

mini invaziv

Cerrahi Dergisi

JOURNAL OF MINIMAL INVASIVE SURGERY

ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ DERNEĞİ'NİN YAYIN ORGANIDIR
THE JOURNAL OF THE TURKISH ASSOCIATION FOR ENDOSCOPIC-LAPAROSCOPIC SURGERY

1. ULUSAL
ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ
(10 - 13 Kasım 1993)
Taksim / İSTANBUL



- LAPAROSKOPI
- TORAKOSKOPI
- PELVİOSKOPI
- VIDEO ENDOSKOPI
- GENEL CERRAHİ
- TORAKS CERRAHİSİ
- JİNEKOLOJİ
- ENDOÜROLOJİ

ÖZET KİTABI
ABSTRACT BOOK



1. ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

(10 - 13 Kasım 1993)

ÖZET KİTABI / ABSTRACT BOOK

DÜZENLEME KURULU

Dr. Cavit AVCI
Dr. Aydın ALPER
Dr. Vahit ÖZMEN
Dr. Selçuk MERCAN
Dr. Dursun BUĞRA
Dr. Abdullah İÇİ
Dr. Levent AVTAN



DÜZENLEYEN KURULUŞLAR



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ODİYO VİZÜEL UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ



ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK
CERRAHİ DERNEĞİ
E.L.C.D.



HACETTEPE TIP FAKÜLTESİ
KADIN DOĞUM
ANA BİLİM DALI



İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ
ANA BİLİM DALI

DESTEKLEYEN KURULUŞLAR



ULUSAL CERRAHİ
DERNEĞİ



HEPATO-PANKREATO - BİLİER
CERRAHİ DERNEĞİ



GAZİ ÜNİV. TIP FAK. GENEL
CERRAHİ A.B.D.



CERRAHPAŞA TIP FAK.
GENEL CERRAHİ A.B.D.



MARMARA ÜNİV. TIP FAK.
GENEL CERRAHİ A.B.D.



İZMİR BELEDİYESİ
EŞREFPAŞA HASTANESİ



FDCL - Fondation pour le
Développement de la Chirurgie
Laparoscopique



AEVC- European
Association of
Video Surgery



VRC - Video Revista de
Chirurgia



Hospital, C.H.U. de
TOULOUSE - RANGEUIL



Mediko-şirürjikal
Odiyo Vizüel İnternasyonal
Dökümantasyon ve Eğitim Merkezi



International
Gastro - Surgical Club



Değerli Meslektaşlarım,

Hepimizin bildiği gibi, teknolojik gelişmeler sonucu ortaya çıkan VIDEO ENDO-LAPAROSKOPIK CERRAHİ dünyada ve ülkemizde büyük bir hızla gelişmeye ve yayılmaya devam etmektedir. 1987'de Fransa'da Dr. Mouret'nin gerçekleştirdiği ilk laparoskopik kolesistektomi ile popüler olan bu yeni cerrahi biçiminin beş yıldaki gelişmesi değerlendirilince, bunun, 21. asrın etkin cerrahi biçimi olacağına kesin gözüyle bakılmaktadır. Bir taraftan, şimdiden prototipi yapılmış olan uzaktan kumanda edilir videoskopik ameliyathaneler geliştirilip robotik ameliyathaneler denenirken, diğer taraftan uydu aracılığı ile yapılacak teleoperasyon projeleri üzerinde çalışılmaktadır. Öyle anlaşılıyor ki, 2000'li yıllarda, klasik cerrahi konsepti ile yetişmiş günümüz cerrahlarını büyük sürprizler beklemektedir...

Ülkemizde de ilk uygulamaları 1991'de başlayan bu yeni cerrahi biçiminin gelişim ve yayılımı dünya örneklerindeki gibi çok hızlı olmaktadır. Bugün sadece büyük şehirlerimizde değil birçok küçük merkezlerde bile endo-laparoskopik cerrahi uygulamaları yapılmaktadır. Henüz başlama imkanı bulamamış meslektaşlarımızın da bu konuya yakından ilgi duydukları bilinmektedir.

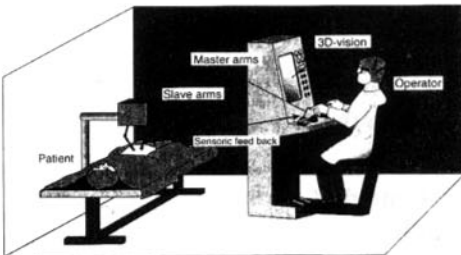
Bu modern cerrahiye ülkemizde duyulan ilgi sonucu kurulmuş olan ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ DERNEĞİ'nin İstanbul'da organize ettiği bu ilk kongrede çeşitli etkinlikler bulunmaktadır;

Serbest bildirimler bölümünde ülkemiz endo-laparoskopik cerrahları çalışmalarını sunma fırsatını bulurken, **konferanslarda** yerli ve yabancı yetkililer tarafından bu revolüsyoner cerrahinin bugünü ve geleceği değerlendirilecektir. Çok renkli geçeceğini sandığımız **tartışmalı video paneller** bölümünde ise yerli ve yabancı kaynaklı, endo-laparoskopik çeşitli cerrahi uygulama filmleri geniş ekranda gösterilip, her biri oturum panelistleri ve salondakiler tarafından tartışılarak değerlendirilecektir.

300 m²'lik **sergi** bölümünde ise, çeşitli firmalar tarafından endo-laparoskopideki her türlü yenilik ve gelişmeler sergilenip tanıtımı yapılacaktır.

2000'e yedi yıl kala ülkemizde yapılacak olan bu **İLK KONGRENİN**, 21. asrın cerrahisine gönül veren ve ilgi duyan tüm meslektaşlarımıza hayırlı olmasını ve başarılı geçmesini dilerim.

Prof. Dr. Cavit AVCI
Kongre Başkanı



10 KASIM 1993 - ÇARŞAMBA

13.00 - 18.00 KAYIT

11 KASIM 1993 - PERŞEMBE

8.00 - 9.00 KAYIT

9.00 - 9.30 AÇILIŞ

9.45 - 10.30 **KONFERANS - I**

G. Fourtanier (Toulouse - Fransa)

Video Endo-Laparoskopik Cerrahinin Gelişmesi ve Geleceği

C. Avcı

Türkiye'de Video Endoskopik Cerrahi.

10.30 - 11.00 KAHVE ARASI

11.00 - 12.30 **VIDEO PANEL - I**

Safra Kesesi ve Yolları Cerrahisinde Video Laparoskopisi

Moderatör: *G. Fourtanier*

Panelistler

G. Fourtanier (Toulouse - Fransa), *J.C. Berthou* (Lorient - Fransa)

J. Himpens (Bruxelles - Belçika), *M. Dudai* (Jerusalem - İsrail)

Tartışmacılar

A. Alper, D. Buğra, E. Göney, N. Aras

12.30 - 14.00 YEMEK ARASI

14.00 - 14.30 **KONFERANS - II**

J.B. Putnam (U.S.A.)

Video Torakoskopik Cerrahi

14.45 - 16.00 **SERBEST BİLDİRİLER - 1 (SALON - A)**

Moderatörler: *B. Canbeyli, H. Taşçı*

SERBEST BİLDİRİLER - 2 (SALON - B)

Moderatörler: *T. Esen, T. Gürpınar*

SERBEST BİLDİRİLER - 3 (SALON - C)

Moderatörler: *Ö. Oto, I. Doğusoy*

16.00 - 16.30 KAHVE ARASI

16.30 - 17.00 **KONFERANS -III**

T. Gürgan, H. Yaralı (Hacettepe)

Jinekolojide Video Laparoskopik Uygulamalar

17.00 - 18.30 **SERBEST BİLDİRİLER - 4 (SALON - A)**

Moderatörler: *D. Buğra, S. Doğan*

SERBEST BİLDİRİLER - 5 (SALON - B)

Moderatörler: *A. Zorluoğlu, O. Yücel*

SERBEST BİLDİRİLER - 6 (SALON - C)

Moderatörler: *S. Sadık, H.F. Yazıcıoğlu*

19.30 - 22.00 YEMEKLİ KOKTEYL



12 KASIM 1993 - CUMA

- 9.00 - 10.30 **VIDEO PANEL - II**
Kolon ve Apandisit Cerrahisinde Video Laparoskopisi
Moderatör: *J.C. Berthou*
Panelistler
J.C. Berthou (Lorient - Fransa), *M. Dudai* (Jerusalem - İsrail)
G. Fourtanier (Toulouse - Fransa), *J. Bruyns* (Bruxelles - Belçika)
Tartışmacılar
K. Alemdaroğlu, E. Sözüer, A. İğci
- 10.30 - 11.00 KAHVE ARASI
- 11.00 - 12.30 **VIDEO PANEL -III**
Peptik Ülser ve Hiatus Cerrahisinde Video Endo-Laparoskopisi
Moderatör: *J. Bruyns*
Panelistler
J. Bruyns (Bruxelles - Belçika), *J.C. Berthou* (Lorient - Fransa)
G. Fourtanier (Toulouse - Fransa), *M. Dudai* (Jerusalem - İsrail)
Tartışmacılar
V. Özmen, S. Mercan, C. Avcı
- 12.30 - 14.00 YEMEK ARASI
- 14.00 - 15.30 **VIDEO PANEL - IV**
İngiunal Herni Tamirinde Videolaparoskopisi
Moderatör: *M. Dudai*
Panelistler
M. Dudai (Jerusalem - İsrail), *G. Fourtanier* (Toulouse - Fransa)
J.C. Berthou (Lorient - Fransa), *J. Bruyns* (Bruxelles - Belçika)
Tartışmacılar
M. Gürel, C. Oral, M. Neşşar
- 15.30 - 16.00 KAHVE ARASI
- 16.00 - 17.30 **SERBEST BİLDİRİLER - 7 (SALON - A)**
Moderatörler: *K. Alemdaroğlu, A. İğci*
SERBEST BİLDİRİLER - 8 (SALON - B)
Moderatörler: *A. Alper, N. Aras*
SERBEST BİLDİRİLER - 9 (SALON - C)
Moderatörler: *V. Özmen, S. Mercan*
- 20.00 - 24.00 KONGRE YEMEĞİ

13 KASIM 1993 - CUMA

*İ. Ü. Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Enstitüsünde tam gün
"Advanced Videoskopik Cerrahi" work-shop çalışmaları ve
domuz üzerinde uygulamalar gerçekleştirilecektir.*

*Yabancı konuklarında katkıda bulunacağı bu çalışmalara
daha önceden müracaat etmiş bulunan genel
cerrah, jinekolog ve ürologlar katılacaklardır.*

KONFERANSLAR

KONFERANS - I

G. Fourtanier (Toulouse - Fransa)
**Video Endo-Laparoskopik Cerrahinin
Gelişmesi ve Geleceği**

C. Avcı
Türkiye'de Video Endoskopik Cerrahi

KONFERANS - II

J.B. Putnam (U.S.A.)
Video Torakoskopik Cerrahi

KONFERANS -III

T. Gürkan, Dr. H. Yaralı (Hacettepe)
**Jinekolojide Video Laparoskopik
Uygulamalar**

VIDEO PANELLER

VIDEO PANEL - I

**Safra Kesesi ve Yolları Cerrahisinde
Video Laparoskopisi**

Moderatör: *G. Fourtanier*

Panelistler

G. Fourtanier (Toulouse - Fransa),
J.C. Berthou (Lorient - Fransa)
J.Bruyns (Bruxelles - Belçika),
M. Dudai (Jerusalem - İsrail)

Tartışmacılar

A. Alper, D. Buğra
E. Göney, N. Aras

VIDEO PANEL - II

**Kolon ve Apandisit Cerrahisinde
Video Laparoskopisi**

Moderatör: *J.C. Berthou*

Panelistler

J.C. Berthou (Lorient - Fransa),
M. Dudai (Jerusalem - İsrail)
G. Fourtanier (Toulouse - Fransa),
J. Bruyns (Bruxelles - Belçika)

Tartışmacılar

K. Alemdaroğlu
E. Sözüer, A. İçci

VIDEO PANEL -III

**Peptik Ülser ve Hiatus Cerrahisinde
Video Endo-Laparoskopisi**

Moderatör: *J. Bruyns*

Panelistler

J. Bruyns (Bruxelles - Belçika),
J.C. Berthou (Nice - California)
G. Fourtanier (Toulouse - Fransa),
M. Dudai (Jerusalem - İsrail)

Tartışmacılar

V. Özmen, S. Mercan,
C. Avcı

VIDEO PANEL - IV

**İngiunal Herni Tamirinde
Videolaparoskopisi**

Moderatör: *M. Dudai*

Panelistler

M. Dudai (Jerusalem - İsrail)
G. Fourtanier (Toulouse - Fransa),
J.C. Berthou (Lorient - Fransa),
J. Bruyns (Bruxelles - Belçika)

Tartışmacılar

M. Gürel, C. Oral,
M. Neşşar

SERBEST BİLDİRİLER - 1 (SALON - A) 11 KASIM 1993 - PERŞEMBE / 14.45 - 16.00

- LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİNİN CERRAHİ KOMPLİKASYON YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI**
H. Ezici, A. Akınoğlu, Ö. Alabaz, Z. Boğa
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ KOMPLİKASYONLARI**
H. Taşçı, Y. Çiçek, S. Pekmezci, C. Gökdoğan, S. Öneş
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE ANA SAFRA YOLLARI YARALANMASI**
H. Güven, B. Avar, Y. Kılıç, V. Tunalı
SSK Okmeydanı Hastanesi 5. Genel Cerrahi Kliniği
- LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN GEÇ KOMPLİKASYONLARI**
B. Canbeyli, M. Karaoğlan,
N. Akıldız, Y. Çapkis, H. Şimşek
SSK Tepecik Hastanesi - İzmir
- LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI SAFRA KAÇAĞININ HEPATOBİLİER SİNTİGRAFI İLE KONTROLÜ**
S. Lokman, T. İlçi, E. Filiz, S. Aydın, C. Çavlı
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
- VİDEO LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE PEROPERATUAR KOLANJİOGRAFİNİN DEĞERİ**
L. Avtan, C. Avcı
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
İstanbul Üniversitesi Odiyo-Vizüel Uygulama ve Araştırma Merkezi
- LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ GERÇEKTEN "MİNİMAL İNVAZİV" Mİ?**
O. Büyükgöbiz, C. Yeğen, A.Ö. Aktan,
B.M. Güllüoğlu, R. Yalın
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- LAPAROSKOPIK VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİLİ OLGULARDA SERUM KORTİZOL DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**
H. Evrüke(*), E. Göney(**), F. Hızlı(*),
A. Eren(*), F. Kutlu(***)
SSK Okmeydanı Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği*,
Anestezi ve Reanimasyon Kliniği***,
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı**
- LAPAROSKOPIK VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİLERDE ORGANİZMANIN GÖSTERDİĞİ FİZYOLOJİK VE METABOLİK YANIT**
V. Kırımlıoğlu, S. Ünver, N. Tatlıcan,
C. Dalva, M. Akoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
- LAPAROSKOPIK CERRAHİNİN SOLUNUM FİZYOLOJİSİ YÖNÜNDEN AVANTAJLARI**
E. Geçim, F. Leblebici, C. Bumin,
N. Aras, E. Kuterdem
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Anesteziyoloji Anabilim Dalları

SERBEST BİLDİRİLER - 2 (SALON - B) 11 KASIM 1993 - PERŞEMBE / 14.45-16.00

1. ÜRETER ALT UÇ TAŞLARININ TEDAVİSİNDE ESWL VE ÜRETERORENOSKOPI SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI
Ü. Şimşek, A. Köse, M. Özyurt, B. Oktay, İ. Yavaşcaoglu
Uludağ Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı
2. İNTRA ABDOMİNAL TESTİS VE KASIK FITIĞI OLAN BİR HASTADA LAPAROSKOPIK YÖNTEMLE ORŞİEKTOMİ VE FITIK TAMİRİ
M. Müslümanoğlu, V. Özmen, A. İğci, M. Akıncı, T. Esen
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi
İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
3. LAPAROSKOPIK ORŞİOPEKSİ
O. Sarıyüce, T. Gürpınar, S. Özkan, M. Gürel.
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.
4. LAPAROSKOPIK NEFREKTOMİ
O. Sarıyüce, T. Gürpınar, S. Özkan, M. Gürel
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
5. LAPAROSKOPIK NEFREKTOMİ
S. Mercan, A. Bozbora, R. Seven, S. Özarmağan, A. Dinççağ
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
6. RETROPERİTONOSKOPIK NEFREKTOMİ
T. Gürpınar, M.D. Balbay, O. Sarıyüce, S. Özkan, M.Gürel
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
7. LAPAROSKOPIK LENFADENEKTOMİ
N. Aras, İ. Alaçayır, M. Şafak, A. Koşar
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları
8. PROSTAT KANSERİ EVRELENDİRİLMESİNDE LAPAROSKOPIK PELVİK LENF DİSSEKSİYONU
T. Esen, V. Özmen, M. Tunç, M. Müslümanoğlu, A. İğci, Ö. Ardaman, F. Özcan
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi,
İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
9. VARİKOSELİN LAPAROSKOPIK LİGASYONU
T. Esen, V. Özmen, M. Akıncı, M. Müslümanoğlu, A. İğci, Ö. Ardaman
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi,
İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
10. ENDOSKOPIK SPERMATİK VEN LİGASYONU
T. Gürpınar, O. Sarıyüce, S. Özkan, M. Gürel
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
11. LAPAROSKOPIK VARİKOSELEKTOMİ
C. Tamer, A. Eryavuz, S. Bayyozgat, S. Selçuk
Türkiye Gazetesi Hastanesi
Şişli Etfal Hastanesi 2. Üroloji Kliniği
12. VİDEO LAPAROSKOPIK RENAL KİSTEKTOMİ
L. Avtan, C. Avcı*, M. Akıncı**, T. Esen***
*İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
**İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

SERBEST BİLDİRİLER - 3 (SALON - C) 11 KASIM 1993 - PERŞEMBE / 14.45-16.00

1. **VİDEOTORAKOSKOPI: 16 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**
I. Doğusoy, T. Okay, M. Yıldırım, M. Yaşaroğlu, A. Kanca, A. Mert, E. Eren, B. Tutluoğlu
İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi
Kartal Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
2. **VIDEO GÖRÜNTÜSÜ EŞLİĞİNDE TORAKOSKOPIK CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ**
Ö. Oto, U. Açikel, H. Çatalyürek, A. Günerli, F. Maltepe
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Toraks-Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
3. **VİDEOTORAKOSKOPIK CERRAHİ SONUÇLARIMIZ - 13 OLGUNUN ANALİZİ**
M. A. Bedirhan, T. Çağlar, Y. Yörük, R. Mehmet, E. Tabaklıoğlu.
Trakya Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalları
4. **VIDEO TORAKOSKOPI İLE PNÖMOTORAKS CERRAHİ TEDAVİSİ**
L. Avtan, I. Doğusoy**, J. Khalife***, T. Okay***
** İstanbul Üniversitesi Odiyo-vizüel Uygulama ve Araştırma Merkezi*
*** İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi*
**** Hospital Max Fourestier-Paris*
5. **TORAKOSKOPIK BÜL REZEKSİYONU**
M. Gürel, Ö. Soysal, M. Paç, M. Gülcüler
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
6. **SPONTAN PNÖMOTORAKSLARIN TEDAVİSİNDE VİDEOTORAKOSKOPİNİN YERİ**
Y. Yörük, G. Morritt
Freeman Hospital, Edinburg, İNGİLTERE
7. **TANI KONULAMAYAN PLEVRAL EFFÜZYONLARDA TORAKOSKOPİNİN YERİ**
E. Gülhan, S. Kaya, E. Can, S. Topçu, G. Çetin
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi - Ankara
8. **DİAGNOSTİK VE TERAPÖTİK TORAKOSKOPI (110 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ)**
M. Çelik, S. Halezeroglu, C. Şenol, A. Uysal, F. Zonüzi, R. Demirhan, Ş. Ürek, M. Kurutepe, B. Arman
Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi
9. **TORASKOSKOPIK KARDİOMYOTOMİ**
A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri
10. **TORAKOSKOPIK ÖZOFAJEKTOMİ**
A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri
11. **TORAKOSKOPIK TİMEKTOMİ**
M. Gürer, M. Şare, S. Gürer, M. Müftüoğlu
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

SERBEST BİLDİRİLER - 4 (SALON - A) 11 KASIM 1993 - PERŞEMBE / 17.00-18.30

1. **AÇIK LAPAROSKOPIK TEKNİK UYGULAMA SONUÇLARI**
O. Yücel, A. Kaya, T. Akmanlar, M. Talu, S. Özdede, A. Gürkan
Haydarpaşa Numune Hastanesi
2. **FRANSIZ YÖNTEMİ İLE VİDEO LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: TEKNİK ÖZELLİKLER VE 112 VAKANIN ANALİZİ**
C. Avcı, L. Avtan
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
3. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE PROFİLAKTİK ANTİBİYOTİK KULLANIMI**
A. Eren, F. Hızlı, H. Evrüke, A. Feyizoğlu, S. Günay, Ö. Bender, N. Duraker, K. Sarı, F. Kutlu
SSK Okmeydanı 3. Cerrahi Kliniği
4. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI AĞRIYA LOKAL ANESTEZİNİN ETKİSİ: İLK SONUÇLAR**
A.M. Saraç*, A.Ö. Aktan*, C. Yeğen*, R. İnceoğlu*, N. Baykan**, R. Yalın*
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi (*) ve Anestezi - Rehabilitasyon (**) Anabilim Dalları
5. **ENDOSKOPIK CERRAHİDE ARGON BEAM COAGULATOR**
A. S. Kurdoğlu, A. F. Aytekin, M.Y. Ata
Bandırma Özel Hastanesi
6. **ENDOSKOPIK GİRİŞİMLERDE ULTRASONİK SCALPEL (HARMONİK SCALPEL)**
A. S. Kurdoğlu, A. F. Aytekin, M. Y. Ata
Bandırma Özel Hastanesi
7. **LAPAROSKOPIK CERRAHİDE SAFRA YOLU YARALANMALARI**
S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. Çiftedemir
Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
8. **LAPAROSKOPIK CERRAHİDE BİLİER ENDOSKOPISTİN YERİ**
A. R. Dalay, O. Yücel, M. Talu, O. Övünç
Haydarpaşa Numune Hastanesi
9. **TERAPÖTİK ERCP SONUÇLARIMIZ**
A. R. Dalay, O. Yücel, O. Övünç
Haydarpaşa Numune Hastanesi
10. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN ÖĞRENME SÜRECİNDE RUTİN PREOPERATİF ERCP**
M.A. Yerdel, N. Aras, I. Alacayır, H. Tsuge, C. Bumin, K. Orita
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Dept. Okayama Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. Cerrahi Dept.
11. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ÖNCESİ VE SONRASI ERCP UYGULAMALARI**
Y. Büyükuncu, D. Buğra, A. Akyüz, T. Bulut, R. Gençosmanoğlu
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
12. **AKUT KOLESİTİT TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ**
V. Kırmılioğlu, F. Atalay, M. Akoğlu, O. Elbir, M. Şavkılıoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği
13. **KOLEDOK TAŞLARININ LAPAROSKOPIK OLARAK ÇIKARILMASI**
A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

SERBEST BİLDİRİLER - 5 (SALON - B) 11 KASIM 1993 - PERŞEMBE / 17.00-18.30

1. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİLİ 90 OLGUNUN ANALİZİ**
N. İldız, A. Özbilgin, B. Şahin
Bursa Devlet Hastanesi
2. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: İLK 45 VAKALIK SERİMİZ**
S. Saydam, M. Füzün, S. Bora, İ. Özman
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
3. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ**
M. Gürel, M. Şare, S. Gürer, V. Orakçı, F. Hilmioğlu
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
4. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE İLK DENEYİMLER**
D. Akdemir, S.S. Atamanalp, İ. Yıldırğan, M. Başoğlu, Y. Çapan, C. Polat
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı - Erzurum
5. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİLER İLK 200 OLGUNUN SUNUMU**
M. Neşşar
Serbest
6. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ**
E.M. Sözüer, Z. Yılmaz, N. Akyürek, Ö. Şakrak, Y. Yeşilkaya, N. Bengisu
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
7. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ**
N. A. Kama, A. Z. Akat, E. Göçmen, M. Doğanay
Ankara Numune Hastanesi 4. Cerrahi Kliniği
8. **HAYDARPAŞA NUMUNE HASTANESİ LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ GİRİŞİMLERİ**
O. Yücel, A. Kaya, A. R. Dalay, S. Ünalmişer, M. Talu, S. Özdede
Haydarpaşa Numune Hastanesi
9. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: 26 OLGU DENEYİMİ VE SONUÇLARIMIZ**
A. Yağcı, Y. Kumkumoğlu**, M. Gürel***, A. Gürel*****
*Sandıklı Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi
**İzmir Atatürk Devlet Hastanesi 2. Cerrahi Servisi
***Malatya Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
****Malatya Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
10. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ - İLK SONUÇLAR**
T. İlçi, S. Lokman, S. Aydın, E. F. Filiz, H. Ulutku
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
11. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ**
M. Başöz
Serbest - Denizli
12. **"LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARI"**
M. Çınar, B. Aytaç
SSK Ankara Hastanesi, TCDD Ankara Hastanesi
13. **YALOVA DEVLET HASTANESİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN VIDEO-LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATLARI**
A. Us, O. H. Uybadın, A. Y. Ulusoy, C. Karahanoğlu, F. Solak
Yalova Devlet Hastanesi Genel Cerrahi ve Üroloji Servisleri
14. **91 LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ (İLK BİR YIL) OLGUSUNUN İRDELENMESİ**
O. İşler
Özel Konur Hastanesi - Bursa
15. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE İLK DENEYİMLERİMİZ**
İ. E. Okay, F. Çelebi, Y. Yönten, M. Akaydın, T. Çömez, C. Er, R. Kaplan, A. Ataseven
Vakıf Gureba Hastanesi, I. ve II. Genel Cerrahi Klinikleri
16. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ**
A. Doğu, S. Aksoy, T. Tuğ, B. Korukluoğlu, A. U. Öngören
S. B Ankara Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği

SERBEST BİLDİRİLER - 6 (SALON - C) 11 KASIM 1993 - PERŞEMBE / 17.00-18.30

1. **AKUT PELVİK AĞRILI OLGULARDA PRİMER LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM**
H.F. Yazıcıoğlu, Y.T. Ayanoğlu, İ. Davas,
R. Aydın, M. Gür, E. Vuruşkan
Taksim Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Şişli Etfal Hastanesi
2. Kadın Doğum Kliniği
2. **LAPAROSKOPIK UTEROSAKRAL NERVE ABLATION (LUNA)**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
3. **T.A.H GEÇİRMİŞ HASTADA: - POSTOPERATİF ADHEZYOLİZİS - SALPINGOOFEREKTOMİ - FİTZ-HUGH CURTİS SENDROM VE PERİHEPATİK ADHEZYOLİZİS**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
4. **JİNEKOLOJİDE LAPAROSKOPIK OPERASYONLAR - AVANTAJLARI VE KOMPLİKASYONLARI**
B. Ergun(*), P. Lang(**), G. Arıkan(**)
(* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
(**) Graz Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
5. **LAPAROSKOPIK SUBTOTAL HİSTEREKTOMİ**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
6. **LAPAROSCOPICALLY ASSISTED VAGİNAL HYSTERECTOMY**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
7. **CLASICAL ABDOMİNAL SEMM HYSTERECTOMY (CASH)**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
8. **OVER KİSTLERİNİN LAPAROSKOPIK YÖNTEMLE TEDAVİSİ**
S. Mercan, R. Seven, A. Dinççağ, S. Özarmağan,
A. Bozboru, D. Budak
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
9. **LAPAROSKOPIK OOFEREKTOMİ**
V. Özmen, M. Müslümanoğlu, O. Asoğlu
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi
10. **SELİM ADNEKSİYAL KİTLELERDE LAPAROSKOPIK CERRAHİ**
H. F. Yazıcıoğlu, Y. T. Ayanoğlu,
N. Davas, R. Aydın, E. Vuruşkan
Taksim Hastanesi Kadın Doğum Kliniği
11. **KİSTEKTOMİ**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
12. **MYOM ENÜKLEASYONU (SUBSERÖZ)**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
13. **MYOM ENÜKLEASYONU (İNTRALİGAMENTER)**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
14. **LAPAROSKOPIK OVER KİST EKSTİRPASYONU + ADEZYOLİZİS**
L. Avtan, C. Avcı
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Florence Nightingale Hastanesi
15. **DOMUZDA EKSPERİMENTAL VİDEO LAPAROSKOPIK HİSTEREKTOMİ VE BİLATERAL ALPİNGO-OOFEREKTOMİ**
L. Avtan, S. Çankaya
İstanbul Üniversitesi Odiyo-Vizüel Uygulama ve Araştırma Merkezi

SERBEST BİLDİRİLER - 7 (SALON - A) 12 KASIM 1993 - CUMA / 16.00-17.30

1. **LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ**
E.M. Sözüer, Z. Yılmaz, N. Akyürek,
Ö. Şakrak, N. Bengisu
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
2. **LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ.
İLK 5 OLGU SONUÇLARI**
A. Yağcı*, Y. Kumkumoğlu**,
M. Gürel***, A. Gürel****
*Sandıklı Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi
**İzmir, Atatürk Devlet Hastanesi, 2. Cerrahi Servisi
***Malatya Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
****Malatya Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve
Reanimasyon Anabilim Dalı
3. **LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ**
K. Alemdaroğlu
4. **LAPAROSKOPİK KOLON VE
REKTUM CERRAHİSİ**
K. Alemdaroğlu
5. **BİR DOLİKOSİGMA OLGUSUNDA
LAPAROSKOPİK SİGMOİD REZEKSİYONU**
A. İğci, V. Özmen, M. Müslümanoğlu, Ö. Ardaman
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi
6. **LAPAROSKOPİK KOLON REZEKSİYONU**
S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. Çiftdemir
Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
7. **LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞI TAMİRİNDE
KOMPLİKASYON VE REKÜRRENS:
ÇOK-MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA**
C. Tetik, M. E. Arregul, D. Castro ve ark.
St. Vincent Hospital and Health Care Center, Indianapolis
8. **LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİ ONARIMI**
M. Gürel, S. Gürer, M. Şare, A. Demirkıran
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
9. **VİDEO LAPAROSKOPİK İNTRA ABDOMİNAL
RETRO PERİTONEAL ING. FITIK TAMİRİ**
C. Avcı, L. Avtan
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Florence Nightingale Hastanesi
10. **İNGUİNAL HERNİLERDE LAPAROSKOPİK
TAMİR DENEYİMLERİMİZ**
C. Oral, M. Ertem
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
11. **LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİORAFİ 6
OLGU NEDENİYLE**
M. Neşşar
Serbest
12. **LAPAROSKOPİK HERNİ TAMİRİ**
A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

SERBEST BİLDİRİLER - 8 (SALON - B) 12 KASIM 1993 - CUMA / 16.00-17.30

1. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: İLK 100 HASTADAKİ SONUÇLARIMIZ**
B.M. Güllüoğlu, A.Ö. Aktan, R. İnceoğlu, C. Yeğen, R. Yalın
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
2. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ İLK 100 OLGUDAKİ SONUÇLARIMIZ**
N. Aras, C. Bumin, I. Alacayır, M.A. Yerdel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Dept.
3. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ**
K. Alemdaroğlu
4. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ İLE TEDAVİ EDİLEN 1144 HASTADA ELDE EDİLEN SONUÇLAR**
E. Göney, F. Hızlı, H. Evrücke, O. Tortum, M. Ertem
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
5. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE OKMEYDANI HASTANESİ DENEYİMİ**
H. Güven, H. Evrücke, B. Avar, F. Hızlı, G. Altıntepe, G. Sakman, C. Türek, A. Eren, E. Yüney, K. Sarı
SSK Okmeydanı Hastanesi Genel Cerrahi Klinikleri
6. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ VE İLK 150 VAKANIN DEĞERLENDİRİLMESİ**
Y. Bükey, M. Ertem, M. Düren
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
7. **312 LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATININ DEĞERLENDİRİLMESİ**
C. Oral
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
8. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: 102 HASTANIN ANALİZİ**
C. Uras, T. Akçal
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
9. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ - 137 OLGULUK ÇALIŞMA SONUÇLARI**
D. Buğra, A. Akyüz, T. Bulut, Y. Büyükcuncu, N. Sökücü, K. Çilingiroğlu, Y. Gökşen, R. Gençosmanoğlu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı B Servisi
10. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ (305 OLGUNUN ANALİZİ)**
M. Müslümanoğlu, S. Mercan, V. Özmen, R. Seven, A. Iğci, A. Bozbora, O. Asoğlu
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
C ve E Servisleri
11. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ**
M. Akoğlu, F. Atalay, O. Elbir, Ö. Akalın, V. Kırmıhoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği
12. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARI (ONÜÇ AYLIK)**
H. Sönmez, E. U. Erkoçak, C. Camci
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
13. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: İLK 250 HASTANIN ANALİZİ**
A. Tekin
Mersin Devlet Hastanesi
14. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ**
A. Zorluoğlu, T. Yılmazlar, E. Kaya, H. Özgüç
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
15. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN 142 VAKA VE SONUÇLARININ TAKDİMİ**
B. Tuğrul, A. Çiloğlu
Özel Sağlık Hastanesi
16. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ**
İ. D. Özçmak, A. Eryavuz***
Sağlık Bakanlığı Taksim Hastanesi*
Türkiye Gazetesi Hastanesi**

SERBEST BİLDİRİLER - 9 (SALON - C) 12 KASIM 1993 CUMA / 16.00-17.30

- 1. DUODENAL ÜLSER TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK BİLETERAL TRUNKAL VAGATOMİ + ENDOSKOPIK PİLOR BALON DİLATASYONU**
V. Özmen, M. Müslümanoğlu, D. Buğra, A. İçci, O. Asoğlu, T. Bulut
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- 2. DRENAJ VE DİLATASYONSUZ VIDEO ENDOSKOPIK TRUNKAL VAGOTOMİ ARAŞTIRMA SERİSİ**
C. Avcı, L. Avtan
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- 3. PEPTİK ÜLSER CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM**
S. Mercan, A. Bozbora, R. Seven, S. Özarmağan, A. Dinççağ
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- 4. AKALAZYA: LAPAROSKOPIK KARDİOMYOTOMİ**
S. Mercan, R. Seven, A. Bozbora, S. Özarmağan, A. Dinççağ
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- 5. LAPAROSKOPIK HİATAL HERNİ TAMİRİ**
S. Mercan, R. Seven, A. Bozbora, S. Özarmağan, A. Dinççağ, D. Budak
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- 6. ULTRASON REHBERLİĞİNDE LAPAROSKOPIK İNSULİNOMA REZEKSİYONU**
C. Tetik, J. Barteao, M. Arregui, M. Wiersema, C. Bain
St. Vincent Hospital and Health Care Center, Indianapolis
- 7. PARSİYEL İNCE BARSAK OBSTRÜKSİYONLARINDA LAPAROSKOPIK BRİDEKTOMİ**
M. Gürel, S. Gürer, M. Şare, S. Dönmez
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- 8. LAPAROSKOPIK GİRİŞİMLE İNTRAABDOMİNAL YABANCI CİSİM ÇIKARILMASI (2 OLGU NEDENİYLE)**
F. Atalay, K. Öcal, M. Akoğlu, C. Seven, A. Gencer
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği
- 9. LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ**
S. Mercan, R. Seven, S. Özarmağan, A. Bozbora, A. Dinççağ, D. Budak
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- 10. KARACİĞER HASTALIKLARININ LAPAROSKOPIK TEDAVİSİ**
S. Mercan, R. Seven, S. Özarmağan, A. Bozbora, K. Altuğ
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- 11. KİST HİDATİĞİN LAPAROSKOPIK CERRAHİ YÖNTEM İLE TEDAVİSİ**
A. Alper, O. Bilge, A. Emre, K. Acarlı, O. Artoğul
İstanbul Tıp Fakültesi Karaciğer Safra Yolları Cerrahisi Birimi
- 12. LAPAROSKOPIK KARACİĞER KİST HİDATİK AMELİYATI (2 OLGU SUNUMU)**
M. Neşşar
Serbest
- 13. KARACİĞER KİST HİDATİKLERİNDE LAPAROSKOPIK CERRAHİ UYGULAMASI**
S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. Çiftdemir
Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

POSTERLER

- LAPAROSKOPIK CERRAHİDE DÜĞÜM TEKNİKLERİ**
H. Güven, B. Avar, Y. Kılıç
SSK Okmeydanı Hastanesi 5. Genel Cerrahi Kliniği
- AKUT KOLESİTİTLERDE LAPAROSKOPIK YÖNTEM İLE İLGİLİ DENEYİMİMİZ**
H. Güven, B. Avar, E. Yüney,
M. Şahin, C. Oktay, F. Aksoy
SSK Okmeydanı Hastanesi 5. Genel Cerrahi Kliniği
- KARINDA OPERASYON NEDBESİ OLAN OLGULARDA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ**
F. Atalay, M. Akoğlu, Ö. Akalın,
V. Kırımlıoğlu, A. Keskin
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği
- AKUT KOLESİTİTİN CERRAHİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN YERİ**
S. Doğan, U. Sungurtekin,
P. Palanduz, G. Çiftdemir
Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
- LAPAROSKOPIK UTEROSAKRAL NERVE ABLATION (LUNA)**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
- LAPAROSKOPIK HİSTEREKTOMİ**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
- JİNEKOLOJİDE VİDEO LAPAROSKOPI**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
- LAPAROSKOPIK DERMOİD KİST EKSTİRPASYONU**
S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
- LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDEKİ DENEYİMİMİZ**
S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. Çiftdemir
Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
- KOLESİSTO-KOLEDOKOLİTHİASİSLİ OLGULARDA TEDAVİ PLANLAMASI**
M. Akoğlu, F. Atalay, V. Kırımlıoğlu,
H. Gündoğdu, S. Bostanoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİNİN CERRAHİ KOMPLİKASYON YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

H. Ezici, A. Akınoğlu, Ö. Alabaz, Z. Boğa

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Laparoskopik kolesistektomi son yıllarda gittikçe yaygınlaşan bir şekilde safra kesesi hastalıklarında kullanılmaktadır. Açık kolesistektomi'ye göre daha az cerrahi travma, daha iyi postoperatif klinik seyir, kısa hastanede yatış süresi, laparotominin kendine özel komplikasyonlarının görülmemesi gibi avantajları mevcuttur. Buna karşılık kolesistektomi sırasında az görülen cerrahi

komplikasyonlar bulunmaktadır. Bu cerrahi komplikasyonlar bazen oldukça önemli cerrahi sorunlar yaratabilmekte ve hatta uzun süreli morbidite'ye neden olabilmektedir. Açık kolesistektomi uygulanan 100 olgu ile laparoskopik kolesistektomi uygulanan 100 olgu retrospektif olarak bu amaçla değerlendirildi.

Laparoskopik kolesistektomi ve açık kolesistektomi sonucu ortaya çıkan, postoperatif kanama, safra kaçağı, abdominal eksplorasyon güvenilirliği, postoperatif sarılık ve iatrojenik safra yolları yaralanmaları, paralitik ileus ve reoperasyon gerekliliği parametre olarak alındı ve klinik değerlendirme yapıldı.

Sonuçlar, her iki grup hastada kendi deneyimimiz ve komplikasyonlarımız olarak karşılaştırıldı.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ KOMPLİKASYONLARI

H. Taşçı, Y. Çiçek, S. Pekmezci, C. Gökdoğan, S. Öneş

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Ağustos 1991 - Ekim 1993 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 690 LC'i yapıldı.

Vakaların 545'i (% 79) kadın, 145'i (% 21) erkek idi. Yaş ortalaması 52 (19-80), ortalama operasyon zamanı 42 (18-180) dakika idi.

Mortalite olmadı. Ekstrabilier morbidite olmadı.

4 (% 2,7) vakada intraoperatif safra yolları yaralanması oldu. Vakalar açık kolesistektomiye geçilerek, tamir edildi ve devamlılık sağlandı.

İki (% 1,4) vakada postoperatif safra kaçağı nedeniyle peritonit görüldü. Bu iki vaka postoperatif 1. günde reopere edilerek drenaj yapıldı. Postoperatif hastahane- de kalış süresi 2-7 gün oldu. Vakaların 448'i (% 65) post-op. 1. veya 2. gün taburcu edildi. Komplikasyonlar genellikle cerrahların ilk dönemlerinde görüldü. LC'yi, emniyeti hastahane- de yatış süresinin kısalığı düşük morbiditesi nedeniyle LC'yi önermekteyiz.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE ANA SAFRA YOLLARI YARALANMASI

H. Güven, B. Avar, Y. Kılıç, V. Tunalı

SSK Okmeydanı Hastanesi 5. Genel Cerrahi Kliniği

Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesi taşı hastalığının cerrahi tedavisinde sağladığı önemli avantajlar nedeniyle, bugün tercih edilen ilk yöntem haline gelmiştir. Sağladığı bu önemli avantajların yanı sıra kendine ait özel ve genel komplikasyonları vardır. Safra yolları cerrahisinin önemli komplikasyonlarından biri olan

ana safra yollarının iatrojenik yaralanması laparoskopik cerrahi yönteminde daha yüksek olduğu, yapılan geniş olgu analizlerinin sonuçlarından anlaşılmaktadır. Ülkemizde bu yöntemin ilk uygulama alanı bulunduğu hastanemizde geçen 3 yıl içerisinde gerçekleştirilen 614 laparoskopik kolesistektomi olgumuzun 3'ünde (% 0,48) ana safra yolları yaralanması tespit ettik. Bu olguların ikisinde koledok tam kesisi ve birinde de ligaklip ile koledokun daraltılması tespit edildi. Koledok tam kesisi olan iki olguya hapatojejenostomi, diğer olguya ise ligaklipin çıkartılarak, d.sisticus güdüğünden ince feeding tüp yerleştirilmesi operasyonları yapılmıştır. Her üç olguda cerrahi şifa ile taburcu edilmiştir.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN GEÇ KOMPLİKASYONLARI

B. Canbeyli, M. Karaoğlan, N. Akyıldız, Y. Çapkis, H. Şimşek
SSK Tepecik Hastanesi - İzmir

Ekim 1991 - Ekim 1993 arasındaki 2 yıllık dönemde kliniğimizde 39 tanesi akut kolesistitli olmak üzere 201 laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bu dönemde karşılaşılan komplikasyonlar perop.; postop. (erken ve geç) komplikasyonlar olarak değerlendirildi. 2 yıllık dönemde toplam 16 (% 7.96) olguda komplikasyon gelişti. 5 (% 2.48) olguda peroperatuar, 8 (% 3.98) olguda postoperatuar erken dönem komplikasyonu, 3 (% 1.49) olguda da geç dönem komplikasyonları (postop 1. aydan sonra karşılaşılan komplikasyonlar) gözlemlendi. Geç komplikasyonların içinde 1 olguda (% 0.49) residuel taş bağlı ikter, 2 olguda (% 0.99) trokar yeri fıtığı saptandı. Brit ileus... gibi komplikasyonlara rastlanmadı.

Sonuçta laparoskopik kolesistektomide geç komplikasyonlarında düşük oranda rastlanması açık kolesistektomiye göre ayrı bir üstünlük taşımaktadır.

VİDEO LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE PEROPERATUAR KOLANJİOGRAFİNİN DEĞERİ

L. Avtan, C. Avci

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
İstanbul Üniversitesi Odiyo-Vizüel Uygulama ve Araştırma Merkezi

Video laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar içerisinde anamnezinde (kolanjit ve sarılık hikayesi), biokimyasında (bilirubin ve transaminaz yüksekliği) yada USG'sinde (genişlemiş safra yolları) patolojik sayılacak bulgu ve değerlere raslananlarda, yada laparoskopi esnasında safra yollarının iyi seçilemediği vakalarda, peroperatuar kolanjiografinin özel bir önemi vardır. Bu tür vakalarda bilier patolojinin verifikasyonu, safra yolları anatomisi yada olası anomalilerinin ortaya çıkartılmasında perop kolanjiyografi, özellikle palpasyon olanağının bulunmadığı laparoskopik girişimlerde daha da önem kazanmaktadır.

Bazı ekoller laparoskopik kolesistektomi esnasında per

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI SAFRA KAÇAĞININ HEPATOBİLİER SİNTİGRAFI İLE KONTROLÜ

S. Lokman, T. İlçi, E. Filiz, S. Aydın, C. Çavlı
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

Kliniğimizde Kasım 1992 - Ekim 1993 tarihleri arasında 40 olguya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bu yönetime bağlı safra kaçağını gözlemek amacı ile ilk 15 olguya postoperatif 1. günde hepatobilier sintigrafisi uygulandı. İşlem şikayet olsun veya olmasın sıra ile yapıldı. Radioaktif madde olarak Tc-99 m IDA kullanıldı.

Onbeş hastanın sadece 3 tanesinde operasyon sonrası sağ üst ve alt kadranda ağrı gözlemlendi. Hiç bir hastada periton irritasyonu bulgusuna rastlanmadı.

Onbeş hastanın hiçbirinde safra kaçağını ima edecek sintigrafik bulgu gözlenmedi. Yöntemin noninvaziv oluşu postoperatif erken saatlerde bile uygulanma şansı bulunması nedeniyle safra kaçağı düşünölen olgulara hemen uygulanmalıdır. Ayrıca bu çalışma laparoskopinin safra kaçağı açısından da güvenilir yöntem olduğunu gösterdi.

op kolanjiyografiyi rutin olarak uygulamakta ve önermekte, bazıları da ancak lüzumu halinde, yapılması gerektiğini savunmaktadırlar.

Biz laparoskopik kolesistektomi vakalarımızda sadece 3 olguda per op kolanjiyografi uyguladık. Bunlardan bir vakada anamnezinde kolanjit atakları vardı, ikincisinde iki defa tekrarlayan subikter bulguları olup ameliyat öncesi ERCP teknik nedenlerle başarısız olmuştu. Her iki vakada da yapılan per op kolanjiyografi normal bulgular verdi ve ameliyatlarda güven içerisinde laparoskopik yöntemle gerçekleştirildi. Üçüncü vakada ise, laparoskopik kolesistektomi esnasında sistik normalden geniş ve mikrolitiaz bulunduğu için, per op kolanjiyografi yapıldı, ancak patolojik bulgu saptanmadığı için ameliyat laparoskopik olarak tamamlandı. Üç hastanın da post opunda bir sorun çıkmadı. Gerek görölen vakalarda, per op kolanjiyografinin bilier sistemdeki patolojinin aydınlanmasına yardımcı olmasının yanı sıra, anatomi ve olası anomalilerin ortaya konulması ile per op komplikasyon riskini azaltacağına inanıyoruz.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ GERÇEKTEN "MİNİMAL İNVAZİV" Mİ?

O. Büyükgebiz, C. Yeğen, A.Ö. Aktan, B.M. Güllüoğlu, R. Yalın
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Açık ve laparoskopik kolesistektomi ameliyatı yapılan iki ayrı hasta grubunda cerrahi stresin boyutunu tesbit etmek için postoperatif dönemde serum kortizol, büyüme hormonu (BH) ve insülin düzeyleri birbirleri ile karşılaştırıldı. Her iki hasta grubunda 20'şer hastanın yaş ve cinsiyet dağılımı ile ameliyat süreleri birbirinden farklılık göstermiyordu. Açık kolesistektomi yapılan hastalarda ameliyattan 8 saat sonraki serum kortizol, BH ve insülin düzeylerinde belirgin bir yükselme gözlemlendi ($p<0.05$). Bu grupta ameliyat sonrası yükselmiş olan serum kortizol ve BH düzeyleri postoperatif 48. sa-

atte preoperatif kontrol düzeylerine düştü. Laparoskopik olarak ameliyat edilen hastaların bulunduğu grupta ise ölçülen hormonların tümünün serum düzeyleri arttı ancak içlerinden sadece BH'nun yükselmesi anlamlı idi ($p<0.05$). Yine bu grupta serum kortizol ve BH düzeyleri postoperatif 48 saat sonunda kontrol değerlerine düştü. Her iki grupta da yükselmiş olan serum insülin düzeyi, postoperatif 24. saat ve 48. saatlerde belirgin olarak yüksek seyretmeye devam etti ($p<0.05$). Sonuç olarak serum hormon düzeylerinde de tesbit edildiği üzere açık kolesistektomi yapılan hastalarda akut cerrahi stress, laparoskopik yapılanlardan daha fazla olmaktadır. Fakat yükselmiş olan hormonların serum düzeylerinin normale dönüş hızı her iki grupta da aynı idi. Burada elde edilen hormonal yanıtlara dayanılarak laparoskopik kolesistektominin "minimal invaziv" bir girişim olduğu görülmektedir.

LAPAROSKOPİK VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİLİ OLGULARDA SERUM KORTİZOL DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

H. Evrüke(*), E. Göney(**), F. Hızlı(*), A. Eren(*), F. Kutlu(***)
SSK Okmeydanı Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği(*), Anestezi ve Reanimasyon Kliniği(**), Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı(**)

Bu çalışmada, 1992 yılında SSK Okmeydanı Hastanesinde Taşlı kolesistit tanısıyla, açık kolesistektomi uygulanan 20 olgu ile ve laparoskopik kolesistektomi uygulanan yine 20 olguda, serum kortizol düzeyleri araştırıldı.

Hasta serum kortizol yanıtları, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2. saat, 1. gün ve 4. gün radyo-immunonssay yöntemi ile, sırasıyla, açık kolesistektomi olgularında: 15.65, 44.10, 27.85, 15.5 mikrogram/dl., laparoskopik kolesistektomi de ise: 16.45, 36.55, 21.20, 16.40 mikrogram/dl. saptandı.

Açık ve laparoskopik kolesistektomi grupları arasında, cerrahi stres hormonu olarak serum kortizol'ünün, ameliyat sonrası ikinci saat ($t=3.164$, $p<0.05$) ve 1. gün ($t=2.938$, $p<0.05$) değerleri, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 4. gün, kortizol düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$).

Laparoskopik kolesistektomili olgularda cerrahi stres hormonu olarak ölçülen serum kortizol düzeylerinin istatistiksel olarak daha az olması, bu yöntemin getirdiği ameliyat sonrası rahatlık, iyileşme süresinin kısalması, hastanede kalma ve aktif çalışmaya dönme süresinin azalması ile uyumlu olduğu tespit edildi.

Sonuç olarak, laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye göre, düşük kortizol düzeyleri gözönüne alındığında, daha az cerrahi stres oluşturduğu kanısına varıldı.

LAPAROSKOPIK VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİLERDE ORGANİZMANIN GÖSTERDİĞİ FİZYOLOJİK VE METABOLİK YANIT

V. Kırmınoğlu, S. Ünver, N. Tatlıcan, C. Dalva, M. Akoğlu

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi

Çalışmamız 14 laparoskopik 10 açık kolesistektomi geçiren toplam 24 vakada yapılmış olup, oluşturulan 12-14 mm Hg lik bir intraabdominal basınca organizmanın gösterdiği metabolik ve fizyolojik yanıt irdelenmiştir. Hastaların tamamına preoperatif ve postoperatif 24 saatte solunum fonksiyon testi (SFT) uygulanmış olup vital capacity (VC) 1 ve 3 saniyede forced expiratory volume (FEV1, FEV3) ve peak expiratory flow (PEF) irdelenmiştir. Her iki grupta da preoperatif ve postoperatif dönemlerde yapılan SFT deki VC ve FEV1, kötüleşmesi istatistikî bakımdan anlamlıdır. P 0.002. Ancak PO sürecinde AK FEV1'de görülen azalma LK'de görülen azalmadan istatistikî önem gösterecek derecede fazladır. PEF'de LK PO dönemde istatistikî önemi olmayan bir

azalma saptanırken AK sonrası görülen PEF azalmasının istatistikî önemi vardır. P 0.05. Arteriel kan gazlarının analizinde postop 24 saatte görülen pH da düşme PaCO₂ deki artma laparoskopik kolesistektomilerde açık kolesistektomiye göre daha azdır. Laparoskopik grupta 9 hastaya peroperatuar swanganz kateteri takılıp hemodinami değerlendirilmiştir. IAB 12 mmHg ye yükseldiğinde CVP, Cardiac output (CO) ve hemodinaminin diğer parametrelerinde istatistikî önemi olan değişiklik görülmemiştir. Hastaların tamamından preoperatif, postoperatif 24 ve 48 saatlerde kan alınıp akut faz reaktanları çalışılmıştır. Eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) C-reaktif protein (CRP) gibi akut faz reaktanlarında açık kolesistektomilerde laparoskopik kolesistektomilere göre istatistikî anlamı olan bir artma tesbit edilmiştir. P 0.001 ve P 0.002. Sonuç olarak diyebilirizki LK kardiyopulmoner hastalığı olmayan kişilerde bugün için tercih edilebilecek bir cerrahi girişimdir. Pnoperitoan oluşturmak için karın içine insüfle edilen CO₂ gazının hemodinamiye negatif bir etkisi gösterilememiştir.

LAPAROSKOPIK CERRAHİNİN SOLUNUM FİZYOLOJİSİ YÖNÜNDEN AVANTAJLARI

E. Geçim, F. Leblebici, C. Bumin, N. Aras, E. Kuterdem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Anesteziyoloji Anabilim Dalları

Laparoskopi, postoperatif dönemde ağrının az olması ve hastanın erken ambulasyonuna olanak sağlaması gibi nedenlerle kısa zamanda geniş kabul görmüş bir girişim şeklidir. Postoperatif dönemde cerrahide sık rastlanan sorunlardan biri de solunum yolu komplikasyonlarıdır. Bu da üst abdomende yapılan kesilerin ağrı nedeniyle göğüs kafesi hareketlerini azaltmasına bağlıdır.

Laparoskopide ağrının minimal olmasının bu komplikasyonu azaltacağı düşünülebilir.

Bu amaçla 20'şerlik 2 grup hasta oluşturuldu. Hastalarda akciğer hastalığı, sigara içme hikâyesi ve akut kolesistit hali mevcut değildi.

20 olguya açık kolesistektomi, 20 olguya da laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Postoperatif dönemde 1., 4. ve 24. saatte Visüel Analog Scala ile her 2 gruptaki hastaların ağrı şiddeti ölçüldü.

Ayrıca yine aynı saatlerde FVC, FEV1, TV, PK ve MVV değerleri ile kan gazları analizi yapıldı. İstatistik analizlerinde Student t testi kullanıldı.

Gerek ağrı, gerekse solunum fonksiyon testleri laparoskopik grupta anlamlı derecede iyi bulundu.

ÜRETER ALT UÇ TAŞLARININ TEDAVİSİNDE ESWL VE ÜRETERORENOSKOPİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ü. Şimşek, A. Köse, M. Özyurt, B. Oktay, İ. Yavaşçaoğlu

Uludağ Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı

Üreterorenoskopi (URS) ve ekstrakorporeal şok dalgası litotripsisi (ESWL) alt üreter taşlarının tedavisinde bugün en çok kullanılan tedavi yöntemleridir. Bazı olaylarda ise birbirini tamamlayıcı rol de oynarlar. Ancak tedavide öncelik sırası ve hangisinin daha üstün olduğu konularında henüz kesinlik kazanmamış noktalar vardır. Taşları kemik pelvis içindeki üreter parçasında saptanan 80 olgunun 40'ına ESWL ve diğer yarısına da URS yöntemleri uygulanmıştır. Her iki grubun yaş, sex, taş büyüklüğü ve yer özellikleri bakımından eşit olmasına dikkat edilmiştir. Sonuçta taş'tan tamamen arınma oranlarının ESWL ile 34/40 (% 85), URS ile de 35/40 (% 87.5) olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta başarı oranları arasında fark yoktur. ESWL uygulanan hastalarda önemli bir komplikasyona rastlanmazken, URS tedavisi sırasında bir olguda üreter kopması belirlenmiştir. ESWL uygulanan hastaların % 45'ine ikinci ve daha fazla senaslar gerekirken URS yapılan sadece 3 olgu yeni bir URS girişimine gerek göstermişlerdir. Gerçekte daha pahalı bir yöntem olan ESWL, URS'ye göre daha az invaziv ve eşit etkenlikte bir yöntem olması sebebi ile üreter alt uç taşlarında birinci seçim olarak uygulanmalı ve URS ona bir alternatif olarak özellikle başarısız kalınan ESWL sonrasında bir seçenek olmalıdır.

İNTRA ABDOMİNAL TESTİS VE KASIK FITIĞI OLAN BİR HASTADA LAPAROSKOPİK YÖNTEMLE ORŞİEKTOMİ VE FITIK TAMİRİ

M. Müslümanoğlu, V. Özmen, A. İçci, M. Akıncı, T. Esen

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi
İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

29 yaşındaki erkek hastada sol inmemiş intraabdominal testis ve sol indirekt inguinal herni mevcuttu. Laparoskopik yaklaşımla orşiektomi, fitik kesesi ağzının burs sütür ile takviyesi yapıldı. İşlem 1 saat 10 dakika sürdü. Bu yöntemle intraabdominal testis eksizyonu ve fitik tamiri mümkün görülmektedir.

LAPAROSKOPİK ORŞİOPEKSİ

O. Sarıyüce, T. Gürpınar, S. Özkan, M. Gürel.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.

İntraabdominal inmemiş testislerin tedavisi testisin lokalizasyonu yönünden genellikle abdominal eksplorasyonu gerektirmektedir. Bu çalışmada bilateral palpe edilemeyen inmemiş testisli 17 yaşında bir erkek hastada laparoskopik teknikle gerçekleştirilen orşiopeksi takdim edilmektedir. Genel endotrakeal anestezi altında Trendelenburg pozisyonunda 10 mm bir trokar infraumbilikal olarak batın içine yerleştirildi. 15 mm Hg basınçta CO₂ insuffle edilerek pnömoperitonyum oluşturuldu. Bu trokardan yerleştirilen laparoskop rehberliğinde iki adet 5 mm trokar rektus adelesi kılıfının hemen lateralinde umbilikusun 5 cm altında sağda ve solda batına yerleştirildi. Sol testis mesanenin peritoneal

yüzünün sol kenarında ve inguinal ringden oldukça uzak yerleşimli idi. Komşu periton elektrokoterle insize edilerek spermatik vasküler yapılar aortik bifurkasyona kadar diseke edildi. Vas deferens mesane tavanının arka kenarı boyunca diseke edildi. Laparoskop tüberkulum pubikum ile inferior epigastrik damarlar arasında pubisin hemen üzerinde karın duvarının iç yüzüne yaklaştırılarak alt abdomen cildinde transilluminasyon veren alanda 2 cm'lik bir inguinal kesi yapıldı. Bu kesiden batın içine geçirilen bir klemp aracılığıyla sol testis batından vücut dışına alındı. Subdartos poş oluşturularak testis 2-0 Vicryl sütür ile skrotuma tespit edildi. Sağ testise batın içinde rastlanmadı. Ancak vas deferens ve spermatik damarların sağ iç inguinal ringden kanala girdikleri gözlendi. 2 cm bir inguinal kesi ile inguinal kanal eksplore edildi ve kord oluşumlarının kör biçimde kanal içinde sonlandığı gizlendi. Laparoskopik orşiopeksinin palpe edilemeyen inmemiş testisli hastaların tedavisinde laparotomi ile yapılacak abdominal eksplorasyonun yerine etkin ve güvenle uygulanabileceği izlenimi edinildi.

LAPAROSKOPIK NEFREKTOMİ

O. Sarıyüce, T. Gürpınar, S. Özkan, M. Gürel

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Laparoskopik cerrahi tekniklerde son yıllarda ortaya çıkan hızlı ilerleme yalnızca genel cerrahide değil, aynı zamanda ürolojide de giderek artan boyutta laparoskopik tekniklerin kullanılmaya başlanması ile sonuçlanmıştır. Bu çalışmada 15 yaşında bir kız hastada uygulanan ve ülkemizdeki ilk laparoskopik nefrektomi olan vaka takdim edilmiştir. 9 yıl önce geçirilmiş sağ piyelolitotomi öyküsü bulunan hasta sağ böğür ağrısı ve sık üriner enfeksiyon geçirme yakınması kliniğimize başvurdu. Ultrasonografik ve intravenöz piyelografik incelemeler sağ atrofik hidronefrotik non-fonksiyonel ve sol kompanzatrik hipertrofik böbrek varlığını gösterdi. Genel endotrakeal anestezi altında önce litotomi pozisyonunda sistopenendoskopik olarak 6 F üreter kateteri sağ üretere yerleştirildi ve 16 F Foley üretral kateter konuldu. Daha sonra hasta sırt üstü pozisyona getirilip nazogastrik tüp tatbikinden sonra Veress iğnesi ile 15 mm Hg basınçta CO₂ ile pnömoperiton oluşturulup 10 mm trokar infraumbilikal olarak yerleştirildi. 10 mm laparoskop bu trokardan batın içine ithal edilerek vizüel kontrol altında bir diğer 10 mm trokar umbilikusun 5 cm altında ortaklaviküler çizgi üzerinden yerleştirildi. 2 adet 5 mm trokarlardan biri umbilikusun 5 cm altında ön aksiller çizgi üzerinden, diğeri de umbilikusun 5

cm üstünde orta hattın batın içine yerleştirildi. Bu trokarlardan batın içine iletilen endoskopik cerrahi ekipman yardımıyla önce çıkan kolon lateralindeki periton çekumdan hepatic fleksuraya kadar insize edilerek karşı tarafa devrildi. Böbrek sekonder bir vaka olmasına rağmen künt ve keskin diseksiyonla rahatlıkla gerota ve diğer çevre dokulardan diseke edildi. Renal vasküler yapılar üç adet arter ve 2 adet venden oluşuyordu. Boyutları uygun olduğu için mediumlarge endoklipler ligasyonları için yeterli oldu. Üreter de mediumlarge endokliplerle ligate edildi. Serbest kalan böbrek steril bir naylon torba içine alınarak, torba içinde vizüel kontrol altında 10 mm trokar insizyonlarından birinden dışarı ağızlaştırıldı. Doku makası ile üç parçaya ayrılan böbrek torba içinde insizyondan dışarı alındı. Gerekli yıkama ve kanama kontrolundan sonra loja bir adet hemovak dren yerleştirilerek işleme son verildi. Postoperatif dönem olaysızdı. Operasyon günü hariç oral non-steroid antienflamatuar analjezikler ağrı kontrolunda yeterli oldu. 2. gün dreni çekilen hasta, 3. gün taburcu edildi. 7. gün kontrole gelen hasta yakınmasının olmadığını normal günlük yaşantısına döndüğünü ifade etti.

Laparoskopik nefrektomi postoperatif dönemin kısa, ağrısız oluşu ve normal günlük aktivitelere dönüşün son derece hızlı olması nedeniyle oldukça yüz güldürücü gözükmektedir. Olgumuz sekonder bir operasyon olmasına karşın peroperatif olarak ve postoperatif dönemde gösterdiği seyir itibarıyla laparoskopik tekniklerin nefrektomi amacıyla rahatlıkla kullanılabileceği izlenimini vermiştir.

LAPAROSKOPIK NEFREKTOMİ

S. Mercan, A. Bozboru, R. Seven, S. Özarmağan, A. Dinççağ

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Günümüzde gelişmiş laparoskopik cerrahi tekniği safra kesesi ameliyatlarının yanısıra diğer batın ameliyatlarına da olanak sağlamaktadır. Splenektomi, kolon rezeksiyonu, akalazy ve vagotomiden sonra İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde bir hipernefrom vakasına laparoskopik nefrektomi ameliyatı yapılmıştır.

Yapılan tetkikler sonunda sol böbrekte tümöral kitle saptanan hasta genel anestezi altında sırt üstü pozisyonunda ameliyata alındı. Umbilikal, sağ ve sol subkostal subsifoid ve paraumbilikal bölgelerden girilen 5 adet

trokar ile operasyon gerçekleştirildi. Laparoskop 0 derece açılı idi ve umbilikal trokardan karın içine sokuldu. Karın içi eksplorasyonundan sonra, sol kolon fleksurası splenokolik bağ elektrokoter ile kesilerek ayrıldı. Retroperitoneum'a girildi. Böbrek etraf dokulardan disseke edildi. Böbrek üst kutbunda yaklaşık 10x6x4 cm. çapında üzeri nodüllü tümöral kitle saptandı. Üreter konulan klipsler arasından ayrıldı, böbrek hilusu disseke edildi, arter ve ven Endo GIA 3.0 stapler ile kontrol edilip kesildi. Perinefritik yağ dokusu ile birlikte serbest hale getirilen böbrek batın içinde plastik torbaya konuldu. Umbilikal insizyon 2-3 cm. genişletilerek kitle dışarı alındı.

Postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Laparoskopik nefrektomi ameliyatının etraf doku invazyonunun az olduğu, damar invazyonunun olmadığı vakalarda güvenli ve etkili bir metod olduğu gözlemlendi.

RETROPERİTONOSKOPIK NEFREKTOMİ

T. Gürpınar, M.D. Balbay, O. Sarıyüce, S. Özkan, M.Gürel

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Laparoskopik cerrahideki baş döndürücü gelişmeler ve pek çok ürolojik operasyonun bu teknikle gerçekleştirilmiş olması daha az bilinen bir alan olan retroperitonoskopiye ilgiyi arttırmıştır. Kliniğimizde bu yeni tekniğin üstünlüklerinden yararlanmak amacıyla sol hidronefrotik atrofik böbreği olan 20 yaşında bir erkek hastada retroperitonoskopik nefrektomi uygulanmıştır. Genel endotrakeal anestezi altında sistopanendoskopik olarak sol üretere 5 F üreter kateteri yerleştirildikten sonra hasta pron pozisyonuna getirilerek 11 mm künt trokar posterior aksiller hatta iliak krestin 2 cm proksimalinde 1,5 cm'lik bir kesi yapılarak retroperito-

LAPAROSKOPIK LENFADENEKTOMİ

N. Aras, İ. Alaçayır, M. Şafak, A. Koşar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ve Genel Cerrahi Anabilim Dallarında 1993 yılında 10 hastaya laparoskopik pelvik lenfadenektomi uygulanmıştır. Olgulardan 2'si ileri evre mesane tümörü, 8'i ise lokalize prostat kanseri idi.

Hastalarımızın yaş ortalaması 66.2 idi ve hepsi erkekti. 5 hastamıza sınırlı, 5 hastamıza genişletilmiş pelvik lenf diseksiyonu yapıldı. Operasyon süresi ortalama 40 dakika idi.

Postoperatif dönem, cilt altı anfizemi gelişen 1 hasta dışında tüm hastalarda olağan seyretti. Hastaların hepsi operasyon günü akşamı oral beslenmeye geçti ve mobilize oldular.

Patalojik incelemede bir hastada tümör pozitif lenf nodu, dokuz hastada tümör negatif lenf nodülü saptandı.

Laparoskopik pelvik lenfadenektominin postoperatif dönemi kısaltması, kozmetik açıdan iyi olması, operasyon süresini kısaltması açısından tercih edilecek bir yöntem olduğu kanısına varılmıştır.

na ilerletildi. Vizüel kontrol altında retroperitondaki yumuşak doku künt olarak diseke edildi. 15 mm Hg basınçta CO₂ ile pnömoretroperiton oluşturuldu. 12 mm ikinci bir trokar orta skapular hatta yine iliak krestin 2 cm proksimalinde, 5 mm üçüncü trokar ise 1 orta skapular hatta 12. kot altında yerleştirildi. Böbrek bu trokarlar aracılığıyla retroperitona ulaştırılan endoskopik disektör ve makaslar yardımıyla Gerota ve diğer çevre oluşumlardan diseke edildi. Üreter ve renal vasküler yapıların ligasyonunda mediumlarge endoklipler yeterli oldu. Böbrek steril bir naylon torba içine alınarak orta skapular hattaki insizyon 1,5 cm daha büyütülmek suretiyle vücut dışarı çıkartıldı. Kanama kontrolü, gerekli yıkamalar ve loja bir adet hemovac dren yerleştirildikten sonra işleme son verildi. Postoperatif dönemi olaysız geçiren hasta üçüncü gün taburcu edildi.

Retroperitonoskopik cerrahi yaklaşımların böbrek, sürrenal ve üreter üst ucunu etkileyen patolojilerde güvenle kullanılabileceği izlenimi edinildi.

PROSTAT KANSERİ EVRELENDİRİLMESİNDE LAPAROSKOPIK PELVİK LENF DİSSEKSİYONU

T. Esen, V. Özmen, M. Tunç, M. Müslümanoğlu, A. İğci, Ö. Ardaman, F. Özcan

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi, İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Laparoskopik pelvik lenf bezi diseksiyonunun prostat kanserinin evrelendirilmesinde etkili bir yöntem olduğu gösterilmiştir.

Biz, prostat kanseri tanısı konulan 4 hastada sınırlı pelvik lenf diseksiyonu yaptık. Diseksiyon sınırları aşağıda pubisten başlayarak yukarıda iliak ven bifurkasyonuna kadar, aşağıda obturator sinir, lateralde external iliak ven sınırları içinde kalan tüm lenfatik ve yağlı dokuyu içermektedir.

İşlem ortalama 2.5 saat sürmüştür (2 saat - 4 saat 10 dakika). İşleme ait ameliyat esnasında ve sonrasında komplikasyon görülmedi. Ortalama çıkarılan lenf bezi sayısı 6'dır (4-12). 2 hastada lenf bezi metastazı saptandı. Metastaz saptanmayan diğer 2 hastaya radikal prostatektomi yapıldı.

Sayının düşük olmasına rağmen, bu yöntemin prostat kanseri evrelendirilmesinde açık yonteme tercih edilecek bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

VARİKOSELİN LAPAROSKOPİK LİGASYONU

T. Esen, V. Özmen, M. Akıncı, M. Müslümanoğlu,
A. İçci, Ö. Ardaman

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi,
İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Varikoselin laparoskopik ligasyonu testiküler ağrı, dolgunluk ve infertiliteli hastalarda yeni, alternatif bir metoddur.

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Üroloji Anabilim Dalları ortak çalışmasında 14 vakaya laparoskopik varikosel ligasyonu yapıldı.

Vakaların ortalama yaşı 29'du. 9 vaka infertilite, 3 vaka testiküler ağrı, 2 vaka testiküler ağrı ve dolgunluk nedeniyle opere edildi.

Operasyon ortalama 3-8 dakika sürdü. Tüm vakalar 1. gün hastaneden taburcu edildi ve 3 günde normal aktivitelere döndüler.

ENDOSKOPİK SPERMATİK VEN LİGASYONU

T. Gürpınar, O. Sarıyüce, S. Özkan, M. Gürel

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Varikosel erkeklerde % 15 gibi oldukça sık insidansla karşılaşılan bir ürolojik patolojidir. Doppler ultrasonografinin kullanımı ile bilateral olgulara daha sık tanı konulmaktadır. Laparoskopik varikosel ligasyonu geleneksel varikosel operasyonlarına kıyasla daha düşük morbidite ile ve mikro cerrahi kalitesinde daha incelikli bir arter-ven diseksiyonuyla yapılabilir. Aynı tekniğin retroperitoneal modifikasyonu ile intraabdominal organlara olabilecek olası travmalar ve adhezyon gelişme riski gibi olumsuzluklardan uzak kalma imkanı mevcuttur. Bu çalışmada kliniğimizde gerçekleştirilen 6 laparoskopik ve 1 retroperitonoskopik varikosel ligasyonu takdim edilmektedir. Tümü oligo ve/veya astenospermik 7 hastaya fizik muayene ve Doppler sonografi ile bilateral varikosel tanısı konuldu. Hastalar 18-32 yaşları arasında idi (median: 23). Laparoskopik olgularda genel endotrakeal anestezi altında Trendelenburg pozisyonunda 10 mm trokar infraumbilikal olarak batın içine geçirilerek 15 mm Hg CO₂ basınçla pnömo-

periton oluşturuldu. İki adet 5 mm trokar laparoskopik vizüel kontrol altında rektus kılıfının hemen dışında sağ ve sol hipokondriuma yerleştirildi. Spermatic venler, arter, lenfatikler ve kollateral damarlar rahatlıkla tanımlanıp üzerlerindeki periton insize edildi. Trokarlardan batına ulaştırılan endoskopik ekipman yardımıyla spermatic venler diseke edildi ve mediumlarge endoklipler ile bağlanıp aradan doku çıkarılarak kesildi. Arter ven ayrımı herhangi bir güçlük olmadan yapılabilirdi. Retroperitonoskopik olguda subumbilikal bölgede 1,5 cm'lik bir insizyon yapılarak rektus fasiası insize edilip bu adale aralandı ve buradan 11 mm künt trokar ile preperitoneal alana ulaşıldı. Künt diseksiyonla yeterli bir alan oluşturulup 10 mm Hg CO₂ basınçla pnömoretroperiton geliştirildi. Vizüel kontrol altında simfizis pubisin 2 cm üzerine ve aynı hatta umbilikus pubis mesafesinin orta noktasına olmak üzere iki adet 5 mm trokar yerleştirildi. Bu trokarlardan ilerletilen disektörler aracılığıyla retroperiton ve spermatic damarlar diseke edilip yukarıda tariflenen şekilde ligate edildi. Olguların tümü 2-3 gün içinde oral analjezik ihtiyaçları da ortadan kalkarak normal günlük yaşamlarına döndüler. Gerçek laparoskopik ve bildiğimiz kadarıyla ilk olgu olan retroperitonoskopik tekniğin özellikle bilateral olgularda geleneksel operasyonlara karşı iyi bir alternatif olduğu izlenimi edinildi.

LAPAROSKOPIK VARİKOSELEKTOMİ

C. Tamer, A. Eryavuz, S. Bayyozgat, S. Selçuk

Türkiye Gazetesi Hastanesi

Şişli Etfal Hastanesi 2. Üroloji Kliniği

Erkek infertilitesinin en sık görülen nedenlerinden biri varikoseldir. Varikozel tedavisinde kullanılan klasik metodlara alternatif olarak yeni değişik bir yöntemi 23 hastamıza uyguladık, biri hariç olgularımızın tümüne iki yanlı varikoselektomi uyguladığımızdan toplam 45

laparoskopik varis ligasyonu yapıldı. 24-44 yaşları arasında olan olguların tümünde biri hariç spermatik ven ligasyonunun nedeni infertilite idi. Operasyon öncesi ve sonrası olguların spermiogram sonuçları, testis ebadları ve varikozel derecelerini karşılaştırdık. Ameliyat sonrası morbiditesinin az olması, çok kısa sürede sosyal aktiviteye dönüş imkanı sağlaması, testiküler arter korunmasının güvenle yapılabilmesi ve iki yanlı varikoselektomide ek kesi ihtiyacını ortadan kaldırması nedenleriyle; Laparoskopik ven ligasyonunun yakın bir gelecekte klasik varikoselektomi yöntemleri yanında daha çok kullanılacağı düşüncesindeyiz.

VIDEO LAPAROSKOPIK RENAL KİSTEKTOMİ

L. Avtan*, C. Avcı*, M. Akıncı**, T. Esen**

*İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Semptomatik renal kistlerin cerrahi tedavisinde video laparoskopik yöntem, mini invazif bir girişim olarak uygulama bulmaktadır.

Sol böbrek üst polünde 5x7 cm. lik kisti bulunan 40 yaşındaki bir kadın hastaya, video laparoskopik kistektomi girişimi uygulandı. Hastaya pnömoperituan uygulandıktan sonra, göbek kenarından 10 mm. trokar ve ka-

mera periton boşluğuna sokuldu. Hastanın solu yarı yukarı gelecek şekilde hafif sağ yanına yatırılıp arkası desteklendikten sonra, sol arkus kostarium ve crista iliaka arasına aralıklı olarak iki 5 mm'lik, bir 10 mm'lik trokar yerleştirildi. Periton böbrek hizasından insize edilerek retroperitoneale geçildi. Böbrek üst polündeki kist belirlendikten sonra, kist aspire edildi. Daha sonra, sağlam böbrek parankim sınırının hemen üstünden koterli makas ile kist çepeçevre eksize edildi. Hemostaz kontrolünden sonra kistik piyes trokar içinden dışarı alınıp ameliyat sonlandırıldı. Hasta ameliyatın ertesi günü taburcu edildi. Post op hiçbir komplikasyonla karşılaşılmadı. Sunulan 5 dakikalık video filmde, uygulanan teknik özetlenmektedir.

TANI KONULAMAYAN PLEVRAL EFFÜZYONLARDA TORAKOSKOPİNİN YERİ

E. Gülhan, S. Kaya, E. Can, S. Topçu, G. Çetin

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi - Ankara

Göğüs Cerrahisi Kliniğimizde diğer noninvaziv yöntemlerle tanı konulamamış 100 plevral effüzyonlu hastaya lokal anestezi altında, rijit enstrüman ile diagnostik torakoskopi uygulandı. Hastalar girişim sonrası 2 ay ile 3 yıl arasında değişen sürelerde takip edildi. Yapılan torakoskopiler sonucunda 32 mezotelyoma, 9 metastatik tümör, 11 tüberküloz plörit, 46 nonspesifik plö-

rit, 2 kist hidatik saptandı. Mortalite olmayan çalışmada, 1 hastada gelişen ciltaltı amfizemi, 1 hastada da uzamış hava kaçağı dışında komplikasyon görülmedi.

Torakoskopi sonrası çeşitli endikasyonlarla 27 hastaya torakotomi, 12 hastaya plöredez uygulandı. Torakotomiler ve hastaların klinik takipleri sonrası, torakoskopik tanuların 94 tanesi yeterli kabul edildi. Diğer 6 hastanın torakoskopik tanularının false negatif olduğu görüldü. Buna göre çalışmanın sensitivitesi % 94, spesifitesi % 100 olarak bulundu. Bu çalışmada, torakoskopinin tanı konulamamış plevral effüzyonlarda operasyon gereksinimini azaltan ve torakotomiden önce uygulanması gereken, yararlı bir yöntem olduğu sonucuna varıldı.

LAPAROSKOPIK VARİKOSELEKTOMİ

C. Tamer, A. Eryavuz, S. Bayyozgat, S. Selçuk

Türkiye Gazetesi Hastanesi

Şişli Etfal Hastanesi 2. Üroloji Kliniği

Erkek infertilitesinin en sık görülen nedenlerinden biri varikosedir. Varikozel tedavisinde kullanılan klasik metodlara alternatif olarak yeni değişik bir yöntemi 23 hastamıza uyguladık, biri hariç olgularımızın tümüne iki yanlı varikoselektomi uyguladığımızdan toplam 45

laparoskopik varis ligasyonu yapıldı. 24-44 yaşları arasında olan olguların tümünde biri hariç spermatik ven ligasyonunun nedeni infertilite idi. Operasyon öncesi ve sonrası olguların spermiogram sonuçları, testis ebadları ve varikozel derecelerini karşılaştırdık. Ameliyat sonrası morbiditesinin az olması, çok kısa sürede sosyal aktiviteye dönüş imkanı sağlaması, testiküler arter korunmasının güvenle yapılabilmesi ve iki yanlı varikoselektomide ek kesi ihtiyacını ortadan kaldırması nedenleriyle; Laparoskopik ven ligasyonunun yakın bir gelecekte klasik varikoselektomi yöntemleri yanında daha çok kullanılacağı düşüncesindedir.

VIDEO LAPAROSKOPIK RENAL KİSTEKTOMİ

L. Avtan*, C. Avcı*, M. Akıncı**, T. Esen**

*İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Semptomatik renal kistlerin cerrahi tedavisinde video laparoskopik yöntem, mini invazif bir girişim olarak uygulama bulmaktadır.

Sol böbrek üst polünde 5x7 cm. lik kisti bulunan 40 yaşındaki bir kadın hastaya, video laparoskopik kistektomi girişimi uygulandı. Hastaya pnömoperituan uygulandıktan sonra, göbek kenarından 10 mm. trokar ve ka-

mera periton boşluğuna sokuldu. Hastanın solu yarı yukarı gelecek şekilde hafif sağ yanına yatırılıp arkası desteklendikten sonra, sol arkus kostarium ve crista iliaka arasına aralıklı olarak iki 5 mm'lik, bir 10 mm'lik trokar yerleştirildi. Periton böbrek hizasından insize edilerek retroperitoneale geçildi. Böbrek üst polündeki kist belirlendikten sonra, kist aspire edildi. Daha sonra, sağlam böbrek parankim sınırının hemen üstünden koterli makas ile kist çepeçevre eksize edildi. Hemostaz kontrolünden sonra kistik piyes trokar içinden dışarı alınıp ameliyat sonlandırıldı. Hasta ameliyatın ertesi günü taburcu edildi. Post op hiçbir komplikasyonla karşılaşılmadı. Sunulan 5 dakikalık video filmde, uygulanan teknik özetlenmektedir.

TANI KONULAMAYAN PLEVRAL EFFÜZYONLARDA TORAKOSKOPİNİN YERİ

E. Gülhan, S. Kaya, E. Can, S. Topçu, G. Çetin

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi - Ankara

Göğüs Cerrahisi Kliniğimizde diğer noninvaziv yöntemlerle tanı konulamamış 100 plevral effüzyonlu hastaya lokal anestezi altında, rijit enstrüman ile diagnostik torakoskopi uygulandı. Hastalar girişim sonrası 2 ay ile 3 yıl arasında değişen sürelerde takip edildi. Yapılan torakoskopiler sonucunda 32 mezotelyoma, 9 metastatik tümör, 11 tüberküloz plörit, 46 nonspesifik plö-

rit, 2 kist hidatik saptandı. Mortalite olmayan çalışmada, 1 hastada gelişen ciltaltı amfizemi, 1 hastada da uzamış hava kaçağı dışında komplikasyon görülmedi.

Torakoskopi sonrası çeşitli endikasyonlarla 27 hastaya torakotomi, 12 hastaya plöredez uygulandı. Torakotomiler ve hastaların klinik takipleri sonrası, torakoskopik tanuların 94 tanesi yeterli kabul edildi. Diğer 6 hastanın torakoskopik tanularının false negatif olduğu görüldü. Buna göre çalışmanın sensitivitesi % 94, spesifitesi % 100 olarak bulundu. Bu çalışmada, torakoskopinin tanı konulamamış plevral effüzyonlarda operasyon gereksinimini azaltan ve torakotomiden önce uygulanması gereken, yararlı bir yöntem olduğu sonucuna varıldı.

DİAGNOSTİK VE TERAPÖTİK TORAKOSKOPI (110 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ)

M. Çelik, S. Halezeroglu, C. Şenol, A. Uysal, F. Zontüzi,
R. Demirhan, Ş. Ürek, M. Kurutepe, B. Arman

Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi

İnsanlarda ilk olarak 1910 yılında kullanılmaya başlanılan torakoskopi uzun yıllar yalnızca plevra hastalıklarının teşhisinde kullanılan bir yöntemdi. Video-endoskopik teknolojideki yeni gelişmeler bu yöntemin özellikle tedavi amacıyla kullanım alanına girmesine olanak sağlamıştır.

Merkezimizde 1988-1993 yılları arasında 110 hastaya diagnostik ve terapötik amaçlı torakoskopi uygulandı. Hastaların yaş ortalamaları 35 idi. Olguların 102 sinde

Storz marka rijid torakoskop, son 8 inde ise Cabot marka video-torakoskop kullanıldı. Seksendört olguya intratorasik patolojilerin teşhisi amacıyla, 26 olguya ise terapötik amaçlı torakoskopik girişim uygulandı. Diagnostik torakoskopilerin çoğunluğunu maligniteler (mesotelyoma, plevraya metastaz yapmış akciğer kanserleri) ve tüberküloz oluşturmaktaydı. Terapötik torakoskopilerin 23'ünde ampiyemli hastalarda torakoskopik debridman ve irrigasyon 2 sinde diffüz intersitisyel hastalığın teşhisi için akciğer biyopsileri yapıldı. Bir hastada ise plevral boşluktan yabancı cisim çıkartılmak amacıyla torakoskopi uygulandı.

Torakotomiye bir alternatif olarak uygulama alanına giren videotorakoskopik cerrahi, intratorasik patolojilerin tedavisinde gelecekte önemli bir yer tutacağı kanaatindeyiz.

VIDEO GÖRÜNTÜSÜ EŞLİĞİNDE TORAKOSKOPİK CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

Ö. Oto, U. Açıklı, H. Çatalyürek, A. Günerli, F. Maltepe

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Toraks-Kalp ve
Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Son yıllarda çağdaş video teknolojisindeki ve endoskopik cerrahi aletlerdeki gelişme video görüntüsü eşliğinde yapılan torakoskopik cerrahi uygulamalarının yaygınlaşmasına neden olmuştur. Ülkemizde de torakoskopik cerrahi uygulamaları ilk kez Anabilim Dalımızda 14 olgu üzerinde gerçekleştirildi. Bu yöntemle 9 torakal sempatotomi, 3 akciğerden wedge rezeksiyonu ve 2 mediastinal lenf nodu biyopsisi uygulandı. Son yedi ayda anabilim dalımızda Raynaud hastalığı nedeniyle 9 bayan hastaya torakoskopik yöntemle torakal sempatotomi ameliyatı uygulandı. Ortalama hasta yaşı 33 idi. Tüm olgularda bilinen tıbbi tedaviye yanıt veremeyen iskemik vasospastik hastalığa ilişkin yakınmalar vardı. Tüm ameliyatlar çift lümenli endotrokeal tüp kullanılarak genel anestezi altında yapıldı. Çift lümenli endotrokeal tüp yardımı ve karbondioksit insuflasyonu ile akciğer kollabe edilerek ekartasyonu sağlandı. Tüm

olgularda cerrahi aletler ve teleskop aksiller bölgede bir ikinci interkostal aralık, iki adette üçüncü interkostal aralıktan yerleştirilmiş üç adet 5 mm çapındaki disposable trokarlardan çalışıldı. Ameliyat sonunda trokar deliklerinden birinden ince bir toraks tüpü konuldu. İlk iki olguda toraks tüpü 24 saat tutuldu. Diğer olgularda ise postoperatif akciğer grafisinde pnömotoraks veya sıvı olmadığı belirlenince çekildi (ortalama 9. saat). Herhangi bir mortalite veya morbidite ile karşılaşılmadı. Tüm hastalar ikinci gün taburcu edildiler. Tüm hastalar halen semptomsuzdur ve herhangi bir ilaç almamaktadırlar. Çeşitli görüntüleme yöntemleri ile akciğer ve mediastinal kitleleri olan ancak doku tanısı konulamayıp tedavisi planlanmayan 5 erkek olgudan yine video eşliğinde uygulanan torakoskopik yöntemle akciğer Wedge biyopsileri ve mediastinal lenf nodu örnekleri alındı. Olguların ortalama yaşı 63 idi. Wedge rezeksiyon uygulanan 3 olgudaki plevral sıvının yolaştığı atelektaziden de yararlanılarak işlem lokal anestezi altında uygulandı. 5 olguda da torakoskopiye bağlı bir komplikasyon gelişmedi. Düşük morbidite ve mortaliteyle kısa hospitalizasyon ve erken işbaşı, video eşliğinde yapılan torakoskopik cerrahi uygulamalarının birer avantajıdır. Yakın gelecekte bu yöntemin ülkemizde de yaygınlaşacağını umut ediyoruz.

VİDEOTORAKOSKOPİK CERRAHİ SONUÇLARIMIZ - 13 OLGUNUN ANALİZİ

M. A. Bedirhan, T. Çağlar, Y. Yörük, R. Mehmet, E. Tabaklıoğlu.

Trakya Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi ve
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalları

Minimal invaziv cerrahi girişimlere duyulan ilgi ve endokamera teknolojisindeki gelişmelere paralel, göğüs cerrahisi uygulama alanında yeni bir teşhis ve tedavi seçeneği olarak video assisted torasik cerrahi (VATS) doğmuştur. Kliniğimizde bu yöntem 13 hastaya uygulanmıştır. Yedi hastada plevral lezyonlardan biyopsi alınmıştır. Bunların beşinde mezotelioma, 1 olguda primer plevral lenfoma saptanmıştır. Hemotaks ve hemoperikardiyumlu diğer olguda ayrıca perikardiyal pencere açılmıştır. Tanısı diğer yöntemlerle konulamayan bir olguda diyafraim rüptürü tanısı konularak opere edilmiştir. Over tm. nedeniyle opere edilmiş bir olguda toraks duvarındaki lezyondan alınan biyopside metastaz tanısı konulmuştur. Ayrıca terapötik olarak biri nüks, ikisi persistan kaçaklı üç spontan pnömotoraksa endoskopi ile apikal büllektomi yapılmıştır. Trombangitli bir olguya ise torasik sempatektomi uygulanmıştır. Olguların hiçbirisinde kan transfüzyonu yada acil torakotomiye geçiş gerekmemiştir. Videotorakoskopinin sağladığı minimal invaziv cerrahi ile postoperatif dönemde daha az ağrının duyulduğu ve solunum fonksiyonlarının daha az etkilendiği görülmüştür.

TORAKOSKOPİK TIMEKTOMİ

M. Gürrer, M. Şare, S. Gürrer, M. Müftüoğlu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Myasthenia gravis tedavisi için uygulanan timektomide genellikle median sternotomi veya transservikal yaklaşım kullanılmaktadır. Bu çalışmada torakoskopik cerrahi yöntemlerle gerçekleştirilen bir timektomi olgusu sunulmaktadır.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'na 2 aydır giderek artan boyun tutulması şikayeti ile başvuran 53 yaşındaki erkek hastada fizik muayenede bilateral proksimalde hakim % 10-15 kuvvet kaybı saptandı. Derin tendon refleksleri bilateral hipoaktif idi. Myasthenia gravis ön tanısı konulan hastaya prostigmin testi uygulandı ve pozitif olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde üst ön mediastende

VİDEOTORAKOSKOPİ: 16 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

I. Doğusoy, T. Okay, M. Yıldırım, M. Yaşaroğlu,
A. Kanca, A. Mert, E. Eren, B. Tutluoğlu

İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi
Kartal Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Toraks cerrahisinde son yıllarda kullanıma giren ve kullanım alanı gün geçtikçe artan videotorakoskopi metodu kliniğimizde 16 hastaya başarı ile uygulandı. 6 olguya pnömotoraks nedeniyle Bül rezeksiyonu ve plörodez, 2 olguya pulmoner nodül nedeniyle Wedge rezeksiyon, 1 olguya mediastinal kitle ekstirpasyonu, 1 olguya kronik perikardial effüzyona bağlı tamponad nedeniyle perikarda pencere açılması amacıyla teröpatik, 5 olguya tanı konulamayan plevral effüzyon veya kitle, 1 olguya tanı konulamayan diffüz interstisyel akciğer hastalığı nedeniyle diagnostik torakoskopi yapıldı. Ortalama operasyon zamanı 2 saat, ortalama diren alım süresi 2.6 gün ve ortalama operasyon sonrası hastanede kalım süresi 4.2 gündür. Hastalarımızın tamamında operasyon sonrasında ağrı yakınmalarının son derece az olduğu narkotik analjeziklere hemen hemen hiç ihtiyaç duymadıkları metamizol türü analjeziklerle, gerekli analjezinin kolaylıkla sağlandığı ve ağrının ortadan kaldırılması sonucunda atelektazi gibi postoperatif komplikasyonların azaldığı saptandı.

Videotorakoskopi ekipman ve tekniklerin gelişmesi ile kullanım endikasyonları artmış ve diagnostik endikasyonlara teröpatik endikasyonlar eklenmiştir.

18 mm. çapında yumuşak dokuya ait homojen görünüm timoma olarak yorumlandı. Timektomi endikasyonu konulan hastaya 10 gün süre ile prednol tablet 16 mg 4x1 verildi.

Hasta operasyon masasında supin pozisyonda yatırıldı. Çift lümenli endobronkial tüp ile entübasyonu takiben sol akciğer kollabe edildi. Solda 5. interkostal aralıktan ön aksiller hat hizasında 5 mm. lik trokar ile girildi ve 10 mm.lik trokarlar konuldu. N. phrenicus'un anteriorunda ve paralel bir kesi ile parietal plevra açılarak ön mediastene girildi. Künt ve keskin disseksiyonlarla timus lobları ve timoma total olarak çıkarıldı. 7. aralıktaki trokar deliğinden 20 # toraks tüpü konularak operasyona son verildi. Postoperatif dönemde konservatif tedavi ile gerileyen cilt altı amfizemi dışında komplikasyon gözlenmedi. Patolojik inceleme sonucu benign timoma ve atrofik yapıda timus olarak belirtildi.

Torakoskopik yaklaşımın myasthenia gravis tedavisi için uygulanan timektomi girişimlerinde güvenle uygulanabileceği kanısını edindik.

TORAKOSKOPİK BÜL REZEKSİYONU

M. Gürel, Ö. Soysal, M. Paç, M. Gülcüler

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Spontan pnömotoraks tüp torakostomi ile tedavi edilen ve rükürren spontan pnömotoraks da torakotomi endikasyonu olan bir hastalıktır. Kliniğimizde bir rükürren spontan pnömotoraks olgusuna, torakoskopik bül rezeksiyonu uygulandı.

VIDEO TORAKOSKOPİ İLE PNÖMOTORAKS CERRAHİ TEDAVİSİ

L. Avtan*, I. Doğusoy**, J. Khalife***, T. Okay**

* İstanbul Üniversitesi Odiyo-vizüel Uygulama ve Araştırma Merkezi

** İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi

*** Hospital Max Fourestier-Paris

Kronik veya tekrarlayan pnömotoraks bulunan 26 hastaya; uygun bir interkostal aralıktan Toraks boşluğuna sokulan trokardan manipüle edilen Endoskopik stapler ile bül rezeksiyonu yapıldı. Olguların bir kısmına parietal plörektomi yapılırken son 6 vakada koter ve deliklerden sokulan gazlı bez ile plevral abrazyon yapıldı.

SPONTAN PNÖMOTORAKSLARIN TEDAVİSİNDE VİDEOTORAKOSKOPİNİN YERİ

Y. Yörlük, G. Morritt

Freeman Hospital, Edinburg, İNGİLTERE

Spontan pnömotoraksın cerrahi tedavisinde yeni bir teknik olarak videotorakoskopi minimal cerrahi olanaklarını sunmaktadır. Freeman Hospital'de Nisan-Ekim 1992 tarihleri arasında 26 pnömotoraks (pnx) olgusuna 27 videotorakoskopik operasyon yapıldı (kadın 20, erkek 6, yaş ortalaması 42). 18 olguda nüks pnx, 8 olguda persistan pnx nedeniyle cerrahi uygulandı. 18 olguya endostapler ile büllektomi ve apikal plevrektomi yapıldı.

Olgu, 24 yaşında, erkek, solda üçüncü kez olan pnömotoraksı mevcuttu. Sağda ise daha önce pnömotoraks geçirme öyküsü vardı.

Genel anestezi altında, hasta lateral dekübit pozisyonunda yatırıldı. Anesteziye çift lümenli endotrakeal tüp kullanıldı. 3 adet trokar ile toraksa girildi. Apeksdeki 2 cm'lik rüptüre olmuş bül endo GIA stapler ile eksiye edildi. Bir adet apikal chest tüp ile toraks drene edildi. Postoperatif 1. gün chest tüp alındı, 3. gün hasta taburcu edildi.

Ameliyat sonunda trokar deliklerinden konan toraks dreni, postop 2. veya 3. gün çekilmekte ve hasta 1 gün sonra taburcu edilmektedir. Ameliyat ettiğimiz hastaların 2'sinde minimal rezidüel poş kalmakla beraber bu poşlar kendiliğinden rezorbe oldular. 1 olguda ise hava kaçağının kesilmemesi üzerine dren 6. gün alınabilmiştir.

Spontan pnömotoraksın cerrahi tedavisinde, torakotomi yapılmaksızın sadece 3 trokarın toraks boşluğuna sokulması ile gerçekleştirilen bu yöntem basit olması, torakotominin morbitide riskini taşımaması ve minimal invaziv cerrahinin tüm avantajları içermesi ve de sonuçlarının başarılı olması nedeni ile dikkati çekmektedir.

Altısına yanlış plevrektomi, ikisine büllektomi yapıldı. Operasyon süresi ortalama 60 dakika idi (135-120). İlk 24 saatte drenaj ortalama 280 ml. idi (20-580). Olguların hiçbirisine acil torakotomi gerekmedi. Üç olguda komplikasyon gelişti. Uzun süren hava kaçaqları nedeniyle torakotomiye alınan iki hastada akciğer yırtığı saptandı. Videotorakoskopik olarak revizyona alınan 3. olguda apikal bül görülerek endostapler ile apikal büllektomi yapıldı. 4 aylık izlemede nüks görülmedi. Videotorakoskopi, spontan pnx'in tedavisinde torakotomiye kıyasla postoperatif ağrı ve buna bağlı pulmoner disfonksiyonda azalma avantajları yanısıra yaklaşık aynı küratif potansiyel taşımaktadır. Bu solunum rezervi kısıtlı hastalarda önem kazanmaktadır.

TORASKOSKOPİK KARDİOMYOTOMİ

A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

Yutma güçlüğü ile seyreden kardiospazm'ın tedavisinde her ne kadar konservatif yöntemler uygulansa bile sonuçların pek başarılı olmaması nedeni ile cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Cerrahi teknik olarak uygulanan özofagomyotomi, cerrahın tercihine göre karından veya toraksdan yapılabilir. Her iki yolda da insizyonların hastada ağrı, sıkıntı doğurması, uzun süreli iş güç kaybına yol açması kaçınılmazdır.

Geliştirilen bu teknik ile laparoskopik aletler kullanılarak torakoskopik özofagokardiomyotomi başarılı bir şekilde yapılmıştır. Teknik 10 dakikalık VHS video gösterisi olarak sunulacaktır.

TORAKOSKOPİK ÖZOFAJEKTOMİ

A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

Özofagus kanserinin en iyi palyatif veya küratif tedavisi için uygulanacak en iyi yol rezektif operasyonlardır. Klasik teknik ile yapılan girişimlerden hem torasik hemde abdominal insizyonlar postoperatif dönemde ağrı, sıkıntı uzayan nekahat dönemine ve artan morbiditeye neden olurlar. Belkide bu şekilde yapılan operasyonlarla yüksek mortalitenin de bir ilişkisi vardır.

Torakotomi her ne kadar trans-hiatal tekniği ile önlenmede, sınırlı uygulama alanı, onkolojik prensiplere ters düşmesi ve sonuçlarının da morbidite ve mortalite bakımından belirgin bir düşüş'e neden olmaması sebepleri ile bazı merkezlerde tercih edilmemektedir.

Bu nedenlerden dolayı biz yeni bir metod geliştirerek, endoskopik olarak torakotomiye ihtiyaç duyulmaksızın, laparoskopik aletleri ile özofagus'un mobilizasyonunu ve rezeksiyonunu rahatlıkla sağlayabilen bu tekniği geliştirdik. Teknik 10 dakika VHS video gösterisi olarak sunulacaktır.

AÇIK LAPAROSKOPİK TEKNİK UYGULAMA SONUÇLARI

O. Yücel, A. Kaya, T. Akmanlar, M. Talu, S. Özdede, A. Gürkan

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Haydarpaşa Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde Ekim 1992-Eylül 1993 tarihleri arasında açık giriş yöntemi ile 90 laparoskopik cerrahi girişimi uygulandı.

Operasyonlar Hasson'ın tarif etmiş olduğu "Açık Laparoskopik" tekniği uygulanarak künt uçlu 3 ayrı çeşit özel kanül kullanılarak gerçekleştirildi. Olgular, endikasyon, daha önce geçirmiş oldukları operasyon tipleri, tekniğin süresi, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar açısından irdelendi. Laparoskopik girişimler

80 hastada kolesistektomi, 8 hastada gastrik tm. evrelemesi, 1 hastada kronik pelvik ağrı tanısı ve 1 hastada kolon tm. evrelemesi ve Hartmann kolostomisi amacı ile uygulandı. 24 Hastada geçirilmiş abdominal operasyona (Histerektomi, apendektomi, kolon operasyonu, umbilikal herniorafi, üreter taşı, peritoneal lavaj) rağmen açık girişin gerçekleştirilmesi tüm vakalarda ortalama 2 dakika sürdü (1-9 dakika). Peroperatif komplikasyon gözlenmedi ancak postoperatif dönemde 1 hastada umbilikal port yerinde ciltaltı yağ nekrozu, 2 hastada da seröz akıntı gözlemlendi.

Bulgular literatür ile uyumlu olup Hasson metoduna göre yapılan Açık Laparoskopik Tekniğin, Kapalı Laparoskopide görülebilen preperitoneal CO₂ insüflasyonu, gaz embolisi, iç organ yaralanması gibi komplikasyonlardan uzak, kolay ve güvenilir bir teknik olduğunu gösterdi.

TORASKOSKOPİK KARDİOMYOTOMİ

A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

Yutma güçlüğü ile seyreden kardiospazm'ın tedavisinde her ne kadar konservatif yöntemler uygulansa bile sonuçların pek başarılı olmaması nedeni ile cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Cerrahi teknik olarak uygulanan özofagomyotomi, cerrahın tercihine göre karından veya toraksdan yapılabilir. Her iki yolda da insizyonların hastada ağrı, sıkıntı doğurması, uzun süreli iş güç kaybına yol açması kaçınılmazdır.

Geliştirilen bu teknik ile laparoskopik aletler kullanılarak torakoskopik özofagokardiomyotomi başarılı bir şekilde yapılmıştır. Teknik 10 dakikalık VHS video gösterisi olarak sunulacaktır.

TORAKOSKOPİK ÖZOFAJEKTOMİ

A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

Özofagus kanserinin en iyi palyatif veya küratif tedavisi için uygulanacak en iyi yol rezektif operasyonlardır. Klasik teknik ile yapılan girişimlerden hem torasik hemde abdominal insizyonlar postoperatif dönemde ağrı, sıkıntı uzayan nekahat dönemine ve artan morbiditeye neden olurlar. Belkide bu şekilde yapılan operasyonlarla yüksek mortalitenin de bir ilişkisi vardır.

Torakotomi her ne kadar trans-hiatal tekniği ile önlenmede, sınırlı uygulama alanı, onkolojik prensiplere ters düşmesi ve sonuçlarının da morbidite ve mortalite bakımından belirgin bir düşüş'e neden olmaması sebepleri ile bazı merkezlerde tercih edilmemektedir.

Bu nedenlerden dolayı biz yeni bir metod geliştirerek, endoskopik olarak torakotomiye ihtiyaç duyulmaksızın, laparoskopik aletleri ile özofagus'un mobilizasyonunu ve rezeksiyonunu rahatlıkla sağlayabilen bu tekniği geliştirdik. Teknik 10 dakika VHS video gösterisi olarak sunulacaktır.

AÇIK LAPAROSKOPİK TEKNİK UYGULAMA SONUÇLARI

O. Yücel, A. Kaya, T. Akmanlar, M. Talu, S. Özdede, A. Gürkan

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Haydarpaşa Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde Ekim 1992-Eylül 1993 tarihleri arasında açık giriş yöntemi ile 90 laparoskopik cerrahi girişimi uygulandı.

Operasyonlar Hasson'ın tarif etmiş olduğu "Açık Laparoskopik" tekniği uygulanarak künt uçlu 3 ayrı çeşit özel kanül kullanılarak gerçekleştirildi. Olgular, endikasyon, daha önce geçirmiş oldukları operasyon tipleri, tekniğin süresi, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar açısından irdelendi. Laparoskopik girişimler

80 hastada kolesistektomi, 8 hastada gastrik tm. evrelemesi, 1 hastada kronik pelvik ağrı tanısı ve 1 hastada kolon tm. evrelemesi ve Hartmann kolostomisi amacı ile uygulandı. 24 Hastada geçirilmiş abdominal operasyona (Histerektomi, apendektomi, kolon operasyonu, umbilikal herniorafi, üreter taşı, peritoneal lavaj) rağmen açık girişin gerçekleştirilmesi tüm vakalarda ortalama 2 dakika sürdü (1-9 dakika). Peroperatif komplikasyon gözlenmedi ancak postoperatif dönemde 1 hastada umbilikal port yerinde ciltaltı yağ nekrozu, 2 hastada da seröz akıntı gözlemlendi.

Bulgular literatür ile uyumlu olup Hasson metoduna göre yapılan Açık Laparoskopik Tekniğin, Kapalı Laparoskopide görülebilen preperitoneal CO₂ insüflasyonu, gaz embolisi, iç organ yaralanması gibi komplikasyonlardan uzak, kolay ve güvenilir bir teknik olduğunu gösterdi.

FRANSIZ YÖNTEMİ İLE VİDEO LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: TEKNİK ÖZELLİKLER VE 112 VAKANIN ANALİZİ

C. Avcı, L. Avtan

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Video laparoskopik kolesistektomi Dr. Mouret'den sonra ilk uygulayan ve halen en büyük kişisel seriyeye sahip Dr. Dubois'nın prensiplerini çizdiği, bizim de vakalarımızın 112'sinde bu prensiplere sadık kalarak uyguladığımız "Fransız usulü video laparoskopik kolesistektomi yöntemi" aşağıdaki özellikleri taşır:

* Hasta masaya bacakları açılarak yarı jinekolojik pozisyonda yatırılır.

* Operatör bacaklar arasında ve isterse oturarak çalışabilir

* Operatör iki elle çalışır. Klasik açık cerrahideki gibi, sol elindeki pensle kese ve bedikülünü istediği gibi traksiyona tabi tutarken, sağ elindeki makas yada koter ucu ile güvenli bir şekilde seksiyon ve disseksiyon yapma olanağına sahiptir.

* Tek bir asistan yeterli olup, bir eli ile kamerayı diğer eli ile de ksifoidden sokulan aspirasyon - irrigasyon ve ekartman görevini üstlenen kanülü idare eder.

Açık cerrahide alışılmış klasik çalışma yöntemine daha yakın bulduğumuz bu yöntemi 112 vakada uyguladık. Yaş ortalaması 38 (18-89) olan vakaların 86'sı (% 77) kronik taşlı kese, 18'i (% 16) akut kolesistit, 6'sı (% 5.3) hidrops kese ve 2'si (% 1.7) safra kesesi polipi idi. Tüm vakalarda iki 10 mm., iki 5 mm. trokar kullanıldı. Göbek fıtığına eşlik eden 2 vakada açık laparoskopik (Hasson) kanülü uygulandı ve ameliyat sonrası fıtık tamiri de yapıldı. 2 vakada karşılaşılan aksesuar sistik arter kanaması laparoskopik klip tatbiki ile durduruldu. 7 vakada perfore olan kese ve taşlar endopoz içinde çıkartıldı. Göbek insizyonunun 1 cm genişletildiği 5 vakada sfak dikişleri kondu. Sadece perfore olan akut ve hidrops kese vakalarında antibiotik verildi. 3 vakada per op kolanjografi yapıldı. Hiçbir vakaya dren konulmadı. Hiçbir vakada açığa dönme gereği doğmadı. Hastanede kalış süresi 4 hastada 3 gün, 17 hastada 2 gün, 91 hastada ise 1 gün idi. Bir hastada (84 yaşında) ciltaltı yaygın ekimoz 6 hastada da göbek insizyonunda hiperemi dışında hiçbir hastada post op komplikasyon görülmedi.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE PROFİLAKTİK ANTİBİYOTİK KULLANIMI

A. Eren, F. Hızlı, H. Evrütke, A. Feyizoğlu, S. Günay, Ö. Bender, N. Duraker, K. Sarı, F. Kutlu

SSK Okmeydanı 3. Cerrahi Kliniği

Laparoskopik kolesistektomide enfeksiyon nadirdir. Genellikle trokarların giriş deliklerinde ve sağ diyafagma altında lokal enfeksiyon şeklinde görülürler.

SSK Okmeydanı Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde 1991-1993 yılları içinde laparoskopik kolesistektomi uygulanan 150 olgu bu çalışma kapsamına alındı. Tek doz 1 gr. seftriakson ile profilaksi uygulanan 85 olgu, antibiyotik profilaksisi uygulanmayan 65 olgu ile enfeksiyon oranları ve hastanede kalış süreleri açısından karşılaştırılmıştır.

Profilaksi uygulanan laparoskopik kolesistektomi olgularının hiç birinde enfeksiyon görülmezken, profilaksi uygulanmayan grupta göbek çevresinde 2 olguda sellülit gelişmesi gözlemlendi. Hastanede yatış süresi her iki grup için de 20 saat olarak belirlendi. Yapılan istatistiksel karşılaştırmada enfeksiyon oranları ve yatış süreleri açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0.05$).

Özellikle geniş spektrumlu ve uzun yarılanma ömrü olan sefalosporinler cerrahi tek doz profilaksi için idealdirler. Ancak enfeksiyon riski çok az olan laparoskopik kolesistektomide profilaksi yapılıp yapılmaması konusu tam açıklık kazanamamıştır. Nitekim yaptığımız çalışmada bize antibiyotik profilaksisinin istatistiksel olarak anlamlı bir yarar sağlamıyacağını göstermiştir.

Sonuç olarak laparoskopik kolesistektominin cerrahi enfeksiyon riski açısından oldukça emniyetli olduğu kanısına varıldı.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI AĞRIYA LOKAL ANESTEZİNİN ETKİSİ: İLK SONUÇLAR

A.M. Saraç*, A.Ö. Aktan*, C. Yeğen*,
R. İnceoğlu*, N. Baykan**, R. Yalın*

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi (*)
ve Anestezi - Rehabilitasyon (**) Anabilim Dalları

Laparoskopik kolesistektomi (LK) uygulanan hastalarda, ameliyat sonrası erken dönemde görülen ve açık kolesistektomiye oranla daha az olan ağrının, lokal anestezi ile daha da azaltılıp azaltılamayacağı araştırıldı. LK uygulanan semptomatik kolelithiasizli 30 hasta iki gruba ayrıldı.:

1-) Lokal anestezi (marcaine) grubu (15 hasta) LK bitiminde trokarlar çekildikten sonra insizyon çevresine üçer cc % 0.5 lik bupivacaine (Marcaine) derialtına verildi. 2-) Kontrol grubundaki 15 hastaya trokarlar çevresine üçer cc. % 0.9 NaCl verildi. Hastalara ameliyat öncesinde "0-10 Numerik ağrı distress skalası" tanıtılıp ame-

liyat sonrası belirli saatlerde ağrılarının şiddetini skala üzerinde işaretlemesi veya sözlü olarak bildirmesi istenmiştir. Ameliyat sonrası "1. - 3. - 5. - 7. - 12". saatlerde hastalara skala eşliğinde ağrıları sorulup sonucuna göre numerik olarak 5 üzeri olan hastalara 1 mg/kg. meperidine im. olarak yapılmıştır ve skalaya kaydedilmiştir.

Sonuçlar incelendiğinde skala ortama değerleri 1-3-5-7-12. saatlerde marcaine grubunda sırası ile 6.03 - 4.26 - 3.93 - 3.18 - 3.50 kontrol grubunda ise 7.45 - 5.53 - 4.03 - 3.63 ve 3.00 olup aralarındaki fark istatistiksel bir anlam taşımamaktadır ($p>0.05$). Ameliyat sonrası skalanın yapıldığı ilk saat sonunda marcaine grubunda 7 hasta (% 46.6) kontrol grubunda ise 10 hasta (% 80) dir. Kese perforasyonu (safraşızması - karında taş kalması) ve kese yatağı kanaması gibi peroperatuar komplikasyonların hastanın analjezik ihtiyacı ile bağlantısı gösterilememiş olup, bu çalışma sonunda trokar deliklerine yapılan lokal anestetik ajanın hastanın ağrısını erken dönemde kısmen azaltmasına rağmen, her iki grup arasında istatistiksel fark bulunmadığı anlaşılmıştır.

ENDOSKOPIK CERRAHİDE ARGON BEAM COAGULATOR

A. S. Kurdoğlu, A. F. Aytakin, M.Y. Ata

Bandırma Özel Hastanesi

72 Kolesistektomi, 3 inguinal herni, 1 apendektomi, 5 myomektomi, 3 dış gebelik ve muhtelif adezyolizis olgusunun endoskopik girişimlerinde Argon Beam Coagulator kullanılmıştır.

Argon Beam Coagulator dokuya temas etmeden kullanılan, dumansız ve süratli koagülasyon sağlayan yeni bir tekniktir. Bu tekniğin kullanılması ile hızlı ve etkili bir koagülasyon sağlanarak operasyon süresi ve kanama oranlarında belirgin bir düşüş olmaktadır. Ayrıca dumansız olması nedeniyle laparoskopik girişim boyunca daha iyi bir vizüalizasyon sağlamaktadır.

ENDOSKOPIK GİRİŞİMLERDE ULTRASONİK SCALPEL (HARMONİK SCALPEL)

A. S. Kurdoğlu, A. F. Aytakin, M. Y. Ata

Bandırma Özel Hastanesi

2 Kolesistektomi endoskopik girişiminde Ultrasonic Scalpel kullanılmıştır.

Dumansız oluşu, ısı ve elektrik hasarı oluşturmayışı, kesme ve koagülasyonu eşzamanlı yapabilme ve daima temiz bir görüntü sağlaması nedenleri ile tercih sebebi olacak çok yeni bir tekniktir.

Ultrasonic Scalpel dakikada 55000 kez 60 ila 80 mikron kadar ileri geri hareket edebilen, vertikal hareketi 500 mikron olan ve mekanik enerji ile çalışan bir alettir.

LAPAROSKOPİK CERRAHİDE SAFRA YOLU YARALANMALARI

S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. Çiftdemir

Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Günümüzde semptomatik kolelitiazis tedavisinde laparoskopik kolesistektomi seçkin tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmamızda laparoskopik kolesistektomi uygulanan kolelitiazisli 250 olgu serimizdeki tek dış safra yolu yaralanması sunulmuştur. Biz-

muth tip II türünde olan bu yaralanma peroperatuar olarak tanınmış ve açık operasyona dönülerek Roux en-Y hepatikojejunostomi uygulanmıştır. Safra yolu yaralanma oranımız 1 olgudur (% 0.4). Hastanın daha sonraki postoperatif seyri normal olarak bulunmuştur. Hastanın halen postoperatif 5. ayını doldurmuş olup yapılan sintigrafik tetkiklerinde darlık saptanmamıştır. Halen laparoskopik kolesistektomide safra yolu yaralanma oranları kapalı kolesistektomiye oranla daha yüksek olarak bildirilmişse de zamanla bu oranların çok daha azalacağı düşüncesindeyiz.

LAPAROSKOPİK CERRAHİDE BİLİER ENDOSKOPİSTİN YERİ

A. R. Dalay, O. Yücel, M. Talu, O. Övünç

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Karaciğer ve safra kesesinin laparoskopik ameliyatları öncesinde bilier anatomisinin bilinmesi için preop, koledokolitiazis tanısı ve/veya tedavisi için pre-, per- veya postop, laparoskopik cerrahi sonrası komplikasyonların bazılarının tedavisi için postop ERCP'nin özel önemi vardır.

Hastanemizde Laparoskopik kolesistektomi (LK) planlanan hastalarda geçirilmiş pankreatit, kolanjit veya tıkanma ikteri anamnezi olanlarda; preop tetkiklerinde serum alkali fosfatazı yüksek bulunanlarda; ultrasonografide koledok içinde taş veya debris saptananlarda, ko-

ledok çapı >6 mm olanlarda, intrahepatik safra yolları dilate olanlarda preop ERCP yapılmaktadır. Bu kriterlere göre 80 LK olgusunun 2'sinde ERCP yapılmış, bir olguda koledok kanüle edilememiş, diğerinde koledok taşı endoskopik olarak çıkarılarak hasta ertesi gün LK'ye alınmıştır. Ayrıca başka bir merkezden gönderilen hastanın preop ERCP'sinde sistik kanalda taşlar saptanmıştır.

Başka merkezlerde laparoskopik girişim sonrası sistik kanal kaçağı ve biliokutane fistül gelişen iki olgu sırasıyla endoskopik sfinkterotomi ve nazobilier drenaj ile tedavi edilmiştir.

Sonuç olarak laparoskopik cerrahi ekibinde bilier endoskopist bulunmalıdır. ERCP yapılmayan merkezlerde ise ancak ERCP yapılan merkezlerle ortak protokoller oluşturularak laparoskopik girişimler uygulanmalıdır.

TERAPÖTİK ERCP SONUÇLARIMIZ

A. R. Dalay, O. Yücel, O. Övünç

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Şubat 1992'den beri toplam 86 hastaya ERCP yapıldı. Hastaların 42'si erkek, 44'ü bayandı, ortalama yaşları 56 idi. Diagnostik ERCP'de başarı oranı % 86 idi.

Yapılan ERCP'lerin % 60'ında terapötik girişim endikasyonu saptandı. Bu endikasyonlar içinde koledok taşı % 41 ile ilk sırada yer alıyordu.

Koledok taşı olguların % 70'i kolesistektomili idi. Koledok taşı saptanan hastaların % 74'ünde endoskopik yolla koledok temizlendi. Diğer olgulardaki başarısızlığın nedenleri: duodenum ve papil anatomisindeki bozukluklar (paravaterian divertikül dahil) % 20, hastayı izle-

yen hekimin istememesi % 4, ekipman yetersizliği % 2 olarak saptandı.

Olguların % 12'sinde koledokta darlık (benign veya malign) saptandı. Maddi sorunlar nedeniyle bu hastalardan sadece birine endoprotez takılma girişiminde bulunuldu ve takıldı.

Nazobilier dren takma girişimi 3 hastada denendi (koledok darlıklı iki ve biliokutane fistüllü bir hasta). Her 3 olguya da dren takıldı.

Kronik pankreatitli 4 olgudan 2'sine nazopankreatik dren takılma girişiminde bulunulduysa da başarılı olunamadı.

ERCP sonrasında % 6 oranında komplikasyon gelişti. Bunların biri hariç diğerleri (% 5) terapötik girişimler sonrasında oluştu. Pankreatit 2 olguda (% 2.5), kanama ve basket sıkışması birer olguda (% 1'er) oluştu. İşlemlere veya komplikasyonlara bağlı mortalite görülmedi.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN ÖĞRENME SÜRECİNDE RUTİN PREOPERATİF ERCP

M.A. Yerdel, N. Aras, I. Alacayır, H. Tsuge, C. Bumin, K. Orita

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Dept.

Okayama Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. Cerrahi Dept.

Laparoskopik kolesistektomi (LK) komplikasyonları ve bunlar arasında en önemlisi olan safra yolları yaralanması özellikle prosedürün öğrenme sürecinde ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada 2 cerrahın öğrenme sürecinde rutin preoperatif ERCP'nin muhtemel avantajlarını araştırdık. 20 hasta bir ve 8 hasta da bir diğer cerrahın öğrenme süreçleridir. ERCP 26 olguda başarılı oldu, ancak bunların 3'ünde safra kesesi görüntülenmedi. Dolayısıyla ile eksternal safra yolları 23 hastada mükemmel olarak görüntülendi. Hiçbir hastada koledok taşı ya da anomali saptanmadı. 28 hastanın 25'inde LK başarı ile ve komplikasyonsuz uygulandı ve 3 hastada prosedür

açığa çevrildi. Konversiyon nedenleri: 1 hastada kanama ve 2 hastada taşla dolu safra kesesinin parçlanması idi. 3 konversiyon olgusu da ERCP'nin keseyi görüntülemediği hastalardı. ERCP sistik kanalın çok uzun ve koledoğa paralel seyrettiği 3 olgu ve çok kısa-geniş sistik kanallı 2 olgu tespit etti ve diseksiyon esnasında çok faydalı oldu. Sonuç olarak: LK'nın öğrenme sürecinde rutin preoperatif ERCP önemli anatomik bilgiler sağlayarak güvenliği arttırdı. Operatif kolonjiografi gereksinimini ortadan kaldırarak dolayısıyla ameliyat süresini kısalttı. ERCP'de kesenin dolmaması ise cerrahi zor bir kolesistektominin beklediğine işaret etmektedir ve kanımızca bu vakalar öğrenme sürecinde açık olarak ameliyat edilmeli, LK endikasyonunun dışında tutulmalıdırlar. Ancak, rutin preoperatif ERCP'nin öğrenme sürecinde safra yolları yaralanması riskini anlamlı oranda azalttığını gösterebilmek için prospektif-karşılaştırmalı ileri çalışmalar gerekmektedir.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ ÖNCESİ VE SONRASI ERCP UYGULAMALARI

Y. Büyükkuncu, D. Buğra, A. Akyüz, T. Bulut, R. Gençosmanoğlu
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Laparoskopik kolesistektomi (LK) çağında endoskopik-retrograd-kolanjio-pankreatografi (ERCP) giderek daha sık uygulanan bir tanı ve tedavi yöntemi olarak önem kazanmaktadır. İstanbul üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Aralık - 1991, Ekim - 1993 ayları arasında LK öncesi ve sonrası ERCP uygulamaları yapılan 52 olguya ait sonuçları bildirmeyi amaçladık. Kırkbeş olguda (% 86.5) LK öncesi, 7 olguda (% 13.5) LK sonrası ERCP yapılmıştır. Olguların 30'u kadın (% 57.7), 22'si erkek (% 42.3), yaş ortalaması 56.5 (26-87) olarak saptandı. LK öncesi ERCP yapılan 45 olgunun 17'sinde (% 37.8) ERCP normal bulunmuş, biri hariç tümüne LK yapılmıştır. Yirmibir olguda

(% 46.6) ERCP'de taş saptanmış, 15'inde taş ekstraksiyonunu takiben LK yapılmış, 6'sında ise teknik ve anatomik nedenlerle taş ekstraksiyonu yapılmadığından açık cerrahi girişimler uygulanmıştır. Beş olguda (% 11.1) ERCP ile papilla stenozu tesbit edilerek 3'üne papillotomiyi takiben LK, 2'sine ise açık kolesistektomi yapılmıştır. İki olguda (% 4.4) ERCP işlemi başarısız kalmış, ancak bunlara peroperatuar kolanjiografi ile LK yapılmıştır.

LK sonrası ERCP yapılan 7 olgunun 2'sinde ERCP normal bulunmuş, 1 olguda papiller stenoz nedeniyle ve diğer bir olguda sistik kanal güdüğünden kaçak tanısıyla papillotomi yapılmış, bu olgulara cerrahi girişim gerekmemiştir. Bir olguda sağ hepatik kanalda iatrojenik rüptür saptanmış, 1 olguda ERCP'de taş gösterilmiş ancak eksakte edilememiş, 1 olguda da ERCP girişimi başarısız kalmıştır. Bu 3 olgu çeşitli cerrahi girişimlerle tedavi edilmiştir. Sonuç olarak ERCP, serimizde tanı ve tedavide % 93.3 (42/45) oranında başarılı olmuştur.

AKUT KOLESİSTİT TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

V. Kırmılioğlu, F. Atalay, M. Akoğlu, O. Elbir, M. Şavklıoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği

Kliniğimizde 10.03.1993 - 10.09.1993 tarihleri arasında 325 olguda laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bu olguların 55'inde (% 16.9) akut taşlı kolesistit mevcuttu. Olguların 21'i erkek (% 38.1), 34'ü kadındı (% 61.8). Yaşları ortalama 34.4 (20-67) idi. 7 olguda aşırı inflamasyon nedeni ile anatominin iyi belirlenememesi, 2 olguda kontrol edilemeyen kanama, 2 olguda safra kesesi perforasyonu, 2 olguda enstrüman yetersizliği, 1 olguda

da koledok tam kesisi olması nedeniyle toplam 14 olguda (% 25.5) açık kolesistektomiye dönüldü. Diğer 41 olguda (% 74.5) laparoskopik kolesistektomi başarı ile gerçekleştirildi. Ortalama operasyon süresi 80.3 dk. (40-210 dk.), hastanede kalma süresi 2.3 (2-11) gün idi. İntraoperatif 5 olguda minör, 1 olguda major komplikasyon saptandı (% 10.9). 1 olguda safra sızıntısı, 1 olguda umbilikal kesi yerinde süpürasyon, 1 olguda koledokta kalıntı taş nedeniyle toplam 3 olguda postoperatif morbidite tesbit edildi. Morbidite oranı % 7.2'dir. Mortalite olmadı (% 0). Laparoskopik cerrahi, endocerrahin hepatobilier cerrahi konusunda yeterli deneyim kazanması ile akut kolesistit tedavisinde de başarılı bir şekilde uygulanabilir.

KOLEDOK TAŞLARININ LAPAROSKOPİK OLARAK ÇIKARILMASI

A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

Laparoskopik kolesistektomi planlanan hastalarda obstrüktif safra yolları tıkanıklıklarının preoperatif olarak araştırılmasında görüntüleme yöntemleri ve karaciğer fonksiyon testleri oldukça yararlıdır. Yinede bu

preoperatif incelemelere karşın bazı vakalarda intraoperatif olarak yapılan kolanjiografi sırasında koledokta taş tesbit edilebilmektedir. Bu durumda ya laparotomiye çevrilerek koledok eksplorasyonu yapılabilir, ya da postoperatif olarak endoskopik yöntemlerden yararlanır. Son günlerde laparoskopik yöntemlerdeki gelişmeler ile kolesistektomi yaparken koledok'a müdahale etmek mümkündür. Biz bu çalışmada laparoskopik olarak koledok taşına müdahale ettiğimiz bir vakayı 10 dakika VHS video gösterisi olarak sunmak istiyoruz.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLİ 90 OLGUNUN ANALİZİ

N. Ildız, A. Özbilgin, B. Şahin

Bursa Devlet Hastanesi

Bu çalışma Ağustos 1992 - Ekim 1993 tarihleri arasında Bursa Vatan Hastanesi'nde ameliyat edilen 90 olguyu kapsamaktadır.

Koledokta taş, genişleme, geçirilmiş tıkanma sarılığı öyküsü olan olgular çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Hidrops kese, akut kolesistit atrofik keseler, gebelik kontrendikasyon oluşturmamıştır. Tüm olgular taşlı kolesistit nedeni ile opere edilmişlerdir. Tüm olgularda

operasyon açığa dönmeden tamamlanmış, açığa dönmeyi gerektirecek ciddi bir komplikasyon olmamıştır.

Akut Kolesistitli yedi olguda tüp dren konulmuştur. 1 olguda dren yerinden 16 gün süren safra fistülü gelişmiş ve spontan kapanan bu fistüller için reoperasyon gerekmemiştir. Postoperatif dönemde 1 olguda sarılık gelişmiş ve 10.cu gün reopere edilen hastada koledokta tam kesi saptanmıştır. Bu olguda safra yolu hepatikojejunostomi ile sağlanmıştır. Bir diğer olguda postoperatif 6. ayda koledok taşı nedeniyle opere edilmiştir. Postoperatif dönemde 9 olguda göbekteki yarada yağ nekrozu, infiltrasyon, hematoma gibi yara komplikasyonları görülmüş hepsi de iyileşmiştir.

Biz günümüzde laparoskopik kolesistektominin güvenilir, etkin bir tedavi yöntemi olduğuna inanıyoruz.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: İLK 45 VAKALIK SERİMİZ

S. Saydam, M. Füzün, S. Bora, İ. Özman

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Laparoskopik kolesistektomi uygulaması Ocak 1993'te başlamış ve Ekim 1993'e kadar 140 Kolesistektominin 45'i Laparoskopik olarak yapılmıştır. Hastaların yaş dağılımı 33-66, ortalama 50, Kadın/Erkek oranı 37/8 idi. Ameliyat

süresi 50-180, ortalama 102 dakika, hastanede kalış süresi 1-7 ortalama 2 gün idi.

4 hastada (% 8.8) yapılan işlemden ve sistik güdüğün boyutundan şüphe nedeniyle açık Kolesistektomiye geçildi. 3 hastada ek işlem yapılmadı, 1 hastada sistik güdük kısaltıldı. Postoperatif 1 hastada medikal tedavi ile düzelen subhepatik kolleksiyon saptandı.

Şüpheli durumlarda açık kolesistektomiye geçmekten çekinilmemesinin güvenlik açısından yararlı olacağına ve kolelithiazis olgularında ilk tedavi seçeneği olarak Laparoskopik Kolesistektominin düşünülmesi gerektiğine inanıyoruz.

KOLEDOK TAŞLARININ LAPAROSKOPİK OLARAK ÇIKARILMASI

A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

Laparoskopik kolesistektomi planlanan hastalarda obstrüktif safra yolları tıkanıklıklarının preoperatif olarak araştırılmasında görüntüleme yöntemleri ve karaciğer fonksiyon testleri oldukça yararlıdır. Yinede bu

preoperatif incelemelere karşın bazı vakalarda intraoperatif olarak yapılan kolanjiografi sırasında koledokta taş tesbit edilebilmektedir. Bu durumda ya laparotomiye çevrilerek koledok eksplorasyonu yapılabilir, ya da postoperatif olarak endoskopik yöntemlerden yararlanır. Son günlerde laparoskopik yöntemlerdeki gelişmeler ile kolesistektomi yaparken koledok'a müdahale etmek mümkündür. Biz bu çalışmada laparoskopik olarak koledok taşına müdahale ettiğimiz bir vakayı 10 dakika VHS video gösterisi olarak sunmak istiyoruz.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLİ 90 OLGUNUN ANALİZİ

N. Ildız, A. Özbilgin, B. Şahin

Bursa Devlet Hastanesi

Bu çalışma Ağustos 1992 - Ekim 1993 tarihleri arasında Bursa Vatan Hastanesi'nde ameliyat edilen 90 olguyu kapsamaktadır.

Koledokta taş, genişleme, geçirilmiş tıkanma sarılığı öyküsü olan olgular çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Hidrops kese, akut kolesistit atrofik keseler, gebelik kontrendikasyon oluşturmamıştır. Tüm olgular taşlı kolesistit nedeni ile opere edilmişlerdir. Tüm olgularda

operasyon açığa dönmeden tamamlanmış, açığa dönmeyi gerektirecek ciddi bir komplikasyon olmamıştır.

Akut Kolesistitli yedi olguda tüp dren konulmuştur. 1 olguda dren yerinden 16 gün süren safra fistülü gelişmiş ve spontan kapanan bu fistüller için reoperasyon gerekmemiştir. Postoperatif dönemde 1 olguda sarılık gelişmiş ve 10.cu gün reopere edilen hastada koledokta tam kesi saptanmıştır. Bu olguda safra yolu hepatikojejunostomi ile sağlanmıştır. Bir diğer olguda postoperatif 6. ayda koledok taşı nedeniyle opere edilmiştir. Postoperatif dönemde 9 olguda göbekteki yarada yağ nekrozu, infiltrasyon, hematoma gibi yara komplikasyonları görülmüş hepsi de iyileşmiştir.

Biz günümüzde laparoskopik kolesistektominin güvenilir, etkin bir tedavi yöntemi olduğuna inanıyoruz.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: İLK 45 VAKALIK SERİMİZ

S. Saydam, M. Füzüln, S. Bora, İ. Özman

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Laparoskopik kolesistektomi uygulaması Ocak 1993'te başlamış ve Ekim 1993'e kadar 140 Kolesistektominin 45'i Laparoskopik olarak yapılmıştır. Hastaların yaş dağılımı 33-66, ortalama 50, Kadın/Erkek oranı 37/8 idi. Ameliyat

süresi 50-180, ortalama 102 dakika, hastanede kalış süresi 1-7 ortalama 2 gün idi.

4 hastada (% 8.8) yapılan işlemden ve sistik güdüğün boyutundan şüphelenilerek açık Kolesistektomiye geçildi. 3 hastada ek işlem yapılmadı, 1 hastada sistik güdük kısaltıldı. Postoperatif 1 hastada medikal tedavi ile düzelen subhepatik kolleksiyon saptandı.

Şüpheli durumlarda açık kolesistektomiye geçmekten çekinilmemesinin güvenlik açısından yararlı olacağına ve kolelithiazis olgularında ilk tedavi seçeneği olarak Laparoskopik Kolesistektominin düşünülmesi gerektiğine inanıyoruz.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

M. Gürel, M. Şare, S. Güner, V. Orakçı, F. Hilmioglu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Ocak - Eylül 1993 döneminde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı'nda vaka seçilmeksizin ve ard arda 82 olguda laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Olgularımızın 70'i kadın 12'si erkek olup yaş ortalaması 46.4 idi. Hastalarımızın 71'inde semptomatik kolelithiasis, beşinde akut kolisitit, beşinde hidropik safra kesesi ve daha önce açık kolesistektomi geçirmiş bir hastada da safra kesesi artığı mevcuttu. Daha önce batin ameliyatı geçiren 15 olgumuz vardı. Geçirilmiş sarılık, Alkalen fosfataz yüksekliği gibi nedenlerle preoperatif dönemde 12 hastaya ERCP uygulandı ve bunlardan altısında endoskopik sfinkterotomi yapıldı.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE İLK DENEYİMLER

D. Akdemir, S.S. Atamanalp, İ. Yıldırğan, M. Başoğlu,
Y. Çapan, C. Polat

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı - Erzurum

Mayıs-Eylül 1993 döneminde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 29 kolelithiazisli olguda laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Olguların 27'si kadın, 2'si erkek idi. Yaş ortalamaları 45(16-84) idi.

27 olguda kolelithiazis, 1'inde safra kesesi polibi, 1 taneşinde hidrops kese mevcuttu.

7 hasta daha önce alt batin operasyonu geçirmişti. Orta-

Hastalarımızın tümünde laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Hiçbir hastada açık kolesistektomiye konversiyon gerekmedi. Ek cerrahi işlemler 21 hastada uygulandı. Bir hastada intraoperatif kolanjiografi çekildi. Ek cerrahi işlemler de dahil olmak üzere ortalama ameliyat süresi 100 (35 - 300) dakika idi.

Bu seride major komplikasyon ve mortalite görülmedi. İki hastada postoperatif dönemde ERCP uygulandı. Sekiz hastada minor komplikasyonlar gözlemlendi (% 9.75) ancak bunların hiçbirinde relaparoskopi veya laparotomi gerekmedi. Ek girişim geçiren ve komplikasyon görülen hastalar dahil hastanede ortalama kalış süresi 39 saat (16 saat - 10 gün) idi.

Laparoskopik kolesistektomi semptomatik taşlı kolesistit tedavisinde seçilecek yöntem olmalıdır. Preoperatif ERCP koledok taşı olgularının büyük bölümünde tanı ve tedaviyi sağlamakta ise de intraoperatif kolanjiografi ve koledokoskopi bu hastaların tedavisinde giderek yaygınlaşmalıdır.

ama ameliyat süresi 85 (65-135) dakika idi. Olguların hepsinde profilaktik antibiyotik uygulandı. 15 hastaya NGS konuldu. 24 saat sonra oral başlandı. 15'ine postoperatif dönemde ağrı kontrolü için lokal marcaın enjeksiyonu yapıldı.

3 olguda (% 11) minimal cilt altı anfişemi gelişti. Bir olguda safra kesesi perforasyonu oluştu. 1'inde lastik dren tatbik edildi.

Hiç bir olguda peroperatuar açık cerrahiye geçilmedi. Hiç birinde postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Ortalama hastanede kalış süresi 3(1-4) gün idi.

Sonuç olarak semptomatik safra kesesi taşlarında ilk tercih edilecek müdahale laparoskopik kolesistektomidir.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİLER İLK 200 OLGUNUN SUNUMU

M. Neşşar

Serbest

Laparoskopik olarak yapılan 200 kolesistektomi olgusu sunulmaktadır. Başarı kronik kolesistitde % 100, Akut kolesistitde ilk iki olgu seri dışı tutulanca % 100'dür. Bilier yaralanma olmamış, 2 bile leak olgusundan birisi spontan iyileşmiş, koledokta kalmış taş saptanan ve bilier peritonit oluşan diğer olgu normal seyretmiştir. İlk olgularda açık ameliyata geçiş eşiğinin alçak tutulmasının bilier yaralanmayı engelleyebileceği ve özellikle yaşı ve koledok taşı bulunma olasılığı olan hastalarda görüntüleme yöntemlerinin güvenilirliği ve ERCP'nin önemi vurgulanmaktadır.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

E.M. Sözüer, Z. Yılmaz, N. Akyürek, Ö. Şakrak,
Y. Yeşilkaya, N. Bengisu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD'da Ocak 1993 ile Eylül 1993 tarihleri arasında 44 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Vakaların 38'i (% 86) kadın, 6'sı (% 14) erkek olup, yaşları 33 ile 68 arasında değişiyordu. Ameliyat endikasyonları 37 vakada kolelitiazis ve karaciğer amip absesi şeklinde idi. Hastalar standart açık kolesistektomi gibi operasyona hazırlandılar ve preoperatif dönemde de sürdürüldü. Hastaların 35'inde multipl, 9'unda ise tek taş tespit edildi. Ayrıca 1 vakada ilaveten safra kesesinde Adeno Ca, 1 vakada karaciğerde amip absesi, 1 vakada da karaciğerde metastatik Adeno Ca tespit edildi. Vakaların 3'ünde önceden geçirilmiş ameliyat skarları vardı. Bunların biri üst abdomen, 2'si de alt abdomen ile ilgili ameliyatlara bağlı idi. Hastaların 38'inde Laparoskopik Kolesistektomi başarı ile uygulanırken 1 vakada hemo-

raji, 1 vakada koledak kesisi, 2 vakada da ileri derecede yapışıklıklara bağlı disseksiyon zorluğu nedeni ile toplam 4 vakada (% 11) açık kolesistektomiye geçildi. Peroperatif kolanjiografi 3 vakada çekildi ve bunlar normal olarak değerlendirildi. Bir vakada karaciğer amip absesi Laparoskopik olarak drene edildi. Altı vakada hastalara subhepatik bölgeye dren kondu, bunların biri hariç hepsi postoperatif 24 saat sonra çekildi. Operasyon süreleri 40 ile 130 dakika arasında değişmekte olup, ortalama 60 dakika civarındadır. İki vakada (% 4.5) ciddi komplikasyon meydana geldi. Bir vakada tam koledok kesisi oldu ve bu vakada laparotomi yapılarak gerekli tamir işlemi gerçekleştirildi. Diğer vakada ise postoperatif 6 gün devam eden safra fistülü spontan olarak keşildi. Her iki vakada şifa ile taburcu edildiler.

Hastalara postoperatif ortalama 3 doz analjezik gerekti. 24 saat sonra normal rejimlerini alan hastalar ortalama 2.8 gün sonra taburcu edildi. Bu verilerin ışığı altında Laparoskopik Kolesistektominin uygun vakalarda rahatça uygulanabileceğini vurguluyor, tecrübelerimiz arttıkça endikasyonlarımızın genişleyeceğine ve neticelerimizin daha da iyi olacağına inanıyoruz.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

N. A. Kama, A. Z. Akat, E. Göçmen, M. Doğanay
Ankara Numune Hastanesi 4. Cerrahi Kliniği

31.3.1992 - 11.10.1993 tarihleri arasında kliniğimizde 61 laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bütün hastalara teşhis preoperatif ultrasonla kondu. 60 hastada safra kesesinde taş, 1 hastada safra kesesinde polip mevcuttu. Sarılığı olan ve ultrasonda koledokta da taşı olduğu söylenen 1 hastaya ERCP yapıldı. ERCP'de safra yollarında taş yoktu. Bu hastaya daha sonra laparoskopik kolesistektomi yapıldı.

7 hastada açık kolesistektomiye dönüldü (% 11.47). Bunlardan 2'sinde diseksiyon esnasında sistik arterin kaçmasına bağlı kanama, 5 hastada ise laparoskopik eksplorasyonda işleme başlamadan önce diseksiyonun imkansız olduğu düşüncesi sebebiyle açık kolesistektomiye geçildi. Laparotomi bulgularımız bu düşüncemizi doğrular mahiyettedir. Bu 7 hastanın 4'ü daha önce karın ameliyatı geçirmişlerdi.

54 hastada işlem başarıyla tamamlandı. Hastaların ortalama yaşı 49.7 idi. 47 kadın hastaya karşılık 7 erkek hastamız vardı. Ortalama başlangıç karbondioksit miktarı 4.58 lt., kullanılan gaz miktarı 60.8 lt. idi. Ameliyat süresi 30-120 dakika, ortalama 75.2 dakika idi. 7 hasta akut kolesistiti (% 11.47). 15 hastada kese perforasyonu oldu (% 27.77). 2 hastada sakşın irrigasyon işlemi yapıldı. 2 hastaya lateraldeki 5 mm'lik trokar yerinden 18 nolu N/G den modifiye edilen dren kondu. Hastalar hastanede ortalama 1.06 gün kaldı. Hastaların daha önceden 4'ü abdominal, 9'u pelvik ameliyat geçirmişti. Laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız 54 hastanın hiçbirinde koledok yaralanması olmadı. Ateşi olan 2 hastada yapılan USG de minimal subhepatik koleksiyon tesbit edildi. Bunlarda sonradan kayboldu.

Açık kolesistektomiye dönülen bir hastada iyatrojenik koledok yaralanması oldu ve hastaya hepatojejunostomi yapıldı. Bu hastanın laparoskopik eksplorasyonu sırasında kesenin hepatoduodenal ligamente ve duodenuma yapışık olduğu, diseksiyon esnasında aynı zamanda mevcut olan duodenal ülser zemininden perforasyonu gözlenmişti.

Operasyon süresi 40-140 dakika (64.7 dak.), hastanede yatış süresi 1-3 gün (1.57 gün) olarak bulundu. Peroperatuar olarak akut kolesistit saptanan 10 olgudan dördünde (% 5) operasyon laparoskopik olarak sonuçlandırılabilir, altısında ise (% 7.5) açık kolesistektomiye geçildi. 29 hastada (% 36.3) subhepatik drenaj uygulandı. Postoperatif takipte 5 hastada minör komplikasyon (1 safra drenajı - 24 saat süreli -, 2 umblikal seröz akıntı, 1 umblikal ciltaltı yağ nekrozu, 1 üriner enfeksiyon) meydana geldi (% 6.25) ve 6 hastada postoperatif 24-48 saat süreli, şiddetli omuz ve bel ağrısı saptandı (% 7.5).

Çalışma, laparoskopik kolesistektominin, mütevazı olgu sayısına sahip, "erken" olarak nitelendirilebilecek serilerde dahi başarılı olduğunu ve etkin, basit ve güvenilir bir yöntem olduğunu gösterdi.

HAYDARPAŞA NUMUNE HASTANESİ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ GİRİŞİMLERİ

O. Yücel, A. Kaya, A. R. Dalay, S. Ünalmişer, M. Talu, S. Özdede
Haydarpaşa Numune Hastanesi

Bu çalışmada Ekim 1992- Eylül 1993 tarihlerinde Haydarpaşa Numune Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde gerçekleştirilen laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarının sonuçları incelendi.

Belirtilen dönemde kronik taşlı kolesistit veya safra kesesi polipi olan 71 kadın, 9 erkek 80 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Materyel, endikasyon, operasyon tekniği, operasyon süresi, hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar açısından irdelendi.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: 26 OLGU DENEYİMİ VE SONUÇLARIMIZ

A. Yağcı*, Y. Kumkumoğlu**, M. Gürel***, A. Gürel****

*Sandıklı Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi

**İzmir Atatürk Devlet Hastanesi 2. Cerrahi Servisi

***Malatya Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

****Malatya Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Sandıklı Devlet Hastanesinde Nisan 1993 - Kasım 1993 tarihleri arasında 26 kolelithiazisli olguya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Hastaların 21'i (% 81) kadın, 5'i (% 19) erkek olup, yaş ortalaması 51 idi. Olguların 18'i (% 69) taşlı kese, 5'i (% 19) taşlı hidropik kese, 2'si (% 8) akut taşlı kolesistit ve 1'i (% 4) kronik taşlı kolesistit nedeniyle opere edildi.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ - İLK SONUÇLAR

T. İlçi, S. Lokman, S. Aydın, E. F. Filiz, H. Ulutku

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

GATA Haydarpaşa Eğitim hastanesi genel cerrahi kliniğinde Kasım 1992 - Ekim 1993 tarihleri arasında 40 olguya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bütün olgulara tanı US ile kondu. Daha önce akut atak ve sarılık

LAPAROSKOPİ KOLESİSTEKTOMİ

M. Başöz

Serbest - Denizli

Denizli'de özel hastane şartlarında yapılan laparoskopik kolesistektomi uygulamasına ait ilk sonuçlar retrospektif olarak gözden geçirilmiştir.

Ameliyatlar Mayıs 1992 ile Ekim 1993 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu süre zarfında başvuran akut ve kronik taşlı kolesistitli tüm hastalara ayırım gözetilmeden laparoskopik kolesistektomi ameliyatı uygulanmıştır.

İntraoperatif olarak olguların 3'ünde (% 11) kese perforasyonu, 1'inde (% 4) trokar yerinden kanama, 1'inde (% 4) ise aksesuar sistik arterden kanama oldu. Postoperatif dönemde 1 (% 4) olguda sağda plevral effüzyon gelişti. İntraoperatif evrede olgularımızın 1'inde (% 4) ensüflator cihazının bozulması ve 1'inde de (% 4) koledok yaralanması nedeniyle açığa geçildi. Ameliyat süremiz ortalama 90 dakika olup, ortalama hastanede kalış süresi 1,8 gündür.

Sonuç: Toplam major komplikasyonumuz % 4 olup, açığa geçme oranımız % 8 dir. Mortalitemiz yoktur.

Postoperatif ağrının, solunum probleminin minimal olması, hızlı ve konforlu iyileşmenin, günlük aktiviteye dönüşün erken olması ve kozmetik üstünlük nedeniyle laparoskopik yöntem tercih edilmelidir.

hikayesi olanlar çalışmaya alınmadı. Süre ortalama 76 dakika bulundu, 6 olguda açık operasyona dönüldü. 2 olgu kanama nedeniyle reopere edildi, biri Kc. Yatağından diğerinde ise trokar girişi sırasında epigastrik arter yırtılmasına bağlı idi, kanama trokar giriş yerinden batin içine olmuştu. Hepatobilier sintigrafik kontrolde hiç bir hastada safra kaçağı saptanmadı. Hastanede kalış süresi ortalama iki gün bulundu. Alınan sonuçlar diğer merkezlerle uyum içindedir ve laparoskopik kolesistektominin güvenilir bir yöntem olduğunu ve kolesistektomi için ilk alternatif olarak değerlendirilmelidir.

Hastalar, 55 adedi kadın (% 68.75), 25 adedi erkek (% 31.25) olmak üzere toplam 80 adettir. Hastaların yaşı 22 ila 80 arasında, yaş ortalaması ise 49.2 bulunmuştur. Daha önceden 2 hasta üst karın, 7 hastada alt karın cerrahisi geçirmişti.

Sadece 1 hastada açık cerrahiye geçildi. Bu hastanın inoperabl, irrezekabl safra kesesi tümörü olduğu tesbit edildi. Hastalardan 63 adedi ameliyattan 1 gün sonra, kalan 17 si 2 gün sonra taburcu edildi.

Sonuç olarak laparoskopik kolesistektomi, her hastaya uygulanabilen kısa ve ağrısız bir dönemle hastaneden erken çıkışı sağlayan, karında çok az iz bırakan güvenli bir yöntem olarak kabul edilmelidir.

"LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARI"

M. Çınar, B. Aytaç

SSK Ankara Hastanesi, TCDD Ankara Hastanesi

TCDD Ankara Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1993 yılının ilk 6 ayı içerisinde, kolelitiasis nedeniyle yatırılan ve kendilerine "laparoskopik kolesistektomi" uygulanan 52 hastadan elde edilen sonuçlar sunulmaktadır. Hastaların 12'si erkek, 40'ı kadındır. Yaşları 17-81 arasındadır (Ortalama 46,2). 4 hasta akut kolesistit nedeniyle ameliyat edilmiştir. Bütün hastaların öykülerinde bilier sistem yakınmaları mevcuttu. Tüm hastalara preoperatif dönemde ultrasonografi ve kompüterize aksial tomografi yapılarak kolelitiazis tanısı elde edilmiştir. Ameliyatlarda Verres iğnesi ve disposable aletler kullanılmıştır. Hiçbir hastaya operatif kolanjiografi

yapılmamıştır. Ortalama ameliyat süresi 64 dakikadır (28-184 dakika). Hastalara ameliyat günü veya postoperatif 1. gün oral gıda başlanılmıştır. Postoperatif ağrı minimal bulunmuştur, hiçbir hasta opium ihtiyacı gerektirmemiştir. Ortalama hastanede kalma süresi 3,4 gündür (1-9 gün). Mortalite tesbit edilmemiştir. Hiçbir ameliyatta açık kolesistektomiye geçilmemiştir. 3 hastada yüzeysel yara enfeksiyonu, 1 hastada insizyonel herni tesbit edilmiştir. 1 hasta postoperatif 2. gün tekrar ameliyata alınmış, koledokta tam kesi yapıldığı saptanmış ve koledoko-jejunostomi (end-to-side) yapılmıştır.

Klasik kolesistektomilerde karşılaşılan % 6-21'lik komplikasyon oranlarına, komplikasyonların şiddetine, hastanede kalış ve işe geri dönüş süreleriyle ve postoperatif sıkıntılarıyla karşılaştırıldığında, laparoskopik kolesistektominin son derece etkin ve riski az olan bir işlem olduğu ve kolesistektomi yapılacağı zaman tercih edilmesi gereken yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.

YALOVA DEVLET HASTANESİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN VİDEO-LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATLARI

A. Us, O. H. Uybadın, A. Y. Ulusoy, C. Karahanoğlu, F. Solak

Yalova Devlet Hastanesi Genel Cerrahi ve Üroloji Servisleri

Yalova Devlet Hastanesinde Ağustos 1992 - Ekim 1993 tarihleri arasında 46 vakaya video-laparoskopik kolesistektomi ameliyatı yapıldı. Video-laparoskopik olarak başladığımız 4 vakada ise açık cerrahiye geçildi. Vakaların 20'sine Fransız, 30'una da Amerikan usulü girişim uygulandı. Komplikasyon olarak 2 vakada 3 üncü 5 mm'lik trokarla Karaciğer sol lobunda rüptür meydana geldi. Bir vakada sistik arter aksidental olarak kesildi. Bir vakada da aksesuar sistik artere konmuş bulunan klipsin açılması sonucu kanama meydana geldi. Komplikasyon oranı % 8,7'dir. 6 vakada kese disseksiyonu yapılırken kesede perforasyona yol açıldı. Hidrops kese durumundaki beş vakada önce supkutan girilerek kese muhtevası boşaltıldı. Bilahare kolesistektomi yapıldı. 3 vakamızda umbilikal hernie kolelitiazize eşlik ediyordu. Facia defektinden 10'luk trokar batına sokuldu. Bi-

lahare CO₂ gazı verildi. Kolesistektomiden sonra fıtık onarımı yapıldı. Kanama ve safra sızıntısı olabileceği kuşkusuyla beş vakada yuvarlak dren kullanıldı.

Hastalarda postoperatif enfeksiyon olgusuna rastlanmadı. Profilaktik olarak hastalara operasyondan bir saat önce bir gr. operasyondan sonra altı ve oniki saat arası birer gr. Sefazolin sodyum enjektabl olarak yapıldı. Taşların 1 cm'den büyük olduğu 5 vakada ilave kesi yapıldı. Hastaların büyük bir bölümünde postoperatif karın ve omuz ağrısı şikayetleri oldu. Bu şikayetler ameliyat travması ve CO₂ tahrişine bağlıydı. Ameliyat süresi en fazla 35 en uzun 150 dakika idi. Hastalarımızın büyük bir bölümü 2 veya 3 gün içinde taburcu edildi. Kontrole çağrılan hastalarda herhangi bir şikayete rastlanmadı.

Lig. falciforme hepatisin uzun ve enli olması, portların birbirlerine yakın konması, yine portların cerrahi sahaya yöneltilmemesi çalışmada güçlük çıkaran faktörler olarak saptandı.

Laparoskopik kolesistektomi ameliyat izi bırakmayışı, erken taburcu olabilme imkanları ve daha güvenilir olması ile klasik cerrahiye oranla üstünlük arz etmektedir.

91 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ (İLK BİR YIL) OLGUSUNUN İRDELENMESİ

O. İşler

Özel Konur Hastanesi - Bursa

Ağustos 1992 - Temmuz 1993 tarihleri arasında (bir yıl) Bursa Özel Konur Hastanesinde toplam 91 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Hastaların en genci 25, en yaşlısı 72 yaşında, 18'i erkek 73'ü kadın idi.

74 hasta kronik taşlı kolesistit, 14 hasta akut taşlı kolesistit, 2 hasta safra kesesi polipi, 1 hasta akut taşsız kolesistit nedeniyle ameliyata alındı.

9 hastaya peroperatuar kolanjiografi çekildi, 1 hastada koledok taşı saptandı ve laparotomi yapıldı.

6 hastada dren yerleştirildi.

10 hastada peroperatuar, 10 hastada postoperatuar komplikasyon gelişti.

Laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların hastanede kalış süresi enaz 24, ençok 72 saat (ortalama 31.2 saat) oldu.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE İLK DENEYİMLERİMİZ

İ. E. Okay, F. Çelebi, Y. Yöntem, M. Akaydın,

T. Çömez, C. Er, R. Kaplan, A. Ataseven

Vakıf Gureba Hastanesi, I. ve II. Genel Cerrahi Klinikleri

Uzun yıllar tanı amacıyla yapılan laparoskopi, önceleri jinekolojide tanının yanında tedavi amacıyla kullanılmış, daha sonra da genel cerrahi bünyesindeki bir çok ameliyatta yerini bulmuştur. Kolesistektomi, günümüzde en sık ve yaygın yapılan ameliyattır.

Laparoskopik kolesistektomi, kliniğimizde ilk kez 10/5/1993 tarihinde yapılmış ve 4/10/1993 tarihine kadar 22 hasta ameliyat edilmiştir. Hastaların üçü erkek, 19'u kadındı. Yaş ortalaması 50,1 idi. Bir süre önce akut kolesistit atağı geçirmiş olan iki hasta va safra kesesi polipi olan bir hasta dışında tüm hastalar kolelithiasis tanısı ile ameliyat edilmişti. Biri hariç tüm hastalarda beş trokar kullanıldı. Ameliyat sırasında safra kesesi perforas-

yonu (2), kese yatağından ve sistik arter arka dalından kanama (2), kese yatağından minimal safra sızıntısı (2) gibi sorunlar gelişmiş, ancak bunlar laparoskopik olarak çözümlenmiş ve hiç bir hastada açık kolesistektomiye dönüşmemiştir. İki hastada loja dren konmuş ve bunlar 24-36 saatte çekilmiştir. Hiç birinde ameliyat sonrası tıbbi ya da cerrahi bir sorun gelişmeyen hastalar bir-iki günde taburcu edilmiştir.

Sonuç olarak laparoskopik kolesistektominin, hastanın rahatlığı, kısa zamanda taburcu olabilmesi, işine çabuk dönmesi gibi avantajları nedeniyle bilinen açık kolesistektomiye tercih edilebilecek bir ameliyat olduğu söylenebilir. Kanımızca, serimizde ameliyat sonrası hiç komplikasyon gelişmemesi, bu tekniğin, prensiplere uyulduğu takdirde güvenli olduğunu göstermektedir. Günümüzde hastaların da bu ameliyata talebi artmaktadır. Ayrıca laparoskopik olarak bir çok başka ameliyatın yapılabilmesi ve sürekli yeni gelişmelerin olması da konunun önemini arttırmaktadır.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ

A. Doğu, S. Aksoy, T. Tuğ, B. Korukluoğlu, A. U. Öngören
S. B Ankara Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği

Semptomatik safra kesesi hastalığı olan hastaların tedavisinde laparoskopik kolesistektomi hızla seçilen bir yöntem haline gelmiştir. Bizim kliniğimizde 24.12.1992 - 01.06.1993 tarihleri arasında 15 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Uyguladığımız teknik 4 laparoskopik kanül girişli sistemdir. Safra kesesinin karaciğer yatağından ayrılmasında endoscissors kullanılmıştır. Ortalama ameliyat süresi 107 dakika. 15 hastanın 1'inde açık laparotomiye geçildi. 1 operatif komplikasyon oluştu. Ortalama hastanede kalış süresi 2, 3 gündü. Tekrar hospitalizasyon gerekmedi.

LAPAROSKOPİK UTEROSAKRAL NERVE ABLATION (LUNA)

S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Pubertal çağıdaki kadınların % 50'den fazlasında dizmenore vardır. Bu olguların % 20'den fazlası tıbbi tedaviye yanıt vermemektedir. 19. yüzyıldan beri uygulanan uterosakral sinirlerin kesilmesi yöntemi son zamanlarda laparoskopi ile yapılmaktadır.

Yayınlarda % 59-81 oranında ağrıların azalmasını sağlayan LUNA yöntemini sunduk (9 dakika).

AKUT PELVİK AĞRILI OLGULARDA PRİMER LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

H. F. Yazıcıoğlu, Y. T. Ayanoğlu, İ. Davas, R. Aydın, M. Gür, E. Vuruşkan

Taksim Hastanesi Kadın Doğum Kliniği
Şişli Etfal Hastanesi 2. Kadın Doğum Kliniği

1.1.1990 - 1.9.1993 tarihleri arasında Şişli Etfal Hastanesi ve Taksim Hastanesi Kadın Doğum kliniklerine müracaat eden akut pelvik ağrılı toplam 80 olguya primer olarak laparoskopi uygulandı. Toplam 17 olguda (% 21.25) laparoskopik gözlem, 39 olguda (% 48.75) terapötik laparoskopik girişim, 24 olguda da laparoskopiyeye ilaveten laparotomi uygulandı (% 30) Olgular yıllara göre irdelendiğinde yeterli cerrahi laparoskopi ekipmanının oluşturulmasını takiben terapötik laparoskopik girişim oranının % 70'e yükseldiği tesbit edildi. Laparoskopinin geniş bir tanı yelpazesi oluşturan akut pelvik ağrılı olgularda primer tercih edilecek tanı ve tedavi yöntemi olabileceği izlenimi edinildi.

T.A.H GEÇİRMİŞ HASTADA: - POSTOPERATİF ADHEZYOLİZİS - SALPINGOOFEREKTOMİ - FITZ-HUGH CURTİS SENDROM VE PERİHEPATİK ADHEZYOLİZİS

S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Laparoskopik cerrahi anatomiye en iyi koruyan yöntemdir. Cerrahi travma en az olduğu ve hemotazın çok iyi yapıldığı için postoperatif yapışıklıklar en az olmaktadır.

Daha önce T.A.H. geçirmiş hastada yıllardır süren ağrıların nedenini ve tedavisini görüntüledik. Hastanın sağ üst kadranda olan süregen ağrısının da gözlem sırasında gördüğümüz Fitz-Hugh Curtis sendromuna bağlı yapışıklıklar nedeni ile olduğunu saptadık ve tedavisini yaptık (13 dakika).

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ

A. Doğu, S. Aksoy, T. Tuğ, B. Korukluoğlu, A. U. Öngören
S. B Ankara Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği

Semptomatik safra kesesi hastalığı olan hastaların tedavisinde laparoskopik kolesistektomi hızla seçilen bir yöntem haline gelmiştir. Bizim kliniğimizde 24.12.1992 - 01.06.1993 tarihleri arasında 15 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Uyguladığımız teknik 4 laparoskopik kanül girişli sistemdir. Safra kesesinin karaciğer yatağından ayrılmasında endoscissors kullanılmıştır. Ortalama ameliyat süresi 107 dakika. 15 hastanın 1'inde açık laparotomiye geçildi. 1 operatif komplikasyon oluştu. Ortalama hastanede kalış süresi 2, 3 gündü. Tekrar hospitalizasyon gerekmedi.

LAPAROSKOPIK UTEROSAKRAL NERVE ABLATION (LUNA)

S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Pubertal çağıdaki kadınların % 50'den fazlasında dizmenore vardır. Bu olguların % 20'den fazlası tıbbi tedaviye yanıt vermemektedir. 19. yüzyıldan beri uygulanan uterosakral sinirlerin kesilmesi yöntemi son zamanlarda laparoskopi ile yapılmaktadır.

Yayınlarda % 59-81 oranında ağrıların azalmasını sağlayan LUNA yöntemini sunduk (9 dakika).

AKUT PELVİK AĞRILI OLGULARDA PRİMER LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

H. F. Yazıcıoğlu, Y. T. Ayanoğlu, İ. Davas, R. Aydın, M. Gür, E. Vuruşkan

Taksim Hastanesi Kadın Doğum Kliniği
Şişli Etfal Hastanesi 2. Kadın Doğum Kliniği

1.1.1990 - 1.9.1993 tarihleri arasında Şişli Etfal Hastanesi ve Taksim Hastanesi Kadın Doğum kliniklerine müracaat eden akut pelvik ağrılı toplam 80 olguya primer olarak laparoskopi uygulandı. Toplam 17 olguda (% 21.25) laparoskopik gözlem, 39 olguda (% 48.75) terapötik laparoskopik girişim, 24 olguda da laparoskopiyeye ilaveten laparotomi uygulandı (% 30) Olgular yıllara göre irdelendiğinde yeterli cerrahi laparoskopi ekipmanının oluşturulmasını takiben terapötik laparoskopik girişim oranının % 70'e yükseldiği tesbit edildi. Laparoskopinin geniş bir tanı yelpazesi oluşturan akut pelvik ağrılı olgularda primer tercih edilecek tanı ve tedavi yöntemi olabileceği izlenimi edinildi.

T.A.H GEÇİRMİŞ HASTADA: - POSTOPERATİF ADHEZYOLİZİS - SALPİNGOOFEREKTOMİ - FİTZ-HUGH CURTİS SENDROM VE PERİHEPATİK ADHEZYOLİZİS

S. Sadık, T. Özaydın
İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Laparoskopik cerrahi anatomiye en iyi koruyan yöntemdir. Cerrahi travma en az olduğu ve hemotazın çok iyi yapıldığı için postoperatif yapışıklıklar enaz olmaktadır.

Daha önce T.A.H. geçirmiş hastada yıllardır süren ağrıların nedenini ve tedavisini görüntüledik. Hastanın sağ üst kadranda olan süregen ağrısının da gözlem sırasında gördüğümüz Fitz-Hugh Curtis sendromuna bağlı yapışıklıklar nedeni ile olduğunu saptadık ve tedavisini yaptık (13 dakika).

JİNEKOLOJİDE LAPAROSKOPIK OPERASYONLAR - AVANTAJLARI VE KOMPLİKASYONLARI

B. Ergun(*), P. Lang(**), G. Arıkan(**)

(* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

(**) Graz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Günümüzde alışılmış Jinekolojik Operasyonlara alternatif olarak Pelvik Laparoskopik Operasyonlar artan bir hızda kendisini kabul ettirmektedir. Bu modernize Operasyon tekniğinin Endikasyon sınırlarını, avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek üzere G.Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılan Laparoskopik Operasyonlar incelendi: Toplam 803 vakanın 754'ü (% 93.9) Laparoskopik Op. ile 49'u (% 6.1)u takiben Laparotomi'ye geçilerek sonuçlandırıldı. (1. Operatif yaklaşım). Daha sonra laparoskopik Operasyon uygulanan vakaların 18'ine (% 2.4) 2. Operatif yaklaşım gerekti: 12'sine Laparoskopik Operasyon ve 6'sına Laparotomi uygulandı. Takiben de 1 (% 0.12) vakaya 3. Operatif yaklaşım: Laparoskopik Operasyon gerekti. Neticede 748 (% 93) vakanın Laparoskopik Operasyon ile, 55'inin (% 7) nin Laparotomi ile sonuçlandığı saptandı. Başarı oranı % 93 bulundu.

Laparoskopik Operasyon Endikasyonları olarak: Diş gebelik (% 39.7), Over kisti (% 31.6), Pelvik Enfeksiyon-

lar (% 23.7): Sactosalpinks, Adneksitis, Tuboovarian Apse., Diğerleri (% 5): Sywer Snd, Myom, Pelvik Endometrioiz odakları şeklinde oldu. Uygulanan Laparoskopik Operasyonların sıklığı ise: Salpinjektomi (%22), Adheziyolizis (% 19.3) Over kist Ekstirpasyonu (% 16.5), Glukoz İnsilasyonu (% 12), Salpingotomi (% 3.9), Apse Direnaji ve Yıkama (% 3.9), Ovarektomi (% 2.7), Neostomi (% 2.5), Apendektomi (% 0.5) ve diğerleri (% 10.5): Gonadektomi, Lpsk. ile Adnekspektomi ve Vag. Histerektomi şeklinde bulundu.

Laparoskopik Operasyonların % 65.7'i ilk 1 saat içinde tamamlanırken, Laparotomi'lerin ancak % 5.5'u 1 saat içinde tamamlanabiliyordu. Ortalama Operasyon Süresi Laparoskopik Operasyon için: 71 dakika, Laparotomi'ler için: 108 dakika bulundu. Hospitalizasyon Süresi Laparoskopik Operasyon için: 3.7 gün, Laparotomi'ler için ortalama: 8.4 gün bulundu. Laparoskopik Operasyonda önemli komplikasyon oranı % 1.1 olarak saptandı.

Netice olarak Laparoskopik Operasyon'lar Operasyon ve Hospitalizasyon sürelerinin kısalığı, komplikasyonların minimal olması, hastaların daha hızlı iyileşebilmesi gibi avantajlı yönleriyle Laparotomi'lere alternatif olabilecek aşama halindeki bir Operasyon Tekniğidir.

LAPAROSKOPIK SUBTOTAL HİSTEREKTOMİ

S. Sadık, T. Özeydin

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Laparoskopik cerrahi minimal invaziv bir cerrahidir. Laparoskopik Histerektomi Laparotomi ile yapılan Histerektomiye göre daha az operasyon riski, daha çabuk bir iyileşim sağlar. Daha az ameliyat sonu ağrıya neden olur. Kollumu sitolojik olarak temiz olan hastalarda

supraservikal histerektomi hastanın serviks kanseri riskini normal popülasyona göre daha fazla arttırmaz. subtotal histerektomi ürogenital sistem açısından daha koruyucudur. Kolpotomi yapılmamasında hastanın seksüel işlevinde herhangi bir defekte sebep olmaz. Hastanın cinsel yaşamı bu operasyondan 7-10 gün sonra başlar.

Kliniğimizde Laparoskopik Subtotal histerektomi yaptığımız hastalarda MİC'in üstünlüklerini gördük. Myoma uteri nedeniyle klasik yöntem uygun suture tekniğiyle yaptığımız olgumuzu sunduk (23 dakika).

LAPAROSCOPICALLY ASSISTED VAGINAL HYSTERECTOMY

S. Sadık, T. Özaydın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Uterusun vaginal yoldan çıkarılması hastanın konforu ve postoperatif komplikasyonlar açısından riski daha aza indirir.

Laparoskopik olarak arterya ve vena uterinaya kadar işlemin tamamlanmasının avantajları vardır.

1- Daha önce operasyon geçirmiş olgularda, yapışıklık olabileceğinden hem güvenlik hem kolaylık sağlar.

2- Karın içi, pelvis ve overlerin daha iyi gözlenmesini sağlar.

3- Histerektomi ile beraber overlerin alınma imkanı sağlar.

4- Daha güvenli bir hemostaz ve daha az kan kaybına neden olur.

5- Operasyon süresini kısaltır, daha çabuk iyileşimi sağlar.

Biz kliniğimizde Endo GIA 30 ile yaptığımız olgumuzun operasyonunu sunduk (12 dakika).

CLASİCAL ABDOMİNAL SEMM HYSTERECTOMY (CASH)

S. Sadık, T. Özaydın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Laparoskopik cerrahinin hastaya sağladığı yararlar çoktur. Hastanın iyileşim süresi kısa, komplikasyon oranı düşük, postoperatif ağrısı minimaldir. Kolpotomi yapılmadığı zaman seksüel yaşamında değişiklik olmaz. Killko, endoservikal epitelin mekanik yöntemlerle çıkarılması veya kuagülasyon yöntemi ile ablosyonunun kalan servikal dokuda serviks kanseri gelişme riskinin çok daha düşük olduğunu göstermiştir.

Kliniğimizde yaptığımız 4 CASH olgusunda komplikasyon gözlemedik, operasyonu sunduk (12 dakika).

OVER KİSTLERİNİN LAPAROSKOPİK YÖNTEMLE TEDAVİSİ

S. Mercan, R. Seven, A. Dinççağ, S. Özarmağan,

A. Bozboru, D. Budak

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Karın içerisinde cerrahların karşısına çıkabilecek patolojiler arasında over kistleri önemli bir yer almaktadır. Konvansiyonel cerrahi sırasında insidental olarak saptanan over patolojilerine yönelik tedavi cerrahlar tarafından da uygulanabilmektedir.

Laparoskopik cerrahi uygulanan kliniğimizde 7 hastaya overe yönelik girişim gerçekleştirilmiştir. Bu hastaların bir kısmında over kisti insidental olarak saptanırken, diğerlerinde planlı olarak over kistine yönelik tedavi uygulanmıştır.

Hastaların yaşları 16-84 arasında değişim göstermektedir.

Sadece overe yönelik patoloji nedeniyle ameliyat edilen hastalara amaliyat endikasyonları jinekologlarla

konsülte edilerek konulmuştur. Kanser şüphesi olan hastalara kist sıvısında sitoloji ve frozen section tetkikleri uygulanmıştır.

Hastalar genel anestezi altında ameliyat edildiler. İlk olarak umbilikal giriş kullanılarak karın içine CO₂ gazı dolduruldu. Kolesistektomi veya vagotomi yapılan hastalarda ilk ameliyat için kullanılan portlar pelvise yönlendirilerek girişim gerçekleştirilirken, overe primer olarak yapılan girişimlerde göbeğin her iki yanından sokulan 2 porta, gerektiğinde bir port daha ilave edilerek 3 veya 4 port ile ameliyat gerçekleştirilmiştir. Büyük kistlerde perkütan kistin boşaltılmasından sonra, kist pedikülü ekstrakorporal düğüm tekniği ile bağlanarak kist total olarak çıkarıldı. Hastanede yatış süresi 1-5 gün arasında değişirken, ortalama 1.2 gün olarak saptandı.

Mortalite ve morbidite görülmedi.

Hastalarda postoperatif dönem daha az ağrılı olurken, hastanede kalış ve normal aktiviteye dönüş kısalmıştır. Estetik oluşu nedeniyle, özellikle genç hastalarda tercih edilen bir yöntem olacaktır.

LAPAROSKOPIK OOFEREKTOMİ

V. Özmen, M. Müslümanoğlu, O. Asoğlu

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C servisinde 1993 yılında 3 olguya Laparoskopik Bilateral Ooferektomi yapıldı.

Birinci olgu 36 yaşında evre IV meme kanserli olup hormonoterapi amacıyla, ikinci olgu 45 yaşında, kistomavari tanısıyla, üçüncü olgu 50 yaşında bilateral over kisti tanısıyla laparoskopik bilateral ooferektomi yapıldı.

Komplikasyon görülmedi. Tüm olgular postoperatif birinci gün taburcu edildiler. Histopatolojik incelemelerde malignite saptanmadı. Bening over kisti patolojilerinde laparoskopik yöntem miniinvaziv etkili bir yöntem olarak değerlendirildi.

SELİM ADNEKSİYAL KİTLELERDE LAPAROSKOPIK CERRAHİ

H. F. Yazıcıoğlu, Y. T. Ayanoğlu, N. Davas,
R. Aydın, E. Vuruşkan

Taksim Hastanesi Kadın Doğum Kliniği

1.12.1992 - 1.9.1993 tarihleri arasında Taksim Hastanesi Kadın Doğum kliniğinde selim adneksiyal kitle ön tanısı ile primer olarak laparoskopik yaklaşım uygulanan 29 olgu irdelendi. 8 olguda (% 27.5) ponksiyon cidar fenestrasyonu, detorsiyon ve adheziolizis gibi konservatif yöntemler uygulanırken, 19 olguda (% 65.5) oforektomi, kistektomi ve adneksktomi gibi ablatif prosedürler uygulandı. Üç olguda da (% 10.3) kanama, ovarian kraterin reaprosimasyonu ve organ perforasyonu şüphesi nedeni ile laparotomi uygulandı. Laparoskopinin selim adneksiyal kitlelerin % 89.7'inde yeterli terapötik girişimi sağladığı görüldü.

KİSTEKTOMİ

S. Sadık, T. Özaydın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Ovaryal kitlelere, malignite olasılığını iyice araştırdıktan sonra endoskopik yaklaşım tartışılmayacak kadar üstündür. Gerek hastaya MİC'nin getirdiği konfor açısından, gerekse hastanın fertilitésinin korunması yönünden idealdir.

Kliniğimizde yaptığımız 15 olgudan 6x6 cm'lik basit bir kistin alınmasını sunduk (8 dakika).

MYOM ENÜKLEASYONU (SUBSERÖZ)

S. Sadık, T. Özaydın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Myomların endoskopik yolla çıkarılması oluşabilecek postoperatif yapışıklıkları minimize ettiği için fertilitéye enaz zararı verir. Hastaya operasyon açısından enaz yükü getirir.

Sunumuzda kliniğimizde uyguladığımız 10 myomektomi vakasından sol kornual bölgeden köken almış 6x6 cm ve fundusun arka yüzünde 2x2 cm'lik myomların enükleasyonunu görüntüledik (10 dakika).

MYOM ENÜKLEASYONU (İNTRALİGAMENTER)

S. Sadık, T. Özyaydın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Myom kadınlarda yaygın olarak görülen bir düz kas tümörüdür. Bunların laparoskopik yöntemle çıkarılması gerek hastaya gelecek operasyon yükü, gerekse post-

peratif dönemde fertilitenin korunması açısından ideal bir yaklaşımdır (10 dakika).

Kliniğimizde uterusun sağ tarafında A-V. uterinaların yanında intraligamenter gelişmiş 5x6 cm'lik bir myomun çıkarılmasını ve yerinin sütüre edilmesini sunduk.

LAPAROSKOPİK OVER KİST EKSTİRPASYONU + ADEZYOLİS

L. Avtan, C. Avcı

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Florence Nightingale Hastanesi

40 yaşın altında üç hastada video laparoskopik yöntemle over kist ekstirpasyonu yapıldı.

İki hastada kist sol overde lokalize ve u.s. tetkiklerinde 4x6 cm. ve 5x5 cm. çaplarında idi. Bir hastada da 4x5 cm. lik sağ ve sol over kistlerine bilateral kist eksizyonları

uygulandı.

İki hastada, kist eksizyonu ile birlikte pelvik adheziyoliz de uygulandı.

Ameliyatlarda göbek altından 10 mm., sağ ve soldan 5 er mm.lik trokarlar konuldu. Kist ekstirpasyon ve hemostaz kontrolleri elektrokoterli makas ve hook ile yapıldı.

Ortalama ameliyat süresi 55 dakika olup per ve post op komplikasyon görülmedi. Sabah ameliyat edilen bir hasta akşam, diğer iki hasta ertesi gün eve gönderildi. 4 dakikalık VHS filmde bir sol over kist ekstirpasyon tekniği sunulmuştur.

DOMUZDA EKSPERİMENTAL VİDEO LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ VE BİLATERAL ALPİNGO-OOFEREKTOMİ

L. Avtan, S. Çankaya

İstanbul Üniversitesi Odiyo-Vizüel Uygulama ve Araştırma Merkezi

20-25 Kg.lık dişi domuzlarda teknik geliştirmek amacı ile videolaparoskopik histerektomi girişimleri gerçekleştirildi.

Nembutal + Ketalar indüksiyonu ile uyutulan domuzlara 4 trokar uygulandı. Göbekten 10 mm.lik kamera

trokarı, alt karın solda 5 ve 10 mm.lik sağda da 12 mm.lik (endo stapler için) trokarlar yerleştirildi.

Elektro koterli makas ve hook ile disseksiyonlar yapıldıktan sonra adneks ve tuba mesolarına iki, uterus korpusuna da bir adet endo stapler kullanılarak histerektomi gerçekleştirildi. Piyes 12 mm. porttan problemsiz çıkartıldı.

Belirli prensiplere dikkat edilerek yapılan bu uygulamaların, ileri jinekolojik teknikleri insanda uygulamaya geçiş öncesinde yararlı ve de gerekli olacağı düşünülmektedir. 4 dakikalık video filmde bu konudaki bir deneysel çalışma gösterilmiştir.

LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ

E.M. Söztler, Z. Yılmaz, N. Akyütrek, Ö. Şakrak, N. Bengisu
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Nisan 1993 ile Eylül 1993 tarihleri arasında 11 hastaya Laparoskopik Apendektomi yapıldı. Vakaların 6'sı (% 55) erkek, 5'i (% 45) kadın olup, yaşları 18 ile 42 arasında değişiyordu. Operasyonlar genel anestezi altında ve göbük, sağ üst kadranda ve suprapubik olarak yerleştirilen üç trokar vasıtasıyla gerçekleştirildi. Apendiks lümeninin güdüğü ekstrakorporal olarak hazırlanan endoloop ile bağlanarak kapatıldı. Hastaların 7'sinde akut apandisit, 2'sinde perforasyon apandisit, birinde plastrone apandisit tespit edildi ve bu tanıları histopatolojik olarak doğrulandı. Bir vakada ise apendiks normal olarak değerlendirildi.

Hastaların 10'unda (% 90) apendektomi Laparoskopik olarak gerçekleştirilirken, bir vakada ileri derecede yapışıklıklar nedeni ile disseksiyon yapılamadığından açık apendektomiye geçildi. Perforasyon apandisit olan vakalara dren kondu ve bunlar iki gün sonra çekildi. Vakaların hepsine profilaktik antibiyotik uygulandı. Perforasyon ve plastrone apandisit vakalarında antibiyoterapi 5 güne tamamlandı. Operasyon süreleri 30 ile 120 dakika arasında değişmekte olup, ortalama 75 dakika idi. Postoperatif dönemde hastaların hiçbirinde komplikasyon ve mortalite görülmedi. Hastalara postoperatif ortalama 3 doz analjezik gerekti, 12 saat sonra normal rejimlerini aldılar ve ortalama 2 gün sonra taburcu edildiler.

Laparoskopik apendektomi güvenilir, hastanede kalma süresini kısaltan, hastayı süratle normal hayatına döndüren, postoperatif analjezik ihtiyacını azaltan ve kozmetik sonuçları iyi olan bir tekniktir. Tecrübelerimiz arttıkça neticelerimizin daha iyi olacağına inanıyoruz. Çalışmalarımızda uzun olarak tespit edilen operasyon süresini apendiks lümeninin kapatılmasında EndoGIA kullanarak azaltabileceğimiz kanaatindeyiz.

LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ İLK 5 OLGU SONUÇLARI

A. Yağcı*, Y. Kumkumoğlu**, M. Gürel***, A. Gürel****

*Sandıklı Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi

**İzmir, Atatürk Devlet Hastanesi, 2. Cerrahi Servisi

***Malatya Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

****Malatya Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Sandıklı Devlet Hastanesinde Nisan 93 - Haziran 93 tarihleri arasında 5 olguya acil olarak laparoskopik apendektomi uygulandı. (Hastalarımızın 3'ü (% 60) erkek, 2'si (% 40) kadındı, Yaş ortalaması 26.4 olarak saptandı. Olgularımızın 4'ü (% 80) akut, 1'i (% 20) flegmonöz apandisit)

Tüm olgularımıza üç delik tekniğini uyguladık. Hiçbir hastamızda daha önce geçirilmiş operasyon bulgusu

yoktu. Ayrıca olgularımızda ek patoloji görülmedi. Ortalama operasyon süremiz 90 dakika idi. Sadece flegmonöz apandisit olan olgumuza dren koyduk. Olgularımızın hastanede ortalama kalış süresi 1,6 gün'dür. Oral gıdaya 1 olguda Post-op 1. gün, 4 olguda ise aynı gün geçilmiştir.

Olgularımızın 1'inde (% 20) göbükten sokulan trokar yerinde minimal enfeksiyon gelişmiş olup, intraoperatif ve postoperatif dönemde major komplikasyon izlenmedi. Hiçbir hastamızda açığa geçmek zorunda kalmadık. Mortalitemiz yoktur.

Laparoskopik apendektomi güvenli ve daha az invaziv girişim olması nedeniyle tercih edilebilir.

LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ

K. Alemdaroğlu

Laparoskopik Apendektomi ilk olarak 1981'de yapılmış, fakat 1987'den sonra popüler olmaya başlamıştır. Kasım 1991 ile Ekim 1993 arasında 21'i Akut apandisit ve 8'i Kronik apandisit olmak üzere toplam 29 hastada Laparoskopik Apendektomi yaptım. 10'u erkek, 19'u kadın olan hastalarda en küçük yaş 10 ve en büyük yaş 57 olup yaş ortalaması 24,8 dir. Göbek, sağ fossa iliaka ve suprapubik bölgelerden 10 mm, 5 mm ve 10 mm'lik trokarlar kullandım. Apendiks iskeletizasyonunu kliplerle (kıskaç) veya bipolar koterle tamamladım. Hastaların 7'sinde kıskaç ve 22'sinde de bipolar koter kullandım. Apendiks güdüğünün ligasyonunu 22 hastada Endolo-

op ve 6 hastada da Endo GIA ile sağladım. Bir hastada apendiks ligasyonu, sağ fossa iliakadaki trokar yerinden apendiks'i dışarı çıkararak vücut dışında yapılmıştır.

Apendiks sağ fossa iliaka veya suprapubik trokardan dışarı alınmıştır. Ameliyatta veya ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon olmamış ve amaliyat en az 40, en fazla 210 dakika (ortalama 70 dakika) sürmüştür. Ameliyattan birkaç saat sonra ayağa kalkan ve kahvaltı yapan hastaların hastanede kalış süreleri 18 saat ile 48 saat arasında değişmektedir. Hastalar 2-4 gün içinde normal aktif yaşamlarına dönmüşlerdir.

Sonuç olarak; şimdilik perfore apandisitlerde Laparoskopik yöntemi düşünmediğimi, ancak kontrendikasyon olmadıkça tüm akut apandisitli hastalarda Laparoskopik Apendektominin rahatlıkla düşünülebileceğini ve uygulanabileceğini vurgulamak ve belirtmek isterim.

LAPAROSKOPIK KOLON VE REKTUM CERRAHİSİ

K. Alemdaroğlu

Laparoskopik kolon ve rektum cerrahisi henüz çalışma ve arayış dönemindedir. Özellikle kanser cerrahisinde güvenli uygulama konusunda tereddütler vardır. Ön çalışmalar barsak rezeksiyonunun ve lenf ganglionu temizliğinin istenilen uzaklıktan yapılabileceğini göstermektedir.

Teknolojik ilerlemeler ve özellikle laparoskopik stapler, ekartör, grasper (tutucu) ve klamplar ile kese ağzı dikişi aleti ve çok daha iyi optik sistem laparoskopik kolon ve rektum cerrahisinin geleceğini düzenleyecektir.

Laparoskopik kolon ve rektum cerrahisi tamamen laparoskopik olabileceği gibi laparoskopik yardımı ile de olabilir. Bu kısa sürede iki biçimde de şu ameliyatların ya-

pıldığını görmekteyiz: Birit ileuslarında bridektomi, apandektomi, çekostomi, çekopeksi, sağ hemikolektomi, sol hemikolektomi, anterior ve low anterior rezeksiyon, abdomino-perineal eksizyon, rektopeksi ve loop kolostomi.

Sağ kolon tümürlü iki kadın hastada (65 ve 61 yaşlarında) sağ kolonu lateralden serbestleştirdikten sonra küçük bir transvers insizyondan dışarı aldım ve mezo damarlarını dışarda bağladıktan sonra sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi stapler ile yaptım. Ancak bir diğer sağ kolon tümörü olan erkek hastada ise (43 yaş) sağ fleksuranın iskeletizasyonunda karşılaştığım güçlükler nedeniyle açık cerrahiye geçtim.

Rektosigmoid kanserli hastada (erkek, 65 yaş) sigmanın dönük ve yapışık oluşu tümörü görmemi engelliyordu. Bunun üzerine açık cerrahiye geçtim.

Hartman işlemi yapılmış olan hastada anastomoz tamamen laparoskopik olarak gerçekleştirildi.

Ön Çalışmalar ümit vericidir. Ancak teknolojik ilerlemeler ve deneyimin artması gereklidir.

BİR DOLİKOSİGMA OLGUSUNDA LAPAROSKOPİK SİGMOİD REZEKSİYONU

A. İğci, V. Özmen, M. Müslümanoğlu, Ö. Ardaman

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi

37 yaşında erkek hasta, bir kez volvulus nedeniyle hastanede yatırılarak dekompresyon tedavisi yapılmış. Sürekli konstipasyon ve distansiyon şikayeti olan hastaya 5 trokar yöntemiyle laparoskopik sigmoidektomi uygulandı. Sigmoid sol inguinal bölgeden 3 cm'lik insizyonla dışarıya alındı, proksimal uca batın dışında stapler anvil konularak burs sütür konuldu, batın içine atıldı. Kolon her iki ucu anal yoldan sokulan stapler yardımı ile batın içinde anastomoz edildi. İşlem 3 saat 30 dakika sürdü. Komplikasyon görülmeyen hasta postoperatif 5. gün taburcu edildi.

LAPAROSKOPİK KOLON REZEKSİYONU

S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. Çiftçdemir

Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Laparoskopik cerrahinin gelişmesine paralel olarak operasyon tiplerinde değişmektedir. Bu değişime uygun, prospektif olarak başlattığımız serinin ilk kolon rezeksiyon olgusu bu çalışmamızda sunulmuştur. 53 yaşındaki bayan hastamıza sol inen kolon-sigmoid kolon bileşke yerindeki tümör nedeniyle kolaylaştırıcı insizyon eşliğinde laparoskopik kolon rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz uygulanmıştır. Postoperatif komplikasyon gelişmemiş olan hastamız halen 4. ayını doldurmuş olup kemoterapilerine devam edilmektedir. Yapılan kontroller normal olarak bulunmuştur.

LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞI TAMİRİNDE KOMPLİKASYON VE REKÜRRENS: ÇOK-MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

C. Tetik, M. E. Arregul, D. Castro ve ark.

St. Vincent Hospital and Health Care Center, Indianapolis

Aralık 1989 ve Nisan 1993 tarihleri arasında 1514 herni sekiz cerrah ekibi tarafından laparoskopik olarak tamir edildi. Fıtıkların 119'u (7.8 %) bilateral ve 192'si (127.7 %) rekürrent idi. Transabdominal preperitoneal (TAPP) teknik 553 herniye, total extraperitoneal (TEP) teknik 457, intraperitoneal onlay mesh (IPOM) 320, ligasyon 102 ve plug-patch tekniği 82 vakaya uygulandı.

Toplam 206 (% 13.6) komplikasyon görüldü. Bunların 18'i (% 1.2) intraoperatif idi. İntraoperatif komplikasyonların 14'ü laparoskopik teknikle, 3'ü fıtık tamiri ile, 1'i anestezi ile ilişkili idi. Açık tekniğe dönüş oranı yüzde 0.8 idi. Postoperatif komplikasyonların 95'i lokal, 25'i nörolojik, 23'ü testiküler, 23'ü üriner, 10'u meşe ait ve 12'si sınıflandırılmayan komplikasyonlardı.

Toplam 34 rekürrens görüldü (% 2.2). Takip süresi 828 hasta için 13 ay olarak belirlendi. Rükürrens yüzdeleri plug-patch için 22, yüksek ligasyon için 3, IPOM için 2.2, TAPP için 0.7, TEP için 0.4 olarak saptandı.

LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİ ONARIMI

M. Gürel, S. Gürer, M. Şare, A. Demirkıran

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Laparoskopik inguinal herni onarımı giderek yaygınlaşan bir yöntem olarak birçok ülkede uygulanmaktadır. Bu konudaki tartışmalar girişim yolu ve tekniğinin seçi-

mi, operasyonların standardizasyonu ve uzun dönem sonuçları üzerinde yoğunlaşmaktadır.

16 Şubat - 16 Eylül 1993 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda laparoskopik yöntemle 17 olguda inguinal herni onarımı yapıldı. Olgularımızın 14'ü erkek üçü kadındı. En genci 20, en yaşlısı 66, yaş ortalaması 38 idi. Bir hastamızda bilateral nüks inguinal herni, diğer olgularımızdan üçüncü direkt, 13 olgumuzda ise indirekt herni mevcuttu. Nyhus'un sınıflandırmasına göre bir olgu tip I, iki olgu tip II, üç olgu tip IIIA, 10 olgu tip III B ve bir olgu tip IV olarak değerlendirildi.

Hastaların tümüne genel anestezi altında laparoskopik herni onarımı uygulandı. 16 olguda intraabdominal girişim bir olguda ise ekstrapitoneal girişim yolu seçil-

di. Olgularımızda 12, 10 ve 5 mm. çaplı 3 adet trokar kullanıldı. Sadece kese ligasyonu uygulanan bir hasta dışında tüm hastalarımızda preperitoneal bölgeye polipropilen mesh yerleştirilerek Endohernia Stapler ile tesbit edildi. İki olguda ek cerrahi işlemler uygulandı; varikozel onarımı ve tüp ligasyon. Ortalama ameliyat süresi 160 (30 - 400) dakika idi. Bir olguda daha sonra gerileyen hidrosel dışında erken postoperatif komplikasyon görülmedi. Ortalama hastanede yatış süresi 2 (1-4) gün olup son yedi hastamız postoperatif 1. gün taburcu edildiler.

Onarımın gerilsiz yapılması, daha az ağrı ve analjezik gereksinimi, kısa süreli hospitalizasyon ve normal aktiviteye erken dönüş gibi avantajları nedeniyle ülkemizde giderek yaygınlaşacağını umduğumuz laparoskopik herni onarımının uzun vadeli sonuçları ve nüks oranları hakkında bir şey söyleyebilmek için henüz çok erkendir. Bu yöntemin başarısı ancak bu hastaların uzun dönem takipleri sonucunda ortaya çıkacaktır. Kanımızca ekstrapitoneal girişim yolu, obez ve büyük skrotal hernisi olan hastalar dışında, seçilecek yol olacaktır.

VİDEO LAPAROSKOPİK İNTRA ABDOMİNAL RETRO PERİTONEAL ING. FITİK TAMİRİ

C. Avcı, L. Avtan

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Florence Nightingale Hastanesi

Video laparoskopik yöntemle 5 hastada ingüinal herni tamir girişimi yapıldı. 4 hastada indirekt 1 hastada indirekt + direkt herni mevcuttu.

Üç trokar yöntemi ile yapılan girişimlerde 7 x 10 cm. polipropilen meç retroperitoneal olarak yerleştirilip önce

cooper ligamanı sonra da diğer köşelerinden endohernia klipleri ile tespit edildi. Periton yapraklarının kapatılması 3 vakada kontünü sütür 2 vakadada klipslerle yapıldı. Çok az sayıdaki bu hasta serimiz dışında tutulan bir hastada laparoskopik ile başlanmış, ancak 5 mm. lateral trokar sokulurken epigastrik ven yaralandığı için, klasik yöntemle geçilmiştir. Diğer vakalarda per ve post op komplikasyon görülmedi. Ameliyatın ertesi günü taburcu edilen hastalar ilk hafta sonunda aktif işlerini dönmüştür.

4 dakikalık filmde, uygulanan tekniğin önemli noktaları vurgulanmıştır.

İNGUİNAL HERNİLERDE LAPAROSKOPİK TAMİR DENEYİMLERİMİZ

C. Oral, M. Ertem

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

İnguinal hernilerin tamirinde de laparoskopik girişimler gittikçe artan oranda uygulanmaya başlamıştır.

1993 yılı içerisinde 12 inguinal herniye laparoskopik tamir uyguladık. Hernilerin 10 tanesi indirekt, 2 tanesi direkt herni olup, 2 hastada bilateral idi.

3 olguda plug + sutur, 7 olguda ise intraabdominal extra-peritoneal prolen mesh tamiri, 2 olguya ise total extraperitoneal mesh tamiri yöntemi uygulandı.

Erken dönemde 2 hastada seroma dışında bir komplikasyon gelişmedi. Takip dönemi içerisinde nüks tesbit edilmedi.

LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİORAFİ 6 OLGU NEDENİYLE

M. Neşşar

Serbest

Bu bildiride laparoskopik olarak preperitoneal polypolypropylene mesh yerleştirilerek onarılan altı inguinal

herni olgusu sunulmaktadır. Olguların 4'ü indirekt, ikisi ise direkt hernidir. Olgulardan birisinde bilateral herni onarımı yapılmıştır. Bir olguda konkomitan kolelizektomi, bir olguda orsiektomi (inmemiş testis) laparoskopik olarak, bir olguda varisektomi, bir olguda göbek fıtığı onarımı yapılmıştır. Olgularda komplikasyon ve erken dönemde nüks yoktur. Herniorafinin temel prensiplerini mükemmel yerine getiren LAP; herniorafinin gelecekte seçilen girişim olacağı inancındayım.

LAPAROSKOPİK HERNİ TAMİRİ

A. Kuzu, H. Bajusz, M.J. McMahon

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi

Leeds Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümleri

Teknolojinin ilerlemesi ile artık standart cerrahi teknik ile yapılabilen çoğu operasyon endoskopik teknik ile

de yapılabilmektedir. Bunlardan biriside laparoskopik herni tamiridir.

Post-operatif dönemde ağrının az olması, iş gücü kaybının kısılması, anatomik olarak tabakaların daha iyi gözlenmesi nedenleri ile standart cerrahi yöntemin bir alternatifi olarak uygulanabilir.

Bu teknik 10 dakika VHS video gösterisi olarak sunulacaktır.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: İLK 100 HASTADAKİ SONUÇLARIMIZ

B.M. Güllüoğlu, A.Ö. Aktan, R. İnceoğlu, C. Yeğen, R. Yalın

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Bir yıllık süre içinde kliniğimizde 80'i kadın 20'si erkek 100 semptomatik safra taşı hastasına "Laparoskopik Kolesistektomi (LK)" uygulanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 52.6, ortalama ağırlığı ise 69.2 kg olarak saptanmıştır. Daha önceden iki hasta üst karın, 32 hasta alt karın cerrahisi geçirmiştir. Kolesistektomi endikasyonu 99 hastada semptomatik kronik taşlı kolesistit, bir hastada akut kolesistit olarak konulmuştur. Ameliyat süresi ortalama 63.2 dakika olarak bulunmuş, bir hastada denen laparoskopik kolanjiografi başarılı olmuştur. Pero-

peratif komplikasyon olarak iki hastada trokar giriş yerinden, üçünde karaciğer yatağından, altı hastada sistik arterden kanama olmuş ve kontrol altına alınmıştır. 25 hastada diseksiyon sırasında kese açılmış, dokuzunda küçük taşlar karın içinde kalmıştır. Beşinde açık kolesistektomiye dönülmüş, bir hasta erken postoperatif dönemde kanama nedeni ile yeniden ameliyata alınarak laparotomi ve kanama kontrolü yapılmıştır. Postoperatif dönemde bir hastada pnömotoraks, birinde umbilikal insizyondan herniasyon ve üçünde yara enfeksiyonu olmuştur. Hiçbir hastada safra yolları yaralanması olmamış ve mortalite görülmemiştir. Hastalar ortalama 2.2 günde hastaneden ayrılmıştır.

LK minimal bir komplikasyon oranı ile gerçekleştirilebilen, postoperatif rahat bir dönemle erken hastaneden çıkışı sağlayan, kozmetik üstünlüğü ile günümüzde tercih edilebilen bir yöntem olarak kabul edilmelidir.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ İLK 100 OLGUDAKİ SONUÇLARIMIZ

N. Aras, C. Bumin, I. Alacayır, M.A. Yerdel

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Dept.

Aralık 92 - Ağustos 93 tarihleri arasında 100 hastaya laparoskopik kolesistektomi (LK) denendi ve prosedür 88 olguda başarı ile tamamlandı. Ameliyat endikasyonları: 90 olguda kronik taşlı kolesistit, 7 olguda akut taşlı kolesistit ve 3 olguda da safra kesesi polibi idi. Olguların 80'i öğretim üyeleri, 15'i uzman ve 5'i de araştırma görevlilerince yapılmıştır. Açığa konversiyon oranımız % 12'dir ve bu 12 vakanın 6'sında konversiyonun nedeni bir komplikasyon (kese perforasyonu: 4 olgu, sağ he-

patik arter yaralanması: 1 olgu, sistik arter kopması: 1 olgu) iken 6'sında konversiyona direkt olarak (aşırı kalın duktus sistikus: 1 olgu, aşırı yapışıklık: 3 olgu, ampiyemli kese: 2 olgu) karar verilmiştir. Öğrenme sürecinde konversiyon oranımız % 33, sonraki vakalarda % 9.9 dur. Bu oran akut kolesistitlerde ise % 42.8'dir. Serimizin total morbiditesi % 19, total mortalitesi ise % 1'dir. Major komplikasyonlar 3 olguda gözlenmiştir (intraabdominal abse, sağ hepatik arter rupturu, safra kaçağı) ve bu olgulardan ilki reoperasyon ile başarı ile tedavi edilmiş, ikinci olguda sağ hepatektomi uygulanmış ve bu olgu kaybedilmiş ve üçüncü olguda konservatif tedavi ile kaçak kontrol altına alınmıştır. LK'nın başarılı olduğu olguların % 90'ından fazlası postoperatif ilk 24 saat içinde taburcu edilmişlerdir. 1-8 ay takip süresinde geç komplikasyon saptanmamıştır ve sadece 1 hastada "koledokta unutulmuş taş" tespit edilmiştir.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

K. Alemdaroğlu

10 Ekim 1991 ile 10 Ekim 1993 arasında 30 erkek ve 67 kadın olmak üzere toplam 97 hastada Laparoskopik Kolesistektomi yaptım. En küçük yaş 19 ve en büyük yaş 81'dir. 1 hastada mevcut büyük bir göbek fıtığı ve 2 hastada da geçirilmiş önceki ameliyatlara bağlı orta hat kesisizi nedeniyle açık laparoskopi yapıldı. Sırt üstü yatan 96 hastada klâsik dört giriş yeri ve 1 hastada da üç giriş yeri kullandım. 16 Akut Taşlı Kolesistitli hastanın 4'ünde plastron vardı. 2 hastada diskinezi bilier ve 1 hastada da safra kesesinde polip vardı. 110 kg. olan bir erkek hastada şişmanlığa bağlı teknik güçlükler nedeniyle açık kolesistektomiye geçilmiştir (% 1). En kısa süreli ameliyat 25 dakika, en uzun süreli ameliyat ise 210 dakika olup ortalama ameliyat süresi 90 dakikadır. Hastaların safra keselerinde değişik büyüklükte (1-2 mm ile 3 cm arasında) taşlar saptandı. 14 hastada peropera-

tif kolanjiografi yapıldı ve bu hastaların 1'inde hiçbir şikâyet ve bulgu olmamasına karşın geniş koledok ve içerisinde de taşlar saptandı ve hasta hemen ertesi gün Endoskopik Sfinkterotomi ile tedavi edildi. 30 hastaya dren konuldu. 5 hastada anamnezde sarılık geçirilmiş olması nedeniyle ameliyat öncesi ERCP yapıldı ve hepsinde de koledokta taşlar saptanarak Endoskopik Sfinkterotomi ile tedavi edilerek 1-7 gün sonra da laparoskopik kolesistektomi yaptım.

Ameliyatta görülen komplikasyonlar; safra kesesinin karaciğerden ayrılırken veya göbekteki trokar yerinden çıkarılırken delinmesi ve taşların karın içine dökülüp toplanması, ameliyat sonrası komplikasyonlar ise; 1 hastada akut mide dilatasyonu, 1 hastada dren 1 hafta süre ile kanlı sıvı ve 1 hastada da 3 gün kan gelmesi ile peroperatif kolanjiografi yapılmamış ve hiçbir sarılık anamnezi olmayan 1 hastada ameliyattan 3 ay sonra sarılık olması üzerine koledokta taş saptanarak endoskopik sfinkterotomi ile tedavi edilmesi ve 1 hastada da sistik arterden sistik kanal güdüğüne olan fistülün sebep olduğu kanamadır. En kısa yatış süresi 16 saat ve en uzun yatış süresi 7 gün olup ortalama yatış yaklaşık 2 gündür.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ İLE TEDAVİ EDİLEN 1144 HASTADA ELDE EDİLEN SONUÇLAR

E. Göney, F. Hızlı, H. Evtiğe, O. Tortum, M. Ertem

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Laparoskopik kolesistektomiye ilk defa başladığımız 1 Kasım 1990 tarihinden, 1 Ekim 1993 tarihine kadar yaklaşık 3 yıllık sürede tedavi ettiğimiz hastalarımızın 821'i kadın, 323'ü erkek hasta olarak tesbit edildi.

Serimizi teşkil eden hastaların 942'si Prof. Dr. Ergun Göney, 202'si aynı ekipte yer alan Op. Dr. Fuat Hızlı ve Op. Dr. Hakan Evrücke tarafından tedavi edilmiş olup, elde edilen sonuçlar aynı tekniği uygulayan cerrahi grubun sonuçlarıdır.

Vak'a serimizdeki hastalarımızın ortalama yaşı 53 olup, 821'i kadın 323'ü erkek idi. Kolelithiazisin klasik semp-

tomları bulunan hastaların 14'ü daha önce üst karın bölgesinde çeşitli nedenler ile ameliyat olmuşlardı.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan en şişman hasta 120 kg olup, şişmanlık bir kontrendikasyon teşkil etmemekte idi.

Laparoskopik kolesistektomi gebelik dışında bütün hastalarda uygulandı.

1144 hastanın, 1074'üne kolelithiazis, 17'sine kolelithiazis + koledokolithiazis, 32'sine akut kolesistit, 21'ine safra kesesi polibi nedeni ile laparoskopik kolesistektomi uygulandı.

Hastaların hastanede kalma süresi bir günden az olup, ortalama ameliyat süresi 47 dakika olarak tesbit edildi.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda önemli bir komplikasyon ve mortalite görülmemiş olup; tedavi sonuçları incelendiğinde bu yöntemin hastalar için klasik kolesistektomiden daha yararlı olduğu görülmektedir.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE OKMEYDANI HASTANESİ DENEYİMİ

H. Güven, H. Evtüke, B. Avar, F. Hızlı, G. Altıntepe, G. Sakman, C. Türek, A. Eren, E. Yitney, K. Sarı

SSK Okmeydanı Hastanesi Genel Cerrahi Klinikleri

1990 - 1993 yılları arasında hastanemizde 614 taşlı kolelitiazisin tedavisinde laparoskopik kolesistektomi 5 ayrı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirildi. Hastaların yaş dağılımı 13-99 olup, yaş ortalaması 51, kadın/erkek oranı

549/65 idi. Ameliyat süresi 23-240 dakika, ortalama 50 dakika, ortalama hastanede kalış süresi 1.2 idi. Erken laparotomiye dönme oranı % 10.4, geç laparotomiye dönme oranı % 1.3 idi. Major komplikasyon oranı % 1.3, minor komplikasyon oranı % 2.1 idi. Mortalite oranımız % 0.16 idi. Ülkemizde ilk defa laparoskopik kolesistektominin gerçekleştirildiği hastanemizde geçen üç yıllık deneyimimiz sonunda laparoskopik kolesistektomi bugün safra kesesi taşı hastalığında tercih ettiğimiz ilk yöntemdir.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ VE İLK 150 VAKANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Y. Bükey, M. Ertem, M. Diiren

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Laparoskopik kolesistektomi (LK) semptomatik ve asemptomatik kolelitiazisin tedavisinde konvansiyonel kolesistektomiye bir alternatif yöntem olarak ortaya atılmıştır. İlk 150 vakalık serimizde yöntemin avantaj ve güvenilirliği araştırılmıştır. 133 kadın ve 17 erkek hastadan oluşan serimizde en genç hasta 18, en yaşlı hasta 81 yaşında idi (ort. 57.5). 14 olgu akut, 136 olgu kronik kolelitiazis nedeniyle hospitalize edildi. Olguların

128'inde multipl taş, 14'ünde soliter taş birinde safra kesesi polibi saptandı. Peroperatif bir olguda koledok yaralanması, bir olguda hemoraji ve bir olguda ekspozisyon yetersizliği nedeniyle açık kolesistektomiye karar verildi. (% 2). Yedi olguda drenaj uygulandı, 9 olguda ekstraksiyon sırasında kese yarıldı. Postoperatif hastanede kalış süresi ortalama 1.9 gün olarak saptandı (1-8 gün) Postoperatif hiç bir olguda yara ile ilgili bir komplikasyona rastlanmadı. Postoperatif takip süresi 2-18 ay arasında değişmekte olup (ort. 6.4 ay) bu süre zarfında herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

Bulgularımız LK'nin başarılı ve güvenilir bir yöntem olarak kolelitiazisin tedavisinde seçkin bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır.

312 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATININ DEĞERLENDİRİLMESİ

C. Oral

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Temmuz - 1991, Ekim - 1993 tarihleri arasında 312 kolesistektomi ameliyatı laparoskopik yöntemle gerçekleştirilmiştir. Bu süre içerisinde başvuran tüm safra yolları hiçbir ön seçim yapılmaksızın laparoskopik yöntemle ameliyata alınmış, 12 olayda açık ameliyata geçilmek zorunda kalmıştır.

Başlangıçta 90 dakika olan ameliyat süresi 45 dakikaya inmiş, komplikasyon oranlarında da ilk 50 olayla kıyaslandığında büyük azalma olmuştur.

Komplikasyonların büyük kısmı ilk 50 olguda olmuştur. Başlıca major komplikasyonlar 1 koledok striktörü, 1 koledok tam kesisi, 1 duktus sustukus yaralanması ve 1 intraabdominal kanamadır.

Koledok taşı şüphesi olan 12 olguda peroperatif kolanjiyografi uygulanmıştır.

Belirli bir tecrübe ve güvenliğe ulaşıldığında hasta için oldukça yararlı bir yöntem olan laparoskopinin güvenli bir şekilde yapılması için eğitimine büyük önem verilmesi gerektiği kanısındayım.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: 102 HASTANIN ANALİZİ

C. Uras, T. Akçal

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Günümüzde kolesistektominin laparoskopik olarak yapılması tercih edilir hale gelmiştir. Son 2 yılda laparoskopik kolesistektomi uygulanan 102 hastanın 84'ü kadın, 18'i erkektir. Yaş ortalaması 51.3'dür. Endikasyonlar 85 hastada semptomatik, 10'unda asemptomatik taşlı kolesistit, 6'sında akut kolesistit, 1'inde safra kesesi polipidir. Hastaların 22'sinde obezite, 11'inde geçirilmiş alt batın ameliyatı, 2'sinde üst batın ameliyatı, 8'inde göbek fıtığı ve 2'sinde koledok taşı mevcuttu. Kole-

dok taşı için ameliyattan önce endoskopik sfinkterotomi ve taş çıkarılması işlemi uygulandı. Hastaların 15'inde safra kesesinde yoğun adezyonlar vardı. Sadece 1 hastada (% 0.98) sistik arterden kanama nedeniyle açık kolesistektomiye geçildi. İlk başlarda ortalama 120 dakika olan ameliyat süresi daha sonra 45 dakikaya indi. Sadece 12 hastaya dren kondu. Ameliyat sonrası 8 hastada (% 7.8) ateş, 9'unda (% 8.8) göbek ensiziyonunda akıntı, 1'inde (% 0.98) geçici safra kaçağı, 1'inde (% 0.98) tromboflebit gelişti. Ölüm olmadı. Ateşi yükselen hastaların 2'sinde subhepatik sıvı koleksiyonu saptandı. Ancak konservatif tedavi ile düzeldiğinden drenaj işlemi gerekmedi. Ortalama hastanede kalış süresi 3 gündür. yeterli bir deneyimin elde edilmesinden sonra kolesistektomi yapılacak hastaların büyük bir çoğunluğuna laparoskopik yöntem uygulanabilir.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ - 137 OLGULUK ÇALIŞMA SONUÇLARI

D. Buğra, A. Akyüz, T. Bulut, Y. Büyükcü, N. Sökücü, K. Çilingiroğlu, Y. Gökşen, R. Gençosmanoğlu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı B Servisi

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, B-Servisi'nde Şubat - 1992, Ekim - 1993 ayları arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan 137 olguya ait sonuçlar sunulmuştur. Olguların endikasyonlara göre dağılımı; 131 olguda kronik taşlı kolesistit, 4 olguda akut kolesistit, 1 olguda safra kesesi polipi ve 1 olguda akalkülöz kolesistit olarak bulundu. Yüzotuzyediyedi olgunun 112'si (% 81.7) kadın, 25'i

(% 18.3) erkekti, yaş ortalaması 51.4 (19-77) olarak saptandı. İki akut kolesistit olmak üzere 11 (% 8) olguda açık kolesistektomiye dönüldü, endikasyonlar sırasıyla; sistik arter kanaması-4, sklerotrofik kese-3, karaciğer yatağından kanama-1, koledok yaralanması-1, koledokun normalden geniş olması-1 ve anatomik yapının uygun olmaması-1 olgu idi. Toplam 5 olguda (% 3.6) preoperatuar ERCP uygulandı. Dört olguda koledoktan taş ekstrakte edildi ve safra çamuru boşaltıldı, 1 olguda safra yolları normal bulundu. Sekiz hastada major komplikasyon (4 sistik arter yaralanması, 1 koledok yaralanması, 1 karaciğer yatağından kontrol edilemeyen kanama, 2 intra-abdominal kolleksiyon) ve 4 hastada minor komplikasyon (2 ciltaltı amfizem, 1 siyoda bağlı kontakt dermatit, 1 yara infeksiyonu) gelişti. Morbidite oranı % 8.7, mortalite oranı % 0 bulundu.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ (305 OLGUNUN ANALİZİ)

M. Müslümanoğlu, S. Mercan, V. Özmen, R. Seven, A. İçci, A. Bozbora, O. Asoğlu

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C ve E Servisleri

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C ve E servislerinde Ekim 1991 - Ekim 1993 tarihleri arasında 305 hastaya safra kesesi patolojisi nedeniyle laparoskopik kolesistektomi yapıldı. 242 hasta kadın (% 79), 63 hasta erkek (% 21) olup yaş ortalaması 48'dir. (8 yaş - 84 yaş)

234 hasta kronik taşlı kolesistit (% 74), 67 hasta akut kolesistit (% 21.9), 4 hasta safra kesesi polipi (% 1.3) tanısı-

la ameliyat edildi.

7 hasta (% 2.26) ortaya konulamayan anatomi nedeniyle açık kolesistektomi yapıldı. Hastaların 11'inde koledok taşı şüphesi ve tedavi amacıyla preoperatif ERCP yapıldı. 7'sinde (% 2.29) koledok taşı saptanarak, papillotomi + taş ekstraksiyonu yapıldı. Postoperatif dönemde 5 hastada (% 1.6) safra fistülü, 1 hastada (% 0.32) aşırı basınca bağlı kardiak arrest, 2 hastada (% 0.64) göbekte insizyonel herni, 6 hastada (% 1.9) göbekte ekimoz, 4 hastada (% 1.29) cilt enfeksiyonu saptandı. 1 vaka intraabdominal abseye bağlı sepsis nedeniyle, 1 vaka koagülopatiye bağlı kanama nedeniyle exitus oldu (% 0.32).

Ortalama hastanede kalış süresi 1.5 gün (1 gün - 30 gün)'dü. Hastaların aktif hayata dönmesi için geçen ortalama süre 7 gün (5 gün - 10 gün)'dü.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

M. Akoğlu, F. Atalay, O. Elbir, Ö. Akalın, V. Kırtımlıoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Kliniğimizde 10.03.1992 - 10.09.1993 tarihleri arasında toplam 325 olguda laparoskopik kolesistektomi uygulandı. 86 olgu erkek (% 26.5), 239 olguda kadın (% 73.5) olup, ortalama yaş 47.3 (20-75) idi. Endikasyon nedeni 55 olguda akut taşlı kolesistit, 270 olguda semptomatik kolelithiasis idi. 74 olguda (% 22.7) ilave yandaş hastalıklar vardı. Periumblikal veya üst karın eski operasyon nedbesi mevcut olan 22 olguda (% 6.08) Hasson kanül kullanılarak açık laparoskopi tekniği, diğer 303 olguda

standart Kuzey Amerika tekniği uygulandı. Ortalama ameliyat süresi akut kolisistitli olgularda 80.3 dk (40-210), semptomatik kolilithiasisli olgularda 48.1 dk (15-120) idi. Major komplikasyon olarak intraoperatif 1 olguda kolon perforasyonu, 3 olguda koledok yaralanması oldu (% 1.21). 18 olguda çeşitli nedenlerle konversiyon gerekti (% 6.41). Postoperatif biri intraabdominal hemoraji, diğer safralı peritonit nedeniyle 2 olguda re-operasyon gerekli oldu (% 0.6). Postoperatif 10 olguda morbidite saptandı (% 3.07). 1 olgu safralı peritonit ve sepsis nedeniyle kaybedildi. Mortalite oranı % 0.3'tür. Ortalama hastanede kalma süresi 2 gün (1-4), ortalama aktiviteye dönüş 7 gün (4-14) idi. Sonuç; Laparoskopik kolesistektomi semptomatik safra kesesi taşı olan olgularında ilk tercih edilmesi gerekli olan tedavi yöntemi olmalıdır.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARI (ONÜÇ AYLIK)

H. Sönmez, E. U. Erkoçak, C. Camcı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Yüzyılı aşkın süredir safra kesesi taşı tedavisinde başarı ile uygulanan açık standart kolesistektomiye, laparoskopik kolesistektomi son üç yıldır alternatif olmuştur. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda da 1 Eylül 1992 tarihinde laparosko-

pik kolesistektomi uygulanmaya başlandı. 13 aylık süre içinde toplam 118 laparoskopik kolesistektomi girişimi yapıldı. 13 hastada (% 11) açık standart kolesistektomiye geçildi. Laparotomiye geçiş nedenleri 1 hastada kanama, 9 hastada yeterli anatomik yapının ortaya konulamaması, 3 hastada ise teknik ve alete bağlı nedenlerdir. Önemli komplikasyon olarak 3 hastada subhepatik kolleksiyon, 4 hastada Karaciğer dışı safra yolları yaralanması oldu. Mortalitemiz olmadı.

Sonuç olarak kliniğimizde taşlı kolesistit tedavisinde laparoskopik kolesistektomi uygulamamız artmakta, açık standart kolesistektomi sayımız azalmaktadır.

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: İLK 250 HASTANIN ANALİZİ

A. Tekin

Mersin Devlet Hastanesi

Laparoskopik kolesistektominin (LK) hızlı bir şekilde açık kolesistektominin yerini almaya başlamasını takiben, 1993 Ekim'ine kadar son iki yıl içinde kolesistektomi endikasyonu konulan 250 hastadan 243 LK yapıldı. 7 Hastada açık ameliyata geçildi (% 2.8).

24 Hastada a. kolesistit, 44 hastada ise geçirilmiş batın ameliyatı mevcuttu. Koledok taşı olan 4 hastaya ERS sonrası LK yapıldı.

53 hasta aynı gün, diğerleri post-op 1. veya 2. gün taburcu edildi (ortalama 0.86 gün). Mortalite görülmedi. Post-op. en sık görülen morbidite omuz ağrısı (16 hastada) ve umblikal trokar giriş yerinde infeksiyon (12 hastada) oldu. Hastalar 5-11 (ortalama 7) gün içinde normal aktiviteye döndüler.

Düşük mortalite ve morbidite oranı, kısa yatış süresi ve normal aktiviteye erken dönüş gibi önemli avantajları nedeniyle safra kesesi hastalığının tedavisinde tercih LK olmalıdır.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

A. Zorluoğlu, T. Yılmazlar, E. Kaya, H. Özgüç

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Kasım 1992/Eylül 1993 tarihlerini kapsayan 11 aylık sürede laparoskopik kolesistektomi planlanan 114 olgu incelendi.

Olguların 85'i kadın, 29'u erkek olup, ortalama yaş 50.3 (19-80)'dir. Kolesistektomi endikasyonu 98 olguda kronik taşlı kolesistit (bunların 8'i asemptomatik) 13 olguda akut taşlı kolesistit ve 3 olguda da safra kesesi polipidir.

İntraoperatif major komplikasyon oranı % 2.63 olup, 2 olguda kanama ve 1 olguda duktus sistikus yaralanma-

sıdır. Minor komplikasyon olarak periton içine taş düşmesi 8 olguda görülmüştür. Ayrıca 3 olguda önemli kardiyak sorun (bradikardi ve aritmi) görülmüştür.

3 olguda, laparoskopik eksplorasyonda konversiyona karar verilmiş, disseksiyona başlandıktan sonra ise 8 olguda açık kolesistektomiye geçilmiş, böylece disseksiyona başlandıktan sonra laparoskopik kolesistektominin başarıyla tamamlanması 103 olguda (% 92.8) gerçekleşmiş ve açığa dönme oranı % 7.2 (8 olgu) olmuştur. Postoperatif 3 olguda port yerinde süpürasyon gelişmiştir.

Artan deneyimle ilişkili olarak daha az komplikasyonlarla daha kısa sürelerde başarılabilen ve hastaya kısa nekahat erken işbaşı, çok daha az postoperatif ağrı ve yara problemleri sunan laparoskopik kolesistektomi, günümüzde safra kesesi taşlarının tedavisinde güvenilir ve birinci seçenek olabilecek bir yöntemdir.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN 142 VAKA VE SONUÇLARININ TAKDİMİ

B. Tuğrul, A. Çiloğlu

Özel Sağlık Hastanesi

10 Nisan 1993'ten 10 Eylül 1993'e (16 ay) kadar olan sürede 465 ameliyat gerçekleştirildi. Bu vakaların 181'ine kolesistektomi uygulandı. Değişik nedenlerle 39 vakaya klasik kolesistektomi, 142 vakaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. 13 vakada çeşitli komplikasyonlar oluştu. 1 vakada ameliyat sonlanırken kardiyak arrest gelişti. Hastanede kalma süreleri 128 vakada 1 gün, 113 vakada 2 gün, 1 vakada 3 gün.

Hastaların tümüne ameliyat öncesi dahiliye doktoru nezaretinde tüm tetkikler uygulanmış ve genel anestezi riski taşıyan hastaların hiçbirine laparoskopik kolesistektomi uygulanmamıştır.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ

İ. D. Özaçmak*, A. Eryavuz**

Sağlık Bakanlığı Taksim Hastanesi*

Türkiye Gazetesi Hastanesi**

Mayıs 1992 - Temmuz 1993 tarihleri arasında İstanbul'da bir private hastane ameliyathanesinde gerçekleştirilen 102 laparoskopik kolesistektomi ameliyatının irdelenmesi sonucu elde ettiğimiz bilgileri sunmak amacındayız. Hastaların en genci 17, en yaşlısı 88 ve ortalama yaşları 47 idi. 81'i kadın, 21'i erkek olan hastaların hastanede kalış süreleri 24 saat ile 72 saat arasında değişmekte olup, ortalama 38 saatti. Hastalardan 6 tanesinde açık ameliyata dönülmek zorunda kalındı, oran % 6 bulundu. Hastalardan 17 tanesi diabetik idi. Diabet regüle edildikten sonra ameliyat uygulandı ve diabetik hastaların hospitalizasyonu ortalama 52 saat oldu. Hastaların kan biyokimyası, kan gazları, ağırlık, ameliyatta konkomittan patoloji ve girişim, safra kesesindeki patolojinin preoperatif değerlendirilmesi, postoperatuar patolojik tetkikleri açısından ise çıkarılan taş boyutları incelendi.

Sonuç olarak Laparoskopik girişimin safra kesesi patolojilerine yönelik seçkin bir operasyon olduğuna karar verildi.

DUODENAL ÜLSER TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK BİLETERAL TRUNKAL VAGATOMİ + ENDOSKOPIK PİLOR BALON DİLATASYONU

V. Özmen, M. Müslümanoğlu, D. Buğra, A. İğci, O. Asoğlu, T. Bulut

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim dalında kronik duodenal ülser tanısıyla 10 vakaya Laparoskopik Bilateral Trunkal Vagotomi + Endoskopik Pilor Balon Dilatasyon tedavisi uygulandı.

9 hasta erkek (% 90), 1 hasta kadın (% 10) olup yaş ortalaması 40'tır (28 yaş - 76 yaş). Hastalarda pre ve postoperatif dönemde gastrik pH + bazal asit output + maksimal asit output tayini yapıldı. Bazal asit output'un %

63, maksimal output'un % 68 azaldığı, gastrik pH'nın 2.2 ± 0.8 arttığı tespit edildi.

Postoperatif 5. günde 8 hasta (% 80) taburcu edildi. Ameliyat öncesi kısmi pilor stenozu bulunan 1 hastaya, postoperatif iki gün arayla balon dilatasyon tekrarlanarak 10. gün taburcu edildi. Bu hastaya 1 ay sonra tam stenoz nedeniyle açık gastroduodenostemi uygulandı. Bir vakada ise operasyon esnasında özefagus perforasyonu meydana geldi. Balon dilatasyonunu takiben laparotomiyle perfore olan saha suture edildi.

Hastalar ortalama 16 ay (4 ay - 24 ay) takip edildi. 1 hastada (% 10) dispeptik şikayetler, 2 hastada (% 20) medikal tedaviye yanıt veren orta şiddette diare görüldü.

DRENAJ VE DİLATASYONSUZ VIDEO ENDOSKOPIK TRUNKAL VAGOTOMİ ARAŞTIRMA SERİSİ

C. Avci, L. Avtan

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dubois'nın benzer serisinden esinlenip cesaret alarak, bir seri peptik ülser hastasında pür video endoskopik trunkal vagotomi uygulamaya başladık.

5 hastada video laparoskopik (5 trokar), 1 hastada video torakoskopik (3 trokar) trunkal bilateral vagotomi uygulandı.

Klasik cerrahi tedavi endikasyonları bulunan bu hastalarda medikal tedavinin etkisiz kaldığı, 2 hastanın da

rekürren kanama geçirmiş olduğu saptandı.

Video endoskopik bilateral trunkal vagotomi yapılan hastalar gerekirse post op endoskopik pilor dilatasyonu yapılmak üzere sıkı takipte tutuldu. İlk vakanın nazogastrik sondası 4 gün tutuldu, 5. gün çekilip 6. gün taburcu edildi. 2. vaka 4. gün taburcu edildi. Bu hastalarda post op bir sorun çıkmadığı görüldüğü için, son 4 hastanın 2. gün nazogastrik sondası çıkartılıp gıdaya başlandı ve 3. gün taburcu edildi.

Bir hastada ameliyattan 4 ay sonra yeniden ağrı şikayetleri görüldü. Kontrol endoskopisinde pilor açıldı, ancak post bulber erozyon görüldü. Bu hastaya medikal tedavi başladıktan sonra ağrı kayboldu.

Halen devam eden bu araştırma serimizdeki kısıtlı vakalarımızın erken sonuçları, araştırma ve uygulamaya devam için cesaret verici bulunmuştur.

PEPTİK ÜLSER CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

S. Mercan, A. Bozbora, R. Seven, S. Özarmağan, A. Dinççağ

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Son yıllarda gelişmiş H2 reseptör antagonistleri sayesinde elektif peptik ülser ameliyatı tüm dünyada azalmıştır. Ancak hastaların uzun süre ilaç kullanmaları ve sıkı diyet uygulamaları nedeniyle, minimal invaziv cerrahi teknikler önemli bir avantaj olarak belirmiştir.

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1992-1993 yılları arasında ilaca direnç, inatçı ağrı ve gastrointestinal kanama şikayetleri nedeniyle 4 hasta-

ya ön yüksek selektif, arka trunkal vagotomi yapılmıştır. Ameliyat için 4 trokar kullanılmıştır. Arka vagus kardiyasının 4-5 üzerinden trunkal olarak ayrılmış, ön vagus dalları ise hepatic dal altından itibaren korpuse giden dallar Laterjet siniri korunarak elektrokoter ve klip yardımıyla tek tek kesilmiştir. Tüm hastalar preoperatif, peroperatif ve postoperatif ph monitorizasyonuna alınmıştır. Ameliyat öncesi 4.3 (5.3-4.6-3.1-4.2) olan ph ameliyat sonrası 8.3 (8.6-8.8-9.3-8.5) düzeyine yükselmiştir.

Hastalarda postoperatif dönemde komplikasyon görülmemiştir.

Laparoskopik arka trunkal ve ön yüksek selektif vagotomi ameliyatının duodenal ülser cerrahisini yeniden canlandıracağına inanılmaktadır.

AKALAZYA: LAPAROSKOPİK KARDİOMYOTOMİ

S. Mercan, R. Seven, A. Bozbora, S. Özarmağan, A. Dinççağ

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Abdominal özefagus ve özefago-gastrik bileşkenin laparoskopik olarak mobilize edilebilmesi bu bölgeye yönelik girişimleri mümkün hale getirmektedir. Bu bölgede yer alan ve seyrek olarak gördüğümüz patolojilerden akalazyaya laparoskopik cerrahi yöntem ile tedavi edilebilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde ameliyat edilen 2 hasta sunulmuştur. Hastaların ikisinde kadın olup 18 ve 23 yaşlarındadır. Preoperatif yapılan pasaj tetkiklerinde özefagus alt uçta darlık ve üzerindeki özefagusta genişleme olduğu saptandı.

LAPAROSKOPİK HİATAL HERNİ TAMİRİ

S. Mercan, R. Seven, A. Bozbora, S. Özarmağan, A. Dinççağ, D. Budak

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Kliniğimizde laparoskopik cerrahinin başlatılmasından kısa süre içinde, geniş bir hastalıklar yelpazesinde bu girişimler uygulanmaya başlanmıştır. Bunlardan hiatal hernilere yönelik antireflü girişimleri ülkemizde ilk kez kliniğimizde gerçekleştirilmiştir.

4 hastaya hiatal herni tanısı ile laparoskopik arka krus takviyesi + nissen fundiplikasyon girişimi uygulanmıştır. Hastaların ikisi erkek, ikisi kadın, yaşları 33-66 arasında değişim gösteriyordu. Tanı endoskopi veya mide-duodenum pasaj grafisi + 24 saatlik pH tetkiki sonucu konuldu.

Hastalar genel anestezi altında, endotrakeal entübasyonla ameliyat edildiler. 5 adet trokar kullanıldı. Postoperatif erken morbidite ve mortalite görülmedi.

İlk hastamızda (66E) ileri derecede büyük herni kesesi içindeki mide yapışıklıklarından ayrılıp fıtık belirlen-

Genel anestezi altında umbilikal bölgeden girilerek pnömoperituan sağlandı. Ameliyatta 5 adet port kullanıldı. Özefagogastrik bileşkedeki periton makasla kesildi ve ufak damarlar koterize edildi. Özefagus üzerindeki kaslar makas ve koter yardımı ile submukozaya kadar kesildi. Bu şekilde özefagus tarafına 4 cm, mide tarafına 1cm ilerlendi. Kesilen bu alandan mukozanın dışarı protrüze olduğu görüldü.

Ameliyatlar 1.hastada 90 dakika 2.hastada 60 dakika sürdü. Postoperatif 2.gün gıda alınımına başladı. 3.gün çekilen pasaj grafisinde darlığın ortadan kalktığı saptandı. 15 ve 13 aylık takip sonucunda hastalarda şikayetlerin ortadan kalktığı ve yutma güçlüğünün olmadığı görüldü.

Hasta sayısı azlığı sonuca ulaşmak açısından yeterli olmamakla birlikte, kardiomyotominin laparoskopik olarak yapılabildiği gösterilmiştir.

dikten sonra 66 yaşındaki hastada girişim süresini uzatmamak için açığa dönüldü. Diğer üç vakanın ameliyatı ve postoperatif erken dönemi problemsiz seyretti. Vakaların birinde ameliyattan üç hafta sonra yutma güçlüğü gelişti. Yapılan tetkik sonucu saptanan darlık laparoskopik olarak giderildi. Ameliyat sonrası 24 saatlik pH tetkikinin ardından oral gıda alınımına başlatıldı. 24 saatlik pH tetkikinin sonunda: 1. hastada preop.reflü sayısı 72'den 2'ye, skorun 23.1'den 2.2'ye, 2. hastada ise preop.reflü sayısının 173'den 6'ya, skorun 20'den 2.6'ya düştüğü saptandı. Hastaların tümünde postop. erken dönem kontrollerde şikayetlerin ortadan kalktığı saptandı.

Hastalar minimal invaziv cerrahinin sağladığı erken mobilizasyon çabuk iyileşme, mükemmel kozmetik gibi sonuçlardan faydalanmışlardır. Olgu sayısı azlığı sonuç açısından bir yorum getirilmesini engellemektedir. Fakat literatürde daha geniş hasta serilerinde sonuç umut vericidir. Açık cerrahideki prensiplerin laparoskopik cerrahidede uygulanabilmesi, açık cerrahide sağlanan başarının yanında minimal invaziv cerrahinin yararları eklenirse tercih edilen yöntem olacağına inanmaktayız.

ULTRASON REHBERLİĞİNDE LAPAROSKOPİK İNSULİNOMA REZEKSİYONU

C. Tetik, J. Barteao, M. Arregui, M. Wiersema, C. Bain
St. Vincent Hospital and Health Care Center, Indianapolis

İnsulinamalı 65 yaşındaki kadın hastada semptomatik hipoglisemi atakları mevcuttu. Laboratuvar bulguları tanıyı destekledi. İnsülin seviyesi 59.6 HI MCU/ML (0.0-30.0), açlık kan şekeri 42 mg/dl (85-115), C-peptid 11.6 NG/ML (0.5-3.0) olarak saptandı. Endosonografide pankreasta baş-gövde bileşkesinde 15 mm. iriliğinde kitle ve kuyrak bölümüne yakın olarak 10 mm. iriliğinde

lenf nodu saptandı. Lenf nodu iğne aspirasyon biyopsisi malignite göstermedi.

Hasta 13 Ağustos 1993 günü operasyona alındı. Operatif explerasyonda laparoskopik ve endoskopik ultrason büyük rol oynadı. Lokalizasyonun kesinleştirilmesinden sonra keskin ve künt disseksiyonla kitle çıkarıldı. Histolojik inceleme islet hücre tümörünü belirledi. Postoperatif 3. gününde analjezi gerektirmeyen hasta taburcu edildi.

Postoperatif açlık kan şekeri ölçümleri 62, 75, 109, 79 mg/dl idi.

Ultrason rehberliğinde insulina rezeksiyonu gelecekte seçkin bir tedavi yöntemi olmaya adaydır. Literatürde laparoskopik insulina rezeksiyonuna rastlamadık.

PARSİYEL İNCE BARSAK OBSTRÜKSİYONLARINDA LAPAROSKOPİK BRİDEKTOMİ

M. Gürel, S. Güner, M. Şare, S. Dönmez

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

İntraabdominal brid ve yapışıklıkları gidermek için yapılan laparotomiler çoğu kez yeni yapışıklıklara yol açmaktadır. Çalışmamızda laparoskopik yöntemlerin bu hastaların tedavisindeki yerini araştırdık.

Temmuz - Eylül 1993 döneminde, tekrarlayan parsiyel ince barsak obstrüksiyon tablosu olan 3 hastaya laparoskopik bridektomi uygulandı. Olgularımızın ikisi kadın biri erkek olup yaş ortalaması 32 idi. Erkek hastamız birer kez appendektomi ve bridektomi operasyonları, kadın hastalarımızdan biri ise jinekolojik operasyonu takiben mekanik obstrüksiyon nedeniyle ince barsak rezeksiyonu geçirmişti. Diğer hastamızın öyküsünde 4 kez tekrarlayan parsiyel ince barsak obstrüksiyonu mevcuttu. İki olguda çekilen ayakta direkt batın graflerinde hava sıvı seviyeleri saptandı ve nazogastrik sonda ile dekompresyon edildikten sonra ameliyata alındılar. Operasyon geçiren hastalarda ilk giriş yeri yan kadranslar diğerinde ise infraumbilikal olarak seçildi. Her üç hasatada genel anestezi altında Veress iğnesi ile 15 mm Hg. basınca kadar CO₂ insuflasyonu yapılarak pneumoperiton sağlandı. 5 mm.lik trokar ve teleskop ile girilerek batın içi ve yapışıklıklar değerlendirildi. 10 ve 5 mm. lik 2 trokar daha konularak batın içi brid ve yapışıklıklar künt ve keskin disseksiyonlarla ayrıldı. İnce barsaklar Treitz ligamanından ileoçekal valve kadar takip edildi. Hastalara dren konulmadı. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi ve hastalar 2-4 günde taburcu edildi.

Laparoskopik yaklaşımın tekrarlayan parsiyel ince barsak obstrüksiyonu olan hastaların tedavisinde güvenle uygulanabileceği kanısını edindik. Bu yöntemden sonra yeniden batın içi yapışıklık oluşma sıklığının laparotomilerden sonraki sıklığa oranı ancak bu hastaların uzun dönem takipleri sonucunda ortaya çıkacaktır.

LAPAROSKOPIK GİRİŞİMLE İNTRAABDOMİNAL YABANCI CİSİM ÇIKARILMASI (2 OLGU NEDENİYLE)

F. Atalay, K. Öcal, M. Akoğlu, C. Seven, A. Gencer

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Laparoskopik cerrahi girişim; laparoskopik kolesistektominin ilk uygulandığı 1987 yılından bu yana, semptomatik safra kesesi taşının tedavisinde, dünyada büyük bir hızla yayılarak ilk tercih edilen yöntem olmuştur. Aynı zamanda diğer abdominal ve torasik operasyonlarda da uygulanmaya başlanmıştır. Kliniğimizde gerek tanı amacıyla, gerekse semptomatik safra kesesi taşı olan olgularda tedavi amacıyla 10 Mart 1992 tarihinden beri uygulanmaktadır. O tarihten bu yana, daha önce laparotomi geçirmiş iki olguda laparoskopik girişim ile karından yabancı cisim (spanç) çıkarılmıştır. Olgulardan birine daha önce parsiyel kolesistektomi uygulanmıştı. Kalan safra kesesi güdüğünde taş mevcudiyeti nedeniyle laparoskopik girişim sırasında safra kesesi güdüğü ile birlikte aynı zamanda yabancı cisim gözlenerek çıkarılmıştır. Diğer olgu ise daha önce trafik kazası nedeniyle laparotomi geçirmiş olup, semptomatik kolesistopati nedeniyle yine laparoskopik girişim sırasında, yabancı cisim tesbit edilerek, kolesistektomi ile birlikte çıkarılmıştır. Yabancı cismin çıkarıldığı son olguda video gösterimi ile birlikte bu iki olgu sunulacaktır. İşlem her iki olguda da başarı ile gerçekleştirilmiştir.

KARACİĞER HASTALIKLARININ LAPAROSKOPIK TEDAVİSİ

S.Mercan, R. Seven, S. Özarmağan, A. Bozbora, K. Altuğ

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Kliniğimizde karaciğer hastalığı olan 12 hastaya (yaş 14-70) aşağıdaki laparoskopik girişimler yapıldı: 4 hastada karaciğer kist hidatigi drenajı, bir hastada karaciğer abse drenajı, bir hastada non-parasitik kist nedeniyle un-roofing, bir hastada polikist nedeniyle unroofing, bir hastada karaciğer hemangiomu nedeniyle hepatic arter ligasyonu, 4 hastada biopsi veya diagnostik laparoskopi.

Hastalar genel anestezi altında endotrakeal entübasyonla opere edildiler. Umbilikal bölgeden girilerek pnömoperituan oluşturuldu. Yapılan girişime göre 2 veya 4 port kullanıldı. Hastanede kalış süresi kist hida-

LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ

S. Mercan, R. Seven, S. Özarmağan, A. Bozbora, A. Dinççağ, D. Budak

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Batın içindeki patolojilere laparoskopik yöntemle girişim, laparoskopik yardımcı aletlerin geliştirilmesi ile daha geniş hastalıklar grubuna yapılabilmektedir.

Servisimizde bir lenfoma vakasına evreleme amacıyla laparoskopik girişim uygulanmıştır. 55 yaşındaki kadın hastaya laparoskopik olarak karaciğer biopsisi ve splenektomi yapılmıştır. Ameliyatta 4 adet port kullanıldı. Portlar göbek üstü, ksifoid altı, sağ üst kadranda ve sol üst kadrana konuldu. 0 derece laparoskop kullanıldı. Splenokolik ve retroperitoneal bağlantılar elektrokoter ve endoklip yardımıyla ayrıldı. Gastrosplenik ligament endoklip konulup kesildi. Splenik arter ve ven ekstraperitoneal bağlama yöntemi ile bağlandı, 30 mm EndoGIA kullanılarak ayrıldı. Umbilikal hernisinde olan hastanın göbekteki 1 cm'lik insizyonu her iki yöne 2cm büyütüldü. Mekanik yöntemle kısmen parçalanarak batın dışına alındı. Sol üst kadrana aspiratif dren konuldu. Postoperatif komplikasyon görülmedi. Hasta 4. gün taburcu edildi.

Laparoskopik splenektomi özellikle seçilmiş vakalarda yapılması ve splenomegalide uygun olmadığı belirtilmiş isede ilk vakamızda splenomegali olmasına rağmen girişim başarı ile gerçekleştirilmiştir.

tiklerde 4 gün, diğer girişimlerde 1 gündü. Yapılan girişim nedeniyle mortalite ve morbidite görülmedi.

Non-parasitik kistlerde kist aspirasyonundan sonra, anterior kist duvarı tamamıyla çıkarıldı. Karaciğer biopsileri elektro-koter yardımı ile alındı.

Karaciğer kist hidatiklerinin drenajında 10 mm.lik şemsiyeli kanül kist içine sokuldu. Kist sıvısı, skoleks ve germinatif membran bu kanülden aspire edildi. Yine bu kanülden kist içi skolosidal ajanlar ile yıkandı. Kist içine aspiratif dren konuldu.

Sonuç, laparoskopik hepatic cerrahi, minimal invaziv cerrahinin avantajlarını güvenli bir şekilde sağlamaktadır.

Özellikle laparoskopik kist hidatik girişimi ile kist içeriği güvenli bir şekilde boşaltılmakta, infeksiyon riski düşürülmekte ve hastalar kısa süre içinde hastaneden çıkarılıp normal aktivasyonlarına dönebilmektedir. Bu avantajları nedeniyle laparoskopik kist hidatik girişimlerinin popülerite kazanacağına inanıyoruz.

KİST HİDATİĞİN LAPAROSKOPİK CERRAHİ YÖNTEM İLE TEDAVİSİ

A. Alper, O. Bilge, A. Emre, K. Acarlı, O. Arıoğul

İstanbul Tıp Fakóltesi Karaciğer Safra Yolları Cerrahisi Birimi

1.12.1992-1.10.1993 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakóltesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Karaciğer Safra Yolları Cerrahisi Birimi'nde karaciğer kist hidatiği nedeni ile 17 hastaya laparoskopik cerrahi girişim uygulandı. Hastaların 7'si erkek 10'u kadın, yaş ortalaması ise 37.4 idi (En genç 13, en yaşlı 65). Kistlerin lokalizasyonu 14 hastada sağ lob, 3 hastada sol lob, çapı ise ortalama 10.5 cm idi. Tüm hastalara preoperatif bilgisayarlı tomografi, indirekt hemaglutinasyon ve ELİSA testleri uygulandı. Hastaların 3'er tanesi 5 ve 4 trokar ile, 11'i ise 3 trokar kullanılarak ameliyat edildiler. Tüm hastalarda preoperatif kontaminasyonu engellemek için özel kist hidatik aspiratörü kullanıldı. Hastaların postoperatif drenaj süreleri ortalama 4.6 gün, hospitalizasyon süreleri ise 7.4 gün idi.

Kesin sonuç bildirmek için erken olmakla birlikte laparoskopik cerrahi girişim uygun hastalarda tercih edilebilir bir yöntemdir.

LAPAROSKOPİK KARACİĞER KİST HİDATİK AMELİYATI (2 OLGU SUNUMU)

M. Neşsar

Serbest

Bu bildiride birisi laparoskopik diğeri laparoskopi assisted olarak yapılmış iki karaciğer kist hidatik olgusu sunulmaktadır. Minimal invaziv cerrahi kapsamında ve güvenle yapılabilecek girişimler arasında şimdilik iyi seçilmiş KBT Hidatik olgularının da bulunabileceğini göstermesi bakımından sunulması uygun bulunmuştur.

KARACİĞER KİST HİDATİKLERİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ UYGULAMASI

S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. iftidemir

Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Henüz emekleme döneminde olmasına karşın çok değişik türde operasyonlar laparoskopik yöntemle yapılmaya başlanmıştır. Bunlardan birisi olan karaciğer kisthidatiklerinin laparoskopik tedavisi konusunda prospektif olarak başlattığımız serinin ilk 3 olgusu bu çalışmamızda sunulmuştur. 3 olgunun 2'si kadın, 1'i erkektir. Yaşları 54, 65 olup yaş ortalaması 61.33'dür. Tanı için her üç olgudada ultrasonografi ve bilgisayarlı tomogra-

fi kullanılmıştır. Olgulardan birisinde yandaş olarak kolelitiazis saptanmıştır. Bu olgu ayrıca önceden üst batin operasyonu geçirmiştir. Bu olguya aynı seansta kolelistektomide uygulanmıştır. Karaciğer kist hidatiği olgularına preoperatif 10 mg/kg Albendazol başlanmış ve postoperatif 30. güne değin devam edilmiştir. Olgulara sırasıyla kistotomi+kapitonaj, Parsiyel kistektomi+introfleksiyon, parsiyel kistektomi+introfleksiyon+kolelistektomi uygulanmıştır. Operasyon esnasında herhangi bir safra yoluna açılma saptanmamış drenler postoperatif 5. gün çekilmiştir.

Anlamli sonuç ulaşmak için olgu sayısı yetersiz ise de ilk gözlemlerimiz karaciğer kisthidatiklerindedeki laparoskopik cerrahinin güvenle uygulanabileceği yönündedir.

LAPAROSKOPİK CERRAHİDE DÜĞÜM TEKNİKLERİ

H. Gülven, B. Avar, Y. Kılıç

SSK Okmeydanı Hastanesi 5. Genel Cerrahi Kliniği

1987'de Fransa'da Mauret tarafından gerçekleştirilen ilk laparoskopik kolesistektomi sonrasında geçen altı yıl içerisinde diğer cerrahi girişimlerinde laparoskopik yöntemle yapılabileceği düşüncesi cerrahlar arasında doğmuştur. Bugün laparoskopik appendektomi, mide rezeksiyonu, vagotomi, ince barsak rezeksiyonu, kolon rezeksiyonu, koledok eksplarasyonu, koledokoduodenostomi, karaciğer rezeksiyonu v.b gibi girişimlerde uygulanır olmuştur. Bu yeni girişimler laparoskopik enstrümanların gelişmesi, endostaplerin ve laparoskopik düğüm ve sutür tekniklerinin ilerlemesi ile mümkün olmuştur. Bu posterimizde, kullandığımız Extra corporeal ve intra corperal düğüm tekniklerini şematik olarak sunacağız.

AKUT KOLESİSTİTLERDE LAPAROSKOPİK YÖNTEM İLE İLGİLİ DENEYİMİMİZ

H. Gülven, B. Avar, E. Yüney, M. Şahin, C. Oktay, Fikret Aksoy

SSK Okmeydanı Hastanesi 5. Genel Cerrahi Kliniği

Laparoskopik kolesistektomi klasik açık kolesistektominin alternatifi olarak hızla popülerite kazanmıştır. Başlangıçta bu yöntem için bildirilen mutlak ve göreceli kontrendikasyonlar laparoskopik enstrümanların gelişmesi ve bu konu ile ilgilenen cerrahların deneyiminin artması ile giderek azalmıştır. Akut kolesistitis başlangıçta kontrendikasyon olarak kabul edilirken bugün artık laparoskopik cerrahi ile yapılabilmektedir. 250 olgulu LC deneyimimiz esnasında 14 (% 5.6) akut kolesistit olgusuna bu yöntemi uyguladık. Sonuçta; 4 (% 28.5) olguyu aşırı enflamasyon, ödem ve anatomik yapıların güvenli olarak ortaya konamaması nedeniyle açık kolesistektomiye dönüştürdük. Akut kolesistitlerde operasyon süresinin daha uzun ve laparotomiye dönüştürme oranının daha yüksek, teknik olarak kesenin forcepsler ile kontrolünün daha güç, operasyon esnasında kese ve yatağından kanamanın daha fazla olduğunu gördük. Fakat laparoskopik yöntemle gerçekleştirdiğimiz 10 olguda hiç bir komplikasyonla karşılaşmadık.

KARINDA OPERASYON NEDBESİ OLAN OLGULARDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

F. Atalay, M. Akoğlu, Ö. Akalın, V. Kırımtoğlu, A. Keskin

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Kesi yeri üst karın bölgesinde olan, daha önce laparotomi geçirmiş olgularda, karında skatris ve yapışıklık bulunması, laparoskopik kolesistektomi uygulamalarının başlatıldığı yıllarda relatif kontrendikasyonlar içerisinde kabul edilmekteydi. Fakat son yıllarda endomekanik, enstrüman ve aletlerin geliştirilmesi ve endocerrahların deneyimlerinin artması ile böyle olgularda da

emniyetle uygulanabilmektedir. Kliniğimizde 10.03.1993 - 10.09.1993 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan 325 olgudan, 45 olguda (% 13.84) karında operasyon skatrisi mevcuttu. Periumblik ve üst karın operasyon nedbesi bulunan 18 olguda (% 39) Hasson kanül kullanılarak açık laparoskopi tekniği, diğer 27 olguda (% 61) ise standart girişim tekniği uygulandı. Akut kolesistitin de mevcut olduğu 1 olguda (% 2.3) konversiyon gerekti. Diğer tüm olgularda laparoskopik kolesistektomi başarı ile uygulandı (% 97.6). Ortalama operasyon süresi 64 dakika (30-120) idi. Mortalitesi olmayan serimizin tek morbiditesi, bir olguda (% 2.3) subumblikal kesi yerinde yara enfeksiyon gelişmesi idi.

AKUT KOLESİSTİTİN CERRAHİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN YERİ

S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. Çiftdemir

Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Önceleri rölatif kontrendikasyonlar arasında sayılan akut kolesistit olguları yeterli deneyim sonrasında endikasyonlar grubuna alınmıştır. Bu düşünceden hareketle akut kolesistit tanısı olarak erken dönem cerrahisi tedavi uygulanan 53 olgumuz bu çalışmada sunulmuştur. Olgularımızın 22'si (% 41.5) erkek, 31'i (% 58.5) kadındır. Tanı için ultrasonografik tetkik, koledok çap kontrolü her olgu için yapılmıştır. Olguların hepsine akut kolesistit tanısı aldıktan sonra ilk 48 saat içerisinde laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Mortalitemiz % 0, Morbiditemiz 6 olgu (% 2.5) olmuştur.

Her ne kadar akut kolesistit olgularımızda operasyon süremiz daha uzun isede dikkatli ve titiz disseksiyon sonucunda mortalitede artma olmaksızın morbiditede ise normal olgulara göre hafif bir artma ile güvenli olarak laparoskopik kolesistektominin uygulanabileceği düşüncesindeyiz.

LAPAROSKOPIK HİSTEREKTOMİ

S. Sadık, T. Özaydın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

"Laparotomi karşı Laparoskopik" son yıllarda yoğun olarak tartışılan bu kavramın ne derece doğru olduğunu önümüzdeki yıllar gösterecek. Laparoskopik histerektomide en çok tartışılan yöntemlerden biridir.

Biz kliniğimizde değişik yöntemlerle yaptığımız 10 laparoskopik histerektomi olgusunu sunduk.

LAPAROSKOPIK UTEROSAKRAL NERVE ABLATION (LUNA)

S. Sadık, T. Özaydın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Pelvik ağrı reproduktif çağda çok sık karşılaştığımız bir olaydır. Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen hastalarda sakral nörektomi eskiden beri başvurulan bir yöntemdir. Laparoskopik olarak yapılması başarı şansını azaltmadan hastanın endoskopik cerrahinin konforunda yararlandırılmasıdır.

Biz kliniğimize pelvik ağrı nedeni ile başvuran ve daha önce çeşitli tedaviler görmüş 10 hastamıza uyguladığımız LUNA yöntemini ve 6 aylık postoperatif sonuçlarını tartıştık.

JİNEKOLOJİDE VİDEO LAPAROSKOPI

S. Sadık, T. Özaydın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Laparoskopide görüntüyü ekrana taşıma tekniği geliştirildikten sonra bir çok cerrahi prosedür bu yöntemle yapılabilir bir hale gelmiştir. Teknolojinin bu nimeti insanlara tedavide çok büyük avantajlar sağlamıştır.

Kliniğimizde yaklaşık 16 aydır uyguladığımız videolaparoskopik cerrahi olgularından 100 tanesi sunduk.

LAPAROSKOPİK DERMOİD KİST EKSTİRPASYONU

S. Sadık, T. Özyayın

İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Ovaryal kitlelere malignite kriterlerini iyice ekarte ettikten sonra laparoskopik yaklaşım en idealidir.

Kliniğimizde başarı ile uyguladığımız dermoid kistin intakt olarak laparoskopik ekstirpasyonunu tartıştık.

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDEKİ DENEYİMİMİZ

S. Doğan, U. Sungurtekin, P. Palanduz, G. Çiftdemir

Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Aynı cerrahi ekip tarafından Mayıs 1992 - Eylül 1993 döneminde kolelitiazis tanısı olan 250 hasta prospektif olarak çalışmamıza alınmıştır. Hastalarımızın en genci 7, en yaşlısı 82 yaşında olup yaş ortalaması 50.1'dir. Hastalarımızın 58'i (% 23.2) erkek, 192'si (% 76.8) kadındır. Kolelitiazis tanısı ultrasonografi, Peroral kolesistografi, IV kolanjiografi ile konmuştur. Olguların tümünde Ultrasonografik olarak koledok çap ölçümleri yapılmıştır. Çalışmamıza alınan olgularımızın tamamı pür kolelitiazis olup yetersiz donanım nedeniyle ilave olarak koledokolitiazis tanısı olan olgular çalışma dışı tutulmuşlardır.

Olguların 53'ü (% 21.2) akut, 194'ü (% 77.6) kronik, 3'ü (% 1.2) sklerotrofik olup açık kolesistektomiye dönüş oranımız 6 (% 2.4) olgu olmuştur. Bu olgulardan birisi dış safra yolu yaralanması nedeniyle açık kolesistektomi uygulanmış ve Roux en-Y anastomozlu hepatikojejunostomi yapılmıştır. Mortalite oranımız % 0, Morbidite oranımız 12 olgu (% 4.8) olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak erken aktif yaşama dönüş, azalmış postoperatif ağrı, güvenli uygulanım nedeniyle pür kolelitiazis tedavisinde seçkin bir tedavi yöntemi olduğu düşüncesindeyiz.

KOLESİSTO-KOLEDOKOLİTHİASİSLİ OLGULARDA TEDAVİ PLANLAMASI

M. Akoğlu, F. Atalay, V. Kırmınoğlu,

H. Gündoğdu, S. Bostanoğlu

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği

Semptomatik safra kesesi taşı olan olgularda, koledokta taş saptanması % 5-16 oranlarında bildirilmektedir. Biz klinik uygulamamızda, preoperatif devrede anamnez, ultrasonografi ve biokimya verilerine göre koledokta taş ihtimali yüksek olan hastalarımızda, ERKP ve EST ile önce koledok taşını çıkarıyor ve daha sonra laparoskopik kolesistektomi yapmaktayız. Laparoskopik kolesistektomi sonrası postoperatif dönemde de koledokta taş saptanması durumunda EST ve ERKP uyguluyoruz. İntraoperatif olarak kolanjiografi ile taş saptanılan olgularda da postoperatif EST ve ERKP uygulanmalı. (İntraoperatif safhada perkutan balon kateter, Dormia basket veya kolanjioskopi ile de taş ekstripe edilebilmektedir.) Kliniğimizde preoperatif dönemde koledok taşı saptanılan 4 olguda önce EST ve ERKP ile taşlar çıkarılmış, daha sonra laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Postoperatif koledokta taş saptanan 2 olguda ise EST ve ERKP taş ekstirpasyonu yapılmıştır. Konu ile ilgili çalışmalarımız devam etmekte olup, 6 olgumuz sunulacaktır.

DİZİN

- Acarlı, K. 62
Açikel, U. 26
Akalin, Ö. 56, 63
Akat, A.Z. 38
Akaydın, M. 41
Akçal, T. 55
Akdemir, D. 36
Akıncı, M. 24, 25
Akınoğlu, A. 17
Akmanlar, T. 29
Akoğlu, M. 20, 34, 56, 61, 63, 65
Aksoy, F. 63
Aksoy, S. 42
Aktan, A.Ö. 19, 31, 52
Akyıldız, N. 18
Akyürek, N. 37, 47
Akyüz, A. 34, 55
Alabaz, Ö. 17
Alacayır, I. 33, 52
Alaçayır, İ. 23
Alemdaroğlu, K. 48, 53
Alper, A. 62
Altıntepe, G. 54
Altuğ, K. 61
Aras, N. 20, 23, 33, 52
Ardaman, Ö. 23, 24, 49
Arıkan, G. 43
Arıoğlu, O. 62
Arman, B. 26
Arregui, M. 60
Arregul, M.E. 49
Asoğlu, O. 45, 55, 58
Ata, M.Y. 31
Atalay, F. 34, 56, 61, 63, 65
Atamanalp, S.S. 36
Ataseven, A. 41
Avar, B. 17, 54, 63
Avcı, C. 18, 25, 30, 46, 50, 58
Avtan, L. 18, 25, 28, 30, 40, 50, 58
Ayanoğlu, Y.T. 42, 45
Aydın, R. 18, 39
Aydın, S. 18, 39
Aytaç, B. 40
Aytekin, A.F. 31
Bain, C. 60
Bajusz, H. 29, 35, 51
Balbay, M.D. 23
Barteao, J. 60
Başoğlu, M. 36
Başöz, M. 39
Baykan, N. 31
Bayyozgat, S. 25
Bedirhan, M.A. 27
Bender, Ö. 30
Bengisu, N. 37, 47
Bilge, O. 62
Boğa, Z. 17
Bora, S. 35
Bostanoğlu, S. 65
Bozbora, A. 22, 44, 55, 58, 59, 61
Budak, D. 44, 59, 61
Buğra, D. 34, 55, 58
Bulut, T. 34, 55, 58
Bumin, C. 20, 33, 52
Bükey, Y. 54
Büyükgebiz, O. 19
Büyükuncu, Y. 34, 55
Camcı, C. 25, 56
Canbeyli, B. 18
Castro, D. 49
Çağlar, T. 27
Çankaya, S. 46
Çapkis, Y. 18
Çatalyürek, H. 26
Çavlı, C. 18
Çelebi, F. 41
Çelik, M. 26
Çetin, G. 25
Çınar, M. 40
Çiçek, Y. 17
Çiftdemir, G. 32, 49, 62, 64, 65
Çilingiroğlu, K. 55
Çiloğlu, A. 57
Çömez, T. 41
Dalay, A.R. 32, 33, 38
Dalva, C. 20
Davas, İ. 42
Davas, N. 45
Demirhan, R. 26
Demirkıran, A. 50
Dinççağ, A. 22, 44, 58, 59, 61
Doğan, S. 32, 49, 62, 64, 65
Doğanay, M. 38
Doğu, A. 42
Doğusoy, I. 27, 28
Dönmez, S. 60
Duraker, N. 30
Düren, M. 54
Elbir, O. 34, 56
Emre, A. 62
Er, C. 41
Eren, A. 19, 30, 54
Eren, E. 27
Ergun, B. 43
Erkoçak, E.U. 56
Ertem, M. 51, 53, 54
Eryavuz, A. 25, 57
Esen, T. 23, 24, 25
Evrüke, H. 19, 30, 53, 54
Ezici, H. 17
Feyizoğlu, A. 30
Filiz, E.F. 39
Filiz, E. 18
Füzün, M. 35
Geçim, E. 20
Gencer, A. 61
Gençosmanoğlu, R. 34, 55
Göçmen, E. 38
Gökdoğan, C. 17
Gökşen, Y. 55
Göney, E. 19, 53
Gülcüler, M. 28
Gülhan, E. 25
Güllüoğlu, B.M. 19, 52
Günay, S. 30
Gündoğdu, H. 65
Günerli, A. 26
Gür, M. 42
Gürel, A. 39, 47
Gürel, M. 21, 22, 23, 24, 27, 28, 36, 39, 47, 50, 60
Gürer, S. 27, 36, 50, 60
Gürkan, A. 29
Gürpınar, T. 21, 22, 23, 24
Güven, H. 17, 54, 63
Halezeroğlu, S. 26
Hızlı, F. 19, 30, 53, 54
Hilmioğlu, F. 36
Ildız, N. 35
İğci, A. 23, 24, 49, 55, 58
İlçi, T. 18, 139
İnceoğlu, R. 31, 52
İşler, O. 41
Kama, N.A. 38

- Kanca, A. 27
Kaplan, R. 41
Karahanoğlu, C. 40
Karaoğlu, M. 18
Kaya, A. 29, 38
Kaya, E. 57
Kaya, S. 25
Keskin, A. 63
Khalife, J. 28
Kılıç, Y. 17, 63
Kırımlioğlu, V. 20, 34, 56,, 63, 65
Korukluoğlu, B. 42
Koşar, A. 23
Köse, A. 21
Kumkumoglu, Y. 39, 47
Kurdoğlu, A.S. 31
Kurutepe, M. 26
Kuterdem, E. 20
Kutlu, F. 19, 30
Kuzu, A. 29, 35, 51
Lang, P. 43
Leblebici, F. 20
Lokman, S. 18, 39
Maltepe, F. 26
McMahon, M.J. 29, 35, 51
Mehmet, R. 27
Mercan, S. 22, 44, 55, 58, 59, 61
Mert, A. 27
Morritt, G. 28
Müftüoğlu, M. 27
Müslümanoğlu, M. 23, 24, 45, 49, 55, 58
Neşşar, M. 37, 51, 62
Okay, İ.E. 41
Okay, T. 27, 28
Oktay, B. 21
Oktay, C. 63
Orakçı, V. 36
Oral, C. 51, 54
Orita, K. 33
Oto, Ö. 26
Öcal, K. 61
Öneş, S. 17
Öngören, A.U. 42
Övünç, O. 32, 33
Özçmak, İ.D. 57
Özarmağan, S. 22, 44, 58, 59, 61
Özaydın, T. 42, 43, 44, 45, 46, 64
Özbilgin, A. 35
Özcan, F. 23
Özdede, S. 29, 38
Özgüç, H. 57
Özkan, S. 21, 22, 23, 24
Özkan, İ. 35
Özmen, V. 23, 24, 45, 49, 55, 58
Özyurt, M. 21
Paç, M. 28
Palanduz, P. 32, 49, 62, 64, 65
Pekmezci, S. 17
Sadık, S. 42, 43, 44, 45, 46, 64
Sakman, G. 54
Saraç, A.M. 31
Sarı, K. 30, 54
Sarıyüce, O. 21, 22, 23, 24
Saydam, S. 35
Selçuk, S. 25
Seven, C. 61
Seven, R. 22, 44, 55, 58, 59, 61
Solak, F. 40
Soysal, Ö. 28
Sökücü, N. 55
Sönmez, H. 56
Sözuer, E.M. 37, 47
Sungurtekin, U. 32, 49, 62, 64, 65
Şafak, M. 23
Şahin, B. 35
Şahin, M. 63
Şakrak, Ö. 37, 47
Şare, M. 27, 36, 50, 60
Şavkılıoğlu, M. 34
Şenol, C. 26
Şimşek, H. 18
Şimşek, Ü. 21
Tabaklıoğlu, E. 27
Talu, M. 29, 32, 38
Tamer, C. 25
Taşçı, H. 17
Tatlıcan, N. 20
Tekin, A. 56
Tetik, C. 49, 60
Topçu, S. 25
Tortum, O. 53
Tsuge, H. 33
Tuğ, T. 42
Tuğrul, B. 57
Tunalı, V. 17
Tunç, M. 23
Tutluoğlu, B. 27
Türek, C. 54
Ulusoy, A.Y. 40
Ulutku, H. 39
Uras, C. 55
Us, A. 40
Uybadın, O.H. 40
Uysal, A. 26
Ünalmişer, S. 38
Ünver, S. 20
Ürek, Ş. 26
Vuruşkan, E. 42, 45
Wiersema, M. 60
Yağcı, A. 39, 47
Yalın, R. 19, 31, 52
Yaşaroğlu, M. 27
Yavaşcaoğlu, İ. 21
Yazıcıoğlu, H.F. 42, 45
Yeğen C. 19, 31, 52
Yerdel, M.A. 33, 52
Yeşilkaya, Y. 37
Yıldırım, İ. 36
Yıldırım, M. 27
Yılmaz, Z. 37, 47
Yılmazlar, T. 57
Yönten, Y. 41
Yörük, Y. 27, 28
Yücel, O. 29, 32, 33, 38
Yüney, E. 54, 63
Zonüzi, F. 26
Zorluoğlu, A. 57

"MİNİ İNVAZİV CERRAHİ DERGİSİ"nden DUYURU

Kapak dizaynı elinizdeki kongre özet kitabında kullanılmış olan "MİNİ İNVAZİV CERRAHİ DERGİSİ", Endoskopik - Laparoskopik Cerrahi Derneği'nin yayın organı olarak Ocak 1994 tarihinde yayın hayatına başlayacaktır.

Üç ayda bir çıkacak olan bu dergide yayınlanmasını istediğiniz, değişik branşlardaki mini invaziv cerrahi kapsamına giren klinik uygulama, araştırma ve derlemelerinizi, uluslararası bilimsel yayın kurallarına göre hazırlayıp aşağıdaki adrese gönderebilirsiniz.

**ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK
CERRAHİ DERNEĞİ**
(DERGİ YAYIN KURULU)

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ
MONOBLOK GİRİŞ KATI
34390 ÇAPA - İSTANBUL
Tel: (212) 533 34 32
Fax: (212) 534 16 05

ENDOSKOPİK - LAPAROSKOPİK CERRAHİ DERNEĞİ'ne davet...

Değerli Meslektaşımız,

Bir kaç senelik çok kısa bir geçmişi olmasına karşın, tüm dünyada hızla yayılan ve benimsenen "VIDEO ENDOSKOPİK-LAPAROSKOPİK CERRAHİ"nin 21. asrın cerrahisi olacağına kesin gözüyle bakılmaktadır.

Avrupa'da 1987-88 yılında başlayıp kısa süre içerisinde diğer kıta ve ülkelere yayılan bu mini invaziv cerrahi biçimi Türkiye'ye de fazla gecikmeden girmiş bulunmaktadır. İlk uygulamaların 1991'de başlatıldığı ülkemizde bugün sadece büyük şehirlerimizde değil, hatta bazı küçük merkezlerde bile VIDEO ENDOSKOPİK - LAPAROSKOPİK CERRAHİ uygulamaları başlatılmıştır. Henüz başlayamamış meslektaşlarımızın da bu konuya yakın ilgi duyduklarını bilmekteyiz. Bu ilginin bir nedeni de, günümüzde gittikçe bilinçlenmekte olan hasta isteklerinden kaynaklanmaktadır. Zira bu mini invaziv yöntemle ameliyatlarda ülkemizde de yaygınlaştıkça, ağrısız, yarasız ameliyattan sonra ertesi gün evine giden ve bir hafta içinde normal işine başlayabilen hastaların sayısı arttıkça, bunları gören diğer hastalar artık klasik yöntemle ameliyat olmak istememekte ve videoskopik ameliyatlara tercih etmektedirler.

Bu gerçeği şimdiden görmüş olan cerrahlarımızdan bir kısmı vakit kaybetmeden bu yeni tür cerrahiye öğrenme ve uygulama imkanlarını aramaktadırlar. Diğer aktif cerrahlarımızın da aynı yolu takip etmeleri kaçınılmaz olacağına benzemektedir.

Bu ihtiyaçtan yola çıkarak bir grup meslektaşımızla birlikte Türk cerrahisinin ihtiyacı haline gelmiş olan, "ENDOSKOPİK - LAPAROSKOPİK CERRAHİ DERNEĞİ"ni 1992 sonunda kurmuş bulunmaktayız. Tüzüğünde amaç ve görevleri belirlenmiş olan Derneğimiz, Türkiye'deki tüm cerrahlara, gastro-enterologlara ve ilgi duyan diğer hekimlere açıktır. Derneğe üye olabilmek için ilişikte bulacağınız kayıt formunu doldurup gerekli belgelerle birlikte bize göndermeniz yeterlidir.

Türk cerrahlarının bu çağdaş cerrahi biçimini öğrenmeleri, uygulamaları ve bu konuda hergün bir yenisi lanse edilen gelişmeleri takip etmelerine yardımcı olmak amacını taşıyan "ENDOSKOPİK - LAPAROSKOPİK CERRAHİ DERNEĞİ"nin biz sadece kurucu isimleriyiz. Derneğin bundan sonraki gelişmesi siz meslektaşlarımız sayesinde olacaktır. Bu inanç ve anlayış içerisindeki tüm meslektaşlarımızın Derneğe kaydolmalarını ve sadece kaydolmaktaki kalmayıp görüş, düşünce ve önerileri ile aktif katkılarda bulunmalarını bekliyoruz.

Saygılarımızla
Prof. Dr. Cavit AVCI
E.L.C.D. Başkanı

ENDOSKOPİK - LAPAROSKOPİK CERRAHİ DERNEĞİ (E.L.C.D.)

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Monoblok Binası Giriş Katı, Çapa 34390 İSTANBUL / TÜRKİYE

Tel: 90(212) 533 34 42 Fax: 90(212) 534 16 05

ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ DERNEĞİ
Üye Kayıt Formu

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

Doğum tarihi: Diploma tarihi:

Diplomayı aldığı fakülte:

Uzmanlık dalı: Akademik unvanı:

Uzmanlık diplomasını aldığı kurum:

Halen çalışmakta olduğu kurum:

Tel:

Laparoskopik cerrahi ile ilgili çalışmaları (var ise):

Öneren üyeler: 1 İmza

2 İmza

Endoskopik - laparoskopik cerrahi derneğine kabulümü istiyorum.

İmza

Not: Üyelik için gerekli belgeler şunlardır:

- 1) 1 adet vesikalık resim,
- 2) Nüfus kağıdı sureti veya arkalı önül fotokopisi,
- 3) Dernek yıllık aidatı olan 250.000 TL'nin

İş Bankası İst. Tıp Fak. Çapa Şubesi,
1200 30440 3092332 numaralı dernek
hesabına yatırılarak dekontun ve diğer
belgelerin aşağıdaki adrese gönderilmesi.

ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ DERNEĞİ (E.L.C.D.)

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Monoblok Binası Çapa 34390 İSTANBUL / TÜRKİYE

Tel: 90(212) 533 34 32 Fax: 90(212) 534 16 05

**DEĞERLİ KATKILARINDAN DOLAYI
AŞAĞIDAKİ FİRMALARA
TEŞEKKÜR EDERİZ**

- AKAD - Auto Suture
- INTERMEDİKA - Ethicon
- BESTAŞ - Endomed
- Pİ MEDİKAL - Solos
- MEDİKİM
- GENTEK - Storz
- BILAR - Cabot
- NOVA
- KALYON MEDİKAL
- MET - Straker
- DOĞU İLAÇ
- CAN SAĞLIK
- DENİZ DEMİR
- TÜRKİYE GAZETESİ HAST.
- MOVİDEM

GALA YEMEĞİ : AKAD - Auto Suture
KOKTEYL PROLONJE : İNTERMEDİKA Ethicon
KAHVE İKRAMLARI : BESTAŞ
MEDİKİM
CAN SAĞLIK