrahi geçiren hastalarda laparoskopik cerrahi, açık cerrahi ile benzer sonuçlara sahip olmakla birlikte, yara yeri enfeksiyonu, ameliyat sonrası ağrı skoru, seroma gibi komplikasyonların da azalmasına yardım etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnguinal Herni, TEP, laparoskopi, Lichtestein

### SB-023

## Yeni Bir Laparoskopik Inguinal Fıtık Onarım Tekniği: Tek Portlu Lateral Karın Dışı Pre-Peritoneal Yaklaşım

Zeki Demirok, Ali Avanz

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

**Amaç:** Kasık fıtığı tedavisi için açık ve endoskopik teknikler tanımlanmıştır, ancak altın standart tedavi yöntemi henüz tanımlanmamıştır. Kasık fıtığı ameliyatı sonrası nüks oranları %10 ila %15 arasında değişmektedir ve hastaların %10-12'sinde kronik ağrı görülür. Inguinal herni cerrahisi için lateral non-abdominal pre-peritoneal onarım adı verilen yeni bir cerrahi tekniği tanıtmayı amaçlamaktayız.

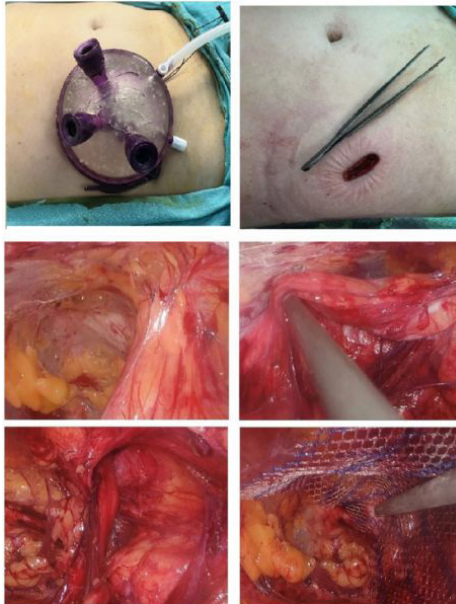
**Gereç ve Yöntem:** Hastaların yaşı, cinsiyeti, vücut kitle indeksi, önceki fıtık ameliyatı, fıtık tarafı, fıtık tipi, postoperatif komplikasyonlar, sayısal ağrı ölçeğine göre ağrı puanları ve analjezik tüketimi verilerini kaydettik. İlk operasyonumuz Eylül 2022 de yapıldı.

**Cerrahi Teknik:** Yaklaşık SİAS'ın 2 cm süperiomedialinde 2 cm'lik bir insizyon yaptık ve deri ve deri altı yağ dokusunu geçtik. Dış ve iç oblik kasların fasyasını sırasıyla koter kullanarak kesiyoruz. Ardından transvers kasın fasyasını kesiyoruz ve parietal peritonu görüyoruz. Daha sonra, üç adet 10 mm kollu GelPoint kullanabilmek için işaret parmağıyla künt diseksiyon yaparak peritonu transvers abdominis kasından ayırdık. İnsüflasyonu 12 mmHg basınçta CO2 ile gerçekleştirdik. Keskin ve künt diseksiyon ile periton ve transversus abdominis kası arasındaki düzlemi genişlettik. Daha sonra, boşluğa yaklaşık 15 x 8 cm mesh yerleştirildi. Mesh i sabitlemek için titanyum tackers kullandık. Fıtık onarımını tamamladıktan sonra Kas tabakalarını 0 vycril ve cildi 4.0 rapid ile tek tek kapattık

**Sonuç:** 24 hastada inguinal herni yeni teknikle onarıldı. Hastalardan ikisi kadındı. Medyan yaş 59 ve ortalama VKİ 26,8 kg/m2 idi. Operasyon sonrası hastanede kalış süresi ortalama 1 gün idi. Ortalama ameliyat süresi 64 ± 29 dakikaydı. Standart analjezik protokol olarak günde iki kez parenteral 100 mg tramadol ve günde üç kez 500 mg parasetamol uyguladık. Postop 1. Gündeki medyan ağrı skoru 4 idi. İntraoperatif olarak önemli bir komplikasyon oluşmadı. Ağrı puanlarının postoperatif 1. günde kabul edilebilir olduğunu ve postoperatif takipte mükemmel olduğunu gözlemledik. Düşük ağrı puanları, düşük analjezik tüketimi ve öğrenme eğrisi içinde yeni geliştirilen bir prosedürde nüks olmaması, tatmin edici sonuçların elde edilebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** herni, inguinal, laparoskopi

#### Inapp



Yeni geliştirilmiş Inapp tekniği görüntüleri

## SB-024

### Caroli Hastalığı Olan İnguinal Herni Hastasında İntraabdominal Yerine Extraperitoneal Laparoskopik Onarım: Olgu Sunumu

Yunus Fırat Emekli, Hüseyin Kılavuz, Feyyaz Güngör, İdris Kurtuluş, Birkan Bozkurt  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi*

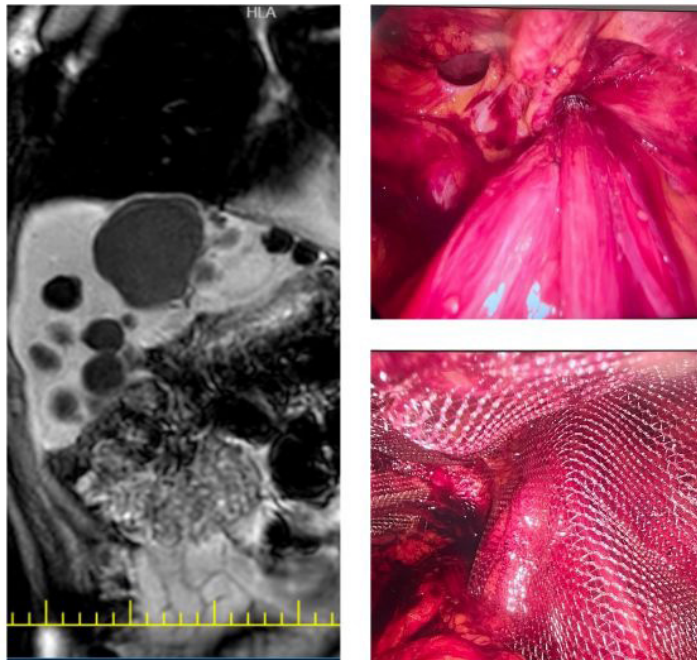
**Amaç:** Konjenital komünikan kavernöz ektazi olarak da bilinen Caroli hastalığı, ilk olarak 1958'de "intrahepatik safra kanallarının obstrüktif olmayan sakküler veya fusiform multifokal segmental genişlemesini" bildiren Fransız bir gastroenterolog olan Jacques Caroli tarafından tanımlanmıştır. Caroli hastalığının tipik semptomları karın ağrısı, kaşıntı, sarılık ve karaciğer yetmezliği ve portal hipertansiyona bağlı olarak ortaya çıkan tekrarlayan kolanjittir. Bu olguda Caroli hastalığı tanısı olan bilateral inguinal hernili hastada batın içerisi insuffle edilmeden yapılması amaçlanan totally extraperitoneal (TEP) onarım yaklaşımı sunulmaktadır.

**Olgu:** Yaklaşık 5 yıl önce insidental saptanan multiple safra kanal dilatasyonları sonucu Caroli hastalığı tanısı konulan hasta, gastroenteroloji kliniğinden takipli olup herhangi bir semptomu ve kronik ek hastalığı bulunmamaktadır. Bilateral inguinal hernisi nedeniyle cerrahi hazırlığı sırasında, portal basıncı artırıcı etkisinden dolayı intraabdominal basıncı artırıcı prosedürlerden uzak durulması önerisi nedeniyle TEP tekniği ile bilateral meshli herni onarımı yapıldı (Resim 2). Preoperatif ve postoperatif kan tablosunda anormal değerler izlenmedi. Postoperatif 1.günde sorunsuz taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde sorun gözlenmedi.

**Sonuç:** Caroli hastalığının patofizyolojisi hala bilinmemektedir. Bununla birlikte, genetik bir profilin otozomal resesif olduğu görülmektedir. Düşük prevalansına rağmen, Caroli hastalığında tekrarlayan karın ağrısı ve kolanjit atakları görülebilmektedir. Caroli hastalığı ve bilateral inguinal herni birlikteliği olan hastamızda bu nedenle TEP prosedürü tercih edilmiştir. Bilateral inguinal herni ameliyatlarında laparoskopik tekniklerden TEP prosedürü intraabdominal insüflasyona gerek duyulmadan güvenle yapılabilmektedir. Özellikle intraabdominal basıncın artmasından kaçınılması gereken hastalarda bu teknik güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** caroli hastalığı, portal hipertansiyon, laparoskopi, tep onarımı

Şekil 1



*Hastanın mr görüntüsü; inguinal defekti ve mesh serilmesi*



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## SB-025

### Kolorektal Kanserli Hastalarda Karaciğer Metastazlarının Cerrahi Tedavisinde Multidisipliner Yaklaşım

Feyza Betül Genç<sup>1</sup>, Sezer Bulut<sup>1</sup>, Özden Canöz<sup>1</sup>, Hamit Ahmet Kabuli<sup>1</sup>, Ahmet Sürek<sup>1</sup>, Çağlayan Çakır<sup>2</sup>, Alpen Yahya Gümüşoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Kolorektal kanser (KRK), kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi bugüne kadar hastalığın kontrolü ve genel sağkalımın iyileştirilmesi için ana tedavi stratejileri olmuştur. KRK hastalarının %25'inde ilk tanıda klinik olarak saptanabilir karaciğer metastazları vardır. Metastazların tedavisinde küratif olmayan, tümör yükünü azaltıcı cerrahi ve lokal ablatif tedavilerin yeri yoktur. Biz kolorektal kanser tanılı ve karaciğer metastazı nedeniyle laparoskopik ve açık cerrahi ve/veya minimal invaziv lokal ablatif yöntemlerle küratif tedavi ettiğimiz olgularımızı sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2016 ile Temmuz 2024 tarihleri arasında kliniğimizde multidisipliner gastrointestinal sistem cerrahi, hepatobilyer cerrahi, girişimsel radyoloji, tanısal radyoloji ve onkoloji ekibinin ortak konseyinde değerlendirilmiş, karaciğer metastazı nedeniyle tedavi gören KRK tanılı n:82 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, karaciğer lezyonlarının sayısı, yerleşim yeri ve çapı, patoloji sonuçları, uygulanan tedavi yöntemi, uygulanan tedavinin zamanlaması, neoadjuvan KT, komplikasyonlar, yatış süresi, takip süresi, mortalite bilgileri incelendi.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı: 58,1, Kadın/Erkek:38/44, VKİ ortalama:26,2, CCI ortalama 5,81 idi. Olgular incelendiğinde karaciğer lezyonlarının ortalama sayısı:2,45, ortalama çapı:2,13 cm olarak saptandı. Olguların %57'sinde sadece sağ lob, %11'inde sadece sol lob, %32'sinde ise her iki lobda metastaz mevcuttu. Olguların %73'ünde patoloji orta derece differansiye adenokarsinom metastazı saptandı. Hastaların %42,7'sine cerrahi, %41,7'sine kombine, %15,6'sına lokal ablatif tedavi yöntemleri uygulanmıştır. Metastazektomi uygulanmış olan olguların %17'sinde laparoskopik yöntemle operasyon tamamlanmıştır. Olguların %65,8'ine eş zamanlı, %29,2'sine önce kolorektal, %5'inde önce karaciğer cerrahi tedavisi uygulandı. Olguların n:11'inin neoadjuvan KT aldığı izlendi. Post op en sık komplikasyon plevral effüzyon olarak saptandı. Ortalama yatış süresi:7,6 gün, ortalama takip süresi:21,4 ay saptandı. Mortalite n:2 hastada izlendi.

**Sonuç:** Kolorektal kanserlerin karaciğer metastazlarında uygulanan laparoskopik, açık cerrahi ve diğer ablatif yöntemlerin sağ kalım katkısı kanıtlanmıştır, bu nedenle küratif tedavinin sağlanabildiği olgularda mutlaka uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer metastazı, Kolorektal kanser, laparoskopik metastazektomi, radyofrekans ablasyon



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## SB-027

### Laparoskopik Splenektomilerin Endikasyonları ve Klinikopatolojik Değerlendirilmesi

Ömer Faruk Erdil<sup>1</sup>, Hüseyin Kılavuz<sup>1</sup>, Murat Demir<sup>1</sup>, Tuğba Matlım Özel<sup>1</sup>, Şeref Oray<sup>2</sup>, Esin Şair<sup>2</sup>, İdris Kurtuluş<sup>1</sup>, Soykan Arıkan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Merkezimizde yapılan laparoskopik splenektomi(LS) olgularının perioperatif bulguları ve patolojik sonuçlarının analizinin sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kasım 2020 ile Mart 2024 arasında hastanemizde gerçekleştirilen laparoskopik splenektomi ameliyatları retrospektif olarak taranarak, yaş, cinsiyet, endikasyon, komplikasyon, ameliyat süresi, hastane kalış süresi, postoperatif patoloji sonucu açısından değerlendirildi. Cerrahi teknikte 30-45 derece sol taraf üstte kalacak şekilde lateral pozisyonda 3 veya 4 torakar ile gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Çalışma periyotunda gerçekleştirilen 20 LS olgusunun 4'ü distal pankreatektomiye ek olarak yapılması nedeniyle çalışma dışında bırakıldı. Geriye kalan 16 olgunun yaş ortalaması 35 (18-75) olup 11 (%68,75) hasta kadın, 5 (%31,25) hasta erkek idi. Olguların hepsi elektif şartlarda opere edildi. İmmün trombositopenik purpura (ITP) tanılı 9 (%56,25), dalakta kist tanılı 5(%31,25), myelodisplastik sendrom tanılı 1 (%6,25) ve otoimmün hemolitik anemi tanısı ile 1 (%6,25) hasta opere edildi. Dalakta kist sebebiyle laparoskopik splenektomi yapılan 5 hastanın post operatif dalak patolojileri sırasıyla 3 hastada mezotelyal kist, 1 hastada konjesyon içeren kistik oluşum, 1 hastada Littoral Cell Hemanjiyom şeklinde raporlanmıştır. Bir hastada (%6,25) ITP sebebiyle laparoskopik splenektomi yapılırken hemoraji kontrolü sağlanamaması üzerine açık cerrahiye geçilmiştir. Ortalama ameliyat süresi 86 (54-200) dakika ve ortalama hastane kalış süresi 4,8 (3-11) gündür.

**Sonuç:** Laparoskopik tekniklerin gelişmesi ile birlikte splenektomide de bu teknik ilk olarak 1991 yılında gerçekleştirildi. Splenik travma, benign ve malign hematolojik hastalıklar, splenik arter anevrizması ve splenik kist gibi bazı hastalıklarda splenektomi yapılmaktadır. Laparoskopik splenektominin avantajlı ve güvenli bir yaklaşım olduğu bir çok yayında gösterilmiştir. Çalışmamızda bir hastada açık cerrahiye dönüşüm dışında ciddi bir komplikasyon izlenmemiştir. Sonuç olarak, laparoskopik splenektomi deneyimli merkezlerde kabul edilebilir komplikasyon oranları ile başarılı bir yöntem olarak uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Dalak kisti, laparoskopi, splenektomi





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-028

## Distal Pankreatektomide Minimal İnvazif Cerrahi

Feyza Betül Genç, Hamit Ahmet Kabuli, Ferman Tevfik Özyalvaç, Özden Canöz,  
Deniz Güzey, Alpen Yahya Gümüšoğlu  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:** Minimal invazif cerrahi distal pankreas cerrahisinde standart hale gelmeye başlanmıştır. Biz de kliniğimizde distal pankreas cerrahisinde minimal invazif ile açık cerrahi tekniğinin sonuçlarını karşılaştırarak sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde Temmuz 2019-Temmuz 2024 yılları arasında distal pankreatektomi uygulanan n:52 hastanın verileri değerlendirildi. Açık cerrahi n:28 (Grup1) minimal invaziv cerrahi n:24 (Grup2) idi. İki grup demografik veriler, vücut kitle indeksi, tümör boyutu, ameliyat süresi, pankreatik fistül oranı, hastanede yatış süresi, mortalite açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Grup 1' de 13 erkek ve 15 kadın, Grup 2'de 8 erkek 16 kadın hasta mevcuttu. Grup 1' de tümör boyutu 45mm (27.5-65) Grup 2 de 27.5mm (20-50) iken ortalama yatış süresi Grup 1 de 7 gün Grup 2 de 6 gün olarak bulunmuştur. Ortalama operasyon süresi Grup 1 de 125 dk (80-209) iken Grup 2 de 160dk (125-205) olarak bulunmuştur. İki grup arasında yaş, vücut kitle indeksi, tümör boyutu, ameliyat süresi, pankreatik fistül oranı, hastanede yatış süresi, mortalite açısından anlamlı fark yoktu. İntraoperatif kan kaybı ve ASA skorunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu. (p<0,05)

**Sonuç:** Mevcut sonuçlar değerlendirildiğinde distal pankreatektomide minimal invazif cerrahi multidisipliner yaklaşıma sahip deneyimli merkezlerde başarı ile uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** distal pankreatektomi, minimal invazif cerrahi, açık cerrahi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## SB-029

### Robotik Pankreas Cerrahisinde Erken Dönem Sonuçlarımız

Sefa Ergün, Ergin Erginöz, Taşkın Avcı, Emin Köse

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Pankreasın kistik lezyonları ve malignitelerine yönelik robotik cerrahi dünyada giderek kabul görmeye başlamış olup günümüzde birçok merkezde başarıyla gerçekleştirilmektedir ve pankreas cerrahisinde robot kullanan merkezlerin sayısı hızla artmaktadır. Robotik pankreas cerrahisinde en çok pankreatikoduodenektomi ve distal pankreatektomi teknikleri uygulanmaktadır. Robotik pankreas cerrahisi açık ve laparoskopik tekniklere göre çeşitli avantajlar sunmaktadır. Ancak robotik cerrahinin uygulanması, güvenliği ve etkinliğine ilişkin kanıta dayalı kılavuzlar hâlâ eksiktir.

Hastanemizde pankreasın kistik veya malign hastalığından ötürü tanı almış 16 hastaya robotik cerrahi gerçekleştirdik. Hastalar 9'u erkek 7'si kadından oluşmakta olup yaş ortalaması 59.12'dir. Hastaların tanıları şu şekildedir: 4 hastada processus uncinatus'ta kitle, 4 hastada caput pancreatis'te kitle, 2 hastada ampulla vateri tümörü, 1 hastada corpus pancreatis tümörü, 1 hastada cauda pancreatis tümörü, 1 hastada corpus pancreatis'te intraduktal papiller müsinöz neoplazi (İPMN), 3 hastada cauda pancreatis'te İPMN. 10 hastaya pilor koruyucu Whipple prosedürü, 2 hastaya distal subtotal pankreatektomi, 2 hastaya distal pankreatektomi, ve 2 hastaya dalak koruyucu distal pankreatektomi yapılmıştır. Ortalama ameliyat süresi 8,2 saat olarak not edilmiştir. 8 hastada peroperatif 300 cc'yi geçmeyecek şekilde kan kaybı yaşanmışken, 8 hastada kan kaybı yaşanmamıştır. Toplam üç hastaya ameliyat esnasında kan ürünü replasmanı yapılmıştır. Hastaların ortalama yatış süresi 12,6 gün olarak not edilmiştir. Postoperatif dönemde yatış esnasında 1 hastada pulmoner emboli, 4 hastada batın içi koleksiyon, 1 hastada batın içi enfeksiyon saptanmıştır. Taburculuk sonrası 30 günlük süre içerisinde hiçbir hastada komplikasyon gelişmemiştir.

Pankreas hastalıklarında robotik cerrahi donanımlı merkezlerde ve deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabilmektedir. Ameliyat sürelerinin uzun olması dezavantaj olsa da serimizde ameliyat esnasında hastalarda ciddi bir komplikasyon gelişmediğini gözlemlemiş olup, ameliyattan sonra hastalarda ciddi bir morbiditeye sebep olacak durumlar saptamadık. Açık ve laparoskopik cerrahiye göre daha çok hasta sayısı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Whipple prosedürü, pankreas cerrahisi, robotik cerrahi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-030

## Laparoskopik Cerrahi Kist Hidatik İçin Uygun Mu?

Fırat Eren, Osman Bilgin Gülçiçek, Kamil Özdoğan, Erkan Yavuz, Candaş Erçetin,  
Alperen İbrahim Sayar, Hakan Yiğitbaş  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar SUAM Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Kist Hidatikveya KistikEkinokokozis dünya üzerinde belli bölgelerde yoğun olmakla beraber her ülkede karşılaşılabilen genel bir sağlık sorunudur. En sık görülen organ tutulumu karaciğerdir. Çalışmamızda karaciğer Kist Hidatik nedeniyle laparoskopik cerrahi ile tedavi edilmiş hastaların ameliyat sonrası komplikasyonlarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2020-Temmuz 2024 tarihleri arasında 53 kist hidatik tanısı almış olan hasta kliniğimizde laparoskopik cerrahi ile tedavi edilmiştir. Hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastalarda lezyonun yerine göre trokar yerleri seçilmiştir. Hastaların 27'si erkek, 26 hasta ise kadın idi. Yaşlar 19-82 arasında değişmekte,ortanca değeri 32, ortalaması ise 38,5 idi. Ameliyat öncesi Gharbi tip sınıflaması 10 hasta tip 1, 15 hasta tip 2, 23 hasta tip 3, 3 hasta tip 4 ve 2 hasta tip 5 idi. Hastalara ameliyat öncesi 10mg/kg dozunda albendazol tedavisi oral olarak uygulanmıştır. 50 hastada ilk cerrahi uygulanırken, 3 hasta nüks kist hidatik tanısı ile laparoskopik ameliyata alındı. Bu hastaların 2 tanesi tip 3 iken 1 hasta tip 1 idi. Ameliyat sonrası dönemde 13 hastada (%22) postop 30 gün içinde komplikasyon gelişti. Bunların 6 sı drenajdan sebat eden safra drenajı iken bu hastaların 3 tanesine takipte debi azalması olmaması nedeniyle ERCP yapıldı ve stent uygulandı. 3 hastada ise safra drenajı spontan durdu. 6 hastaya batın içi kolleksiyon nedeniyle perkütan drenaj uygulandı. 1 hastada ise diyafram yaralanması nedeniyle operasyon sırasında kapalı su altı drenaj uygulandı ve 3 gün sonra dren çekildi.

**Tartışma:** Laparoskopikkist hidatik ameliyatları sonrası gözlenebilen komplikasyonlar geleneksel cerrahi ile benzer olmakla beraber, laparoskopik cerrahi natüründe olan batın içi basıncın yüksek olması nedeniyle kiste açılmış safra yollarının tespitinde güçlük olabilmektedir. Ancak gelişen teknoloji ve el aletlerindeki çeşitliliğe ulaşabilme olanaklarının artması ile bu komplikasyonun önüne geçilme oranı artmıştır.

**Sonuç:** Laparoskopik cerrahi ile kist hidatik hastalarının cerrahi tedavisinin güvenli bir şekilde yapılabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** kist hidatik, laparoskopi, karaciğer



### SB-031

## Elektif Laparoskopik Kolesistektomide Dren Kararında Yapay Zekanın Yeri

Elif Tufan, Aydın Eray Tufan, Ahmet Bahadır Aksoy, İsmail Ethem Akgün, Sinan Ömeroğlu  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi*

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi(LK) semptomatik kolelitiazisin altın standart tedavi yöntemidir. Per-operatif dren kullanımı tartışmalıdır. Branşlaşmış bir hepatopankreatobiliyer (HPB) cerrahi merkezi ile standart klinikler arasında farklı yaklaşımlar mevcuttur. Çalışmamızda HPB kliniğimizde elektif LK yapılan hastalardaki dren durumunun yapay zeka ile modellenmesi yapılarak bu konuda karar verecek diğer cerrahi ekiplere öngörü sağlanması planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2023-Temmuz 2024 tarihleri arasında semptomatik kolelitiazis tanısıyla HPB kliniğimiz tarafından elektif LK operasyonu uygulanan 126 hasta retrospektif olarak incelendi.Pre-operatif ve per-operatif veri eksikliği olan,intra-operatif komplikasyon gözlenen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri,pre-operatif laboratuvar ve görüntüleme bulguları, ERCP durumu, akut kolesistit ve pankreatit öyküsü, ameliyat süresi ve hastanede kalış süreleri incelendi.Ardışık ilk 100 hasta(%79,4) ChatGPT için eğitim hastası olarak kullanıldı ve model düzenlendi. Geri kalan 26 hasta(%20,6) test edildi.Lojistik regresyon modeli, scikit-learn kütüphanesi kullanılarak Python'da uygulandı. Eğitilen model,test hastalarında dren kullanım kararını tahmin etmek için dizayn edildi.Modelin performansı; kesinlik, duyarlılık ve F1-skoru ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Eğitilen model, 26 test hastasının(7E,19K) 15'inde(1E,14K) dren kullanılması gerektiğine karar verdi. Dren kullanılması kararı verilen hastaların yaş ortalaması 52,4yıl iken dren ihtiyacı duyulmayan hastaların yaş ortalaması 49,5yıl idi. Dren önerilen hastaların 6'sının akut kolesistit öyküsü ve 4'ünün ek comorbid hastalıkları mevcuttu. Eğitilen modelin dren kararını tahmin etme doğruluğu %88,46 olarak bulundu. Dren konulması gereken hastaların tahmininde kesinlik değeri %100, duyarlılık %83 ve F1-skoru %91 iken; dren konulmaması gereken hastaların tahmininde kesinlik değeri %73, duyarlılık %100 ve F1-skoru %84 idi.

**Sonuç:** ChatGPT ile geliştirilen yapay zeka modeli elektif LK yapılan hastalarda dren kullanımı kararında başarılı bulundu. Yapay zeka kullanılarak elektif LK'da dren kararı bir hepatobiliyer cerrah ile benzer oranda verilebilir. Bu durum genel morbiditenin azalması ve hastane yatış süresinin kısaltarak maliyetin düşmesine yardımcı olabilir. İntra-operatif kanama miktarı, intra-abdominal safra kontaminasyonu, intra-operatif irrigasyon sıvısı miktarı gibi daha çok verinin eklenmesi ile ve daha yüksek sayıda eğitim hastası kullanılarak yapay zeka modeli daha da geliştirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** chatgpt, laparoskopik kolesistektomi, profilaktik drenaj, yapay zeka



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-032

## Genel Cerrahların Laparoskopik İnguinal Herni Onarımına Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler

Ali Zeynel Abidin Balkan, Mehmet Nuri Yıldız, Hüseyin Bilge  
SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Suam, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; Diyarbakır ilinde aktif çalışmakta olan genel cerrahların inguinal herni onarımlarında laparoskopik yöntemleri tercih etme, etmeme sıklığını ve davranışsal nedenlerini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Laparoskopik yöntemin tercih edilme, edilmeme sıklığı ve sebeplerinin saptanmasını amaçlayan bir anket formu oluşturuldu. 3. yılını tamamlamış genel cerrahi asistanları, genel cerrahi uzmanları, yandal uzmanları, unvan almış genel cerrahlar anketin amacı hakkında bilgilendirildi.

**Bulgular:** Anket ilde çalışan 79 genel cerraha gönderildi. 61 kişi ankete katıldı. 18 kişi anketi yanıtlamak istemedi. Katılımcıların 60'ı erkek 1'i kadındı. Ankete katılanların 22'si 3 yılını doldurmuş genel cerrahi asistanı, 26'sı genel cerrahi uzmanı, 2'si yandal uzmanı, 7'si doçent, 4'ü profesördü. Katılımcıların %59'u uzmanlık eğitiminde laparoskopik inguinal herni onarım eğitimi almış, %41'i almamıştı. Genel cerrahların %65,5'i laparoskopik inguinal herni yapıyorken %34,5'i yapmıyordu. Ankette genel cerrahların laparoskopiyi tercih etmesindeki en sık ilk üç neden sırasıyla; %61,3 ile erken iyileşme, %56,5 postoperatif ağrının az olması ve %24 dermokozmetik iyi sonuçlardı. Laparoskopinin tercih edilmeme nedenlerine bakıldığında sırasıyla %40,3 ile cihaz ve malzeme yokluğu, %38,7 ile genel anestezi veriliyor olması ve %32,3 oranında açık tekniklerin daha kolay bulunmasıydı. Hastane bazında bakıldığında ilçe hastaneleri diğer kurumlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük laparoskopi oranına sahipti ( $p=0.016$ ). Uzmanlık eğitiminde laparoskopik inguinal herni eğitimi olanların %72'si laparoskopik yaparken eğitimi olmayanların ise %56'sı yapıyordu. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.274$ ). Çalışmada özel hastaneler istatistiksel olarak anlamlı olmasa da oransal olarak daha az laparoskopik yapıyordu. Unvan bazlı değerlendirildiğinde gruplarda 5'ten az veri olduğu için bu istatistik güvenilir değildi. Ancak oransal olarak ünvana sahip genel cerrahlarda laparoskopik inguinal herni onarım tercihi daha düşüktü.

**Sonuç:** Laparoskopik cerrahi, minimal invaziv bir yöntem olarak birçok ameliyat için açık cerrahiye alternatif haline gelmiştir. Bu yöntemin, daha az ağrı, hızlı iyileşme süreci ve hastanede kısa kalış süresi gibi avantajları nedeniyle tercih edilme oranı giderek artmaktadır. Çok merkezli çalışmaların, bu yöntemlerin neden tercih edildiğini ve sonuçlarını ayrıntılı şekilde ortaya koyabilir. Bu tür çalışmalar, laparoskopik cerrahinin uzun vadede tercih edilme sıklığını ve sebeplerini belirlemeye katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Anket, İnguinal Herni, Laparoskopi



### SB-033

## TEP (Total Ekstrapertoneal Herni Onarımı) Tekniğinde Asistan Eğitimi ve Zorluklar

Burak Suskun, Turgut Dönmez, Ahmet Sürek, Muhammed Musa Altuncu, Sina Ferahman, Alpen Yahya Gümüšoğlu  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:** Kasık fıtığının tedavisi cerrahidir. Laparoskopik kasık fıtığı cerrahisi zor öğrenme eğrisi olan, cerrahın bölgenin iyi anatomik bilgisine sahip olması gerektirdiği, kullandığı ekipman ve malzemenin detayları ve çalışma mekanizmalarını ve yaratacağı komplikasyonlardan haberdar olmasının mutlak olduğu, kazanılan tecrübe ile komplikasyonların azaltılabileceği minimal invaziv bir operasyondur. Günümüzde giderek popülaritesi artan TEP (total ekstrapertoneal) ameliyatının asistan eğitiminde karşılaştığı zorluklar, eğitimi kolaylaştıran parametreler hakkında sunum yapılması planlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2019 - Haziran 2024 tarihleri arasında tek taraflı inguinal herni nedeniyle polikliniğimizde operasyon planlanan ve TEP yöntemi uygulanan toplamda 715 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma retrospektif olarak tarandı. Açık yönetime geçiş, nüks sayısı, operasyon süreleri, vaka sırasında karşılaşılan zorluklar değerlendirildi. Asistan hekimler yaklaşık olarak 80 akut apandisit vakasını laparoskopik olarak tecrübe etmesi sonrası TEP operasyonlarına dahil edildi.

**Bulgular:** 715 hastanın 626'sı erkek, 89'u kadın olup yaş ortalaması 42±16,2 yıldır. Operasyon süresi ortalama 44±24,8'dir. 715 vakanın 390'ı asistan hekimler, 325'i uzman hekimler tarafından gerçekleştirildi. Nüks oranı asistan vakalarında 16 hasta idi. 28 vakada açığa geçildi. Operasyonun kilit noktaları belirlendi. Balon trokar yerleşimi, Bogros alanının açılması, trokarların operasyon alanına yerleştirilmesi, diseksiyon ile fıtık kesesinin preperasyonu, mesh'in yerleştirilmesi operasyonun önemli noktaları olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Yapılan çalışmalarda TEP operasyonu ile daha az ağrı, hızlı işe geri dönüş nedeniyle etkili ve güvenli bir onarım olduğu kanıtlanmıştır. Özellikle deneyimli cerrahlar tarafında uygulandığında teknik daha etkin olmakta, hasta memnuniyeti de daha yüksek olmaktadır. Belirli bir laparoskopik deneyim ve operasyonun kilit noktalarına dikkat edilmesi ile öğrenim eğrisi kolaylaşmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** fıtık, TEP, asistan

Asistan vaka parametreleri

	Vaka sayısı 0-10	Vaka sayısı 10-20	Vaka sayısı 20 ve üstü
Peritoneal yırtık n Alan açılımı	41	13	2
Peritoneal yırtık n Kese diseksiyonu	26	11	3
Konversiyon n	18	7	3
Nüks n	10	4	2
İntraoperatif komplikasyon n	12	6	3
Toplam vaka sayısı	185	101	109

### SB-034

## Spigel Hernilerin Laparoskopik Tamirindeki Farklı Yaklaşımların Karşılaştırılması

Muhammed Furkan Arslan, Ömer Faruk Erdil, Hüseyin Kılavuz, Feyyaz Güngör, Murat Demir, İdris Kurtuluş  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Spigel bölgesinden kaynaklanan ve lateral ventral fıtık olarak da bilinen Spigel hernisi (SH) doğumsal veya edinsel olabilir. Tüm karın duvarı fıtıklarının %1-2'sini oluşturur. SH'de inkarserasyon ve strangülasyon insidansı yüksektir. Bu çalışmada Spigel herni tanısı ile kliniğimizde ameliyat edilen hastaların perioperatif bulgularını sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Üçüncü basamak eğitim araştırma hastanesi olan merkezimizde, 01.01.2021-31.07.2024 tarihleri arasında Spigel hernisi tanısı ile ameliyat edilen hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. Veriler yaş, cinsiyet, lokalizasyon, defekt çapı, ameliyat türü, ameliyat süresi, hastanede yatış süresi ve takip açısından incelendi.

**Bulgular:** Çalışma periyotunda dahil edilme kriterlerine uygun 16 hasta tespit edildi. Yaş ortalaması 53(29-74) olup 14 hasta kadın (%87,5) ve 2 hasta erkek idi. (%12,5). Olguların 5 tanesi (%31,25) acil şartlarda opere edildi. Acil şartlarda opere edilen hastaların 1 tanesi erkek, 4 tanesi kadındı. Hernilerin 10'u sol (%62,5), 6'sı sağ (%37,5) lokalizasyonda idi. Olguların 2'sinde (%12,5) pfannenstiel insizyonunda herni, 1'inde (%6,25) sağ inguinal herni, 1'inde (%6,25) bilateral inguinal herni eşlik etmekteydi. Olguların 1'inde (%6,25) herni kesesi içindeki barsak segmentinin iskemik görünmesi sebebiyle konversiyon geçişli segmenter rezeksiyon ve anastomoz yapıldı. Ortalama defekt çapı 30 (10-60)mm olarak, hastane yatış süresi 4,6 (3-15)gün olarak tespit edildi. Barsak rezeksiyon ve anastomoz yapılan vakada yama kullanılmadı. Diğer 15 vakanın 3'ünde e-Totally ekstraperitoneal (e-TEP), 9'unda intraperitoneal onlay mesh (ipom plus) ve 3'ünde transabdominal retromusküler (TARM) onarım yapıldı (Şekil 1). Hastane yatış sürecinde komplikasyon izlenmemiş olup takiplerinde nüks saptanmadı.

**Sonuç:** Spigelian herniler nadir görülen bir herni tipidir. İnkarserasyon ve strangülasyon riski sebebiyle cerrahi dışında alternatif çözümü bulunmamaktadır. Mesh ile onarım sonuçlarında düşük nüks oranları bildirilmektedir. Çalışmalarda intraperitoneal yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Çalışmamızda üç farklı teknik ile laparoskopik onarımın sonuçları ortaya konulmaktadır. Spigel hernilerinde acil veya elektif olarak laparoskopik yaklaşımlar başarı ile uygulanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Fıtık, laparoskopi, meshli onarım, Spigel herni

Resim 1



İntraperitoneal onlay mesh ile onarım görüntüsü



### SB-035

## Umbilical Herni Cerrahi Tekniklerinin İnsizyon Görünüşünün Hasta Memnuniyeti Açısından Karşılaştırılması

Serkan Demir, Şükran Çavdar, Batuhan Alp Akpolat  
*Etilik Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Bilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Etilik şehir hastanesi genel cerrahi kliniğinde elektif ve acil şekilde opere edilen umbilikal herni hastalarının; yaş, cerrahi teknik, cinsiyet gibi verilere göre sınıflandırdık. Hastaların 3. Aydaki kontrolünde insizyon görünüşü memnuniyetini değerlendirdik. Tecrübe ve kazanımlarımızı paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Etilik şehir hastanesi genel cerrahi kliniği olarak 29/10/2022-29/06/2024 tarihleri arasında yapılan tüm umbilikal herni operasyonlarını taradık. Toplamda 550 adet hastamız mevcuttu. Hastalarımız 19 ile 91 yaş arasındaydı. Yaş ortalamaları 52,15; yaş ortancaları 51 idi. 270 tanesi kadın 280 tanesi erkek hasta idi. Bu hastalara 3. Aydaki kontrollerinde insizyon görünüşü memnuniyeti soruldu, 0-5 puan arasında değerlendirmesi istendi ve veriler kaydedildi. 0 puan memnuniyetsizlik 5 puan ise çok memnuniyeti göstermekte, aradaki puanlar ise skalayı oluşturmaktaydı. Hastalara uygulanan cerrahi teknikler sınıflandırıldı ve verileri kaydedildi.

**Bulgular:** İki yüz dört hastaya greftli umbilikal herni onarımı(ONLAY, INLEY, SUBLAY), 321 hastaya greftsiz umbilikal herni onarımı(MAYO ONARIM, PRİMER ONARIM), 25 hastaya laparoskopik umbilikal herni onarımı(IPOM-İntraperitoneal onlay mesh herniorafi) yapıldı. Greftli umbilikal herni onarımı yapılan hastaların 3,2; greftsiz umbilikal herni onarım yapılan hastaların 3,1; laparoskopik umbilikal herni onarımı yapılan hastaların 4,1 puan ortalaması mevcuttu. Hastaların genel olarak insizyon memnuniyeti puanı ise 3,18 idi. (Tablo 1)

**Sonuç:** Kliniğimizde yapmış olduğumuz umbilikal herni cerrahisinde hastaların postoperatif 3. Aydaki insizyon görünüşü memnuniyetinin laparoskopik yaklaşımlarda anlamlı derecede fark olduğu gözlemlendi. Umbilikal hernide cerrahi tekniklerin hastaların estetik kaygısı açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiği sonucuna vardık. Laparoskopik yaklaşımların hasta memnuniyetine anlamlı derecede etkisi olduğunu gözlemledik. Çalışmamızdaki eksiklik laparoskopik umbilikal herni cerrahisi yapılan hasta sayısının az olması ve harici parametre ele almaması idi. Bu nedenle daha geniş vaka serilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** İpom, Umbilikal Herni, Greftli Onarım, Greftsiz Onarım, İnsi

*Tablo 1*

Ameliyat tekniği	ERKEK	KADIN	Genel Toplam(Memnuniyet puanı)
Greftli umbilikal herni onarımı(ONLAY, INLEY, SUBLAY)	98	106	204(3,2 puan)
Greftsiz umbilikal herni onarımı(MAYO ONARIM, PRİMER ONARIM)	170	151	321(3,1 puan)
Umbilikal herni onarımı, laparoskopik(IPOM)	12	13	25(4,1 puan)
<b>Genel Toplam</b>	<b>280</b>	<b>270</b>	<b>550</b>

*Ameliyat teknikleri-cinsiyet ve insizyon memnuniyet sınıflaması*





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-038

## Yüksek Volümlü Bir Şehir Hastanesinde Laparoskopik ve Robotik Adrenalektomi Tecrübelerimiz

Mahfuz Şurhak İpek, Mehmet Şaban Korkmaz, Tuğba Matlım Özel, Görkem Yıldız,  
Sezer Akbulut, Aykut Çelik, Serkan Sarı

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Adrenalektomi, açık veya minimal invaziv yöntemler ile adrenal bezin benign ve malign hastalıkları için yapılabilmektedir. Minimal invaziv yöntemler laparoskopik ya da robotik yapılabilmektedir. Güncel literatürde cerrahi endikasyona göre önerilen ameliyat yöntemleri değişmektedir. Ameliyat yönteminin seçiminde en önemli kriter cerrahın tecrübesidir. Çalışmamızda hastanemizde aynı ekip tarafından yapılan robotik ve laparoskopik adrenalektomi deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Endokrin Cerrahisi Kliniğinde 1 Haziran 2020- 31 Temmuz 2024 tarihleri arasında laparoskopik ve robotik adrenalektomi yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Bu hastalar, ameliyat yöntemine göre yaş, cinsiyet, VKİ (vücut kitle indeksi), ameliyat öncesi tanı, kitle boyutu, ameliyat süresi, ameliyat sonrası hastanede yatış günleri ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 143 hasta opere edildi. Bu hastaların 119 tanesine laparoskopik adrenalektomi, 20 tanesine robotik adrenalektomi yapıldı. 3 hastanın ameliyatına laparoskopik başlanıp açığa geçildi, 1 hastanın ameliyatına robotik başlandı ancak karaciğerin tüm batını kaplaması nedeniyle pozisyon değiştirilip laparoskopik bitirildi. Laparoskopik grupta yaş ortalaması  $49\pm 12$ , robotik grupta  $54\pm 13$ 'tü. Laparoskopik grupta 80 kadın, 39 erkek; robotik grupta 13 kadın, 7 erkek vardı. Laparoskopik grubun VKİ ortalaması  $28\pm 6$ , robotik grubunki  $34\pm 10$ 'du. Ameliyat öncesi tanılara bakıldığında her iki grupta da en sık ameliyat nedeni cushing sendromuydu; laparoskopik grupta 47, robotik grupta 12 hastanın cushing sendromu nedeniyle ameliyat edildiği görüldü. Kitle boyutuna bakıldığında laparoskopik grupta ortalama  $40\pm 25$  mm, robotik grupta ortalama  $34\pm 15$  mm'ydı. Ortalama ameliyat süresi laparoskopik tarafta  $109\pm 41$  dk, robotik tarafta  $157\pm 62$  dakikaydı. Ameliyat sonrası serviste yatış günlerine bakıldığında laparoskopik tarafta ortalama  $3,2\pm 1,4$  gün, robotik tarafta ortalama  $3,3\pm 1,5$  gündü.

**Sonuç:** Son yıllarda teknolojinin gelişmesiyle beraber robotik teknolojiler tıpta daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Dar alanlarda daha rahat çalışma olanağı sağlaması, ameliyat sonrası ağrının daha az olması robotik teknolojinin avantajlarını oluşturmaktadır. Robotik teknolojinin maliyetinin yüksek olması en büyük dezavantajını oluşturmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** robotik adrenalektomi, laparoskopik adrenalektomi, retroperitoneal adrenalektomi, sürrenalektomi, Minimal invaziv yöntemler

	Laparoskopik Adrenalektomi	Robotik Adrenalektomi
Ameliyat Edilen Hasta Sayısı	119	20
Yaş	$49\pm 12$	$54\pm 13$
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	80/39	13/7
VKİ	$28\pm 6$	$34\pm 10$
Kitle Boyutu(mm)	$40\pm 25$	$34\pm 15$
Kitle Tarafı (Sağ/Sol/Bilateral)	59/58/2	7/13/0
Ameliyat Süresi (Dakika)	$109\pm 41$	$157\pm 62$
Ameliyat Sonrası Yatış Günleri	$3,2\pm 1,4$	$3,3\pm 1,5$
İntraoperatif Komplikasyon	3 Hasta (2 hastada dalakta yaralanma, 1 hastada diyafram yaralanması)	1 Hasta (Karaciğer Yaralanması)
Postoperatif Komplikasyon	3 Hasta (1 hastada Miyokard Enfarktüsü, 1 hastada Pulmoner Emboli, 1 hastada Solunum Yetmezliği)	1 Hasta (Port Yerinde Herni)



### SB-039

## Adrenal İnsidentaloma: Tek Merkez Hasta Serimiz

Buse Yıldırım, Gamze Çıtlak, Hüda Ümit Gür

SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Radyolojik görüntülemelerin pratikte kullanımının artmasıyla birlikte adrenal insidentaloma görülme sıklığı artmıştır. Biz bu çalışmamızda adrenal insidentaloma tanısı sonrası tetkik edilip, ameliyat kararı verilen hastalarda; hastaların klinik ve hormonal özellikleri, malignite görülme oranları değerlendirilerek literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 2017-2024 Ağustos tarihleri arasında adrenal insidentaloma ötanısı sonrası tetkik edilip, laparoskopik adrenalectomi yapılan toplam 60 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.

SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 2017-2024 Ağustos tarihleri arasında laparoskopik adrenalectomi yapılan olgular incelendi. Olguların demografik verileri, radyolojik, klinik ve laboratuvar verileri, lezyonun tarafı ve boyutu, terminal patoloji sonucu, hastane kalış süresi, postoperatif komplikasyon, mortalite son olarak da morbidite açısından hastalar incelendi ve istatistiksel analiz olarak IBM SPSS 28.0 programı kullanıldı.

60 hastanın medyan ortalama yaşı 50,78 (18-71). Hastaların %75'i (n=45) kadın, %25'i (n=15) erkekti. Hastaların %40'ı (n=24) fonksiyonel, %60'ı (n=36) ise fonksiyonel olmayan adrenal kitleye sahipti. Fonksiyonel adrenal kitlenin %10'u (n=6) Conn Sendromu, %16,7'si (n=10) Cushing Sendromu, %1,7'si (n=1) Subklinik Cushing, %11,7'si (n=7) Feokromasitomadır. Hastaların %18,3'ü (n=11) 6 cm üzerinde adrenal kitle nedeniyle; %28,3'ü (n=17) radyolojik şüphe nedeniyle ameliyat edildi. Geriye kalan hastaların %13,3'ü (n=8) ise kollüzyon tümör nedeniyle ameliyat edildi. Hastaların %56,7'sine (n=34) laparoskopik sağ adrenalectomi, %43,3'üne (n=26) laparoskopik sol adrenalectomi cerrahisi uygulandı. Terminal patoloji sonucu en çok %65'i (n=39) adrenokortikal adenom olup, %6,7'si (n=4) feokromasitoma; %10'u (n=6) ise myelolipom, %1,7'si (n=1) adrenokortikal kanserdir. Diğerleri ise lenfanjiyom, ganglionörom, leiomyom olup seride %13,4 (n=10) oranında saptanmıştır. Postoperatif dönemde hastaların %6,7'sinde (n=4) geçici adrenal yetmezlik gelişmiş olup, hastaların %3,3'ünde (n=2) yara yeri enfeksiyonu görülmüştür. Hastane yatış süresi 2-8 gün arasında değişmekle birlikte, ortalama yatış süresi 3,23 gündür. Serimizde mortalite ve morbiditemiz görülmemiştir.

Radyolojik görüntülemelerin klinik pratik kullanımının artmasıyla adrenal insidentalomaların görülme olasılığı da artmakta olup, adrenal insidentalomalar genellikle benign ve fonksiyonel olarak inaktiftirler. Literatürde adrenal insidentalomalılarda otonomik kortizol sekresyonu %20-30 oranında görülmektedir. Bizim serimizde bu oran %16,7'dir. Ayrıca serimizde fonksiyonel kitemiz %40,1 olup, sonuçlarımız literatür ile benzerdir. Deneyimli ekiple ameliyat ve ameliyat sonrası takiplerde, hastalarda mortalite ve morbidite görülmeden hastalar taburcu edilebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adrenal İnsidentaloma, Adrenal Bez, Kitle



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-040

## Laparoskopik Transabdominal Adrenalektomide Obezitenin Etkisi

Ozan Çalışkan, Yasin Çakır, Işık Çetinoğlu, Mehmet Taner Ünlü, Nurcihan Aygün, Mehmet Uludağ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Obezite, cerrahi komplikasyonlar için sıklıkla suçlanan risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Günümüzde, < 6 cm ve yüksek malignitesi kuşkusuz olmayan adrenal kitlelerde laparoskopik adrenalektomi, açık yonteme kıyasla daha sık tercih edilir duruma gelmiştir. Bu çalışmada laparoskopik adrenalektomi prosedüründe obezitenin cerrahi komplikasyon oranlarına etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2013- 2024 yılları arasında laparoskopik transabdominal adrenalektomi uygulanan ve verilerine ulaşılabilen hastalar retrospektif değerlendirildi. Hastalar obez(vücut kitle indeksi(VKİ) $\geq$ 30kg/m<sup>2</sup>) ve obez olmayan(VKİ<30kg/m<sup>2</sup>) olarak 2 gruba ayrıldı. Hastaların demografik verileri, perioperatif ve postoperatif sonuçları açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 35 kadın ve 75 erkek olmak üzere toplam 110 hasta dahil edildi. 40 hasta obez;70 hasta obez olmayan gruptaydı. Hastaların yaş ortalaması 46,6 $\pm$ 12.4, VKİ ortalaması ise 28.7 $\pm$ 5,5 kg/m<sup>2</sup>'ydi. 58 hastaya sağ(%52.7),51'ine sol(%46.4),1 hastaya bilateral (%0.9) laparoskopik adrenalektomi uygulandı.1 hastada laparoskopiden açık yonteme geçilerek adrenalektomi tamamlandı. 20 hasta Cushing hastalığı,22 hasta Feokromasitoma,6 hasta Conn sendromu,30 hasta İnsidentolama nedeniyle opere edildi. Operasyon süresi 149.2 $\pm$ 43,1 dakika olup; hastanede yatış süresi ortalama 4.7 $\pm$ 3,5 gündü. Patolojik kitle çapı 3.9 $\pm$ 1,9 cm olarak bulundu. Postoperatif 30 hasta adrenakortikal tümör,22 hasta Feokromasitoma,42 hastada adrenal adenom,5 hastada adrenal kist ve 8 hasta diğer(myelipom,schwannom,ganglionörinom) adrenal kitleler olarak tanı aldı. Obez ve obez olmayan grup arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamaktaydı.2 grup arasında preoperatif tanı, uygulanan operasyon tarafı,intraoperatif kanama,operasyon süresi, kitle çapı,patolojik tanı ve yatış süresi açısından anlamlı bir fark görülmedi.6 obez hastada;3 obez olmak üzere toplam 9 hastada postoperatif komplikasyon görüldü. Obez hasta grubunda 4'ünde yara yeri enfeksiyonu,1'inde toksik hepatit,1'inde renal arter hasarı, 1'inde kardiyak atriyal fibrilasyon ve 1'inde solunum yolu enfeksiyonu görüldü. Obez olmayan 1 hastada atrial fibrilasyon görüldü. Obez hasta grubunda komplikasyon oranı anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0.05).

**Sonuç:** Obez hastalarda ciltaltı yağ dokusunun artması cerrahide teknik zorluklar yaratabilir ve postoperatif komplikasyon ihtimalini artırabilir. Tüm cerrahi tekniklerde olduğu gibi transabdominal laparoskopik yaklaşımlarda da obezite önemli risk faktörlerinden biridir.

**Anahtar Kelimeler:** Adrenal Kitleler, Laparoskopik Transabdominal Adrenalektomi, Obezite, Komplikasyon



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-041

## Gelenekselden Endoskopik Yaklaşım: Video Yardımlı Tiroidektomide İlk Deneyimlerimiz

Merve Aktaş, Kayahan Eyüboğlu, Dilan Pehlivan, Burcu Çanakçı, Nazım Ağaoğlu  
*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Trabzon*

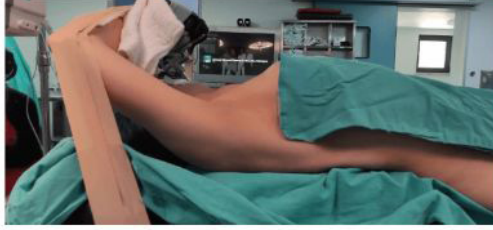
Tiroid ve paratiroid cerrahisinde endoskopik girişimsel işlemler, minimal invaziv cerrahinin kozmetik ve fonksiyonel avantajları nedeniyle tercih edilmeye başlanmıştır. Minimal İnvaziv Video Yardımlı Tiroidektomi (MIVAT), minimal insizyon skarı, düşük postoperatif ağrı ve iyileşme süresi ile dikkat çeker. Literatürde, MIVAT'ın cerrahlar için anatomik yapıların daha iyi görüntülenmesini ve hasta için üstün kozmetik sonuçlar sunduğu belirtilmiştir. Genişletilmiş görüş açısı sayesinde rekürren laringeal sinir ve paratiroid bezlerinin daha kolay tanımlanmasına olanak tanır. Ancak, bu yöntem belirli hasta gruplarına önerilmektedir; endikasyonlar arasında tiroid hacmi ve nodül büyüklüğü gibi kriterler bulunur.

Bu çalışmada, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde Ağustos 2022-Mayıs 2023 döneminde video yardımcı tiroidektomi uygulanan 11 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların ortalama yaşı 54 olup, 8'i kadındı. 8 hastada transaksiller yaklaşım, 3 hastada lateral supraklaviküler insizyon kullanıldı ve tüm vakalarda gazsız prosedür tercih edildi. Ortalama ameliyat süresi 219 dakika olarak kaydedildi. Postoperatif dönemde, geçici ses kısıklığı, sağ kolda güç kaybı ve geçici hipokalsemi gibi komplikasyonlar gözlemlendi. Ancak, ciddi komplikasyon oranları literatürde bildirilen vakalarla uyumluydu.

Sonuçlar, video yardımcı tiroidektominin ilk deneyimlerde operasyon sürelerini uzattığını göstermektedir. Deneyim arttıkça operasyon sürelerinin kısalacağı ve komplikasyon oranlarının azalacağı düşünülmektedir. Yöntem, kozmetik kaygıların ön planda olduğu hastalarda ve belirli kriterleri karşılayan vakalarda güvenli ve etkili bir alternatif olarak değerlendirilebilir. Ancak, öğrenme eğrisi nedeniyle cerrahi ekiplerin deneyim kazanması önemlidir. Video yardımcı tiroidektomi, seçilmiş vakalarda klasik cerrahi yöntemlere kıyasla hem hasta hem de cerrah için çeşitli avantajlar sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Minimal invaziv cerrahi, Transaksiller yaklaşım, Video yardımcı tiroidektomi

Hasta pozisyonu ve insizyon yeri



Şekil 1. Aksiller yaklaşım için hasta pozisyonu



Şekil 2. Planlama çizimleri ve aksiller insizyon

Şekil 1. Aksiller yaklaşım için hasta pozisyonu Şekil 2. Planlama çizimleri ve aksiller insizyon

#### Demografik Veriler

Değişkenler		N
Cinsiyet	Kadın	8 (72.7%)
	Erkek	3 (27.3%)
Yaş		54 (41-57.5)
VKİ		25.98 (+- 4.73)
Ek hastalık	Var	3 (27.3%)
	Yok	8 (72.7%)



**SB-042**  
**Minimal İnvaziv Adrenal Cerrahide İki Yol:**  
**Laparoskopik Retroperitoneal ve Laparoskopik Transperitoneal**  
**Yöntemlerin Karşılaştırması**

Yasin Uca, Mehmet Zişan Songür, Görkem Yıldız, Aykut Çelik, Sezer Akbulut, Tuğba Matlım Özel, Serkan Sarı  
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Adrenal cerrahide kullanılan teknikler zaman içinde değişim göstermiştir. Günümüzde Laparoskopik Retroperitoneal Adrenalektomi (RTA) ve Laparoskopik Transperitoneal Adrenalektomi (LTA) gibi minimal invaziv teknikler, daha az morbidite, hasta konforu ve hızlı iyileşme süreleri nedeniyle giderek daha fazla tercih edilmektedir. Çalışmamızda, bu iki cerrahi yöntemin klinik sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Kasım 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan adrenalektomileri retrospektif olarak incelemektedir. Çalışmamızda, yaş, cinsiyet, ASA(American Society of Anesthesiologists) skoru, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı (Visual analog scale(VAS) skoru), komplikasyon oranları ve komplikasyon dereceleri(Clavien Dindo skoru) baz alınarak RTA ve LTA yöntemleri karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** RTA, LTA'ya göre daha kısa ameliyat süresi ( $130 \pm 66.8$  dk /  $150 \pm 85$  dk,  $p=0.7$ ) ve daha düşük VAS skorları ( $3 \pm 2.44$  vs.  $3.8 \pm 2.7$ ,  $p=0.5$ ) ile öne çıkmaktadır. Ayrıca, RTA uygulanan hastalarda daha düşük bir postoperatif komplikasyon oranı (RTA: %0, LTA: %27.8) ve Clavien-Dindo skoru (RTA:  $1 \pm 0$ , LTA:  $1.4 \pm 2.6$ ,  $p=0.2$ ) gözlenmiştir. RTA uygulanan 2 hastada yara yeri akıntısı gözlenmiş olup, başka bir postoperatif komplikasyon yaşanmamıştır. LTA uygulanan 2 hastada yara yeri akıntısı ve 5 hastada çeşitli postoperatif komplikasyonlar gözlenmiştir. Bu komplikasyonlar arasında 2 insizyonel herni, 1 inkarsere insizyonel herni, 1 trokar yerinde kanama ve 1 koroner iskemi bulunmaktadır.

**Sonuç:** Çalışmamızda RTA'nın uygun seçilmiş hasta grubunda tecrübeli ekiple LTA'ya kıyasla daha düşük postoperatif ağrı ve komplikasyon oranları ile uygulanabileceğini göstermektedir. Bu iki yöntemin uzun vadeli sonuçları ve hasta memnuniyeti üzerine daha geniş ölçekli çalışmalar gelecekteki araştırmalar için önemli olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik Adrenalektomi, Minimal İnvaziv Cerrahi, Retroperitoneoskopik Adrenalektomi

Tablo 1. Hastaların demografik verileri ve perioperatif sonuçları

Özellik	Retroperitoneoskopik Adrenalektomi (RTA)	Laparoskopik Transabdominal Adrenalektomi (LTA)
Hasta Sayısı	6	18
Yaş Ortalaması (min-max)	46.8 (25-60)	49.1 (21-74)
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	4/2	12/6
ASA Skoru Ortalaması ( $\pm$ SS)	$2.5 \pm 0.5$	$2.2 \pm 0.5$
Ameliyat Süresi Ortalaması ( $\pm$ SS) (dk)	$130 \pm 66.8$	$150 \pm 85$
Hastanede Kalış Süresi Ortalaması ( $\pm$ SS) (gün)	$3.3 \pm 1.36$	$3.3 \pm 1.7$
VAS Skoru Ortalaması ( $\pm$ SS)	$3 \pm 2.44$	$3.8 \pm 2.7$
Clavien-Dindo Ortalaması ( $\pm$ SS)	$1 \pm 0$	$1.4 \pm 2.6$
Yara Yeri Akıntısı Olan Hasta Sayısı	2	2
Postoperatif Komplikasyonlar	Yok	5 Hasta

\*ASA: Amerikan Society of Anesthesiologists \*VAS: Visual Analog Scale



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-043

## Eşzamanlı Laparoskopik Sağ Adrenalektomi ve Kolesistektomi: Klinik Deneyim ve Literatür İncelemesi

Deniz Güzey, Özden Canöz, Müge Yurdacan Şahin, Okan Can Aksoy, Murat Çikot, Alpen Yahya Gümüšoğlu  
*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:** Kliniklerde yaygınlaşan uygulamasıyla birlikte cerrahi prosedürlerde seçenekleri artıran laparoskopik cerrahi, konkomitan abdominal patolojiler için tercih edilebilen bir yöntem haline gelmiştir. Çalışmamızda laparoskopik sağ adrenalektomi ile kombine edilen kolesistektomi prosedürünün güvenliğini ve etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız, bir retrospektif kohort çalışmadır. Kohortumuz Temmuz 2014 ve Haziran 2024 tarihleri arasında kliniğimizde herhangi bir endikasyonla laparoskopik sağ adrenalektomi uygulanan 86 hasta olup bunlardan 3 hastaya semptomatik kolelitiazis nedeni ile eş zamanlı kolesistektomi yapıldığı tespit edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, perioperatif ve postoperatif parametreleri değerlendirilerek, sağ adrenalektomi ve eşzamanlı kolesistektomi operasyonunun sonuçları analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Sadece adrenalektomi yapılan 83 olgunun 14'ü erkek 69'u kadın, yaşı  $58 \pm 10,9$ , vücut kitle indeksi  $29 \pm 5,9$  ve ameliyat süresi  $139 \pm 46,4$  dakika, hastaneden kalış süreleri  $3,2 \pm 0,6$  gündür. Konkomittan kolesistektomi yapılan 3 hastanın 2'si kadın biri erkek, yaşı  $43,3 \pm 14,0$  ve vücut kitle indeksi  $32,63 \pm 5,4$ , ameliyat süresi  $155,0 \pm 67,3$  dakika ve hastanede kalış süresi  $3 \pm 0,0$  gün idi. Biri Conn Sendromu diğer ikisi Cushing Sendromu ön tanısı ile ameliyat endikasyonu konan fonksiyonel adrenal kitleleri olan bu hastalarda açık cerrahiye geçiş olmadı, intraoperatif süreçte herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve klinik takipleri için ilave bir işlem gerekmedi.

**Sonuç:** Eş zamanlı cerrahi prosedürler daha uzun ameliyat ve anestezi süresiyle sonuçlanır. Ameliyatları birleştirmek prosedürün sonucunu önemli ölçüde değiştirmez, güvenli ve uygulanabilir olduğu kabul edilebilir ve iki ayrı operasyona ilginç bir alternatif sunmaktadır. Bu yaklaşım, toplam ameliyat ve anestezi süresinin azaltılması ve postoperatif dönemde toplam işgücü kaybının önlenmesi açısından güvenli ve etkili bir alternatif sunmaktadır. Elde edilen bulgular, eşzamanlı laparoskopik sağ adrenalektomi ve kolesistektominin klinik olarak uygulanabilir olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adrenalektomi, Kolesistektomi, laparoskopik adrenalektomi



### SB-044

## Real Life Outcomes of Endoscopic Botulinum Toxin A Injections for The Treatment of Obesity in a Secondary Care Center

Ahmet Bekin<sup>1</sup>, Orkhan Verdiyev<sup>1</sup>, Ferhat Çetin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doktor Nazif Bağrıaçık Kadıköy Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>Acıbadem Doktor Şinasi Can Kadıköy Hastanesi, İstanbul

**Background:** Here presented is a series of 484 obese patients' cases that were treated with endoscopic gastric botulinum toxin A injections (EGBTI). This paper aims to discuss the outcomes of EGBTI for the treatment of obesity and contribute to the current literature.

**Methods:** Data from Turkish Diabetes Association NB Kadikoy Hospital's internal medicine, endocrinology, general surgery and endoscopy units' database was evaluated for patients with obesity that had EGBTI between December 2020 and January 2023. A 30 ml premixed solution of botulinum toxin A (BToxA) was used during the procedures and individuals were surveyed on a clinical follow up schedule. Data including weight change and procedure-related side effects was taken from initial and monthly follow-up visit notes.

**Results:** The total number of EGBTI procedures made between 01.12.2020 and 01.01.2023 was 484. After excluding 17 cases lacking follow-up data, 467 cases were involved in the study. %81.6 were female. The study group had a decline in the initial mean body mass index (BMI) of  $34.9 \pm 5.87$  kg/m<sup>2</sup> to  $27.09 \pm 4.76$  kg/m<sup>2</sup> by the 6th month ( $p < 0,001$ ). Median total weight loss of at the end of 6 months was 20.8 kg (3.6 - 64.3 kg) corresponding to 22.2% of initial weight. A successful intervention was defined as proceeding decline in BMI through the follow up period in 418 cases (89.5%). Individuals who did regular exercise lost more weight at the end of the 6 months ( $p < 0,001$ ). Patients with class 2 and class 3 obesity had more weight loss than patients with class 1 obesity and overweight individuals ( $p < 0,001$ ). Total number of side effects was 83 (17,8%) and no serious side effects or complications that needed hospitalization were noted.

**Conclusion:** Endoscopic gastric BToxA injection to treat obesity is a safe, effective, and affordable minimally invasive treatment option with minimal side effects.

**Keywords:** gastric botox, endoscopy, obesity, endoscopic treatment

	BMI TIERS								p
	Overweight (n=86)		Class 1 (n=162)		Class 2 (n=144)		Class 3 (n=75)		
	Median	95,0% CL	Median	95,0% CL	Median	95,0% CL	Median	95,0% CL	
BMI (Initial) (kg/m <sup>2</sup> )	28,25	27,90-28,70	32,30	32,00-32,80	37,20	37,00-37,50	43,10	42,00-44,70	<0,001 *
BMI (3Months) (kg/m <sup>2</sup> )	23,80	23,50-24,20	27,10	26,90-27,50	31,15	30,70-31,50	36,30	35,40-36,80	<0,001 *
BMI (6 Months) (kg/m <sup>2</sup> )	22,00	21,80-22,50	25,30	25,00-25,70	28,80	28,60-29,20	33,20	32,40-34,50	<0,001 *
Total weight loss (kg) (6 months)	16,55	15,70-17,50	19,55	18,70-20,40	23,05	22,30-23,80	30,00	27,60-32,00	<0,001 *
Total weight loss (%) (6 months)	21,46	20,29-22,49	21,42	20,75-22,22	22,83	21,81-23,92	24,57	23,10-25,65	<0,001 *

Table 2: BMI changes and weight loss in different BMI tiers. (\*Kruskal-Wallis Test)

BMI changes and weight loss in different BMI tiers.





## SB-045

### The Impact of Eating Habits on Obesity Surgery Outcomes

Hale Feratoğlu, Muhammer Ergenç, Tevfik Kıvılcım Uprak, Ömer Günal  
Department of General Surgery, Marmara University School of Medicine, Istanbul, Turkey

**Background:** Eating disorders and disordered eating habits are frequently identified among bariatric surgery candidates. However, how these may affect post-surgical outcomes has not been adequately addressed. Our goal in this study was to investigate the connection between patients' eating behaviors and the success of their weight loss after bariatric surgery.

**Methods:** The study analyzed data from patients who underwent bariatric surgery at Marmara University Hospital between 2015 and 2023. Patients demographics, body mass index, comorbidity, follow-up period, surgical procedures (Laparoscopic sleeve gastrectomy-LSG, Roux-en-Y gastric bypass-RYGB), eating habits (binge eating, carbohydrate craving, night eating and sweet eating) were analyzed. Patients were divided into two groups: the successful weight loss group (%TWL  $\geq$  25) and the unsuccessful weight loss group (%TWL  $<$  25) after surgery and compared.

**Results:** A total of 426 patients, including 197 patients who underwent LSG and 229 patients who underwent RYGB, were included in the study. The mean age of all patients was  $40.9 \pm 10.7$  years. In the preoperative period, binge eating, carbohydrate craving, night eating, and sweet eating habits were detected in 55.9, 67.6, 47.7, and 60.6 percent of the patients. The mean follow-up period was 24 months (1-60 months). 80% of the patients showed successful weight loss. Preoperative eating habits and %TWL values of the patients were analyzed. There was no statistically significant effect of eating habits on the success of weight loss in all patients and the LSG vs RYGB group

**Conclusions:** We investigated the effect of preoperative disordered eating habits on weight loss after bariatric surgery and found no significant difference between those with these habits and those without these habits. It is difficult to predict weight loss after bariatric surgery based on preoperative eating behavior. Further studies are needed to evaluate it in combination with other factors before or after surgery.

**Keywords:** Bariatric surgery, Eating behavior, Obesity, Binge eating disorder, Body mass index

**Table 1. Characteristics of patients according to surgical procedure**

Variables	All patients n = 426	LSG n = 197	RYGB n = 229	p-value
Age (years, mean $\pm$ SD)	40.9 $\pm$ 10.7	40.3 $\pm$ 11.1	41.5 $\pm$ 10.44	0.25
Sex (Female - n, %)	352 (82.6)	162 (82.2)	190 (83)	0.84
Diabetes Mellitus (n, %)	137 (32.2)	55 (27.9)	82 (25.8)	0.08
Hypertension (n, %)	101 (23.7)	41 (20.8)	60 (26.2)	0.19
Hypothyroidism (n, %)	53 (12.4)	21 (10.7)	32 (14)	0.37
Coronary artery disease (n, %)	6 (1.4)	3 (1.5)	3 (1.3)	0.58
Dyslipidemia (n, %)	16 (3.8)	5 (2.5)	11 (4.8)	0.33
Obstructive sleep apnea (n, %)	45 (10.6)	12 (6.1)	33 (14.4)	0.009
Other disease (n, %)	85 (20)	41 (20.8)	44 (19.2)	0.68
Smoking (n, %)	101 (23.7)	41 (20.8)	60 (26.2)	0.19
Preoperative BMI (kg/m <sup>2</sup> , mean $\pm$ SD)	48.3 $\pm$ 7.4	48.7 $\pm$ 8.1	47.8 $\pm$ 6.7	0.27
Binge eating (n, %)	238 (55.9)	109 (55.3)	129 (56.3)	0.83
Carbohydrate craving (n, %)	288 (67.6)	130 (66)	158 (69)	0.50
Night eating (n, %)	203 (47.7)	93 (47.2)	110 (48)	0.86
Sweet eating (n, %)	258 (60.6)	127 (64.5)	131 (57.2)	0.12
Postoperative BMI (kg/m <sup>2</sup> , mean $\pm$ SD)	31.8 $\pm$ 6.1	31.7 $\pm$ 6.4	31.8 $\pm$ 5.8	0.81
Follow-up period (months, mean $\pm$ SD) (Range: 1 - 60)	24.1 $\pm$ 16.4	24.9 $\pm$ 18.4	23.4 $\pm$ 14.4	0.34
Change in BMI (kg/m <sup>2</sup> , mean $\pm$ SD)	16.5 $\pm$ 7.1	16.9 $\pm$ 7.65	16.1 $\pm$ 6.6	0.17
%TWL (mean $\pm$ SD)	33.7 $\pm$ 11.7	34.1 $\pm$ 12.6	33.4 $\pm$ 10.8	0.53
Successful weight loss (%TWL $\geq$ 25 - n, %)	341 (80)	153 (77.7)	188 (82.1)	0.25

LSG: Laparoscopic sleeve gastrectomy. RYGB: Roux-en-Y gastric bypass. SD: Standard deviation. Body Mass Index: BMI. %TWL: %Total weight loss



## SB-046

# Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Sonrası Yetersiz Kilo Kaybı ve Geri Kilo Alan Hastalara Uygulanan Revizyon Mini Gastrik Bypass ve RNY Gastrik Bypass Prosedürlerinin Erken Dönem Sonuçlarının Karşılaştırılması

Mustafa Çelik, Muhammed Taha Demirpolat

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Obeziteyle mücadelede en etkili tedavi yönteminin cerrahi olduğu bilinmektedir. Bu bariatrik cerrahi prosedürleri arasında laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) basit ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle bypass prosedürlerine kıyasla daha sık uygulanmaktadır. LSG sonrası suboptimal klinik cevap alınan veya geri kilo alan hastalara revizyon bypass cerrahi prosedürleri uygulanmaktadır. Bu çalışmada LSG sonrası suboptimal kilo kaybı veya geri kilo alım nedeniyle uygulanan revizyon mini gastrik bypass (r-MBG) ve revizyon roux-n-Y gastrik bypass (r-RYGB) prosedürlerinin 1. yıl sonundaki kilo kaybı başarılarını karşılaştırmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** 2022 Mart ile 2023 Mart tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde revizyon bariatrik cerrahi amacıyla uygulanan MBG ve RYGB hastaları çalışmaya dahil edildi. Diğer revizyon cerrahi prosedürlerinin uygulandığı ve data eksikliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik verileri, preoperatif boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri ile postoperatif 1.yıl sonundaki boy, kilo, VKİ ve toplam kilo kaybı yüzdesi (TWL%) değerleri kaydedildi. Postoperatif ilk yılın sonunda TWL% değeri %20 'nin altında olan hastalar kilo kaybı bakımından suboptimal klinik cevap kabul edildi. r-MGB ve r-RYGB 1.yıl sonundaki bu parametreler bakımından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmamızda 22 hasta analiz edildi ve 8 hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışmada r-MGB grubunda 5 (%35,7) ve r-RYGB 9 (%64,3) olmak üzere toplam 14 hasta yer aldı. Hastaların tamamı kadındı. Gruplar arasında yaş, preoperatif boy, kilo, VKİ, postoperatif 1.yıl kilo, VKİ ve TWL% değerleri bakımından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0.745, p=0.356, p=0.929, p=0.836, p=0.159, p=0.427 ve p=0.090). Postoperatif 1.yıl sonundaki suboptimal kilo kaybı elde eden hasta sayısı bakımından r-MGB grupta anlamlı daha düşük olduğu saptandı (p=0.028) (Tablo-1).

**Sonuç:** Başarısız LSG ve LSG sonrası geri kilo alan hastalarda revizyon amacıyla r-MGB postoperatif 1.yıl sonundaki optimal kilo kaybı bakımından r-RYGB'ye göre daha başarılı sonuç ortaya koymuştur ancak çalışmamızdaki hasta sayısı düşük olması nedeniyle sonuçlarımızın validasyonu açısından daha büyük hasta popülasyonunu içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Başarısız laparoskopik sleeve gastrektomi, geri kilo alma, revizyon mini gastrik bypass, revizyon rny gastrik bypass

Tablo-1. Grupların karşılaştırılması

	Grup OAGB	Grup RYGB	p değeri
Yaş (yıl), median (IQR)	42.00 ± 10.22 (30-55)	40.22 ± 9.23 (27-53)	0.745
Boy (cm), median (IQR)	159.60 ± 6.19 (152-165)	162.67 ± 5.48 (155-172)	0.356
Kilo (kg), median (IQR)	117.20 ± 19.75 (97-145)	118.00 ± 13.44 (94-140)	0.929
VKİ(kg/m <sup>2</sup> ), median (IQR)	44.00 ± 5.48 (36-50)	44.56 ± 4.28 (38-50)	0.836
1. Yıl Kilo, median (IQR)	80.40 ± 10.99 (68-92)	89.33 ± 10.51 (70-103)	0.159
1. Yıl VKİ, median (IQR)	31.70 ± 5.16 (27.2-39.8)	33.93 ± 4.71 (25.7-41.3)	0.427
TWL (%), median (IQR)	30.96 ± 5.12 (23.7-36.5)	24.22 ± 7.14 (15.1-35.1)	0.090
Postoperatif 1. Yıl suboptimal kilo kaybı olan hasta n (%)	0 (0%)	3 (33,33%)	0.028



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-047

## Bariatrik Cerrahide Optik Trokar ile Peritona İlk Girişte Güvenliğin Standardizasyonu için İncelikler

Burak Güney, Koray Karabulut

Liv Hospital Vadistanbul Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Bariatrik cerrahi sırasında karına ilk erişim zor ve karmaşık hale gelebilir. Düşük sayılarda bildirilse de bıçaksız optik trokarla girişteki komplikasyonları önleyeceğini düşündüğümüz tekniğimizi paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Aralık 2021 ile Temmuz 2024 arasında VKİ > 35 kg/m<sup>2</sup> olan hastalarda aynı cerrah tarafından periton boşluğuna ilk erişim için Covidien VersaOne™ 11 mm optik trokar kullanılarak uygulanan laparoskopik işlemler kaydedildi. Tekniğimizde, ciltten subkutikuler alana dek derinleşmenin yeterli olduğu, ksifoidin 12 cm kadar altında, epigastrik bölgede, orta hattın solunda, rektus abdominisin medial kenarını hedefleyen 1-1,5 cm horizontal kesiden karın duvarı boyunca kademeli olarak ilerletilen ve diseksiyon edilen karın duvarı düzlemlerinin kontrollü ve doğrudan görüntülenmesini sağlayan 10 mm'lik 0° laparoskopun içine yerleştirildiği künt uçlu optik trokar, cilt altı yağ dokusu, ön rektus fasyası, rektus abdominis kası ve arka rektus fasyasını görmeyi takiben, preperitoneal yağ ve periton katmanları boyunca aralıklı sabit ve nazik basınç uygulanarak vertikal düzleme 20° açıyla hareket ettirildi. Bu aşamada periton katmanı geçildiğinde ya da periton boşluğuna girildiğine kanaat getirilemese de erişimin sağlanmış olabileceği göz önünde bulundurularak insuflatörün gaz akım hortumu trokara bağlandı. Trokar sabit tutularak künt diseksiyon obturatörü trokar ile birleşiminden ayrılarak hafifçe geri çekildi ve havanın periton boşluğuna dolması sağlandı. Preperitoneal alanda kalındığı izlendiyse insuflasyon durdurulup nazikçe ilerlemeye devam edildi. Az miktarda CO<sub>2</sub> insuflasyonu ile periton boşluğuna ulaşıldığı işaret olarak alındı. Trokarı hafifçe bir iki kez sarsmak, ucuna dokunan yağlı dokuların serbestlenmesini sağladı. Bu noktada obturator tekrar trokara kilitlenip ardından trokarın ucu vertikal düzleme 45-60° açıyla kranyale doğru yatırılarak trokar kendi uzunluğuna ilerletilmeden önce, ekranın üst yarısının kirli beyaz, alt yarısının ise sarı renkten ibaret olduğu ve aralarında net bir ayırım çizgisinin bulunduğu görüntü elde edildi. "Buğday tarlası manzarası" olarak adlandırılan bu görüntüye ulaşıp trokar iyice periton boşluğunda kranyal doğrultuda ilerletilerek laparoskopun ardından obturator da trokardan çıkarıldı ve operasyona devam edildi.

**Bulgular:** Standart yöntemle ardışık 360 olgunun hiçbirinde peritona ilk erişimle ilişkili komplikasyon izlenmemiştir.

**Sonuç:** Buğday tarlası manzarası görüntüsünün, bıçaksız optik trokarla peritona ilk erişimde tekniğimizin basamaklarının yanında güvenliğin standardizasyonunu sağlayabilecek bir tanımlama olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** abdomen, giriş, laparoskopi, optik, trokar



**SB-048**

**Obez Hastalarda İntragastrik Balon Uygulaması Sonucu Azerbaycan Popülasyonunda Tek Merkezli Ön Sonuçlar**

Aykhan Abbasov<sup>1</sup>, Alim Akbarov<sup>2</sup>, Emrah Karatay<sup>3</sup>, Mirkhalig Javadov<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Yeni Klinika Hospital, Genel Cerrahi Kliniği, Bakü, Azerbaycan*

<sup>2</sup>*Liv Bona Dea Hospital, Genel Cerrahi Kliniği, Bakü, Azerbaycan*

<sup>3</sup>*Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye*

<sup>4</sup>*Medicana Ataşehir İstanbul Hospital, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Gastrik balon, konvansiyonel önlemlerle kilo kaybını sağlayamayan, kalıcı koruyamayan hastalarda veya bariatrik cerrahi adayı olan hastaların hazırlanmasında endike olan obezite tedavisinde giderek daha yaygın kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada Azerbaycan popülasyonuna ait ön verileri sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Mart 2021 ile Nisan 2024 arasında intragastrik balon uygulanan obez hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Tedavi öncesi, 6. ay kontrol verileri olan  $\geq 18$  yaş olgular çalışmaya dahil edildi. Her hasta için yaş, tedavi öncesi kilo, BMI, 6. ay kontrol kilo, BMI değerleri, ile komorbid hastalıklar (HT, insulin direnci, DM, uyku-apne, ortopedik problemler, tiroid hastalıkları) açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** 115 hasta mevcut olup, 6'sı erkekti. Toplamda yaş ortalaması  $37.51 \pm 8.69$  olup, en genç olgu 18 ve en yaşlısı 63 yaşında kadındı. Ortalama BMI  $34.97 \pm 5.15$  kg/m<sup>2</sup> olup, balon tedavisi sonrası 6. ayda ortalama BMI  $29.19 \pm 4.14$  kg/m<sup>2</sup>'ye düşmüştü ( $p < 0,001$ ). Başlangıçta en düşük BMI  $30.12$  kg/m<sup>2</sup>, en yüksek BMI  $51.61$  kg/m<sup>2</sup> olup, 6. ay kontrolünde en düşük BMI  $22.01$  kg/m<sup>2</sup>, en yüksek BMI  $42.33$  kg/m<sup>2</sup> olarak ölçüldü. Cinsiyet ile BMI değerleri arasında anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ) Başlangıçta 68 olguda ortopedik problem, 48 olguda uyku-apne, 27 olguda insulin direnci, 22 olguda HT, 11 olguda tiroid hastalığı, 5 olguda DM varlığı mevcuttu. 6. ay kontrolünde komorbid hastalıklar yeniden değerlendirilmiş olup, olguların 1/3'ünde regresyon mevcuttu. Balon hacmi minimum 400, maksimum 650 ml ve ortalama  $468.71 \pm 38.42$  mL olarak şişirilmişti. DM ile HT, ortopedik problemler arasında ( $p < 0.05$ ), uyku-apne ile ortopedik problemler arasında anlamlı ilişki mevcuttu ( $p < 0.001$ )

**Sonuç:** Bu retrospektif tek merkezli çalışmanın sonuçları, intragastrik balonun kilo kaybını teşvik etmek için yararlı ve güvenli bir yöntem olduğunu doğruladı. Komorbid hastalıkların gerilemesinin yanısıra, intragastrik balon ile tedavi obez hastalarda standart tedaviler ile başarısız olanlarda 6. ay sonuçlarına göre güvenilir ve sağlıklı kilo kaybı sağlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, intragastrik balon, BMI, kilo kaybı



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-049

## Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Operasyonunda Kliniğimizde Tercih Edilen Stapler Hattı Güçlendirme Seçeneklerinin Sonuçlarının Karşılaştırılması

Okan Can Aksoy<sup>1</sup>, Sezer Bulut<sup>1</sup>, Eyüp Gemici<sup>2</sup>, Hakan Seyit<sup>3</sup>, Ferman Tevfik Özyalvaç<sup>1</sup>, Yasir Musa Kesgin<sup>4</sup>, Osman Köneş<sup>5</sup>, Alpen Yahya Gümüšoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Bakırköy Acıbadem Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>İstinye Üniversitesi Medical Park Gaziosmanpaşa Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>5</sup>Medicana Zincirlikuyu Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Laparoskopik sleeve gastrektomi(LSG) obezitenin tedavisinde kullanılan cerrahi prosedürlerden ülkemizde en sık tercih edilen yöntemdir. Operasyon sonrası kaçak veya kanama gelişimi önemli morbidite sebeplerindedir. Stapler hattına uygulanan bazı takviye yöntemleri olup, cerrahların tercihleri farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde uyguladığımız iki farklı yöntemi karşılaştırmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2018 ile Temmuz 2024 tarihleri arasında kliniğimizde morbid obezite nedeniyle LSG uygulanan 463 hasta iki farklı grupta incelendi. 1.grupta 157 hasta olup, bu hastaların stapler hattı antrum ve korpus boyunca sürekli olarak ve fundusta staplerin bitiş noktası kliplendi. 2.grupta bulunan 306 hastanın ise stapler hattında yalnızca kanama tespit edilen alanlar ve başlangıç-bitiş noktasına klip uygulandı. Grupların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, ASA, eşlik eden komorbiditeler, ameliyat süresi, yatış süresi, post-op kanama, replasman ihtiyacı ve kaçak gelişme durumları değerlendirilerek iki grup arasında istatistiksel karşılaştırma yapıldı.

**Bulgular:** İki grup karşılaştırıldığında; hastaların ortalama yaşı, cinsiyet dağılımı, vücut-kitle endeksi dağılımı, komorbiditeler, yatış süresi, ameliyat süresi replasman ihtiyacı ve postoperatif kaçak gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Kanama açısından bakıldığında ise 1.grupta 37(%23.6) hastada, 2.grupta 41(%13.4) hastada 2 gr/dl ve üzeri hemoglobin düşüşü olduğu saptanmıştır. Daha fazla endoklip kullanılarak hemostaz ve stapler hattı takviyesi yapılan grupta kanamanın istatistiksel olarak anlamlı daha fazla olduğu tespit edildi. (p: 0.006)

**Sonuç:** LSG operasyonlarında uygulanan farklı stapler takviye yöntemleri mevcuttur. Biz kliniğimizde yalnızca kanama tespit edilen alanları 10 mm Endoklip ile kliplayerek hemostaz sağlıyoruz ve bu şekilde stapler hattını güçlendiriyoruz. Operatör bağımlı olarak kliplene sıklığı değişebilmektedir. Bu farklılığın 463 hastalık seride postoperatif sonuçlar açısından kanama miktarı haricinde herhangi bir farklılık oluşturmadığını tespit ettik. Daha geniş hasta grupları ve farklı tekniklerinde karşılaştırıldığı prospektif randomize çalışmalar bu konuda daha sağlam kanıtlar oluşturacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik sleeve gastrektomi, stapler hattı güçlendirme, bariatrik cerrahi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-050

## Laparoskopik Sleeve Gastrektomide Omentopeksi Uygulanmasının Erken Dönem Gastrointestinal Semptomlara Etkisi

Emre Teke, Sibel Yaman

SBÜ Gaziantep Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gaziantep

**Amaç:** Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) sıklıkla uygulanan bir bariatrik cerrahi türüdür. Bu prosedüre giren katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı sayıda bir kısmı, operasyondan hemen sonra mide bulantısı, kusma ve reflü semptomları yaşamaktadır. LSG uzun süredir kullanılan ve kısmen stadardize edildiği düşünülen bir teknik olsa da içerisinde pekçok teknik farklılıklar barındırmaktadır. Bu çalışmanın amacı omentopeksinin, LSG ile ilişkili sıkıntı verici postoperatif gastrointestinal semptomları azaltmadaki olumlu veya olumsuz etkisini ölçmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Ocak 2024 ile Temmuz 2024 arasında tek merkezde yapılan LSG vakalarını içermektedir. Randomize kontrollü olarak hastalar omentopeksi yapılan hastalar ve omentopeksi yapılmayan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Çalışmaya toplam 36 hasta dahil edildi. Grup A'daki hastalara omentopeksi uygulandı ve grup B'deki hastalara omentopeksi olmadan LSG uygulandı. Hastaların erken dönem sonuçları değerlendirildi.

**Bulgular:** Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir fark yoktu. Hastanede kalış süreleri benzerdi. İki grup arasında bulantı, kusma, reflü semptomları ve kullanılan antiemetiklerin miktarı ve sıklığı açısından anlamlı bir fark vardı. Ayrıca hastanede tekrar yatışlarda ve postoperatif dönemde klinik ziyaretlerinde anlamlı bir fark vardı. Hastaların kısa dönem kilo kayıpları arasında anlamlı fark saptanmadı.

**Sonuç:** Omentopeksi uygulanan hastalarda antiemetik tüketiminde belirgin azalma vardı. Postoperatif bulantı ve kusmanın omentopeksi uygulanmayan hastalara göre belirgin olarak daha düşük olduğu görüldü. LSG'ye omentopeksi eklenmesi erken dönemde gastrointestinal sistem yakınmalarını azaltmada etkin bir tekniktir.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, omentopeksi, sleeve



## SB-051

### Bariatrik cerrahide klinik deneyimimiz ve sonuçlarımız

Berk Yılmaz, Hasan Yılmaz, Hüseyin Akbulut, Şerife Seniha Fincanoğlu, Şeyhmus Alpağat,  
Şükrü Enes Mollahamzaoğlu  
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

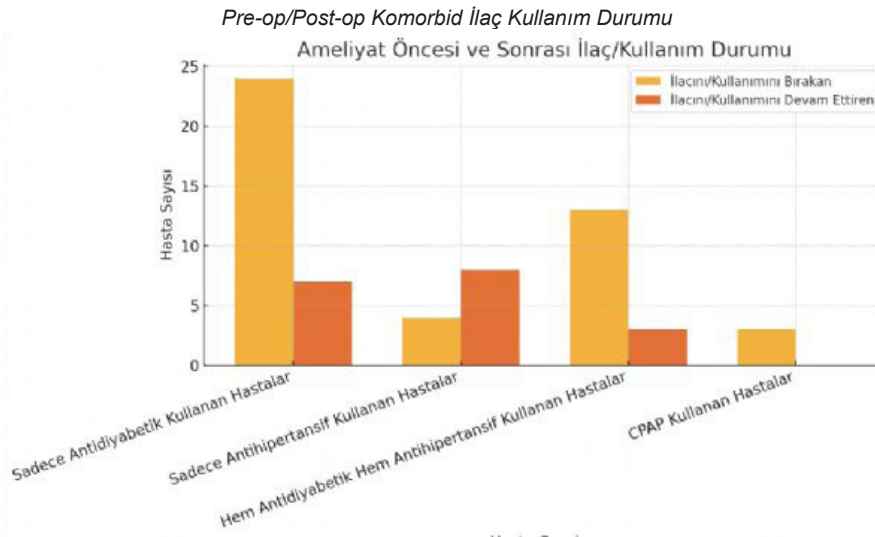
**Amaç:** Dünya Sağlık Örgütü tarafından vücutta sağlığı bozacak derecede yağ birikimi olarak tanımlanan obezite; çeşitli nedenlerle giderek yaygınlaşmakta ve neden olduğu komorbid durumlarla birlikte ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada obezite merkezimizdeki 6 aylık takipleri sonucu cerrahi tedavi kararı alınarak kliniğimizde bariatrik cerrahi prosedürleri uygulanan vaka sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2020-Ocak 2024 arasında kliniğimizde laparoskopik bariatrik cerrahi uygulanan 149 hastamız retrospektif olarak yaş, cinsiyet, komorbid hastalıklar, pre-op kilo ve vücut kitle indeksi (VKİ), pre-op görüntüleme sonuçları, cerrahi prosedür, post-op komplikasyonlar, post-op kilo kaybı ve komorbiditeler üzerinde cerrahinin etkisi açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** 149 hastamızın 122'si kadın, 27'si erkekti. Ortalama yaş 37.01 (18-65) idi. Hastalardan 31'i diyabet, 12'si hipertansiyon, 16'sı ise diyabet ve hipertansiyon tanısı ile pre-op dönemde ilaç; 3'ü uyku apne sendromu nedeniyle CPAP cihazı kullanmaktaydı. 18 hastada pre-op yapılan ultrasonografiye göre kolelitiazis saptanmış, 7 hasta ise kolesistektomiydi. Pre-op gastroskopide 51 hastada hiatal yetmezlik raporlanmıştı. Pre-op kilo ortalaması 127.1 (86-193); VKİ ise 44.1 (36.7-68.4) idi. 142 hastaya sleeve gastrektomi, 7 hastaya ise gastrik by-pass (1 hasta sleeve gastrektomi sonrası revizyon amaçlı) prosedürleri uygulanmıştır. Aynı seansta 6 hastaya kolesistektomi, 28 hastaya hiatal herni onarımı, 2 hastaya ise hem kolesistektomi hem de hiatal herni onarımı da yapılmıştır. Ortalama operasyon süresi 2 saat 43 dakikadır. Hastane yatış süresi ortalama 2.4 (2-7) gündür. Post-op erken dönemde 2 hasta kanama, 1 hasta ise mikrokaçak şüphesi ile hemodinamilerinin de bozulması üzerine relaparoskopi ile değerlendirilmişlerdir. Post-op dönemde 16 hastada ultrasonografide kolelitiazis raporlanmış. 9 hastada reflü semptomları gelişmiş. Sleeve gastrektomi uygulanan 3 hastaya dirençli reflü semptomları ve hiatal yetmezlik nedeniyle revizyon cerrahisi yapılmıştır. Pre-op dönemde diyabet ve hipertansiyon ilaçları kullanan 59 hastanın 41'i post-op dönemde ilaç bırakmış; CPAP kullanan 3 hastanın da cihaz ihtiyacı ortadan kalkmıştır. Hastaların post-op dönemde 6. ay itibarıyla kilo değerlendirmesi yapıldığında ortalama %30,68 (%8,33-56,49) oranında kilo kaybı sağlandığı görülmüştür.

**Sonuç:** Obezite; hasta uyumuyla birlikte multidisipliner yaklaşım ile yönetilen bir obezite merkezinde etkin takip ve hastaya uygun cerrahi prosedür ile kontrol altına alınıp, komorbiditeleri azaltılabilir bir sorundur.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, bariatrik cerrahi, komorbidite





**SB-052**  
**Post ERCP Pankreatiti Risk Faktörleri. Kılavuzlar Ne Kadar Doğru?**  
**822 Hastalık Bir Retest**

Uğur Kahan Öztürk<sup>1</sup>, Doğan Albayrak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

**Amaç:** ERCP sonrası en sık gördüğümüz komplikasyonlardan olan post ERCP pankreatitinde (PEP) henüz kılavuzda belirtilmeyen risk faktörleri olabileceği aşikardır. Bunun yanı sıra çoğu çalışmada ilgili risk faktörlerinin oluşan pankreatitin ağırlığına etkisi araştırılmamıştır. Tarafımızca konudaki bilinmezliği azaltmak üzere elden geldiğince geniş, retrospektif bir vaka kontrol çalışması yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Trakya Tıp Fakültesi Hastanesinde 2018 ve 2020 yılları arasında ERCP uygulanmış olan 822 hasta retrospektif olarak tarandı. Revize Atlanta kriterlerine göre PEP geçirmiş olan hastalar tanımlandı. Önceden belirlenmiş risk faktörü olabilecek değişkenler gruplar arasında istatistiksel olarak tarandı. Anlamlı risk faktörü olarak belirlenen değişkenler PEP grubu içinde yine revize Atlanta kriterleri üzerine Ranson skalası uygulanarak oluşturulmuş ağırlık gruplar içinde tekrar istatistiksel olarak tarandı ve böylece bu faktörlerin PEP ağırlığına etkisi araştırıldı.

**Sonuç:** Çalışma çoğunlukla genel kılavuzlarla uyum içinde sonuçlar vermesine karşın bazı sonuçlarda nitelikli farklılıklar mevcut idi. Daha önceden pankreatit veya PEP öyküsü olan, precut uygulanmış, pankreatik kontrast injeksiyonuna maruz kalmış, zor kanülasyonlu hastalar bilimsel anlamı derecede daha yüksek PEP riski altındaydı (p:0,001). Çalışmada ayrıca zor kanülasyonlu veya daha önceden PEP öyküsü mevcut hastalarda oluşabilecek PEP'in bilimsel anlamı derecede daha ağır seyirli olacağı gösterildi (p:0,007; p:0,001). Genel kılavuzların aksine çalışmada PEP riski açısından cinsiyet bağımlı fark bulunmadı. Yine kılavuzlarda ikileme kalınmış bir konu olan kontrast injeksiyonu olmaksızın pankreatik kanülasyon çalışmada anlamlı bir risk faktörü rolünü üstlenmiş idi (p:0,001). Yeni bilgi olarak plastik biliyer stent yerleştirilmesinin PEP riskini anlamlı derecede artırıyor olabileceği gösterildi (p:0,001).

**Değerlendirme:** PEP riski açısından cinsiyet düşünülmesi kadar anlamlı; biliyer stentler ise düşünülmesi kadar masum olmayabilir. Daha önceden PEP geçirmiş hastada tekrar ERCP planlanmadan önce en az iki kez düşünülmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** ERCP, Pankreatit, PEP, Post-ERCP pankreatiti





### SB-053

## Bir Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinin İlk Ercp Deneyimleri ve Öğrenme Eğrisi

Merve Yeşilsancak<sup>1</sup>, Emrah Akın<sup>1</sup>, Emine Sena Cünük<sup>1</sup>, Necattin Fırat<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

**Amaç:** Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP), üst gastrointestinal sistem endoskopisi ile radyografinin kombinasyonundan oluşan pankreas, safra kesesi ve karaciğerin drenajını sağlayan kanalların görüntülenmesini amaçlayan ileri bir tekniktir. ERCP de artan deneyimle başarı oranının yükseldiği bilinmektedir. Bu bildiride cerrahi endoskopi ünitemizin ilk ERCP deneyimlerini paylaşmak ve öğrenme eğrisinde başarı oranındaki değişimi araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 2023-2024 yılları arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Endoskopi Ünitesi'nde ERCP yapılan 58 hasta dahil edilmiş ve bu hastalara yapılan toplam 78 işlem değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, ERCP yapılma endikasyonları, yapılan terapötik işlem, kanülasyon oranı, kanülasyon oranlarındaki değişim, post ERCP komplikasyonları, morbidite ve mortaliteleri kaydedilmiştir. Sonuçlar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların 30'u erkek(%51,7 ) ve 28'si kadındı(%48,2). Kadın hastalarda yaş ortalaması 56,5 yıl, erkeklerde 57,4 yıl idi. Hastaların 23'üne (% 39,6) mekanik ikter, 22'sine (% 37,9) koledokolitiazis, 6'sına (10,3) safra kaçağı nedenli işlem yapıldı. Yapılan işlemlerden 38 hastada ilk işlemde kanüle edilebilirken (%65,5), 5 hasta (%8,6) ikinci işlemde kanüle edilebildi. 1. yılda yapılan işlemlerde işlem başarısı 24 hastada 14 hasta ile %58,33 idi. 2. yılda işlem başarı oranı 34 hastada 24 hasta ile % 70,58 idi. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlam görülmedi. ERCP sonrası % 22,4 komplikasyon görüldü bunların arasında akut pankreatit oranı % 3,4 hiperamilazemi oranı %17,2, perforasyon oranı %1,7 idi. Post ERCP Mortalite görülmedi. Morbidite oranı ise %22,4 idi.

**Sonuç:** ERCP genel cerrahi endoskopi ünitelerinde deneyimli ellerde zaman içerisinde artan başarı oranları ile farklı klinik endikasyonlar için tedavi amaçlı uygulanabilir

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, Ercp, Kanülasyon



### SB-054

## Türk Cerrahi Derneği Temel ERCP Eğitimi Sonrası İlk 30 Vakanın Değerlendirilmesi: Devlet Hastanesinde Kompleks Bir İşlemin Zorlukları ve Başarı Kriterleri

Nazım Serhat Parlak<sup>1</sup>, Süleyman Çağlar Ertekin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Altınbaş Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi (ERCP), safra yolları ve pankreas hastalıklarının tanı ve tedavisinde kullanılan ileri düzey bir endoskopik işlemdir. Devlet hastanelerinde ERCP ünitesi kurmak ve bu işlemleri etkin bir şekilde gerçekleştirmek, özellikle yeni eğitim almış cerrahlar için önemli zorluklar içerir. Bu çalışma, altı aylık ERCP eğitimi sonrası bir cerrahın kendi hastanesinde gerçekleştirdiği ilk 30 vakayı demografik özellikler, işlem süreleri, işlem başarı oranları ve komplikasyonlar açısından değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Bursa Çekirge Devlet Hastanesinde Aralık 2021 ile Eylül 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilen ilk 30 ERCP vakası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar iki gruba ayrıldı: İlk 15 hasta (Grup 1) ve sonraki 15 hasta (Grup 2). Yaş, cinsiyet, ERCP endikasyonları, işlem süreleri, ilk işlemde başarılı ERCP oranı, teknik olarak başarılı ERCP oranı ve işlem sonrası klinik iyileşme oranları karşılaştırıldı. B İstatistiksel analizlerde  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** İlk 30 hastanın değerlendirilmesinde, ilk işlemde başarılı ERCP oranı %66.7. Teknik olarak başarılı ERCP oranı %76.7 olarak kaydedildi. İşlem sonrası klinik iyileşme oranı %76.7 olarak bulundu. Komplikasyonlar arasında %3.3 oranında kanama ve %3.3 oranında pankreatit yer aldı. Grup 1 ile Grup 2 arasında ilk işlemde başarılı ERCP oranı Grup 2'de (%86.7) Grup 1'e (%46.7) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0.025$ ). Başarısız işlemler arasında, 2 vaka cerrahın deneyim eksikliğine, 5 vaka ise anestezi yetersizliği ve buna bağlı pozisyon kaybına dayandırıldı. Bir vaka ise koter cihazının arızalanması nedeniyle tamamlanamadı.

**Sonuç:** Altı aylık ERCP eğitimi sonrası, cerrahın deneyim kazandıkça işlem başarı oranlarında artış ve işlem sürelerinde anlamlı bir azalma görülmüştür. Bununla birlikte, teknik eksiklikler ve anestezi/sedasyon yetersizliği, başarısız işlemlerde önemli rol oynamıştır. Devlet hastanelerinde yeni kurulan ERCP ünitelerinde, cerrahların yalnızca kendi eğitimlerini sürdürmekle kalmayıp, aynı zamanda anestezi ve sağlık personelinin de kontrol etmek ve gerektiğinde eğitmek sorumluluğunu üstlenmeleri gerekmektedir. Başarılı ERCP uygulamaları için ek eğitim ve destek süreçlerinin güçlendirilmesi önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ercep, temel ERCP eğitimi, Ercep başarı oranı



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## İlk 30 Hastanın Demografik Özellikleri ve ERCP Sonuçları

Yaş Mean ± SD	63.97 ± 12.72
Cinsiyet (s) Erkek (%) Kadın (%)	12 (40) 18 (60)
Ercp endikasyonu (s) Kolanjit (%) Koledokolitiazis (%)	8 (26.7) 22 (73.3)
İşlem süresi (dk) Mean ± SD	41 ± 15.55
İlk işlemde başarılı ERCP (s) (%)	20 (66.7)
Teknik olarak başarılı ERCP (s) (%)	23 (76.7)
İşlem sonrası klinik iyileşme (s) (%)	23 (76.7)
Komplikasyon (s) Kanama (%) Pankreatit (%)	1 (3.3) 1 (3.3)

## Grup 1 ve Grup 2 Arasında Demografik ve Klinik Sonuçların Karşılaştırılması

	Group 1 (n =15)	Group 2 (n=15)	P değeri
Yaş Mean ± SD	60.93 ± 16.55	67 ± 6.45	0.197
Cinsiyet (s) Erkek (%) Kadın (%)	9 (60) 6 (40)	9 (60) 6 (40)	0.859
Ercp endikasyonu (s) Kolanjit (%) Koledokolitiazis (%)	5 (33.3) 10 (66.7)	3 (20) 12 (80)	0.341
İşlem süresi (dk) Mean ± SD	50.33 ± 11.56	31.67 ± 13.45	<0.001
İlk işlemde başarılı ERCP (s) (%)	7 (46.7)	13 (86.7)	0.025
Teknik olarak başarılı ERCP (s) (%)	10 (66.7)	13 (86.7)	0.195
İşlem sonrası klinik iyileşme (s) (%)	10 (66.7)	13 (86.7)	0.195
Komplikasyon (s) Kanama (%) Pankreatit (%)	0 1 (6.7)	1 (6.7) 0	0.368

### SB-055

## Koledok Taşında Basket Kateter İmpaksiyonunda; Beklemek Cerrahiden Kurtarır mı ?

Alperen Özdoğan, Nezh Zengin, Mutalip Ertuş, Özkan Yünük  
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

ERCP, safra kanalı taşlarının çıkarılmasında birincil yöntem olmaya devam etmektedir. Balonla süpürme veya sepet ekstraksiyonu ile endoskopik sfinkterotomi dahil olmak üzere standart ERCP teknikleri, taşların çıkarılmasında >%90'lık bir başarı oranına sahiptir; ancak büyük veya gömük taşlar endoskopist için özellikle zorlu bir senaryo oluşturabilir.

Bu zorlu vakamız 56 yaş erkek hasta özgeçmişinde hipertansiyon ve total tiroidektomi öyküsü olan hasta koledokolitiazis ön tanısı ile total bilirubin 17.04 mg/dL direkt bilirubin 12.53 mg/dL ile ERCP yapıldı. Çekilen kolanjiografide koledok en geniş yerinde ortada 12 mm ve 1 adet taş ile uyumlu dolmuş defekti izlendi. Distal koledok nisbi olarak dar idi. Saat 12 yönünde 8 mm lik sfinkterotomi yapıldı. Koledoktan drenajı olduğu görüldü. Basket kateterle koledoktan taş ekstrakte edilmek istendiğinde basket impakte oldu. 3 kere mekanik litotripsi denendi ancak taş kırılmadı. Balon kateterle distal koledok dilate edilip ekstraksiyon denendi yine başarılı olunamadı. İkinci bir basket kateterle impakte olan taş bir miktar kırıldı. İşlemin uzaması nedeni ile impakte basket üzerine plastik sheet konulduktan sonra koledoka 7F 11 cm lik plastik biliyer stentleme yapıldıktan sonra işlem ikinci bir seansa bırakıldı. 3 gün oral kapalı şekilde NSAii tedavi verilen hasta ikinci kez işleme alındı. Hastada sfinkterotomili ve impakte basketli görünümde papillaya ulaşıldı. Koledok kanüle edildi. 18 mm lik dilatasyon balonu ile distal koledoktaki dar olan alan dilate edildi. Balon geri çıkartılırken içinde taş olan impakte basket koledok alt uçta görüntülendi ve biyopsi forceps ile tutularak lümeneye çekildi. Takiben basket çıkartıldı. Plastik biliyer stent yerinde bırakıldı. İşlem sonrası 4. saate sulu gıda başlanılan bilirubinleri regrese olan hasta şifa ile taburcu edildikten 2 ay sonra plastik biliyer stent çekilmesi için poliklinik kontrolüne alındı. Basket impaksiyonunda mekanik litotripsinin olmadığı veya başarısız olduğu durumlarda safra akışını sağlayarak beklemek cerrahi öncesi bir alternatif olarak düşünülebilir. Bu deneyimimizi sizlerle paylaşmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Basket, ERCP, İnflamasyon, Koledokolitiazis

Basket kateterin ekstrakorporeal alana çıkarılması





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-056

## Bir Üçüncü Basamak Eğitim Hastanesinde İntragastrik Botulinum Toksin Enjeksiyonu Deneyimimiz

Hale Feratoğlu, Sena Altunsu, Çisil Bayır, Ömer Günal  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

**Amaç:** Obezitenin tedavisinde; ilaçlar, endoskopik işlemler, cerrahi gibi yöntemler bulunmaktadır. Endoskopik yöntemlerden mide duvarına Botulinum toksin enjeksiyonu yararı tartışmalıdır. Farklı doz ve enjeksiyon tekniği yöntemin yararını etkilemektedir. Ünitimizde literatür ışığında belirlenen doz ve teknikte uygulanan Botulinum Toksin enjeksiyonları sonrası hasta verilerinin analizi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde, 2019-2023 tarihleri arasında yapılan mide duvarına Botulinum Toksin A (BT-A) uygulamaları sonrası 75 hastanın takip verileri değerlendirilmiştir. Demografik verileri, fazla kilo kayıp yüzdeleri (%EWL), toplam vücut kilo kayıp yüzdeleri (%TBWL), toplam vücut kitle indeksi kayıp yüzdeleri (%BMI), kilo kaybı şekilleri, uygulanan teknikte meydana gelen aksaklıklar değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 39 olan; 65 kadın, 10 erkek hasta incelendi. BMI ortalamaları  $36,6 \pm 6,3$  (S.D.) bulundu. 15 hasta (%20) kilo veremedi. Hastalar ortalama olarak 8. haftada ( $\pm 7,8$  S.D.) en düşük kilolarına ulaştılar. Ortalama  $7,9 \pm 0,8$  (s.e.m.) kg kaybettiler. %TBWL, %BMI ve %EWL değerleri sırasıyla; %8, %8 ve %27 olarak saptandı. 18 hastada enjeksiyon sırasında lümen içine kaçış izlendi. Bu hastaların %TBWL, %BMI ve %EWL değerleri; %4 (%0-19) (median; range), %4 (%0-19) (median; range) ve  $30 \pm 0,3$  (mean  $\pm$  S.D.) bulundu. Dışarı kaçış olmayan grubun %TBWL, %BMI ve %EWL değerleri;  $8 \pm 0,06$  (mean  $\pm$  S.D.),  $8 \pm 0,06$  (mean  $\pm$  S.D.) ve  $25 \pm 0,2$  (mean  $\pm$  S.D.) olarak bulundu. Dışarı kaçış olanlarla olmayanların %TBWL, %BMI ve %EWL değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Kilo veren hastalar median 4 ay (0-55 ay) süreyle kilolarını korudu.

**Sonuç:** Mide duvarına BT-A uygulaması tekniğe ve doza bağlı olarak hastaların %80'inde kilo verimine sebep olmaktadır. Bu kilo verimi fazla kilonun %27'si ile sınırlı kalmıştır. Bu durum hastalara izah edilerek; işlem sonrası fazla kilolarının tamamından kurtulamayacakları hakkında bilgi verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** mide botoksu, botulinum toksin a, endoskopik obezite tedavisi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-057

## İntragastrik Balon Uygulamasının Etkinliği ve Beslenme Alışkanlığı Üzerine Etkileri

Vedat Kaplan, Mehmet Sait Berhuni, Ali Uzunköy  
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

**Amaç:** Obezite nedeniyle intragastrik balon (IGB) uygulanan ve daha sonra mide balonları çıkarılan hastaların, IGB uygulaması öncesi verilerini balon çıkarıldıktan 6 ay sonraki verilerle karşılaştırmak.

**Gereç ve Yöntem:** Bu klinik çalışma hastaların medikal kayıtlarının analizi ile retrospektif olarak dizayn edildi. Çalışmaya Ocak 2020 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında tarafımızca IGB uygulanan ve balon çıkarıldıktan sonra 6 ay takip edilen hastalar dahil edildi. Endoskopi ünitemizin kayıtlarından tespit edilen hastaların demografik ve klinik verileri tıbbi kayıtlardan elde edildi. Çalışmaya alınan tüm hastalara IGB çıkarıldıktan 6 ay sonra telefonla ulaşıldı ve hazırlanan anket soruları balon öncesi ve IGB'dan 6 ay sonrası için soruldu. Hastaların; yaş, cinsiyet, yandaş hastalık, IGB öncesi kilo ve Body Mass Index (BMI), IGB çıkarılırken kilo ve BMI, IGB çıkarıldıktan sonraki 6. aydaki kilo ve BMI, bu süreçteki maksimum kilo kaybı, maksimum kilo kaybı için geçen süre, IGB' un kalma süresi, balon öncesi ve sonrası yeme alışkanlıkları, işlemde duyulan memnuniyet düzeyi kayıt altına alındı.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 48 hasta kabul edildi. Hastaların 19'u erkek, 29'u kadındı. Ortalama yaş  $35.16 \pm 8.25$  idi. IGB öncesi ve IGB çıkarıldıktan 6 ay sonraki BMI ve kilo kayıpları arasında anlamlı farklılık vardı ( $P < 0.05$ ). IGB çıkarılırken hastalardaki ortalama kilo kaybı 14.81 kg olarak tespit edildi. Hastaların memnuniyet değerlendirmelerinde; %50'si kilo verme yönünden işlemde beklentisinin karşılandığını ifade ederken, %66.7'si işlemi başkalarına önerdiklerini beyan etti. İşlemde memnuniyet düzeyi yüksek olan hastaların yeme alışkanlığındaki değişim anlamlı farklılık gösteriyordu.

**Sonuç:** IGB uygulanan hastaların balon çıkarıldıktan sonraki 6. ay takiplerinde, yeme alışkanlığını düzelteren hastaların ulaştıkları kiloyu korumada başarılı olduğu gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** İntragastrik Balon, Hasta Memnuniyeti, Obezite



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-058

## Mide Balonu Uygulanan Hastalarda Kilo Verme Başarısının Vücut Kitle İndeksine Göre Etkinliği

Hilmi Bozkurt, Mustafa Onur Beştaş, Uğfe Kuyucuoğlu, Enver Reyhan  
Mersin Üniversitesi Hastanesi

**Amaç:** Gastrik balon uygulaması, endoskopik olarak mideye yerleştirilen bir balon ile mide hacminin azaltarak hastanın yiyecek alımını sınırlandırmayı amaçlayan bir obezite tedavi yöntemidir. Vücut Kitle İndeksi(VKİ) cerrahi tedavi uygulama sınırının altındaki obezite hastaları ve cerrahi yöntemlere göre daha az invaziv, geri döndürülebilir olması nedeniyle giderek artan sıklıkla tercih edilen bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışma, fazla kilo nedeni ile mide balonu uygulanan hastaların 6 aylık takiplerinde gastrik balon uygulamasının etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmaya 1 Ocak 2023 ile 1 Ocak 2024 tarihleri arasında fazla kilo nedeniyle Mersin Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğine başvuran VKİ 27 ve üzerinde olan intragastric sıvı bazlı mide balonu uygulanan hastalar dahil edildi. Uygulama sonrası ilk ay içerisinde tolere edemeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların başvuru anında demografik özellikleri boy,kilo,VKİ verileri ile ve gastrik balon uygulaması sonrası 3. Ve 6. aylarda kilo kaybı ve biyoelektrik empedans ölçüm verileri kayıt altına alındı. 3. Ve 6. Ay %TWL (Percentage Total Weight Loss) ve %EWL(excess weight loss) yüzdeleri hesaplandı. Kilo kayıp yüzdeleri beden kitle endeksi 35 üstü ve altı olanlar karşılaştırıldı.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışma 38 hasta ile tamamlandı. Gastrik balon uygulaması yapılan hastalar arasında beden kitle endeksi 35 ve altında olan hastaların fazla kilo kayıp yüzdelerini, beden kitle endeksi 35 üzerinde olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntragastric balon uygulaması VKİ 35 altında olan hasta grubunda daha başarılı bir yöntem olduğu kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** mide balonu, obezite, vücut kitle endeksi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

Çalışma popülasyonunun BMI gruplarına göre değerlendirilmesi

	BMI $\geq$ 35 %44,7 (n=17)	BMI<35 %55,3 (n=21)	Total %100 (n=38)	p value
yaş	36,4+10,1	35,2+7,4	35,7+8,6	0.662
cinsiyet:				
-kadın	9(%52,9)	20(%95,2)	29 (%76,3)	0.002#
-erkek	8(%47,1)	1(%4,8)	9 (%23,7)	0.002#
boy (cm)	170+7,6	164+6,6	167+7,6	0.015#
kilo (kg)	110+11,7	85,3+10,3	96,7+16,8	<0.001#
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	37,8+2,5	31,3+2,3	34,2+4	<0.001#
sigara içme durumu varlığı	3 (%17,6)	8 (%38,1)	11(%28,9)	0.167
kaç cc şişirildi	479+45,2	440,7+46,1	457,8+49	0.019#
işlem sonrası:				
-bulantı, kusma	12(%70,6)	20(%95,2)	32(%84,2)	0.038#
-mide krampı	9(%52,9)	17(%81)	26(%68,4)	0.065
-intravenöz sıvı ihtiyacı	3(%17,6)	5 (%23,8)	8(%21,1)	0.643
balon kaçınıcı ayda çıkarıldı	6+1,6	5,5+1,6	5,7+1,6	0.239
3. ay kilo (kg)	102,4+10,5	77,5+9,4	88,7+15,9	<0.001#
3. ay kilo kaybı miktarı (kg)	8,3+5,9	7,7+3,5	8+4,6	0.595
3. ay BMI (kg/m <sup>2</sup> )	35,2+3,1	28,4+2,1	31+4,2	<0.001#
3. ay %TWL	7,3+4,8	8,9+3,7	8,2+4,2	0.240
3. ay %EWL	22+14,4	48,7+21,5	36,8+22,8	<0.001#
6. ay kilo (kg)	100+9,8	77,2+9,8	87,7+15,2	<0.001#
6. ay kilo kaybı miktarı (kg)	10,2+5,9	8+4	9+5	0.346
6. ay BMI(kg/m <sup>2</sup> )	34,5+2,9	28,4+2,4	30,9+4	<0.001#
6. ay %TWL	8,9+4,9	9,3+4,5	9,2+4,6	0.792
6. ay %EWL	27,1+16,5	51,8+27	40,7+25,8	0.002#
komplikasyon	0(%0)	0(%0)	0(%0)	N/A
endoskopi bulguları:				
-normal bulgular	15(%88,2)	17(%81)	32 (%84,2)	0.701
-gastrit	1(%5,9)	3(%14,3)	4 (%10,5)	0.701
-polip	1(%5,9)	1(%4,8)	2 (%5,3)	0.701

# istatistiksel anlamlı p değeri p<0.005 olarak alınmıştır.

Multivariate analizlerde(lineer regresyon) 6.ay % EWL ile ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi

	b	std error	beta	p	95%cl lower	95%cl upper
(constant)	76,59	11,465		<0.001	53,44	99,84
BMI'in 35 in altında olması	-24,73	7,492	-0.482	0.002#	-39,92	-9,54

Gastrik balon uygulaması yapılan hastalar arasında beden kitle endeksi 35 ve altında olan hastaların fazla kilo kayıp yüzdelere, beden kitle endeksi 35 üzerinde olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-059

## Perkütan Endoskopik Gastrostomi Deneyimlerimiz: Üçüncü Basamak Tek Merkez Deneyimi

Harun Çok, Yasin Kara, Murtaza Furkan Eskici, Erkan Somuncu, Özgür Gangal, Harun Avcuoğlu,  
Mustafa Satman, Serdar Kaan Küçük, Deniz Sıla Solum, Ali Kocataş  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:** Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), farklı etyolojik nedenlere bağlı olarak oral nutrisyonun sağlanamadığı fakat gastrointestinal sistem fonksiyonlarında anomali olmayan hastalara beslenmenin sağlanabilmesi için, mideye invazif bir yöntemle endoskopik olarak perkutan tüp yerleştirilmesi işlemidir. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), ilk olarak 1979 yılında pediatrik cerrah olan Dr. Michael Gauderer tarafından yapılmıştır. Gastrointestinal sistem fonksiyonları normal olmasına rağmen çeşitli nedenlerle oral yoldan beslenemeyen hastaların enteral beslenmesi önem göstermektedir. Çünkü enteral beslenme kolay, ekonomik ve fizyolojiktir. Çalışmamızda 126 olguyu tarayarak paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2021-2023 yılları arasında 126 olguya yapılan PEG işlemleri dahil edildi. Hastalara ait demografik özellikler, endikasyonlar, işlem sonrası oluşan komplikasyonlar ve başvuru şartları incelenmiştir. Perkütan endoskopik gastrostomi yerleştirilmesi için Push (Sacks-vine), Pull (Ponksy) ve Introducer (Russell) olmak üzere çeşitli teknikler vardır. Ünitimizde Pull tekniği kullanılarak işlemler yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmamızda 126 hasta tarandı. Yaş ortalaması 67,8 idi.65 kadın (%51.5),61 erkek (%48.4) hasta idi. Endikasyonlar 100 olguda nörolojik hastalıklar (%79.3),22 olguda uzamış koma (%17.4),4 olguda (%3.1) özefagus ca idi. Komplikasyonlar 5 olguda(%33.3) katater çıkması,9 olguda(%60) katater kenarından sızıntı,1(%6.6) olguda kanama idi. Hastaların 30 günlük takiplerinde mortalite gelişmedi. 44 hasta(%34) Yoğun Bakım Ünitesinden,6 hasta (%4.7)serviste takip edilen,76 hasta(%60.3) ise ayaktan idi.

**Sonuç:** Gastrointestinal sistemi sağlam ancak proksimaldeki sorun nedeniyle oral beslenemeyen hastalarda, enteral beslenme sağlanması için gastrostomi veya jejenostomi uygulanan bir yoldur. Enteral beslenme normal bağırsak fonksiyonlarını devam ettirici özelliğe sahiptir ve parenteral beslenmeye göre infeksiyon gelişme oranı daha azdır. Ayrıca güvenli, minimal invaziv, etkili, iyi tolere edilen ve düşük komplikasyon oranına sahiptir. En önemli komplikasyonlar kataterin çıkması ve katater kenarından sızıntıdır. Komplikasyonlar oranlarının azalması için katater bakımı eğitimi verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Perkütan Gastrostomi, Enteral beslenme, Komplikasyon



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-060

## Travma ve Acil Cerrahide Minimal İnvaziv Cerrahi: 1 Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Harun Tecir, Nurettin Şahin, Muhammed Musa Altuncu, Cengizhan Şan Özdemir, Murat Çikot,  
Ferman Tevfik Özyalvaç, Alpen Yahya Gümüšoğlu

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Son yıllarda minimal invaziv cerrahi yöntemler, elektif cerrahi işlemler kadar acil cerrahi müdahalelerde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada üçüncü basamak bir sağlık merkezinin bir yıllık deneyimini paylaşmayı hedefledik.

**Gereç ve Yöntem:** Ağustos 2023 - Ağustos 2024 arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde acil ameliyata alınan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalara yapılan ameliyatlara gruplandırıldı. Ameliyat gruplarına göre açık ya da minimal invaziv cerrahi yapıma oranları değerlendirildi.

**Bulgular:** Bir yıllık sürede 1528 acil ameliyat yapıldı. Hastaların % 65.3'ü kadın, %34.7 si erkekti. Ortalama yaş 46,4 ±17,3 olarak saptandı. Hastaların 585'ine (%38.3) apendektomi yapıldı. Apendektomi hastalarının %98.6'sı laparoskopik yapılmıştı. 120 hastaya (%7.9) kolesistektomi yapıldı ve laparoskopi oranı %98.3 idi. Boğulmuş herni nedeniyle ameliyat edilen 141 hastanın 31'ine (%22.0) laparoskopik tamir yapılırken, 19 hastaya (%13.5) açık cerrahiye ek tanısal laparoskopi yapıldı. Peptik ülser perforasyonu nedeniyle ameliyat edilen hastaların %45.3'üne laparoskopik operasyon yapılırken, %14.1'inde açık ameliyata geçilmişti. Delici kesici alet yaralanması nedeniyle ameliyat edilen 50 hastanın 16'sına (%32.0) diagnostik laparoskopi, 10'una (%20.0) laparoskopik diyafram tamiri, 3'üne (%6.0) laparoskopik mide tamiri uygulandı. Künt travma hastalarının % 10'una, mezenter iskemi hastalarının %5,6'sına, ateşli silah yaralanmalarının %11.1'ine, ince bağırsak ve kolon perforasyonlarının %12.0'ına, mekanik intestinal obstrüksiyon hastalarının %12.0'ına laparoskopik operasyon yapılmıştır. GİS kanama ve postop hemoraji hastalarının tamamına açık ameliyat yapılmıştır.

**Sonuç:** Son yıllarda minimal invaziv cerrahi acil ameliyatlarda da tercih edilen yöntem olmuştur. Ancak acil ameliyata alınan hastaların genel durumunun kötü olması, eksplorasyon güçlüğü gibi nedenlerle bazı vakalarda açık ameliyatlara geçiş eğilimi olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Travma, Acil cerrahi, Minimal invaziv cerrahi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-061

## Peptik Ülser Perforasyonlarının Yönetimi; Açık ve Laparoskopik Yöntemlerin Karşılaştırılması

Emre Erdoğan<sup>1</sup>, İshak Yıldız<sup>3</sup>, Ufuk Oğuz İdiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Aktif Kocaeli Hastanesi

<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi

**Amaç:** Peptik ülser perforasyonu acil cerrahi müdahale gerektirmekle birlikte, açık veya laparoskopik cerrahi tercihi konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bu çalışmamızda Laparoskopik ve açık yöntemle ameliyat edilen peptik ülser perforasyon hastalarının karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza peptik ülser perforasyonu nedeniyle ameliyat edilen 52 hastanın verileri retrospektif olarak incelenerek çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar uygulanan cerrahi tekniğin açık cerrahi veya laparoskopik cerrahi olmasına göre hastalar iki gruba ayrılmıştır. Her iki yöntemde de perforasyon deliği omental yama ile onarılmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, preoperatif kan beyaz küre, kan amilaz, hastaneye başvuru öncesinde geçen süre, operasyon süresi, dren sayısı, ameliyat sırasında intraabdominal serbest sıvı miktarı, batin içinin irrigasyonu için kullanılan sıvı miktarı, hastaların batin operasyon hikayeleri, hastanede yatış süreleri, postoperatif komplikasyon durumları not edilerek iki grup arasında karşılaştırma yapılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların 37'sine açık cerrahi uygulanırken, 17'sine laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Hastaların ortalama yaşı 37.73±16.85 yıl olup, kadın/erkek oranı ise 3/49 dur. Gruplar arasında karşılaştırılan parametrelerde anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Hastaların hiçbirinde mortalite gözlenmemiş olup, açık olarak ameliyat edilen hastaların ikisinde yara yeri enfeksiyonu gelişmiştir. Laparoskopik olarak ameliyata alınan hastaların sadece birinde (%6.66), perforasyonun 2 cm olması sebebiyle açığa geçiş gerçekleştirilmiştir.

**Sonuç:** Peptik ülser perforasyonu nedeniyle özellikle hastaneye erken başvuran ve daha genç hasta grubu gibi seçilmiş hastalarda laparoskopik olarak perforasyonun onarılması, açık cerrahi ile benzer sonuçlara sahip olmakla birlikte, yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonların da azalmasına yardım etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Peptik ülser, laparoskopi, omentum, enfeksiyon



## SB-062

### Comparison of Intraoperative and Postoperative Outcomes in Laparoscopic and Open Appendectomy for Acute Appendicitis

Barış Eker<sup>1</sup>, Mert Ercan<sup>1</sup>, Cemre Diñçsoy<sup>1</sup>, Sezer Sel<sup>1</sup>, Murat Güner<sup>2</sup>, Kemal Erdiñç Kamer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İzmir City Hospital General Surgery Clinic, İzmir*

<sup>2</sup>*İzmir City Hospital, Surgical Oncology Clinic, İzmir; University of Health Sciences İzmir Faculty of Medicine Department, İzmir*

**Background:** The aim of this study was to compare the intraoperative and postoperative outcomes of laparoscopic and open appendectomy procedures in patients diagnosed with acute appendicitis.

**Methods:** Between October 15, 2023, and August 15, 2024, 376 patients who underwent surgery for acute appendicitis at the General Surgery Clinic of İzmir City Hospital were included in the study. The intraoperative and postoperative results of the two surgical groups were recorded. The collected data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences.

**Results:** Of the 376 patients, 251 underwent open appendectomy and 125 underwent laparoscopic appendectomy. The mean age was 38.5 years (range: 18-87 years), with a mean age of 40.6 years (range: 18-87 years) in the open appendectomy group and 34.7 years in the laparoscopic appendectomy group. Preoperative diagnostic imaging, including CT in 269 patients, USG in 72 patients, and MRI in 2 pregnant patients, was used. In the laparoscopic appendectomy group, 78 (62%) of the patients were female. The conversion rate from laparoscopic to open appendectomy was 11%. The statistical analysis showed a significant difference in surgical times between the two procedures ( $p=0.015$ )

**Conclusion:** The findings of this study suggest that laparoscopic appendectomy may be a safe and effective alternative to open appendectomy for the treatment of acute appendicitis, with potential benefits in terms of postoperative outcomes. Furthermore, the laparoscopic technique has been found to be a viable option for patients with ambiguous differential diagnoses. Additionally, in the management of appendicitis in overweight and obese individuals, the laparoscopic approach is preferred due to its technical ease, decreased infection risk, and quicker recovery potential. In light of these findings, the increased preference for laparoscopic appendectomy highlights its potential to enhance patients' quality of life and reduce the likelihood of postoperative complications. Patient feedback has also suggested that the cosmetic advantages of the laparoscopic incision scar are favored.

**Keywords:** laparoscopic appendectomy, open appendectomy, acute appendicitis, surgical outcomes, postoperative complications



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-063

## Akut Batın ve Künt-Penetran Travmalarda Diagnostik Laparoskopinin Yeri, Güvenilirliği ve Etkinliği

Ahmet Dal, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, İsa Sözen, Girayhan Çelik, Bilal Turan, Serdar Acar, Batuhan Burak Ersoy, Ahmet Burak Erdoğan

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

**Amaç:** Karın ağrısı özellikle acil durumlarda hızlı tanı ve tedavi gerektirir. Bazen hastalığın tanısı laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle konulamaz. Diagnostik laparoskopi(DL), intraabdominal hastalıkların teşhisi için kullanılan minimal invaziv bir cerrahidir. DL kullanım alanları içerisinde; gastrointestinal kanserlerde görüntüleme yöntemlerine ek olarak evreleme veya tedavi yanıtı için, akut batın hastalarında tanı konulamaması durumunda veya travma, ateşli silah veya kesici delici alet yaralanması olan stabil hastalarda laparotomiye önlemek ve endikasyon varsa terapötik işlemlere olanak sağlamaktır. Çalışmanın amacı DL'nin acil tanı ve tedavideki rolünü değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Son 5 yılda kliniğimizde görüntülemelerle tanı konulamadığı için veya görüntülemelere ek olarak acil tanısız laparoskopi uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Son 5 yılda kliniğimizde acil DL uygulanan 50 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya non-invaziv tetkiklerle net tanı konulamamış ve acil vakalar alınmış olup; daha önce tanısı olan, evreleme amaçlı laparoskopik prosedürler uygulanan vakalar dahil edilmemiştir. 50 hastanın 26'sı erkek, 24'ü kadındır. Hastaların toplam 37'sine karın ağrısı etyoloji için, 13'üne ise travma(KDAY:10, AİTK:2, Ateşli silah yaralanması:1) nedeni ile görüntülemeleri tamamlamak veya tanı konulması adına DL uygulanmıştır. Hastaların 47'si(%94) laparoskopik olarak tamamlanırken, 3'ünde(%6) eksplorasyonu genişletmek veya terapötik işlemler için laparotomiye geçilmiştir. Karın ağrısı için yapılan 37 DL'de 32 hastada tanı konmuş olup, 5 hastada patoloji saptanmamıştır. Tanılar: Peritonitis karsinomatosa: 7, PID/Over rüptürü/torsiyonu: 8, perforasyon: 5, abse-hematoma: 4, mezenter iskemisi: 3, ileus: 3, ileit/apandisit: 2 şeklindedir. Totalde 50 hastanın 20(%40)'sine biyopsi alınması dahil terapötik işlem uygulanmıştır. Travma nedeni ile yapılan 13 DL olgusundan 11'inde patoloji saptanmazken, 2'sinde terapötik işlem uygulanmıştır.

**Sonuç:** DL için hastanın stabil olması önerilirken, işlemin deneysel olarak değil de temel cerrahi prensiplerden taviz verilmeksizin yapılması gerekmektedir. Mevcut görüntüleme olanakları temelinde minimal invaziv yaklaşımların daha çok benimsendiği cerrahide DL, negatif laparotominin dezavantajlarını önlemek için ve hemodinamik olarak stabil hastaların yönetimi için uygulanabilir, güvenli bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil, Diagnostik Laparoskopi, Karın Ağrısı, Travma



## SB-065

### Sigmoid Volvulus Vakalarında Minimal İnvaziv Cerrahi

Mehmet Akif Akpınar, Sedat Çarkıt, Mustafa Karaağaç, Fatih Dal, Mustafa Gök, Muhammet Akyüz  
*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri*

**Amaç:** Kolon volvulusu batı ülkelerinde nadir görülen bir durumdur ve kolonik obstrüksiyonların %2 ila %10'undan sorumludur. Sigmoid volvulusun yönetimiyle ilgili en iyi stratejiler konusunda tartışmalar devam etmektedir. Sigmoid volvulusun endoskopik detorsiyonunu takiben yapılan sigmoid kolon rezeksiyonu, düşük rekürrens oranı ile ilişkilidir. Günümüzde, sigmoid volvulus tedavisinde laparoskopinin yeri ile ilgili pek fazla araştırma bulunmamaktadır. Amacımız, sigmoid volvulusun yönetiminde laparoskopinin güvenliğini ve etkinliğini, endikasyonlarını ve postoperatif komplikasyon oranlarını belirleyerek değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 2018-2024 yılları arasında sigmoid volvulus nedeniyle acile başvuran ve kolonoskopik detorsiyon sonrası laparoskopik sigmoid rezeksiyon yapılan 13 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait demografik veriler, yapılan işlemler, detorsiyon-cerrahi arasındaki süre, yapılan cerrahi girişim, açığa dönüş oranı, ameliyat süresi, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve yatış süreleri retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya Dâhil edilen 13 hastanın 11'i erkek, 1'i kadındı. Yaş ortalaması 56 (19-84) idi. Detorsiyon sonrası ortalama 96 (48-192) saat sonra laparoskopik operasyon yapıldı.. Onbir hastaya laparoskopik sigmoid rezeksiyon ve anastomoz yapıldı. İki hastaya bağırsak beslenmesinin iyi olmaması ve inflamasyon nedeni ile kolostomi açıldı. Bir hastada 7. Ayda anastomoz darlığı saptandı. Balon dilatasyon ile takip edildi. Hastaların hiçbirinde post operatif dönemde nüks gelişmedi. Bir hastada diseksiyon güçlüğü nedeni ile açığa dönüldü (%7.6). Operasyon süresi ortalama 102 (85-162) dakika olarak hesaplandı.

**Sonuç:** Sigmoid volvuluslu hastalarda öncelikle endoskopik detorsiyon- dekompresyon yapılması, sıvı-elektrolit bozukluğunun düzeltilmesi ve olası şok durumlarının resüsitasyonu için zaman kazandırır. Elektif şartlarda yapılacak operasyonda beslenme bozukluğu, çap farkı ve inflamasyon bulgularının gerilemesi ile stoma ihtiyacı ve komplikasyon oranları azaltılabilir. Ayrıca minimal invaziv girişimlere de olanak sağlanmış olur. Çalışmamızda kolonoskopik detorsiyon sonrası minimal invaziv rezeksiyonların uygulanabilirliği ve artan tecrübe ile birlikte bu olgularda laparoskopik prosedürün standart hale gelebileceği gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopik Detorsiyon, Laparoskopi, Sigmoid Volvulus

**SB-066**

**Sigmoid Volvulus: Endoskopik Detorsiyon Sonrası Cerrahi Müdahale ve Sonuçların Analizi - Beş Olgu İncelemesi**

Dilan Pehlivan, Burcu Çanakçı, Merve Aktaş, Kayahan Eyüboğlu, Mehmet Uluşahin, Muhammed Selim Bodur, Mehmet Arif Usta

*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Trabzon*

Sigmoid kolon, batının sol alt kadransında bulunan ve mezenteri etrafında dönebilen bir kolon segmentidir. Sigmoid volvulus, bu dönmenin neden olduğu bir durumdur ve en sık görülen kolonik volvulus tipidir. Çalışmada, sigmoid volvulusun tanısında kullanılan yöntemler, tedavi seçenekleri ve sonuçları üzerine odaklanılmıştır.

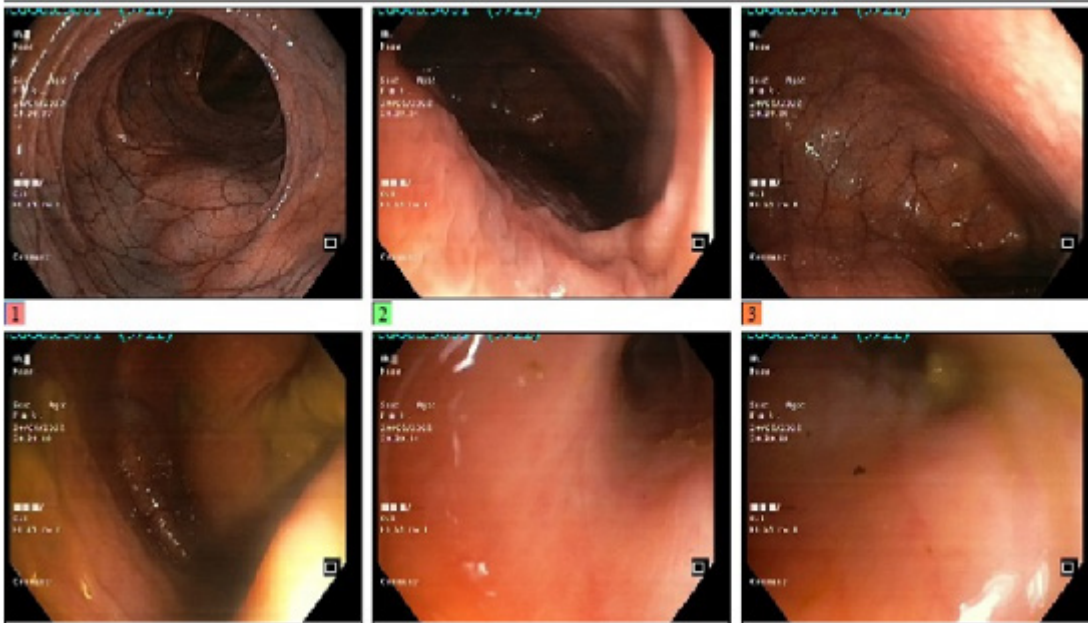
Sigmoid volvulusun teşhisinde ve tedavisinde endoskopik detorsiyon, genellikle ilk tercih edilen yöntemdir ve bu işlem çoğu vakada başarılı sonuçlar vermektedir.

Çalışma, Mart 2022 ile Haziran 2024 arasında hastaneye başvuran 5 sigmoid volvulus hastasını kapsamaktadır. Hastaların hepsinde endoskopik detorsiyon yapılmış ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Operasyon öncesi detorsiyon işlemi, hastaların genel durumunu iyileştirmiş ve elektif cerrahiyi kolaylaştırmıştır. Ancak, bir hastada komplikasyonlar nedeniyle kolostomi açılmış ve bu hasta postoperatif dönemde vefat etmiştir. Diğer dört hasta başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir ancak hastalardan bir tanesi endoskopik detorsiyon yapıldığı gün batın muayenesinde akut batın gelişmesi nedeniyle opere edilmiş ve sigmoid kolon rezeksiyonu yapılarak uç kolostomi açılmıştır.

Çalışmanın bulguları, endoskopik detorsiyonun ardından elektif cerrahinin erken yapılmasının rekürrens oranlarını ve mortaliteyi azalttığını göstermektedir. Sonuçlar, literatürde önerilen yöntemlerle uyumlu olup, endoskopik detorsiyonun yüksek tekrarlama oranlarına rağmen etkili bir tedavi yöntemi olduğunu ve erken cerrahinin önemini vurgulamaktadır. Çalışmanın sınırlamaları arasında istatistiksel analiz eksikliği ve düşük örneklem büyüklüğü bulunmaktadır, bu nedenle daha geniş ölçekli çalışmalarla doğrulama gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** sigmoid volvulus, endoskopik detorsiyon, erken cerrahi müdahale

Endoskopik dekompresyon





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## SB-067

### Marjinal Ülser Perforasyonunda Klinik Deneyimimiz

Murat Coşkun<sup>1</sup>, Emre Sabuncu<sup>1</sup>, Enise Bacak<sup>1</sup>, Alp Ömer Cantürk<sup>1</sup>, Kayhan Özdemir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

**Amaç:** Marjinal ülser, gastrojejunostominin kenarlarında, özellikle jejunal tarafta gelişen ülserler için kullanılan bir terimdir, insidansı %1 ila %16 arasında değişir. Sigara içmek ve nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanımı ülserasyonun en yaygın nedenleridir ve akut perforasyona ve şiddetli kanamaya neden olabilir. Özellikle perforasyon durumunda cerrahi gerektirir ve gastrojejunostomi anastomozunun Roux-en-Y GJ'ye revize etmek yaygın bir uygulamadır. Çalışmamızın amacı, kliniğimize marjinal ülser perforasyonu kabul edilen hastaları yönetme deneyimimizi denetlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** 2023 ve 2024 yılında kliniğimizde marjinal ülser perforasyonu tanısı ile tedavi edilen hastaların klinikopatolojik özellikleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastalarımızın (n:4) cinsiyet dağılımı eşitti. Ortalama yaş 61 (min 53 max 73). %25'inde sigara kullanım öyküsü vardı. Bir hasta HT ve DM tanılı idi, diğer hastaların kronik hastalığı yoktu. İlk cerrahiden itibaren geçen süre ortalama 46 ay idi (min 10 max 120). %50'sine laparoskopik cerrahi uygulandı, laparoskopik onarım ve omentopeksi yapıldı.. %75 hastaya onarım ve omentopeksi %25'ine omentopeksi yapıldı. Ortalama hastanede kalış süresi 6 gündü. Yalnızca bir hastada postop komplikasyon gelişti (%25- yara yeri enfeksiyonu) o hasta da HT ve DM tanılı idi.

**Sonuç:** Klinik deneyimlerimiz marjinal ülser perforasyonunda onarım olsun ya da olmasın omentopeksinin işe yaradığını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Komplikasyon, Marjinal ülser, Perforasyon





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-069

## Laparoskopik Apendektominin Cerrahi Asistan Eğitimindeki Rolü

Mahmut Arif Yüksek, İsmail Sezikli

Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çorum

**Amaç:** Minimal invaziv cerrahi, avantajları nedeniyle giderek yaygınlaşmaktadır. Laparoskopik apendektomi, apandisit tedavisinde standart yöntem olmasa da kullanımı artmaktadır. Bu çalışmada, cerrahi asistan eğitiminin bir parçası olarak laparoskopik apendektominin rolü incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tek uzman hekim gözetiminde gerçekleştirilen 64 laparoskopik apendektomi retrospektif olarak değerlendirildi. Vakaların 32'si bizzat uzman tarafından yapılırken, diğer 32'si laparoskopik cerrahi tecrübesi olmayan 1. ve 2. yıl cerrahi asistanları tarafından, uzman hekim gözetiminde gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Asistanların yaptığı ameliyatlarda ortalama süre  $80,75 \pm 3,16$  dakika, hospitalizasyon süresi  $54,47 \pm 9,89$  saat olarak bulundu. Uzman hekim tarafından yapılan ameliyatlarda ise ortalama süre  $73,44 \pm 4,23$  dakika, hospitalizasyon süresi  $74,16 \pm 9,96$  saat idi. Ameliyat süresi açısından anlamlı fark bulunurken ( $p=0,045$ ), hospitalizasyon süresi açısından fark izlenmedi ( $p=0,077$ ). Hospitalizasyonda medikal ve girişimsel tedavi ihtiyacı nedeniyle uzayan ganrenöz/perfore vakalar, kolon rezeksiyonu gerektiren perforasyon/tümör şüpheli vakalar çalışma dışı tutularak analizler tekrar yapıldı. Bu kapsamda, asistanların ameliyat süresi  $78,93 \pm 2,91$  dakika, hospitalizasyon süresi  $38,48 \pm 2,28$  saat; uzmanların ameliyat süresi  $65,42 \pm 3,56$  dakika, hospitalizasyon süresi  $44,5 \pm 3,83$  saat olarak bulundu. Ameliyat süreleri arasında anlamlı fark varken ( $p=0,002$ ), hospitalizasyon süresi açısından fark izlenmedi ( $p=0,325$ ). Tüm hastaların sadece ikisinde batın içi apse komplikasyonu izlendi. Bu hastaların her ikisi de gecikmiş vaka olup intraoperatif bulgularında kirli batın mevcuttu. Yani komplikasyonlar cerrahiye bağlı değil, preoperatif döneme aitti.

**Sonuç:** Laparoskopik cerrahi, daha az postoperatif ağrı, daha kısa hospitalizasyon, daha hızlı iyileşme ve yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonların daha az olması gibi avantajlar sağlayan bir yöntem olup apendektomi için de standart cerrahi presüdürlü olma eğilimindedir. Cerrahi asistanın bu prosedürü öğrenmesi için gerekli psikolojik zorluklara ilaveten ameliyat süresinin uzaması, komplikasyon riskleri, teknik nedenler, hastanenin fiziki ve çalışma şartları sayılabilir. Asistanların ameliyat sürelerindeki uzama, deneyim eksikliği ile ilişkilidir. Ancak komplikasyonların ise yapılan cerrahiye bağlı değil; hastanın gecikmesine bağlı olduğu görüldü. Laparoskopik apendektomi, cerrahi asistanların laparoskopik eğitimi için ideal bir prosedür olarak değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** apendektomi, asistan, eğitim, laparoskopik



## SB-071

### Laparoskopik ve Açık Apendektomilerde İntraoperatif Sürenin Karşılaştırılması

Şükran Çavdar, Serkan Demir  
Etlik Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Etlik şehir hastanesi genel cerrahi kliniğinde akut apandisit nedeniyle açık ve laparoskopik apendektomi yapılan hastaları; yaş, cerrahi teknik, cinsiyet gibi verilere göre sınıflandırdık. Hastaların ameliyat süresini değerlendirdik. Tecrübe ve kazanımlarımızı paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Etlik şehir hastanesi genel cerrahi kliniği olarak 01/10/2022-27/08/2024 tarihleri arasında akut apandisit nedeniyle yapılan tüm apendektomi operasyonlarını taradık. Hastalara ait yaş, cinsiyet, yapılan ameliyat ve ameliyatın süresi retrospektif yöntemle taranıp veriler kaydedildi. Tüm veriler hastane bilgi sisteminden alındı. Toplamda 1717 adet hastamız mevcuttu. Hastalar 17 ile 91 yaş arasındaydı. Yaş ortalamaları 37,02; yaş ortancaları 34 idi. Hastaların 741 tanesi kadın 976 tanesi erkek hasta idi. Hastalar randomize seçildi. (Tablo 1)

**Bulgular:** Açık apendektomi yapılan hastaların ortalama ameliyat süresi 76,4 dakika iken laparoskopik apendektomi yapılan hastaların ortalama ameliyat süreleri 51,3 dakika idi. Yapılan tüm apendektomi ameliyatlarının ortalama süresi 61,8 dakika idi. Açık ve laparoskopik cerrahiler arasında ameliyat süreleri açısından anlamlı derecede fark saptandı. Ek parametre çalışmada mevcut değildi.

**Sonuç:** Laparoskopik apendektominin cerrahi süre açısından açık apendektomiye göre anlamlı derecede üstün olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tek parametrenin süre olması bu tarama açısından dezavantajdır. İntraoperatif sürenin postoperatif komplikasyonları etkilediği bilinmekte olup laparoskopik apendektominin avantajları bu noktada avantajları ortaya konmuştur. Daha geniş ve çok parametrelili hasta serilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik apendektomi, açık apendektomi, akut apandisit, intraoperatif süre

Yapılan ameliyat cinsi	ERKEK	KADIN	Genel Toplam (intraoperatif süre)
Açık Apendektomi	445	274	719(76,4)
Laparoskopik Apendektomi	531	467	998(51,3)
<b>Genel Toplam</b>	<b>976</b>	<b>741</b>	<b>1717(61,8)</b>

**Tablo 1:** Cerrahi teknik, cinsiyet ve ameliyat süresi karşılaştırılması



### SB-073

## Rektum Kanserinde Postoperatif Anastomoz Kaçaklarının Endoskopik Yönetimi: 3. Basamak Cerrahi Endoskopi Ünitesi Deneyimi

Erhan Eröz<sup>1</sup>, Ümit Soydaş<sup>1</sup>, Bahaeddin Umur Aka<sup>1</sup>, Zülfü Bayhan<sup>2</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

**Amaç:** Kolorektal kanserler yaygın görülen kanser türlerindedir. Kolorektal cerrahide morbidite ve mortalite oranları gelişen teknik ve teknoloji ile azalmış olsa da postoperatif komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu komplikasyonlardan anastomoz kaçakları, kronik fistüller gibi lümen içeriğinin batın içerisine bulaş oluşturmasıyla, intrapelvik apse oluşumuna ve abdominal sepsise neden olabilmeleriyle önemli komplikasyonlardır. Bildiride kolorektal kanser cerrahisi sonrası anastomoz kaçaklarının endoskopik yönetimini ve sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** 2020- 2024 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde Kolorektal kanser cerrahisi sonrasında anastomoz kaçağı nedeniyle endoskopik girişim yapılan 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, uygulanan endoskopik teknikler, re operasyon, komplikasyonlar kaydedildi. Sonuçlar retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların 11'i (%40,74) kadın, 16'sı (%59,25) erkekti, kadınlarda yaş ortalaması 61,36 yıl, erkeklerde 51,47 yılı. Hastaların 23'ünde (%85,18) anastomoz kaçağı görülürken, 4'ünde (%14,81) operasyon sonrası anastomoz hattında fistül mevcuttu. Hastaların 22'sine (%81,48) anastomoz kaçağı nedeniyle endoskopik stent uygulandı, hastaların 4 tanesine (%14,81) fibrin yapıştırıcı (Tisseel LyoTM) uygulaması yapıldı. Bir hastaya (%3,70) ise perirektal apse nedeniyle endoskopik vakum yardımcı yara kapama uygulaması yapıldı. Hastalarda anastomoz ilişkili komplikasyonlar oluşumu ortalama postoperatif 11. Günde (3-80 gün) görüldü. Stent uygulanan hastaların 12'sine (%54,54) tam kaplı, 4'üne (% 18,18) kısmi kaplı, 2'sine (% 9,09) kapsız stent uygulanmıştır. Stent uygulanan 4 (%18,18) hastanın uygulanan stent tipine ulaşılammıştır. Stent takılan hastaların 13'ünde (%59,09) işlem sonrası tekrar operasyon ihtiyacı gelişmiştir. Fibrin yapıştırıcı uygulanan 3'ünde (%75) tekrar operasyon ihtiyacı gelişmişti. Hastaların 3 tanesinde (%11,11) farklı komorbiditeleri nedeniyle mortalite görülürken, 24 hasta (%88,88) cerrahi takibi sonrası onkolojik tedaviye yönlendirildi.

**Sonuç:** Kolorektal kanser cerrahisi sonrasında görülen komplikasyonlarda endoskopik tedavi girişimleri, deneyimli endoskopi ünitelerinde uygulanabilecek, anastomoz kaçakları, kronik fistüller gibi komplikasyonların yönetiminde uygun hastalarda düşük komplikasyon oranlarına sahip etkin minimal invaziv yöntemlerdendir.

**Anahtar Kelimeler:** Anasotomoz kaçağı, Kolorektal kanser, Endoskopik stent, komplikasyon



## SB-075

### Hepatopankreatobilier Cerrahi Birimimize Yönlendirilen Safra Yolu Yaralanmaları: Son 3 Yıllık Deneyim

Tuğba Ata Sekban, Sinan Ömeroğlu, Mehmet Ali Uzun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Safra yolu yaralanmaları kolesistektominin tehlikeli bir komplikasyonu olup, laparoskopik kolesistektomide %0,3-0,5 ve açık kolesistektomide %0,2-0,3 sıklıkta olduğu bildirilmiştir. Kolelitiazisin ve bu sebeple yapılan kolesistektomi ameliyatlarının ne kadar sık yapıldığı düşünüldüğünde safra yolu yaralanmalarının yol açtığı morbidite, mortalite ve yaşam kalitesinde neden olduğu kayıplar önemli bir sağlık sorunudur. Safra yolu yaralanmalarının çeşitli sınıflamaları içinde en yaygın kullanılanı Bismuth-Strasberg sınıflamasıdır. Tedavide yaralanmanın tipine göre uygun rekonstrüktif stratejinin seçimi ve zamanlaması uzun dönem prognozda kritik bir role sahiptir.

**Gereç ve Yöntem:** 2022-2024 yılları arasında semptomatik kolelitiazis nedeniyle yapılan kolesistektomi ameliyatlarında oluşan safra yolu yaralanmaları nedeniyle hepatopankreatobilier cerrahi birimimize yönlendirilen hastalara ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik verileri, Bismuth-Strasberg sınıflaması, ikinci operasyonun zamanlaması ve tipi değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 13 hastanın kayıtları incelendi. Bir hastaya yandaş patoloji nedeniyle açık cerrahi ile başlanırken, 12 hastaya laparoskopik olarak başlanmış ve bunlardan bir hastada konversiyon kolesistektomi uygulanmıştı. Hastaların demografik verileri, Bismuth-Strasberg sınıflaması, ikinci operasyonun zamanlaması ve tipi Tablo-1'de gösterildi.

**Sonuç:** Safra yolu yaralanmalarında tedavinin başarısı için hepatopankreatobilier cerrahi merkezinin deneyimi kadar, uygun rekonstrüktif stratejinin seçimi ve zamanlaması da kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Bismuth-Strasberg, Kolesistektomi, Safra yolu yaralanması

Tablo-1

HASTA NO	YAŞ	CİNSİYET	İKİ OPERASYON ARASI SÜRE(GÜN)	BS SINIFI	YAPILAN OPERASYON
1	69	E	4	E3	RY HJ+PERM ACC
2	53	K	7	E3	RY HJ
3	44	K	74	E3	RY HJ+PERM ACC
4	69	E	4	E1	RY HJ
5	62	E	5	D	T TÜP ONARIM
6	36	K	90	E3	RY HJ
7	55	K	41	E3	RY HJ
8	61	K	58	E2	HD
9	60	E	1	C	T TÜP ONARIM
10	55	E	0	E2	RY HJ
11	73	E	75	E4	DUKTOPLASTİ+RY HJ+PERM ACC
12	62	K	68	E3	RY HJ
13	76	E	6	E5	DUKTOPLASTİ+RY HJ+PERM ACC

BS:Bismuth-Strasberg Sınıflaması, RY HJ: Roux En Y HepatikoJejunostomi, HD:Hepatikoduodenostomi, PERM ACC: Permanent Access



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-076

## Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Komplikasyon Yönetimi: Tek Merkezde 5 Yıllık Deneyimimiz

Ahmet Dal, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, İsa Sözen, Girayhan Çelik, Bilal Turan, Serdar Acar,  
Büşra Rabia Çam, Kübra Bulduk  
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi, günümüzde safra kesesi taşları ve kolesistit tedavisinde genellikle tercih edilen minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Bu cerrahi yöntem, genel olarak güvenli kabul edilse de komplikasyonlar sıkça görülebilir ve ciddi morbiditeye neden olabilir. Bu çalışmada, merkezimizde son beş yılda gerçekleştirilen laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen komplikasyonların yönetimi ve sonuçları değerlendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** 2019-2024 yılları arasında laparoskopik kolesistektomi prosedürü sonrası postoperatif dönemde komplikasyon gelişen 19 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar demografik veriler, cerrahi endikasyonlar, gelişen komplikasyonlar, uygulanan tedavi yöntemleri, hastanede kalış süreleri, ve hasta sonuçları açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 19 hastanın yaş ortalaması 57.2 yıl olup, hastaların 10'u erkek, 9'u kadındı. En sık karşılaşılan komplikasyon safra yolu yaralanması olup, 7 hastada (%36.8) tespit edildi. Bu hastalardan 5'i Roux-en-Y hepatikojejunostomi ile, 2'si ise koledok eksplorasyonu ve klips çıkarılması ile tedavi edildi. Bilioma komplikasyonu 4 hastada (%21.1) gözlemlendi ve bu hastalara perkütan drenaj uygulandı. Üç hastada (%15.8) kese loju absesi gelişti ve bu durum drenaj ile yönetildi. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 24.4 gün olarak hesaplandı. Cerrahi sonrası hastaların ortalama taburcu süresi 19.3 gün olarak belirlendi. Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların tarafımıza ortalama başvuru süresi ise 25.4 gün olarak tespit edildi. Toplamda iki hasta (%10.5) ex oldu, geri kalan 17 hasta (%89.5) ise başarıyla tedavi edilerek taburcu edildi.

**Sonuç:** Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen komplikasyonlar, uygun tedavi yaklaşımları ile etkin bir şekilde yönetilebilir. Çalışmamızda en sık görülen komplikasyonlar safra yolu yaralanmaları ve bilioma olup, bu durumlar hepatikojejunostomi, koledok eksplorasyonu ve perkütan drenaj gibi prosedürlerle tedavi edilmiştir. Komplikasyonların yönetiminde zamanında müdahale ve uygun cerrahi tekniklerin kullanılması, hasta sonuçları üzerinde olumlu sonuçlar sağlamıştır. Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen komplikasyonların yönetimi, deneyimli bir ekip ve uygun tedavi stratejileri ile başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Bu çalışmanın sonuçları, laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyonların uygun yönetim ile iyi sonuçlar elde edilebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik kolesistektomi, safra yolu yaralanmaları, bilioma, hepatikojejunostomi



## SB-077

### Laparoskopik Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Erken ve Geç Dönem Komplikasyonların Yönetiminde Laparoskopinin Yeri

Mert Şahin Öztürk<sup>1</sup>, Demet Sarıdemir Ünal<sup>1</sup>, Zeki Demirok<sup>1</sup>, Ali Avanz<sup>1</sup>, Feyza Bora<sup>2</sup>, Muhittin Yaprak<sup>1</sup>, Ayhan Mesci<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Antalya

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji AD, Antalya

**Amaç:** Periton diyalizi (SAPD); son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda tercih edilen renal replasman tedavilerinden biridir. Bu sunumda laparoskopik periton diyaliz kateteri uygulama ve revizyon cerrahisi deneyimimizi paylaşmayı amaçladık

**Gereç ve Yöntem:** 2015-2024 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde Laparoskopik Periton diyaliz kateteri uygulanan 79 hastanın demografik verileri, operasyon bilgileri, erken dönem (ilk 1 ay), geç dönem komplikasyonları ve takip sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm operasyonlar genel anestezi altında gerçekleştirildi. Bir adet göbek altı ya da göbek üstü girilen 10 mmlik ve ihtiyaç halinde girilen bir veya iki adet 5 mmlik trokar kullanıldı. Kateter preperitonda oluşturulan tünel aracılığı ile direkt görüş altında pelvise yerleştirildi. Laparoskopik explorasyon sırasında adezyon saptanan hastalara adezyolizis ve omentumun kateteri sarma riski olabilecek hastalara omentum fiksasyonu uygulandı. Kateter; iç cuffi rektus kılıfı arasında ve dış cuffi sol orta üst kadranda cilt altında kalacak şekilde ciltten çıkarıldı.

**Bulgular:** Hastaların 32'si (%41) kadın, 47'si erkek (%59), yaş ortalamaları 48,9 (18-82), medyan VKİ 25.5 kg/m<sup>2</sup> (ÇAA:22.5-28.49) idi. Tüm ameliyatlar 45-60 dakika arasında gerçekleştirildi ve perioperatif komplikasyon, mortalite gözlenmedi. Medyan takip süresi 18 ay (ÇAA:10-50) idi. Takipleri sırasında 3 (%4) hasta Ex oldu, 30 (%32) hasta Hemodiyalize geçti, 5 (%6) hastaya Renal transplantasyon uygulandı, 41 (%52) hastanın SAPD'ye devam ettiği görüldü. Yedi (%9) hastada erken dönemde (ilk 1 ay), 37 (%47) hastada geç dönemde (1 aydan sonra) komplikasyonlar gelişti (Tablo 1). Altı hastaya kateter disfonksiyonu nedeniyle laparoskopik revizyon cerrahisi uygulandı (Tablo2). Revizyon sonrası 6 hastanın 2 ila 56 ay kadar SAPD'ye devam ettiği saptandı.

**Sonuç:** Laparoskopik yöntem; diyaliz kateterinin görerek pelvise yerleştirilmesini sağlarken, retroperitonda oluşturulan tünel ile pelvise ulaşan kateterin malpozisyon ve daha küçük kesiler ile diyalizat kaçak riskini, parsiyel omentektomi/ omentopeksi veya adezyolizis yapabilmeye olanak sağlayarak kateterin disfonksiyon riskini azalttığı için diğer yöntemlerden daha fazla tercih edilmektedir. Özellikle revizyon cerrahisinde patolojiyi belirlemeye ve müdahaleye imkan sağlaması kateter ömrünü uzatmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Son dönem böbrek yetmezliği, Sürekli ayaktan periton diyalizi, Laparoskopi, Komplikasyonlar



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## Komplikasyonlar

Erken dönem komplikasyonlar (İlk 1 ay) n:7 (%9)	Geç dönem komplikasyonlar (1 aydan sonra) n:37 (%47)
Kateter disfonksiyonu	Peritonit
Kateter kenarından diyalizat sızıntısı	İleus
Kateter giriş yeri enfeksiyonu	Diyaliz yetersizliği
Skrotal ödem	Hidrotoraks
	Trokar yeri hernisi
	İnguinal herni
	Kateter enfeksiyonu
	Kateter disfonksiyonu

n:Hasta sayısı,

## Revizyon uygulanan hastalarda etyoloji ve laparoskopik girişimler

	n
Peritonit	2
Kateter Enfeksiyonu	1
Kateter Disfonksiyonu	2
Kateter malpozisyonu	1
Bridektomi	2
Omentum fiksasyonu	1
Omentektomi	1
Kateter Değişimi	6

n: Hasta sayısı



**SB-078**

## **Mide Kanseriine Bağlı Anastomoz Kaçaklarında Endoskopik Stent Deneyimimiz**

Fatih Aslan, Emre Tunç, Bülent Aksel  
*Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, Ankara*

**Amaç:** Anastomoz kaçakları mide kanseri ameliyatlarından sonra erken dönemde mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerinden biridir. Minimal invaziv yöntemlerdeki gelişmeler son 20 yılda anastomoz kaçağı tedavisindeki yaklaşımı değiştirmiştir. Endoskopik stentleme minimal invaziv yöntemlerin en önemlilerinden biridir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada Kasım 2022-Kasım 2023 tarihleri arasında Ankara Etlik Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği'nde mide tümörü nedeniyle ameliyat edilen hastaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmada mide kanseri nedeniyle ameliyat edilen toplam 48 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların %62,4'ü erkek (n: 30) %37,5'i kadındır (n:18). Hastaların yaş ortalamaları 63'dür. Mide kanseri nedeniyle ameliyat edilen hastaların %58,3'ünün (n: 28) ek hastalığı olmayıp %41,7 sinin (n: 20) en az bir komorbid hastalığı mevcuttur. Hastaların vücut kitle indeksleri ortalaması 24'tü. Hastaların %45,8'i (n: 22) açık cerrahi,%33,3'ü (n: 16) laparoskopik ve %20,8'i (n: 10) tanesi robotik cerrahi geçirmiştir. Hastaların %58,3 (n: 28) subtotal gastrektomi, %41,7'si (n:20) ise total gastrektomi yapılmıştır. Hastaların %16,6'sında (n:8) çeşitli nedenlerle ek organ rezeksiyonu gerekmiştir. Hastalar ortalama 12,2. gün taburcu edilmiştir. Mide kanseri nedeniyle ameliyat edilen hastaların %12,4'ünde (n:6) anastomoz kaçağı gelişmiş olup tamamına stent yerleştirilmiştir. Stent yerleştirilen hastaların tamamı erkektir. Hastaların yaş ortalaması 61,3'dür. Anastomoz kaçağı gelişen hastaların vücut kitle indeksleri ortalaması 25,5'dir. Hastaların %66'sına (n:4) tanesine total gastrektomi, %33'üne (n:2) subtotal gastrektomi yapılmıştır. Anastomoz kaçağı gelişen hastaların ilk belirtileri ortalama 3,5. gün gelişmiş olup ortalama ilk belirtiler ortaya çıktıktan ortalama 27,6 saat sonra endoskopik stent yerleştirilmesi işlemi gerçekleştirilmiştir. Hastalarda stent yerleştirilmesi sonrası ortalama 5,3. gün fistül debisi azalmış, 7,3. biyokimyasal parametrelerde düzelme sağlanmıştır. Hastalar stent sonrası 3,3. gün oral almaya başlamıştır.

**Sonuç:** Mide kanserine bağlı yapılan gastrektomiler sonrası anastomoz kaçaklarının yönetiminde endoskopik stentleme düşük mortalite ve morbidite oranı ile önemli bir yöntemdir. Anastomoz kaçağına endoskopik stent yerleştirilmesi sonrası görülen striktür, stent migrasyonu gibi klinik problemler, deneyimli merkezlerce sabır ve özenle yapılan tekrarlayan girişimler ile aşılabılır.

**Anahtar Kelimeler:** Anastomoz kaçağı, Endoskopik stentleme, Stent migrasyonu





## SB-082

### Özefagogastroduodenoskopi Yapılan Hastaların Biyopsilerinde Helikobakter Piloni ve İntestinal Metaplazi Birlikteliğinin Değerlendirilmesi

Harun Çok, Murat Acar, Murtaza Furkan Eskici, Ahmet Zahit Kaan, Mustafa Satman, Harun Avcuoğlu, Yasin Kara, Erkan Somuncu, Ali Kocataş

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:** Başlangıçta *Campylobacter pyloridis* olarak adlandırılan *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), ilk olarak 1983 yılında insanlarda tanımlanmış Marshall ve Warren tarafından kültüre edilmiştir. *H. pylori* intestinal metaplazi riskini 4.5-9 kat artırmaktadır. Bunun da genel mekanizması kronik inflamasyondur. İntestinal metaplazi mide mukoza epitelinin kronik inflamasyon sonucunda intestinal tip epitelle yer değiştirmesidir. İntestinal metaplazi için risk faktörleri; *H. pylori* enfeksiyonu, yüksek tuz alımı, alkol, sigara içiciliği ve genetik faktörlerdir. İntestinal metaplazi mide kanserini riskini 6 kat kadar artırmaktadır. Çalışmamızın amacı gastroskopi yapılan ve mide antrumdan biopsi alınan hastaların patolojilerini değerlendirmek, mide kanseri gelişmesinde risk faktörü olan intestinal metaplazinin *H. pylori* ile birlikteliğini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Endoskopi Ünitesinde Ocak 2024/Mart 2024 tarihleri arasında yapılan gastroskopi raporları ve patoloji raporları retrospektif olarak taranmıştır. Patoloji raporlarında *H. pylori* ile intestinal metaplazi birlikteliği değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Karın ağrısı, bulantı, kusma, erken doyma ve şişkinlik şikayeti olan 1051 hastanın gastroskopi ve patoloji raporları ile beraber demografik özellikleri taranmıştır. Hastaların 606 sı kadın (%57.6), 445 i erkek (%42.3) olup, yaş aralığı 18-93, yaş ortalaması 49 dur. *H. pylori* enfeksiyonu saptanmış olan ancak *H. pylori* enfeksiyonu saptanmayan hasta sayısı 138 dir (%13.1). Yapılan istatistiksel analizde *H. pylori* ile intestinal metaplazinin beraber görülmesi anlamlı saptanmamıştır. ( $p > 0,05$ )

**Sonuç:** Tarafımızca yapılan çalışmamızda gastroskopi yapılan hastaların patoloji ve gastroskopi raporları taranmış olup intestinal metaplazi ile *H. pylori* arasında anlamlı bir birliktelik görülmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Özefagogastroduodenoskopi, Helikobakter Piloni, İntestinal Metaplazi



**SB-083**

**Evaluating the Safety and Efficacy of Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection in Elderly Patients: A Study From Western Population**

Salih Nafiz Karahan, Metinçan Erkaya, Emre Gorgun

Department of Colorectal Surgery, Digestive Disease & Surgery Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

**Background:** Endoscopic submucosal dissection (ESD) has been increasingly preferred for the treatment of colorectal lesions. However, outcomes of colorectal ESD in elderly population remain debatable. Studies in Eastern populations showed that ESD has comparable safety and efficacy in elderly patients compared to younger patients. Despite these findings and growing significance of the aging population, data from Western population are lacking. The study investigates the safety and efficacy of colorectal ESD in patients aged 75 years or older.

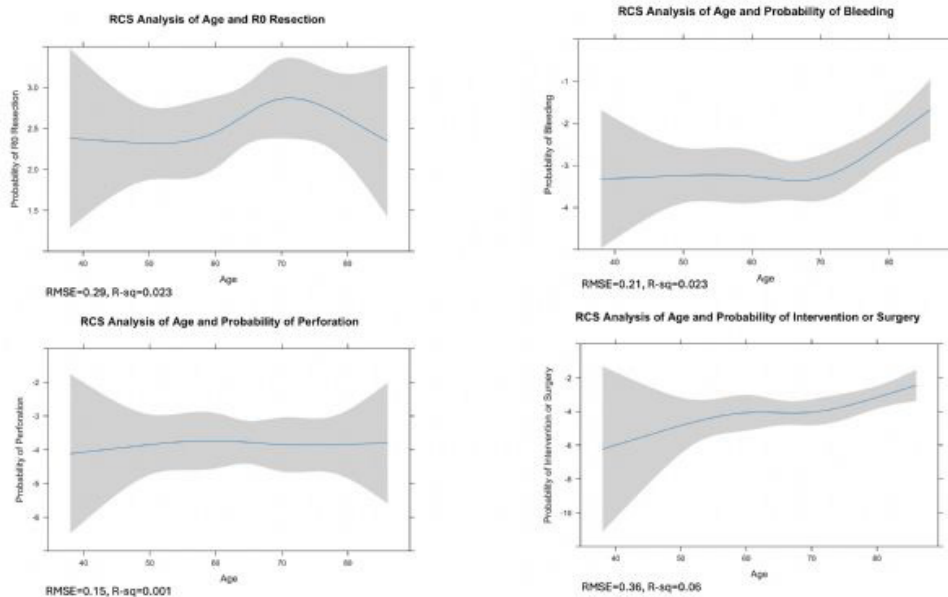
**Methods:** Elderly ( $\geq 75$  years of age) and non-elderly ( $< 75$  years of age) patients who underwent ESD between November 2011 and December 2023 were retrospectively compared in terms of patient demographics, lesion characteristics, perioperative and postoperative outcomes.

**Results:** In this study, 149 (18.8%) elderly patients and 642 (81.2%) non-elderly patients underwent colorectal ESD. Two groups were comparable in terms of lesion localization, lesion type and previous intervention of the lesion. Elderly patients had a higher proportion of males ( $p=0.01$ ), higher ASA scores ( $p<0.01$ ) and lower BMI ( $p<0.01$ ). Median lesions size was higher in the elderly group (34 vs 30,  $p=0.02$ ). Conversion to surgery (10.1% vs 5.3%,  $p=0.04$ ), postoperative bleeding (9.4% vs 3.6%,  $p<0.01$ ) and complications requiring postoperative intervention (4% vs 1.4%,  $p=0.03$ ) were more frequent in the elderly group. Perforation rates were similar. Multivariate analysis revealed that age  $\geq 75$  years was an independent risk factor for non-en-bloc resection (OR=0.54, 95% CI [0.36-0.81]) and postoperative bleeding (OR=2.63, 95% CI [1.29-5.37]). Elderly patients had lower endoscopic follow-up rate (34.2% vs 46.3%,  $p<0.01$ ) and shorter median endoscopic follow-up duration (9.29 vs 25.17 months,  $p<0.01$ ).

**Conclusion:** Different from Eastern populations, colorectal ESD in Western patients  $\geq 75$  years of age shows higher rates of non-en-bloc resection and postoperative bleeding. However, despite these increased risks, the overall rates remain low, suggesting that ESD is still a safe for elderly patients.

**Keywords:** Endoscopic submucosal dissection, colorectal cancer, complication, elderly

Restricted Cubic Spline Analysis of Age and Surgical Outcomes





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-084

## Kolonoskopik Polip Değerlendirmesinde Yapay Zeka Desteği: Chatgpt'nin Paris Sınıflamasına Göre Tanı Yeteneği

Ahmet Bahadır Aksoy, Elif Tufan, Aydın Eray Tufan, İsmail Ethem Akgün, Sinan Ömeroğlu  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi*

**Amaç:** Kolorektal polipler prekanseröz lezyonlardır, erken evrede tespit edilmesi kolorektal kanser insidansını azaltır. Kolonoskopi poliplerin saptanması ve tedavisinde yaygın kullanılan düşük komplikasyon oranına sahip minimal invazif yöntemdir. Poliplerin morfolojik özelliklerinin doğru tanımlanması, malignite riskinin belirlenmesi ve uygun tedavi stratejilerini planlanması için gereklidir. Çalışmamızda yapay zeka programlarının kolonoskopi görüntülerini analiz etme, polip morfolojisini Paris sınıflandırmasına göre değerlendirme ve histopatolojik tanıyı tahmin etme yeteneğini inceledik.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2024-Mart 2024 arasında kolonoskopik polipektomi yapılan toplam 112 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, polip lokalizasyonu ve histopatoloji sonuçları kayıt edildi. Kolonoskopi elde edilen görüntüler ChatGPT'ye yüklenerek Paris sınıflamasına göre değerlendirildi ve histopatolojik tahminlerde bulundu. Sonuçlar histopatolojik kesin verilerle karşılaştırıldı. Veriler SPSS 26.0 programı kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** ChatGPT histopatoloji tahmini genel doğruluk oranı %79 olarak bulundu. En yüksek doğruluk oranıyla tahmin edilen patolojik tanı ise tübüler adenom oldu(%85). Tahminin doğruluğu, kappa katsayısı ile değerlendirildi ve orta düzeyde bir uyum sağladığı görüldü( $\kappa=0.67$ ,  $p<0.05$ ). Yapay zekanın kolonoskopik görüntüleri sınıflaması ile gerçek histopatoloji sonuçları arasındaki ilişkiye Spearman korelasyon analizi ile bakıldı, zayıf bir korelasyon olduğu gösterildi( $r=0.12$ ,  $p>0.05$ ).

**Sonuç:** ChatGPT poliplerin kolonoskopi görüntülerinin hızlı değerlendirilmesine katkı sağlayarak nihai histopatoloji tanısında öngörü sağlayabilir. Böylece yüksek riskli hastaların mikroskopik incelemesi rutinden daha erken çalışılabilir. Yapay zeka programlarının daha fazla veri ile geliştirilmesi gelecekte daha yüksek oranda doğruluk sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** chatgpt, kolonoskopi, kolon polipleri, polipektomi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-085

## Kolonoskopi Uygulamalarında İşleme Yakın Verilen Ek Bilgilendirmenin Bağırsak Hazırlığı Üzerine Etkisi

Baran Yüksekayla, Mehmet Sait Berhuni  
Harran Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

**Amaç:** Görsel medya enstrümanları ile güçlendirilmiş sözlü anlatım ile eğitim verilen kolonoskopi uygulanacak hastalarda, bu eğitimin barsak hazırlığı üzerindeki etkisini Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) kullanarak değerlendirmeyi amaçladık.

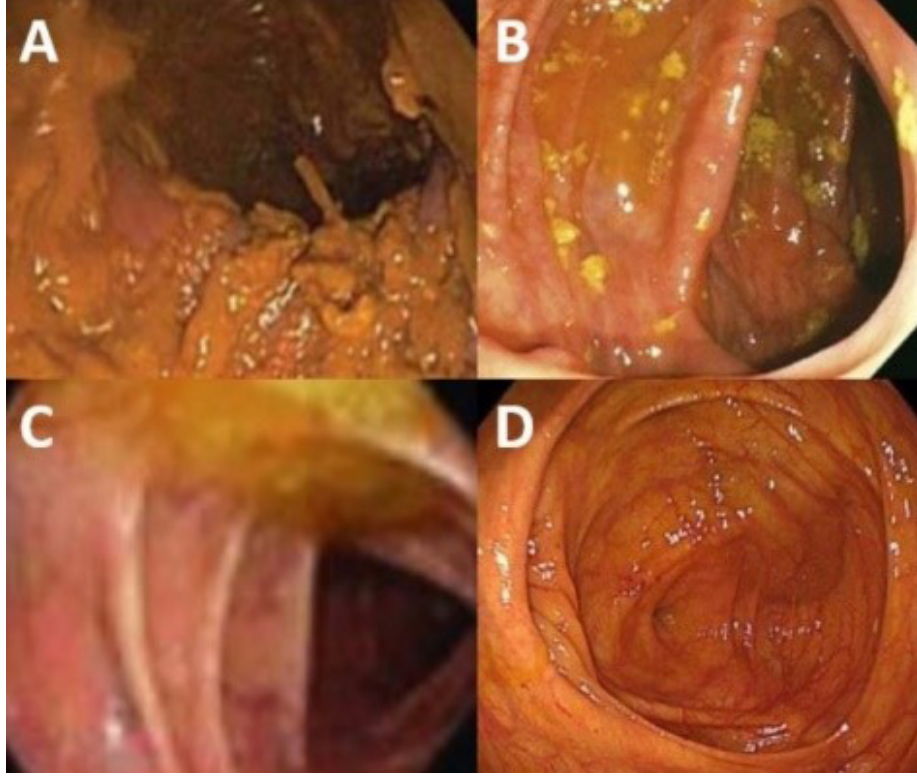
**Gereç ve Yöntem:** Bu prospektif çalışmaya 1 Nisan 2024 ile 10 Ağustos 2024 tarihleri arasında kolonoskopi yapılan 228 hasta dahil edildi. Çalışma iki grup oluşturularak dizayn edildi. Kontrol grubunda (CG) hastalara poliklinikten standart bilgilendirme yapıldı ve işlem hakkında açıklayıcı bilgiler içeren broşür verildi. Bilgilendirme grubunda (IG) ise hastalara kontrol grubuna yapılanlara ek olarak, işleminden 5 gün önce randevu verildi ve kolonoskopi işlemi ve barsak hazırlığı hakkında yaklaşık 10 dakika süren interaktif bir sunum yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 228 hastanın 137'si erkek (%60.08) 91'i kadın (%39.92) idi. Hastaların ortalama yaşı  $49.41 \pm 15.04$ , ortalama BMI'si  $27.48 \pm 4.23$  ve ortalama BBPS  $7.38 \pm 1.96$  idi. IG ve CG arasında yaş, cinsiyet ve BMI dağılımı bakımından anlamlı farklılık yoktu ( $p > 0.05$ ). IG'daki 114 hastanın ortalama BBPS  $7.76 \pm 1.84$ , CG'deki 114 hastanın ortalama BBPS  $7.00 \pm 2.01$  olarak tespit edildi ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcuttu ( $p = 0.003$ ). Yaşı 50'nin altında olan, vücut kitle indeksi 30'un altında olan, kronik hastalığı olmayan, kronik ilaç kullanımı olmayan hastalarda anlamlı fark görülürken, yaşı 50'nin üzerinde olan, vücut kitle indeksi 30'un üzerinde olan kronik hastalığı ve/veya kronik ilaç kullanım öyküsü olan hastalarda ise bu bilgilendirmenin anlamlı fark yaratmadığı görüldü.

**Sonuç:** Kolonoskopi uygulanacak hastalarda işleme yakın yapılan ek bilgilendirme bağırsak hazırlığı üzerinde etkili bir parametre olarak görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bağırsak Hazırlığı, Boston Bowel Preparation Scale, Kolonoskopi

## Kolonoskopi



## Çalışma Sonucu

		Toplam	Grup		BBPS		P Value
			IG	CG	IG	CG	
Tüm Hastalar		228	114	114	9.000(2.00)	7.00(3.00)	p=0.003
Yaş	<50	122	67	55	9.00(1.75)	7.00(3.00)	p= 0.001
	>50	106	47	59	8.00(3.00)	8.00(3.00)	p= 0.748
Cinsiyet	Kadın	91	48	43	9.00(1.75)	8.00(3.00)	p= 0.009
	Erkek	137	66	71	8.50(2.00)	7.00(3.00)	p= 0.016
BMI	<30	175	89	86	9.00(2.00)	7.50(3.00)	p= 0.006
	>30	53	25	28	8.00(3.00)	7.50(3.00)	p= 0.310
Kronik Hastalık	Var	72	36	36	7.50(3.00)	8.00(3.00)	p=0.104
	Yok	156	78	78	8.50(2.00)	7.00(3.00)	p= 0.015
Kronik İlaç Kullanımı	Var	65	35	30	8.00(3.00)	7.50(3.00)	p=0.372
	Yok	163	79	84	9.00(2.00)	7.50(3.00)	p= 0.006

IG: Information Group CG: Control Group BMI: Body Mass Index BBPS: Boston Bowel Preparation Scale



### SB-086

## An Evaluation of the Differences in Efficacy and Patient Compliance Between Bowel Preparation Agents (Senna Alkaloids vs. Sodium Picosulfate Solutions) in Routine Colonoscopy Procedures

İrem Nur Kiraz<sup>1</sup>, Ahmet İpek<sup>1</sup>, Bünyamin Gürbulak<sup>1</sup>, Ekrem Çakar<sup>1</sup>, Mert Mahsuni Sevinç<sup>1</sup>, Hasan Bektaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

<sup>2</sup>*İstanbul Medicana Zincirlikuyu Hastanesi*

This study compares the efficacy of bowel preparation using Senna alkaloids and sodium picosulfate (NaP) in patients undergoing routine colonoscopy. A total of 235 patients participated, consisting of 130 women (55.3%) and 105 men (44.7%), with an average age of 56.57 years. Among these, 105 (44.7%) received sennoside solution, while 130 (55.3%) were given NaP. The colonoscopy was performed on 195 patients due to conditions such as constipation, rectal bleeding, or other gastrointestinal issues; 40 patients underwent the procedure because of a positive family history of colorectal cancer. The average duration of the colonoscopy was recorded at 15.34 minutes.

In assessing bowel cleansing experiences, 10 patients using sennoside reported the preparation as difficult, compared to 5 in the NaP group, which was statistically significant. All patients in the sodium picosulfate group completed their preparation, whereas 20 patients in the sennoside group could not finish the regimen. Additionally, those using sodium picosulfate experienced fewer side effects, including less abdominal pain, nausea, vomiting, and bloating during bowel cleansing. No significant differences were observed between the two groups regarding rectal bleeding or taste preferences.

The cleanliness of bowel preparation was assessed using the Boston Bowel Preparation Scale (BBPS), and blood tests were conducted to evaluate changes in electrolyte levels following the preparations. Results indicated that NaP solutions were more palatable and effective in cleansing the bowels compared to sennoside. However, changes in blood electrolytes were greater with NaP use, suggesting that extra caution should be taken when administering this preparation, especially to patients with specific conditions such as renal failure.

**Keywords:** colonoscopy, sodium picosulfate, senna alkaloids, bowel preparation



## SB-087

### Vücut Kitle İndeksi, Bel/Kalça Oranının Kolonoskopide Çekal Entübasyon Süresine Etkisi: Prospektif Klinik Araştırma

Yunus Yüksel, Özcem Öfkeli, Mustafa Cüneyt Ateşsönmez, Ebubekir Gündeş  
S.B.Ü. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

**Amaç:** Biz bu çalışmamızda kolonoskopi işleminde çekal entübasyon süresine vücut kitle indeksi (VKİ) ve bel-kalça oranı (BKO) gibi iki obezite parametresinin etkisini incelemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan prospektif gözlemsel bir çalışmadır. Kolonoskopi işlemi öncesi hastalar prosedür hakkında sözel ve yazılı olarak bilgilendirildi ve uygun yazılı onamları alındı.

Kurumumuzda 18 yaş üstü elektif şartlarda kolonoskopi işlemi uygulanan ve çekum entübasyonu sağlanan vakalar çalışmaya dahil edildi.

VKİ ve BKO Değerlendirme ve Gruplandırma

Hastaların işlem öncesi boy (cm), ağırlık (kg), bel (cm) ve kalça (cm) ölçümleri yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş sınıflama baz alınarak hastalar VKİ göre 3 gruba ayrıldı. 18,5 – 24,9 normal kilolu (Grup 1), 25- 29,9 fazla kilolu (Grup 2), 30- 39,9 obez (Grup 3) olarak belirlendi. Ayrıca hastalar cinsiyet ve bel/kalça oranlarına göre; erkeklerde 0,9'in üstü ve altı, kadınlarda ise 0,85'in üstü ve altı olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Veriler

Gruplar arasında 1. demografik veriler (cinsiyet, komorbidite, geçirilmiş batın cerrahisi, VKİ, bel kalça oranı, 2. işlem ayrıntıları (endikasyonlar, çekum entübasyon süreleri, yapılan manevralar (elle kompresyon, pozisyon değişikliği), barsak temizlik düzeyi, saptanan patolojiler) karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 194 (%37,5) erkek ve 322 (%62,5) kadın katıldı ve yaş ortalamaları 54,2 yıld (20-88 yıl). Hastaların 118'i 65 yaş ve üstündeydi. Ortalama ÇES 361 sn (90- 1500 sn) idi. Erkeklerde bu süre ortalama süre 361,2 sn (90-1500) iken kadınlarda 372,7 sn (110-1500) idi.

VKİ sınıflamasına göre Grup 1'de 133, Grup 2'de 204, Grup 3'de ise 179 hasta yer almaktaydı. Grup 3'de ÇES diğer gruplara göre anlamlı derecede kısaydı  $p<0.05$ . Alt grup analizde erkeklerde BKO 0.9 altı olan grup 0,9 üstüne göre, kadınlarda BKO 0,85 altı olan grup 0,85 üstüne göre ÇES anlamlı derecede uzundu  $p<0.05$ .

**Sonuç:** Obez (VKİ 30-39,9) grup ile hem kadında hem de erkeklerde yüksek BKO'lu grup daha kısa ÇES ile ilişkilendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** bel-kalça oranı, çekum entübasyon süresi, kolonoskopi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-088

## Bir Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinin İlk Erus Deneyi

Avni Altun<sup>1</sup>, Alp Ömer Cantürk<sup>1</sup>, Burhan Özyavuz<sup>1</sup>, Emine Sena Cünük<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:** EndoRektal Ultrasonografi (ERUS) rektum, anüs ve çevre dokularda görülen anal inkontinans, rektum ve anal kanal kanserleri, perianal fistül, apse, anal fissür, kabızlık ve makat ağrısı gibi hastalıklar ve şikayetlerin tanısında kullanılan endoskopik-radyolojik hibrit görüntüleme yöntemidir. Bildiride 3. basamak hastane genel cerrahi endoskopi ünitesinde uygulamaya başladığımız ERUS işleminin ilk sonuçlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 2021-2024 yılları arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Endoskopi Ünitesi'nde ERUS yapılan 96 hasta dahil edilmiş ve bu hastalara yapılan toplam işlemler değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, ERUS yapıma endikasyonları kaydedilmiştir. Sonuçlar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların 61'u erkek (% 63,54 ) ve 35'si kadındı (% 36,46). Kadın hastalarda yaş ortalaması 52,11 yıl, erkeklerde 55,50 yıl idi. Hastaların 28'üne (% 29,16) anal fistül, 20'sine (% 20,83) rektum Adeno CA, 7'sine (% 7,29) neoadjuvanlı rektum Adeno CA, 6'sına (% 6,25) inkontinans, 5'ine (% 5,20) villöz adenom nedeniyle işlem yapıldı.

**Sonuç:** ERUS genel cerrahi endoskopi ünitelerinde benign ve malign hastalıklarda tanı ve takip amacıyla kullanılmaktadır. Tedavi şeklini belirlemede diğer görüntüleme yöntemleri ile birlikte birçok fayda sağlayabilir. Cerrahi/medikal tedavi öncesi ve sonrasında tedaviye yanıtları görmek için deneyimli endoskopistlerce uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** anal, endoskopi, erus, proktoloji, rektum





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SB-089

## Endoskopik Mide Antrum Biyopsi Sonucu Displazi Olan Hastalarda, Helikobakter Pylori İnsidansının Değerlendirmesi

Emine Sena Cünük, Necattin Fırat, Elif Tutar, Erhan Eröz, Enis Dikicier  
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Sakarya

**Amaç:** Üst Gis endoskopisinde biyopsi rutine yakın alınmakta ve bu hastaların %0.5-3.75 inde histopatolojik değerlendirme sonucu displazi görülmektedir. Bu çalışmanın amacı mide antrum biyopsi sonucu displazi olarak değerlendirilen hastalarda H. pylori pozitifliği sıklığının değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada 2019-2023 yılları arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma hastanesi genel cerrahi endoskopi ünitesine başvuran ve Üst Gis endoskopi yapılan hastalar incelendi. Mide antrum biyopsisi displazi olan 105 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar demografik özellikleri, ek hastalıkları, patoloji sonuçları ve displazi dereceleri kaydedildi. Sonuçlar retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Değerlendirmeye alınan 105 hastanın 67'si erkek 28'i kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 66.48 yıl idi (min 30 - maks 112 değer yıl). Hastaların %17.14'ünde (18 hastada) H.pylori pozitifliği olduğu ve hastaların altısının (%5.7) + (tek pozitif), 9 hastanın (%8.5) ++ (çift pozitif), 3 hastanın (%2.8) da +++ (üç pozitif) olduğu görüldü. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastalık insidansı literatürden düşük olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Çalışmamızda mide antrum biyopsisi displazi olan hastalarda H.pylori pozitifliği düşük oranda bulundu. Mide displazilerinde H.Pylori pozitifliği değişen oranlarda düşük olarak görülebilir. Bu konuda daha kesin verilere ulaşabilmek için geniş volümlü, kesitsel, prospektif Kohort çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Antrum, Displazi, H.pylori



**SB-091**

**Düşük Kaynaklı Bir Ortamda Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahinin Başlatılması: Sağlık Bilimleri Üniversitesi (Türkiye) ve Jigjiga Üniversitesi (Etiyopya) İkili İşbirliği Programı örneği**

Hüseyin Kılavuz<sup>1</sup>, Fikret Ezberci<sup>2</sup>, Veli Mihmanlı<sup>3</sup>, Süleyman Salman<sup>4</sup>, Suat Turgut<sup>5</sup>, Abdurahman Burale Ahmed<sup>6</sup>, Esmail Abdulahi Ahmed<sup>7</sup>, Eydrus Mohamed Sharif<sup>8</sup>, Hassen Mohammed Areys<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ümraniye SUAM, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir SUAM, İstanbul

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Gaziosmanpaşa SUAM, İstanbul

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Şişli Hamidiye Etfal SUAM, İstanbul

<sup>6</sup>Jigjiga Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Somali Eyaleti, Etiyopya

<sup>7</sup>Jigjiga Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Somali Eyaleti, Etiyopya

<sup>8</sup>Jigjiga Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Somali Eyaleti, Etiyopya

**Amaç:** Son 30 yılda teknolojik imkanların gelişmesi sayesinde laparoskopik ve minimal invaziv temelli girişimlerin uygulanması hız kazandı. Gelişmiş merkezlerde açık cerrahi yaklaşımların yerini endoskopik, laparoskopik veya robotik prosedürler almaya başladı. Bu prosedürlerin, hastanede kalış süresi, günlük aktiviteye hızlı dönüş, iyi kozmetik sonuçlar gibi avantajları olduğu birçok çalışmada ortaya konmaktadır. Bu nedenle son yıllarda kaynakları kısıtlı ülkelerdeki sağlık merkezleri de laparoskopik cerrahi ve minimal invaziv tekniklerinin kullanımını arttırmaya yönelik protokoller başlatmıştır. Bu bildiride daha önce hiç laparoskopik ve minimal invaziv cerrahilerin yapılmadığı Etiyopya'daki Jigjiga Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde gerçekleştirilen ilk minimal invaziv tekniklerinin sonuçlarını ve eğitim protokolüne ait verileri sunmayı amaçlamaktayız.

**Gereç ve Yöntem:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi(Türkiye) ve Jigjiga Üniversitesi(Etiyopya) "İkili İşbirliği Programı" kapsamında 21-28.07.2024 tarihleri arasında Etiyopya'nın Somali Eyaletindeki Jigjiga Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde "Laparoskopik ve minimal invaziv cerrahi bilgi aktarımı" eğitimi gerçekleştirildi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi genel cerrahi(2), kadın hastalıkları ve doğum(2) ile kulak burun boğaz(1) anabilim dallarında görevli 5 akademisyen eğitmen olarak görevlendirildi.

**Bulgular:** Eğitim süresince tüm branşlarda yapılan minimal invaziv ve laparoskopik teknikler bölgede ilk kez yapılan prosedürler olarak kayıtlara geçti. Genel cerrahide laparoskopik apandektomi(4), kolesistektomi(6), herni(3) ameliyatı; Jinekolojide transvajinal histerektomi(3), 1 laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi (1), over kistektomi(1), lateral süspansiyon ameliyatı(2); kulak burun boğazda 5 hastaya kulak mikrocerrahisi uygulandı. Takip periyotunda hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Tüm hastalar sorunsuz taburcu edildi. Ayrıca eğitim sürecinde ameliyathane laparoskopik donanımlarının kurulumu ve sterilizasyon yöntemleri ile ilgili diğer personel eğitimleri sağlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Zayıf ve kısıtlı finansman yapısı, teknolojik tedarik sorunları ve deneyimli personel eksikliği laparoskopik cerrahinin yaygın olarak kullanılmasının önündeki hız sınırlayıcı faktörlerin başında gelmektedir. Bu nedenle düşük kaynaklı ülkelerde sağlık sistemini güçlendirme yaklaşımları için eğitim ortaklık modelleri önerilmektedir. Sonuç olarak, laparoskopik ve minimal invaziv cerrahi doğru işbirliği programları ile sınırlı kaynağı olan ülkelerde dahi başarı ile uygulanabilmektedir. Ancak bu merkezlerde laparoskopik prosedürlerin düzenli şekilde sürdürülebilmesi için kalıcı altyapının sağlanması ve uzun vadeli eğitim programlarının oluşturulması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi eğitim, global cerrahi, laparoskopi, minimal invaziv cerrahi



## SB-092

### ERCP Sonrası Kolesistektomi Planında Karaciğer Biyokimyasal Testlerinin Düzeyi

Recep Murat Potas, Deniz Bahadır Fırat, Sinan Ömeroğlu, İsmail Ethem Akgün, Mehmet Ali Uzun  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Safra kesesi taşı olan hastaların yaklaşık %20 kadarında eşlik eden koledokolitiazis olabileceği bilinmektedir ve asemptomatik seyredebilir. Safra kanalı taşlarının günümüzdeki tedavisi öncelikle endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografidir (ERCP). ERCP sonrası kolesistektomi yönetimi açısından farklı yaklaşımlar mevcuttur. Hastanın klinik durumu, laboratuvar bulguları, radyoloji görüntüleri, ERCP ilişkili komplikasyonlar bunu etkileyebilir. Çalışmamızda karaciğer biyokimyasal testlerinin ERCP sonrası kolesistektomi planındaki önemini araştırarak literatüre katkı sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2020-Haziran 2023, tarihleri arasında ERCP ve ardından elektif kolesistektomi uygulanan hastalar retrospektif incelendi. ERCP'nin başarılı olmadığı, işleme bağlı komplikasyon olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik ve klinik verileri, karaciğer biyokimyasal testleri (AST, ALT, GGT, ALP, Bilirubin), ameliyat süresi ve hastanede yatış süresi kayıt edildi. ERCP sonrası karaciğer biyokimyasal testleri normal iken kolesistektomi yapılan hastalar A grubu, normal olmayan hastalar B grubu olarak sınıflandırıldı. Her iki grubun istatistiksel analizinde T-Test ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

**Bulgular:** Toplam 90 hasta çalışmaya dahil edildi. A grubunda 62 hasta ve B grubunda 28 hasta vardı. A grubunda ortalama ameliyat süresi 128,5 dakika iken, B grubunda bu süre 121,5 dakika olarak hesaplandı. Hastane yatış süresi A grubunda ortalama 3,7 gün iken B grubunda 4,6 gün olarak bulundu. Her iki grupta ameliyat süresi açısından anlamlı fark yok iken, hastane yatış süresi B grubunda istatistiksel olarak yüksek idi. Hastaların hiçbirinde kolesistektomi sonrası komplikasyon gözlenmedi, takiplerinde tekrar ERCP ihtiyacı olmadı.

**Sonuç:** Başarılı ve komplike olmayan ERCP sonrası kolesistektomi planlamasında yüksek karaciğer biyokimyasal testlerinin normal düzeye gerilemesi beklenmeyebilir, kolesistektomi güvenle yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi), Karaciğer Biyokimyasal Test, Kolesistektomi



## SB-094

### Acil Cerrahi Karar İçin Hedefimiz; “Semptomatik Kolelitiazis”

Farid Mohamad Hamad, Sevcan Koç, İbrahim Halil Özata, Emre Bozkurt, Derya Salim Uymaz, Samet Yiğman, Emre Özoran, Safa Toprak, Burak Çelik, Orhan Ağcaoğlu, Ahmet Rencüzoğulları, Gürkan Tellioğlu, Emre Balık  
*Koç Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Akut kolesistit(AK), sağ üst kadrın ağrısı, ateş, lökositozla karakterizedir; safra kesesinde(SK) ödem, inflamasyon, nekroz, gangrene yol açabilir. Tanıda USG önemlidir.SK duvar kalınlaşması (3-4 mm<), perikolesistik sıvı, sonografik Murphyle tanı konulabilir. USG'nin tanıdaki duyarlılığı %81, özgüllüğü %83'dir. MRCP, taşların saptanmasında USG'den hassasken BT, gangren, perforasyon değerlendirmede üstündür. Çalışmamızda, ameliyatta AK olup, görüntülemelerde AK olmayan hastalar incelendi.

2013-2024 yıllarında hastanemizde ameliyat edilip, ameliyatta AK olan 670 hasta retrospektif incelendi. Ameliyat notları, görüntüleme bulguları, patolojileri değerlendirildi. Görüntülemesinde AK saptanmayan 190(%28,35) hasta belirlendi. Verileri eksik olanlar, ameliyat ve görüntüleme arasında 7 günden fazla olanlar, birden çok farklı görüntüleme yorumu olanlar, AK şüpheli değerlendirilenler dışlandı. Patolojiyle ameliyat bulguları uyumsuz olanlarla ameliyat notunda yeterli bilgi içermeyenlerden ulaşılabilenlerin videoları izlendi. AK olmayan, videosuna ulaşılamayanlar dışlandı. 84(%12,53) hasta dahil edildi. Tümünün görüntülemesinde kolelitiazis mevcuttu; ameliyat, patoloji, görüntüleme bulguları karşılaştırıldı.

Hastaların median yaşı 54(2-94) olup, 48'i erkek, 36'sı kadındı.

Ameliyatta: %9,5'inde(n=8) gangren/nekroz, %89,3'ünde(n=75) ödem, %52,5'inde(n=44) hidrops, %14,3'ünde(n=12) perikolesistik sıvı, %4,8'inde(n=4) perforasyon saptandı. %35,7'sinde(n=30) kese tutulamadığından aspire edildi. %9,5'inde(n=8) laparotomiye geçildi, %2,4'ünde(n=2) koledok yaralanması(SYY) bildirildi.

Patolojilerimde: %52,4'ünde(n=44) AK, %14,3'ünde(n=12) subakut, %14,3'ünde(n=12) aktif kronik(AKK), %28,6'sında(n=24) kronik kolesistit saptandı. %14,3'ünde(n=12) nekroz, %10,7'sinde(n=9) erozyon, %17,9'unda(n=15) ülser alanlar saptandı.

Nekroz/gangrenli (n=8)(%9,5) hastaların; Görüntülemelerinde: 1'inde duvarın 4-6mm, birinde 3-4mm olduğu, 6'sındaysa radyolojilerin normal olduğu görüldü.

Perforasyon olan(n=4) hastaların patolojisinde: 3'ünde akut, 1'inde subakut kolesistit; ikisindeyse nekroz gösterildi. Görüntülemelerindeyse: 1'inde 4-6mm, birinde 3-4mm duvar kalınlığı; 2'sinde perikolesistik sıvı saptandı. İkisiyse normaldi.

Laparotomiye geçilen hastaların(n=8)(%9,5) patolojisinde; 7'sinde akut, 1'inde AKK saptandı. Görüntülemelerde: 1'inde 4-6 mm, 2'sinde 3-4 mm duvar kalınlığı; ikisinde atrofi görüldü. Üçüyse normaldi. 8 hastanın 2'sinde koledok yaralandı. Bunların birinde preop görüntüleme normalken birinde yalnızca duvar 4,5mm'di.

Ödem saptanan hastaların(n=75) ameliyatında; 47'inde hidrops, 41'inde yapışıklık, 46'sında inflamasyon, 7'sinde nekroz tespit edildi. Patoloji bulguları; 38'inde akut, 10'unda subakut, 12'sinde AKK saptandı. Ayrıca, 9'unda nekroz saptandı. Görüntülemeyse 10'inde duvar kalınlığı 3-4mm, 5'inde 4-6mm, 1'inde 6mm'den fazla ölçüldü. 18'inde hidrops gözlemlendi. 41'inde normaldi.

Görüntülemeleri normal(kolelitiazis, hidrops hariç)(n=56) olan hastaların: 5'inde nekroz/gangren, 52'sinde ödem, 33'ünde inflamasyon, 31'inde yapışıklık, 1'inde perforasyon saptandı. 22'sinde SK tutulmamasından aspire edildi. 3'ünde laparotomiye geçildi, 1'inde koledok yaralandı, 7'sinde perikolesistik sıvı saptandı.

Radyoloji, bazı hastalarda tanıyı atlayabilmektedir. Çalışmamızda, semptomatik kolelitiazisle ameliyata alınan, görüntüleme bulguları normal olan hastalarda bile perforasyon, gangren gibi komplikasyonlar görülebileceğini gösterdik. Literatürde SYY(%0,2-%0,8)[7] ve açığa geçiş oranları(%2-10)[6], bizim çalışmamızda değerlendirilen spesifik grupta bile benzer saptandı[6,7]. Bu nedenle, acil cerrahi kararı verirken AK tanısını kesinleştirmek yerine semptomatik kolelitiazisi ön planda tutmak gerektiğini düşünmekteyiz. Özetle, AK tanısını kesinleştirmek için görüntüleme gereklidir. Ancak bu, tanı konmasını engelleyip komplikasyon riskini, cerrahi zorluğu artırabilir. Bu nedenle, cerrahi için hedefin, kesinleşmiş AK yerine semptomatik kolelitiazis olması gerektiğinin kanaatindeyiz.

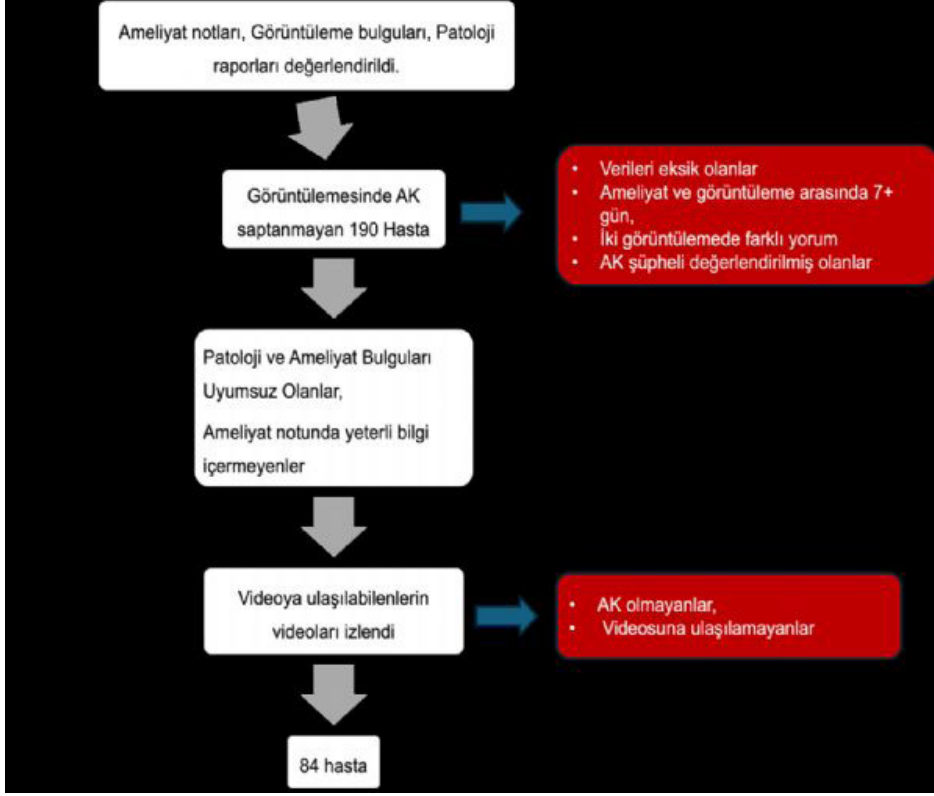
**Anahtar Kelimeler:** Akut Kolesistit, Semptomatik Kolelitiazis, Görüntüleme



# 17. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## Hasta seçimi





### SB-095

## Octagenerian Hastalarda Akut Kolesistit Tedavisine Yaklaşımlarımızın Değerlendirilmesi: Perkütan Kolesistostomi vs Kolesistektomi

Harun Çok, Furkan Eskici, Harun Avcuoğlu, Yasin Kara, Erkan Somuncu, Özgür Gangal, Mustafa Satman, Serdar Kaan Küçük, Ali Kocataş

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** Kolesistit, safra kesesinin iltihaplanması anlamına gelir. Akut kolesistit ağırlıklı olarak safra taşı hastalığının bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar ve tipik olarak semptomatik safra taşı öyküsü olan hastalarda gelişir. Daha az sıklıkla, safra kesesi taşları olmadan akut kolesistit gelişebilir. Octagenerian yaş grubundaki hastalarda akut kolesistit tedavisinde minimal invaziv yaklaşımlar bir seçenek olarak uygulanabilmektedir. Çalışmamızda akut kolesistit olan hastaların tedavisinden perkütan kolesistostomi ve kolesistektomi sonuçları karşılaştırıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Akut kolesistit nedeniyle acil servise Ocak 2023-Temmuz 2023 tarihleri arasında başvurusu olan octagenerian hasta grubundan; 31 hastaya kolesistektomi, 34 tanesine perkütan kolesistostomi yapıldı. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Her iki grubun istatistiği yapılırken SPSS programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** 65 hastadan 31 tanesine kolesistektomi, 34 tanesine perkütan kolesistostomi yapıldı. Kolesistektomi yapılan grubun yaş ortalaması 83, perkütan kolesistostomi yapılan hastaların ise 84 idi. Kolesistektomi yapılan 31 hastanın 17 si kadın, 14 ü erkek olup, perkütan kolesistostomi yapılan 34 hastanın 16 sı kadın, 18 i erkekti. Perkütan kolesistostomi yapılan hastalarda işlem sonrasında bir komplikasyon gelişmedi ve kolesistostomi ile takipleri yapıldı. Kolesistektomi yapılan 31 hastada mortalite görülmezken 6 tanesinde eksplasyon sağlanamadı için açığa geçildi. 4 hasta ameliyat sonrası yoğun bakım takibi gerekti. 2 hastaya ise plevral efüzyon nedeniyle plevral drenaj kateteri takıldı. Perkütan kolesistostomilerin hastanede yatış süresi 17.25, kolesistektomilerin ise 8.4 gündü.

**Sonuç:** Yaptığımız bu çalışmada cerrahiye elverişli hastalarda kolesistektominin, perkütan kolesistostomiye göre hastanede yatış süresi ve etkin maliyet açısından daha uygun bir yöntem olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Perkütan Kolesistostomi, Octagenerian, Akut Kolesistit



### SB-097

## Akut Kolesistit Tanısıyla Perkütan Kolesistostomi Uygulanan Olguların Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

Turan Pehlivan, Ali Naki Yücesoy, Hakan Yiğitbaş, Erkan Yavuz, Osman Bilgin Gülçiçek, Candaş Erçetin  
*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Akut kolesistit (AK), karın ağrısı ile acil servise başvuran olguların %3-10'unda görülür (1). Bu olgularda uygun tedavi yöntemi; açık veya laparoskopik kolesistektomidir (LK). Ancak yüksek morbidite ve mortalite riski nedeniyle cerrahi uygulanamayan olgularda perkütan kolesistostomi alternatif bir tedavi seçeneğidir. Çalışmamızda; akut kolesistit tanılı yüksek riskli olguların yaş gruplarına göre değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** 2018-2024 yılları arasında; kliniğimizde AK tanısı ile yatırılarak tedavi edilen, ASA III-IV olguların tıbbi kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** 1134 AK'li olgunun 263'üne (%23) PK uygulandı. K/E oranı: 124 (%47) / 139 (%53) idi. 263 olgunun; 157'si (%60)  $\geq 65$  yaş (65-102 yıl), 106'sı  $< 65$  yaş (18-64 yıl) idi. PK uygulama oranları;  $\geq 65$  yaş %40, 18-65 yaş grubunda %14 idi. Açık cerrahi uygulama oranı %12 idi. AK'li olgularda laparoskopik başlangıç açığa geçiş oranları;  $\geq 65$  yaş %12,5,  $< 65$  yaş %6,5 saptandı ( $p < 0.05$ ). Açık cerrahiye geçilen olgularda erken ve geç komplikasyonların oranı;  $\geq 65$  yaşta saptanmazken,  $< 65$  yaşta %12 görüldü ( $p < 0.05$ ). Laparoskopik cerrahi sonrası biliyer kaçak oranları;  $\geq 65$  yaş %5,5 ve  $< 65$  yaş %1,3 idi ( $p < 0.05$ ). PK uygulanan ve direkt ameliyata alınan 65 yaş üstü ve altı olgular arasında hastanede kalış süreleri benzer iken, PK uygulanan olgularda yoğun bakım ünitesi yatış süresi daha kısa idi (0,1/3 gün) ( $p < 0.05$ ).

**Tartışma:** PK; yüksek riskli olgularda olduğu gibi, Covid-19 dönemi gibi ameliyat yapmanın mümkün olmadığı durumlarda da güvenle uygulanabilir. Çalışmamızda 65 yaş üstü olgularda; PK'nin acil koşullarda kabul edilebilir sınırlarda ve cerrahiye köprüleme amacıyla güvenle uygulanabileceği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Perkütan Kolesistostomi, Akut Kolesistit, ASA skoru, Yaş



## SB-099

### Akut Kolesistit, Kolelitiazis Olgularında İnsidental Safra Kesesi Kanseri

FeYZa Betül Genç<sup>1</sup>, Hamit Ahmet KabuLi<sup>1</sup>, Arif Karakaya<sup>1</sup>, Burak Suskun<sup>1</sup>, Deniz Güzey<sup>1</sup>, Zehra Sibel Kahraman<sup>2</sup>, Alpen Yahya Gümüşoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>BakırkÖy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>BakırkÖy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji

**Amaç:** Safra kesesi karsinomu safra yollarının en sık görÖlen, agresif seyirli malignitesidir. Bu çalışmanın amacı insidental safra kesesi kanserlerinde kolelitiazis ve akut kolesistit arasındaki farkı araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2014 ile Temmuz 2024 tarihleri arasında kliniğimizde kolelitiazis ve akut kolesistit ön tanısı ile kolesistektomi yapılan hastaların patoloji raporları incelenerek insidental kanser tespit edilen hastaların sonuçları incelendi. Ayrıca hastaların yaş, cinsiyet, preoperatif görüntÖleme ve intraoperatif ameliyat bulguları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Kolesistektomi yapılan 8628 (7197 kolelitiazis /1431 akut kolesistit) hastanın histo-patolojik incelemesinde n:18 (%0.21) hastada malignite ve neoplazi tespit edildi. Kadın/Erkek oranı 10/8 ve yaş ortalaması 64.2 (49-78) idi. 18 hastanın patolojik verileri değerlendirildiğinde n:2 hasta pT1, n:2 hasta pT1b, n:11 hasta pT2, n:3 hasta da pT3 saptandı. Akut kese grubunda n:5 hasta, kolelitiazis grubunda ise n:12 hasta mevcuttu. Sonuçta kolelitiazis vakalarında insidental olaral saptanan kese malign tümÖr oranı %0.16 olarak bulunurken akut kese vakalarında bu oran % 0.35 olarak saptanmıştır. Oran olarak akut kolesistit olgularında insidental safra kesesi kanseri daha sık görÖlmesine rağmen iki grup arasında anlamlı istatistiki fark saptanmamıştır (P=0.14).

**Sonuç:** Akut kolesistit ve kolelitiazis olgularında insidental safra kesesi kanseri aÇısında anlamlı fark saptanmamıştır ancak hastalığın agresif seyri nedeniyle kolesistektomi sonrası patolojik takip önemli yer tutmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolelitiazis, akut kolesistit, safra kesesi kanseri





## SB-100

### Etlık Şehir Hastanesinde Kolesistektomi Yapılan Hastalardaki Safra Kesesi Polibi Tecrübesi

Serkan Demir, Şener Balas

Etlık Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Bu çalışma, safra kesesi polipleri olan hastaların klinik profillerini, tanısal yaklaşımları ve tedavi sonuçlarını değerlendirmektedir. Çalışma kapsamında, Etlık Şehir Hastanesi genel cerrahi kliniğinin veritabanında retrospektif olarak 09/03/2023 ile 28/03/2024 tarihleri arasında safra kesesi polipleri tanısı alan hastaların kayıtları incelenmiştir. Hastaların demografik özellikleri, polip özellikleri, tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri ve klinik sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Toplamda 1853 hasta içinden polipleri bulunan 57 hasta belirlenmiş ve klinik verileri analiz edilmiştir. Polip tespit edilen hastaların çoğunun 40-60 yaş aralığında olduğunu ve poliplerin az bir kısmının tesadüfi olarak ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi ile tespit edildiğini göstermektedir. Tanı için en yaygın kullanılan görüntüleme tekniği ultrasonografidir.

Etlık şehir hastanesi genel cerrahi kliniğinde belirtilen tarihlerde toplamda 1853 tane hastaya yapılan kolesistektomilerden 57 tanesinde (%3,07) histopatolojik olarak safra kesesi polibi saptanmıştır. 57 hastanın 2 tanesi preoperatif görüntülemelerde polip açısından şüpheli olup postoperatif histopatolojik olarak tanısı kesinleştirilmiştir. Tüm olgularda preoperatif görüntüleme yönteminde ortak olarak abdominal USG kullanıldı. 7 hastaya ek olarak BT ve MR yöntemleri kullanıldı. Safra kesesi polibi histopatolojik tanısını almış 57 hastanın 33'ü kadın (%57.9) ve 24'ü erkektir (%42.1). Tedavi seçenekleri arasında kolesistektomi ve takip stratejileri bulunmaktadır. Klinik sonuçlar, cerrahi sonrası komplikasyon oranının düşük olduğunu ve malign dönüşüm oranının az olduğunu göstermektedir. Diğer bulgular tablo ve şekil halinde ekte sunulacaktır.(tablo1-2 ve şekil 1)

**Sonuç:** Bu çalışma, safra kesesi polipleri olan hastaların klinik seyri hakkında bilgi sağlamaya çalışmaktadır. Cerrahi sonrası komplikasyon oranının düşük olması ve malign dönüşüm riskinin az olması, hastaların takip ve tedavi süreçlerinde iyimser bir tablo sunmaktadır. Bu bulgular, safra kesesi polipleri olan hastaların yönetimine katkıda bulunabilir ancak daha geniş hasta serilerinin olduğu çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** safra kesesi polip, kolesistektomi, malignite, akut kese, semptom

Şekil 1

	10 mm den büyük multiple	10 mm den büyük tek	10 mm den küçük multiple	10 mm den küçük tek
Semptomlar				
bulantı, sağ üst kadrın ağrısı		1	1	10
Dispepsi	1		2	8
dispepsi, bulantı				2
dispepsi, sağ üst kadrın ağrısı		3	1	10
sağ üst kadrın ağrısı	1	1	1	8
asemptomatik	2	5		
<b>Genel Toplam</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>38</b>

Polip boyutuna göre semptomların sınıflandırılması



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

Tablo 1

Histopatolojik tanı	erkek	kadın	toplam
Kolesterol polibi	8	15	23
Kolesterolozis	7	6	13
Adenomyoma	1	0	1
Bening neoplazi	1	1	2
Hiperplastik polip	2	2	4
Kronik kolesistit	5	9	14
Genel toplam	24	33	57

Patolojik spesmenlerinin sınıflandırılması

Tablo 2

Semptom	erkek	kadın	toplam
bulantı, sağ üst kadran ağrısı	4	8	12
dispepsi	6	5	11
dispepsi, bulantı	1	1	2
dispepsi, sağ üst kadran ağrısı	4	10	14
sağ üst kadran ağrısı	7	4	11
yok	2	5	7
toplam	24	33	57

Cinsiyete göre semptom sınıflandırılması



## SB-101

### Zor Kolesistektominin Nadir Bir Sebebi: Ksantogranülatöz Kolesistit

Burak Dinçer<sup>1</sup>, Sinan Ömeroğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Ksantogranülatöz kolesistit, safra kesesinin nadir görülen benign-inflamatuar bir hastalığıdır. Preoperatif radyoloji görüntülemeleri ve intraoperatif bulgular safra kesesi kanseri ile benzerlik gösterebilir, ameliyat sırasında donmuş kesit inceleme hasta yönetimine katkı sağlayabilir. Tedavisinde açık veya laparoskopik basit kolesistektomi uygulanır, radikal veya genişletilmiş radikal kolesistektomi yapılan vakalar da mevcuttur. Çalışmamızda kolesistektomi yapılan ve histopatoloji sonucu ksantogranülatöz kolesistit olarak sonuçlanan hastalar değerlendirilerek, literatürdeki verilerin kısıtlı olduğu bu tıbbi duruma katkı sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** 2018-2024 yılları arasında safra kesesi hastalığı nedeniyle kolesistektomi yapılan ve histopatolojik incelemede ksantogranülatöz kolesistit tanısı konulan 49 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri, uygulanan cerrahi tedaviler ve komplikasyonlar incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 49 hastanın median yaşı 56 yıl (aralık 29-80) olup hastaların 24'ü (%49) kadındı. Hastaların 28'ine (%57.1) laparoskopik kolesistektomi yapıldı, 18 (%36.7) hastada açık cerrahiye geçildi. 3 (%6.1) hastada ise açık kolesistektomi uygulandı. 8 (%16.3) hastada postoperatif komplikasyon mevcuttu, 5'i yüzeysel cerrahi alan enfeksiyonu idi. 1 hastada kolesistektomi lojunda hematoma gelişti, konservatif olarak takip edildi. 2 hastada safra yolu yaralanması tespit edildi. Bismuth-Strazberg tip D yaralanma olan hastada T-tüp drenaj uygulandı, Bismuth-Strazberg tip E2 yaralanma olan hastada Roux-en-Y hepatikojejunostomi uygulandı.

**Sonuç:** Ksantogranülatöz kolesistit tedavisinde laparoskopik kolesistektomi tercih edilebilir, açık cerrahiye konversiyon ve postoperatif komplikasyon oranları daha yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Konversiyon kolesistektomi, Ksantogranülatöz kolesistit, Safra kesesi kanseri



### SB-103

## Laparoskopik Kolesistektomide Cerrahi Asistanların Deneyim Düzeyinin Ameliyat Süresi Üzerine Etkisi

Hazal Yurdanur Kılıç<sup>1</sup>, Şadiye Akbaş<sup>1</sup>, Güneş Oral<sup>1</sup>, Ali Karabulut<sup>2</sup>, Server Sezgin Uludağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı İstanbul*

<sup>2</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Siirt Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı*

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi, günümüzde safra kesesi taşları gibi çeşitli safra kesesi hastalıklarının tedavisinde altın standart tedavi yöntemidir. Ameliyatın başarısı, cerrahın deneyimi kadar cerrahi asistanların da deneyim ve becerilerine bağlıdır. Bu çalışmanın amacı, laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında cerrahi asistanların deneyim düzeylerinin ameliyat süresi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Yetkili cerrah sabit kalıp asistanlar değişkenlik göstermiştir.

**Çalışma Popülasyonu:** 2022-2024 yılları arasında hastanemizde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan 200 hasta dahil edilmiştir. Hastalar, ameliyatı gerçekleştiren cerrahi asistanın deneyim düzeyine göre üç gruba ayrılmıştır:

Grup 1: 0-2 yıl deneyimli asistanlar

Grup 2: 2-3.5 yıl deneyimli asistanlar

Grup 3: 3.5-5 yıl deneyimli asistanlar

**Veri Toplama:** Hastaların demografik özellikleri, ameliyat süresi gibi veriler hastane bilgi sistemi üzerinden elde edilmiştir. Veriler çapraz olarak anestezi verileri ve ameliyathane hemşire verileriyle doğrulanmıştır.

Operasyon süresi cilt insizyonu ile başlayıp, son cilt dikişi atılana kadar geçen süre olarak hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen %65.5'i kadın, %34.5'i erkektir. Ameliyat süreleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir ( $p < 0.05$ ). Grup 1 ortalama 104.21 dk  $n=12$ , Grup 2 ortalama 84.75 dk,  $n=19$ , Grup 3 ortalama süre 73.86  $n=72$  olarak bulunmuştur. Özellikle, 3.5 yıldan fazla deneyimli asistanların yer aldığı Grup 3'te ameliyat süreleri diğer gruplara göre anlamlı olarak daha kısadır.

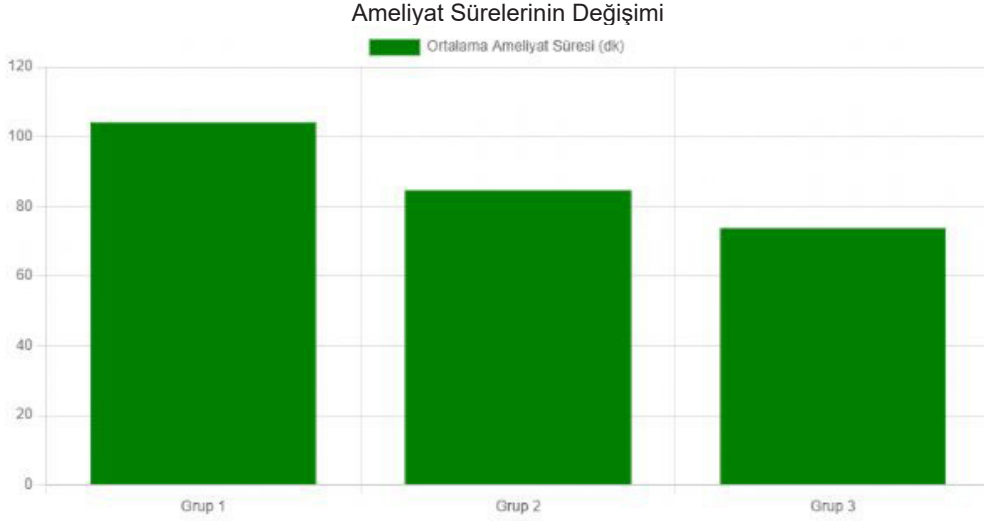
**Sonuç:** Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında cerrahi asistanların deneyim düzeylerinin ameliyat süresi üzerinde doğrudan bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle, asistanların eğitimine ve deneyim kazanmalarına önem verilmelidir. Gelecekteki çalışmalarda, daha büyük örneklem grupları ile ve farklı merkezlerde yapılacak prospektif çalışmalar, bu konuda daha kesin sonuçlar elde etmeye yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik kolesistektomi, cerrahi asistan, deneyim, ameliyat süresi



# 17. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



Grup 1: Alt Kıdem, Grup 2: Orta Kıdem, Grup 3: Üst Kıdem, Düşük değerler daha iyi

## Ameliyat Süreleri Araştırma Sonuçları

Grup	Ortalama Ameliyat Süresi (dk)	Asistan Sayısı
Alt Kıdem	104	12
Orta Kıdem	85	19
Üst Kıdem	74	72

Ameliyat Sürelerinin Gruplara Göre Değişimi

## SB-104

### Fitz-Hugh-Curtis Sendromlu Hastalarda Laparoskopik Kolesistektomi

Ahmet Başak, Turgut Anuk

Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Erzurum

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi(LK) safra taşı cerrahi tedavisinde altın standart olarak görülmektedir. Standart olarak umbilikal kamera portu, epigastrik ve iki adet sağ lateral çalışma portu ile operasyon gerçekleştirilir. Fitz-Hugh-Curtis Sendromu ise karaciğer kapsülü ile batin ön duvarı arasında oluşan keman yayı adezyonlarla sonuçlanan pelvik enflamatuar hastalık kaynaklı perihepatit durumudur. Çalışmamızda Fitz-Hugh-Curtis sendromunun LK üzerine perioperatif olan etkileri incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Erzurum Şehir Hastanesi'nde Eylül 2021- Şubat 2024 tarihleri arasında yapılan 679 LK yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiş ve Fitz-Hugh-Curtis Sendromuna bağlı karaciğer ön yüz yapışıklıklar izlenen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

**Bulgular:** LK yapılan 679 hastanın perioperatif olarak 20 hastada Fitz-Hugh-Curtis Sendromuna bağlı karaciğer ön yüz yapışıklık görüldü. Hastaların tamamı kadın olup yaşları 25-67 arasında görüldü. 20 hastanın 3'ünde(%15) yapışıklıklar ileri düzeyde olup laparoskopi için hazırlanan ters Trendelenburg pozisyonunda karaciğer batin ön duvarına yapışık görüldü. Bu hastalarda safra kesesini fundustan asmak amaçlı kullanılan sağ lateral 5 mml'lik trokar girişi yapılmadı. Operasyon 3 trokar girişi ile tamamlandı. Hastalar ameliyat sonrası sorunsuz olarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Fitz-Hugh-Curtis sendromu rastlantısal olarak saptanmakta ve literatürde LK için zorlaştırıcı faktör olarak görülmektedir. Perioperatif tanısı konmaktadır. Çalışmamızda bazı hastalarda operasyonu kolaylaştırıcı etken olarak görüldü ve hasta için daha konforlu olacak şekilde az trokar ile operasyon tamamlandı.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik Kolesistektomi, Pelvik Enflamatuar Hastalık, Safra taşı

Perioperatif Fitz-Hugh-Curtis Sendromu görüntüsü





## SB-105

### Komplike Olmayan Semptomatik Kolelitiaziste Preoperatif Özofagogastroduodenoskopi Yeri

Ömer Karadağ, Elif Tufan, İsmail Ethem Akgün, Ozan Çalışkan, Sinan Ömeroğlu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Semptomatik safra kesesi taşının tedavisi cerrahidir, laparoskopik kolesistektomi altın standart yöntemdir. Kolelitiazis semptomları üst gastrointestinal sistem şikayetleri ile benzerlik gösterebilir. Özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) üst gastrointestinal sistem hastalıklarının tanı ve tedavisinde yaygın kullanılan minimal invaziv tekniktir. Kolesistektomi öncesi ÖGD uygulanan yaklaşımlar mevcuttur. Çalışmamızda preoperatif ÖGD yapılan ve ardından kolesistektomi uygulanan hastaları inceleyerek literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Hastanemizde 2021-2024 yılları arasında kolesistektomi yapılan hastalar retrospektif incelendi. Akut kolesistit/pankreatit/ikter öyküsü olan, ERCP yapılmış, başka bir abdominal majör cerrahiye ek kolesistektomi yapılan, bilinen üst gastrointestinal sistem patolojisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Komplike olmayan semptomatik kolelitiazisi tanısı alan ve preoperatif ÖGD yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, radyoloji, endoskopi ve histopatoloji bulguları hastane kayıt sisteminden elde edildi. İstatistiksel analizde Ki-kare Testi, ANOVA Testi, Kruskal-Wallis Testi kullanıldı,  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Toplam 92 hasta çalışmaya dahil edildi. (71 Kadın, 21 Erkek). Hastaların ortalama yaşı 50 yıl idi. Tüm hastaların %25'inde kronik aktif gastrit mevcuttu. Yaş artışı ile kronik kolesistit arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu ( $p=0.037$ ). Safra kesesi taşı boyutu, endoskopik bulgu, endoskopik biyopsinin histopatolojik değerlendirilmesi ve kolesistektomi materyeli histopatolojik incelemesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Benzer şekilde; safra kesesi taşı sayısı, endoskopik bulgu, endoskopik biyopsinin histopatolojik değerlendirilmesi ve kolesistektomi materyeli histopatolojik incelemesi arasında da anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda, semptomatik safra kesesi taşı nedeniyle kolesistektomi planlanan hastalarda preoperatif rutin ÖGD endikasyonu olmadığı saptandı. Ayrıca, bu uygulama maliyeti de arttıracaktır. Preoperatif ÖGD nonspesifik semptomları olan kolelitiaziste ön planda düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolelitiazis, Kolesistektomi, Özofagogastroduodenoskopi



**17** Ulusal  
**Endoskopik Laparoskopik Robotik**  
**Cerrahi Kongresi**  
Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

# SEÇİLMİŞ VIDEO BİLDİRİLER



### SVB-001

## Transvers Kolon Kanserinde Laparoskopik Genişletilmiş Sağ Hemikolektomi, D3 Diseksiyon` ; Video Olgu Sunum Bildirisi

Zeynep Bilge Bilge Yavuz, Fazıl Sağlam, Hakan Güven, Melek Kumcuoğlu  
*Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** D3 lenfadenektomi ile laparoskopik genişletilmiş sağ hemikolektomi için kranial-kaudal-medial-lateral yaklaşımla bir cerrahi teknik ortaya koymak

**Gereç ve Yöntem:** Trokar girişlerini takiben komplat mezokolik eksizyon ve d3 disseksiyonu yapmaktır.

**Bulgular:** 50 yaşında neoadjuvan tedavi almamış kadın hasta, radyolojik olarak transvers kolonda invajinasyon, düzensiz duvar kalınlaşması görüldü. Patolojisi adenokarsinom olarak neticelendi. Hastaya laparoskopik genişletilmiş sağ hemikolektomi +d3 lenfadenektomi uygulandı. Patoloji raporu pT3N1M0 IIIB olarak belirlendi.

**Sonuç:** Volümü yüksek kliniklerde ve deneyimli cerrahlarla laparoskopik olarak gerçekleştirilen genişletilmiş sağ hemikolektomi, komplet mezokolik eksizyon yöntemine uygun olarak güvenle yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** kolon, transvers, CME, laparoskopik



*genişletilmiş sağ hemikolektomi*

## SVB-002

# Laparoskopik Heller Myotomi Cerrahisinde Perforasyon Riskinin Azaltılması Amacıyla Orogastrik Tüp Kullanımı

Çağıl Karaevli, Sami Açar

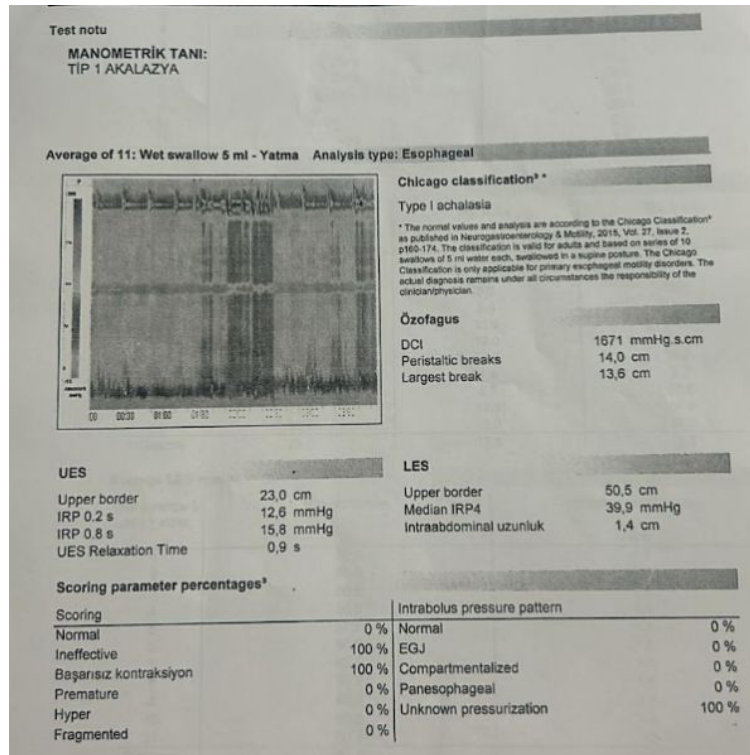
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

Akalazyaya, alt özofagus sfinkterinin tam gevşeyememesi ve özofagus düz kasının aperistalsisi ile karakterize fonksiyonel obstruksiyona sebep olan bir motilite bozukluğudur. Yüksek çözünürlüklü özofageal manometri kullanılan çalışmalar nedeniyle yıllık insidansı 100.000 kişide 0.03'ten 1.63'e yükselmiştir. Semptomların başlangıcı herhangi bir yaşta görülebilmesine rağmen, insidansı 20-40 yaşları arasında ve 60 yaşından sonrasında artarak bi-modal dağılım göstermektedir. Kadın ve erkek cinsiyette eşit oranda görülmektedir. Disfaji, regürjitasyon, sindirilmemiş şekilde yiyecekleri kusma, göğüs ağrısı, mide yanması, aspirasyon semptomları sıklıkla gözlenmektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli nedenlerle miyenterik pleksusta ve özofagusun düz kas kısmında intrinsik inhibitör nöronların kaybı ile açıklanmaktadır. Özofagogastroduodenoskopide mekanik obstrüksiyon olmayan motilite bozukluğu şüphesi olan tüm hastalarda tanı koymak için yüksek çözünürlüklü özofageal manometri yapılmaktadır. Baryumlu özofagografi, manometrik bulguları eşdeğer olan veya manometri yapılamayan hastalarda özofagus boşalmasını ve gastroözofageal bileşke morfolojisini değerlendirmek için endikedir. Tedavi palyatiftir. Farmakoterapi, alt özofagus sfinkterinin tonusunu azaltmayı amaçlayan endoskopik ya da cerrahi prosedürlerle semptomların giderilmesi hedeflenmektedir.

Yaklaşık üç aydır yutma güçlüğü artan, 46 yaşında erkek hastamızda yapılan manometri ile tip 1 akalazyaya tanısı konuldu (Figür 1). Medikoşirurji toplantısı sonrasında laparoskopik Heller myotomi ve dor fundoplikasyon uygulandı. Peroperatif en sık görülen komplikasyon olan özofagus perforasyonu riskini azaltmak için orogastrik tüp yardımıyla kas ile submukoza arasındaki plan daha açık şekilde görüldü (Video 1). Robotik cerrahi kullanma olasılığı bulunmayan merkezlerde, laparoskopik girişim esnasında orogastrik tüp kullanımının perforasyon riskini azaltacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Akalazyaya, heller, laparoskopi, myotomi

Figür 1 - Manometri





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## SVB-003

### Robotik Pankreatikoduodenektomide Pankreatikojejunostomi Anastomoz Tekniği

Sefa Ergün, Ergin Erginöz, Taşkın Avcı, Şadiye Akbaş, Emin Köse  
*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Robotik pankreas cerrahisi diğer konvansiyonel pankreas cerrahi yöntemlerine göre birçok avantajı bulunmaktadır ve birçok merkezde yaygın olarak yapılmaktadır. Bu avantajlar arasında daha az enfeksiyon riski, daha az ağrı, hastane yatış süresinde azalma, daha hızlı iyileşme ve az skar dokusu oluşumu gibi faktörler yer almaktadır. Rezeke edilen pankreas dokusunun anastomozu ameliyatın en zor aşaması olarak kabul edilir ve ameliyat sonrası iyileşme için çok önemlidir. Bu aşamadaki teknik başarısızlık postoperatif dönemde pankreas fistülü gibi komplikasyon gelişimine neden olur. Bu sebeple, Whipple prosedüründe hepatikojejunostomi ve gastrojejunostomi anastomozlarının yanı sıra, morbidite ve mortaliteye etki eden en önemli unsurlardan birisi pankreatikojejunostomi anastomozudur. Bu anastomozun güvenilir ve minimum komplikasyon ile sonuçlanması için çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Bu olguda modifiye Blumgart yöntemini kendi tekniğimizle birleştirip kendi deneyimimizi sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Pankreas cerrahisi, Robotik cerrahi, Pankreatikojejunostomi

### SVB-004

## ERCP'nin Korkulu Rüyası Koledok Kanülasyonunda Duodenal Divertiküller ve Komplikasyon Yönetimi

Mutalip Ertuş, Nezh Zengin, Alperen Özdoğan, Özkan Yünük  
*Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

ERCP tanı ve tedavi amaçlı sık kullanılan bir yöntemdir. ERCP ağırlıklı olarak hepato-pankreato-biliyer hastalıklarda tedavi edici bir araç haline gelmiştir. Güvenli bir yöntem olmasına rağmen; pankreatit, kanama, kolanjit ve duodenum perforasyonu gibi önemli komplikasyonları mevcuttur. ERCP sonrası perforasyonların ilk yönetimi hala tartışmalıdır ve klinisyenler arasında optimum tedavi konusunda bir fikir birliği yoktur. Geleneksel olarak, ERCP sonrası komplikasyonlarda ilk müdahale cerrahi olarak kabul edilmekte iken; son yıllarda endoskopik yönetim ve konservatif takip seçeneklerinin olduğu yaklaşım gelişti.

65 yaşındaki erkek hasta bilinen kronik kalp yetmezliği olan hasta, dış merkezde koledokolitiazis ön tanısıyla ERCP işlemi uygulanmış. Dış merkez takibinde intraabdominal serbest hava, perforasyon ön tanısıyla işlemden 6 gün sonra tarafımıza sevk edilmiştir. Aynı gün merkezimizde yapılan ilk değerlendirmede genel durum iyi, gks 15, vitaller stabil, fizik muayenede batin rahat, batında distansiyon ve defans yok. Merkezimizde yapılan iv-oral kontrastlı abdomen CT'de subdiyafragmatik serbest hava ve stentin koledok dışında olduğu görüldü. Tarafımızca konservatif takip edilen hasta, ameliyathane şartlarında genel anestezi altında entübe bir şekilde ERCP işlemi yapıldı. İşlem esnasında duodenoskop ile papiller bölgeye ulaşıldı. Duodenal divertikül sol alt tarafından sfinkterotomi ve ucu görüntülenen stent görüldü. Stent içi kanüle edilip kontrast madde verildiğinde koledok lümeni görüntülenemeyip kontrastın dağıldığı saptandı. Stentin süperiorundan safra sızıntısı olan yerden koledok kanüle edilip, kolanjiografi ile koledok içinde bulunduğu garantilendi ve buraya plastik bilier stentleme yapıldı. Takiben daha önce konulmuş olan stent çekildi. Stent çekilince oluşan açıklık 2 adet klips ile kapatıldı. Servis takibinde subfebril ateş olması nedeniyle yapılan iv kontrastlı abdomen CT'de, mide komşuluğunda büyüğü 5 cm çapında içerisinde hava imajları bulunan apse lehine değerlendirilen lezyonlar izlendi.

Girişimsel radyoloji tarafından perkütan drenaj yöntemi ile apse lojuna drenaj kateteri yerleştirildi. Drenaj kateterine seröz vasıflı gelen görüldü, 3 gün sonra kateter çekildi. Devamında stabil takip edilen, akut faz reaktanlarında gerileme görülen hasta, şifa ile taburcu edildi.

Sonuç olarak, mevcut ERCP sonrası perforasyonlu olgularda, yönetimi konusunda bir fikir birliği olmasa da, endoskopik ve konservatif yönetim ile cerrahi kadar etkili olabileceğini amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** ERCP, perforasyon, komplikasyon, duodenal divertikül

*Resim1*





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

SVB-005

## Kısa Segment Roux Ansına Bağlı Gelişen Tedaviye Dirençli Çoklu Marjinal Ülserin Robotik Cerrahiyle Tedavisi:Video Olgu Bildirimi

Mehmet Zişan Songür, Sercan Yüksel, Erdal Karaköse, Hasan Bektaş  
*Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Roux-Y gastroenterostomi yapılan hastalarda roux ansının kısa tutulması safra reflüsünü engelleyememekte ve marjinal ülserlere sebep olabilmektedir. Birden fazla abdominal cerrahi geçiren hastalarda robotik cerrahi minimal invaziv yaklaşım sağlayarak, hassas müdahaleler ve hızla iyileşme avantajları sunar. Bu video olgu sunumunda morbid obezite nedeniyle tekrarlayan cerrahi öyküleri olan hastada kısa roux ansına bağlı tedaviye dirençli çoklu marjinal ülserin robotik yaklaşımla revizyonunu sunmayı amaçladık

**Olgu:** 57 yaşında kadın hasta morbid obezite nedeniyle 4 sene önce sleeve gastrektomi 2 sene önce revizyon mini gastrik bypass, marjinal ülser nedeniyle 1 sene önce revizyon roux-y bypass hikayesi mevcuttu. Geçmeyen karın ağrıları şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan endoskopide anastomoz hattında 1 senelik ppi ve sükralfat kullanımına rağmen tedaviye dirençli çoklu ülserler mevcuttu. Yapılan batın görüntülemesinde insidental olarak saptanan ince barsak mezenterinde benign olduğu düşünülen soliter lezyonu mevcuttu. Ameliyat sırasında yapılan eksplorasyonda roux ansının yaklaşık 20 cm olduğu ve ülserin safra reflüsüne bağlı olduğu görüldü. Mezenterdem kitle eksizyonu yapıldı. Postoperatif 2. saatte sıvı rejim başlandı. Kademeli olarak rejimi arttırılan hasta postoperatif 3. gününde taburcu edildi.

**Sonuç:** Robotik cerrahi, tekrarlayan abdominal cerrahi geçiren hastalarda yüksek başarı oranları ve daha kısa iyileşme süreleri sunar.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik Cerrahi, Revizyon, Marjinal Ülser

### SVB-006

## Dudenoskopik Bakıda Pankreatik Papilla Yerleşimli, Premalign Polipoid Lezyonda Zorlu ESD Deneyimi

Nezih Zengin, Mutalip Ertuş, Alperen Özdoğan, Özkan Yünük  
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Periampüller tümörler, Gastrointestinal Sistemin (GİS) üçüncü en sık görülen tümörleridir (1). %80'den çoğu pankreas başı kaynaklıdır. Diğerleri sırasıyla ampulla vateri tümörleri(%10), koledok distal uç tümörleri (%5), ve duodenal mukoza kaynaklı tümörlerdir (%4). Ampulla vater yerleşimli tümörler nadir rastlanılan kitlelerdir ve tüm gastrointestinal sistem tümörlerinin %1'inden azını oluştururlar. Ampullanın en sık görülen benign tümöral oluşumları adenomlardır ve bunların %30'unu villöz adenomlar oluşturur. Adenomlarda villöz komponent arttıkça, malignite potansiyeli artmaktadır.

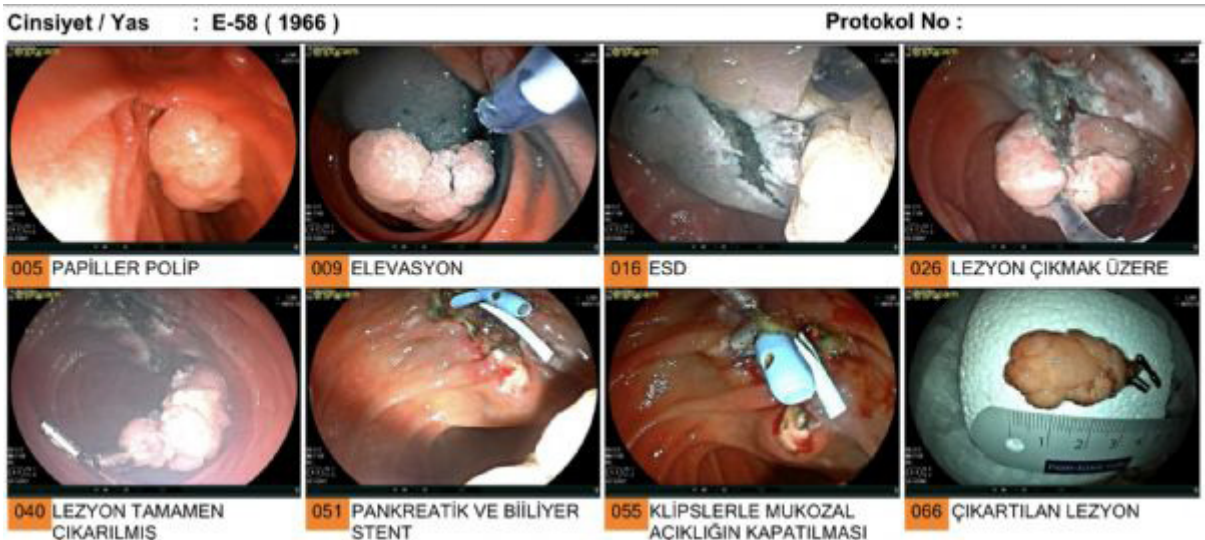
Literatürde pankreas kistik-solid premalign lezyonlar ve sunacak olduğumuz olguda olduğu gibi pankreatik major papilla yerleşimli ampullada polip varlığında endoskopik olarak ampullektomi vakaları güncel bir yaklaşım olarak benimsenmeye başlanmış ve bu cerrahi modalitenin deneyimli merkezlerde sınırlı sayıda yapıldığını görmekteyiz.

Bu olguda 58 yaş erkek hasta bilinen hipertansiyon ve diyabetes mellitus mevcut olup dış merkezde biyopsi sonucu tübülovillöz adenomu gelmesi sonucu hastaya profilaktik whipple prosedürü önerilmiş. Hasta kliniğimizde endoskopik bakıda değerlendirildiğinde pankreatik kanal papilla yerleşimli polipoid lezyon izlendi ve hastaya ameliyathane şartlarında ESD-ERCP planlandı. Genel anestezi altında duodenoskop ile papilladaki lezyon karşıya alındıktan sonra çepeçevre mayi enjeksiyonu sonrası lezyon eleve edildi. Takiben proksimalden başlanarak esd bıçağı ile lezyon yarıya kadar çıkartıldı. İpli klips yardımı ile lezyon ekarte edildikten sonra tamamen çıkartıldı. Hemostazı takiben pankreatik kanal ve koledoğa stentleme yapıldı. Mukozal açıklık metal kliplerle kapatıldıktan sonra lezyon dışarı alındı. İşlem esnasında komplikasyon gelişmedi. İşlem yaklaşık olarak 180 dk devam etti. Hasta postoperatif takiplerinde bir komplikasyon izlenmemesi üzerine postoperatif 7. günde şifa ile taburcu edildi. İşlemden yaklaşık 2 ay sonra kontrol ERCP yapıldı ve pankreatik ve bilier stentler çekildi ve safra akışının rahat olması sonucu işlem sonlandırıldı. Polip patolojisi yüksek derece displazili tübülovillöz adenom olarak raporlandı ve polip kökünde displazi saptanmayan hasta uzun süreli takibe alındı.

Pankreas premalign lezyonlarında minimal invaziv cerrahi müdahaleler ve yakın radyoloji takibi ile pankreas cerrahisinin hastaya yüklemiş olduğu çoklu morbidite ve hatta mortalitenin önüne geçebilmek hem cerrah hem de hasta açısından umut verici bir klinik deneyim olmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** ESD, ERCP, Ampulla vateri, polip

*ERCP-ESD işlem raporu ve görseller*





**17** Ulusal  
**Endoskopik Laparoskopik Robotik**  
**Cerrahi Kongresi**  
Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

# VIDEO BİLDİRİLER



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## VB-001

### Robotik İntersfinkterik Rezeksiyon

İbrahim Halil Özata, Salih Nafiz Karahan, Serkan Sucu, Arif Emir Narin, Emre Balık  
*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Departmanı, İstanbul*

Rektum kanseri tedavisi yıllar içerisinde cerrahi tekniklerin geliştirilmesi ve yeni teknolojilerin kullanıma girmesi ile minimal invaziv cerrahi prensiplerinin ön plana çıkacağı şekilde gelişmiştir. 1950'li yıllara kadar Abdominoperinal Rezeksiyonun (APR) altın standart haline geldiği rektum cerrahisi yüksek perioperatif mortalite ve morbidite ile seyretmiştir. Anterior ve Aşağı Anterior Rezeksiyon tekniklerinin geliştirilmesi ile sfinkter koruyucu cerrahi ön plana çıkmıştır ve onkolojik ve fonksiyonel sonuçların iyileşmesine önayak olmuştur. 1980'li yıllarda Total Mezorektal Eksizyon (TME) prensibinin ortaya konması ve laparoskopik cerrahi teknolojisinin geliştirilmesiyle, çok yüksek sağkalım oranlarına ulaşılmıştır. Günümüzde minimal invaziv cerrahinin son noktası robotik rektum cerrahisi olarak görülmektedir. Laparoskopik ve robotik cerrahinin karşılaştırıldığı çalışmalar literatürde geniş bir şekilde yer bulmuştur. Perioperatif komplikasyonlar açısından robotik cerrahinin minimal de olsa bir üstünlük sunduğu gösterilmiştir. Bunun yanında iki cerrahi teknolojinin birbirine sağ kalım ve patolojik sonuçlar açısından anlamlı bir üstünlük kuramadığı gösterilmiştir. Ancak, hayat kalitesi bağlamında üriner ve seksüel fonksiyonların korunmasında robotik cerrahinin üstün olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçların pratikteki karşılığı robotik cerrahinin özellikle dar ve derin pelvis anatomilerinde çalışmaya laparoskopiyeye kıyasla daha elverişli olması ile gösterilebilmektedir. Laparoskopik cerrahide çalışma alanının gösterilmesi asistanın kamerayı yönlendirmesi zorunluluğundan dolayı traksiyon eksikliği ve instabilite kaynaklı güçlüklerle sebep olabilmektedir. Ayrıca laparoskopik cerrahi teknolojisinde açısız müdahale kabiliyeti kısıtlanmış durumdadır. Robotik cerrahi bütün zorluklara çözüm önerisi getirmektedir. Yedi açılı hareket özgürlüğü ile üstün ergonomik destek sağlamaktadır. Üç boyutlu görüntüleme olanağı ile bilek hareketlerinin daha içgüdüsel olmasını sağlamaktadır. Cerrahin yorgunluğunu minimize edecek ve yorgunluktan doğan fonksiyon kaybınının ameliyat seyrine etki etmesini engelleyecek şekilde tasarlanmıştır. Bütün olumlu etkilerinin karşısında yüksek maliyet ve kurulum süresi gibi dezavantajları da bulunmaktadır. Ancak bu faktörler de teknolojinin gelişmesiyle törpülenecektir. Videoda sunmuş olduğumuz rektum kanseri cerrahisi robotik teknoloji ile TME prensipleri ile yapılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İntersfinkterik Rezeksiyon, Kolorektal Kanser, Robotik Cerrahi





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-002

## Transanal Minimal İnvaziv Cerrahi (TAMIS) ile Rektal Lezyonların Tedavisi: Teknik Detaylar ve Olgu Sunumu

Baheaddin Umur Aka, Alp Ömer Cantürk, Enes Malik Kocatürk, Erhan Eröz, Emrah Akın, Fatih Altıntoprak  
*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Amaç:** Transanal Minimal İnvaziv Cerrahi (TAMIS), rektal lezyonların eksizyonunda yenilikçi ve etkili bir yöntem olarak son yıllarda cerrahi pratiğe önemli katkılar sağlamıştır. TAMIS, minimal invaziv cerrahinin avantajlarını transanal yaklaşımın hassasiyeti ile birleştirerek, özellikle rektumun alt ve orta bölgelerindeki benign ve erken evre malign lezyonların güvenli bir şekilde çıkarılmasını mümkün kılmaktadır. Bu video bildiri, TAMIS'in klinik uygulamalarına odaklanarak, cerrahi tekniğin adım adım uygulanışını ve bu yöntemin sağladığı potansiyel klinik faydaları detaylandırmayı amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada, TAMIS ile yapılan bir rektal lezyon eksizyonu, yüksek çözünürlüklü video görüntüleri ile sunulmuştur. Prosedürün başlangıcından sonuna kadar, ameliyat sahasının hazırlanması, trokar yerleşimi, optimal cerrahi alanın sağlanması ve lezyonun dikkatli bir şekilde eksize edilmesi süreçleri ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Videoda ayrıca, cerrahi sırasında karşılaşılan zorluklar, kullanılan enstrümanlar ve olası komplikasyonların yönetimi üzerinde durulmuştur.

**Bulgular:** Bu video bildiride sunulan olgu, 62 yaşında, rektumun orta kısmında 3 cm'lik benign bir lezyona sahip bir erkek hastaya aittir. Lezyon, TAMIS tekniği kullanılarak başarılı bir şekilde eksize edilmiştir. Hasta, postoperatif 1.gününde komplikasyonsuz olarak taburcu edilmiştir. İzlem sürecinde herhangi bir nüks veya komplikasyon gözlenmemiştir.

**Sonuç:** TAMIS, rektal lezyonların cerrahi tedavisinde, özellikle minimal invaziv yöntemlerin sağladığı avantajlardan yararlanmak isteyen cerrahlar için güçlü bir araçtır. Bu teknik, hastaların iyileşme sürecini hızlandırmakta ve postoperatif komplikasyonları en aza indirmektedir. Bu video bildiri, TAMIS yönteminin teknik inceliklerini ve klinik etkinliğini ortaya koymakta, aynı zamanda bu yöntemin cerrahi pratiğe entegrasyonu konusunda önemli bilgiler sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** TAMIS, rektal lezyon, minimal invaziv cerrahi, transanal eksizyon



## VB-004

### Laparoscopic ACE Procedure for Chronic Constipation Refractory to Medical Therapy

Muharrem Oner<sup>1</sup>, Maher Aref Abbas<sup>2</sup>, Mehmet Ölçüm<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Antalya Şehir Hastanesi*

<sup>2</sup>*Al Zahra Hopsital Dubai*

**Background:** To describe the surgical technique of the antegrade continent enema (ACE or Malone procedure) for severe constipation. The majority of patients with constipation are treated medically with dietary lifestyle modifications and medications. Patients with severe colonic motility issues or pelvic floor dysfunction can benefit from surgical intervention. The ACE procedure entails creating a small continent stoma by using the appendix or the cecum. Cannulation of the stoma with a catheter allows antegrade irrigation of the large bowel while sitting on the toilet

**Methods:** A 20-year old woman with severe constipation refractory to medications (a bowel movement every 1 to 2 weeks) elected the ACE procedure

**Interventions:** In the supine position, a triangular skin flap was raised through the inferior umbilical fold and the abdominal cavity was insufflated. 5 mm trocars were placed in the umbilicus, right and left upper quadrants, and left lower abdomen. Partial mobilization of the ascending colon allowed for tension free reach of the appendix to the umbilicus. The continent stoma was created by a row of imbricating intracorporeal sutures to wrap the cecum around the appendix. The appendiceal tip was exteriorized through the umbilical wound and cecopexy to the abdominal wall was followed by stoma maturation. The stoma was cannulated with a 10 French catheter

**Outcomes:** Patient was discharged within 24 hours without complications. Daily warm water irrigation [500-1000 ml] was started on post-operative day 5. Catheter remained in place for 3 weeks following which it was used for intermittent daily catheterization

**Conclusions:** Laparoscopic ACE procedure is a good optio

**Keywords:** ACE procedure, appendix mucocele, chronic constipation



## VB-005

### Modern Cerrahide Laparoskopik Kolorektal Kanser Cerrahisi Asistan Deneyimi

Nezih Zengin<sup>1</sup>, Doğukan Durak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Bursa Özel Yıldırım Doruk Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Laparoskopik kolorektal kanser cerrahisi kolon segmentlerine ve rektuma göre çeşitli zorluklar ve manipülasyonlar gerektirmektedir. Yeterli onkolojik cerrahi uygulamak o bölgenin anatomisine hakim olmak ve özellikle vasküler ve lenfatik dolaşımı ve komşu organlarla olan yakınlığını bilmek önem arz etmektedir.

67 yaşında bilinen esansiyel hipertansiyon hastalığı olan geçirilmiş açık appendektomi öykülü hastanın ECOG skoru 1 olarak değerlendirildi. Tm markır:CEA:3.12 CA 19-9:2,63.TAP BT:Rekto-sigmoid bileşke düzeyinde yaklaşık 5cm'lik segment en kalın yerinde 7.5mm ölçülen lümeni incelten diffüz duvarkalınlaşması ve komşuluğunda inferior rektal zincirde büyüğü 5x9mm boyutunda lenfadenopatiler izlenmiş olup, ön planda malignite lehine değerlendirilmiştir. Rekto-sigmoid bileşke düzeyinde yaklaşık 5cm'lik segment en kalın yerinde 7.5mm ölçülen lümeni incelten diffüz duvarkalınlaşması ve komşuluğunda inferior rektal zincirde büyüğü 5x9mm boyutunda lenfadenopatiler izlenmiş olup, ön planda malignite lehine değerlendirilmiştir.

Kolonoskopi: 25.cm de lümeni daraltan ve gastroskopun geçişine izin vermeyen ülerovejetan kitle saptandı

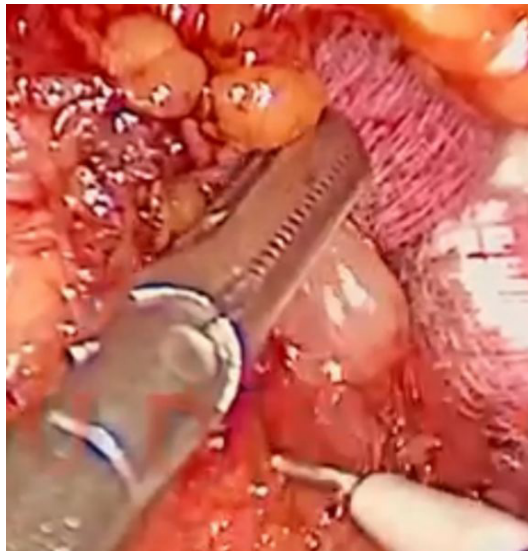
Endoskopik biyopsi:Adenokarsinom

Bu olguda da laparoskopik low anterior rezeksiyon anastomoz şeklinde ameliyat sonlandırıldı.Postoperatif 5.gününde komplikasyonsuz şifa ile taburcu edildi.Kontrol muayenesinde patoloji sonucu ile değerlendirildiğinde T3N0 (15 lenf nodu) olarak raporlandı.

Laparoskopik cerrahi gelişimine bakıldığında laparoskopik kolesistektomi,appendektomi ve fitik ameliyatları belirli uzmanlık ve öğrenim eğrisi gerektirmekte iken günümüz şartlarında asistan eğitiminde neredeyse rutin uygulanmaktadır. Minimal invaziv cerrahiye geçişte geleceğe yönelik yatırımların yapıldığı çoğu eğitim kliniğinde laparoskopik endoskopik ve hatta robotik tekniklerin yaygınlaştırıldığını görmekteyiz.Yeterli bilgi ve teknik donanımların verilmesiyle öğrenim eğrisinin paralel bir seyir göstermesinden ziyade daha logaritmik ilerleyeceğini ve geleneksel yöntemlerin özümzendikten sonra geleceğin cerrahisi olarak gördüğümüz minimal invaziv cerrahinin daha hızlı gelişeceği günümüz genç cerrahlarının usta çırak ilişkisiyle ve modern teknolojinin getirdiği pozitif katkılarla daha iyi bir eğitim alacağı yadsınamaz bir gerçektir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, eğitim, minimal invaziv

*IMA kökü lenf nodu diseksiyonu*





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

**VB-006**

## **Kolon Lipomlarında Yönetim ve Laparoskopik Cerrahi Teknikleri**

Sena Çağla Özden, Şükrü Enes Mollahamzaoğlu, Adil Koyuncu, Hüseyin Akbulut  
*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Kolon lipomları nadir görülen genellikle karın ağrısı, makattan kanama, dışkılama alışkanlığında değişiklik, gibi çeşitli klinik semptomlarla ortaya çıkabilen iyi huylu tümörlerdir. Kolon lipomları barsak tıkanıklığı, invajinasyon veya kolonik perforasyon gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Temel olarak tedavisi cerrahidir.

Bu makalede yapılan görüntülemelerde kolonik invajinasyon ve barsak tıkanıklığı mevcut olan acil servis üzerinden yatırılmış ve laparoskopik cerrahi tedavisi yapılmış 3 hasta operasyon görüntüleri ve patoloji sonuçları ile birlikte tartışılacaktır.

Kolon lipomu bağırsak tıkanıklığının nadir bir nedenidir ve literatür bilgileri kolon lipomlarının tanımlama açısından yetersizdir. Bu nedenle, yönetime yönelik en uygun yaklaşım konusunda henüz bir fikir birliği yoktur.

Çalışmamız, kolo-kolonik invajinasyona veya barsak tıkanıklığına neden olan kolonik lipomlarının yönetiminde kapsamlı değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır. Laparoskopik cerrahi ön planda kolon lipomları için uygun görülse de malignite olasılığını göz önünde bulundurmak ve onkolojik prensipler doğrultusunda gerekirse açık veya laparoskopik cerrahi rezeksiyonu tercih etmek çok önemlidir. Cerrahi teknikleri geliştirmek ve hastalar için doğru tanı ve tedavi yaklaşımını belirlemek adına daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** invajinasyon, kolon, lipom, ileus, laparoskopi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-009

## Umbilikal Herni Tedavisinde Laparoskopik Retromusküler (TARUP) Onarım Tekniği

Bahaeddin Umur Aka<sup>1</sup>, Emrah Akın<sup>2</sup>, Enise Bacak<sup>1</sup>, Merve Yeşilsancak<sup>1</sup>, Alp Ömer Cantürk<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:** Laparoskopik herni onarımları, özellikle inguinal, umbilikal ve insizyonel hernilerin tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle karın duvarı fitiklarında yerleştirilen yamanın bağırsak duvarı ile teması bir dezavantaj yaratmaktadır. Son yıllarda yamanın karın duvarı katları arasında yerleştirildiği farklı teknikler tanımlanmaya başlamıştır. Bu video bildirisinde laparoskopik olarak gerçekleştirilen TARUP tekniğinin uygulandığı bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 68 yaş erkek hasta epigastrik ve umbilikal bölgede şişlik ve ağrı şikayeti nedeniyle Genel Cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde ve bilgisayarlı tomografi incelemesinde Umbilikal bölgede 3.1 cm (M3 W1), Epigastrik bölgede 2.1 cm (M2 W1) boyutlarında, içerisinde yağlı doku olduğu saptanan herni defektleri olduğu görüldü. Hastanın ek klinik şikayeti bulunmamaktaydı. Hastanın aydınlatılmış onam ile rızasının alınması sonrasında cerrahi girişim planlandı. Genel anestezi sonrasında hastanın sağ lomber bölgesinden yapılan insizyon açılarak Hasson tekniği ile 10 mm'lik kamera trokarı yerleştirildi. Kapnopnömooperitoneum oluşturuldu. Beş milimetrelik alet trokarlarının girilmesi sonrasında periton ve rectus abdominis kasının alt fasyası açıldı. Epigastrik ve umbilikal bölgedeki herniye yağlı doku keskin ve küt diseksiyonlarla herni kesesinden serbestlendi. Herni defektine uygun boyutlarda ProGrip® yama defekt alanını kapatacak şekilde yerleştirildi. Hemostaz denetimini takiben periton 2/0 V-LOC sütür ile onarıldı. İşleme komplikasyonsuz son verildi. Hasta postoperatif 1. Gün oral alımı takiben komplikasyonsuz taburcu edildi.

**Sonuç:** TARUP ( Transabdominal Retromusküler Onarım ) tekniği, minimal invaziv cerrahinin faydaları ile yamalı onarımın retromusküler alanda gerçekleştirilmesinin avantajlarını birleştiren bir operasyon türüdür.

**Anahtar Kelimeler:** Retromusküler, TARUP, Umbilikal herni

## VB-010

### Yetişkinlerde Nadir Görülen Bochdalec Hernisinin Abdominal Yaklaşım ile Laparoskopik Onarımı

Baran Yüksekayla, Ahmet Bertan, Hasan Elkan, Ali Uzunköy  
*Harran Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa*

**Amaç:** Konjenital diyafram hernisi olan Bochdalec hernileri sıklıkla diafram posterolateralinde görülen defektten batin içi organların toraks boşluğuna girmesidir.Sıklıkla doğum sonrası erken dönemde tespit edilip cerrahi onarım yapılır. Erişkin dönem bochdelac hernileri nadir görülür,asemptomatik seyreder ve genellikle tesadüfen tespit edilir.Hastaların semptomatik olma durumlarında solunum güçlüğü en sık görülen semptomdur.Hernilerin tedavisi cerrahi onarımdır. Cerrahi tedavilerde torakotomi,laparotomi,laparoskopik ve robotik cerrahi yöntemler denenebilir.

**Bulgular:** 38 yaşında erkek hasta solunum sıkıntısı nedeniyle hastanemize başvurdu.Hastanın akciğer sesleri oskulte edilirken sol tarafta bağırsak sesleri duyuldu.Hastanın rutin kan tahlilleri normaldi.Çekilen Toraks ve Abdomen Bt sinde kolonun ve dalağın toraksa doğru hernie olduğu görüldü.Hastaya ameliyat planlandı.Ameliyatta laparoskopik abdominal yaklaşım tercih edildi.Yapışıklıklar düşüldü,batin içi organlar yerine alındı.Toraksa intraop tüp yerleştirildi.Diafram meshli onarımı yapıldı.Hasta postop takiplerinde komplikasyon gelişmedi ve göğüs tüpü çekildi.Hasta taburculuk sonrası kontrollerinde genel durumu iyiydi.

**Sonuç:** Bochdelac hernisi konjenital diyafram hernilerinden en sık görülen tip olup mortal seyredebilir.Erişkin dönemde nadir görülür. Tedavisi cerrahi onarım olup genellikle torakotomi ihtiyacı olmaktadır.Biz bu olgumuzda laparoskopik abdominal yaklaşım ile hastanın herni onarımı gerçekleşti.Erişkin dönem bochdelac hernilerinde minimal invaziv yaklaşımın laparoskopik onarım olduğunu ve tercih edilmesi gerektiğini öneriyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik, Yetişkin, Bochdalec hernisi

*Yetişkin Bochdalec hernisinin laparoskopik onarımı*





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## VB-011

### Laparoskopik Travmatik Diyafragma Hernisi Onarımı-Video Olgu Sunumu

Fatih Öztoprak, Mert Gedik, Mustafa Çelik, Hasan Kumru, Abdullah Yıldız, Hüseyin Kerem Tolan  
*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Travma sonrası diyafram yaralanmalarından sonra nadir görülen diyafragma hernilerinde laparoskopik onarım örneği sunmak.

**Gereç ve Yöntem:** Travma sonrası diyafragma hernisi tanısıyla opere olan hastanın laparoskopik perop vaka videosu düzenlenerek hazırlanmıştır.

**Olgu:** Travma sonrası 34 Yaş Erkek hastanın ileus şikayetiyle acil başvurusu sonrası çekilen abdominal bt'sinde diyafragma hernisi raporlanması üzerine tanısal laparoskopi yapıldı. Diyafragmada yaklaşık 4 cm'lik bir açıklıktan midenin herniye olduğu görülmüş olup laparoskopik dual meshli onarımı yapılmıştır.

**Sonuç:** Travma sonrası diyafragma rüptürlerine sekonder gelişen diyafragma onarımlarında laparoskopik meshli onarımın hastalarda uygulanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyafragma hernisi, Laparoskopi, Mesh



## VB-012

### Retroperitonoskopik Donör Nefrektomi Tecrübemiz ve Cerrahi Yöntemimiz

Ali Can Kırşan<sup>1</sup>, Kenan Demirbakan<sup>1</sup>, Erbay Tümer<sup>2</sup>, Yiğit Akın<sup>2</sup>, Yücel Yüksel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sanko Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>Sanko Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

**Amaç:** Donör ameliyatları, tıbbın ilk ilkesi olan 'primum non nocere' ilkesine tamamen aykırı bir ameliyattır. Tamamen sağlıklı bir insanın sağlıklı bir organı alınmaktadır. Bu işlem sonucu donör zarar görmemeli ve ağrısı, insizyonu en az olmalıdır. Donör nefrektomi, açık, el yardımcı transperitoneal tamamen laparoskopik, transperitoneal, el yardımcı retroperitonoskopik, tamamen retroperitonoskopik yöntemlerle yapılmaktadır. Retroperitonda olan böbreklere transabdominal yaklaşım sırasında özellikle sol splenik flexura iliak yapılara kadar mobilize olmakta bu da postop dönemde barsak pasaj problemleri yaratmaktadır. Ayrıca kolon ve ince barsak yaralanma riski de artmaktadır. Bu sunumda merkezimizde yaptığımız Retroperitonoskopik Donör Nefrektomi (RDN) Tecrübemizi paylaşmak istedik.

**Gereç ve Yöntem:** Merkezimizde yaptığımız RDN vakaları çalışmaya alındı. Bu vakaların ameliyat süreleri, arter sayısı, postop dönemdeki Vizuel ağrı skoru (1-6-12. saat) gaz gayta deşarj süresi, lenfösel oluşumu ve diğer komplikasyonlar tarandı.

**Cerrahi Teknik:** Lobotomi pozisyonu sonrası Petit Üçgeninden retroperitoneal alana girilir. Bu alandan 10 mmlik kamera trokarı girilir. Balonlu trokar ile retroperiton diseke edilip kamera trokarının yanından 12. kotun altından ve SİASın 1 cm lateralinden diğer 10 mmlik trokarlar girilip, retroperitonoskop nefrektomi tamamlanır. Operasyon sonunda 20 ml bupivakain 20 ml izotok ve 2 mikrogram/kg fentanil retroperitoneal alana insuffle ediyoruz.

**Sonuç:** Sanko Üniversitesi Organ Nakli Bölümünde Haziran 2021-Ağustos 2024 tarihleri arasında 152 böbrek nakli yapıldı. Çalışmaya Şubat 2024- Ağustos 2024 tarihleri arasında RDN yapılan 19 vaka alındı. İki vakada kanama nedeniyle açık ameliyata dönülerek nefrektomi tamamlandı. Vakaların 10'u erkek 7 si kadındı. Vakaların 5'inde 2 renal arter vardı. Hastaların demografik verileri tablo 1 de gösterilmiştir. (Trokar girişleri, operasyon görüntüleri, postop görüntüleri Resim 1-4 de gösterilmiştir)

**Tartışma:** RDN teknik olarak zor bir ameliyattır, yeterli laparoskopik tecrübenden sonra yapılması daha uygundur. Transabdominal nefrektomide böbrek anteriordan görülürken RDN ise posteriodan görülmektedir. Teknik olarak zor olmasına karşın, postop dönemde donör konforu diğer nefrektomi yöntemlerine göre daha iyidir.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek Nakli, Organ Nakli, Retroperitonoskopik Donör Nefrektomi

*Retroperitonoskopik Donör Nefrektomi Sonuçları*

	Minumum	Maksimum	Ortalama
Yaş	27	57	40.8
Boy (cm)	165	184	175.3
Ağırlık (kg)	68	108	80.8
V.K.İ (kg/m <sup>2</sup> )	22	33	25.5
Operasyon Süresi (dakika)	35	55	45.8
V.A.S 1	3	5	3.8
V.A.S 6	3	4	3.5
V.A.S 12	2	3	2.7
Gaz Deşarj Süresi (saat)	6	9	6.9
Gayta Deşarj Süresi (saat)	12	32	27.6

V.A.S: Vizuel ağrı skoru V.K.İ: Vücut Kitle İndeksi





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## VB-013 Dev Adrenal Kitle Tecrübelerimiz

İsmail Moustafa, Mehmet Şaban Korkmaz, Tuğba Matlım Özel, Görkem Yıldız, Sezer Akbulut, Aykut Çelik, Serkan Sarı  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Cerrahide minimal invaziv yöntemler cerrahin ameliyat sırasında anatomiye daha hakim olması ve görüş sağlaması, hastanede yatış süresini kısaltması, ameliyat sonrası ağrının azalması ile yaşam kalitesinde düzelme sağlaması gibi nedenlerle gün geçtikçe daha da önem kazanmaktadır. Adrenal bez cerrahisinde de minimal invaziv yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak adrenal bezin topografik anatomik ilişkileri nedeniyle adrenal bez cerrahisi tecrübe gerektirmekte ve bazı durumlarda laparoskopik cerrahinin yapılabilirliğini zorlaştırmaktadır. Literatüre bakıldığında genel görüş Feokromasitoma için 6 cm, diğer cerrahi gerektiren adrenal bez hastalıkları için 10 cm üzerindeki kitlelerde açık cerrahinin tercih edilmesi gerektiği şeklindedir. Çalışmamızda yüksek volümlü bir Endokrin Cerrahisi kliniğinde büyük adrenal kitlelerde de minimal invaziv yöntemlerin güvenle uygulanabileceğini ameliyat videoları ile sunmak istedik. Ameliyatların teknik ayrıntıları video sunumda anlatılacaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde 1 Haziran 2020 ile 31 Temmuz 2024 tarihleri arasında Feokromasitoma tanısı olup kitle boyutu 6 cm, diğer nedenlerle cerrahi yapıp kitle boyutu 10 cm üzerinde olan hastalar retrospektif tarandı.

**Bulgular:** Toplam 13 hasta incelendi. Feokromasitoma nedeniyle 8, feokromositoma dışı tanı alan 4 hasta laparoskopik yöntemle opere edildi. Bir hastada cerrahiye laparoskopik başlandı ancak yoğun yapışıklıklar nedeniyle açığa geçildi. Feokromasitoma olgularında ortalama tümör çapı 7.5 cm (6.2 - 11.5 cm), diğer olgularda ortalama tümör çapı 12 cm (10 - 14.7 cm) idi. Ortalama ameliyat süreleri feokromasitoma olgularında 148 dk (120 - 200 dk), diğer olgularda için 131 dk (50 - 205 dk) olduğu görüldü. Ameliyatların tamamı komplikasyonsuz şekilde bitirildi.

**Sonuç:** Adrenal bezin anatomik pozisyonu nedeniyle adrenalectomi tecrübe isteyen bir cerrahidir. Yüksek volümlü merkezlerde, tecrübeli cerrahlar tarafından kitle boyutu büyük olsa bile minimal invaziv yöntemlerle güvenle yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** feokromasitoma, adrenal kitleler, minimal invaziv yöntemler

## VB-015 Laparoskopik Sağ Adrenalektomi Esnasında Vena Kava Süperior Yaralanmasının Yönetilmesi

Çağrı Karaevli, Sami Açar

*Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ*

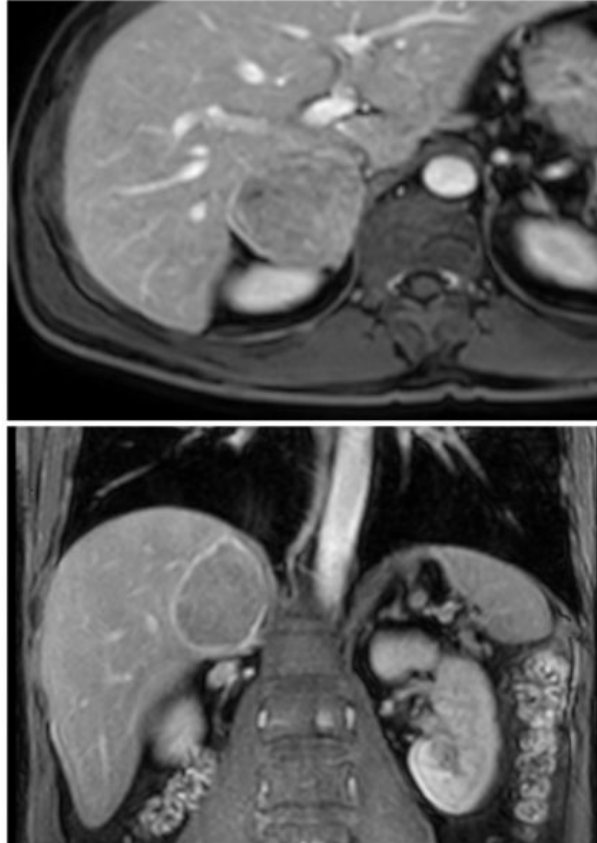
Feokromasitoma, adrenal medulla ve sempatik gangliyonların kromaffin hücrelerinden kaynaklanan katekolamin salgılayan tümörlerdir. Yıllık feokromasitoma insidansının 100.000 kişide yaklaşık 0,8 olduğu tahmin edilmektedir. Feokromasitomalar herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmelerine rağmen, en sık dördüncü ila beşinci dekatta, erkeklerde ve kadınlarda eşit sıklıkta görülmektedirler. Genellikle aşırı terleme, titreme, solukluk, taşikardi ve epizodik hipertansiyon gibi klinik bulgularla ortaya çıkmaktadırlar. Tanı konulması ise katekolamin-katekolamin metabolit seviyelerinin veya kesitsel görüntülemelerle tümörün gösterilmesi esaslarına dayanmaktadır. Ana tedavi şekli cerrahidir. Adrenalektomi yapılarak çoğu feokromasitoma hastası için kür sağlanılabilmektedir. Güvenli ve uygulanabilir olan olgularda laparoskopik yöntem önerilmektedir.

Terleme, çarpıntı yakınmaları olan 46 yaşında erkek hastamız, yaşadığı hipertansif kriz sonrasında tanı aldı. Sağ adrenal bezde MR incelemede kitlesel lezyon gözlendi (Figür 1). Endokrinoloji konseyi sonucunda adrenektomi kararı verildi. Kılavuzlarda 6 cm'den büyük adrenal kitelerde açık cerrahi yaklaşım önerilmektedir. Preoperatif bulgularla yöntem tercihi açısından sınırdan olan hastamıza, laparoskopik sağ adrenalektomi yapıldı. Piyes 7,5 cm uzunluğunda ve 146 gram olarak ölçüldü. Vaka esnasında sağ adrenal venin superiorunda, vena kava inferiorunda kanama olmasına rağmen laparoskopik olarak bu durum yönetilerek ameliyat tamamlandı. Sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Olgumuzla, boyutundan bağımsız olarak tek-terafli, sporadik ve ekstraadrenal tümörü olmayan hastalarda, laparoskopik adrenalektomi tercih edilebileceğini video sunumumuzla göstermeyi amaçladık (Video 1).

**Anahtar Kelimeler:** Adrenalektomi, feokromasitoma, kanama, laparoskopi

*Feokromasitoma-MRG*



**VB-016**  
**Laparoskopik Adrenal Kitle Eksizyonu, Nadir Görülen**  
**Bir Patoloji Raporu: Adrenal Lipom**

İsmail Bengisu, Hasan Elkan, Ali Uzunköy  
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Adrenal lipom nadir görülen bir adrenal tümördür. Lipomatoz tümörler tüm adrenal tümörlerin %4,8'ini oluşturur; bunlar myelolipom, lipom, anjiomyelolipom ve liposarkomdur. Bunların içinde en sık myelolipom görülür.

Adrenal lipomlar benign karakterde olup literatürde bildirilen sınırlı sayıda vaka mevcuttur. Çoğunlukla unilateral olup herhangi bir hormon salgılamaz. Genellikle asemptomatiktir ve rastlantısal olarak saptanırlar.

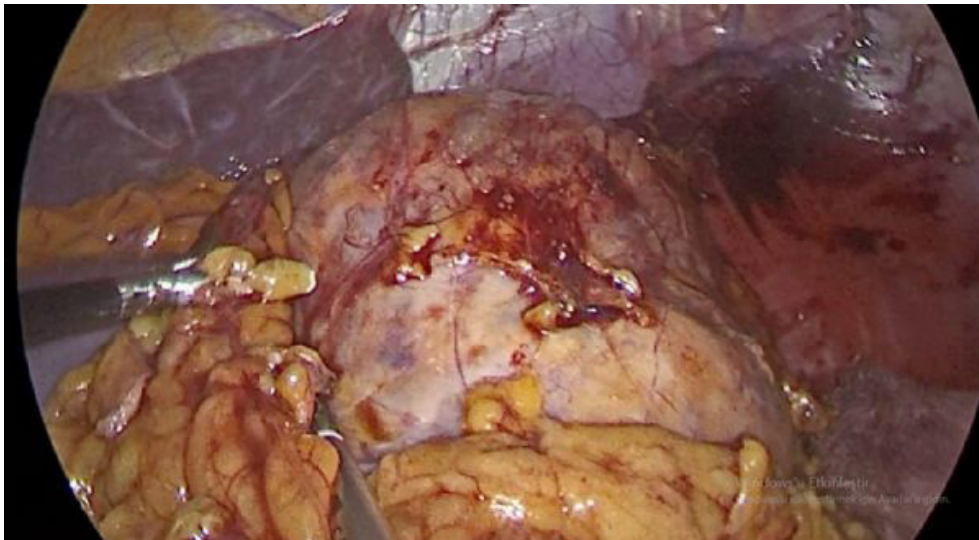
Semptomatik hastalar; kitle baskısına bağlı nonspesifik karın ağrısı, yan ağrısı, kusma, konstipasyon ve hematüri semptomları ile başvurabilmektedir. Bunun yanında büyük boyutlu tümörlere sahip olan hastalar çok nadir de olsa; tümör nekrozu, tümör içine kanama ve buna sekonder hemorajik şok tablosu ile de başvurabilmektedir. Adrenal lipomların boyutları değişkenlik göstermekte olup; 1 cm'den 20 cm'e kadar bildirilmiş olgular vardır. Tanıda ultrasonografi, manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi yöntemleri kullanılabilir fakat kesin tanı cerrahi olarak çıkarılan materyalin patolojik olarak incelenmesiyle konulur. Morfolojik olarak hemorajik ve nekroz alanları içerir. Ayırıcı tanıda liposarkom, myelolipom, teratom, anjiomyolipom ve adenomlar düşünülmelidir.

Biz de rastlantısal olarak saptanan ve tarafımıza yönlendirilen ve laparoskopik kitle eksizyonu uyguladığımız vakayı video sunum şeklinde sunuyoruz.

Olgu: 53 Y erkek hasta. Morbid obezite nedeniyle dış merkezde 5 ay önce sleeve gastrektomi ameliyatı planlanan ve ameliyat esnasında dalak posteriorunda retroperitoneal kaynaklı kitle görülen hastaya onam, cerrahi hazırlık ve belirli bir ön tanı olmaması nedeniyle sleeve gastrektomi cerrahisi yapılarak görülen kitleye herhangi bir cerrahi müdahale yapılmamış. Hasta operasyonu sonrası 5. ayda tarafımıza başvurdu, yapılan radyolojik görüntülemelerde liposarkom ön planda düşünüldü ve ameliyat hazırlığı yapılarak temiz cerrahi sınırlarla laparoskopik kitle eksizyonu yapıldı. Postop 4.günde herhangi bir komplikasyon görülmeden taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu adrenal lipom olarak rapor edildi.

**Anahtar Kelimeler:** adrenal lipom, liposarkom, patoloji

*adrenal lipom*





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

**VB-017**

## **Nadir Bir Internal Herniasyon Nedeni: Paraduodenal Hernide Minimal İnvaziv Yaklaşım**

Burak Atar, Göker Çalış, Okan Can Aksoy, Mahmud Sait Değerli, Ahmet Sürek, Turgut Dönmez, Deniz Güzey, Alpen Yahya Gümüšoğlu

*Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Paraduodenal herniler midgut rotasyonunda meydana gelen bir hata sonucu oluşan nadir bir konjenital anomalidir. Orta hat solunda veya sağında ince bağırsak ve duodenumun kolon mezenterinin arkasında bir kesede sıkıştığı görülür. Bu durum intestinal obstrüksiyona ve daha sonrasında strangülasyon ve perforasyona kadar ilerleyebilir.

Değişken ve nonspesifik klinik göstermesi nedeniyle tanı konulması zor olabilen bir olgudur, bilgisayarlı tomografinin tanıyı kolaylaştırdığı görülmüştür. Sol taraflı paraduodenal hernilerde ince bağırsak Landzert fossanın içerisine, Treitz ligamanının lateralinde ve inferior mezenterik venin posteriorunda herniye olur.

Bu video-olgu sunumunda ele alınan vaka karın ağrısı şikayeti ile başvuran 17 yaşında erkek hastadır. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık veya ameliyat öyküsü olmayan hastanın aralıklı olan ve son 1 gündür artan ve kusmanın eşlik ettiği karın ağrısı şikayeti mevcuttu. Yapılan bilgisayarlı tomografide sol paraduodenal herni ile uyumlu görünüm izlenen hastaya laparoskopik olarak paraduodenal herni redüksiyonu ve Landzert fossa onarımı yapılmıştır, yaklaşık olarak 200cm ince bağırsak ansı redükte edilmiş ve Landzert fossa suture edilerek onarılmıştır. Postoperatif dönemde hastada komplikasyon görülmemiş ve taburcu edilmiştir. Postoperatif dönem 1.ayda kontrol bilgisayarlı tomografi tetkiki yapılmış ve patolojik bulgu saptanmamıştır.

Hazırlanan olgu oldukça nadir bir olgu olan paraduodenal hernilerin tanı ve tedavisi hakkında bilgisayarlı tomografinin tanıdaki önemini ve laparoskopik olarak tedavi hakkında bilgilendirme amacıyla hazırlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** herni, internal, laparoskopi, paraduodenal



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-018

## Gastrik Duplikasyon Kisti: Olgu Sunumu (Video)

Mustafa Çelik, Hasan Kumru, Mert Gedik, Fatih Öztoprak, Abdullah Yıldız, Hüseyin Kerem Tolan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye E.A.H. Genel Cerrahi A.B.D.

**Amaç:** Duplikasyon kistleri, ağız boşluğundan rektuma kadar her seviyede oluşabilen nadir görülen gelişimsel anomalileridir. Genellikle çocukluk çağında karın ağrısı, bulantı-kusma, anemi, kilo kaybı ve ele gelen kitle şeklinde semptom verir. Erişkinlerde genellikle asemptomatik olması sebebiyle insidental olarak saptanır. Gastrointestinal duplikasyon kistleri en sık ileum (%60) yerleşimli olup bunu jejunum ve duodenum takip etmektedir. Gastrik duplikasyon kistleri son derece nadir görülmekte olup tüm GİS duplikasyon kistlerinin yalnızca %4-9'unu oluşturur. Duplikasyon kistlerinde malignite riski %5-6 iken kolon duplikasyonlarında bu oran anlamlı derecede daha yüksektir (%67'ye kadar). Asemptomatik kistlerin cerrahi tedavisi konusunda tartışmalar sürmektedir. Semptomatik-komplike vakalarda ve asemptomatik kolonik duplikasyon kistlerinde yüksek malignite riski nedeniyle cerrahi tedavi önerilmektedir. Bu makalede erişkin hastada nadir saptanan gastrik tipte bir duplikasyon kisti vakasını sunmayı amaçladık.

**Hasta ve Yöntem:** Ümraniye E.A.H. Genel Cerrahi Kliniğinde tedavi edilen bir hastanın verileri irdelendi. Perop bulgular video sunum haline getirildi.

**Preop Bulgular:** 63 yaş kadın hasta koroda tiz sesleri çıkaramama şikayeti ile göğüs hastalıkları başvurusu sonrası tarafımıza refere edilmiş. Özellikle FM bulgusu yok. Abdomen MRG: Sol akciğer alt lob medialde 76x69x66 mm büyüklüğünde lobüle konturlu, ince cidarlı ve ince septasyonlar içeren kistik lezyon ve inferiorunda sürrenal gland ve dalak ile mide arasında yerleşimli 39x32 mm büyüklüğünde ince cidarlı kistik lezyon izlenmekte olup lezyonların belirgin solid komponenti seçilememiştir. (Bronkojenik kist ?, Hidatik kist ?, Ankiste plevral efüzyon ?). Şeklinde yorumlanmış olup IHA testi negatif olarak sonuçlanmıştır. Hastanın laboratuvar testlerinde anlamlı bozukluk tespit edilmemiştir. Hastada ön planda intradiyafragmatik bronkojenik kist ve bochdalek hernisi düşünülerek operasyon planlanmıştır.

**Histopatoloji:** PSEUDOSTRATİFİYE KOLUMNAR EPİTEL İLE DÖŞELİ, DUVARINDA KRONİK İNFLAMASYON İÇEREN CİDARİ VASIFTA GASTRİK DUPLİKASYON KİSTİ İLE UYUMLU KİSTİK LEZYON

**Sonuç:** İntestinal duplikasyon kistleri asemptomatik olsa bile malignite riski göz ardı edilemeyecek düzeyde yüksektir. Bu nedenle uygun hasta gruplarında laparoskopik intestinal duplikasyon kisti eksizyonu en önemli tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** bronkojenik, duplikasyon, gastrik, hidatik, kist



## VB-019

### Nadir Görülen Orta Özofagus Divertikülünün Laparoskopik Abdominal Yaklaşımla Tedavisi Olgu Sunumu

Ahmet Bertan, Baran Yüksekayla, Hasan Elkan, Ali Uzunköy  
Harran Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

Özofagusta divertiküller faringoözofageal, orta (midözofageal-parabronşial) veya epifrenik yerleşimli olabilir. Özofageal divertiküller için standart tanı yöntemi özofagografidir, faringoözofageal divertiküller için troid ultrasonografisi faydalı olabilir.

Divertiküller etyolojilerine göre tüberküloza bağlı yapışıklık gibi nedenlerle, traksiyon veya motilite anomalileri nedeni ile pulsasyon divertikülü şeklinde olabilir. Yabancı cisim impaktı gibi nadir nedenlerle de olabilir. Kesin etyoloji belirlenemeyebilir.

Orta özofagusta gerçek divertikül nadir görülür sıklıkla mediastinal inflamasyona sekonder olup, özofagusun orta kesiminin periözofageal alana doğru kese şeklinde büyümesi sonucu ortaya çıkar.

Semptomatik hastalarda klasik ameliyat torasik yaklaşımdır.fakat bu olgumuzda abdominal yaklaşımla divertikülektomi yapılmış ve sonucunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 42 Y Erkek hasta kliniğimize rejurtitasyon oral alımdan sonra sağ yerleşimli göğüs ağrısı ve ağız kokusu şikayeti ile başvurdu daha önce kullandığı proton pompa inhibitörlerinden fayda görmediğini ifade etti cbc bk tm markerları normaldi hastada geçirilmiş tbc yada torax cerrahisi öyküsü yoktu. hastaya ozofagogastroskopi planlandı yapılan endoskopide ozofagus orta distal kesime yakın sağ yerleşimli içi gıda artıkları ile dolu divertikül görüldü. oral kontrastlı torax bt çekildi ve ozofagus orta 1/3 distal yerleşimli 8x8 cm büyüklüğünde içi kontrast madde ile dolan divertikül teyit edildi. hasta semptomatik olduğundan dolayı cerrahi planlandı. hasta ameliyata alındı ve laparoskopik abdominal yaklaşımla divertikülektomi yapıldı.komplikasyon gelişmedi. Taburculuk sonrası kontrollerinde herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı

**Anahtar Kelimeler:** Özofagus divertikülü, laparoskopik cerrahi, divertikülektomi



## VB-021

### İntraabdominal Yerleşimli Ektopik Tiroid Dokusu ve Robotik Cerrahi ile Eksizyonu: Video Olgu Sunumu

Mehmet Zişan Songür, Sercan Yüksel, Serkan Sarı, Hasan Bektaş  
*Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** İntraabdominal yerleşimli kitleler çoğunlukla mezenkimal kaynaklı olmaktadır. Ektopik tiroid dokusu, nadir görülen bir patolojidir, sıklıkla intratorasik yerleşimli olsa da nadiren intraabdominal alanda olabilmektedir. Ektopik tiroid dokusu veya tiroid kanseri metastazı olarak karşımıza çıkar. Bu tür lezyonlar, genellikle rutin muayeneler veya görüntüleme teknikleri sırasında tesadüfen bulunur. Bu video olgu sunumunda intraabdominal yerleşimli ektopik tiroid dokusunun teşhis ve robotik cerrahi ile eksizyonu sunulmaktadır.

**Bulgular:** 40 yaşında kadın hasta 3 aydır olan tekrarlayan karın ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın ek hastalığı veya geçirilmiş operasyonu yoktu. Fizik muayenesinde herhangi bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde tsh:0.28 uIU/dl serbest t4: 1.75 ng/dl serbest t3: 3.5 pg/ml şeklindeydi. Gastrointestinal endoskopilerinde patoloji saptanmadı. Yapılan kesitsel görüntülemesinde karaciğer hilusu düzeyinde orijini hakkında net yorum yapılamayan mide pilor komşuluğunda 4\*3 cm boyutlarında T1 ve T2 ağırlıklı serilerde karaciğer ile benzer sinyal intensiteli ılımlı kontrast tutulumu gösteren lenf nodu -kist kuskusunun dislanamadığı mezenkimal kitle benzeri lezyon görüldü. EUS ile alınan biyopsi baskın foliküler paternle karakterize iyi diferansiye tiroid karsinomu metastazını düşündürülen bulgular (Foliküler karsinom ya da folliküler varyant papiller tiroid karsinomu metastazı olabilir) olarak yorumlandı. Hastanın yapılan tiroid ultrasonunda 2 adet tiroid nodülü mevcuttu. Biyopsileri benign olarak raporlandı. Hastaya robotik yaklaşımla kitle eksizyonu yapıldı. Postoperatif 2. saatinde rejim başlandı. Postoperatif 2. gününde taburcu edildi. Patoloji sonucu foliküler paternde nodüler kolloidal tiroid dokusu olarak raporlandı.

**Sonuç:** Bu vaka, robotik cerrahinin intraabdominal kitlelerin çıkarılmasında güvenli ve başarılı bir şekilde uygulanabilirliğini göstermektedir. Ektopik tiroid dokusu intraabdominal kitlelerin nadir bir sebebi olarak karşımıza çıkabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik Cerrahi, İntraabdominal Tiroid, Ektopik Tiroid



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## VB-022

### Mide Kanseri Cerrahisinde Aberran Sol Hepatik Arter: Zorluklar ve Çözüm Stratejileri

Alp Ömer Cantürk<sup>1</sup>, İbrahim Furkan Küçük<sup>1</sup>, Emine Sena Cünük<sup>1</sup>, Murat Coşkun<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi; Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Amaç:** Laparoskopik mide kanseri cerrahisi sırasında karşılaşılan önemli anatomik varyasyonlardan biri aberran (replaced) sol hepatik arterdir. Bu varyasyon, literatürde %4 ila %10 oranında görülmekte olup, sol hepatik arterin sol gastrik arterden kaynaklanmasını ifade eder. Bu anatomik farklılık, cerrahi diseksiyon sırasında arterin diseksiyonunda dikkat ve tecrübe gerektirir. Bu vakada, aberran sol hepatik arteri olan bir hastada uygulanan laparoskopik subtotal gastrektomi ve D2 diseksiyonunun teknik detayları video bildiri olarak sunulmuştur.

**Bulgular:** 63 yaşında erkek hasta, mide kanseri tanısıyla laparoskopik subtotal gastrektomi ve D2 diseksiyon planlandı. Preoperatif BT, sol hepatik arterin aberran (replaced) olduğunu ve sol gastrik arterden kaynaklandığını ortaya koydu. Cerrahi girişim umbilikal 12 mm optik port, sol üst kadranda 10 mm çalışma portu, sağ üst kadranda, sol alt kadranda ve epigastrik bölgede 5 mm yardımcı portlar olmak üzere beş trokar kullanılarak gerçekleştirildi. Cerrahi esnasında, aberran sol hepatik arterin korunması amacıyla dikkatli ve titiz bir diseksiyon gerçekleştirildi. Operasyon sırasında herhangi bir vasküler yaralanma veya komplikasyon yaşanmadı.

Postoperatif dönemde hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeden postoperatif 5. günde taburcu edildi. Taburculuk sonrası takiplerinde de herhangi bir komplikasyon veya nüks gelişmeyen hastada uzun dönem takipleri devam etmektedir.

**Sonuç:** Aberran sol hepatik arter varlığında laparoskopik gastrektomi ve D2 diseksiyonunun başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi, cerrahi planlamanın ve intraoperatif stratejilerin dikkatli bir şekilde uygulanmasını gerektirir. Bu olgu, anatomik varyasyonların cerrahi sonuçlar üzerindeki etkisini ve cerrahi komplikasyonları önlemek için optimal stratejilerin önemini vurgulamaktadır. Video bildiri, bu cerrahi yaklaşımın detaylarını sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Aberran Sol Hepatik Arter, Laparoskopik Gastrektomi, D2 Diseksiyonu, Anatomik Vasküler Varyasyonlar





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## VB-023

### Minimal İnvaziv Özefajektomi Cerrahisinde Zorluklar

Burak Suskun, Turgut Dönmez, Ahmet Sürek, Muhammed Musa Altuncu, Sina Ferahman, Alpen Yahya Gümüšoğlu  
*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:** Minimal invaziv özefajektomi, benzer onkolojik sonuçları olan hastalarda açık özefajektomiye kıyasla daha düşük postoperatif morbidite ve daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Robotik yardımcı cerrahi, minimal invaziv cerrahinin geliştirilmesinde bir sonraki adımı temsil eder. Ancak gerek robotik gerekse laparoskopik özefajektomi ameliyatlarında thoraks safhasında daha önceden tespit edilemeyen zorluklar cerrahi planlamayı ciddi şekilde etkileyebilir.

**Gereç ve Yöntem:** Robotik ve laparoskopik özefajektomi ameliyatı yapılan 2 hastada thoraks disseksiyonunda yaşadığımız zorlukları sunduk. Olgu 1. Hasta 75 yaşında özgeçmişinde 2 yıl önce pnömoni geçirmiş olan kadın hasta özefagus 32. Cm de squamöz kanser tanısıyla NKRT tedavisi alan ilk 6 ay kontrollerinde tam yanıt olarak değerlendirilen 9. Aydaki kontrol endoskopisinde 33. Cm de 1\*1 cm polipoid lezyondan alınan biyopsisi adenokarsinom gelen hastaya robotik ivor lewis operasyonu planlandı. Abdominal kısmı robotik olarak tamamladıktan sonra thraks bölümüne geçildi. Ancak sağ akciğer söndürüldükten sonra kamera trokarı için thoraks girildiğinde akciğerin sönmeyeceği görüldü. Anestezi tarafından yapılan kontroller sonrası sağ akciğerin havalanmadığı ve kendileri açısından problem olmadığı belirtildi. Göğüs cerrahi ile beraber değerlendirildiğinde akciğerin sönmemesinin hastanın daha önceden geçirilmiş akciğer enfeksiyonlarına bağlı yapışıklıklar olduğu değerlendirilip yapışıklıklar laparoskopik olarak düşürüldü. Video 1. Kısım

Olgu 2. 78 yaşında KOAH olan kadın hasta 34. cm adenosquamöz kanser NKRT tedavi sonrası robotik ivor lewis özefajektomi planlanan hastanın batın kısmı robotik olarak tamamlandıktan sonra thoraks kısmına geçildiğinde thoraks içinde yaygın yapışıklıklar olduğu görüldü. Laparoskopik olarak yapışıklıklar düşürülerek operasyonun toraks kısmı laparoskopik olarak tamamlandı.

**Sonuç:** Robotik özefajektomi özefagus cerrahisinde çığır açan yöntemler olarak günümüze damga vurmuştur. Ancak her zaman planlanan cerrahi hastaların özelinde gerçekleştirilemeyebilir. Cerrahlar Özefagus cerrahisinde sürprizlere hazırlıklı olmalı ve ona göre çözümler üretmek zorunda kalabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Özefagus kanseri, robotik özefajektomi, laparoskopi

## VB-024

### Periton Yardımlı Laparoskopik Mide Perforasyonu Onarımı, Asistan Deneyimi

Nezih Zengin, Mutalip Ertuş, Özkan Yünük  
SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

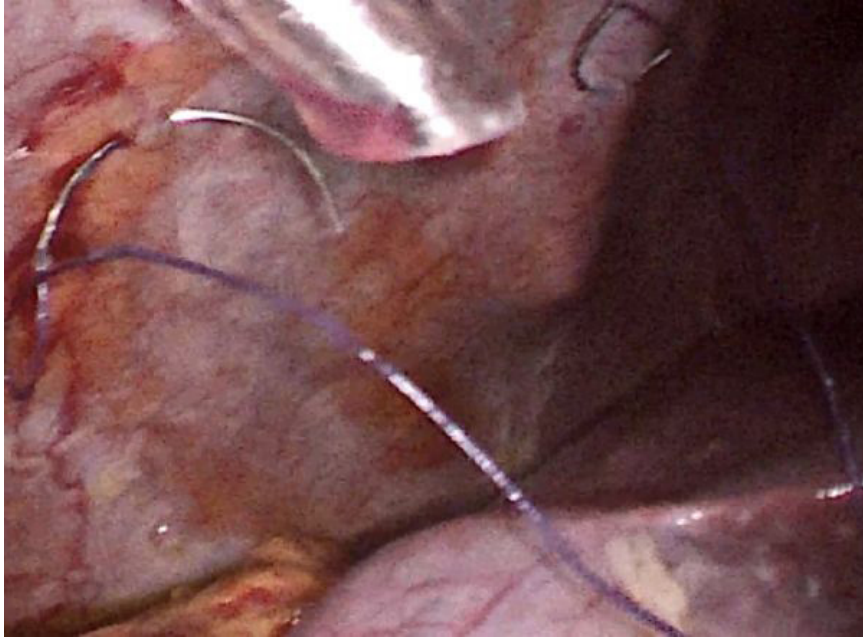
Mide perforasyonları acil servis başvurularında sıklık sırası yüksek bir cerrahi kliniklidir.Yapılan fizik muayenede tahta karın bulgusu ve radyolojik olarak diyafragma altı serbest havanın görülmesi acil cerrahi eksplorasyon sebebidir.Primer yaklaşık çoğunlukla laparotomik eksplorasyon olmaktadır.

Bu olguda laparoskopik eksplorasyon tercih etmiş bulunmaktayız.Laparoskopik onarımlarda açık cerrahide uygulanan prosedürler(graham,ruffi) uygulanmaktadır.Bizim yaklaşımımız sağlıklı ve konforlu intrakorporeal sütür ve düğüm atabilmek için periton dokusundan yardım almak ve bu şekilde laparoskopinin getirdiği ekartasyon,eksplorasyon güçlüğüünü minimize etmekte.Bu teknikte 1 adet teleskop portu ve 2 adet çalışma portu kullanılmış ve bu şekilde minimal invaziv cerrahiden uzaklaşmamıştır.

Öncelikle laparotominin getirdiği eksplorasyon ve perforasyon onarım kolaylığı yadsınamaz.Standart olarak laparoskopinin postoperatif ağrı,cerrahi alan enfeksiyonu ve hospitalizasyon süresi açısından üstünlüğünü de bilmekteyiz.Bu vakada yeterli laparoskopi deneyimi olan intrakorporeal sütürizasyon becerisi yüksek cerrahlarca seçilmiş vakalarda laparoskopik onarımların yapılması gerektiğine inanmaktayız.Laparoskopik onarımlarda sıkça sorulan sütür materyallerinin karışıklığa sebebiyet vereceği ekstra çalışma portlarına ihtiyaç duyulacağı düşüncesine periton yardımlı bir teknik ile şekilde gereken cevapları vermiş bulunmaktayız.Diğer bir problem yeterli debris temizliği yapılabiliyor mu sorusuna ise yıkama sonrası berrak vasıfta yıkanmış sıvılar ile yanıtlamaktayız.İnterloop abse açısından ise vakayı erken dönemde yakalamış olmamız ve bu yüzden seçilmiş vakalarda öncelikle laparoskopi yaklaşımda ısrarcı olmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** Periton, laparoskopi, perforasyon, mide

*Periton yardımı*





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

**VB-025**

## **Gastrik Bypass Cerrahisi Sonrası Marjinal Ülser Perforasyonu Gelişen Hastada Acil Laparoskopik Yaklaşım**

Meliha Atay, Berk Yılmaz, Hüseyin Akbulut  
*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Gastroenterostomi anostomozunun yakınındaki ülserler marjinal ülser olarak adlandırılır. Obezite nedeniyle gastrik bypass yapılan hastalarda marjinal ülserler genellikle ilk bir yıl içerisinde görülür. Sigara kullanımı ve non-steroid antiinflatuar ilaç kullanımıyla ilişkilendirilir. Marjinal ülserler kanama, perforasyon,striktür gelişimi gibi ciddi sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir. Marjinal ülser perforasyonu hayatı tehdit eden bir durum olup acil cerrahi müdahale gerektirir. Çalışmamızda marjinal ülser perforasyonu nedenli acil operasyon planlanan hastaya uygulanan laparoskopik yaklaşımın video sunumu mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** marjinal ülser, akut batın, laparoskopi



## VB-026

### Laparoscopic Repair of Rectal Perforation After Hysteroscopy

Muharrem Oner<sup>1</sup>, Maher Aref Abbas<sup>2</sup>, Mehmet Ölçüm<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Antalya Şehir hastanesi*

<sup>2</sup>*Al Zahra Hopsital Dubai*

**Background:** To describe the laparoscopic repair of post operative rectum perforation in a patient with septic shock. Iatrogenic bowel perforation following gynecologic procedures has been described. It can involve various parts of the digestive tract including large bowel or small bowel.

**Methods:** A 54-year-old woman underwent diagnostic hysteroscopy for post-menopausal vaginal bleeding. Curettage and cauterization were performed during the procedure. 24 hours following the hysteroscopy, the patient developed severe abdominal pain. Abdominal films were obtained and revealed free air under both diaphragms.

**Intervention:** Emergency diagnostic laparoscopy showed serosanguinous free fluid and uterine fundus full thickness perforation. Formal laparoscopy and including air leak test showed no bowel perforation. Patient developed acute abdomen after 24 hours. Second laparoscopy showed rectal perforation which repaired laparoscopically.

**Outcomes:** The patient was transferred to the intensive care unit where she was extubated soon after. She remained in ICU for 15 days for pulmonary rehabilitation, nutritional support, and physical therapy for severe deconditioning. On post operative day 12 she had fluid collection in the abdomen which was drained by interventional radiology. She was discharged on post-operative day 19 without any further complications.

**Conclusion:** Gastrointestinal perforation are significant event with associated morbidity and mortality. Prompt recognition and repair are critical. Laparoscopic repair can be difficult due to significant abdominal distention from dilated small bowel. At the hands of expert surgeons, laparoscopic repair can be feasible with good outcome.

**Keywords:** laparoscopic repair, hysterescopy, rectum perforation



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-027

## Nadir Görülen Situs Inversus Parsiyalis Durumunda Laparoskopik Apendektomi; Video Sunumu

Mehmet Şaban Korkmaz, Muhammed Furkan Arslan, Ramazan Aitkulov, Yunus Fırat Emekli, Hüseyin Kılavuz, İdris Kurtuluş

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Situs inversus, toraks veya abdomendeki organların tamamının ya da bir kısmının, olağan yerinin aksine ayna görüntüsü şeklinde yer değiştirmesidir. Toraks ve abdomendeki organların tamamının ayna görüntüsü şeklinde yerleşmesine situs inversus totalis denilirken, toraks veya abdomendeki organların tamamının değil de bir ya da birden fazlasının yer değiştirmesine situs inversus parsiyalis denilmektedir. Oldukça nadir olan situs inversus 1/10000-1/25000 arasında görülmektedir. Genetik nedenlerle rotasyon anomalilerinin bu duruma yol açtığı düşünülmektedir. Akut apandisit appendiksin herhangi bir nedenle inflame olmasıdır ve tüm dünyada acil abdominal cerrahinin en sık nedenidir. Temel tedavisi cerrahidir. Bu çalışmamızda, yapılan görüntülemesinde rastlantısal olarak situs inversus parsiyalis saptanan ve akut apandisit tanısı alan bir hastanın ameliyat ve bilgisayarlı tomografi görüntüsü video sunum eşliğinde sunulacaktır.

**Olgu:** Acil servise karın ağrısı şikâyeti ile başvuran ve akut apandisit tanısı alan 34 yaşındaki kadın hastanın, 2 kez C/S dışında geçirilmiş ameliyatı olmayıp, bilinen bir ek hastalığı yoktu. Hasta acil servise başvurduğunda, birkaç saat önce başlayan karın ağrısı vardı. İshal ya da kabızlık şikâyeti, bulantı ve kusması, ölçülen ateşi yoktu. Yapılan fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound vardı. Laboratuvar değerlerine bakıldığında lökosit:  $11.52 \cdot 10^9/L$  CRP: 34 mg/L idi. Acil serviste çekilen abdominal bilgisayarlı tomografisinde dalak ve midenin abdomen sağ tarafına, karaciğerin abdomen sol tarafına yerleşimli olduğu ayrıca hastanın sağ taraf yerleşimli 2 adet dalağı olduğu görüldü. Appendiks, çekum ve kolonun kalan kısımlarının olağan anatomik pozisyonunda olduğu görüldü. Appendiksin inflame, lümen çapının artmış olduğu ve etrafının kirli olduğu görüldü. Bulgular akut apandisit ile uyumluydu. Hastanın situs inversus durumu daha öncesinden bilinmiyordu. Hastaya ameliyat planlandı ve laparoskopik appendektomi yapıldı. Ameliyat sonrası servise alınan hastaya 6. saatte oral sıvı rejim başlandı ve tolerasyon durumuna göre rejim artırıldı. Ameliyat sonrası 1. gününde genel durumu iyi, vitalleri stabil, gaz gaita çıkışı olan hasta poliklinik takibine alınmak üzere taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik appendektomi, situs inversus, situs inversus parsiyalis



## VB-028

### Laparoscopic Repair of Spontaneous Ascending Colon Perforation after Laparoscopic Left Hemicolectomy for Chronic Diverticulitis

Muharrem Oner<sup>1</sup>, Maher Aref Abbas<sup>2</sup>, Mehmet Ölçüm<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Antalya Şehir Hastanesi*

<sup>2</sup>*Al Zahra Hopsital Dubai*

**Background:** To describe early recognition of post operative colon perforation and prompt repair to avoid further deterioration and systemic sepsis. Postoperative abdominal sepsis can occur following colectomy. It is usually related to either a superficial or deep surgical site infection or an intraabdominal abscess with or without anastomotic leak. Intraabdominal sepsis from bowel perforation is usually iatrogenic, more commonly involving the small bowel. They are usually related to trocar insertion laceration or thermal trauma.

**Methods:** A 44-year-old male presented to our clinic with recurrent diverticulitis involving the distal descending and sigmoid colon. Over an 8-year period, he had suffered at least 10 episodes, several of which were documented by CT scan of the abdomen. Prior colonoscopy between episodes of diverticulitis demonstrated pan diverticulosis. The patient was advised to undergo surgical intervention.

**Conclusion:** Recurrent diverticulitis following partial colectomy has been reported. Published rates in the literature range from 5 to 20%. Usually related to incomplete resection of the involved segment, especially when sigmoid colon is not resected to level of upper rectum. It can however occur in a previously not involved diverticulitis segment in patients who have pan diverticulosis. This case represents rare presentation of perforated diverticulitis in the immediate postoperative period on the opposite side of the initially involved segment. Early recognition and prompt repair avoided further deterioration and systemic sepsis.

**Keywords:** Bowel perforation, diverticulitis, Laparoscopic repair



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-029

## Dieulafoy Lezyonuna Bağlı Masif Gastrointestinal Kanamanın Endoskopik Klipsleme ile Kontrolü ve Teknik İpuçları

Enise Bacak, Alp Ömer Cantürk, Avni Altun, Emrah Akın, Necattin Fırat, Fatih Altıntoprak  
*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Amaç:** Dieulafoy lezyonu, nadir görülmesine rağmen akut üst gastrointestinal kanamanın önemli bir nedenidir ve genellikle yoğun kan kaybı ile karakterizedir. Bu durum, hızlı tanı ve müdahaleyi gerektirir, aksi halde hastanın durumu hızla kötüleşebilir. Dieulafoy lezyonunun endoskopik tedavisi, hem tanısal hem de terapötik anlamda cerrahlar ve gastroenterologlar için önemli bir yetenek gerektirir. Bu vakada, endoskopik klipsleme, kanamanın kontrol altına alınmasında tercih edilen yöntem olmuştur.

**Bulgular:** Abondan üst gastrointestinal kanama ile acil servise başvuran 98 yaşında kadın hastaya acil endoskopi uygulandı. Endoskopik inceleme sırasında, proksimal midede yer alan ve aktif olarak kanayan bir Dieulafoy lezyonu tespit edildi. Hastanın hemodinamik durumu göz önüne alınarak, endoskopik klipsleme yöntemi ile lezyon üzerine hemostatik klipsler yerleştirildi. Uygulanan işlem sonrasında kanama durduruldu ve hastanın stabilizasyonu sağlandı. Hastaya, işlem sonrası dönemde dikkatli bir şekilde izlem yapılmış ve tekrar eden bir kanama olmamıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu video bildiride, Dieulafoy lezyonunun tanısı ve endoskopik klipsleme işleminin teknik detayları sunulmaktadır. Klipsleme işleminin nasıl optimize edileceği, hangi araçların kullanılacağı ve olası komplikasyonların nasıl yönetileceği hakkında bilgi verilmektedir. Ayrıca, klips yerleştirme tekniği, kanama kontrolü ve işlem sonrası hasta yönetimi konularına da odaklanılmaktadır. Bu sunum, endoskopik klipslemenin klinik uygulamada nasıl etkili bir şekilde kullanılabileceğini göstermeyi amaçlamaktadır.

**Sonuç:** Dieulafoy lezyonuna bağlı üst gastrointestinal kanamalar, zamanında müdahale edilmediğinde ciddi sonuçlar doğurabilir. Endoskopik klipsleme, bu tür vakalarda güvenilir ve etkili bir tedavi seçeneği sunar. Bu video bildiri, bu özel olgu üzerinden endoskopik klipsleme tekniğinin klinik başarıyı artırmadaki rolünü vurgulamakta ve bu tekniğin uygulanmasında önemli pratik bilgileri paylaşmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Dieulafoy Lezyonu, Endoskopik Klipsleme, Gastrointestinal Kanama, Acil Endoskopi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## VB-031

### Pankreas Unsinat Proses Tümöründe Robotik Whipple Ameliyatı

Emin Köse, Sefa Ergün, Taşkın Avcı, Ergin Erginöz

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Ekzokrin Pankreas kanseri oldukça ölümcül ve çoğunlukla geç tanı alan bir malignitedir. Amerika'da kansere bağlı ölümlerde dördüncü sırada yer almaktadır. R0 cerrahi rezeksiyon sonrası beş yıllık sağ kalım; nodal pozitif olanlarda yaklaşık %10 iken nodal negatif olanlarda ise yaklaşık %30'dur.

Pankreas kanserinin ilk klinik bulguları tümörün lokalizasyonuna göre değişir. Ekzokrin pankreas kanserlerinin yaklaşık yüzde 60-70'i pankreasın başına lokalize iken, yüzde 20-25'i gövde/kuyrukta bulunur ve geri kalanı tüm organı tutar. Pankreas başı tümörleri sıklıkla sarılık, kilo kaybı ve steatore ile kendini prezente etmektedir. Tanısı klinik bulgu ve belirtiler, laboratuvar testleri, tümör marker belirteçleri, görüntülemeler, risk faktörlerine yönelik testler ve biyopsi ile konmaktadır.

Cerrahi rezeksiyon potansiyel olarak küratif tek tedavidir. Hastalığın çoğunlukla geç tanı alması nedeniyle, hastaların yaklaşık yüzde 15-20'si pankreatektomi için adaydır. Prognozu, rezektabl hastalarda bile kötü seyir edebilmekte olup; cerrahi teknikler ve adjuvan tedavideki ilerlemeye rağmen, zaman içinde sonuçlardaki iyileşme diğer yaygın kanserlerin gerisinde kalmıştır.

Pankreatikoduodenektomi hala tercih edilen tedavi yöntemidir. Bununla birlikte, bu yöntem hala büyük merkezlerde bile önemli oranda postoperatif morbidite ve mortalite ile birlikte kompleks bir cerrahi prosedürdür. Pankreatikoduodenektomileri takiben postoperatif morbiditenin en sık nedenleri ise pankreatik fistüller, post-operatif kanama ve gecikmiş mide boşalmasıdır.

Cerrahi teknik olarak da günümüzde açık ve minimal invaziv cerrahi uygulanmaktadır. Minimal invaziv cerrahinin geleneksel açık cerrahiye kıyasla daha az kan kaybı, daha düşük yara yeri enfeksiyonu riski, daha az gecikmiş mide boşalması ve daha kısa post-operatif hastane de yatış süresi olduğu bildirilmiştir.

Robotik cerrahi de ise yüksek optik büyütme, yüksek kaliteli üç boyutlu (3D) görüş, robotik aletlerin artikülasyonu, sütür hedeflemeye daha fazla hassasiyet ve el titremesini ortadan kaldıran robotik cerrahi sistemler gibi avantajlar mevcuttur. Aynı zamanda kapsamlı diseksiyon ve dikiş tekniklerini içeren hassas ve karmaşık prosedürlü ameliyatları yenilikçi bir şekilde gerçekleştirmektedir.

Bu olgumuzda da pankreas unsinat proste kitle saptanan ve hastanemize başvuran hastada robotik whipple ameliyatını video sunumuyla ele almaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** Pankreas, Robotik Whipple, Tümör, Unsinat Proses





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

**VB-034**

## **Robotik Distal Pankreatektomi (Dalak Koruyucu) Lateral Yaklaşım**

Sefa Ergün, Taşkın Avcı, Ergin Erginöz, Emin Köse

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Dalak koruyucu distal pankreatektomi, pankreas kuyruğunun benign veya küçük-düşük dereceli malign tümörleri için ideal bir prosedürdür. İlk olarak 1940 yılında Mallet-Guy tarafından kronik pankreatit tanılı hastaya uygulanmış olup; klasik distal pankreatektomiye alternatif olarak tanımlanmıştır. Daha düşük batın içi koleksiyon ve apse insidansına, önemli ölçüde daha az peroperatif kan kaybına, daha düşük postoperatif splenik ve portal ven trombozu insidansına, daha kısa hastanede kalış süresine sahip olduğunu bilinmektedir.

Günümüzde ise minimal invaziv pankreatektomi laparoskopik, robotik veya hibrit teknikler kullanılarak yapılabilmektedir. Pankreas diseksiyonu için medial, lateral, posterior, infero-posterior veya retroperitoneal yaklaşımlar dahil olmak üzere çeşitli yaklaşımlar tanımlanmıştır. Geleneksel medial yaklaşıma ana alternatif olarak lateral yaklaşım mevcut olup; splenik kan akışının korunmasının kolaylaştırılması, daha az mobilizasyon gerektirmesi ve dolayısıyla ameliyat süresini kısaltması gibi avantajları mevcuttur.

Bu olgumuzda da hastanemize başvuran, pankreas kuyruğunda lezyon saptanan hastaya uygulanan robotik distal pankreatektomi (dalak koruyucu) lateral yaklaşım ameliyatımızı video sunum olarak ele almaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** Dalak, Distal pankreatektomi, Lateral yaklaşım, Robotik



## VB-035

### İPMN Tanılı Hastada Robotik Whipple Ameliyatı

*Emin Köse, Sefa Ergün, Taşkın Avcı, Ergin Erginöz, Şadiye Akbaş  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

İntraduktal papiller müsinöz neoplazm (İPMN), büyük boyutlarda görülebilen (tipik olarak >10 mm) ve müsin üreten kolumnar hücrelerden oluşan, potansiyel olarak malign intraduktal epitelyal neoplazmlardır. İPMN'ler ana pankreas kanalını, dallarını veya her ikisini de içerebilir. Pankreas ana kanalı tutan hastalar daha yüksek risk altındadır. Bu lezyonların klinik muayene, laboratuvar ve görüntüleme tetkileriyle tanımlanıp uygun tedavi planlanması yapılmalıdır.

Yüksek dereceli displazi veya invaziv karsinoma ilerlemiş İPMN tanılı hastalarda tedavi seçeneği cerrahi iken; yüksek dereceli displazi veya invaziv karsinom içermeyen lezyonlar da ise tedavi seçeneği malignite barındırma riskinin yüksek olup olmadığına bağlıdır.

Cerrahi kararı alınan hastalarda, lezyonun tutulum yeri ve pankreas dokusunun tutulum derecesine bağlı olarak total pankreatektomi, distal pankreatektomi, pankreatikoduodonektomi ve tümörün segmental rezeksiyonu gibi çeşitli ameliyat seçenekleri mevcuttur.

Açık ve minimal invaziv cerrahi teknikleri günümüzde uygulanmakta olup; son yıllarda ise robotik pankreas cerrahisi ameliyatları getirdiği avantajlarla birlikte hız kazanmaktadır.

Minimal invazif pankreatikoduodonektominin geleneksel açık pankreatikoduodonektomiye kıyasla daha az kan kaybı, daha düşük yara enfeksiyonu riski, daha az gecikmiş mide boşalması ve daha kısa hastane yatış süresi olduğu bildirilmiştir.

Robotik cerrahinin yüksek kaliteli üç boyutlu (3D) görüş alanı sağlaması, 7 farklı ekseninde hareket imkanı sunması, cerrahin el titremesini ortadan kaldırması ve ergonomik olması gibi önemli avantajları mevcuttur.

Bu olgumuzda da hastanemize başvuran İPMN tanılı hastada robotik whipple ameliyatını video sunumuyla ele almaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** İntraduktal papiller müsinöz neoplazm, İPMN, Robotik whipple



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-037

## Dalak Kist Hidatiği Tedavisinde Minimal İnvaziv Cerrahi “Parsiyel Kistektomi, Omentopeksi”: Vaka – Video Sunumu

Mert Gedik, Fatih Öztoprak, Hasan Kumru, Mustafa Çelik, Abdullah Yıldız, Hüseyin Kerem Tolan  
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Dalak kistleri dalağın nadir görülen iyi huylu lezyonlarıdır, Sıklıkla asemptomatiktir ve görüntüleme çalışmaları sırasında tesadüfen keşfedilir. Dalak kistlerinin çoğu asemptomatik ve müdahale gerektirmese de, semptomatik kistlerde, büyük kistlerde veya malignitenin dışlanamadığı durumlarda cerrahi tedavi zorunlu hale gelir. Laparoskopik cerrahi, dalak kistlerinin tedavisinde minimal invaziv ve etkili bir yaklaşım olarak ortaya çıkmış olup, hastanede kalış süresinin kısalması, postoperatif ağrının azalması ve daha hızlı iyileşme gibi avantajlar sunmaktadır. Bu çalışmada dalak kist hidatiğinin laparoskopik tedavisini sunmayı amaçladık.

**Bulgular:** 32 yaşında erkek hasta üç ay önce başlayan zamanla progrese olan sol üst kadranda ağrısı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvuruyor. Yapılan fizik muayenede sol üst kadranda hassasiyet ve traube alanında matite alınıyor. Hastanın öyküsünde 2017 yılında karaciğer kist hidatik perforasyonu nedeniyle unroofing operasyonu geçirdiği öğreniliyor. Hastaya çekilen intra venöz (IV) ve oral kontrastlı bilgisayarlı tomografide (BT) dalak boyutları 111\*137\*154 mm'dir. Dalak orta kesiminde subkapsüler yerleşimli yaklaşık 112\*97\*119 mm boyutunda düzgün ve lobüle konturlu kalın duvarlı, İVKM sonrası duvarı kontrast tutulumu gösteren ve ekzofitik uzanımlı kistik lezyon görünümü izlenmesi ve tip 2 kist hidatik lehine ultrasonografik (USG) yorumu olması üzerine laparoskopik dalak koruyucu parsiyel kistektomi ve omentopeksi operasyonu yapılıyor. Hasta postoperatif dönemde 3 gün yatış sonrası taburcu ediliyor. Postoperatif 1.ay kontrolünde hastanın şikayetlerinin kalmadığı, laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinin normal olduğu izleniyor..

**Sonuç:** Kist hidatik en sık karaciğerde gelişmesine rağmen herhangi bir organda gelişebilir. Dalak kist hidatiğinin tanısı USG ve BT ile birlikte IHA, ELISA ve immünelektroforez gibi immünolojik testlerle başarıyla konulabilmektedir. Asemptomatik hastalarda antihelmintik ajanlar kullanılabilir. Semptomatik ve medikal tedaviye yanıtız hastalarda ise cerrahi tedavi endikedir. Cerrahi tedavi seçiminde dalak koruyucu minimal invaziv yöntemlerin seçimi hem postoperatif dönem iyileşme sürecini hızlandırmakta hem de total splenektomi komplikasyonlarını en aza indirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** dalak, kist hidatik, minimal invaziv cerrahi



**VB-039**

**Displastik Alanlar İçeren Kanamalı Gastrit Hiperplastik Polip - Nadir Görülen Mide Lezyonunda Endoskopik Tedavi**

Orkhan Verdiyev

*Doktor Nazif Bağrıaçık Kadıköy Hastanesi*

**Amaç:** Hiperplastik polipler fundik gland poliplerinden sonra en sık rastlanan mide polipleridir. Genellikle asemptomatik lezyonlardır. Reflü, dispepsi gibi şikayetlerle kendini gösterebilir ancak akut kanama gibi nadir bulguların olması da bazı yayınlarda bildirilmiştir. Çoğunlukla mide antrum bölgesinde yerleşen, 1cm'den küçük, pürüzsüz, mukozadan kabarık lezyonlar şeklinde görülür. Bu polipler benign neoplazmlar olarak değerlendirilse de düşük oranda malignite potansiyeli mevcuttur. Ayrıca polip ölçüsünün artması malignite ve displazi görülme oranını artırır. Gastrik hiperplastik polilerin hem kanamaya neden olması ve hem de malignite potansiyeli içermesi oldukça nadir bir durumdur. Bu bildiriye karşılaştığımız bu nadir vakanın endoskopik tedavisini göstermeyi amaçladık.

**Olgu:** Seksen iki yaşında kadın hasta dahiliye polikliniğine halsizlik, güçsüzlük şikâyeti ile baş vurdu. Başvurudan bir ay önce bir defaya mahsus siyah dışkılama olduğunu belirtti. Bilinen 12 yıldır tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı tanıları mevcut. İki yıl önce iki adet kardiyak stent takılmış (plavix kullanımı mevcut). Başvuruda Hgb:9 g/dl, Hct:%31, Plt:410, MCV: 76. Gastroskopi: Mide korpusunda yerleşen, yaklaşık 3cm ölçüde fungoid yapılı, Paris kalsifikasyonuna göre Ip olarak değerlendirilen, apeksinde hematin pıhtısı olan, non-granuler yapıda, gövdesinde yer-yer fibrin kalıntıları olan lezyon saptandı. Endoskopik Mukozal Rezeksiyon yapılarak polip çıkarıldı.

**Bulgular:** Patoloji sonucu 3,2x1,5x0,6 cm ölçülerinde gri beyaz renkte polipoid doku parçası. Fokal alanlarda orta-ağır displazi gösteren ülser aktif kronik iltihaplı lezyon, hiperplastik (nonneoplastik) polip. İşlem sonrası 6.ay kontrollerde Hgb:11, Hct:38. Kontrol endoskopide nüks izlenmedi.

**Sonuç:** Endoskopik girişimler polipoid mide lezyonlarının tedavisinde major cerrahiye ihtiyaç kalmadan güvenli şekilde uygulanmaktadır. Minimal invaziv olması, düşük maliyetli ve komplikasyon oranının düşük olması işlemin avantajıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, Endoskopik Mukozal Rezeksiyon, Mide Polibi, Hiperplastik Polip



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

**VB-040**

## **Laparoskopi Destekli Perkütan Endoskopik Gastrostomi (Hibrid PEG)**

Emre Sabuncu<sup>1</sup>, Murat Coşkun<sup>1</sup>, Elif Tutar<sup>1</sup>, Merve Yeşilsancak<sup>1</sup>, İbrahim Furkan Küçük<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

Mideye beslenme tüpü takılması, uzun süreli oral alımı olmayan hastalarda enteral beslenmeye olanak sağladığı için uygulanan yaygın bir prosedürdür. Cerrahi (Açık ya da laparoskopik), endoskopik ve radyolojik olarak yapılabilir. Endoskop veya nazogastrik tüpün özofagusa ve mideye geçirilmesinin mümkün olmadığı hastalarda enteral erişim sağlamanın tek yolu cerrahi gastrostomidir. Endoskopi sırasında, midenin süperiora konumlanması, transvers kolon veya karaciğer tarafından örtülmesi nedeniyle transillüminasyonun mümkün olmadığı durumlarda da cerrahi gastrostomi endikasyonu vardır. Konvansiyonel cerrahi gastrostomiler yüksek morbidite ile ilişkili olduğundan (Tüp etrafında gastrik sızıntı vb) laparoskopik yardımcı perkütan gastrostomi, enteral erişim sağlamak için daha iyi bir yol olabilir. Bu video sunumda biz de mideye endoskopik erişimi olup da transillüminasyon sağlanamadığı için PEG takılamayan hastamıza laparoskopi yardımcı perkütan endoskopik gastrostomi işlemini göstermek istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrostomi, Laparoskopi, Endoskopi, Beslenme



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-042

## İdiyopatik Akalazya (Tip II) Vakasının Endoskopik Balon Dilatasyon İle Tedavisi

Nurettin Şahin, Özden Canöz, Muhammed Musa Altuncu, Turgut Dönmez, Ahmet Sürek, Alpen Yahya Gümüšoğlu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Akalazya, disfaji, sindirilmemiş yiyeceklerin ağıza geri gelmesi, göğüs ağrısı, kilo kaybı ve solunum semptomları ile karakterize özofagusun bir motilite bozukluğudur. Akalazyanın en yaygın formu idiyopatik olanıdır. Tanı büyük ölçüde endoskopi, baryumlu yutma çalışması ve yüksek çözünürlüklü özofageal manometri (HRM) üzerine kuruludur. Semptomu kalmayan hastalarda baryumlu yutma ve tedavi sonrası manometri tedavinin başarısının iyi bir göstergeleridir. Az sayıda hasta tek bir tedavi ile iyileşebilir veya tekrarlanan prosedürler gerekebilir. Vakaların yaklaşık %90'ında laparoskopik Heller miyotomi gibi cerrahi müdahalelerle veya balon dilatasyon ve yakın zamanda uygulanan per-oral endoskopik miyotomi (POEM) gibi endoskopik tekniklerle disfajiden uzun vadeli rahatlama sağlanabilir. Yaş, cinsiyet ve HRM'ye göre manometrik tip tedaviye yanıtın öngörücüleridir. Yaşlı hastalar, kadınlar ve tip II akalazya, genç hastalar, erkekler ve tip III akalazya ile karşılaştırıldığında tedaviye yanıt daha iyidir.

**Gereç ve Yöntem:** Balon dilatasyon, hava dolu balonlarla alt özofagus sfinkter (LES) liflerini gerer ve yırtar. Endoskopide balon bir kılavuz tel üzerine yerleştirilir, LES boyunca konumlandırılır ve floroskopik kılavuzluk altında şişirilir. Genellikle 30 mm'lik bir balonla başlayan kademeli bir dilatasyon protokolü tercih edilir. Tedaviye verilen yanıt ve sıklık her alt tip için farklıdır. Tip II en yaygın olanıdır ve pnömotik balon dilatasyonu veya laparoskopik Heller miyotomi ile daha başarılı bir şekilde tedavi edilir.

**Bulgular:** 57 yaşında kadın hasta. Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, bartter sendromu, kronik böbrek yetmezliği, portal ven trombozu hastalıkları mevcut. 3 yıl önce geçirilmiş paraneoplastik limbik ensefalit tanısıyla takip edilmekteydi. Eski gastroskopilerinde özofagusta patoloji izlenmemişti. Son 6 aydır olan bulantı kusma şikayetiyle polikliniğimize yönlendirilen hastaya yapılan tetkiklerinde tip 2 akalazya tanısı kondu Hastaya endoskopik balon dilatasyon işlemi planlandı. Servisimize interne edilen hastaya endoskopik balon dilatasyonu yapıldı. İşlem sonrası sıkıntısı olmayan ve oral alımı normale dönen hasta taburcu edildi.

**Sonuç:** Tip II akalazya hastalarının tedavisinde endoskopik balon dilatasyon etkili ve güvenilir bir işlemdir.

**Anahtar Kelimeler:** akalazya, balon dilatasyon, endoskopi

## VB-044

### Mide Fundus Perforasyonunda Endoskopik Klips Uygulaması

Enes Malik Kocatürk<sup>1</sup>, İbrahim Furkan Küçük<sup>1</sup>, Murat Coşkun<sup>1</sup>, Hakan Demir<sup>1</sup>, Fehmi Çelebi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Kliniği

**Amaç:** Mide fundus perforasyonunda eksplorasyon ile saptanamayan perforasyon alanına endoskopik olarak konulan klips ile tedavi edilen hastanın sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Seksen iki yaş erkek hasta, bilinç kapalı entübe, genel durumu kötü şekilde acil polikliniğine dış merkezden sevk edilmiş. Fizik muayenede hasta oryante ve koopere olmadığından optimal şartlarda yapılamamış olmakla beraber akut karın bulguları saptanmadı. Laboratuvar Wbc:10.42 K/uL Hgb:14 g/dL Plt:149 Crp:0.86 şeklinde sonuçlandı. Bilgisayarlı tomografide intraperitoneal serbest hava saptandı (resim 1). Hastaya acil operasyon planı ile cerrahi yoğun bakım yatırışı verildi. Hasta gastrointestinal sistem perforasyonu ön tanısı ile operasyona alındı. Eksplorasyonda intraperitoneal serbest havayı açıklayacak organ perforasyonu saptanmadı, operasyona son verildi. Hasta yoğun bakım takibine alındı. Yoğun bakım takibinde postoperatif 2. Gününde hastaya gastroskopi yapıldı. Gastroskopiye mide fundusunda perforasyon alanı saptandı. Endoskopik olarak klips konuldu. Yoğun bakım takibinde ekstübe edildi. Yatışının 5.gününde stabil seyreden hastanın yoğun bakım takibi sonlandı ve servis takibine alındı. Takiplerinde stabil seyreden hasta postoperatif 9.gününde taburcu edildi.

**Sonuç:** Nadir bir klinik olarak karşımıza çıksa da cerrahi ile saptanamayan içi boş organ perforasyonları görülmektedir. Seçilmiş hastalarda minimal invazif tekniklerle perforasyonun tanı ve tedavisi mümkün olabileceğinden minimal invazif tekniklerin faydası akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** gastrointestinal sistem perforasyonu, endoskopik klips, minimal invazif tedavi

*Mide Fundus Perforasyonunda Endoskopik Klips Uygulaması*





## VB-045

### Roux-Y Gastrik Bypass Sonrası Gelişen Marjinal Ülserin Robotik Cerrahi ile Revizyonu; Video Olgu Bildirisi

Mehmet Zişan Songür, Sercan Yüksel, Hüsnü Ozan Şevik, Hasan Bektaş  
*Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Roux-y gastrik bypass, morbid obezite tedavisinde etkili bir cerrahi yöntem olarak kullanılmaktadır. Ancak bu cerrahi sonrasında hastaların bir kısmında komplikasyonlar veya kilo alımı gibi nedenlerle ek cerrahi müdahalelere ihtiyaç duyabilirler. Son yıllarda, robotik cerrahi teknikleri, minimal invaziv yaklaşımlar sunarak obezite cerrahisi komplikasyonlarının yönetiminde başarılı bir yöntem olarak gittikçe daha fazla kullanılmaktadır. Bu video olgu sunumunda bariatrik cerrahi ve revizyon cerrahisi geçirmiş hastada gelişen marjinal ülserin robotik yöntemle tedavisi sunulmaktadır.

**Bulgular:** 37 yaşında kadın hasta tekrarlayan karın ağrısı atakları ve midede yanma şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın 8 yıl önce morbid obezite nedeniyle sleeve gastrektomi ameliyatı ve geri kilo alımı nedeniyle 6 ay önce revizyon roux-y gastrik bypass ve kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Ek hastalığı yoktu. Yapılan üst gis endoskopisinde gastroenterostomi anastomozu ödemli ve anastomozda dev marjinal ülser saptandı. Helikobakter pylori eradikasyon tedavisi ve 1 sene boyunca ppi ile sükralfat kullanım öyküsü mevcuttu. Yapılan görüntülemelerde ek patoloji görülmedi. Hastaya robotik yöntemle remnant midenin rezeksiyonu ve roux-y özefagojejunostomi planlandı. Ameliyat sırasında yapılan eksplorasyonda gastroenterostomi hattının pankreas kapsülüne fikse ve yapışık olduğu saptandı. Robotik monopolar makas ile diseksiyon yapılarak pankreastan ayrıştırıldı. Remnant mide gastroenterostomi hattı ve marjinal ülseri içine alacak şekilde rezekte edildi. Rezeksiyon sırasında özefagogastrik bileşkede endoskopik bulgu vermeyen insidental saptanan ekzofitik solid kitle lezyon da piyese dahil edildi. Roux-y özefagojejunostomi yapıldı. Postoperatif 2. saatte sıvı rejim başlandı. Postoperatif 1. gününde yumuşak gıda, 2. gününde katı gıda başlandı. Postoperatif 4. gününde hasta taburcu edildi. Özefagus distalindeki lezyonun patolojisi leomiyom olarak saptandı. Remnant mide patolojisinde malignite saptanmadı.

**Sonuç:** Bu olgu sunumu, obezite cerrahisi sonrası meydana gelen komplikasyonlar ve revizyon cerrahilerinde robotik cerrahinin güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilirliğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik Cerrahi, Revizyon, Marjinal Ülser





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-046

## Duodenal Switch Ameliyatının Kemik Yoğunluğu Kaybı Nedeniyle Duodenoileal Interpozisyona Konversiyonu

Tuğrul Demirel

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

**Amaç:** Bu olgu sunumunda, duodenal switch (DS) sonrası kemik yoğunluğu kaybı nedeniyle duodenoileal interpozisyona (DII) konversiyon yapılan bir vakayı sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** 38 yaşındaki kadın hasta, 2013 yılında morbid obezite nedeniyle laparoskopik Sleeve Gastrektomi geçirdi ve 59 kg verdi. 2020 yılında %50'den fazla kilo geri alımı sonrası Duodenal Switch (DS) uygulandı. DS öncesi testlerinde normal DEXA ve 25(OH)D düzeyi 22 ng/ml, PTH 33 pg/ml olarak saptandı. Ameliyat sonrasında hasta 40 kg verdi ve takviye tedavileri düzenli olarak aldı. 12. ayda DEXA analizinde osteopeni görülmedi. DS'den iki yıl sonra hasta normal bir gebelik geçirdi. Ancak DS sonrası dördüncü yıl, sol femurda osteopeni ve artmış kırık riski saptandı. Haziran 2024'te yapılan eksplorasyonda alimenter urve 210 cm, ortak kanal 120 cm olarak ölçüldü. Biliopankreatik (BP) urve 790 cm uzunlukta idi. Alimenter urve, Trietz ligamanından 100 cm mesafeye yeniden anastomoz edildi ve ortak urve, BP urve kısaltılacak şekilde, 810 cm'e uzatıldı.

**Bulgular:** Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi. Hasta üç ayda 6 kg aldı ve vitamin-mineral replasmanına devam edildi. Bifosfonat başlanmadı ve birinci yılda DEXA ile takip planlandı.

**Sonuç:** Bu olgu, malabsorptif cerrahi sonrası izole kalsiyum metabolizması bozukluklarının ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Kemik yoğunluğu kaybı, tedaviye rağmen engellenemezse, absorptif kapasiteyi artıracak cerrahi revizyonlar erken dönemde planlanmalıdır. Duodenoileal İnterpozisyon, DS sonrası malabsorpsiyon komplikasyonlarının yönetiminde güvenli ve etkin bir revizyon seçeneği olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** duodenal switch, duodenoileal interpozisyon, metabolik cerrahi, osteopeni, osteoporoz



## VB-047

### Akalazyaya Tedavisinde Laparoskopik Heller Miyotomi

Muhammed Musa Altuncu, Turgut Dönmez, Ahmet Sürek, Direnç Berksel, Sina Ferahman, Alpen Yahya Gümüšoğlu  
*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

**Amaç:** Akalazyaya, tipik olarak özofagus peristaltizminin yokluğu ve yutma kaynaklı özofagus sfinkterinin gevşemesinin başarısızlığı ile karakterize edilen, özofagusun nadir görülen bir motor bozukluğudur. Akalazyanın yaygınlığı, milyon nüfus başına sekiz vakadır. Etiyolojik bir tedavi olmadığından semptomları hafifletmek için farklı farmakolojik ajanlar ve invaziv teknikler kullanılmıştır. Medikal tedaviye cevap vermeyen akalazyaya hastalarında minimal invaziv ameliyat (robotik/laparoskopik) etkin ve güvenilir bir yöntem olarak uygulanmaktadır.

**Olgu:** 35 yaşında kadın hasta 3 yıldır ilerleyici disfaji şikayetiyle başvurdu. Son 25 günde semptomları kötüleşti ve sindirilmemiş ve tutulan yiyecekleri kusmaya başladı. Daha önce varyant bir solunum problemi teşhisi konmuştu ancak semptomları ilaçla düzelmedi. Üst gastrointestinal endoskopi distal özofagustan (kesici dişlerden 38 cm) gıda tutulumu ile dilatasyon gösterdi. Akalazyaya tanısı kondu. Laparoskopik Heller miyotomisi yapıldıktan ve özofagusun açıklığı Dor fundoplikasyonu ile onarıldıktan sonra semptomları büyük ölçüde düzeldi.(Video)

**Sonuç:** Kendi deneyimlerimize dayanarak, Dor fundoplikasyonlu laparoskopik Heller miyotomisinin akalazyaya tedavisinde güvenli olduğuna ve iyi bir sonuç elde ettiğine inanıyoruz. İyi tolere edilir ve gerçek bir günlük vaka prosedürü olarak kabul edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** akalazyaya, heller miyotomi, Dor fundoplikasyonlu



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-048

## Akalazyaya Hastalarında Laparoskopik Cerrahi Deneyimimiz

Mert Gedik, Hasan Kumru, Fatih Öztoprak, Mustafa Çelik, Abdullah Yıldız, Hüseyin Kerem Tolan  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye E.A.H. Genel Cerrahi A.B.D., İstanbul*

**Amaç:** Akalazyaya, özofageal duvardaki miyenterik pleksustaki ganglion hücrelerinin ilerleyici dejenerasyonu sonucu alt özofageal sfinkterin (LES) gevşemesinin başarısız olması ve distal özofagusta peristaltizm kaybı ile seyreden nadir bir hastalıktır. Katılara (%91) ve sıvılara (%85) karşı disfaji ve sindirilmemiş yumuşak gıdaların veya tükürüğün (%76 ila 91) geri gelmesi en sık görülen semptomlardır. Semptomatik hastalarda özofagusta aperistaltizm, özofageal dilatasyon, baryumlu özofagus grafisinde kuş gagası görünümü tanısaldır. Medikal tedavide kalsiyum kanal blokörleri ve nitratlar kullanılabilir. Endoskopik tedavilerde Botulinum Toksin enjeksiyonları, balon dilatasyon ve peroral endoskopik myotomi yer alır. Altın standart cerrahi olup günümüzde Laparoskopik Heller Myotomi ve Fundoplikasyon kombine olarak uygulanmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** İşte biz bu çalışmada akalazyaya hastalarında laparoskopik cerrahi deneyimimizi paylaşmayı amaçladık. 2019-2024 yılları arasında kliniğimizde akalazyaya nedenli opere olan 6 hastanın verilerini retrospektif olarak inceledik.

**Bulgular-Sonuç:** Hastaların yaş ortalaması 48'idi. 5'i kadın 1'i erkekti. Laparoskopik Heller Myotomi 1 hastada Dor's Fundoplikasyon diğer 5 hastada Toupet Fundoplikasyon ile kombine edildi. Ortalama yatış süresi 5 gündü. Hastaların tümünde preop disfaji, 3'ünde kilo kaybı, 3'ünde kusma ve 1'inde reflü şikâyeti mevcuttu. Çekilen preop BT'lerde 1 hastanın özofagus distal kesimde difüz duvar kalınlaşması bir diğerinde özofagusta belirgin gıda içerikleri ve dilatasyon izlendi. Yalnızca 1 hastanın manometri tetkiki mevcutken tüm hastalara preop gastroskopi yapılmıştı. 1 hastada La Grade A özofajit ve sliding tipte hiatal herni olduğu görüldü. Hastaların 2'si balon dilatasyon, 3'ü endoskopik kardiyomiyotomi önerilmesine rağmen cerrahi tedaviyi tercih etti. 1 hasta Kalsiyum Kanal Blokörlerine ve Balon Dilatasyona dirençli disfaji nedeni ile opere edildi. 2 hastanın preop çekilen baryumlu pasaj grafisinde tipik olarak "özofagus proksimal ve orta bölümlerde belirgin dilatasyon, distal özofagus-kardia düzeyinde kalibrasyonda inceleme" izlendi. Hiçbir hastada perop komplikasyon olmadı. 1 hastada postop 14. günde hemoraji gelişti. Postop dönemde yalnızca 1 hastada persistan disfaji gelişti ve balon dilatasyon önerildi. Kilo kaybı şikayeti olan hastaların postop geç dönemde ortalama 20 kg aldığı görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, özofagus, akalazyaya



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-049

## Hiatal Herni Tedavisinde Collis Gastroplasti: Vaka – Video Sunumu

Mert Gedik, Fatih Öztoprak, Hasan Kumru, Mustafa Çelik, Abdullah Yıldız, Hüseyin Kerem Tolan  
*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Gastroözofageal reflü hastalığı (GERD) mide içeriğinin reflüsü rahatsız edici semptomlara ve/veya komplikasyonlara neden olduğunda gelişen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Mide ekşimesi, regürjitasyon, disfaji, larenjit, diş sorunları, erişkin başlangıçlı astım ve/veya aspirasyon pnömonisi gibi bir dizi spesifik olmayan semptomla kendini gösterir. GERD'nin yaygınlığı yüksektir ve dünya çapında artmaktadır. Bu sunumumuzda da GERD nedenli tetkik edilen tetkiklerinde hiatal herni saptanan ve collis gastroplasti yapılan hastamızı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 49 yaşında erkek hasta 1 yıl önce başlayan zamanla progrese olan retrosternal ağrı ve gastroparazi şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvuruyor. Yapılan endoskopide "Grade A Hiatal Herni" tespit ediliyor. Hastaya çekilen intra venöz (IV) ve oral kontrastlı bilgisayarlı tomografide (BT) sliding tip herni görülmesi üzerine semptomları da olan hastaya operasyon kararı veriliyor. Perop 4 cmlik paraözofagial herni ve sliding herni izleniyor ve mix tip herni olarak kabul ediliyor. Özofagusun kısa olması ve yeterli mobilizasyon sağlanamaması üzerine collis gastroplasty ve ve nissen fundoplikasyon yapılıyor. Hasta postoperatif dönemde 3gün yatış sonrası taburcu ediliyor. Postoperatif 1.yıl kontrolünde hastanın şikayetlerinin kalmadığı, laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinin normal olduğu izleniyor..

**Sonuç:** Kronik inflamasyon veya değişen anatomi nedeniyle kısalmış özofagusu olan hastalar fundoplikasyon için zorluk sunar. Yeterli özofageal mobilizasyonun neyi oluşturduğu konusunda görüşler farklılık gösterse de, intraabdominal özofageal uzunluğun artırılmasının hiatal herninin azaltılması, diyaframatik cruranın yaklaştırılması veya distal özofagusun diyaframın altına bağlanmasıyla da kolaylaştırılabileceği genel olarak kabul edilmektedir. Cerrahın özofageal mobilizasyon için gösterdiği en iyi çabalara rağmen intraabdominal özofagus <2 cm ise, fundoplikasyonla birlikte Collis gastroplastisi (özofageal uzatma prosedürü) yapılmalıdır. Collis gastroplastisi çeşitli transtorasik veya transabdominal tekniklerle gerçekleştirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** hiatal herni, collis gastroplasti, nissen fundoplikasyon



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

VB-051

## Laparoskopik İnkomplet Kolesistektomi-Video Olgu Sunumu

Fatih Öztoprak, Mert Gedik, Mustafa Çelik, Hasan Kumru, Abdullah Yıldız, Hüseyin Kerem Tolan  
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Laparoskopinin kolesistektomide altın standart olmasının ardından daha az karşılaşıldığı meta analizlerle ortaya konan inkomplet kolesistektomi olgularından bir örneği perop vaka görüntüsü eşliğinde deneyimimizi paylaşmak.

**Gereç ve Yöntem:** İnkomplet kolesistektomi sebebiyle re-opere olan hastanın laparoskopik perop vaka videosu düzenlenerek hazırlanmıştır.

**Olgu:** 10.10.2020 tarihinde semptomatik kolelitiazis tanısı ile Laparoskopik kolesistektomi yapılan 31 Yaş Hipotiroidi tanılı levotiron kullanım öyküsü mevcut.Batın cerrahisi öyküsü bulunmamaktadır.Aralık 2016 ve Ekim 2020 tarihlerinde ERCP yapılmış.Her iki işlemde de endoskopik sfinkterotomi ve koledoktan balonla taş süpürülmesi işlemi yapılmıştır. Stent yerleştirilmemiştir.Hastanın post-operatif dönemde mükerrer sağ üst kadranda ağrısıyla acil ve genel cerrahi poliklinik başvuruları üzerine yapılan hepatobiliyer us'de içerisinde kalkül imajları olan safra kesesi şeklinde raporlanmıştır.Hastaya inkomplet kolesistektomi ön tanısıyla tanısal laparoskopi kararı alınmıştır.Perop önceki laparoskopik kolesistektomide sistik kanaldaki hemolok klipslerin yerinde olduğu görüldü.Distalindeki sistik kanalın uzun ve genişlediği içerisinde kalkülerin olduğu görüldü.Sistik kanal koledoğa bağlantı yerine kadar diseke edilerek tekrar kliplenmiştir.

**Sonuç:** Laparoskopik kolesistektomi sonrası dönemde kolelitiazis semptomları gerilemeyen hastalarda inkomplet kolesistektomi ihtimali göz önünde bulundurularak hastanın post-op dönemde yakın takip edilmelidir.Endikasyon dahilinde tamamlayıcı cerrahilere ihtiyaç duyulabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnkomplet, Laparoskopi, Kolesistektomi



**17** Ulusal  
**Endoskopik Laparoskopik Robotik**  
**Cerrahi Kongresi**  
Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

**VB-052**  
**Situs İversus Totalisli Hastada Güvenli Kolesistektomi**

Taşkın Avcı, Sefa Ergün

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Situs İversus totalis, hem karın hem de göğüs organlarının ayna görüntüsü transpozisyonu ile karakterize, 1:10.000 sıklığında görülen konjenital bir anomalidir.

Kolelitiazis tanısı alan hastalarda altın standart tedavi olan laparoskopik kolesistektomi, situs inversus totalisli hastalarda özellikle sağ elini kullanan cerrahlar açısından zorluklar yaratabilir.

Bu olguda kliniğimize başvurmuş olan 50 yaşındaki situs inversus totalis ve kolelitiazis tanılı kadın hastada yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sunuldu ve ek olarak port yerlerinin cerraha sağladığı faydalar değerlendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** kolelitiazis, laparoskopik, situs inversus



**17** Ulusal  
**Endoskopik Laparoskopik Robotik**  
**Cerrahi Kongresi**  
Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

# POSTER BİLDİRİLER



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

PB-003

## Kendimi Güvende Hissediyorum: Ameliyat Sonrası Uykusuzluk, Kaygı Ve Ağrının Yönetiminde Ağırlıklı Battaniyelerin Potansiyeli

Arzum Çelik Bekleviç<sup>1</sup>, Büşra Ecem Kumru<sup>2</sup>, Dilek Aygün<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ameliyathane Hizmetleri Programı, Zonguldak

<sup>2</sup>Üsküdar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Evde Hasta Bakım Programı, İstanbul

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sakarya

**Amaç:** Cerrahi işlemler sonrasında hastalarda kaygı, uyku bozukluğu ve ağrı gibi birçok olumsuzluk görülebilmektedir. Bu durumda iyileşme sürecini hızlandırmak ve yaşam kalitesini artırmak için bu olumsuz deneyimler uygun şekilde yönetilmelidir. Geleneksel uyku, ağrı ve kaygı yönetimi teknikleri arasında farmakolojik tedaviler, nefes egzersizleri, müzik terapileri ve gevşeme yöntemleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda, ağırlıklı battaniyeler gibi alternatif yöntemlerin uyku kalitesine, kaygı ve ağrı düzeyine olumlu etkilerini ele alan çalışmalar dikkati çekmektedir. Bu derleme çalışmasında, ameliyat edilen hastalarda ağırlıklı battaniyelerin uyku kalitesi, kaygı ve ağrı üzerine etkileri incelendi.

**Gereç ve Yöntem:** tanımlayıcı tipte olan çalışma için “ağırlıklı battaniye, ağrı, kaygı, uyku ve hemşirelik bakımı” anahtar kelimeleri ile arama yapıldı ve son on yıla ait on dört çalışmanın tam metnine ulaşıldı.

**Bulgular:** Ağırlıklı battaniyeler, vücuda proprioseptif girdi sağlamak amacıyla ağırlıklı malzemelerle tasarlanmış terapötik araçlardır. Derin basınç uyarımı (deep pressure stimulation) parasempatik sinir sistemini aktive ederek rahatlatıcı nörotransmitterlerin salgısı artırır ve hastada rahatlama hissi yaratır. Literatürde battaniyenin sağladığı derin basınç uyarımının etkili ve rahatlatıcı olmasına yardımcı olacak ideal ağırlığın “hastanın vücut ağırlığının %10’u kadar” olması gerektiği belirtilmektedir. Bu ağırlıktaki battaniyeler, proprioseptif geri bildirim ile ağrı ve kaygı algısını azaltırken, vücuda uygulanan hafif basınç ile rahatlatıcı bir sarılma veya sıkı bir kucaklamaya benzer bir his yaratarak uyku kalitesini arttırmaktadır. Bu nedenle battaniyelerin uygun ağırlıkta olması önem taşımaktadır. Literatüre göre, uzun süreli basınca maruz kalmanın yatak yarası ve eşlik eden başka sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir. Ağırlıklı battaniyeler ve basınç yaraları arasındaki doğrudan ilişkiyi inceleyen spesifik çalışmalar henüz bulunmamaktadır.

**Sonuç:** Cerrahi müdahale geçiren hastalarda uyku bozukluğu, kaygı ve ağrıya yönelik hemşirelik bakımı kritik bir role sahiptir. Bu alternatif tedavi yöntemi, hastaya kendini güvende hissettirerek doğal bir rahatlama sunmakla birlikte bu battaniyelerin faydalı olduğuna ilişkin kanıt sunabilecek daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** ağırlıklı battaniye, ağrı, hemşirelik bakımı, kaygı, uyku





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

PB-008

## Body Art ve Cerrahi: Perioperatif Hemşirelikte Vücut Modifikasyonların Yönetimi ve Risklerin Önlenmesi

Arzum Çelik Bekleviç<sup>1</sup>, Dilek Aygün<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ameliyathane Hizmetleri Programı, Zonguldak

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sakarya

**Amaç:** Body art; dövme, piercing, deri germe-şekillendirme, transdermal ve subdermal implantlar, skarifikasyon, diş takıları ve tırnak sanatı (nail art) gibi kişinin vücuduna estetik, dini ve kültürel ifadeler eklemeyi amaçladığı bir sanattır. Daha çok kendini ifade edebilme, moda uyma, aidiyet duygusunu geliştirme gibi nedenler ile tercih edilmekte ve giderek popüler hale gelmektedir. Bu tanımlayıcı çalışmada, cerrahi planlanan "Body art" hastalarının vücut modifikasyonlarının yönetimi ve olası risklerin önlenmesinde cerrahi hemşiresinin rolünün incelenmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** "Body art, cerrahi, komplikasyon, cerrahi risk, hemşirelik bakımı" kelimeleriyle tarama yapıldı. Yedi makaleye ulaşıldı.

**Bulgular:** Body art uygulamalarının yaygınlaşması, hastaların ameliyata, dövme, vücut takıları ve tırnak süslemeleri ile gelme olasılığını arttırmakta ve bu hastaların hemşirelik bakımını daha özel kılmaktadır. Perioperatif süreçlerde vücut modifikasyonlarına bağlı, aspirasyon, enfeksiyon, ağrı, elektrokoter yanıkları, cilt yırtılması, enstrümanların yerleştirilememesi (nazogastrik sonda ve üriner kateter vb.) inflamatuvar reaksiyonlar ve kanama gibi birçok komplikasyon görülebilmektedir. Bu nedenle cerrahi hemşireleri bütüncül bakım ilkelerince ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında fiziksel, psikolojik olası riskleri belirlemeli, hastaların vücut sanatının olup olmadığını önceden belirleyerek, perioperatif ekibin güvenli tedavi ve bakım sunmasına katkı sağlamalıdır. Body art uygulamalarında hemşirelik bakımı planlanırken; hastalarla güven ilişkisi kurularak vücut modifikasyon durumları hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Modifiye edilen alanda gelişebilecek cerrahi riskler (kanama, şişlik, yanık vb.) hususunda bilgilendirilmelidir. Vücut takılarını çıkarmayı reddeden hastalar için protokoller geliştirilmelidir (geniş pedlerle koruma, takı bölgesini işaretleme vb.). Hava yolunu tıkama ihtimali olan takılar ve floroskopik zarara neden olabilecek dövmeler önceden belirlenerek perioperatif ekip bilgilendirilmelidir.

**Sonuç:** Body art ve cerrahi müdahaleler, hemşirelik bakımında özel dikkat gerektiren bir konudur. Hastalar ile güçlü ve etkili iletişim kurularak, özellikle gizlenen mahrem bölgelerdeki vücut sanatına ilişkin veriler eksiksiz alınmalıdır. Hemşireler perioperatif süreçte komplikasyonların erken tespitine, gerekli önlemlerin alınmasına ve hasta eğitimine odaklanarak bütüncül yaklaşımla bakım kalitesini artırmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** body art, cerrahi, cerrahi risk, hemşirelik bakımı, komplikasyon

**PB-011**

**Laparoskopik periton diyaliz kateteri takılmasının erken ve uzun dönem sonuçları:  
Ekstraperitoneal Tünelizasyon ve Omentopeksi Tekniği**

Muhammed Furkan Arslan<sup>1</sup>, Nejdet Yıldız<sup>1</sup>, Hüseyin Kılavuz<sup>1</sup>, Feyyaz Güngör<sup>1</sup>, Murat Demir<sup>1</sup>,  
Birkan Bozkurt<sup>1</sup>, İdris Kurtuluş<sup>1</sup>, Gürsel Yıldız<sup>2</sup>, Elif Elzem Özer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Periton Diyaliz Merkezi, Periton Diyaliz Hemşireliği, İstanbul

**Amaç:** Periton diyalizi (PD), akut ya da kronik böbrek yetmezliğinde periton boşluğuna doldurulan hipertonic bir sıvı sayesinde kandaki fazla sıvı ve toksik maddeleri ultrafiltrasyon yöntemi ile geri alınması esasına dayanan bir işlemdir. Diyalizatın infüzyonu ve drenajı için bir kateter gereklidir. PD, bir kateterin karın duvarından yerleştirilmesi ve ucunun ideal drenaj yeri olan pelvik boşluğa yerleştirilmesiyle gerçekleştirilir. Bu sunumda laparoskopik yöntemle ekstraperitoneal tünelizasyon ve omentopeksi tekniği ile periton diyaliz kateteri (PDK) takılmasının erken ve uzun dönem sonuçlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde 01.11.2022-01.08.2024 tarihleri arasında nefroloji kliniğinde böbrek yetmezliği nedeniyle periton diyalizi planlanan ve genel cerrahi kliniğinde laparoskopik yöntemle PDK takılan hastalar çalışmaya dahil edildi. PDK genel anestezi altında göbek üstü bir adet 10mm kamera trokarı ve sağ taraftan bir veya iki adet 5mm çalışma trokarı kullanılarak gerçekleştirildi. Göbek hizası 2cm alt, 2cm lateralden bir insizyon ile rektus posteriorunda oluşturulan yaklaşık 5-6cm tünel yardımıyla kateter pelvise yerleştirildi (Resim 1).

**Bulgular:** Toplam hasta sayısı 17 olup 12'si (%70) erkek, 5'i (%30) kadındı. Ortalama yaş 43,8 (20-73) ve anestezi süresi hariç ortalama ameliyat süresi 29dk olarak bulundu. 15 hastanın batın sol tarafına omentopeksi işlemi yapıldı. İntraoperatif komplikasyon izlenmedi. Yatış süresinde 1 hastada insizyon yerinde geçici hematoma görüldü. Diyalizat kaçağı, kateter ilişkili komplikasyonlar (enfeksiyon, migrasyon ve tıkanma), peritonit gibi majör komplikasyonlardan hiçbiri görülmedi. Takip süresinde 6 hastada kronik hastalıklarına bağlı exitus izlendi. Devam eden 11 hastanın 1'inde kateter çalışmaması nedeniyle birinci yılında laparoskopik adezyolizis uygulandı.

**Sonuç:** PD ilk kez 1959'da kullanıldı. Henry Tenckhoff 1968'de açık cerrahi tekniği kullanılarak yerleştirilen bir kateteri tanımladı. Açıklanan bazı laparoskopik yerleştirme teknikleri kateter başarısızlığı riskini en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Bir rektus kılıf tüneli (RKT) yoluyla PDK yerleştirilmesi, komplikasyonlarını azaltan ve kateter sağkalımını iyileştiren yöntem olarak savunulmaktadır. Bu nedenle çalışmamızdaki tüm hastalara laparoskopik yöntemle RKT ve omentopeksi tekniği ile PDK takıldı. Laparoskopik teknik, direk görüş imkanı ile kateterin en doğru şekilde yerleştirilmesini sağlar, kateter ömrünü uzatır, migrasyon ve obstrüksiyon riskini azaltır, bu nedenle güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, periton diyalizi, tenckhoff kateteri

*Resim 1*



*Tünelizasyon ile pelvise yerleştirilen kateterin görünümü*

**PB-019**

**Wilkie sendromunda Laparoskopik Duodenojejunostomi prosedürü**

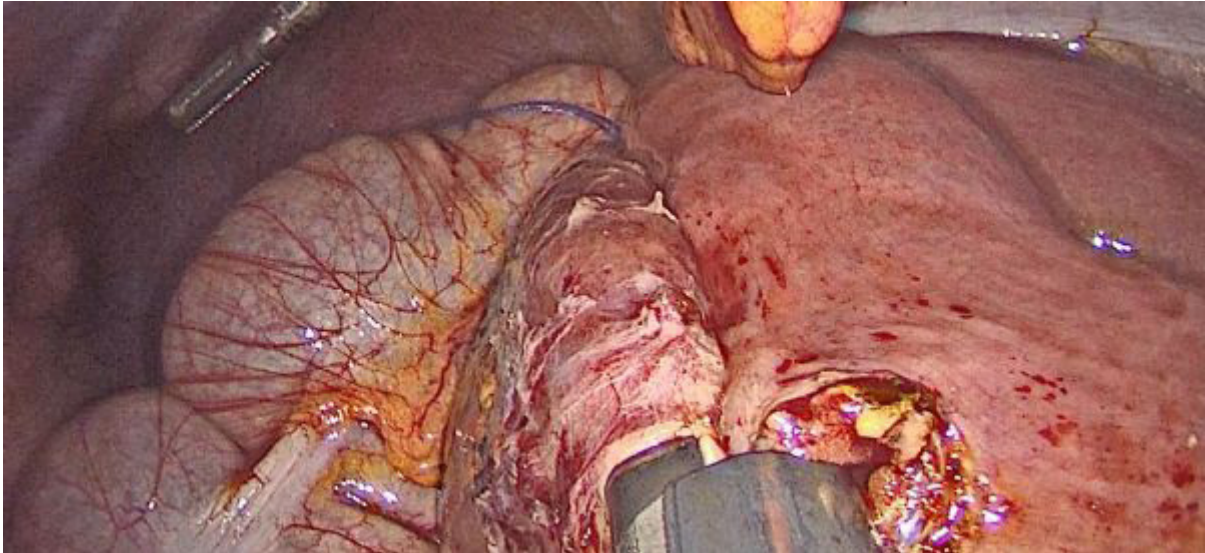
Vedat Kaplan, Hasan Elkan, Mehmet Sait Berhuni  
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

Superior Mezenterik Arter(SMA) sendromu olarak bilinen Wilkie sendromu duodenum üçüncü kıtasının abdominal aorta ve SMA'nın proximal kısmı arasında sıkışmasına bağlı olarak klinik veren nadir bir tablodur. Hastalarda kilo kaybı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve epigastrik bölgede ağrı ve şişkinlik gibi şikayetler gözlenebilmektedir. Tanı klinik ve bilgisayarlı tomografide(BT) aortomezenterik açıklığın 20 derecenin altında olması, aortomezenterik mesafenin 8 milimetreden(mm) daha kısa olması ve görüntüleme tetkiklerinde mide ve duodenum proximalinin dilatasyonu ile konulur. Trietz ligamanının bozularak duodenum ve aorta arasındaki mesafenin genişletilmesi gibi radikal cerrahiler ve gastrojejunostomi uygulanmış olsa da başarı oranları düşük, komplikasyon oranları yüksektir. Yaygın olarak kullanılan cerrahi prosedür duodenojejunostomidir. Biz de SMA sendromu(Wilkie) tanısı koyduğumuz ve laparoskopik duodenojejunostomi prosedürünü uyguladığımız olgumuzu video sunum şeklinde sunuyoruz.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta yaklaşık 6-7 yıldır mide bulantısı, kusma ve reflü semptomları ile birçok hastane başvurusu olmuş. Medikal tedaviyle şikayetleri gerilememiş. Son altı ayda 70 kilodan 40 kiloya düşmüş. Çekilen batın BT'de mide pitotik olduğu ve duodenumun proximalinin dilate olduğu görüldü. Aortomezenterik mesafe 4 mm ve aortomezenterik açıklık 10.2 derece olarak ölçüldü ve hastaya Wilkie sendromu tanısı konuldu. Hastaya laparoskopik duodenojejunostomi prosedürü uygulandı. Postoperatif serviste nazogastrik sonda ile takip edildi. Üçüncü gün nazogastrik sondası çekilerek orali açıldı. Postoperatif beşinci günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Duodenojejunostomi, SMA sendromu, Wilkie sendromu

*wilkie sendromu - laparoskopik duodenojejunostomi*



**PB-021**  
**ESD Sonrası Batın İçi Serbest Hava**

Burcu Çanakçı, Dilan Pehlivan, Merve Aktaş, Kayahan Eyüboğlu, Mehmet Uluşahin  
*KTÜ Farabi Hastanesi*

Kolorektal kanser taramalarının yaygınlaşmasıyla, endoskopik yöntemlerle tanı konan ve çıkarılan lezyonların sayısı artmıştır. Bu lezyonların yönetiminde endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) ve endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) önemli rol oynamaktadır. Her iki prosedürde de en önemli komplikasyon perforasyon olup, EMR'de %0.09-3.1, ESD'de %1.4-20.4 oranında görülmektedir.

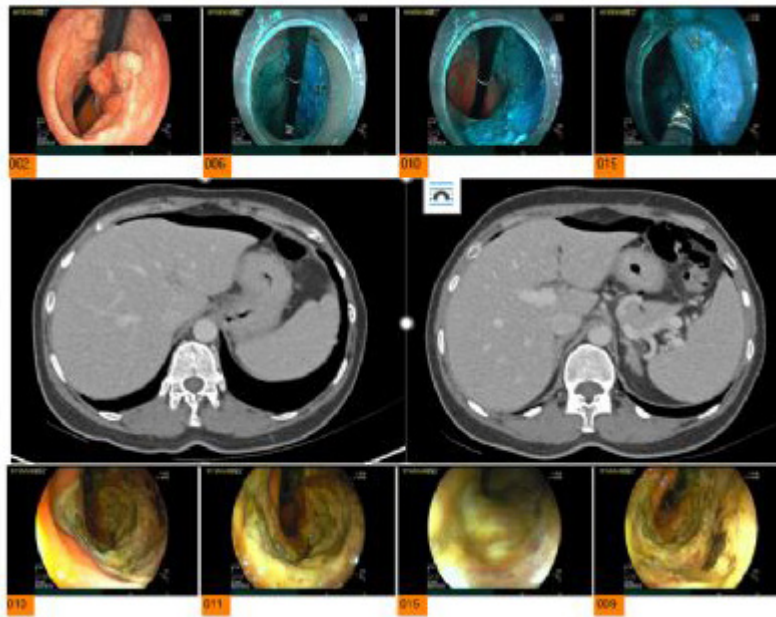
Perforasyon, kas tabakasının tamamen zarar görmesi olarak tanımlanırken, derin mukozal hasar (DMI) submukozal tabakanın kısmi zarar görmesiyle karakterizedir. Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği (ESGE) kılavuzlarına göre, endoskopik iatrojenik perforasyonun tanı ve tedavisinde endoskopik kapama önerilmektedir. Perforasyon olmadan da intraabdominal serbest hava görülebilir ve bu durum genellikle medikal tedaviye iyi yanıt vermektedir.

Olgu sunumunda, 2 gün önce ESD ile polip lezyon eksizyonu yapılan 53 yaşındaki kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Yapılan tetkiklerde serbest hava saptanmış, ancak batın muayenesinde patoloji bulunmamıştır. Hastada öncelikli olarak cerrahi planlanmamış olup takip amaçlı genel cerrahi servisine interne edildi. 1 gün sonra hasta kontrol kolonoskopi ile değerlendirildi. ESD tabanı görüldü. üzeri eksuda ile kaplıydı, perforasyon saptanmadı. oral kapalı olarak takip edilen hasta postop 4. gününde çekilen kontrol tomografide batın içindeki serbest havada azalma olmakla beraber batın içindeki sıvıda da artış görülmemiş.

ESD işlemi sonrası görülen serbest hava, perforasyon belirtisi olmayabilir; hastanın durumu medikal tedaviyle başarılı şekilde yönetilmiştir. Cerrahi girişim kararı verilirken, hastanın klinik durumu, laboratuvar sonuçları ve fizik muayene bulguları dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu olguda, cerrahi müdahaleye gerek kalmadan medikal tedaviyle başarı sağlanmış, hasta komplikasyonsuz olarak taburcu edilmiştir. Multidisipliner yaklaşım, morbidite ve mortaliteyi azaltmada önemli rol oynamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** esd, perforasyon, kolonoskopi

*tomografi ve kolonoskopi görüntüleri*



**PB-022**

**Laparoskopik TAPP Cerrahisinde Öğrenme Eğrisi: Yeni Başlayan Cerrahlar İçin Bir Deneyim Analizi**

Abdullah Boğa

*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kütahya*

**Amaç:** İnguinal herni onarımı dünyada en sık gerçekleştirilen cerrahi işlemler arasında yer almaktadır. Laparoskopik inguinal herni onarımı, açık cerrahiye göre daha az postoperatif ağrı, daha hızlı iyileşme ve daha düşük nüks oranları gibi avantajlar sunmaktadır. Laparoskopik herni onarımlarında becerilerin gelişmesi ve optimal sonuçların elde edebilmesi için belirli bir öğrenme eğrisinin tamamlanması gerekmektedir. Bu çalışmada meslek hayatının ilk yılında laparoskopik TAPP inguinal herni onarımı yapan bir cerrahın öğrenim eğrisini değerlendirmektedir.

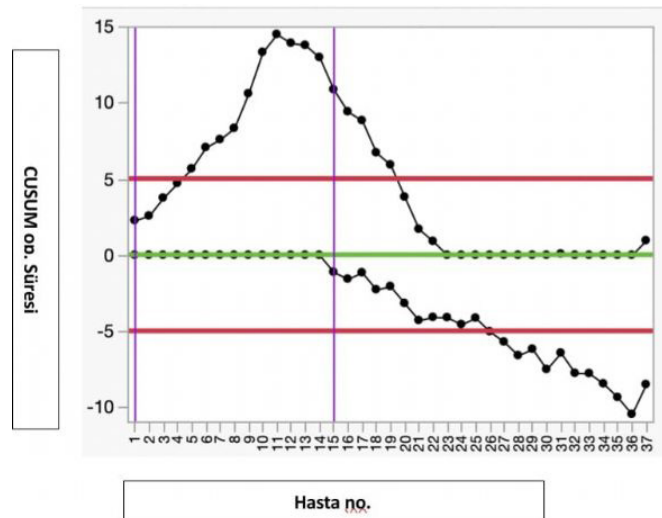
**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma 2022-2023 yılları arasında tek bir merkezde ve tek bir cerrah tarafından gerçekleştirilen ardışık, tek taraflı laparoskopik TAPP tekniği ile inguinal herni onarımı yapılan 37 hastadan oluşmaktadır. Operasyon süreleri, cerrahın öğrenme eğrisini değerlendirmek amacıyla Kümülatif Toplam(CUSUM) metodu kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Yaşları median 50(23- 72) olan toplam 37 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların çoğunluğu erkekti(%89,18) ve vücut kitle indeksi ortanca 24,5(19-29) kg/m<sup>2</sup> idi. En sık izlenen komorbidite hipertansiyondu (%13,51). En sık izlenen inguinal herni tipi indirektti (%62,16) ve çoğunluğu sağ taraf yerleşimliydi (%64,86). Operasyon süresi ortanca 75 (40-155) dakikaydı. Ardışık vakalar operasyon süresine göre değerlendirildiğinde 15.vakadan sonra öğrenme eğrisinin tamamlandığı görüldü.

**Sonuç:** Bu çalışma, laparoskopik TAPP inguinal herni onarımında cerrahın öğrenim eğrisini analiz ederek, cerrahi deneyiminin operasyon süresi üzerindeki etkisini ortaya koymuştur. Meslek hayatının ilk yılındaki genel cerrahın ameliyat ettiği 37 tek taraflı TAPP vakası değerlendirildiğinde cerrah deneyim kazandıkça operasyon süresinin kısaldığı ve öğrenim eğrisinin 15.vaka sonrasında tamamlandığı saptanmıştır. Bu bulgu, TAPP tekniğinin etkin bir şekilde öğrenilebilmesi için belirli bir vaka sayısına ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** fitik cerrahisi, laparoskopik TAPP tekniği, öğrenme eğrisi

*Vaka-Operasyon Süresi CUSUM Analizi Grafiği*





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

PB-023

## İatrojenik Kolon Perforasyonunda Laparoskopik Onarım

Muhammed Alperen Taş, Saim Taşpınar, Abdullah Boğa, Ali Cihat Yıldırım  
*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kütahya*

**Amaç:** Kolonoskopi kolorektal hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde sıklıkla kullanılan güveli bir yöntemdir. Ancak nadiren de olsa kanama veya perforasyon gibi hayatı tehdit edici komplikasyonlar meydana gelmektedir. Tarama amaçlı kolonoskopi sayılarında artış ve endoskopik terapötik işlemlerin artışı komplikasyonların sayısında artışa neden olmaktadır. Perforasyonun tedavisinde sıklıkla açık cerrahi tercih edilmekle birlikte erken dönemde tanı koyulan hastalarda laparoskopik cerrahi minimal invaziv cerrahinin getirdiği avantajlar göz önüne alındığında güvenli bir seçenektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma için kliniğimizde tedavi edilmiş hastanın kliniği, endoskopik ve intraoperatif görüntüleri değerlendirilmiştir.

**Olgu:** Bilinen diyabet, hipertansiyon, astım ve pulmoner emboli öyküsü olan 62 yaşında kadın hasta tarama amaçlı kolonoskopi yapılırken zorlu manipülasyona bağlı perforasyon meydana geldi. Hastada akut batın kliniği gelişmesi üzerine hasta acil operasyona alındı. Eksplorasyonda sigmoid kolon tama yakın ayrılmış izlendi. Laparoskopik olarak çift kat primer onarıldı. İntraoperatif kolonoskopi ile onarılan yer değerlendirildi. Hasta postoperatif 9.günde taburcu edildi.

**Sonuç:** İatrojenik kolon perforasyonları morbidite ve mortaliteye yol açan komplikasyonlardır. Mortalite sıklıkla geç tanı almış vakalarda meydana gelmektedir. Kolonoskopide meydana gelen perforasyonlarda barotravma, mekanik hasar ve termal hasar çoğu zaman neden olan mekanizmalardır. Perforasyon en sık kolon patolojilerinin sık izlendiği sigmoid kolonda meydana gelir. Tanı genellikle kolonoskopi sonrası hemen koyulur. İşlem sırasında epiploik apendiks, mezenter ve komşu organların görülmesi perforasyonda tanı koymayı hızlandırır. Perforasyonun tedavisinde konservatif, endoskopik ve cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Cerrahi prosedür olarak primer onarım, kolon rezeksiyonu veya stoma açılması gibi farklı seçenekler düşünülebilir. Laparoskopik cerrahi daha kısa hastanede yatış süresi, barsak fonksiyonlarına erken dönüş, daha az perioperatif morbidite ve daha iyi kozmetik sonuçlarla ilişkilidir. Ancak laparoskopik onarımın güvenliğinde şüphe olması halinde açık cerrahiye geçilmekten kaçınılmamalıdır. Laparoskopik eksplorasyonun erken uygulanması inflamasyonun yayılmasına, rezeksiyon veya ostomi açılması gibi daha invaziv işlemlerin yapılmasına engel olacaktır. Deneyimli ellerde iatrojenik kolon perforasyonlarının onarımında laparoskopik yaklaşım açık yaklaşıma alternatif kabul edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** kolonoskopi, laparoskopik, perforasyon



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

PB-024

## Adezyonel İnce Barsak Tıkanıklıklarında Laparoskopik Adezyolizis

Muhammed Alperen Taş, Abdülkadir Çamlı, Abdullah Boğa, Ali Cihat Yıldırım  
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kütahya

**Amaç:** Adezyonel ince barsak tıkanıklıkları acil serviste sıklıkla görülen cerrahi durumlardan biridir. Hastalar sıklıkla karın ağrısı, kusma, şişkinlik ve dışkılamama ile acil servise başvurular. İnce barsak tıkanıklıklarının yaklaşık %65-80'i adezyonlara bağlı gelişmektedir. Adezyonlara bağlı meydana gelen bağırsak tıkanıklıkları genellikle geçirilmiş abdominopelvik cerrahinin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. İntraabdominal cerrahi geçirmiş hastaların yaklaşık %14-17'sinde iki yıl içerisinde bu durum meydana gelmektedir. Hastaların çoğunluğu oral alımın engellenmesi, dekompresyon ve analjezi ile düzelerken önemli bir kısmı için cerrahi gerekecektir. Konservatif tedaviden 48-72 saat içinde fayda görmeyen stabil hastalarda tedavide cerrahi seçenekler düşünülmelidir. Bu hastalarda standart cerrahi açık adezyolizis yaklaşımı olup seçilmiş vakalarda laparoskopik adezyolizis tercih edilebilir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma için kliniğimizde tedavi edilmiş hastanın kliniği, radyolojik görüntüleri ve intraoperatif görüntüleri değerlendirilmiştir.

**Olgu:** Daha öncesinde apendektomi, ince barsak tıkanıklığı nedeniyle barsak rezeksiyonuyla birlikte ileostomi açılması ve ileostomi kapatılması öyküsü olan 36 yaşında erkek hasta bir gündür olan karın ağrısı ve kusma nedeniyle acil servise başvurdu. Yapılan batin muayenesinde batında yaygın hassasiyet izlendi. Hastanın abdomen BT'de ince barsak anslarında hava-sıvı seviyesi ve dilatasyon izlendi. Hasta adezyonel ince barsak tıkanıklığı tanısıyla yatırıldı. Hastanın oral alımı kısıtlandı, intravenöz hidrasyon ve nazogastrik dekompresyon uygulandı ancak hastanın tedavisinin 48.saatinde klinik tablonun düzelmemesi üzerine laparoskopik adezyolizis planlandı. Laparoskopik bakıda ince barsak anslarında dilatasyon, jejunoileal anslar arasında adezyonlar izlendi. Adezyolizis yapıldı. Hastanın klinik semptomlarında gerileme olması üzerine hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi.

**Sonuç:** Adezyonel ince barsak tıkanıklıklarında açık adezyolizis standart tedavi yöntemi kabul edilmektedir. Geçmişte laparoskopide batin eksplorasyonun zorluğu ve distandü barsakta yaralanma riski nedeniyle güvenli görülmemektedir. Ancak bu hastalarda laparoskopik yaklaşımla hastanede yatış süresi daha kısa, barsak fonksiyonlarında geri dönüş daha hızlı, yara yeri enfeksiyonu, pnömoni insidansı, postoperatif ağrı, morbidite ve mortalite daha düşük olduğu görüldü. Seçilmiş vakalarda laparoskopik adezyolizis, minimal invaziv cerrahinin getirdiği avantajlar ve laparoskopik prosedürlerde tecrübelerin artması nedeniyle artık açık adezyolizise göre kullanılabilir etkin ve güvenilir bir alternatiftir.

**Anahtar Kelimeler:** adezyon, ince bağırsak, laparoskopi

## PB-025

### Situs Inversus Totalis Tanılı Hastada Akut Kolesistit'in Yönetimi: Olgu Sunumu

Emrecaan Deniz, Yasin Nalbantlar, Görkem Yıldız, Tuğba Matlim Özel, Sezer Akbulut, Aykut Çelik, Serkan Sarı  
*Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** Situs inversus totalis (SIT), popülasyonda 1/10.000'lik bir insidansa sahiptir. Kadın-erkek ilişkisi 1:1,5'tir. (1) Tek başına asemptomatik olmakla birlikte akut kolesistit gibi bir durum eşlik ettiğinde semptomlar, ağrı lokalizasyonu gibi yanıltıcı durumlar sebebiyle tanıyı güçleştirir. (2-3)

Bu olgu sunumunda SIT tanılı hastada akut kolesistit gelişmesi durumunda izlenen tanı ve tedavi yaklaşımımızı sunduk.

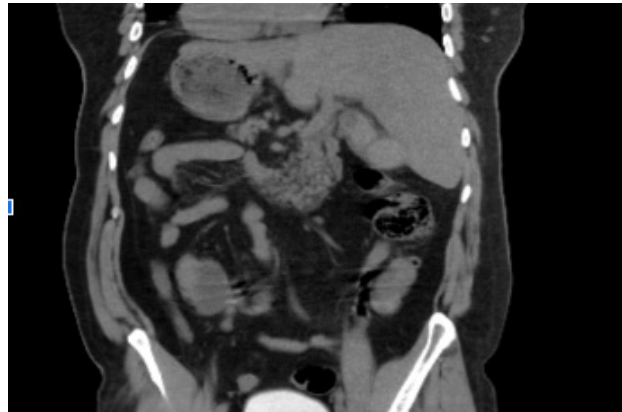
**Olgu:** Bilinen ek hastalığı olmayan 40 yaş erkek hasta 4 gündür olan bulantı, kusma ve sol üst kadranda ağrısı ile acil servise başvurdu.

SIT tanısı mevcut olan hastanın fizik muayenesinde sol üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide (BT) karaciğer sol yerleşimli, safra kesesi lümeni dansitesi artmış, safra kesesi hidropik görünümde ve duvar kalınlık artışı mevcut olup bulgular akut kolesistit lehine izlendi. (Resim 1) Hasta servise yatırıldı. Hikayesi 4 günlük olması sebebiyle kolesistostomi takılması kararlaştırıldı. Kolesistostomi ve intravenöz antibiyoterapi ile takip edilerek semptomların ve akut faz reaktanlarının gerilemesi üzerine hasta taburcu edildi. 3 ay poliklinik takibi tamamlanan hastaya safra kesesi değerlendirilmesi için kontrol BT çekildi, görüntülemeler vasküler anomali ve safra yolları anomalileri açısından değerlendirilerek anomali olmadığı kesinleştirdikten ve akut kolesistit tablosu olmadığından emin olunduktan sonra operasyon kararı alınarak hastaya laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Trokarlar normal giriş pozisyonlarına göre median hattan sol kadrana simetrik şekilde konumlandırıldı. (Resim 2) Cerrahi teknik rutinle aynıydı. Kolesistostomi operasyon esnasında Calot üçgeninin diseksiyonu, normal pozisyonlarında olan sistik arter ve kistik kanalın klipslenmesi sonrasında çıkarıldı. (Resim 3) Operasyon komplikasyonsuz olarak tamamlandı. Operasyon süresi normal anatomiye sahip elektif kolesistektomi yapılan hastalarla benzerdi. Hasta postoperatif 1. gününde taburcu edildi.

**Sonuç:** Nadir bir akut sol üst kadranda ağrısı sebebi olan SIT hastalarında akut kolesistit; ağrı lokalizasyonu sebebiyle tanıyı güçleştirmektedir. SIT tanılı hastalarda akut kolesistit tanı tedavi süreci deneyimli merkezlerde normal anatomiye sahip hastalarla benzer şekilde yönetilebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kolesistit, laparoskopik kolesistektomi, situs inversus

Resim 1



Karın organlarının transpozisyonunu ve akut kolesistiti gösteren bilgisayarlı tomografi



**PB-026**

**ERCP Komplikasyonu Olarak Kolon Divertikül Perforasyonu**

Yavuz Selim Kömek, Mert Mahsuni Sevinç, Bünyamin Gürbulak  
*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Koledokolitiazis nedeniyle aralık 2023'te ERCP yapılan hastada taş ekstrakte edilememesi üzerine koledoğa plastik stent yerleştiriliyor. Hasta karın ağrısı ile işlem sonrasında acile başvuruyor. Oral kontrastlı BT de patoloji saptanmıyor. Antibiyotik ile hasta taburcu ediliyor. Hasta dış merkeze 3 gün sonra tekrar başvuruyor. Tetkiklerde Transvers kolon etrafında kapalı perforasyon tespit ediliyor drenaj kateteri ile apse drene ediliyor ve değerleri gerilemesi üzerine hasta taburcu ediliyor. Hastaya 2. seans ERCP mart 2024'te yapılıyor. Taş çıkarılamayınca ikinci stent konuluyor. Hastaya temmuz 2024'te üçüncü ERCP yapılıyor. Bir adet stent çekiliyor, taş ekstrakte edilemeyince tekrar stent konulmak isteniyor fakat başarılı olunamayınca işlem sonlandırılıyor. Hasta 1 ay sonra acil servise karın ağrısı ile başvuruyor. Çekilen BT'de sigmoid kolondaki divertikülü delmiş retroperitona uzanım gösteren kapalı perforasyon şeklinde apseleşmiş (Modifiye Hinchey 2b) stent izleniyor. Stentin kendiliğinden düşmesi beklenmesine rağmen düşmemesi üzerine hastaya barsak temizliği verilip kolonoskopi yapılıyor. Kolonoskopide snare yardımı ile stent çıkarılıyor. Stentin çıkarıldığı alandan spontan püye drenajı izleniyor. İşlem sonlandırılıyor. Hastanın kliniği antibiyoterapi ile düzelmesi üzerine hasta sorunsuz taburcu ediliyor.

**Anahtar Kelimeler:** ERCP, Divertikülit, Stent, Perforasyon

*Kolonoskopi görüntüleri*



## PB-027

### Single Port Trans Stomal Laparoskopik Hartman Kapatılması

Mert Güngör<sup>1</sup>, Hüsnü Ozan Şevik<sup>2</sup>, Can Saraçoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Atakent Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Hartman prosedürü benign veya malign nedenli hastalıklarda elektif ve acil operasyonlarda güvenle tercih edilen bir cerrahi yöntemdir. Hekimin tecrübesi ve hastanın durumu göz önünde bulundurularak laparoskopik ya da konvensiyonel yöntemlerle rahatlıkla uygulanabilmektedir. literatürde %50- 60 a varan oranlarla herhangi bir sebeple açılmış kolostomilerin ancak kapatılabildiği bildirilmektedir.

**Bulgular:** 68 yaş erkek hasta, özgeçmişinde herhangi bir özelliği yok. Karın distansiyonu, akut batın tanısı ile tetkik edildi. Sigmoid volvulus tanısı ile acil şartlarda laparotomi yapılarak sigmoid rezeksiyon ile hartman prosedürü uygulandı. Hastaya post operatif 3üncü ayında kolonoskopi yapıldı. Herhangi bir patoloji tespit edilmeyen hastaya operasyon planlandı. Batın orta hat insizyonu post operatif dönemde yara yeri enfeksiyonu gelişmesi nedeni ile medikal tedaviyle birlikte sekonder iyileşmeye bırakılarak skar keloid şekilde iyileşti. Hastaya trans stomal single port kolostomi kapama kararı alındı. Operasyon süresi 150 dk idi. Ekstra port ihtiyacı oluşmadı. İntraoperatif kanama izlenmedi. Post operatif 1 gün gaz çıkışı olan hastaya kademeli rejim başlandı. Post operatif 3. günde gaita deşarjı olan hasta 4. gün taburcu edildi. Takiplerinde komplikasyon izlenmedi.

**Tartışma:** Minimal invaziv cerrahiler, hastanın post operatif ağrı, erken mobilizasyon, barsak fonksiyonlarının daha hızlı geri gelmesi ve buna bağlı erken dönemde normal beslenmeye geçişin hızlı olması nedeni ile konvensiyonel cerrahilere göre üstündür. Çeşitli morbiditeler ve batın içi adhezyon yoğunluğu nedeni ile minimal invaziv cerrahi her zaman uygun olmayabilir. Literatürde single port trans stomal kolostominin güvenle uygulanabildiği bildirilmiştir.

Multi port laparoskopik cerrahiye oranla trans stomal single port kolostomi kapama hastanın mevcut açıklığı kullanılarak fazladan bir insizyon gereksinimi olmadan cerrahi imkanı sağlamaktadır.

**Sonuç:** Bunların sonucunda uygun hasta seçimi ile tecrübeli cerrahlar için güvenli bir cerrahi prosedür olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Hartman, Kolostomi, Laparoskopik, Singleport

*Single port kolostomi uygulaması*





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

PB-028

## İleri Evre Sigmoid Kolon Tümörlerinde Tek Bir Cerrahin Laparoskopik Cerrahi Deneyimleri

Ahmet Aşkar, Aslı Arpat Aşkar, Engin Hatipoğlu

*İ.Ü. Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Kliniğimizde 2020-2024 yılları arasında, 5 lokal ileri evre sigmoid kolon tümörü olan hastaların 2'sinde mesane, 3'ünde ise ince barsak invazyonu mevcuttu. Mesane invazyonu olan 2 olguda, ameliyat öncesi dönemde Üroloji ekibi tarafından bilateral double J kateter yerleştirilmiş ve tümörün en blok rezeksiyonu planlanmıştır. Mesaneye invaze olmuş tümör tam kat eksize edilerek intrakorporeal çift kat sütürle onarımı yapılmış, mesane ve kolon için kaçak testleri uygulanmış ve kaçak izlenmemiştir. İnce barsak invazyonu olan 3 olguda da benzer yöntemler başarıyla uygulanmış ve ameliyat sonrası dönemde 5 olguda da herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Sorunsuz geçen postoperatif dönemin ardından hastalar taburcu edilerek onkolojik tedavi için onkoloji birimine yönlendirilmişlerdir.

Tümörün kolon duvarını aşarak perforasyon yapması veya bitişik organlara invazyon göstermesi durumuna lokal ileri evre kolon tümörü denilmektedir. Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC) şemasına göre bu durum, T4 lezyonlar olarak sınıflandırılmaktadır. Kolon kanserlerinin %15'i çevre organlara invazyon gösterebilmektedir. En sık etkilenen organlar arasında sırasıyla %29 oranında ince bağırsaklar ve %24 oranında mesane yer almaktadır. Lokal ileri evre kolon tümörü olan hastaların semptomları arasında sırt ağrısı, yan ağrısı, mekanik obstrüksiyona bağlı bulantı ve kusma, mesane invazyonu durumunda dizüri, hematurî ve fekalürî yer almaktadır.

Tam rezeksiyon sonrasında, kolon tümörlerinde 5 yıllık sağkalım oranları sırasıyla evre II için %69, evre III için %36 ve evre IV için %13 olarak bildirilmiştir. Kısmi komşu organ rezeksiyonu gerektiren lokal ileri evre kolon tümörlerinde, yeterli ve tam bir rezeksiyon sonrasında, lokal tümör infiltrasyonu olmayan kolon tümörü hastaları ile sağkalım açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Kısmi komşu organ rezeksiyonu gerektiren lokal ileri evre kolon tümörlerinin minimal invaziv cerrahi yöntemle tam ve yeterli rezeksiyonu, teknik açıdan zorluklar barındırmaktadır. Birden fazla organın en blok laparoskopik rezeksiyonu ile yapılan kolon kanseri tedavisi, seçilmiş hastalarda ve deneyimli cerrahlar tarafından güvenli ve uygulanabilir bir seçenek olup, benzer onkolojik sonuçlar ve daha az postoperatif komplikasyonlarla sonuçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal kanser, Laparoskopik cerrahi, Lokal ileri evre kolon kanseri

**PB-029**

**Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Sonrasında Geç Dönem Fistül Gelişen Hastanın Tedavisinde Endoskopik Stent Uygulanması**

Burak Suskun, Sezer Bulut, Muhammed Musa Altuncu, Turgut Dönmez, Alpen Yahya Gümüšoğlu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

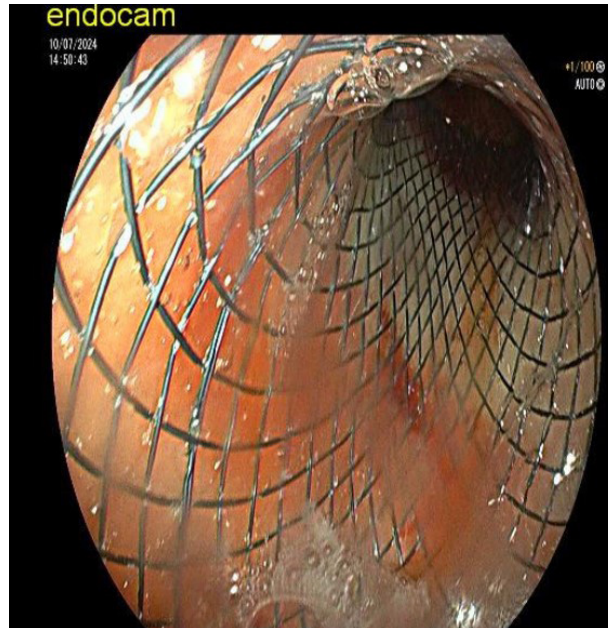
**Amaç:** Obezite, günümüzde global olarak en önemli sağlık problemlerinin başını çekmektedir. Günümüzde medikal tedavi, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerinde sonuç alınamayan hastalarda cerrahi prosedürler uygulanabilmektedir. Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) bu prosedürlerden en sık tercih edilenidir. Teknolojik gelişmeler ve deneyimli merkezlerin artmasıyla postoperatif fistüllerin görülme sıklığı azalmıştır. Fakat olduğunda mortalite ve morbiditeyi artırır. Bu çalışmamızda LSG sonrası görülen stapler hattı kaçığına non-operatif tedavi ile yaklaştığımız olguyu sunacağız.

**Olgu:** 40 yaş kadın hasta, acile karın ağrısı ve halsizlik nedeni ile başvuruyor. Özgeçmişinde 3 ay önce laparoskopik sleeve gastrektomi öyküsü mevcuttu. Acilde çekilen BT'de proksimal stapler hattında kontrast ektralüminasyonu ve hava habbecikleri saptanması üzerine ileri tetkik tedavi amacıyla servismize interne edildi. Batın içerisinde apse odağı saptanmaması üzerine perkütan girişim düşünülmedi. Rejim kısıtlaması, iv hidrasyon ve ampirik antibiyoterapi başlandı. Gastroskopi ile kaçak açısından değerlendirilmesi planlandı. Yapılan gastroskopiye remnant mide proksimalinde fundik stumpta klips hattında 0,5 cm'lik fistül orifisi tespit edildi, 23 cm full kaplı bariatrik stent yerleştirildi. Takiplerinde çekilen kontrastlı tomografide kontrast kaçığı saptanmadı. Oral gıda alımı sonrasında aktif şikayeti olmaması üzerine hasta taburcu edildi. Taburculuk sonrasında ağrı ve bulantı şikayetiyle başvuran hastanın kontrol gastroskapisinde stentin distale migre olduğu görülmesi üzerine stent proksimale çekildi ve endoskopik klip ile yeri tespit edildi.

**Sonuç:** LSG'nin ciddi komplikasyonlarından olan fistül ameliyatta her şeyin doğru yapılmasına rağmen düşük oranda görülebilir. Tanıda geç kalındığında morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Kaçak durumlarında genellikle perkütan girişimler ve/veya stent uygulanması tercih edilir. Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası stapler hattından gelişen geç fistüllerde hastanın klinik durumu ile birlikte değerlendirildiğinde endoskopik stent uygulaması güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik sleeve gastrektomi, anastomoz kaçığı, endoskopik stent

*Endoskopik full kaplı bariatrik stent uygulaması*



*Stent uygulanması sonrasında görüntü*

**PB-034**

**ERCP Öyküsü Bulunan Hastada Elektif Kolesistektomi Esnasında Safra Kesesinde  
Koledok Stenti Çıkarılması**

Yavuz Selim Kömek, Başar Can Turgut  
*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Koledokolitiazis nedenli mekanik iktir gelişmiş hastamıza dış merkezde ERCP taş ekstraksiyonu + stent uygulaması yapılmış. Hastaya ameliyat sonrasında stent çıkarılması planlanmış. Hasta kolesistektomi amacıyla merkezimize başvuruyor. Elektif hazırlanan hasta ameliyata alınıyor. Perop safra kesesi içinde mobil stent benzeri bir yapı palpe ediliyor. Fundusa yakın bir yerden kese açılarak çift ucu pigtailli stent safra kesesinin içinde görülüyor ve dışarı alınıyor. Safra kesesi ameliyatı prosedüre uygun tamamlanıyor.

**Anahtar Kelimeler:** Kolesistektomi, Stent, ERCP

*Stent görüntüsü*



## PB-041

### İzole Safra Kesesi Agenezisi Ile Birlikte Safra Taşı Oluşumu

Turgut Anuk, Ahmet Başak

Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Erzurum

**Amaç:** İzole safra kesesi agenezisi (İSKA) nadir görülen anomaliler arasında yer alır. Bu olgumuzda semptomatik safra taşı preoperatif tanısı konan ve peroperatif olarak İSKA görülen hastayı sunmayı amaçladık.

**Bulgular:** Genel Cerrahi polikliniğimize sağ üst karın ağrısı, mide bulantısı ve yağlı gıda intoleransı ile başvuran genç kadın hastanın preoperatif ultrasonografi değerlendirilmesinde safra kesesi taşı tanısı konularak operasyon planlanmıştır. Radyolojik görüntüleme farklı şüpheli herhangi bir oluşum izlenmediğinden ileri görüntüleme yapılmamıştır. Laparoskopi sırasında safra kesesinin normal anatomik yerinde ve agenezisi ile birlikte olması dikkati çekmiştir. Callot üçgenini dissekte etmek için safra kesesinin çekilememesi operasyonda zorlukla karşılaşılmıştır. Ameliyat esnasında herhangi bir komplikasyon gerçekleşmeyen hasta postoperatif birinci gününde safra kesesi anatomisi hakkında hastaya bilgi verilerek şifa ile taburcu edilmiştir. Piyesin patolojik değerlendirmesinde safra kesesinin uzunluğu 1 cm çapında ve içerisinde milimetrik taşlar olduğu rapor edilmiştir.

**Sonuç:** Safra kesesi taş ameliyatları günümüzde genel cerrahi kliniklerinde en çok yapılan ameliyatlardan biridir. Ameliyat öncesi safra kesesi taşı görüntüleme rapor yazılısada izole safra agenezisi olabileceği akılda tutulmalıdır. Şüphede durumunda, MRI-kolanjiyografi zorunludur. Sonuç olarak İSKA, potansiyel olarak tehlikeli cerrahiye yol açabilir ve portal yapılarda iatrojenik yaralanma riskini artırabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hepatobiliyer cerrahi, Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesi agenezisi

Safra kesesi agenezisi



**PB-042**

**Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Aort Yaralanması: Nadiren Görülen Bir Komplikasyonun Yönetimi**

Abdullah Boğa

*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kütahya*

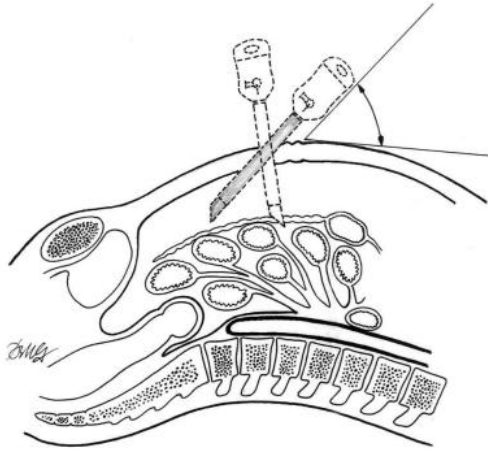
**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, laparoskopik kolesistektomi sırasında meydana gelen nadir bir komplikasyon olan aort yaralanmasının yönetimini ve literatürle olan ilişkisini incelemektir. Laparoskopik cerrahiler, minimal invaziv teknikler sunarak birçok avantaj sağlasa da, Laparoskopi sırasında görülebilecek majör retroperitoneal vasküler yaralanmalar, nadir olmakla birlikte ciddi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden komplikasyonlardır. Bu bildiride, 39 yaşında bir kadın hastanın, laparoskopik kolesistektomi sırasında meydana gelen aort yaralanması vakası sunulmuştur.

**Olgu:** Hasta, 30 gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurmuştur. Yapılan tetkiklerde kolelitiyazis tanısı ve MRCP ile koledokta taş izlenmiştir. ERCP sonrası taburcu edilen hasta, semptomatik kolelitiyazis ön tanısıyla elektif şartlarda laparoskopik kolesistektomi amacıyla ameliyata alındı. Trokar yerleştirilmesi sırasında, hastanın aniden hipotansif ve taşikardik hale geldiği gözlemlendi. Kamera eksplorasyonunda kanama görülmeyen fakat instabil izlenen hastaya acil laparotomi yapıldı. Paking sonrası yapılan eksplorasyonda trokarın ince bağırsak mezosunu geçerek aortu rüptüre ettiği, iliak bifurkasyonun yaklaşık 4 cm proksimalinde aortun ön yüzünde yaklaşık 10mm çapında düzensiz rüptüre ettiği izlendi. 4/0 prolen ile onarıldı ve kanama kontrol altına alındı. Hemostaz sonrası hastanın hemodinamisinin düzelmesi üzerine kolesistektomi yapıldı.

**Sonuç:** Bu olgu, laparoskopik cerrahi sırasında meydana gelen bir aort yaralanmasının başarılı bir şekilde yönetildiğini göstermektedir. Bu tür yaralanmaların yönetimi, cerrahin deneyimine ve acil müdahale yeteneğine bağlıdır. Trokar yerleştirilmesi sırasında dikkatli olunması, anatomik yapıların iyi bilinmesi ve cerrahi tekniklerin doğru uygulanması bu tür yaralanmaların riskini azaltabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Aort Yaralanması, Laparoskopik Kolesistektomi, Trokar Giriş Yaralanmaları

*Trokarın Doğru ve Yanlış Yerleşimi*



PB-045

**Soliter Peutz-jeghers Tipi Polipin Neden Olduğu İntususepsiyonun  
Laparoskopik Tedavisi**

Enise Bacak<sup>1</sup>, Emrah Akın<sup>2</sup>, Enes Malik Kocatürk<sup>1</sup>, Murat Coşkun<sup>2</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim

**Amaç:** İntususepsiyon, bağırsağın bir segmentinin bitişikteki bağırsak segmentine doğru invajinasyonu olarak tanımlanır. Yetişkin popülasyonda intususepsiyon nadirdir ve kolondan daha çok ince bağırsakta görülür. Bildiride Soliter Peutz-Jeghers polipi nedeniyle akut intestinal intususepsiyon ile başvuran hastanın laparoskopik tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

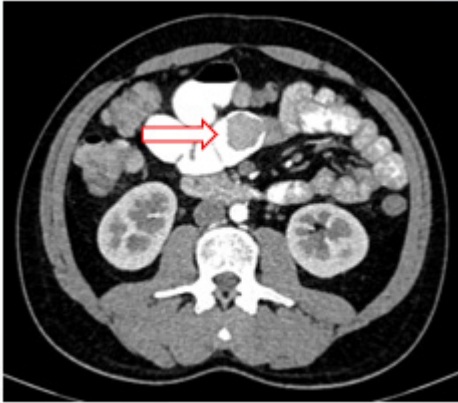
Bilinen ek hastalık ve aile öyküsü olmayan 34 yaşında erkek hasta 3 gündür karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. İnvajinasyon ön tanısı ile yatırıldı. Hasta takiplerinde karın ağrısının ve kontrol görüntülemelerde invajinasyon halinin devam etmesi üzerine laparoskopik invajinasyon redüksiyonu yapıldı.

Taburculuktan 3 ay sonra şikayetleri devam eden hastanın kontrol görüntülemelerinde invajinasyonun ince bağırsak lümenindeki kitleye bağlı olduğu görüldü. Elektif operasyon planlandı. Laparoskopik segmenter ince bağırsak rezeksiyonu ve anastomozu yapıldı.

**Sonuç:** İnce bağırsağın hamartomatöz polipleri genellikle Peutz-Jeghers sendromunun bir bileşenidir. Mukokutanöz pigmentasyon ve pozitif aile öyküsü olmayan durumlarda karşılaşılan polipler soliter Peutz-Jeghers tipi polip olarak tanımlanır. Endikasyon halinde, cerrahın deneyimine bağlı olarak cerrahi laparoskopik veya açık olarak gerçekleştirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnvajinasyon, intususepsiyon, ince bağırsak polipleri

*Aksiyal ve koronal görüntüde invajinasyon*





## PB-046

### Bilateral Mesane Herniasyonunda Tapp ile Onarım

Enise Bacak<sup>1</sup>, Emrah Akın<sup>2</sup>, Burhan Özyavuz<sup>1</sup>, Hakan Demir<sup>2</sup>, Necattin Fırat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Kasık fıtıkları genellikle peritonla çevrelenmiş karın içi organları içerir ve ekstrapéritoneal organlar tipik olarak bulunmaz. Mesane fıtıkları ilk kez on altıncı yüzyılda Felix Platter ve Dominic Sala tarafından tarif edilmiştir. Mesanenin kasık fıtığı içeriği olması nadirdir. Bilateral olması ise son derece nadir görülen bir durumdur. Literatürde 5 vaka rapor edilmiştir.

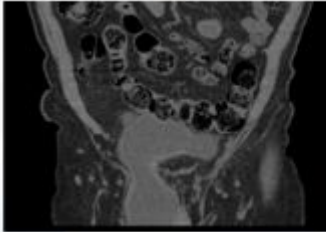
Daha önce sağ açık Lichtenstein yöntemi ile onarım yapılan ve transabdominal preperitoneal kasık fıtığı onarımı (TAPP) ile tedavi edilen, iki taraflı mesane inkarserasyonu olan kasık fıtığı olgusunu sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Inkarserasyon, Mesane herniasyonu, TAPP

Resim 1 ve 2



(Resim 1 / Aksiyal kontrastsız BT kesitleri: idrar kesesinin küçük bir kısmının "Mickey fare" görünümüyle iki taraflı inguinal kanala doğru çıkıntı yaptığını göstermektedir. Mesanenin inguinal kanal içindeki kısmı kulaklara (oklar) ve pelvis içindeki mesane kısmı yüze benzemektedir.)



(Resim 2 / Kontrastsız BT kesitlerinin koronal yeniden formatı idrar kesesinin iki taraflı inguinal kanala doğru çıkıntı yaptığını gösteriyor.)



## PB-047

### Travma Sonrası Laparoskopik Splenektomi: Bir Vaka Sunumu

Ahmet Dal, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, İsa Sözen, Girayhan Çelik, Bilal Turan, Serdar Acar,  
İrem Kırkan Canbaba

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta*

**Amaç:** Travmatik splenik yaralanmalar, karın içi travmalar arasında en sık karşılaşılan durumlardan biridir. Tedavi seçenekleri yaralanmanın derecesine, hastanın hemodinamik durumuna ve eşlik eden diğer yaralanmalara bağlı olarak değişir. Minimal invaziv cerrahi tekniklerin ilerlemesi ile birlikte, laparoskopik splenektomi, uygun vakalarda açık cerrahiye alternatif olarak tercih edilmeye başlanmıştır. Bu bildiri, travma sonrası gelişen splenik yaralanmanın laparoskopik splenektomi ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği bir vakayı sunmaktadır.

**Olgu:** 38 yaşında erkek hasta, araç içi trafik kazası sonrası acil servise getirildi. Bilinç açık, hemodinamik olarak stabil olan hastanın fizik muayenesinde sol üst kadranda hassasiyet ve batın genelinde yaygın ağrı mevcuttu. Yapılan batın ultrasonografisinde (FAST) sol üst kadranda diyafram altı serbest sıvı saptandı. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) çekiminde, dalakta grade III-IV laserasyon tespit edildi ve perisplenik bölgede serbest sıvı izlendi. Hastanın hemodinamik stabil olması sebebiyle laparoskopik splenektomi kararı alındı. Laparoskopik olarak batına giriş yapıldı ve yaklaşık 200cc serbest kan tespit edildi. Dalak tamamen mobilize edilerek hilus bölgesine beyaz laparoskopik 60mm'lik stapler ateşlendi ve dalak sol kadranda trokar insizyonu genişletilerek endobag ile çıkarıldı. Kanama kontrolü sağlanarak, abdominal kavite yıkandı ve dren yerleştirildi. Ameliyat sonrası dönemde hasta sorunsuz bir şekilde izlendi, herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 2. günde oral alım başladı ve hasta 4. gün taburcu edildi. Taburculuk sonrası 7.gün aşılarda enfeksiyon poliklinik kontrolüne çağırıldı. 1. ve 3. aylarda yapılan kontrollerde hastanın genel durumu iyi olup, herhangi bir komplikasyon veya enfeksiyon bulgusu saptanmadı.

**Sonuç:** Travmatik splenik yaralanmalarda tedavi yaklaşımı, hastanın klinik durumuna ve yaralanmanın ciddiyetine göre belirlenir. Stabil hastalarda konservatif tedavi veya minimal invaziv cerrahi seçenekleri değerlendirilebilir. Laparoskopik splenektomi, deneyimli cerrahlar tarafından uygulandığında, minimal invaziv olmasının avantajları sayesinde daha kısa iyileşme süresi, postoperatif ağrı azalma gibi avantajlar sunar. Bu vaka, uygun hastalarda minimal invaziv cerrahinin başarılı bir şekilde uygulanabileceğini ve açık cerrahiye göre belirgin avantajlar sunduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik Splenektomi, Minimal İnvaziv Cerrahi, Splenik Yaralanma, Travma



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

**PB-048**

## **Endoluminal Robotic Surgery, Where is Technology Evolving?**

Mustafa Yener Uzunoğlu<sup>1</sup>, Mehmet Akif Üstüner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Bursa City Hospital, Department of General Surgery*

<sup>2</sup>*Bursa City Hospital, Department of Gastrointestinal Surgery*

Colorectal cancer is currently the third most common cancer worldwide. Early diagnosis and treatment of colorectal neoplasia resulted in a significantly better prognosis. Endoluminal surgery is increasingly recognized as a mode of treatment for colorectal neoplasms.

Endoluminal robotic platforms are being developed in many parts of the world. Not only eliminating the limitations of endoscopic procedures but also increased manipulation possibilities, reducing tremors, and enhancing precision. Robotic systems for Endoluminal Surgery can be divided into three categories: fully robotic flexible endoscopic, robotic add-on systems, and traditional surgery-based robotic platforms.

Endoluminal Robotic Platforms lead out include Da Vinci Single Port (SP) (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA, USA) Endoluminal Surgical System (ELS) EndoQuest Robotics (Houston, TX, USA), Endo-Master EASE System (University of Singapore), Single-access Transluminal Robotic Assistant for Surgeons (STRAS; iCube laboratory, Strasbourg, France), Robot for Surgical Endoscopy (ROSE) by EndoRobotics (Seoul, Korea), EndoMODRA (Harvard University, Cambridge, MA), Flex Robotic System (Medrobotics, Raynham, MA), i2Snake (Hamlyn Centre for Robotic Surgery, London, UK), K-FLEX platform (EasyEndo Surgical, Daejeon, Korea), PROSTAR (Precision Robotics, Hong Kong) systems. Only a few of these have been approved for use in humans.

Nevertheless, the road ahead for endoluminal surgery is still at the beginning. After integrating Artificial Intelligence (AI) into these platforms, gastrointestinal malignancies will be diagnosed and treated at an early stage with the technology developing day by day.

**Keywords:** endoluminal robotics, endoscopic surgery, cancer



**17** Ulusal  
**Endoskopik Laparoskopik Robotik**  
**Cerrahi Kongresi**  
Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

# ENDOSKOPİ VE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ BİLDİRİLERİ



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

## HSB-001 Laparoskopik Donör Hepatektomi

Talya Altınsaban, Seda Nur Sungur  
*Koç Üniversitesi Hastanesi, Ameliyathane, İstanbul*

Laparoskopik donör hepatektomi (LDH), karaciğer nakli için canlı donörlerden karaciğer dokusunun minimal invaziv cerrahi teknikler kullanılarak çıkarıldığı bir prosedürdür. Bu yöntem, geleneksel açık cerrahiye kıyasla donörler için birçok avantaj sunar. LDH, karın boşluğuna küçük kesiler yapılarak yerleştirilen bir kamera ve cerrahi aletler aracılığıyla gerçekleştirilir. Bu teknik cerrahların geniş bir açığı yapmadan operasyonu tamamlamasını sağlar.

LDH'nin en büyük avantajlarından biri, postoperatif dönemde donörlerin daha az ağrı ve rahatsızlık hissetmesidir. Küçük kesiler, açık cerrahiye göre daha az travma yaratır ve iyileşme sürecini hızlandırır. Bu durum, hastanede kalış süresinin kısalmasına ve donörlerin normal aktivitelerine daha hızlı dönmelerine olanak tanır. Genellikle, LDH sonrası donörler 3-5 gün içinde hastaneden taburcu edilirken, açık cerrahi sonrası bu süre daha uzundur.

LDH, cerrahi komplikasyon riskini de azaltır. Minimal invaziv cerrahi teknikler, enfeksiyon, kanama ve diğer postoperatif komplikasyon risklerini düşürebilir. Bununla birlikte, bu yöntemin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için cerrahların ve hemşirelerin deneyimli olması gerekir.

Sonuç olarak, laparoskopik donör hepatektomi, uygun hasta seçimi ve deneyimli cerrahlar ve deneyimli hemşireler tarafından uygulandığında güvenli ve etkili bir seçenektir. Donörler için daha az travmatik olan bu yöntem, iyileşme süresini kısaltır ve yaşam kalitesini artırır.

**Anahtar Kelimeler:** Donör, Hepatektomi, Laparoskopi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

HSB-002

## Endoskopik İşlemlerin Ertelenme/İptal Nedenleri Ve Alınabilecek Önlemler: Sistemik Derleme

Büşra Dişbudak, Nuray Akyüz, Tuluha Ayoğlu

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Endoskopik işlemlerin ertelenmesi veya iptalleri hasta sonuçlarının gecikmesiyle beraber tanı koymayı geciktirir, erken tedavi olanağını azaltır. Tekrarlayan işlemler hastanın aynı süreçleri tekrar yaşamasına neden olur. Sağlık profesyonellerinin iş yükünü ve maliyeti artırır. Gelmeme riskinin yüksek olduğu hastaları ve nedenlerini belirleme ve buna yönelik alınacak önlemler, katılımı ve hasta sonuçlarını iyileştirebilir. Bu bağlamda, bu sistemik derlemede amaç, endoskopik işlemlerin ertelenme ve iptal nedenlerini belirlemek, buna yönelik yapılabilecekleri ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu sistemik derlemede, CINAHL, Scopus, MedLine ve Web of Science veri tabanları tarandı. "Endoskopi", "Kolonoskopi", "İptal", "Endoscopy", "Colonoscopy" ve "Cancellation" anahtar kelimeleri kullanılarak, yıl kısıtlamasına gidilmeden, dili İngilizce ve Türkçe olan ve tam metnine ulaşılabilen makaleler gözden geçirilerek uygun bulunan toplam 18 araştırma makalesi dahil edildi.

**Bulgular:** Belirlenen anahtar kelimeler kullanılarak yapılan araştırma sonucunda toplam 87 adet çalışmaya ulaşıldı. Tekrarlayan 11 makale belirlendi. Çalışmaların başlıkları gözden geçirildi ve ilk incelemeden sonra yaklaşık 47 makale dışlandı. Araştırma makalesi olmayan makaleler kapsam dışı bırakıldı. Sonuç olarak 18 araştırma makalesi çalışmaya dahil edildi.

**Sonuç:** Yapılan çalışmalarda hastaların demografik özellikleri, sağlık durumu ve yapılacak girişimle ilgili endişeleri randevuya katılımı ve hazırlık kalitesini etkileyen önemli unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Erteleme/iptal nedenlerinin iş ve diğer nedenler, tıbbi nedenler/eşlik eden hastalıklar, hava durumu/ulaşım sorunları, ev-hastane uzaklığı, tedavi reddi, yetersiz sosyal/mali destek ve bağırsak temizliği yetersizliği olduğu belirlendi. Çalışma sonuçları hasta yönlendirme uygulamaları, aramalar, kısa mesaj hatırlatmaları, otomatik sesli mesajlar ve eğitim videoları gibi uygulamaların hastaların uyumunu önemli ölçüde iyileştirebileceğini göstermektedir.

Sonuçta, hasta uyumunu artırmak ve sağlık bakım maliyetini düşürmek için hasta eğitimi ve farkındalığını artırma stratejileri geliştirmek, hastanın işleme uyumunu sağlamak için hasta yönlendirme programları oluşturmak, kısa mesaj hatırlatmaları ve aramalar yaparak randevu tarihi, saati ve bağırsak hazırlığı talimatlarını vurgulamak, geri bildirimler ile hastaların randevularına gelmeme nedenlerini belirlemek, randevularda yedek liste oluşturmak ve taramaların önemini vurgulayan toplum sağlığı kampanyaları düzenlemek gibi uygulamaların hayata geçirilmesi gerektiği önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, Erteleme, İptal, Kolonoskopi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## HSB-003

### Robotik Cerrahi Hemşirelerinin Teknostrese İlişkin Deneyimleri

Tuğba Sınmaz<sup>1</sup>, Öykü Kara<sup>2</sup>, Ezgi Seyhan Ak<sup>2</sup>, Ayfer Özbaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Balıkesir

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

**Amaç:** Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki dönüşüm ile yüksek teknolojik çalışma ortamlarında çalışan sağlık çalışanları örgütsel, çevresel ve kişisel nedenlerle stres yaratan yeni risklere maruz kalmaktadır. Bu stres kaynaklarından bir tanesi de teknolojiye kaynaklanan teknostrestir. Teknostres, yeni teknolojilerle baş etme yeteneğinin eksikliği sonucu ortaya çıkan modern bir uyumsuzluk hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada, robotik cerrahi hemşirelerinin teknostrese ilişkin deneyimlerinin belirlenmesi amaçlandı. Bu çalışmanın, teknostresi önlemeye ya da azaltmaya yönelik baş etme stratejilerinin geliştirilmesine öncülük olacağı düşünülmektedir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma gerekli izinler alındıktan sonra, Mayıs 2022-Eylül 2022 tarihleri arasında İstanbul'da bir üniversite hastanesinin ameliyathanesinde yürütüldü. Araştırma, betimsel fenomenolojik araştırma desenine sahipti. Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden, en az 6 ay robotik cerrahi hemşireliği deneyimi olan 11 ameliyathane hemşiresi oluşturdu. Araştırmanın verileri, literatür doğrultusunda oluşturulan 14 sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" ve 6 sorudan oluşan "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" ile derinlemesine görüşme tekniği ile ses kaydı alınarak toplandı. Araştırma formları robotik cerrahi hemşireliği eğitimi veren araştırmacılar tarafından oluşturuldu ve görüşmeler nitel araştırma deneyimi olan iki araştırmacı tarafından toplandı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan robotik cerrahi hemşirelerinin çoğunluğunun kadın cinsiyette ve üniversite mezunu olduğu, robotik cerrahi hemşireliğine ilişkin eğitim aldığı belirlendi. Analiz sonucu; teknolojinin robotik cerrahi hemşirelerinin uygulamaları üzerindeki etkisi, eğitim ve yetenek gelişimi, iş stresi ve yönetimi, ekip dinamikleri ve iş birliği, robotik cerrahinin geleceğine yönelik düşünceler, robotik cerrahiye yönelik öneriler temaları elde edildi.

**Sonuç:** Araştırma sonuçları, yüksek teknolojinin kullanıldığı ortamda çalışan robotik cerrahi hemşirelerinin teknolojik stres açısından yüksek risk altında olduğunu ortaya koydu. Araştırmaya katılan robotik cerrahi hemşireleri, teknostresin azaltılması ve olumsuz sonuçlarının önüne geçilmesi için; aralıklı olarak teknostresin değerlendirilmesi, sürekli eğitim gereksinimlerinin karşılanması, eğitim standardizasyonun sağlanması, uyum ve uygulama zorluklarına yönelik stratejilerin geliştirilmesi, ekip içi iletişimin kuvvetlendirilmesi, daha kullanışlı robot tasarımlarının kullanılması, teknoloji okuryazarlığının artırılması ve robotik cerrahi hemşireliğinin görev tanımının yapılmasının gerekliliğine dikkat çektiler.

**Anahtar Kelimeler:** Deneyimler, Hemşirelik, Robotik Cerrahi, Robotik Cerrahi Hemşireliği, Teknostres



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

HSB-004

## Minimal İnvaziv Cerrahi Uygulanan Bireylerin Ameliyat Sonrasında Yaşamlarının Etkilenme Durumlarının İncelenmesi: Sistemik Derleme

Gülcan Kendirkıran<sup>1</sup>, Seda Nur Sungur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Koç Üniversitesi Hastanesi, Ameliyathane, İstanbul

**Amaç:** Bu çalışma, minimal invaziv cerrahi ameliyatlardan sonra bireylerin yaşamlarının etkilenme durumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın verileri PubMed, Web of Science, Scopus ve Google Akademik veri tabanlarının 30.08.2024 tarihinde taranması sonucu elde edilmiştir. Anahtar kelimeler olarak "minimally invasive surgery", "quality of life", "stress", "life satisfaction" kullanılmıştır. Açık erişimi olan ve randomize kontrollü çalışmalar dahil edilmiştir. Araştırmacılar tarafından çift yönlü kontrol edilerek verilerin doğruluğu test edilmiştir. Tekrarlayan çalışmalar, tezler, kitap bölümleri ve kongre bildirileri çalışmaya dahil edilmemiştir.

**Bulgular:** PubMed, Web of Science, Scopus ve Google Akademik veri tabanlarından "minimally invasive surgery", "quality of life", "stress" ve "life satisfaction" anahtar kelimeleri ile taranan 594 çalışmaya erişilmiştir. Türkçe çalışmalar için de anahtar kelimelerin Türkçe karşılıkları kullanılmıştır. Cerrahi alanında pek çok hastalığa yönelik minimal invaziv cerrahi kullanılmış olup hastalık, cinsiyet ve yıl ayırt etmeden tarama gerçekleştirilmiştir. Türkçe ve İngilizce makalelerin taranması sonucu açık erişim olan ve randomize kontrollü toplam 3 makale çalışmaya dahil edilmiştir.

**Sonuç ve Öneriler:** Cerrahi işlemler ameliyat öncesi ve sonrası süreçlerde bireylerde ve ailelerinde hem stres yaratmakta hem de hayatlarını konforlu sürdürmelerini engelleyebilmektedir. Özellikle büyük cerrahi işlemlerin yarattığı etki daha da fazla olmaktadır. Yapılan çalışmalar minimal invaziv cerrahi uygulanan bireylerin yaşamlarının hem fiziksel süreçler hem de ruhsal süreçler açısından olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Ayrıca sosyal hayata adaptasyon ve cinsel yaşamı da olumlu yönde etkilemektedir. Bu doğrultuda deneysel ve tanımlayıcı çalışmalara ek olarak randomize kontrollü çalışmaların ve hastaların geri bildirimlerini de değerlendirebilmek adına nitel çalışmaların da yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Minimal invaziv cerrahi, stres, yaşam doyumu, yaşam kalitesi





# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

HSB-005

## Minimal İnvaziv Cerrahide Hemşirelik: Doğal Orifis Transluminal Endoskopik Cerrahi (NOTES) Yaklaşımı

Gülcan Yiğit<sup>1</sup>, Dilek Aygin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Sakarya; Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Sakarya

Doğal orifis transluminal endoskopik cerrahi (NOTES), doğal açıklıklar yoluyla (vajina, rektum gibi) karın boşluğuna erişim sağlayan ve karın duvarında kesi yapılmasını gerektirmeyen minimal invaziv cerrahi tekniktir. Bu cerrahi yaklaşım, geleneksel yöntemlere kıyasla daha az postoperatif ağrı, daha hızlı iyileşme ve düşük enfeksiyon riski gibi avantajlar sunmaktadır. NOTES'in başarılı uygulanması, hemşirelik bakımında özel protokollerin benimsenmesini ve hemşirelerin bu alanda eğitilmiş olmasını gerektirir. Bu çalışmada, NOTES'in hemşirelik bakımı perioperatif süreç çerçevesinde ele alınmıştır.

Doğal açıklık cerrahisi olarak da bilinen NOTES ile cerrahi sonrası komplikasyonların en aza indirilmesi avantaj sağlarken; perforasyon riski, üriner/fekal inkontinans, kanama, enfeksiyon ve cinsel işlev bozukluğu gibi komplikasyonlara yol açabileceği belirtilmektedir. Bu yeni cerrahi yaklaşım, hemşirelik bakımında dikkat edilmesi gereken bazı önemli hususlar da barındırır. NOTES hastalarının cerrahi prosedür ve postoperatif döneme yönelik doğru bilgilendirilmesi ve psikolojik olarak hazırlanması, hemşirelik bakımının temel bir parçasıdır. Hemşireler, hastaların fiziksel ve psikolojik hazırlığını sağlamalı, kaygılarını azaltmaya yönelik stratejiler geliştirmelidir. Bu süreçte doğru bilgilendirme/egitim, cerrahi sonuçların iyileştirilmesinde ve hasta memnuniyetinin artırılmasında kritik rol oynar. Cerrahi müdahale sırasında hemşireler, steril ortamı korumaktan sorumlu olup, cerrahi ekibe destek sağlamalıdır. Hemşirelerin, hastanın hemodinamik stabilitesini izleyerek intraoperatif sürecin sorunsuz ilerlemesine katkıda bulunması gerekmektedir. Transanal erişim kullanılan vakalarda kontaminasyon riski yüksek olduğundan, enfeksiyon kontrol önlemlerinin titizlikle uygulanması büyük önem taşır. Hastaya güven verici bir yaklaşım sergilemek, ameliyat süresince hastanın konforunu artırabilir. Postoperatif dönemde ağrı yönetimi ve enfeksiyon riskinin azaltılması, hemşirelik bakımında öncelikli hedeflerdir. Hastaların evde bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesinde de hemşireler kritik bir rol üstlenir. Sonuç olarak NOTES'in başarılı bir şekilde uygulanması ve hasta güvenliğinin artırılması, cerrahi ekip ve hemşirelerin bu alanda sahip oldukları bilgi ve beceriler, hasta merkezli bakımın sağlanmasında ve cerrahi sonuçların optimize edilmesinde belirleyici olacaktır. Bu bağlamda, NOTES prosedürlerinde hemşirelik bakımının her aşamada proaktif ve hasta odaklı bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Ayrıca literatür de bu konuya ilişkin hemşireler üzerinde yapılmış çalışmalarla zenginleştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik bakımı, NOTES, perioperatif bakım



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

**HSB-006**

## **Sürdürülebilir Endoskopi: Karbon Ayak İzinin Azaltılması**

Büşra Dişbudak, Nuray Akyüz

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Küresel ısınma ve beraberinde getirdiği iklim değişikliğinin temel nedenlerinden biri olan sera gazları, doğal yollar dışında büyük oranda insan faaliyetleri kaynaklı açığa çıkmaktadır. Çevresel zararlarının yanı sıra insan sağlığına da olumsuz etkileri bulunan iklim krizi, ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Sağlık bakım hizmetleri sera gazı emisyonunun önemli bir kısmından sorumludur. Gastrointestinal endoskopi işlemlerinin açığa çıkardığı sera gazı emisyonunun, tüm sağlık bakım hizmetlerinin oluşturduğu tehlikeli atıkların en yüksek üçüncü üreticisi olduğu tahmin edilmektedir. Endoskopi ünitelerinin karbon ayak izini belirleyen unsurlar arasında havalandırma, iklimlendirme, ısıtma-soğutma sistemleri, sarf malzemeleri, tıbbi cihazlar, malzemelerin tedariki, anestezipler, sterilizasyon yöntemleri, atık miktarı ve bu atıkların yönetimi gibi birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlere ek olarak işlemin yöntemi, süresi, işlem sonrası gelişebilecek olası komplikasyonlara bağlı hastanede yatış ve süresi ve hastanın ek bakım ihtiyacı ele alınarak incelenmelidir.

Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği ve Avrupa Gastroenteroloji ve Endoskopi Hemşireleri Derneği tarafından endoskopik işlemlerin açığa çıkardığı karbon ayak izini azaltmak için önerilerde bulunan bir rehber yayınlanmıştır. Bu rehber, sürdürülebilir endoskopi için gereksiz işlemlerden/girişimlerden kaçınmayı, akılcı ve etkili ilaç/sarf malzeme ile az atık ve invaziv girişim gerektiren yöntemlerin kullanımını, tele-sağlık uygulamalarının endoskopi uygulamalarına entegre edilmesini, uygun olan her hastaya ayaktan tedavi uygulanmasını, endoskopi ünitelerinin sürdürülebilir ilkeler doğrultusunda tasarlanmasını, iklimlendirmesini, ısıtma-soğutma sistemlerinin kullanılmasını, yenilenebilir enerji kullanımına yönlendirilmesini, hastaların ve çalışanların eğitimini, sürdürülebilir endoskopi üzerine araştırmaların teşvik ve finanse edilmesini, rehberler geliştirilmesini, geliştirilen bu rehberlerin uygulanmasını, denetlenmesini, hükümetlerin çevresel sürdürülebilirliğe yönelik adımlar atmasını ve 2050 yılına kadar sıfır sera gazı emisyonu hedefini gerçekleştirmesini önermektedir.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde sera gazı emisyonlarını azaltmak ve iklim değişikliğiyle mücadele etmek için endoskopi uygulamalarında sürdürülebilirlik önlemlerinin hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Rehberde belirtilen stratejilerin tüm dünyada benimsenmesi ve uygulanması, hem çevreyi koruma hem de halk sağlığını iyileştirme adına kritik bir adım olacaktır. Bu konuda endoskopi ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin katkılarının da çok önemli olduğu açıktır.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, Karbon ayak izi, Sürdürülebilirlik



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

HSB-007

## Son 20 Yılda Doğal Açıklık Cerrahisi ile Gerçekleştirilen Transvajinal Nefrektomi Olguları

Büşra Ecem Kumru<sup>1</sup>, Arzum Çelik Bekleviç<sup>2</sup>, Dilek Aygün<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Üsküdar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Evde Hasta Bakım Programı, İstanbul

<sup>2</sup>Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ameliyathane Hizmetleri Programı, Zonguldak

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sakarya

**Amaç:** Bu çalışmada son 20 yılda Doğal açıklık cerrahisi ile (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery; NOTES) ile gerçekleştirilen transvajinal nefrektomi vakalarının incelenmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve retrospektif olarak yapılan çalışmada son 20 yıl içerisinde yayınlanan olgu sunumları, Web of Science, Science Direct ve PubMed veri tabanlarından elde edildi. Yayın dili İngilizce olan 6 (altı) olgu sunumu inceleme kapsamına alındı.

**Bulgular:** NOTES transvajinal nefrektomi yapılan olgularda vaka süresi 170-420 dk arasında değişmektedir. Hastaların yaşının 23 ile 58 arasında olduğu, dördünün böbrek tümörü tanısı ile ikisinin donör olarak opere edildiği görülmektedir. Olguların tamamında perioperatif komplikasyon görülmediği ve postoperatif analjezik ihtiyacı olmadığı, tamamına yakınının da ertesi gün taburcu olduğu bildirilmektedir. Perioperatif kan kaybı en az 50 ml en fazla 350 ml olarak belirtilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde cinsel işlevlerde herhangi bir bozukluk saptanmadığı ve ameliyat bölgesinde skar gözlemlenmediği vurgulanmaktadır (Tablo 1).

**Sonuç:** NOTES, minimal invaziv cerrahiler ile kıyaslandığında transvajinal nefrektomi operasyonları için daha az kan kaybı, daha kısa süreli hospitalizasyon ve daha az analjezik kullanımı dolayısı ile tercih edilen bir yöntemdir. Bu yöntem transplantasyon operasyonlarında da güvenle kullanılabilir. Uygun hastaların belirlenerek daha fazla çalışmanın literatüre kazandırılması tedavi ve bakım kalitesini artırmada sağlık profesyonellerine yol gösterecektir.

**Anahtar Kelimeler:** doğal açıklık, endoskopi, transvajinal nefrektomi



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## Transvajinal nefrektomi yapılan olgu raporlarına ilişkin veriler

Yazar, yıl, yayım yılı vb	Örneklem Özellikleri	Kullanılan yöntem	Sonuçlar	NOTES e yönelik öneriler
<p>Makale adı: "The best option: Umbilical LESS radical nephrectomy with vaginal extraction"</p> <p>Yazarlar: G. Andrés, J.M. García-Mediero, A. García-Tello, I. Arance, P.M. Cabrera, J.C.</p> <p>Yayım yeri ve yılı: Angulo Actas Urol Esp. 2015;39(3):188---194 - İngilizce</p>	<p>Sol böbreğinde 8 cm'lik solid mezorenal lezyonu vajinal numune ekstraksiyonuyla desteklenmiş 34 yaşında kadın hasta</p>	<p>Vajinal ekstraksiyonla LESS tek bölgesel sol radikal nefrektomi tekniği kullanıldı.</p> <p>Hasta lateral dekübit pozisyonundayken, göbek deliğinin içine 2,5 cm'lik bir kesi yapılarak çok kanallı KeyPort tek port (Richard Wolf GmbH, Knittingen) yerleştirildi ve bu porttan 5,3 mm'lik lens ve minimal ezilme ve/veya alan çatışmasına izin veren kavisli aletler yerleştirildi</p>	<p>Toplam ameliyat süresi: 180 dk.</p> <p>Toplam/tahmini kan kaybı: Yaklaşık 100 mL</p> <p>Analjezik kullanımı: Gerekmedi.</p> <p>Perioperatif komplikasyon: Yok</p> <p>Taburculuk: Ertesi gün taburcu. Geç dönem komplikasyon yok. Cinsel işlevlerde bozukluk yok. Skar izi yok.</p>	<p>LESS nefrektomi, fonksiyonel iyileşme, kalış süresi, analjezik gereksinimleri, kanama ve bazen kozmetik açıdan çok portlu laparoskopi açısından avantajlı olduğu saptanmış ve yöntemin kullanımı önerilmektedir.</p>
<p>Makale adı: NOTES Transvajinal Nephrectomy: First Human Experience</p> <p>Yazarlar: Jihad H. Kaouk, Wesley M. White, Raj K. Goel, Stacy Brethauer, Sebastien Crouzet, Raymond R. Rackley, Courtenay Moore, Michael S. Ingber, and Georges-Pascal Haber</p> <p>Yayım yeri ve yılı: doi:10.1016/j.urology.2009.04.041 UROLOGY 74: 8, 2009</p>	<p>Hipertansiyonu, sağ taraflı yan ağrısı ve atrofik sağ böbreğin radyografik kanıtı olan 57 yaşında kadın, hasta</p>	<p>NOTES transvajinal nefrektomi.</p> <p>Pnömoperiton göbeğin derinlerine yerleştirilen bir Veress iğnesi ile elde edildi. Doğrudan görüş altında, bir kolpotomi yapıldı ve bir transvajinal port yerleştirildi. Transvajinal olarak yerleştirilen standart ve eklemli ameliyat aletleri kullanılarak böbrek mobilize edildi ve renal hilus endovasküler bir zımba ile kontrol edildi. Böbrek laparoskopik bir çıkarma torbasına yerleştirildi ve vajinal kesiden çıkarıldı.</p>	<p>Toplam ameliyat süresi: 307 dk. (124 dk vajinal port, 183 dk nefrektomi)</p> <p>Toplam/tahmini kan kaybı: 100 mL</p> <p>Analjezik kullanımı: Gerekmedi. Ağrı ölçeği skoru postoperatif 2. Günde 10 üzerinden 1.</p> <p>Perioperatif komplikasyon: Yok</p> <p>Taburculuk: Ertesi gün taburcu. Geç dönem komplikasyon yok.</p>	<p>NOTES transvajinal nefrektominin teknik olarak uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Periton boşluğuna erişim, görsel rehberlik altında ve göbek yoluyla insüflasyondan sonra yapılmalıdır. NOTES transvajinal ürolojik cerrahi için hasta seçim kriterlerini ve endikasyonları daha iyi tanımlamak için daha çok olgu sunumlarına ihtiyaç duyulmaktadır.</p>
<p>Makale adı: Pure Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES) Transvajinal Nephrectomy</p> <p>Yazarlar: Jihad H. Kaouk a.*, Georges-Pascal Haber a, Raj K. Goel a, Sebastien Crouzet a, Stacy Brethauer b, Farzeen Firooz c, Howard B. Goldman c, Wesley M. White a</p> <p>Yayım yeri ve yılı: EUROPEANUROLOGY 57 (2010) 723 – 726</p>	<p>58 yaşında bir kadın tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve atrofik sağ böbrek.</p>	<p>NOTES transvajinal nefrektomi.</p> <p>3 cm'lik posterior kolpotomi yoluyla transvajinal erişim sağlandı. Sağ böbrek mobilize edildi, renal hilus bölündü ve örnek vajinal kesi yoluyla çıkarıldı.</p>	<p>Toplam ameliyat süresi: 420 dk</p> <p>Toplam/tahmini kan kaybı: 50 mL</p> <p>Perioperatif komplikasyon: Yok</p>	<p>NOTES transvajinal nefrektominin, transumbilikal yardım olmaksızın seçilmiş hastalarda uygulanabilir. Diseksiyon sıklığı ve zaman alıcı olmaya devam etse de, mekansal yönelim hızla elde edilir. Portlar ve enstrümantasyon, NOTES ürolojik cerrahinin pragmatik olması için daha fazla değişiklik gerektirir.</p>
<p>Makale adı: "Hybrid Transvaginal Nephrectomy"</p> <p>Yazarlar: Anibal W. Branco a, Alcides J. Branco Filho a, William Kondo a.*, Rafael W. Noda a, Nilton Kawahara b, Afonso A.H. Camargo a, Luciano C. Stunitz a, Jarbas Valente a, Marlon Rangel a</p> <p>Yayım yeri ve yılı: europeanurology 53 (2008) 1290 – 1294</p>	<p>Sağ yan ağrısı ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan sağ böbreği işlevsiz 23 yaşında kadın hasta.</p>	<p>Transvajinal doğal orifis translüminal endoskopik cerrahi (NOTES)</p> <p>Vajinal erişimle endoskop ve karında iki ek 5 mm trokar kullanılarak transvajinal NOTES ile nefrektomi geçirdi</p>	<p>Toplam/tahmini ameliyat süresi: 170 dk</p> <p>Toplam kan kaybı: 350 mL</p> <p>Taburculuk: İşlemden 12 saat sonra</p>	<p>Tekniğin, günümüzün minimal invaziv prosedürleriyle karşılaştırıldığında bile postoperatif ağrı, iyileşme ve kozmetik sonuçlarla ilgili ek faydalar sağlayacağı düşünülmektedir.</p>



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal Invaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**

<p>Makale adı: "Laparoscopic Live Donor Nephrectomy with Vaginal Extraction: Initial Report" Yazarlar: M.E. Allaf, A. Singer, W. Shen, I. Green, K. Womer, D.L. Segev, R.A. Montgomery</p> <p>Yayın yeri ve yılı: American Journal of Transplantation Volume 10, Issue 6, June 2010, Pages 1473-1477</p>	<p>Reflü nefropatisine bağlı son dönem böbrek hastalığı olan 23 yaşındaki yeğenine başışta bulunmak için gönüllü olan 48 yaşında kadın hasta.</p>	<p>Vajinal ekstraksiyonla laparoskopik canlı donör nefrektomisi</p> <p>Hasta modifiye flank pozisyonundayken, sağ lateral karından 12 mm optik trokar yerleştirildi. Göbek seviyesinde ikinci bir 12 mm trokar ve üst midline 5 mm'lik bir trokar ile portlar yerleştirildi. Böbrek serbestleştirildikten sonra, hastanın bacakları litotomi pozisyonuna alındı ve vajinal yoldan böbrek çıkarılması için posterior kolpotomi yapıldı. Böbrek, endocatch torbasi ile vajina yoluyla çıkarıldı. Vajinal yoldan çıkarım esnasında ikinci derecede epizyotomi yapılarak böbreğin güvenli bir şekilde çıkarılması sağlandı. Ameliyat sonunda, vajinal kesi ve epizyotomi standart yöntemlerle onarıldı</p>	<p>Toplam ameliyat süresi: 185 dk</p> <p>Toplam/tahmini kan kaybı: Yaklaşık 100 mL</p> <p>Analjezik kullanımı: Parenteral narkotik analjezik gerektirmedi.</p> <p>Perioperatif komplikasyonlar: Yok</p> <p>Taburculuk: 24 saat içinde taburcu edildi.</p> <p>Geç dönem komplikasyon: Yok.</p> <p>Cinsel aktivite 4 hafta sonra sorunsuz bir şekilde yeniden başlatıldı.</p> <p>Skar izi: Kozmetik sonuç, skar izi yok</p>	<p>Vajinal ekstraksiyonla laparoskopik canlı donör nefrektomi, fonksiyonel iyileşme, hastanede kalış süresi, analjezik gereksinimleri ve kozmetik sonuçlar açısından açık cerrahi ve standart laparoskopik yöntemlere göre avantajlı bulunmuştur. Ayrıca, postoperatif ağrının azaltılması ve daha hızlı iyileşme süresi gibi potansiyel avantajlar sunmaktadır.</p>
<p>Makale adı: Robotic-Assisted Laparoscopic Donor Nephrectomy with Transvaginal Extraction of the Kidney</p> <p>Yazarlar: Pietrabissa, M. Abelli, A. Spinillo, M. Alessiani, S. Zonta, E. Ticozzelli, A. Peri, A. Dal Canton, P. Dionigi</p> <p>Yayın yeri ve yılı: American Journal of Transplantation</p> <p>Volume 10, Issue 12, December 2010</p>	<p>Daha önce karın ameliyatı geçirmemiş 48 yaşında grand multipar (beş çocuk doğurmuş) kadın hasta, 22 yaşındaki oğluna sol böbrek nakli</p>	<p>Vajinal ekstraksiyonla robot destekli laparoskopik sol donör nefrektomi tekniği kullanıldı</p> <p>Hasta laparoskopik nefrektomi için modifiye sağ yan pozisyona yerleştirildi. Göbek seviyesinin 4 cm yanına ve yukarısına 12 mm'lik tek kullanımlık bir optik trokar yerleştirildi. İkinci 12 mm'lik trokar, göbek ile anterior superior iliak omur arasına yerleştirilerek 8 mm'lik yeniden kullanılabilir robotik trokar ve renal veni kesmek için kullanılan stapler yerleştirildi. Sol böbreğin diseksiyonu sırasında da Vinci Si HD robotik sistemi kullanılarak cerrah robot konsolundan operasyonu yönetti. Sol üreter, renal arter ve ven izole edildi. Ardından jinekolog tarafından transvajinal yoldan posterior kolpotomi yapıldı. 15 mm'lik bir endobag, transvajinal yoldan yerleştirildi ve sol böbrek bu torbaya yerleştirilip vajinal yolla çıkarıldı. Son olarak, vajinal kesiler transvajinal olarak tam kat emilebilir sütürlerle onarıldı ve laparoskop ile kontrol edildi.</p>	<p>Toplam ameliyat süresi: 215 dk</p> <p>Toplam/tahmini kan kaybı: 50 mL</p> <p>Analjezik kullanımı: Gerekmedi</p> <p>Perioperatif komplikasyon: Yok</p> <p>Taburculuk: Ameliyat sonrası 24 saat içinde taburcu edildi</p> <p>Geç dönem komplikasyon: Yok</p> <p>Cinsel işlevlerde bozukluk: Yok</p> <p>Skar izi: Minimal travma, kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar üstün, skar izi yok</p>	<p>NOTES (Doğal Deliklerden Endoskopik Cerrahi) ile yapılan transvajinal böbrek ekstraksiyonu, abdominal insizyon hasarını minimuma indirerek, çoklu port kullanılan laparoskopik yöntemlerine göre daha az travmaya neden olduğu, ameliyat sonrası ağrının azaldığı ve daha kısa iyileşme süreleri sağladığı belirtilmiştir. Kozmetik sonuçlar açısından da avantajlı olup, yara izi bırakmayan bu teknik, uygun hastalarda başarılı bir şekilde kullanılabilir. Transvajinal girişim, özellikle multipar kadınlarda güvenle uygulanabileceği gibi, robot yardımıyla yapılan böbrek diseksiyonları, damarların güvenli bir şekilde hazırlanmasına yardımcı olabilir.</p>



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

HSB-008

## Ameliyathanede Karbon Ayak İzi ve Sürdürülebilirlik: Yeşil Ameliyathane Olma Yolunda Bilinmesi Gerekenler

Öykü Kara, Ezgi Seyhan Ak

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Dünya Sağlık Örgütü, iklim değişikliğini 21. yüzyılda küresel sağlığa yönelik en büyük tehdit olarak ilan etmiştir. Cerrahi, karbon ayak izinin en fazla artmasına neden olan klinik faaliyetlerden biri olup, özellikle, ameliyathaneler sağlık kuruluşlarının enerji ve kaynak tüketiminde büyük paya sahiptir. Ameliyathanelerin “hastanenin tamamından 3-6 kat daha fazla enerji tüketimine” sahip olduğu ve sağlık hizmeti sunumuyla ilişkili emisyonlara ciddi katkısının olduğuna dikkat çekilmektedir. Küresel sağlığı tehdit eden iklim değişikliği üzerinde ameliyathanedeki uygulamaların olumsuz etkisi göz önünde bulundurulduğunda, iklim değişikliğinin yavaşlatılmasında ve önlenmesinde karbon ayak izini azaltan çevre dostu uygulamaların ameliyathane ekibi tarafından anlaşılması, benimsenmesi ve yaşama geçirilmesi büyük öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, ameliyathanedeki karbon ayak izini bilgi, uygulamalar doğrultusunda ve sürdürülebilirlik bağlamında inceleyerek karbon ayak izini azaltmak ve yeşil ameliyathane olma yolunda bilinmesi gerekenleri aktarmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada, “Google Scholar”, “Pubmed”, “ScienceDirect”, “Scopus”, “Proquest” ve “ULAKBİM” ulusal ve uluslararası veri tabanlarında “ameliyathane”, “karbon ayak izi”, iklim değişikliği”, “sürdürülebilirlik”, “yeşil ameliyathane” anahtar kelimeleri kullanılarak tüm literatür tarandı. Literatürde yer alan temel ve güncel bilgiler ve uygulamalar derlendi.

**Bulgular:** Küresel sağlığı tehdit eden iklim değişikliği üzerinde ameliyathanedeki uygulamaların olumsuz etkisi bulunmaktadır. Ameliyathanede tek kullanımlık sarf malzemeleri, aletler, cerrahi tekstiller, anestezi, HVAC sistemlerinin enerji tüketim yükü, tıbbi atık, uzun hastanede kalış süreleri, atık oluşturan dokümantasyon ve iletişim sistemleri karbon ayak izini artıran başlıca faktörlerdir. İklim değişikliğine karşı önlemler alan ve uygulayan yeşil ameliyathanelere dönüşümün sağlanması küresel sağlığın korunması ve iyileştirilmesine, doğal kaynakların korunmasına ve sürdürülebilirliğin sağlanmasına önemli katkı sağlayacaktır.

**Sonuç:** Tekrar kullanılabilir aletlerin ve cerrahi tekstillerin tercih edilmesi, düşük karbon ayak izli anestezi ve sterilizasyon yöntemlerinin kullanılması, enerji tasarruflu HVAC sistemlerinin kullanılması, atıkların geri dönüştürülebilir kısmının ayrılması, dokümantasyon ve iletişim sisteminin dijitalleştirilmesi, hastanede kalış süresini azaltan uygulamaların planlanması, cerrahi, tıbbi gaz emisyonlarını azaltan girişimlerin planlanması, ameliyathane ekibinin bilgilendirilmesi ve eğitilmesi yeşil ameliyathane olma yolunda sürdürülebilirliği destekleyen ve karbon ayak izini azaltan çevre dostu uygulamalar olarak sıralanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Karbon ayak izi, İklim değişikliği, Ameliyathane, Sürdürülebilirlik, Yeşil ameliyathane



# 17 Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

HSB-009

## Minimal İnvaziv Cerrahilerde İntraoperatif Ultrasonografi (İOUSG) Kullanımı: Yüksek Hacimli Tek Merkez Deneyimi

Feray Tuna<sup>1</sup>, Sibel Toprak<sup>1</sup>, Beslen Göksoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri, İstanbul*

<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Minimal invaziv cerrahiye olan ilginin tüm dünyada artarak devam etmesi, başta ameliyathane hemşireleri olmak üzere sağlık çalışanlarının yeni teknolojilere adapte olmasını gerektirir. İntraoperatif ultrasonografi (İOUSG) genel cerrahi, jinekoloji ve üroloji dahil olmak üzere cerrahi branşlarda kullanılan önemli bir görüntüleme yöntemidir. Minimal invaziv cerrahilerde İOUSG kullanımı ile ilgili yardımcı sağlık personelinin dikkat etmesi gerekenler yeterince tartışılmamıştır. Bu çalışmada minimal invaziv cerrahi sırasında İOUSG kullanımı hakkında bilgi ve deneyimlerimizi aktarmayı amaçladık. Ayrıca İOUSG'nin kullanıldığı ameliyat türleri, cihazın kullanıma hazırlanması, kurulumu ve kullanım sonrası sterilizasyonu hakkında ameliyathane hemşirelerinin bilmesi gerekenleri aktarmak istiyoruz.

**Gereç ve Yöntem:** USG probu dolaşan hemşire tarafından aseptik kurallara uygun şekilde açılır ve steril hemşire tarafından ameliyat masasına alınır. Probu kablosunun cihaza takılacak ucu, kullanımını engellemeyecek şekilde uzatılarak uygun mesafeden steril alana tespiti yapılır. Cihaz, görüntüleme sistemi ekranı ile yan yana görülebilir şekilde konumlandırılır. USG probu kullanılacak ameliyat türüne ve dokuya uygun şekilde ayarlanır. Probu çapı, minimum 10mm'lik trokardan geçiş için uygun olup bu bilgi dahilinde trokar giriş yerlerinin planlanması açısından cerrah bilgilendirilir. Kullanım zamanı dışında kalan tüm zamanlarda, probun ucunu korumak amacıyla koruyucu kılıf çıkartılmaz. Kullanım sonrasında (sterilizasyon öncesi) USG probunun mekanik temizliği kalıntı bırakmayan dezenfektanla yapılarak sterilizasyona gönderilir.

**Bulgular:** Ağustos 2023 – Ağustos 2024 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde İOUSG kullanılan minimal invaziv cerrahiler retrospektif olarak incelendi. Tüm ameliyatlar laparoskopik olarak gerçekleştirildi ve toplam 53 ameliyatta İOUSG kullanıldı. Branşlara göre değerlendirildiğinde hepatopankreatobilier cerrahi (n 39, %73.5) ilk sırada yer alırken bunu üroloji (n 11, %20.7) ve jinekoloji (n 3, %5.8) takip etti. İOUSG kullanımına bağlı herhangi bir sorun yaşanmadı.

**Sonuç:** Minimal invaziv İOUSG hassas ve özellikli bir cihazdır. Ameliyat öncesinde, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında kullanımı ile ilgili ameliyathane hemşirelerinin bilgi sahibi olması son derece önemlidir. Burada yüksek hacimli bir referans merkezi olarak minimal invaziv İOUSG cihazının kullanımı ile ilgili dikkat edilmesi gerekenleri deneyimlerimiz doğrultusunda vurguluyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** İntraoperatif ultrasonografi, laparoskopik intraoperatif ultrasonografi, minimal invaziv cerrahi



## HSB-010

# Cerrahi Birimlerde İyonlaştırıcı Radyasyon Maruziyeti olan Sağlık Çalışanlarının Radyasyon Güvenliğine Yönelik Uygulamalarının ve Radyasyondan Etkilenme Durumlarının İncelenmesi: Şehir Hastanesi Örneği

Çiçek El<sup>1</sup>, Öykü Kara<sup>2</sup>, Vildan Keskin<sup>3</sup>, Furkan Çelik<sup>4</sup>, Sercan Yüksel<sup>5</sup>, Nuray Akyüz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>TC Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Hastane, Eğitim Birimi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>TC Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Hastane, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>TC Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Hastane, Ameliyathane, İstanbul, Türkiye

<sup>5</sup>TC Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Hastane, Genel Cerrahi Kliniği İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Ameliyathane, endoskopi ve girişimsel radyoloji gibi cerrahi birimlerde görev yapan hekim, hemşire, anestezi uzmanı ve radyoloji teknikeri gibi birçok sağlık çalışanı iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalmaktadır. İyonlaştırıcı radyasyonun kanser, hormonal bozukluk, saçlarda dökülme, eklem ağrısı, infertilite, deride kuruma ve renk değişimi, tırnaklarda yapısal bozulma ve ruhsal durumda değişiklik gibi olumsuz etkileri vardır. Bu çalışmada, iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalan sağlık profesyonellerinin radyasyondan etkilenme durumlarının ve radyasyon güvenliğine yönelik uygulamalarının belirlenmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma gerekli izinler alındıktan sonra, Eylül 2024-Ekim 2024 tarihleri arasında İstanbul'da bir şehir hastanesinin cerrahi birimlerinde tanımlayıcı, prospektif ve kesitsel araştırma deseni ile yürütüldü. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi, tüm evrene ulaşılması hedeflendi (N=159). Verilerin toplanmasında kullanılan ve araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen veri formu sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine ve radyasyon güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarına ilişkin sorular içermekteydi. Radyasyondan korunmaya yönelik veriler ise "Sağlık Çalışanlarının Radyasyondan Korunma Bilgisi Ölçeği" ile değerlendirildi. Veriler yüz yüze ve duyuru gruplarından iletilen online veri formu ile toplandı.

**Bulgular:** %50,3'ünü hemşirelerin oluşturduğu katılımcıların %45,3'ü ameliyathanede, %41,6'sı girişimsel işlem alanında çalışmaktaydı. Radyasyonlu alanda çalışma süreleri en az 1 yıl en fazla 30 yıldır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu radyasyona yönelik bilgi düzeylerini yeterli ve kısmen yeterli görmekte ve radyasyon güvenliğine yönelik eğitim aldığını bildirmekteydi. %93,1'i radyasyona yönelik koruyucu ekipman kullanmakta ancak %38,3'ü bu koruyucu ekipmanları her zaman kullanmamaktadır. Katılımcıların %56'sı koruyucu ekipmanların kontrol edilme sıklığını, %38,4'ü koruyucu ekipmanların uygun şekilde muhafaza edilip edilmediğini bilmediğini bildirdi. Bireylerin %73,6'sı dozimetre takibi yaptırırken, %49,1'i dozimetre ölçüm sonuçlarını bilmediğini bildirdi. Radyolojik cihaz kullanımı sırasında en çok kurşun önlük giyildiği ve boyun koruyucu kullanıldığı görüldü. Katılımcıların %54,7'si radyasyonun potansiyel zararlarını bildiğini ve %93,1'i bu sorunlardan en az birini deneyimlediğini bildirdi. Katılımcılarda, radyasyonun en fazla yorgunluk, baş ağrısı tiroid hastalıkları ve depresyona neden olduğunu belirlendi. Katılımcıların radyasyondan korunma bilgisinin  $4,90 \pm 2,87$  Ort $\pm$ SS puanı ile kısmen yetersiz olduğu bulundu. Radyasyon fiziği, biyolojisi ve radyasyon kullanım ilkelerine yönelik bilgi eksikliklerinin olduğu görüldü. Radyasyondan korunmaya yönelik önlemleri her zaman almayan bireylerin koruyucu ekipmanları saklamaya yönelik bilgilerinde eksiklikler olduğu ( $t=3,334$ ;  $df=210$ ;  $p=0,024$ ), dozimetre sonuçlarını bilmedikleri ( $t=4,234$ ;  $df=311$ ;  $p=0,014$ ) daha fazla radyasyona ilişkin sorun deneyimlediği ( $t=2,114$ ;  $df=255$ ;  $p<0,001$ ) görüldü.

**Sonuç:** Sağlık çalışanları, radyasyondan korunma önlemlerini almalarına karşın radyasyonun olumsuz etkilerini deneyimlemektedir. Radyasyondan korunma yöntemlerinin ve izlem kontrollerinin daha doğru gerçekleştirilebilmesi için bireylerin radyasyonun temel özelliklerine ve ilkelerine ilişkin bilgilerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Radyasyonla ilişkili deneyimlenen sorunların azaltılmasında, koruyucu önlemlerin her zaman uygulanması, dozimetre kullanımına ilişkin bilgilendirme sağlanması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Radyasyon, Radyasyonun etkileri, Radyasyon güvenliği





[www.elcd2024.org](http://www.elcd2024.org)



# 17

## KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı

**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



### 1. GÜN

25 Ekim 2024 Cuma

13:30-17:00	<b>MİNİMAL İNVAZİV BARIATRİK CERRAHİ</b> Kurs Başkanları: <b>Levent Avtan, Cüneyt Kırkıl</b>	<b>A SALONU</b>
13:30-17:00	<b>MİNİMAL İNVAZİV KOLOREKTAL CERRAHİ</b> Kurs Başkanları: <b>Hakan Yanar, Mustafa Fevzi Celayir</b>	<b>B SALONU</b>
13:30-17:00	<b>GİS ENDOSKOPİSİ</b> Kurs Başkanları: <b>Osman Baran Tortum, Ali Kocataş</b>	<b>C SALONU</b>
13:30-17:00	<b>MİNİMAL İNVAZİV FITİK CERRAHİSİ</b> Kurs Başkanları: <b>Metin Ertem, Hakan Gök</b>	<b>D SALONU</b>
13:30-17:00	<b>MİNİMAL İNVAZİV ÜST GİS CERRAHİSİ</b> Kurs Başkanları: <b>Koray Karabulut, Mürşit Dinçer</b>	<b>E SALONU</b>
13:30-17:00	<b>ROBOTİK CERRAHİ</b> Kurs Başkanları: <b>Fatih Altıntoprak, Sercan Yüksel</b>	<b>F SALONU</b>
13:30-17:00	<b>BİYOLOJİK DOKUDA ROBOTİK UYGULAMALI PANKREAS ANASTOMOZU: PANKREATİKOJEJUNOSTOMİ, HEPATİKOJEJUNOSTOMİ</b> Kurs Başkanları: <b>Gürkan Tellioğlu, Emre Bozkurt</b>	<b>G SALONU</b>
18:00-18:35	<b>AÇILIŞ TÖRENİ</b>	<b>Salon A</b>
18:00-18:05	İstiklal marşı ve saygı duruşu	
18:05-18:10	ELCD Dernek Başkanı • <b>Prof. Dr. Rasim Gençosmanoğlu</b>	
18:10-18:15	Kongre Başkanı • <b>Prof. Dr. Hasan Bektaş</b>	
18:15-18:25	Kongre Sekreteri • <b>Doç. Dr. Emre Bozkurt</b>	
18:25-18:35	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı • <b>Prof. Dr. Kemal Memişoğlu</b>	
18:35-19:10	<b>AÇILIŞ KONFERANSI</b>	<b>Salon A</b>
	Robotik cerrahinin dünyada ve ülkemizdeki gelişimi: Konsoldan sahneye uzanan deneyimlerim... <b>Prof. Dr. Ali Rıza Kural</b>	



# 17

## KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



### 2. GÜN

26 Ekim 2024 Cumartesi

09:00-09:55

**YAPAY ZEKA**

Salon A

09:00-09:30  
09:30-09:50  
09:50-09:55

Oturum Başkanları: **Rasim Gençosmanoğlu, Mathieu D'Hondt**  
Güncel tanı, cerrahi tedavi ve taktikte yapay zekanın yeri • **Andrew Gumbs**  
Geleceğin ameliyathaneleri • **Niki Rashidian**  
Soru & Cevap

10:00-10:55

**MINİMAL İNVAZİV ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM CERRAHİSİ - 1**

Salon A

10:00-10:15  
10:15-10:30  
10:30-10:45  
10:45-10:55

Oturum Başkanları: **Enver İlhan, Sümer Yamaner**  
Özofagus cerrahisinde robot kullanımı • **Erol Pişkin**  
Özofagus motilite bozukluklarında cerrahi tedavi • **Akın Fırat Kocaay**  
Hiatal herni cerrahisinde teknik detaylar • **Ahmet Türkçapar**  
Soru & Cevap

10:00-10:55

**SEÇİLMİŞ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 2**

Salon C

Oturum Başkanları: **Alper Sözütek, Uygur Demir**  
Hakemler: **Ömer Alabaz, Mehmet Karabulut, Mehmet Çağlıküleççi**

11:00-11:30

Kahve Arası

11:30-12:30

**MINİMAL İNVAZİV PANKREAS CERRAHİSİ**

Salon A

11:30-11:45  
11:45-12:00  
12:00-12:15  
12:15-12:25

Oturum Başkanları: **Mathieu D'Hondt, Emre Bozkurt**  
Robotik Whipple: Uygulanabilir ve güvenli olması nasıl sağlanır? • **Juan Santiago Azagra**  
Distal pankreatektomide komplikasyonları azaltıcı önlemler • **Niki Rashidian**  
Pankreatikoduodenektomide anastomoz teknikleri • **Erdem Kınacı**  
Soru & Cevap

12:30-13:30

Öğle Yemeği

13:30-14:25

**MINİMAL İNVAZİV FITİK ONARIMI - 1**

Salon A

13:30-13:45  
13:45-14:00  
14:00-14:15  
14:15-14:25

Oturum Başkanları: **Metin Ertem, Ersan Eroğlu**  
Kasık fıtığı cerrahisinde teknik seçimi (TEP, eTEP, TAPP) • **İdris Kurtuluş**  
Kasık fıtığı cerrahisinde ağrı sorunu ve yönetimi • **Hakan Gök**  
Kasık fıtığı cerrahisinde nüks nedenleri ve tedavisi • **Fatih Yanar**  
Soru & Cevap

13:30-14:25

**VIDEO BİLDİRİ OTURUMU 1 (ALT GİS CERRAHİSİ)**

Salon B

Oturum Başkanları: **Mustafa Fevzi Celayir, İbrahim Halil Özata**

14:30-15:25

**BARİATRİK ve METABOLİK CERRAHİ - 1**

Salon A

14:30-14:45  
14:45-15:00  
15:00-15:15  
15:15-15:25

Oturum Başkanları: **Levent Avtan, Ahmet Türkçapar**  
Sleeve gastrektomide intraoperatif zorluklar: Nasıl üstesinden geliyorum? • **Halil Çoşkun**  
Sleeve gastrektomi sonrası kaçak ve kanamaların endoskopik/laparoskopik yönetimi • **Kayhan Özdemir**  
Endobariatrik işlemlerin sonuçları • **Erdem Akbal**  
Soru & Cevap



# 17

## KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



### 2. GÜN

26 Ekim 2024 Cumartesi

14:30-15:25	<b>SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 1 (ALT GİS CERRAHİSİ)</b>	Salon B
	Oturum Başkanları: <b>Ahmet Rencüzoğulları, Serdar Çulcu</b>	
14:30-15:25	<b>VIDEO BİLDİRİ OTURUMU 2 (ENDOKRİN CERRAHİ-FİTİK ONARIMI)</b>	Salon C
	Oturum Başkanları: <b>Murat Baki Yıldırım, Aydın Eray Tufan</b>	
15:30-16:00	Kahve Arası	
16:00-16:55	<b>MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ VIDEO OTURUMU - 1</b>	Salon A
16:00-16:15	Oturum Başkanları: <b>Niki Rashidian, Sina Ferahman</b>	
16:15-16:30	Yapay zekanın klinikte kullanımı • <b>Andrew Gumbs</b>	
16:30-16:45	Robotik karaciğer cerrahisinde zorluklar ve komplikasyon yönetimi • <b>Mathieu D'Hondt</b>	
16:45-16:55	Robotik adrenalectomi • <b>Serkan Sarı</b>	
	Soru & Cevap	
17:00-18:00	<b>ENDOSKOPI - 1</b>	Salon A
17:00-17:15	Oturum Başkanları: <b>Serdar Karaca, Sezgin Yılmaz</b>	
17:15-17:30	Endoskopik drenaj yöntemleri ve uygulama teknikleri • <b>Erdem Akbal</b>	
17:30-17:45	POEM (Akalazya, Zenker divertikülü) • <b>Tahsin Dalgıç</b>	
17:45-17:55	Mide lezyonlarında endoskopik tedavi (EMR, ESD) • <b>Fatih Aslan</b>	
	Soru & Cevap	
17:00-18:00	<b>SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 2 (ÜST GİS CERRAHİSİ)</b>	Salon B
	Oturum Başkanları: <b>Enver İlhan, Sercan Yüksel</b>	
17:00-18:00	<b>SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 3 (FİTİK ONARIMI)</b>	Salon C
	Oturum Başkanları: <b>İdris Kurtuluş, Atakan Özkan</b>	
18:00-18:45	<b>SEÇİLMİŞ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 1</b>	Salon A
	Oturum Başkanları: <b>Erdoğan Sözüer, Cemalettin Ertekin</b>	
	Hakemler: <b>Fikret Ezberci, Mehmet Mihmanlı, Mert Mahsuni Sevinç, Uğur Topal</b>	
18:00-18:45	<b>VIDEO BİLDİRİ OTURUMU 3 (ÜST GİS CERRAHİSİ)</b>	Salon B
	Oturum Başkanları: <b>Turgut Dönmez, Akın Fırat Kocaay</b>	
18:00-18:45	<b>SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 4 (KARACİĞER PANKREAS VE SAFRA YOLU CERRAHİSİ)</b>	Salon C
	Oturum Başkanları: <b>Alpen Yahya Gümüşoğlu, Yılmaz Özdemir</b>	



# 17

## KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



### 3. GÜN

27 Ekim 2024 Pazar

09:00-09:55

**MİNİMAL İNVAZİV KARACİĞER CERRAHİSİ**

Salon A

09:00-09:15

Oturum Başkanları: **Mustafa Kerem, Mert Mahsuni Sevinç**

Hepatobilier cerrahide ICG kullanımı • **Aydın Alper**

09:15-09:35

Robotik kompleks karaciğer rezeksiyonları • **Mathieu D'Hondt**

09:35-09:50

Minimal invaziv cerrahinin karaciğer transplantasyonundaki rolü • **Roberto Montalti**

09:50-09:55

Soru & Cevap

10:00-10:55

**YAPAY ZEKANIN KLİNİK UYGULAMALARI**

Salon A

10:00-10:15

Oturum Başkanları: **Cavit Avcı, Müjdat Balkan**

Tanı, tedavi seçimi ve prognoz belirlemede 'radiomic'lerin rolü • **Aytül Hande Yardımcı**

10:15-10:30

Yapay zeka, 'big data' ve etik sorunlar • **Sina Ferahman**

10:30-10:45

Cerrahi eğitimde yapay zekanın yeri • **Niki Rashidian**

10:45-10:55

Soru & Cevap

10:00-10:55

**SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 5 (FITİK ONARIMI)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Fatih Yanar, Emrah Akın**

11:00-11:30

Kahve Arası

11:30-12:30

**MİNİMAL İNVAZİV ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM CERRAHİSİ - 1**

Salon A

11:30-11:45

Oturum Başkanları: **Hakan Yanar, Cevher Akarsu**

Hemikolektomi ve CME, ICG eşliğinde D3 Diseksiyon • **Amjad Parvaiz**

11:45-12:00

Minimal invaziv cerrahide prehabilitasyon/nütrisyon, eğitim, egzersiz, ek komorbid durumlar

**İbrahim Halil Özata**

12:00-12:15

Transvers kolon tümörlerine yaklaşım • **Ken Campbell**

12:15-12:25

Soru & Cevap

12:30-13:30

Öğle Yemeği

13:30-14:25

**MİNİMAL İNVAZİV FITİK ONARIMI - 2**

Salon A

13:30-13:45

Oturum Başkanları: **Melih Paksoy, Hakan Gök**

Ventral fitik onarımında IPOM plus yeterli mi? • **Emrah Akın**

13:45-14:00

Ventral fitik onarımında yeni yaklaşımlar (eTEP, eMILOS, SCOLA,TEA) • **Murat Baki Yıldırım**

14:00-14:15

Ventral fitik onarımında robotik cerrahinin avantajları • **Metin Ertem**

14:15-14:25

Soru & Cevap

13:30-14:25

**VIDEO BİLDİRİ OTURUMU 4 (ACİL CERRAHİ GİRİŞİMLER)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Cemalettin Ertekin, Sercan Yüksel**

14:30-15:25

**FARKLI YÖNLERİYLE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ - 1**

Salon A

14:30-14:45

Oturum Başkanları: **Osman Abbasoğlu, Erol Pişkin**

Robotik HPB cerrahisi- iki cerrah modeli • **Taiga Wakabayashi**

14:45-15:00

Robotik cerrah olmak için yol haritası • **Mathieu D'Hondt**

15:00-15:15

Minimal invaziv cerrahi çağında karbon ayak izi • **Ahmet Rencüzoğulları**

15:15-15:25

Soru & Cevap



# 17

## KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



### 3. GÜN

27 Ekim 2024 Pazar

14:30-15:25

**SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 6 (ENDOKRİN CERRAHİ)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Serkan Sarı, Sina Ferahman**

15:30-16:00

Kahve Arası

16:00-16:55

**ENDOSKOPI - 2**

Salon A

Oturum Başkanları: **Tahsin Dalgıç, Soykan Arıkan**

16:00-16:15

Cerrahların endoskopi uygulamalarında mevzuattaki güncel durum • **Serdar Karaca**

16:15-16:30

Bir tedavi yöntemi olarak ERCP • **Sezgin Yılmaz**

16:30-16:45

Endoskopik rezeksiyonlarda komplikasyonları önlemenin en iyi yolu nedir? • **Fatih Aslan**

16:45-16:55

Soru & Cevap

16:00-16:55

**VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 5 (KARACİĞER PANKREAS VE SAFRA YOLU CERRAHİSİ)**

Salon B

Oturum Başkanları: **Kerem Tolun, Sinan Ömeroğlu**

16:00-16:55

**SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 7 (BARIATRİK CERRAHİ)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Kayhan Özdemir, Sezgin Uludağ**

17:00-18:00

**ROBOTİK CERRAHİ KONSENSUS OTURUMU (KEYPAD)**

Salon A

Oturum Başkanları: **Emre Bozkurt, Mehmet Karabulut**

17:00-17:30

Rektum Cerrahisi • **İbrahim Özata, Serkan Sucu**

17:30-18:00

Karaciğer Cerrahisi • **Emre Bozkurt, Samet Yığman, Serkan Sucu**

17:00-18:00

**SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 8 (ENDOSKOPI)**

Salon B

Oturum Başkanları: **Osman Baran Tortum, Soykan Arıkan**

17:00-18:00

**VIDEO BİLDİRİ OTURUMU 6 (ENDOSKOPI)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Fatih Altıntoprak, Ali Kocataş**

18:00-18:45

**SEÇİLMİŞ VIDEO BİLDİRİ OTURUMU**

Salon A

Oturum Başkanları: **Ömer Alabaz, Enver İlhan**

Hakemler: **Hızır Akyıldız, Fatih Altıntoprak, Ali Fuat Kaan Gök, Süleyman Demiryas**

18:00-18:45

**SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 9 (ACİL CERRAHİ GİRİŞİMLER)**

Salon B

Oturum Başkanları: **Kaan Gök, Mehmet Karabulut**

18:00-18:45

**SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 10 (ALT GİS CERRAHİSİ)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Ediz Altınlı, Ramazan Kozan**



# 17

## KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



### 4. GÜN

28 Ekim 2024 Pazartesi

09:00-09:55

**BARİATRİK ve METABOLİK CERRAHİ - 2**

Salon A

09:00-09:15

Oturum Başkanları: **Halil Çoşkun, Mushvig Hasanov**

09:15-09:35

Laparoskopik/robotik tek-anastomoz gastrik bypass ne kadar etkin? • **Cüneyt Kırkıl**

09:35-09:45

Laparoskopik/robotik Roux-en-Y gastrik bypass ve geç dönem sonuçları • **Philippe Topart**

09:45-09:55

Ameliyat sonrası kilo alımında endoskopik/laparoskopik yönetim • **Ahmet Türkçapar**

Soru & Cevap

09:00-09:55

**SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 11 (KOMPLİKASYON YÖNETİMİ ve DİĞERLERİ)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Mehmet Çağlıkülekcı, Uğur Topal**

10:00-10:55

**MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ VIDEO OTURUMU - 2**

Salon A

10:00-10:15

Oturum Başkanları: **Koray Karabulut, Fatih Altıntoprak**

10:15-10:30

Komplet mezokolik eksizyonda güncel kanıtlar, nasıl yapıyorum? • **Ken Campbell**

10:45-10:55

Robotun bariatrik ve metabolik cerrahiye sağladığı katkılar • **Juan Santiago Azagra**

Soru & Cevap

11:00-11:30

Kahve Arası

11:30-12:30

**MİNİMAL İNVAZİV ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM CERRAHİSİ - 2**

Salon A

11:30-11:45

Oturum Başkanları: **Ahmet Rencüzoğulları, Akın Fırat Kocaay**

11:45-12:00

Multikompartmant pelvik organ prolapsuslarında robotik yaklaşım • **Ramazan Kozan**

Rektum kanserinde laparoskopik /robotik intersfinkterik rezeksiyon: sınırları ne kadar zorlayalım?

**Amjad Parvaiz**

12:00-12:15

Rektum kanseri yönetiminde güncel yaklaşım • **Emre Görgün**

12:15-12:25

Soru & Cevap

11:30-12:30

**VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 7 (ÜST GİS CERRAHİSİ)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Cevher Akarsu, Mürşit Dinçer**

12:30-13:30

Öğle Yemeği

13:30-14:25

**MİNİMAL İNVAZİV ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM CERRAHİSİ - 2**

Salon A

13:30-13:45

Oturum Başkanları: **Mehmet Mihmanlı, Ediz Altınlı**

13:45-14:00

HİPEK / PİPAK • **Serdar Çulcu**

14:00-14:15

Özofagojejunal anastomoz kaçacağı kaçınılmaz bir sorun mu? • **Juan Santiago Azagra**

Gastrointestinal sistemde hibrit endo-laparoskopik girişimler ve endoluminal cerrahide güncel durum

**Emre Görgün**

14:15-14:25

Soru & Cevap



# 17

## KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



### 4. GÜN

28 Ekim 2024 Pazartesi

14:30-15:25

**MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMALARIN SONUÇLARI**

Salon A

14:30-14:40

Oturum Başkanları: **Osman Abbasoğlu, Uygur Demir**  
Obezite - 5-year outcomes of merged data from two randomized clinical trials (SLEEVEPASS and SM-BOSS)  
**Cüneyt Kırkıl**

14:40-14:50

Kolorektal karaciğer metastazları - SAGES/AHPBA guidelines for the use of minimally invasive surgery for the surgical treatment of colorectal liver metastases • **Sercan Yüksel**

14:50-15:00

Mide kanseri - Surgical Techniques and Related Perioperative Outcomes After Robot-assisted Minimally Invasive Gastrectomy (RAMIG) • **Erol Pişkin**

15:00-15:10

Endoskopi - Effect of real time computer aided detection of colorectal adenoma in routine colonoscopy (COLO-GENIUS) • **Uğur Topal**

15:10-15:20

Soru & Cevap

14:30-15:25

**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 12 (ENDOSKOPI)**

Salon B

Oturum Başkanları: **Ekrem Çakar, Sercan Yüksel**

14:30-15:25

**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 13 (KARACİĞER PANKREAS VE SAFRA YOLU CERRAHİSİ)**

Salon C

Oturum Başkanları: **Gürkan Telliöğlu, Mert Mahsuni Sevinç**

15:30-16:00

Kahve Arası

16:00-17:00

**FARKLI YÖNLERİYLE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ - 2**

Salon A

16:00-16:15

Oturum Başkanları: **Kerem Tolan, Serkan Sarı**  
Kolorektal cerrahide 'Bandwagon' etkisi: Popüler trendlerin operasyon sonuçlarına etkisi  
**Roberto Bergamaschi**

16:15-16:30

Sağ hemikolektomide robotik komplet mezokolik eksizyon - D3 - D4 diseksiyonun karşılaştırılması  
**Roberto Bergamaschi**

16:30-16:45

ERAS pratikte neden yaygınlaşmıyor? • **Osman Abbasoğlu**

16:45-17:00

Soru & Cevap

16:00-17:00

**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 14 (KARACİĞER PANKREAS VE SAFRA YOLU CERRAHİSİ)**

Salon B

Oturum Başkanları: **Alpen Yahya Gümüšoğlu, Erdem Kınacı**

16:00-17:00

**QUIZ OTURUMU**

Salon C

Oturum Başkanları: **Emre Bozkurt, Serdar Çulcu**

17:00-18:00

**REKTUM KANSERİ TEDAVİSİ MULTİDİSİPLİNER TÜMÖR KONSEYİ**

Salon A

Moderatörler: **Emre Görgün, Sercan Yüksel**  
Tartışmacılar: **Ahmet Rencüzoğulları, Şahin Laçın, Didem Karaçetin, Bengi Gürses, Mathieu D'Hondt**

18:00-19:00

**KAPANIŞ VE ÖDÜL TÖRENİ**

Salon A





# 17

## KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
**25-29 Ekim 2024 ANTALYA**



**5. GÜN**

**29 Ekim 2024 Salı**

09:00-09:30	Akılcı İlaç Kullanımı • <b>Samet Yiğman</b>	Salon A
09:30-09:45	Kahve Arası	
09:45-10:15	Yapay Zeka Çağında Karşılaşılabilecek Medikolegal Sorunlar • <b>Hasan Bektaş</b>	Salon A
10:15-11:00	Kongre ile ilgili Geri Bildirimlerin Alınması / Sertifikaların Takdimi	Salon A



# 17

## Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı



# Ulusal Endoskopik Laparoskopik Robotik Cerrahi Kongresi

Endoskopi ve Minimal İnvaziv Cerrahi Hemşireliği Programı  
25-29 Ekim 2024 ANTALYA

## 2. GÜN

26 Ekim 2024 Cumartesi

09:30-12:40

### ENDOSKOPI OTURUMU

Salon B

09:30-09:50  
09:50-10:10  
10:10-10:30  
10:30-10:50  
10:50-11:00

Oturum Başkanları: **Nuray Akyüz, Öykü Kara**  
Gastrointestinal sistemin anatomisi ve sık rastlanan lezyonlar • **İbrahim Özata**  
Endoskopide sedasyon ve hemşirenin rolü • **Çiçek El**  
Kullanılan aletler, aletlerin temizlik ve dezenfeksiyonu • **Mehtap Çelik**  
Üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisinde hemşirenin rolü • **Duygu Çırpanlı**  
Tartışma

11:00-11:30

Kahve Arası

11:30-11:50  
11:50-12:10  
12:10-12:30  
12:30-12:40

Oturum Başkanları: **Dilek Aygin - Vildan Keskin**  
ERCP, EUS, PEG ve hemşirenin rolü • **Çiçek El**  
EMR ve ESD uygulamaları • **Uğur Topal**  
Endoskopide hasta ve çalışan güvenliği • **Nuray Akyüz**  
Tartışma

12:40-13:30

Öğle Yemeği

## 3. GÜN

27 Ekim 2024 Pazar

09:30-12:40

### LAPAROSKOPIK VE ROBOTİK CERRAHİ OTURUMU

Salon B

09:30-09:50  
09:50-10:10  
10:10-10:30  
10:30-10:50  
10:50-11:00

Oturum Başkanları: **Dilek Aygin, Çiçek El**  
Laparoskopide kullanılan aletler • **Furkan Çelik**  
Laparoskopide yeni teknolojik gelişmeler ve uygulamalar • **Fatih Altıntoprak**  
Laparoskopi öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı • **Tuluha Ayoğlu**  
Aletlerin temizliği, sterilizasyonu ve işleme hazırlığı • **Furkan Çelik**  
Soru & Cevap

11:00-11:30

Kahve Arası

11:30-11:50  
11:50-12:10  
12:10-12:30  
12:30-12:40

Oturum Başkanları: **Nuray Akyüz, Duygu Çırpanlı**  
Robotik cerrahide kullanılan aletler • **Filiz Şahabat**  
Robotik cerrahide sık görülen komplikasyonlar ve yönetimi • **Sercan Yüksel**  
Robotik cerrahide ameliyathane hemşireliği • **Filiz Şahabat**  
Tartışma

12:40-13:30

Öğle Yemeği

## 4. GÜN

28 Ekim 2024 Pazartesi

09:30-12:40

### YAPAY ZEKA VE YENİ TEKNOLOJİLER OTURUMU

Salon B

09:30-09:50  
09:50-10:10  
10:10-10:30  
10:30-10:50  
10:50-11:00

Oturum Başkanları: **Tuluha Aydoğdu, Filiz Şahabat**  
Yapay zeka teknolojileri ve sağlıkta kullanımı • **Sina Ferahman**  
Hemşirelikte yapay zeka ve robot teknolojilerinin yeri • **Öykü Kara**  
Minimal invaziv cerrahide güncel yaklaşımlar ve hemşirenin rolü • **Dilek Aygin**  
Sağlıkta uzaktan izleme teknolojileri ve hemşirenin rolü • **Vildan Kesgin**  
Tartışma

11:00-11:30

Kahve Arası

11:30-12:40

### Sözlü Bildiriler

Oturum Başkanları: **Tuluha Ayoğlu, Furkan Çelik**

12:40-13:30

Öğle Yemeği