



Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi



11. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi
2-6 Ekim 2013

BİLDİRİ ÖZETLERİ

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Yıl/Year 2013 Cilt/Volume 20 Sayı/Number 1-2-3-4

www.elcd.org



Your Partner for
Choice and Value

Covidien

Supporting Your Clinical Needs While Offering Economic Value

Covidien offers unmatched choices in clinical and economic value through our range of market-leading brands and services that enable improved partnerships and reduced costs across all settings.



COVIDIEN

positive results for life



Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

SAHİBİ ve EDITÖR / OWNER and EDITOR-in-CHIEF

ELCD adına / On behalf of ELCD
Cavit AVCI

YARDIMCI EDITÖRLER / CO-EDITORS

Metin ERTEM, Levent AVTAN

ULUSAL BİLİMSEL KURUL / NATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Levhi AKIN (Istanbul)	Haldun GÜNDOĞDU (Ankara)	Yunus SÖYLET (Istanbul)
Murat AKSOY (Istanbul)	Mehmet GÜREL (Ankara)	Erdoğan M. SÖZÜER (Kayseri)
Aydın ALPER (Istanbul)	İsmail HAMZAOĞLU (Istanbul)	Öner ŞANLI (Istanbul)
Ahmet ALPONAT (Kocaeli)	Abdullah İĞCI (Istanbul)	Yasemin ŞENYÜREK (Istanbul)
Ediz ALTINLI (Istanbul)	Tayfun KARAHASANOĞLU (Istanbul)	Mustafa TAŞKIN (Istanbul)
Nusret ARAS (Ankara)	Atila KORKMAZ (Ankara)	Korhan TAVİLOĞLU (Istanbul)
Oktar ASOĞLU (Istanbul)	Neşet KÖKSAL (Istanbul)	Cem TERZİ (Izmir)
Bilgi BACA (Istanbul)	Sezai LEVENTOĞLU (Ankara)	Bülent TIRNAKSIZ (Ankara)
Emre BALIK (Istanbul)	Zafer MALAZGIRT (Samsun)	Koray TOPGÜL (Samsun)
Umut BARBAROS (Istanbul)	Selçuk MERCAN (Istanbul)	Fatih TUNCA (Istanbul)
Erdal Birol BOSTANCI (Ankara)	Güner ÖĞÜNÇ (Antalya)	Ahmet TÜRKÇAPAR (Ankara)
Dursun BUĞRA (Istanbul)	Mehmet Kemal ÖĞÜŞ (Antalya)	Ali UZUNKÖY (Şanlıurfa)
Yılmaz BÜYÜKUNCU (Istanbul)	Ceyhun ORAL (Istanbul)	Veli YALÇIN (Istanbul)
Ahmet ÇOKER (Izmir)	İlgin ÖZDEN (Istanbul)	Sümer YAMANER (Istanbul)
Sezai DEMİRBAŞ (Ankara)	M. Mahir ÖZMEN (Ankara)	Hakan YANAR (Istanbul)
Sinan ERSİN (Izmir)	Vahit ÖZMEN (Istanbul)	Nihat YAVUZ (Istanbul)
Emin ERSOY (Ankara)	Salih PEKMEZCI (Istanbul)	Yunus YAVUZ (Istanbul)
Erhun EYÜBOĞLU (Istanbul)	Yavuz Selim SARI (Istanbul)	Osman YÜCEL (Istanbul)
Rasim GENÇOSMANOĞLU (Istanbul)	Kaya SARİBEYOĞLU (Istanbul)	Kağan ZENGİN (Istanbul)

Redaksiyon ve Düzelti / Editing: İsmail Cem SORMAZ

Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'nin Yayın Organıdır
Official Journal of the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery

Yazışma Adresi:

Dr. Levent Avtan
Istanbul Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Çapa 34390 İstanbul

Tel : (0212) 414 23 82
Faks: (0212) 534 16 05
e-posta: elcd@elcd.org

Abone Koşulları:

Yıllık 4 sayı abone bedeli 60 TL'dir. Dernek üyelerine ücretsiz gönderilmektedir. Kurumlar için 100 TL'dir. Abone olmak isteyenlerin abone bedelini ELCD'nin Türkiye İş Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi Çapa Şubesindeki 3092332 numaralı hesabına yatırmaları ya da derneğe üye olmaları gereklidir.

Annually subscription fee for outside Turkey is \$60 (4 issues). ELCD account number: 3092332 with Türkiye İş Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi Branch Çapa/Istanbul -Turkey



11. ULUSAL ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK CERRAHI KONGRESİ

TTB STE/SMG Akreditasyon-Kredilendirme Kurulu bu etkinliği 27 TTB STE/SMG Kredisi ile akredite etmiştir.

Bu etkinlikle ilgili bireysel kredilerinizi, etkinlik sırasında ya da daha sonra 7/24, evden, işyerinizden en geç 31.03.2014 tarihine kadar <https://www.ttb.dr.tr/stesmg> internet adresindeki TC Kimlik numaranıza bağlı kişisel STE/SMG kredilendirme dosyanızda katıldığınız toplantıları belirterek alabilirsiniz.





Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi

**11. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi
2-6 Ekim 2013**

BİLDİRİ ÖZETLERİ

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

2013 Cilt / Volume 20 Sayı / Number 1-2-3-4



Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

SAHİBİ ve EDITÖR / OWNER and EDITOR-in-CHIEF

ELCD adına / On behalf of ELCD
Cavit AVCI

YARDIMCI EDITÖRLER / CO-EDITORS

Metin ERTEM, Levent AVTAN

ULUSAL BİLİMSEL KURUL / NATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Levhi AKIN (Istanbul)	Haldun GÜNDOĞDU (Ankara)	Yunus SÖYLET (Istanbul)
Murat AKSOY (Istanbul)	Mehmet GÜREL (Ankara)	Erdoğan M. SÖZÜER (Kayseri)
Aydın ALPER (Istanbul)	İsmail HAMZAOĞLU (Istanbul)	Öner ŞANLI (Istanbul)
Ahmet ALPONAT (Kocaeli)	Abdullah İĞCI (Istanbul)	Yasemin ŞENYÜREK (Istanbul)
Ediz ALTINLI (Istanbul)	Tayfun KARAHASANOĞLU (Istanbul)	Mustafa TAŞKIN (Istanbul)
Nusret ARAS (Ankara)	Atila KORKMAZ (Ankara)	Korhan TAVİLOĞLU (Istanbul)
Oktar ASOĞLU (Istanbul)	Neşet KÖKSAL (Istanbul)	Cem TERZİ (Izmir)
Bilgi BACA (Istanbul)	Sezai LEVENTOĞLU (Ankara)	Bülent TIRNAKSIZ (Ankara)
Emre BALIK (Istanbul)	Zafer MALAZGİRT (Samsun)	Koray TOPGÜL (Samsun)
Umut BARBAROS (Istanbul)	Selçuk MERCAN (Istanbul)	Fatih TUNCA (Istanbul)
Erdal Birol BOSTANCI (Ankara)	Güner ÖĞÜNÇ (Antalya)	Ahmet TÜRKÇAPAR (Ankara)
Dursun BUĞRA (Istanbul)	Mehmet Kemal ÖĞÜŞ (Antalya)	Ali UZUNKÖY (Şanlıurfa)
Yılmaz BÜYÜKUNCU (Istanbul)	Ceyhun ORAL (Istanbul)	Veli YALÇIN (Istanbul)
Ahmet ÇOKER (Izmir)	İlgin ÖZDEN (Istanbul)	Sümer YAMANER (Istanbul)
Sezai DEMİRBAŞ (Ankara)	M. Mahir ÖZMEN (Ankara)	Hakan YANAR (Istanbul)
Sinan ERSİN (Izmir)	Vahit ÖZMEN (Istanbul)	Nihat YAVUZ (Istanbul)
Emin ERSOY (Ankara)	Salih PEKMEZCİ (Istanbul)	Yunus YAVUZ (Istanbul)
Erhun EYÜBOĞLU (Istanbul)	Yavuz Selim SARI (Istanbul)	Osman YÜCEL (Istanbul)
Rasim GENÇOSMANOĞLU (Istanbul)	Kaya SARİBEYOĞLU (Istanbul)	Kağan ZENGİN (Istanbul)

Redaksiyon ve Düzelti / Editing: İsmail Cem SORMAZ

Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'nin Yayın Organıdır
Official Journal of the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery

Yazışma Adresi:

Dr. Levent Avtan
İstanbul Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Çapa 34390 İstanbul

Tel : (0212) 414 23 82

Faks: (0212) 534 16 05

e-posta: elcd@elcd.org

Abone Koşulları:

Yıllık 4 sayı abone bedeli 60 TL'dir. Dernek üyelerine ücretsiz gönderilmektedir. Kurumlar için 100 TL'dir. Abone olmak isteyenlerin abone bedelini ELCD'nin Türkiye İş Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi Çapa Şubesindeki 3092332 numaralı hesabına yatırmaları ya da derneğe üye olmaları gereklidir.

Annually subscription fee for outside Turkey is \$60 (4 issues). ELCD account number: 3092332 with Türkiye İş Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi Branch Çapa/Istanbul -Turkey

2013, Cilt / Volume 20, Sayı / Number 1-2-3-4

11. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi

Program	7
Sözlü Bildiri Özetleri	26
Video Bildiri Özetleri	60
Poster Bildiri Özetleri	86
KLİNİK ÇALIŞMA / Clinical Trial	158

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyon Yapılan İlk 124 Olgunun Analizi: Deneyimin Sonuçları

Ertan EMEK, Erdoğan M. SÖZÜER, Hızır Yakup AKYILDIZ, Muhammet AKYÜZ, Bahadır ÖZ,

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatı günümüzde en sık uygulanan laparoskopik ameliyatlardan biri haline gelmiştir. Bu çalışmada deneyimin Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatı sonuçlarını nasıl etkilediğini araştırmayı amaçladık.

Laparoscopic Nissen Fundoplication: Our experience with first 124 Cases

Laparoscopic Nissen Fundoplication operation, nowadays, has become one of the most frequent laparoscopic procedure. In this study, we aimed to investigate how experience effects the results of this operation.

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Başkan

Cavit AVCI

Genel Sekreter

M.Mahir ÖZMEN

Bilimsel Sekreteryâ

Umut BARBAROS

Hakan YANAR

Kongre Düzenleme Kurulu

Aydın ALPER

Levent AVTAN

Sinan ERSİN

Rasim GENÇOSMANOĞLU

Kaya SARİBEYOĞLU

Yabancı Davetli Konuşmacılar

Abe FINGERHUT, *France*

Catalin COPAESCU, *Romania*

Eduardo M. TARGARONA, *Spain*

Emanuele LEZOCHÉ, *Italy*

Igor E. KHATKOV, *Russia*

Jose Manuel SCHIAPPA, *Portugal*

Mohammed ABU HILAL, *U.K.*

Salvador Morales CONDE, *Spain*

Pascal WINTRINGER, *France*

Guy Bernard CADIERE, *France*

Karl MILLER, *Austria*

KURS PROGRAMI

02 EKİM 2013 – ÇARŞAMBA

SALON: WORKSHOP 2

Laparoskopik Cerrahide Temel Prensipler Kursu

Kurs Yöneticileri; Levhi Akın - Kayasarıbeyoğlu

13:30 - 13:45	Kursun Tanıtımı ve Kurs Öncesi Değerlendirme Testi
13:45 - 14:15	Açılış, Kursun Tanıtımı, Laparoskopinin Tanımı, Laparoskopinin Geçmişı ve Gelişimi Levhi Akın
14:15 - 14:45	Laparoskopik Cerrahide Kullanılan Aletler, Ameliyathane Donanımları Sibel Gelecek
14:45 - 15:15	Laparoskopik Cerrahide Uygun Hastalar, Kontrendikasyonlar ve Hasta Hazırlığı Kaya Sarıbeyoğlu
15:15 - 15:45	Kahve Arası
15:45 - 16:15	Laparoskopik Cerrahide Hasta Pozisyonları, Trokar Yerleşimleri, Pnömooperiton ve Ameliyathane Düzeni Can Keçe
16:15 - 16:45	Laparoskopide Dikiş, Anastomoz, Klip ve Stapler Kullanım Teknikleri Abdülkadir Bedirli
16:45 - 17:15	Laparoskopide Hemostaz, Onarım, Trokar Yeri Kapama Teknikleri Osman Şimşek
17:15 - 17:45	Farklı Minimal Invaziv Cerrahi Teknikleri: SILS, Robotik Cerrahi, NOTES Ergün Yücel
17:45 - 18:00	Kurs Sonrası Değerlendirme Testi ve Kapanış

SALON: MEETING 2

Laparoskopik Anti-Reflü Kursu

Kurs Yöneticileri; Sinan Ersin – Levent Avtan

- 13:00 - 13:15** Kurs öncesi değerlendirme testi
- 13:15 - 13:45 Gastroenterolog Gözüyle Reflü Hastalığında Tedavi, Cerrahi Endikasyonlar ve Cerrahi Geçiren Hastaların Sonuçları
Serhat Bor
- 13:45 - 14:00 Hiatal Bölgenin Cerrahi Anatomisi
Asım Cingi
- 14:00 - 14:25 GÖR Hastalığının Kliniği, Tanı Yöntemleri ve Barrett Özofagusu
Vahit Özmen
- 14:25 - 14:45 Laparoskopik Fundoplikasyon Teknikleri, Karşılaştırmalı Sonuçlar
Erhun Eyüboğlu
- 14:45 - 15:00 Cerrahi Teknikte Standart Aşamalar ve Püf Noktaları
Levent Avtan
- 15:00 - 15:15** Kahve Arası
- 15:15 - 15:35 Erken ve Geç Komplikasyonlar
Turgut İpek
- 15:35 - 16:00 Yama ile Onarım ve Nüks Olgulara Yaklaşım
Ahmet Türkçapar
- 16:00 - 16:20 Robot Cerrahisi
Sinan Ersin
- 16:20 - 16:40 Zor Olgulara Yaklaşım: Reflü ve Obezite Cerrahisi
M.Mahir Özmen
- 16:40 - 16:55 Endoskopik Tedavi Yöntemleri
Serhat Bor
- 16:55 - 17:20** Kurs Sonrası Değerlendirme ve Kapanış

SALON: MEETING 1

Laparoskopik Fıtık Cerrahisi Kursu

Kurs Yöneticileri; Metin Ertem – Ediz Altınlı

13:00 - 13:10	Kursun Tanıtımı Ve Kurs Öncesi Değerlendirme Testi
13:10 - 13:30	Kasık Bölgesi Posterior Anatomisi Serdar Yüceyar
13:30 - 13:50	Kasık Fıtığı Tamirinde Kullanılan Yamalar ve Aletler Aziz Sümer
13:50 - 14:15	TAPP: Teknik Basamakları Koray Topgül
14:15 - 14:40	TEP: Teknik Basamakları Ediz Altınlı
14:40 - 15:10	Değerlendirme
15:10 - 15:30	Kahve arası
15:30 - 15:55	Karın Ön Duvarı Anatomisi Süphan Ertürk
15:55 - 16:20	LVFO da Hasta Seçimi ve Hazırlığı Şenol Carıllı
16:20 - 16:40	LVFO Kullanılan Yamalar ve Aletler Hakan Gök
16:40 - 17:00	Laparoskopik Ventral Fıtık Onarım Tekniği(LVFO) Tarık Zafer Nursal
17:00 - 17:20	Laparoskopik Fıtık Cerrahisinde Oluşan Komplikasyonlar ve Çözümlenmeler Selin Kapan
17:20 - 17:30	Kurs Sonrası Değerlendirme Testi ve Kapanış

SALON: PHASELIS 2

Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Kursu

Kurs Yöneticileri; Hakan Yanar – Hakan Güven

13:30 - 13:40	Kursun Tanıtımı ve Kurs Öncesi Değerlendirme Testi
13:40 - 14:00	Temel bilgiler; Laparoskopik Cerrahi Anatomi, Ekipman ve Aletler, Ekartman, Anastomoz Yöntemleri A. Kessaf Aşlar
14:00 - 14:15	Komplikasyonlara Yaklaşım (Kanama, Üreter Yaralanması, Stapler Komplikasyonları vd.) Bilgi Baca
14:15 - 14:30	Laparoskopik Sağ Hemikolektomi, Transvers Kolon Rezeksiyonu Sezai Leventoğlu
14:30 - 14:45	Laparoskopik Sol Hemikolektomi ve Aşağı Anterior Rezeksiyon Hakan Yanar
14:45 - 15:00	Kahve Arası
15:00 - 15:15	Laparoskopik <i>İntersfinkterik</i> ve Abdominoperineal Rezeksiyon Hakan Güven
15:15 - 15:30	Transanal Endoskopik Mikrocerrahi Eray Kara
15:30 - 15:45	Rektal Prolapsusta Laparoskopik Girişimler Türker Bulut
15:45 - 16:00	Laparoskopik ve SILS Apendektomi Emre A. Canda
16:00 - 16:15	Kahve Arası
16:15 - 16:30	Laparoskopik Kolon ve Rektum Cerrahisi Sonuçları Hakan Güven
16:30 - 17:00	Zor Olgu Videoları Hakan Yanar
17:00 - 17:30	Kurs Sonrası Değerlendirme Testi ve Kapanış

SALON: MEETING 3

Laparoskopik Bariatrik Cerrahi Kursu

Kurs Yöneticileri; M. Mahir Özmen – Umut Barbaros

13:00 - 13:15	Kursun Tanıtımı ve Kurs Öncesi Değerlendirme Testi
13:15 - 13:35	Dünyada ve Türkiye’de Morbit Obezite Cerrahisinin Gelişimi Mustafa Taşkın
13:35 - 13:55	Obez Hastanın Multidisipliner Yaklaşımla Ameliyata Hazırlanması Volkan Genç
13:55 - 14:20	Laparoskopik Ayarlanabilir Mide Bandı Tekniği ve Sonuçları Münevver Moran
14:20 - 14:45	Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Tekniği ve Sonuçları M. Mahir Özmen
14:45 - 15:15	Gastrik By-pass Tekniği ve Sonuçları Cüneyt Kayaalp
15:15 - 15:35	Kahve arası
15:35 - 16:00	Mini By-pass Tekniği ve Sonuçları Halil Coşkun
16:00 - 16:25	BPD Tekniği ve Sonuçları Umut Barbaros
16:25 - 16:45	Bariatrik Cerrahide Yeni Ufuklar Yunus Yavuz
16:45 - 17:05	İkincil Cerrahi Girişimler Halil Coşkun –Umut Barbaros
17:05 - 17:25	Komplikasyonlara Yaklaşım Cem Parsak
17:25 - 17:40	Kurs Sonrası Değerlendirme Testi ve Kapanış

SALON: WORKSHOP 1

Tanısal ve Girişimsel Gastrointestinal Endoskopi Kursu

Kurs Yöneticileri; Rasim Gençosmanoğlu – Asım Cingi

13:00 - 13:20	Kursun Tanıtımı vte Kurs Öncesi Değerlendirme Testi Rasim Gençosmanoğlu
13:20 - 13:40	Endoskopi Öncesi Hasta Hazırlığı, Bilgilendirme, Antibiyotik Profilaksisi Manuk Manukyan
13:40 - 14:00	Üst ve Alt Sindirim Gastrointestinal Endoskopisinde Normal Anatomi ve Sık Rastlanan Lezyonlar Türker Bulut
14:00 - 14:20	Üst ve Alt Gastrointestinal Kanamalarında Girişimsel Endoskopi Kemal Dolay
14:20 - 14:40	Üst ve Alt Gastrointestinal Poliplerinde Polipektomi Teknikleri Yılmaz Büyükuncu
14:40 - 15:00	Enteroskopi, Kapsül Endoskopi Endikasyonları ve Uygulamaları Orhan Sami Gültekin
15:00 - 15:20	Kahve Arası
15:20 - 15:40	İleri Endoskopik Görüntüleme Teknikleri Rasim Gençosmanoğlu
15:40 - 16:00	Endoskopik Mukozal Rezeksiyon (EMR), Endoskopik Submukozal Diseksiyon (ESD) Asım Cingi
16:00 - 16:20	Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG), Perkütan Endoskopik Jejunostomi (PEJ) Sümer Yamaner
16:20 -17:40	Pratik Uygulamalar Grup Çalışması
17:40 -18:00	Kurs Sonrası Değerlendirme Testi ve Kapanış Asım Cingi

SALON: WORKSHOP 3

Endoskopi Hemşireliği Kursu

Kurs Yöneticileri; Semanur Pala – Songül Meşe

13:00 - 13:45	Endoskopik Aletlerin Tanıtımı
13:45 - 14:00	Kurs Öncesi Değerlendirme Testi Songül Meşe-Semanur Pala
14:00 - 14:25	Endoskopi: Tanımı, Tarihçesi ve Uygulama Alanları Nuray Akyüz
14:25 - 14:50	Endoskopinin Tanı ve Tedavideki Yeri ve Önemi İsmail Bilgiç
14:50 - 15:20	Kahve Arası
15:20 - 15:40	Endoskopik aletler: Temizlik ve Dezenfeksiyon Nasıl Yapılmalı Semanur Pala
15:40 - 16:00	Gastroskopi Öncesi Sırası ve Sonrasında Hemşirelik Bakım Yaklaşımları Songül Meşe
16:00 - 16:20	Kolonoskopi Öncesi, Sırası ve Sonrasında Hemşirelik Bakım Yaklaşımları Sonay Gökteş
16:20 - 16:40	Endoskopide Risk Faktörleri: Hasta ve Çalışanları Nasıl Koruyalım? Pakize Aygün
16:40 - 17:10	Olgu sunumları Nuray Akyüz
17:10 - 17:30	Kurs Sonrası Değerlendirme Testi ve Kapanış Songül Meşe

BİLİMSEL PROGRAM

02 EKİM 2013 – ÇARŞAMBA

12:30-13:00 Akılcı İlaç Kullanımı: Umut Barbaros

03 EKİM 2013 – PERŞEMBE

SALON : MEETING 1

Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Kursu

Kurs Yöneticileri; Deniz Şelimen – Özge Can

13:00 - 13:20	Kurs Öncesi Değerlendirme Testi Özge Can
13:20 - 13:45	Laparoskopi: Tanımı, Tarihçesi ve Uygulama Alanları Deniz Şelimen
13:45 - 14:10	Laparoskopide Yeni Teknikler ve Uygulamalar Tevfik Tolga Şahin
14:10 - 14:35	Hastanın Laparoskopisi için Hazırlanması Özge Can
14:35 - 15:00	Laparoskopi Sırasında Hemşirelik Açısından Yapılması Gerekenler Suna Özbay
15:00 - 15:15	Kahve Arası
15:15 - 15:40	Laparoskopi sonrasında hasta izlemi Fatma Vural
15:40 - 16:05	Laparoskopik aletlerin temizlik ve bakımı Çiler Özenli
16:05 - 16:45	Olguların sunumları Meryem Yavuz Laparoskopik Morbid Obezite Olgusu Zeynep Mumcu Laparoskopik Kolon Cerrahisi Olgusu Yeliz Ciğerci Laparoskopik Kasık Fıtığı Olgusu Ayla Yavuz Karamanoğlu
16:45 - 17:30	Laparoskopik Aletlerin Tanıtımı
17:30 - 17:50	Kurs Sonrası Değerlendirme Testi ve Kapanış Özge Can

SALON: PHASELIS 2

- 08:30 - 09:00 **Açılış Töreni**
- 09:00 - 10:00 **PANEL (1) : Safra Kesesi ve Safra Yolları Cerrahisi**
Oturum Başkanı : Ahmet Çoker
Laparoskopik Cerrahinin 25.Yılında Safra Yolu Neden Yaralanır?
Kaya Sarıbeyoğlu
Akut Kolesistit'te Güvenli Laparoskopik Teknik
Aydın Alper
Laparoskopik Koledok Cerrahisi
Osman Abbasoğlu
ERCP'nin Safra yolu Cerrahisinde Yeri
Yaman Tekant
- 10:00 - 10:30 **KONFERANS (1)**
Oturum Başkanı : Cavit Avcı
Laparoskopik Kolesistektomide Komplikasyon Yönetimi
Jose Schiappa
- 10:30 - 11:00 **Kahve Arası**
- 11:00 - 12:00 **PANEL (2) : Robot Yardımlı Laparoskopik Cerrahi**
Oturum Başkanı : Selçuk Mercan
Robotik Bariatrik Cerrahi
Halil Alış
Mide Kanserinde Gastrik Rezeksiyon
Orhan Alimoğlu
Rektum Kanserinde Robotik Cerrahi
Tayfun Karahasanoğlu
- 12:00 - 12:30 **KONFERANS (2)**
Oturum Başkanı : Sümer Yamaner
Erken Evre Rektum Tümörü – TEM
Emanuele Lezoche
- 12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**
- 13:30 - 14:15 **VİDEO PANEL (1) : Laparoskopik Kolon ve Rektum Cerrahisi**
Oturum Başkanı : Levhi Akın
Rektal Prolapsus: Rezeksiyon, Rektopeksi
Sezai Demirbaş
Rektum Kanserinde TME
Bırol Bostancı
Stapler Trans-Anal Rezeksiyon (STAR)
Türker Bulut
- 14:15 - 15:00 **PANEL (3) : Laparoskopik Özofagogastrik Bölge Cerrahisi**
Oturum Başkanı : Abdullah İğci
Anti-Reflü Cerrahide Komplikasyondan Kaçınma Yolları
Vahit Özmen
Zor-İkincil (Redo) Olgulara Yaklaşım ve Yama Kullanımı
Turgut İpek
Akalazya'da Laparoskopik Cerrahi
Sinan Ersin
- 15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:00

KONFERANS (3)

Oturum Başkanı : Musa Akoğlu

Minimal İnvaziv Mide Cerrahisi

Pascal Wintringer

16:00 - 16:30

SEÇİLMİŞ VİDEO OTURUMU - (Meeting 1)

Oturum Başkanı : Sinan Ersin

**Jüri: Ahmet Çoker, Yaman Tekant, Zafer Malazgirt
VS1, VS2, VS3, VS4, VS5**

16:30 - 17:45

PANEL (4) : Endokrin ve Metabolik Cerrahi

Oturum Başkanı : Yeşim Erbil

Minimal İnvaziv Endokrin Cerrahinin Dünü, Bugünü, Yarını

Seher Demirer

Tiroid ve Paratiroid Cerrahisinde Minimal İnvaziv Yaklaşımlar

Özer Makay

Laparoskopik Korteks Koruyucu Adrenalektomi

Mehmet Hacıyanlı

Nöro Endokrin Tümörlerde Minimal İnvaziv Pankreas Cerrahisi

Pascal Wintringer

Metabolik Cerrahide Hasta ve Yöntem Seçimi

Alper Çelik

MEETING 1 SALONU

Sözel Bildiri Oturumları – 1

17:45 - 19:15 Oturum Başkanları: Yılmaz Büyükuncu-Kemal Dolay
SS7, SS8, SS9, SS10, SS11, SS12, SS13, SS14, SS15

MEETING 2 SALONU

Sözel Bildiri Oturumları – 2

17:45 - 19:15 Oturum Başkanları: Mehmet Hacıyanlı-Tolga Şahin
SS16, SS17, SS18, SS19, SS20, SS21, SS22, SS23, SS24, SS25

MEETING 3 SALONU

Sözel Bildiri Oturumları – 3

17:45 - 19:15 Oturum Başkanları: Yılmaz Başar-Koray Topgül
SS26, SS27, SS28, SS29, SS30, SS31, SS32, SS33

WORKSHOP 1 SALONU

Video Bildiri Oturumları – 1

18:00 - 19:20 Oturum Başkanları: Güner Ögünç-Mehmet Görgün
VS6, VS7, VS8, VS9, VS10, VS11, VS12, VS13

WORKSHOP 2 SALONU

Video Bildiri Oturumları – 2

17:45 - 19:15 Oturum Başkanları: Serdar Yüceyar-Şenol Çarılı
VS14, VS15, VS16, VS17, VS18, VS19, VS20, VS21, VS22

WORKSHOP 3 SALONU

Video Bildiri Oturumları – 3

18:00 - 19:20 Oturum Başkanları: Acar Aren-Hayrullah Derici
VS23, VS24, VS25, VS26, VS27, VS28, VS29, VS30

19:30 Açılış Töreni ve Konferans
Fotograf ve Videolarla "GEÇMİŞ 10 KONGREMİZDEN ANILAR"
Cavit Avcı

21:30 AÇILIŞ KONSERİ
Sinan Erkoç Orkestrası
(Amfi Tiyatro)

SALON: PHASELIS 2

08:30 - 09:15

VİDEO FORUM (1) : En Zor Olgum (White Videos)
Oturum Başkanı : Levent Avtan

Catalin Copaescu, Servet Karahan, Salih Pekmezci, Abdülkadir Bedirli, Cüneyt Kayaalp, Can Kece

09:15 - 10:00

MODİFİYE CANLI YAYIN (1) (Eşzamanlı İki Ameliyat)
Oturum Başkanı : Cem Terzi

Laparoskopik Sağ Hemikolektomi (1.ameliyathane)
Sümer Yamaner

Laparoskopik Sol Kolon Rezeksiyonu (2.ameliyathane)
Metin Ertem

10:00 - 10:30

Kahve Arası

10:30 - 11:30

PANEL (5) : Laparoskopik Rektum Kanseri Cerrahisinde Zorluklar
Oturum Başkanı : Cem Terzi

Dar Pelvis-Zor Rektal Transeksiyon
Bilgi Baca

Kanama (Pelvik, IMV, IMA)
Korhan Taviloğlu

Stapler Komplikasyonları
Eray Kara

Diğer intraoperatif zorluklar: Uzun Sigmoid, Kalın Mezo, Zor Fleksura
Hakan Yanar

11:30 - 12:00

KONFERANS (4)
Oturum Başkanı : Vahit ÖZMEN

Onkolojik Hastalarda Laparoskopik Cerrahi
Igor Khatkov

12:00 - 12:30

Uydu Sempozyumu:



Oturum Başkanı : M. Mahir ÖZMEN

Laparoskopik Kasık Fıtığında Fiksasyonsuz Yöntem – Yeni Ufuklar : (Lap Progrid)
Umut Barbaros

12:30 - 13:30

Öğle Yemeği

13:30 - 14:00

SEÇİLMİŞ BİLDİRİ OTURUMU - (Meeting 1)
Oturum Başkanı : Korhan Taviloğlu

Juri: Kaya Sarıbeyoğlu, Atila Korkmaz, Levhi Akın
SS1, SS2, SS3, SS4, SS5, SS6

14:00 - 15:00

VİDEO PANEL (2) : Laparoskopik Hepato-Pankreatik Cerrahi
Oturum Başkanı : Sadık Kılıçturgay

Hepatektomi
Moh'd Abu-Hilal

Pankreatiko-duodenektomi
Igor Khatkov

Distal Pankreatektomi
Salvador Morales-Conde

15:00 - 15:30

Kahve Arası

15:30 - 16:00

VİDEO FORUM (2) : En Kötü Olgum (Black Videos)
Oturum Başkanı : Erdoğan Sözüer

Kanama, Organ Yaralanması, Anatomik Malformasyon, Stapler Komplikasyonu
Abe Fingerhut, Jose Schiappa, Hakan Yanar, Umut Barbaros, Emre Canda, Tolga T. Şahin

16:00 - 17:30

PANEL (6) : Acil Laparoskopik Girişimler
Oturum Başkanı : Cemalettin Ertekin

Bağırsak Obstrüksiyonunda Laparoskopik Adezyolizis
Salih Pekmezci

Laparoskopik Peptik Ülser Cerrahisi
Abe Fingerhut

Laparoskopik Komplike Divertikülit Tedavisi
Sezai Leventoğlu

Laparoskopik-Endoskopik Pankreatik Nekrozektomi
Cemalettin Ertekin

Travmada Laparoskopisi
Acar Aren

MEETING 1 SALONU

Sözel Bildiri Oturumları – 4

17:45 - 19:25

Oturum Başkanları: Erdoğan Sözüer-Barış Zülfikaroğlu
SS34, SS35, SS36, SS37, SS38, SS39, SS40, SS41, SS42, SS43

MEETING 2 SALONU

Sözel Bildiri Oturumları – 5

17:45 - 19:15

Oturum Başkanları: Abdullah İğci-Emre Canda
SS44, SS45, SS46, SS47, SS48, SS49, SS50, SS51, SS52

MEETING 3 SALONU

Sözel Bildiri Oturumları – 6

17:45 - 19:15

Oturum Başkanları: A.Keşşaf Aşlar-Sezai Leventoğlu
SS53, SS54, SS55, SS56, SS57, SS58, SS59, SS60

WORKSOP 1 SALONU

Video Bildiri Oturumları – 4

17:45 - 19:15

Oturum Başkanları: Cüneyt Kayaalp-Can Keçe
VS31, VS32, VS33, VS34, VS35, VS36, VS37, VS38, VS39

PHASELIS 2 SALONU

Video Bildiri Oturumları – 5

17:45 - 19:15

Oturum Başkanları: Abdülkadir Bedirli-Ümit Gür
VS40, VS41, VS42, VS43, VS44, VS45, VS46

21:00

Küba ve Latin Orkestrası
(Amfi Tiyatro)

SALON: PHASELIS 2

08:30 - 09:15

VİDEO PANEL (3) : Laparoskopik Obezite Cerrahisi
Oturum Başkanı : Mustafa Şahin

Sleeve Gastrektomi (LSG)
M.Mahir Özmen

Duodenal Switch
Koray Tekin

Re-do Cerrahi (*Bant'tan-LSG'ye ve LSG'den-Bypass'a*)
Ahmet G. Türkçapar

09:15 - 10:00

MODİFİYE CANLI YAYIN (2) (Eşzamanlı İki Ameliyat)
Oturum Başkanı : Güner Ögünç

Laparoskopik Gastrik By-Pass (*1.ameliyathane*)
Umut Barbaros

Laparoskopik Mini Gastrik By-Pass (*2.ameliyathane*)
Halil Coşkun

10:00 - 10:30

Kahve Molası

10:30 - 11:30

PANEL (7) : Bariatrik Cerrahide Yöntem Seçimi
Oturum Başkanı : Mustafa Taşkın

Neden Sleeve Gastrektomi Yaparım?
Catalin Copaescu

Kime Gastrik Bant Takarım?
Karl Miller

Gastrik By-Pass Uygulama Nedenlerim
Mehmet Görgün

Endoluminal Girişimlerin Yeri
Yunus Yavuz

11:30 - 12:00

KONFERANS (5)
Oturum Başkanı : M. Mahir Özmen

Bariatrik Cerrahide Komplikasyon Yönetimi
Karl Miller

12:00 - 12:30

"Humanity and Laparoscopic Surgery in Africa, Worldwide Experience of a Pioneer":
G. B. Cadiere
Yaşam Boyu Hizmet Ödülleri (Life Time Achievement Award)
Bildiri Ödülleri


12:30 - 13:30

Öğle Yemeği

13:30 - 14:30

PANEL (8) : Endoskopik/Laparoskopik Cerrahide Yeni Ufuklar
Oturum Başkanı : Erhun Eyüpoğlu


Robot Yardımlı Laparoskopik Cerrahi
İsmail Hamzaoğlu
Tek Kesiden Laparoskopik Cerrahi
Levent Avtan

Doğal Deliklerden Transendoskopik Cerrahi (NOTES) 
Eduardo Targarona

Endoskopide Yeni Tedavi Girişimleri
Rasim Gençosmanoğlu

14:30 - 15:00

KONFERANS (6)
Oturum Başkanı : Neşet Köksal

SILS /Standart Laparoskopik Splenektomi 
Eduardo Targarona

15:00 - 15:30


Kahve Molası

15:30 - 16:30

PANEL (9) : Karın Duvarı Fıtıklarında Laparoskopik Onarım
Oturum Başkanı : Zafer Malazgirt

Kasık Fıtığında Laparoskopik Cerrahi Seçimi
Metin Ertem

Ventral Hernide Kime Hangi Yama?
Ediz Altınlı

Zor Olgularda Yönetim Yolları 
Salvador Morales-Conde

Komplikasyonlara Yaklaşım (Erken-Geç)
Melih Paksoy

16:30 - 17:30

PANEL (10) : Endoskopik - Laparoskopik Cerrahi Uygulamalarının Adli Tıp Boyutu
Oturum Başkanı : Oğuz Polat

Etik Sorunlar
Semih Baskan

Yaşanmış Olgü Sunumu
Rasim Gençosmanoğlu

Adli Tıp ve Hukuki Bakış Açısı
Nevzat Alkan

MEETING 1 SALONU

Sözel Bildiri Oturumları – 7

17:45 - 19:15

Oturum Başkanları: Atila Korkmaz-Ali Uzunköy
SS61, SS62, SS63, SS64, SS65, SS66, SS67, SS68, SS69

MEETING 2 SALONU

Video Bildiri Oturumları – 6

17:45 -19:15

Oturum Başkanları: Hamdi Güngel-Servet Karahan
VS47, VS48, VS49, VS50, VS51, VS52, VS53, VS54, VS55

MEETING 3 SALONU

Video Bildiri Oturumları – 7

17:45 - 19:15

Oturum Başkanları: Eray Kara- Hakan Yanar
VS56, VS57, VS58, VS59, VS60, VS61, VS62, VS63

PHASELIS II SALONU

Video Bildiri Oturumları – 8

17:45 - 19:15

Oturum Başkanları: Orhan Alimoğlu-Münevver Moran
VS64, VS65, VS66, VS67, VS68, VS69, VS70, VS71

WORKSHOP 1 SALONU

Video Bildiri Oturumları – 9

17:45 - 19:15

Oturum Başkanları: Semra Günay-Birol Bostancı
VS72, VS73, VS74, VS75, VS76, VS77, VS78, VS79, VS80

21:30 -

Havuz Partisi
Gökhan Durgut ve Orkestrası



**Endoskopik
Laparoskopik
& Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi**

SÖZLÜ SUNUMLAR

SS -1 KASIK FITİĞİ ONARIMINDA LAPAROSKOPIK TEP VE TAPP UYGULAMASI :DOĞRULAR-YANLIŞLAR

EDİZ ALTINLI ¹, AZİZ SÜMER ²

¹ TC İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

² YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, VAN

Amaç:

Kasık fitiği ameliyatları genel cerrahi pratiğinde en sık uygulanan ameliyatlardandır. 1987 yılında laparoskopik kolesistektomi ile birlikte minimal invaziv girişimler hemen hemen cerrahinin tüm alanlarına uygulanmaya başlanmıştır. 1993 yılında laparoskopik kasık fitiği ameliyatları yapılmaya başlanmıştır. Çalışmamızda laparoskopik yöntemle kasık fitiği tamiri uyguladığımız vakaları ve edindiğimiz deneyimlerimizi video destekli paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntem:

2004-2013 yılları arasında laparoskopik kasık fitiği tamiri uyguladığımız 389 olguyu geriye dönük olarak inceledik. 157 olgu AS ve EA tarafından beraber, diğer olgular AS ve EA tarafında ayrı ayrı ameliyat (77/155 olgu) edilmiştir. Olguların demografik verileri, fitik tipleri, uygulanan operasyon teknikleri, intra ve postoperatif komplikasyonları, ameliyat süresi, hastanede kalış süreleri ve açığa dönme oranları değerlendirilmiştir.

Bulgular:

389 olgunun 337 erkek ve yaş ortalaması 42 yaş idi (18-80 yaş arası). Olguların 121'inde iki taraflı kasık fitiği tespit edildi. İndirek fitik çoğunlukta olup 249 olguda saptandı. 44 olgu nüks kasık fitiği nedeniyle opere edildi. Olguların 41'ine Laparoskopik TAPP uygulandı. 348 olguya Laparoskopik TEP uygulandı. TAPP uygulanan olguların 26'sı nüks nedeniyle re-opere edilen olgulardı.11 olguda epigastrik yaralanma saptandı. 3 olguda TEP işleminden TAPP işlemine geçildi. Postoperatif dönemde 28 olguda seroma saptandı. 389 olgunun 3'ünde nüks tespit edilmiş olup, 2 olgu TAPP bir olgu ise açık yöntemle tekrar onarım yapıldı.2 olguda teknik nedenlerle açık işleme geçildi. Ortalama operasyon süresi tek taraflı fitiklerde 30 dk (17-64), iki taraflı fitiklerde 45 dk (30-75), nüks fitiklerde 50 dk (40-90) olarak tespit edildi. Hastanede kalış süresi ortalama 2 gündü (1-3).Olguların yaklaşık 154 ü (%39) başka nedenlerle tarafımızca ortalama 2 yıl sonra tekrar görülmüştür. Ülkemiz şartlarında %61 olgunun takibi istemsiz olarak yapılamamıştır. Elimizdeki verilere göre nüks oranımız 154/3 olup,%1.9 dur.

Sonuç:

Laparoskopik kasık fitiği tamirinin hastanede kalış süresinin kısa, normal yaşama erken dönme, daha az analjezik ilaç kullanımı gibi avantajları birçok çalışmada ortaya konmuştur. Kasık fitiklerinin laparoskopik yöntemle ile onarılması (TEP ya da TAPP) güvenli bir yöntemdir. Kesin nüks oranını tam değerlendirmek ülkemiz şartlarında mümkün olmayıp, tarafımızca bulunan %1.9 değerlerden daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

SS -2 NEKROTİZAN PANKREATİTTE ALTERNATİF MİNİMAL İNVAZİV TEDAVİ YÖNTEMİ: ENDOSKOPIK RETROPERİTONEAL NEKROZEKTOMİ VE DEBRİDMAN (ERND)

A.F.KAAN GÖK , MEHMET İLHAN , MUHAMMED ÜÇÜNCÜ , HAKAN YANAR , KAYIHAN GÜNAY , RECEP GÜLOĞLU , CEMALETTİN ERTEKİN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, TRAVMA VE ACİL CERRAHİ SERVİSİ

Amaç:

İnfekte nekrotizan pankreatitli hastalarda laparotomi hastanın genel durumu bozulduğunda veya çoklu organ yetmezliği gelişmesi durumlarında yapılmaktadır. Genel durumu bozuk hastalara ameliyat travmasını yüklemeyen, retroperitoneal alandan genel anestezi altında yapılan laparoskopik girişimlerin lokal anestezi ve sedasyon eşliğinde endoskopik olarak yapılabilir ve alternatif bir yol olabilir.

Gereç ve Yöntem:

Kasım 2006 ve Ağustos 2013 tarihleri arasında nekrotizan pankreatit tanısı ile yatırılan 112 olgudan onuna endoskopik retroperitoneal nekrozektomi ve drenaj (ERND) uygulandı. Sol retroperitoneal bölgede sıvı koleksiyonu olan uygun hastalara ERND yapabilmek amacıyla lokal anestezi eşliğinde ve bilgisayarlı tomografi (BT) rehberliğinde 15 milimetrelik laparoskopik trokar yerleştirildi. Çift kanallı gastroskop kullanılarak basket kateter yardımıyla nekrozektomi ve debridman yapıldı. ERND sonrası pankreas lojuna endoskop yardımıyla 10 milimetrelik Jackson-Pratt dren yerleştirildi. Yapılan tüm işlemler video ile kaydedildi. ERND öncesi ve sonrası BT'ler fotoğraflandı.

Bulgular:

ERND yapılan 10 olgudan genel anesteziyi kaldıramayacak derecede ciddi yandaş kardiyopulmoner sistem hastalıkları olan bir hasta işlem sonrası iki hafta yoğun bakımda takip edildikten sonra kaybedildi. Hastaneye başvuru esnasında Ranson 4 nekrotizan pankreatit tanısıyla yoğun bakımda takip edilen bir hasta multi organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi. Bir olguda endoskopun karın içerisine girmesi nedeniyle işlem sonlandırıldı ve yoğun bakım takibinde kaybedildi. ENRD mortalitesi % 33 olarak saptandı. Dokuz hastada işlem sonrası dönemde pankreas lojunda nekrotik materyal kalmadığı BT ile saptandı. Üç hastada ERND sonrası pankreas fistülü gelişti, ERCP ile Wirsungotomi yapıldı. Hiçbir hastada ERND'ye bağlı içi boş organ yaralanması ya da vasküler yaralanma gelişmedi.

Sonuç:

Nekrotizan pankreatitin mortalitesi, gelişmiş tedavi yöntemleri ve yoğun bakım şartlarına rağmen, halen % 40-50 civarında seyretmektedir. Açık cerrahi ve ERND uyguladığımız hastalarda mortalite oranları çok farklı olmamakla beraber, sol retroperitoneal bölgede sıvı koleksiyonu olan uygun

hastalara, ERND yaparak hastaların genel anestezi ve ameliyat travmasından korunacağına, olgu sayısının çoğalmasıyla açık cerrahi ve ERND arasındaki farkın açığa çıkacağına ve seçilmiş hastalarda ERND'nin güvenle uygulanabileceğine inanmaktayız.

SS -3 LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİDE TISSEEL VE GORE-SEAMGUARD UYGULAMASININ KARŞILAŞTIRILMASI

M.MAHİR ÖZMEN ^{1,2}, SİBEL GELECEK ¹, İSMAİL BİLGİÇ ¹, TOLGA ŞAHİN ², EMRE GÜNDOĞDU ¹, EMİR GÜLDOĞAN ¹, MÜNEVVER MORAN ¹

¹ ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş ve Amaç

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) son yıllarda morbid obezite cerrahi tedavisi için kabul görmüş bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmanın amacı LSG sırasında kullanılan *Tisseel ve Gore-Seamguard* uygulamalarının karşılaştırılmasıdır.

Hastalar ve Yöntem

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniklerinde aynı cerrah tarafından 135 hastaya stapler hattı güçlendirici malzeme kullanılarak LSG yapılmıştır. Debandig yapılan 15 hasta çalışma dışı bırakılarak ortalama yaşı 40 (23-62) olan 120 (23E) hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular

54 hastaya Tisseel uygulaması, 66 hastaya da Gore-Seamguard uygulaması yapılmıştı. Ortalama Beden kitle indeksi 48(40-65) kg/m² idi. Ortalama ameliyat süresi, SeamGuard grubunda anlamlı biçimde daha kısaydı (46 vs 60dk). Ortalama hastanede kalış süresi 5 gün olup bütün hastalara postoperatif 3. veya 4. gün skopi ile kaçak kontrolü yapılmıştır. Postoperatif kaçak sadece Tisseel grubundaki 2 hastada gelişti(%1.6). Gastrektomi kenarından kanama sadece 1 hastada gözlemlendi; bu hastaya Gore-Seamguard uygulanmıştı (%0.8). Postoperatif drenaj miktar karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (130 vs 165ml). Maliyet olarak bakıldığında Gore-seamguard Tisseelden 4 kat daha pahalı idi.

Sonuçlar

Stapler hattını güçlendirmek etkin bir yöntemdir ve iki uygulama arasında hastanede kalış süresi, komplikasyon ve drenaj miktarları açısından fark bulunmamıştır. Öte yandan ameliyat süresi *Gore-Seamguard* uygulanan grupta daha kısa; maliyet ise *Tisseel* uygulanan grupta da daha düşük olarak bulunmuştur.

SS -4 ROBOT-YARDIMLI LAPAROSKOPİK NİSSEN ROZETTİ FUNDOPLİKASYON: ERKEN SONUÇLARIMIZ

ÖZGÜR FIRAT , TAYLAN ÖZGÜR SEZER , ALPER UĞUZ , SİNAN ERSİN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ, İZMİR

Amaç:

Robot-yardımlı laparoskopik cerrahi ergonomik, 3D görüntü sağlayan ve yüksek manevra kabiliyetine sahip olması gelecek için umut vaat etmektedir. Ancak uzun ameliyat süresi, yüksek maliyet ve dokunma duyusunun olmayışı dezavantajı gibi görülmektedir. Bu çalışmada; gastroözefageal reflü tanısı almış ve robot-yardımlı laparoskopik Nissen-Rozetti fundoplikasyon uygulanan hastaların erken sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Mayıs 2012 ile Ocak 2013 arasında 17 hastaya gastroözefageal reflü tanısı ile robot-yardımlı laparoskopik Nissen –Rozetti fundoplikasyon ameliyatı uygulandı. Hastalar geriye dönük değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Bu hastalardan 16'sı robot yardımlı laparoskopik yöntemle tamamlandı. Bir hastada ise laparoskopik yöneme geçildi. Mortalite ve morbidite saptanmadı. Hastanede ortalama kalış süresi laparoskopik yöntemle aynı idi (2.7 gün). Ancak operasyon süresi ve maliyet robot-yardımlı yöntemde laparoskopik yöneme göre daha fazla idi.

Sonuç:

Robot yardımlı Laparoskopik Nissen-rozetti Fundoplikasyon laparoskopik yöntem kadar güvenli ve kolay uygulanabilmektedir. Ancak Robot –yardımlı laparoskopik Nissen-Rozetti fundoplikasyonun maliyeti yüksek ve operasyon süresi uzundur.

SS -5 SAFRA YOLU TAŞLARININ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK KOLEDOK EKSPLOASYONU İLE ERCP'İNİN KARŞILAŞTIRILMASI

BORA KOÇ , SERVET KARAHAN , GÖKHAN ADAŞ , FIRAT TUTAL , AYHAN ÖZSOY , TUNA GELDİGİTTİ

OKMEYDANI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ , 2.CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Dünyada hali hazırda safra yolu taşlarının tedavisinde sıklıkla kullanılan girişim endoskopik retrograd kolanjiopankreatografidir (ERCP). Laparoskopik cerrahide yeni teknik ve ekipmanların geliştirilmesiyle beraber safra yolu taşlarının tedavisinde laparoskopik koledok eksplorasyonu seçeneği son yıllarda öne

çıkılmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız semptomatik safra yolu taşlarının tedavisinde laparoskopik koledok eksplorasyonu ve ERCP'nin sonuçlarını prospektif olarak değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniği'ne Ocak 2008 ile Eylül 2011 tarihleri arasında kolelitiazis+koledokolitiazis tanılılarıyla yatırılarak tedavi edilen 120 hasta araştırmaya dahil edildi. Çalışma ERCP'yi takiben Laparoskopik Kolesistektomi ve Laparoskopik Koledok Eksplorasyonu+Kolesistektomi olmak üzere randomize kontrollü iki gruba ayrıldı.

Bulgular:

Laparoskopik koledok eksplorasyonu grubundaki 2 hastada peroperatif distal koledok tümörü saptanması nedeniyle whipple prosedürü uygulanmış, 1 hastada laparoskopik eksplorasyonu geçirilmiş tüberküloz peritonite bağlı ileri derece yapışıklıklar nedeniyle başarısız olduğu için konvansiyonel koledok eksplorasyonu yapılmıştır. Diğer gruptaki 2 hastada ERCP sırasında distal koledok tümörü saptanmış, 1 hasta ERCP sonrası taburcu edildikten sonra akut miyokard enfarktüsü geçirmesi nedeniyle çalışma dışı tutulmuş, 3 hasta da tedavilerine kendi isteği ile devam etmemiştir. Sonuç olarak araştırmaya 57'si laparoskopik koledok eksplorasyonu ve 54'ü ERCP ile safra yollarındaki taşları alınan toplam 111 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %64'ü kadın %36'sı erkeklerden oluşmaktadır. Laparoskopik Koledok Eksplorasyonun grubunun ameliyat süresi ortalaması 93,47±32,06 iken ERCP+Kolesistektomi grubunun ortalaması 123,33±36,07 dakikadır. Lap. Koledok Eksplorasyonu grubunun Koledokoskopi süre ortalaması 21,17±6,17 dakikadır. Safra yolu taşlarını temizlemede başarı oranı ERCP+Laparoskopik Kolesistektomi için 90,75% ve laparoskopik koledok eksplorasyonun için 94,80% bulunmuştur. Laparoskopik Koledok Eksplorasyonu grubunda komplikasyon gözlenen 6 hastanın 2'sinde safra fistülü, 2 hastada rekürren taş ve safra fistülü, 1 hastada kolanjit, 1 hastada bilyer yarananma komplikasyonları tespit edilmiştir.

Sonuç:

Safra yolu taşlarının tedavisinde laparoskopik koledok eksplorasyonun yeri her geçen gün artmaktadır. Hastalara tek seanslı tedavi şansı vermesi ve fizyolojik oddi sfinkter fonksiyonunu bozmaması bunun sonucu olarak da duodenal reflü, retrograd kolanjit, papiller stenoz gibi geç dönem komplikasyonlarının gözlenmemesi nedeniyle safra yolu taşlarının tedavisinde tercih edilebilir.

SS -6 ENDOSKOPİK SUBMUKOZAL DİSEKSİYON SONUÇLARIMIZ; TEK MERKEZ DENEYİMİ 92 OLGU

FATİH ASLAN, EMRAH ALPER , BELKİS ÜNSAL

KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

Amaç:

Endoskopik submukozal diseksiyon (ESD); lokalizasyon ve boyuta bakılmaksızın, uzak metastaz ve lenf nodu tutulumu olmayan, erken evre gastrointestinal kanserlerin tedavisinde etkin tedavi yöntemlerinden biridir. ESD tümoral dokunun en-blok olarak çıkarılabilmesini sağlayarak, gastrointestinal kanserlerin tedavisinde yüksek düzeyde tam rezeksiyon oranı sağlamaktadır.

Gereç ve Yöntem:

01.04.2012 ile 27.08.2013 tarihleri arasında Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji kliniğinde ESD uygulanan hastaların, klinik özellikleri, lezyonların histopatolojik sonuçlarını, işlem sırası ve sonrasında gelişen komplikasyonları incelendi.

Bulgular:

Seksen altı hastaya 92 ESD uygulandı. Hastaların 40 Erkek, 46'u kadındı. Yaş ortalaması 60,98± 11,42 yılı. Kırk dokuz hastaya özofagus ve gastrik ESD, 43 hastaya kolorektal ESD uygulandı. ESD öncesi değerlendirmede Paris sınıflamasına göre lezyonlar: 30 hastada 1s , 19 hastada 2a, 3 hastada 2b , 16 hastada 1s+2a , 22 hastada 2a+2c olarak sınıflandırıldı. Endoskopik ultrasonografiye göre lezyonların hiçbirinde submukozal invazyon bulgusu yoktu. Lezyon lokalizasyonları kolorektal ESD uygulanan hastalarda 29'i sol kolon, 14 'ü sağ kolonda uygulanırken, üst GIS ESD uygulanan hastalarda, 2'si özofagus, 18'si proksimal mide, 29'i distal mide de uygulandı. Hastaların 90'nına ESD başarıyla (%97,82) uygulanırken, 2 hastada tam rezeksiyon (%2,18) yapılamadı. Hastaların %93'sinde lezyon en-blok olarak çıkarıldı. Çıkarılan örnek boyutu ve lezyon boyutu arasında anlamlı fark mevcuttu (p<0,001). Ortalama işlem süresi 75,89±65,1 (60: 10- 400) dakikaydı. İşlem sırası ve sonrasında 1 hastada makroperforasyon ve 1 hastada gecikmiş perforasyon gözlemlendi. Makroperforasyon gelişen hasta endoskopik olarak başarıyla tedavi edilirken, diğer hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonrası 27 hastada intramukozal karsinom saptandı. Displazi değerlendirmesinde 58 hastada (%64,1) orta-yüksek derecede displazi mevcuttu. Kontrol endoskopisi yapılan hastaların hiçbirinde rekürrens veya rezidü lezyon gözlenmedi.

Sonuç:

Erken evre gastrointestinal kanserlerin tedavisinde yüksek tam rezeksiyon oranı, düşük rekürrens oranıyla endoskopik submukozal diseksiyon yöntemi gastrointestinal traktın her lokalizasyonunda uygulanabilen etkin ve güvenli yöntemdir.

SS -7 AKALAZYANIN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİNDE ONYILLIK DENEYİM

ÖZGÜR FIRAT , TAYLAN ÖZGÜR SEZER, ALPER UĞUZ , SİNAN ERSİN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ, İZMİR

Amaç:

Akalazyaya özofagusun primer motor fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanabilir. Fiziopatolojisinde aşağı özofagus sfinkterinin gevşeme yetersizliği sorumlu tutulmaktadır. Tedavisinde ise; sfinkter basıncı palyatif olarak düşürülmesi hedef alınmaktadır. Bu çalışmanın amacı; akalazyaya tanısı almış ve tek merkezde uygulanan laparoskopik Heller myotomi ile birlikte Dor fundoplikasyon uygulanmış hastaları geriye dönük değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2003 ile Ocak 2013 arasında 85 hasta akalazyaya tanısı ile kliniğimize başvuran hastalar geriye dönük değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Bu hastaların 78'ine Laparoskopik Heller myotomi ve Dor fundoplikasyon uygulandı. Hastalarda peroperatuar ve postoperatuar komplikasyon görülmedi. Diğer 7 hasta ise pnömatik dilatasyon sırasında perforasyon gerçekleştiği için acil ameliyata alındı. Bunların 4'üne laparoskopik 3'üne ise açık yöntemle Heller myotomi ve fundal yama uygulandı. Laparoskopik onarım uygulanan 1 hasta kaçak ve sepsis nedeniyle exitus oldu.

Sonuç:

Akalazyaya tedavisinde laproskopik Heller myotomi ile birlikte Dor fundoplikasyon yeterlidir ve elektif şartlarda güvenle uygulanabilir. Ancak; acil şartlarda dilatasyon uygulanıp komplikasyon gelişen hastalarda veya tekrarlayan hastalık durumlarında veya ileri evre hastalık durumunda uygulanan cerrahi tedavide ise morbidite ve mortalite yükselebilir.

SS -8 ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI UYGULANACAK HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE BİLİNÇLİ SEDASYON UYGULANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

AYLİN AYDIN SAYILAN¹, SEHER DENİZ ÖZTEKİN²

¹ KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Endoskopik işlemlerde bilinçli sedasyonun, ciddi ve klinik açıdan önemli anksiyete durumunda uygulanması gereği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, endoskopi işlemi öncesi dönemde hastaların anksiyete düzeyi ile hastalara bilinçli sedasyon uygulanması durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı. Ciddi anksiyete durumunda bilinçli sedasyon uygulanma durumunu irdeleyen hemşirelik çalışmalarına rastlanmadığından, bu çalışma, endoskopi işlemi öncesi dönemde hastaların anksiyete düzeyi ile bilinçli sedasyon uygulanması durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve elde edilen sonuçların hemşirelik bakım ve uygulamalarına yansımaları ve yapılacak çalışmalara ışık tutması amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma, TC. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TC. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere toplam iki devlet hastanesinin endoskopi ünitelerinde gerçekleştirildi. Araştırmaya; 2010 Nisan-2011 Ocak tarihleri arasında ayaktan gelen, dahiliye ve genel cerrahi kliniklerinde yatmakta olup, tanı ve tedavi amacıyla endoskopi ünitesine başvuran ve araştırmaya katılmaya istekli, gerekli ölçütleri sağlayan bireylerin tamamı örneklem grubu olarak alındı. Evren büyüklüğü 240, anksiyete görülme oranı 0.50, standart sapma 0.09 olarak (Güven aralığı: %95) belirlendi. Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 12 soru, önceki endoskopik girişim deneyim sıklığının belirlenmesine yönelik 3 soru, işlem öncesi bilgi gereksiniminin belirlenmesine yönelik 22 ve bilinçli sedasyon uygulanması durumunun saptanmasına yönelik 1 soru olmak üzere toplam 38 sorudan oluştu. Veri toplama formu kullanımını izleyen dönemde işlem öncesi hastanın anksiyete düzeyini saptamak amacıyla Durumluluk Süreklilik Anksiyete Ölçeği (STAI= State-Trait Anxiety Inventory) kullanıldı.

Bulgular:

Durumluluk anksiyetesi toplam puan ortalamasının (43,57±10,15) ve süreklilik toplam puan ortalamasının (39,05±7,37) olduğu bu çalışmada, durumluluk anksiyetesinin kadınlarda (p<0,001), çocuğu olanlarda (p<0,05), daha önce endoskopi deneyimi olmayan hastalarda (p<0,001) yüksek; süreklilik anksiyetesinin ise, kadınlarda (p<0,01), daha önce endoskopi geçirmemiş olan (p<0,05), okur-yazar (p<0,05), ev hanımı (p<0,01) ve düşük gelirli hastalarda (p<0,01) yüksek

olduğu; bilgi gereksinimi olan hastaların durumluluk ve süreklilik anksiyetesinin yüksek ($p<0,05$); sedasyon ve analjezi isteyen hastaların durumluluk anksiyete düzeyinin ciddi ve klinik açıdan önemli olduğu ($p<0,001$); hastaların %79,58' ine ($n=191$) bilinçli sedasyon uygulandığı ve bu hastaların durumluluk anksiyetesinin ciddi düzeyde ve klinik açıdan önemli olduğu ($43,75\pm 10,49$), buna karşın hastaların %20,42' sinin de durumluluk anksiyetesinin ciddi düzeyde ve klinik açıdan önemli olduğu ($42,88\pm 8,78$), ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$); durumluluk anksiyetesi ciddi düzeyde ve klinik açıdan önemli olan hastaların ($n=230$) %79,13' üne bilinçli sedasyon uygulanırken, %20,87' sine uygulanmadığı, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasa da klinik olarak anlamlılık gösterdiği saptandı.

Sonuç:

Bu sonuç, bilinçli sedasyon uygulanması kararının, işlem öncesi anksiyete düzeyi dikkate alınarak verilmediğini, ciddi düzeyde ve klinik açıdan önemli anksiyetesi olan hastaların 1/5' inin bilinçli sedasyon hakkından mahrum olduğu; işleme uyumun ve konforun, işlem kalitesinin, ekip işbirliğinin olumsuz yönde etkilendiğini, işlem sırasında ağrı hissedildiğini ve endoskopistin performansının azalttığını akla getirmiştir.

SS -9 ENDOSKOPİK RETROGRADE KOLANJİYOPANKREATİKOĞRAFİ (ERCP) ESNASINDA SPAZMOLİTİK OLARAK ORAL OTİLONYÜM BROMÜR KULLANIMI

BARIŞ SEVİNÇ, ÖMER KARAHAN , AHMET OKUŞ , SERDEN AY , NERGİS AKSOY , MEHMET ALİ ERYILMAZ

KONYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Endoskopik retrograde kolanjiyopankretografi (ERCP) biliyer ve pankreatik hastalıkların tanı ve tedavisinde yaygın kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada ERCP öncesi otilonium bromide kullanımının motilite, işlemin tolerabilitesi ve endoskopistin işlemini kolaylaştırmasına etkisinin olup olmadığını araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Endoskopi ünitesinde, hastalardan yazılı onam alınarak gerçekleştirildi. Çalışma tek merkezli ve deneyimli endoskopist ile randomize prospektif olarak yapıldı. Hastalar ardışık olarak onam alan kişiden farklı bir kişi tarafından spazmolitik grubu (ilaç grubu) ve kontrol grubu olarak ikiye ayrıldı. Her iki grupta 50 şer kişi olmak üzere çalışmaya 100 hasta dahil edildi. Spazmolitik grubundaki hastalara işlemden 2 saat öncesinde az bir su ile iki tablet (2×40 mg otilonium bromide) verildi. Kontrol grubuna ise ilaç verilmedi. İşlem esnasında endoskopistin isteğine göre hastalara sedasyon amaçlı midozolam ve antispazmolitik olarak Hiyosin-N-Butilbromür (Buscopan) IV olarak verildi. Hastaların ek ilaç ihtiyaçları kaydedildi. Hastalara

endoskopi ünitesinde standart şekilde topikal anestezi altında ve sedasyon verilmeden ERCP yapıldı. İşlem esnasında farklı bir asistan tarafından duodenal motilite sayılarak skorlandı. İşlemi yapan endoskopistten işlemin tolerabilitesini değerlendirmesi istendi.

Bulgular:

İşlemi tolere edilebilirliği hekim tarafından ilaç grubunda %16 hastada orta ve %78 hastada ise iyi ve çok iyi olarak değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda ise bu oranlar %21 kötü, %71 orta ve %24 iyi olarak tespit edilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). İntestinal motilite ortalama skoru ilaç grubunda 1.9 ± 0.5 iken kontrol grubunda 3 ± 0.6 bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup ($p<0.001$) çalışma grubunda belirgin olarak düşük bulunmuştur. Hasta memnuniyeti değerlendirildiğinde ilaç grubunda hastaların %42' si orta, %58' i ise iyi ve çok iyi olarak değerlendirmişlerdir. Ancak kontrol grubundaki hastalar ise %16 kötü, %58 orta ve %26 'sı ise iyi olarak değerlendirmişlerdir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Sonuç:

Otilonium bromide yan etkisi az olan güvenilir bir ilaçtır. ERCP öncesi duodenal motiliteyi azaltmak ve papillanın kolay kateterizasyonu için güvenle kullanılabilir. Hem endoskopistin işlemini rahat yapmasını hem de hastanın işleme uyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

SS -10 KOLONİK MUKOZAL PSEUDOLİPOMATOSİS: FARKINDA MIYIZ?

FEYZULLAH ERSÖZ , AHMET BURAK TOROS , EKREM ÇAKAR , MEHMET EMİN GÜNEŞ , SERDAR ÇULCU , SERKAN SARI , AZİZ ARI , ESRA PAŞAOĞLU , NEVRA DURSUN

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Kolon pseudolipomatozis(KP) nadirdir, patogenezi tartışmalıdır. Dezenfektanlarla kimyasal yaralanma, endoskopik mekanik yaralanma gibi mekanizmalar katkıda bulunurlar. Birçok endoskopist lezyonun farkında değildir. Tanı lezyonların biyopsilerinin patolojik değerlendirilmesiyle mümkündür. Bu raporun amacı kolonoskopi esnasında tesadüfen saptanan (KP)'i tartışmak, endoskopik tanısının altını çizmektir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda; Ocak 2012- Haziran 2013 tarihlerinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümündeki 1370 kolon biyopsisi incelendi. Parafinli dokulardan 5 mikron kalınlığında kesitler alınarak Hematoksilen+Eozin boyandı. Olguların 589'u (% 43) kadın ve 781'i (% 57) erkekti. Hastaların yaşları 18-88 (ortalama 44 yaş) arasındaydı.

Bulgular:

1370 kolonoskopiden 14'ünde (%1,02) KP bulundu. 14 olgunun

8'i erkek 6'sı kadındı. Erkeklerin yaşı 24-66 (ortalama 39 yaş), kadınların 26-58 (ortalama 42 yaş) saptandı. Lezyonların endoskopik görünümü mukozadan biraz yüksek, sık, birden fazla, bazen birleşik beyazımsı plaklar şeklindeydi. Mikroskopik incelemede lamina propriada kriptler arasında, farklı boyutlarda lipositleri anımsatan vakuoler boşluklar görülmüştür. Ayırıcı tanıya lipom alınmıştır. Ancak lipositlerden farklı olarak vakuoler yapılar nükleus içermemektedir. Adiposit farklılaşma lehine kanıt yoktu. Immunokimyasal; spesifik olmamakla birlikte yağ dokusunda boyayan S-100 olgularımızda negatif bulunmuştur.

Sonuç:

KP, kolonoskopi ilişkili nadir benign lezyondur. Genellikle 3-20 ay arasında kendiliğinden geriler. Farklı endoskopi üniteleri %0,3-%1,7 arasında frekans bildirmişlerdir. Bizim oranımız %1,02 bulunmuştur. KP endoskopik görünümü karakteristikdir. Lezyonlar mukozadan hafif yüksek beyazımsı yapışkan plaklar şeklinde, birden fazla, bazen birleşik görünürler. Endoskopistler için yabancı bu lezyon; pseudomembranöz kolit, kolon lipomatosisi, malakoplaki gibi benzer lezyonlarla karıştırılmamalıdır. KP patogenezi belirsizliğini korumaktadır. Lezyon gerçek patolojik varlıktan çok endoskopik komplikasyon gibi görünüyor. Bazı yazarlar, kolonoskopide barsak duvarı içine gazın nüfusuna yol açan kolon germe, aşındırıcı travma, biyopsi, aşırı ensüflasyon gibi mekanik hasarın, diğer yazarlarsa endoskopun yetersiz durulanması neticesi dezenfeksiyon ürünlerinin kimyasal hasarının sorumlu olduğu sonucuna varmışlardır. Lezyonun oluşum mekanizması için yeterli veri bulunmamaktadır; bildiğimiz birçok endoskopistin 'kolon pseudolipomatosis' teriminden habersiz olduğudur. Çalışmamızın, nadir görülen bu lezyonların farkındalığını ve endoskopistlerce tanınmasını sağlayacağını umuyoruz.

SS -11 ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİK İNCELEMELERİ SIRASINDA GELİŞEN İATROJENİK KOLON PERFORASYONLARINA YAKLAŞIM

FAZİLET ERÖZGEN, ADNAN HUT , ADEM DURU , MEHMET GÜLEN , EKREM FERLENGEZ , CELAL KIZILKAYA , MUZAFFER AKINCI , GAMZE ÇITLAK , RAFET KAPLAN

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kolonoskopi, sigmoidoskopi kolorektal sisteme yönelik tanısal ve tedavi amaçlı işlemlerde yaygın olarak kullanılmakla birlikte ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Bu çalışmada kolonoskopik incelemeye bağlı iatrojenik kolon perforasyonu gelişen hastaların tanı, tedavi ve takip sonuçları incelendi

Gereç ve Yöntem:

2010 ekim-2013 ağustos tarihleri arasında endoskopi ünitemizde kolonoskopik incelemelere bağlı iatrojenik perforasyon gelişen hastalar retrospektif değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, endoskopi bulguları, kolon perforasyonlarının tanı ve

ameliyata alınma zamanı ile uygulanan tedavi ve takip sonuçları incelendi.

Bulgular:

Toplam 5 hastada iatrojenik kolon perforasyonu gelişti. Hastaların cinsiyet dağılımı K:2;E:3, yaş ortalaması 69 (63-87 yaş) idi. Beş

hastada kolonoskopik, inceleme esnasında perforasyon gelişti. Girişimsel ve tanısal amaçlı endoskopi sırasında gelişen perforasyonların tümü sol kolonda lokalize idi (3 hastada sigmoid, 1 hastada rekto-sigmoid, 1 hastada inen kolon). Ameliyata alınma zamanı ortalama 6 saat (2-10 saat) bulundu. Dört hasta endoskopi sonrası ilk 6 saatte (erken laparotomi), 1 hasta 10. saatte ameliyat edildi. tüm hastalar primer kolerafi ile onarılırken sadece 1 hasta laparoskopik olarak onarım gerçekleşti. Hiç bir astada batın kirli değildi. 2 hasta divertiküler alandan perfore idi. Sadece bir hastada perforasyon dışındaki bir alandan polipektomi yapılmıştı. İki hastada minör komplikasyon gelişti, 1 hasta erken postoperatif dönemde kaybedildi.

Sonuç:

Kolonoskopiye bağlı iatrojenik perforasyon oranları düşük olmakla birlikte, geliştiğinde ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olurlar. Perforasyon şüphelenilen hastalar işlem sonrasında cerrahi kliniğinde takip edilmelidir. Perforasyonun erken teşhis ve tedavisi klinik başarıyı ve uygulanacak cerrahi işlemin daha sınırlı olmasını sağlar. İatrojenik kolon perforasyonlarında cerrahi yaklaşımda altın standart kabul edilmiş bir tedavi olmamakla beraber son yıllarda primer kapama tercih edilmektedir.

SS -12 CERRAHİ ENDOSKOPİ ÜNİTESİNİN HIZLI GELİŞİMİ VE AMAÇLARI

FEVZİ CENGİZ, ERKAN OYMACI

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Gastrointestinal sistem hastalıklarının tanısı ve tedavisinde endoskopik işlemler önemli bir yer tutar. Teknolojik gelişmeler ardından gastrointestinal sistem yakınması olan hastaların erken tanı ve tedavisinde endoskopinin önemi giderek artmaktadır. Ülkemizde ve kliniğimizde kurulan cerrahi endoskopi üniteleri ile bu gelişmeler toplum geneline yayılmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesinde 3 yıl içerisinde yapılmış 5536 endoskopik işlem ve gelişimi retrospektif olarak irdelendi.

Bulgular:

Yapılan endoskopik işlemlerin %57,5 (3187) kolonoskopi, %42,5 (2350) gastroskopi idi. Olguların %52,4'si kadın (K/E=2902/2634) olup ortalama yaş 54,2 idi. Endoskopi sırasında 1470 adet

girişim yapılmıştır. Kuruluşunda ilk altı ayda 89 olan girişim sayısı zamanla %70-77 oranında artarak altı aylık periyotlarda 316-399 sayısına ulaşmıştır. Bu girişimler gastrointestinal kanamaların durdurulması, intestinal sistemde tespit edilen poliplerin eksizyonu, lüminal yabancı cisimlerin çıkarılması, besleme tüpü yerleştirilmesi, fistül ve darlıkların tedavisi amaçlı klip veya stent uygulamalarıdır. Zaman içinde gelişen ve çeşitliliği artan işlemlerimize son üç ayda Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi ve safra yollarına yönelik girişimler eklenmiştir.

Sonuç:

Geçmişten günümüze tanısala başlayan ve günümüzde terapatik amaçlı kullanılan endoskoplar teknolojik gelişmeler ile doğal yollardan cerrahi müdahalelere imkan sağlamaktadır. Ülkemizde yeni kurulan cerrahi endoskopi ünitelerinin kısa sürede gelişerek girişim sayılarını artıracığını, gelecekte endoskopik cerrahiye öncülük edecekleri kanısındayız.

SS -13 REKTAL KANAMALARDA KOLONOSKOPİNİN ETKİNLİĞİ

İSMAİL ETHEM AKGÜN, ESİN KABUL GÜRBULAK, BÜLENT ÇİTGEZ, GÜRKAN YETKİN, ABDÜLCABBAR KARTAL, FERHAT FERHATOĞLU, AYHAN ÖZ, MUHARREM BATTAL, MEHMET MİHMANLI

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Rektal kanama semptomu ile kolonoskopi yapılan hastaların sonuçlarının irdelenmesi.

Gereç ve Yöntem:

2007-Ağustos 2013 tarihleri arasında kolonoskopi yapılan 4876 sonuçla retrospektif olarak incelemeye alındı.

Bulgular:

Hastalardan 1452'sine (%30) rektal kanama, 1320'sine (%27) konstipasyon, 1072'sine (%22) anemi ve/veya kilo kaybı, 740'ına (%15) daire, 292'sine (%6) ise kontrol amaçlı (polipektomi veya kanser ameliyatı sonrası) kolonoskopi isteği yapılmış idi. Rektal kanama semptomu nedeniyle kolonoskopi yapılmış 1252 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelemeye alındı. 842 (%58) hastada hemoroidal hastalık, 276(%19) hastadarektal veya kolonik polip, 159 (%11) hastada divertiküler hastalık, 58 (%4) hastada rektum veya kolon tümörü, 15 (%1) hastada inflamatuvar barsak hastalığı saptanırken, 102(%7) hastada normal kolonoskopik bulgular gözlemlendi. 35 (%2,8) hastaya aktif rektal kanama esnasında kolonoskopi yapılmış idi. Bu hastalarda aktif kanama odağı olarak 8 hastada hemoroidal hastalık, 8 hastada polip yüzeyi, 10 hastada divertikül tabanı ve 11 hastada kolorektal tümör bulundu. Terapötik amaçlı (skleroterapi ve/veya polipektomi) olarak 20(%57) hastaya müdahalede bulunuldu.

Sonuç:

Kolonoskopi özellikle rektal kanamalı hastalarda, kanama nedeninin ve yerinin belirlenmesi, malignite şüphesi bulunan olgularda histopatolojik tanın konabilmesi yanında terapötik işlemlerin de yapılmasına olanak vermesi nedeniyle öncelikli endikasyonunu devam ettirmektedir.

SS -14 ENDOSKOPİK MUKOZAL REZEKSİYON SONUÇLARIMIZ; TEK MERKEZ DENEYİMİ 215 OLGU

FATİH ASLAN, EMRAH ALPER, BELKİS ÜNSAL

KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

Amaç:

Endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) son yıllarda endoskopik olarak gastrointestinal neoplazilerin daha erken evrede tespit edilmesiyle daha sık uygulanan tedavi yöntemidir. EMR yöntemleri injeksiyon-snare yöntemi, snare polipektomi, cap eşliğinde EMR, band ligasyonu ile birlikte EMR'dir. Bu tedavi yönteminin seçimi, neoplastik dokunun tipi, boyutuna, endoskopistin deneyimine ve endoskopi ünitesindeki teknik donanımına bağlı olarak değişmektedir. EMR uygulamalarımızı sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

01.04.2012 ile 27.08.2013 tarihleri arasında Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji kliniğinde EMR uygulanan hastaların, klinik özellikleri, lezyonların histopatolojik sonuçlarını, işlem sırası ve sonrasında gelişen komplikasyonları incelendi.

Bulgular:

Yüz atmış yedi hastaya 215 EMR uygulandı. Hastaların 90'nı erkek, 77'si kadındı. Yaş ortalaması 61,41± 12,4 yıldır. Dört hastaya özofagus EMR, 55 hastaya gastrik EMR, 108 hastaya kolorektal EMR uygulandı. EMR öncesi değerlendirmede Paris sınıflamasına göre lezyonların %91'i Paris 1s ve Paris 2a tipindeydi. Lezyon lokalizasyonları kolorektal EMR uygulanan hastalarda 97'si sol kolon, 36 'ü sağ kolonda uygulanırken, gastrik EMR uygulanan hastalarda, 8'i proksimal mide, 70'i distal mide de uygulandı. Hastaların 204'üne EMR başarıyla (%94,9) uygulanırken, 11 hastada tam rezeksiyon (%5,1) sağlanamadı. Hastaların %89,7'sinde lezyon en-blok olarak çıkarıldı. Lezyonların ortalama boyutu 12,5±8,48 (10;3-60) idi. Kolorektal EMR uygulanan 18 hastaya lezyon sınırında rezidü doku olasılığı nedeniyle argon plazma koagülasyon (APC) uygulandı. İşlem sırası ve sonrasında 29 hastada (%13,7) endoskopik tedavi gerektiren kanama ve 1 hastada (%0,6) postpolipektomi sendromu gelişti. Komplikasyonların hepsi endoskopik tedavi ve medikal tedaviyle başarıyla tedavi edildi. Hastaların hiçbirinde gecikmiş kanama veya perforasyon olmadı. Histopatolojik inceleme sonrası 22 hastada intramukozal karsinom (%13,17) saptandı. Displazi değerlendirmesinde 88 lezyonda (%40,9) orta-yüksek derecede displazi mevcuttu. Patolojik inceleme sonucu

vasküler invazyon saptanan 2 hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi tedavi sonrası patolojik incelemede 2 hastada tumor saptanmadı. Kontrol endoskopisi yapılan (6.ay) 110 hastanın hiçbirinde rekürrens veya rezidü lezyon gözlenmedi.

Sonuç:

EMR yöntemi submukozal invazyonu olmayan, <20 mm altındaki lezyonlarda, güvenli ve etkili tedavi yöntemidir. Piecemeal çıkarılan lezyonlarda lateral sınırlar tam değerlendirilemeyeceği için, bu hastalarda APC uygulamaları nüks gelişmesini önlemede yardımcı olabilir. Nüks değerlendirilebilmesi için uzun dönem takip sonuçlarına ihtiyaç vardır.

SS -15 KOLOREKTAL DARLIKLARDA KOLONOSKOPİNİN ETKİNLİĞİ

İSMAİL ETHEM AKGÜN, ESİN KABUL GÜRBULAK , BÜLENT ÇİTGEZ , GÜRKAN YETKİN , FERHAT FERHATOĞLU , MUHARREM BATTAL , ABDÜLCABBAR KARTAL , AYHAN ÖZ , MEHMET MİHMANLI

ŞİŞLİ ETFAK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Kolonik darlığa neden olan sebepler malign lezyonlar, anastomoz darlıkları, radyoterapi sonrası darlıklar, iskemik darlıklar, divertiküler ve iltihabi hastalıklara bağlı darlıklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Karında distansiyon ve ağrı şikayetleri ile gaz ve gaita çıkışında sorunların görülmesi en belirgin semptomlardır.

Gereç ve Yöntem:

2007- Temmuz 2013 tarihleri arasında kolorektal darlık nedeniyle girişim yapılan 52 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, kolonik darlığın nedeni, yeri, yapılan işlem, hasta başı yapılan işlem sayısı, işlemin süresi ve gelişen komplikasyonlar hasta işlem formlarına kaydedildi.

Bulgular:

Hastaların 32'si (%62) erkek, 20'si (% 38) kadın idi. Yaş ortalaması 55,2 bulundu. 21 hastada anastomoz darlığı, 14 hastada malign lezyona bağlı darlık, 8 hastada radyoterapiye bağlı darlık, 7 hastada iskemiyeye bağlı darlık ve birer hastada da divertiküler hastalığa ve iltihabi barsak hastalığına bağlı darlıklar tespit edildi. Malign lezyon dışındaki kolonik darlıklara öncelikle balon dilatasyon uygulandı. Malign lezyona bağlı darlıklarda palyatif amaçlı kolonik stent uygulaması yapıldı. Tekrarlayan balon dilatasyonlar sonrası efektif olmayan ya da yineleyen darlıklar nedeniyle 2 anastomoz darlığına ve 1 radyoterapiye bağlı gelişen darlığa kolonik stent uygulaması yapıldı. Ortalama balon dilatasyon sayısı (1-5) 2,9 idi. Yapılan balon dilatasyon ve stent uygulamalarında erken dönem komplikasyon gelişmedi.

Sonuç:

Benign kolonik darlıklarda balon dilatasyon, malign kolonik

darlıklarda kolonik stent uygulamaları güvenle uygulanabilen etkili ve fonksiyonel birer yöntemdir.

SS -16 POST OPERATİF T- TÜPÜ OLAN HASTALARDA KALAN TAŞLARIN MODİFİYE RANDEVU YÖNTEMİ İLE ÇIKARTILMASI

HACI MEHMET ODABAŞI, MEHMET KAMİL YILDIZ , HACI HASAN ABUOĞLU , CENGİZ ERİŞ , ERKAN ÖZKAN , EMRE GÜNAY , ALİ AKTEKİN , M.A. TOLGA MÜFTÜOĞLU

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Post operatif endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERKP) laparoskopik veya açık cerrahi sonrası kalan taşların temizlenmesinde sıkça kullanılmaktadır. Ancak postoperatif ERKP nin başarısız olması durumunda hastanın tekrar ameliyat edilmesi gerekebilmektedir. Bu nedenle ERKP nin başarısını artırabilmek için değişik yöntemlere ihtiyaç vardır. Bu çalışmamızda ERKP de randevu yöntemi ile tedavi edilen hastalarımızın sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Koledok taşı nedeniyle ameliyat edilen ve T- tüp yerleştirilen 7 hastada ameliyat sonrası koledokta taş olduğu tespit edilmiş ve hastalar Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ERKP ünitesine refere edilmişlerdir. Genel anestezi altında hastaların T- tüplerinden kılavuz tel antegrad sokularak papilla ağızından çıkartıldı. Yandan görüşlü duodenoskop ile kılavuz tel endoskopik snare ile yakalanarak ağızdan dışarı alındı. Daha sonra sfinkterotom yerleştirilmiş duodenoskopun uç kısmından kılavuz tel çıkartılarak kılavuz tel eşliğinde duodenoskop ile duodenuma ulaşıldı. Hastaların tamamında randevu yöntemi ile başarılı ERKP işlemi gerçekleştirilmiştir.

Bulgular:

Hastaların tamamında operasyon öncesi başarısız ERKP öyküsü mevcuttu. Hastaların 5 inde intradivertiküler papilla, 2 sinde ise anklave taş mevcutmuş. Beş hastada modifiye randevu sistemi kullanıldı, diğer 2 hastada ise kılavuz tel eşliğinde ERKP işlemi başarı ile gerçekleştirildi. ERKP hem preoperatif hem de post operatif kullanılabilir. ERKP tedavisinde % 87 ila %97 arasında başarı bildirilmiş ise de, %25 hastada 2. hatta 3. ERKP ihtiyacı duyulmaktadır. Eğer ERKP başarısız olursa klinisyen laparoskopik veya açık eksplorasyon için hazırlıklı olmalıdır. ERKP başarısızlığındaki en sık nedenlerden biri, özellikle intradivertiküler papillası olan duodenum divertikül varlığıdır. Bu hastalarda randevu yöntemi oldukça başarılıdır.

Sonuç:

Modifiye randevu sistemi uygulanması kolay ve başarısı yüksek bir yöntemdir. Özellikle intradivertiküler papilla varlığında bu yöntemi önermekteyiz.

SS -17 MİDE KANSERİNDE LAPAROSKOPIK CERRAHİ

M. MAHİR ÖZMEN^{1,2}, T. TOLGA ŞAHİN¹, SİBEL GELECEK², İSMAİL BİLGİÇ², EMRE GÜNDOĞDU², EMİR GÜLDOĞAN², MÜNEVVER MORAN¹

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİMDALI

²ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş ve Amaç:

Erken mide kanserinde onkolojik güvenilirlik açısından laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye üstünlüğünü bildiren yayınlara karşın, mide kanserinde laparoskopik cerrahinin yeri hala tartışmalıdır.

Hastalar ve Yöntem:

Laparoskopik mide kanseri cerrahisi uygulanan olan 14 hasta ameliyat yöntemi, cerrahi ve onkolojik sonuçlar, komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların 10'u erkek, 4'ü kadındı. Hastaların ortalama yaşı 56(35-70)yıl olup, tümör 4 hastada antrumda, 2 hastada antrum-korpusta, 3 hastada kardiyada ve 3 hastada da korpus ve kardiyada ve 2 hastada da korpusta yerleşti. 1 hastada T1, 4 hastada T2, 6 hastada T3 ve 3 hastada da T4 tümör mevcuttu. Antrumda tümörü olan 6(2K) hastaya distal subtotal gastrektomi(STG) ve D1(1), D1,5(D1α,β) (3) ve D2 (2) lenf diseksiyonu yapıldı. Diğer 8(2K) hastaya total gastrektomi(TG) ve D1,5 (2), D2(6) diseksiyon yapıldı. TG yapılan hastaların dördüne splenektomi de eklendi. 2(1K) hastada medikal nedenlerle splenektomi yapılmadı. STG yapılan hastalarda çıkarılan lenf nodu sayısı D1 için 8, D1,5 için 15,3(9-22) ve D2 için 48(28-68) idi. TG-D1,5 yapılan hastalarda 21(16-26) lenf nodu çıkarırken, TG-D2 yapılan hastalarda ise 40(20-62) lenf nodu çıkarıldı. Postoperatif dönemde bir hastada subhepatik apse gelişti. Apseler perkütan drene edildi ardından gelişen fistül medikal yöntemlerle kapanmayınca 21.günde endoskopik Tisseel uygulaması ile tedavi edildi. Striktür gelişen bir hastaya da 2. ayında bujiyle dilatasyon uygulandı.

Sonuç ve Yorum:

Laparoskopik total ve subtotal gastrektomiler açık cerrahiye benzer komplikasyon oranı ile ve D1(D1α,β) diseksiyonlarla onkolojik prensiplerden taviz verilmeden uygulanabilir. Ancak, D2 diseksiyonlar için teknik güçlükler vardır, işlem deneyim gerektirir ve diseksiyon gruplarının laparoskopisi için yeniden tanımlanması zorunludur.

SS -18 GASTRİK PLİKASYON: SİSTEMATİK DERLEME

CÜNEYT KAYAALP, ORHAN GÖZENELİ, CEMALETTİN AYDIN

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ, MALATYA

Amaç:

Gastrik plikasyon nispeten yeni tanımlanmış bir bariatrik cerrahi yöntemidir. Potansiyel avantajları nedeniyle bazı cerrahlar tarafından öncelikle tercih edilmekte iken bir çok cerrah karar vermek için daha fazla veri birikmesini beklemektedir. Amacımız literatürde yayınlanmış tüm gastrik plikasyon çalışmalarının verilerini havuzlamak ve bu ameliyatın bariatrik cerrahi içindeki yerine tekrar bakmaktır.

Gereç ve Yöntem:

PubMed, Ebsco ve Google scholar veri bankaları Şubat 2013 tarihinde (obes* OR gastric OR stomach OR greater OR curve OR curvature OR bariatric*) AND plicat* [Field: All Fields] anahtar kelimeleri ile tarandı. Ülke, dil veya dergi açısından hiç bir sınırlandırma kullanılmadı. Bu anahtar kelimeler girildiğinde toplam 628 çalışma ortaya çıktı. Bunlar arasından konu ile ilgisiz olanlar, tekrarlayan çalışmalar, deneysel çalışmalar, hasta verisi içermeyenler ve derlemeler çıkartıldı. Ön değerlendirmeye 29 çalışma alındı ve bunlardan 10 tanesi analiz için uygun bulundu.

Bulgular:

Toplam 1403 olgu analiz edildi. Hastaların ortalama yaşı 32.9 (12-65 yıl) idi ve çoğunluğu kadındı (%80,8). Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 41.3 kg/m² (35 ila 46) idi. Seriler incelendiğinde yıllar geçtikçe gastrik plikasyon hastalarının daha düşük vücut kitle indeksli hastalar için tercih edildiği gözlemlendi. Bir yıl sonunda hastaların fazla kilolarının ortalama %59.6'nı (35-67) kaybettikleri gözlemlendi. Ancak 1 yıl sonunda yetersiz kilo kaybı kriterleri içine giren hasta sayısı (EWL% <50) vücut kitle indeksi arttıkça artıyordu. Vücut kitle indeksi 40kg/m²'in üzerinde olan olgularda yetersiz kilo kaybı oranı artıyordu.

Sonuç:

Net bir yorm yapabilmek için daha fazla çalışmaya gerek vardır. Ancak mevcut veriler incelendiğinde, gastrik plikasyon ameliyatı morbid obezler için (vücut kitle indeksi 40 kg/m²'den fazla) uygulandığında yetersiz kilo kaybı oranının yüksek olacağı beklenebilir.

SS -19 LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ DENEYİMİMİZ VE ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

NURKAN TÖRER, ÖZGÜR AYTAÇ, HAKAN YABANOĞLU, TARIK ZAFER NURSAL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Hastanemizde gerçekleştirilmeye başlanan Laparoskopik Sleeve

Gastrektomi (LSG) ameliyatlarının erken dönem sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Son bir yıl içerisinde hastanemizde gerçekleştirilen LSG hastalarının demografik özellikleri ve ameliyat sonrasına ait özellikleri incelenmiştir.

Bulgular:

Temmuz 2012- ağustos 2012 tarihleri arasında toplam 13 hastaya LSG ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Hastaların 6/13' ü erkekti. Yaş ortancası 36 (23 – 59) idi. Hastaların ortanca vücut kitle indeksi 53 kg/m² (40-58 kg/m²) idi. Bir hastada zımba kapanmaması nedeniyle açığa geçildi. Bir hastada Veress iğne yaralanmasına bağlı ince bağırsak mezenterinde kanama oldu ve açığa geçilmeden kontrol edildi. Hiçbir hastada ameliyat sonrası ciddi sorun gelişmedi. Ortanca hastanede yatış süresi 6 gün (3-8 gün) idi.

Sonuç:

LSG ameliyatının laparoskopi konusunda deneyimli cerrahlar tarafından uygulandığında güvenli bir ameliyat olduğu düşünülmektedir.

SS -20 LAGB ÇIKARILMASI SONRASI REVİZYONEL BARIATRİK CERRAHİ

M.MAHİR ÖZMEN ^{1,2}, EMRE GÜNDOĞDU ¹, SİBEL GELECEK ¹, İSMAİL BİLGİÇ ¹, TOLGA ŞAHİN ^{1,2}, MÜNEVVER MORAN ¹

¹ ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş ve Amaç

Laparoskopik ayarlanabilir gastrik band(LAGB) operasyonları gelişen komplikasyonlar ve hastalardaki yetersiz kilo kaybı nedeniyle günümüzde daha az uygulanmaktadır. Band çıkarıldıktan sonra seçilecek revizyonel cerrahi yöntemler konusu tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı LAGB çıkarılarak revizyon yapılan hastaların incelenmesidir.

Hastalar ve Yöntem

2011-2013 arasında Ankara Numune Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda aynı cerrah tarafından LAGB'ı çıkarılan hastalar değerlendirildi.

Bulgular

Ortalama yaşı 37±9 yıl olan 28(6E) hastadan LAGB çıkarıldı, 25(5E)'ine eş zamanlı revizyonel cerrahi yapıldı. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 44,42± 7,43 idi. Hastaların 19'una laparoskopik sleeve gastrektomi, 3'üne roux-n-Y gastrik bypass, 3'üne Minigastrik Bypass uygulandı. Band çıkarılmasının en sık nedenleri, band kayması (10 hasta, %36 slippage), yeterli kilo

kaybının gerçekleşmemesi (9 hasta, %32), bandın intragastrik migrasyonu (4 hasta, %14), ciddi ve kontrol edilemeyen reflü (2 hasta %7) ve hastanın isteği (3 hasta, %11) idi. Bu hastaların çoğu (20 hasta, %71) LAGB uygulaması sonrası düzenli takibi bırakmış hastalardı. Revizyonel cerrahi sonrası toplam dört hastada komplikasyon gelişti(%14). Takip süresinde veya perioperatif dönemde mortalite gözlenmedi.

Sonuç ve Yorum

LAGB sonrası kilo vermede başarısızlık ve komplikasyonlar nedeniyle yüksek revizyon oranları yüksektir. Bu nedenle, LAGB sadece seçilmiş hastalarda uygulanmalı, hastalar yakın takip edilmeli ve gerektiğinde revizyon cerrahisi deneyimli merkezlerce yapılmalıdır.

SS -21 SLEEVE GASTREKTOMİDE BOVİNE PERİKARDİYUM ETKİLİ MİDİR?

İLKNUR ERGÜNER ¹, CİHAN URAS ², TAYFUN KARAHASANOĞLU ², İSMAİL HAKKI HAMZAOĞLU ², DENİZ EREN BÖLER ¹, BİLGİ BACA ²

¹ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Laparoskopik sleeve gastrektominin en önemli komplikasyonları stapler hattından kanama ve kaçak olmasıdır. Bu riskleri azaltmak için stapler hattını destekleyen çeşitli materyaller kullanılmaktadır. Kliniğimizde sleeve gastrektomi yapılan hastalarda bovin perikardiyumun kanama ve kaçağa etkisi tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2011 - Ağustos 2013 yılları arasında Acıbadem Maslak Hastanesinde aynı cerrahi ekip tarafından ardışık olarak sleeve gastrektomi yapılan hastaların demografik özellikleri, hastanede kalış süresi ve komplikasyonları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların 46'sı (%63.8) kadın, 26'ı (%36.2) erkek idi. Ortanca yaş değeri 54 (24-78) idi. Ortanca vücut kitle indeksi değeri 42 (30.5-73.7) idi . 70 hastaya laparoskopik, bir hastaya robot yardımcı ve bir hastaya da tek port laparoskopik sleeve gastrektomi yapıldı. Tüm hastalarda stapler hattı bovine perikardiyum (Peri-Strips Dry, Synovis Surgical Innovations, St. Paul, Minnesota) ile desteklendi. Perioperatif hiçbir hastada kanama gelişmedi. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortanca değeri 3 (3-20) gündü. 30 günlük komplikasyon oranı %2.7 idi. Kaçak oranı %1.3 idi. 1 hastada postoperatif 4.günde radyolojik olarak kaçak tespit edildi. Laparoskopik drenaj yapıldı. 1 hastada postoperatif darlık gelişti. Endoskopik balon dilatasyon ile tedavi edildi. 2 yıl

boyunca tüm hastalar takip edildi. Mortalite veya geç dönem komplikasyon görülmedi.

Sonuç:

Laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan hastalarda stapler hattını desteklemek için bovine perikardiyum kullanılması kanama ve kaçak riskini azaltan güvenli bir yöntemdir.

SS -22 LAPAROSKOPİK MİNİGASTRİK BYPASS'IN MORBİD OBEZ HASTALARDA DİYABET ÜZERİNE ETKİSİ

HALİL COŞKUN , MUSTAFA HASBAHÇECİ , SÜLEYMAN BOZKURT, ERKAN YARDIMCI , GÖKHAN ÇİPE , FATMA ÜMİT MALYA , MAHMUT MÜSLÜMANOĞLU

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç:

Morbid obezite tedavisine yönelik yapılan bariatrik cerrahinin, obezite ile sıklıkla birlikte görülen tip II diabetes mellitus üzerindeki etkisi detaylandırılmamış bir konudur.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2011-2013 dönemi arasında morbid obezite için laparoskopik mini-gastrik bypass cerrahisi yapılan hastalardan tip II diabetes mellitusu olan hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait demografik veriler (yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (kg/m²) ve laboratuvar değerleri [açlık plazma glukoz (mg/dL), glikozile hemoglobin (HbA1c(%))] değerlendirildi. Ameliyat öncesi ve sonrası 1. ay, 3. ay, 6. ay ve birinci yılda olmak üzere vücut ağırlığı ve laboratuvar değerleri ölçümleri yapıldı.

Bulgular:

Laparoskopik minigastrik bypass yapılan toplam 94 hastanın 26'sında (%27.7) tip II diabetes mellitus saptandı. Hastaların 18'i kadın (%69.2), 8'i erkek (%30.8) olup, yaş ortalaması 40.7±10 yıl idi. Ameliyat öncesi 23 hasta insulin ve 3 hasta oral antidiyabetik kullanmakta idi. Ortalama vücut kitle indeksi 45±5.9 kg/m² olarak saptandı. Ameliyat sonrası 1. ay (n=26), 3. ay (n=26), 6. ay (n=23) ve birinci yıl (n=14) değerlendirmelerinde ortalama vücut kitle indeksi sırası ile 40±5,7, 33.7±5,1, 26.9±5.3 ve 22.4±6.73 kg/m² olarak belirlendi. Ameliyat öncesi 217±70.2 mg/dL olan açlık plazma glukoz düzeyi 1. ay sonunda 134±28.8, 3. ay sonunda 137±45.4, 6. ay sonunda 116±23.8 ve birinci yıl sonunda 100±28.8 mg/dL olarak ölçüldü. %7'den küçük Hba1 C değerine 1. ay sonunda 18 hastada (%69), 3. ay sonunda 23 hastada (%88), 6. ay sonunda 21 hastada (%91) ve birinci yıl sonunda 11 hastada (%78) ulaşıldı. Birinci yıl takibi yapılan hastalardan sadece üçünde oral antidiyabetik ilaç kullanma gerekliliği devam etti.

Sonuç:

Tip II diabetes mellitusun, laboratuvar değerleri dikkate alındığında birinci yılın sonunda bariatrik cerrahi tedavi ile %78 oranında gerilediği ve parenteral insülin kullanımı gerekliliğinin hastaların tamamında ortadan kalktığı gösterilmiştir. Bu veriler ışığında, laparoskopik mini-gastrik bypass'ın morbid obezite cerrahi tedavisi ile eş zamanlı tip II diabetes mellitus tedavisinde etkin bir yöntem olduğu düşünülebilir.

SS -23 SOLİD ORGAN YARALANMALARININ EŞLİK ETTİĞİ SOL ALT TORAKAL BÖLGE DELİCİ KESİCİ ALET YARALANMALARINDA TORAKOSKOPİNİN YERİ

A.F.KAAN GÖK ¹, MUHAMMED ÜÇÜNCÜ ¹, MEHMET İLHAN ¹, BERKER ÖZKAN ², KAYIHAN GÜNAY ¹, CEMALETTİN ERTEKİN ¹

*¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, TRAVMA VE ACİL CERRAHİ SERVİSİ
² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ ANABİLİM DALI*

Amaç:

Sol alt torakal bölge delici kesici alet yaralanmalarında (DKAY), akut dönemde ya da yıllar içerisinde ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olan diyafragma yaralanmalarını tespit etmek için diagnostik laparoskopi (DL) veya torakoskopi (DT) uygulanmaktadır. Bu çalışmada, eşlik eden solid organ yaralanması olan olgularda, yaralanmış solid organlardan olan ve durmuş olan kanamayı karın içerisinden yapılacak manüplasyonlara bağlı olarak yeniden başlatmamak amacıyla DL yerine DT yapılmasının rolü araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2007 – Ağustos 2013 tarihleri arasında sol alt torakal bölge DKAY nedeniyle diagnostik laparoskopi veya eşlik eden solid organ yaralanması nedeniyle torakoskopi yapılmış olan 101 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Yüzbir olgunun 8' ine eşlik eden karın içi solid organ yaralanması nedeniyle DT uygulandı (%8). Dört olguda izole sol alt torakal bölge yaralanması, 4 olguda çok sayıda DKAY yaralanması mevcut idi. Çoklu DKAY yaralanması olan 4 olgunun ikisinde izole karaciğer yaralanması, birinde karaciğer ve dalak yaralanması, birinde sadece dalak yaralanması saptandı. Sadece karaciğer yaralanması olan iki olguda diyafragma yaralanması saptanmadı. İzole sol alt torakal bölge yaralanması olan 4 olguda sadece dalak yaralanması mevcut idi. Dalak yaralanması olan 6 olguda da diyafragma yaralanması saptandı. Yaralanma saptanan tüm olgulara torakoskopik primer tamir yapıldı. Perioperatif ve postoperatif erken dönemde komplikasyon ya da mortalite gelişmedi.

Sonuç:

Dalak yaralanması olan sol alt torakal bölge delici kesici alet yaralanmalarında kesinlikle diyafragma yaralanması olacaktır. Bu olgularda akut ya da kronik dönemde gelişebilecek

diyafragma hernisinin komplikasyonlarından korumak için DL veya DT yapılmalıdır. Karın içerisinden yapılacak girişimlerle yaralanmış olan solid organdan yeniden kanama riski olduğu için tanıs ve terapötik girişimin torakoskopik olarak yapılması daha uygundur.

SS -24 TRAVMA VE ACİL CERRAHİ' DE LAPAROSKOPİK GİRİŞİMLER: 5 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

A.F.KAAN GÖK, YİĞİT SOYTAŞ, MUHAMMED ÜÇÜNCÜ , FATİH YANAR , MEHMET İLHAN , MUSTAFA TÜKENMEZ , HAKAN YANAR , KAYIHAN GÜNAY , CEMALETTİN ERTEKİN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, TRAVMA VE ACİL CERRAHİ SERVİSİ

Amaç:

Minimal invaziv cerrahi girişimler son dönemde elektif cerrahi girişimlerde olduğu gibi acil cerrahi girişimlerde de sıklıkla kullanılmaktadır. Üçüncü basamak bir merkezin 5 yıllık deneyimini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2008 ve Haziran 2013 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi biriminde laparoskopik cerrahi girişim yapılan 1442 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Olguların 661' i erkek , 735' i kadındı. Ortalama yaş 42,02 olarak saptandı. Olguların 700' ü laparoskopik kolesistektomi, 546' sı laparoskopik apendektomi idi. Sol alt torakal bölge yaralanması olan 101 olgunun 93' üne diagnostik laparoskopi yapılarak bunlardan 16' sına laparoskopik diafragma tamiri, 8' ine diagnostik torakoskopi yapılarak 6' sına torakoskopik diafragma tamiri uygulandı. Yirmisekiz olguya ameliyatlı mezenter iskemi tanısı ile ikincil bakı, 10 olguya laparoskopik parsiyel kolesistektomi , 9 olguya laparoskopik Graham usulü rafi, 4 olguya laparoskopik kolostomi açılması, 3 olguda kolon yaralanmasına laparoskopik tamir, 4 olguya laparoskopik bridotomi, 1 olguya laparoskopik devaginasyon, 2 olguya laparoskopik sağ hemikolektomi, 3 olguya laparoskopik Hartmann ameliyatı, 2 olguya laparoskopik gastrojejunostomi uygulanması ameliyatları yapıldı. Akut karın ön tanısıyla laparoskopi yapılan 15 olguda negatif laparoskopik karın bulguları saptandı. Negatif laparoskopi yapılan hastaların 6' sında jinekolojik patoloji saptandı. Oniki olguda laparoskopiyi bağı morbidite görüldü. Onyediy olguda mortalite gelişti.

Sonuç:

Acil olgularda, deneyimli cerrahi ekip ve uygun hasta seçimi ile laparoskopik girişimlerin mortalite ve morbiditesi düşüktür. Artan cerrahi tecrübe ve teknolojik ilerlemelerle beraber acil olgularda da laparoskopik cerrahi girişimlerin çeşitliliği artacaktır.

SS -25 ACİL DURUMLAR İÇİN LAPAROSKOPİ KULLANIMI DENEYİMİMİZ

MEHMET ÖZER , EROL PIŞKİN , SERAP ULUSOY , SEYİT MURAT AYDIN

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Kliniğimizde son 1,5 yıl içinde acil durumlar için laparoskopik girişimleri ne kadar kullanabildiğimizi irdelemek ve sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem:

01 Ocak 2012 - 30 Haziran 2013 tarihleri arasında kliniğimizde acil durumlarda laparoskopik girişim yaptığımız hastalar retrospektif olarak tarandı. Acil durumun tanısı, açığa dönüş, komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri bakımından değerlendirildi. Böylece klinik başarımız veya deneyimimiz ortaya konuldu.

Bulgular:

1 Ocak 2012 - 30 Haziran 2013 tarihleri arasında kliniğimizde 35 hastaya acil laparoskopik girişim yapıldı. Bunların 18' i Akut Appandisit, 9' u Akut taşlı / taşsız kolesistit, 2' si peptik ulcus perforasyonu, 1' i Akut PID, 1' i sol kolon tümörü nedeniyle mekanik ileus, 1' i kist hidatik perforasyonu, 1' i akut appandisit ve kolelitiazis, 1' i ince barsak invajinasyonu, laparoskopi yardımlı ince barsak rezeksiyonu, 1' i akut karın, laparoskopik eksplorasyon idi. Explore edilen hastada herhangi bir cerrahi durum tespit edilmedi, mezenter adenit tespit edildi. Vakaların hiçbirinde açığa dönüş olmadı, 1 Appendektomi hastasında göbekteki port' da yara yeri enfeksiyonu saptandı. Bunun dışında hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Sol kolon tümörü nedeniyle mekanik ileusu olan hasta laparoskopik sol hemikolektomiden sonra 3. gün, peptik ulcus perforasyonu nedeniyle opere edilen hastalar ve kist hidatik perforasyonu olan hasta yine 3. gün, ince barsak rezeksiyonu uc-uca anastomoz yapılan hasta yine 3. gün, appendektomi yapılan hastalar 1. günlerinde sorunsuz taburcu edildiler.

Sonuç:

Yaptığımız çalışmada acil durumlarda kullandığımız laparoskopik girişimlerimizin sonuçlarının oldukça iyi olduğunu gözlemledik. Deneyimimiz arttıkça sayının artmasıyla sonuçlarımızı değerlendirmemiz daha iyi veriler sunacaktır. Acil durumlarda laparoskopi kullanma sayımızın az olması, hastaların sadece mesai içinde ameliyata alınabilmelerinden olmuştur. Mesai saatleri dışında teknik yetersizlik nedeniyle laparoskopi kullanımımız zorluk göstermekteydi. Son 2 aydır bu sorunu çözerek Acil durumlarda da laparoskopi kullanma sayımızı arttırmak arzusundayız.

SS -26 TRAVMATİK DİYAFRAGMA RÜPTÜRLERİN ERKEN TANISININ MALPRAKTİS AÇISINDAN ÖNEMİ

GÜNHAN CAN¹, ACAR AREN¹, MEHMET EMİN GÜNEŞ¹, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ¹, EKREM ÇAKAR¹, TÜRKAN DÜBÜŞ²

¹ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

² İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ

Amaç:

Travmatik diyafragma yaralanmalarına erken tanı konulması güçtür ve yıllar sonra bile ciddi sorun yaratabilir. Özellikle sol tarafta olan diyafragma rüptürlerinde komplikasyonlar daha sıktır. İçi boş organ herniasyonu sonucu strangülasyon, perforasyon oluşur ve hayatı tehdit eder. Bu çalışmanın amacı diyafragmatik yaralanmalar ışığında tecrübelerimizi paylaşmaktır

Gereç ve Yöntem:

2007-2013 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 13' ü delici kesici alet, 1' i ateşli silah, 1 olgu ise künt travmaya bağlı 15 travmatik diyafragma rüptürü olgusu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

En sık şikayet göğüs ağrısı ve nefes almada güçlüğü. Olguların 2' si sağ, 13' ü sol taraftaydı. Sadece 1 olguya ameliyat öncesi çekilen Akciğer grafisi ile tanı konuldu. Geri kalan tüm olgularda yaralanma görüntüleme yöntemleriyle saptanamamıştır. Bu olgularda tanı ameliyat esnasında konmuştur. 6 olguda diyafragma rüptürüne eşlik eden başka organ yaralanması tespit edilmemiş, geri kalan 9 olgunun 3' ünde mide, 2' sinde karaciğer, 2' sinde dalak yaralanması, 2'sinde multi organ yaralanması tespit edilmiştir. Mortalite gelişmemiştir. 4 olguya tanısal laparoskopik girişim yapılmış ve diyafragma tamiri laparoskopik gerçekleştirilmiştir. Girişim 24. ile 48. saatler arasında gerçekleştirilmiştir. Diğer olgular laparotomi ile aynı gün tedavi edilmişlerdir. Tüm laparoskopik uygulanan olgulara aydınlatılmış onam imzalatılmaktadır

Sonuç:

Diyafragma yaralanmalarının preoperative tanısı çok güçtür. Torakoabdominal yaralanması olan hastalarda diyafragma yaralanması akılda tutulmalıdır. Tüm olgular özellikle sol diyafragma yaralanmalarında laparoskopik tanı önemlidir. Hastalara bu konu ile ilgili aydınlatılmış onam imzalatılmalıdır. Bu işlemi kabul etmeyenlerden aynı onamı reddettiğini belirten yazı ve imzası alınmalıdır. Aksi halde cerrahlar atlanmış bir diyafragma rüptürü nedeniyle malpraktisle suçlanabilirler.

SS -27 ABDOMİNAL ACİLLERDE TANISAL LAPAROSKOPI: GEREKLİ Mİ ?

SERKAN FATİH YEĞEN, ALİ EMRE ATICI, SELAHATTİN VURAL, NEJDET BİLDİK, MEHMET ALİ GÖK, LEVENT KAPTANOĞLU, METİN KEMENT

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Günümüzde laparoskopik cerrahi birçok akut karın olgusunda, hem tanısal hem de tedavi amaçlı olarak kullanılmaktadır. Akut karın olgularında tanısal amaçla yapılan laparoskopi, konvansiyonel radyolojik yöntemlere göre, tanıyı daha doğru koyabilmektedir ve eş zamanlı olarak saptanan patolojiyi tedavi etme gibi ilave bir avantajı da bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı akut karın nedeniyle tanısal laparoskopi yapılan hastalarımızın irdelenmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmaya Nisan 2012- Ağustos 2013 tarihleri arasında acil polikliniğimize akut karın bulgularıyla başvurup tanısal laparoskopi uygulanan hastalar retrospektif olarak dahil edilmişlerdir. Çalışmada incelenen veriler; demografik bulgular, ön tanılar, intra-operatif tanılar, laparotomiye geçiş endikasyonları, post-operatif takip bulguları olarak sıralanabilir

Bulgular:

Toplam 56 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 36(%64.2) 'sı erkek , 20(%35.8)'si kadındı. Yaş ortalaması 44.2 ±17.2 (19-94) idi. Çalışmamızda en sık konulan ön tanı akut apandisit olup (n=24, %42,8), bu hastaların yalnızca 9(%37.5)'unda akut apandisit bulundu. Genel olarak ise 37(%66.1) hastada akut batın etyolojisinin klinik ön tanıdan farklı olduğu tespit edildi. Hastaların 39'unda (%69.7) açığa geçilmeksizin operasyon sonlandırılabilirdi. Çalışmamızda tanısal laparoskopi sayesinde cerrahi patoloji tespit edilmeyen toplam 7 (%12.5) vakada eksploratif laparotomi önlenmiş oldu.

Sonuç:

Tanısal laparoskopinin akut karın tanısında, tedavi önceliğinin saptanmasında ve gereksiz laparotomilerin önlenmesinde fayda sağlayabileceği ve klinik uygulamada daha sık başvurulabileceği düşüncesindeyiz.

SS -28 YENİ KURULAN BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN LAPAROSKOPİK İNSİZYONEL HERNİ ONARIMLARININ ERKEN SONUÇLARI

NURAYDIN ÖZLEM

SAMSUN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

İnsizyonel herni onarım cerrahisinde minimal yaklaşım cerrahisi hala tartışmalıdır; bazı çalışmalar laparoskopik insizyonel herni onarımının daha az postoperatif ağrı ve karşılaştırılabilir postoperatif komplikasyonlar düşük tekrarlama riski güvenli ve iyi uzun dönem sonuçları daha düşük cerrahi alan enfeksiyonu ile birlikte olduğunu göstermiştir fakat diğer bazıları ise rekürrens açısından açık teknikten daha iyi olmadığını bildirmiştir.

Gereç ve Yöntem:

01.04.2011-01.02.2013 arasında insizyonel herni tanısıyla laparoskopik girilen 22 hastadan laparoskopik olarak tamamlanan 17 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş-cinsiyet-defekt boyutu-vücut kitle indeksi-komorbid hastalıklar-ameliyat süresi-hastanede yatış süresi-ilk rejim günü-post op komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Ortalama izlem süresi 8,1 ay . (1-22). hastalar poliklinik kontrolleri ve telefon görüşmeleriyle değerlendirildi. SPSS 20 ile İstatistik analizleri yapıldı. P değeri <0.05 olan hastalar anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Ameliyatlar 2 operatör tarafından yapıldı (6/17)+(11/17). 4erkek+13kadın, yaş ortalaması 55,7(36-76), ortalama defekt boyutu 6cm(4-10) idi chevreul sınıflamasına göre 5 hasta small (<5cm) 12 hasta medium (5-10cm). 6 hastada multiple defekt mevcuttu. 3 hastanın tanı konmuş herhangi bir komorbid durumu yoktu. 11 hasta da komorbid hastalık mevcuttu. (dm(4)-ht(5)-koah(1)-astım(1)-kronik kalp hastalığı(4)) Ortalama hastanede yatış süresi 3.17 gün(1-8), 4 hasta 1 gün olmak üzere yoğun bakımda (y.b.) takip edildi. Y.b. da kalan 4 hastadan 1 tanesinin obezite de dahil herhangi bir komorbid hastalığı yoktu. Ameliyat süresinin uzun olması nedeniyle anestezi tarafından y.b alındı. , ortalama b.m.i 33,7(24-48). Oral beslenme 1 hastada 2.gün, 1 hasta dışında 16 hastada 1. Gün açıldı.

Sonuç:

Ferrari ve ark. Çalışmasında cerrahi süresi ortalama 152±25 dk iken bizim serimizde 160±82dk idi. Diğer laparoskopik prosedürler 1 hastada aynı seanda kolesistektomi uygulandı. İntraoperatif komplikasyon görülmedi. Açığa dönen 5 hastadan (%22,7) 4 masif adezyon 1 pnömoperitonum sağlanmadı. Mortalite olmadı. 7 hastada kronik ağrı mevcuttu. 6 hasta da seroma rahatsızlık hissi veriyordu.; radyolojik olarak demonstre

edilmedi. post op seroma nedeniyle herhangi bir girişim yapılmadı. Ortalama hastanede kalma süresi 3,1±2 (1-8) olup ferrari ve ark süresine (4.69±3) göre düşüktür. çalışmanın başında yapılan operasyonlarda hastane kalış süresi (3,7/2,4 gün) Obez hastalarla non-obez hastalar arasında hastane kalış süresi açısından istatistiksel fark yoktu. (p>0.05). obezlerde ameliyat süresi istatistiksel olarak uzun idi (p=0.03) Tartışma: obezite fasyal defektlerin tedavisinde laparoskopik yaklaşım için kontrendikasyon oluşturmaz. Fakat bizim serimizdeki obez hastalarda ameliyat süresini anlamlı olarak uzatmıştı. Diğer çalışmalarda ortalama süre 50-149 dk bildirilmiş iken serimizde bu süre 160,5 dakika ile biraz uzundu. laparoskopik insizyonel hernide adezyolisiz sırasında %6 ya kadar intestinal yaralanma bildirilmiş ve bunun öğrenme fazında daha sık olduğu saptanmıştır. Biz henüz öğrenme fazında olmamıza rağmen böyle bir komplikasyonla karşılaşmadık. Ancak hasta sayımız arttıkça belkide görülecektir. Bizim hastanede kalma süremiz literatürde bildirilen 0-64 günlük oranla uyumlu idi 3,1±2(1-8). Hastalar şikayetlerinde seroma olabilecek şişkinlik tarif ediyodu fakat bu durum radyolojik olarak demonstre edilmedi. Literatürdeki düşük bizde ise yüksek seroma oranının fitik kesesini çıkarmamıza bağlıyoruz . Kronik ağrı oranının yüksek olmasını ise tacker'a bağlıyoruz.

İnsizyonel hernilerin laparoskopik onarımı güvenli ve yapılabilir. Laparoskopik insizyonel hernide obezite operasyon süresini istatistiksel anlamlı olarak uzatıyor. İ.h.o yapılan obez hastalar ile non-obez hastalar arasında hastanede kalma süresinin istatistiksel olarak anlamlı olmamasının nedenini vaka sayısının az olmasına bağlıyoruz.

SS -29 LAPAROSKOPİK VENTRAL İNSİZYONEL HERNİ ONARIMI UYGULANAN 24 HASTANIN KLİNİK DEĞERLENDİRİLMESİ

ELİF ÇOLAK, NURAYDIN ÖZLEM, RECEP AKTİMUR, GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK, SADIK KEŞMER

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

İnsizyonel herni abdominal cerrahi sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Günümüzde laparoskopik onarım düşük morbidite ve düşük hastanede kalış süresi nedeniyle tercih edilmektedir. Bu çalışma ile kliniğimizde laparoskopik ventral herni onarımı (LVHO) uygulanan hastaları değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Mart 2011-Temmuz 2013 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde LVHO uygulanan hastalar retrospektif olarak incelenerek; demografik özellikleri, defekt büyüklükleri, ameliyat sırasında ve sonrasında oluşan komplikasyonlar, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve nöks herni açısından değerlendirildiler.

Bulgular:

Yirmi (%83,3)kadın ve 4 (%16,7)erkek olmak üzere toplam 24 hasta çalışmaya dahil edildi.Hastaların yaş ortalaması 54 yıl (min:37-maks:76),ortalama defekt çapı 7,8±3,1 (min:4-maks:15) cm idi.Yirmibir (%87,5)hastaya genel anestezi,diğer 3 (%12,5) hastaya epidural anestezi uygulandı.Ortalama ameliyat süresi 146±80,3 dakika (min:40-maks:360) iken,ortalama hastanede kalış süresi 2,8±1,9 gün (min:1-maks:8) idi.Hastalardan birine ek olarak aynı seansda kolesistektomi,diğer bir hastaya da sol inguinal herni operasyonu uygulandı.Hastaların hiçbirinde ameliyat sırasında komplikasyonla karşılaşılmaı.Ameliyat sonrası ise 2 (%8,3) hastada gelişen seroma dışında komplikasyon görülmedi.Ortalama 12 aylık bir izlem sonrası sadece bir (%4,1) hastada herni nüksü görüldü.

Sonuç:

İnsizyonel hernilerde laparoskopik onarım düşük komplikasyon ve nüks oranları nedeniyle güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

SS -30 VENTRAL HERNİDE LAPAROSKOPİK PRİMER SÜTÜR: ERKEN DÖNEM SONUÇLAR

MUHAMMED ZÜBEYİR ÜÇÜNCÜ, İSMAİL CEM SORMAZ ,
DERYA SALİM UYMAZ , ECEM MEMİŞOĞLU , YİĞİT SOYTAŞ ,
LEVENT AVTAN

*İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHI
ANABİLİM DALI, İSTANBUL*

Amaç:

İki cm. yi geçmeyen semptomatik ventral hernilerin onarımında bir yüzü anti-adheziv bariyerli yama ile onarım ve primer onarım uygulanmakta olan laparoskopik cerrahi yöntemlerdir. Sık uygulanmasına rağmen literatürde tamir yöntemi ile ilgili kesin bir fikirbirliği yoktur. Bu çalışmamızda laparoskopik primer sütün onarım uygulanan ventral herni olgularımızın erken dönem sonuçlarını analiz ettik.

Gereç ve Yöntem:

Aralık 2012 ve Haziran 2013 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı A Servisinde laparoskopik olarak yama kullanmadan primer sütün ile onarılan 3 cm altındaki ventral hernili 6 olgunun verileri retrospektif olarak inceledi. Primer tamir için tek sıfır prolen sütün passer ile laparoskopik gözlem altında defek kenarlarından geçirilerek, cilt altında düğümlendi. İki ya da üç tek tek sütünle defekt kapatıldı.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 38,8 ve yarısı erkek yarısı kadındı. Ortalama ameliyat süresi 30 dakika idi. Daha önce mezotelyoma nedeniyle ameliyatlı olan bir olguda seroma gelişti. Hiçbir olguda yara yeri enfeksiyonu ve başka komplikasyon gelişmedi. Hiçbir olgumuzda nüks görülmedi. Ortalama takip süresi 5, 1 ay idi.

Sonuç:

Laparoskopik cerrahinin ventral herni cerrahi prosedürleri içindeki uygulanma oranı son dönemlerde artmaktadır. Küçük(~2cm) ve tek primer umbilikal ya da insizyonel hernilerin laparoskopik onarımında primer sütün uygulanabilecek bir yöntemdir. Kesin kaniya varmak için prospektif karşılaştırmalı uzun dönem takip çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS -31 KLİNİĞİMİZDE SON 6 AY İÇERİSİNDE YAPILAN TEP LAPAROSKOPİK HERNİ ONARIMI ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

MEHMET ÖZER , EROL PİŞKİN , SERAP ULUSOY , MEHMET
GÜMÜŞ

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

6 ay içinde kliniğimizde yapılan TEP Laparoskopik Hernioplasti vakalarımızı erken sonuçlar bakımından değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem:

01.01.2013 - 30.06.2013 tarihleri arasında kliniğimizde; 25 bilateral, 8 nüks, 17 primer tek taraflı inguinal herni hastasına uygulanan TEP laparoskopik hernioplasti operasyonlarının erken sonuçları hastalar ortalama 45. günde çağrılarak değerlendirildi. Hazırlanan formlarla yaş, meslek, ek hastalık, sigara kullanımı, preoperatif şikâyet, nüks, ağrı, seroma, yara yeri enfeksiyonu, hastanede yatış süresi, işe başlama süresi ve maliyet analizi yapıldı. Tüm hastalara USG yapıldı. Ağrı durumu VAS skalası ile ölçüldü. Tüm operasyonlar aynı ekip ile, genel anestezi altında, prolen meshin titanyum tack ile tespiti şeklinde TEP laparoskopik olarak yapıldı. Açığa dönen vakamız olmadı.

Bulgular:

1 hastada erken nüks tespit edildi. Meshin küçük olması ve medialden kayması ile olduğu görüldü. Yine TEP Laparoskopik onarıldı. 2 hastada ara ara ağrı olduğu ancak tüm hastaların VAS'larının ortalama 1 olduğu tespit edildi. Yara yeri enfeksiyonu, seroma saptanmadı. Ortalama hastanede kalma süreleri 1 gün, işe başlama süreleri de 7 gün olarak tespit edildi. Hastaların tamamı konfor açısından çok rahat olduklarını beyan ettiler. Hastane faturalandırma birimi ile yaptığımız çalışmada, hastanede yapılan Lichtenstein Hernioplasti operasyonlarının ortalama maliyeti 650,- TL iken, bizim çalıştığımız bu 50 vaka için ortalama maliyet 950,- TL civarında oldu. SGK paket fiyatı ise, TEP Laparoskopik Hernioplasti için 1155,- TL, Lichtenstein için 858,- TL idi.

Sonuç:

Bu sonuçlarla TEP Laparoskopik Hernioplasti operasyonlarımızda uygun mesh ve tespit ile erken nüksümüzün olmadığı, postoperatif konforu açısından oldukça iyi ve 1 haftada işe dönüşün sağlanması, hasta başı maliyetinin oldukça kabul edilebilir olduğu, kurumun bu işlem ile zarar görmendiğinin anlaşılması ile başarılı olarak kabul edilmiştir. Özellikle nüks ve

bilateral olgularda altın standart olarak uygulanması gerektiği sonucuna varılmıştır.

SS -32 TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK FITİK TAMİRİ UYGULANAN 18 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

NIHAT AKSAKAL, UMUT BARBAROS, MUSTAFA TÜKENMEZ, ORHAN AĞCAOĞLU, BERKAY KILIÇ, MUHAMMET Z. ÜÇÜNCÜ, SELİM DOĞAN, RIDVAN SEVEN, SELÇUK MERCAN

İSTANBUL TIP FAKULTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Son yıllarda teknolojinin gelişimine paralel olarak daha yaygın olarak kullanılmaya başlanan minimal invaziv cerrahi tekniklerinin konvansiyonel laparoskopik cerrahi yöntemlerine karşı avantaj ve dezavantajları net olarak ortaya konamamıştır. Bu çalışmamızda fitik cerrahisinde uyguladığımız tek kesiden laparoskopik fitik tamiri deneyimimizin erken sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

1 Şubat 2009- 31 Temmuz 2013 tarihleri arasında fitik tanısı ile tek kesiden laparoskopik tamir yapılan hastaların demografik verileri, ameliyat süreleri, komplikasyonları ve hastanede yatış süreleri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm ameliyatlarda rutin olarak SILS port (Covidien, USA) kullanıldı. Kasık fitiği ameliyatlarında göbekten yapılan iki cm'lik kesi port girişi olarak kullanıldı. Göbek ve kesi fitiklerinde ise fitiğin yerine göre port yeri belirlenerek yine iki cm'lik kesiden port girildi. Kasık fitiğinde polipropilen yama kullanılarak TEPP tekniği ile fitik tamiri yapılırken, göbek fitiği ve kesi fitiklerinde PTFE kompozit yama kullanıldı. Yama tespiti otomatik metal yama sabitleyici ile yapıldı.

Bulgular:

Toplam 18 hasta tek kesiden laparoskopik cerrahi ile ameliyat edildi. Ortanca yaş 52±14 olarak saptandı. Hastaların 3'üne göbek fitiği, 3'üne kesi fitiği, 8'ine tek taraflı kasık fitiği ve 4'üne iki taraflı kasık fitiği nedeniyle tamir yapıldı. Tek taraflı kasık fitiği tamiri uygulanan 2 hastaya kolesistektomi nedeniyle eş zamanlı kolesistektomi de uygulandı. Hiçbir vakada konvansiyel laparoskopik cerrahiye ya da açığa dönüş olmadı. Ortalama yatış süresi 1,4 gündü. Ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişmezken, ortalama 25 aylık takip süresinde nüks görülmedi.

Sonuç:

Yeterli laparoskopik cerrahi deneyimi olan merkezlerde seçilmiş olgularda tek kesiden laparoskopik cerrahi ile fitik tamiri güvenli bir şekilde uygulanabilir.

SS -33 DR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİNDEKİ LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİ DENEYİMLERİMİZ

ÖNDER ALTIN, AYLİN ACAR, MURAT ALKAN, SELÇUK KAYA, MEHMET KARAHAN, SERKAN FATİH YEĞEN

DR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Laparoskopik kasık fitiği onarımı düşük nüks oranı ve yüksek hasta memnuniyeti nedeniyle kabul gören bir operasyon tekniğidir. Bizde bu çalışmada kliniğimizde Ocak 2012-Ağustos 2013 tarihleri arasında kasık fitiği nedeniyle laparoskopik fitik onarımı deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2012-Ağustos 2013 yılları arasında genel cerrahi kliniğimizde kasık fitiği nedeniyle opere olan 63 [(54 Total Ekstraperitoneal (TEP), 9 Transabdominal Preperitoneal(TAPP)] hasta, retrospektif olarak irdelendi. TEP yapılan 21 hastada balon trokar kullanıldı, diğer 33 hastada bir adet 10' luk ve iki adet 5'lik trokar girilerek işlemler gerçekleştirildi. 8*12 cm lik prolen mesh uygulandı. TAPP uygulanan hastalarda bir adet 10'luk, iki adet 5'lik trokar kullanılarak operasyon yapıldı.

Bulgular:

TEP uygulanan 54 hastadan 6'sı (%11) bayan, 48'i (%89) erkek, TAPP yapılan 9 hastanın 2'si(%28) bayan, 7'si (%72) erkek hastaydı. TEP uygulanan 39 hastanın (%72) tek taraflı, 15'i (%28) bilateral fitik nedeniyle opere edildi. TEP uygulanan 21 (%39) hastada balon trokar yardımıyla disseksiyon, 33 (%61) hastada 30 derecelik optik yardımıyla disseksiyon yapılarak herni onarımı yapıldı. Hastaların tamamında yaklaşık 8*12 cm'lik prolen mesh kullanıldı ve TEP yapılan 30 (%55) hastanın meshleri endotacker ile tespit edildi, 24'ünün (%45) meshi ise tespit edilmeden direkt görüş altında batın desüfle edilerek operasyon tamamlandı.

Sonuç:

Laparoskopik herni onarımı; öğrenme eğrisini tamamladıktan sonra konvansiyonel trokarlar ile düşük maliyet ve iyi kozmetik sonuçlarla güvenle yapılmaktadır. Laparoskopik kasık fitiği onarımı postoperatif konfor, düşük nüks oranları ve hasta memnuniyeti de göz önüne alındığında, kasık fitiği tedavisinde ön planda seçilmesi gereken tedavi metodlarından biri olduğunu düşünmekteyiz.

SS -34 TEP FITİK ONARIMI SONRASI GELİŞEN NADİR KOMPLİKASYON OLARAK KRONİK KASIK AĞRISI SONRASINDA GLUTEAL TENO-SİNOVİT

SELİM BİROL, AHMET BEKİN

MALTEPE CEZA İNFAZ KURUMU DEVLET HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

SİLS TEP ve Klasik TEP ameliyatı sonrası oral NSAİD tedaviye dirençli kasık ağrısı ve sonrasında gelişen kontralateral taraf gluteal teno-sinovit komplikasyonunun tanımlanması ve tedavi sürecinin ortaya konması.

Gereç ve Yöntem:

Maltepe C.İ.K Devlet Hastanesinde 2012-2013 yılları arasında SİLS TEP ve Klasik TEP ameliyatı sonrası oral NSAİD tedaviye dirençli kasık ağrısı ve sonrasında kontralateral tarafta gluteal teno-sinovit gelişen 5 vakanın tedavi süreci retrospektif olarak incelendi. Hastaların ilk ameliyat görüntüleri, ameliyat raporları, tedavi-takip dosyaları, postoperatif poliklinik takip dosyaları, postoperatif görüntüleme, postoperatif kan tetkikleri ve yapılan revizyon ameliyat görüntüleri ve raporları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Hastalarda kasık ağrısı postoperatif ortalama 11.günde başladı (5-20.gün). Hastaların hiçbirinde oral NSAİD tedavisi ve lokal steroid ve lokal anestezi enjeksiyon tedavisi kalıcı rahatlama sağlamadı. Tüm hastalarda kasık ağrısı başlamasıyla birlikte hastalarda CRP yüksekliği (ort. 70 mg/dl) ve lökositoz (ort. 12 K/uL) başladı. Hastalarda en sık şikayet sırasıyla; 1-Kasık ağrısı (5/5), 2- uyluk ağrısı (5/5), 3-ördekvari yürüyüş (5/5), 4- İstemsiz kas kasılması (4/5) , 5- Kontralateral kasıkta ve gluteusta ağrı (3/5), 6- Elektrik çarpma hissi (3/5) idi. Hastalara yapılan batin/pelvis görüntülemelerinde batin içi veya operasyon lojunda patoloji saptanmadı. Hastaların pelvik MR görüntülerinde kontralateral gluteal kaslarda yaygın teno-sinovit bulguları saptandı. 5 hastadan 1'i yatarak sistemik antiinflammatuar tedavi ile, 4'ü ise ilk ameliyatta yerleştirilen meshlerin ve zimbaların total eksizyonu ve ön duvardan açık teknikle tekrar fitik onarımı yapılarak tedavileri sağlandı. Erken dönemde (13. ve 20.günde) yatarak tedavi edilen hastalarda tüm şikayetler hemen iyileşirken uzun süre oral NSAİD tedaviyle takip edilen ve geç dönemde revizyon ameliyatı yapılan hastalarda ameliyat edilen kasığın kontralateralindeki kasıkta ve kalçada teno-sinovit başlamış olup revizyon ameliyatı sonrasında da bir süre medikal tedavi ve FTR gereksinimi doğmuştur.

Sonuç:

Kanımızca TEP ameliyatı sonrası görülen oral NSAİD tedavisine dirençli kasık ağrısı vakalarında oral medikal tedavide uzun

sürelili ısrar edilmemeli mümkün olduğunca erken dönemde (bizim serimizde ilk 3 haftada) yatarak sistemik anti-enflamatuar tedavi ve/veya mesh ve zimbaların total eksizyonu şeklinde olan revizyon ameliyatı yapılmalıdır. Tecrübemize göre uzun süre tedavi edilmeyen kasık ağrısı kontralateral tarafta kompanse etmek için sürekli kullanılmasına bağlı gluteal teno-sinovite yol açmaktadır. Gluteal teno-sinovit gelişmesi durumunda fitik lojunda cerrahi revizyon ameliyatı yapılsa dahi kontralateral tarafta uzun süreli medikal tedavi ve FTR gerektiren ağrı gelişmektedir

SS -35 TEK PORT LAPAROSKOPİK KASIK FITİĞİ ONARIMI GERÇEKTE GEREKLİ Mİ?

TAYLAN ÖZGÜR SEZER, HAYRULLAH YILDIRIM , ÖMER VEDAT ÜNALP , ÖZGÜR FIRAT , SİNAN ERSİN , İLHAMİ SOLAK , CÜNEYT HOŞÇOŞKUN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ, İZMİR

Amaç:

Tek porttan yapılan cerrahi ameliyatlara hasta için mükemmel kozmetik sağlarken cerrah için ise daha zor, daha uzun ameliyat süresi ve daha fazla tecrübe gerektirmektedir. Kasık fitiği onarımında tek insizyondan papılan ameliyat yeni bir fitik riski doğurmaktadır. İnsizyon küçüldükçe risk azalmakta ancak operasyon zorlaşmakta veya tersi. Biz kendi modifiye ettiğimiz eldiven tekniği ile daha küçük insizyonlar ile bu sorunların üstesinde gelinebileceğini düşünmekteyiz.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2012 ile Mayıs 2013 arasında toplam 18 hastaya inguinal herni nedeni ile tek port laparoskopik transabdominal preperitoneal onarım uygulandı ve hastalar geriye dönük değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Beş hastada sağ, 13 hastada sol ve 3 hastada ise bilateral inguinal herni saptandı. Bilateral inguinal hernili 1 hastada operasyon ek port yardımı ile laparoskopik tamamlandı. Fasya uzunluğu ortalama 1.8 cm idi. Hastanede kalış süresi ortalama 20 saat idi. Postoperatif erken dönemde umbilikal ve nüks herni saptanmadı. Hastalar kozmetik memnuniyeti mükemmel olarak nitelendirildiler.

Sonuç:

Modifiye ettiğimiz tek port eldiven tekniğinin maliyeti düşük ve cerrahın çalışması için daha fazla alan sağlamaktadır. Ayrıca daha küçük fasya insizyonu sağlayarak postoperatif umbilikal fitik riskini azaltmaktadır. Tek port laparoskopik kasık fitiği; deneyimli ellerde umbilikal fasyada kısa insizyon yapılarak yapılabileceğini düşünmekteyiz.

SS -36 VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANTLI HASTALARDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

ELİF ÇOLAK , NURAYDIN ÖZLEM , SADIK KEŞMER , KADİR YILDIRIM

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Ventriküloperitoneal (VP) şant hidrosefalisi olan hastalarda sıklıkla kullanılan bir tedavi şeklidir.Bu hastalarda laparoskopik kolesistektominin (LK) güvenilirliği halen tartışmalıdır .Literatürde olgu sunumları ve birkaç hastalık serilere rastlanmıştır.Hastanemizde VP şantı olan ve laparoskopik kolesistektomi ile başarıyla tedavi ettiğimiz 3 hastayı sunmaktayız.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 2008 ve Haziran 2013 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde V-P şantı olup kronik taşlı kolesistit nedeniyle LK uygulanan hastalar geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular:

İlk hasta 27 yaşında kadın hasta idi.Hidrosefaliye ek olarak kifoskolyozu da mevcuttu.3 trokarla LK uygulandı ve postoperatif (PO) 2. günde taburcu edildi.İkinci hasta 40 yaşında erkek hasta idi bu hastaya da klasik 4 Amerikan trokar tekniği ile LK uygulandı ve PO 1. günde taburcu edildi.Üçüncü hasta 53 yaşında kadın hasta idi.Bu hastada 4 trokar yöntemiyle opere edilip PO 1. günde taburcu edildi.Ameliyatlar sırasında intraperitoneal basıncın 10 mmHg üzerine çıkmamasına dikkat edildi.Intrakranial basınç monitorizasyonu ve geçici şant kemeleme uygulanmadı. Hastaların hiçbirisinde cerrahi sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişmedi .Yapılan takiplerinde şantın düzgün çalıştığı ve herhangi bir şant enfeksiyonu gelişmediği görüldü.

Sonuç:

Bu hastalardan yola çıkarak VP şantlı hastalarda yüksek intraperitoneal basınca çıkmamak koşuluyla elektif laparoskopik kolesistektominin güvenle uygulanabileceği kanaatindeyiz.

SS -37 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE GENİŞ SİSTİK KANALA PRATİK VE GÜVENLİ ÇÖZÜM

ELİF ÇOLAK , NURAYDIN ÖZLEM , RECEP AKTİMUR , GÜLTEKİN ÖZAN KÜÇÜK , KADİR YILDIRIM , SADIK KEŞMER

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Laparoskopik kolesistektomide geniş sistik kanalın

bağlanmasında zorluklar yaşanabilmektedir.Bu çalışma ile kliniğimizde geniş sistik kanalı bağlamada absorbe olmayan polimerik klip kullandığımız hastaların sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2011-Ağustos 2013 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde laparoskopik kolesistektomi ameliyatında absorbe olmayan polimerik klips kullandığımız hastaların dosyaları geriye dönük olarak tarandı.Hastaların demografik özellikleri,ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası komplikasyonlar,hastanede kalış süreleri ve toplam izlem süreleri kaydedildi.Kullanılan klipse ait komplikasyonlar açısından hastalar araştırıldı.

Bulgular:

İzlemde kalan toplam 26 hastaya ulaşıldı.Hastaların 22'si (%84,6) kadın,4'ü (%15,4) erkek ,yaş ortalaması 56,6 (min:28-maks:81) yıl idi.Ameliyatlar sırasında komplikasyon ya da güçlükle karşılaşmadı.Ortalama hastanede kalış süresi 1,61± 1,29 (min:1-maks:7) gün idi.Hastaların hepsi şifa ile taburcu edildi. Yalnız bir hasta ameliyattan 3 gün sonra koledokta milimetrik kalküller nedeniyle tıkanma ikteri bulgularıyla tekrar yatırılarak medikal tedavi ile taburcu edildi.Ortalama 11,3±9,1 (min:1-maks:33) aylık izlem sonrası klips kullanımına ait komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç:

Bu çalışma ile laparoskopik kolesistektomide polimerik klip kullanımının kolay ve güvenilir bir yöntem olduğu ve postoperatif morbiditeye yol açmadığı sonucuna varıldı.

SS -38 İKİSİ PFANNENSTIEL ÇİZGİSİ ÜZERİNDE YERLEŞİMLİ 3 PORT İLE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

MUSA AKOĞLU , ERDAL BİROL BOSTANCI , EROL AKSOY , İLTER ÖZER , MURAT ULAŞ

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç:

Safra kesesi ameliyatlarında laparoskopik kolesistektomi (L/K) altın standarttır. Bu çalışmada kolelitiazisli hastalarda 3 port ile yapılan L/K'nin sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde, 2012-2013 yılları arasında 3 port ile L/K yapılan 104 hasta çalışmaya alındı. Akut kolesistitli hastalar ile laparoskopik olarak karına girildikten sonra kesenin grade IV yapışık olduğu ve sklerotrofik olduğu görülen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Bir adet 5-11 mm göbek trokarı ve pfannenstiel çizgisi üzerine yerleştirilen iki adet 5 mm trokar ile L/K yapıldı. Hasta verileri;

kadın/erkek dağılımı, yaş, vücut kitle indeksi (BMI), ek hastalık varlığı, geçirilmiş karın ameliyatı, operasyon süresi, hastanede yatış süresi, postoperatif komplikasyon, reoperasyon gerekliliği ve konversiyon açısından değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmada 93 kadın ve 11 erkek olmak üzere toplam 104 hasta mevcuttu. Yaş ortalaması 41,21±12,26 (15-75) idi. BMI 25,57±3,33 kg/m² (18-35,1) idi. Hastaların 10'unda (%9,6) ek hastalık mevcuttu. Toplam 26 hastada (% 25) geçirilmiş karın operasyonu mevcut olup, operasyon süresi ortalama 45,71±12,77 dakika (15-90) idi. Hastanede yatış süresi median 1 gün (1-6) idi. Bir hastada drenden safra kaçağı, bir hastada da trokar yerinden kanama olmak üzere toplam 2 hastada (% 1,92) postoperatif komplikasyon gelişti, ancak hastalarda yeniden ameliyat gerekliliği olmadı. Konversiyon 2 hastada (%1,92) olup bunlar; bir hastada aşırı traksiyon uygulaması sonucu kese perforasyonuna bağlı karın içine multiple taş düşmesi nedeniyle açığa konversiyon, bir hastada da ileri peritoneal yapışıklıktan dolayı ilave 4. port yerleştirilmesi şeklindeydi.

Sonuç:

Bizim tekniğimizle yapılan 3 trokar ile L/K klasik L/K'dan daha kötü değildir. 5 mm'lik trokar insizyonlarının bikini hattının altında kalması kozmetik açıdan daha avantajlı gözükmektedir.

SS -39 ERCP BAŞARISIZ OLURSA LAPAROSKOPIK SAFRA YOLU EKSPLOASYONU KURTARICI OLABİLİR Mİ?

BORA KOÇ , SERVET KARAHAN , FIRAT TUTAL , GÖKHAN ADAŞ , AYHAN ÖZSOY , TUNA GELDİĞİTİ

OKMEYDANI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ , 2.CERRAHI KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

ERCP safra yolu taşlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Geçirilmiş mide operasyonları, safra yolu kanülasyonunda ve taşın çıkartılmasında yaşanan zorluklar ve açık cerrahinin getirdiği morbidite ve mortalite faktörleri Laparoskopik Koledok Eksploasyonunun bir alternatif olarak değerlendirilmesini sağlamıştır. Bu çalışmada ERCP'nin başarısız olduğu olgularda uygulanan Laparoskopik Koledok Eksploasyonlarının erken sonuçlarını tartışmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Mart 2008 ile Nisan 2010 tarihleri arasında ERCP nin başarısız olduğu 16 hastaya laparoskopik koledok eksploasyonu uygulandı ve datalar prospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Laparoskopik koledok eksploasyonu (LKE) uygulanan hastaların %56,25 'i (9) kadın %43,75 'i (7) erkekti. Ortalama yaş 54(34-72) bulundu. En sık doktora başvuru nedeni sarılık

ve karın ağrısıydı. 6 hastada geçirilmiş Billroth II operasyonu, 4 hastada papailla kanülasyonunun gerçekleştirilememesi, 4 hastada taş çıkartılmasında başarısızlık ve 2 hastada da hasta intoleransı nedeniyle ERCP işleminin başarısız olduğu görüldü. LKE uygulanan vakalarda ortalama operasyon süresi 115±38 dakika idi. Transkoledokal olarak gerçekleştirilen koledokoskopi ortalama tamamlanma süresi 24±12 dakika idi. Tüm vakalarda safra kanalları basket veya balon yardımıyla direk görüş altında tamamen temizlendi. 2 hastada oluşan safra kaçağı yakın takip ve gözlemlenerek post operatif 3.günden itibaren azaldı. Drenaj takipleri 7 güne kadar sürdü. Sadece bir hastada açığa geçildi; 70 yaşında kolanjit tablosunda olan ,batın içinde yaygın yapışıklıkları olan ve 10 dan fazla taşı olan kadın hastaya koledokoduostomi uygulandı. Post op 5.gün taburcu edildi. Mortalite olmadı. Ortalama hastanede kalış süresi 2,4(2-5) gündü. Hastaların yapılan 36 aylık takiplerinde LKE ile ilişkili bir morbidite bulunmadı.

Sonuç:

Safra yolu taşlarının tedavisinde ERCP altın standart olarak görülmesine rağmen LKE düşük morbiditesi, konvansiyonel cerrahiye göre hastanede kalış süresinin kısa olması ve ERCP nin yapılamadığı durumlarda uygulanabilirliği nedeniyle cazip bir alternatif olarak görünmektedir. ERCP'nin başarısız olduğu durumlarda deneyimli ellerde yapılan LKE 'nin kurtarıcı olduğu unutulmamalıdır.

SS -40 UNUTULMUŞ VEYA İHMAL EDİLMİŞ BİLİYER STENTLER

HACI MEHMET ODABAŞI , CEM ARSLAN , HACI HASAN ABUOĞLU , ERKAN ÖZKAN , MEHMET KAMİL YILDIZ , CENGİZ ERİŞ , EMRE GÜNAY , M.A. TOLGA MÜFTÜOĞLU

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Biliyer stentler ile ilgili pek çok yayın bulunmaktadır, ancak uzun süreli kalan unutulmuş veya ihmal edilmiş stentlerle ilgili birkaç vaka sunumu dışında fazla bilgi mevcut değildir. Hastanemize başvuran vakalar bu çalışmada değerlendirmeye alınmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Şubat 2010 ile Mayıs 2013 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğine uzun süreli unutulmuş veya ihmal edilmiş 5 hasta başvurmuştur. Bu hastaların 3 ünün hikâyesi veya ellerinde bulunan tıbbi dokümanlarda hastalara biliyer stent yerleştirildiğine dair herhangi bir bilgi mevcut değildi. İki hasta ise biliyer stentleri olduğunu biliyordu.

Bulgular:

Başvuran hastalardan 3 ü erkek, 2 si ise kadın idi. Yaşları 22 ila 68 arasında değişiyordu (ortalama yaş 41,6). Hastalarda üst karın ağrısı, sarılık, ateş, anormal karaciğer fonksiyon

testleri veya safra yolu dilatasyonu şikayetleri tek başına veya beraberce bulunuyordu. Hastalar tıkanma sarılığı ön tanısı ile yatırıldılar, radyolojik ve biyokimyasal ve endoskopik olarak değerlendirildiler.

Sonuç:

Endoskopik olarak ana safra kanalı taşları çıkartılmadığında, cerrahi girişim veya taşın çıkartılması için ikinci girişim öncesi, taşın impakte olmasını veya kolanjiti engellemek için drenaj amaçlı biliyer stent yerleştirilmesi endikasyonu vardır. İyi drenaj ve düşük komplikasyon ile erken dönem sonuçları bilinirken, uzun dönem sonuçları belirsizliğini korumaktadır. Uzun süreli kalan stentler özellikle 3 yılı aştığında hastalara cerrahi girişim yapılması hemen hemen kaçınılmaz olmaktadır. Bu nedenle tüm ERCP ünitelerine hem hastanın hem de hekimin unutmamasını sağlamak için stent kayıt sistemi önermekteyiz.

SS -41 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ'DE ZOR OLGULARDA ANTEGRAD YAKLAŞIM AÇIĞA GEÇİŞİ AZALTIR MI?

YİĞİT SOYTAŞ, İSMAİL CEM SORMAZ, MUHAMMED ZÜBEYİR ÜÇÜNCÜ, DERYA SALİM UYMAZ, ECEM MEMİŞOĞLU, LEVENT AVTAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHI ANABİLİM DALI

Amaç:

Laparoskopik kolesistektomi, kolelityazis olgularında altın standart tedavi yöntemidir. Genel yaklaşım olarak retrograd diseksiyon sonrası Calot üçgeni diseke edilemezse subkostal kesi ile açık ameliyata geçilir. Bu çalışmada amaç retrograd olarak tamamlanamayan olgularda laparoskopik antegrad parsiyel kolesistektomi yaklaşımının etkinliğini irdelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2011 ve Ağustos 2013 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A servisinde laparoskopik kolesistektomi yapılan 192 olguyu retrospektif olarak inceledik.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 48.5 (16-87), kadın/erkek oranı 3/1 olarak saptandı. Yüzdoksaniki kolesistektomi olgusunun 185'i (%96) laparoskopik olarak sonuçlandırıldı. Tüm olgularda diseksiyona retrograde olarak başlandı, 178 (%96) olgunun ameliyatı retrograd, 7 (%4) olgununki ise antegrad diseksiyonla bitirildi. Ortalama ameliyat süresi retrograd olanlarda 46 dakika iken antegrad olanlarda 68 dakikadır. Ameliyat sonrası ortalama yatış süresi antegrad olanlarda 1.7(1-4), retrograd olanlarda 1.77(1-23) gün. Retrograd yaklaşım uygulanan 185 olgunun ikisinde komplikasyon gelişti. Bunlardan biri kolanjit nedeniyle ERCP gereksinimi, ikincisi ise ameliyat lojunda abse nedeniyle ikincil yatış ve perkütan drenaj gereksinimi idi. Antegrad

diseksiyonla tamamlanan olgulardan parsiyel kolesistektomi yapılması gerekenlerde, infundibulum düzeyinde sistik güdüğü gözlemlendi, açık olanlarda kese içinden sütür, oblitere bulunanlarda ise yalnız drenaj uygulandı ve postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi.

Sonuç:

Laparoskopik kolesistektomide en sık kullanılan yaklaşım türü retrograd iken; bu yaklaşımın mümkün olmadığı vakalarda açık kolesistektomiye dönmek yerine antegrad yaklaşımı ve parsiyel kolesistektomiye düşünmek uygulanabilecek bir yöntemdir.

SS -42 SAFRA TAŞI HASTALIĞINDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ VE ERCP' NİN UYGULANMASI

KENAN YUSUF-ZADE

SINIR HİZMETİ ASKERİ HASTANESİ, BAKÜ, AZERBAJCAN

Amaç:

Kısa zaman içinde denemeden temel tedavi yöntemine dönüşmüş laparoskopik safra kesesi ameliyatı endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ile kombine olunmuş şekilde safra taşı hastalığının tedavisinde "altın" standarta çevrilmiştir. Araştırmanın amacı laparoskopik kolesistektomi v² preoperatif endoskopik retrograd kolanjiopankreatografinin tedavide etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Bu amaçla hastanemizde 281 laparoskopik safra kesesi ameliyatının prospektiv analizi yapılmıştır. Onlardan 62 (22%) hasta erkek, 219(78%) hasta kadındır. 21(7,47%) hastada akut taşlı kolesistit, 253(90%) hastada kronik taşlı kolesistit, 7(2,49%) hastada safra kesesinin polipozu olmuştur. 15(5,3 %) hastada safra kesesi taşı choledoxolitiazla ağırlaşmıştır. 29(10,32%) hasta 20-30 yaş arası, 60(21,35%) hasta 30-40 yaş arası, 71(25,26%) hasta 40-50 yaş arası, 78(27,75%) hasta 50-60 yaş arası, 30(10,67%) hasta 60-70 yaş arası, 13(4,62%) hasta 70-80 yaş arasında olmuştur. Yaş ortalaması 47,5 (20-75), orta yatak günü 3 gün olmuştur. Ortalama CO2 harcı 63 litredir. 200(71,17%) ameliyat 3 portla, 81(28,82%) ameliyat 4 portla icra edilmiştir. Hastaların 26,6%-de 1 adet, 8,8%-de 2 adet, 38,8 % -de 3-10 adet, 25,5% -de 10-dan çok taş ultrases muayenesinde kaydedilmiştir. Hastaların 88%-de e koledokun çapı 6,0 mm-den küçük, 22%-de ise 6,0 mm-den büyük olmuştur. Hastaların 84,2%-de safra kesesinin duvar kalınlığı 2,0-4,0 mm, 13,6%-de 4,0-8,0 mm, 2,1%-de 8,0 mm-den çok olmuştur. Hastaların 45,6 %-de taşın boyutu 10,0 mm-den düşük, 23,9%-de 10,0-15,0mm, 13,1%-de 15,0-20,0 mm, 17,4%-de 20,0mm-den yukarı olmuştur.

Bulgular:

Laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçirmiş 281 hastadan 269-u (95,72%) başarıyla sonuçlanmıştır. 12 (4,27%) hastada

çok bitişmeler ve adhezyon olduğundan teknik zorluklarla ilişkin açık cerrahi ameliyata geçilmiştir. 15(5,3 %) hastada safra yolu taşları ile ilgili preoperatif ERCP icra edilmiştir. Onlardan 1 hastada anestezioloji sorundan dolayı üç teşebbüste işlem görülmüştür. 4 hastada iki teşebbüste işlem sonuçlanmıştır. Adhezyon sebebiyle 4 troakarlı laparoskopik kolesistektominin yapılması gereksimi olmuştur.

Sonuç:

- 1) Deneşimli cerrahların 3 port laparoskopik kolesistektomi kullanması tavsiye olunur.
- 2) Ameliyat zamanı teknik zorluklarla karşılaştığında açık cerrahi yöntem göz önünde bulunmalıdır.
- 3)Koledok taşı zamanı preoperatif ERCP uygulaması şarttır.
- 4)Laparoskopik kolesistektomi ve ERCP yöntemleri safra taşı hastalığında "altın" prosedürlerdir.

SS -43 HEMŞİRE TECRÜBESİNİN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SÜRESİNE ETKİSİ

MERAL DOĞAN ¹, İLKNUR GÜL ¹, BETÜL KOZANHAN ², NECLA KARDEMİR ¹, TUBA SEZER ¹, SANİYE GENCER ¹, SERDEN AY ³, MEHMET ALİ ERYILMAZ ³, ÖMER KARAHAN ³, SADIK ÖZMEN ²

¹ KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ

² KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

³ KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Çalışmamızda hemşire tecrübesinin laparoskopik kolesistektomi ameliyatının süresi üzerine etkisini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi ameliyathanesinde, on yıldan daha fazla laparoskopik ameliyat tecrübesi olan, bir genel cerrahi uzmanının, Ocak 2010-2013 tarihleri arasında yaptığı laparoskopik kolesistektomi vakalarının dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Ultrasonografide (US) safra kesesinde taş ve/veya polipi olduğu için ameliyat edilen hastaları çalışmaya alındı. US de safra kesesi duvar kalınlığı 3 mm nin üzerinde bulunan, göbek üstü ve göbek etrafında kesi nedbesi olan, safra kesesi ameliyatına ilave ikincil ameliyat yapılan, laparoskopik başladığı halde laparoskopik bitirilemeyen, anestezi riski nedeniyle genel anestezi alamayan vakalar çalışma dışı bırakıldı. Bütün vakaların laparoskopik kolesistektomisinde standart Amerikan yöntemi kullanıldı. Asiste hemşire kamera ile çalışma alanının gösterirken, yardımcı hemşire safra kesesini fundusundan itti ve cerrah her iki elindeki çalışma aletleri ile kolesistektomi işlemini gerçekleştirdi. Hastaların yaş, cins, safra kesesi patolojisi, ASA skoru, ameliyatı asiste eden hemşire ve ameliyat süresine ait bilgiler elde edildi. Ameliyatı asiste eden

hemşireler, laparoskopik ameliyat tecrübesi 10 yıldan fazla olan tecrübeli dört hemşire (grup 1), 5 yıldan az tecrübesi olan dört hemşire (grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Veriler Excel ortamında kaydedildi, istatistiki hesaplama için SPSS 18.0 programı kullanıldı. P<0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Çalışmamıza dahil edilen 197 hastanın 38(%19) i erkek, 159(%81) u kadın, 17(%9) si 65 yaş üstünde, 180(%91) i altında olup, yaş ortalaması 46,7±13,8 idi. Anestezi riski açısından, 146(%74) ü ASA I, 38(%19) i ASA II, 13(%7) sı ASA III idi. Tecrübeli hemşireler 104(%53) ameliyatı, az tecrübeli hemşireler 93(%47) ameliyatı asiste etmişlerdi. Tüm ameliyatlar için ortalama ameliyat süresi 63,2±20,1 dakika idi. Bu süre tecrübeli hemşire grubunda 51,5±9,0 dakika, az tecrübeli hemşire grubunda 73,0±35,6 dakika olarak tespit edildi. Aradaki fark anlamlı (P<0.05) idi. ASA kriterleri ve hasta yaşının ameliyat süresi üzerine etkisi olmakla birlikte aradaki fark (P>0.05) anlamlı değildi.

Sonuç:

Laparoskopik kolesistektomide ameliyat hemşiresinin tecrübeli olması ameliyat süresini kısaltmaktadır.

SS -44 TEK PORT LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ

TAYLAN ÖZGÜR SEZER, HAYRULLAH YILDIRIM, ÖMER VEDAT ÜNALP, ALPER UĞUZ, ÖZGÜR FIRAT, İLHAMİ SOLAK, CÜNEYT HOŞÇOŞKUN, SİNAN ERSİN

EĞE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ GENEL CERRAHİ, İZMİR

Amaç:

Tek porttan yapılan cerrahi ameliyatlar hasta için mükemmel kozmetik sağlarken cerrah için ise teknik olarak daha zor, daha uzun ameliyat süresi ve daha fazla tecrübe gerektirmektedir. Sanayi portlarının maliyeti yüksek ve kullanımı kısmende olsa zordur. Bu çalışmada sanayi portları ile kendi modifiye ettiğimiz tek port eldiven tekniğini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2008-Mayıs 2013 arasında tek port laparoskopik kolesistektomi uygulanan 170 hasta geriye dönük değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Hastaların 120'si sanayi portu kullanılarak diğer 50'si ise son bir yıl içerisinde eldiven tekniği kullanılarak opere edildi. Sanayi portu kullanılan hastaların 3'üne ikinci bir port yerleştirilerek, eldiven tekniği uygulanan hastalarda ise 1'ine ikinci port yerleştirilerek operasyon tamamlandı. Perop ve postoperatuar komplikasyon gelişmedi. Sanayi portu ile yapılan hastaların 2'sinde umblikal herni ve umblikal bölgede keloid gelişti. Eldiven tekniği ile yapılanlarda herni saptanmadı. Sanayi portu eldiven tekniğine göre daha pahalı olduğu saptandı. Operasyon süresi

sanayi portunda biraz daha uzun bulundu. Postoperatif hastalar kozmetik memnuniyeti her iki grupta mükemmeldi. Faysa insizyonu eldiven portunda daha kısa olduğu saptandı (1.8 cm).

Sonuç:

Tek port laparoskopik cerrahi konvansiyonel laparoskopik cerrahinin avantajlarına ek olarak mükemmel kozmetik sunmaktadır. Ancak sanayi tipi tek portlar pahalı, batın içerisine yerleştirilmesi zor ve zaman almakta ayrıca postop umbilikal herni sıklığını artırmaktadır. Ameliyathanede bulunan malzemeler ile hazırlanan tek port eldiven sistemi ucuz, kullanımı kolaydır.

SS -45 AKUT BİLİYER PANKREATİTLERDE ERKEN VE GEÇ LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

SERACETTİN EĞİN , METİN YEŞİLTAŞ , SEDAT KAMALI , BERK GÖKÇEK , ERDEM YILMAZ , SERVET RÜŞTÜ KARAHAN

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Akut biliyer pankreatitli(ABP) hastalarda akut atağın iyileşmesinden sonra olası biliyer komplikasyonları engellemek için zorunlu olan kolesistektominin zamanlaması konusunda tartışmalar halen devam etmektedir. Bu retrospektif çalışmamızda ABP'li hastalarda erken ve geç laparoskopik kolesistektomi(LK) sonuçlarımızı karşılaştırarak,yatış günü(YG),atak sayısı(AS),morbidite ve mortalite üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2009 – Aralık 2012 tarihleri arasında ABP tanısı alan ve tedavisi için LK uygulanan 131,önceden geçirilmiş büyük karın ameliyatları nedeniyle açık kolesistektomi uygulanan 2,açık koledok eksplorasyonu endikasyonu konulan 2 olmak üzere toplam 135 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri,şikayetlerinin başlamasından gelişlerine geçen günleri(\$BGGG), ilk gelişteki serum amilazları(SA), Ranson skoru(RS),AS, ameliyat türü,operasyon süreleri(OS),açığa geçme oranları,ilk ataktan ameliyata kadar geçen gün sayıları,postop komplikasyonlar(PK), mortalite ve YG kaydedildi.

Bulgular:

Veriler SPSS 15.0 programı ile değerlendirildi,p<0,05 değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Toplam 135 hastanın 48'i Grup 1'de (erken),87'si Grup 2'de (geç) idi. Gruplara göre olguların cinsiyet ve yaş verileri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (p=0.301 ve p=0.352). \$BGGG ortalaması Grup 1'de 1.48±1.09 ,Grup 2'de 1.47±1.18 olup,gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı (p=0.906). Grup 1'deki 46 hastaya LK gerçekleştirirken,4'üne laparoskopik koledok eksplorasyonu(LKE) da başarıyla uygulandı. Grup 2'deki 85 hastaya LK gerçekleştirirken,5'ine LKE da başarıyla uygulandı. Hiçbir grupta açık ameliyata geçilmedi. OS ortalaması Grup

1'de 79.17±36.39,Grup 2'de 77.49±34.19 dakika olup, gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı (p=0.890). PK Grup 1'de 2,Grup 2'de 5 hastada saptandı ve gruplar arası istatistiksel fark bulunmadı (p=0.518). RS ortalaması Grup 1'de 1.90±1.24, Grup 2'de 1.82±1.13 olup,gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı (p=0.664). Mortalite saptanmadı. YG ortalaması Grup 1'de 7.73±3.14,Grup 2'de 10.95±8.38 olup,gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu (p=0.005). SA ortalaması Grup 1'de 1938.12±944.55Ü/L,Grup 2'de 2521.07±1401.72Ü/L olup,gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu (p=0.004). İki ve ikiden çok AS Grup 2'deki hastaların 18'inde (%20.7) saptandı ve istatistiksel anlamlı fark bulundu (p=0.001).

Sonuç:

Bulgularımıza göre,RS≤3 ABP'lerde olduğu gibi, nekrotizan pankreatit görülmedikçe RS=4 ABP'lerde de erken LK morbiditeyi artırmamaktadır. Geç LK'de YG ve AS artması,hastane maliyeti ve işgücü kaybını artırmaktadır.

SS -46 VIDEO SUNUM EŞLİĞİNDE SILS TEP DENEYİMİMİZ

AHMET BEKİN , SELİM BİROL

MALTEPE CEZA İNFAZ KURUMU DEVLET HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kasık fıtığı cerrahisinde en yeni yöntem olan SILS TEP ameliyatındaki 11 vakalık ilk deneyimimiz

Gereç ve Yöntem:

Ağustos 2012-Ağustos 2013 tarihleri arasında Maltepe ÇIK Devlet Hastanesinde toplam 11 adet kasık fıtığı hastasına SILS TEP ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat'ta SILS port, 30 derece açılı kamera, 2 adet düz el aleti ve laparoskopik zimba aleti kullanılmıştır. Greft olarak klasik prolen mesh kullanılmıştır. Sils Port göbek altına yapılan 1,5 cmlik cilt kesisi ile rektus kası altına yerleştirilmiştir. Preperitoneal alan balon kullanılmadan kamera yardımıyla disseke edilmiştir. Prolen mesh loja laparoskopik zimba kullanılarak tespit edilmiştir. Tüm vakalar video ve fotoğraf kaydı ile dökümente edilmiştir.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 36 (23-45) idi, 5 adet sağ indirekt, 2 adet sağ direkt, 3 adet sol indirekt, 1 adet sol direkt herni saptandı. Ortalama ameliyat süresi 69.5 dk (45-120) idi. Ameliyat edilen 11 hastanın 4 ünde periton delinmesi oldu ancak ek müdahaleye gerek kalmadan ameliyat bitirildi. Hiçbir hastada kanama, postop enfeksiyon, erken nüks, kord hasarı görülmemiştir. 2 Hastada postoperatif dönemde kasık ağrısı gelişmiştir. Hastaların ortalama yatış süresi 1 gündür.

Sonuç:

11 vakalık serimizden elde ettiğimiz deneyime göre SILS TEP ameliyatı Klasik TEP'te tecrübeli cerrahlar tarafından kolaylıkla öğrenilebilen, ameliyat süresi kabul edilebilir sınırlarda olan ve kozmetik açıdan mükemmel yakın sonuç veren bir tekniktir.

SS -47 ROBOTİK TEK PORT KOLESİSTEKTOMİ: 41 HASTADAKİ DENEYİMİMİZ

CİHAN URAS¹, DENİZ EREN BÖLER¹, İLKNUR ERGÜNER¹, TAYFUN KARAHASANOĞLU², İSMAİL HAMZAOĞLU²

¹ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

² ACIBADEM MASLAK HASTANESİ, GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Amaç:

DaVinci Single-Site (Si) robotik sistem tek port laparoskopik cerrahinin limitasyonlarını ortadan kaldırması hedeflenerek geliştirilen ve kullanıma sunulan bir sistemdir. Literatürde daVinci Si robotik sistemle yapılan tek port kolesistektomi hakkında çok az sayıda çalışma mevcuttur. Biz bu yazıda robotik tek port kolesistektomi deneyimimizi ve sonuçlarını sunmayı amaçladık

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2011 ve Temmuz 2013 tarihleri arasında, Acıbadem Bakırköy ve Maslak Hastaneleri'nde 41 hastaya robotik tek port kolesistektomi yapıldı. Perioperatif veriler (anestezi süresi, ameliyat süresi, "docking" süresi ve konsol süresi) prospektif olarak kaydedilirken, hastanede kalış süresi ve ilk 24 saatteki VAS (visual analogue scale) ağrı skorları retrospektif olarak derlendi ve analiz edildi.

Bulgular:

Kırkbir hastanın 9'u erkek, 32'si kadındı. Yaş ortalaması 41.6'ydı (21-64). Ortalama anestezi süresi 78.8 dakika (45-130dk), ortalama ameliyat süresi 63.4dk (34-110dk) idi. Ortalama "docking" süresi 10.1dk (4-30dk) ve ortalama konsol zamanı 23.6dk (7-60dk) olarak bulundu. Hastanede kalış süresi 1.04 gündü (1-2gün). İlk 24 saatteki ortalama VAS ağrı skoru 3.5'tu (2-8). İki hastada kanama kontrolü sırasında pnömoperitoneum kaybı oldu. Kanama kontrolü açılı-laparoskopik aletlerle tamamlandı. Bir hastada robotik sistem kilitlendiği için profesyonel teknik destek gerekti. Yapışıklıklar nedeniyle bir hastada ek trokar girildi. Hiçbir hastada kanama, safra yolu veya organ yaralanması gibi komplikasyonlar olmadı. Bir hastada postoperatif 7. ayda insizyonel herni gelişti.

Sonuç:

Robotik tek port kolesistektomi makul ameliyat süresi içinde gerçekleştirilebilen güvenli bir yöntemdir. Tek port laparoskopik kolesistektomideki alet çıkışması ortadan kalkmakta ve Calot üçgeni optimum şekilde ekspozite edilebilmektedir. Üç boyutlu HD görüntü ve ince manipulasyon sağlayan aletler cerrahin çalışmasını kolaylaştırmaktadır. Dezavantajları ise dokunma hissinin olmaması, ameliyat maliyetinin yüksek olması, özel olarak eğitilmiş sağlık ekibi ve büyük ameliyathane odası gerektirmesidir. Hasta hazırlığı ve "docking" nedeniyle ameliyat süresi uzamaktadır. Ayrıca uzun vadede insizyonel herni riski artabilir. Robotik tek port kolesistektomi maliyeti nedeniyle

rutin kullanım için uygun değildir, ancak sistemin ve aletlerin gelişmesi, deneyimin artmasıyla daha kompleks ameliyatlara tek porttan yapılabilmesi yolunda ilk adım olabilir.

SS -48 LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİDE APANDİST GÜDÜĞÜNÜN KAPATILMASINDA HIZLI VE UCUZ BİR YÖNTEM : METAL KLİP KULLANIMI

MEHMET ABDUSSAMET BOZKURT , MUSTAFA GÖKHAN ÜNSAL, ALİ KOCATAŞ , ABBAS ARAS, GÜLAY ŞAHİN , MUSTAFA UYGAR KALAYCI , SELİN KAPAN , HALİL ALIŞ

DR.SADİ KONUK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Laparoskopik apendektomi apandist cerrahisinde standart tedavi yöntemi haline gelmemesinin en önemli nedenleri laparoskopinin yüksek maliyeti, intrakorporal süturasyan nedeniyle ameliyat süresinin uzaması ve güdük kaçağı ve intraabdominal apse oranının açık apendektomiye göre yüksek olmasıdır. Biz kliniğimizde laparoskopi apendektomide metal klip kullanarak bu dezavantajları azaltmayı amaçladık

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2008-Aralık 2012 yılları arasında Acil cerrahi polikliniğine başvurarak laparoskopik apendektomi uygulanan ve apandist güdüğünün metal klip ile kapatıldığı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar demografik veriler , komplikasyon gelişimi , ameliyat süreleri yönünden incelendi.

Bulgular:

1100 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 553'ü (%50,2) erkek, 547'si (%49,8) kadındı . Çalışmaya katılanların ortalama yaşı 32.6 idi. Ortalama ameliyat süresi 40,6 dakika olarak gerçekleşti. Hastaların 42 'sinde komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonların 26 'sı batın içi apse, 12 'si yara yeri enfeksiyonu, 4 'ü postoperatif erken dönem ileus olarak gerçekleşti.

Sonuç:

Laparoskopik apendektomide metal klip kullanımı laparoskopinin avantajlarını artırır ve standart tedavi olması yönünde ilerlemeye katkı sağlar.

SS -49 PNEUMOPERİTONEUM İÇİN DOĞRUDAN TROKAR GİRİŞİ

MEHMET ÖZER , SERAP ULUSOY , EROL PIŞKİN , FATİH KARAYOL

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Laparoskopik operasyonlarda pnömoperitoneum oluşturmak için kullanılan doğrudan trokar yönteminin güvenliği ve etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

01 Ocak 2009 ve 30 Haziran 2013 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan laparoskopik girişimler retrospektif olarak incelendi. Pnomoperitoneum için sadece doğrudan trokar girişi yöntemi kullanılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Umblicusun altından yapılan cilt ciltaltı kesisini takiben karın duvarı iki taraflı yukarı asılarak 10 mm'lik trokar doğrudan batın içine sokuldu. Teleskop ile kontrol edilerek gaz bağlantısı yapıp pneumoperitoneum oluşturuldu. Bu hastalar, oluşan komplikasyonlar ve açık girişe dönülmesi yönünden değerlendirildi. Kliniğimizde hiç Veres iğnesi ile pneumoperitoneum oluşturulmadığı için sonuçlar bu yönden literatür ile karşılaştırıldı.

Bulgular:

Belirtilen tarihler arasında kliniğimizde 875 hastaya laparoskopik işlem için pneumoperitoneum oluşturulmuştu. Bunların 837'sinde doğrudan trokar girişi yöntemi uygulandı. Eski göbek üstü veya göbek altı insizyonu olup adhesion riski olan 38 hastaya açık yöntemle trokar girişi yapıldığı için bunlar çalışma dışı bırakıldı. Doğrudan trokar girişi yapılan hastaların 794'ü elektif vakalar, 43'ü acil vakaları kapsıyordu. Bu vakaların hiçbirinde major veya minor organ yaralanması olmadı. 4 hastada göbek çevresinde ciltaltı / adele içi hematoma, ekimoz oluştu. Sadece 2 vakada doğrudan giriş hastanın aşırı obez oluşu nedeniyle güvenli hissedilmedi ve açık trokar girişine döndürüldü.

Sonuç:

Pneumoperitoneum için doğrudan trokar girişi yöntemi güvenli ve efektif bir yöntem olarak bulunmuştur. Literatürdeki sonuçlar çok değişiklikler göstermektedir. Gerek Veres iğnesi, gerek açık trokar girişi, gerekse doğrudan trokar girişi ile yapılan pnemoperitoneum ile ilgili sonuçların komplikasyonlar açısından birbirine üstünlüğü bulunmamaktadır. Hangi yöntemin uygulanmasının gerektiğine cerrahın bilgisi, deneyimi ve hastanın durumuna göre karar vermek en doğrusu olarak görülmektedir.

SS -50 AZERBAJCANDA İLK YAPILAN SİLS KOLESİSTEKTOMİ VAKASI

KENAN YUSİF-ZADE, REŞAT SAFAROV

DÖVLET SINIR HİZMETİ ASKERİ HASTANESİ, BAKÜ, AZERBAJCAN.

Amaç:

Eğitim amacıyla hastanemizin cerrahi ekibi için icra edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

31 yaşlı subayımızda yapılmış USM-de kronik daşsız kolesistit kaydedildi. Hastada yanaşı hastalık tesbit edilmedi. 22.01.2013 tarihte Covidien SİLS trokar kullanmakla laparoskopik kolesistektomi işlemi yürütülmüştür.5 aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşama göbekten kesiyin yapılması ve SİLS portun yerleştirilmesidir. İkinci aşama Kalot üçgeninin

ayırt edilmesidir. Üçüncü aşama dokuların ayrılması ve kliplenmesidir. Dördüncü aşama disseksiya, hemostaz ve temizlemeden ibarettir. Beşinci aşama kesenin hariç edilmesi ve yaranın kapatılmasıdır. Ameliyat süresi 45 dak., hastanede yatış 2 gün olmuştur.

Bulgular:

Operasyon sırasında ve sonraki dönemlerde ağırlaşma kayda alınmadı. Ameliyattan sonraki ağrının intensivliğinin ve süresinin kısa olması , hastanın normal çalışma moduna çabuk dönmesi kayda alındı.

Sonuç:

1) Tek port laparoskopik kolesistektomi alet seti ,3 ve ya 4 port laparoskopik alet setinden esnekliğine göre farklı olduğundan çok tecrübeli cerraha ilk operasyonda teknik zorluk yaratır ve işlem zamanının uzanmasına neden ola biler.

2)Ağır komplikasyonlar meydana gelmesi muhtemel olduğunda erken olarak standart laparoskopiyaya ve ya açık yöntemle geçme dikkatten kenara koyulmamalıdır.

3) İşlem çok güzel bir estetik görünüm ile karakterize olunur.

4) Bu yöntemin standart laparoskopiyadan üstünlüğünün ispat edilmesi için daha çok tecrübeye ihtiyaç var.

SS -51 YENİ BAŞLAYANLAR İÇİN; TEK PORT LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ

TAYLAN ÖZGÜR SEZER , HAYRULLAH YILDIRIM , ALPER UĞUZ , ÖMER VEDAT ÜNALP , ÖZGÜR FIRAT , ÖZER MAKAY , CÜNEYT HOŞÇOŞKUN , SİNAN ERSİN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ, İZMİR

Amaç:

Tek porttan yapılan cerrahi ameliyatlar hasta için mükemmel kozmetik sağlarken cerrah için ise teknik olarak daha zor, daha uzun amaliyat süresi ve daha fazla tecrübe gerektirmektedir. Bu yeni tekniği öğrenme aşamasında hangi ameliyatın yapılması gerektiği tartışma konusudur.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2012 ile Mayıs 2013 arasında tek porttan laparoskopik ameliyat toplam 95 hasta geriye dönük değerlendirilmiştir.

Bulgular:

50 hastaya kolesistektomi, 18 hastaya transabdominal preperitoneal onarım, 17 hastaya appendektomi , 4 hastaya umbilikal herni onarımı, 5 hastaya splenektomi ve 1 hastaya ise adrenalectomi uygulandı. Laparoskopik appendektomi uygulanan hastaların 10'u kadın ve 7'si erkekti. Yaş ortalaması 35 idi. Konvansiyonel laparoskopiyeye veya açığa geçiş olmadı. Hastanede kalış süresi ortalama 20 saat idi. Komplikasyon gelişmedi. Apendiks güdüğü 10 hastada stapler ile 8 hastada

ise ipekle bağlandı. Hastalar kozmetik memnuniyeti mükemmel olarak nitelendirdiler.

Sonuç:

Tek port laparoskopik cerrahi teknik olarak zor ve öğrenme eğrisi uzundur. Ancak yeni başlayanlarda tekniğe adapte olmaları için laproskopik kolesistektomi yerine laparoskopik appendektomi ile başlamaları ve apendiks güdüğünü satpler ile kapatmaları daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

SS -52 TRANSANAL MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİDE TEK PORT LAPAROSKOPİK CERRAHİ YÖNTEMİNİN KULLANILMASI: İLK SONUÇLARIMIZ

FEZA KARAKAYALI, TUGAN TEZCANER , AYDINCAN AKDUR , ÖZGÜR HARMANCI , GÖKHAN MORAY

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Transanal Endoskopik Mikrocerrahi (TEM), rektum yerleşimli benign adenomların ve erken evre karsinomların tedavisinde uygulanan güvenli ve etkin bir tedavi yöntemi olmakla birlikte uzun öğrenme süresi ve yüksek maliyeti nedeniyle kullanım alanı sınırlı kalmıştır. Biz bu çalışmada, rektum yerleşimli tümörlerin tedavisinde tek port laparoskopik cerrahi yöntem ile TEM uyguladığımız hastalarımızın sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Rektumda kitle tanısı olan transanal eksizyon tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Rektal kitleler, anal kanala SILS port® (Covidien, ABD) yerleştirilmesini takiben sağlam cerrahi sınırlar ultrasonik kesme/mühürleme cihazı kullanılarak gerçekleştirildi ve oluşan defekt sütüre edilerek kapatıldı. Hastaların demografik özellikleri, kitle lokalizasyonu, kitlenin boyutu, histopatolojik özellikleri, ameliyat bulguları ve ameliyat sonrası dönem sonuçları kaydedildi.

Bulgular:

Mayıs 2013 ile Aralık 2013 tarihleri arasında 7 hastaya rektumda kitle tanısı ile lokal eksizyon endikasyonu konuldu. Hastaların 2'si kadın, ortalama yaş 67(54-84) idi. Kitlenin anal verge'den uzaklığı ortalama 5.4 cm (3-10) ve büyüklüğü ortalama 28 mm (4-35) idi. Alınan biyopsilerde 3 hastada intramukozal karsinom, 2 hastada villöz adenom, 1 hastada T1 adenokarsinom ve 1 hastada tubülovillöz adenom saptandı. Hastalardan birinde eş zamanlı sigmoid kolon yerleşimli adenokarsinom olması nedeni ile TEM ile rektal polip eksizyonu ve laparoskopik anterior rezeksiyon uygulandı. Ameliyat süresi ortalama 132 dk (65-220) idi. Kesin patoloji sonuçları, 3 hastada intramukozal karsinom, 2 hastada T1 adenokarsinom, 2 hastada ise benign adenomatöz polip olarak gelirken; tüm spesmenlerde cerrahi sınırlar negatif olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası erken dönemde hiçbir hastada komplikasyon görülmedi.

Sonuç:

Tek port laparoskopik teknik ile yapılan TEM, geleneksel laparoskopik cerrahi tekniğine benzerliği ile uygulaması kolay ve maliyeti daha düşük bir yöntemdir. Rektum yerleşimli endoskopik olarak rezeke edilemeyen benign poliplerin ve erken evre malign karsinomların cerrahi tedavisinde güvenle kullanılabilir.

SS -53 KARACİĞER HİDATİK KİSTİN “PERFORATÖR-GRİNDER-ASPIRATÖR APARATUS” İLE LAPAROSKOPİK CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

ECEM MEMİŞOĞLU, İSMAİL CEM SORMAZ , MUHAMMED ZÜBEYİR ÜÇÜNCÜ , DERYA SALİM UYMAZ , YİĞİT SOYTAŞ , LEVENT AVTAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Kist hidatik ülkemizde de sık görülen Echinococcus granulosus'un neden olduğu endemik bir hastalıktır. Medikal tedaviden radikal hepatik rezeksiyona uzanan tedavi seçenekleri kistin boyutuna, yerleşim yerine, cerrahin tecrübesine göre değişiklik göstermektedir. Laparoskopik cerrahi ise tartışmalara neden olmakla birlikte gittikçe sık başvurulan, uygun olgularda güvenilir bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada Perforatör-Grinder-Aspiratör Aparatus “PGAA” ile laparoskopik cerrahi tedavisi uygulanan dev karaciğer kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Karın ağrısı şikayeti ile başvuran 31 yaşındaki kadın hastanın preoperatif radyolojik görüntülemelerinde karaciğer sol lobda (13cm) ve segment 5'de safra kesesi komşuluğunda (7.7 x 6cm) yerleşmiş iki adet kistik lezyon tespit edildi. Hastaya laparoskopik PGAA ile kistotomi(perforatör), kist boşaltılması (grinder-aspiratör) yapıldı ve kist kavitesine laparoskopik parsiyel kistektomi (unroofing), drenaj uygulandı. Peoperatif başlanmış olan oral albendazol tedavisine postoperatif devam edildi.

Bulgular:

Postoperatif 5.gün sorunsuz taburcu edilen hastanın takiplerinde, 1. ve 6.ay kontrollerinde komplikasyon görülmedi.

Sonuç:

Kist hidatikte en uygun tedavi hastaya, cerraha, kistin yerleşim ve evresine bağlı olarak belirlenmektedir. Uygun olgularda daha az postoperatif ağrı, daha kısa hastanede kalış süresi ve tatmin edici kozmetik sonuç nedeni ile laparoskopik cerrahi tedavi sık başvurulan yöntem olmalıdır. PGAA ile kistotomi ve drenaj laparoskopik girişimi kolaylaştırmakta ve hasta güvenliğini artırmaktadır.

SS -54 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA POSTOPERATİF HEPATOBİLİYER USG İLE SIVI KOLEKSİYONU KONTROLÜ

EROL DİKİLİ¹, AHMET GÜRER¹, NURAYDIN ÖZLEM²

¹ANKARA ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

²SAMSUN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

Amaç:

Ankara Atatürk eğitim araştırma hastanesi 1.genel cerrahi kliniğinde laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların postoperatif hepatobiliyer ultrasonografilerinde sıvı gözlenmesi ve sıvının progresyonunu gözönüne alan parametrelerin gözlemlenmesi yapıldı. Laparoskopik kolesistektomi yapılan 250 olgu ileriye dönük çalışıldı. Olguların aşağıdaki medikal karakteristikleri kaydedildi. Yaş cins kolesistektomi atağı öyküsü, cerrahi sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar dren konulması drenin kalma süresi hastaneye başvurma durumu kaydedildi. Hepatobiliyer us operasyondan sonraki ilk ve otuzuncu gün gerçekleştirildi; sıvının varlığı ve progresyonu incelendi.

Gereç ve Yöntem:

250 hastanın Medikal kayıtları çalışıldı, postoperatif 1ci gün hepatobiliyer ultrason 67 olgu (%26.8) da sıvı kolleksiyonu bulundu. Ortalama sıvı kolleksiyon volümü 8.8±5.2cc idi. Postoperatif 1.gün kolleksiyonu olan hastalara postoperatif 30.cu günde de yapılan usg sadece iki olguda 5cc altında olmak üzere kolleksiyon gösterdi. Bu iki olgunun postop ilk gündeki sıvı miktarları 19cc ve 9.1 cc olarak izlendi..

Sonuç:

Laparoskopik kolesistektomiye giden hastaların postoperatif hepatobiliyer ultrasonografilerinde bulunan sıvı kolleksiyonlarının yaşla cinsle yada öyküsünde kolesistit atağı olması ile ilişki yoktur. Erken postop dönemde usg ile gösterilmiş 10cc altındaki subhepatik kolleksiyon olan olgularda daha fazla usg izlemine gerek yoktur. Buna karşın bu volümün üzerindeki kolleksiyonlarda bunu yapmak fizibledir.

SS -55 NONABSORBABLE POLYMERİK KLİPLER İLE ENDOLUP BAĞLAMANI KARŞILAŞTIRILMASI APENDİKÜLER GÜDÜKTE LAPAROSKOPİDE İLERİYE DÖNÜK RASTGELE SEÇİMLİ BİR ÇALIŞMA

NURAYDIN ÖZLEM¹, ELİF ÇOLAK¹, METİN KEMENT², AHMET GÜRER³

¹SAMSUN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

²KARTAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

³ANKARA ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Bu prospektif randomize çalışmanın amacı; laparoskopik apendiks stump kapamada hemolok ligasyon sistemini endoloop ligatüre ile karşılaştırarak klinik sonucunu değerlendirmek

Gereç ve Yöntem:

Total 53 hasta bu çalışmada değerlendirildi 26 hasta hemolok 27 endoloop grupta idi.

Bulgular:

Operasyon süresi ortalama hemolok grupta daha kısa idi (64.7 +/-19.2 e karşılık 75+/-23) ancak aradaki fark istatistiki anlama ulaşmadı diğer cerrahi sonuçlar aynı idi ister cerrahi olsun ister cerrahi dışı olsun tüm komplikasyonlar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. ortalama postop hospitalizasyon süresi heriki grupta benzerdi.

Sonuç:

Çalışmanın sınırlılığı nedeniyle hernekadar genel bir yargı ya da önermeye varmak imkansız olsada , bizim görüşümüz laparoskopik apendektomide apendiks güdüğünü polimerik nonabsorbable kliplerle kapatmak daha ucuz daha basit, yaygın kullanılan yöntemlere bir alternatif olabilir.

SS -56 ERİŞKİN PERFORE APANDİSİTLERİNDE İNTRAOPERATİF İRİGASYON YAPMAKSIZIN YALNIZCA ASPİRASYON YAPILMASI POSTOPERATİF KOMPLİKASYON ORANLARINI ARTIRMAZ AKSİNE AZALTIR.

NURAYDIN ÖZLEM

SAMSUN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

Amaç:

Erişkin perfore apandisitinde intraoperatif karın içini irriğe etmeden yalnızca aspire ederek tedavi şeklinin sonuçlarına ilişkin bir çalışma yoktur. perfore apandisitte intraoperatif peritononun irriğe edilmesinin postoperatif komplikasyonları(intraabdominal abse, cerrahi alan enfeksiyonu postoperatif ileus), hastanede kalma süresini, ilk oral alım zamanı ve operasyon süresini azaltıp azaltmadığını saptamak.

Gereç ve Yöntem:

Rastgele seçimli ileriye dönük bir çalışma yürütüldü. Gerekli izinler onamlar alındı, mart2011-ağustos2012 arasında apendektomi yapılan ardışık 279 hasta vardı.

Bulgular:

Öndört hastada perfore apandisit tanısı kondu;bunlar laparoskopik apendektomi ile tedavi edildi. Yedisine irigasyon aspirasyon diğer 7 sine ise sadece aspirasyon yapıldı. Yaş ve

cins açısından iki grup arasında fark yoktu. sex.dört hastada postoperatif komplikasyon gelişti;2 si yara yeri infeksiyonu idi,birinde intraabdominal infeksiyon gelişti. Dördüncü hastada postoperatif ileus gelişti. Postoperatif komplikasyon gelişen dört hastadan biri aspirasyonun irigasyonsuz yapıldığı grupta idi. Diğer üçü ise irigasyon aspirasyon gurubunda idi. Biz irigasyon aspirasyon gurubuyla karşılaştırdığımızda aspirasyon gurubunda daha düşük tüm komplikasyon oranı bulduk. (14.2 %vs42.8% p=0.04)

Sonuç:

Perforasyon olduğunda apendektomi sırasında peritoneal kavitenin irige edilmesi rutin pratik olması yaygın hale gelmişti. Ancak erişkinlerde perfore apandisitte intraoperatif irigasyon yapılması ve postoperatif intraabdominal abse gelişimi arasında sebep sonuç ilişkisini gösteren bir çalışma yoktur. Moore ve ark sonuçları pediatrik perfore apandisitlerde irigasyonun kullanılması ile postoperatif abse gelişiminde bir artış eğilimi olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda iki yöntem arasında postop komplikasyon açısından karşılaştırma yaptık çalışmanın kısıtlılığı büyük hasta gruplarında yapılmamasıdır. Sonuçlarımıza göre irigasyon aspirasyon işlemi perfore apandisitte postop komplikasyon oranlarını artırmaktadır. Yaşlıların perfore apandisitlerinde bile irigasyondan sakınılabılır.

SS -57 LAPAROSKOPİK VE AÇIK APENDEKTOMİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI: 5 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

A.F.KAAN GÖK , MUHAMMED ÜÇÜNCÜ , YİĞİT SOYTAŞ , DERYA UYMAZ , MEHMET İLHAN , HAKAN YANAR , CEMALETTİN ERTEKİN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, TRAVMA VE ACİL CERRAHİ SERVİSİ

Amaç:

Akut apandisit en sık rastlanan akut karın nedenidir ve acil cerrahi girişimlerin büyük bir kısmını oluşturur. Çalışmamızın amacı laparoskopik ve açık apendektomi yapılan olguları demografik veriler, yatış süresi, morbidite açısından incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2008 Haziran 2013 tarihleri arasında akut apandisit ön tanısı ile ameliyat edilen 1490 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. Veriler SPSS 16.0 paket programı ile analiz edildi.

Bulgular:

Olguların 546' sına laparoskopik (%37) , 944' üne açık cerrahi (%63) yöntemle apendektomi uygulandı. Laparoskopik cerrahi grubunda ortalama yaş 31,4 yıl, açık cerrahi grubunda 33,7 yıl olarak saptandı. Laparoskopik grupta 296 (%54) erkek, açık grupta 621 (%65) olgu erkekti. Ortalama hastanede kalış süresi, laparoskopi grubunda 1,5 gün, açık cerrahi grubunda 2,1 gün idi. Laparoskopik grubunda ortalama hastanede kalış süresinin

açık cerrahi grubuna göre anlamlı olarak daha kısa olduğu saptandı (p: 0,003). Laparoskopi grubunda olguların 25' inde (%4), açık cerrahi grubunda olguların 43' ünde (%4) hastanede kalış süresini uzatan ya da yeniden yatış gerektiren morbidite (yüzeysel cerrahi alan infeksiyonu ve/veya derin cerrahi alan infeksiyonu) olduğu saptandı. Her iki grup arasında istatistikel olarak anlamlı fark saptanmadı (p:0,539).

Sonuç:

Laparoskopik cerrahi, hasta konforu ve erken işe dönüş süresi açısından tercih edilmektedir. Apendektomide de laparoskopik cerrahinin yatış süresi açısından daha kısa olduğu ve postoperatif morbidite açısından anlamlı fark bulunmadığı gösterilmiştir. Deneyimin artması ile beraber akut apandisit tedavisinde laparoskopik cerrahinin yeri giderek artacaktır.

SS -58 KLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ: İLK 50 HASTA DENEYİMİ

ABDÜKADİR BEDİRLİ , BÜLENT SALMAN , MEHMET EREN YÜKSEL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Laparoskopik cerrahide kullanılan video-endoskopik sistemleri, el aletleri, elektrokoter sistemleri ve stapler teknolojisindeki ilerlemeler laparoskopik kolorektal cerrahide artışa neden olmuştur. Bu retrospektif klinik çalışmada kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik cerrahi uyguladığımız ilk 50 hastanın sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya haziran 2011-haziran 2013 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik yöntem ile küratif kolorektal cerrahi uyguladığımız hastalar dahil edildi. Senkron kolorektal tümörü olan, acil cerrahi uyguladığımız hastalar ile abdominoperineal rezeksiyon, total kolektomi uyguladığımız hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik karakteristikleri, semptomları, tümör lokalizasyonları, uygulanan operatif prosedürler, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar kayıt edildi.

Bulgular:

Hastaların 21'i kadın, 29'u erkek olup ortalama yaş 58 idi (39 ile 77 arasında). Hastalardaki en sık başvuru semptomu 39 hasta ile (%78) rektal kanama iken bunu 32 hasta ile (%64) defekasyon değişikliği takip etmekte idi. Tümör lokalizasyonu 17 hastada rektum, 14 hastada çıkan kolon, 11 hastada sigmoid kolon, üçer hasta transvers kolon ve inen kolon ve iki hasta çekum idi. Rektum tümörü olan 17 hastanın 15'ne neoadjuvant RT + KT uygulanmıştı. Operasyonda 16 hastaya sağ hemikolektomi, 3 hastaya transvers kolektomi, 3 hastaya sol hemikolektomi, 7 hastaya sigmoid rezeksiyon, 12 hastaya anterior rezeksiyon, 9 hastaya aşağı anterior rezeksiyon uygulandı. Hiçbir hastada

açığa geçilmedi. Anastomoz kaçığı çekum tümörü nedeniyle sağ hemikolektomi uygulanan sadece bir hastada görüldü. Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 3 gün idi.

Sonuç:

Laparoskopik kolorektal cerrahi uyguladığımız hastalardan elde ettiğimiz sonuç, artan tecrübeler ve teknolojik gelişmeler ile birlikte bu cerrahinin güvenle uygulabileceği yönündedir.

SS -59 LAPAROSKOPİK VE AÇIK APENDEKTOMİ UYGULANAN HASTALARIN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

ELİF ÇOLAK , NURAYDIN ÖZLEM , GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK , RECEP AKTİMUR , SADIK KEŞMER , KADİR YILDIRIM

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Laparoskopik apendektomi (LA) günümüzde apandisit ameliyatları içinde gittikçe artan bir orana sahiptir.Bu çalışma ile kliniğimizde uyguladığımız LA ve açık apendektomi (AA) olgularının karşılaştırmalı analizini yapmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2010 -Temmuz 2013 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde LA ve AA uygulanan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenerek;hastalar demografik özellikler,ameliyat süreleri ve hastanede kalış süreleri açısından karşılaştırıldı.İstatiksel analizler IBM SPSS istatistik 20 programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular:

Hastalar LA ve AA uygulanan hastalar olmak üzere 2 gruba ayrıldı.LA grubu 63 (%67,8) kadın, 30 (%32,2) erkek olmak üzere toplam 93 hasta,AA grubu 60 (%41,7) kadın ,84 (%58,3) erkek olmak üzere toplam 144 hastadan oluştu.LA grubunda kadın hasta sayısı, AA grubundan anlamlı düzeyde fazla idi ($p<0,001$). LA grubundaki hastaların yaş ortalaması $35,8\pm 14,8$ (min:17-maks:71) iken,AA grubunda $33,8\pm 16,1$ (min:15-maks:84) idi. Gruplar arasında yaş açısından fark olmadığı görüldü ($p=0,327$). LA grubunda ameliyat süresi ortalama $78,01\pm 37,8$ (min:29-maks:240) dakika iken ,AA grubunda $51,6\pm 17,6$ (min:24-maks:110) dakika idi.LA grubunda ameliyat süresinin anlamlı derecede uzun olduğu görüldü ($p<0,001$).Hastanede kalış süresi (HKS) LA grubunda $2,39\pm 1,68$ (min:1-maks:9) gün iken ,AA grubunda $2,02\pm 1,73$ (min:1-maks:11) gün idi.HKS açısından gruplar arasında fark olmadığı görüldü ($p=0,107$).

Sonuç:

Bu çalışma ile LA'nin ayırıcı tanıya yardımcı olması nedeniyle kadın hastalarda daha sık tercih edildiği,ancak ameliyat süresini anlamlı düzeyde uzattığı gibi hastanede kalış süresi açısından avantajlı olmadığı sonucuna varıldı.

SS -60 LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ SONRASI UZAYAN YATIŞ NEDENLERİ

FAZİLET ERÖZGEN , ŞEVKİ PEDÜK , ADNAN HUT , GAMZE ÇITLAK , AHMET KOCAKUŞAK , CELAL KIZILKAYA , CİHAD TATAR , EKREM FERLENGEZ , RAFET KAPLAN

HASEKİ GİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Akut apandisit cerrahi müdahale gerektiren bir antitedir.Fakat laparoskopik tekniklerin gelişmesi ile beraber ameliyat gerektiren tüm hastalıklarda olduğu gibi akut apandisit tedavisinde de hangi yöntemin daha iyi olacağı ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Kullanılan yöntemler hep birbirleriyle karşılaştırılmakta ve birbirlerine üstünlükleri bulunmaya çalışılmaktadır.Biz burada kendi laparoskopik apandektomi deneyimimizde karşılaştığımız bazı apandektomi sonrası yatış süresini arttıran sorunları paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

2013-ocak 2013 temmuz ayları arasında acil şarlarda yapılmış toplam 62 apandektomi olgusu ele alındı.Bu hastalardan 5 tanesi SILS diğer 57 vaka laparoskopik üç porttan opere edildi.

Bulgular:

Laparoskopik apandektomi uygulanan hastaların 32 si kadın 40 tanesi erkekti.yaş ortalaması 31.2 yıl(17-62).hastaları sadece 5 tanesinde batın içi dren konmuştu.ve 4 hasta hariç en geç 2. Gün taburcu işlemi gerçekleşti.Yaşları sırasıyla 19,27,32,35 olan 4 erkek hastada 1 ve 32 yaşlardakinde postop 1.gün yükselen ateş ve karın ağrısı oldu.çekilen Usg ler normal olan ancak lökositiz bulgusu 5.ve 6. Günde gerileyen hastalarda 32 yaşındaki hastanın göbük trokar yerinden abse boşaltıldı ,diğer hastada ise açıklayabileceğimiz patoloji saptanmadı.27 ve 35 yaşındaki diğer iki hastadada pot operatif kusma ve ardından ADBG ile teyit edilen lökositoz ve ateşin olmadığı ileus tablosu ortaya çıktı.postop 5. Ve 7. Günde açılan vakalar 6ve 9 gün hastanede kaldı.

Sonuç:

Laparoskopik apandektomi sonrası işe dönüş erken ,analjezik ihtiyacı az vakalar olarak lanse edilirken sebebini tam olarak otaya koyamadığımız 4 vakamız oldu.Yatış süresi uzun olmasına karşın tekrar operasyon ihtiyacı ile karşılaşmadık.

SS -61 STANDART VE TEK PORT LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ - 2. BASAMAK HASTANELERDE GÜVENLE YAPILABİLİR Mİ?

YUNUS TAŞÇI , ZELİHA TÜRKYILMAZ , GÜRHAN ÇELİK

S.B. EDİRNE DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Tek port laparoskopik cerrahi son yıllarda standart multiport

laparoskopik cerrahiye alternatif olarak uygulanmaya başlamıştır. Çalışmamızda tek port ve standart laparoskopik apendektominin 2. basamak hastanemizdeki sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda 1 Şubat-7 Eylül 2013 tarihleri arasında hastanemizde laparoskopik olarak yapılan apendektomi vakaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Hastalarımızın 31'i erkek, 20'si kadın, ortalama yaşları 27 idi (10-52). Vakaların 36'sına standart laparoskopik apendektomi (SLA), 15'ine tek port laparoskopik apendektomi (TPLA) yapıldı. İlk yedi vakada kanama kontrolü için elektrokoter ve endoskopik klipler, sonraki vakaların tümünde Ligasure™(Covidien, Massachusetts-ABD) damar kapama ve kesme probu kullanıldı. Vakaların 32'sinde piyes 10 mm'lik trokar içinden veya umblikal defektten dışarı alınırken, 19 vakada endoskopik spesimen torbası kullanıldı. İki vakada Endoloop™(Ethicon, New Jersey-ABD), diğer vakaların tümünde intrakorporeal çift düğüm tekniği kullanıldı. SLA vakalarından birinde yoğun enflamasyona bağlı ekspozisyon yetersizliği nedeni ile açığa geçildi (%1.9). Diğer bir vakada postoperatif 9. günde batın içi ve sağ plevral boşlukta sıvı kolleksiyonu nedeni ile tekrar ameliyata alınarak tanısız laparoskopik ve sağ torakoskopi ile eksplorasyon ve hematoma drenajı yapıldı. TPLA vakalarında umblikus koronal yönde açılarak oluşturulan defekte silikon giriş sistemi yerleştirildi (Covidien, Massachusetts-ABD; Hangzhou Kangji Medical Instruments Co, Çin Halk Cumhuriyeti). Rotikülatörlü endoskopik dişsiz veya dişli tutucu ile 5 mm'lik Ligasure™ (Covidien, Massachusetts-ABD) probuna ek olarak standart laparoskopik malzemeler kullanıldı. Bir vakada dren koymak için 5 mm'lik ek trokar girildi. SLA vakalarının 4'ü hariç tümünde, TPLA vakalarının sadece birinde dren kullanıldı. Ameliyat sonrası hastanede ortalama yatış süresi 2,4 gündü (median 2). Standart laparoskopik apendektomide ameliyat süresi 48 ± 17 (25-90) dakikayken, tek port vakalarında 62 ± 20 (32-101) dakikaydı.

Sonuç:

Standart laparoskopinin yerini almaya aday olan tek port laparoskopik cerrahiye geçişte ilk planda yapılması önerilen prosedürlerden birisi apendektomidir. Tek port laparoskopik apendektomi gerekli teknik ekipman ve laparoskopik cerrahi deneyimi varlığında ikinci basamak hastanelerde de uygulanabilecek olan güvenli bir seçenektir.

SS -62 TRANSANAL ENDOSKOPİK AMELİYAT (TEO) TECRÜBEMİZ: 10 VAKALIK ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

MUSA AKOĞLU , ERDAL BİROL BOSTANCI , EROL AKSOY, MURAT ULAŞ , İLTER ÖZER

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç:

Orta ve üst yerleşimli rektal lezyonları, transanal yolla cerrahi olarak çıkarmak zordur. Transanal endoskopik ameliyat (TEO) ile bu lezyonların çıkarılması kolaylaşmaktadır. Bizde bu çalışmamızda, TEO uygulaması ile ameliyat ettiğimiz olgularımızın özelliklerini ve erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde Ocak-Ağustos 2013 arasında TEO ile lokal ekzisyon yapılan 10 olgunun verileri; yaş, cinsiyet, preoperatif tanı, ameliyat pozisyonu, ameliyat süresi, patoloji sonucu, intraoperatif ve postoperatif komplikasyon ile hastanede yatış süreleri açısından değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 54,1±14,83 (21-75) olup, 3'ü erkek 7'si kadın idi. 6 hastaya polip, 2 hastaya villöz adenom, 1 hastaya tübüler adenom ve 1 hastaya da Hirchprung hastalığı nedeni ile TEO yapıldı. Lezyonlar rektumda 2. cm ile 13. cm arasında bulunuyordu. 8 hastada litotomi, 2 hastada da sağ yan pozisyonunda işlem gerçekleştirildi. Ortalama ameliyat süresi 99,56±31,81 dakika (59-167) idi. Patoloji sonucu bir hastada adenokarsinom, bir hastada hipoganglionozis, bir hastada ülser olup, diğerlerinde ise tübülovillöz adenom ve adenomatöz polip idi. Tüm lezyonlar negatif cerrahi sınır ile çıkarıldı. Bir hastada intraoperatif kanama sonucu laparotomi ile low anterior rezeksiyon (LAR) yapıldı. Postoperatif komplikasyon hiçbir hastada görülmedi. Kanama sonucu LAR yapılan hasta 14 gün hastanede yattı. Onun dışındaki hastalarda ortalama hastanede yatış süresi 3,78 ±1,39 gün (1-6) idi.

Sonuç:

Rektum yerleşimli lezyonlar TEO uygulaması ile kolay ve güvenli bir şekilde çıkarılabilir.

SS -63 BENİGN MİDE ÇIKIŞ YOLU TIKANIKLIKLARINDA GEÇİCİ KENDİLİĞİNDEN GENİŞLEYEN METALİK STENT UYGULAMASI (ERKEN SONUÇLARIMIZ)

BARIŞ BAYRAKTAR¹, İBRAHİM ALİ ÖZEMİR¹, ONUR BAYRAKTAR², GUPSE ADALI³, SALİH BÖLÜK¹, MEHMET ZEKİ BULDANLI¹, HAYDAR YALMAN¹, ORHAN ALİMOĞLU¹, OSMAN BARAN TORTUM⁴

¹ İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

² TDV 29 MAYIS HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

³ İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ

⁴ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Benign mide çıkış yolu tıkanıklarında cerrahi tedavi, kür sağlamasına karşın morbidite ve mortaliteyi arttırdığı için cerrahi dışı değişik tedavi yöntemlerinin denenmiştir. Bunlar endoskopik ve flüroskopik olarak yapılan balon dilatasyonu, geçici stent yerleştirilmesi, intralezyonal steroid enjeksiyonu ve insizyon tedavisidir. Kliniğinizde benign patolojiler sonrası mide çıkışında darlık gelişen 5 hastanın kaplı SEMS (self expandable metallic stent) uygulanması sonrası erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Benign mide çıkış yolu tıkanıklığı nedeni ile Haziran 2012-Mayıs 2013 tarihleri arasında 5 hastaya kaplı SEMS uygulandı. Hastaların 3'ü peptik ülser perforasyonu sonrası operasyona sekonder darlıktı. Bu hastaların ikisi pilorik darlık bir tanesi ile pilor ve bulbus duodeni de darlıktı. Peptik ülserle bağlı darlığı olan 2 hastanın darlığı pilordaydı. Balon dilatasyonu (3 kez) ve intralezyonal steroid enjeksiyonuna yanıt vermeyen hastalara direkt gözlem eşliğinde endoskopik olarak kaplı SEMS yerleştirildi. İşlem sonrası her hastanın floroskopik kontrolü yapıldı. Stentleme sonrası 6.saatte oral sıvı alımına başlandı. Hastalar 15. gün floroskopi ile kontrol edildi. Ortalama 6-8. haftada endoskopik olarak stentler çıkartıldı. Kontroller 3.ayda ve 6.ayda endoskopik ve flüroskopik olarak yapıldı.

Bulgular:

Hastalar ortalama 13,4 ay (4-26 ay) takip edildi. Kaplı SEMS'ler bütün hastalara başarı ile yerleştirildi. Oral sıvı alımı 5 hastada işlemden 6 saat sonra başladı. Hastaların bir tanesinde şiddetli karın ağrısı gelişmesi üzerine kontrastlı batın tomografisi çekildi. Patoloji saptanmayan hastanın oral alımı 24 saat sonra başladı. Takiplerde hastaların 3'ünde gastrik parezi saptandı. Prokinetik ajanlarla şikayetleri giderildi. Gastrik parezili hastalardan 1 tanesi (postoperatif darlık) 3.ayda peptik ülser perforasyonu nedeni ile opere edildi. Hastanın perforasyon bölgesi antrumda saptanan ve mide- duodenum pasajı açık olduğu gözlenen hastaya sadece Graham rafi yapıp başka bir girişim düşünülmedi.

Sonuç:

Benign mide çıkış yolu tıkanıklıklarında uygun hastalarda geçici SEMS uygulaması, operasyonun mortalite ve morbiditesini önleyerek yaşam kalitesini arttırmak için iyi bir alternatif olabilir.

SS -64 MALIGN GASTRİK OUTLET OBSTRUKSIYONU PALYASYONUNDA LAPAROSKOPİK GASTROENTEROSTOMİ

EVREN DURAK, HALDUN KAR , YAŞIN PEKER , CENGİZ TAVUSBAY , MEHMET HACIYANLI , FATMA TATAR , ERCÜMENT TARCAN

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ SERVİSİ

Amaç:

Malign gastrik çıkış obstrüksiyonunda ana klinik amaç oral alımı hızla restore etmektir. Laprotomiye alternatif olarak laparoskopik gastroenterostomi bu hastalarda hızlı rekuperasyon periodu ile postoperatif dönem konforu sunmaktadır. Literatürde halen bu konuda sınırlı sayıda yayın bulunmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

IKCU Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi servisi nde Haziran 2008- Haziran 2013 tarihleri arasında 11 hastada malign gastrik outlet obstrüksiyonu nedeni ile laparoskopik gastroenterostomi uygulandı. 2 trokar kullanılarak Endo GIA yardımı ile anastomoz gerçekleştirildi. Stapler giriş yeri açıklığı intrakorporeal suturler ile primer kapatıldı. Dren konulmadı.

Bulgular:

Ortalama yaş 62 (51-79) idi. Ortalama operasyon süresi 95 (70-135) dk ve ortalama kan kaybı 50(20-150) ml idi. Tüm hastalarda prosedür laparoskopik olarak tamamlandı. Ortalama postoperatif hastane yatış süresi 5 (3-10) gün idi. Tüm hastalarda postoperatif 2 gün içinde oral gıda alımı restore edildi. 1 hastada üst GIS kanaması, 1 hastada postoperatif dönem pnomonisi ve 1 hastada üriner enfeksiyon gelişti ve konservatif olarak tedavi edildi. 4 hastada postoperatif dönem gastrik boşalmada gecikme gelişti ve tıbbi tedaviye yanıt verdi.

Sonuç:

Malign gastrik outlet obstrüksiyonlu hastalarda laparoskopik gastroenterostomi iyi tolere edilmekte ve oral gıda alımını hızla restore etmektedir. Minimal komplikasyon oranı ve kısa hastane yatış süreleri ile laparoskopik gastrojejunostomi genel sağ kalım süresine negatif bir etkisi olmaksızın güvenle uygulanabilir.

SS -65 TUG EXPOSURE TEKNİĞİ KULLANILARAK UYGULANAN LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ VAKALARIMIZ

EVREN DURAK, YAŞIN PEKER , MEHMET HACIYANLI , M. KEMAL ATAĞAN , İLKER KIZILOĞLU , ERCÜMENT TARCAN , ERDEM SARI

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ SERVİSİ

Amaç:

Bu sununun amacı laparoskopik splenektomi esnasında traksiyon ve splenik hilum ekspozurunu kolaylaştıran tug-exposure tekniği ve avantajlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

IKCU Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi servisi nde Haziran 2008-Haziran 2013 tarihleri arasında 10 hastaya tug exposure tekniği kullanılarak laparoskopik splenektomi uygulandı. Bu teknikte kement şeklinde hazırlanan

umblikal tape dalak alt pol kısmi disseksiyonu sonrası dalak dokusunu içine alacak şekilde dalak çevresine yerleştirildi ve doku askıya alındı. Dalak hilusu ekspoze edildi ve splenektomi dalak vaskulaturunun intrakorporeal serbest bağlamalar ve müteakiben Endo GIA kullanılarak disseksiyonu ile tamamlandı.

Bulgular:

Tug exposure tekniği kullanılan tüm olgular laparsokopik olarak sonlandırıldı. Ortalama operasyon zamanı 130(95-180) dk, dalak büyüklüğü ortalama 12 (9-18) cm idi. İntraoperatif kan kaybı 70 (20-200) ml idi. Ortalama postoperatif hastane yatışı 5 (3-9) gün idi. Bir hastada atelektazi, bir hastada parsiyel pnomotoraks ve iki hastada trokar yeri hematomu gelişti. Bir hastada umblikal tape in stapler hattı arasına sıkışması sonucu intraoperatif venöz kanama gelişti ve hemoraji müteakip GIA uygulaması ile sağlandı. Bir hastada postoperatif erken dönemde kan CK ve kreatinin seviyelerinde hızlı yükselme gözlemlendi ve uygun hidrasyon-diurezis ile tedavi edildi.

Sonuç:

Tug-exposure tekniği uygulaması oldukça basit ve güvenli bir methodur. Splenik hilum ekspoşurunu kolaylaştırmakta, kanama olasılığını ve total operasyon zamanını azaltmaktadır. Ucuz olan bu metod tüm cerrahi merkezlerinde kolaylıkla uygulanabilir.

SS -66 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU: YAMA KULLANIMI SONUÇLARI ETKİLER Mİ?

İSMAİL BİLGİÇ ¹, UĞUR KILINÇ ¹, SİBEL GELECEK ¹, EMRE GÜNDOĞDU ¹, ALİ EMRE AKGÜN ¹, ZEYNEP BALCI ¹, MÜNEVVER MORAN ¹, M. MAHİR ÖZMEN ²

¹ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
²HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyon ameliyatı gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde altın standarttır. Bu çalışma da laparoskopik Nissen fundoplikasyonu ve meshli ve meshsiz hiyatus tamiri yapılan hastaların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Mart 2007 ve Temmuz 2012 tarihleri arasında gastro-özofageal reflü hastalığı nedeniyle ameliyat edilen 60 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Nissen Fundoplikasyona ek olarak, 31 hastaya primer kruroplasti, 29 hastaya primer kruroplasti ve mesh onarımı yapıldı. Tüm hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 12. ayda endoskopi yapıldı. Her iki grup demografik özellikler, ameliyat öncesi semptomların süresi, ameliyat sonrası hastanede kalış süresi, ameliyat süresi ve komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı. Hastalara ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 6. ay ve 12. ayda GIQLI (gastrointestinal yaşam kalite indeksi) testi uygulandı.

Bulgular:

26 (43%) kadın ve 34 (57%) erkek hastanın ortalama yaşı 42(20-83) olarak bulundu. Ameliyat öncesi dönemde semptomların ortalama süresi 21.75±19 ay idi. Ameliyat öncesi dönemde tüm hastalarda özofajit ve/veya hiyatal herni(HH) tanısı mevcuttu. Her iki grup arasında yaş, cinsiyet ve semptomların süresi açısından fark yoktu. Mesh grubunda ortalama hastanede kalış süresi anlamlı olarak daha kısaydı (2.9±2.2 vs 4.2±2.6 gün). Ameliyat süresi mesh grubunda daha uzundu fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (44.9±17.7 vs 36.8±19.2 dk). Primer kruroplasti grubunda 2 hastada ameliyat sırasında özofagus perforasyonu gelişti ve ameliyat sırasında onarıldı. Mesh grubunda bir hastada subkutanöz amfizem gelişti ve spontan düzeldi. Daha önce HH nedeniyle 2 defa dış merkezde ameliyat olan hastada sargı (wrap) herniasyonu görüldü. Ameliyat öncesi toplam GIQLI skorları sağlıklı bireylere göre anlamlı derecede düşüktü (ortalama 78.2±19.1 vs 122.6±24). İki grup arasında GIQLI skorları açısından anlamlı bir farklılık yoktu (ortalama 124.0±22 vs 121.2±20). Ameliyat sonrasında iki grupta eşit düzelme sağlandı ve istatistiksel fark saptanmadı. Ameliyat sonrası 1. yılda tüm hastaların endoskopisi normaldi.

Sonuç:

Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu reflüyü ve semptomlarını önler ve daha iyi yaşam kalitesi sunar. HH'li olgularda yama kullanımı komplikasyonları arttırmadan güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

SS -67 LAPAROSKOPİK FLOPPY NİSSEN FUNDOPLİKASYONU: ROSSETTI MODİFİKASYONU FONKSİYONEL SONUÇLARI ETKİLER Mİ?

İSMAİL CEM SORMAZ, DERYA SALİM UYMAZ, MUHAMMED ZÜBEYİR ÜÇÜNCÜ, ECEM MEMİŞOĞLU, YİĞİT SOYTAŞ, LEVENT AVTAN

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Gastroözofageal reflü hastalığı cerrahi tedavisinde Laparoskopik floppy Nissen Fundoplikasyonu yaygın kullanılan yöntem olmakla birlikte, bazı hastalarda midede gaz birikmesi ve ağızdan gaz çıkaramama ile ilgili şikayetler ameliyat sonrası konforu önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmamızda, cerrahi tekniğin Rossetti modifikasyonu ile uygulanmasının bu şikayetlere etkisini araştırmak amacıyla Laparoskopik antireflü cerrahisi uygulanan hastalarımız retrospektif incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

2006-2012 yılları arasında aynı ekip tarafından yapılan 50 laparoskopik floppy Nissen-Rossetti olgusu(1.grup), yine aynı ekip tarafından daha önce ameliyat edilen 50 laparoskopik floppy Nissen fundoplikasyonu olgusu(2.grup) ile ameliyat sonrası fonksiyonel sonuçlar açısından karşılaştırıldı. Her iki grupta krurorafı (sıfır nonabsorbable), gevşek fundoplikasyon (2-0 nonabsorbabl-multiflamen iki sütürle, ikincisi özofagustan

da geçirilerek) ve sağ yanda bir adet fundopeksi str kullanıldı. Farklı olarak 1.grupta vasa breveslere dokunulmadan mide n yüzü kullanılarak manşon hazırlandı, 2.grupta ise elektrocerrahi kullanılarak ½ üst brevesler serbestleştirildi ve fundus büyük kurvatür düzeyinden manşon oluşturuldu.

Bulgular:

Her iki grup olguların dermografik özellikleri benzerlik göstermekte idi. Ameliyat süresi 1.grupta ortalama 13 +- 4 dk daha kısa idi. Ameliyat sonrası dönemde geçici takılma hissi oranları farklılık göstermezken (grup 1 ve 2 sırasıyla 5 olgu-%10 ve 6 olgu-%12), gaz ıkaramamaya bağlı ağrı ve epigastrik gerginlik Şikayetleri anlamlı oranda farklı idi (grup 1 ve 2 sırasıyla 6 olgu-%12 ve 11 olgu-%22). Her iki grupta da ameliyat sonrası 6.ay ve 1.yıl takiplerinde reflü nüksü yoktu.

Sonuç:

Vasa brevesler korunarak uygulanan Rossetti modifikasyonlu Laparoskopik floppy Nissen Fundoplikasyonunda, standart tekniktene benzer reflü kontrolü sağlanmakla birlikte, gastrik atoni ve ilgili Şikayetler daha az görülmektedir. Mide n yüzünün esnek yapısı sayesinde vasa breveslere dokunmadan manşon oluşturulması, daha iyi fonksiyonel sonuçları ile ilk sırada tercih edilebilir.

SS -68 GASTRO-ÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIğININ TEŐHİSİNDE EMPEDANS ANALİZİNİN ÖNEMİ

NURKAN TRER, ÖZGÜR AYTAÇ, HAKAN YABANOğLU, ALPER PARLAKGÜMÜŞ, KENAN ÇALIŞKAN, TARIK ZAFER NURSAL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHI ANABİLİMDALI, ADANA

Amaç:

Gastro-zofageal Reflü (GR) teŐhisinde 24 saat oesofagus pH monitorizasyonu altın standart olarak kabul edilmektedir. Ancak bu yöntemin asit olmayan reflünün tespitinde yetersiz kalması nedeniyle eş zamanlı olarak empedans kateteri ile analiz önerilmektedir. Hastanemizde GR hastalığı ön tanısı ile 24 saatlik oesofagus pH monitorizasyonu yapılan hastalarda empedans ile analizde uygulanmaktadır. Bu alıŐmamızda pH analizi ile atlanabilecek ancak empedans analizi sayesinde yakalanan hastaların oranları saptanmaya çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Son 2 yıl içerisinde hastanemizde tetkik edilen 102 hastanın bilgileri geriye dönük olarak tarandı.

Bulgular:

24 saatlik oesofagus pH monitorizasyonu ve empedans analizi yapılan toplam 102 hastanın yaş ortancaları 46 idi. Hastaların 37' sinde Demeester puanı 13,5 in üstünde saptanarak GR Hastalığı olduğu kabul edildi. Demeester puanı < 13,5 olan 65 hastanın verileri ayrıca incelendi. Empedans lmleri ile 34/65 hastada (Demeesteri düşük olanların % 52,3, tüm hastaların

%33,3' ünde) patolojik sınır olan 50' nin üzerinde reflü periyodu tespit edildi. Bu hastaların 6' sında pH metri ile de 50' den fazla reflü saptanmış ancak Demeester puanları düşük bulunmuştur. Bu 6 hastayı da GR + kabul edersek, hafif asit veya non-asit reflüsü olan 28 (% 27,5) hastanın tanısı empedans kateteri ile ölçümler sayesinde konulabilmiştir. Diğer bir deyimle; sadece Demeester puanı dikkate alınırsa, test edilen toplam 102 hastanın 34' ünde, reflü periyodları sadece pHmetri ile ölçülürse 28' inde GÖRH atlanabilmektedir.

Sonuç:

GR Şikayetleri ile başvuran hastalarda hafif asit veya non-asit reflü azımsanmayacak oranda sık olduğu gözlendi. Bu nedenle sadece pH ölçümü yapılmasının GÖRH teŐhisinde yetersiz olduğu, eş zamanlı empedans analizi yapılmasının yararlı olduğu kanısına varıldı. Empedans lmnn önemi ortaya konuldu.

SS -69 HİATAL FITIKLARDA LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASİYASI.

KENAN YUSİF -ZADE

DÖVLET SINIR HİZMETİ ASKERİ HASTANESİ, BAK, AZERBAJCAN.

Amaç:

Hiatal fitığı olan hastalarda laparoskopik fundoplikasiya yönteminin etkinliğinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem:

20 hastada cerrahi operasyon gerçekleştirilmiştir. Hastalardan 15 -i erkek, 5-i kadındır . Orta yaş 42,4 olmuştur. 16 hastada kardial, 4 hastada kardiofundal fitık izlendi. 13 hastada fitığın boyutu 3,0 sm, 4 hastada 4,0 sm, 2 hastada 5,0 sm, 1 hastada 6,0 sm-dir. Tüm hastalarda eroziv ezofajit kayda alındı. Tüm hastalarda Nissen-Rozetti modifikasyonu ile işlem yapılmıştır. 2 hastada simultan laparoskopik kolesistektomi gerçekleştirilmiştir. Ameliyat süresi ortalama 45 ± 15 dk, hastanede kalış süresi ortalama 2 gün olmuştur.

Bulgular:

Bir halde yanaşı hastalıklarla bağlantılı anestezioloji sorundan dolayı açık yönteme geçmeye mecbur kaldık. 2 hastada ameliyattan sonra tranzitor disfaji izlendi . Nüks kayda alınmadı.

Sonuç:

1) Ameliyattan sonraki disfajinin olmaması için manjetin oluŐturulmasında dikkatli olmak lazımdır.

2) Laparoskopik fundoplikasiya yöntemi kayan hiatal fitıklarda tercih yöntemdir.



Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv **Cerrahi** Dergisi

VIDEO SUNUMLARI

VS -1 VİDEO ENDOSKOPİK SINGLE-PORT NİPPLE-AREOLA KORUYUCU MASTEKTOMİ VE EŞ ZAMANLI REKONSTRUKSİYON

MUSTAFA TÜKENMEZ, BURCU ÇELET ÖZDEN, ORHAN AĞCAOĞLU, MUSTAFA KEÇER, AHMET DİNÇÇAĞ, VAHİT ÖZMEN, MAHMUT MÜSLÜMANOĞLU, ABDULLAH İÇİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Videoendoskopik Single-port cerrahi, günümüzde daha az invaziv işlemler tercih edilir olduğundan popüler hale gelmiştir. Bu çalışmanın amacı meme kanserli hastalarda videoendoskopik single-port ile nipple areola koruyucu mastektomi, aksiller lenfadenektomi ve eş zamanlı rekonstruksiyonun güvenilirlik ve etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem:

Mayıs 2012 - Ocak 2013 arasında 10 hastaya single- port nipple areola koruyucu mastektomi, aksiller lenfadenektomi ve eş zamanlı rekonstruksiyon yapıldı. Hasta dosyaları incelendi ve demografik veriler, ameliyat süresi, komplikasyonlar ve patoloji sonuçları analiz edildi. Bulgular: Tüm hastalarda, video endoskopik cerrahi başarılı bir şekilde gerçekleştirildi. 10 hastanın 7'sinde invaziv duktal karsinom, 2 hastada duktal karsinoma in situ vardı. BRCA1(+)Bir hastaya da bilateral profilaktik mastektomi yapıldı. Çıkarılan meme dokusu ortalama ağırlığı 420 gram(300-650 gram). Herhangi bir operatif komplikasyon gelişmedi. Ameliyat süresi 250 dakika (160-330 dakika) idi. 6 hastaya doku genişletici, 4 hastaya direkt implant uygulandı. Tüm olgularda cerrahi sınır negatif ve erken takip döneminde nüks görülmedi.

Sonuç:

Video endoskopik single - port nipple areola koruyucu mastektomi ve eş zamanlı rekonstruksiyon iyi kozmetik sonuçlar büyük memelerde de teknik olarak mümkündür. Bununla birlikte tekniğimizin standart nipple areola koruyucu mastektomi ile güvenilirlik ve etkinlik açısından karşılaştırılması için daha geniş serilere ve daha uzun takip sürelerine ihtiyaç duyulmaktadır.

VS -2 LAPAROSKOPİK TRANSVAJİNAL İNSİZYONEL HERNİ ONARIMI

VURAL SOYER, BARIŞ SARICI, CÜNEYT KAYAALP

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ, MALATYA

Özet:

Burada açık bariatrik cerrahi sonrası insizyonel herni gelişmiş olan 46 yaşında bir kadın hastaya yapılan hybrid laparoskopik transvajinal insizyonel herni onarımı paylaşılmaktadır. Hastanın özgeçmişinde 2,5 yıl önce geçirilmiş gastrik bypass ve umbilikal herni onarımı öyküsü mevcuttu. Muayene ve tetkikler ile abdominal duvarda 5 cm'lik fasya defekti vardı. İşlem

yerleştirilen 3 abdominal (5 mm umblikus sağ tarafından, 5 mm'lik umblikus sol tarafından, 10 mm lik suprapubik) ve bir vajinal (15 mm'lik) trokar ile gerçekleştirildi. Fıtık redüksiyonu ve adhezyolizis sonrası 15x15 cm'lik dual mesh vajinadaki trokar içerisinden karın boşluğuna alındı ve abdominal duvara zimba yardımı ile tespitlendi. Hasta cerrahiden iki gün sonra sorunsuz şekilde taburcu edildi. Operasyondan bir hafta sonra hastada seroma gelişti ve aspirasyon uygulandı. Postoperatif 6. ayında olan hastada şuan için nüks yok.

VS -3 SİROZLU HASTADA TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK (SILS) KARACİĞER REZEKSİYONU

İLHAN KARABIÇAK, KAĞAN KARABULUT, SAVAŞ YÜRÜKER, İSMAIL ALPER TARIM, MURAT DEREBEY, NECATİ ÖZEN

19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, SAMSUN

Özet:

Sirozlu hastalarda karaciğer kanseri çok sık görülmektedir. Bu hastaların ideal tedavisi karaciğer nakli ile hem sirozu hem de tümörü tedavi edilmesidir. Ülkemiz gibi kadavradan donorün az olduğu ülkelerde ise, bu hastalar için ideal tedavi ilk önce tümörün rezeke edilmesi, eğer nüks gelişirse karaciğer nakli yapılmasıdır. Karaciğer nakli bekleme listesindeki hastalara yapılacak batın cerrahisi, ilerde yapılacak karaciğer naklinin morbidite ve mortalitesini arttırabilir. Uygun hastalarda non-invazif cerrahi tercih edilmelidir. Bizde kliniğimizde takip ettiğimiz sirozlu hastalara karaciğer cerrahisi gerekirse non-invazif yöntemleri uyguluyoruz. Bu sunuda sirozlu hastalara karaciğer kanseri için uyguladığımız tek kesiden laparoskopik (SILS) karaciğer rezeksiyonu videosu gösterilecektir.

VS -4 ÖZOFAGUS KANSERİNDE TORAKO-LAPAROSKOPİK ÜÇ EVRELİ ÖZOFAJEKTOMİ: 6 OLGU

ERDAL BİROL BOSTANCI, İLTER ÖZER, MUHAMMET KADRI ÇOLAKOĞLU, MURAT ULAŞ, MUSA AKOĞLU

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ GASTROENTEROLOJİ CERRAHİ SERVİSİ, ANKARA

Giriş:

Minimal invaziv cerrahinin sağladığı teorik avantajlar nedeniyle cerrahlar özofagus kanserlerini de güvenle bu teknikle yapmaya başlamışlardır. Bununla birlikte bu işlem gastrointestinal cerrahinin en zor ve teknik beceri isteyen işlemlerinden biridir. Biz burada özofagus kanserinde torako-laparoskopik üç evreli özofajektomi yaptığımız altı hastanın görüntülerini sunmayı amaçladık.

Teknik:

Ameliyata prone pozisyonunda sağ torakoskopi ile başlandı. Toraksta üç trokar kullanıldı. Özofagus ve periözofageal dokular diseke edildi. Azygos veni vasküler stapler ile ayrıldı. Torasik diseksiyon bittikten sonra göğüs tüpü konularak trokarlar

çıkarıldı ve hasta supine pozisyonuna döndürüldü. Karında 5 trokar kullanıldı. Duodenum koherize edildi. Gastrohepatik ve gastrosplenik ligaman ayrıldı. Sol gastrik arter, çöliak ve ana hepatic arter önü lenf nodları diseke edildi. Sol gastrik arter kesildi. Mide stapler kullanılarak tüp haline getirildi. Pyloroplasti yapıldı. Servikal kesi yapılarak özofagus boyuna çekildi ve rezeke edildi. Boyunda el ile anastomoz yapılarak ameliyat sonlandırıldı.

Sonuç:

Özofagus kanserinde torako-laparoskopik üçevreli özofajektomi, özofagus cerrahisinde ve laparoskopide deneyimli merkezlerde güvenle yapılabilir.

VS -5 TEK KESİDEN (ÇOK GİRİŞLİ TEK PORT İLE) LAPAROSKOPİK D2 TOTAL GASTREKTOMİ: OLGU SUNUMU

METİN ERTEM¹, EMEL ÖZVERİ², HAKAN GÖK²

¹İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

²ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:

Son yıllarda popüler olan tek kesiden laparoskopik cerrahi, konvansiyonel laparoskopik cerrahinin invazivliğini azaltmak için gelişmektedir. Kolesistektomi, kolektomi ve sleeve gastrektomi gibi ameliyatlarda sık olarak uygulanmaya başlamıştır. Bu güne kadar 4 olguda tek kesiden distal gastrektomi, 1 olguda total gastrektomi ve D1 lenf nodu diseksiyonu bildirilmiştir. Kliniğimizde; erken evre mide kanseri nedeniyle tek kesiden (Çok girişli tek port ile) laparoskopik total gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu yaptığımız olgunun klinik sonuçlarını video kayıtları ile sunuyoruz.

Olgu:

SY 63 yaşında erkek hasta. Mart 2013 tarihinde dispeptik yakınmalar nedeniyle gastroenteroloji kliniğinde yapılan gastroskopide; korpus-kardiya sınırında, büyük kurvaturda 4,5 cm çapta malign görünümlü ülser saptanmış. Patoloji sonucu iyi diferansiye intramukozal karsinom gelmesi üzerine kliniğimize refere edildi. Nisan 2013 tarihinde hasta ameliyata alınarak umbilikustan yerleştirilen çok girişli tek port ile OctoPort (OCTO™ Port, Dalim Surgnet, Seul, Güney Kore) ve konvansiyonel laparoskopik aletlerle laparoskopik total gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Ameliyata küçük kurvatur disseksiyonu ile başlandı. Daha sonra gastrokolik ligament, omentum rezeksiyonu ile birlikte ayrıldıktan sonra duodenum linear stapler ile ayrılarak pankreas ve porta hepatic diseksiyon gerçekleştirildi. Daha sonra dalak hilusu yağlı doku ve nodları unblok olarak her iki yandan serbestleştirilen özofagus rezeksiyon sınırlarının üstünden askı dikişlerine alındı. Yine linear stapler 60 ile özofagus ayrıldı. Karın desüfle edilerek rezeke edilen mide port girişinden çıkartıldı. Treitz ligamanı hizasından 20 cm mesafeden ayrılmış olan ince barsak ekstrakorporeal olarak hazırlanarak ince barsak içine yerleştirildi. Tekrar

insüflasyon sağlanarak port içinden geçirilen sirküler stapler 25 gövdesi ağızdan sokulan orvil stapler anvili ile birleştirilerek ateşlenip end to side özofagojejunostomi gerçekleştirildi. Kör ans linear stapler 60 ile kapatıldı. Roux en Y anastomozun jejuno-jejunostomisi port dirişinde ekstrakorporeal linear stapler ile sağlandı. Postoperatif 7. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Patolojik incelemede; erken mide adenokarsinomu (pT1b) olduğu ve bölgesel 34 lenf nodunda metastaz olmadığı raporlandı.

Sonuç:

Tek kesiden total gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu, ileri laparoskopik bir tekniktir ve deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabilir. Kozmetik sonuçlarının daha iyi olacağı kanısındayız. Onkolojik sonuçlarının değerlendirilmesi için karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

VS -6 LAPAROSKOPİK MİNİGASTRİK BYPASS: FARKLI ANASTOMOZ TEKNİKLERİ

M. MAHİR ÖZMEN¹, T. TOLGA ŞAHİN¹, EMİR GÜLDOĞAN², SİBEL GELECEK², MÜNEVVER MORAN²

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

²ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş ve Amaç:

Minigastrik bypass yöntemi 1997'de *Routledge* tarafından ilk defa uygulanmasından sonra önceleri şüpheliyle yaklaşılsa da orta-uzun dönem sonuçları ve etkileyici kilo verme eğrileri ile popüler hale gelmiş ve geniş tabanlı çalışmalarla etkinliği ispatlanmıştır. Bazı çalışmalarda laparoskopik Roux-N-Y gastrik bypassa kıyasla daha iyi bir yöntem olarak öne sürülmüştür.

Bu video ile laparoskopik minigastrik bypass yapılan bir olgu üzerinden ameliyat basamaklarının, farklı anastomoz teknikleri ve olası sonuçlarının tartışılması amaçlandı.

Olgu:

43 yaşında kadın hasta aşırı kilo alımı şikayeti ile başvurdu. VKİ:40,4 kg/m² idi ve 2 yıl önce başlayan tip 2 diyabeti oral anti-diyabetikler ile kontrol altında idi. Hastaya laparoskopik minigastrik bypass yapıldı. Ameliyat sonrası 4. günde taburcu edilen hastanın ameliyat sonrası 1. haftada kan şekeri düzenlenmesi için ilaç kullanımına ihtiyacı kalmadı.

Sonuç ve Yorum:

Laparoskopik minigastrik bypass güvenli ve etkin bir yöntemdir. Cerrahin tercihinine göre Or-Vil ile veya endo-GIA kullanılarak, uç-yan veya yan-yana anastomozlar tercih edilebilir. Yan-yana anastomozların ameliyat sonrası reflü şikayetlerini azalttığı öne sürülse de kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

VS -7 BARIATRİK CERRAHİ İNTRAOPERATİF KOMPLİKASYONLAR

SERİFE ŞİMSEK, AHMET GÖKHAN TÜRKÇAPAR , MEHMET ALI YERDEL

BARIATRİK CERRAHİ VE İLERİ LAPAROSKOPİ MERKEZİ, İSTANBUL

Özet:

Bariatrik cerrahi günümüzde en hızlı büyüyen cerrahi alanlardan birisi haline gelmiştir. Bariatrik cerrahi sırasında intraoperatif ve postoperatif komplikasyon oranları düşük olmakla birlikte; erken tanı ve uygun teknikleri ile doğru bir şekilde tedavisi; morbiditeleri nedeniyle büyük önem taşımaktadırlar. Bu video sunumunda bazı vakalarımızda karşılaştığımız intraoperatif teknik komplikasyonlar ile dış merkezden bize refere edilmiş bir kaçak vakası ve bunların çözüm yollarının anlatılması amaçlanmıştır. I. OLGU: Sleeve gastrektomi sırasında stapler nedeniyle oluşan seroza ayrılması II.OLGU:Sleeve gastrektomi sırasında mide içindeki nazogastrik sondanın stapler ile kesilmesi III.OLGU:Sleeve gastrektomi sırasında stapler kırılması IV.OLGU:Sleeve gastrektomi sırasında stapler nedeniyle mukoza açılması V:OLGU:Sleeve gastrektomi sonrasında postoperatif dönemde kaçak nedeniyle reoperasyon VIDEO SURESİ:7-8 dakika

VS -8 GASTRİK BAND MİGRASYONU SONRASINDA ENDOSKOPIK BAND ÇIKARILMASINI TAKİBEN LAPAROSKOPIK MİNİ GASTRİK BYPASS: REDO BARIATRİK CERRAHİ

SÜLEYMAN BOZKURT , HALİL COŞKUN , MUSTAFA HASBAHÇECİ , YELİZ EMİNE ERSOY , HUSEYİN KAZİM BEKTAŞOĞLU , MAHMUT MÜSLÜMANOĞLU

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Özet:

Morbid obezite cerrahisinin yaygınlaşması ile birlikte, başarısız ya da komplike olgularda yeniden cerrahi yapma gerekliliği (redo cerrahi) ile daha çok karşılaşılmaktadır. Redo cerrahi planlanan hastalarda, daha önce yapılan cerrahi tedavi ya da tedaviler, tedavi sonrasında oluşan anatomik durum ve cerrahın tecrübesi beraber değerlendirilmelidir. Morbid obezite cerrahi tedavisinde ayarlanabilir gastrik band sıklıkla kullanılmış olmakla birlikte, tedavideki etkinliğinin diğer yöntemlere göre daha az olması ve yerleştirilen gastrik band için spesifik komplikasyonlarla karşılaşılması nedeniyle, gastrik band yerleştirilmesi ameliyatları günümüzde güncelliğini kısmen kaybetmiştir. Gastrik band erozyonuna bağlı intragastrik band migrasyonu geç dönemde görülen nadir bir komplikasyondur. Tedavide endoskopi ve laparoskopinin birlikte kullanıldığı hibrid yaklaşım, daha az invazif bir yöntem olması nedeniyle tercih edilmektedir. Bu sunumda önce endoskopik olarak intragastrik yerleşimli band, sonrasında laparoskopik olarak bağlantı tüpü çıkartılan ve eş zamanlı yeniden kilo alımı nedeniyle morbid

obeziteye yönelik laparoskopik mini gastrik bypass ameliyatı yapılan bir olgunun tartışılması amaçlanmıştır.

VS -9 LAPAROSKOPIK DİVERTED SLEEVE GASTREKTOMİ + İLEAL İNTERPOZİSYON

ALPER ÇELİK, HASAN OFLUOĞLU , MUSTAFA AYDIN , EROL VURAL

TAKSİM ALMAN HASTANESİ METABOLİK CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Özet:

Ameliyat Bilgileri Ameliyat Tipi: Diverted Sleeve Gastrektomi + İleal İnterpozisyon Ameliyatı yapan Cerrah: Doç Dr. Alper Çelik Asistanlar: Op. Dr. Hasan Ofluoğlu Op. Dr. Mustafa Aydın Op. Dr. Erol Vural Ameliyathane Teknikeri: Muharrem Aşçı Hasta Bilgileri Cinsiyet: Kadın Yaş: 43 BMI: 34,9 Diyabet Süresi: 7 Yıl HbA1c: 12,37 Kolesterol: 182,26 Trigliserid: 418,67 Açlık C-Reptid: 3,23 Tokluk C-Reptid: 3,92 Açlık Total İnsülin: 8,59 Tokluk Total İnsülin: 13,26 Video içeriği:Yukarıda bilgileri yazılı olan hastaya laparoskopik yöntemle diverted sleeve gastrektomi + İleal interpozisyon operasyon yapıldı. Video içeriğinde bu operasyonun 9 dk 42 sn.lik özet görüntüleri bulunmaktadır.

VS -10 MORBİD OBEZİTE İLE EŞ ZAMANLI HİATAL HERNİ: LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ VE KRUS ONARIMI

MUSTAFA HASBAHÇECİ , HALİL COŞKUN , SÜLEYMAN BOZKURT, NAİM MEMMİ , MERVE BÜŞRA CENGİZ , HÜSEYİN AKBULUT , MAHMUT MÜSLÜMANOĞLU

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Özet:

Hiatal herni ve gastroözofageal reflü gelişimi için obezite bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Morbid obezite cerrahisi ile birlikte eş zamanlı hiatal herni sıklıkla görülmektedir. Her ne kadar hiatal herninin preoperatif tanısı sıklıkla konulamamakla birlikte, üst gastrointestinal sisteme yönelik kontrastlı tetkiklerin yapılması halinde %40 oranında hiatal herni ve veya gastroözofageal reflünün tespit edilmesi mümkündür. Laparoskopik Roux en Y ve minigastrik bypass ameliyatlarının reflü semptomlarını azalttığı bilinmektedir. Fakat laparoskopik sleeve gastrektominin bu konudaki etkisi henüz detaylı olarak incelenmemiştir. Hiatal herninin preoperatif ya da intraoperatif dönemde tespit edilmesi halinde, morbid obezite ile eş zamanlı cerrahi tedavisi yapılmalıdır. Yapılacak ameliyatın tipine herni büyüklüğüne göre karar verilmelidir. Bu sunumda laparoskopik sleeve gastrektomi ile birlikte eş zamanlı hiatal herni için krus onarımı yapılan bir olgunun tartışılması amaçlandı.

VS -11 TEK PORT LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ

İLKNUR ERGÜNER¹, TAYFUN KARAHASANOĞLU², BİLGİ BACA²,
İSMAİL HAKKI HAMZAOĞLU², CİHAN URAS²

¹ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ
ANABİLİM DALI, İSTANBUL

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL
CERRAHİ ANABİLİM DALI

Özet:

Tek port laparoskopik cerrahi ile konvansiyonel laparoskopik cerrahi ile yapılabilen apendektomi, kolesistektomi, kolektomi ve bariatrik cerrahi gibi operasyonların hepsi yapılabilmektedir. Bu amaçla çeşitli özellikte tek port cihazları kullanılmaktadır. Biz burada çoklu kanallı tek port ile laparoskopik transumblikal sleeve gastrektomi yaptığımız bir olguyu sunduk. Olgu 44 yaşında bayan hastaydı. Boyu 163cm, kilosu 108 olan hastanın vücut kitle indeksi (VKİ) 40. 7 idi. Çoklu kanallı olan tek port cihazı kullanıldı. Peroperatif herhangi bir sorun ile karşılaşmadı. Ameliyat süresi 200 dakika idi. Ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 3 gündü. Erken ve geç dönemde komplikasyon görülmedi. Transumblikal tek port laparoskopik sleeve gastrektomi güvenilir ve uygulanabilir bir operasyondur.

VS -12 “V-LOC”, LAPAROSKOPİK GASTROİNTESTİNAL ANASTOMOZLARDA, HIZLI VE GÜVENLİ BİR SÜTÜR MATERYALİDİR.

M.A. TOLGA MÜFTÜOĞLU , H.MEHMET ODABAŞI, M.KAMİL
YILDIZ , ERKAN ÖZKAN , CENGİZ ERİŞ , EMRE GÜNAY , H.HASAN
ABUOĞLU

HAYDARPAŞA NUMNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
İSTANBUL

Özet:

“V-loc” markete son yıllarda giren, absorbe olan, tek yönlü, üzeri dikenli ve düğüm gerektirmeyen bir sütürdür. Biz de kliniğimizde son 1 yıldır laparoskopik ameliyatlarda ,Gastrointestinal anastomozlarda bu sütür kullanılmaktayız. Video sunumları: 1. Pylor stenozu; Bilateral Vagotomi+Gastrojejunostomi ameliyatında, Gastro-jejunostomi anastomozu. (Yaklaşık 1.5 dakika) 2. Morbid Obezite; Roux-en Y Gastik Bypass ameliyatında, Gastro-jejunostomi anastomozu. (Yaklaşık 1.5 dakika) 3. Morbid Obezite; Roux-en Y Gastik Bypass ameliyatında, Jejun-jejunostomi anastomozu. (Yaklaşık 1.5 dakika) 4. Total laparoskopik Sağ Hemikolektomi ameliyatında; İleo-transversostomi anastomozu. (Yaklaşık 1.5 dakika) Yukarıda video sunumları yapılan laparoskopik anastomozlar “V-loc” kullanılarak güveni ve hızlı bir şekilde yapılmıştır.

VS -13 LAPAROSKOPİK GASTRORAFİ

YUNUS TAŞÇI, GÜRHAN ÇELİK , ZELİHA TÜRKYILMAZ

S.B. EDİRNE DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

Özet:

Gastrik ve duodenal perforasyonlar, peptik ülser hastalığının hayatı tehdit edici ciddi komplikasyonlarıdır. Acil şartlarda uygulanan laparoskopik girişimler ülkemizde 2. basamak hastanelerde de giderek yaygınlaşmaktadır. Biz çalışmamızda laparoskopik olarak primer tamir yaptığımız mide perforasyonu olgumuzu sunmayı amaçladık. Yirmiiki yaşında erkek hasta; bir gün önce başlayıp, giderek artan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede batında tüm kadranlarda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Lökosit değeri 16000 olan hastanın PA akciğer grafisinde diyafram altı serbest hava saptandı. Hastaya içi boş organ perforasyonu öntanısı ile tanısız laparoskopik planlandı. Pnömoperitoneumun oluşturulmasını takiben umblikusun hemen superiorundan 10 mm, sağ ve sol kadranlardan birer adet 10 ve 5 mm'lik trokarlar ile batına girildi. Prepylorik antrum ön yüzünde kuş gözü tarzı perforasyon odağı görüldü. Laparoskopik olarak primer tamir ve omentoplasti yapıldı. İki adet dren batına yerleştirildi. Postoperatif 4. gün oral gıda başlanan hasta, 6. gün taburcu edildi. Septik şok tablosunda olmayan, hemodinamisi stabil akut batın vakalarında tanısız laparoskopik tercih edilmelidir. Laparoskopik ile ortaya konamayan etyoloji varlığında açık cerrahiye geçişten kaçınılmamalıdır. Laparoskopik gastrorafi, yeterli laparoskopik cerrahi deneyim ve ekipman varlığında 2. basamak hastanelerde de güvenle yapılabilir. Video Süresi: 6 dakika 45 saniye

VS -14 TEK KESİDEN (SILS) KİST HİDATİK CERRAHİSİ

İLHAN KARABIÇAK , KAĞAN KARABULUT , SAVAŞ YÜRÜKER ,
TUĞRUL KESİCİOĞLU , SERDAR ŞENOL , NECATİ ÖZEN

19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ
ANABİLİM DALI, SAMSUN

Cerrahi kist hidatik hastalığının en etkin tedavi yöntemidir. Uygun hastalarda perikistektomi en ideal cerrahi tedavidir. Bu işlem uygun hastalarda laparoskopik olarak yapılabilmektedir.

OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde 3 hastaya tek kesiden laparoskopik perikistektomi (bir hastaya sol lateral seksiyonektomi)ameliyatı uyguladık.

Bu video sunuda tek kesiden laparoskopik perikistektomi ameliyatı gösterilecektir.

VS -15 TEK PORT LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ- ELLE HAZIRLANMIŞ LOOP VE İNTRAKORPOREAL DÜĞÜM İLE

YUNUS TAŞÇI, GÜRHAN ÇELİK

S.B. EDİRNE DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

Özet:

Geleneksel multiport laparoskopik cerrahinin gelişmesi ile port sayılarının azaltılması gündeme gelmiş ve tek porttan yapılan laparoskopik cerrahi girişimler giderek yaygınlaşmaya başlamıştır. Çalışmamızda tek port laparoskopik apendektomi vakamızda uyguladığımız elle hazırlanmış loop ve intrakorporeal düğüm tekniğimizi sunmayı amaçladık. Hastamız 46 yaşında, bayan; acile karın ağrısı ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound mevcuttu. Lokosit değeri 12000 olan hastanın bilgisayarlı batin tomografisinde 8 mm çapında akut apandisit ile uyumlu bulgular saptandı. Hastaya akut apandisit öntanısı ile tek port laparoskopik planlandı. Umblikus koronal yönde açılarak batına girildi. Tek port girişi sistemi yerleştirildi (Hangzhou Kangji Medical Instruments Co, Çin Halk Cumhuriyeti). Diseksiyon sırasında rotikülatörlü dişli tutucu, disektör ve 5 mm'lik Ligasure probu kullanıldı (Covidien, Massachusetts-ABD). Apendiks kökü ortaya konduktan sonra batin dışında hazırlanan loop köke yerleştirildi, bağlandı. Aynı ip ile iki defa daha intrakorporeal düğüm atıldı. İkinci bir loop da aynı şekilde apendiks köküne bağlandı. Piyes eksize edildikten sonra umblikal defektten batin dışına alındı. Tek porttan giriş kozmetik açıdan sağladığı avantajın yanında aletlerin manipülasyonu ile ilgili yeni sorunları da beraberinde getirmiştir. Konvansiyonel multiport laparoskopik cerrahide aletlerin açılması sayesinde oluşturulan düğümler tek port laparoskopik cerrahide daha fazla teknik beceri gerektirmekte ve zaman almaktadır. Elle hazırlanan loop tekniği tek port laparoskopik apendektomi ameliyatlarında uygulanabilecek, pratik ve maliyeti azaltan bir yöntemdir. Video Süresi: 4 dakika 30 saniye

VS-16 LOKAL İLERİ EVRE KOLON TÜMÖRÜ OLGUSUNUN ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK REZEKSİYONU

NIHAT AKSAKAL¹, ORHAN AĞCAOĞLU¹, MUSTAFA
TÜKENMEZ¹, MURAT TAN², UMUT BARBAROS¹, RIDVAN
SEVEN¹, SELÇUK MERCAN¹

¹İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI,
İSTANBUL

²ÖZEL KADIKÖY ŞİFA HASTANESİ, İSTANBUL

Özet:

Lokal ileri evre kolon tümörlerinde küratif cerrahide laparoskopinin açık cerrahiye tercih edilmesi hala tartışma konusudur. Bununla birlikte laparoskopik rezeksiyonu tercih eden cerrahları bekleyen bir takım teknik güçlükler söz konusudur. Bu çalışmamızda mide, pankreas ve dalağa invaze lokal ileri evre bir kolon tümörü olgusunun robot yardımcı laparoskopik cerrahi tekniği ile rezeksiyonunu sunmayı amaçladık. Otuz dört

yaşında erkek hasta son 1 yıldır olan karın ağrısı ve halsizlik şikayetleri nedeniyle tetkik edilmiş. Fizik muayenesi normal olan hastanın kontrastlı tüm batin tomografisinde mide ve pankreasa invaze splenik fleksura tümörü saptandı. Uzak metastazı olmayan hastaya cerrahi kararı alındı. Hastaya robot yardımcı laparoskopik sol hemikolektomi, subtotal gastrektomi, distal pankreatektomi, splenektomi ve omentektomi uygulandı. Robot olarak Da Vinci Si cihazı kullanıldı. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 7. gününde taburcu edildi. Komşu organlara invaze ileri evre kolon tümörlerinde laparoskopik küratif cerrahi yapma konusu hala tartışmalıdır. Dar alanda konvansiyonel laparoskopik aletlerle ileri diseksiyon ve kitlenin tek parça olarak rezeksiyonu oldukça güçtür. Robotik cerrahinin daha iyi görüş alanı sağlaması ve artikülasyonlu aletleri ile diseksiyonu kolaylaştırması ileri evre kolon tümörlerinde laparoskopik küratif cerrahi şansını arttırmaktadır.

VS-17 KOLOREKTAL KANSERİN OVER METASTAZINDA ROBOTİK CERRAHİ YAKLAŞIM; OLGU SUNUMU

ABDULKADİR BEDİRLİ, BÜLENT SALMAN, MEHMET EREN
YÜKSEL

*GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM
DALI, ANKARA*

Giriş:

Kolorektal kanserlerin over metastazları değişik çalışmalarda %4 ile %14 arasında bildirilmektedir. Metastazların %95'i senkron olup, sıklıkla bilateral yerleşim göstermektedir. Bu videoda rektosigmoid bölgede yerleşim gösteren tümör ile birlikte teratom benzeri pelvik kitlesi olup robotik cerrahi uygulanan kadın bir hasta takdim edilmektedir.

Olgu:

54 yaşında kadın hasta semptomu olmadan sadece ailede kolorektal kanser hikayesi ile kliniğe başvurdu. Fizik muayenede anemi ve palpabl kitle tespit edilemedi ve tümör markerları normal olarak değerlendirildi. Kolonoskopi ile anal girimden itibaren 15.cm'de ülsero-vejetan kitle saptanarak biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonrasında adenokarsinom tanısı alan hastanın bilgisayarlı tomografi'de rektosigmoid bölgede 5-cm'lik segmentte duvar kalınlığı ile birlikte 9X11 cm boyutunda teratom ile uyumlu pelvik kitle tespit edildi. Hasyataya robotik cerrahi uygulandı. Öncelikle pelvik kitle, over ve salpinks ile birlikte en-blok çıkarılıp endo-bag ile suprapubik bölgeden dışarıya alındı. Rektosigmoid yerleşimli tümör için robotik anterior rezeksiyon uygulandı. Anastomoz 28 mm dairesel stapler yardımıyla intrakorporeal olarak yapıldı. Operasyon zamanı 210 dakika idi. Hasta postoperatif 5.gün sorunsuz taburcu edildi. Histopatolojik incelemede; tümör çapı 4-cm, tümör subserozaya infiltre iken seroza sağlam olarak değerlendirildi ve 21 adet reaktif, bir adet metastatik lenf nodu tespit edildi. Pelvik kitle ise kolorektal kanserin sağ over metastazı olarak rapor edildi.

VS -18 TEK PORTTAN LAPAROSKOPİK BATIN İÇİ KİTLE ÇIKARILMASI

TAYLAN ÖZGÜR SEZER, HAYRULLAH YILDIRIM , TUFAN GÜMÜŞ, CÜNEYT HOŞÇOŞKUN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ GENEL CERRAHİ, İZMİR

Amaç:

Bu çalışmada; eldiven tekniği tek port sistemi kullanılarak gerçekleştirdiğimiz 30 cm lik kistik kitlenin eksizyonunu sunacağız

Yöntem:

Kırksekiz yaşında kadın hasta; yaklaşık 1 yıldan uzun süredir karın ağrısı ve karında şişlik şikayeti ile tetkik edilmiş. Radyolojik tetkiklerinde sağ over kaynaklı yaklaşık 30 cm'lik kitle saptanması üzerine hasta operasyon için yatırıldı. Hastaya tek porttan kitle eksizyonu uygulandı. Bulgular: Göbekten geçen yaklaşık 2-3 cm'lik insizyon ile kendi hazırlamış olduğumuz tek port eldiven sistemi ile batına girildi. Kitlenin yaklaşık 30 cm olduğu, göbeğin superioruna transvers kolona kadar ulaştığı saptandı. Kitle laparoskopik aletlerin hareketini kısıtladığı için insizyondan dışarı doğru çıkartılarak içerisindeki sıvı aspire edildi. Port tekrar batın içerisine yerleştirildi. Kitle ligasure eşliğinde eksize edildi. Dren konulmadı. Postoperatif 2. günde şifa ile taburcu edildi. Histopatolojik tanı müsinoz kistadenom olarak rapor edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Tek port laparoskopik cerrahi konvansiyonel laparoskopik cerrahinin avantajlarına ek olarak mükemmel kozmetik sunmaktadır. Ancak sanayi tipi tek portlar pahalıdır. Ameliyathanede bulunan malzemeler ile hazırladığımız tek port sistemi ucuz ve kullanımı kolaydır. NOT: Video süresi 5-7 dk olup daha kısa veya daha uzun olabilir.

VS -19 TEK PORT CANLI DONÖR NEFREKTOMİ VAGİNAL ÇIKARIM: İLK OLGU SUNUMU

İBRAHİM BERBER, AZİZ SÜMER , ERCÜMENT GÜRLÜLER , ÖZGÜR KEMİK , ÜLKEM ÇAKIR , NAZİM GÜREŞ , ALİHAN GÜRKAN

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ, İNTERNATİONAL HOSPİTAL, ORGAN NAKLİ MERKEZİ, İSTANBUL

Özet:

Organ nakli son dönem böbrek yetmezliğinde altın standart tedavi yöntemidir. Nakillerin çoğu ülkemizde canlı vericilerden yapılmaktadır. Bu yazının amacı ülkemizde ilk kez gerçekleştirilen tek port canlı nefrektominin transvaginal olarak çıkarılmasının sunulmasıdır. 52 yaşında bayan hastadan yazılı ve sözlü aydınlatılmış onam alındı. Genel anestezi altında bacakları ayrılmış şekilde modifiye sağ lateral dekübit pozisyonu verildi. Göbekten 2 cm insizyon ile batına ulaşıldı. SILS port yerleştirildi.

Harmonic 5 mm ve düz 5 mm grasper kullanıldı. Toldt fasyası kesildi. Sol kolon mediale devrildi. Üreter askıya alındı. Böbrek hilusuna doğru disseksiyon uygulandı. Renal arter ve ven disseke edildi. Adrenal ven disseke edildi ve 5 mm Harmonic ile dağlandı ve kesildi. Sol adrenal bez böbrek üst polden disseke edildi. Posterior disseksiyon tamamlandıktan sonra vaginal tarafa geçildi. Posterior fornixten 4 cm insizyon ile peritona ulaşıldı. Periton açıldı ve 15 mm endobag batına yerleştirildi. Batın tarafına geçildi. Ureter hem-o-lock ile ligate edildi ve kesildi. böbrek endobag içine yerleştirildi. Renal arter ve ven tek taraflı 45 mm beyaz stapler ile kapatıldı. Makas ile renal arter ve ven kesil. Böbrek transvaginal olarak dışarı alındı. Arter ve vene 1 adet hem-o-lock yerleştirildi. Loja 1 aden hemovac dren yerleştirildi. Posterior fornix ve umblikus kat kat dikilerek operasyona son verildi.

VS -20 AZERBAJCANDA İLK TEK PORT LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

KENAN YUSİF-ZADE REŞAT SAFAROV

DEVLET SINIR HİZMETİ ASKERİ HASTANESİ, AZERBAJCAN

Özet:

Azərbaycanda ilk kez 22.01.2013 tarihinde 31 yaşlı Azeri subayında tek port laparoskopik kolesistektomi yapılmıştır . Sunumumuz eğitim amacı taşıyor.

VS -21 TEK PORT LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ - FUNDUSU ASMAK İÇİN PRATİK BİR ÇÖZÜM

YUNUS TAŞÇI, GÜRHAN ÇELİK

S.B. EDİRNE DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

Özet:

Tek porttan yapılan laparoskopik girişimler ülkemizde giderek artan sayıda uygulanmaya başlamıştır. Tek porttan en sık yapılan ameliyatlardan biri de umblikal yaklaşım kullanılarak yapılan laparoskopik kolesistektomidir. Çalışmamızda tek port laparoskopik kolesistektomi vakamızda safra kesesi fundusunu asmak için kullandığımız yöntemi sunmayı amaçladık. Kırk yaşında kadın hasta; kliniğimize ara ara tekrarlayan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın batın ultrasonografisinde safra kesesi lümeninde 16 mm çapında kalkül tespit edildi. Hastaya kolelitiazis tanısı ile tek port laparoskopik kolesistektomi planlandı. Umblikus koronal yönde açılarak batına girildi. Defekte tek port giriş sistemi yerleştirildi (Hangzhou Kangji Medical Instruments Co, Çin Halk Cumhuriyeti). Vakumlu dren kateterinin uç kısmından kesilen yaklaşık 1,5-2 cm'lik parça, iğnesi düzleştirilmiş 0 numara absorbable poliglaktin sütür materyalinin sonuna tespit edildi. İğne tek port giriş sisteminin 5 mm'lik trokarından batın içine alındı, safra kesesi fundusundan geçildi, iğnesi kesilerek 5 mm'lik trokardan batın dışına alındı. Sütür materyali sağ üst kadrandan girilen ip tutucu yardımı ile batın dışına çekildi. İpin sonuna bağlanan dren parçası sayesinde fundus batın duvarına doğru asıldı. Callot üçgeni disseksiyonu

sırasında normal laparoskopik aletlere ek olarak rotikülatörlü dişli tutucu ve disektör kullanıldı (Covidien, Massachusetts-ABD). Sistik kanal ve arter ayrı ayrı kliplenerek kesildi. Safra kesesi karaciğer yatağından hook koter yardımı ile ayrıldı. Safra kesesi lümeni açılmadığından, piyes umbilikal defektten endoskopik spesimen torbası kullanılmadan batın dışına alındı, dren kullanılmadı. Standart laparoskopik kolesistektomide safra kesesi fundusu kolayca asılarak retrakte edilir ve sistik kanal ve arterin diseksiyonu için Callot üçgeninin ekspozisyonu sağlanır. İki el aleti kullanılan tek port laparoskopik kolesistektomide en önemli sorun fundusun asılmasıdır. Uyguladığımız yöntemin safra kesesi fundusunu asmak için literatürde tariflenen birçok tekniğe alternatif olabileceğini düşünmekteyiz. Video Süresi: 5 dakika 30 saniye

VS -22 ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK BİLATERAL ADRENALEKTOMİ: VİDEO SUNUMU

ÖZER MAKAY , ALPER UĞUZ , İLGIN ŞİMŞİR , MAHİR AKYILDIZ

EGE ÜNİVERSİTESİ, İZMİR

Özet:

Laparoskopik adrenalectomi, günümüzde birçok adrenal bez hastalığında güvenle yapılabilmektedir ve altın standart halini almaktadır. Minimal invaziv olan bu yöntem, açık teknik ile karşılaştırıldığında, azalmış morbidite ile etkin tedavi sağlamaktadır. Robotik sistem, adrenal bez cerrahisinde etkin kullanım alanı bulmuş olsa da, bu konudaki kanıtların olgunlaşması gerekmektedir. Ektopik ACTH sendromu, laparoskopik bilateral adrenalectomi ile tedavi edilebilen hastalıklardan birisidir. Bu video-bildiride, eş zamanlı robot yardımcı bilateral laparoskopik adrenalectomi uygulanan ektopik ACTH sendromlu bir hasta sunulmaktadır. Video süresi 9dk'dır

VS -23 ASEPTOMATİK MORGAGNİ HERNİSİNİN LAPAROSKOPİK ONARIMI

NIHAT AKSAKAL , ORHAN AĞCAOĞLU , NAİL ÖMEROV , ÖMER CENK CUCUK , UMUT BARBAROS , RIDVAN SEVEN , SELÇUK MERCAN

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Özet:

Diafragmanın anteromedialinde görülen konjenital bir defekt olan Morgagni hernisi karın ağrısı, bulantı,kusma ve solunum sıkıntısı gibi bulgularla ortaya çıkabileceği gibi asemptomatik olgularda rastlantısal olarak da saptanabilir. Bu çalışmamızda asemptomatik bir hastada rastlantısal olarak saptanan Morgagni hernisinin mesh ile laparoskopik onarımını sunduk. Otuzüç yaşında erkek hasta ishal nedeniyle hastaneye başvurmuş. Fizik muayenesinde sol akciğerde solunum seslerinin duyulmaması üzerine çekilen PA akciğer grafisinde intestinal yapıların sol toraksa herniye olduğu görülmüş. Hastanın öyküsünde göğüs

travması yoktu. Herhangi bir şikayeti bulunmayan hastaya gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili bilgi verildi. Cerrahi tedavi önerilen hastanın onamı alındıktan sonra laparoskopik herni onarımı planlandı. Laparoskopik eksplorasyonda sol diafragma bulanan defektten sol toraksa herniye olan intestinal organlar ve dalak batına çekildikten sonra defekt politetrafloroetilen yama ile çift sıra zimba tekniğine uygun olarak onarıldı. Ameliyat sonrası 2. Gün oral gıda başlanan hasta ameliyat sonrası 4. Gününde sorunsuz olarak taburcu edildi. Morgagni hernisi bazen asemptomatik hastalarda rastlantısal olarak saptanabilir. Hayatın ilerleyen dönemlerinde ileus, iskemi, nekroz ve içi boş organ perforasyonu gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Bu hastalarda deneyimli ellerde yapılan laparoskopik herni onarımı gerek cerrahın gerekse hastanın konforunu arttıran, ameliyat sonrası olası komplikasyon riskini azaltan bir yöntemdir.

VS -24 TEP LAPAROSKOPİK HERNİOPLASTİDE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE ÇÖZÜMLER

MEHMET ÖZER , SERAP ULUSOY , EROL PIŞKIN

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Özet:

TEP Laparoskopik Herni onarımında karşılaşılan bir takım güçlükler olmaktadır. Bunların başında peritonun açılması ile pneumoperitoneum oluşması gelmektedir. Preperitoneal alanın ve fitk kesesinin diseksiyonu sırasında peritonda açılma meydana gelirse, bunu fark eder etmez, harmonik makas ile yırtılan yerdeki periton kenarları sealing yapılarak yapıştırılır. Defekt küçükken bunu gerçekleştirmek oldukça kolay 3-4 cm'e kadar da nispeten rahat yapılmaktadır. Periton defekti harmonik makas ile sealing yaparak yapıştırıldıktan sonra veres ile periton boşluğuna kaçan gazın boşaltılması ile operasyonu güvenli şekilde sonlandırmak mümkün olmaktadır. Bir diğer önemli sorun da özellikle büyük direkt fitk defektlerinde fascia transversalisin fazla kısmı yukarı bulging yaparak yalancı fitk kesesi şeklinde hissedilmesi ve bu boşlukta seroma gelişmesidir. Bunu engellemek için direkt fitk kesesi redükte edildikten sonra fascia transversalisin fazlası içeri çekilir; dikişli bağlanır ve fazlası kesilerek çıkarılır. Daha sonra mesh yayıldığı zaman bulging oluşması engellenmiş olur. Bir başka sorun özellikle 10 x 13 cm büyük mesh ile onarım yaparken meshin yayılırken kısa ve uzun kenarının karıştırılması yayılma gücüğü olmaktadır. Meshin dışarıda her iki kısa kenarının tam ortasına V şeklinde bir çentik açılır. Bu çentik medialde symphysis pubis ile Cooper ligamentinin birleşme yerine, lateralde de inguinal ligamentin SİAS iç yüzünün birleşme yerine getirilmesi ve bu konumda sabitlenmesi halinde hem mesh kolay bir şekilde, hem de güvenli olarak yayılmış olmaktadır.

VS -25 TRAVMATİK KARIN DUVARI FITIĞI

ÜMİT SEKMEN¹, MELİH PAKSOY²

¹ ACIBADEM FULYA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ,
İSTANBUL

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL
CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Özet:

Travmatik karın duvarı fıtıkları nadir olarak bildirilmiştir. Travma sonrası cilt bütünlüğü bozulmadan karın duvarındaki yırtılmayı tarif eder. 10 gün önce bisikletten düşme sonrası, bisiklet el konsolu sağ kasığa çarpan ve sonrasında bu bölgede ağrılı şişliği olan 17 yaşındaki hastaya travmatik karın duvarı fıtığı tanısıyla laparoskopik TAPP yöntemi ile fıtık onarımı yapılmış ve hasta şifa ile taburcu edilmiştir. Cerrahi zamanlaması ve tekniği günümüzde hala tartışmalı olan bu nadir olguların tedavisinde erken dönem laparoskopik yöntemin başarılı olduğu kanaatindeyiz.

VS -26 VENTRAL FITIKLARDA TEK KESİDEN İKİ AYRI LAPAROSKOPİK ONARIM TEKNİĞİ

METİN ERTEM¹, HAKAN GÖK², EMEL ÖZVERİ²

¹ İSTANBUL ÜNİ. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ
ANABİLİM DALI, İSTANBUL

² ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ,
İSTANBUL

Giriş:

Laparoskopik cerrahinin en yaygın kullanım alanı bulduğu hastalıklardan biri de fıtık cerrahisidir. gelişen teknolojinin de yardımıyla kasık ve karın duvarı fıtıklarının onarımında, açık tekniklerle karşılaştırılabilecek düzeyde başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Son yıllarda popüler olan tek kesiden yapılan cerrahi işlemler, fıtık cerrahisinde de yer bulmuştur. Karın ön duvarı fıtığı nedeni ile laparoskopik onarım yapılan iki olgunun iki farklı teknikle yapılan ameliyatlarının videosunu sunuyoruz.

Olgular:

RY, 31 yaşında erkek hasta. Umbilikal herni nedeniyle ameliyat edildi. Ameliyat, sol-üst kadrandan yapılan 3 cm'lik kesiden yerleştirilen çok girişli tek port ile OctoPort (OCTO™ Port, Dalim Surgnet, Seul, Güney Kore) ve konvansiyonel laparoskopik aletlerle gerçekleştirildi. SD, 36 yaşında kadın hasta. Umbilikal port site herni nedeniyle ameliyat edildi. Hasta 1 yıl önce laparoskopik kolesistektomi olmuştu. Sol üst kadrandan yapılan 2 cm'lik kesiden yanyana yerleştirilen 1 adet 10 mm, 2 adet 5 mm trokar girişi ile yine konvansiyonel laparoskopik aletlerle ameliyat gerçekleştirildi. 3 trokar girilen olguda; trokarların çakışmaması için 5 mm'lik iki trokar, küçük başlıklı ve musluksuz olarak seçildi. Her iki hastaya da 12 cm çapında kompoziks pvdf yama, "double crown" zimba tekniğiyle tespit edildi. Tespit materyali olarak sıralı olarak protack (non-abzorbabl) ve secure-strap (abzorbabl) kullanıldı. Port girişlerinde fasya, non-abzorbabl sütün ile (polipropilen) kapatıldı. Hastalar,

postoperatif 2. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. İlk olgunun 16 ay, ikinci olgunun 4 aylık takibinde nüks görülmedi.

Sonuç:

Tek kesiden yapılan cerrahinin ana prensiplerinden olan skarsız cerrahi için doğal giriş olarak kabul edilen umbilikal kesiler tercih edilmelidir. Ventral herniler, sıklıkla orta fıtıkları için yapılmaktadır. Ventral hernilerde orta hat problemlili olduğu için lateral girişlerden bu fıtıkları laparoskopik onarmak mümkün olmaktadır. Bu nedenle lateral kesilerin bu tekniğe ne kadar uygun olduğu tartışmalıdır. Port girişinden yeni fıtık gelişme olasılığının düşük olduğunu söyleyenler yanında, en az 2 cm yapılan bu kesilerin yeni bir potansiyel insizyonel fıtık olasılığının devam ettireceği kanısındayız. Bu anlamda uzun dönem karşılaştırmalı sonuçların beklenmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz. Tarif ettiğimiz bu iki ayrı teknikle yapılması mümkün bir cerrahidir.

VS -27 LAPAROSKOPİK MORGAGNİ HERNİSİ TAMİRİ: VIDEO SUNUMU

VOLKAN ÖTER, TAHSİN DALGIÇ, EROL AKSOY, MURAT ULAŞ, ERDAL BİROL BOSTANCI

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç:

Morgagni hernisi nadir görülen bir diafragmatik herni tipi olup, retrosternal alandaki konjenital bir defekt sonucu oluşmaktadır. Çoğunlukla diyafragmanın sağ tarafında olup, kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. Tedavisi açık veya laparoskopik olarak yapılabilen herni onarımıdır. Bu videoda kliniğimizde laparoskopik morgagni hernisi tamiri yapılan bir hastamızın kayıtlarını sunmaktayız.

Gereç ve Yöntem:

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğine karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvuran, preoperatif tetkiklerinde morgagni hernisi saptanan 60 yaşındaki kadın hastaya laparoskopik herni onarımı uygulandı. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda, veress iğnesi kullanılarak CO2 ile pnömoperitoneum oluşturuldu. 3 adet 5 mm ve 1 adet 10 mm olmak üzere toplam 4 port kullanıldı. Karın içi eksplorasyonunda sağ diyafragmada foramen morgagni lokalizasyonundaki açıklıktan, midenin korpus, antrum ve pilora kadar olan kısmı ile büyük omentumun toraks içine herniye olduğu gözlemlendi. Yapıların tamamı karın içine redükte edildikten sonra diyafragma 1 numara separe polipropilen sütürlerle tamir edildi. Üzerine 6x6 cm'lik prolene mesh greft serilerek 2/0 polipropilen ile tek tek sütün edildi. Hasta postoperatif 5. gününde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Morgagni hernisi karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvuran hastalarda, özellikle dispne gibi solunum şikayetlerinin de eşlik etmesi halinde ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken ve laparoskopik olarak tamirinin mümkün olduğu bir hastalıktır.

VS -28 TRAVMATİK DİYAFRAGMA RÜPTÜRÜNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

EKREM ÇAKAR, ACAR AREN , MERT MAHSUNİ SEVİNÇ

*İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ
KLİNİĞİ, İSTANBUL*

Özet:

Travmatik diyafragma yaralanmalarına erken tanı konulması güçtür ve yıllar sonra bile ciddi sorun yaratabilir. Özellikle sol tarafta olan diyafragma rüptürlerinde komplikasyonları daha sıktır. İçi boş organ herniasyonu sonucu strangülasyon, perforasyon oluşur ve hayatı tehdit eder. Hastanemiz acil polikliniğine sol torakoabdominal delici kesici alet yaralanması ile başvuran 26 yaşında erkek hasta takip ve tedavi amacıyla interne edildi. 36 saat sonra diagnostik laparoskopi yapıldı ve sol diafragma yaralanması saptanması üzerine laparoskopik primer tamir yapıldı. Postoperatif 2. gün şifa ile taburcu edildi. Sol torakoabdominal yaralanmalarda diagnostik laparoskopi hem tanı hem tedavi amacıyla yararlıdır. Olgumuzun videosunu sunmayı amaçladık.

VS-29 MORGAGNI HERNİSİNDE LAPAROSKOPİK ONARIM: 2 OLGUNUN TARTIŞILMASI

M. MAHİR ÖZMEN¹, T. TOLGA ŞAHİN¹, HAKAN KÖKSAL¹, SERKAN ÖZEN¹, EMİR GÜLDOĞAN²

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

²ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş ve Amaç:

Morgagni hernisi konjenital bir herni tipi olup erişkin hasta grubunda son derece nadir görülmektedir. Morgagni hernisinde karın içi yapılar diyafragma anteriorundaki retrokostoksifoid alandan göğüs boşluğuna geçmektedir. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi nadiren distansiyon, bulantı, regürjitasyon, konstipasyon ve dispne şikayetleri ile de hekime başvurabilirler. Morgagni hernisinin laparoskopik onarımı yaygın değildir ve Bildirilen çalışmalarda laparoskopik onarımlar genelde ekstrakorporeal dikişlerle gerçekleştirilmiştir.

Bu video sunumu ile Morgagni hernisi olan iki olguda defektin intrakorporeal dikiş ile onarımı ve dual-mesh takviyesi ile laparoskopinin etkinliğinin tartışılması amaçlandı.

Olgular:

Birinci olgumuz sağ üst kadran ağrısı ve konstipasyonla başvuran 72 yaşında kadın hasta idi. Yapılan kolonoskopisinde patolojik bulgu saptanmadı. Bunun üzerine çekilen karın BT'sinde diyafragma anteriorundaki bir defektten herniye olan kalın barsak ansları saptandı. Hastanın Morgagni hernisi laparoskopik olarak onarıldı ve onarım prostetik materyal ile takviye edildi.

İkinci olgumuz 3 yıldır dispne ve künt vasıflı göğüs ağrısı olan 62 yaşında kadın hasta idi. Bu nedenle yapılan değerlendirmeleri sırasında çekilen toraks BT'sinde diyafragma anteriorundaki bir defektten kalın barsak anslarının herniye olduğu saptandı. Hastanın Morgagni hernisi laparoskopik olarak onarıldı ve onarım prostetik materyal ile takviye edildi. Her iki hastada sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç ve Yorum:

Morgagni hernisinin tedavisinde intrakorporeal sütürle laparoskopik onarım düşük morbiditeye sahip etkin ve güvenli bir yöntemdir.

VS -30 KRONİK BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTADA FUNGAL PERİTONİT VE LAPAROSKOPİK İNTRAABDOMİNAL DRENAJ

ESİN KABUL GÜRBULAK, İSMAİL ETHEM AKGÜN , MUHARREM BATTAL , MEHMET MİHMANLI

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Fungal peritonit, kronik böbrek yetmezliği nedeniyle uzun süre periton dializi uygulanan kişilerde nadir görülen mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. Fungal peritonit intraabdominal apselere, barsak obstrüksiyonuna yol açan adhezyonlara, sklerozan peritonite ve ölüme yol açabilir. Tedavisi, derhal periton dializ kataterinin çekilmesi, intraperitoneal apse varsa drenajı ve uygun antibiyotik-antifungal tedavi başlanmasıdır. Biz burada kronik böbrek yetmezlikli bir hastada, laparoskopik yöntemle intraperitoneal yıkama ve drenajını yaptığımız candida peritoniti olgusunu bildirmeyi amaçladık.

Olgu:

38 yaşında erkek hastaya kronik glomerulonefrite bağlı böbrek yetmezliği nedeniyle 11 yıldır periton dializi uygulanmakta iken, karın ağrısı nedeniyle çekilen batın tomografisinde intraabdominal lokule sıvı kolleksiyonları görülerek peritonit ve apse lehine değerlendirilmiş. Laparoskopik yöntemle intraabdominal apse drenajı sağlanan olguda peroperatif bulgular fungal peritoniti düşündürmekteydi. Çıkarılan periton dializ katater ucunun kültüründe candida albicans üredi. Enfeksiyon kliniği tarafından uygun antibiyotik tedavisi düzenlenen hasta postoperatif 4. gününde nefroloji kliniğine transfer edildi. Hemodialize geçilen olguda postoperatif 20. gününde drenajın kesilmesi üzerine batın drenajları alındı.

Tartışma:

Periton dializi uygulananlarda fungal peritonit, tüm peritonit atakları arasında % 3-6 oranında görülür. En sık etkenin candida türleri olduğu bildirilmektedir. Tedavi yaklaşımı zorluklar içerir. Tipik bir klinik tabloya sahip olmadığı gibi, fungal etkenin izolasyonu ve kanıtlanması da zordur. International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD)'in 2005 kılavuzunda, fungal peritonit, antifungal tedavi ile birlikte derhal periton dializ kataterinin

çekilmesi ve hemodiyalize geçilmesi için güçlü bir endikasyon olarak bildirilmektedir. Bizim olgumuzda da peritonit atağı ve intraabdominal apse saptanması nedeniyle laparoskopik intraabdominal drenaj yapılarak periton dializ katateri çıkarılmıştır. Peroperatif bulgular ve katater kültürü sonucunda fungal enfeksiyon ortaya konmuş ve uygun antibiyotik tedavisi verilerek iyileşme sağlanmıştır.

Sonuç:

Periton dializi uygulanan kronik böbrek yetmezlikli olgularda özellikle fungal peritonit kanıtlanması ve tedavisi zorluklar içeren mortalitesi yüksek bir durumdur. Bu tür olgularla karşılaşıldığında derhal periton dializ kataterinin çıkarılması ve beraberinde cerrahi drenajın sağlanması tedavi için gerekli olup, laparoskopinin de bu yaklaşımda bir alternatif olabileceği unutulmamalıdır.

VS -31 LAPAROSKOPİK KİSTOGASTROSTOMİ

KORAY KARABULUT ¹, AYŞENUR GÖNEN ², ZEYNEP ÖZKAN ², FADLI DOĞAN ¹, UĞUR BULUT ¹, YAVUZ SELİM İLHAN ¹

¹ FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ELAZIĞ

² ELAZIĞ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, ELAZIĞ

Özet:

Karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile hastanemize başvuran 56 yaşında kadın hastanın, 4 ay önce bir başka merkezde kolesistolitiyazis tanısı ile laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olduğu ve ameliyattan 2 gün sonra ortaya çıkan şiddetli karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkikler sonrasında akut biliyer pankreatit tanısı ile yatırılarak tedavi edildiği öğrenildi. Hastaneden çıktıktan sonra da karın ağrısı şikayetinin devam ettiği ve bu şikayetlere, son 1 ayda artarak devam eden bulantı-kusma şikayetlerinin eklendiği öğrenildi. Hastanemizde çekilen karın tomografisinde pankreas baş-boyun bölgesinde, mide antruma komşu, 10 cm çaplı, homojen iç yapıda, pankreas psödokisti ile uyumlu lezyon saptandı. Laparoskopik kistogastrostomi planlanarak ameliyata alındı. Antrum ön duvara yapılan gastrotomi ile mide lümenine girildi. Kistin oluşturduğu bombelik görülerek bu alana koter yardımı ile kesi oluşturuldu. Kist içerisinden berrak sıvı boşaltıldı. Mide arka duvarı ile birlikte bu duvara yapışık durumdaki psödokist ön duvarı kesilerek yaklaşık 4 cm çaplı açıklık oluşturuldu. Bu açıklığın kenarları dikildi. Psödokist kavitesi yıkandı ve mide ön duvarı çift kat dikildi. Büyük kruvatur komşuluğuna bir adet dren konarak işlem sonlandırıldı. Hastaya ameliyat sonrası 1. gün ağızdan gıda başlandı, 3. gün sorunsuz taburcu edildi. 2 ay sonraki kontrol karın tomografisinde kistin tamamen kaybolduğu gözlemlendi.

VS -32 LATERAL POZİSYONDA YAPILAN LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ: 24 OLGU

ERDAL BİROL BOSTANCI , MUHAMMET KADRI ÇOLAKOĞLU , ALİ SÜRME LİOĞLU , TAHSİN DALGIÇ , İLTER ÖZER , MURAT ULAŞ , MUSA AKOĞLU

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ GASTROENTEROLOJİ CERRAHİ SERVİSİ, ANKARA

Giriş:

Pankreas kuyruk yerleşimli lezyonlara laparoskopik yaklaşım gitgide yaygınlaşan bir tedavi seçeneği olmuştur. Her ne kadar laparoskopik distal pankreatektomi (LDP) zor bir prosedür olsada ve fistül gibi komplikasyonlar sık görülen bir problemsede güvenli ve uygun bir yaklaşım olduğunu bildiren yayımlar artmaktadır. Bu çalışmada distal pankreas lezyonlarında LDP'nin sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem:

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde Ocak 2010–Ocak 2013 tarihleri arasında uygulanan 24 ardışık LDP olgusu özetle görsel olarak sunuldu. Teknik olarak sol lateral pozisyonda 5 trokardan çalışılarak LDP ameliyatı uygulandı. Pankreas parankimi, kalınlığına göre stapler yüksekliği 3.5 mm olan mavi kartuş veya 2.5 mm'lik beyaz kartuş kullanılarak transekte edildi. Ameliyatların tamamı laparoskopik olarak tamamlandı. Spesmen sol lateraldeki 10 mm trokar giriş yerine yerleştirilen 15 mm'lik trokardan dalak torbası kullanılarak çıkarıldı.

Sonuçlar:

Toplam 24 hastanın 12'si erkek, 12'si kadın idi. ASA skorları sırasıyla; 10 hasta ASA 1, 11 hasta ASA 2 ve 3 hasta ASA 3 idi. Ortanca yaş, vücut kitle indeksi, operasyon süresi, kan kaybı, kitle büyüklüğü, hastanede kalış süresi sırasıyla; 49 (20-74) yıl, 27.7 (18.7-35.2) kg/m², 205 (120-275) dakika, 70 (10-250) cc, 2.5 (1.5-6) cm ve 11.5 (6-22) gündü. LDP ile eş zamanlı olarak 19 hastaya splenektomi, 3 hastaya kolesistazis nedeniyle kolesistektomi, 1 hastaya mide GİST nedeniyle mide wedge rezeksiyonu uygulandı. 5 hastaya dalak koruyucu LDP uygulandı. 12 hastada pankreatik kaçak (%50) gelişti. Bu hastaların 4'ünde kaçak minör'dü. 2 hastada lojda hematoma (%8.3) gelişti. Batın içi koleksiyon yada apse nedeni ile 4 hastaya perkütan drenaj uygulandı. Pankreatik fistül nedeni ile 2 hastaya ERCP uygulanarak pankreatik stent yerleştirildi. Patoloji spesmenleri; 12 hasta nöroendokrin tümör, 2 hasta seröz mikrokistik adenom, 3 hasta intraduktal papiller musinöz neoplazi, 2 hasta adenokarsinom, 2 hasta musinöz kistik adenom, 1 hasta ektopik dalak dokusu, 1 hasta solid pseudopapiller tümör ve 1 hasta retansiyon kisti olarak raporlandı. Netice: Distal pankreas lezyonlarında dalak korunarak ya da korunmaksızın LDP, laparoskopi ve pankreas cerrahisinde deneyimli ekipler tarafından açık cerrahiye alternatif olarak güvenle uygulanabilir.

VS -33 PANKREAS KORPUS NEOPLAZİSİNDE DALAK KORUYUCU DİSTAL PANKREATEKTOMİ

V.MELİH KARA, M. KAMİL YILDIZ , EBRU ÖZDEMİR , SEVCAN ALKAN

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
İSTANBUL

VS -34 PANKREAS PSEUDOKİSTİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK KİSTOGASTROSTOMİ

EVREN DURAK, NECATİ CİN , YASİN PEKER , EMİR ÇAPKINOĞLU, MEHMET HACİYANLI , ERCÜMENT TARCAN

İZMİR KATİP CELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ.GENEL CERRAHİ SERVİŞİ, İZMİR

Amaç:

Bu sununun amacı laparoskopik sütürasyon kullanılarak gerçekleştirilen kistogastrostomi tekniği ve avantajlarını tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem:

IKCU Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi nde Haziran2008 ve Ocak 2013 tarihleri arasında 5 hastaya laparoskopik kistogastrostomi uygulandı.Bu teknikle 2 adet trokar kullanılarak gastrotomi sonrası kist kavitelere ulaşıldı ve atravmatik sütür materyali kullanılarak intrakorporeal sütür tekniği ile kistogastrostomi gerçekleştirildi. Bulgular:Tüm hastalarda prosedür laparoskopik olarak tamamlandı. Ortalama hastane yatış süresi 8(5-14) gün, ortalama intraoperatif kan kaybı 150 ml idi. Bir hastada postoperatif dönemde üst GIS kanaması ve bir hastada uriner enfeksiyon gelişti ve konservatif olarak tedavi edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Laparoskopik Handsewn kistogastrostomi özellikle endoskopik tedavi yöntemlerinden fayda görmeyen,kist kavitesi debris ile dolu olgularda etkili kavite dekompresyonu sağlayan bir yöntemdir. Güvenli,etkili olan bu yöntem intrakorporeal sütürasyon tekniğine hakim cerrahlar tarafından minimal maliyet sonuçları ile de uygulanabilir.

VS -35 TEK KESİDEN (SILS) DİSTAL PANKREATOSPLENEKTOMİ

İLHAN KARABIÇAK, KAĞAN KARABULUT , SAVAŞ YÜRÜKER , TUĞRUL KESİCİOĞLU , GÖKHAN LAP , NECATİ ÖZEN

19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, SAMSUN

Pankreasın nöroendokrin tümörleri çok nadir görülmektedir. Bu grup tümörler içinde en sık insülinoma görülmektedir. Tanı konulan hastalar cerrahi ile tedavi edilmelidir. Enükleasyon, distal pankreatektomi en sık uygulanan cerrahi yöntemlerdir.

Bu cerrahi girişimler açık veya laparoskopik olarak uygulanabilir.

Bu sunuda insülinomanın cerrahi tedavisi için uyguladığımız tek kesiden laparoskopik (SILS) distal pankreatosplenektomi ameliyatı gösterilecektir.

VS -36 LAPAROSKOPIK KİSTOGASTROSTOMİ

ÜMİT SEKMEN¹, MELİH PAKSOY²

¹ ACIBADEM FULYA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Özet:

Psödokist tedavilerinde kist yerleşim ve büyüklüğüne göre laproskopik ve endoskopik tedaviler son yıllarda daha ön plana çıkmıştır. Laparoskopik cerrahi tedavi, gerek minimal invaziv yönü ile gerekse etkili ve yeterli kistogastrostomi anastomozu oluşturabilme olanağı ile bir çok hastada endoskopik yöntemin bir alternatifinden çok standart tedavisi olarak değerlendirilebilir. Ameliyat videosunu paylaştığımız bu erkek hastamızın (32 yaş) son 6 aydır karın ağrısı , şişkinlik ve bulantıları olup, yapılan tetkiklerde pankreas korpus kuyruk bileşkede psödokist tespit edilmiştir. Hastaya laparoskopik kistogastrostomi yapılmıştır. Ameliyat sonrası hasta şifa ile taburcu edilmiştir. 1 yıl sonra yapılan kontrolde hastanın tamamen asemptomatik ve kontrol tomografisinde de ise kistin tamamen yokolduğu tespit edilmiştir.

VS -37 LAPAROSKOPIK OLARAK EKŞİZE EDİLEN GENİŞ DUODENAL DİVERTİKÜL: BİR OLGU VE VİDEO SUNUMU

TUĞAN TEZCANER¹, ÖZGÜR HARMANCI², YAHYA EKİCİ¹, MAHİR KIRNAP¹, GÖKHAN MORAY¹

¹ BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

² BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Özet:

Duodenum, ince barsaklarda divertiküler hastalığın en sık görüldüğü bölgedir. Akut divertikülit, perforasyon, kanama ve pankreatikobiliyer sistemin obstrüksiyonu duodenum divertikülüne (DD) bağlı görülebilen komplikasyonlardır. Hastaların %5'i bu komplikasyonlara bağlı cerrahi tedavi geçirmek zorunda kalmaktadır. Bu sunumda, semptomatik duodenum divertikülü laparoskopik olarak eksize edilen olgu ve ameliyat video görüntülerini sunmayı amaçladık. İntermittan epigastrik ve sağ üst kadranda karın ağrısı, bulantı, kusma ve diyare yakınmaları olan 56 yaşında kadın hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın medikal öyküsünde 2 yıl önce tanı alan ve oral antidiyabetikler ile tedavi olan diyabetes mellitus dışında özellik yoktu. Hastanın geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde pangastrit ve duodenum ikinci kısımda lateral

duvar yerleşimli 5 cm çaplı DD saptandı. Divertikül içinde gıda artıkları mevcuttu. Baryumlu özofagoastrduodenografide geniş tabanlı DD görüldü. Hasta genel anestezi altında supin pozisyonda laparoskopik divertikül eksizyonu yapıldı. Veress iğnesi ile pnömoperitoneum sağlandıktan sonra 3 adet trokar yerleştirildi. Duodenum koherizasyonundan sonra duodenum II. ve III. kısım bileşkesinden protüde olan geniş tabanlı divertikül görüldü. Divertikül çevre dokulardan tamamen ayrıldıktan ve divertikül boynu tam olarak belirlendikten sonra laparoskopik düz kesici kapatıcı cihaz yardımı ile eksizyon yapıldı. Eksizyon sonrasında zimba hattı 3/0 Ethibond® (Ethicon, ABD) ile devamlı olarak sütüre edildi. Hasta ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçirdi. Oral gıda alımını tolere ettikten sonra ameliyattan sonraki 4.günde taburcu edildi. Hastanın 6 aylık izlemi sonunda herhangi bir yakınması ve saptanan komplikasyon yok. Laparoskopik, abdominal cerrahi tercih edilen yöntem haline gelmiştir. Doğru tanı sonrası cerrahi tipi DD'ünün yerleşim yeri, tipi ve boyutuna göre belirlenmelidir. Lateral yerleşimli ve protüde olan bu DD'na laparoskopik olarak kolay uygulanabilir ve güvenilirdir. Diğer bölgelerde olan duodenum divertiküllerin cerrahi tedavisinde laparoskopinin yeri deneyim eksikliğinden dolayı belirsizdir.

VS -38 GEZİCİ TORSİYONE DALAK – SILS SPLENEKTOMİ

KAĞAN KARABULUT, İLHAN KARABIÇAK , GÖKHAN SELÇUK ÖZBALCI , SAVAŞ YÜRÜKER , SERDAR ŞENOL , KENAN ERZURUMLU

19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, SAMSUN

Özet:

Single port laparoskopik (SILS) cerrahi günümüzde gittikçe yaygınlaşmaktadır. Laparoskopik cerrahinin tüm avantajlarının yanında, kozmetik olarak daha iyi sonuçları olduğundan tercih edilmektedir. 18 yaşında bayan hasta karın ağrısı nedeniyle yapılan BT'de sol alt kadrana yerleşmiş torsiyone, iskemik dalak tespit edilmesi üzerine hastaya SILS splenektomi uygulandı. Bu sunumda gezici dalak için uygulanmış SILS splenektomi ameliyat videosu sunulacaktır.

VS -39 GASTRİK OUTLET OBSTRUKSİYONU VE TIKANMA İKTERİ OLUŞTURMUŞ METASTATİK PANKREAS TÜMÖRÜ PALYATİF TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK GASTROENTEROSTOMİ VE KOLESİTOJEJUNOSTOMİ

EVREN DURAK, HALDUN KAR , İLKER KIZILOGLU , YASİN PEKER, NECAT CİN , FATMA TATAR

KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, 3. GENEL CERRAHİ SERVİSİ, İZMİR

Amaç:

Bu sunumun amacı metastatik pankreas karsinomu

palyasyonunda endoskopik ve perkütan yöntemlerden fayda göremeyen hastalarda laparoskopik gastroenterostomi ve kolesistojunostomi yöntemini ve avantajlarını sunmaktır.

Gereç ve Yöntem:

IKCU Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi nde 65 Y,E, hastaya 2 trokar kullanılarak laparoskopik gastroenterostomi ve intrakorporeal handsewn anastomoz ile kolesistojunostomi uygulandı. Operasyon süresi 105 dk, intraoperatif kan kaybı minimal idi. Postoperatif yatış süresi 8 gün idi. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hastada oral gıda alımı 2.gun de başlandı ve kan bilirubin seviyeleri ve KC fonksiyon testleri hızla olağan sınırlara geriledi.

Tartışma ve Sonuç:

Laparoskopik gastroenterostomi ve bilier drenaj, metastatik pankreas tümürlü hastalarda intrakorporeal sütür tekniğine hakim cerrahlar tarafından palyasyon amacı ile uygulanabilir.Bu teknik efektif ve düşük maliyetlidir.

VS -40 FLOPPY NİSSEN FUNDOPLİKASYON VAKASINDA PARŞİYEL DALAK İSKEMİSİ

HACI MEHMET ODABAŞI, HACI HASAN ABUOĞLU , CEM ARSLAN , EMRE GÜNAY , MEHMET KAMİL YILDIZ , CENGİZ ERİŞ, ERKAN ÖZKAN , ALİ AKTEKİN , M.A. TOLGA MÜFTÜOĞLU

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Floppy Nissen fundoplikasyon gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde devrim yaratmıştır. Çok sayıda çalışma hastaların semptomlarının başarılı şekilde tedavi ettiğini ve minimal morbiditesi olduğunu göstermiştir. Bu operasyonda kısa gastrik damarlar kesilmektedir. Bu işleme bağlı dalakta enfarkt gelişimi ile ilgili birkaç yayın mevcuttur. Biz burada operasyon esnasında fark edilen parşiyel dalak iskemisi olgusunu sunmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem:

31 yaşında bayan hasta medikal tedaviye cevap vermeyen gastroözofageal reflü şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve ph moniterizasyonu reflü hastalığını teyit ediyordu. Hastaya standart operasyon yapıldı. Ancak operasyon esnasında dalak üst polde splenik enfarkt olduğu görüldü. Hastaya herhangi bir girişim düşünülmedi ve operasyon sonlandırıldı. Hasta yakın takibe alındı hastanın herhangi bir semptomu olmadı. Hastaya post operatif 2. Haftada ve 6. Haftada kontrastlı üst batin tomografisi çekildi. Post op 12. Haftada ise ultrasonografi ile kontrol edildi. Hastanın dalağı tamamen normale döndü.

Tartışma:

Dalak mide omentum ve pankreatik damarlarla olan iyi bir periferik dolaşıma sahiptir. Dalağın ana arterinin tıkanıklığı nadiren dalak enfarktına neden olurken, periferik splenik

arteriyel dallarda çok az kollateral dolaşım mevcuttur. Bu nedenle Nissen fundoplikasyona bağlı parsiyel dalak infaktı ve buna bağlı komplikasyonlar bildirilmiştir. Bu hastaların çoğu operasyon esnasında farkedilmemekte ve post operatif takipte karın ağrısı nedeniyle incelenme sırasında ortaya çıkmaktadır. Olgumuz operasyon esnasında fark edilmiş ve yakın takibe alınmıştır.

Sonuç:

Laparoskopik Floppy Nissen fundoplikasyon sonrası gelişebilecek parsiyel dalak üst pol iskemisinde yakın takip önermekteyiz.

VS -41 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU; NASIL DAHA İYİ YAPALIM?: GÜNCEL DURUM DEĞERLENDİRMESİ

EDİZ ALTINLI ¹, AZİZ SÜMER ²

¹TC İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

²YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, VAN

Özet:

Çalışmamızın amacı; laparoskopik Nissen fundoplikasyonu uyguladığımız hastalarda tekniğimizi ve deneyimimizi video teknik sunum desteği ile meslektaşlarımızla paylaşmak ve tartışmaktır. Materyal-Metot 2004-2013 yılları arasında 186 laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatı gerçekleştirdik. 2009 yılından beri GERH düşündüğümüz tüm hastalarımıza 24 saatlik pH metre, hiatal herni nedeniyle tedavi ettiğimiz olguların %59'na ,GERH olan oguların %80 ine özafajiyal monometri testleri uyguladık. Karaciğer sol lob retraksiyonu amacı ile Alitson (%68), diamond flex(% 10) ve kazayağı (%22) ekartörleri kullandık. Nüks hiatal herni nedeniyle re-opere ettiğimiz olguların tümüne yama kullandık. Bulgular Çalışmaya alınan olguların 108'i erkek, 78 kadın olup yaş ortalaması 41 yıl olarak saptandı.79 olguya GERH, 84 olguya hiatal herni, 23 olguya nüks hiatal herni nedeniyle laparoskopik Nissen fundoplikasyonu uygulandı. Nüks olgulardan biri tarafımızca ilk ameliyatı yapılan olgu olup ,hiatal herni nedeniyle meshsiz ameliyat edilmişti. Diğer 22 nüks olgu hiatal herni nedeniyle dış merkezlerde ameliyat edilmiş olgulardı. Birincil ameliyatlarda işlem süresi ortalama 65 dakika iken, re-do olgularda ortalama 104 dakika olarak tespit edildi. Hastanede ortalama kalış süresi 3 gün (1-5 gün arası) olarak tespit edildi. Re-do olan olguların hepsine mesh ile krurorafı uygulandı. Re-do olan olguların dokuzunda, birincil ameliyat olan olguların 1'inde plevra açıldı. Bir re-do olguda, iatrojenik mide perforasyonu nedeniyle açığa geçirilerek işlem tamamlandı. ALT ve AST düzeyleri karaciğer sol lop ekartasyonu amacıyla Alitson ekartörü kullanılan olgularda daha yüksek bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Olguların uzun dönem takiplerinde (38± 6 ay) nüks saptanmadı. Stür krurorafı yapılan bazı olgularda yutma güçlüğü saptandı ancak endoskopik olarak belirgin bir darlık tespit edilemedi. Tüm olgularımızda kısa ve uzun dönemde aşırı derecede flatus şikayeti mevcuttu. Sonuç Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu

hiatal herni ve GERH tedavisinde altın standart bir yöntemdir. Re-do vakalarda plevra açılması ve pnömotoraks daha sık görülmektedir, ancak konservatif tedavi ile düzeltilmektedir. Re-do vakalarda mesh kullanımı ile nüks oranlarının daha az olduğu görülmektedir.

VS -42 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU VE KRURORAFİNİN PROSTETİK MATERYAL İLE KUVVETLENDİRİLMESİ

M. MAHİR ÖZMEN¹, T. TOLGA ŞAHİN¹, EMİR GÜLDOĞAN², HAKAN KÖKSAL¹

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

²ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş ve Amaç:

Gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde laparoskopik Nissen fundoplikasyonu 1995'den beri aktif şekilde uygulanan bir tedavi seçeneği olup etkinliği prospektif çalışmalar ve meta-analizlerle de kanıtlanmıştır.

Bu video sunumunda laparoskopik Nissen fundoplikasyonu ve mesh ile hiyatal herni onarımı yapılan bir olgu üzerinden ameliyat aşamaları ve mesh ile kruroplasti tekniğinin tartışılması amaçlandı.

Olgu:

7 yıldır mide ağrısı, regürjitasyon ve retrosternal yanma şikayetleri olan 21 yaşındaki erkek hastada Helicobacter pylori eradikasyonu dahil çeşitli tedavi yöntemleri denenmişti. Yapılan endoskopisinde pangastrit, alt özofageal sfinkter yetmezliği ve hiyatal herni saptandı. Hastada laparoskopik Nissen fundoplikasyonu ve kompozit mesh ile hiyatal herni onarımı gerçekleştirildi.

Tartışma ve Sonuç:

Gastroözofageal reflünün tedavisinde laparoskopik Nissen fundoplikasyonu etkin ve güvenli bir yöntemdir. Hiyatustaki defektin büyük olduğu olgularda kruroplasti mutlaka mesh ile desteklenmelidir.

VS -43 LAPAROSKOPİK HELLER AMELİYATI

KORAY KARABULUT ¹, AHMET BOZDAĞ ², KENAN BİNNETOĞLU ¹, SERDAR GÜRSUL ¹, CÜNEYT KIRKIL ¹, YAVUZ SELİM İLHAN ¹

¹FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ELAZIĞ

²HARPUT DEVLET HASTANESİ, ELAZIĞ

Özet:

Yutma güçlüğü, kilo kaybı ve öksürük şikayetleri ile başvurduğu

merkezde yapılan tetkikler sonrasında akalazyza tanısı konan hastaya «Laparoskopik Heller Miyotomisi ve Dor Fundoplikasyonu» yapıldı. Beş port ve 30 derece açılı kamera kullanıldı. Önce hepatogastrik ligaman kesildi, sağ krus, ve kardiyoözofageal bileşke görüldü. Özofagus, ön yüzünden hiyatusa doğru yaklaşık 6 cm serbestleştirildi. Ağız yoluyla yerleştirilen bujinin mideye geçişi laparoskopik olarak izlendi. Kardiyoözofageal bileşkenin yaklaşık 1 cm proksimalindeki özofagus longitudinal kasları, termal enerji sistemleri kullanılmaksızın, iki adet grasper yardımıyla, karşılıklı traksiyonla ayrıldı. Sirküler kas lifleri için de aynı işlem uygulandı. Mukoza, üzerindeki kas liflerinden arındırıldı. Bu işlem kardiyoözofageal bileşkenin 6 cm proksimaline, 2 cm distaline kadar uzatıldı. Dor Fundoplikasyonu eklendikten sonra işlem tamamlandı. Ameliyat sonrası 1. gün taburcu edilen hastaya 1. ayda çekilen kontrastlı grafide özofagustan mideye geçişin normal olduğu görüldü, Trendelenburg pozisyonunda mideden özofagusu reflü izlenmedi.

VS -44 LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYON VE MESH KURURORAFİ SONRASI GELİŞEN PSÖDOAKALAZYA OLGUSUNDA LAPAROSKOPIK TEDAVİ YAKLAŞIMI

FEZA KARAKAYALI¹, TUGAN TEZCANER¹, MAHİR KIRNAP¹, ÜLKÜ DAĞLI², GÖKHAN MORAY¹

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

²BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Özet:

Psödoakalazyza, laparoskopik Nissen fundoplikasyon (LNF) sonrası gelişen klinik, radyolojik ve manometrik bulguları primer akalazyayı taklit eden antitedir. Bu olgu sunumunda; LNF sonrası disfaji ve kusma yakınmaları ile psödoakalazyza tanısı konulan 58 yaşında kadın hasta ameliyat video görüntüleri ile birlikte sunulmaktadır. Olgu Disfaji, kusma ve kilo kaybı yakınmaları ile 58 yaşında kadın hasta kliniğimize başvurdu. Gastroözofagiyal reflü tanısı alan ve 2010 yılında dış merkezde laparoskopik Nissen fundoplikasyon ve mesh takviye ile kururorafiyi ameliyatı olan hastanın ameliyat sonrasında başlayan disfaji ve sindirilmemiş besinleri içeren kusma nedeniyle 17 kg kilo kaybı mevcuttu. Yapılan özofagogastroduodenoskopi, özofagogastroduodenografi ve özofagiyal manometrede akalazyza ile uyumlu bulgular saptandı. Hastaya laparoskopik yöntem ile ameliyata alındı. Eksplorasyonda fundoplikasyonun daha önce konulan meshe dens bir şekilde yapıştığı, hiatus sol lateralinden gastrik fundusun paraözofagiyal olarak herniye olduğu görüldü. Fundoplikasyon bozularak hiatal herni redüksiyonu, kururorafiyi, Heller myotomi ve Dor fundoplikasyon ameliyatı gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası dönem sorunsuz olarak geçen hasta oral gıda alımını tolere ettikten sonra taburcu edildi. Hastanın ameliyat sonrası erken dönemden itibaren kusma yakınması ortadan kalkarken disfaji yakınması ise tama yakın olarak azaldı ve 6. ay kontrollerinde kısıtlaması olmayan diyet tüketebilen hastanın reflü ile ilişkili hiçbir yakınması da

mevcut değil. Sonuç Psödoakalazyza, laparoskopik anti reflü cerrahiden sonra nadir görülen bir komplikasyondur. Literatürde bu konuda az sayıda hastadan oluşan seriler veya sadece olgu sunumları mevcuttur. Bildirilen olguların tümünde kururorafinin mesh ile takviye edilmiş olması dikkat çekicidir. Anti reflü cerrahi öncesi, fonksiyonel açıdan ayrıntılı olarak incelenerek doğru hasta seçimi ve cerrahi yöntem olarak kururorafinin özofagusu çepeçevre fibrozis ile sarılmasına yol açabilecek tekniklerden kaçınılması bu komplikasyonun önlenmesinde rol oynayabilir.

VS -45 ÖZOFAGEAL AKALAZYA DA HELLER MYOTOMİ VE ANTİREFLÜ CERRAHİSİ

YAŞAR ÖZDENKAYA, CENK ERSAVAŞ, PELİN BASİM, MUSTAFA ÖNCEL, KEMAL DOLAY

MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ, ANTALYA

Özet:

Akalazyza özofagusun primer motor bozukluğu ile karakterize, alt özofagus sfinkter gevşeme yetersizliği sonucu gelişen bir hastalıktır. Tedavisinde minimal invaziv yaklaşımlar ön plandadır. Vaka sunumuzda 35 yaşında erkek, ek hastalığı olmayan, akalazyza tanısı sonrasında iki kez denenmiş balon dilatasyon ile başarı sağlanamayarak ameliyata yönlendirilen hastamızın videosunu paylaşmak istedik.

VS -46 DUODENAL DİEULAFÖY LEZYONU KANAMASINA ENDOSKOPIK HEMOSTAZ

KORAY KARABULUT¹, HASAN PINAR¹, FERHAT ÇAY¹, ALİ AKSU², AHMET BOZDAĞ², YAVUZ SELİM İLHAN¹

¹FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ELAZIĞ

²HARPUT DEVLET HASTANESİ, ELAZIĞ

Özet:

Bu video sunumda, duodenal Dieulafoy lezyonuna endoskopik hemostaz işleminin gösterilmesi amaçlandı. Halsizlik ve siyah renkli dışkılama şikayetleri ile acil servise başvuran 45 yaşındaki erkek hastada; TA:90/60 mmHg, NDS:120, rektal tuşede melena mevcut idi. Damar yolları açılıp sıvı replasmanına başlandıktan sonra yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde duodenum arka yüzde, pulsatil kanamalı milimetrik vasküler yapı görüldü. Mide veya duodenumda ülser ya da başka bir erozyon görülmedi. Skleroterapi iğnesi kullanılarak lezyonun etrafına toplam 3 ml, 1/10 000 lik, serum fizyolojikle sulandırılmış adrenalin enjeksiyonu yapılarak hemostaz sağlandı. İşlem sonrası 1. gün yapılan kontrol endoskopisinde kanama gözlenmeyen hasta taburcu edildi.

VS -47 RASTLANTISAL SAPTANAN SOL YERLEŞİMLİ SAFRA KESESİNDE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

FATİH BAŞAK¹, MUSTAFA HASBAHÇECİ², TOLGA CANBAK¹, ALİ KILIÇ¹, İLYAS KUDAŞ¹, GÜRHAN BAŞ¹

¹ ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç:

Safra kesesinin karaciğerin sol lateral segmentinin alt yüzüne yerleşmesi durumu sol yerleşimli safra kesesi olarak tanımlanmıştır. Nadir görülen kalıtsal bir anomali olup, sağ yerleşimli ligamentum teres ile birlikte görülebilmektedir. Bu çalışmada ameliyat esnasında saptanan sol yerleşimli safra kesesi olgusunda yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatını sunmak amaçlanmıştır.

Olgu:

72 yaşında kadın hasta karın ağrısı ve sarılık nedeniyle başvurdu. Ultrasonografi tetkikinde kolelityazis ve koledokta genişleme görülmesi üzerine tıkanma sarılığı, kolanjit ve koledokolityazis ön tanısı ile yatarak tedavi gördü. Medikal tedavi sonrası taburcu edildi. Manyetik rezonans kolanjiografide safra kesesinde kalkül dışında bir anomali veya safra yollarında bir patoloji tespit edilmedi. Hasta altı hafta sonra elektif kolesistektomi yapılmak için hazırlandı. Standart 4 girişli kolesistektomi başlandı. Safra kesesinin karaciğerin sol lob lateral segmentinde yerleşimli ve ligamentum teresin solunda olduğu görüldü. Giriş yerleri değiştirilmeden kolesistektomiye devam kararı alındı. Kalot diseksiyonunda sistik kanal ve sistik arter ortaya kondu. Diseksiyon alanında vasküler yada safra yollarına ait major anomali görülmedi. Standart retrograd kolesistektomi laparoskopik olarak tamamlandı. Hasta bir gün sonra sorunsuz şekilde taburcu edildi. Piyesin patolojik incelemesi kronik taşlı kolesistit olarak raporlandı.

Tartışma:

Situs inversus dışında sol yerleşimli safra kesesi nadir görülen bir anomalidir. Sağ yerleşimli ligamentum teres durumu ile birliktelik rastlanabilmektedir. Yerleşim anomalisi olgularında damarsal ve safra yolları anomalisi görülebilmektedir. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatında standart olarak uygulanan kalot üçgeninin tam diseksiyonu anomali olgularında da ameliyat güvenliği için önemlidir. Ana safra kanalı ile ilişkinin şüpheli olduğu veya bu gibi anomali riskli durumlarda antegrad kolesistektomi veya gereğinde konversiyon akılda tutulmalıdır. Sunum bilgileri: Ön sunum 2dk, Video 5dk

VS -48 SİTUS İNVERSUS TOTALİS OLGUSUNDA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

FATİH BAŞAK¹, MUSTAFA HASBAHÇECİ², MUSTAFA ÖZBAĞRIÇIK¹, HÜSEYİN KEREM TOLAN¹, SÜLEYMAN KALCAN¹, GÜRHAN BAŞ¹

¹ ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Olgu:

43 yaşında erkek hasta karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Daha önce situs inversus totalis olduğu bilinen hastanın ultrasonografi tetkikinde kolelityazis saptandı. Elektif kolesistektomi yapılmak için hazırlandı. Ameliyathanede koter gibi teknik cihazlar, laparoskopi monitor, bağlantılar ve kule ayna görüntüsü olarak yerleştirildi. Cerrahi ekip pozisyonunda da değişiklik uygulandı. Cerrah ve birinci asistan hastanın sağında, ikinci asistan ve hemşire solunda yer aldı. Trokar olarak iki adet 5 mm'lik ve iki adet 10mm'lik trokar kullanıldı. Trokar girişleri standart giriş yerlerinin ayna görüntüsü olarak yerleştirildi. Trokarlar yerleştirildikten sonra eksplorasyonda karaciğer, mide ve diğer tüm organların karşı tarafta olduğu görüldü. Safra kesesi ve omentum arasında muhtemel geçirilmiş akut kolesistit durumuna bağlı olduğu düşünülen adezyonlar görüldü. Disseke edildi. Safra kesesi ortaya konduktan sonra kese diseksiyonuna geçildi. Safra kesesinin fundus ekartasyonu için ikinci asistan sol lateral 5'lik trokarı kullandı. Cerrah ve birinci asistan sağ elini kullanan olması nedeniyle ana zorluk kalot diseksiyonu ve hartman poşunu ekarte etmek sırasında yaşandı. Cerrah epigastrik port girişinden hartman ekartasyonu yaptı. Diğer soldaki 5'lik trokar ile sağ el ile kalot diseksiyonu yaptı. Diseksiyon alanında vasküler yada safra yollarına ait major anomali görülmedi. Standart retrograd kolesistektomi laparoskopik olarak tamamlandı. Hasta bir gün sonra sorunsuz şekilde taburcu edildi. Piyesin patolojik incelemesi kronik taşlı kolesistit olarak raporlandı.

Tartışma:

Laparoskopik kolesistektomi genel cerrahinin en sık yapılan ameliyatlarından. Situs inversus totalis olan hastalarda da laparoskopik kolesistektomi ameliyatı güvenle yapılabilmektedir. Ameliyathane düzenlenmesini standart düzenin ayna görüntüsü olarak kullanılması ve cerrahın tekniğini ayna görüntüsü anatomisine göre değiştirmesi önerilmektedir. Sunum bilgileri: Ön sunum 2dk, Video 5dk

VS -49 SAĞ ÜST EKSTREMİTE MALFORMASYONU, EKSTRAHEPATİK SAFRA YOLLARI ANOMALİSİ VE KOLELİTHİASİSİN EŞLİK ETTİĞİ SAĞ DIAFRAGMA AGENEZİLİ YETİŞKİN OLGUDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ

JÜLİDE SAĞIROĞLU, ERCÜMENT TOMBALAK, KIVILCIM ORHUN, ORHAN ALİMOĞLU

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kolelithiasis tanısıyla elektif laparoskopik kolesistektomi yaptığımız hastada intraoperatif olarak görülen sağ diafragma agenezisinin dokümente edilerek literatür eşliğinde tartışılması.

Olgu:

Sağ üst karın bölgesinde son birkaç aydır ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvuran normal mental kapasitede, iki normal çocuk annesi olan 36 yaşında kadın hastada yapılan radyolojik değerlendirmeler sonucunda kolelithiasis mevcudiyeti, safra kesesi ve ekstrahepatik safra yollarının karaciğer anteriorunda yerleşmiş olduğu ve bununla beraber sağ diafragma parezisinin de eşlik ettiği düşünüldü. Çocukluğundan beri sık sık solunum rahatsızlığı çektiğini ve hep yüksek yastıkta yattığını bildiren, sağ kol ve ön kolun normalden kısa ve sağ elin hipoplazik ve malforme olduğu hastanın kliniğimiz genel cerrahi konseyinde değerlendirilmesi sonrasında elektif kolesistektomiye alınmasına karar verildi. Laparoskopik girişimde safra kesesi ve ekstrahepatik safra yollarının karaciğerin anterior ve superioruna deplase olduğu görüldü. Kolesistektomi sorunsuz tamamlandı. Operasyon sonunda yapılan son eksplorasyonda karaciğer ve sağ akciğer arasında diafragmanın olmadığı farkedildi. İleri görüntüleme sağ akciğerin hipoplazik olduğu, sol tarafta diafragmanın normal olduğu görülerek video kaydı yapıldı. Operasyon normal şartlarda sonlandırıldı. Hastanın rutin takiplerinde sorunsuz olduğu gözlemlendi.

Sonuç:

Tek taraflı diafragma agenezisi yetişkinlerde çok nadir görülen bir durum olup bu olgularda laparoskopik kolesistektomi literatürde henüz belgelenmemiştir. Diafragma agenezisi durumunda karaciğer ve ekstrahepatik safra yolları da toraksa doğru yer değiştireceğinden laparoskopik kolesistektomi işlemi sırasında maksimum tedbir alınmalıdır.

VS -50 İKİ PORT İLE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

TAMER KARŞIDAĞ, HÜSNÜ AYDIN, ANIL SAVAŞ, İŞHAK SEFA TÜZÜN

HASEKİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Özet:

Günümüzde kolelitiazis tedavisinde laparoskopik kolesistektomi altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Son dönemlerde insizyon morbiditesini azaltmak ve daha iyi kozmetik sonuç elde etmek amacı ile port sayıları azaltılmaktadır. Ancak yapılan operasyonun ekonomik yükü gözardı edilmektedir. Bu nedenle «daha az invazivlik» ekonomi ile sınırlanmaktadır. Biz burada biri umblikustan girilecek şekilde 5 mm lik iki trokar yardımı ile yaptığımız kolesistektomi tekniğini tarifledik. Standart kolesistektomiden farklı olarak, insizyon sayısını, trokar sayısını ve kullanılan laparoskopik el aletlerinin sayısını azalttık. Aynı zamanda bu teknikle operasyon maliyetinde de anlamlı bir azalma sağlamış olduk.

VS -51 KARACİĞER SOL LOB YERLEŞİMLİ SAFRA KESELİ OLGUDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

ÜMİT SEKMEN¹, MELİH PAKSOY²

¹ ACIBADEM FULYA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI İSTANBUL

Özet:

Karaciğer sol lob altına yerleşik safra kesesi literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Genelde preoperatif incelemelerde tespit edilemeyen bu durumun 2 açıdan klinik önemi vardır. Laparoskopik eksplorasyonda sol lob yerleşimli safra kesesi için port girişlerinin uygun olarak seçilmesi önemlidir. Ayrıca sol yerleşimli safra keselerinin beraberinde sistik kanal, safra yolları ve arter anomalileri barındırabileceği bildirilmiş, kolesistektomi esnasında komşu yapılara zarar vermemek açısından ekstra dikkat gösterilmesi önerilmiştir. Bizim olgumuzda 32 yaşında bilier pankreatit geçirmiş hastaya kolelitiazis sebebiyle laparoskopik kolesistektomi ameliyatı yapıldı. Hastanın safra kesesinin sol lob yerleşimli olduğu tespit edilince yeni port yerleri belirlenerek ameliyat teknik güçlük yaşamadan ve komplikasyonsuz tamamlandı.

VS -52 KOLEDOK TAŞINI TAKLİT EDEN İNTRAKOLEDOKAL POLİP

KENAN YUSİF-ZADE

SINIR HİZMETİ ASKERİ HASTANESİ, BAKÜ, AZERBAJCAN

Özet:

52 yaşlı erkek hasta ikter, kaşınma, sağ subkostal bölgede ağrı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Magnetik rezonans kolanjiyografi (MRCP)de koledok distal uçta obstrüksiyon oluşturan taş manzarası, intra ve ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon saptandı.Laboratuvarında tüm karaciğer testlerinde tıkanma ikterine bağlı değişiklikler bulundu. ERCP zamanı papilla üzerinde görülen polipoid lezyona submukozal dilüe adrenalın enjeksiyonu ardından standart snare teli ile polipektomi uygulandı. Koledoğun selektif kanülizasyonu sonrasında opak madde verildiğinde koledok distal uçta çapı 1.0x0.8 sm olan taş ile uyumlu negatif imaj olduğu izlendi. Sfinkterotomi uygulandıktan sonra koledok balon kateter ile sıvazlandığında kırmızı-mor renkli polipoid lezyon duodenum lümenine çekildi ve snare ile kesilerek çıkarıldı. Lezyonun histopatolojik incelemesi, invaziv alan içermeyen, tübülovillöz adenom olarak yorumlandı. ERCP sonrası hastanın klinik ve laboratuvar bulgularında gerileme gözlemlendi.

VS -53 KOLEDOK YARALANMALARINDA LAPAROSKOPIK PRİMER TAMİR: 2 OLGU SUNUMU

METİN ERTEM ¹, HAKAN GÖK ², EMEL ÖZVERİ ²

¹ *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL*

² *ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL*

Giriş:

Laparoskopik cerrahi, teknolojinin de yardımıyla artan sayıda ve çeşitlikte uygulanmaktadır. Bu alanlardan biri de ekstrahepatik safra yollarına olan girişimlerdir. Kliniğimizde; başka bir merkezde laparoskopik kolesistektomi sonrası iyatrojenik ekstrahepatik safra yolu yaralanması nedeni end to end koledok onarımı uyguladığımız 2 olgunun klinik sonuçlarını video kayıtları ile sunuyoruz.

Olgular:

SK 32 yaşında kadın hasta. Temmuz 2012'de laparoskopik kolesistektomi sonrası sarılık gelişmesi üzerine kliniğimize nakledildi. Yapılan MRCP'de kommon hepatik kanalda tam kat kesi (Starsberg E1) saptandı. Hasta, ameliyata alınarak laparoskopik koledok primer tamiri ve T drenaj yapıldı. Ameliyattan Postoperatif 9. gün T dren ile taburcu edildi. Postop 23. gün T dren çekildi. Hastanın 1 yıllık takibinde bir patoloji gelişmedi. AD 28 yaşında kadın hasta. Temmuz 2013'de laparoskopik kolesistektomi sonrası sarılık gelişmesi üzerine kliniğimize nakledildi. Yapılan MRCP'de koledokta tam kat kesi (Starsberg E1) ve distal koledokta rezidiv kalkül saptandı.

Hasta, ameliyata alınarak laparoskopik koledok primer tamiri ve T drenaj yapıldı. Ameliyat alanında 14 adet klip kullanılmış olduğu gözlemlendi. Ameliyattan 3 gün sonra ERCP ile koledoktaki kalkül ekstrakte edildi. Postoperatif 13. gün T dren ile taburcu edildi. Postop 28. gün T dren çekildi. Dren çekilmesinden sonra ERCP ile koledoka stent yerleştirildi. Hasta takipte ve lab. olarak sorunsuzdur. Her iki olguda anastomozlar emilebilen dikişler ile gerçekleştirildi. T tüp etrafına omentum sarılarak olası kaçağın kontrol edilmesi sağlandı. Her iki olguda perop kolanjiyografi ile anastomozlardan güvenli geçiş olduğu kontrol edildi. Sonuç: Ekstrahepatik safra yollarına laparoskopik girişimler, günümüzde güvenle uygulanabilmektedir. End to end koledok tamirlerinden sonra striktür olasılığı yüksektir. Literatür incelendiğinde sorunsuz seriler verilmektedir. Yaşam beklentisi uzun olan oldukça genç hastalarda, başarılı bir primer onarımın sorunsuz atlatılması şansını bu hastalara vermek istedik. Anatomik yapının ve fizyolojinin bozulmadığı bu teknikte safra yollarına ağız yoluyla ulaşma şansı sürdürülebilmektedir. Günümüzde endoskopik girişim tekniklerinin sorun çözen çeşitliliği bu kararımızda etken oldu. Safra yollarına yaralanma için re-laparoskopik girişimler, ileri düzeyde beceri ve deneyim gerektirir. Bu nedenle bu tür laparoskopik girişimler, deneyimli ekipler tarafından ve tam donanımlı merkezlerde yapılmalıdır.

VS -54 YERLERİ VE ELLERİ DEĞİŞİN: SİTUS İNVERSUS TOTALİSTE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

TARIK ZAFER NURSAL, ÖZGÜR AYTAÇ, NURKAN TÖRER

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ, ANKARA

Özet:

Situs inversus totalis (SİT) 10.000'de bir görülen nadir bir durumdur. Genellikle eşlik eden başka anomaliler de vardır. Bu sunumda SİT olan bir hastada laparoskopik kolesistektomi tartışılacaktır. Yirmidokuz yaşındaki kadın hastada 5 aydır olan tok karna karın ağrısı, bulantı yakınmaları giderek artmış. Bir ay önce akut kolesistit tanısı ile hastaneye yatırılmış ve medikal tedavi ile düzelmiş. Kolesistektomi için kliniğimize başvurdu. Hastada hayatın erken döneminde saptanan büyük damar transpozisyonu vardı ve ömür boyu antiagregan tedavi altına alınmıştı. Kardiyoloji bölümüne danışılarak gerekli köprüleme ve enfektif endokardit profilaksisi hazırlığı ile laparoskopik kolesistektomiye başlandı. Trokarlar (4 adet) Amerikan sistemi ile ters ayna görüntüsü ile sol subkostal alana yerleştirildi. Hastanın muhtemelen kardiyak sorunlarına bağlı normalden daha fazla damarsal yapıları mevcuttu. Bundan sonraki işlemler standart kolesistektomi şeklinde yapıldı. Zor olan kısım ayna görüntüsüne alışmak oldu. Ayrıca Calot üçgen diseksiyonu ve kliplleme sol elle yapıldığı için daha yavaş ve dikkatli olmak gerekti. Komplikasyon olmadan hasta 2. gün taburcu edildi. Safra kesesi cerrahisinde altın standart olan laparoskopik kolesistektomi deneyimli merkezlerde ek anatomik sorunları bulunan hastalarda güvenle uygulanabilmektedir.

VS -55 STANDART GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİN TEK KESİLİ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE UYGULANMASI

ŞENOL CARILLI, GÖKSEL SEÇKİN, AYDIN ALPER

AMERİKAN HASTANESİ GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Amaç:

Tek kesili laparoskopinin en sık uygulandığı alanların başında kolesistektomi gelmektedir. Ancak teknik zorluklar nedeniyle bu ameliyat esnasında laparoskopik kolesistektomi için tanımlanan standart güvenlik kurallarının uygulanmasındaki zorluklar bilinmektedir. Bu nedenle safra yolu yaralanmaları bazı yayınlarda yüksek olarak bildirilmiştir. Bu sunumda amaç ; standart kolesistektomide tanımlanmış tüm güvenlik önlemlerinin tek kesili laparoskopik kolesistektomide de uygulanabileceğini bir video ile göstermek ve sonuçlarımızı paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntem:

2009 yılından bu yana hastanemizde iki cerrah tarafından yapılan tek kesili laparoskopik kolesistektomi vakalarının prospektif toplanan sonuçlarını ve ameliyatın yöntemini kullanılan aletler ve kullanma şekli dahil olmak üzere detaylı cerrahi tekniğini paylaştık.

Sonuç:

Tanımlanmış kurallar uygulandığı zaman tek kesili laparoskopik kolesistektomi güvenli bir şekilde uygulanabilen bir yöntemdir.

VS -56 DERİN PELVİK ENDOMETRİOZİSLİ HASTADA LAPAROSKOPİK LOW ANTERİOR REZEKSİYON: OLGU SUNUMU

İLKUR ERGÜNER ¹, METE GÜNGÖR ³, TAYFUN
KARAHASANOĞLU ², BİLGİ BACA ²

¹ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ
ANABİLİM DALI, İSTANBUL

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL
CERRAHİ ANABİLİM DALI

³ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN DOĞUM
ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Özet:

Derin pelvik endometriozis bağırsakta en sık rektosigmoid bölgeyi etkiler. Medikal tedaviye dirençli ve şiddetli semptomatik olgularda cerrahi tedavi gereklidir. Biz de şiddetli ağrıları olan laparoskopik low anterior rezeksiyon yaptığımız bir olguyu sunduk. 36 yaşında kadın hastanın ağırlığı 71 kg, boyu 175cm ve vücut kitle indeksi (BKİ) 23.2 idi. Kasım 2012 de 7 aydır devam eden dismenore, pelvik ağrı ve kabızlık şikayeti ile yapılan tetkiklerinde derin pelvik endometriozis tespit edilen hasta kadın ve doğum hastalıkları ile birlikte opere edildi. Laparoskopik low anterior rezeksiyon ve sapırcı ileostomi

yapıldı. Operasyonda sağ uterosakral ligamanda, posterior fornikte ve rektumun anterior duvarında sert fibrotik kitle yapmış endometriozis odakları mevcuttu. Rektum ile birlikte kısmen vajen arka duvarıda eksize edildi. Piyes vajen yara koruyucu ekartör yerleştirilerek dışarı alındı. Açıklığı trasnvajinal kapatıldı. Ameliyatta herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı. Hasta postoperatif 6.günde evine gönderildi. Komplikasyon görülmedi. Hastanın 8 hafta sonra ileostomisi kapatıldı. Semptomatik hastalarda laparoskopik low anterior rezeksiyon güvenli ve uygulanabilir bir tedavi seçeneğidir.

VS -57 EPİGASTRİK BÖLGEDE YERLEŞİK AKUT APANDİSİT VAKASININ LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

HACI MEHMET ODABAŞI, CEM ARSLAN , EMRE GÜNAY , HACI
HASAN ABUOĞLU , MEHMET KAMİL YILDIZ , CENGİZ ERİŞ ,
ERKAN ÖZKAN , ALİ AKTEKİN , M.A. TOLGA MÜFTÜOĞLU

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
İSTANBUL

Amaç:

Sırt ağrısı, sol alt kadranda ağrısı ve strangüle femoral herni içinde apandiks gibi atipik yerleşimli apandisit vakaları sunulmuştur. Biz burada malrotasyonu olan bir hastada şimdiye kadar tanımlanmamış epigastrik yerleşimli perfore apandisit vakasını sunmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem:

27 yaşında erkek hasta epigastriyumda olan 3 gündür devam eden karın ağrısı nedeniyle acil polikliniğimize başvurdu. Hasta 3 günlük iken sol diaframatik herni nedeniyle ameliyat edildiğini ifade etti. Epigastrik bölgede hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Bulgular ve tartışma: Hastanın çekilen tüm batın tomografisinde malrotasyona bağlı çekumun epigastrik bölgede yerleşik olduğu, mide ve dalağın sağ alt kadrana doğru uzandığı belirtildi. Akut apandisit en sık karşılaşılan cerrahi durum olmakla birlikte , malrotasyon nadirdir. Asemptomatik ve malrotasyon durumunu bilmeyen hastalar için karın ağrısının doğru tanısını koymak ve definitif tedavi yapmak bazen gecikmekte, böylece mortalite ve morbidite artmaktadır. Bir çalışmada intestinal malrotasyonu olan 331 vakada, 111 vakanın diafragma hernisi ile ilişkisi saptanmıştır. Bizim vakamızda 3 günlük iken diyafragma hernisi ameliyatı geçirmişti. Bı nedenle bu iki durum arasındaki ilişki akılda tutulmalıdır.

Sonuç:

Özellikle bebeklik veya çocukluk döneminde diyafragma hernisi geçiren hastalarda karın ağrısı ile yapılan başvurularda akut apandisit atipik yerleşimi akla gelmelidir.

VS -58 LAPAROSKOPIK İLEOÇEKAL REZEKSİYON MATERYALİNİN TRANSANAL YOLLA ÇIKARILMASI

VURAL SOYER, KORAY KUTLUTÜRK , CÜNEYT KAYAALP

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ, MALATYA

Özet:

Klinik bulgular, endoskopik değerlendirme ve baryumlu grafilerde Crohn tanısı konulmuş ve son 20 gündür devam eden gaita düzensizliği, kusma ve abdominal distansiyonu olan 54 yaşında erkek hasta intestinal obstrüksiyon bulguları ile yatırıldı. 20 yıl önce apandektomi öyküsü mevcut. Cerrahi dışı tedavilerle gerileme olmadığı için hasta operasyona alındı. Preoperatif yapılan rutin tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Laparoskopik olarak yapılan ileoçekal rezeksiyon sonrası rezeksiyon materyali intraoperative kolonoskopi yardımı ile transanal olarak çıkartıldı. İleo-kolonik anastomoz intrakorporeal olarak yapıldı. Cerrahi süresi 210 dk. ve total kanama miktarı transfüzyona ihtiyaç duyulmayacak kadar azdı(100 cc). Hastada postoperatif ikinci gün gaita deşarjı olunca oral beslenme başlandı. Toplamda hastanede üç gün kaldı ve sorunsuz taburcu edildi. Patolojisi Crohn hastalığı ile uyumlu olarak geldi.

VS -59 LAPAROSKOPIK APANDEKTOMİDE APENDİKSİN ELDİVEN PARMAĞI İÇİNE ALINMASINI KOLAYLAŞTIRAN TERS-YÜZ ETME TEKNİĞİ: VİDEO SUNUM

ÖZGÜR AYTAÇ , NURKAN TÖRER , HAKAN YABANOĞLU , TARIK ZAFER NURSAL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ADANA

Özet:

Laparoskopik apandektomi cerrahi yelpazemizde giderek artan sıklıkta yer almaya başlamış, güvenli ve konforlu bir ameliyat yöntemidir. Apendektomi işleminin tamamlanmasının ardından cerrahi örneğin karın dışına çıkartılması sırasında maliyeti azaltacak uygun yöntemler arayışı cerrahları steril eldiven parmağı kullanmaya yönlendirmiştir. Çapı ve uzunluğu uygun olan apandektomi örneklerinin eldiven parmağı içerisine yerleştirilmesi bazen oldukça güç olabilmektedir. Burada tanımlanan yöntem ile bu işlemin çok daha hızlı ve kolay olarak gerçekleştirilebildiği gözlenmiştir. Bu teknikte 8,5 numaralı eldivenin orta parmağı kesilerek içerisine laparoskopik tutucu ağızı açık olarak ucuna kadar yerleştirilmektedir. 10 mm trokardan tutucu ve eldiven parmağı karın içine girdikten sonra açık tutucu ile cerrahi örnek bir ucundan yakalanmaktadır. Cerrahi örnek bırakılmadan ikinci bir alet yardımı ile eldiven parmağı cerrahi örnek üzerinde ters çevrilerek torbalama işlemi tamamlanmaktadır. Eldiven parmağının uçlarından tutulup kapatılarak cerrahi örnek güvenli bir şekilde karın dışına alınmaktadır. Hızlı, kolay ve etkili olan bu teknik yaygın olarak kullanılabilir.

VS -60 NADİR BİR MEKANİK BARSAK TIKANIKLIĞI NEDENİ: İLEO-ÇEKAL DÜĞÜMLENME

ZAFER ŞENOL , AHMET ZİYA BALTA , YAVUZ ÖZDEMİR , ERGÜN YÜCEL, İLKER SÜCÜLLÜ , M. LEVHİ AKIN

GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ, GENEL CERRAHİ SERVİSİ, İSTANBUL

Giriş:

İleo-çekal düğümlenme mekanik barsak obstrüksiyonunun (MBO) oldukça nadir görülen bir nedenidir. İleum ve mobil çekumun birbiri etrafında dönmesi sonucunda oluşur. MBO'nun diğer nedenleri ile aynı klinik tabloya neden olur ve tanının gecikmesi hayatı tehlikeye sokan bir durumdur.

Olgu:

Karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmasıyla acil servise başvuran 45 yaşında bayan hastanın muayenesinde sağ alt kadranda ağrı ve hassasiyet saptandı. Hemogramında lökositoz ve boş karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Karın tomografisinde ileum ansının çekum inferiorudan süperolaterale doğru ilerlediği ve burada kontrast geçişinin kesildiği görüldü. Laparoskopik eksplorasyonda çekumun ileum ansının etrafından dönrek MBO neden olduğu görüldü. Çekum lateralinden toldt fasyası ve adezyonlar serbestleştirilerek ileal ans redükte edildi. Nekroz olmadığı görüldü ve ameliyata son verildi.

Tartışma:

İleoçekal düğümlenme çok nadir olarak görülür ve barsak nekrozu geliştiğinde hayatı tehdit eden bir durumdur. Genellikle çekum ve bir ileal ansın birbirleri etrafında dönmesiyle oluşur. Klasik MBO kliniğine uygun bulgular verir ve olguların ancak %20'sinde ameliyat öncesinde tanı konur. Genellikle cerrahi olarak tedavi edilirken tam olmayan obstrüksiyonlarda konservatif yaklaşılabılır. Açık ve laparoskopik yöntemle redükte edilebilirken obstrükte segmentin durumu yapılacak ameliyatın şeklini belirler. Nekroz varlığında rezeksiyon ve anastomoz yapılabilirken, olgumuzda olduğu gibi yalnızca redüksiyonla işlem tamamlanabilir.

VS -61 YUTULAN İĞNENİN NEDEN OLDUĞU KRONİK KARIN AĞRISI İLE SEYREDEN YABANCI CİSİM APANDİSİTİ

YAVUZ ÖZDEMİR , AHMET ZİYA BALTA , İLKER SÜCÜLLÜ , MEHMET LEVHİ AKIN

GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ GENEL CERRAHİ SERVİSİ, İSTANBUL

Amaç:

Yabancı cisim yutulması vakaları göreceli olarak sık görülmele birlikte nadiren cerrahi müdahale gerektirmektedir. Keskin kenarlı veya sivri uçlu yabancı cisimler ile perforasyon ve apse oluşması gibi komplikasyonlar daha sık ve kısa sürede

görülürken, çekirdek, kıl, künt yapay malzemeler gibi yabancı cisimler daha uzun bir süreçte lümen obstrüksiyonuna neden olarak bulgu verebilirler. Yutulmuş iğnenin apandiks lümenine girerek kronik karın ağrısına neden olması ise oldukça seyrek olarak görülen bir durumdur. Bu yazıda yutulmuş iğnenin apandiks lümenine geçmesi sonucu kronik karın ağrısı ile kendini gösteren ve laparoskopik olarak tedavi ettiğimiz apandiks inflamasyonu olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu:

Yaklaşık olarak 4 ay önce yanlılıkla iğne yutan xx yaşında erkek kronik karın ağrısı şikayeti ile müteaddit kereler doktora müracaat etmiş. Direkt karın grafilerinde batın sağ alt kadranda sebat eden iğne görüntüsü üzerine hastaya dış bir merkezde kolonoskopi yapılmış, ancak kolonik segmentlerde iğne görülmemiş. Hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastaya laparoskopik eksplorasyon uygulanmış ancak iğneyi tespit etmekte başarılı olunamamış. İleri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize sevk edilen hastanın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet haricinde patoloji tespit edilemedi. Tam kan sayımı ve rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlar içerisindeydi. Düz karın grafisinde sağ alt kadranda yabancı cisim (toplu iğne) görüldü. Bunun üzerine hastaya kolonoskopi planlandı. Terminal ileumunda entübe edildiği kolonoskopi negative olarak sonuçlandı. Hasta hazırlıkları takiben laparoskopik olarak operasyona alındı. Umbilikustan 10 mm, sol alt kadrandan ve suprapubik alandan 5 mm'lik trokarlar batına adapte edildi. Umbilikustaki trokar optik için, diğerleri çalışma trokarları amacıyla kullanıldı. Yapılan eksplorasyonda apandiks inflamasyonu görüldü ve terminal ileum segmenti üzerine yatarak yapıldığı görüldü ve apandektomi uygulandı.

Tartışma ve Sonuç:

Oral yolla alınıp sindirilmemiş maddelerin %95'i cerrahim girişim gerekmesiz doğal yollarla vücuttan atılır. Ancak yabancı cisim yutulması durumunda mümkün olduğu kadar erken müdahale edilip endoskopik olarak çıkarılmak denemelidir. İnce barsak ve daha distale ilerlemiş olan ve semptomatik olmayan yabancı cisimler konservatif tedavi ile takip edilebilir. Seri grafilerde ilerlemeyen ve akut batın bulguları gelişen hastalarda cerrahi tedavi gerekebilir. Endoskopik olarak çıkarılmayan ve konservatif tedavi ile takip edilen yabancı cisim olgularında sebat eden visseral ağrı yabancı cisimin neden olduğu apandiks inflamasyonuna sekonder olabilir.

VS -62 RETROÇEKAL APANDİSİTTE FARKLI BİR BAKIŞ AÇISI - SUPRAPUBİK TEK PORT LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ

YUNUS TAŞÇI, GÜRHAN ÇELİK

S.B. EDİRNE DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

Özet:

Tek porttan yapılan laparoskopik cerrahi girişimler son yıllarda giderek yaygınlaşmaya başlamıştır. Batına giriş yeri olarak iç çamaşırı altında kalması nedeni ile umblikus yerine suprapubik

bölge de tercih edilebilir. Çalışmamızda suprapubik yaklaşım ile gerçekleştirdiğimiz tek port laparoskopik apandektomi vakamızı sunmayı amaçladık. Hastamız 20 yaşında, erkek; acil servise karın ağrısı ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound mevcuttu. Lokosit değeri 13500 olan hastanın batın ultrasonografisinde apandiks vizüalize edilemedi. Hastaya akut apandisit ön tanısı ile suprapubik tek port laparoskopik planlandı. Suprapubik bölgede orta hattan 2,5 cm'lik transvers insizyon ile katlar geçilerek batına girildi. Tek port giriş sistemi yerleştirildi (Hangzhou Kangji Medical Instruments Co, Çin Halk Cumhuriyeti). Diseksiyon için 5 mm'lik Ligasure probu ile rotikülatörlü dişli tutucu ve disektör kullanıldı (Covidien, Massachusetts-ABD). Ameliyat sırasında meydana gelen kanamalar Ligasure yardımı ile kontrol edilerek operasyona laparoskopik olarak devam edildi. Apandiks tamamen retroçekal yerleşmişti. Kök ortaya konduktan sonra intrakorporeal düğüm ile iki kez bağlandı. Piyes suprapubik defektten batın dışına alındı, dren kullanılmadı. Ameliyat süresi 1 saat 48 dakikaydı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonu olmayan hasta 2. gün taburcu edildi. Suprapubik tek port laparoskopinin özellikle retroçekal apandisit gibi zor vakalarda ekspozisyonu ve diseksiyonu kolaylaştırması nedeni ile umblikal yaklaşıma alternatif olabileceğini düşünmekteyiz. Yeni uygulanmaya başlayan suprapubik yaklaşımın diğer laparoskopik apandektomi teknikleri ile karşılaştırmalı randomize kontrollü bir çalışmasını planlamaktayız. Video Süresi: 11 dakika 10 saniye

VS -63 ERKEN EVRE KOLON KANSERİNİN ENDOSKOPİK SUBMUKOZAL DİSEKSİYON YÖNTEMİYLE TEDAVİSİ

FATİH ASLAN, EMRAH ALPER, BELKİS ÜNSAL

KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

Özet:

54 yaşında kadın hasta rektal kanama ile polikliniğimize başvurdu. Alt gastrointestinal incelemede anal kanal girişinden itibaren 6. cm'den başlayan proksimale doğru 6 cm uzanan polipoid lezyon saptandı. Önce NBI ile inceleme, ardından indigocarmine ile boyama yapıldı. NBI ve kromoendoskopik incelemede, lezyonun bazı alanlarda flat olarak devam ettiği gözlemlendi. Lezyon "Lateral Spreading tumor, Granuler tip, Kudo IV" olarak kabul edildi. Histopatolojik inceleme intramukozal karsinom olarak raporlandı. Endoskopik ultrasonografide submukozal invazyon veya LAP saptanmadı. Hastaya ESD planlandı. İşlemden önce kromoendoskopi yapılarak lezyon sınırları belirlendi. Lezyon tabanına enjeksiyon yapılarak elevasyon sağlandı. Ardından diseksiyon işlemi gerçekleştirilerek, lezyon 75*60*53 mm çapında, en-blok olarak dışarı alındı. İşlem sonrası histopatolojik incelemede tüm cerrahi sınırlar ve submukoza salınan intramukozal karsinom olarak raporlandı. İşlem sonrası vital bulguları stabil seyreden hasta 3. gün hasta taburcu edildi. Sonuç: Submukozal invazyon göstermeyen kolon lezyonlarının Endoskopik Submukozal Diseksiyon işleminin güvenli ve etkin bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

VS -64 ANTRAL YERLEŞİMLİ GIST NEDENİYLE YAPILAN TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK DİSTAL GASTREKTOMİ OLGUSU

NIHAT AKSAKAL, ORHAN AĞCAOĞLU, BESLEN GÖKSOY ,
UMUT BARBAROS , RIDVAN SEVEN , SELÇUK MERCAN

*İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI,
İSTANBUL*

Özet:

Gastrointestinal stromal tümörler(GIST) gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimal tümörleridir ve %40-70 oranında en sık mide yerleşimlidirler. Özellikle lenf adenektomi gerektirmeyen gastrik tümörlerde laparoskopik yardımcı distal gastrektomi uygulanabilen bir yöntemdir. Ameliyat sonrası daha az ağrı ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde edilmesi nedeniyle tek kesiden yapılan laparoskopik cerrahi (SILS) tekniği gastrik cerrahide de uygulanabilmektedir. Bu çalışmamızda SILS tekniği ile distal gastrektomi uygulamış olduğumuz mide yerleşimli GIST olgusunu sunduk. Üç aydır olan karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile başvuran elli dokuz yaşındaki kadın hastanın fizik muayenesi normaldi. Endoskopik incelemede mide antrumunda yerleşimli 3cm çapında kitlesel lezyon saptanarak endoskopik biyopsi yapıldı. Patolojik inceleme sonucu GIST saptanması üzerine cerrahi tedavi önerildi. Hasta onamı alındıktan sonra SILS tekniği antrum rezeksiyonu ve R-Y gastrojejunostomi ameliyatı yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 4. gününde şifa ile taburcu edildi. Radikal lenf nodu diseksiyonu gerektirmeyen parsiyel mide rezeksiyonlarında daha az ağrı olması ve daha iyi kozmetik sonuçları nedeniyle SILS tekniği, deneyimli merkezlerde güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

VS -65 ERKEN EVRE ÖZOFAGUS KANSERİNİN ENDOSKOPIK SUBMUKOZAL DİSEKSİYON YÖNTEMİYLE TEDAVİSİ

FATİH ASLAN, EMRAH ALPER , BELKİS ÜNSAL

*KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR*

Özet:

52 yaşında kadın hasta dispeptik şikayetlerle polikliniğimizde başvurdu. Üst gastrointestinal incelemede kesici dişlerden itibaren 25.cm-30 cm arasında düzensiz, noduler görünümde hiperemik alan saptandı. Önce NBI ile inceleme, ardından lugol ile boyama yapıldı. NBI ve kromoendoskopik incelemede ülser alanda kapiller yapının tortuoze olduğu saptandı.Bu alandan biyopsiler alındı. Histopatolojik inceleme skuamoz hücreli karsinom olarak raporlandı. Endoskopik ultrasonografide submukozal invazyon veya LAP saptanmadı. Hastaya genel anestezi eşliğinde ESD planlandı. İşlemden önce kromoendoskopi yapılarak lezyon sınırları belirlendi ve işaretleme yapıldı. Lezyon tabanına enjeksiyon yapılarak elevasyon sağlandı. Ardından diseksiyon işlemi gerçekleştirilerek lezyon en-blok olarak dışarı alındı. İşlem sonrası histopatolojik incelemede tüm cerrahi

sınırlar ve submukoza salim olan Skuamoz hücreli karsinom olarak raporlandı. İşlem sonrası vital bulguları stabil seyreden hasta 4. gün hasta taburcu edildi.

Sonuç:

Submukozal invazyon göstermeyen özofagus lezyonlarının Endoskopik Submukozal Diseksiyon işleminin güvenli ve etkin bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

VS -66 İNOPERABL MİDE KANSERİ - LAPAROSKOPİK OMEGA GASTROJEJUNOSTOMİ VE BRAUN ANOSTOMOZU

YUNUS TAŞÇI, GÜRHAN ÇELİK

S.B. EDİRNE DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

Özet:

Laparoskopik cerrahi batın içi onkolojik vakalarda yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Gerek tanısız gerekse tedavi edici girişimler laparoskopik yöntemlerle yapılabilmektedir. Çalışmamızda inoperabl mide kanseri vakamızda uyguladığımız laparoskopik omega tarzı gastrojejunostomi ve Braun anastomozunu sunmayı amaçladık. Olgumuz 82 yaşında erkek; son bir aydır giderek artan bulantı ve kusma şikayetleri nedeni ile yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide antrum düzeyinde lümeni tamamen tıkayan ülserovejetan kitle saptandı. Biyopsi sonucu adenokarsinom olarak gelen hastanın bilgisayarlı batın tomografisinde en büyüğü sağ lobda 6,5 cm boyutunda multipl karaciğer lezyonları görüldü. Hasta inoperabl mide kanseri olarak değerlendirildi, palyatif gastrojejunostomi anastomozu için tanısız laparoskopik planlandı. Umblikustan yerleştirilen 10 mm optik trokara ek olarak, epigastriumdan 10 mm, sağ üst kadrandan 2 adet 5 mm, sol üst kadrandan 5 mm ve 15 mm'lik trokarlar batına yerleştirildi. Yapılan eksplorasyonda mide antrumda tümöral kitle karaciğerde multipl metastatik odaklar görüldü. Batında sıvıya ek olarak omentumda tümöral nodüller mevcuttu. Hastaya laparoskopik olarak Endo-GIA 60-3.5 mm kesici-kapatici lineer stapler (Covidien, Massachusetts-ABD) ile mide korpus ve Treitz ligamanından itibaren ince bağırsak 50. cm'ye yanyana gastrojejunostomi anastomozu yapıldı. Bu anastomozun 30 cm distaline alkalen reflü gastriti önlemek için yanyana jejunojejunostomi anastomozu yapıldı (Braun Anastomozu). Omentumdan biyopsi alındı. Postoperatif herhangi bir anastomoz kaçağı gelişmeyen hastaya 4. gün oral gıdalar başlandı. Bir süre kusma şikayeti devam eden hasta sonraki takiplerinde oral alımı tolere etti ve postoperatif 9. gün taburcu edildi. Laparoskopik yöntemlerle tümör yükü olan ve yara iyileşmesinin geciktiği onkolojik hastalar laparotomi insizyonunun morbiditesinden korunabilir. Postoperatif ağrı palyasyonuna da katkı sağlayan laparoskopik, anestezi açısından stabil olan çoğu hastada uygulanabilir. Batın içi neredeyse tüm cerrahi girişimlerde kullanılabilen laparoskopik, inoperabl onkolojik vakalarda yapılan palyatif girişimlerde de tercih edilebilir. Video Süresi: 12 dakika 30 saniye

VS -67 PREOPERATİF İNDİAN İNK İLE İŞARETLENEREK LAPAROSKOPİK PARSİYEL GASTREKTOMİ İLE ÇIKARILAN MİDE STROMAL TÜMÖRÜ.

M.A. TOLGA MÜFTÜOĞLU , HACI MEHMET ODABAŞI

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Özet:

LY, 62 yaşında. Dispepsi şikayeti ile yapılan Endoskopi de mide korpusda 3 cm lik submukozal kitle tespit edildi. EUS da; Korpus fundus bileşkesinde muskularis mukoza ile muskularis propria arasında stromal tümör bulundu. Tomografide lezyonun serozaya ulaşmadığı görüldü. Preoperatif lezyon indian ink ile işaretlendi. Laparoskopik parsiyel gastrektomi ile kitle temiz sınır ile çıkarıldı.

VS -68 TORAKOSKOPİ YARDIMLI ÖZOFAJEKTOMİ DENEYİMİMİZ

RECEP AKTİMUR , GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK , NURAYDIN ÖZLEM, KADİR YILDIRIM

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, SAMSUN

Özet:

Minimal invaziv cerrahideki gelişmelerle birçok kompleks cerrahi prosedür laparoskopik/torakoskopik yöntemlerle uygulanabilir hale gelmiştir. Özofajektomi diğer cerrahi prosedürlere göre morbidite ve mortalitesi yüksek seyrebilen bir ameliyattır. Postoperatif dönemde en sık görülen komplikasyonlar akciğer kaynaklı olmaktadır. Birçok çalışmada minimal invazif özofajektomi sonrası morbidite ve mortalite oranlarının daha düşük seyrettiği bildirilmiştir. Bu sunumda Eylül 2012 – Temmuz 2013 tarihleri arasında kliniğimizde özofagus karsinomu tanısıyla torakoskopi yardımcı özofajektomi yapılan ilk 9 hastanın sonuçları tartışılmıştır. Tüm hastalarda kilo kaybı mevcut olup, NRS 2002 skoru 3 ve üstünde sonuçlanmış ve preoperatif beslenme desteği verilmiştir. Yaş ortalaması 68.4 (48-89) olan 8 erkek, 1 kadın hastaya torakoskopi yardımcı özofajektomi uygulanmıştır. Tüm hastalarda tek tüp anestezi uygulanmış, midenin tüp oluşturmaya müsait olduğu düşünülen sekiz hastada operasyona prone pozisyonda torakoskopi ile başlanmıştır. Bir hastada öncelikle mide değerlendirilmiş sonrasında torakoskopiye geçilmiştir. Torakoskopi için 3 trokar kullanılmış, torasik özofagus tamamen serbestleştirildikten sonra toraks tüpü yerleştirilmesini takiben hasta supin pozisyona getirilip gastrik kondüit hazırlanmıştır. Servikal özofagus serbestleştirilip spesmen çıkartılarak gastrik pull-up yapılmıştır. İlk hastada sirküler staplerle anastomoz uygulanırken diğer sekiz hastada absorblabl sütürle elle tek kat özofagogastrik anastomoz yapılmıştır. Tüm hastalarda patolojik tanı squamöz hücreli karsinom iken, 6 hastada tümör orta diferansiye, 2 hastada iyi diferansiye, 1 hastada az diferansiye olarak saptanmıştır. Cerrahi

sınır tüm hastalarda negatif raporlanmıştır. 5 hasta Siewert II, 4 hasta Siewert I olarak sınıflandırılmıştır. Çıkartılan ortalama lenf nodu sayısı 16.3 (6-35), ortalama operasyon süresi 266 dakikadır (210-420). Tüm hastalar postoperatif 1 gün yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir. Ortalama hastanede yatış süresi 10.4 (8-13) gündür. Kısa süreli takipte bir hasta kardiyak sebeplerden kaybedilmiş, bir hastada benign anastomoz striktürü gelişmiş ve yapılan endoskopik dilatasyon sonrasında şikayetleri gerilemiştir. Yüksek volümde özofagus cerrahisi yapılmayan fakat ileri düzey laparoskopik cerrahi uygulanabilen merkezlerde, torakoskopik yaklaşımla özofajektomi tekniğinin onkolojik prensiplere uygun olarak, düşük morbidite ve mortaliteyle uygulanabileceği düşüncesindeyiz.

VS -69 TORAKOSKOPİK ÖZOFAGEAL DİVERTİKÜL EKŞİZYONU:OLGU SUNUMU

NEŞET KÖKSAL , TURGUT ANUK , ÜNAL SAKINCI , BARLAS SÜLÜ, HASAN ALTUN

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ VE GÖĞÜS CERRAHİSİ ANABİLİM DALI, KARS

Amaç:

Geçmişte orta ve alt özofagus divertiküllerine klasik cerrahi yaklaşım torakotomi ile olmakta iken günümüzde minimal invaziv cerrahi girişimler tercih edilmeye başlanmıştır. Orta özofageal divertikül nedeniyle torakoskopik divertikül eksizyonu yapılan olgumuzu sunacağız.

Olgu:

Yirmi altı yaşında bayan hasta. Uzun süreli yutma güçlüğü, regürgitasyon ve ağız kokusu nedeniyle müracaat eden hastaya yapılan üst GIS endoskopisinde, kesici dişlerden itibaren 25cm de divertikül ağzı ve içinde gıda artıkları bulunan divertikül görüldü. Yapılan manometrik muayenede alt özofageal sfinkter uzunluğu ve basınçları normal bulundu. Çekilen torakal bilgisayar tomografide yaklaşık 5x6cm boyutlarında ve özofagus sağ laterale uzanan divertikül gözlemlendi. Hastaya sağ lateral pozisyonda 3 port'dan endo GIA yardımıyla divertikül eksizyonu yapıldı. Postoperatif sorun yaşanmayan hasta 7. gün taburcu edildi ve 5. ayda yapılan kontrollerinde yakınması yoktu.

Sonuç:

Sık görülmeyen bir hastalık olan torakal özofageal divertiküle minimal invaziv cerrahi torakotomi'nin sakıncalarını ortadan kaldırmada etkili bir yöntemdir. Ancak bu konuda daha sağlıklı karar verebilmek için günümüzde yetersiz olan birikimlerin artması gerekir.

VS -70 MİDE KARDİYA TÜMÖRÜNDE LAPAROSKOPİK RADİKAL TOTAL GASTREKTOMİ VE D2 LENF NODU DİSEKSİYONU

M. MAHİR ÖZMEN¹, T. TOLGA ŞAHİN¹, EMİR GÜLDOĞAN²

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

²ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş ve Amaç:

Laparoskopik cerrahinin çeşitli kanserlerin tedavisindeki etkinliği kanıtlanmıştır. Mide kanserinde ise bu durum tartışmalıdır. Kore ve Japonya'dan bildirilen çalışmalarda laparoskopik cerrahinin erken dönemde tanı almış mide kanseri olgularında etkin bir tedavi şekli olduğu gösterilmiştir. Batı ülkelerinde ise sıklıkla lokal ileri evre mide tümörlerinin görülmesi nedeniyle laparoskopik yaklaşıma hala kuşku ile bakılmakla birlikte yapılmış sınırlı sayıda çalışmada laparoskopik cerrahinin bu hastalarda da güvenle kullanılabilmesi ve patolojik inceleme sonuçlarının açık cerrahi ile benzer olduğu bildirilmiştir.

Bu video sunumunun amacı T3N1M0 mide kardiya tümörü olan bir olgumuzda gerçekleştirilen laparoskopik cerrahi üzerinden bu işlemin etkinliğinin tartışılmasıdır.

Olgu:

Yutma güçlüğü ve kilo kaybı ile başvuran 65 yaşındaki erkek hastada yapılan özofagogastroduodenoskopi ile mide kardiya büyük kurvatur seviyesinde ülsero-vejetan kitle saptandı. Yapılan biyopsi sonucu mide adenokarsinomu tanısı kondu. Ameliyat öncesi evrelemesi için çekilen karın BT'sinde perigastrik lenfadenopatileri görüldü ve uzak metastaz saptanmadı. Hastaya laparoskopik total gastrektomi, splenektomi, D2 lenf nodu diseksiyonu, Roux-N-Y özofagojejunostomi yapıldı. Ameliyat sonrası 5. gününde sorunsuz olarak taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu T3N1M0 olarak bildirilen ve PLN/TLN oranı 0.41 olan hasta şu an adjuvan tedavisinin 3. ayındadır.

Tartışma ve Sonuç:

Laparoskopik cerrahide standart lenf diseksiyonuna göre zorluklar mevcutsa da deneyimli merkezlerde ileri evre mide kanseri için de güvenli ve onkolojik açıdan yeterli bir tedavi seçeneğidir.

VS -71 LAPAROSKOPİK MİDE WEDGE REZEKSİYONU; GASTRİK GİST GİBİ DEĞERLEDİRİLEN ORGANİZE HEMATOM

ÜMİT SEKMEN¹, MELİH PAKSOY²

¹ACIBADEM FULYA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

²İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Özet:

Herhangi bir bilinen hastalığı olmayan 21 yaşındaki erkek hasta acil servisimize aynı gün başlayan karın ağrısı ve başdönmesi sebebiyle başvurmuştur. Yapılan usg de batın içerisinde yaygın yer yer septasyonlarda içeren serbest sıvı tespit edilmiş hematokrit düşüklüğü ve parasentez bulgularıyla kanama olarak değerlendirilmiştir. Çekilen tomografide mide posterior duvarından net sınırlarla ayırt edilemeyen, pankreas gövde kesimi ile yer yer yağ planlarını silen yaklaşık 10x5x6 cm boyutlu, dalağa komşu polipoid alanları bulunan, hiperdens alan dikkati çekmiştir. Kanama odağı mide duvarı kaynaklı düşünülerek hastaya gastroskopi yapılmış ancak mukozal patoloji tespit edilmemiştir. Endoskopik usg de ise mide arka duvarı ödemi ile dalak ve pankreas kuyruğu arasında yaklaşık 50 x 30 mm çapında, heterojen ekolu, duvar yapısı göstermeyen, öncelikle organize hematoma olarak yorumlanan lezyon izlenmiştir. Hastaya 2 ünite kan replasmanı ile hemodinamik olarak stabil seyretmiş ve 1. haftalık klinik yatarak takip sonunda taburcu edilmiştir. 1ay sonra yapılan tomografik kontrol incelemede hematoma olarak değerlendirilen hiperdens alanın küçüldüğü tespit edilmiş ancak içerisindeki polipoid yapının gastrik GIST açısından ayırıcı tanısı için endoskopik kontrol usg önerilmiştir. Yapılan kontrol endoskopik usg incelemede ise mide fundus-korpus bileşkesi büyük kurvatur tarafında, lobule, 32 x 20 mm çapında, muscularis propriyadan kaynaklandığı değerlendirilen GIST ile uyumlu lezyon tespit edilmiştir. Gastroskopi girilerek lezyon bölgesi indian ink ile işaretlendikten sonra hastaya laparoskopik mide vedge rezeksiyonu yapılmış ve patolojik inceleme organize hematoma olarak rapor edilmiştir. Hasta şifa ile taburcu edilmiş ve takip eden 1 yıl içerisinde herhangi bir sorunu olmamıştır.

VS -72 9 CM KARACİĞER KİST HİDATİK - LAPAROSKOPİK PARSİYEL KİSTEKTOMİ

YUNUS TAŞCI, GÜRHAN ÇELİK

S.B. EDİRNE DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

Özet:

Ekinokokus granulosus'un neden olduğu paraziter bir hastalık olan kist hidatik, ülkemizde gelişmiş Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerine göre daha sık rastlanır. Herhangi bir bulgu vermeyen hastalarda tanı, klinik şüphe nedeni ile yapılan tetkikler sonucunda konulabilir. Olgumuz 21 yaşında erkek hasta, yeni başlayan karın ağrısı nedeni ile kliniğimize başvurdu. Yapılan tüm batın ultrasonografisinde karaciğer sağ lob posteriora, yaklaşık 9 cm çapında, hipoekoik, kistik lezyon görüldü. Bilgisayarlı tomografide karaciğer segment V ve VI arasında Gharbi Evre II kist hidatik ile uyumlu lezyon saptandı. Hastanın fizik muayenesinde özellik yoktu. Ekinokokus granulosus ELISA testi negatifti. Hastaya tek port laparoskopik girişim planlandı. Umblikus açılarak tek port giriş sistemi yerleştirildi. Kistin yeterli ekspozisyonu sağlanamadığından konvansiyonel multiport laparoskopiyeye geçildi. Diseksiyon için Sonicision kablosuz ultrasonik makas kullanıldı. Parsiyel kistektomi ve drenaj operasyonu laparoskopik olarak tamamlandı. Piyes umbikal

defektten spesimen torbası yardımı ile batin dışına alındı. Ameliyat süresi 3 saat 10 dakikaydı. Ameliyat sonrası 6. saat oral alımı başlandı. Üçüncü gün drenleri çekilen hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. Karaciğer kist hidatiğine yönelik yapılacak cerrahi girişimlerde öncelikle laparoskopik yaklaşım tercih edilmelidir. Laparoskopi ile devam edilemeyen vakalarda açık cerrahiye geçişten kaçınılmamalıdır. Video Süresi: 9 dk 10 sn

VS -73 9 CM KARACİĞER KİST HİDATİK - LAPAROSKOPİK PERİKİSTEKTOMİ

YUNUS TAŞÇI, GÜRHAN ÇELİK, ZELİHA TÜRKYILMAZ

S.B. EDİRNE DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

Özet:

Ekinokokus granulosus'un yol açtığı kist hidatik hastalığı ülkemizde hala önemli bir sağlık sorunudur. Gharbi Evre III ve IV, canlı, boyutu artan, bası etkisi yapan ve komplikasyonlara yol açan kistlere cerrahi uygulanmaktadır. Olgumuz 39 yaşında bayan hasta olup, 10 yıldır ara ara tekrarlayan karın ağrıları nedeni ile 2 yıl önce yapılan tetkiklerinde karaciğer kist hidatiği saptanmış. Son aylarda giderek şiddetlenen bulantı ve kusma da tabloya eklenmiş. Hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda, sınırları net ayırt edilemeyen kitle mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide, karaciğer sol lob lateral segmentte 8 x 6 cm'lik kalsifiye duvarlı, safra kesesini posterolaterale iten, kist hidatik ile uyumlu lezyon saptandı. Yatarak çekilen bilgisayarlı tomografi topogramında sağ üst kadranda izlenen kalsifiye kist, ayakta direkt batin grafisinde umblikusun alt hizasına inmekteydi. Bu durum bize kistin batin içinde bir miktar mobil olduğu düşündürdü. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide antrum ön yüzde dıştan bası görüntüsü mevcuttu. Ekinokokus granulosus ELISA testi negatifti. Umblikus superiorundan 10 mm kamera trokarı dışında sağ ve sol kadranslardan birer adet daha 5 ve 10 mm'lik trokarlar ile birlikte diseksiyon için Harmonic ultrasonik makas kullanıldı. Kist açılmadan total olarak karaciğerden diseke edildi. Piyes orta hattaki kamera trokar yeri büyütülerek spesimen torbası içinde tek parça olarak batin dışına alındı. Piyes boyutu 9 x 6 cm'di. Batına iki adet dren yerleştirildi. Ameliyat süresi 96 dakikaydı. Ameliyat sonrası 6. saat oral alımı başlandı. İkinci gün drenleri çekilen hasta, üçüncü gün taburcu edildi. Hastanın postoperatif 2. ayında skar dokusu olarak sağ ve sol kadrandaki trokar yerleri dışında orta hattaki insizyon boyutu 4.5 cm'di. Kist hidatik lezyonlarına yönelik yapılan girişimlerde minimal invaziv cerrahi yöntemler öncelikli olarak tercih edilmelidir. Video Süresi: 6 dakika 42 saniye

VS -74 KARACİĞER SİROZ ZEMİNİNDE GELİŞEN HEPATOSELLÜLER KANSERDE LAPAROSKOPİK REZEKSİYON

V.MELİH KARA, KAMİL YILDIZ, EBRU ÖZDEMİR

*T.C.HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
İSTANBUL*

Giriş:

72 yaşında erkek hasta HBV ye bağlı Karaciğer sirozu zemininde gelişmiş karaciğer 4b segmentinde yaklaşık 5 cm lik kitle. Dış merkezde yapılan biyopsi sonucu iyi diferansiye HCC ile uyumlu. Hastanın genel kondusyonu lab. değerleri normal karaciğer volümü yeterli. MR tetkikinde hastanın intra ve extra hepatic başka bir lezyonu yok. Hastanın genel kondüsyonunun yeterli lab. değerlerinin iyi olması ve lezyonun rezeksiyona uygun olması nedeniyle hastaya öncelikle Lap. eksplorasyon kararı verildi ve Lap. intraoperafi USG ile intrahepatik başka bir lezyon saptanmaması üzerine Habib (radyofrekans ablasyon) yapılarak tümör 2cm cerrahi sınırla çıkarıldı. Operasyon yaklaşık 2 saat sürdü kanama 50 cc postop lab. değerlerinde %10 luk bir yükselme oldu ve sonrasında geriledi. Postoperatif 3. gün şifa ile taburcu edildi.

Not: Bu vakayı sunma amacımız Geniş insizyonun olmaması ki sirotik hastalarda cilt insizyonu bile kolleteral dolaşımını bozarak sirozun evre atlmasına neden olabilir. aynı şekilde sirotik hastalarda kanama ciddi bir komplikasyondur rezeksiyon beklenenden fazla kanamaya neden olur kanamayı azaltmak için pringle manevrası yapılır tek başına pringle manevrası süre uzadıkça karaciğer hücre hasarını arttırır. Açık rezeksiyon yapılan hastaların hastanede kalış süreleri uzundur.

Sonuç:

İntraoperatif Lap. USG bu ameliyatlara imkan sağlayan en temel araçtır. Rezeksiyona uygun hastalarda Lap. rezeksiyon yüz güldürücü sonuçlar almamızı sağlar.

VS -75 LAP.PERİKİTEKTOMİ

V.MELİH KARA, EBRU ÖZDEMİR, TURGAY DEMİR

*HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
İSTANBUL*

VS -76 LAPAROSKOPİK KARACİĞER REZEKSİYONU: 4 OLGU, VİDEO SUNUMU

ERDAL BİROL BOSTANCI, EROL AKSOY, İLTER ÖZER, MURAT ULAŞ, TAHSİN DALGIÇ, MUSA AKOĞLU

*TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KLİNİĞİ, ANKARA*

Amaç:

Bu video sunumunda karaciğerde kitle nedeni ile laparoskopik rezeksiyon yapılan 4 olgu gösterilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde 2012-2013 arasında, 3 hastaya HBV'ye sekonder gelişen hepatosellüler karsinoma (HCC), 1 hastaya da karaciğer

metastazı (opere rektum karsinomu) nedeni ile laparoskopik karaciğer rezeksiyonu yapıldı. Bulgular: Hastaların hepside erkek olup, yaşları 50-62 arasında idi. HBV'ye sekonder HCC gelişen 3 olguya non-anatomik rezeksiyon, karaciğer metastazı olan 1 olguya da sol lateral segmentektomi yapıldı. Operasyon süreleri sol lateral segmentektomi yapılan hastada 134 dakika, non-anatomik rezeksiyon yapılan hastalarda ise sırasıyla 91, 150 ve 240 dakika idi. Hastaların birinde medikal olarak takip edilen postoperatif intraabdominal kolleksiyon gelişti. Hastanede yatış süreleri 3-6 gün arasında idi.

Tartışma ve Sonuç: Klinik ve patolojik olarak sağlam cerrahi sınır ile başarılı bir şekilde rezeksiyon yapıldı. Laparoskopik karaciğer rezeksiyonu deneyimli merkezlerde güvenli ve başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Video süresi:10 dakika

VS -77 LAPAROSKOPİK KOLEDOK KİST EKSIYONU

CÜNEYT KAYAALP, NAMİG NOVRUZOV , ABDUL HAMİD ALAM

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ, MALATYA

Özet:

Otuzaltı yaşında, sarılığı olmayan ve karın ağrısı şikayeti ile tetkik edilirken tesadüfi olarak tespit edilen koledokta 46x60 mm'lik tip 2 kisti erkek hasta sunulmuştur. Özgeçmişinde belirli bir özellik yoktu. Muayene sırasında özellikle sağ üst kadranda hassasiyet tarifliyordu. Başvuru sırasında yapılan tüm laboratuvar tetkikleri normaldi. Dinamik karaciğer tomografisinde koledokta 5,5 cm çapında koledekosel görünümü vardı. Çekilen MRCP'sinde ise koledok proximal kesiminde 7x4 cm'lik koledok kisti (Tip 2) ile uyumlu görünüm mevcuttu. Hastaya laparoskopik koledok kist eksizyonu ve laparoskopik hepatikojejunostomi prosedürü uygulandı. İşlem sırasında hepatikojejunostomi içerisine iki adet 5F feeding katater yerleştirildi. Cerrahi süresi yaklaşık olarak 8 saat kadar sürdü. Kanama miktarı ise transfüzyon ihtiyacı doğurmayacak kadar azdı. Postoperatif çalışılan kan testlerinde sadece transaminazlar ,ALP ve GGT değerlerinde minimal yükseklik vardı. Kısa sürede bu değerler normal sınırlara geriledi. Postoperatif üçüncü gün oral besleme başlandı. Herhangi bir komplikasyon yaşanmayan hasta postoperative beşinci gün taburcu edildi.

VS -78 PRİMER VE METASTATİK KARACİĞER TÜRÖRLERİNDE TEK KESİDEN CERRAHİ (SİLS) DENEYİMİMİZ

İLHAN KARABIÇAK, KAĞAN KARABULUT , SAVAŞ YÜRÜKER , TUĞRUL KESİCİOĞLU , VOLKAN TÜMENTEMUR , İSMAİL ALPER TARIM , NECATİ ÖZEN

19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, SAMSUN

Karaciğerin metastatik kolon tümörleri çok sık görülmektedir. Uygun hastalarda ideal tedavi tümörün cerrahi ile çıkartılmasıdır.

Metastazektomi, anatomik/nonanatomik karaciğer rezeksiyonları açık veya laparoskopik olarak uygulanabilir.

OMÜ Tıp Fakültesi hastanesinde metastatik karaciğer tümörü nedeniyle 2 hastaya tek keşiden laparoskopik karaciğer cerrahisi uyguladık. Bir hastaya sol lateral seksiyonektomi, bir hastaya da metazektomi uyguladık. Bu video sunuda tek kesiden laparoskopik (SİLS) sol lateral seksiyonektomi ameliyatı gösterilecektir.

VS -79 LAPAROSKOPİK SAFRA YOLU EKSPLOASYONUNDA ROTAMIZ NE OLMALIDIR?

BORA KOÇ, SERVET KARAHAN , GÖKHAN ADAŞ , FIRAT TURAL , AYHAN ÖZSOY , YÜKSEL BEYAZ

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ , GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Özet:

Günümüzde safra yolu taşlarının tedavisinde laparoskopik safra yolu eksplorasyonu popüleritesi artan bir yaklaşımdır. Safra kesesi ve beraberinde safra yolu taşı olan hastalarda tek seanslı tedavi şansı vermesi nedeniyle tercih edilmektedir. İleri laparoskopik cerrahi deneyimi ve özellikli ekipmanların gereksinimi handikapları olarak görülse de deneyimli merkezlerde başarı ile uygulanabilmektedir. Bu video sunumunda Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2006-2013 tarihleri arasında yapılan 150 laparoskopik koledok eksplorasyonunun cerrahi yaklaşımın sunmayı amaçladık. Sunum süresi: 5 dakika

VS -80 PANKREAS KORPUS NEOPLAZİSİNDE DALAK KORUYUCU DİSTAL PANKREATEKTOMİ

V.MELİH KARA, M.KAMİL YILDIZ , EBRU ÖZDEMİR , TOLGA MÜFTÜOĞLU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Özet:

72 yaşında erkek hasta epigastrik sırta vuran ağrısı nedeniyle tetkik edilen hastanın çekilen USG ve MR tetkiklerinde pankreas korpusunda 1,5 cm lik kitle saptanması üzerine hastaya EUS yapıldı kitlenin solid komponentte olması üzerine operasyon kararı verildi. Laparoskopik olarak intraoperatif USG ile kitlenin yeri tespit edildikten sonra hastaya dalak koruyucu distal pankreatektomi operasyonu gerçekleştirildi. Postoperatif sorun yaşanmayan hasta 4. gün dreni ile taburcu edildi 7. gün drenen geleni olmaması ve kontrol BT de sorun olmaması üzerine dreni çekildi. Patoloji intraepitelyal neoplazi olarak geldi.



Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi

POSTER SUNUMLARI

PS - 1 ÇİFT YÖNLÜ ENDOSKOPİ DE ÖNCELİKLE ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPİ YAPILMASI ÇEKUM ENTÜBASYON SÜRESİNİ ETKİLEMEZ

OSMAN ZEKAİ ÖNER, ROJBİN KARAKOYUN DEMİRCİ, UMUT RIZA GÜNDÜZ, ARIF ASLANER, ÜMİT KOÇ, NURULLAH BÜLBÜLLER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHI KLİNİĞİ, ANTALYA

Amaç:

Çift yönlü endoskopi (ÇYE) genellikle aneminin nedenini araştırmak ya da asemptomatik popülasyonda malignite taraması için kullanılır. Sınırlı klinik veriler ilk olarak üst gastrointestinal sistem endoskopisi gerçekleştirilmesini önermekle birlikte, kolonoskopi süresine etkisi henüz net olarak belirtilebilmiş değildir. Bu retrospektif çalışmada, ÇYE uygulanan hastalarda kolonoskopi sırasında çekum entübasyon süresine üst gastrointestinal sistem endoskopisinin etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kasım 2010 ve Ekim 2012 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinin endoskopi ünitesinde benzer düzeyde eğitim almış dört farklı endoskopistin aynı gün çift yönlü endoskopi uyguladığı hastalar (n = 120) ve sadece kolonoskopi (n = 120) uyguladığı hastalar geriye dönük olarak tespit edildi. Demografik, klinik verileri ve her hasta için çekum entübasyon zamanı analiz edildi.

Bulgular:

319 hastalı birinci grupta çekal entübasyonuna ulaşmak için geçen ortalama süre 8.4 ± 0.93 dakika oldu. 1672 hastalı ikinci grupta ise ortalama süre 8.56 ± 1.16 dakika idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. İşlemleri gerçekleştiren dört endoskopiste göre karşılaştırıldığında yine Grup 1 ve Grup 2 arasında anlamlı farklılığa rastlanmadı. Kolonoskopi öncesi üst gastrointestinal sistem endoskopisi çekum entübasyonuna ulaşmak için gerekli süreyi etkilemedi.

Sonuç:

Sonuç olarak ÇYE'de performans açısından daha uygun görünen kolonoskopi öncesi üst gastrointestinal sistem endoskopisinin uygulanması hasta konforu ve analjezik ihtiyacı açısından daha avantajlı olduğunu düşündürüyor.

PS - 2 KOLON AMELİYATLI HASTALARIN KOLONOSKOPİK BULGULARI VE ANASTOMOZ HATTININ DEĞERLENDİRİLMESİ

MEHMET ALİ ERYILMAZ¹, NERGİZ AKSOY¹, SERDEN AY¹, BARIŞ SEVİNÇ¹, RECEP DEMİRGÜL¹, ÖMER KARAHAN¹, PELİN ÖNAL², NİMET ŞİMŞEK²

¹ KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

² KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ENDOSKOPİ ÜNİTESİ HEMŞİRESİ

Amaç:

Kolon cerrahisi geçiren hastalarda postoperatif dönemde sık karşılaşılan sorunlardan bir tanesi anastomoz darlığıdır. Kolonoskopi ile tetkik darlığı tanımlamanın başlıca yöntemidir. Biz çalışmamızda kolonoskopi işlemi yapılan, kolon ameliyatı geçirmiş hastalarda anastomoz hattında nüks ve darlık gelişmesinde anastomoz seviyesinin ve anastomoz tekniğinin etkisini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2011-2013 tarihleri arasında, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde, alt gastrointestinal sistem endoskopisi (GİS) yapılan, kolon ameliyatı geçirmiş hastaların kolonoskopi bulguları ve yapılan işlemlere ait kayıtlar geriye dönük olarak incelendi. Anastomoz hattından endoskopun geçirilememesi darlık olarak tanımlandı. Anastomoz hattından alınan biyopsi sonucunda malignite tespit edilmesi nüks olarak tanımlandı. Anastomoz hattında nüks ve darlık gelişmesini etkileyen faktörler belirlenmeye çalışıldı.

Bulgular:

Çalışmamıza alınan 76 hastanın yaş ortalaması $59,6 \pm 13,5$, 45 (%59) i erkek, 31 (%41) i kadındı. Bunların 74 ü (%97) malign, 2 si (%3) benign nedenle kolon ameliyatı geçirmişti. Ortalama takip süresi 12 (1-24) aydı. Anastomozların 42 (%55) si kolokolostomi olup 28 i (%67) staplerle, 34 ü (%45) ileokolostomi olup 10 (%29) ü staplerle yapılmış idi. 12(%16) hastada anastomoz darlığı saptandı. Malign nedenle ameliyat edilen 74 hastanın 34(%46) ünde anastomoz hattında şüpheli lezyon görüldüğü için biyopsi alındı. 10 unda (%13) nüks kanser tespit edildi. Anastomoz darlığı gelişen 12(%16) hastanın 4 ü (%5) ileokolostomili, 8 i (%10) ise kolokolostomili idi. Bunların 9 unda anastomozda sirküler stapler kullanılmış, 3 ünde elle anastomoz yapılmıştı. İleokolostomi yapılan 34(%45) hastanın 4 (%11) ünde darlık görülürken, kolokolostomi yapılan 42 hastanın da 8 (%19) inde darlık saptandı. Anastomoz darlığı gelişmesinde anastomozun stepler ile yapılmış olması etkili bulunurken ($p=0,04$), anastomozun yapıldığı seviyenin etkisi olmadığı görüldü ($p>0,05$). Anastomoz darlığı gelişen 12(%16) hastanın tamamı malign nedenle opere edilmişti. Benign sebeple ameliyat olan 2 hastada darlık görülmedi. Bu sayı anastomoz darlığında benign-malign karşılaştırması için yetersiz idi.

Sonuç:

Kolon ameliyatlarından sonra anastomoz darlığı, staplerle yapılanlarda elle yapılanlardan daha yüksektir. Anastomozun ileokolik ya da kolokolik olmasının anastomoz darlığına etkisi yoktur.

PS - 3 LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ DENEYİMİMİZ

ÇAĞRI TIRYAKI, MUSTAFA CELALETTİN HAKSAL , MURAT BURÇ YAZICIOĞLU , HAMDİ TANER TURGUT , ALİ ÇİFÇİ , SELİM YİĞİT YILDIZ
KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Lapaoskopik apendektomi (LA) pek çok klinikte başarı ile uygulanmaktadır. Kliniğimizde son bir yıl içinde akut apandisit nedeniyle LA uygulanan hastaların klinik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2012- Ağustos 2013 tarihleri arasında akut apandisit nedeniyle LA yapılan 32 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

LA yapılan olguların 16'sı erkek ,16 'sı kadın idi.4 hastaya diagnostik laparoskopi sonrası LA uygulandı. 1 olguda LA ve umbilikal herni tamiri, 1 olguda LA ve over kist eksizyonu beraber uygulandı.1 olguda açığa geçildi.Tüm olgularda apandiks mezosu 5 mmlig ligasure kullanılarak kesildi.Tüm olgularda güdük intrakorporeal düğüm ile kapatıldı. Hiç bir olguda postoperatif erken komplikasyon gözlenmedi.Ortalama hastanede yatış süresi 2 gündür.

Sonuç:

Laparoskopik apendektomi akut apandisit tedavisinde geçerliliğini kanıtlamıştır. LA'nin diğer laparoskopik girişimlerin yapıldığı tüm kliniklerde rutin olarak uygulanabilecek bir ameliyat olduğunu düşünmekteyiz.

PS - 4 LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ DENEYİMİMİZ: 33 OLGU

TÜRKER KARABUĞA, İSMAİL ÖZSAN , ÖZCAN ALPDOĞAN , ÜNAL AYDIN

İZMİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Acil servise gelen cerrahi akut karın nedenleri arasında ilk sırayı akut apandisit almaktadır. Bu çalışmada akut apandisit nedeniyle laparoskopik apendektomi yapılan hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2012 ile Temmuz 2013 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik apendektomi uygulanan 33 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalara uygulanan laparoskopik apendektomi tekniği, ameliyat süresi, eksplorasyon bulguları, analjezik ihtiyacı, hastanede kalış süresi, işe dönüş süreleri ile morbiditeleri değerlendirildi.

Bulgular:

Preoperatif klinik ve laboratuvar bulguları akut apandisit lehine olan 33 hastanın yaş ortalaması 31,8 (15-62) ve olguların %45,4'ü (15) erkek, %54,6'sı (18) kadın idi. Hastaların ortalama Beden Kitle İndeksi 25,4 (21-31) kg/m2 idi. Hastalarda semptomların başlangıç süresi ortalama 18 saat idi. Semptomların başlama süresi en erken 8 saat, en geç ise 42 saatti. Eksplorasyonda hastaların hepsinde görünüm akut apandisit ile uyumlu idi. Hastaların hepsinde tüm batın eksplorasyonu yapıldı. Bayan hastalarımızdan ikisinde apandisite ilave olarak sağ over kisti mevcuttu. Hastalarımızın 20'sinde iki 10 mm'lik, bir 5 mm'lik trokar,12'sinde bir 10 mm'lik, bir 5 mm'lik trokar ve branül kullanılarak operasyon tamamlandı. Appendiks güdüğü sekiz vakada iki adet 2/0 prolen ile ekstrakorporal düğüm ile diğer vakalarda ise hemokliplerle kapatıldı. Operasyon süresi ortalama 25 dakika (8-50) idi. Olguların tamamı laparoskopik olarak tamamlandı. Postoperatif 4. saat oral gıda başlandı. Over kisti olan bir olguda patoloji sonucu subakut inflanatuvar değişiklikler olarak geldi. Hiçbir hastada komplikasyon gözlenmedi. Hastaların ortalama yatış süresi 18 saat , işe başlama süresi ortalama 12 (7-20) gün idi.

Sonuç:

Laparoskopik apendektomi enfeksiyon, hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı ve özellikle bayanlarda tanısal faydaları açısından değerlendirildiğinde açık apendektomiye üstün olduğu tespit edilmiştir. Laparoskopik apendektomi batın eksplorasyonuna olanak sağlaması ve varsa ikinci bir patolojiye müdahale imkanı vermektedir. Dolayısıyla açık apendektomiye iyi bir alternatiftir.

PS - 5 SİGMOİD VOLVULUSUN ELEKTİF TEDAVİSİ: 47 YILDA TOPLAM 105, LAPAROSKOPİ YARDIMLI VEYA LAPAROSKOPİK 13 OLGU

SABRİ SELÇUK ATAMANALP , MEHMET İLHAN YILDIRGAN, BÜNYAMİ ÖZOĞUL , ABDULLAH KISAOĞLU , BÜLENT AYDINLI , GÜRKAN ÖZTÜRK

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ERZURUM

Amaç:

Sigmoid volvulusta detorsiyon sonrası % 3-44 olguda volvulus nüksü görülür. Çalışmanın amacı, nonoperatif detorsiyon sonrası laparoskopik yardımcı veya laparoskopik olarak yapılan elektif cerrahi tedaviyi irdelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 1966 ile Haziran 2013 arasındaki 47 yılda tedavi edilen 960 sigmoid volvulus olgusunun kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

692 hastaya (% 72,1), tercihen fleksibl endoskopik olmak üzere nonoperatif detorsiyon yapıldı. İşlemin başarılı olduğu 533 hastadan (% 77,0) 481'ine (% 90,2) elektif cerrahi tedavi önerildi. Ameliyatı kabul eden 105 hastadan (% 21,8) 92'sine (% 87,6) açık, 12'sine (% 11,4) laparoskopi yardımlı ve 1'ine (% 1,0) laparoskopik sigmoid rezeksiyon ve anastomoz yapıldı. Son iki grup birlikte değerlendirildiğinde, ortalama yaş 53 (48-60 yaş arası) ve erkek/kadın oranı 11/2 olup tüm hastalar ASA 1-3 grubundaydı. Bu 13 hastadan kaybedilen olmadı ve önemli bir komplikasyon görülmedi. Ortalama yatış süresi 6,4 gündü (5-10 gün arası). Ortalama 5,6 yıllık izleme süresinde nüks görülmedi.

Sonuç:

Nonoperatif olarak detorsiyone edilen sigmoid volvuluslu ASA 1-3 grup hastalarda laparoskopi yardımlı veya laparoskopik elektif cerrahi tedavi yüz güldürücü sonuçlar sağlamaktadır

PS - 6 FIRAT ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI MORBİD OBEZİTE CERRAHİ DENEYİMİ

ERHAN AYGEN, CÜNEYT KIRKIL, KORAY KARABULUT, KENAN BİNNETOĞLU, MEHMET VOLKAN YİĞİT, SERDAR GÜRSUL

FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ELAZIĞ

Amaç:

Morbid obezite ameliyatlarının sonuçlarını incelemek

Gereç ve Yöntem:

Morbid obezite cerrahisi yapılan 43 hasta retrospektif incelendi.

Bulgular:

VKİ 40-53 arasında, obeziteye bağlı komplikasyon sayısı 30 ve ortalama takip süresi 20 ay idi. Üç hasta LGB'li idi. Kırk SG, üç RYGB yapıldı. Tüp kullanılmadan LSG yapılan iki hasta yeterli kilo veremedikleri için LRYGB'a çevrildi. Kum saati deformitesi gelişen hastalar dışında EWL %50'nin üzerindeydi. Obeziteye bağlı komplikasyonların tümünde düzelme olmuştu.

Sonuç:

Cerrahi işlemlerde teknik yetersizlik morbid obezite cerrahisini sonuçlarını etkilemektedir.

PS - 7 LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

SİNAN SAYIR, GÖKSEL SAROHAN, ONUR BİRSEN, MURAT ÖZBAN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ, DENİZLİ

Amaç:

Laparoskopik sleeve gastrektomi obezite cerrahisinde birincil prosedür olarak popülaritesi artmaktadır. ABD' de bu teknik 1988' de biliyopankreatik diversiyon ameliyatının bir türü olarak geliştirilmiştir. Obezite cerrahisi yöntemleri arasında mide küçültücü (restriktif) yöntem olan sleeve gastrektomi ile mide hacmi küçültülür.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2013 ten beri kliniğimizde yapılan 82 sleeve gastrektomi ogusu araştırmamıza dahil edildi. Hastalar preop multidisipliner yaklaşımla operasyona hazırlandı. Operasyon, pnömoperitoneum 15 mmHg ile standart sağlanıp, altılı trokar ile yapıldı. Postop 1. Gün hastalara skopi eşliğinde yapılan mide doudenum grafisinde kaçak olmadığı ve pasaj geçişi gözlemlendikten sonra oral sıvı verildi.

Bulgular:

Ocak 2013 ten beri yapılan 82 laparoskopik sleeve gastrektomi olgularımızda; Ortalama yaş: 38.4 (22-56) Ortalama VKİ (BMI): 51.64 Ek rahatsızlık: %33 Ortalama ameliyat süresi: 65,4 dakika Mortalite: yok Erken dönem komplikasyon: 1 hematoma, Bulantı: 6

Tartışma ve Sonuç:

Son yıllarda obezite cerrahisinde sleeve gastrektominin kabul görülmesinin nedeni; hızlı yapılabilmesi, laparoskopik yapılması, hastaların daha az ağrı çekmesi, erken kilo kaybı olması ve eşlik eden ek hastalıkların düzelmesidir. Laparoskopik sleeve gastrektomi geri dönüşsüz bir cerrahi tekniktir. Postoperatif görülebilecek en önemli komplikasyonlar stapler hattından kaçak olması ve pulmoner embolidir. Mideyi keserken stapler hatlarının üst üste gelmesini sağlamamız, doku hattı kuvvetlendiricisi kullanmamız, mideyi kestikten sonra destek amaçlı fibrin doku yapıştırıcısı kullanmamız vakalarımızda kaçak olmamasında büyük katkıda bulunmuştur. Preoperatif hastalara 12 saat önceden düşük molekül ağırlıklı heparin vermemiz, postop ve hasta eksterne olduktan bir ay kadar süre düşük molekül ağırlıklı heparin vermemiz, operasyon sırasında ve operasyon sonrasında intermittan pnömotik kompresyon uygulamamız hastalarımızda derin ven trombozu ve emboli görülmemesinde büyük etken olmuştur. Hastaların postop dönemde, erken doyma hissetmeleri ve erken kilo vermeleri için mide fundusunun tamamen çıkartılması gerekmektedir. Vakalarımızda mide fundusunu çıkartmak için diyafragma sol krusu tam görülüp mide fundusu tamamen çıkarılmıştır. Vakalarımızın 4 tanesinde eşlik eden hiatus hernisini önlemek için krus tamiri yapıldı. Postop erken dönemde hastalarda

GÖR şikayetlerinde kaybolma izlendi. Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası uzun dönemde kilo alımı görülebilir, bu durumda hastaların tekrar re-operasyon şansları mevcuttur.

Şuan obezitede en uzun süre kalıcı tedavi sağlayan en etkili yöntem cerrahidir. Sleeve gastrektominin laparoskopik uygulanabilirliği ve öğrenme eğrisinin kısa olması önemliliğini artırmıştır.

PS - 8 LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ VE KLİNİĞİMİZİN ERKEN SONUÇLARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

ARİF ASLANER, NURAY AYPER ÖNGEN , NURULLAH BÜLBÜLLER, MEHMET TAHİR ORUÇ , OSMAN ZEKAİ ÖNER , MANİ HABİBİ , GÜVENÇ CANTILAV

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

Amaç:

Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) güncel bir bariatrik prosedürdür. Bu retrospektif çalışmada, deneyimlerimizi ve bu prosedür üzerinde morbid obez hastaların erken dönem sonuçlarını ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2010 ve Temmuz 2013 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde LSG uygulanan bütün hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, operasyon süresi, hastanede kalış süresi ve postoperatif kilo kaybı açısından takip edildi.

Bulgular:

Vücut kitle indeksi (VKİ) 40 kg/m² den büyük 18-60 yaş arası 92 hastaya üç farklı cerrah tarafından klasik LSG uygulandı. 92 hastanın 64'ü kadın 28'i erkekti ve hastaların yaş ortalaması 38 idi. Ameliyat öncesinde, VKİ ortalaması 49.2 (41-60kg/m²), ortalama operasyon süresi ise 92±28 (68-148) dakikaydı. İki hastada stapler hattından kaçak ve bir hastada da mortalite izlendi. Hastanede ortalama kalış süresi 7 (5-12) gün oldu. Gastrektomi spesmenlerinin histopatolojik değerlendirilmesinde onbeş hastada Helicobacter pylori gastriti saptandı. Ameliyat sonrası ortalama takip süresi 15 aydı. Kilo kaybı ortalama 32.4±7 (18-45) kg idi. Genel kilo kaybı ise 3.0±1.2 (1.2-4.8) kg/ay olarak saptandı.

Sonuç:

Sonuç olarak LSG ile obezite cerrahisinin bizim deneyimlerimize göre morbid obezite için kilo kaybında etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

PS - 9 LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ ESNASINDA STAPLER HATTI TAKVİYESİNDE DÖRT AYRI YÖNTEMİN KARŞILAŞTIRILMASI

NURULLAH BÜLBÜLLER , ARİF ASLANER, OSMAN ZEKAİ ÖNER, MEHMET TAHİR ORUÇ , ÜMİT KOÇ , NURAY AYPER ÖNGEN , GÜVENÇ CANTILAV , MANİ HABİBİ , ŞÜKRÜ ÖZDEMİR

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

Amaç:

Laparoskopik Sleeve Gastrektominin (LSG) başlıca komplikasyonlarını postoperatif kanama, gastrik kaçak, striktür, gastrik dilatasyon, gastroözofageal reflü hastalığı ve yetersiz kilo kaybı oluşturmaktadır. Erken komplikasyonların başında kanama ve gastrik kaçak gelmektedir. LSG esnasında stapler hattını desteklemek için çeşitli takviye yöntemleri uygulanmaktadır. Biz bu randomize prospektif çalışmada LSG esnasında stapler hattına hiçbir işlem uygulanmadan bırakılması ile stapler hattının 3-0 prolene ile devamlı sütürizasyon ile takviyesi, v-lock sütür ile devamlı sütürizasyonu ile takviyesi ve doku yapıştırıcısı uygulamasının erken komplikasyon sonuçlarına etkisini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2012 ve Mayıs 2013 tarihleri arasında LSG uygulanan 18-60 yaş aralığındaki 65 hasta çalışmaya alındı. Hastaların hepsinin vücut kitle indeksi 40'ın üzerinde idi. Hastaların yaş, cinsiyet, VKİ kayıt edildi. Hastalar dört gruba randomize edilerek opere edildi 15 hastaya LSG esnasında stapler hattına herhangi bir takviye konulmadı (grup-1), 16 hastaya stapler hattı takviyesi olarak 3-0 propilene ile tek tek sütür konuldu (grup-2), 16 hastaya stapler hattı v-loc sütür ile desteklendi (grup-3) ve 18 hastaya da Tisseel Lyo 4ml doku yapıştırıcısı stapler hattı boyunca uygulandı (grup-4). Hastanede kalış süresi ve kanama, anastomoz kaçağı, yara yeri enfeksiyonu ve abse formasyonu gibi postoperatif komplikasyon yönünden hastalar takip edildi.

Bulgular:

65 hastanın 40'ı kadın 25 tanesi erkek; ortalama yaşı 36,8 (20-58yaş) ve ortalama VKİ 49,2 (41-60kg/m²) idi. Gruplar arasında hasta karakteristiği benzerdi. Gruplar arasında VKİ açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmadı. Ameliyat esnasında herhangi bir komplikasyon oluşmadı. Postoperatif takiplerinde v-loc grubundaki 2 hastada stapler hattından gastrik kaçak tespit edildi.

Sonuç:

Sonuç olarak biz bu güncel çalışmamızda LSG'de stapler hattı takviyesini değerlendiren dört farklı tekniği karşılaştırdık. Takviyesiz gruba göre aynı sonuçlar alınan propilene sütür ile desteklemenin sadece operasyon zamanını uzattığı, doku yapıştırıcıların ise maliyeti artırdığı anlaşılmaktadır. Ancak v-loc kullanımında daha dikkatli olunması gerektiği ve v-loc ile daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

PS - 10 LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ : 69 HASTANIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

TÜRKER KARABUĞA¹, İSMAİL ÖZSAN¹, BARIŞ AKINCI², TARKAN AMUK³, ERKAN ŞAHİN⁴, HALUK RECAİ ÜNALP¹

¹İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHI ANABİLİM DALI

²İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİ

³İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

⁴İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Bu çalışmada, morbid obezite (MO) nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) yapılan ardışık 69 hastaya ait erken dönem sonuçlarını değerlendirmek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Aralık 2012 ile nisan 2013 tarihleri arasında MO nedeniyle kliniğimizde LSG uygulanan 69 hastanın demografik özellikleri, eksplorasyon bulguları, ameliyat tekniği ve süresi, postoperatif takip sonuçları değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların 47'si (%68) kadın, 22'si (%32) erkekti; yaş ortalaması 36,7 (17-66) idi. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) > 47,9 kg/m² (35,4-66,4) idi. Ameliyat öncesi hastaların tümüne endokrinoloji, psikiyatri ve gastroenteroloji konsültasyonu sonrası endoskopi yapıldı. Hastaların 17'sinde (%24.6) diyabet, 18'inde (%26) hipertansiyon, 5'inde (%7,2) hiperlipidemi, 5'inde (%7,2) koroner arter hastalığı, 3'ünde (%4,3) gastroözofageal reflü ve 3'ünde (%4,3) astım mevcuttu. Düşük molekül ağırlıklı heparin, varis çorapı ve pnömotik kompresyon ile derin ven trombozu profilaksisi yapıldı. Operasyon genel anestezi altında ve Fransız pozisyonunda 5 adet trokar yardımıyla 15-17 mmHg basınçta uygulandı. Ortalama operasyon süresi 85 dakika (50-150) idi. Tüm hastalara postoperatif 1. gün kontrast madde ile skopi altında pasaj grafisi çekildi. Hastalara postoperatif 1. gün 30cc/h oral sıvı gıda başlandı. Postoperatif dönemde hastalarda komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 3. gün tümü taburcu edildi. Hastaların 1. hafta ortalama kilo kaybı 7,5 kg (5-13), 1. ay ortalama kilo kaybı 14,8 kg (10-26) olarak saptandı. Hipertansiyonu olan olguların %75'inde (6/8) tansiyon ilaçsız normale döndü. Oral antidiyabetik ilaç alan Tip 2 diyabetli hastaların %78.5'inde (11/14) kan şekeri regülasyonu sağlandı. İnsülin kullanan 4 hastanın ikisinde ilaç verilmeden tam regülasyon sağlanırken, 2'sinde ise insülin dozları azaltıldı. Reflü hastalığı olan 3 hastanın operasyon sonrası yakınmaları geçti.

Sonuç:

Hızla kilo kaybı, diyabetli hastalarda insülin ihtiyacında azalma, ek hastalıklarda belirgin düzelme operasyonun erken dönemdeki olumlu etkileridir. LSG fizyolojik bir yöntem olması ve düşük komplikasyon oranı nedeniyle güvenli ve etkili bir uygulamadır.

PS - 11 LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ AMELİYATLARINDA STANDART EL ALETLERİ KULLANIMI

AZİZ BORA KARİP¹, HASAN ALTUN², AHMET YALIN İŞCAN¹, KAFKAS ÇELİK¹, MEHMET TİMUÇİN AYDIN¹, KEMAL MEMİŞOĞLU¹

¹TKHK FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

²LİV HOSPİTAL, İSTANBUL

Amaç:

Laparoskopik bariatrik cerrahi ülkemizde giderek yaygınlaşmaktadır. Fakat özel ekipman gerektiren bu yöntemler, ek maliyet ve kazanılmış cerrahi alışkanlıklar nedeni ile standart laparoskopik aletler ile yapılmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmada standart laparoskopik aletleri kullanılarak yapılmış ardışık 153 sleeve gastrektomi olgusunda alet kullanımını ve cerrahi tekniği paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ameliyat öncesi akciğer filmlerinde, ksifoid kemik ile diyafram hilus mesafeleri ölçüldü. Bu mesafe standart kamera boyu olan 30 cm'den çıkarıldı. Bulunan uzunluk, kamera portu-ksifoid mesafesi olarak tanımlandı ve ilk trokar, ksifoidin bu mesafe kadar altından ve orta hattın bir cm solundan girildi. Diğer trokarlar sağ subkostal, falsiform ligamanın hemen sağından 5 mm, subksifoid 5 mm, sol midklaviküler hatta subkostal alandan 10 mm ve sol orta aksiller çizgi subkostal alandan 5 mm trokar olacak şekilde toplam 5 trokar yerleştirildi. Sağ subkostal el aleti gastrik traksiyon ve sol subkostal trokar damar kapama kesme aleti ve gerektiğinde kamera için kullanıldı. Subksifoid trokardan ilerletilen tutucu ile karaciğer ekartasyonu ve sol midklaviküler trokardan ilerletilen aletle mezo traksiyonu sağlandı. Pilonun 6 cm proksimalden lesser saca girildi ve mide büyük kurvatur iskeletize edildi. Rezeksiyon aşamasında kamera sol subkostal 10 mm trokara alındı ve orta hattaki 10 mm trokar yerine 12 mm trokar takıldı. Bu sahadan ilerletilen endoskopik kesici kapatıcı stapler ile prepilorik antrum ve antrum ayrıldı. Mide proksimal rezeksiyonu için kamera eski yerine alındı ve sol subkostal trokar 12 mm ile değiştirildi ve rezeksiyona bu sahadan ilerletilen staplerler ile tamamlandı. Proksimal mide manüplasyon rahatlığı için zaman zaman karaciğer ekartasyonu sağ subkostal alete devredildi ve gastrik traksiyon için subksifoid yerleşimli alet kullanıldı. Piyes sol subkostal 12 mm trokar yeri genişletilerek karın dışarısına alındı ve aynı kesiden özofagogastrik bileşkeye uzanan dren konuldu. Desuflasyonu takiben fasya onarımı hiçbir hastada yapılmadı.

Bulgular:

153 ardışık sleeve gastrektomi olgusunda ameliyat öncesi ortalama vücut kitle indeksi 45,863 kg/m² olarak hesaplandı. Ameliyat sonrası morbidite (%11,1), mortalite (%0.07) ve 1. ay, 3. ay, 6.ay ve 1. yıl kilo kayıpları literatür ile benzer orandaydı.

Sonuç:

Laparoskopik bariatrik cerrahide standart el aletleri kullanımının kabul edilebilir, güvenli ve etkin bir alternatif olduğunu düşünmekteyiz.

PS - 12 LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLAR

METİN KARADENİZ, CEMAL KARA

KARŞIYAKA DEVLET HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İZMİR

Amaç:

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) midenin yaklaşık %80'inin çıkarıldığı kısıtlayıcı bir bariatrik işlemdir. LSG sonrası kaçak, kanama, venöz tromboemboli, cerrahi alan enfeksiyonu gibi komplikasyonlar özellikle ilk bir ay görülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı LSG yapılan hastalarda erken dönemde ortaya çıkan komplikasyonların insidansını, tedavisini ve hastanede yatış süresini sunmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Mayıs 2012 ile Ağustos 2013 tarihleri arasında İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi'nde morbid obezite tanısı ile laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, komplikasyonların ortaya çıkış zamanı, tedavisi ve hastaların hastanede kalış süreleri kaydedildi.

Bulgular:

Toplam 58 hasta opere edildi ve hepsi laparoskopik olarak tamamlandı. Ortalama takip süresi 4,2 (1-14) aydı. Hastaların yaş ortalaması 35,8'di ve 45'i (%77,5) kadındı. Ortalama vücut kitle indeksleri 46,1 kg/m² idi. Üç (%5,1) hastada stapler hattından kanama meydana geldi. Takiplerinde vitalleri stabil seyreden, kanamaları duran hastalara kan transfüzyonu yapılmadı ve ikisi postoperatif dördüncü gün, biri de beşinci gün taburcu edildi. İki (%3,4) hastada kaçak meydana geldi ve açık yöntem ile reopere edildiler. Kaçak olan yere primer sütür uygunladı ve abse drenajı yapıldı. Biri postoperatif 17 diğeri 19. gün taburcu edildiler. İki (%3,4) hastada cerrahi alan enfeksiyonu gelişti. Biri kaçak gelişen hastaydı. Oral antibiyotik ve günlük pansuman ile tedavi edildiler. Bir (%1,7) hastaya taburcu olduktan üç gün sonra intraabdominal abse nedeniyle laparoskopik eksplorasyon ve drenaj uygulandı. Postoperatif yedinci gün taburcu edildi. Bir (%1,7) hastada trokar yerinde kanama meydana geldi ve müdahaleye gerek kalmadan kontrol altına alındı.

Sonuç:

LSG son yıllarda popülerite kazanmış ve bariatrik cerrahide standart bir yöntem haline gelmiştir. Diğer bariatrik işlemlerle karşılaştırıldığında, kolay uygulanabilen, etkili ve daha iyi tolere edilebilen bir yöntemdir. Ortaya çıkan komplikasyonlar literatür ile uyumludur. Komplikasyonların erken tanısı ve zamanında müdahale edilmesi ile hastanede yatış süreleri kısalmaktadır.

PS - 13 LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONUÇLARIMIZ

AZİZ BORA KARİP¹, HAŞAN ALTUN², MEHMET TİMUÇİN AYDIN¹, AHMET YALIN İŞCAN¹, HAMİT KAFKAS ÇELİK¹, KEMAL MEMİŞOĞLU¹

¹ FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

² LİV HOSPİTAL, İSTANBUL

Amaç:

Bariatrik cerrahi ameliyatları, ülkemizde her geçen gün artan oranda uygulanmaya başlanmıştır. Sleeve gastrektomi ameliyat tekniği diğer bariatrik ameliyatlara göre daha kolaydır. Uzun dönem kabul edilebilir sonuçları ve düşük morbidite, mortalite oranları tekniğin diğer avantajlarıdır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Temmuz 2011-Ağustos 2013 tarihleri arasında morbid obezite sebebiyle sleeve gastrektomi yapılan hastalar incelendi. Hastaların demografik özellikleri yanında, ameliyat öncesi vücut kitle indeksleri (VKİ), ameliyat sonrası dönemde morbidite, mortalite oranları ek olarak takiplerindeki kilo kayıpları incelendi. 1.,3.,6. ay ve 1. yıl ideal kilo erişim (İKE) oranları, [kaybedilen kilo x 100/ (başlangıç kilo – ideal kilo)] yöntemi ile hesaplandı.

Bulgular:

143'ü kadın, 55'i kadın toplam 198 hasta vardı. Hastaların ortalama yaşı 37,51 +/- 9,21 olarak bulundu. Ameliyat öncesi ortalama VKİ'i 48.21 kg/m² olarak tespit edildi (min 29,43- maks 74). VKİ morbid obezite sınırları altında kalıp opere edilen 6 hasta vardı. Bu hastalar daha önceden ayarlanabilir gastrik band takılıp, gelişen sorunlar nedeniyle, bandı çekilip eş zamanlı sleeve gastrektomi yapılan hastalardı. Ameliyat sonrası morbidite oranı %13 (25 hasta) bulundu. Ciddi morbidite 6 hastada gözlemlendi. Bir hastada pulmoner emboli, 3 hastada ise transfüzyon gerektiren ameliyat sonrası kanama görüldü, bu hastaların birisinde kanama kontrolü için re-laparoskopi kararı verildi ve dalak kapsülü kaynaklı kanama basit hemostatik işlemlerle kontrol altına alındı. 2 hastamızda (%1,01) kaçak gözlemlendi. En sık görülen morbidite yara yeri ayrışması ve yüzeysel cerrahi alan enfeksiyonuydu (15 hasta). Bir (%0,05) hastada ameliyat sonrası 6. saatte serebrovasküler olay gelişti, yaygın intraserebral kanama tespit edilen hasta ameliyat sonrası 3. günde vefat etti. 1., 3., 6. ay ve 1. yıl İKE oranları sırasıyla ortalama % 18, %34, %41 ve %44 olarak hesaplandı.

Sonuç:

Sleeve gastrektomi sonrası morbidite ve mortalite oranlarımız literatürle benzeşiktir. Kilo kaybı incelendiğinde hastalar fazla kilolarının yarısına yakını ilk sene sonunda verebilmektedirler.

PS - 14 LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ'DE UYGULANAN TAKVİYE MATERYALLERİNİN PATLAMA BASINÇLARINA ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ROJBİN KARAKOYUN DEMİRCİ , ARİF ASLANER , Umut Rıza GÜNDÜZ , BARIŞ RAFET KARAKAŞ , MANİ HABİBİ , ŞÜKRÜ ÖZDEMİR , OSMAN ZEKAİ ÖNER , NURULLAH BÜLBÜLLER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

Amaç:

Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) uygulanmaya başlandığı 2000 yılından beri kilo kaybındaki etkinliği ve komorbiditedeki düzelmeler nedeni ile hızlıca yayılmış bir prosedürdür. Ancak stapler kullanımına bağlı komplikasyonlar az olmayıp teknik başarısızlık, kanama, kaçak, fistül gibi komplikasyonlardır. Birçok cerrah komplikasyon oranını azaltmak amacı ile stapler hattına takviye materyali kullanmaktadır. Takviye materyallerinin stapler hattı kanama riskini azalttığı bilinmekle birlikte kaçak riski üzerine etkisi açık değildir. Bu çalışmadaki amacımız LSG rezeksiyon piyesinde takviye materyallerinden kontinü serozal sütür ile tisseal doku yapıştırıcısının patlama basınçlarına etkileri karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar 10'arlı 3 gruba ayrıldı. Grup 1: takviye materyalsiz kontrol grubu, grup 2: kontinü serozal sütür ile takviye grubu ve grup 3: tisseal grubu. Hastalara LSG yapıldıktan sonra çıkarılan piyesler monitörize edilerek patlama basınçları değerlendirildi. İlk kaçak gözlenen basınç patlama basıncı olarak kaydedildi. Ayrıca kaçağın anatomik lokalizasyonu da kaydedildi.

Bulgular:

Grup 1 de ortalama patlama basıncı 30.5 mmHg, grup 2 de 105 mmHg ve grup 3 de 28 mmHg olarak tespit edildi. Grup 2 deki patlama basınçlarının diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi. (p<0.05). Anatomik lokalizasyon olarak her üç grupta da stapler hattı geçiş zonu ve stapler hattı kaçak lokalizasyonu açısından anlamlı farklılık saptanmadı. (p>0.05)

Sonuç:

LSG'de kontinü serozal sütür takviye materyali patlama basıncını yükseltmektedir. Patlama basınçlarının kaçak değerlendirmesinde önemli olduğu bilinmektedir. Stapler hattına uygulanacak olan kontinü serozal sütürasyon LSG kaçak oranlarını azaltabilir.

PS - 15 SLEEVE GASTREKTOMİDE 8 AYLIK TECRÜBEMİZ

HAKAN SEYİT, EBRU ORAN , NURCIHAN AYGÜN , SİNAN ÖMEROĞLU , MEHMET MİHMANLI , HALİL ALIŞ

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Sleeve Gastrektomi morbid obezitenin tedavisinde aşamalı cerrahinin ilk basamağı olarak uygulanmaya başlanmıştır. Takiplerde yeterli kilo kaybının sağlanması ve verilen kilonun sabit tutulması nedeniyle kalıcı tedavi olarak tercih edilmeye başlanmıştır. Etki mekanizması, mekanik ve hormonal yollarla olmaktadır. Bu yazıda Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan Sleeve Gastrektomi tecrübemizi aktarmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2013 – Ağustos 2013 tarihleri arasında morbid obezite tanısı ile sleeve gastrektomi yaptığımız olgular retrospektif olarak incelenmiştir. Obezite tanısı ile polikliniğimize müracaat eden olgulardan, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kriterlere uygun olarak BMI(body mass index) 40 ve üstü olanların ameliyat hazırlıkları planlandı. Olgulara standart biyokimyasal tetkikler, akciğer grafisi, ekokardiyografi, solunum fonksiyon testi, kortizol baskılama testi ve üst abdomen ultrasonografi ve üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Olgular genel cerrahi, endokrin hastalıkları, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, psikiyatri ve anestezi bölümlerinden oluşan konsey tarafından değerlendirildi. Tüm olgulara laparoskopik yöntemle 36 F buji üzerinden sleeve gastrektomi yapıldı. Ameliyat sonrası multivitamin, proton pompa inhibitörü ve antikoagulan preparatları başlandı. Taburculuk sonrası 1, 4, 12, 24. hafta poliklinik kontrolü yapıldı. Olgular demografik verileri, BMI, medikal hikaye, biyokimyasal değerler, ameliyat süresi, perioperatif komplikasyonlar ve sonuçlar açısından değerlendirildi.

Bulgular:

Serideki 53 olgunun 40'ı kadındı. Olguların yaşı 37(22-56) idi. Ağırlığı 133 kg(90-210), BMI'i 47 (35-68) idi. Sırasıyla D.M.(diabetes mellitus) 14, hipertansiyon 7 ve uyku apne 1 olguda mevcuttu. Ameliyat süresi 45dk (30-90) olarak saptandı. Postoperatif 5 olguda kaçak saptandı. Bu olgular minimal invaziv olarak (perkütan drenaj + endoskopik stentleme) ile tedavi edildi. Postoperatif 8 olguda saç dökülmesi, 1 olguda Korsakof Psikozu saptandı. D.M. %81 (%54 remisyon, %27 rezolüsyon), hipertansiyon %40, uyku apne %100 oranında düzeldi. Seride 1. 3. ve 6. ayda EWL sırasıyla %22.1 , %37.4, %43.4 idi. Seride mortalite olmadı. Olguların yatış süresi 7 gün(3-41) idi.

Sonuç:

Serimizin sonuçları, sleeve gastrektomi literatür verileriyle uyumlu olarak, kabul edilebilir morbidite ile yapılabilen, hızlı kilo kaybını sağlayan, kısa dönemde yandaş hastalıklarda düzelme sağlayan, bir ameliyat olduğunu göstermiştir.

PS - 16 KONTRALATERAL TARAFTA İNMEMİŞ TESTİSİN EŞLİK ETTİĞİ SOL KASIK FITIĞI VAKASINDA HER İKİ HASTALIĞIN TEP METODU İLE TEDAVİSİ

AHMET BEKİN¹, SELİM BİROL¹, TURGAY ÖZTÜRKMEN², KAMİL ALPAY¹

¹ MALTEPE CEZA İNFAZ KURUMU DEVLET HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² KARTAL YAVUZ SELİM DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Üroloji ve Genel Cerrahi kliniğinin ortak koyduğu endikasyonla videoskopik TEP yaklaşımıyla, hastanın sol inguinal hernisini onarmak ve preperitoneal alandan sağ orşiektomi yaptıktan sonra sağ iç inguinal halkanın yine TEP yaklaşım kullanarak polipropilen yama ile kapatılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ameliyat esnasında orta hattan 3 adet 1 cm'lik kesi ile yapılan TEP yöntemi kullanıldı. İşlem 30 derecelik kamera ve düz laparoskopik el aletleri kullanıldı. Testis suprapubik insizyondan çıkartıldı. Ameliyatın tüm aşamaları video ve fotoğraf ile kayıt altına alındı.

Bulgular:

Genel Cerrahi ve Üroloji Kliniğinin birlikte katıldığı ameliyatta supin pozisyonunda yatırılan hastaya genel anestezi uygulanmasından sonra umblikusun hemen altında 1,5 cm'lik kesiyle rektus kası arkasından preperitoneal alana 10 mm'lik kamera portu ile girildi ve alan karbondioksit gazı ile 12 mm cıva basıçta şişirildi, preperitoneal boşlukta oluşan gözele alan kamera hareketleri yardımıyla diseke edildi, sağ ve sol inguinal kanalların iç halkaları ekspoze edildi. Umblikus Simfisis Pubis arasındaki düz hattan laparoskopik grasperler için 2 adet daha 5 mm'lik port preperitoneal alana yerleştirildi. Sol tarafta indiriket inguinal herni preperitoneal alana redükte edildi ve inguinal kanal polipropilen meş ile kapatıldı. Sağ taraftaki spermatik kordun preperitoneal alana doğru traksiyonuyla testis inguinal kanalın iç halkasından görüldü, iç halkanın minimal genişletilmesiyle testis preperitoneal alana alındı ve yapışıklıklarından monopolar koter yardımıyla disseke edildi. Son olarak testise gelen vas deferens ve damarlar ayrı ayrı kliplendi ve testisten ayrıldılar. Genişlemiş olan sağ inguinal kanal iç halkası da TEP yöntemiyle polipropilen meş kullanılarak kapatıldı ve profilaktik sağ inguinal herni onarımı yapıldı. Testisin suprapubik trokar kesisinden, kesinin 2cm'ye genişletilmesinden sonra çıkartılmasıyla da orşiektomi tamamlanmış oldu.

Sonuç:

Hastaya videoskopik TEP yaklaşımı uygulanarak tek seansta sağ orşiektomi, sol inguinal herni onarımı ve sağ profilaktik inguinal herni onarımı yapılmıştır. Operasyon tüm laparoskopik ameliyatlarda kullanılan çok kullanımlı 2 adet düz- açısız grasper, 30 derece 10mm kamera ve rutin monopolar koter

ile gerçekleştirilmiş olup açılı el aletleri veya diğer ultrasonik enerji ile çalışan koagule edici-kesici aletler gibi pahalı donanım gerektirmemiştir, bu açıdan ekstra maliyet de getirmemiştir. Operasyon 90 dk'da tamamlanmış olup bu süre bilateral inguinal herni onarımı ve orşiektomiyi içeren bu ameliyat için kabul edilebilir uzunluktadır, bununla birlikte bu seride vaka sayımızın artmasıyla sürenin daha da kısılacağını düşünmekteyiz. Peroperatif ve postoperatif süreçte komplikasyon ile karşılaşmamıştır. Orşiektomi endikasyonu konan hastalarda eşlik eden inguinal herni bulunması durumunda videoskopik TEP yaklaşım her iki hastalığın eş zamanlı tedavisinde güvenle kullanılabilir.

PS - 17 LAPAROSKOPİK GİRİŞİMLERİN GEÇ KOMPLİKASYONU ; TROKAR YERİ HERNİLERİ

ÇAĞRI TIRYAKI, MUSTAFA CELAETTİN HAKSAL, MURAT BURÇ YAZICIOĞLU, ALİ ÇİFÇİ

DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Laparoskopik girişimlerden sonra geç komplikasyon olarak karşımıza çıkan trokar yeri hernilerini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Son üç yılda laparoskopik yöntem ile opere edilmiş ve sonrasında trokar alanında herni tespit edilen üç hastanın bilgileri geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular:

Üç hastanın ikisinde laparoskopik kolesistektomi sonrası 10 mm'lik umblikal trokar alanından herniasyon tespit edildi. Laparoskopik kist eksizyonu yapılan bir hastada 5 mm'lik trokar alanında herniasyon tespit edildi. Ortalama hasta yaşı 41 idi. Hastalarda eski girişimden ortalama iki yıl içinde trokar alanı hernisi tespit edildi. Tüm trokar alanı hernileri genel anestezi altında opere edildi ve primer olarak tamir edildi. Altı aylık takiplerinde nüks gözlenmedi.

Sonuç:

Trokar alanı hernileri laparoskopik cerrahi girişimlerin geç komplikasyonudur. Görülme sıklığı düşüktür. Çoğunlukla cerrahi tedavi gerektirirler.

PS - 18 LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİORAFİ DENEYİMİMİZ

MURAT COŞKUN, ÇAĞRI TIRYAKI, HAMDİ TANER TURGUT , MEHMET ÖZYILDIZ , ZEHRA BOYACIOĞLU , SELİM YİĞİT YILDIZ

KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Laparoskopik olarak inguinal herni onarımı bir çok merkezde başarıyla uygulanmaktadır. Kliniğimizde son bir yılda yapılan laparoskopik inguinal herni tamiri ve erken dönem sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde ocak 2012- ağustos 2013 tarihleri arasında laparoskopik inguinal herni onarımı yapılan 35 hastanın klinik sonuçlarını değerlendirdik. Hastalara ait demografik bilgiler ve ameliyat bilgileri hasta dosyalarının retrospektif incelenmesi ile oluşturuldu. Takip bilgileri hastaların poliklinik kayıtlarından elde edildi.

Bulgular:

Laparoskopik inguinal herni yapılan 35 hastanın 3 tanesi kadın 32 tanesi erkekti. Tüm ameliyatlar elektif koşullarda yapıldı. 29 olgu primer vaka , 3 olgu nüks vakaydı. 6 olgu bilateral inguinal herni, 15 olgu sağ ve 14 olguda sol inguinal herni tespit edildi. Tüm ameliyatlar laparoskopik olarak tamamlandı. 4 hastaya transabdominal preperitoneal onarım (TAPP), 28 hastaya total ekstraperitoneal onarım (TEP) uygulandı. Hiçbir olguda postoperatif erken komplikasyon gözlenmedi. Tek bir olguda 4 ay sonunda nüks gözlemlendi.

Sonuç:

Vaka sayımız kısıtlı olmakla birlikte minimal invaziv tekniklerin inguinal herni tamirinde rutin uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

PS - 19 LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞINDA ÖĞRENME EĞRİSİ DENEYİMLERİMİZ

UMUT RIZA GÜNDÜZ, ROJBİN KARAKOYUN DEMİRCİ , ARİF ASLANER , ADNAN SULU , NURAY AYPER ÖNGEN , ŞÜKRÜ ÖZDEMİR , OSMAN ZEKAİ ÖNER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Minimal invaziv tekniklerin gelişmesi ve zamanla konvansiyonel cerrahi prosedürlerin yerini alması ile beraber laparoskopik fıtık cerrahisine olan ilgide artmıştır. Çeşitli çalışmalarda laparoskopik fıtık cerrahisi için öğrenme eğrisinin 30-50 olgu arasında olduğu bildirilmiştir. Biz bu çalışmada öğrenme eğrisi deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

2011 Mart - 2013 Temmuz dönemleri arasında kliniğimizde kasık fıtığı tanısıyla laparoskopik inguinal herni onarımı(1 TAPP, 65 TEP, 1 konversiyon takiben Lichtenstein) uygulanan 67 hastanın demografik verileri, ameliyat süreleri ve post-op takipleri değerlendirildi. Standart polipropilen meş kullanıldı. Post-op poliklinik kontrollerinde klinik olarak seroma şüphesi olan hastalarda yüzeysel ultrasonografi ile tanı doğrulandı. Elde edilen veriler literatür ile kıyaslandı.

Bulgular:

Hastaların 2'si bayan, 65'i erkekti. Yaş ortalaması 46.1(22-61) idi. 67 hastanın 16'sı bilateral inguinal herni, 3'ü nüks inguinal herni tanısıyla yatırıldı. 1 hastada ipsilateral femoral herni ve 2 hastada kontralateral inguinal okkült herni(klinik olarak tespit edilemeyip per-op gözlenen)saptandı. Bir hastaya laparoskopik tüp ligasyon operasyonu sırasında fıtık onarımı uygulandığından TAPP diğer hastalara TEP prosedürü uygulandı. Bir hastada teknik sorunlar nedeniyle Lichtenstein operasyonuna geçildi ve toplam 84 laparoskopik kasık fıtığı onarımı yapıldı. Ortalama operasyon süresi 61.3 dakika (41-76 dak.) olarak belirlendi. Post-op takiplerde, 1 hastada nüks, 3 hastada seroma oluşumu gözlemlendi. Seroma oluşan hastaların 2'si tek aspirasyon ile 1'i ise haftalık aralıkla yapılan 3. aspirasyon ile iyileşti. Post-op sadece 1 gr/gün parasetamol reçete edilen hastalarda akut ya da kronik ağrı gözlenmedi.

Sonuç:

Laparoskopik fıtık cerrahisi, post-op akut ya da kronik ağrının az olması, normal hayata dönüş süresinin kısa olması, hastanede yatış süresinin daha az olması gibi nedenlerle konvansiyonel fıtık cerrahisine göre avantaj sağlamaktadır. Ayrıca potansiyel fıtık alanlarının bilateral olarak değerlendirilmesine imkan sağlamakta ve klinik olarak tespit edilemeyen okkült herniler içinde müdahale imkanı sağlamaktadır. Bizim çalışmamızda öğrenme eğrisi dahilindeki olgular da dahi operasyon süresi, nüks ve komplikasyon oranları literatürde belirtilen değerlerle uyumlu bulunmuştur.

PS - 20 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU SONRASI PROTON POMPA İNHİBİTÖRÜ KULLANIM SIKLIĞI VE BU DURUMUN NÜKS İLE İLİŞKİSİ

ALPASLAN SARI ², ÇAĞRI TIRYAKI ¹, NURİ GÖNÜLLÜ ³

¹ KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

² KOCAELİ SEKA DEVLET HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

³ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Gastroözofageal reflü hastalığı nedeniyle laparoskopik nissen fundoplikasyon (LNF) uygulanan hastaların postoperatif dönemde kullanmaya devam ettikleri proton pompa inhibitörü(PPI) tedavisinin sıklığını değerlendirmeyi ve bu durumun nüks ile bağlantısını irdelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

LNP uygulanan 162 hastadan postoperatif dönemde üst gastrointestinal sisteme ait semptomları olan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Üst gastrointestinal sistem endoskopileri tekrarlandı. Antral biyopsialındı. Hastaların tümüne multikanal intraluminal impedans (MII-pH) uygulandı ve sonuçlar değerlendirildi.

Bulgular:

Postoperatif PPI kullanım sıklığı semptomatik hasta grubunda ortalama %37.5 (15 hasta), opere edilen tüm hasta grubunda (162 hasta) ise %9.26 idi. 40 hasta baz alındığında %67.5 hastada *Helicobacter pylori* (HP) pozitif iken, PPI kullanan hasta grubunda %73.3 HP varlığı tespit edildi. PPI kullanım nedenleri 3 hastada gerçek nükse bağlıydı.

Sonuç:

LNF uygulanan hastalarda postoperatif dönemde PPI kullanımı tamamen nüks belirtisi değildir. Önemli bir nedeni alta yatan HP varlığına ikincil gelişen antral gastrittir. MII-pH postoperatif semptomatik hastalarda reflü nüksünü ve kaçığın natürünü belirlemede kullanılan etkin bir yöntemdir.

PS - 21 LAPAROSKOPİK TEP İNGUİNAL HERNİ ONARIMI KLİNİK SONUÇLARIMIZ

NAZMİ YAŞAR SAYIM, AKAY EDİZSOY, UĞUR AÇIKALIN, ALİ DOĞAN BOZDAĞ, ŞÜKRÜ BOYLU, HAKAN ERPEK

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, AYDIN

Amaç:

Inguinal herni onarımlarında sentetik meshlerin gelişimi ile günümüzde doku esaslı onarım yöntemleri yerini gerilimsiz meshli onarım yöntemlerine bırakmıştır. Cerrahide artan sıklıkta kullanılan laparoskopik yöntemler hastaya daha az ağrı, daha iyi kozmetik sonuç, hastanede kalış süresinin kısalması ve günlük hayata erken dönüş avantajlarını sağlamaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde Nisan 2012-Ağustos 2013 tarihleri arasında laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) uygulanan 20 hasta, 23 inguinal herni onarımı deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2012-Ağustos 2013 tarihleri arasında kliniğimizde inguinal herni tanısıyla laparoskopik TEP uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Olguların 17 tanesi direkt herni, 6 tanesi indirekt hernidir. 3 olguda bilateral inguinal herni mevcuttur. Ortalama ameliyat süresi tek taraflı olgularda 58 dakika olarak hesaplandı. Olguların hiç birinde mortalite ve majör peroperatif komplikasyon

görülmedi. Sadece 1 olguda teknik sorunlar nedeniyle açık tekniğe geçildi. 2 olguda seroma ve 1 olguda seroma veya cilt altı amfizeme bağlı olduğu düşünülen psödonüks görünümü saptandı. Bu minör komplikasyonların tamamının konservatif önlemlerle düzeldiği gözlemlendi. Olguların tamamı postoperatif birinci günde taburcu edildi.

Sonuç:

Açık teknikle laparoskopik tekniği karşılaştıran prospektif randomize çalışmalarda laparoskopik herni onarımının postoperatif ağrı azalma, kısa iyileşme periyodu, çalışma yaşamına erken dönme ve iyi kozmetik sonuçlar gibi avantajları gösterilmiştir. Son yıllarda laparoskopik TEP onarımı, TAPP onarımına göre daha az invaziv ve daha az komplikatif olması nedeniyle tercih edilmektedir. Girişimin minimal invaziv bir teknik oluşu, günlük aktiviteye erken dönüş olanağı sağlama, postoperatif analjezi gereksiniminin azalması, bilateral olgularda aynı seansta onarım yapılabilmesi, inguinal sahadaki tüm potansiyonel fıtık alanlarının protez ile örtülebilmesi ve nüks olgularda sahaya farklı bir açıdan yaklaşılabilmesi olanağı tanıması laparoskopik TEP onarımlarının avantajlarıdır. Yüksek maliyet ise işgücü kaybının azaltılması, analjezik gereksiniminin ve hastanede kalış süresinin azalması ile telafi edilebilecek bir durumdur.

PS - 22 LAPAROSKOPİK TRANSABDOMİNAL PREPERİTONEAL HERNİ ONARIMI

TAYLAN ÖZGÜR SEZER, AZER İSMAİLOV, TAYFUN YOLDAŞ, ÖZGÜR FIRAT, ADEM GÜLER, CÜNEYT HOŞÇOŞKUN, İLHAMİ SOLAK, SİNAN ERSİN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ

Amaç:

Kasık fıtığı nedeni ile laparoskopik transabdominal preperitoneal (TAPP) onarım uygulanan 80 hasta geriye dönük değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2009 - Mayıs 2013 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 20-82 yaş arası (Yaş ortalaması 49.8), 7 kadın 73 erkek olmakla 80 hasta değerlendirildi. Hastanede kalış süresi, nüks olup olmadığı geriye dönük değerlendirilmiştir. Hastaların 29'unda bilateral, 24'üne sağ, 27'sinde ise sol inguinal herni saptandı.

Bulgular:

Yaş ortalaması 49, 7'si kadın 73'ü erkek idi. Hastaların 3'ünde nüks herni saptandı. Hastanede kalış süresi ortalama 23 saat idi.

Sonuç:

Laparoskopik TAPP inguinal herni onarımında güvenle uygulanabilir.

PS - 23 MUŞ DEVLET HASTANESİ VİDEOENDOSKOPİK FITİK ONARIMI DENEYİMLERİMİZ

GÖKHAN ZAIM, NEZİH AKKAPULU, EBRU AYVAZOĞLU SOY

MUŞ DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Muş Devlet Hastanesi (MDH) Genel Cerrahi Kliniğinde 2012-2013 yılları arasında videoendoskopik yöntemle tedavi ettiğimiz fitik hastalarında tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

MDH genel cerrahi kliniğimize 2012-2013 yıllarında videoendoskopik yöntemle total ekstrapreperitoneal (TEP) fitik onarımı yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. TEP planlanan 13 hastanın 1 tanesinde açığa geçildiği için çalışma dışı bırakıldı. Bir hastaya aynı seansta laparoskopik umbliikal hernioplasti uygulanmıştır.

Bulgular:

TEP yöntemi ile fitik onarımı planlanan 13 hastadan 1 tanesinde periton kapatılmayacak şekilde açıldığı için anterior yaklaşımla onarım yapıldı. Başarıyla TEP uygulanan 12 hastanın hepsi erkekti. Ortanca yaş 26,5 (minimum:17 maksimum:53) idi. Hastaların 5 tanesinin sağ inguinal hernisi, 6 tanesinin sol inguinal hernisi ve bir hastanın da bilateral inguinal hernisi mevcuttu. Ayrıca sol inguinal hernisi olan bir hastada aynı zamanda umbliikal hernide mevcuttu. Ortanca ameliyat süresi 47.5 (min: 30 maks:70) dakika idi. Operasyon sırasında görülen komplikasyonlar peritonun açılması (n=5, %41) ve inferior epigastrik arter kanaması (n=1, %8) idi. Postoperatif ortanca yatış süresi 1 gündü (min: 1 gün maks: 3 gün). Postoperatif erken dönem komplikasyonu olarak bir (%8) hastada umbliikal trokar girişi deliğinde yağ nekrozu gelişti. Ortanca takip süremiz 6(min: 2 maks: 9) aydı. Takiplerinde nüks saptanan hastamız yoktu.

Sonuç:

TEP son yıllarda ülkemizde başarıyla uygulanan ve yaygınlaşmakta olan inguinal herni onarım şeklidir. Elde edilen veriler literatür ile uyumluluk göstermektedir, bu nedenle TEP periferik devlet hastanelerinde de güvenle uygulanabilir bir yöntem olabilir.

PS - 24 REKURREN TRAVMATİK DİYAFRAM HERNİSİNİN LAPAROSKOPİK OLARAK ONARIMI

MURAT YILDAR, İSMAİL YAMAN, HAYRULLAH DERİCİ

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Rekurren kronik travmatik diyafram hernileri nadir olarak görülmektedir. Önceki operasyona bağlı olarak gelişen yoğun adhezyonlar nedeniyle genellikle torakotomi ile onarım yapılır. Son yıllarda minimal invaziv cerrahi tecrübenin artmasıyla artması ile birlikte laparoskopik onarımlar güvenle yapılabilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Biz burada kronik rekurren sol diyafragmatik herninin laparoskopik olarak onarımını sunduk.

Bulgular:

38 yaşında erkek hastaya bıçaklanma sonrası 8. ayda gecikmiş diyafram rüptürü tanısı ile sol torakotomi ile diyafram onarımı yapılmış. Hastanın ameliyat sonrası altı yıl herhangi bir yakınması olmamış. Son iki yıldır ise özellikle yüzdükten sonra göğsüne vuran ve nefes darlığı yapması nedeniyle sırtüstü yatmasına izin vermeyen şiddetli karın ağrısı şikayeti başlamış. Diyafram hernisinin tekrarladığı söylenen hasta ameliyat olmaktan kaçınmış. Şikayetlerinin artması üzerine polikliniğimize başvuran hastanın Toraks BT' sinde ince barsakların büyük bir kısmının, transvers kolon ve omentumun sol hemitoraksa ve 7. İKA'da interkostal aralığa herniye olduğu görüldü. Laparoskopik olarak dual meshle herni onarımı yapıldı. Bir yıldır takip edilen hastanın herhangi bir yakınması olmayıp kontrol grafilerinde nüks saptanmadı.

Sonuç:

Rekurren kronik travmatik diyafram hernileri laparoskopik olarak güvenle onarılabilir. Bu yüzden rekurren kronik travmatik diyafram hernilerinin onarımına laparoskopik olarak başlanmalıdır. Ancak onarımın bu şekilde mümkün olmadığı vakalarda torakotomi yapılmalıdır.

PS - 25 SAFRA KESESİ TAŞI İLE BİRLİKTE BULUNAN KASIK FITIKLARINDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

MUSTAFA HAKSAL, ÇAĞRI TIRYAKI, BURÇ YAZICIOĞLU, ALİ ÇİFTÇİ, MURAT COŞKUN, ZEHRA BOYACIOĞLU, MUSA İLGÖZ, SELİM YİĞİT YILDIZ

*KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL
CERRAHİ KLİNİĞİ*

Amaç:

Safra kesesi taşı ile birlikte bulunan kasık fitiklerinde laparoskopik cerrahi cilt insizyonunun küçük olması ve daha çabuk işe dönüş ile uygulanabilir bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada kliniğimizde safra kesesi taşına eşlik eden kasık fitiği olan ve laparoskopik yöntemle opere edilen olgular derlenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Ağustos 2012- Ağustos 2013 yılları arasında laparoskopik olarak kolesistektomi ve kasık fıtığı tamiri yapılan hastaların demografik özellikleri, hastanede kalış süreleri, postoperatif komplikasyonları ve nüks oranları retrospektif dosya tarama yöntemi ile incelendi.

Bulgular:

Üç hasta (3'ü erkek[%100], yaş ortalaması 67.5) bulundu. Tüm hastalar postoperatif 1. günde taburcu edildi. Hastalarımızda postoperatif komplikasyon gelişmedi. Fıtık tamirlerinin hiçbirinde nüks gelişmedi.

Sonuç:

Kolelitiasis ve kasık fıtığının birlikte bulunduğu hastalarda her iki hastalıkta laparoskopik yöntemle tedavi edilebilir. Tecrübe arttıkça operasyon süreleri azalabilir.

PS - 26 TEP FITİK CERRAHİSİ ESNASINDA DUKTUS DEFERENS HASARI AÇIĞA GEÇMEK İÇİN ENDİKASYON MUDUR?!

SELİM BİROL, AHMET BEKİN

MALTEPE CEZA İNFAZ KURUMU DEVLET HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

TEP kasık fıtığı onarımı esnasında nadiren de olsa karşılaşılabilecek olan duktus deferens hasarı durumunda cerrahın startejisini belirlemek, onarımın şekline ve ameliyatın devam şekline karar verebilmek.

Gereç ve Yöntem:

18 yaşındaki erkek hastaya sağ indirekt kasık fıtığı tanısıyla elektif şartlarda TEP ameliyatı yapıldı. Komplikasyonsuz giden ameliyatta meshin preperitoneal alana yerleştirilmesinden önce sağ duktus deferensin tam kesildiği farkedildi. Bu aşamadan itibaren açık cerrahiye dönmek, duktus ve fıtık onarımını öyle tamamlamak veya duktus deferensin ekstra-korporal anastomozu sonrası fıtık onarımını TEP yöntemiyle tamamlamak seçebileceğimiz iki yol idi. Biz ikinci yola karar verdik.

Bulgular:

Sağ kasıktan dış halkaya denk gelen yerden 1 cm lik kesiyle duktus deferensin proksimal ucu batın duvarı dışına alındı, aynı kesiden sağ testis dışarı çıkartılarak duktusun distal ucu bulundu. Kesik duktus uçları uç-uca 6.0 prolene ile anastomoz edildi. Tüm aşamalar fotoğflanarak kaydedildi. Testis yerine yerleştirildi ve kesi onarıldı. Sağ kasık fıtığı TEP yöntemiyle planlandığı şekilde bitirildi.

Sonuç:

Hastanın taburcusu postop 1 günde tamamlandı, taburcu

sonrası komplikasyon görülmedi. Postoperatif 1 ay kontrolünde testiküler atrofi, hematoma ..vs. gibi komplikasyon görülmedi, spermiyogram sonucu normal aralıktaydı. Sonuç olarak TEP ameliyatı esnasında oluşan tam duktus hasarının açık kasık fıtığı cerrahisine geçmek için bir endikasyon olmadığı kanaatindeyiz.

PS - 27 ABDOMİNAL MEZENTERİK KİSTİK LENFANJİYOM; NADİR BİR KLİNİK ANTİTE

NAZİF ZEYBEK ¹, AYTEKİN ÜNLÜ ¹, YAŞAR SUBUTAY PEKER ¹, YÜKSEL BALDAN ¹, MEHMET GAMSIZKAN ², EMRAH ÖZCAN ³, ŞAHİN KAYMAK ¹, YUSUF PEKER ¹

¹ GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI, ANKARA

² GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI, ANKARA

³ GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI, ANKARA

Amaç:

Mezenterik kistik lenfanjiom (MKL) erken çocukluk çağıının nadir rastlanan benign bir antitesidir. Erişkinlerde çok nadir olarak rastlanmaktadır. Bu vaka sunumunda MKL'un değerlendirilmesi ve tedavisi ile ilgili olarak deneyimlerimizi literatür ışığında paylaşmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimize başvuran 23 yaşındaki erkek hastanın olgu sunumu.

Bulgular:

23 yaşında erkek hasta kliniğimize kronik abdominal ağrı ile başvurdu. Fizik muayenede ksifoidden pelvise kadar uzanan abdominal kitle ve abdominal distansiyon tespit edildi. Kan testleri, kist hidatik immunolojik testleri ve tümör markerları normal olarak değerlendirildi. USG, BT, MRI ile yapılan ileri radyolojik değerlendirilmede 28x22x12cm boyutlarında kistik kitle tespit edildi. Girişimsel radyoloji tarafından yerleştirilen perkutan drenaj kateteri ile 7 günde 7150 cc seröz vasıflı mayı drene edildi. Histopatolojik incelemede 'lenfositler içeren benign kistik lezyon' olarak değerlendirildi. Cerrahi, kateterden günlük drenaj 100cc'nin altına düştükten sonra gerçekleştirildi. Kateter intraoperatif olarak çekildi ve total kist eksizyonu yapıldı. Hastaya histopatolojik olarak MKL tanısı kondu. Hasta postoperatif 6. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi

Sonuç:

Bildirdiğimiz vaka, 28x22x12 cm boyutu ile literatürde bildirilen en büyük MKL vakasıdır. Bu tip dev abdominal kitlelere cerrahi yaklaşım pratikte oldukça zordur. Bizim önerimiz bu tip vakalara ince iğne aspirasyon biyopsisi yerine uygulanacak perkutan drenaj ile hem kesin tanı için daha fazla patolojik örnek elde edilebilir, hem de dev kitlenin boyutu küçültülerek daha kolay, komplikasyonsuz ve başarılı bir cerrahi sağlanabilir. Bizim önerimiz, bu tip dev kistik kitlelere onkolojik cerrahi planlanmıyorsa perkutan drenaj sonrasında laparoskopik olarak eksizyonudur.

PS - 28 ABDOMİNAL YAPIŞIKLIĞA BAĞLI OBSTRÜKTİF HASTALARDA LAPAROSKOPIK CERRAHİ.

HAKAN GÖK¹, EMEL ÖZVERİ¹, METİN ERTEM²

¹ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ,
İSTANBUL

²İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL
CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Sub-ileus ve ileus olgularında laparoskopik yaklaşım başarıyla uygulanmaktadır. Kliniğimizde; Ocak 2006 - Ağustos 2013 tarihleri arasında brid ileus nedeniyle ameliyat edilen 30 olgunun klinik sonuçlarını sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Ocak 2006 - Ağustos 2013 tarihleri arasında brid ileus nedeniyle 30 olguya laparoskopik yaklaşım uygulanmıştır. Hastaların 17'si kadın, 13'ü erkek ve yaş ortalaması 43,6 idi.

Bulgular:

Geriye dönük değerlendirmede bridektomi olarak isimlendirdiğimiz 10 olguda bir noktadan yapışıklık söz konusu idi. Çok sayıdaki yapışıklıklar yoğun adezyon olarak isimlendirildi. Olguların 20'sinde yoğun adezyon mevcuttu. Hastaların 2'si hariç diğerlerinde önceden geçirilmiş karın içi cerrahi girişim söz konusu idi. Bu iki olgudan birisinde konjenital olduğunu düşündüğümüz abdominal cocoon (koza) mevcuttu. Diğer olguda inflamatuvar pelvik hastalığa (PID) bağlı bridler vardı. Yine olguların 8'inde pelvik cerrahi (ooferektomi, histerektomi, sectio), 14'ünde apandektomi, 4 hastada kolon cerrahisi, 2 hastada da çeşitli girişimler söz konusu idi. Kronik karın ve pelvik ağrısı olan ve dönem dönem ileus atakları tarif eden 4 hasta, elektif olarak ameliyat edildi. Elektif ameliyat edilen 4 hasta hariç 26 olguda nazogastrik dekompresyon uygulandı. Kontrastı tolere edemeyen 4 hastada kontrastsız BT çekildi. Diğer olgularda kontrastlı BT ile yapışıklık lokalize edilmeye çalışıldı. 3 olguda tam obstrüksiyon söz konusundan nazogastrik dekompresyon ve ayakta direkt batın grafisi ile ameliyat yapıldı. Tüm hastalarda üç port tekniği uygulandı. Pelvik cerrahi uygulanmış olan hastalarda ilk giriş olarak göbek girişi, orta hat insizyonu bulunanlarda sol üst kadran ilk giriş olarak kullanıldı. Bir hasta hariç tüm hastalarda perkütan veress ile kör giriş uygulandı. Belirtilen bir hastada çocukluğunda geçirmiş olduğu travmatik splenektomi nedeniyle sol üst kadran açık teknikle girilerek port yerleştirildi. Hastalar, bacakları açık olarak masaya yatırıldı. Hastanın her iki yan tarafına yerleştirilen çift monitör kullanıldı. Cerrah eksplorasyonda bazen bacak arasında bazen de hastanın her iki yanında yer aldı. Batın ön duvarına olan yapışıklıklar ayrıldıktan sonra Treitz ligamanından başlanarak terminal ileuma kadar tüm ince barsaklar taranarak explore edildi. Aynı işlem en az iki defa tekrarlandı. Hiç bir olguda barsak açılması oluşmadı. İki olguda serozal açılmalar güvenlik açısından intrakorporeal sütürlerle onarıldı. 9 olguda güvenlik açısından dren uygulandı. Hiç bir hastada açığa geçiş olmadı.

Hastalar ortalama 3,3 gün hastanede kaldı. Hiç bir hastada postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Yine hastalarda flatus ortalama 1,6 günde, flatus sonrası sıvı gıda başlanan hastalarda yarı katı gıdaya geçiş ortalama postop 2. günde başladı. Tüm hastalarda 10 gün süreyle yarı katı gıda ile beslenme önerildi. Ortalama takip süresi 40,5 ay idi. Bu süre içinde komplikasyon ve nüks gözlenmedi.

Sonuç:

Geçirilmiş operasyonlara bağlı karın içi yapışıklıklar hiç azımsanmayacak sayıdadır. Yaşamları içinde bu hastalar defalarda ileus atakları ve kronik ağrı nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi edilmektedir. Açılan kapanan ataklarla seyreden ileus olgularında elektif koşullarda radyolojik görüntüleme sonrası uygulanan enterolizis işlemi laparoskopik olarak başarıyla uygulanabilmektedir. Deneyimli cerrahi ekip ve ekipmanla güvenle uygulanabilir.

PS - 29 AKUT ALT ABDOMİNAL AGRIDA BAYAN HASTALARDA TANISAL LAPAROSKOPİNİN ONEMİ

YÜKSEL ALTINEL¹, KADRİ GÜLEŞÇİ¹, DİDEM ERTORUL²

¹ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BAKANLIĞI EĞİTİM ARASTIRMA
HASTANESİ

²ORDU FATSA DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Akut alt abdominal ağrısı olan bayan hastalar genellikle non spesifik karın ağrısı bulguları ile acile başvururlardır. Radyolojik tanı tetkiklerinin kararsız kaldığı pelvik patolojilerde erken tanisal laparoskopi tanı, tedavi ve cerrahi strateji yönünden önem taşımaktadır. Kliniğimizde erken tanisal laparoskopi uyguladığımız bayan hastaların tanı ve tedavi etkinliği açısından sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

2012-2013 tarihleri arasında acile karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve tanisal laparoskopi uyguladığımız 4 bayan hastanın radyolojik tetkikleri(USG-BT), patolojik sonuçları, leukositoz, CRP, Alvarado Skor, hastane kalış süreleri, morbidite ve non spesifik karın ağrısının sürekliliği açısından elde edilen sonuçları değerlendirildi

Bulgular:

Yaklaşık 3-7 gündür süren pelvik bölgeye lokalize karın ağrısı tarifleyen, yaşları 28-48 (37) olan 4 bayan hastaya, cerrahi strateji ve insizyon yeri tayini amacıyla tanisal laparoskopi yapıldı. Hastanede kalış süreleri 3-10 (6) gün olan hastalar sorunsuz taburcu edildi. Sadece 1 hastada omentum torsiyonu tespit edilen akut batın bulguları olan hastanın taburculuğu sonrası bir kez ileus atağı oldu. Herhangi bir başka komplikasyon izlenmedi. Alvarado skor: 4-8 (6), CRP: 0,3-0,7mg/dl (0,4), Leukositoz: 9000-12.000 x10³ (10.500), TİT: eritrosit, lökosit ++/-- USG ' iki hastada pelvik sıvı ve diğerleri normal olarak izlendi. Abdomen BT ' de özellikle sağ kolonda duvar kalınlaşması ve pelvik

sıvı, jejunal anlarda genişleme ve pelvik sıvı, sağ kolon yağ dansitesinde artış ve özellikle izlenmediği şekilde yorumlanmıştır.

Sonuç:

Sağ alt kadrana lokalize non spesifik karın ağrısı olan bayan hastalara yaklaşım eskiden genellikle 'bekle ve gör' veya açık apendektomi yapılmasıydı. Radyolojik tanı yöntemlerinin kesin teşhis veremediği akut batın bulgularının geliştiği veya klinik tablonun kötüleştiği durumlarda tanısız laparoskopi cerrahi strateji için çok yardımcıdır

PS - 30 AKUT APANDİSİTTE APENDİKS PATLAMA BASINCINDA ÜÇ YÖNTEMİN KIYASLANMASI, PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

ROJBİN KARAKOYUN DEMİRCİ , ARİF ASLANER , UMUT RIZA GÜNDÜZ , BARIŞ RAFET KARAKAŞ , MANİ HABİBİ , ŞÜKRÜ ÖZDEMİR , GÜVENÇ CANTILAV , OSMAN ZEKAİ ÖNER , NURULLAH BÜLBÜLLER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Akut apandisit sık rastlanılan akut batın acillerindedir. Apandiks güdük kaçağı rastlanılan önemli ve nadir komplikasyonlarından biridir. Biz bu randomize prospektif çalışmamızda üç farklı yöntemi kıyaslayarak apendiks patlama basınçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2013 ve Ağustos 2013 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde akut apandisit tanısıyla laparoskopik apendektomi uygulanan 24 hasta üç gruba ayrılarak çalışmaya dahil edilmiştir. Perfore, plastrone ve absesi olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Apendektomi yapıldıktan sonra apendiks piyesi proksimali Enseal bipolar doku kapatıcı, tek ve çift vicryl suture ile kapatılmıştır. Apendiks distal ucundan iki adet kateter ile kanüle edilip bir ucu devamlı manometre ile monitorizasyon , diğeri metilen mavisi infüzyonu için kullanıldı ve her üç grubun patlama basınçları kaydedildi.

Bulgular:

Ortalama apendiks patlama basınçları Enseal grubunda (Grup 1) 212mmHg, tek vicryl suture grubunda (Grup 2) 205mmHg ve son olarak da çift vicryl suture grubunda (Grup 3) 225 mmHg olarak bulunmuştur. Patlama basınçları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sonuç:

Sonuç olarak her üç grup ele alındığında patlama basınçları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmadı. Her üç yönteminde aynı düzeylerde koruyucu olduğu öne sürmekle birlikte daha fazla randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

PS - 31 AKUT BİLİYER PANKREATİTTE ERKEN LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, ÖMER FARUK ÖZKAN¹, SERKAN ADEMOĞLU¹, HASAN ALİ KIRAZ², MUAMMER KARAAVVAZ¹

¹ ÇANAKKALE ON SEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

² ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

Amaç:

Akut pankreatit, şiddetli karın ağrısı ve gastrointestinal semptomların eşlik ettiği kan ve idrarda pankreas enzimlerinin yükselmesiyle seyreden pankreasın inflamasyonudur. Etiyolojisinde bazı kaynaklara göre alkolün önemli yer tuttuğu bildirilse de bilier kaynak günümüzde halen en önemli etyolojik faktör olarak görülmektedir. Akut bilier pankreatit (ABP) nedeniyle tedavi edilen hastalarda halen tartışmaları devam eden diğer bir konu ise safra kesesi ameliyatının zamanlamasıdır. Çalışmamızda akut bilier pankreatit nedeniyle tedavi edilen hastalarda erken dönemde laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastaları sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2012 – Ağustos 2013 tarihleri arasında APB nedeniyle yatırılan , klinik ve laboratuvar bulguları düzeldikten sonra taburcu edilmeden laparoskopik kolesistektomi yapılan 16 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, laboratuvar bulguları, ultrasonografi (USG), MRCP ve ERCP sonuçları ameliyat süresi, açığa geçme, morbidite , mortalite ve postoperatif hastanede yatış süreleri kaydedildi.

Bulgular:

Akut Pankreatit nedeniyle yatan 16 hastanın 7 si erkek, 9 kadın olup hastaların yaş ortalaması 57.3'tü. Ranson skor ortalaması 1.2'ydi. Ultrasonografik açıdan değerlendirildiğinde hastaların 12 (%75)' sinde multipl kalkül, 2 (%12.5)'sinde safra çamuru, 2 (%12.5)'sinde tek kalkül saptandı. Laboratuvar ve klinik olarak safra yollarında patoloji olduğu düşünülen 8 hastaya MRCP çekildi. MRCP'de kalkül saptanan iki hasta ERCP sonrası opere edildi (Tablo 1). Tüm hastalarda standard laparoskopik kolesistektomi işlemi 4 portla başlandı. 1(%) hastada preop saptanamayan kolesistoduodenal fistül nedeniyle operasyonda açığa geçilerek bitirildi. Postoperatif hastaların ortalama yatış süresi iki gündür (Tablo 1).

Sonuç:

Yapılan çalışmalarda akut pankreatitte erken ve geç dönemde yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatında komplikasyonlar ve açığa dönme sıklığı açısından farklılık olmadığı belirtilse de, geç dönemde operasyon planlanan hastalarda rekürren pankreatit oranların %25'e kadar çıktığı belirtilmektedir. Her ne kadar erken dönem laparoskopik kolesistektomilerde operasyon süresi ve anatomik yapıların ortaya konmasında güçlükler olsa da, akut pankreatit sonrası

erken dönemde kolesistektominin rekürren pankreatit ataklarını önleyen, daha etkin bir tedavi seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

PS - 32 AKUT BİLİYER PANKREATİTTE ERKEN VE GEÇ DÖNEM LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

MEHMET ESAT DUYMUŞ, ABDULLAH DURHAN, FATİH ASLAN, YUSUF MURAT BAĞ, VEYSEL GARANİ SOYLU, FERUDUN KAYA, ABDULLAH BULGURCU, METE CANPOLAT

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Akut biliyer pankreatitli (ABP) olgularda erken ve geç dönem laparoskopik kolesistektomi (LK) sonuçlarımız retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada hastaların demografik özellikleri, yapılan ameliyat türü, ameliyat süreleri, açık ameliyata geçme oranları, komplikasyonlar, mortalite ve hastanede yatış süreleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimize Temmuz 2012 – Haziran 2013 tarihleri arasında akut bilier pankreatit tanısı ile başvuran ve tedavisi için laparoskopik kolesistektomi uygulanan toplam 23 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgular erken (grup –1) ve geç (grup-2) LK şeklinde iki gruba ayrıldı. ABP atağının başlangıcından itibaren ilk 10 gün içinde ameliyat edilen hastalar erken, 6-8 hafta sonra yapılanlar ise geç LK olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Toplam 23 hastanın 17'si (%74) kadın 6'sı (%26) erkek idi. 13'ü grup-1(%57), 10'u (%43) grup-2 idi. Grupların kadın erkek oranı grup-1 'de: 10/3 grup-2'de: 7/3 idi. Grup-1'deki 10 (%77) hastaya başarılı bir şekilde LK uygulanırken, 3 (%23) hastada açığa geçilmiştir. Açığa geçme nedenleri bir hastamızda mirizzi sendromu iken diğer ikisinde akut enflamasyona bağlı diseksiyon güçlüğü ve yapışıklık idi. Grup-2 'deki 9 (%90) hastaya başarılı şekilde LK uygulanırken 1 (%10) hastada ise kolesistoduodenal fistül nedeni ile açığa geçilmiştir. Açığa geçme oranları grup-1 'de anlamlı olarak daha fazla saptandı. (p<0.05). Post-operatif hastanede yatış süreleri grup-1 'de 5,92 gün, grup-2'de 2,5 gün olarak saptanmış olup istatistiksel olarak fark saptanmıştır (p<0.05). Ameliyat süreleri ise grup-1'de 81,8, grup-2 de 73,4 dakika olarak ölçülmüş olup anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Sonuç:

Bu çalışmada; grup-1'de özellikle akut enflamasyona bağlı diseksiyon güçlüğü ve yapışıklık nedeni ile açığa geçme anlamlı olarak daha fazla bulunmuş olup operasyon zamanı ve mortalite açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Post-operatif hastanede yatış süresinin ise grup-1 de anlamlı olarak daha uzun olduğu görülmüştür. Bu çalışmadan elde ettiğimiz verilere dayanarak, akut pankreatit tablosu geriledikten sonra, iyileşmeyi takiben yapılacak laparoskopik

kolesistektominin güvenle uygulanabildiği, hastaları daha sonra gelişecek akut pankreatit ataklarından ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonlardan koruduğu sonucuna varıldı.

PS - 33 AKUT KOLESİTİT SEBEBİYLE YAPILAN LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE AÇIĞA GEÇİŞ ORANLARI TECRÜBE İLE AZALTILABİLİR

BURHAN MAYİR, CEMAL ÖZBEN ENSARİ, TUĞRUL ÇAKIR, NURULLAH BÜLBÜLLER, MEHMET TAHİR ORUÇ

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Akut kolesistit tedavisinde geçmişte medikal tedavi sonrası elektif kolesistektomi standart yaklaşım idi. Eğer hastada DM tanısı varsa ya da medikal tedaviye rağmen kolesistit bulguları gerilemediyse erken dönemde kolesistektomi uygulanmakta idi. Günümüzde ise laparoskopik cerrahideki tecrübelerin artması ile birlikte bu hastalarda erken dönemde laparoskopik kolesistektomi (LK) yapılmaya başlanmıştır. Fakat akut kolesistitte LK'de açığa geçiş oranı kolesistit olmayan hastalara göre yüksektir. Bu çalışmada akut kolesistit tecrübe ile açığa geçiş oranları arasındaki bağlantı araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya tek hekim tarafından akut kolesistit tanısıyla LK amaçlı cerrahi girişiminde bulunulan, laparoskopik tamamlanan veya açığa geçen hastalar dahil edildi. Hastalarda kolesistektomi endikasyonu medikal tedaviye rağmen kolesistit bulgularının gerilememesi ve hastada DM tanısı olması idi. Bu endikasyonlar dışındaki akut kolesistitli hastalar medikal tedavi ile tedavi edilerek elektif kolesistektomi planlandı.

Bulgular:

Akut kolesistit tanısıyla LK amaçlı cerrahiye alınan toplam 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta yaşları 27-85 (ort: 56,6) arasında idi. Hastaların 20'si (%66,7) bayan, 10'u (%33,3) bay idi. Toplamda 30 hastanın 9'unda açığa geçildi. İlk 10 vakada açığa geçme oranı % 50 iken, sonraki 20 vakada açığa geçme oranı % 20 idi (p=0,037).

Sonuç:

Akut kolesistektomide safra kesesi hidropik, ödemli, duvar kalınlığı artmış olduğu için, bazen de enfeksiyona bağlı yoğun yapışıklıklar olduğu için LK zor olabilmektedir ve açık kolesistektomiye göre daha yüksek açığa geçiş oranları vardır. Yine bu sebeplere bağlı olarak ta akut kolesistektomide komplikasyonların açık kolesistektomiye göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Literatürde komplike olmayan safra kesesi taşı sebebiyle yapılan LK'da açığa geçiş oranları % 3-7 iken akut kolesistit sebebiyle yapılan LK'da açığa geçiş oranları % 15-25'dir. Fakat tecrübe ile akut kolesistektomi için yapılan LK'de açığa geçiş oranları azaltılabilir. Çalışmamızda ilk 10 vakanın 5'inde açığa geçilmişken sonraki vakalarda açığa geçiş oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmış ve literatürle uyumlu olarak

bulunmuştur. Çalışmamızda akut kolesistektomide açığa geçiş oranları bazı serilere göre biraz yükseklik göstermektedir. Bu hasta seçimi ile ilgilidir. Çünkü bu çalışmadaki hastaların tümü medikal tedaviye cevapsız hastalar ve ya DM tanısı bulunan hastalardır. DM tanısı bulunan hastalarda da enfeksiyon daha ciddi seyretmektedir. Bu seride bu endikasyonlar dışında akut kolesistit tanısıyla operasyon yapılmamıştır. Sonuçta daha ciddi enfeksiyonlarda cerrahi yapıldığı için açığa geçme oranları yüksek olarak görülmektedir. Akut kolesistitte endikasyon yaklaşımları farklı olsa da bu hastalarda LK yapılabilir, açığa geçme oranları tecrübenin artması ile birlikte azaltılabilir.

PS - 34 AMELİYAT ENDİKASYONU KONULMUŞ ELEKTİF HASTALARIN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİYE UYGUNLUĞUNUN BELİRLENMESİ

ERDEM KARADENİZ , BÜNYAMI ÖZOĞUL , MEHMET İLHAN YİLDIRGAN , ABDULLAH KISAOĞLU , SABRİ SELÇUK ATAMANALP

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ERZURUM

Amaç:

Kolelitiazis için seçkin tedavi yöntemi olan laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında, ameliyat esnasında hasta parametrelerini değerlendirerek, ameliyatın zorluk derecesini belirleyebilmeyi ve gelişebilecek komplikasyonları azaltmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı' na başvuran ve kolelitiazis tanısı ile laparoskopik kolesistektomi planlanan 50 hasta dahil edildi. Bu hastaların ameliyat öncesi yaşları, cinsiyetleri, manyetik rezonans kolanjiopankreatografi çekilerek safra kesesi hacimleri, en uzun boyutları, duvar kalınlıkları, içerisindeki taş sayıları ve en büyük taş ebatları, sistik kanal uzunlukları son olarak ta ameliyat öncesi endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi öyküsü olup olmadığı kaydedildi. Hastaların ameliyat zorluk derecesini belirlemek amacıyla, ameliyat süreleri, ameliyatta kullanılan trokar sayısı, Callot diseksiyon zorluğu, yatak diseksiyon zorluğu, intraoperatif safra yolu yaralanması, kanama miktarı, intraoperatif kese perforasyonu, dren konulması ve açık prosedüre geçme parametreleri esas alınarak puanlama sistemi oluşturuldu. Ameliyat öncesi verilerin ameliyat puanları ile istatistiksel ilişkisi araştırıldı.

Bulgular:

Yaş, cinsiyet, safra kesesi duvar kalınlığı, kese içerisindeki taş sayısı, kese içerisindeki en büyük taş ebadı, sistik kanal uzunluğu ve endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi öyküsü ile ameliyatın zorluk derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05). Hacmi 30 cm³ ün üzerinde olan safra keselerinde veya en uzun boyutu 40 mm'nin üzerinde

olan safra keselerinde hacim veya en uzun boyut ile ameliyatın zorluk derecesi arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu (p<0.05).

Sonuç:

Hacmi 30 cm³ ün üzerinde olan safra keselerinde veya en uzun boyutu 40 mm'nin üzerinde olan safra keselerinde hacim veya en uzun boyut arttıkça ameliyatın zorluk derecesinin arttığı bulundu. Bu ölçülerin üzerindeki safra keselerinde, laparoskopik ameliyatlarda daha dikkatli olunmasının, gelişebilecek komplikasyonları azaltmada etkili olacağı kanaatine varıldı.

PS - 35 BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDEKİ LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ DENEYİMLERİ: 65 OLGU

BÜLENT ÇALIK , MUHARREM KARAOĞLAN , LEVENT UĞURLU , EYÜP KEBAPÇI , CEM TUĞMEN , CENGİZ AYDIN , GÖKHAN AKBULUT

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Apendektomi, Mikulicz'in 1884'de ilk apendektomi tekniğini tarif etmesinden bu yana cerrahinin tarihsel gelişimi içinde akut apandisit hastalığı için en radikal çözümlerden biri olarak yerini almış ve yıllardır son derece düşük mortalite ve morbidite ile gerçekleştirilmiştir. Tüm laparoskopik cerrahi uygulamalarında temel amaç cerrahi prensiplerden ödün vermeden hastanın kozmetik beklentilerini karşılamak ve postoperatif konforunu arttırmaktır. Laparoskopik apendektominin klasik insizyonlara göre avantajlarından biride tüm karın eksplorasyonunun yapılabilmesidir. Bu çalışmamızda laparoskopik apandektomi deneyimlerimizi sunmayı ve yöntemin güvenilirliğini göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 2010 ile nisan 2012 tarihleri arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan laparoskopik apendektomi olguları retrospektif olarak incelendi. Değerlendirmede yaş, cinsiyet, yatış süresi, komplikasyonlar, ameliyat bulguları, patoloji raporları, labaratuvar bulguları ve görüntüleme yöntemleri dikkate alındı.

Bulgular:

Hastaların 35'i(%53,85) erkek 30'u(%46,15) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 30,73'dü. Hastanede kalış süresi ortalama 2,15 gündü. Ortalama lökosit sayısı 13,3 K/uL, ortalama nötrofil sayısı 9,9 K/uL olarak bulundu. Bir hastada gangrene ve perfore apandisit nedeniyle açığa geçildi. Bir hastada eş zamanlı over kist rüptürü, bir hastada kanamalı over kist rüptürü mevcuttu. İki hastada plastrona gitmekte olan apandisit mevcuttu. Alt hastada postoperatif dönemde cerrahi alan enfeksiyonu gelişti. Mortalite saptanmadı. Patoloji sonuçlarında 24 hastada akut apandisit, 22'sinde flegmonöz apandisit, 12'sinde perfore apandisit, 4'ünde gangrene apandisit, 1'inde kronik apandisit, 1'inde lümeni fekalom ile dolu apandiks, 1'inde reaktif lenfoid

hiperplazi gösteren apandiks saptandı. Görüntüle yöntemi olarak 58 hastada USG, 4 hastada USG+BT, kulanıldı. 3 hastada herhangi bir görüntüleme yöntemine başvurulmadı.

Sonuç:

Laparoskopik teknolojinin ilerlemesiyle paralel olarak laparoskopik apendektomi giderek artan sıklıkta yapılmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde ise standart bir yöntem haline gelemediği için endikasyonlarını belirlemede cerrahların kişisel tercihleri ön plana çıkmaktadır. Açık apendektomi yöntemi uzmanlık eğitiminin başından itibaren en sık yapılan ameliyat olmakta ancak laparoskopik apendektomi için özel bir eğitim süreci gerekmektedir. Bizim çalışmamız laparoskopik apendektominin oldukça güvenilir bir yöntem ve açık apendektomi için iyi bir alternatif olduğunu göstermektedir. Hastane yöneticilerinin de desteği ve teşviği ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki laparoskopik apendektomi ameliyatlarının sayısının artması gerektiğini düşünmekteyiz.

PS - 36 GASTRİK SCHWANNOMADA LAPAROSKOPİK CERRAHİ: İKİ OLGU

MUSTAFA TÜKENMEZ, NİHAT AKSAKAL, UMUT BARBAROS, ORHAN AĞCAOĞLU, NURULLAH SEYHUN, MAHMUT MÜSLÜMANOĞLU, VAHİT ÖZMEN, ABDULLAH İĞCİ, AHMET DİNÇÇAĞ, SELÇUK MERCAN

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Schwannomalar bir çeşit nörojenik tümördür. Genellikle merkezi ve periferik sinir kaynaklı ve benignidirler. Gastrointestinal sistemde nadiren gelişirler. Mide schwannomaları mide tümörlerinin % 0.2 sini oluşturmaktadır. Laparoskopik parsiyel gastrektomi ile tedavi ettiğimiz iki gastrik schwannoma olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu 1:

53 yaşında kadın hasta, bir yıldır olan karında ele gelen kitle şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede epigastrik bölgede kitle palpe edilmekteydi. Batın tomografisinde mide korpusta mide duvarı kaynaklı yaklaşık 8 cm kitle mevcuttu. Gastroskopide mide mukozası normaldi. Hastaya laparoskopik parsiyel gastrektomi yapıldı. Ameliyat sonrası 3. Gün sorunsuz taburcu edildi.

Olgu 2:

62 yaşında kadın hasta, karın ağrısı midede yanma şikayetleri nedeniyle yapılan gastroskopi ve endoskopik ultrasonografisinde mide korpus fundus bileşkesinde yaklaşık 2 cm lik alanda noduler lezyon saptandı. Batın ultrasonografisinde safra kesesinde multipl milimetrik kalkül mevcuttu. Hastaya laparoskopik parsiyel gastrektomi ve laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Ameliyat sonrası sorunsuz taburcu edildi.

Bulgular:

iki hastanın piyesinin histopatolojik incelemesi schwannom

olarak rapor edildi. İmmunfenotipik bulgular; S-100(+), SMA(-), Desmin(-), C-kit(-), CD34(-) idi. Birinci olgunun tümör çapı:7,5 cm ikinci olgunun tümör çapı: 2,1cm idi.

Sonuç:

Gastrik schwannomada hastalar genellikle asemptomatiktir, muayene ve tetkikler esnasında tespit edilir. Karın ağrısı ve karında şişlik belirtileri ile ortaya çıkabilir. Gastrik schwannomaların tanısında gastrointestinal sistem endoskopisi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, endoskopik ultrasonografi yararlıdır. Malign schwannomalar oldukça nadir görülür. Lenf nodu metastazı yapmazlar, karaciğer ve peritona yayılabilirler. Primer tedavisi cerrahidir. Kemoterapi ve radyoterapi etkisizdir. Günümüzde minimal invaziv cerrahi ameliyat sonrası daha az ağrı olması, hastanede kalış süresinin daha kısa olması ve hastaların gündelik yaşamlarına daha erken dönmeleri gibi sebeplerden dolayı tercih edilmektedir. Gastrik schwannomalı hastalarda laparoskopik parsiyel gastrektomi uygun endikasyonda güvenle yapılabilir.

PS - 37 KİST HİDATİĞE BAĞLI SAFRA FİSTÜLLERİNDE ERCP

KENAN BÜYÜKAŞIK, HASAN BEKTAŞ, AZİZ ARI, MEHMET BAKI DOĞAN, AYHAN GÜNEYİ, ŞÜKRÜ ÇOLAK, MEHMET EMİN GÜNEŞ

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Kist Hidatik olgularının büyük bir kısmı komplike olmayan bir seyir gösterirler ve tedavi yönetimi genellikle kolaydır. Ancak bazı olgular komplike hale gelerek biliyer sistemle iştirakli olur. Bu iştirakin büyüklüğüne bağlı olarak olgular ; semptomsuzdan başlayarak ürtiker ,sarılık ,kolanjit ,kolesistit , karaciğer absesi ,pankreatit ve sepsisemiye kadar değişen klinik tablolarla karşımıza çıkabilirler. Major rüptürler yüksek morbidite ve mortaliteyle sonuçlanabilir. Bu çalışmamızın amacı ; safra yollarına açılan kist hidatik olgularında ERCP nin tanıs ve tedavi edici değerini analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem:

2010-2011 tarihleri arasında Karaciğer Kist Hidatği operasyonu sonrası safra fistülü gelişen yada safra yolları ile iştirakli olan klinik bulgular radyolojik ve biyokimyasal veriler sonucunda ERCP yapılan 4 ü kadın toplam 12 hasta irdelenmiştir. Tüm hastalara Endoskopik Sfinkrotomi yapılmış olup , basket ve balon katater yardımıyla koledok eksplorasyonu ve gerektiğinde safra drenajını sağlamak için endoprotez uygulanmıştır.

Bulgular:

Hastaların ortalaması 38.16 idi. 6 olguda karaciğer kist hidatik operasyonu sonrası safra fistülü 6 olguda ise karaciğer kist hidatik hastalığının safra yolları ile iştirakli mevcuttu. 7 hastada ERCP işleminde kontrast madde safra yolları dışına ekstravaze oldu . 3 olguda koledoktan kiz vezikül ve germinatif membran

ekstravaze edildi.2 hastada 2 ser kez olmak üzere 14 ercp girişimi uygulandı.Tüm olgulara endoskopik sfinkterotomi uygulandı. Olgularda iyileşme 1-25 gün içerisinde oldu.Tüm olgular taburcu olmalarını takiben en kısa 6 ay en uzun 2 yıl olmak üzere takip edildiler ve hiçbirinde nuks olmadı.

Sonuç:

Karaciğer kist hidatiklerinde lokal invazyonlara bağlı olarak biliyer sistemle kist ilişkisi %5-25 arasında verilmektedir.Bu olguların operasyonlarından sonra ise fistül oluşumu %4-7 arasındadır.Bu tür riskli hastalarda cerrahi girişimler striktürlere ve anatominin bozulmasına neden olabilir , hastanede kalış süresini , morbiditeyi ve mortaliteyi artırır. Bu nedenle endoskopik yöntemlerle (ERCP) uygulanacak dekompresyon hastanede kalış süresini , morbidite ve mortaliteyi azaltan , aktif hayata hızlı dönmeyi hızlandıran ve ayrıca maliyetleri düşüren altın bir yöntem olarak önemini korumaktadır.

PS - 38 KİST HİDATİK TEDAVİSİNDE YENİ BİR YÖNTEM: LAPAROSKOPİK PAİR-D

ALİ UZUNKÖY

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ŞANLIURFA

Amaç:

Kist hidatik hastalığı ülkemizin bazı bölgelerinde hala önemli bir saplık problemidir. Tedavisinde genellikle açık cerrahi girişimler uygulanmakla birlikte, son yıllarda lokal veya genel anestezi altında ve ultrasonografi eşliğinde perkütan olarak da tedavi edilebilmektedir. Ancak olguların bir kısmı bu tedaviye uygun değildir ve açık cerrahi gerektirmektedir. Burada klasik açık ve laparoskopik cerrahi yöntemlere alternatif olan minimal invaziv bir yöntem olan PAİR-D (perkütan aspirasyon, irrigasyon, reaspirasyon ve drenaj) tanımlanmakta ve ilk sonuçları sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

2008-2013 yılları arasında, ultrasonografi eşliğinde PAİR-D için uygun olmayan veya bu işlemin başarısız olduğu Tip1, Tip 2 ve seçilmiş Tip 3 karaciğer kist hidatikli olgulara çalışmaya alındı. Tüm olgulara işlemden 2 hafta önce profilaktik albendazol tedavisi başlandı. İşlem genel anestezi altında 14 mmHg basınçlı pnömoperituan ve 3 veya 4 trokar girişi ile gerçekleştirildi. Verres iğnesi laparoskopik görüş altında en az 1 cm.lik karaciğer dokusundan geçecek şekilde kist lojuna girildi. Bazı olgularda yapışıklıklar veya kist lokalizasyonu nedeniyle Verres girişinin peroperatif ultrasonografi eşliğinde yapıldı. Verres iğnesine üçlü musluk bağlanarak kist içeriğinin tahmini en az üçte biri boşaltıldı. Kist içeriğinin safralı olup olmadığı değerlendirildi. Kist lojuna alınan kist sıvısından biraz daha az olmak üzere skolosidal solüsyon (%10 povidon iyodin veya hipertonic salin solüsyonu) verildi. 10 dakika kadar beklendikten sonra kist sıvısının tamamı aspire edildi ve içi tekrar skolosidal solüsyonla dolduruldu. Bu işlem iki veya üç kez tekrarlandıktan sonra kist içeriği tamamen aspire edildi. Verres iğnesi çıkarılıp, kistin domuna gelecek şekilde 10 mmlik trokar girildi. Laparoskopik

görüş altında ve çift aspiratör eşliğinde ve grasperlerin yardımı ile, trokar direk kist içine girildi. 10 mmlik bir aspiratör ile, kistin en üst seviyesinden kist kavitesine girilerek kist içeriğinin kalanı aspire edildi. Daha sonra, laparoskopla girilerek kist kavitesi kontrol edildi. Kist kavitesine ve karaciğer altına 2 dren konulup işlem sonlandırıldı. Postoperatif 3 -6 ay albendazol tedavisine devam edildi

Bulgular:

Çalışmaya alınan 12 olgunun 7'sinde Tip1, 3'ünde tip 2 ve 2'sinde Tip 3 kist hidatik mevcuttu. 4 olguya daha önce ultrasonografi eşliğinde PAİR-D uygulanmıştı. Bir olguda kist lojunda abse gelişmişti. Bir olgu ise nüks kist hidatik idi. 5 olguda yapışıklıklar veya kist lokalizasyonu nedeniyle Verres girişi peroperatif ultrasonografi eşliğinde yapıldı. Bir olguda işlem başarısız oldu ve açık konvansiyonel cerrahi yönetime geçildi. Bir olguda kist lojunda koleksiyon gelişti ve US eşliğinde drene edildi.

Sonuç:

Laparoskopik PAİR-D yöntemi, ultrasonografi eşliğinde kist hidatiğin perkütan drene edilemediği olgularda, açık cerrahiye alternatif olabilecek minimal invaziv bir işlemdir.

PS - 39 KOLESİSTEKTOMİ SONRASI PATOLOJİK BULGULAR

ŞÜKRÜ ÇOLAK, SAVAŞ BAYRAK, EKREM ÇAKAR, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ, AYHAN GÜNEYİ, HASAN BEKTAŞ

İSTANBUL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Günümüzde cerrahi kliniklerinde yapılan operasyonlar içerisinde kolesistektomi operasyonu çok büyük bir ağırlık oluşturmaktadır. Daha önceki dönemlerde konvansiyonel yöntem ile kolesistektomi yapılırken laparoskopinin kullanıma girmesi ile şu anda laparoskopik kolesistektomi altın standart haline gelmiştir. Safra kesesinde insidental olarak taş tespit edilen hastaların opere edilmesi tartışılırken biz burada Ocak 2005– Aralık 2012 tarihleri arasında herhangi bir nedenle kolesistektomi yaptığımız hastaların patoloji piyes sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2005 -Aralık 2012 tarihleri arasında S.B İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniklerinde 7542 hastaya kolesistektomi operasyonu uygulandı.

Bulgular:

Kolesistektomi endikasyonları, safra kesesi taşı, safra kesesi polipi ve safra kesesi tümör şüphesi idi. Bu hastaların 6433'üne laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Diğer 1109 hastaya konvansiyonel yöntemle kolesistektomi uygulandı. Tüm hastaların operasyon sırasında çıkarılan safra keseleri patolojik incelemeye gönderildi. Hastaların 101'inde düşük dereceli displazi, 18'inde yüksek dereceli displazi, 1 hastada hem

düşük dereceli hemde yüksek dereceli displazi tespit edildi. Hastaların 21'inde safra kesesi tm, 4 ünde adenom tespit edildi. Bu hastaların 46'sında aynı zamanda metaplazi tespit edildi. Bu toplamı 145 hastanın 105'ine laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştı. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların 2 tanesi safra kesesi tm idi.

Sonuç:

Displazi ve insitu karsinomun safra kesesi karsinomlarının öncü lezyonları olduğu düşünülmektedir. Displazi ve in situ karsinom genellikle taş ile birlikte. Çoğunlukla beraberinde plorik veya intestinal metaplazi gösteren anormal mukoza alanları bulunur. Displazi ve in situ karsinomlar nadiren klinik olarak preoperatif tanı alabilirler. Genellikle rastlantısal olarak histolojik inceleme sırasında tanı alırlar. Genel cerrahi pratiğinde en sık uygulanan bu ameliyatın patoloji sonuçlarının gerekli ilgiyi görüp bu bakış açıyla değerlendirilmesinin uygun olduğunu düşünüyoruz.

PS - 40 KLOREKTAL KANSERLERDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMİMİZ

NURAY AYPER ÖNGEN, ŞÜKRÜ ÖZDEMİR, MANİ HABİBİ, İSMAİL GÖMCELİ, ÜMİT KOÇ, ARIF ASLANER, MEHMET TAHİR ORUÇ, NURULLAH BÜLBÜLLER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, ANTALYA

Amaç:

Laparoskopik cerrahinin yaygın kullanımıyla birlikte laparoskopik cerrahi birçok açık cerrahi ameliyata alternatif olmaktadır. Hastanede kalış süresinin kısa olması, postoperatif ağrı düzeyindeki azlık, günlük aktivitelere dönüşün daha hızlı olması, cerrahi travma miktarının az olması, insizyon oranının daha az olması ve gastrointestinal fonksiyonların geri kazanım süresinin az olması nedeniyle laparoskopik cerrahi daha çok tercih edilen bir prosedür haline gelmiştir. Kolorektal kanserlerin tedavisinde teknolojik gelişmelerin paraleli dahilinde laparoskopik cerrahi giderek daha popüler hale gelmiştir. Birçok prospektif randomize çalışma bu işlemin açık cerrahi kadar güvenli uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Bu çalışmamızda kolorektal kanser nedeni ile laparoskopik cerrahi uygulanan hastaların sonuçları bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Ağustos 2009 ve Temmuz 2013 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeni ile laparoskopik cerrahi uygulanan 27'i erkek 18'i bayan olmak üzere toplam 45 hasta retrospektif olarak ameliyat öncesi evreleri, neoadjuvan tedavi alıp almamış olması, cerrahi sınırların durumu, disseke edilen lenf nodu sayısı ve metastatik lenf nodu sayısı açısından değerlendirildi.

Bulgular:

45 hastanın 37'i kolon kanseri ve 8'i rektum kanseri idi. Hastaların ortalama yaşı 67,1 (37-81) idi. Hastaların 27'i erkek, 18'i bayandı. Tanı alan 12 hastaya sağ hemikolektomi, 6 hastaya

sol hemikolektomi, 4 hastaya sigmoid kolektomi, 8 hastaya anterior rezeksiyon, 1 hastaya abdominoperineal rezeksiyon, 14 hastaya da low anterior rezeksiyon uygulandı. 8 hastada açık cerrahiye geçildi. Bu hastalardan 4'ünde komşu organ tutulumu olması, 1'inde stapler uygulamasında teknik problem olması, 2'inde üreter yaralanması, 2 hastada ise kanama nedeniyle disseksiyon planının belirsizleşmesi mevcuttu. Postoperatif açık cerrahi ile benzer komplikasyonlar saptandı. 2 hastada postoperatif ileus gözlemlendi. Bu hastalardan 1'i ileus nedeniyle 1 den çok kez hospitalize edildi, tıbbi tedavi ile düzeldi. İlerleyen dönemlerde ileus atağı gözlenmedi. 1 hastada anastomoz kaçağı saptandı. 1 hastada suprapubik insizyon hattında yara yeri enfeksiyonu gözlemlendi. Antibiyoterapi ve drenaj ile iyileşti. Hiçbir hastada mortalite görülmedi. Çıkarılan spesmenlerin patolojik incelemesinde çıkarılan lenf nodu sayısı 0-30 (ortalama 10.9) bulundu.

Sonuç:

Kolon ve rektum kanserlerinin tedavisinde laparoskopik cerrahi açık cerrahiye eşdeğer onkolojik sonuçlar ile güvenle uygulanabilmektedir. Ancak laparoskopik kolorektal cerrahinin düşük morbidite ve mortalite ile yapılabilmesi için deneyimli merkezlerde veya deneyimli cerrahların gözetiminde yapılmasının daha uygun olacağı ve öğrenme eğrisinin uzun olduğu anlaşılmıştır.

PS - 41 LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ DENEYİMİMİZ ; 114 VAKA

SEMİH HOT, BERK GÖKÇEK, METİN YEŞİLTAŞ, TÜRKER ACEHAN, TUNA GELDİGİTTİ, UFUK ARSLAN, SERVET RÜŞTÜ KARAHAN, TAYFUR YAĞCI

İSTANBUL OKMEYDANI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Bu çalışmada son 18 aydaki laparoskopik apendektomi olgularımızı; klinik özellikleri, yaklaşım, tanı yöntemleri ve patoloji sonuçlarına göre retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Şubat 2012 ile temmuz 2013 tarihleri arasındaki laparoskopik apendektomi yapılan olgular demografik özellikleri, fizik muayene bulguları, lökosit değeri, USG'nin tanıdaki etkinliği, operasyon süresi, hastanede kalış süreleri, patoloji sonuçları, yara yeri enfeksiyonu, intraabdominal abse, postoperatif ileus, ateletaksi ve enterokutan fistül gibi komplikasyonlar incelendi.

Bulgular:

Çalışmaya 114 (60 erkek, 54 kadın) olgu dahil edildi. Yaş ortalaması 31 (15 – 74) idi. Hastalarının ortalama ameliyat süresi 64.4 dakika, ortalama postoperatif hastanede yatış süresi 2,28 gün, ortalama lökosit değeri 13.9/mm3 olarak saptandı. 10 hastada perforasyon (%8,7) saptandı ve sadece

perfore olan hastalara dren uygulandı. Perfore olan ve olmayan vakalar karşılaştırıldığında sırasıyla ortalama ameliyat süreleri 68.2 ve 63.9 dakika, ortalama yatış süreleri 2.88 ve 2.23 gün, ortalama lökosit değerleri 15.420/mm³ ve 13.765/mm³ Negatif laparotomi oranı % 7 (8 olgu) idi. 111 olguya USG yapılmıştı. USG'nin yanlış pozitiflik oranı %7, yanlış negatiflik oranı % 90 olarak hesaplandı. Postoperatif dönemde 3 hastada yara yeri enfeksiyonu, 1 hastada ileus ve 1 hastada enterokutan fistül saptandı. Bu hastalara medikal tedavi uygulandı. Hiçbir hastaya ikinci bir cerrahi girişim gerekmedi.

Sonuç:

Deneyimli cerrahi ekiplerce uygulanan laparoskopik apendektomi komplikasyon oranı düşük, kısa ameliyat ve hastanede kalış süreleri ile özellikle kliniği şüpheli ve perfore olgularda güvenle uygulanabilen bir yöntemdir. Hastanemizde kliniği şüpheli ve USG negatif olan olgulara sıklıkla laparoskopik yöntem ile yaklaşmaktadır. Bu nedenle USG'nin yanlış negatiflik oranı yüksek bulunmuştur. Uygulanan tanı yöntemlerinin doğruluk oranlarının ortaya konulması ve sonuçların radyologlarla paylaşılması yanlış negatiflik oranını azaltabilir. Lökosit değeri akut apandisit tanı ve takibinde oldukça önemlidir. Şüpheli olgularda ve özellikle genç kadınlarda izlem süresinin uzun tutulması ve kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile işbirliği yapılması perforasyon ve negatif laparotomi oranlarını azaltabilir.

PS - 42 LAPAROSKOPİK ENTEROSTOMİLER: CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ DENEYİMİ

ŞAFAK ULUTÜRK, RAMAZAN SERDAR ARSLAN , ERDEM OBUZ , AHMET KAYA , SEMRA TUTCU ŞAHİN , ERAY KARA

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ, MANİSA

Amaç:

Laparoskopik gastrointestinal sistem cerrahi deneyimimizi paylaşmak.

Gereç ve Yöntem:

Celal Bayar Üniversitesi Tıp fakültesi genel cerrahi kliniğinde 2004 - 2013 tarihleri arasında yapılan laparoskopik enterostomi uygulanan vakaların 4 tanesi bayan; 2 tanesi erkek olgudur. Olguların yaş ortalaması 38.1 olarak hesaplanmıştır. Laparoskopik cerrahi dağılımı ;laparoskopik jejunostomi :1, laparoskopik gastrotomi:1, laparoskopik loop kolostomi:3, laparoskopik uç kolostomi:1 olarak saptamıştır.

Bulgular:

Hastaların 2 tanesinde üst gastrointestinal sistemde malignite saptanmış ve beslenme amacıyla gastrotomi ve enterostomi açılmıştır. Fournier gangreni , jinekolojik malignite ve rektum ca tanılı olguya loop kolostomi açılmıştır.Rektum ca tanılı 1 olguyada laparoskopik miles operasyonu uygulanmıştır. Ortalama operasyon süresi 79 dakika ; operasyon sonrası olguların hastanede yatış süresi ortalama 18 gün olarak saptandı.

Sonuç:

Laparoskopik cerrahi hasta konforu ve hastanede yatışı süresinin kısaltması açısından önemli avantaja sahiptir. Klinikte uygulanan laparoskopik vaka sayısının artmasıyla daha güvenilir veriler elde edebileceğimizi düşünüyoruz.

PS - 43 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI PATOLOJİK BİR SEBEP TESPİT EDİLEMİYEN AKUT BATIN OLGUSU

ÇAĞRI TIRYAKI, ALİ ÇİFTÇİ , MUSTAFA CELETTİN HAKSAL, MURAT BURÇ YAZICIOĞLU , MURAT COŞKUN , SELİM YİĞİT YILDIZ

KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Olgu:

Laparoskopik kolesistektomi (LK) sonrası akut batın gelişen bir olguda tanı ve tedavi planımızı anlatmayı amaçladık. Yirmi sekiz yaşında bayan hastaya semptomatik safra kesesi taşı nedeniyle elektif koşullarda LK yapıldı. Standart 4 trokar kullanıldı.Loja bir adet lastik dren kondu.Postoperatif 1. günde hastada şiddetli karın ağrısı gelişti. Fizik muayenede tüm karında yaygın hassasiyet defans ve rebound saptandı. Kanda beyaz küre değeri 16000 idi.Drenden patolojik getiri saptanmadı. Hastanın oral gıda almasına izin verilmedi ve intravenöz (IV) sıvı replasmanına devam edildi. Drenin açıklığı kontrol edildi.Takip kararı alındı. Postop 2. gün hastanın ağrısı devam etti. Fizik muayenede de akut batın bulgularının devam etmesi üzerine hastaya oral ve IV kontrastlı tüm batın tomografisi (BT) çekildi. BT sonucu tamamen normal olarak raporlandı. Organ perforasyonu yada batın içi sıvı tespit edilmedi.Drenden hemoraji, intestinal içerik yada safra getirisi olmadı. Takip kararı alındı. Postop 3. gün ağrı azalmakla beraber devam etti. Kontrol batın ultrasonu (USG) yapıldı. Batın USG de patoloji tespit edilmedi.Takibe devam edildi. Postop 4. gün hastanın karın ağrısı spontan olarak tamamen geriledi. Takiplerinde kan beyaz küre değeri düştü.Oral gıda verilen hastada ek problem olmaması üzerine postoperatif 5. gün dreni çekilerek şifa ile taburcu edildi. Postoperatif etkin klinik takip (laboratuvar,fizik muayene , görüntüleme) hastaları ikinci ve yersiz bir ameliyattan koruyabilir. Bu kararlar verilirken yarar-zarar ilişkisi hep göz önünde tutulmalıdır.

PS - 44 LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİDE KLİNİĞİMİZDE AMELİYAT EDİLEN 64 VAKANIN İNCELENMESİ

ERDOĞAN SÖZÜER, HIZIR YAKUP AKYILDIZ , ALPER AKCAN , MUHAMMET AKYÜZ , BAHADIR ÖZ , ERTAN EMEK

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, KAYSERİ

Amaç:

Kliniğimizde 2.5 yıllık süre içerisinde laparoskopik kolorektal cerrahi uygulanan 64 hastayı incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Hastaların demografik verilerinin yanı sıra ameliyat nedeni, ameliyat şekli ve zamanı, histopatolojik inceleme sonuçları, açık cerrahiye geçiş sebepleri ve oranı, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanede yatış süresi incelendi.

Bulgular:

Hastalarımızın 37'si erkek 27'si ise bayandı. Hastaların 54 tanesi kanser nedeniyle ameliyat edilirken 10 hasta selim patolojiler nedeniyle ameliyat edildi. En fazla yapılan ameliyat sigmoid rezeksiyondur. Ortalama ameliyat süresi 115 dakika, ortalama hastanede kalma süresi 7 gündü. Dokuz hastada açığa geçildi. En sık komplikasyon 2 hastada görülen yara enfeksiyonuydu. Ortalama 17 aylık takipte mortalite görülmedi.

Sonuç:

Laparoskopik kolorektal cerrahiye düşük morbidite ile konvansiyonel cerrahiye benzer sonuçlarla uygulamak mümkündür. Onkolojik açıdan kesin yargılara varabilmek için geniş serili uzun takip sürelerini içeren çalışmaların sonuçlarını beklemek gereklidir.

PS - 45 LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL MALİGNİTE AMELİYATLARINDA HEMOSTATİK ENERJİ CİHAZLARINA BAĞLI İYATROJENİK ÜRETER YARALANMASI: 3 OLGUNUN ANALİZİ.

İSMAİL ETHEM AKGÜN, ESİN KABUL GÜRBULAK , GÜRKAN YETKİN , BÜLENT ÇİTGEZ , ABDÜLCABBAR KARTAL , MUHARREM BATTAL , FERHAT FERHATOĞLU , AYHAN ÖZ , MEHMET MİHMANLI

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Hemostatik enerji cihazlarındaki gelişmeler laparoskopik cerrahide de hızlı ilerlemelere neden olmuştur. Özellikle laparoskopik kolorektal cerrahi ameliyatlarında disseksiyon ve damar kapatılmasında kullanımı, ameliyat süresinin kısaltılmasına, hemostaz güvenliğinin artmasına neden olmuştur. Fakat bu cihazların kullanımı başta iyatrojenik üreter sistem yaralanmaları olmak üzere ciddi komplikasyonlara sebep olabilir. Erken müdahale edilmez ise ciddi morbiditelerle karşılaşılması kaçınılmazdır. Bu nedenle laparoskopik kolorektal cerrahide kullanılan hemostatik enerji cihazlarına bağlı 3 üreter yaralanma meydana gelen olgumuzu paylaşmayı amaçladık.

Olgu.1:

58 yaşında kadın hasta. Sigmoid kolon Ca nedeniyle ameliyat önerilmiş. Sigmoid kolon distalinde serozayı aşan 3x4cm ebatlarında kısmi obstrüksiyon yapan tümöral oluşum izlendi. Medial disseksiyon esnasında sol üreter olduğu şüphelenen bir yapının tam kat hemostatik cihaz (LIGASURE) mühürlendiği görüldü. Laparoskopik disseksiyonla sol üreter trasesi ortaya konduğunda mühürlenmiş dokunun sol üreter olduğu görüldü. Üroloji ekibi ameliyata davet edildi. Segmenter üreter eksizyonu ve double J katater üzerinden absobabl sütür ile primer tamir yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Takiplerinde katateri çekilen hastanın ultrason takiplerinde de patoloji saptanmadı.

Olgu.2:

62 yaşında erkek hasta. Orta rektum tümörü. Preoperatif radyoterapi aldı. Operasyonda kitlenin özellikle sağ pelvik duvara doğru yapışıklık gösterdiği saptandı. Hemostatik enerji cihazı (LIGASURE) yardımı disseksiyon tamamlanarak rezeksiyon uç uca anastomoz uygulandı. Koruyucu ileostomi eklendi. Postoperatif 1. gününden itibaren hastada sağ yan ağrısı şikayeti gözlemlendi. Vital bulguları stabil seyreden hastaya 2. gün oral gıda başlandı. Narkotik analjezik ile ancak kontrol altına alınabilen ağrı nedeniyle yapılan incelemelerde batın içi sıvı, kolleksiyon saptanmaz iken sağ hidronefroz saptandı. Üroloji tarafından yapılan sistoskopi ve üreteroskopi sağ üreterde klavuz telin ilerletilemediği belirtildi. Bunun üzerine hastaya perkütan sağ nefrostomi uygulandı. Sağ üreterin distal uçta tam olarak kapalı olduğu ve kontrast maddenin dışarı çıkmadığı görüldü. Postoperatif kemoterapi sonrası hastanın ileostomi kapatılması ile eş zamanlı olarak üroloji ekibi tarafından sağ üreter double J katater üzerinden onarıldı. 1 yıl sonra aynı üreter kısmında striktür gelişmesi üzerine sağ hidronefroz oluştu. 18.ayındaki takiplerinde yaygın karaciğer metastazları gelişen hastada sağ hidronefroza yönelik ileri işlemlere devam edilmemesi kararı alınan hasta sonraki takiplerine gelmedi.

Olgu.3:

68 yaşında erkek hasta. Rektosigmoid bölge tümörü nedeniyle ameliyata alındı. Serozayı aşmış 4x2cm ebatında tümöral lezyon saptandı. Ameliyat esnasında sol üreterin, tümöral oluşumla yakın komşulukta seyrettiği görüldü. Sol üreterin hafif olarak proksimal kesimde dilate olduğu gözlemlendi. Keskin, künt ve hemostatik enerji cihazı (LİGASURE) yardımıyla tümöral lezyon sol üreter üzerinden serbestleştirildi. Kolonun disseksiyonu tamamlandıktan sonra rezeksiyon anoastomoz uygulandı. Ertesi gün oral sulu gıda başlandı. Postoperatif 4. gününde müphem karın ağrısı şikayeti nedeniyle yapılan batın ultrasonografisinde batın içi operasyon lojunda minimal sıvı dışında patoloji saptanmadı ve ağrı şikayetleri gerileyen hasta post op 6.gününde taburcu edildi. Post op 20.günündeki kontrolünde batın distansiyonu gözlenen ancak başta semptomu olmayan hastanın yapılan batın tomografisinde yaygın karın içi sıvı ve sol hidronefroz saptandı. Batından alınan sıvı örneğinin idrar vasfında olması üzerine üroloji tarafından üreter tamiri yapılmak üzere laparotomi planlandı. Explorasyonda sol üreterin iliak arteri çaprazladığı bölgenin altında 2,5cm lik bir segmentte iskemik nekroze olduğu görüldü. Sol üreter trasesi boyunca serbestleştirildikten sonra double J katater üzerinden üreteroüreterostomi uygulandı. Postoperatif 11.ayında olan hastanın takiplerine devam edilmekte.

Sonuç:

Malign kolorektal lezyonların laparoskopik cerrahisinde, hemostatik enerji cihazlarının kullanımına bağlı üreter yaralanmaları önemli bir morbidite nedenidir. Enerji cihazlarının kesme, mühürleme ve çevre dokuya yayılım özelliklerinin bilinmesi yanında disseksiyonlar esnasında maksimum itina göstermek şarttır. Lokal ileri evre olduğu bilinen hastalarda ya da laparoskopik kolorektal cerrahiye başlanılan ilk olgularda preoperatif üretral kateterizasyon veya bazı kimyasal boyar maddelerle üreterlerin boyanması alınabilecek önlemlerdir. Deneyimin artışı ile birlikte iyatrojenik yaralanmalar azalmaktadır. Ancak kompleks ve ileri evre tümörlerde bu risk artmaktadır. Morbiditenin azaltılması ve renal fonksiyonların bozulmaması için erken tanı çok önemlidir.

PS - 46 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU DENEYİMLERİMİZ

NURAY AYPER ÖNGEN , ŞÜKRÜ ÖZDEMİR , GÜVENÇ CANTILAV, ARİF ASLANER , OSMAN ZEKAİ ÖNER , MEHMET TAHİR ORUÇ , NURULLAH BÜLBÜLLER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu güncel olarak uygulanan bir prosedürdür. Biz kliniğimizde son beş yılda gerçekleştirdiğimiz ameliyatların sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Ocak 2009 ile Temmuz 2013 tarihleri arasında Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu uygulanan toplam 131 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara ameliyat öncesi endoskopi ve özofagus biyopsisi yapıldı. Tüm hastalara genel anestezi altında 5 port kullanılarak, 360 derecelik floopy nissen fundoplikasyon ameliyatı yapıldı.

Bulgular:

Hastalardan 77'si kadın (%58,7) 54'ü erkekti (%41.3) Ortalama yaş 40'tu (20–67). Hastaların tamamında göğüste yanma ve reflü şikayetleri mevcuttu. Şikayetlerin başlamasından ameliyata kadar geçen süre ortalama 12 aydı (4 ay–13 yıl). Ameliyat öncesi yapılan rutin endoskopik incelemelerde hastaların %85'inde özofajit tespit edildi. 21 hastada sadece gastroözofageal reflü hastalığı saptanırken, 110 hastada gastroözofageal reflüye hiatus hernisi de eşlik ediyordu. Histopatolojik incelemede altı hastada Barrett özofajiti saptandı. Ameliyat tekniği olarak hastaların tümüne 360 derecelik floopy nissen fundoplikasyonu uygulandı. 1 hastada özofagus perforasyonu, 2 hastada da pnemotorax nedeni ile açık ameliyata geçildi. Ortalama ameliyat süresi 62.95 dakika (35-135 dakika) ortalama hastanede kalış süresi 5.6 gün (3-14 gün) idi. Ortalama takip süresi 13 ay olarak belirlendi (7-43 ay). Postoperatif dönemde 1 hastada gaz bloat oluştu. 3 hastada postoperatif pulmoner emboli ve bunlardan birisinde pnemoni gelişti. Pulmoner emboli gelişen hastalardan biri ex oldu. 2 hastada direnden aktif kanama oldu. 24 saatlik takip sonunda kanama spontan olarak durdu. Hiçbir hastada nüks olmadı. Hastalar telefonla aranarak semptomları değerlendirildi. Hastaların %76'ında şikayetlerin tamamen gerilediği ve hiçbir ilaç desteğine gerek kalmadığı, %12'sinde ilaç kullanmaya gerek olmayan hafif yanma şeklinde şikayetler olduğu, %8'inde ilaçla kontrol edilebilen odinofaji olduğu saptandı.

Sonuç:

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde düşük morbidite ve mortalite oranı ile uygulanabilecek ve uzun süreli ilaç tedavisine alternatif olan cerrahi bir girişimdir.

PS - 47 LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ UYGULAMALARI

YASİN PEKER, HALDUN KAR, NECAT CİN, EVREN DURAK, FATMA TATAR

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Dalak hastalıklarının tedavisinde cerrahi tedavi sık uygulanır. Laparoskopik cerrahideki deneyimin artması ve teknolojideki gelişmeler laparoskopik splenektomiye olanak sağlamıştır. Kliniğimizde uygulanan elektif laparoskopik splenektomi ameliyatlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği C Biriminde Eylül 2002 – Mayıs 2013 tarihleri arasında opere edilen 18 olguda; demografik özellikleri, preoperatif tanı, yapılan operasyon, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri değerlendirildi.

Bulgular:

Yaş ortalaması 38.2(17-64)olan hastaların 11(%61.1)'i kadın, 7(%38.9)'sı ise erkekti . İdiyopatik trombositopenik purpura 7, dalakta kitle 5, herediter sfreositoz 2, hemolitik anemi 2, antifosfolipid sendromu 1, lenfoma 1 hastamızda mevcuttu. Olgularımıza laparoskopik splenektomi planladık. Kontrol edilemeyen kanama, diseksiyon zorluğu ve teknik nedenlerden dolayı 6 (%33.3) olguda konversiyon uygulandı. Bir hastamızda diseksiyon sırasında incebağırsak perforasyonu gelişti. Laparotomi ile primer onarıldı. Herediter sfreositozlu bir hastamıza ise eş zamanlı laparoskopik kolesistektomi ve aksesuar dalak extirpasyonu yapıldı. Postoperatif dönemde bir hastamızda batın içi kanama nedeni ile laparotomi yapıldı. Kanama odağı bulunarak hemostaz sağlandı. Operatif mortalite gelişmedi. Postoperatif yatış süresi 4.1(2-7) gündü.

Sonuç:

Elektif splenektomi çok sık yapılan bir ameliyat olmamasına rağmen laparoskopik cerrahi, elektif dalak ameliyatlarında da rahatlıkla uygulanabilir.

PS - 48 LAPAROSKOPİK VE ENDOSKOPİK CERRAHİDE TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİ

HASAN HAKAN EREM

GÜMÜŞSUYU ASKER HASTANESİ, BALMUMCU GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Amaç:

Laparoskopik ve endoskopik cerrahinin gelişmesi ile birlikte daha sık karşılaşılan tıbbi hatalardan korunmak için sağlık kuruluşlarının ve sağlık personelinin alması gereken önlemleri literatür eşliğinde incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

PubMed arama motoru kullanılarak laparoskopik ve endoskopik cerrahi ve tıbbi hatalar ile ilgili makaleler referansları ile birlikte detaylı olarak incelendi.

Bulgular:

Sağlık hizmetlerinin çalışanın bilgi ve deneyimine bağlı karmaşık yapısı nedeniyle tıbbi hatalar ile çok sık karşılaşılmaktadır. Hastanın otonomisinin önem kazandığı günümüzde yeni gelişen ve uzmanlık gerektiren cerrahi branşlarda daha sık hatalar ile karşılaşılmaktadır. Bu hataların ana nedeni sistem ile ilgili olmakla birlikte kişisel hatalarda önemli bir yer kaplamaktadır. Tıbbi hatalardan korunmak ve kaliteyi arttırmak amacıyla sistem

hatalarına yönelik birçok cerrahi bakım ve kalite geliştirme projeleri (DSÖ cerrahi kontrol listesi gibi) sağlık kuruluşları tarafından yoğun bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Kişisel teknik hataları minimize etmek için eğitim programları (simülasyon cihazları, minipig ve kadavra ile diseksiyon çalışmaları) ile uzmanlık öğrencilerine ve cerrahlara belirli bir tecrübe kazandırılmaya çalışılmaktadır. Standardize edilmiş eğitim programları ile güvenlik kültürünün tüm ameliyathane personeline ekip olarak yerleştirilmesine çalışılmaktadır.

Sonuç:

Laparoskopik ve endoskopik cerrahide tıbbi hatalardan korunabilmek için güvenlik kültürü oluşturularak cerrahi bakım ve kalite geliştirme projelerinin uygulanması ve cerrahi teknik eğitimin önemli olduğu düşünülmektedir.

PS - 49 LAPAROSKOPİK ZOR KOLESİSTEKTOMİLERİN ANALİZİ.

CENGİZ ERİS¹, BÜLENT KAYA², MEHMET KAMİL YILDIZ¹, SÜLEYMAN ATALAY¹, HASAN ABUOĞLU¹, ORHAN BAT², MEHMET ODABAŞI¹, ÜMİT TOPALOĞLU¹

¹ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Laparoskopik kolesistektomi hala genel cerrahi pratiğinde en sık yapılan ameliyatlardan birisidir.Laparoskopik kolesistektomi tekniğindeki ilerlemelere rağmen zor olgularla karşılaşılmaktadır. Bu çalışmanın amacı zor kolesistektomi olgularını irdelemek ve bu olguları sınıflandırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

2005-2012 yılları arasında kolelithiasis nedeni ile opere edilen hastalar retrospektif olarak incelendi.Zor kolesitektomi olguları belirlendi ve anatomik zorluklar 4 gruba ayrıldı. Tip 1: omentum,kolon ve duodenum yapışıklığı, tip 2:Calot üçgeninde yapışıklık, tip 3:Safra yatağından diseksiyon güçlüğü tip 4:İntraabdominal yapışıklıklar.Tüm grupların preoperatif bulguları, operasyon bulguları ve süresi, postoperatif komplikasyonlar kayıt edildi. Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 17 programı ile yapıldı.

Bulgular:

Toplam 73 hasta zor kolesistektomi olguları olarak belirlendi. Hastaların 31'i erkek 42'si kadın idi.Toplam 49 hastada açık cerrahiye geçildi. En sık görülen zor kolesistektomi olguları 44 hasta ile (%60.2) tip 1 idi. En çok açığa geçilen olguları tip 2 calot üçgeni yapışıklıkları oluşturdu. Tüm hastalar içerisinde 1 olguda takiplerle kapanan safra fistülü mevcuttu.Operasyon süresi ve yara enfeksiyon oranları açığa geçilen olgularda daha yüksekti.

Sonuç:

Tip 2 komplike safra kesesi calot üçgeninde şiddetli yapışıklıklar ile birlikte. Bizim serimizde bu hasta grubunda daha uzun operasyon süresi ve açık cerrahiye geçme oranı tespit edildi.

PS - 50 NİSSEN FUNDOPLİKASYONUNDA YUMUŞAK OROGASTRİK TÜP İLE YAPILAN KALİBRASYON POSTOPERATİF ERKEN DİSFAJİYİ AZALTABİLİR

NURULLAH BÜLBÜLLER , OSMAN ZEKAİ ÖNER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Gastroözofajiyal reflü özofagusun en sık görülen benign hastalığıdır. İyi seçilmiş olgularda laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatı bu hastalığın standart tedavisi haline almıştır. Bu ameliyattan sonra hastalarda sıklıkla disfaji problemi ile karşılaşmaktadır. Her ne kadar büyük çoğunluğu geçici olsa da yutma güçlüğü hasta yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada Bariatrik Cerrahide kalibrasyon amaçlı kullanılan 39 F çapındaki silikondan imal edilmiş olan yumuşak bir orogastrik tüp ile yapılan özofagus kalibrasyonu uygulanmasının post operatif geçici disfaji üzerine olan etkisini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2009 ve Kasım 2010 tarihleri arasında Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatı planlanmış olduğumuz 50 olguyu başvuru sırasına göre ikiye ayırdık, ilk olgu ve takip eden her tek sayılı olgu birinci gurubu, çift sayılı olgular ise ikinci gurubu oluşturdu. İlk guruptaki 25 olguya özofagus mobilizasyonu ve Fundoplikasyon işlemi esnasında 39 F sikon orogastrik tüp ile kalibrasyon uygulanırken ikinci gurubun ameliyatları kalibrasyon kullanmaksızın gerçekleştirildi. Ameliyat sonrasında her olgu toplam 1 yıl takip edilerek disfaji varlığı "Disfaji ciddiyet derecesi skorum sistemi" kullanılarak belirlendi. Guruplar arasındaki disfaji görülme dereceleri birbiri ile kıyaslanarak farklılık varlığı araştırıldı.

Bulgular:

Kalibrasyon uygulanan ve uygulanmayan guruplardaki ameliyat süreleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Post operatif ikinci ve 7. günler ile birinci ayın sonundaki Disfaji ciddiyet derecesi skorları kalibrasyon uygulanan gurupta anlamlı olarak düşük bulunurken 6. Ay ve birinci yılın sonunda yapılan takiplerde farklılık saptanmadı.

Sonuç:

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatında 39 F yumuşak orogastrik tüp kullanılarak özofagus kalibrasyonu uygulanmasının kalibrasyon yapılmamasına kıyasla post operatif geçici disfajiyi anlamlı derecede azalttığı belirlendi. Nissen Fundoplikasyonu sonrası sık görülen disfaji problemi her

ne kadar büyük oranda kendiliğinden düzeliyor olsa da ameliyat sonrasındaki erken dönemde hasta konfor ve memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Post operatif erken disfajinin engellenmesinde uygulaması kolay ve güvenli bir kalibrasyon yönteminin gerekli olduğu kanısındayız. Çalışmada kullandığımız tüpün uygun çapı ve yumuşak yapısı böyle bir kalibrasyona izin verdiği için daha geniş serilerde denenmesinin faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

PS - 51 NİSSEN FUNDOPLİKASYON AMELİYATININ ERKEN VE GEÇ DÖNEM VÜCUT AĞIRLIĞINA ETKİSİ

HASAN ALTUN², AZİZ BORA KARİP¹, AHMET YALIN İŞCAN¹, KAFKAS ÇELİK¹, ÜMİT AKYÜZ³, KEMAL MEMİŞOĞLU¹

¹ TKHK FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

² LİV HOSPİTAL, İSTANBUL

³ YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu gastroözofajiyal reflü cerrahisinde en sık uygulanan prosedürdür. Ameliyatın reflüyü engellemek etkisi yanında yeme alışkanlıkları üzerindeki etkisi de mevcuttur. Bu çalışmada bu etkiyi ve sebeplerini ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Mart 2008-Nisan 2013 arasında ameliyat edilen 123'ü erkek (%52,8), 110'u kadın (%47,2) toplam 233 laparoskopik nissen fundoplikasyonlu hasta çalışmaya alındı. Hastaların ameliyat öncesi vücut kitle indeksi (VKİ), gastrointestinal yaşam kalite indeksleri (GIQLI) ve disfaji skorları kaydedildi. Ameliyat sonrası 1. ay erken dönem ve 6. ay sonrası geç dönem olarak kabul edildi.

Bulgular:

Ortalama yaş 40,29 +/- 11,85 yıldı. VKİ kadınlarda ortalama 27,945 4/- 5,16 kg/m2 iken erkeklerde 25,924 +/- 4,11 kg/m2 bulundu. Ameliyat öncesi disfaji skorları kadınlarda ortalama 1,76 +/- 1,57, erkeklerde 2,13 +/- 1,4' dü. GIQLI skorları ortalaması ameliyat öncesi 67,78 +/- 20,67 bulundu. Ameliyat sonrası 1. ay kontrollerinde hastalarda ortalama VKİ kadınlarda 24,783 +/- 4 kg/m2, erkeklerde ise 23,85 +/- 3,75 kg/m2 bulundu. Disfaji skorları kadınlarda 1,89 +/- 1,28, erkeklerde 2 +/- 1,2 bulundu. Hastaların 1. ay GIQLI skorları ortalaması . 86,82 +/- 20,16'ydi. Geç dönemde yapılan ölçümlerde VKİ kadınlarda 26,81 +/- 4,93 ve erkeklerde 27,17 +/- 10,9 kg/m2 hesaplandı. Hastalarda GIQLI skorları ortalaması 98,3 +/- 20,81'di.

Sonuç:

Hastalarda ameliyat sonrası 1. ay sonunda kilo kaybı olmaktadır. Bunun ameliyat sonrası erken dönem önerilen diyet ve disfajiye bağlı olabileceği değerlendirildi. Geç dönemde ise ameliyat öncesi döneme göre kilo artışı görülmekte olup, bunun gastrointestinal sistem yaşam kalitesinin artmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

PS - 52 PERİTONEAL KAVİTEYE GÖÇ EDEN RAHİM İÇİ ARACIN LAPAROSKOPİ İLE ÇIKARILMASI

ELİF ÇOLAK, NURAYDIN ÖZLEM, YUNUS ÖZTÜRK, RECEP AKTİMUR, GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Rahim içi araç (RİA) tüm dünyada en yaygın kullanılan kontrasepsiyon yöntemidir. Uterin perforasyon RİA'nın nadir görülen bir o kadar da ciddi seyreden bir komplikasyonudur. Bugüne kadar yalnızca 126 vaka bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde laparoskopik olarak çıkardığımız peritoneal kaviteye göç etmiş RİA olgusunu sunmaktayız.

Bulgular:

40 yaşında bayan hasta 6 aydır devam eden kronik karın ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Laboratuvar parametrelerinde anormal bulgu tespit edilemedi. Yapılan batın ultrasonunda pelvik bölgede yabancı cisim imajı gözlenmesi üzerine çekilen abdomen tomografisinde uterusun sol horn komşuluğunda RİA tespit edildi. Yapılan laparoskopik eksplorasyonla peritoneal kaviteye göç eden RİA endograsper ile çıkarıldı. Hasta postoperatif 1. günde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:

Karın ağrısı olan RİA'lı hastalarda peritoneal kaviteye göçün olabileceği ve bu olgularda RİA'nın laparoskopik olarak güvenle çıkarılabileceği akılda tutulmalıdır.

PS - 53 PERİTONİTLER ZAMANI LAPAROSKOPİK EMELİYATIN SEÇİMİNDE PERİTONİAL ENDOTOKSİKOZU DEYERLENDİREN MARKERLERİN ROLÜ

MUŞVIQ HASANOV

AZERBAIJAN TİBB UNİVERSİTESİ. MEDİ LUX KLİNİKASI

Amaç:

Peritonit zamani organizimde baş veren endogen intoksikasyondan aslı olarak laparoskopik cerrahi emeliyatın aparılmasının araştırılması.

Gereç ve Yöntem:

Peritonit zamanı ölüm tehlikesinin baş vermesinin esas sebebi peritonitden doğan endotoksikozdur. Ona göre endotoksikozla mübarize peritonitin mualicesinin esasını teşkil edir. Bu amacla 40 nefer xestede endotoksikozu teyin üçün:1 ürek vurğularının bir deqiqede sayı.2 arterial tezyiqin seviyyesi.3 sutkaliq diurezin miqdarı.4 qanda sidik cövherinin miqdarı. 5 qanda OMP nin qatılığının teyini. 6 qanda MDA nın teyini. 7 diyen kanyuqantlarının qatılığının teyin etmeyi gerara aldığ.

Bulgular:

Cerrahi emeliyyata qederki müayinilerden bele neticeler alınmışdır. qanda MDA nın 100 % qeder normadan artıq olmusdur. 2 xestelerin 82.5 % urek vurğularının deqiqelik sayı artmışdır. 3 sistolik tezyiq 75 % diostolik tezyiq 50 % de normal heddi keçmişdir. 4. qanda diyen kanyuqantlarının qatılığ xestelerin 70 % de normaya nisbeten yükselmişdir. 5 . qanda sıdık cövherinin miqdarı estelerin x67.5 % normal heddi keçmişdir. Bu 5 esas markerı yükğül dereceli peritonal endotoksikozu qiymetlendirmek üçün ehtibarlı marker kimi qiymetlendirmek olar.

Sonuç:

Bizim apardığımız neticeler onu gösterirki yüngül peritonal toksokozu olan xesteleri laporoskopik cerrahi müdaxile aparılması mümkündür. Gösterilen markerlerin qanda seviyyesinin deyişmesi peritoneal endotoksikozun yungul deregesi ucun orta etibarlıg derecesi olan marker hesab edile biler. Biz araşdırmaları orta ve ağır deregelı endotoksikozu olan hastalarda da devam etdiririk.

PS - 54 SAFRA KESESİ ÇEVRESİNDE YAPIŞIKLIĞA SEBEP OLAN KARACİĞER KİSTİNİN LAPAROSKOPİK FENESTRASYONU

BÜLENT KAYA, ORHAN BAT, NURİ ALPER ŞAHİN, ÖZLEM AKÇA, SUAT CAN ULUKENT

KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Karaciğerin kistleri nadir görülen patolojilerdir. Kistlerin içi berrak seröz sıvı ile doludur. Bu kistlerin büyük bir çoğunluğu ya rastlantısal olarak ya da semptomatik hale geldiklerinde görüntüleme yöntemleri ile tespit edilir. Bu çalışmamızda safra kesesi çevresinde yapışıklığa sebep olan karaciğer kistinin laparoskopik fenestrasyon ile tedavisini sunuyoruz

Gereç ve Yöntem:

62 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 senedir devam eden karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda derin palpasyonla ağrı dışında özellik saptanmadı. Rutin hemogram ve biokimyasal tetkikleri

normal sınırlardaydı.Hastanın tüm batin ultrasonografisinde safra kesesi komşuluğunda karaciğerden orijin alan 5x4 cm boyutlarında kistik lezyon saptandı.Ayrıca safra kesesi içerisinde çamur mevcuttu.

Bulgular:

Hasta safra kesesinde çamur ve karaciğer basit kisti tanıları ile laparoskopik olarak explore edildi.Eksplorasyonda kese ve karaciğer kisti çevresinde yapışıklıklar mevcuttu.Önce safra kesesine müdahale edildi. Standart kolesistektomi uygulandı. Daha sonra karaciğerden orijin alan yaklaşık 6x8 cm'lik kist kubbesinden ligasure yardımı ile açıldı.Kese içerisinden seröz mayii akışı görüldü.Kesenin kubbesi rezektore edilerek fenestrasyon işlemi tamamlandı.Kamera kist içerisine girildi. Aberan safra kanalı görülmedi. Kist içerisine dren yerleştirildi. Operasyon sonlandırıldı.Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta postoperatif 2.gün taburcu edildi. Patoloji sonucu basit kist olarak rapor edildi.

Sonuç:

Sonuç olarak karaciğer kistleri cerrahi pratiğinde karşılaşılan problemlerdir. Bu kistler çeşitli komplikasyonlara sebep olabilir. Laparoskopik kist fenestrasyonu uygulanabilir bir tedavi şeklidir.

PS - 55 SEMPTOMATİK DALAK KİSTİ OLGUSUNDA LAPAROSKOPİK UNROOFİNG, OLGU SUNUMU

BATUHAN HAZER , FUNDA UZUN , GONCA HIZLIOK , DURSUN ÖZGÜR KARAKAŞ , AYTAÇ EROL

KASIMPAŞA ASKER HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Dalak kistleri parazitik ve nonparazitik (travma sonrası, konjenital) sebeplerle oluşabilir. Semptomatik nonparazitik dalak kistlerinin tedavisi cerrahidir. Genellikle splenektomi yapılan bu olgularda kistin yerleşimine göre dalak koruyucu cerrahi de uygulanabilmektedir. Laparoskopik unroofing yaptığımız olguyu paylaşmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

24 yaşında erkek hasta yaklaşık 4 yıldan beri devam eden sol üst kadranda ve epigastrik ağrı nedeniyle başvurdu. Yapılan usg'de dalak üst polde yaklaşık 5 cm boyutlarında kist saptandı. Preoperatif yapılan mikrobiyolojik testlerinde (ekinokok abları ve diğer mikrobiyolojik nedenler) ve hemoglobino-patiye yönelik testlerinde patoloji saptanmadı. Hastada travma öyküsü yoktu. Laparoskopik unroofing yapılmasına karar verildi.

Bulgular:

Kamera için Göbek üstü 10 mm'lik optik trokar, ksifoid altı 5 mm'lik trokar ve umbilikus hizasında sol midklavikuler 10 mm çalışma trokarları girildi. Dalak kisti aspire edildi. Alınan aspirat tanısal amaçlı mikrobiyoloji ve patolojiye gönderildi. Daha sonra kist duvarı longitudinal olarak açıldı. Bu işlem sırasında damar mühürleme cihazlarına ihtiyaç duyulmadı. Patoloji tanı epidermal kist idi.

Sonuç:

Semptomatik dalak kistlerinin cerrahi tedavisinde eğer kist lokalizasyonu uygun ise laparoskopik dalak koruyucu cerrahi hem laparoskopinin avantajları, hem de dalağın immün fonksiyonları göz önüne alındığında iyi bir yöntem olabilir.

PS - 56 SILS-KOLESİSTEKTOMİ UYGULAMALARI ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

RAMAZAN SERDAR ARSLAN , ŞAFAK ULUTÜRK , ERDEM OBUZ , AHMET KAYA , SEMRA TUTCU ŞAHİN , ERAY KARA

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, MANİSA

Amaç:

SILS nedir? SILS'in avantajları?

Gereç ve Yöntem:

Celal Bayar Üniversitesi genel cerrahi kliniğinde Aralık 2010 – Haziran 2013 tarihleri arasında kolelithiazis tanısıyla SILS-Kolesistektomi uygulanan 25 hasta mevcuttur

Bulgular:

Hastaların 17'si kadın 8'i erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 54.3 ; ortalama operasyon süresi 63 dakika (25-95 dak) olarak saptandı. Hastaların her birine insizyon içinden nelaton dren yerleştirilmiş olup postoperatif 24 saat içinde çekilmiştir . Erken dönem yapılan değerlendirmede hastalarda operasyona sekonder komplikasyon gelişmemiş olup 1 hastada uzun dönemde SILS port giriş yerinde insizyonel herni ortaya çıkmıştır.

Sonuç:

SILS-Kolesistektomi seçilmiş vakalarda kullanım avantajı , kozmetik sonuçları ile güncel laparoskopik cerrahi seçeneklerden biri olduğu kanısındayız.

PS - 57 TRANSUMBILICAL SINGLE-SITE LAPAROSCOPIC COMBINED SPLENECTOMY AND CHOLECYSTECTOMY WITH CONVENTIONAL INSTRUMENTS

BARIŞ BAYRAKTAR¹, İBRAHİM ALİ ÖZEMİR¹, ONUR BAYRAKTAR³, SALİH TOSUN¹, ERMAN ÖZTÜRK², SALİH BÖLÜK¹, SÜMEYRA BÖLÜK¹, KIVILCIM ORHUN¹, HAYDAR YALMAN¹

¹ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ HEMATOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

³ 29 MAYIS HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

After the evolution of single-incision laparoscopic surgery (SILS), cholecystectomy is one of the most commonly described SILS procedures. (5. 1-8) More recently, successful splenectomies by SILS technique have also been reported in both adult and pediatric patients. Could single site laparoscopic surgery be a thriving alternative to conventional laparoscopy by promising better cosmetic outcome, less postoperative pain, patient satisfaction and faster recovery, especially in combined procedures, which increase the additional trocar requirement and extension of the incision? The patients, who were scheduled for splenectomy for various reasons and having gallbladder stones, were included within this study. Splenectomy and cholecystectomy were performed with single-site multi-trocar access method. Only conventional instruments were used.

Gereç ve Yöntem:

Single-site laparoscopic splenectomy and cholecystectomy with conventional instruments were performed in 6 patients between September 2012 and December 2012. Of the patients, 5 were hereditary spherocytosis; one was immune hemolytic anemia. The patients were consisted of 5 women and 1 man with a mean age of 44 (range 28-65 years), and the mean BMI of 29. Operative indications were symptomatic splenomegaly, hypersplenism and refractory anemia. Pneumococcus (Pneumovax 23, Merck & Co Inc., Whitehouse Station, NJ, USA) and Haemophilus influenza type B (Hiberix, GlaxoSmithKline) vaccines were administered two weeks before the operations. All patients were preoperatively assessed by abdominal ultrasonography, scintigraphy and CT for accessory spleen or concomitant cholelithiasis.

Bulgular:

All procedures were completed with single-site multi-trocar access method with conventional instruments. The mean splenic weight was 380 gr (range, 300–610gr). The mean operation time was 140 min. (range, 110-230). The mean operative blood loss was 235 ml (range, 120-400). There was one patient who needed perioperative blood transfusion and suction drain placement. In another patient, who underwent

cholecystectomy, the gallbladder retraction was insufficient and therefore, one additional trocar was placed. There was no need for conversion to open surgery. There were no accessory spleens detected in either pre- or peri-operative assessments in any patient, no recurrent thrombocytopenia occurred. The average length of hospitalization was 2 (1-3) days. Subcutaneous hematoma developed around the incision in one patient and spontaneously resolved in 5 days. No incisional hernia was detected in postoperative 6th and 12th-month controls. There is no mortality

Sonuç:

After sufficient surgical experiment for single site laparoscopic surgery, this method could be an alternative to conventional laparoscopy, when combined with the selection of the correct trocar placement and patient position.

PS - 58 ÜÇ PORTTAN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ GÜVENİLİRLİĞİ

ALİ ÇİFTÇİ , ÇAĞRI TİRYAKİ , MUSTAFA CELALETTİN HAKSAL , MURAT BURÇ YAZICIOĞLU , ZEHRA BOYACIOĞLU , SELİM YİĞİT YILDIZ

KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Semptomatik safra kesesi taşı nedeniyle üç port kullanılarak laparoskopik kolesistektomi (LK) yapılan olgular geriye dönük olarak incelendi ve üç port LK 'nın güvenilirliği araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada kliniğimizde 2010-2013 yılları arasında semptomatik safra kesesi taşı nedeniyle üç pot LK yapılan 151 hasta geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular:

Olguların 118' i (%78,1) kadın, 33' ü (%21,9) erkekti.151 hastanın 138' inde (%91,3) güvenli bir şekilde üç porttan LK uygulandı. 13 (%8,7) olguda dördüncü trokar gereksinimi oldu. Dördüncü trokar girme nedenleri ; 1 olguda mirizzi sendromu, 5 olguda akut kolesistit, 1 olguda ampiyem kese idi. 6 olguda kıdemli asistana yaptırılan vaka sırasında dördüncü port girildi. Bir olgu postop hemoraji nedeniyle reopere edildi.Ampiyem kese mevcut bir olguda safra fistülü gelişti , postop takibinde fistül spontan kapandı.Hiçbir olguda mortalite gelişmedi.

Sonuç:

Semptomatik safra kesesi taşı bulunan hastalarda Üç port ile LK güvenle uygulanabilir.

PS - 59 ÜÇ TROKAR İLE LAPAROSKOPİK KOLESİTEKTOMİ

MEHMET İLHAN YILDIRGAN , BÜNYAMİ ÖZOĞUL , ABDULLAH KISAOĞLU

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHI ANABİLİM DALI, ERZURUM

Amaç:

Laparoskopinin cerrahide kullanılmaya başlamasıyla beraber kolelitiazis ve safra kesesi hastalıklarının cerrahi tedavisinde laparoskopik kolesistektomi altın standart olarak kabul edilmektedir. Laparoskopik kolesistektomi genelde 4 trokar ile yapılmaktadır. Biz de kliniğimizde 3 trokar ile yapılan laparoskopik kolesistektomi vakalarını sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi kliniğinde 2011-2012 yılları arasında 3 trokar ile yapılan 93 vakayı sunmak istedik.

Bulgular:

Hastaların 54'ü kadın, 39'u ise erkek idi. Yaş ortalaması 39±7.4 idi. Hastaların 65'inde kolelitiazis, 18'inde ise açık kolesistit ve 10'unda ise kronik kolesistit vardı. Hastaların 3'ünde açık cerrahi operasyona geçildi. Geriye kalan 90 hasta 3 trokar ile tamamlandı. Açık operasyona geçilen 3 hastanın 2'si Akut kolesistit ve 1'ide Kronik kolesistitli idi. Açık operasyona geçilme nedeni yapışık ve kanama idi. Üç trokar ile tamamlanan hastalarda ortalama ameliyat süresi 37 dakika idi. Hiçbir hastada ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 2.3 gün idi.

Sonuç:

Laparoskopik genel cerrahi ameliyatlarında yerini hızla almış ve yapılan ameliyatlar içinde en ilk sıralara yerleşmiştir. Üç trokar ile yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatları deneyimli ellerde herhangi bir komplikasyona neden olmadan güvenle yapılabilmektedir.

PS - 60 AKUT APANDİSİT TEDAVİSİNDE SILS APENDEKTOMİ

BURHAN MAYİR, CEMAL ÖZBEN ENSARİ , TUNA BİLECİK , NURULLAH BÜLBÜLLER , MEHMET TAHİR ORUÇ

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Akut apandisit en sık acil cerrahi girişim gerektiren patolojidir. Geçmişte açık cerrahi yaklaşım standart tedavi iken günümüzde

laparoskopik uygulamaların artması ile birlikte laparoskopik apendektomi tercih edilen bir yaklaşım olmuştur. Son zamanlarda başta kolesistektomi amaçlı SILS uygulamaları artmış ve akut apandisit cerrahisinde de uygulanmaya başlanmıştır. Bu bildiride kliniğimizde SILS apendektomi uygulanan ilk hastalara ait veriler bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada SILS apendektomi uygulanan 3 hastaya ait sonuçlar değerlendirildi. SILS için göbek içinden yapılan kesiden özel SILS trokarı girildi. Bu trokar içinden 5 mm kamera, rotikülatörlü grasper ve 5 mm damar mühürleme cihazı kullanıldı. Klasik laparoskopik apendektomiye benzer şekilde apendiks mezosu damar mühürleme cihazı ile yakılarak kesildi. Apendiks güdüğüne 2 adet poliglaktin düğüm konularak apendektomi yapıldı. Hastalara operasyon sonrası non-narkotik analjezik yapıldı. Hastaların operasyon sonrası dönemde ağrı durumu ve kozmetik beğenisi visüel analog skor (VAS) ile ölçüldü.

Bulgular:

Üç hastaya SILS apendektomi uygulandı. Hastaların 2'si kadın, biri erkek idi. Operasyon süresi 42-52 (ort 48) dakika idi. Tüm hastalara 8 saat sonra oral gıda başlandı. Tüm hastalar operasyon sonrası 1. gün taburcu edildi. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Hastalar operasyon sonrası ağrı durumunu VAS ile 3, 4 ve 7 olarak tanımladı. Hastalar operasyon sonrası 15. günde kozmetik durumu VAS ile 9, 9 ve 10 olarak tanımlandılar.

Sonuç:

SILS uygulamaları farklı amaçlarla artan sıklıkla yapılmaktadır. Bazı yazarlar kolesistektominin standart olarak SILS ile yapılması gerektiğini bildirmektedirler. Buna karşın SILS uygulamalarının kozmetik sonuçlar dışında klasik laparoskopik uygulamalara göre bir üstünlüğü gösterilmemiştir. SILS apendektomi deneyimlerimize göre uygulanabilir bir tekniktir. Operasyon süresi ise klasik laparoskopik apendektomiye göre daha uzun olarak görülmektedir. Bizim uygulamamızda bir rotikülatörlü grasper kullanılırken, damar mühürleme cihazı düz yapıda idi. Bu zaman zaman kamera ile çakışmalara yol açtı. 5 mm kamera kullanılması sebebiyle ekran görünümü 10 mm kamera görünümüne göre kısmen daha kötü idi. Buna rağmen operasyonlar problemsiz bir şekilde tamamlanabildi. Hastaların operasyon sonrası dönemi sorunsuz idi. Hastalarımızda belirgin bir kozmetik beğeni durumu görüldü. Fakat hastalarda operasyon sonrası ağrı diğer apendektomi yöntemlerine benzer şekilde ifade edildi. Biz SILS apendektominin kozmetik olarak iyi sonuçlar verse de, operasyon sonrası ağrı durumu ve iyileşme sürecine ek bir katkı sağlamaması, özel malzemeler gerektirmesi, operasyon süresinin uzun sürmesi sebebiyle standart olarak uygulanmasının değil, kozmetik kaygıların ön planda olduğu seçilmiş hastalarda uygulanabileceği düşüncesindeyiz.

PS - 61 LAPAROSKOPİK TEK İNSİZYON AMELİYATLARDA FASYA KAPATMADA KOLAY VE HIZLI BİR TEKNİK

TAYLAN ÖZGÜR SEZER, HAYRULLAH YILDIRIM , ÖMER VEDAT
ÜNALP , ÖZGÜR FIRAT , İLHAMİ SOLAK , SİNAN ERSİN, CÜNEYT
HOŞÇOŞKUN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ, İZMİR

Amaç:

Laparoskopik tek insizyon ameliyatlarda fasya kapatma basit gibi gözüksede dikkat edilmediğinde postoperatif hasta morbiditesini artırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu çalışmanın amacı umbilikal girişlerde fasya kapatmada dikkat edilmesi gereken ayrıntıları göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Umbilikal bölgede 2-3 cm'lik insizyonun her iki tarafındaki fasya pens yardımı ile asılır. Peritonun altına pensetin arka yüzü veya tatlı kaşığı yerleştirilerek fasyanın köşesinde tam kat geçilir. Bir sonraki iğne geçişinde yine periton altına pensetin arkası veya bal kaşığı yerleştirilerek devam edilir diğer köşeye geldiğinde düğümlenerek bitirilir. Cilt emilebilir keskin iğne materyal ile kapatılır.

Bulgular:

Eylül 2012- Haziran 2012 arasında toplam 87 hastaya tek insizyondan laparoskopik ameliyat uygulandı. Hastaların 57'sine kolesistektomi, 12'sine inguinal herni, 17'sine appendektomi, 1'ine batin içi kitle eksizyonu uygulandı. Postoperatif erken dönemde yara yeri enfeksiyonu ve herni saptanmadı. Kolesistektomi uygulan hastaların birinde bir trokar eklenerek tamamlandı diğerinde ise açık kolesistektomi uygulandı. Tapp uygulanan hastaların birinde bir adet port yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı.

Sonuç:

Tarif ettiğimiz fasya kapatma işleminin kısa, kolay ve güvenilir olduğunu düşünmekteyiz.

PS - 62 ROBOTİK TEK PORT KOLESİSTEKTOMİ, TEK PORT LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDEN DAHA MI İYİ?

DENİZ EREN BÖLER¹, İLKNUR ERGÜNER¹, İSMAİL
HAMZAOĞLU², TAYFUN KARAHASANOĞLU², CİHAN URAS¹

¹ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANA
BİLİM DALI, İSTANBUL

² ACIBADEM MASLAK HASTANESİ, GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ,
İSTANBUL

Amaç:

Tek port laparoskopik kolesistektomi daha fazla oranda yapılmaya başlamasına rağmen konvansiyonel laparoskopinin yerini almaktan henüz çok uzaktır. DaVinci Si robotik sistem tek port cerrahideki sorunları ortadan kaldırmak için kullanıma sunulmuştur. Bu yazıda, kliniğimizde bu iki teknikle tek port kolesistektomi yapılan hastaların sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 2009 ve Mayıs 2013 yılları arasında Acıbadem Bakırköy ve Maslak Hastaneleri'nde elektif olarak gerçekleştirilen robotik tek port kolesistektomi (R-LESS-C) ve tek port laparoskopik kolesistektomi (LESS-C) yapılan hastaların demografik özellikleri, anestezi ve ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, ilk 24 saatteki ağrı skorları (VAS) ve komplikasyonlar prospektif veriler üzerinden retrospektif olarak kıyaslandı.

Bulgular:

Çalışmaya R-LESS-C grubunda 39 ve LESS-C grubunda 50 olmak üzere toplam 89 hasta dahil edildi. R-LESS-C grubundaki hastaların 32'si (%82.1) kadın, 7'si (%17.9) erkek, LESS-C grubunda ise 41'i (%82) kadın ve 9'u (%18) erkekti. R-LESS-C grubunun yaş ortalaması 40.7 (±1.5) iken LESS-C grubunun yaş ortalaması 40.5 (±1.4) bulundu (p=0.9). Ortalama anestezi süresi R-LESS-C grubunda istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha uzundu (R-LESS-C:79.3±2.5dakika vs LESS-C:63.4±2.9 dk, p<0.0001). Ameliyat süreleri (R-LESS-C: 51.5±1.7 dk vs LESS-C: 51.9±2.8 dk, p=0.91), hastanede kalış süreleri (R-LESS-C: 1.0±0.3 gün vs LESS-C: 1.1±0.5 gün, p=0.32) ve ilk 24 saatteki ağrı skorları (VAS) (R-LESS-C: 3.6±0.2 gün vs LESS-C: 4.0±0.2, p=0.29) arasında ise fark saptanmadı. Hiçbir hastada kanama, safra yolu veya organ yaralanması, yara enfeksiyonu görülmedi. Her iki grupta birer hastada insizyonel herni gelişti.

Sonuç:

R-LESS-C ve LESS-C arasında hastanede kalış süresi, ağrı skoru ve ameliyat süresi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Robotik sistemin avantaj ve dezavantajlarının değerlendirilmesi için komplike vakaların da dahil edildiği prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

PS - 63 SILS KOLESİSTEKTOMİ: İLK 36 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, MÜCAHİT ÖZBİLGİN², AYTAÇ SAYIN³, İSMAİL ÖZSAN⁴, MEHMET KADİR BARTIN⁷, OZAN ŞEN⁵, CUMHUR ÇAKIR⁶, MUAMMER KARAAVVAZ¹

¹ ÇANAKKALE ON SEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İZMİR

³ BURSA MEDİCAL PARK HASTANESİ

⁴ İZMİR MEDİCAL PARK HASTANESİ

⁵ MİLAS İZAN ÖZEL SAĞLIK HASTANESİ, MUĞLA

⁶ MANİSA MERKEZ EFENDİ DEVLET HASTANESİ

⁷ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesi ameliyatlarında altın standart olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde laparoskopik cerrahide karşımıza çıkabilecek morbiditeleri azaltmak ve daha iyi kozmetik sonuçlara ulaşabilmek için SILS (Single incision Laparoscopic Surgery= SILS) ve NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) tanımlanmıştır. Ülkemiz de laparoskopik cerrahide son 30 yılda dünyadaki gelişmeleri yakalamıştır. Van Eğitim-Araştırma Hastanesinde çalışan laparoskopik cerrahi yapan genel cerrahi uzmanlarının SILS kursu ve eğitimi sonrası SILS Kolesistektomi yapılan 36 vakanın sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 2009 – Şubat 2011 tarihleri arasında Kolelitiazis nedeniyle SILS kolesistektomi yapılan 36 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, ultrasonografi (USG), ameliyat süresi, açığa geçme, morbidite mortalite ve postoperatif hastanede yatış süreleri kaydedildi.

Bulgular:

Kolelitiazis nedeniyle Tek Port Laparoskopik Kolesistektomi (SILS Kolesistektomi) yapılan 36 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların 21'i kadın, 15'i erkek olup hastaların yaş ortalaması 48.4'tü. SILS kolesitektomi ameliyatı kliniğimiz bünyesinde eğitim sürecinde olduğundan, akut pankreatiti ve akut ataklı vakalar konusunda seçici davranıldı. Ultrasonografik açıdan değerlendirildiğinde hastaların 23 (%63.9)'ünde multipl kalkül, 10(%27.8)'ünde tek taş, 3 (%8.3)'ünde sludge mevcuttu. Tüm hastalarda göbeğe yerleştirilen SILS port sonrası safra kesesinin karın duvarına asılması sonrası iki aletle (rotakülasyon özelliği olan aletlerle) işlem tamamlandı. İlk 20 hastada operasyon süresi ortalama 98 dakika iken, son 16 hastada süre ortalama 53 dakikaydı. Postoperatif hastaların ortalama yatış süresi 1.3 gün olup, erken ya da geç dönemde mortalite ve morbidite saptanmamıştır.

Sonuç:

Günümüzdeki teknolojik gelişmeler, laparoskopik cerrahide de yakalanmış olup SILS kolesistektomi günümüzde büyük merkezlerle beraber alınan eğitimler sonrası uygulanabilmektedir. SILS Kolesistektomi insizyonun göbek içinde kalmasıyla kozmetik ve postoperatif analjezi açısından avantajlı bir yöntemdir. Tekniğin öğrenme eğrisi döneminde operasyon süresi kısmen uzayabilmekle beraber, tecrübe arttıkça makul seviyelere inmektedir. Sonuç olarak, SILS kolesistektomi'nin gerekli eğitim sonrası uygulanabilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

PS - 64 TEK DELİKTEN LAPAROSKOPİKM KOLESİSTEKTOMİ VE HİSTEREKTOMİ :OLGU SUNUMU

TÜRKER KARABUĞA¹, MERT GÖL², İSMAİL ÖZSAN¹, VEDAT ULUĞ², ÖZCAN ALPDOĞAN¹, ÜNAL AYDIN¹

¹ İZMİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

² İZMİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

Amaç:

Semptomatik safra kesesi taşı ve myoma uteri nedeniyle tek delikten kolesistektomi ve histerektomi uygulanan olguyu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ağustos-2013 tarihinde İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde genel cerrahi kliniği ve kadın hastalıkları kliniği ile birlikte tek delikten laparoskopik kolesistektomi ve histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulanan hastayı inceledik

Bulgular:

Semptomatik safra kesesi ve anormal vaginal kanama nedeniyle genel cerrahi ve kadın doğum polikliniklerine başvuran 50 yaşındaki bayan hastanın safra kesesinde multiple milimetrik taşları mevcuttu. Hastanın kilosu 90 ve boyu 1,52 cm idi. BKİ : 39 olan hastaya genel anestezi altında 12 mmHg basınçta tek delikten transumbilikal laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi ile koleisitektomi uygulandı. Operasyon 2 saat sürdü. Peroperatif ve postoperatif bir komplikasyon ile karşılaşılmayan hasta postoperatif 1. gün taburcu edildi.

Sonuç:

Minimal invaziv cerrahi deneyimi olan merkezlerde özellikle obezitesi olan hastalarda her iki organa yönelik laparoskopik cerrahi girişim deneyimli ekiplerin işbirliği ile tek insizyondan hızlı ve güvenli uygulanabilen bir tekniktir.

PS - 65 KARACİĞER KİST HİDATİĞİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

GÜRKAN ÖZTÜRK , BÜNYAMI ÖZOĞUL , BÜLENT AYDINLI ,
ABDULLAH KISAOĞLU , MEHMET İLHAN YILDIRGAN , SABRİ
SELÇUK ATAMANALP

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ
ANABİLİM DALI, ERZURUM

Amaç:

Karaciğer kist hidatiğinin ana tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavide aspirasyon, drenaj ve marsupiyalizasyondan segmenter karaciğer rezeksiyonu ile birlikte total kist eksizyonuna kadar bir çok cerrahi yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler açık cerrahi yöntemler ve kapalı cerrahi yöntemler olarak yapılabilir. Karaciğer kist hidatiğinin laparoskopik tedavisi konusunda tartışmalar devam etmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada amacımız Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2013 yılında laparoskopik olarak yapılan 10 karaciğer kist hidatik vakasını sunmak.

Bulgular:

Çalışmaya katılan hastaların 8'i erkek 2'si kadın idi. Yaş ortalaması 27.6 (16-26) idi. 8 hastada kist hidatik sağ lobda, 2 hastada ise sol lobda idi. Sağ lobdaki kistlerin 5'i 6.segmentte, 2'si 5. segmentte ve 1'i 8. segmentte idi. Sol lobdaki kistlerin tamamı 2. segmentte idi. Tüm ameliyatlar 3 trokar ile gerçekleştirildi. Öncelikle kist içerikleri boşaltıldı ve takiben hipertonic solüsyonlar kist içerisine verildi. Hipertonic solüsyonlar aspire edildikten sonra kistotomi yapıldı. Hastaların 3 'ünde var olan safra yolu suture edildi. Hastaların tamamına omentoplasti yapılarak işlem sonlandırıldı. Ameliyat sonrası dönemde hiçbir hastada safra drenajı ve komplikasyon görülmedi. Kist poşuna konulan drenler ortalama 6. gün çekildi. Hastaların ortalama yatış süresi 7 gün idi.

Sonuç:

Laparoskopik cerrahi günümüzde tıbbın her alanda daha yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Karaciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisi konusunda deneyimler az olmakla birlikte komplike olmayan hidatik kistlere laparoskopik cerrahi uygulanabilir.

PS - 66 KARACİĞER KİSTİ İLE KARIŞAN PERİTONEAL MEZOTELYAL KİSTİN LAPAROSKOPİK OLARAK EN BLOK EKŞİZYONU: OLGU SUNUMU

DENİZ TİHAN ¹, UĞUR DUMAN ¹, EVREN DİLEKTAŞLI ¹, MURAT
ÇAYCI ¹, EMRAH BAYAM ¹, ÖZGÜR DANDİN ², MUHAMMED
DOĞANGÜN ¹, GÖZDE DOĞAN ¹

¹ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL
CERRAHİ KLİNİĞİ, BURSA

²BURSA ASKER HASTANESİ, GENEL CERRAHİ BİRİMİ

Amaç:

Batın içi organ parankimi ya da serozal kaynaklı kistlere açık cerrahide olduğu kadar laparoskopik olarak da başarılı tedaviler uygulanmaktadır. Olgu sunumunda, karaciğer kaynaklı bir kist hidatik olduğu düşünülen ancak laparoskopik eksplorasyonda peritoneal basit kist olduğu anlaşılan lezyonun laparoskopik olarak eksizyonu paylaşılmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Otuz yedi yaşında kadın hasta, cerrahi kliniğine süregelen karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Yapılan ultrasonografide karaciğer sağ lob lateralinde yaklaşık 4 cm'lik tip 1 kist hidatik ile uyumlu olduğu rapor edilen kistik lezyon saptandı. Hastaya tomografi çekildi ve bulguların ultrason ile uyumlu olduğu görüldü.

Bulgular:

Hastaya laparoskopik cerrahi girişim planlandı. Eksplorasyonda kistik yapının karaciğer kaynaklı olmadığı, diaframatik periton kaynaklı olduğu görüldü. Kist, 3 trokar yardımıyla, en bloc eksize edildi ve endobag yardımı ile batın dışına alındı. Hasta postoperatif 2. gün sorunsuz taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu piyesin mezotelyal kist ile uyumlu olduğu görüldü.

Sonuç:

Görüntüleme metodları zaman zaman yanıltıcı olabilmektedir. Dolayısıyla benzer olgularda laparoskopik eksplorasyon, cerrahi planlamada önemli kararlar vermek için yardımcı olabilir. Dahası ameliyat laparoskopik olarak tamamlanabilir ki bu da hastaya daha konforlu bir postoperatif dönem sunar.

PS - 67 LAPAROSKOPİK CANLI DONÖR NEFREKTOMİ SIRASINDA ADRENAL VENİN DAMAR MÜHÜRLEME VE KAPAMA CİHAZI İLE AYRILMASI

ERCÜMENT GÜRLÜLER , AZİZ SÜMER , İBRAHİM BERBER ,
NAZİM GÜREŞ , ÖZGÜR KEMİK , HAMİT KARAYAĞIZ , ÜLKEM
ÇAKIR , ALİHAN GÜRKAN

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ İNTERNATİONAL HOSPİTAL ORGAN
NAKLİ MERKEZİ, İSTANBUL

Amaç:

Laparoskopik canlı donör nefrektomi sırasında adrenal venlerin ayrılmasında yalnızca damar mühürleme ve kapama cihazı kullanımı ile ilgili deneyimlerimizi sunmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde 2010-2012 yılları arasında laparoskopik canlı donör nefrektomi uygulanan 100 olgu yaş, cinsiyet, nefrektomi uygulanan taraf, renal vasküler anomaliler, ameliyat süresi, kan kaybı ve hastanede kalış süresi açısından değerlendirildi. Tüm hastalara renal hiler vasküleriteyi değerlendirmek için vasküler rekonstrüksiyonlu bilgisayarlı tomografi incelemesi yapıldı. Adrenal venlerin ayrılmasında damar mühürleme ve kapama

cihazı olarak LigaSure® 5 mm (Valleylab,Boulder, CO, USA) kullanıldı.

Bulgular:

Olguların hepsine laparoskopik sol canlı donör nefrektomi yapıldı. Tüm olguların renal ven disseksiyonu sırasında adenal veni bulundu ve LigaSure® 5 mm yardımıyla kapatılarak ayrıldı. Olguların hiç birisinde peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. Açık cerrahiye hiçbir olguda dönülmedi.

Sonuç:

Laparoskopik canlı donör nefrektomi sırasında adrenal venlerin diseksiyonunda ve ayrılmasında tek başına LigaSure® 5 mm kullanımı güvenli bir methoddur. Ancak LigaSure® vb gelişmiş teknolojik cihazların verdiği güvenlik hissi ile temel cerrahi prensiplerden taviz verilmemelidir. Cerrahi anatomik disseksiyon tüm ameliyatlarda en önemli ve ilk basamaktır.

PS - 68 LAPAROSKOPİK DONÖR NEFREKTOMİ DENEYİMİMİZ

ERCÜMENT GÜRLÜLER , AZİZ SÜMER , NAZİM GÜREŞ , OZGUR KEMİK , İBRAHİM BERBER , HAMİT KARAYAGIZ , ÜLKEM ÇAKIR , ALİHAN GÜRKAN

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ INTERNATIONAL HOSPİTAL ORGAN NAKLİ MERKEZİ, İSTANBUL

Amaç:

Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında en iyi tedavi yöntemi böbrek naklidir.Ancak ülkemizde yeterli kadavra verici bulunamasından dolayı daha çok canlı böbrek donöründen nakil yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı; laparoskopik canlı donör nefrektomi deneyimlerimizi sunmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Kasım 2010 ile Haziran 2013 tarihleri arasında laparoskopik yöntemlerle opere edilen 420 olgu çalışmaya alınmıştır. Olguların 368'ne klasik dört port ile laparoskopik donör nefrektomi (LDN),50 bayan olguya laparoskopik nefrektomi vaginal extraction yöntemiyle(TVLDN),11 donör transumblikal tek port nefrektomi (SPLDN), bir hastada transumblikal tek port ile yapılıp böbrek vaginal olarak çıkarılmıştır(SPTVDN).

Bulgular:

Olguların 256'sı kadın,164'ü erkek,yaş dağılımı 34 ile 72 yaş aralığında idi.Nefrektomi yapılan böbreklerin 113 tanesi sağ böbrekti.İki veya daha fazla arteri olan donör sayısı 110 olup bunların 96'sına iki veya daha fazla arter anastomozu yapıldı. Tüm gruplarda ameliyat süresi ortama olarak 130 dakika olup gruplar arasında anlamlı fark yoktu.Sıcak iskemi süreleri ortama olarak 180 saniye olup gruplar arasında istatistiksel fark yoktu.Hiç bir hastada perop veya post op cerrahi komplikasyon gelişmedi. Sadace bir hastada anatomik olarak görüş sağlanamadığından transvaginal tek porttan vazgeçilip 2 port daha girilip klasik laparoskopik donör nefrektomi yapıldı.Transvaginal veya tek

port olarak opere edilenler post op 1 gün taburcu edilirken klasik laparoskopik yöntemle opere edilenler post op 2 gün taburcu edildi.

Sonuç:

Son yıllarda canlı verici nakil sayısında oldukça yüksek oranda artış olmuştur.Ancak nakil ekibinin en önemli sorumluluğu sağlam bir kişi olan donörün sağlığıdır.Laparoskopik donör nefrektomi tecrübeli ellerde açık nefrektomiye göre hastanede kalış süresi,post op analjezik ihtiyacının daha az oluşu ve daha iyi kozmetik sonuçları olması nedeniyle üstündür.

PS - 69 LAPAROSKOPİK EL YARDIMLI YÖNTEMLE SPLENEKTOMİ YAPILAN BİR OLGU SERİSİ

MUSTAFA HAKSAL , ÇAĞRI TIRYAKI , BURÇ YAZICIOĞLU , HAMDİ TANER TURGUT , MEHMET ÖZYILDIZ , ÖZKAN SUBAŞI , YUSUF ÇINAR , SELİM YİĞİT YILDIZ

KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Splenektominin laparoskopik yöntemle yapılması hasta açısından erken dönemlerde yarar sağlayabilir. Kliniğimizde el yardımcı yapılan laparoskopik splenektomi olguları irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Ağustos 2012- Ağustos 2013 yılları arasında laparoskopik splenektomi olguları demografik özellikleri, endikasyonları, hastanede kalış süreleri ve postoperatif komplikasyonları retrospektif dosya tarama yöntemi ile incelendi.

Bulgular:

Üç hasta (2'si erkek[%66.6], yaş ortalaması 36) bulundu. 2 hasta immün trombositopenik purpura 1 hasta ise dalakta kist hidatik nedeniyle opere edildi. 8 cm.lik insizyondan uygulanan el yardım cihazına ek olarak 2 adet 10'luk trocher konuldu. Dalak hilusundaki damarlar 3 hastada vasküler staplerle bağlandı. Hastalara postoperatif kan replasmanı gerekmedi. Ortalama yatış süresi 4.7 idi. Serimizde mortalite görülmedi.

Sonuç:

Laparoskopik el yardımcı splenektomi dalak hastalıklarında etkin ve güvenle kullanılacak bir yöntemdir.

PS - 70 LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

BURHAN MAYİR, CEMAL ÖZBEN ENSARİ, ÜMİT KOÇ, TUNA BİLECİK, OSMAN ZEKAİ ÖNER, MEHMET TAHİR ORUÇ, NURULLAH BÜLBÜLLER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Elektif splenektomi sıklıkla çeşitli hematolojik hastalıklar sebebiyle, daha nadir olarak ta dalakta yer kaplayıcı benign yada malign lezyonlar sebebiyle yapılır. Laparoskopik cerrahide tecrübelerin artması ve damar mühürleme cihazlarının yaygın ve güvenli bir şekilde kullanılması ile elektif splenektomi operasyonları laparoskopik yaygın ve güvenli olarak yapılmaya başlanmıştır. Laparoskopik splenektomi, diğer laparoskopik operasyonlar gibi açık splenektomiye daha az ağrı, daha erken işe dönüş ve daha iyi kozmetik sonuçlar sağlar. Bu çalışmada kliniğimizde elektif laparoskopik splenektomi yapılan hastalara ait sonuçlar değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

2009-2013 yılları arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde elektif laparoskopik splenektomi yapılan hastalara ait dosyalar çıkarılarak, hasta bilgileri, operasyon bilgileri ve operasyon sonrası izlem bilgileri geriye dönük olarak kayıt edildi. Operasyonlar farklı cerrahlar tarafından 3 ya da 4 trokar kullanılarak yapıldı. Splenik arter ve ven cerrahın tercihine göre vasküler stapler, klip yada damar mühürleme cihazı kullanılarak kapatıldı.

Bulgular:

Toplam 23 hastaya laparoskopik splenektomi uygulandı. Hastaların 14'ü (% 61,9) bayan, 9'u (% 39,1) bay idi. Hasta yaşları 14-67 (ort: 27,2) arasında idi. Operasyon indikasyonları 19 (% 82,6) hastada ITP, bir hastada (% 4,3) miyelodisplastik sendrom, bir hastada (% 4,3) hodgkin lenfoma, bir hastada (%4,3) sebebi bilinmeyen anemi, bir hastada (% 4,3) talasemi majör idi. Operasyonlar 4 hastada 3 trokar ile, 19 hastada ise 4 trokar ile gerçekleştirildi. Operasyon süresi sadece splenektomi yapılan hastalar değerlendirildiğinde ortalama 104 (60-150) dakika idi. Hiçbir hastada açığa dönülmedi. Sadece bir hastada dalak boyutu çok büyük olduğu endobage sığmadı ve mini laparotomi ile batından dışarı alındı. 3 hastada ek olarak eş zamalı laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Bir hastada aksesuar dalak saptanarak çıkarıldı. Hastanede kalış süresi 2-4 (ort: 2,9) gün idi. Hiçbir hastada operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon yaşanmadı. Takiplerde ITP tanılı 3 hastada trombosit seviyesi yükselmedi. Bu hastaların birinde daha sonra aksesuar dalak saptandı ve ikinci bir operasyonla bu çıkarıldı.

Sonuç:

Laparoskopik splenektomi güvenle uygulanabilir bir yöntemdir. Çalışmalarda açık splenektomiye göre operasyon süresi uzun olsa da daha az ağrı, daha erken işe dönüş ve daha iyi kozmetik sonuçlar gibi belirgin üstünlükleri vardır. Özellikle hematolojik

hastalık için operasyon planlanıyorsa operasyon sırasında aksesuar dalağın dikkatle araştırılması önemlidir. Elektif splenektomi planlanan hastalarda laparoskopik splenektomi ilk seçenek olmalıdır.

PS - 71 PANKREAS KİSTİK NEOPLAZİLERİNDE LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ: İLK İKİ OLGUMUZUN İRDELENMESİ

DENİZ TİHAN, MURAT ÇAYCI, EVREN DİLEKTAŞLI, UĞUR DUMAN, FATİH EROL, EMRAH BAYAM, AHMED TAHA, HASAN ÇANTAY

ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, BURSA

Amaç:

Pankreas kistik neoplazilerinde, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme modaliteleri ile tanıya yaklaşılsa da, kesin tanı koymak mümkün olmayabilir. Kistik bir maligniteyi kesin olarak dışlamanın yegane yolu histopatolojik incelemedir. Ayrıca kistik karsinomlarda tek küratif tedavi metodu cerrahidir. Dolayısıyla pankreas kistik neoplazilerinde genellikle cerrahi gereklidir.

Gereç ve Yöntem:

Süreğen karın ağrısı şikayetiyle genel cerrahi kliniğimize başvuran biri 70, diğeri 65 yaşında iki kadın hastanın, yapılan tetkikleri sonucu pankreas kistik neoplazi ön tanısıyla opere edilmelerine karar verildi.

Bulgular:

Birinci hastada 4 cm çapındaki lezyon pankreas boyun-gövde bileşkesinde, superior mezenterik arterin solunda, ikinci olguda ise 3.5 cm'lik lezyon gövde-kuyruk bileşkesinde yer alıyordu. Her iki hastaya da 5 port yardımıyla distal pankreatektomi uygulandı. Lineer stapler ile kesilen pankreasın proksimal güdüğüne ayrıca fibrin doku yapıştırıcısı sıkıldı. Her iki hasta da postoperatif 5. günlerinde sorunsuz taburcu edildiler. Poliklinik takiplerinde herhangi bir problem saptanmadı. Histopatolojik inceleme sonucu lezyonlardan birinin müsinoz kist adenom, diğeri ise psödokist olduğu saptandı.

Sonuç:

Boyun ve daha distal yerleşimli pankreas kistik kitlelerinde laparoskopik cerrahi, açık cerrahiye göre daha avantajlıdır. İleri laparoskopik cerrahi teknikleri açısından öğrenim eğrisini tamamlamış merkezlerde, distal pankreas rezeksiyonlarının minimal invazif cerrahi ile gerçekleştirilmesinin hem hasta hem de cerrah açısından daha uygun olacağı kanaatindeyiz.

PS - 72 SAĞ RETROPERİTONEAL KİTLENİN LAPAROSKOPİK EKSIYONU: ATİPİK YERLEŞİMLİ AKSESUAR DALAK VAKASI

AHMET BEKİN¹, SELİM BİROL

MALTEPE CEFA İNFAZ KURUMU DEVLET HASTANESİ, GENEL
CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Daha önce araç içi trafik kazası (AİTK) nedeniyle eksploratuar laparotomi ve splenektomi hikayesi, göbüküstü ve altı median insizyonu olan hastada sağ retroperitoneal yerleşimli kitlenin laparoskopik eksizyonu.

Gereç ve Yöntem:

3 yaşında iken AİTK sonrası künt batın travması nedeniyle eksploratuar laparotomi ve splenektomi yapılan 25 yaşındaki erkek hasta sağ sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda sağ retroperitoneal yerleşimli, KC ve Sağ böbrek arasında sınırları net ayırd edilemeyen solid kitle lezyon saptandı. Hastaya transabdominal laparoskopik eksizyon planlandı. Sol dekübit pozisyonda sağ lateralden girilen 3 adet trokar ile ameliyat tamamlandı. İşlem esnasında 30 derece açılı kamera, düz el aletleri ve damar mühürleyici kullanıldı. Ameliyat 45 dakikada tamamlandı. Tüm basamaklar video ve fotoğraf ile kayıt altına alındı.

Bulgular:

Eksplorasyonda KC posterolateralinde böbrek superiorunda retroperiton yerleşimli 4x5cmlik kitle lezyon saptandı. Periton açıldı, Kitle total olarak eksize edildi. 10mmlik trokar biraz genişletilerek kitle endobag yardımıyla çıkartıldı. Patoloji sonucunda kitlenin aksesuar dalak olduğu rapor edildi.

Sonuç:

Retroperitoneal kitleler için transabdominal laparoskopik yaklaşım daha önceden açık ameliyat olmuş median insizyonlu hastalarda da güvenle kullanılabilir. Ancak çok nadir olarak görülsede sağ retroperitoneal kitlelerin aksesuar dalak olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

PS - 73 SURRENAL ADENOMDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMİMİZ

İBRAHİM ÇAĞATAY ŞİŞMAN¹, ÇAĞLAR YILDIRIM¹, YAVUZ
YALÇIN³, CANAN YILDIRIM²

¹ ORDU DEVLET HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

² SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

³ ORDU DEVLET HASTANESİ ENDOKRİN VE METABOLİZMA
HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Amaç:

Surrenal kitlelerinde cerrahi yaklaşımlar belirlenirken mevcut patolojinin (kanser, kanama, salgı yapan nodül) oluşturduğu anatomik değişiklikler, nodüllerin yol açtığı salgısal değişimler ve kitlenin yerleşimi önemli yer tutar. Kitle benign veya malign yada hormon aktif veya nonaktif olabilir. Benign ve malign adrenokortikal kitlelerinin ayrımı güç olabilir. Adrenal kitleleri abdominal bölgede oldukça derin ve iyi sınırlanmış bir yerleşim gösterir. Bu nedenle hastalarının büyük bir bölümünde tanı anında ilerlemiş hastalık ve %33'lere varan uzak metastaz saptanır. Benign lezyonlar (kist, adenom) insidental olarak üst abdomen bölgesinin çeşitli nedenlerle incelenmesi sonucu saptanabilir. Hormon aktif lezyonlar klinik bulgu verdikleri için araştırma esnasında ortaya çıkabilir.

Gereç ve Yöntem:

Hastalar karın ağrısı ve yüksek tansiyon nedeniyle araştırılırken batın USG de surrenal adenom saptanan ve endokrin uzmanınca takibe alınan 3 hastaya laparoskopik surrenektomi uygulandı (son bir yılda). Hastalara batın CT ve MR uygulandı. Preoperatif hazırlıkları endokrin ve anestezi tarafından yapıldı.

Bulgular:

3 hastamızın hepsi de kadın, yaş ortalamaları 60 idi. Bir adenom sağ diğerleri sol surrenal bezden köken almak taydı. Sağ lokalizasyonlu hastanın adenomu 5 cm iken sol lokalizasyonlu olanlar 5 ve 14 cm boyutundaydı. Tüm hastalara transperitoneal olarak yaklaşıldı. Adenomu 5 cm olan 2 hastanın operasyonları ortalama 50 dak. sürdü ve laparoskopik olarak tamamlandı. Hastaların postoperatif tansiyonları regüle seyretti ve 3. gün taburcu oldular. Patolojileri de adenokortikal adenom geldi. Adenom boyutu 14 cm olan sol yerleşimli adenomun ameliyatı laparoskopik olarak başlandı ancak hastanın kitlesinin çevreye çok yapışık olmasından dolayı disseksiyonda renal arter zedelendi ve açık ameliyata geçildi. Arter primer onarıldı takiben kitle çıkarıldı. Patolojisi feokromasitoma gelen hastanın operasyonda arteriyel tansiyonları 290-300 mmhg ulaştı. Operasyondan sonra tansiyonları normale düşen hastanın hipertansif ensefalopatisi gelişti. Nöroloji tarafından rehabilitasyonu devam ediyor.

Sonuç:

Laparoskopik adrenalektomi benign adrenal kitlelerin tedavisinde altın standart tedavi halini almıştır. Postoperatif morbidite azalmış böylece hastanede kalış süresi kısalmış ve daha iyi kozmetik sonuçlar alınmasına olanak sağlanmıştır. Laparoskopik adrenalektomide maksimum tümör boyutu konusunda fikir birliği olmamakla beraber son yıllarda <10 lezyonlara başarı ile laparoskopik adrenalektomi uygulanan vaka serileri bildirilmiştir. Laparoskopik adrenalektominin komplikasyonları arasında en sık kanama gözlenirken bu durum aynı zamanda açık operasyona geçilmesinin de en sık nedeni olarak belirtilmiştir. 10 cm> büyük lezyonlarda ve malignite düşünülen çevreye invaze lezyonlarda öncelikle açık cerrahi öneriyoruz.

PS - 74 TİP 1 KARACİĞER KİST HİDATİKLERİNE DÖNER BİÇAKLI ASPİRATÖR KULLANILMAKSIZIN LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

MURAT ÇAYCI , DENİZ TİHAN , EMRAH BAYAM , EVREN DİLEKTAŞLI , UĞUR DUMAN , NİZAMETTİN DEMİRCİ , ÖZGÜR PEKEL

ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, BURSA

Amaç:

Günümüzde karaciğer kist hidatik hastalığında da, diğer hemen tüm açık cerrahi tekniklerde olduğu gibi laparoskopik yöntem başarıyla kullanılmaktadır. Ancak karaciğer kist hidatik hastalığına laparoskopik yaklaşım için çoğunlukla döner bıçaklı aspiratör sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu özellikli aleti kullanmaksızın da tip 1 kist hidatiklere başarılı laparoskopik cerrahi uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

Gereç ve Yöntem:

Genel cerrahi kliniğimize yatan tip 1 karaciğer kist hidatigi olan üç hastaya, laparoskopik yöntemle unroofing uygulandı.

Bulgular:

Hastalardan ikisi erkek, biri kadındı. Hastalarda veres iğnesi ile oluşturulan pnömoperitonu takiben 3 trokar ile batına girildi. Batın içi organlar %20'lik serum sale ile yıkanmış gazlı bezlerle korundu. Veres iğnesi ile kist içerisine %20'lik serum sale enjekte edildi, 10 dakika beklenildi ve takiben kist içeriği aspire edildi. Kist tavanı eksize edildi. Germinatif membran tek parça olarak, batın içine gönderilen bir endobag yardımı ile batın dışına alındı. Hastalar postoperatif sorunsuz taburcu edildi. Takiplerinde nüks lehine bulgu saptanmadı.

Sonuç:

Her ne kadar günümüzde karaciğer kist hidatik hastalığının laparoskopik cerrahi tekniklerle tedavisi, döner bıçaklı aspiratör gibi sofistike bir alet yardımıyla yapılabiliyor olsa da, özellikle Gharbi tip 1 (pür kistik) kistlerde standart laparoskopik cerrahi aletlerle de güvenli unroofing ameliyatı uygulamak mümkündür. Daha fazla vaka ile yapılacak çalışmalar, tekniğin avantajları ve dezavantajları konusunda daha detaylı bilimsel veriler elde etmemize olanak sağlayacaktır.

PS - 75 TRANSVAGİNAL YOL LAPAROSKOPİK DONÖR NEFREKTOMİDE BÖBREK ÇIKARIMI İÇİN GÜVENLİDİR

ERCÜMENT GÜRLÜLER , NAZIM GÜREŞ , AZİZ SÜMER , İBRAHİM BERBER , HAMİT KARAYAĞIZ , ÖZGÜR KEMİK , ÜLKEM ÇAKIR , ALİHAN GÜRKAN

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ, İNTERNATİONAL HOSPİTAL ORGAN NAKLİ MERKEZİ, İSTANBUL

Amaç:

Bu çalışmanın amacı merkezimizde yapılan klasik laparoskopik donör nefrektomi (LDN) olgularının parametreleri ile vaginal çıkarımlı laparoskopik donör nefrektomini olgularının (TVLDN) parametrelerini retrospektif olarak karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya LDN ve TVLDN uygulanan 105 ardışık bayan hasta (70 LDN , 45 TVLDN) dahil edildi. Gruplar operasyon süresi , sıcak iskemi zamanı , postoperative komplikasyonlar , hastanede yatış süresi ve donör ve alıcı komplikasyonları yönünden karşılaştırıldılar.

Bulgular:

Ortalama operasyon süresi LDN grubunda 151,37±25,24 dakika TVLDN grubunda ise 156,67±30,45 dakikaydı . Ortalama sıcak iskemi zamanları da LDN grubunda 176,49±61,78 sn , TVLDN grubunda 182,47±38,42 sn olarak bulundu . Her iki parameter yönünden de gruplar arası istatistiksel anlamlı fark yoktu . Ayrıca donör ve alıcı komplikasyonları ve hastanede yatış süreleri açısından da istatistiksel anlamlı fark saptanmadı . TVLDN grubunda hastaneden çıkıştaki ortalama ağrı skoru anlamlı olarak daha düşük bulundu .

Sonuç:

Bu çalışma göstermiştir ki TVLDN, LDN kadar güvenli ve efektif olarak kullanılabilen bir yöntemdir. Böbrek çıkarımı için abdominal insizyon yapma gereğinin ortadan kalkması hem daha iyi kosmesis sağlamak hem de bu hastalardaki düşük ağrı skoru postoperatif periyotta donör yaşam kalitesini arttırmaktadır .

PS - 76 BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ENDOSKOPİST-GENEL CERRAH OLARAK GASTROSKOPİK İŞLEM DENEYİMLERİMİZİN CERRAHİ SONUÇLARI

YÜKSEL ALTINEL¹ , KADRİ GÜLEŞÇİ¹ , DİDEM ERTORUL²

¹ *ORDU UNV.SAĞLIK BAKANLIĞI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ*

² *ORDU FATSA DEVLET HASTANESİ*

Amaç:

Günümüzde genel cerrahi klinikleri tarafından endoskopi eğitimi verilmekte ve cerrahların endoskopik işlem tecrübeleri ve hasta yönetimi gelişmektedir. Bu çalışmanın amacı genel cerrahi uzmanı olarak doğru endikasyonlar ışığında yapılan gastroskopik incelemeleri, tanı ve tedavi sonuçlarını, cerrahi yöntemleri ve oluşan komplikasyonları araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Retrospektif olarak Aralık 2011- Şubat 2013 tarihleri arasında yapılan gastroskopik işlemler, tetkiklerin sonuçları, cerrahi teknikleri ile beraber değerlendirilerek istatistiksel olarak

hesaplanmıştır. Özofajit şiddeti Los Angeles skor değerine göre ve Helikobakter pilori pozitifliği incelenmiştir. Karın ağrısı,reflü şikayetleri,dispepsi, disfaji,kilo kaybı, iştahsızlık,anemi etiyojisi, kusma, geçirilmiş üst GIS kanaması olan gastroskopi yapılmıştır. Acil aktif Üst GIS kanaması olan hastalar değerlendirilmemiştir.

Bulgular:

Kliniğimizde tek cerrah tarafından 464 hastaya özofagogastroskopi yapıldı. 148 erkek hasta yaş 17-84 (50,7). 316 bayan hasta yaş 17-89 (48,6). 357 hastadan biyopsi alındı. 345 (%74) Helicobacter pilori pozitifliği bulundu. Hastalara iki hafta moksisilin+klaritromisin+lansoprazol tedavisi verildi. Antral eroziv gastrit (335-%72) ve Gastroözofageal Reflü (99-%21) olan hastalara 3 ' er aylık proton pompa inhibitörü+ Pinaveryum Bromür+ kalsiyum karbonat ve magnezyum karbonat +pankreatin tedavisi uygulandı. Gastrik ülser: 17 Duedonal ülser: 5 Özefajit-Los Angeles skor değeri: Derece A: Bir veya daha fazla alanda 5 mm'yi gecmeyen doku kaybı:39 Derece B: Bir veya daha fazla alanda 5 mm'yi gecen, fakat katlantılar arasında birleşmeyen doku kaybı:27 Derece C: iki veya daha fazla katlantıyı aşan, ancak lumeni tam daire olarak sarmayan bir veya daha fazla erozyon:15 Derece D: Tum lumeni dairesel olarak saran doku kaybı (erozyon):18 Gastroskopik polipektomi 8 (%1,7) hastaya uygulandı. Mide Adeno karsinom: 9 (% 2) Mide antrum, obstruksiyona sebep olan taşlı yüzük hücreli adeno ca olan hastaya (1/9-%11 cerrahi) subtotal gastrektomi, Roux-en-Y gastrojejunostomi yapıldı. Diğer hastalar onkolojik cerrahi merkezlerde daha tecrübeli öğretim üyelerini tercih etmişlerdir.

Sonuç:

Genel cerrahi uzmanı olarak, tanısını koyduğumuz gastrointestinal neoplazm hastalarına cerrahi müdahale de yeterli sayıya ve tecrübeye kliniğimizde ulaşamadık. Endoskopist-cerrahların gastroskopi deneyimleri sonucunda gastrointestinal kanser cerrahisi uygulanan hastaların preoperatif ve postoperatif takibinde de önemli olmasından dolayı gastroskopi, genel cerrahi uzmanları tarafından yaygın olarak yapılmaya ve eğitimleri verilmeye devam edilmelidir.

PS - 77 BURİED BUMPER SENDROMU: PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU

MERT MAHSUNİ SEVİNÇ , EKREM ÇAKAR , SAVAŞ BAYRAK , ŞÜKRÜ ÇOLAK , KERİM ÖZAKAY , KENAN BÜYÜKAŞIK , MEHMET EMİN GÜNEŞ , HASAN BEKTAŞ , ACAR AREN

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Gastrointestinal fonksiyonları normal ancak alt özofagus sfinkterine kadar olan mekanik veya fonksiyonel bir nedenle oral alamayan hastaların beslenmesinde Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) günümüzde kullanılan en yaygın yöntemdir.

Gereç ve Yöntem:

Nörolojik hastağı nedeniyle PEG uygulanmış olan bayan hasta, katater etrafında sızıntı ,endurasyon ve ağrı şikayetiyle kliniğimize müracaat ediyor. Endoskopisinde Buried bumper sendromu tanısı konulması üzerine olguyu literatür eşliğinde sunduk.

Bulgular:

Alzheimer hastalığı olan , oral yoldan beslenemeyen 70 yaşında bayan hastaya beslenme amacıyla 15 ay önce kliniğimizde pull tekniğiyle PEG uygulandı. Peristomal selülit, ağrı,tüpün tıkanması ve kateter etrafında akıntı nedeniyle yatırıldı. Yapılan endoskopisinde PEG tüpünün iç mantarının gastrik mukoza içine gömülü olduğu görüldü. Ameliyathane şartlarında herhangi bir insizyon yapılmadan eksternal traksiyon ile tüp çekildi. 3 gün sonra farklı bir alandan yeniden PEG uygulandı. Hastanın takiplerinde herhangi bir problem yaşanmadı.

Sonuç:

Gastrostomi tüpünün iç tamponunun mide duvarı veya gastrostomi traktının herhangi bir yerine doğru migrasyonu olarak tarif edilen BBS, PEG uygulamalarının nadir ve geç komplikasyonlarından. Literatürde % 1.6-21.8 oranında görülmektedir. İç tamponun yapısal özelliği, malnutrisyon, hastanın tekrar kilo almasına bağlı batın duvarının kalınlığının artması ve katetere istem dışı traksiyon uygulanması ..vb faktörler BBS gelişmesine sebep olabilir. PEG takılması sırasında external tamponu sabitlerken internal tamponun pozisyonunu endoskop yardımıyla gözlemlemek, hasta ve bakıcısına PEG kullanımı açısından eğitim vermek, periodik olarak PEG tüpünün dışarıya protrüze olan kısmının uzunluğunu ölçmek ve tüpü belli aralıklarla yavaşça döndürerek ve iterek hareket ettirmek BBS oluşumunu minimize edeceği kanısındayız.

PS - 78 ÇEKUMDA YALANCI KİTLE

SİRAC AKGÜL

ÖZEL HAYAT HASTANESİ, ELAZIĞ

Amaç:

Endoskopik olarak yapılan incelemelerde çekumda saptanan her kitlenin kalınbağırsak kaynaklı olmadığına hatırlatılması amaçlandı.

Olgu Sunumu

76 yaşında erkek hasta.karın ağrısı,bulantı,kusma ve yaklaşık 10(on) gündür büyük tuvaletini yapamama ifadesiyle acil polikliniğimize getirilen hasta, çekilen ADBG'DE incebağırsak tipi hava sivi seviyeleri saptanması üzerine ileus ön tanisiyle genel cerrahi servisine yatırıldı.Kontrastli batin tomografisi ileus ile uyumlu olup herhangi bir tikayıcı lezyonun izlenemediği rapor edildi.Hastaya kolonoskopi yapıldı.Kolonoskopik incelemede çekumu tama yakın dolduran ülsere lezyon saptandı.Biyopsi alındı.Biyopsi sonucu benign olarak rapor edildi.Hasta, kliniğinde gerilememe olmaması üzerine ameliyata alındı.

Eksplorasyonda yaklaşık 10 cm.'lik ileal segmentin çekuma invajine olduğu saptandı. Invajine olan segment manuel olarak redükte edildi. Yapılan incelemede ileoçekal valvin yaklaşık 5 cm. proksimalinde, ileum içerisinde 6x4 cm. boyutunda kitlesel lezyon saptandı. Enterotomi yapılarak kitle eksize edildi ve ileum primer olarak kapatıldı. Postop 3. günde hastaya oral gıda başlandı. Herhangi bir sorunu olmayan hasta postop 5. günde taburcu edildi. Kitlenin patolojik inceleme sonucu lipomatöz oluşum olarak rapor edildi.

Sonuç:

İleus tanisiyle tetkik edilen her hastaya, hastanın kliniği elverdiği ölçüde kolonoskopik inceleme yapılmalı, çekum ve ileoçekal valv dikkatli olarak incelenmelidir. Çekumda saptanan her kitlenin kalınbağırsak kaynaklı olmayabileceği akılda tutulmalıdır.

PS - 79 ENDOSKOPISTİN TECRÜBESİ İLE POST ERKP PANKREATİT ARASINDAKİ İLİŞKİ

HACI MEHMET ODABAŞI, CENGİZ ERİŞ, EMRE GÜNAY, HACI HASAN ABUOĞLU, MEHMET KAMİL YILDIZ, ERKAN ÖZKAN, ALİ AKTEKİN, M.A. TOLGA MÜFTÜOĞLU

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi (ERKP) işlemi esnasında pankreatit gelişimi ERKP nin önemli komplikasyonlarından biridir. Post ERKP pankreatitle ilgili pek çok çalışma mevcuttur. Endoskopistin tecrübesi ile ilgili birkaç çalışma mevcuttur. Bu çalışmamızda endoskopistin tecrübesi ile post ERKP pankreatit arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2008 ila Ocak 2011 yılları arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastanesinde ERKP işlemi yapılan 365 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar ilk hastadan başlanarak 50 şer kişilik gruplar halinde post ERKP pankreatit açısından değerlendirilmiştir. İşlemler 2 endoskopist tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bulgular:

Hastalar post operatif pankreatit olarak değerlendirildiğinde ilk 50 hastadan 8 inde (%16) pankreatit gelişmiş bu hastalardan 2 sinde ağır pankreatit ve arkasından pankreatik psödokist varlığı saptanmıştır. 1 hastaya kistogastrostomi yapılmış, diğer hastada ise kist spontan olarak iyileşmiştir. İkinci 50 kişilik hasta grubunda 6 hastada pankreatit gelişmiş (%12), üçüncü hasta grubunda 3 hastada (%6) post ERKP pankreatit gelişmiştir. Geriye kalan 215 hastada ise 8 (%3.7) hastada pankreatit gelişmiştir. Hiçbir hastada ağır pankreatit saptanmamıştır.

Sonuç:

Post ERKP sonrası gelişen pankreatit ile endoskopistin tecrübesi yakın ilişkilidir. Öğrenme aşamasında papillanın kanüle edilmek için aşırı derecede zorlanması, kontrast maddenin pankreatik kanala verilmesi gibi faktörler post ERKP pankreatiti tetiklemektedir.

PS - 80 ERKEN DÖNEM ENDOSKOPI SONUÇLARIMIZ: CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ DENEYİMİ

SEMRA TUTCU ŞAHİN, YAVUZ KAYA, HASAN AYDEDE, TEOMAN COŞKUN, MUSTAFA TİRELİ, MEHMET YAMAÇ ERHAN, ASLAN SAKARYA, ERAY KARA

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ, MANİSA

Amaç:

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniği olarak üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopilerimizin erken dönem sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Ocak 2013-Ağustos 2013 döneminde 108 adet total kolonoskopi, Mart 2013-Ağustos 2013 döneminde 36 adet özofagogastroduodenoskopi yapıldı.

Bulgular:

Kolonoskopi hastalarımızın 40'ı kadın, 68'i erkek olup, yaş ortalaması 60,4 saptandı. Bu hastaların 20'sinde kolorektal karsinom, 25'inde kolorektal polip, 2'sinde inflamatuvar barsak hastalığı, 10'unda divertiküler hastalık, 1'inde anjiodisplazi, 1'inde soliter rektal ülser saptandı. 20 hastanın kolonoskopi bulguları normaldi. Gastroskopi hastalarımızın 19'u kadın, 17'si 17'si erkek olup, yaş ortalaması 55,1 saptandı. Bu hastaların 1'inde hipofarenx karsinomu, 1'inde özofagus karsinomu, 1'inde özofajit, 7'sinde kardioözofagial sfinkter disfonksiyonu, 3'ünde hiatal herni, 3'ünde alkalin reflü gastrit, 10'unda antral gastrit, 3'ünde pangastrit, 2'sinde mide polipi, 3'ünde mide karsinomu, 4'ünde duodenal ülser, 1'inde anastomoz darlığı saptandı. 5 hastada özofagogastroduodenoskopi bulguları normaldi.

Sonuç:

Genel Cerrahi kliniği olarak, üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopi deneyimimizi hızla arttırmayı ve en kısa zamanda, tanısal endoskopiden terapötik endoskopik girişimlere doğru geçmeyi ümit ediyoruz.

PS - 81 GASTROSKOPİ ESNASINDA RASTLANAN İNSİDENTAL ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM POLİPLERİ VE YAKLAŞIMIMIZ

KENAN BÜYÜKAŞIK, YİĞİT DÜZKÖYLÜ, SERDAR ÇULCU, ALİ EMRE NAYCI, MEHMET MEHDİ DENİZ, AZİZ ARI, ŞÜKRÜ ÇOLAK, AYHAN GÜNEYİ, ACAR AREN, MEHMET EMİN GÜNEŞ

S.B.İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Üst gastrointestinal sistem polipleri genellikle asemptomatikler ve endoskopik işlemler sırasında %0.2-0.3 oranında tesbit edilirler. Bu çalışmada endoskopi işlemleri sırasında çıkartılmış olan üst gastrointestinal sistem poliplerinin klinik özelliklerini, yerleşim yerlerini, histopatolojik tiplerini, mide mukozası ve Helicobacter Pylori enfeksiyonu ile olan ilişkilerini ve saptanan poliplerin kanserleşme oranlarını incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2007-Haziran 2013 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi endoskopi merkezinde yapılan toplam 55987 üst gastrointestinal endoskopi işlemi sırasında polip tespit edilen 59 olgu ve bu hastalardan çıkartılmış 66 polibe ait veriler geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular:

Toplam 59 olguda 66 üst gastrointestinal polip analiz edilmiştir. Hastaların 37'si kadın, 22'si erkekti. Ortalama yaş 66.7 olarak saptandı (35-89). En sık izlenen klinik semptom 41 olguda (%69.49) dispepsi oldu. Yerleşim yeri olarak en sık 27 lezyon ile antrumda (%40.9) saptandı (Tablo 1: Polip lokalizasyonları). Poliplerin histopatolojik tipleri sırasıyla hiperplastik polip (%62.12), faveolar hiperplazi (%7.57), fundik gland polipi (%3.03), squamöz hücreli polip (%3.03), hamartamoz polip (%1.51), pilorik gland adenomu (%1.51) şeklinde belirlendi (Tablo 2). Gastrik mukozanın histopatolojik analizinde ise 30 olguda (%50.84) kronik atrofik gastrit, 33 olguda (%55.9) Hp enfeksiyonu ve 19 (%32.20) olguda intestinal metaplazi tesbit edilmişti, multipl polibi olan 3 olguda hiperplastik polipe eşlik eden adenokarsinom tesbit edilmiştir. Diğer olguların bugüne kadar olan takiplerinde herhangi bir malignite gelişimine rastlanmazken adenokarsinom gelişen olgulardan 2 tanesine subtotal, 1 tanesine ise total gastrektomi uygulanmıştır.

Sonuç:

Üst gastrointestinal sistem polipoid lezyonları arasında en sık görülen tip, hiperplastik poliplerdir. Genellikle Hp enfeksiyonu, kronik atrofik gastrit ve intestinal metaplazi ile ilişkilidir. Multipl hiperplastik polipi olan hastalarda adenokarsinom sıklığı arttığından sıkı takip edilmeli, aile anamnezi sorgulanmalı, olası sendromlar araştırılmalı ve gecikmeden operasyon planlanmalıdır.

PS - 82 KOLON KANSERİ TANISI KONAN HASTALARDA İŞLEMİ YAPAN BRANŞIN AMELİYAT BEKLEME SÜRESİNE ETKİSİ

AZİZ BORA KARİP, AHMET YALIN İŞCAN, HASAN ALTUN, YETKİN ÖZCABI, SİNAN TEZER, KEMAL MEMİŞOĞLU

İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Hastanemizde ameliyat edilen kolorektal kanserli hastalarda, kolonoskopi işlemi yapan hekimin branşının, kolonoskopi ile ameliyat arasında geçen zamana etkisi olup olmadığını ortaya koymak.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2011-Şubat 2013 arasında kliniğimizde kolorektal kanser sebebiyle opere edilmiş olan toplam 125 hastanın dosyasına ulaşıldı. Acil opere edilen, ameliyat öncesi doku tanısı olmayan ve neoadjuvan tedavi alan 39 hasta çalışmadan çıkarıldı. Kalan 86 hastada, yaş, cinsiyet, tümör yerleşim yeri, kolonoskopi tarihi, kolonoskopiyi yapan kişinin uzmanlığı, çalıştığı kurum ve ameliyat tarihi kaydedildi. Tümörler, transvers kolon ortasına göre anatomik olarak sağ ve solu yerleşimli olarak iki gruba ayrıldı. İşlemi yapan kişiler genel cerrah ve gastroenterolog olarak kaydedilirken, çalıştıkları kurumlar hastanemiz (H) ve dış merkez (DM) olarak belirtildi. Hastaların biopsi alınma tarihleri ile ameliyat oldukları tarih arası zaman ameliyat hazırlık süresi (AHS) olarak alındı.

Bulgular:

Toplam 86 hastada, 52 erkek ve 34 kadın, ortalama yaş 67,51 +/- 11,795 (33-91 yaş) olarak tespit edildi. 24 (%27,9) hastanın kolonoskopisi genel cerrah (GC) tarafından yapılmışken, 62 (%72,1) hastanın gastroenterolog (GE) tarafından yapılmış olup, bu ikinci grubun 42'si hastanemiz gastroenterologlarınca (GEH), 20'si dış merkez gastroenteroloğu (GED) tarafından yapılmıştı. Dış merkezde GC tarafından yapılmış kolonoskopi yoktu. Dış merkezde kolonoskopisi yapılmış hastalar çıkarıldığında, merkezimizin ameliyat hazırlık süresi kolorektal kanserler için (AHS) 20,42 +/- 10,83 gün olarak hesaplandı. İşlemi yapan uzmana göre gruplara ayrıldığında GC ve GED tarafından kolonoskopisi yapılan hastaların AHS'leri GEH'lerce yapılanlardan anlamlı olarak daha kısaydı (p<0,005). GC ve GED arasında ameliyat hazırlık süreleri arasında fark saptanmadı (p=0,579). Yerleşimlere bakıldığında 60 hasta sol, 26 hasta sağ kolon yerleşimliydi. Yerleşime göre AHS arasında fark yoktu (p=0,587). Erkeklerde AHS daha uzun olmakla beraber cinsiyetler arası anlamlı fark bulunmadı (p=0,687). Hastalar 65 yaş altı ve üstü olarak ayrıldıklarında ortalama AHS 65 yaş üstü 52 hasta için, 19,08 +/- 10,897, 65 yaş altı 34 hasta için 18,76 +/- 10,313 gün olarak hesaplandı. İki grup arasında AHS açısından anlamlı fark yoktu. (p=0,845).

Sonuç:

Kolonorektal kanseri tanısı almış ameliyat olacak hastalarda hastanın kolonoskopisinin yapıldığı merkezin ve işlemi yapan hekimin branşının ameliyat hazırlık sürelerine etkisi vardır. Bize göre bu farkın sebebi, kolonoskopiyi eğer genel cerrah yaptıysa patolojik tanıdan bağımsız ameliyat hazırlık ve evreleme tetkiklerini hemen istemesi, eğer işlem dış merkez gastroenteroloğu tarafından yapıldıysa patoloji tanısının üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri patoloji kliniklerine göre daha çabuk alabilmesidir.

PS - 83 KOLONOSKOPİ UYGULAMALARINDA MÜZİĞİN HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

SONAY BALTACI GÖKTAŞ, DENİZ ŞELİMEN

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Sindirim sistemi hastalıklarında kullanılan endoskopik girişimler modern gastroenterolojinin önemli işlevlerinden birini oluşturmaktadır. İnvaziv bir tanı ve tedavi yöntemi olan kolonoskopi hastada strese, kaygıya ve anksiyeteye neden olan bir durumdur. Günümüzde anksiyeteyi azaltmak, hasta memnuniyetini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için hastalar bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendirilmekte ve düşünme, aromatik yöntemler ve müzik gibi tamamlayıcı tedavilerin etkisi üzerinde durulmaktadır. Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biri olan müzik; duygusal algıları harekete geçirip gevşeme etkisi oluşturarak nabız, kan basıncı ve solunum gibi fizyolojik göstergeleri düşürmekte, ağrı ve anksiyeteyi azaltmak içinde etkili olmaktadır. İnsana özgü ve insanın doğasında, yaşamının her döneminde var olan bir kavram olan müziğin etkisinin çok yönlü olması tedaviyi desteklemek amacı ile kullanılmasına neden olmaktadır. Bu doğrultuda kolonoskopi uygulanacak hastalara müzik terapinin; gevşemeyi sağlaması, bireyin konforunu artırması ve kolay kullanılabilir olması nedeniyle özellikle işlem sırasında uygulanması önerilmektedir. Yapılan değişik çalışmalarda hastaların kendi seçtiği ya da araştırmacının belirlediği müziğin dinletilmesi ile sağlanan olumlu etkiler görülmektedir. Smolen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların kendi seçtikleri müziğin anksiyete, kan basıncı ve nabız üzerine olan etkileri incelenmiş, sonuçta müzik dinletilen grubun kan basıncı, nabızı ve anksiyetesi kontrol grubuna göre daha düşük bulunduğu belirtilmiştir. Schiemann ve arkadaşları müziğin analjezi etkisi yaptığı, işlemin daha kısa sürede tamamlandığı ve hastaların kendilerini daha iyi hissettiği sonucuna varmıştır. Lee ve arkadaşları müziğin kolonoskopi hastalarına uygulanan sedasyona etkisini incelemiş ve müziğin sedasyon dozunu azalttığını saptamıştır. Uedo ve arkadaşları ise kolonoskopi hastalarında kortizol seviyesine etkisini incelediğinde müziğin korku, stres ve kortizol salınımındaki değişiklikleri azalttığını bildirmişlerdir.

Sonuç:

Sonuç olarak hasta memnuniyetini ve işlemin başarısını artırmak, ağrı, stres ve anksiyeti azaltmak için müzik terapinin

kolonoskopik girişimler sırasında farmakolojik yöntemlerle birlikte tamamlayıcı tedavi olarak kullanılmasının, hastalara olumlu yararlar sağladığı görülmektedir. Bu nedenle endoskopi ünitelerinde çalışan hemşirelerin kolonoskopi sırasında hastaların konforunu sağlamak amacıyla müzik terapiden yararlanmaları önerilmektedir.

PS - 84 MİDEYE İMPAKTE OLMUŞ DIŞ FIRÇASININ ENDOSKOPİK OLARAK ÇIKARTILMASI: OLGU SUNUMU

FEVZİ CENGİZ¹, ERKAN OYMACI², BAHA ZENGEL¹, İSMAİL ZİHNİ¹

¹İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ

²İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ

Amaç:

Kaza ile yutulan uzun, rijit ve keskin yabancı cisimler gastrointestinal sistemde impakte olarak, perforasyon veya tıkanma gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Nadiren izlenen bu olgularda madde bağımlılığı, şizofreni veya anoreksiya gibi ciddi sağlık problemleri sorgulanmalıdır. Bu tarz cisimlerin cerrahi veya endoskopik olarak en kısa sürede çıkartılması gereklidir. Yazımızda kaza ile yutulan dış fırçasının, altı saat sonra impakte olduğu mideden sedoanaljezi altında endoskopik yöntem ile çıkarılması sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

23 yaşında erkek hasta acil servise dış fırçası yutma şikayeti ile başvurdu. Anamnezde, yutma olayının dış fırçalama sırasında yanlışlıkla gerçekleştiğini ifade eden hastada alkol veya uyuşturucu madde alımı tespit edilmedi. Geçmiş sağlık sorgusunda özellik olmayıp, psikiyatrik hastalık, zeka geriliği, alkolizm veya madde bağımlılığı saptanmadı. Başvuru anında acil şartlarda orafarinksin lokal anestezisi ve sedoanaljeziyi takiben endoskopik girişim uygulandı. Olgunun midesinin dolu olması nedeni ile net bir görüş sağlanamadı ve dış fırçası çıkartılmıyarak işleme son verildi. 6 saatlik açlık sonrası, lokal ve sedoanaljezi altında deneyimli endoskopi ekibi tarafından endoskopik işlem tekrarlandı. Endoskopi işlem sırasında, dış fırçasının fırça bölümünün pilora girdiği, sapının ise mide korpusuna takıldığı gözlemlendi (Figür 2). Bu yerleşim nedeni ile uçlarından tutulamayan dış fırçasının, sabit olduğu iki noktanın altından, endoskop retrofleksiyon pozisyonunda geçirildi. Ardından endoskobun ucu ile çekilerek, sap bölümü takıldığı yerden kardial-özofagial seviyede serbest ve görünür hale getirildi (Figür 3). Snear ile sapından tutulan dış fırçası, endoskop geri çekilerek başarı ile çıkarıldı. Endoskopik olarak özofagus, mide ve duodenum yaralanma olup olmadığı kontrol edilerek işleme son verildi.

Bulgular:

Hastanın fizik muayene bulguları normal idi. Laboratuvar sonuçlarında glukoz 103mg/dL, Hb 13.4mm3, Hct 40.9, Wbc

5.000 mm³, amilaz 124U/L idi. Ayakta direk karın grafisinde dışırcasının karakteristik görünümü izlenmekte idi (Figür 1A-B) Endoskopi işlem sırasında, dışırcasının fırça bölümünün pilora girdiği, sapının ise mide korpusuna takıldığı gözlemlendi (Figür 2). Çıkarılan dışırcası 19 cm uzunluğunda idi (Figür 4). Hasta 2 saat gözlem sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeden şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:

Sonuç olarak, dışırcası gibi nadiren karşılaşılabilecek büyük, rijit ve keskin cisimlerin gastrointestinal sistemden en kısa sürede, morbidite ve mortalite yaratmadan çıkarılması esastır. Bu tarz cisimlerin cerrahi müdahaleye gerek kalmadan çıkarılmasında, endoskopik olarak deneyimli bir ekip ile prosedürlerin doğru yürütülmesi, işlemin başarı şansını arttırmaktadır.

PS - 85 ÖZOFAGUSTAKİ HETEROTOPİK GASTRİK MUKOZANIN (INLET PATCH) ENDOSKOPİK GÖRÜLME SIKLIĞI

ERKAN OYMACI¹, FEVZİ CENGİZ², SAVAŞ YAKAN², DENİZ UÇAR², NAZİF ERKAN¹, MEHMET YILDIRIM²

¹İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ

²İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ

Amaç:

İnlet patch olarak bilinen üst özofagusta heterotopik gastrik mukoza (HGM), ilk olarak 1805 yılında Schmit tarafından postmortem muayene esnasında tanımlanmıştır. Özofagusda heterotopik gastrik mukoza (HGM) çoğunlukla özofagusun üst bölgelerinde lokalizedir. Bu nedenle çoğu zaman tanı konamaz. Üst özofagusta HGM bütün yaş gruplarında görülebilmekte olup, sıklığı %0.1 ile %3.8 oranında değişmektedir. Semptomlar ve morfolojik değişiklikler, heterotopik gastrik mukozanın salgılamış olduğu asid hasarına bağlıdır. Bu odaktan malign transformasyon ve adenokarsinogenezis de oluşabilmektedir. Bu çalışmamızda üst gastrointestinal sistem endoskopi işlemi sırasında heterotopik gastrik mukoza saptanan hastaların, endoskopik bulgularını ve görülme sıklığını retrospektif olarak değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem:

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi ve ERCP ünitesinde, Ocak 2012- Temmuz 2013 tarihleri arasında üst GIS endoskopi işlemi uygulanmış toplam 1860 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tüm hastalardan endoskopi işlemi öncesi bilgilendirme formu okutularak yazılı onamları alındı. İşlem öncesi hastaların hepsine %10 lidokain spreyle ağız anestezi ve sedasyon uygulandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi, hastalara sol lateral pozisyon verilmesini takiben videoendoskopi cihazı (Pentax ve Olympus, Japan) ile yapıldı. Servikal özofagusta koyu pembe ve kadifemsi gastrik mukozanın görünmesi HGM olarak kabul edildi. İşlem esnasında HGM saptanarak biyopsi alınabilen hastaların patoloji sonuçları ayrı

olarak değerlendirildi. Hastalara ait bilgiler hasta dosyalarından ve hastalara ait endoskopi raporlarından elde edildi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, HGM'nin lokalizasyonu, büyüklüğü, patoloji sonucu, özofajit, hiyatal herni, Barrett özofagusu, gastrit, ülser ve kanser gibi demografik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Reflü özofajit'in şiddeti Los Angeles (LA) klasifikasyonuna uygun olarak sınıflandırıldı.

Bulgular:

Ocak 2012- Temmuz 2013 tarihleri arasında üst GIS endoskopi işlemi uygulanmış toplam 1860 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Endoskopi işlemi uygulanan 12 (%0.6) hastada inlet patch-HGM saptandı. HGM saptanan hastaların demografik özellikleri değerlendirildi. Hastaların 7 si (%58) erkek, 5'i (%42) kadın idi. Yaş aralığı 22-80 olup ortalama yaş 43.5 olarak belirlendi. Tüm olgularda makroskopik olarak lezyonlar, koyu pembe ve kadifemsi bir görünümde idi. 12 olgunun 5'inde (%41) lezyon çapı 1 cm ve altında, 5'inde (%41) 1-2 cm arası ve 2'sinde (%8) 2 cm'den büyük idi. Endoskopi sırasında HGM saptanan 12 hastanın 4'üne (%33) histopatolojik inceleme için biyopsi uygulanabildi. 4 olgunun 3'ünde antral tip heterotopik gastrik mukoza, 1'inde intestinal tip gastrik mukoza ve H.Pylori enfeksiyonu saptandı. Olguların tümünde dispeptik yakınmalar ve reflü semptomları mevcuttu. 12 olgunun 5'inde (%42) LA Grade A özofajit saptandı. HGM saptanan hastaların 1'inde (%8) endoskopik kısa segment Barrett görünümü mevcut idi ve bu olguda histopatolojik olarak Goblett hücreleri mevcuttu.

Sonuç:

Tedaviye rağmen dispeptik şikayetleri devam eden ve reflü yakınmaları olan hastalarda üst gastrointestinal sistem endoskopisi sırasında, olası bir heterotopik gastrik mukoza (HGM) açısından dikkatli olmak gerekmektedir.HGM'nin en sık izlendiği lokalizasyon olan üst özofagus sfinkterinin hemen altının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi tanısal açıdan çok önemlidir. Ayrıca özofagusda HGM varlığında, nadir de olsa adenokarsinom gelişme riskinden dolayı, tüm olgular endoskopik olarak takip edilmelidir.

PS - 86 ÖZOFAGUSUN BENİGN KİST VE TÜMÖRLERİ:VAKA SERİMİZ VE ENDOSKOPİK YAKLAŞIMIMIZ

EKREM ÇAKAR, YİĞİT DÜZKÖYLÜ, SERDAR ÇULCU, SAVAŞ BAYRAK, ŞÜKRÜ ÇOLAK, AYHAN GÜNEYİ, KENAN BÜYÜKAŞIK, MAHMUT SUMMAK, HASAN BEKTAŞ, MEHMET EMİN GÜNEŞ

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Özofagusun benign kist ve tümörleri çeşitli otopsi serilerinde insidansı %1'in altında bulunan nadir lezyonlar olup genellikle asemptomatikler ve endoskopik veya radyolojik incelemeler sırasında insidental olarak saptanırlar. Semptomatik olduklarında ise tedavi endikasyonu oluşur. Tanı aldıklarında malignite potansiyeli, aspirasyona bağlı

komplasyonlar, disfaji, odinofaji, kanama ve obstrüksiyon ihtimallerine karşı rezeksiyonları planlanmalıdır. Bu çalışmada gastroskopi esnasında insidental olarak saptanan lezyonları ve yaklaşımlarımızı endoskopik görüntüleriyle beraber sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Hastanemiz endoskopi bölümünde 2010-2012 yılları arasında özofagusta insidental olarak benign kist/tümör saptanan 8 hastamızın demografik özelliklerini, semptomlarını, tedavi şekillerini geriye dönük olarak araştırdık.

Bulgular:

Araştırdığımız 8 hastanın demografik özellikleri tablo 1'de verilmiştir. Lezyonların 5'i leiomyom, 2'si granüler hücreli tümör, 1 tanesi ise duplikasyon kisti olarak saptandı. Üç hastada herhangi bir semptom bulunmazken, 5 tanesi semptomatikti. İki tanesi orta özofagusta yerleşmekteyken 6 tanesi distal özofagus yerleşmişti. Tüm hastalara standart göğüs radyografisi ve gastroskopi uygulanmış olup 5 hastada ileri tetkik amaçlı tomografi ve/veya MRI kullanılmıştı (Figür 1-4). Histopatolojisi leiomyom ile uyumlu iki hastada endoskopik submukozal rezeksiyon uygulanmış olup (Figür 5-7) diğer tedavi şekilleri tablo 2'de belirtilmiştir. Hastaların hiçbirinde tedavi sonrası dönemde komplikasyon yaşanmadı.

Sonuç:

Özofagusun benign lezyonları mutlaka kanser, vasküler ring, aort anevrizması, lenfadenopati gibi lezyonlardan ayırt edilmelidir. Semptomatik olduklarında mutlaka eksize edilmeli ve olabildiğince minimal invaziv teknikler uygulanmalıdır. Bazı çalışmalara göre asemptomatik olduklarında da enfeksiyon ihtimaline karşı eksize edilmelidirler. Transtorasik iğne biyopsisi, özellikle enflamatuvar lezyonlardaki yapışıklıklarda hasar ve enfeksiyon oranını yükselttiğinden sadece malignite ihtimali düşünülen hastalarda uygulanmalıdır. Cerrahi seçenek olarak enükleasyon ilk tercih olmalıdır ancak mukozal hasar ihtimaline karşı dikkatli olunmalı, tercihen kas tabakası kapatılmalı ve komplasyonları en aza indirmek için mümkünse endoskopik teknikler tercih edilmelidir.

PS - 87 PROKSİMAL ÖZOFAGUSTA YABANCI CİSİM (TAVUK KEMİĞİ)

ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, ÖMER FARUK ÖZKAN¹, SERKAN ADEMOĞLU¹, UMUT ERCAN¹, HASAN ALİ KİRAZ², BERNA UYAN², AHMET ÇELİK¹, EMİN TUNÇ DEMİR², MUAMMER KARAAYVAZ¹

¹ ÇANAĞKALE ON SEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

² ÇANAĞKALE ON SEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ ANESTEZİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

Giriş

Özofagusta yabancı cisim nadir görülmekle beraber, tanının gecikmesine bağlı ciddi morbidite ve mortaliteye neden

olabilmektedir. Literatürde özofagustaki yabancı cisimlerinin %70'i krikofaringeus kası seviyesinde, %15'i torasik özofagusta ve %15'i ise gastro-özofagial bileşkede görülebileceği bildirilmiştir. Özofagus yabancı cisimleri genelde çocukluk çağında görülüp, ikinci sıklıkta erişkinlerde besinlerle birlikte yutulan yabancı cisimlere bağlı görülmektedir. Erken teşhis ve tedavi perforasyon ve ona bağlı mortaliteyi azaltmak için önemlidir. Bir günden fazla kalan objelerin komplikasyon riski artmaktadır. Tedavisinde endoskopik olarak yabancı cismin ekstraksiyonu, yabancı cismin mideye itilmesi, intravenöz glukagon verilmesi ve cerrahi yöntemler kullanılabilir. Çalışmamızda görüntüler eşliğinde servikal özofagustan çıkarılan tavuk kemiğinin mevcut literatür eşliğinde görsel resimlerle sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

47 yaşında erkek hasta iki gün önce akşam yemeği sonrası yemek yerken artan takılma hissi ile acil servise başvurdu. Vital bulguları stabil olup özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Çekilen Lateral boyun grafisinde yabancı cisim (Resim 1) şüphesi olması üzerine çekilen servikal CT görüntülemesinde yabancı cismin olduğu saptandı (Resim 2). Hasta cerrahi endoskopi ünitesine alınarak fiberoptik endoskopi ile yapılan incelemede dışardan itibaren 22 cm'de yabancı cisim görüldü (Resim 3), forceps yardımıyla yakalanarak çıkarıldı. Çıkarılan yabancı cismin 4 cm uzunluğunda 2 cm genişliğinde tavuk kemiği ve eti olduğu görüldü (Resim 4). Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç:

Özofagus yabancı cisimlerinin erken tanı ve tedavisi, komplasyonlarının ciddi olması nedeniyle önem arz etmekte olup, tedavisinde altın standart endoskopik yöntemle yabancı cismin ekstraksiyonu ve gereğinde cerrahi tedavidir. Bir günden fazla kalan yabancı cisimlerde komplikasyon riski artabilmektedir. Sonuç olarak özofagus yabancı cisimlerinin tanı konduktan hemen sonra çıkarılması gerektiğini düşünmekteyiz.

PS - 88 SAGES (SOCIETY OF AMERICAN GASTROINTESTINAL AND ENDOSCOPIC SURGEONS) KILAVUZUNA GÖRE ENDOSKOPİ ÜNİTESİ NASIL KURULUR

MEHMET SAYDAM¹, HÜSEYİN SINAN², MEHMET YILDIZ¹, BÜLENT ÖZTÜRK¹, YAVUZ POYRAZOĞLU¹

¹ ANKARA MEVKİ ASKER HASTANESİ

² VAN ASKER HASTANESİ

Amaç:

Biz bu sunumumuzda bir endoskopi ünitesinin hangi kurullar altında kurulacağını ve işletileceğini SAGES kılavuzu eşliğinde paylaşmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Endoskopi Ünitesinde Kurulum İçin Gerekli Olan Kriterler Fiziksel Şartlar: 1- Gün ışığından yalıtılmış olmalı 2- Tüm kapı

ve geçişleri sedye ile getirilmesi ve yerleştirilmesi için uygun büyüklükte olmalı. 3- Her iki taraf; baş ve ayak için sınırsız erişimde olmalı. 4- Monitorizasyon ekipmanlarının rahat ulaşılabilir ve görünebilir yerde konuşlandırılmalı. 5- Sarf malzemeleri için yeterli depolama alanı olmalı 6- Uygun havalandırma alanı olmalı 7- Ses ve görüntü mahremiyetine uyulmalı 8- Acil durumlarda sorumlu personelin müdahalesi için ekipmanlar hazır olmalı. Hasta seçimi: Endoskopi işleminde, hem prosedür, hem de hasta seçiminin oldukça titizlikle yapılması önemlidir. Endoskopik prosedürler için planlanan hastaların hepsine Amerikan Anesteziyolojistleri derneğinin (ASA) skora sistemi uygulanmalıdır. ASA (IV) olan hastalar mutlaka tam teşekküllü hastanelerin endoskopi servislerinde işleme alınmalıdır. ASA skoru (III) olan hastalara muayenehanesi gibi bir ortamda endoskopi işlemi yapılmak isteniyorsa, bu ortamların uygunluğu değerlendirilmelidir. Hasta güvenliği: Hastalara prosedür öncesi yapılacak işlemler anlaşılır bir şekilde anlatılmalıdır. Hastaya ait herhangi bir uyum sorunuyla ilgili bilgiler dokümanede edilmelidir. Onam formu metodun açıklamasını, olası komplikasyonları ve prosedür sırasında veya prosedür sonrasında oluşabilecek herhangi bir komplikasyon da daha üst bir merkeze transfer olma ihtimalini göstermelidir Belgelendirme ve Kaydetme: Prosedür öncesinde ,endoskopist tarafından, her hastanın güncel bir anamnezinin alınması ve fizik muayene bulgularının incelenmesi gerekmektedir. ASA IV hastalığı olanlar için uygun koşullar sağlanmalı veya daha üst bir merkeze sevk edilmelidirler. Hasta dosyasında, klinik inceleme, ilaç allerjileri, mevcut kullandığı ilaçlar, prosedürün neden yapıldığı, endoskopik inceleme, patolojik bulgular ve taburcu bilgilerinin bulunması gerekmektedir. Yürürlükteki kanunlar ile uyumlu, prosedür için bilgilendirilmiş onam formu dokümanede edilmelidir. Kayıtlar mutlaka güvenli bir şekilde arşivlenmelidir. Bilinçli Sedasyon: Endoskopik prosedürlere ek olarak kullanılan bilinçli sedasyon güvenli bir şekilde uygulanmalıdır. İV kanül, sedatiflerin uygulanmasından önce yerleştirilmeli ve hasta güvenli olarak taburcu edilene kadar devam ettirilmelidir. Uygun monitorizasyon ve kardiyak arrest, solunum depresyonu gibi olası komplikasyonları yönetebilecek bir uzmanın olması gerekmektedir. Kardiopulmoner resusitasyonda kullanılan, acil durum gereçleri ve acil durumlarda kullanılan ilaçlar, her an hazır olmalı ve günlük olarak kontrol edilmelidir. Anestezi, sadece, lisanslı, nitelikli ve yetkin bir anestezi uzmanı veya anestezi teknisyeni tarafından uygulanmalıdır. Anestezistin yapması gerekenler: 1- Uygun preanestezik anamnez ve değerlendirmenin prosedürden önce yapılmasını temin etmek 2- İlaçları yazmak ve temin etmek 3- Uzman personelin iştirak etmesini sağlamak 4- Prosedür süresince üniteye bulunmak ve anestezi kaynaklı komplikasyonlarda veya acil durumlarda hızlı bir şekilde tanı koymak, tedavi ve süreci yönetmek 5- Anestezi sonrası koşulları sağlamak. Medikal İlaç ve Gereçler: I. Yedik ilaç deposu ile güvenilir Oksijen kaynağı II. Havayolu gereçleri; çeşitli ölçeklerde hava yolu tüpleri (airway), endotrakeal tüpler, laringoskoplar ve pilleri ile maskeler. III. Pozitif basınçlı ventilasyon cihazı IV. Gereçler a. Defibrilatör b. Non-invaziv kan basınç aparatı c. Nabız ölçer (puls oksimetre) d. Kapnografi cihazı e. EKG cihazı f. Ateş ölçer g. Oksijen ölçüm cihazı V. Aspiratör

ilaçlar Epinefrin b. Atropin c. Antihistaminikler d. Hidrokortizon e. Efedrin f. Vazopresörler (norepinefrin, isoproterenol, dopamin) g. Kalsiyum Klorid ya da glukonat h. Glukoz i. Naloksan j. Romazikon k. Antiemetikler l. Sodyum bikarbonat m. Lidokain n. Adenozin o. Magnezyum Sülfat p. Digoksin q. Furosemid r. Potasyum Klorid s. Heparin sodyum t. Aspirin u. Amiodaron v. Verapamil w. Prokainamid x. Nitroglyserin y. Esmolol z. Labetolol

Bulgular:

Biz Ankara Mevki Asker Hastanesi olarak, 2012 Mart ayından itibaren Genel Cerrahi Endoskopi ünitemizi uluslararası endoskopi ünitesi işletme kuralları ile SAGES prensiplerine göre işletmekteyiz.

Sonuç:

Bir endoskopi ünitesinde, ihtiyaç duyulan güvenlik ve kalite donanımları ile standartları en uygun seviyede olmalıdır. Bu standartlar, ister bir gastroenteroloji kliniğinin, ister genel cerrahi kliniğinin, ister bir üniversite hastanesinin isterse de bir muayenehanenin endoskopi ünitesi olsun mutlaka aynı seviyede olmalıdır.

PS - 89 SERVİKAL ÖZOFAGUS PATOLOJİLERİNDE KENDİLİĞİNDEN GENİŞLEYEN METAL STENT (SEMS) KULLANIMI

BARIŞ BAYRAKTAR¹, İBRAHİM ALİ ÖZEMİR¹, ONUR BAYRAKTAR¹, ÖZGE ÜNAL BAYRAKTAR⁶, SALİH BÖLÜK¹, ÇAĞRI BİLGİÇ⁸, DENİZ ATASOY⁴, GÖKHAN DEMİRAL⁷, ORHAN ALİMOĞLU¹, OSMAN BARAN TORTUM⁵

¹ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

² 29 MAYIS HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

³ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

⁴ TAKSİM EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ, İSTANBUL

⁵ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

⁶ SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

⁷ ARDAHAN DEVLET HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

⁸ SOLHAN DEVLET HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, BİNGÖL

Amaç:

Uzun süredir özellikle orta ve alt özofagusta cerrahinin uygun olmadığı malign özofageal darlıklarda, beslenme problemini ortadan kaldırmak için kendiliğinden genişleyen kaplı kendiliğinden genişleyen metal stentler (KGMS) kullanılmıştır. Servikal bölgede ise trakeaözofageal fistüllerde ve darlıklarda (benign ve malign) KGMS uygulamaları diğer non operatif tekniklerle birlikte daha kısıtlı serilerde denenmiştir. Kliniğimizde servikal özofagus patolojilerinde kaplı KGMS kullanımı sonuçlarımız sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Endoskopi ünitemizde Haziran 2010 ile Ağustos 2013 tarihleri arasında servikal özofagus ve/veya hipofarenkse SEMS uygulanmış , trakeaözofageal fistül (1 hasta), inoperabl özofageal kanser (6 hasta) , özofagusa dıştan bası ve metastaz (4 hasta) çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların hiçbirine daha önce dilatasyon tedavisi uygulanmamıştır. Hastaların beşi kadın ve altısı erkekti. Ortalama yaş 57,6 (36- 68) idi. Hastaların 3'ü inoperabl akciğer tümörünün özofagusa dıştan basısı , birinde tiroid kanserinin özofagusa metastazı mevcuttu. Dar segment çapı 1- 6 mm (ort. 2,8mm), boyu 3- 16 cm (ort. 6,8mm) idi. 16 cm'lik segmenti tutan inoperabl skuamoz hücreli karsinom hastasına 2 adet (12 cm ve 10 cm uzatma stenti) yerleştirildi. Trakeotomi kanülünün erozyonu sonrası trakeaözofageal fistül gelişen (muskuler distrofidan dolayı solunum cihazına bağlı) bir hastaya kaplı SEMS uygulandı. Hepsinde Evre 3-4 disfaji mevcuttu. Üç hastada tekrarlayan aspirasyonlara bağlı olarak pnömöni ve ileri derecede solunum sıkıntısı mevcuttu. Hastaların ikisinde tümoral segment hipofarenks- proksimal özofagus arasında, diğer dokuzunda ise proksimal özofagusta başlamaktaydı. Teknik: İleri derecede darlıktan dolayı endoskop ile distale geçilemeyen hastalarda floroskopik kontrol altında kıvavuz tel mideye bırakıldıktan sonra stent yerleştirildi. Tüm hastalara kendiliğinden genişleyen kaplı metal stentler (Micro-Tech) kullanıldı. Stent çapları: gövde 20mm, uçlar 25 mm idi. Stent boyları 8-15 cm arasındaydı. İşlemden 6 saat sonra sıvı gıda başlandı ve 12-24 saat sonra hastalar taburcu edildi.

Bulgular:

İşlem öncesi ortalama skor 3 iken işlem sonrası skor 1,6 oldu. Servikal bölgede trakeaözofageal fistülü olan hastanın 3. ayında kontrolünde fistülün halen kapanmadığı gözlemlendi. Aspirasyon problemleri kalkan hastanın stenti alınmadı (6 ay). Uzun segment tutulumu olan ve uzatma stenti konulan özofagus kanserli hasta 1 ay sonra Evre 3 disfaji ve solunum sıkıntısı nedeni ile interne edildi. Kontrol grafisinde pasajı açık olarak gözlenen hasta aspirasyon pnömonisine bağlı işlemden 47 gün sonra exitus oldu. Tiroid kanserinin metastazına bağlı hipofarenkse stent konulan hastanın stenti yabancı cisim hissine bağlı sürekli öğürme nedeni ile 2 ay sonra alındı. Stenti içerisine tümör migrasyonuna bağlı tıkanan özofagus kanserli hastaya eski stentinin üzerinden stent takıldı.

Sonuç:

Operasyonsuz tedavi olarak radyoterapi, laser tedavisi ile birlikte KGMS'ler palyasyon için çeşitli serilerde denenmiştir. Teknik zorluk ve komplikasyon belirtilmesine rağmen, servikal özofagusa kaplı metal stentler güvenle uygulanabilir ve hemen işlem sonrası disfaji skorunda ve yaşam kalitesinde belirgin düzelleme sağlanabilir.

PS - 90 65 YAŞ VE ÜSTÜNDE ELEKTİF LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

GÜNAY ULUÇ, ÖZGÜR EKİNCİ , FATİH BÜYÜKER , SALİH TOSUN

MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Elektif Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 65 yaş ve üstü hastalarda morbidite ve mortalite araştırması.

Gereç ve Yöntem:

1 Ocak 2012 ve 30 Aralık 2012 tarihleri arasında opere edilen 65 yaş ve üzerinde 50 elektif laparoskopik kolesistektomi olgusu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Bu çalışmaya ortalama yaşı 70,4 olan (65 y-84 y), 32'si kadın 18'i erkek toplam 50 hasta alındı. İleri yaşdan çok , eşlik eden yandaş hastalıklar nedeniyle kötü bir cerrahi adayı hasta grubu olarak değerlendirilmelerine yol açan komorbiditelerden bu grupta en fazla hipertansiyon ve diabetes mellitus'a rastlandı. Hiçbir hasta üst abdominal operasyon geçirmemişti. Bir hastada akut kolesistit, bir hastadada akut pankreatit öyküsü bulunmaktaydı. 6 (%12) hastada USG bulgusu olarak duvar kalınlığı artışı mevcuttu. Tüm hastalarda laparoskopik kolesistektomi sorunsuz tamamlandı, hiçbir olguda açığa dönülmedi. Hastaların tümü postop birinci günde taburcu edildi. Herhangi bir morbidite veya mortaliteye rastlanmadı.

Sonuç:

Bu çalışmadaki 65 yaş ve üstü kolelitiasisli olgular preoperatif klinik ve labaratuvar değerlendirmeye laparoskopik kolesistektomiye uygun olacağı düşünülmüş, nispeten seçilmiş olgular olmakla birlikte, ileri yaş kolelitiasisli tüm olgularda laparoskopik kolesistektominin güvenle uygulanabileceği kanısındayız.

PS - 91 AKSESUAR DALAK TESPİTİNDE PREOPERATİF TANISAL TETKİKLER İLE İNTRAOPERATİF BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI

BARIŞ BAYRAKTAR¹, İBRAHİM ALİ ÖZEMİR¹, ONUR BAYRAKTAR¹, SÜMEYRA BÖLÜK¹, ÇAĞRI BİLGİÇ⁵, SALİH BÖLÜK¹, KIVILCIM ORHUN¹, ERMAN ÖZTÜRK³, EBRU KIZILKILIÇ⁴, HAYDAR YALMAN¹

¹GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

²29 MAYIS HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

³GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ HEMATOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

⁴MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HEMATOLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

⁵SOLHAN DEVLET HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, BİNGÖL

Amaç:

Preoperatif aksesuar dalak tespiti, hematolojik operasyonlar öncesinde halen ciddi bir problemdir. Çalışmamızda aksesuar dalak tespitinde kullanılan görüntüleme yöntemleri ile laparoskopik cerrahi, tek kesiden laparoskopik cerrahi ve açık cerrahi yapılan peroperatif aksesuar dalak tespiti oranlarını karşılaştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Mayıs 2009- Ağustos 2013 yılları arasında hematolojik hastalıklar nedeni ile opere edilen 51 hasta çalışmaya dahil edildi. Konvansiyonel splenektomi (5 hasta), laparoskopik splenektomi (LS) 19 hasta, transumbilikal multiport laparoskopik splenektomi(TUMLS) 27 hastaydı. Hastaların 28'i kadın, 23'ü erkekti. Pneumococcus ve Haemophilus influenza type B aşılıları operasyondan 2 hafta önce yapıldı. Preoperatif aksesuar dalak tespiti için tüm hastalara kontrastlı bilgisayarlı tomografi, dalak sintigrafisi ve abdominal USG yapıldı. Peroperatif tespit edilen aksesuar dalaklar ayrıca çıkartıldı. Açık cerrahi laparoskopik cerrahiye kabul etmeyen 5 hastaya yapıldı. Sağ subcostal insizyon kullanıldı. LS ise 3 trokar ile yapıldı. TUMPLS, hastalar sağ lateral decubitus pozisyonunda yatırıldı. Transumbilikal 25 mm lik insizyon yapılip ciltaltı doku üst tarafa ve laterale doğru fasyaya ulaşacak şekilde 3'er cm dekole edildi. Biri göbekten girilen 10'luk trokar, onun sol laterale 10'luk trokar ve superioruna 5'lik trokar yerleştirildi. Laparoskopik yöntemlerde dalak ve aksesuar dalak endobag ile çıkartıldı.

Bulgular:

Hastaların 10'unda aksesuar dalak saptandı. Peroperatif değerlendirme ile (10/10), BT (4/10), sintigrafi (2/10), USG (1/10) saptandı. Hastaların 3 tanesinde iki adet aksesuar dalak saptandı. Lokalizasyonlar dalak alt polde (1), hilus alt polde(1), splenik hilusta(2), gastrosplenik ligamanda(2), omentum majus üstünde (3), gastrokolik ligamanda (1), pancreas kuyrukta (1) saptandı. Nüks olan 3 hastaya yapılan dalak sintigrafisinde ve kontrastlı BT'de aksesuar dalak saptanmadı.

Sonuç:

Görüntüleme yöntemlerinin halen yeterli duyarlılıkta olmaması, aksesuar dalak tespitinde peroperatuar incelemenin en önemli tespit metodu olduğunu göstermektedir.

PS - 92 AKUT KOLESİSTİTLİ HASTALARDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ: 32 OLGU

İSMAİL ÖZSAN¹, TÜRKER KARABUĞA¹, ÖZCAN ALPDOĞAN¹, ERKAN ŞAHİN², MAHİR UTKU YILDIRIM², ÜNAL AYDIN¹

¹İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

²İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Akut taşlı kolesistit nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız olguların sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Mart 2012 ile Temmuz 2013 tarihleri arasında akut taşlı kolesistit nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulanan 32 olgu literatür eşliğinde incelendi. Yaş, cinsiyet, semptomların başlama süresi, beyaz küre, safra kesesi duvar kalınlığı, operasyon süresi, konversiyon oranları peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar hastanede kalış süreleri incelendi.

Bulgular:

20'si kadın, 12 'si erkek hastanın yaş ortalaması 42(29-82) idi. Semptomların başlama süresi ortalama 2(9 saat-3 gün), ortalama beyaz küre sayısı 14000(12000-26000)olarak bulundu. Preoperatif ultrasonografide safra kesesi duvar kalınlığı ortalama 5,6(4-8) mm olarak saptandı. Perikolesistik sıvı mevcutu. 5 olguda peroperatif safra kesesi fundusundan lokal mikro perforasyon görüldü. Bir hastada sistik kanal klempe edilemediği için ve bir hastada da Luşka görüldüğü için laparoskopik olarak sütüre edildi. Olguların hepsi laparoskopik olarak tamamlandı. Hastaların tamamına dren kondu. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 4. saat oral gıda başlandı. Operasyon süresi ortalama 46 (25-80)dk idi. Tüm hastalar 1 gün sonra taburcu edildi.

Sonuç:

Akut Kolesistitli olgularda özellikle erken dönemde laparoskopik kolesistektomi güvenle uygulanabileceği görüşündeyiz.

PS - 93 DOKSİSİKLINE BAĞLI GELİŞEN ÖZOFAJİT

MERT MAHSUNİ SEVİNÇ, KERİM ÖZAKAY, EKREM ÇAKAR,
ACAR AREN, ŞEFİKA AKSOY, MEHMET EMİN GÜNEŞ

*SB İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL
CERRAHİ KLİNİĞİ*

Amaç:

İlaça bağlı özofajit nadir görülen ,farklı şiddette klinik ve bulgularla prezente olabilen bir antitedir. Bu çalışmada doksisisiklin kullanımına bağlı özefajit gelişen vakayı literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimize retrosternal ağrı, odinofaji ve disfaji şikayetleriyle başvuran bayan hastada anamnez ve endoskopi bulguları ile doksisisiklin kullanımı sonrası özefojit gelişen olguyu rapor ettik.

Bulgular:

Retrosternal ağrı, disfaji ve odinofaji yakınmalarıyla kliniğimize müracaat eden 20 yaşında bayan hastanın yapılan gastroskopisinde ön kesici dişlerden yaklaşık 26.cm de başlayan 4-5 cm segment boyunca devam eden zimba ile delinmiş gibi görünen 0.4-0.5 cm lik eroziv lezyonlar içeren özefajit (LA: Los Angeles sınıflaması grade B) saptandı ve biopsiler alındı. Korpus ve antrumda eritem dışında özellik yoktu. Biopsi sonucu özefajit olarak rapor edildi. Hastanın anamnezinde akne vulgaris nedeniyle günde tek doz doksisisiklin 100 mg kapsülü ağızdan az miktarda suyla kullandığı öğrenildi. Doksisisiklin tedavisi kesilerek proton pompa inhibitörü (esomeprazol 40 mg 1x1) ve alginik asit 4x10 ml olarak tedavisi düzenlendi. İlerleyen günlerde şikayetleri azalarak kayboldu. Yapılan kontrol endoskopisinde mukozal lezyonlarda tam düzelme görüldü.

Sonuç:

İlaçlara bağlı gelişen özefajitlerin yaklaşık %50'sini doksisisiklin, tetrasiklin ve klindamisin oluşturmaktadır. Klinik belirtiler saatler ve günler içerisinde gelişen retrosternal yanma, disfaji ve odinofajidir. Doksisisikline bağlı özofajitlerin en sık nedeni ilacı az miktarda su ile almak veya yatmadan hemen önce almak olduğu bildirilmiştir. Tedavide ilacın kesilmesi ve antiasit, proton pompa inhibitörleri, H2 reseptör blokörü veya sukralfat tek başına veya kombine kullanılabilir. Hastalara ilacı yatmadan hemen önce almaması ve bol su ile alması uyarıları yapılarak ilaç özefajiti vakaları azaltılabilir.

PS - 94 GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞININ LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

YAŞİN PEKER, EVREN DURAK, NECAT CİN, HALDUN KAR,
FATMA TATAR

*İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ*

Amaç:

Cerrahi tedavi endikasyonu konulan gastroözofagal reflü hastalarına (GÖRH) laparoskopik fundoplikasyonn en sık uygulanan cerrahi yöntemdir. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği C Biriminde uygulanan laparoskopik reflü ameliyatlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Birimimizde Eylül 2003 – Haziran 2013 tarihleri arasında opere edilen 35 olgu; yaş, cinsiyet, semptomlar, yapılan operason yöntemi, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri bakımından değerlendirildi.

Bulgular:

Yaş ortalaması 56,6 (29-80) olan hastaların 19 (%54,3)'u kadın, 16(%45,7)'sı erkekti. GÖRH ve hiatus hernisi olgularda ortak. Regürjitasyon, retro sternal yanma, proton pompa inhibitör kullanmadığında yakınmaların artması bütün hastalarda mevcuttu. Gastroskopi tüm hastalara yapıldı. Gerekli olgulara 24 saatlik pH moniteriasyonu yapıldı. Laparoskopik operasyon planlanan olguların 25 tanesine Nissen fundoplikasyonn, 6 tanesine Toupet fundoplikasyonn, 3 tanesine Nissen-Rossetti fundoplikasyonn, 1 tanesinede Watson fundoplikasyonn uygulandı. İki olgumuza ek olarak kolesistektomi de uygulandı. Diseksiyonda zorluk, kanama, ve teknik aksaklıklar nedeni ile 10 (%28,6) olguda konversiyon uygulandı. Peroperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 2 hastamızda disfaji gelişti. İki hafta sonra kendiliğinden geriledi.ve normale döndü. Operatif mortalite gelişmedi. Postoperatif yatış süresi 2,7(1-8) gündü.

Sonuç:

Laparoskopik fundoplikasyonn, uygun ve seçilmiş hastalarda güvenle yapılabilecek operasyon tipidir.

PS - 95 GIST NEDENİ İLE LAPAROSKOPİK GASTRİK REZEKSİYON UYGULANAN VAKALARIMIZ

HALDUN KAR, NECAT CİN, EVREN DURAK, YAŞİN PEKER,
NİHAN COSGUN, ÖZGÜN AKGÜL, FATMA TATAR

*İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, 3. GENEL CERRAHİ SERVİSİ.*

Amaç:

Bu sunuda amac gastrik yerleşimli GIST nedeni ile laparoskopik mide rezeksiyonu uyguladığımız 3 hastanın operatif teknik ve postoperatif verilerini paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntem:

IKCU Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Servisi nde Eylül 2012-Eylül 2013 tarihleri arasında 3 hastaya laparoskopik gastrik rezeksiyon uygulandı. 2 hastada kolelithiazis nedeni ile eş zamanlı kolesistektomi uygulandı. Tüm prosedürler

2 trokar ile gerçekleştirildi. Negatif marjin sağlamak amacı ile tm sınırından minimal 3 cm mesafede rezeksiyon Endo GIA kullanılarak gerçekleştirildi.1 hastada GIA hattı intrakorporeal sütürler ile reenforce edildi. Dren konulmadı.

Bulgular:

GIST 1 hastada minor kurvatur, 2 hastada ise korpus ve major kurvatur yerleşimli idi. Operasyon süreleri 65, 95 ve 105 dk idi. Intraoperatif kan kaybı minimal idi. Postoperatif hastanede kalış süresi tüm hastalarda 3 gün idi. Tüm hastalarda postoperatif dönem olagan seyretti. Tüm hastalarda postoperatif 1. gün oral gıda alımı başladı.

Sonuç:

Gastrik yerleşimli GIST olgularında laparoskopik mide rezeksiyonu efektif ve hızlı rekuperasyon periodu sunmaktadır. Diğer laparoskopik prosedürler ile güvenle eş zamanlı olarak uygulanabilir.

PS - 96 GİST'LERDE LAPAROSKOPİK REZEKSİYON

BÜNYAMI ÖZOĞUL, MEHMET İLHAN YILDIRGAN , ABDULLAH KISAĞLU , ESRA DIŞÇI , SABRİ SELÇUK ATAMANALP

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ERZURUM

Amaç:

Gastrointestinal stromal tümör ler (GIST), sindirim sisteminin herhangi bir yerinde ortaya çıkabilen, bağ dokusundan (İnterstisyel Cajal Hücreleri) kaynaklanan, bir kanser türüdür. Cajal hücrelerinde, hücre içi olayları düzenleyen cKIT gen proteini bulunur. Vakaların çoğu sporadik olup, %95'inde lezyon tektir. %5'den azı herediter, ailevi veya idiopatik multitümör sendromlarının parçası olabilirler. Bu çalışmada amacımız kliniğimizde bu yıl ilk defa yapılan 3 GİST'e sahip hastanın tümör dokusunun laparoskopik olarak çıkarılmasını sunmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D.'da 2013 yılında laparoskopik olarak GİST eksize edilen 3 hasta değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların 2'si kadın 1'ü erkekti. Hastalar sırasıyla 49,52 ve 56 yaşlarında idi. Hastaların en belirgin şikayeti karın ağrısı idi. Hastaların 2'si ünitemizde yapılan üst endoskopi ile, 1'i ise gastroenteroloji kliniğinde yapılan üst endoskopi ile tanı konuldu. Lezyon 1 hastada küçük kurvatur, 2 hastada ise korpus-antrum bileşkesinde idi. Hastaların ameliyat öncesi ölçülen biyokimyasal değerleri normal idi. Hemoglobin değerleri sırasıyla 12.0 mg/dl, 16.4 mg'dl ve 13.2 mg/dl idi. Hastalara yapılan alt-üst batin CT'lerde 2 hastada kitle tespit edilirken, 1 hastada tespit edilmedi. Hastaların 3'ünde laparoskopik wedge rezeksiyon yapıldı. Tümör boyutları sırasıyla 3.5*3*2.5, 4*5.1*3.2 ve 5.6*5*4.2 idi. Cerrahi temiz sınır elde edildi. Üç hastada mortalite ve morbidite olmadı.

Sonuç:

GIST tanısının alan hastalar ileri yaşa sahip olup, lokalize GIST'lü hastaların cerrahi tedavi sonuçları, hastanın ek sorunları yoksa genelde iyidir. Cerrahi prensiplere uymak şartı ile son zamanlarda GİST'ler için laparoskopik rezeksiyonlar yaygınlaşmaktadır. Laparoskopi ile açık cerrahidekine benzer, hatta daha iyi uzun dönem sonuçlar bildirilmektedir.

PS - 97 HANGİ KOLEDOKOSKOP; RİJİD? FLEXİBLE?

BORA KOÇ, SERVET KARAHAN , GÖKHAN ADAŞ , FIRAT TUTAL , TUNA GELDİGİTTİ , AYHAN ÖZSOY

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ , GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Koledokolitiazis tüm safra kesesi taşı olan hastalarının ortalama %3-14 'ünde eş zamanlı olarak bulunabilir. Laparoskopik kolesistektomi sırasında eş zamanlı olarak koledokoskop yardımı ile safra yolu taşları direk görüş altında çıkarılabilmektedir. Bu çalışmamızda rijid ve flexible koledokoskop kullanımının uygulanabilirliğini ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne Eylül 2010 ile Eylül 2012 tarihleri arasında kolelitiazis+koledokolitiazis tanılarıyla yatırılarak tedavi edilen 60 hasta araştırmaya dahil edildi. Çalışma laparoskopik kolesistektomi+rijid koledokoskopi (Grup 1) ve laparoskopik kolesistektomi+flexible koledokoskopi (Grup 2) olmak üzere randomize kontrollü iki gruba ayrıldı.

Bulgular:

Her iki grupta standart 4 port laparoskopik kolesistektomiye takiben 2cm uzunluğunda koledokotomi yapılarak koledokoskopi yapılmıştır. Tüm koledokotomiler primer olarak kapatılmıştır. Rijid koledokoskopi grubunun ameliyat süresi ortalaması 87,56±23,46 iken flexible koledokoskop kullanılan grubun ortalaması 83,53±22,16 dakikadır. Grup 1 de safra yolu taşları 29 hastada başarılı olarak çıkarılmıştır (% 96.6), Grup 2 de 3 hastada taş direk görüş altında çıkarılamamıştır (% 90). Grup 1'de; 2 hastada safra kaçağı görülmesine rağmen grup 2'de safra yolu kaçağı gözlenmemiştir. Safra kaçağı konservatif olarak takip edilmiş ve postoperatif 5.günde safra kaçağın durduğu saptanmıştır. Heriki grupta da hastanede kalış süreleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Grup1 ve Grup2'de 22 aylık ortalama takipte geç dönem komplikasyon saptanmamıştır.

Sonuç:

Son günlerde popüleritesi artan laparoskopik koledok eksplorasyonu için farklı ameliyat teknikleri kullanılmaktadır. Koledokoskop kullanılarak direk görüş altında safra yolu taşlarının çıkarılması daha güvenli bir method olarak görünmektedir. Rijid koledokoskop safra yolu taşlarının çıkarılmasında daha başarılı olmasına rağmen flexible koledokoskop daha düşük komplikasyon oranı ile öne çıkmaktadır.

PS - 98 KOLELİTHİAZİS: TAŞLI KESE MUTLAK AMELİYAT ENDİKASYONU MUDUR?

SİNAN ARICI, OSMAN BİLGİN GÜLÇİÇEK , KAMİL ÖZDOĞAN , ERKAN YAVUZ , ONUR OLGAÇ KARAGÜLLE , FATİH ÇELEBİ

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ SERVİSİ, İSTANBUL

Özet:

Kolesistektomi ameliyatı sonrasında hastanın ameliyat öncesi şikayetlerinin devam etmesi durumu postkolesistektomi sendromu olarak adlandırılır. Bu hastalarda %50 oranında altta yatan organik bir patoloji bulunur, bilier ve nonbilier olarak iki başlık altında incelenebilir. Bilier kökenli en sık karşılaşılan durum koledok taşlarıdır, non-bilier nedenler olarak da hiatal herni, peptik veya duodenal ülserler ve gastroözofageal reflü sayılabilir. Çalışmamızın amacı; 1 Ocak 2013 – 28 Şubat 2013 tarihleri arasında servisimizde elektif şartlarda laparoskopik kolesistektomi ameliyatı yapılan 81 hastaların değerlendirilmesi ve şikayetleri geçmeyen post-kolesistektomi sendromu olarak değerlendirdiğimiz hastaların altta yatan nedenleri araştırmak ve bu durumu pre operatif dönemde önlemek için yapılabilecekleri belirlemektir. Safra kesesinde taş saptanan hastalarda ameliyat kararı alınırken hastanın şikayetleri çok iyi bir şekilde değerlendirilip, hastaya gerekli ve yeterli bilgi mutlaka verilmelidir. Fizik muayene ve hastanın öyküsüyle değerlendirilen bilier kolik ve akut kolesistit ataklarında kolesistektomi bu şikayetlerinin gerilemesini ve zamanla tamamen kaybolmasını sağlamaktadır, fakat bu şikayetleri taklit edebilen veya benzerlik gösterebilen durumlar tespit edilemezse kolesistektomi o hasta için faydasız bir ameliyat olabileceği gibi hasta gereksiz yere anestezi risklerine de maruz kalacaktır.:

Sonuç:

Sonuç olarak acil durumlarda ve akut kolesistit gibi tanının ve semptomların belirgin olduğu durumlarda post-kolesistektomi sendromu nadir görülmesine rağmen, elektif vakalarda ameliyat hazırlığı yapılırken sadece ultrasonografik bulguların tek başına yeterli olmayacağı, tanı ile ilgili şüphe varlığında ek tetkiklerin gerekli olabileceği unutulmamalıdır.

PS - 99 KOLELİTHİAZİS ÖNCESİ RUTİN OLARAK ÜST GİS ENDOSKOPİ YAPILMALI MI?

EMRE GÜNAY, MEHMET KAMİL YILDIZ , ERKAN ÖZKAN , HACI MEHMET ODABAŞI , HACI HASAN ABUOĞLU , CENGİZ ERİŞ , SÜLEYMAN ATALAY , TOLGA MÜFTÜOĞLU

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Bazı hastalarda bilier ve gastroduodenal patolojilerin semptomlarıyla örtüşme olmasından dolayı kolesistektomi sonrası semptomatik rahatlama olmamaktadır.Bu durum

postkolesistektomi sendromu olarak da bilinen durumdur. Ünitimizde yaş, cinsiyet ve semptom ayırımı yapılmaksızın kolesistektomi planlanan her hastaya rutin olarak üst GİS endoskopi yapılmaktadır.Bu çalışmanın amacı ultrason bulguları ne olursa olsun epigastrik ve karın sağ üst kadranda ağrısı olan tüm hastalarda üst GİS endoskopinin etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Bu retrospektif çalışma Kasım 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında yürütüldü.5 farklı cerrah tarafından yapılan 130'u laparoskopik, 64'ü açık (laparoskopik başlanan ancak anatomik güçlük veya batın içi yapışıklık nedeniyle açığa geçilen) olmak üzere 194 kolesistektomi ameliyatı çalışmaya dahil edildi.Kolesistektomi öncesi rutin üst GİS endoskopi yapılarak histopatolojik inceleme için örnek alınan hastalarda H. Pylori taraması doku Giemsa boyası, intestinal metaplazi Pas-Alcian boyası ile değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışma Kasım 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında %23,2'si (n=45) erkek, %76,8'i (n=149) kadın olmak üzere 194 olgu üzerinde yapıldı.Çalışmaya katılan olguların yaşları 19 ile 86 arasında değişmekte olup, ortalama 50,48±14,38 yıldır. Endoskopi yapılarak herhangi bir patoloji saptanan 94 hastadan 39'unda (%42) antrumdan alınan histopatolojik örneklerin incelenmesi neticesinde H. Pylori pozitif olarak saptandı.Bu 39 hastanın 31'ine preoperatif dönemde H. Pylori eradikasyonu uygulandı.Preoperatif dönemde H. Pylori eradikasyonu uygulanan 31 hastanın 7'sinde (%23) postoperatif dönemde şikayetlerin devam ettiği izlendi.Preoperatif dönemde H. Pylori eradikasyonu uygulanmayan 8 hastanın ise sadece 2'sinde (%25) postoperatif dönemde şikayetlerin gerilemediği izlendi. Preoperatif dönemde üst GİS endoskopi yapılmayan 100 hastanın sadece 3'ünde (%3) postoperatif dönemde şikayetlerin gerilemediği saptandı.

Sonuç:

Kolelithiazisin, bilier sisteme ait hastalıkların %85'inden sorumlu olduğu unutulmamalıdır.Koledoğun veya üst gastrointestinal sistemin değerlendirilmesiyle beraber olsun veya olmasın bilier sisteme yönelik olarak uygulanan en sık ameliyat kolesistektomidir.Vakaların yaklaşık %3 ile 5'inde postkolesistektomi sendromu görülür ve bunların ancak %50'sinde organik bir sebep saptanabilmektedir. Çalışmamızın da desteklediği bu nedenlerden dolayı kolesistektomi planlanan hastalara preoperatif dönemde rutin olarak üst GİS endoskopi planlamak yerine seçilmiş vakalara planlamak (kronik kolesistitin karakteristik bulgusu olan bilier kolik yerine dispepsi, yağlı gıdalara karşı intolerans gibi daha nonspesifik semptomları olan hasta grubu) daha uygun olacaktır.

PS - 100 LAPAROKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA SAFRA YOLU YARALANMASI DENEYİMİMİZ

BORA KOÇ, SERVET KARAHAN, GÖKHAN ADAŞ, FIRAT TUTAL,
MUSTAFA TAYFUR YAĞCI

*OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL
CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL*

Amaç:

Laparoskopik kolesistektomi safra kesesi taşlarının tedavisinde altın standart olmasına rağmen gelişebilecek safra yolu yaralanması artmış morbidite ve mortalite ile beraber yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı Laparoskopik Kolesistektomi operasyonu sırasında oluşan safra yolu yaralanmalarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Laparoskopik kolesistektomi safra kesesi taşlarının tedavisinde altın standart olmasına rağmen gelişebilecek safra yolu yaralanması artmış morbidite ve mortalite ile beraber yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı Laparoskopik Kolesistektomi operasyonu sırasında oluşan safra yolu yaralanmalarını değerlendirmektir.

Bulgular:

Laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçiren 6746 hastanın 47'sinde (%0.69) safra yolu yaralanması görüldü. Hastaların 27'si (%57)erkek, 20'si (%43) kadını ve ortalama yaş 53.4 (36-73)'dü. Safra yolu yaralanması 13 (%27) hastada ameliyat sırasında 34(%73) hastada postoperatif dönemde tespit edildi. Safra yolu yaralanması operasyon sırasında tespit edilen 13 hastanın 9'unda açık cerrahiye geçildi; 7 hastaya (Tip E-yaralanma) hepatikojejunostomi, 2 hastaya da (Tip-D yaralanma) T-tüp üzerinden onarım yapıldı. 2 hastaya (Tip D-yaralanma) laparoskopik T-tüp, 2 hastaya (Tip D yaralanma) da laparoskopik primer onarım uygulandı. Safra yolu yaralanması postoperatif dönemde saptanan hastaların tümüne postoperatif 1.günde MR-MRCP çekildi. 34 hastanın 5'inde bilyer peritonit gelişmesi üzerine laparotomi yapıldı; 3 hastaya (Tip D-yaralanma) hepatikojejunostomi, 2 hastaya (Tip D-yaralanma) da T-tüp üzerinden onarım uygulandı. Peritonit gelişmeyen 29 hastanın 10'u konservatif takip edildi. 7'sinde Tip A yaralanma ve 3'ünde Tip C yaralanma düşünüldü; safra kaçağı tedrici olarak azaldı ve herhangi bir girişime gerek olmadı. Diğer 19 hastaya devam eden safra fistülü nedeniyle ERCP uygulandı; 7'sinde Tip A yaralanma, 12'sinde Tip C yaralanma saptandı ve tüm hastalara stent kondu. Stent konulan tüm hastalarda safra fistülü kesildi ve stent 8 hafta sonra çıkarıldı. T-tüp üzerinden onarım yapılan 1 hastaya 46.ayda darlık nedeniyle hepatikojejunostomi uygulandı.

Sonuç:

Laparoskopik Kolesistektomi esnasında dikkatli anatomik oryantasyon, enerji aletlerinin uygun kullanımı ve artmış

tecrübe safra yolu yaralanma riskini azaltmaktadır. Deneyimli merkezlerde safra yolu yaralanması takip ve tedavisi düşük morbidite ile uygulanmaktadır.

PS - 101 LAPAROSKOPIK GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ CERRAHİSİ UYGULANAN OLGULARIN ANALİZİ

TÜRKER KARABUĞA, İSMAİL ÖZSAN, ÖZCAN ALPDOĞAN,
ÜNAL AYDIN

*İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ
ANABİLİM DALI*

Amaç:

Bu çalışma ile laparoskopik gastroözofageal reflü cerrahisi uygulanan hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Ağustos 2012- Temmuz 2013 tarihleri arasında gastroözofageal reflü hastalığı tanısı ile laparoskopik antireflü ameliyatı uygulanan 14 hasta retrospektif olarak incelendi. Laparoskopik antireflü ameliyatı tekniği, eksplorasyon bulguları, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, işe başlama süresi, semptomların düzelme süresi değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların dokuzu erkek, beşi kadını; yaş ortalaması 40(25-56) idi. Semptom süresi ortalama dört yıldır. Hastaların hepsine medikal tedavi uygulanmış ve yarar görmemişti. Hastaların altısında preoperatif endoskopi sonucunda sliding tipi hiatus hernisi mevcuttu. Tüm olgulara laparoskopik Nissen fundoplikasyon uygulandı. Tüm hastalara krurorafı uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 80(60-120) dakika idi. Hastaların hepsine postoperatif ilk 24 saat oral sıvı gıdalara başlandı. Hastaların analjezik ihtiyacının daha az olduğu saptandı. Ortalama hastanede kalış süresi 2 gün, işe dönüş süresi 20 gün olarak saptandı. Hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif hastaalrın semptomları tamamen geçti. Altı ay takip edilen 10 hastada en önemli postoperatif semptom yutma güçlüğü idi. Altı ay sonunda tamamı düzeldi.

Sonuç:

Gastroözofageal reflü hastalığında laparoskopik girişim kozmetik avantajlarının yanı sıra postoperatif yapışıklıkların az olması, daha az analjezi ihtiyacı ve daha kısa işe dönüş süresi ile ilk tercih edilecek cerrahi girişim seçeneğidir.

PS - 102 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ İÇİN GÜNÜBİRLİK CERRAHİ TEDAVİ

ÇAĞRI TIRYAKI¹, EMRE GÖNÜLLÜ³, AHMET OKTAY
YİRMİBEŞOĞLU², AHMET ALPONAT²

¹ KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

² KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

³ ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Laparoskopik kolesistektomide günübirlik cerrahi tedavi sonuçlarımızı bildirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamıza kronik kolesistit tanısı almış ve elektif laparoskopik kolesistektomi planlanan seçilmiş 60 hastayı dahil ettik. Çalışmaya dahil tüm hastaları o günün ilk vakası olarak opere ettik. Hepsine fast-track anestezi protokolü standart olarak uyguladık. Tüm hastalar postoperatif 4. saatte sıvı gıdalar almaya başladı ve 8. saatte oral alımları tamamen açıldı. Hastaların hastanede yattıkları sürede ağrı, bulantı, aynı gün taburcu protokolünü (AGTP) benimseme durumları ve anksiyete düzeyleri ile bunlara etki eden faktörleri istatistiksel olarak karşılaştırdık.

Bulgular:

Onsekiz-yetmiş yaş arası (ortalama: 44,38 ± 13,31) toplam 60 hastaya laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Tüm ameliyatlar laparoskopik olarak tamamlandı. Hastaların 55'i (%92) AGTP' nü benimserken sadece 5 (%8) hasta aynı gün taburcu edilemedi. Taburcu edilememe nedeni 1 hastada uzamış ağrı yakınması, 2 hastada anksiyete ve 2 hastada sosyal endikasyon (sağlık personeli olması) idi. AGTP uygulanan hiçbir hasta tıbbi yardım almak için tekrar hastaneye geri dönmedi. Hastaların %38' inde 16. saate kadar uzayan ağrı ve %6' sında da bulantı oldu. Tüm yakınmalar oral medikasyona cevap verdi.

Sonuç:

Sonuç olarak; bu çalışma elektif koşullarda uygun kriterlere göre hasta seçildiğinde laparoskopik kolesistektomi sonrası AGTP'nün başarı ile uygulanabileceğini ortaya koymaktadır.

PS - 103 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ ÖNCESİ ÜST GİS ENDOSKOPİSİ GEREKLİ MİDİR?

ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, ÖMER FARUK ÖZKAN¹, SERKAN
ADEMOĞLU¹, HASAN ALİ KİRAZ¹, MUAMMER KARAAYVAZ¹

¹ ÇANAKKALE ON SEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ
ANABİLİM DALI

² ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİ
VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

Amaç:

Semptomatik safra taşlarının standart tedavisi kolesistektomi olup, günümüzde laparoskopik kolesistektomi altın standart tedavi halini almıştır. Kolesistektomi operasyonu planlanan hastalarda genellikle epigastrik ağrı, şişkinlik, dispeptik şikayetler ve ağızda acı tat gibi semptomlar mevcut olup; aynı zamanda gastroözofajial hastalık semptomlarını taklit edebilmektedir. Bu nedenle günümüzde kesin bir konsensüs olmamasına rağmen üst GİS endoskopisi işlemi çoğu cerrah tarafından yapılacak operasyon öncesi uygulanmaktadır. Çalışmamızda laparoskopik kolesistektomi öncesi üst GİS endoskopisi yapılan hastaların sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2012 – Ağustos 2013 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi planlanan ve operasyon öncesi üst GİS endoskopisi yapılan hastalar çalışmamıza dahil edildi. Preoperatif akut pankreatit geçiren, akut atak hikayesi olan veya staz bulguları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalarda yaş, cinsiyet, laboratuvar bulguları, ultrasonografi (USG), preoperatif üst GİS endoskopisi sonuçları postoperatif hastanede yatış süreleri kaydedildi.

Bulgular:

Kolelitiyazis nedeniyle yatan preoperatif endoskopi yapılan 86 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 58.6 olup, hastaların 51(% 59.3)'i kadın, 35(%40.7)'i erkekti. Ultrasonografik açıdan değerlendirildiğinde hastaların 43 (% 50)' sinde multibl kalkül, 11(% 11.7)'sinde safra çamuru, 32(%37.2)'sinde tek kalkül saptandı. Hastaların preoperatif üst GİS endoskopisi sonuçlarında 32(%37.2) hastada pangastrit, 15 (%17.4) hastada alkalin reflü gastrit, 3 hastada bulbusta peptik ülser saptandı. Preoperatif dönemde aktif bulguları olan tüm hastalara tedaviler başlanarak, standard laparoskopik kolesistektomi işlemi 4 portla yapıldı. Postoperatif hastaların ortalama yatış süresi yaklaşık 1.2 gündür.

Sonuç:

Günümüzde altın standart olan laparoskopik kolesistektomi sonrası bazı hastaların postoperatif şikayetleri devam edebilmektedir. Bu şikayetlerin preoperatif dönemde safra taşı hastalığını taklit edebilen üst GİS patolojileri olduğu akıld tutulmalıdır. Yapılan çalışmalarda postkolesistektomi sendromlarının büyük çoğunluğunu üst GİS patolojileri oluşturduğu bilinmektedir. Bu da hasta ve hekim açısından ciddi maliyet ve işgücü kaybına neden olabilmektedir. Günümüzde çoğu merkezde endoskopi üniteleri olup, Laparoskopik kolesistektomi öncesi, rutin üst GİS endoskopisi yapılmasını önermekteyiz.

PS - 104 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA YAPILAN EK CERRAHİ GİRİŞİMLER

BURHAN MAYİR, TUNA BİLECİK , ALKAN SAKAR , ZÜHRE AYTAÇ, MEHMET TAHİR ORUÇ , NURULLAH BÜLBÜLLER

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Laparoskopik kolesistektomi (LK) günümüzde semptomatik safra kesesi taşı ve polibi tedavisinde altın standart haline gelmiştir. En sık yapılan laparoskopik girişim LK'dır. Laparoskopik girişim yapılması sayesinde tüm batin içi ve batin duvarı değerlendirilebildiğinden dolayı aynı zamanda varsa diğer patolojilerde müdahale edilebilmektedir. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi sırasında yapılan ek cerrahi girişimler belirlenmeye çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde LK yapılan hastalara ait veriler dosyalarından geriye dönük olarak araştırıldı. Bu hastalardan LK dışında ek bir operasyon yapılan hastalara ait veriler kayıt edildi.

Bulgular:

Toplam 540 hasta geriye dönük olarak araştırıldı. Hastaları 410'u (% 76) bayan, 130'u (% 24) bay idi. Hasta yaşları 19-85 (ort:52) arasında idi. Toplam 77 (% 14) hastaya 79 ek operasyon yapıldı. Laparoskopik kolesistektomi sırasında yapılan ek operasyonlardan umbilikal herni (49 hasta), insizyonel herni (15 hasta), epigastrik herni onarımı (1 hasta) açık operasyon şeklinde yapıldı. Reflü cerrahisi (6 hasta), karaciğer biyopsi (5 hasta), karaciğer kist hidatik cerrahisi (1 hasta), splenektomi(1 hasta) ve inguinal herni onarımı (1 hasta) ise aynı trokarlarla ve ya ek trokarlar girilerek yapıldı.

Sonuç:

Günümüzde en sık uygulanan laparoskopik girişim LK'dır. LK ile birlikte ek trokarlar da girilerek reflü cerrahisi, splenektomi, inguinal herni onarımı, periton ve ya karaciğer biyopsileri, jinekolojik girişimler, ürolojik girişimler hatta onkolojik cerrahiler güvenle yapılabilir. Eğer laparoskopik olarak birden fazla operasyon bir arada yapılacaksa, sonradan fazla trokar girilmesinden kaçınılmak için operasyon başında trokar yerleşimlerinin iyi düşünülmesi önemlidir. Laparoskopik birden fazla operasyon yapılacaksa LK'nın diğer operasyondan önce veya sonra yapılabilir.

PS - 105 LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERDE PEROPERATİF VE POSTOPERATİF ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLARIN ANALİZİ

HAKAN ÖZDEMİR, ZEHRA ÜNAL ÖZDEMİR , METİN ŞENOL , İBRAHİM TAYFUN ŞAHİNER

SAĞLIK BAKANLIĞI NEVŞEHİR DEVLET HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, NEVŞEHİR

Amaç:

Safra kesesi patolojilerinde laparoskopik kolesistektomi en sık uygulanan ve halen komplikasyonların gözlemlendiği bir klinik durumdur. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomilerde karşılaşılan komplikasyonların analizinin yapılması planlandı.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2011 ile Ocak 2013 tarihleri arasında kolelitiazis tanısı ile laparoskopik kolesistektomi yapılan 558 hastaya ait veriler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Hastalar intraoperatif ve erken dönem postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi. 1 hastada (% 0.17) koledok yaralanması, 2 hastada (% 0.34) sistik kanaldan safra kaçağı, 2 hastada (% 0.34) safra kesesi yatağından kanama olduğu tespit edildi. Koledok yaralanması intraoperatif tespit edildi ve laparotomi yapıp T tüp yerleştirildi. Sistik kanaldan safra kaçağı tespit edilen hastaların ikisine de diren yerleştirilmiş olması safra kaçağının erken tespit edilmesini sağladı. Bu hastalardan birincisinde postoperatif 1. günde 300 cc 2. günde 400 cc safra gelmesi üzerine yapılan ERCP'de sistik kanaldan safra kaçağı tespit edildi. Bu hastaya endoskopik sfinkterotomi yapıldı ve stent takıldı. Safra kaçağı tespit edilen 2. hastada postoperatif 3 gün boyunca direnden günlük 100 cc safra gelmesi üzerine yapılan ERCP'de sistik kanaldan safra kaçağı tespit edildi. Bu hastaya da endoskopik sfinkterotomi yapıldı ve stent takıldı. Kolesistektomi lojundan kanama tespit edilen hastaların birincisinde direnden postoperatif 1. günde 550 cc hemoraji gözlemlendi fakat vital bulguları stabil seyreden hastada takip eden günlerde aktif hemoraji izlenmedi. İkinci hastada ise dirende 1100 cc hemoraji gözlenmesi, hipotansiyon ve taşikardinin de tabloya eşlik etmesi üzerine hastaya laparotomi yapıldı. Laparotomide safra kesesi yatağından sızıntı şeklinde kanama olduğu gözlemlendi. Hemostatik materyaller kullanılarak hemostaz sağlandı. İntraoperatif ve erken postoperatif komplikasyon oranı % 0.89 olarak tespit edilmiş olup hastaların takiplerinde mortalite izlenmemiştir.

Sonuç:

Laparoskopik kolesistektomi her ne kadar sık yapılsa ve olası komplikasyonlara yönelik dikkatli davranılsa da intraoperatif ve erken dönem postoperatif komplikasyonlar açısından her zaman uyanık olunmalıdır. Adezyonlar nedeni ile fazla diseksiyon yapılan vakalarda diren kullanılması komplikasyonların erken teşhisine yardımcı olacaktır. Komplikasyonların erken tespiti de komplikasyonlarla başa çıkmanın en etkin yoludur.

PS - 106 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON DENEYİMİMİZ

ÇAĞRI TIRYAKI, MURAT COŞKUN , HAMDİ TANER TURGUT , MEHMET ÖZYILDIZ , MURAT BURÇ YAZICIOĞLU , MUSTAFA CELALETTİN HAKSAL , ALİ ÇİFÇİ , SELİM YİĞİT YILDIZ

KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Laparoskopik nissen fundoplikasyonu gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) tedavisinde uygulanan ve ileri laparoskopik tecrübe gerektiren bir operasyondur. Kliniğimizde son üç yıl içinde laparoskopik nissen fundoplikasyonu uygulanmış olgularımızla ilgili deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde son üç yıl içinde GÖRH nedeniyle laparoskopik nissen fundoplikasyon yapılan 64 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hasta takiplerine ait veriler poliklinik kayıtlarından elde edildi.

Bulgular:

Hastaların 42'si (%65,6) kadın 22'si (%34,4) erkek idi.Reflü hastalığına ait semptomları olan tüm hastalara endoskopi yapılarak operasyon kararı verildi. Tüm hastalara beş trokar yardımı ile nissen fundoplikasyon uygulandı.Tüm ameliyatlar laparoskopik olarak tamamlandı.Takiplerinde üç hastada erken safhada disfaji gelişti.Bir hasta yeniden hastaneye yatırıldı ve endoskopik kontrol yapıldı.Tüm hastaların takiplerinde ilk üç ayın sonunda devam eden disfaji tespit edilmedi. Hastaların tamamında reflü semptomları ortadan kayboldu. İki yıllık takiplerinde hiçbir hastada nöks gözlenmedi.

Sonuç:

Laparoskopik nissen fundoplikasyonu GÖRH için düşük mortalite ve morbidite oranı ile uygulanabilecek etkin bir cerrahi tedavidir. İleri laparoskopik teknikler gerektiren bu işlem deneyimli ellerde yüz güldürücü klinik takip sonuçları vermektedir.

PS - 107 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON YAPILAN 284 OLGUNUN ANALİZİ

ERDOĞAN SÖZÜER, HIZIR YAKUP AKYILDIZ , MUHAMMET AKYÜZ

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, KAYSERİ

Amaç:

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) sık karşılaşılan ve genellikle medikal tedaviye yeterli cevap vermeyen bir hastalık olup laparoskopik cerrahi rutin uygulanan cerrahi teknik haline gelmiştir. Çalışmamızda GÖRH nedeniyle laparoskopik

Nissen fundoplikasyon uyguladığımız 284 hastanın sonuçları değerlendirmek ve artan deneyimin ameliyat sonuçlarımızı nasıl etkilediğini inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Hastalar ilk 100 vaka (Grup I) ve daha sonraki 184 vaka (Grup II) olarak iki gruba ayrıldı. Hastalara ait demografik bilgiler, ameliyat endikasyonu, ameliyat süresi, peroperatif komplikasyonlar, açığa geçme sebepleri, postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi. İleri bir laparoskopik işlem olan Nissen fundoplikasyonda tecrübe arttıkça sonuçların nasıl etkilendiği araştırıldı. Elde edilen verilerin kategorik değerlerinin karşılaştırılmasında ki-kare, nicel değişkenlerinin karşılaştırılmasında ise Students t testi kullanıldı; p<0.05 değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Hastaların 165'i (%58) erkek, 119'u kadın (%42) olup yaş ortalaması 38 (24-59) idi. Cerrahi tedavi indikasyonu 228 hastada (%80.3) medikal tedaviye yanıt alınamaması, 24 hastada (%8.5) Barrett metaplazi, 22 hastada (%7.7) peptik özefajit ve 10 hastada (%3.5) ilaçlara bağlı yan etkilerin ortaya çıkması idi. Ameliyat süresi Grup I'de 90±30 dakika iken, son 184 vakada 60±30 dakikaya geriledi. Grup I'de 9 hastada (%9) açığa geçilirken Grup II'de hiçbir hastada açığa dönmek gerekmedi. Tüm seride açığa geçme oranı %3.1 dir. Hastanede yatış süresi Grup I'de ortalama 4.5 gün, Grup II'de ise 2 gün olarak bulundu. Yirmi dokuz hastada (%10.2) postoperatif dönemde takılma hissi şeklinde disfaji saptandı. Bu hastaların 19'u Grup I'de, 10'u ise Grup II'de idi. Grup I'deki 4 hasta dışında tüm hastaların disfaji şikayetleri ameliyat sonrası 3 aylık süre boyunca giderek azaldı ve tamamen normale döndü. Ancak Grup I' de şikayetleri 3 aylık takip sonrası gerilemeyen 4 hastaya balon dilatasyon uygulanması gerekti. Balon dilatasyon uygulanan hastaların disfaji şikayetleri düzeldi. Grup I'de yer alan bir hastada ameliyat sonrası dönemde gastrica breveslerden olan kanama nedeniyle reoperasyon gerekti, aynı grupta bir hastada mide perforasyonu, bir hastada özofagus perforasyonu ve 9 hastada diseksiyon güçlüğü nedeniyle laparoskopiden konvansiyonel cerrahiye dönüş yapıldı. Yine bu grupta bir hastada da hiatus diseksiyonu sırasında plevra açıldı, laparoskopik olarak onarıldı ve işleme laparoskopik olarak devam edildi.

Sonuç:

Laparoskopik antireflü cerrahisi ileri bir laparoskopik cerrahi işlemdir ve deneyim gerektirir. Gerek ameliyatta gerekse ameliyat sonrası komplikasyonlardan korunmak için, endikasyonun doğru konulması ve ekibin tecrübesi çok önemlidir. Olgu sayısı ve cerrahi deneyim arttıkça operasyon süresi, açığa geçme ve komplikasyon oranları azalmakta, başarı oranı ve hasta memnuniyeti artmaktadır.

PS - 108 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU İLE AYNI SEANSTA YAPTIĞIMIZ AMELİYATLAR

ÇAĞRI TİRYAKİ, MURAT COŞKUN , MURAT BURÇ YAZICIOĞLU, MUSTAFA CELALETTİN HAKSAL , ZEHRA BOYACIOĞLU , SELİM YİĞİT YILDIZ

DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, KOCAELİ

Amaç:

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) nedeniyle laparoskopik nissen fundoplikasyonu yapılan hastalar içinden, eşlik eden başka cerrahi patolojiler nedeniyle, aynı seansta müdahale ettiklerimizi sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde son 3 yıl içinde GÖRH nedeniyle laparoskopik nissen fundoplikasyonu yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Reflüye ek cerrahi patolojisi nedeniyle aynı seansta ek girişim yapılanlar irdelendi.

Bulgular:

Laparoskopik nissen fundoplikasyonu uygulanan 63 hastadan 8'ine ek cerrahi patolojileri nedeniyle aynı seansta müdahale ettik.Bu hastalardan 5'ine aynı seansta laparoskopik kolesistektomi, 2 'sine diastazis rekti onarımı ve 1 tanesinede onlay mesh ile herni tamiri yapıldı.Hiçbir hastada komplikasyon görülmedi.Mortalite olmadı. Ortalama yatış süresi 3 gündür.

Sonuç:

Vaka sayımız az olmakla birlikte GÖRH nedeniyle laparoskopik nissen fundoplikasyon ameliyatı yapılacak hastalarda ek cerrahi patolojilere aynı seansta güvenle müdahale edilebileceğini düşünmekteyiz.

PS - 109 MALİGNİTEYE SEKONDER ÖZOFAGEAL OBSTRUKSİYONUNUN PALYASYONUNDA LAPAROSKOPİK GASTROSTOMİ

HALDUN KAR, YASİN PEKER , ERDEM SARI , MEHMET HACIYANLI , EVREN DURAK

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ SERVİSİ.

Amaç:

Laparoskopik gastrostomi özofageal pasajı tümör nedeni ile tam obstrükte olmuş ve endoskopik gastrostominin mümkün olmadığı hastaların palyatif tedavisinde alternatif olarak kullanılmaktadır. Bu sunuda laparoskopik gastrostomi uygulanan 9 hastanın sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

IKCU Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi nde Haziran 2010-Haziran 2013 tarihleri arasında 9 hastaya laparoskopik gastrostomi uygulandı. 2 trokar kullanımı ile mide ön yüzü batın ön duvarına intrakorporeal sütürler ve sütür yakalayıcısı yardımı ile yaklaştırıldı. Gastrotomi sonrası gastrostomi tüpü perkutan mide içine yerleştirildi. Gastrostomi tüpünün seromuskuler intrakorporeal çevre sütürleri ile sızdırmazlığı sağlandı. Askı sütürleri batın ön duvarında ligature edilerek mide batın ön duvarına fikse edildi.

Bulgular:

Tüm hastalarda prosedür laparoskopik tamamlandı.Ortalama operasyon süresi 48 (35-65) dk idi. Hastaların tamamı postop 1. günde gastrostomi tüpünden beslenmeye başladı. Hastalarda major komplikasyon izlenmedi. Ortalama po yatış süresi 2(1-5) gün idi.

Sonuç:

Laparoskopik gastrostomi, perkutan endoskopik gastrostomi uygulanamayan hastalar için ideal alternatif metoddur. Hastalar tarafından iyi tolere edilmekte ve hızlı rekuperasyon periodu sağlamaktadır.

PS - 110 MÜLTİPORT KOLESİSTEKTOMİDE KONVERSİYON

GÜNAY ULUÇ, SALİH TOSUN , ÖZGÜR EKİNCİ , FATİH BÜYÜKER

MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kolesistektomide single portun gündemde olduğu bugünlerde bu çalışmada mültiport kolesistektomide konversiyon nedenleri incelendi.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2012 ile Mart 2013 tarihleri arasında Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH'da opere edilen 382 kolelitiasisli olgu retrospektif olarak araştırıldı.382 olgunun 15'inde açığa dönmüş olduğu görüldü.Bu hastalar Cins (10 kadın ,5'i erkek hastaydı) ,DM (2 hastada mevcuttu),önceden geçirilmiş batın operasyonu olup olmadığı (4 hasta batın operasyonu geçirmişti), akut kolesistit veya akut pankreatit geçirip geçirmediikleri(2 hastada akut kolesistit , 1 hastada akut pankreatit öyküsü bulunmaktaydı),ultrasonda perikolesistik sıvı olup olmadığı (3 hastada mevcuttu) ,safra kesesinde duvar kalınlığı artışı bulunup bulunmadığı (8 hastada artmış bulundu) yönünden araştırıldı.

Bulgular:

Konversiyon nedenleri olarak 1 olguda ince barsak yaralanması,1 olguda duktus sistikus yaralanması,1 olguda sistik artere konan klipslerin güvenliğinden emin olunamaması,1olguda karaciğer yatağından kanama,11 olguda ise batın içi yapışıklıklar

nedeniyle calot üçgeninin prepare edilememesiydi. Açığa dönülen olgularda kolesistektomi sorunsuz tamamlandı.

Sonuç:

Bu çalışmada kolelitiasisli 382 olgudan preoperatif değerlendirmede nispeten konversiyon riski yukarıda sayılan nedenlerden ötürü yüksek sayılan 15 hastada açığa dönülme gereksinimi duyulmuş , oran %3.92 olarak hesaplanmıştır. Gerektiğinde açığa dönülen tüm olgularda kolesistektomi komplet olarak tamamlanmış hiçbir vakada safra yolu yaralanması gözlenmemiştir. Açığa dönme sebebi literatürle uyumlu olarak en fazla intraabdominal yapışıklıklar nedeniyle calot üçgeni anatomisinin iyi ortaya konamaması olmuştur.

PS - 111 TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULADIĞIMIZ 16 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

İSMAİL ÖZSAN, TÜRKER KARABUĞA, ÖZCAN ALPDOĞAN, ÜNAL AYDIN

İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

SILS kozmetik sonuçları açısından minimal invaziv cerrahiye bir adım daha ileriye taşımıştır. Bu çalışmada tek kesiden laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız 16 olguyu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz-2012 ile Haziran-2013 tarihleri arasında İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde safra taşı nedeniyle tek kesiden laparoskopik kolesistektomi yapılan 16 olgu retrospektif olarak cinsiyet, yaş, ameliyat süresi, insizyon boyutu, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar, postoperatif analjezik ihtiyacı, hastanede yatış süresi açısından incelendi.

Bulgular:

Hastaların tamamı kadındı ve yaş ortalaması 32(22-42) idi. Hastaların tamamında semptomatik safra kesesi taşı mevcuttu ve hiçbirinde akut kolesistit atağı öyküsü yoktu. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 26,2(20-30) kg/m² idi. 10 hastada flexible rubber/gel SILS-Port (Covidien, USA), altı hastada Gelpoint Advanced Access Platform kullanıldı. Ortalama ameliyat süresi 62 dakika (45-105 dak.) idi Ortalama umbilikal insizyon boyutu 2,3 cm (2 -3 cm) idi. Hastaların hiçbirinde peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif analjezik ihtiyacında standart kolesistektomiye göre bir fark gözlenmedi. Hastanede kalış süresi ortalama 20 (14 26)saatti.

Sonuç:

Tek delikten safra kesesi ameliyatının en önemli avantajı hasta memnuniyeti ve kozmetik görünüm iyi olmasıdır. Tek port

laparoskopik kolesistektomi laparoskopik cerrahide deneyimli cerrahlar tarafından yapıldığı zaman klasik yöntemle arasında belirgin bir fark yoktur.

PS - 112 ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEMİN POLİPOİD LEZYONLARI (55987 İŞLEMİN ANALİZİ)

KENAN BÜYÜKAŞIK, HASAN BEKTAŞ, AZİZ ARI, YİĞİT DÜZKÖYLÜ, ŞÜKRÜ ÇOLAK, AYHAN GÜNEYİ, MEHMET EMİN GÜNEŞ

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Üst gastrointestinal sistem polipleri genellikle asemptomatikler ve endoskopik işlemler sırasında %0.2-0.3 oranında tesbit edilirler.Bu çalışmamızın amacı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde endoskopi işlemleri sırasında çıkartılmış olan üst gastrointestinal sistem poliplerinin klinik özellikleri , yerleşim yerleri , histopatolojik tipleri , mide mukozası ve Hp enfeksiyonu ile olan ilişkileri ve saptanan poliplerin kanserleşme oranlarını analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2006-Haziran 2012 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi endoskopi merkezinde yapılan toplam 55987 üst gastrointestinal endoskopi işlemi sırasında polip tespit edilen 59 olgu (37 K,22E ,ortalama yaş :66.79 en genç :35 en yaşlı :89) ve bu hastalardan çıkartılmış 66 polibe ait veriler retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular:

59 olguda 66 üst gastrointestinal polip analiz edilmiştir. En sık izlenen klinik semptom 41 olguda (%69.49) dispepsi oldu.Yerleşim yerleri 27 lezyon antrumda (%40.9), 14 lezyon korpusta (%21.2), 10 lezyon kardiyada (%15) , 5 lezyon küçük kurvaturda (%7.57) , 3 lezyon büyük kurvaturda (4.54) ,2 lezyon fundusta(%3.03) , 2 lezyon duodenumda (%3.03)ve 1 lezyon bulbusta (%1.5) saptandı. 2 lezyon ise özofagus alt uçtaydı. (%3.03) Poliplerin histopatolojik tipleri sırasıyla :Hiperplastik polip 41(%62.12), faveolar hiperplazi5(%7.57), fundik gland polipi 2 (%3.03) , squamöz hücreli polip 2 (%3.03), hamartamoz polip 1 (%1.51), pilorik gland adenomu 1 (%1.51) şeklinde belirlenmiştir. Gastrik mukozanın histopatolojik analizi ise 30 olguda (%50.84) kronik atrofik gastrit, 33 olguda (%55.9) Hp enfeksiyonu ve 19 (%32.2) olguda intestinal metaplazi tesbit edilmiştir. Multipl polibi olan 3 olguda hiperplastik polipe eşlik eden adenokarsinom tesbit edilmiştir

Sonuç:

Üst gastrointestinal sistem polipoid lezyonları arasında en sık görülen tip ,hiperplastik poliplerdir.Genellikle Hp enfeksiyonu,kronik atrofik gastrit ve intestinal metaplazi ile ilişkilidir.Multipl hiperplastik polipi olan hastalarda adenokarsinom sıklığı artmaktadır.

PS - 113 LOKAL İLERİ EVRE KOLON TÜMÖRÜ OLGUSUNUN ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK REZEKSİYONU

NIHAT AKSAKAL¹, ORHAN AĞCAOĞLU¹, MUSTAFA TÜKENMEZ¹, MURAT TAN², UMUT BARBAROS¹, RIDVAN SEVEN¹, SELÇUK MERCAN¹

¹İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

²ÖZEL KADIKÖY ŞİFA HASTANESİ, İSTANBUL

Özet:

Lokal ileri evre kolon tümörlerinde küratif cerrahide laparoskopinin açık cerrahiye tercih edilmesi hala tartışma konusudur. Bununla birlikte laparoskopik rezeksiyonu tercih eden cerrahları bekleyen bir takım teknik güçlükler söz konusudur. Bu çalışmamızda mide, pankreas ve dalağa invaze lokal ileri evre bir kolon tümörü olgusunun robot yardımcı laparoskopik cerrahi tekniği ile rezeksiyonunu sunmayı amaçladık. Otuz dört yaşında erkek hasta son 1 yıldır olan karın ağrısı ve halsizlik şikayetleri nedeniyle tetkik edilmiş. Fizik muayenesi normal olan hastanın kontrastlı tüm batın tomografisinde mide ve pankreasa invaze splenik fleksura tümörü saptandı. Uzak metastazı olmayan hastaya cerrahi kararı alındı. Hastaya robot yardımcı laparoskopik sol hemikolektomi, subtotal gastrektomi, distal pankreatektomi, splenektomi ve omentektomi uygulandı. Robot olarak Da Vinci Si cihazı kullanıldı. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 7. gününde taburcu edildi. Komşu organlara invaze ileri evre kolon tümörlerinde laparoskopik küratif cerrahi yapma konusu hala tartışmalıdır. Dar alanda konvansiyonel laparoskopik aletlerle ileri diseksiyon ve kitlenin tek parça olarak rezeksiyonu oldukça güçtür. Robotik cerrahinin daha iyi görüş alanı sağlaması ve artikulyasyonlu aletleri ile diseksiyonu kolaylaştırması ileri evre kolon tümörlerinde laparoskopik küratif cerrahi şansını arttırmaktadır.

PS - 114 APENDİKS EPİPLOİKA TORSİYONU,LAPAROSKOPİK REZEKSİYON

MURAT COŞKUN, ÇAĞRI TIRYAKI, HAMDİ TANER TURGUT, MEHMET ÖZYILDIZ, ALİ ÇİFTÇİ, ZEHRA BOYACIOĞLU, SELİM YİĞİT YILDIZ

KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Olgu:

Akut batının ender bir sebebi olan apendiks epiploika torsiyonunu ve cerrahi tedavi yaklaşımında laparoskopinin kullanımını sunmayı amaçladık Yirmi yaşında mental retarde erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise getirilmiş. Aileden alınan anamneze göre ağrı 2 gündür varmış ve sağ tarafta daha fazlamış.Hastanın fizik muayenesinde sağ alt kadrana lokalize hassasiyet defans ve rebaundu mevcuttu. Kan beyaz küre değerleri yüksek (17000) idi.Tüm batın ultrasonu normal olarak raporlandı.Hastaya akut batın ön tanısıyla

diagnostik laparoskopi yapıldı.Göbek altı 10 mm ce suprapubik 5 mm lik iki trokar ile operasyona başlandı.Eksplorasyonda apendiks lojuna uzanım gösteren ve sağ kolon ortalarından kaynaklanan torsiyone ve nekroze apendiks epiploika görüldü. Torsiyone apendiks epiploika laparoskopik olarak eksize edildi. Hasta postoperatif 2. günde şifa ile taburcu edildi. Nadir bir olgu olan apendiks epiploika torsiyonu ve nekrozu diagnostik laparoskopide kolaylıkla saptanabilir. Tedavisinde laparoskopik olarak rezeksiyon rahatlıkla yapılabilir kanaatindeyiz.

PS - 115 KOLONDA SCHWANNOMA

ŞÜKRÜ ÇOLAK, SAVAŞ BAYRAK, EKREM ÇAKAR, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ, HASAN BEKTAŞ, AYHAN GÜNEYİ, MAHMUT SUMMAK, KENAN BÜYÜKAŞIK

İSTANBUL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:

Periferik sinir kılıf tümörleri schwan hücreleri, perinöral hücreler ve nöral fibroblastlardan kaynaklanır. Schwan hücrelerinden kaynaklanana schwannoma adı verilir. Hou ve arkadaşları çalışmalarında schwanomların gastro intestinal mezenkimal tümörlerin sadece % 2.9 oluturduklarını göstermişlerdir. Büyük çoğunlukla iyi huylu tümörlerdir. Bu tümörler tedavi edilmezlerse malign değişim gösterebilirler ve literatürde malign karakterli schwannoma çok az bildirilmiştir. Kolonoskopi sırasında rastlantsal olarak tanı koyduğumuz olguyu ve ilgili literatürü sunmaya amaçladık. Kolonda schwannoma tespit edilen hasta 58 yaşında ve kadın hasta idi. Hastanın hematokezyası mevcut olduğundan hastaya kolonoskopi planladı. Kolonoskopide sigmoid kolon civarında 0.5 cm büyüklüğünde 4 adet sesil polip tespit edildi ve poliplere polipektomi uyulandı. Patoloji sonucu: Schwan hücre üstünlüğü gösteren, infiltrasyon yapan 0.4 cm büyüklüğünde nodüler oluşum, immunohistokimyasal incelemede S100 (+), CD117 (-), CD34 (-), SMA (-) ve Desmin (-) idi. Bu bulgular schwannoma ile uyumlu idi. Kontrol kolonoskopilerinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi.Kolon schwannomasının insidansı tam olarak bilinmemesine rağmen dolaylı insidansı içeren bazı çalışmalar mevcut. Schwannom GİST e oranla oldukça az görülür.Bu oran 50-100:1 dir İtagawa ve arkadaşları Japon lieratüründeki kolo-rektum yerleşimli schwanomların incelemişler ve en sık yerleşimin % 45.7 ile rektumda olduunu tespit etmişlerdir Bu tümörlerde S100 proteini kuvvetli pozitif iken c-KİT (CD117), CD34, aktin ve desmin negatiftir. S100 proteini nörofibromda %30-40 pozitif olmasına karşılık schwannomda %100 pozitifdir. Alt gis kanamalarına yönelik yapılan kolonoskopilerde çok farklı patolojilerle karşılaşılabilceği unutulmamalı ve kilinsyen bu gibi durumlara hazırlıklı olmalı.

PS - 116 KOLONOSKOPİ SONRASI ÜST REKTUM PERFORASYONUNDA KONSERVATİF TAKİP: OLGU SUNUMU

GÖKHAN GİRAY AKGÜL¹, ERDİNÇ YENİDOĞAN², İSMAİL OKAN², HÜSEYİN AYHAN KAYAOĞLU², SERVET TALİ², MUSTAFA ŞAHİN²

¹ BEYPAZARI DEVLET HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, BEYPAZARI, ANKARA

² GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, TOKAT

Amaç:

Kolorektal hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde kolonoskopinin yeri tartışılmazdır. Üstün avantajlarına rağmen ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Polipektomi sonrası kanama en sık görülen komplikasyon olmasına rağmen, perforasyonlar ise daha komplike bir durumdur ve cerrahi girişim gerektirebilir. Burada kolonoskopi sırasında üst rektumda perforasyon tespit edilen ve konservatif olarak takip edilen bir olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu:

Abdominal ağrı ve distansiyon nedeniyle 78 yaşında kadın hastaya kolonoskopi yapıldı. Çekuma kadar gidilen işlem sırasında patolojik bir bulguya rastlanmadı. İşlem sırasında hastanın belirgin bir ağrısı olmadı. Kolonoskopun geri çıkışı esnasında üst rektumda anal verge'den 15 cm uzaklıkta posterior duvarda yaklaşık 5 cm'lik geniş bir perforasyon alanı tespit edildi. İşlem sonlandırıldıktan sonra yapılan muayenede hastada hassasiyet, defans ve rebound saptanmadı. Acil abdominal tomografi çekilen hastada retroperitonda hava dışında ek bulguya rastlanmadı. Bu bulgularla konservatif olarak takibi planlanan hastanın oral alımı kesildi ve uygun antibiyotik tedavisi başlandı. Post-kolonoskopik dönemde vital bulguları stabil seyreden hastaya 4. gün oral başlandı ve hasta 10. gün taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Kolonoskopi sonrası perforasyonlar nadiren gözlemlense de tanının gecikmesi hastanın yaşamını tehlikeye sokabilir. Perforasyonlar sıklıkla polipektomi sonrası görülse de barotravmalara ve endoskopun mekanik etkisine bağlı olarak ta görülebilir. Kolon perforasyonlarında özellikle peritonit bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkması, hasta kliniğinin unstabil olması kesin cerrahi müdahale endikasyonlarıdır. Rektum perforasyonlarında konservatif takip daha sıklıkla uygulanabilir. Üst rektum perforasyonlarında ise seçilmiş hastalarda hastanın genel durumu iyi, barsak temizliği iyi yapılmış, tanısı ilk 24 saatte konmuş, diffüz peritonit bulguları yoksa konservatif olarak takip edilebilir.

PS - 117 LAPAROSKOPİ SIRASINDA TROKARA BAĞLI MESANE YARALANMASI

ARDA İŞİK, KEMAL PEKER, DENİZ FIRAT, İSMAYİL YILMAZ, ABDULLAH İNAL, FEHMİ ÇELEBİ

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ MENGÜCEK GAZİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:

Alt batin laparoskopik cerrahi sırasında, mesane yaralanması %0,02-8,3 oranıyla görülebilen nadir fakat morbiditesi yüksek komplikasyondur. 40 yaşında erkek hasta, laparoskopik apendektomi sonrası, postoperatif 3. gün suprapubik insizyonundan idrar gelmesi üzerine, yapılan sistoskopide, mesane yaralanması tespit edildi. Foley sonda ile 2 hafta takip edilen hastanın, yapılan kontrol sistoskopisinde idrar kaçağı saptanmaması üzerine taburcu edildi. Laparoskopik cerrahi sırasından postoperatif erken dönemde saptanan organ yaralanmaları morbiditeyi azaltabilir.

PS - 118 LAPAROSKOPİK İLEOKOLİK İNTUSSUSSEPSİYON CERRAHİSİNDE İLEOKOLİK PEDİNKÜL BOYUTU ÖNEMLİ MİDİR?

DENİZ GÜZEY, NURETTİN ŞAHİN, MEHMET ABDUSSAMET BOZKURT, SÜLEYMAN BÜYÜKAŞIK, GÜLAY ŞAHİN, SÜLEYMAN BADEMLER
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Olgu:

Proksimal barsak segmentinin distal barsak segmenti içine girmesi olarak tanımlanan intussussepsiyon, lokalizasyonuna göre; enterik, ileoçekal, ileokolik ve kolokolik olarak sınıflandırılmaktadır. Genellikle bebek ve çocukların hastalığı olan intussussepsiyonların %5'i yetişkinlerde görülmektedir ve nadirdir. Çocuklarda %90'ı idiyopatik olarak değerlendirilirken yetişkinlerde %90'ı benign veya malign bir patolojik olaya sekonderdir. Yetişkinlerde intussussepsiyonun genellikle sekonder olması nedeni ile tedavi seçeneklerinden biri olan rezeksiyon ön plana geçmektedir ve laparoskopik olarak uygulanabilmektedir. Üç gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil polikliniğimize müracaat eden 36 yaşında erkek hastanın yapılan karın muayenesinde; karında distansiyon, sağ alt karında hassasiyet, rebound fenomeni tespit edilmiştir. Karın ultrasonografik incelemede; sağ alt kadranda çekum lokalizasyonunda 104*54 mm boyutunda iç içe geçmiş bağırsak segmenti, bilgisayarlı tomografi bulgusu olarak lipomatöz uç kitle, öküçgözü görünümü izlenmiştir. İleokolik intussussepsiyon ön tanısı ile ameliyata alınan ve laparoskopi yapılan hastada, tanı kesinleşmiş ve malignite şüphesi nedeni ile invajine olan, yaklaşık 15 cm'lik barsak segmenti redükte edilmeden ileokolik rezeksiyon için hazırlanmaya devam edilmiştir. Gerek barsaklardaki aşırı distansiyon, gerek invajine olan segmentin ileri derecede kalınlaşmış pedinkülü, ameliyata açık olarak devam edilmesini gerektirmiş ve anatomik

sınırlarda ileokolik barsak rezeksiyonu gerçekleştirilmiştir. İleokolik intussussepsiyonda, gerek geleneksel laparoskopik, gerek single port girişimle başarılı olarak sağ hemikolektomi gerçekleştirildiğini belirten yayınlar bulunmaktadır. Bununla beraber, bizim olgumuzda olduğu gibi, intussussepsiyon mesafesinin uzunluğu ve özellikle ileokolik pedinkül yapısının laparoskopik cerrahinin uygulanırlığını sınırladığına inanmaktayız.

PS - 119 REKTUM YERLEŞİMLİ VİLLÖZ ADENOMUN TRANSANAL ENDOSKOPİK MİKROCERRAHİ İLE TEDAVİSİ

SERVET TALİ, İSMAİL OKAN, ERDİNÇ YENİDOĞAN, HÜSEYİN AYHAN KAYAOĞLU, MUSTAFA ŞAHİN

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, TOKAT

Amaç:

Transanal endoskopik mikrocerrahi (TEM) rektumdaki benign hastalıkların tedavisi için başarıyla kullanılmaktadır. Özellikle rektum yerleşimli benign adenom ve poliplerin tedavisi için TEM kullanılması hastayı önemli morbidite ve mortaliteden korumaktadır. TEM son zamanlarda erken evre rektum tümörleri için de kullanılmaktadır. Burada rektum yerleşimli bir villöz adenomun TEM ile tedavi edildiği bir olgu tartışılmaktadır.

Olgu sunumu:

Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta kliniğimize makattan kanama şikayeti ile başvurdu. Dış merkezde yapılan kolonoskopide üst rektum yerleşimli 3x2 cm boyutlarında polip saptanmış ve alınan biyopsi sonucu adenomatöz polip olarak belirtilmiştir. Hastanın rektal kanamasının 15 günden beri olduğu, ara ara kabızlığı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde patolojik özellik saptanmadı. Rektal tuşede ampullanın boş olduğu, ele kitle gelmediği gözlemlendi. Kliniğimizde yapılan kolonoskopide çekuma kadar gidildi. Kolonda ek patoloji saptanmadı. Rektumda 12 cm'den başlayan 15. cm'ye kadar uzanan 3x2 cm'lik villöz, geniş saplı polip saptandı. Alınan biyopsi villöz adenom olarak değerlendirildi. Tomografide karın içinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Pelviste rektosigmoid bileşke distalinde, rektum sol posterolateral duvarında yaklaşık 29x16 mm boyutlarında 3,5 cm'lik bir segmentte, lümene projektil uzanımı bulunan, düzensiz kenarlı polipoid kitle lezyonu mevcuttu. Tariflenen kitle lezyonunun komşuluğundaki perirektal yağlı plan normal olarak değerlendirildi. Kitlenin endoskopik olarak en-blok çıkarılamayacağı düşünülerek transanal eksizyona karar verildi. Anal dilatasyonu takiben anüse SILS port yerleştirildi. 12 mmHg'lık basınç sağlandıkdan sonra port deliklerinden birinden kamera, diğer ikisinden de 5 mm'lik Ultracision ve grasper girildi. İşleme başlanmadan önce dairesel olarak lezyonun 5 mm'lik çevresi işaretlendi. Daha sonra lezyon belirtilen sınırlardan en-blok eksize edildi. Defekt 3/0 PDS ile kontinü olarak kapatıldı. Çıkan parça toplu iğnelerle tespit edilerek patolojiye gönderildi. Postoperatif patoloji ise 3x1.5 cm'lik yüksek derecede displazili polipoid villöz adenom olarak değerlendirildi. Cerrahi sınırlar

negatifti. Hastanın postoperatif takibinde ek sorun olmadı ve postoperatif 4. günde taburcu edildi. Hastanın takiplerinde ilk ay devam eden hafif şiddette anal inkontinansı dışında patolojik sorun saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Yaşlı hastalarda rektumda villöz adenomların tedavisi cerrahlar için önem arz etmektedir. Preoperatif değerlendirmede BT, TRUS veya pelvik MR ile lezyonun mukozaya sınırlı olduğu saptandıktan sonra TEM ile eksizyon hastalarda morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

PS - 120 GASTRİK BAND UYGULANMIŞ HASTALARDA NADİR KOMPLİKASYON: ABDOMİNOPLASTİ SIRASINDA BAĞLANTI TÜBÜNÜN KESİLMESİ

YASİN PEKER, NECAT CİN, HALDUN KAR, EVREN DURAK, FATMA TATAR

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Giriş:

Plastik cerrahlar tarafından yapılan abdominoplasti sırasında, gastrik band bağlantı tübü hasar görebilir. Batın duvarı rekonstrüksiyonunda bağlantı tübü kesilen iki hastamızı sunmayı amaçladık.

Metod:

Kliniğimizde gastrik banding yapılmış 32 ve 33 yaşlarındaki iki hastamıza plastik cerrahi uzmanlarınca abdominoplasti uygulanmış. İki hastada da bu ameliyat sonrası kilo kaybı durmuş. Hastalar, plastik operasyon düşündüklerini bizimle paylaşmadılar. Plastik cerrahi uzmanları da olası riskleri bize danışmadı.

Bulgular:

Porttan verilen radyoopak madde ile yapılan skopik incelemede radyoopak maddenin port – bağlantı tübü bileşkesinden dışarı sızdığı ve dağıldığı; tübün distal kısmının batın içine doğru retrakte olduğu görüldü. Anamnez ve bulgular birleştirilince tübün plastik operasyon sırasında kesilmiş olabileceği düşünüldü. Batına retrakte olan distal kısım, her iki hastada da laparoskopik yaklaşımla bulundu. Tübün kesici bir alet ile düzgün olarak kesilmiş olduğu ve kesik diğer ucunda portun üzerinde olduğu görüldü. Port ile bağlantı yeniden oluşturuldu.

Sonuç:

Gastrik bandın bağlantı tübü, abdominoplasti sırasında hasarlanabilir. Bu nadir komplikasyon kilo kaybının durması yada verilen kiloların yeniden alınması ile anlaşılabilir. Komplikasyonun yaşanmaması için plastik cerrahların gastrik bandı uygulayan hekimle görüşerek bandın yerleşimini öğrenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

PS - 121 GEÇİRİLMİŞ ABDOMİNOPLASTİ AMELİYATI SONRASI BARIATRİK CERRAHİ

AZİZ BORA KARİP ¹, HASAN ALTUN ², AHMET YALIN İŞCAN ¹, ORHAN ARAS ¹, YETKİN ÖZCABI ¹, KEMAL MEMİŞOĞLU ¹

¹ FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

² LİV HOSPİTAL, İSTANBUL

Giriş:

Abdominoplastili hastalarda laparoskopik ameliyatlara zorlanmaktadır. Zorluğun sebepleri, karın ön duvarındaki fibrozise ikincil ilk giriş zorluğu, azalmış abdominal kompliyansa bağlı dar alanda çalışma ve değişmiş karın ön duvar anatomisidir. Bu çalışmada, abdominoplasti hikayesi olan iki hastadaki bariatrik cerrahi tecrübemizi sunmayı amaçladık.

Olgu 1:

38 yaşındaki kadın hastanın 4 sene önce ayarlanabilir mide bandı uygulaması sonrası kilo verme hikayesi mevcuttu. İki yıl önce band kayması sonucu bandı çıkarılan hastaya eş seanslı abdominoplasti uygulanmıştı. Yeniden kilo alan hastaya sleeve gastrektomi endikasyonu konuldu. Ameliyatta göbek deliği yeri değiştiği için trokar yerleşim planlamasında ksifoid kemik ve kostal arklar göz önünde bulunduruldu. İlk trokar ksifoid kemik 20 cm altından ve orta hattın 1 cm solundan direk trokar tekniğiyle yapıldı. Trokarın fasyayı geçişi fibrozise bağlı zorlukla gerçekleştirildi. Pnömooperiton sonrası ek trokarlar batında yeterli genişleme sağlanamadığı için zorlukla ve ilaveten cilt çamaşır klempleriyle asılarak sağlandı. Standart trokar yerleşimine göre daha yukarı seviyeden giriş yapıldı. Sleeve gastrektomi sonrası spesmenin batin dışına alınmasında fibrozise bağlı ek sorun yaşanmadı. Ameliyat sonrası 3. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Olgu 2:

44 yaşındaki kadın hastanın hikayesinde 3 sene önce abdominoplasti ameliyatı mevcuttu. Tip 2 diabetes mellitus tanılı hastada gastrik by pass endikasyonu koyuldu. İlk trokar yine ksifoid kemik 20. cm altından direk trokar tekniğiyle girimeye çalışıldı, trokar bıçağı ile fibrozis aşılamadı ve bisturi ile karın duvarı fibrozisine 1 cm kesi uygulandı. Kesi disektör yardımı ile genişletilerek direk trokar tekniğiyle giriş sağlandı. Hastada abdominal kompliyans düşüktü ve ek trokarlar sol subkostal alanda klemp ile asılarak yerleştirildi. Treitz ligamanının ve anastomoz yapılacak ansların tespiti dar görüş alanı nedeni ile zorlukla gerçekleşti. Ameliyat başarıyla sonlandırıldı, ameliyat sonrası 4. gün şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:

Abdominoplasti sonrası laparoskopide, karına trokar girişi ve pnömooperiton oluşturma zorlaşmıştır. Bariatrik cerrahide direk trokar tekniği güvenli bir yöntemdir. İlk giriş yerinde anatomik yeri değişmiş umblikus yerine ksifoid kemiği rehber almak tercih edilmelidir. Fibrotik dokuya kesi yapılması sonrası uygulanacak direk trokar tekniği ve azalmış abdominal kompliyandan nispeten daha az etkilenen subkostal alanlardan ek trokarların girilmesi planlanan cerrahi işlemi kolaylaştırabilir.

PS - 122 LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI KANAMAYA MULTİMODAL YAKLAŞIM

TEVFİK TOLGA ŞAHİN ¹, SERKAN ÖZEN ¹, ŞAHNAZ İSKEDEROVA ¹, BORA PEYNİRCİOĞLU ², M. MAHİR ÖZMEN¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş ve Amaç

Laparoskopik sleeve gastrektomi(LSG) sırasında veya sonrasında görülen kanama en sık stapler hattından veya gastrosplenik ligamandan gerçekleşir. LSG sonrası gelişen kanama olgusunun sunumu ve tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu

33 yaşındaki vücut kitle indeksi 46,8 kg/m² olan erkek hastaya sorunsuz bir biçimde LSG yapıldı. Ameliyattan yaklaşık 8saat sonra Jackson-Pratt drenine 500 mL hemorajik sıvı gelmesi ve hemodinamik durumu bozulan hastaya acil tanısal laparoskopi yapıldı. Ameliyatta dalak üst kutbunda kapsüller yırtık olduğu ve kanamanın buradan olduğu gözlemlendi. Hemostatik doku matrisi (FloSeal™ ; Baxter, ABD) ile kapsüller yırtık onarıldı. Hasta stabil seyretti ancak ameliyat sonrası 1. günde dreninden tekrar aktif hemoraji olması nedeniyle yapılan anjiyografide abdominal aortan çıkan aberran bir damarın, gövde posterionda dermal dev hemanjiyom ile bağlantılı olduğu saptandı ayrıca, splenik arterin üst kutpu ve orta segmentine giden damarlar tel ve siyanoakrilat ile embolize edildi. Hastada anjiyografi sonrasında kanama izlenmedi. Hasta ameliyat sonrası 1. haftasında taburcu edildi, 1. ayda çekilen abdomen BT'sinde dalak infarktı veya absesi saptanmadı.

Sonuç

Morbid obez olan hastalarda gelişebilecek komplikasyonlara bağlı ikincil ameliyatlarda morbidite ve mortalite oranları yüksektir. Bu nedenle hastalarda mümkün olduğunca non-invaziv veya minimal invaziv yöntemler tercih edilmeli ve özellikle girişimsel radyolojiden yararlanılmalıdır.

PS - 123 PRADER-WİLLİ SENDROMLU MORBİD OBEZ BİR HASTADA LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ

TOYGAR TOYDEMİR¹, KORAY TEKİN²

¹BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

²ÖZEL LİV HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Prader-Willi sendromu (PWS) hiperghrelinemi, aşırı yeme bozukluğu ve obezite varlığı ile karakterize bir kromozomal hastalıktır. PWS li hasta için en uygun tedavi tartışmalıdır. Biz bu yazıda, bildiğimiz kadarı ile Türkiye’de ilk kez uygulanmış, PWS’li morbid obez bir hastada laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) sonucunu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz 22 yaşında genetik olarak PWS tanısı almış bir hastadır. Başvuru esnasında boy; 1.58 m, kilo;182 kg olup Vücut Kitle İndeksi; 72.9 idi. LSG bacaklar açık supin pozisyonda toplam altı port ile yapılmıştır.

Bulgular:

Hastada ameliyat sonrası komplikasyon gelişmemiş olup postoperatif 3. gün taburcu edilmiştir. Olgu ameliyat sonrası 5. ayında olup son kilosu; 145 kg (-37 kg) dir. Yeme miktarında ve iştahda belirgin azalma olmuştur. Üçüncü ay kan tetkiklerinde anormal bir değer yoktur.

Sonuç:

Prader-Willi sendromu oldukça ender görülen ve morbid obezite ile seyreden kromozomal bir hastalıktır. Tedavide obezite cerrahisi umut verici görünmekte olup uzun dönem sonuçları beklenmelidir.

PS - 124 TRANSFASYAL LAPAROSKOPIK YAMA SABİTLEME: NÜKS SAĞ SUBKOSTAL KESİ FİTİĞİ ONARIMI OLGU SUNUMU

AZİZ BORA KARİP , AHMET YALIN İŞCAN , ŞİNAN TEZER , YETKİN ÖZCABI , BİROL AĞCA , KEMAL MEMİŞOĞLU

FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kesi fitiklerinde laparoskopinin güvenilirliği ve yapılabilirliği, açık yöntemler ile eş değer olduğu kanıtlanmıştır. Laparoskopide yama sabitleme zımba atıcılar ve transfasyal dikişler ile yapılmaktadır. Bu çalışmada, transfasyal dikişlerin torakoabdominal bölgedeki yama sabitlemede etkin olduğunu

gösteren bir olgu sunmayı amaçladık. Olgu Sunumu: Kolelitiazis tanısı ile iki yıl önce dış merkezde laparoskopik eksplorasyon sonrası açık kolesistektomi yapılan 52 yaşında kadın hastada ameliyattan 2 ay sonra kesi fitiği saptanmış. Hikayesinde iki defa on-lay prolen mesh ile onarım olan hastada sağ üst kadranda yaklaşık 25x10 cm faysa defekti palpe edilmekteydi, palpasyonla ele fasyadan ayrılmış prolen mesh gelmekteydi. Bilgisayarlı tomografide sağ üst kadranda faysa defekti, defektten protrüze olmuş ve toraks duvarı ile cilt arasında uzanan bağırsak ansları saptanmıştı. Ameliyatta sol üst kadrandan açık yöntemle girilen 10 mm port ile pnömoperitoneum oluşturuldu. Sağ alt kadrana 5 mm ve sol alt kadrana 10 mm çalışma portu yerleştirildi. Fıtık içeriği keskin diseksiyonla düşürüldü. Fıtık defekti net olarak izlenip karından alınan izdüşümüyle yamanın ölçüleri hesaplandı. Adezyon önleyici yama kesilip dört kenarına 2/0 polipropilen fiksasyon sütürleri atıldı ve karın içine gönderildi. Sütür tutucu yardımıyla yama karın duvarına asıldı ve emilebilir sabitleyici ile sabitlendi. Suprahepatik-alt torakal bölgede, uygun zımbalama açısı sağlanamaması ve ameliyat sonrası olası kronik ağrıyı engellemek için, zımba ile tespit yapılamadı. 15 cm uzunluğunda kesilmiş 2-0 poliprolen iplikler karın içine alındı. Sütür tutucu ile cilt, eski operasyona ait yama, sağlam faysa ve yeni yama delindi. İplik tek ucu tutularak karın dışına çıkarıldı ve işlem tekrar edilerek diğer uç ta karın dışına alındı ve cilt altında kalacak şekilde fiksasyon sütürleri bağlandı. Güvenli yama sabitliği sağlayacak kadar sütür atılmasını takiben ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası sorunsuz seyreden hasta 3. gününde taburcu edildi.

Sonuç:

Laparoskopik fıtık cerrahisinde yama sabitleme zımba atıcılar sayesinde oldukça kolaylaşmıştır. Karın dışından el ile manüplasyonun mümkün olmayan alanlar için açılı sabitleyiciler üretilmiştir. Bizim hastamızda da olduğu gibi torakoabdominal alan fitiklerinde zımba atımı hem zorlaşmakta hem de ameliyat sonrası ağrı riski taşımaktadır. Sütür tutucular yardımı ile laparoskopik transfasyal yama sabitleme, torakoabdominal bölge fitiklerinde uygulanabilen ucuz, güvenli bir alternatif yöntemdir.

OS - 125 OBEZ HASTADA LAPAROSKOPIK DEV UMBLİKAL HERNİ TAMİRİ: OLGU SUNUMU

SELİM BİROL , AHMET BEKİN

MALTEPE CEFA İNFAZ KURUMU DEVLET HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:

Daha önce herhangi bir batin ameliyatı olmayan 140 kg, 1.90 cm (VKİ: 38 kg/m²) olan hastadaki dev umbilikal herninin laparoskopik tamiri: Vaka sunumu.

Gereç ve Yöntem:

VKİ’si 38 olan hasta göbekte ağrı ve şişlik sebebiyle polikliniğe başvurdu. Daha önceden karın ameliyatı olmayan obez hastaya elektif laparoskopik umbilikal herni ameliyatı planlandı.

Ameliyatta 30 derece laparoskopik kamera ve düz el aletleri kullanıldı. Ameliyat 3 trokardan gerçekleştirildi ve 100 dk'da tamamlandı. Herni onarımı için preperitoneal mesh yerleştirme tekniği kullanıldı. Ameliyat aşamaları fotoğraf kaydı altına alındı.

Bulgular:

Batın ekplorasyonunda omentumun içine girdiği yaklaşık 6-7 cm lik umbilikal herni saptandı, herni içeriği boşaltıldıktan sonra periton herninin yaklaşık 3 cm etrafından yarım çember şeklinde kesilerek fasya ile periton arası alan disseke edildi ve mesh için yer hazırlandı. Hazırlanan alana mesh endo-tacker ile tespit edildikten sonra periton meshin altına tespit edildi. Hasta ameliyat sonrası 3. günde taburcu edildi. Ameliyat sonrası 6. ay kontrolünde nüks olmadığı saptandı.

Sonuç:

Açık ameliyatın zor olacağı obez hastalardaki umbilikal herni tamiri için laparoskopik yöntem güvenle uygulanabilir.

PS - 126 ACİL ÜST GİS ENDOSKOPİ İLE FARKEDİLEN AMPÜLLER NÖROENDOKRİN KARSİNOM

AHMET YALIN İŞCAN¹, AZİZ BORA KARİP¹, NURVER ÖZBAY¹, İKSAN TAŞDELEN¹, FİLİZ AKYÜZ², KEMAL MEMİŞOĞLU¹

¹ TKHK FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
² İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Ampulla Vater'in nöroendokrin tümörleri (NET) oldukça nadirdir ve tüm ampüller tümörlerin %2'sinden azdır. Gastrointestinal sistem (GİS) kaynaklı NET'ler değerlendirildiğinde oran % 0.3'ün altındadır. Transduodenal/endoskopik lokal eksizyon ve pankreatikoduodenektomi uygulanan cerrahi yöntemlerdir. Bu çalışmada GİS kanama sonrası fark edilen ampüller NET olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu:

67 yaşında kadın hasta, acil polikliniğine bir haftadır siyah dışkılama şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde esansiyel hipertansiyon dışında özellik yoktu. Kan basıncı 90/60 mmHG ve kalp atımı 110/dk ölçüldü, Tilt testi pozitif. Rektal muayenesinde melena saptandı. Laboratuvar testlerinde, 7 gr/dl hemoglobin saptandı. Kanama-pıhtılaşma fonksiyonları ve trombosit sayısı normal sınırdıydı. 4Ü eritrosit süspansiyonu transfüzyonu sonrası hemodinamisi stabil olan hastanın acil üst GİS endoskopisinde, duodenum 2. Kitada duodenal papillayı aşağı çeken 3 cmlik ülsere kitle izlendi. Aktif kanaması olmayan kitleden biopsiler alındı. Bilgisayarlı tomografide duodenum 2. kitadan kaynaklanan 3.5 x 2.5 cm boyutunda kitle izlendi, lokal invazyon ve uzak metastaz izlenmedi. Biopsiler kronik duodenit olarak sonuçlandı. Endoultrasonografide hipoekoik ve kalsifik odaklar içeren 3.5 x 2.5 cmlik tümöral kitlenin, pankreas, safra yolları ve vasküler yapılara lokal invazyon bulguları göstermediği izlendi. Bu bulgularla transduodenal lokal eksizyon kararı alındı.

Duodenotomi sonrası ampulla Vateri'den kaynaklı 5 cmlik polipoid, üzeri ülsere kitle izlendi. Lokal eksizyon sonrası soğuk-kesit incelemede cerrahi sınırın temiz olduğu ve öntanı olarak gastrointestinal stromal tümörle uyumlu olarak sonuçlandı. Ampulla Vateriye yapılan sfinkteroplasti sonrası duodenotomi kapatıldı. Hasta ameliyat sonrası 5. günde taburcu edildi. Histopatoloji, S-100 (+), NSE (+), sinaptofizin (+), pankreatin (+), muskularispropria ile sınırlı, Ki-67 skoru %1 olan iyi diferansiye nöroendokrin karsinom olarak sonuçlandı.

Sonuç:

Ampulla vateri kaynaklı NET'ler çok nadir saptanan tümörlerdir. Literatürde üst GİS kanama sonrası acil endoskopi ile tanı konulan birkaç vaka mevcuttur. Uzak metastazı ve lokal invazyon bulgusu olmayan ampullar NET'lerde endoskopik ya da transduodenal lokal eksizyon güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

PS - 127 AKUT APANDİSİT KLİNİĞİ İLE MASKELENEN APENDİKS TABANI YERLEŞİMLİ KARSİNOİD TÜMÖR

EKREM ÇAKAR¹, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ¹, ŞÜKRÜ ÇOLAK¹, SAVAŞ BAYRAK¹, MEHMET EMİN GÜNEŞ¹, HASAN BEKTAŞ¹, AYHAN GÜNEYİ¹, MURAT BAĞ²

¹ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
² KOCAELİ DEVLET HASTANESİ

Giriş:

Akut apandisit acil cerrahi pratiğinde ameliyat gerektiren en sık tablodur. Akut apandisitlerin %1'nden azı malignite ile ilişkilendirilmiştir. Karsinoid tümörlerin %90 kadarı benign karakterdedirler ve vakaların büyük çoğunluğu 1 cm'den küçüktür. Bu tümörlerin %4'ü apendiks ucunda, %10 kadarı tabanda lokalize olmaktadır.

Olgu sunumu:

19 yaş bayan hasta, 2 gün önce başlayan karın ağrısı şikayetiyle acile başvurdu. Muayenede sağ alt kadranda defans(+) , rebound(+); WBC: 21100, bilgisayarlı tomografide(BT) 'de çekumda duvar kalınlaşması, Douglasta serbest mai izlenmiş. Kitle ve apendiks unblok wedge rezeksiyonla çıkarıldı. Histopatolojide tümör çapı yaklaşık 3cm ve iyi diferansiye nöroendokrin karsinom tanısı almıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Apendiks tümörleri bazı hallerde lümeni fekalit gibi tıkayarak akut apandisit oluşumuna yol açabilir. Akut apandisit tanısıyla opere edilen hastalarda dikkatli çekum ve mezo değerlendirmesi gözardı edilmemelidir. Açık cerrahi uyguladığımız olgumuzda kitle; dikkatli palpasyonla saptanmıştır. Günümüzde laparoskopik cerrahi uygulamaları yaygın kullanılmakta olup, açık cerrahideki palpasyonun verdiği tespit yeteneğini verememektedir. Olgumuzdaki gibi çıplak gözle görülemeyen lezyonların tespitini zorlaştırmaktadır. Operasyon laparoskopik olsaydı, muhtemelen lezyonu tespit edemeyecektik. Literatürde laparoskopik apendektomi sonrası histopatolojide apendiks

tabanında müsin adacıkları tespiti nedeniyle kolonoskopi uygulanan hastada çekumda submukozal kitle saptanmış ve hastaya sağ hemikolektomi uygulanmış. Histopatoloji çekal karsinoid gelmiş. Ancak çekal kitle ilk müdehalede tespit edilememiş. Bununla birlikte olgumuzdaki gibi 3 cm'lik lezyon BT'de tespit edilebilir. Preoperatif BT çektirmemize rağmen acil şartlarda lezyon değerlendirilemedi. Retrospektif BT'yi incelediğimizde kitle farkedildi. Laparoskopik cerrahi esnasında akut apandisit kliniğine; intraçekal apandiks lümenini tıkayan bir kitlenin de sebep olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Tecrübeli ellerde dikkatli BT değerlendirilmesi öngörülmedik eşlik eden lezyonların saptanmasında faydalı olabilir.

PS - 128 APENDEKTOMİZE HASTADA KRONİK KARIN AĞRISI: LAPAROSKOPİK GÜDÜK APENDEKTOMİ OLGU SUNUMU

AZİZ BORA KARİP , AHMET YALIN İŞCAN , FATİH KILIÇ , KEMAL MEMİŞOĞLU

FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Güdük apandisit, inkomplet-apandektomi sonrası kalan apandisit kökünün tekrarlayan enfeksiyonudur. Karın ağrısı olan apendektomize hastalarda, geç tanı koyulan nadir bir cerrahi hastalıktır. Literatürde güdük apendektomi yapılan hastaların sadece 1/3'ünde ameliyat öncesi görüntüleme ile tanı konulabilmiştir. Bu çalışmamızda kliniğimizde yapılan bir laparoskopik güdük apendektomi olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu:

40 yaşında kadın hasta, 18 ay önce akut apandisit tanısı ile laparoskopik apendektomi yapıp taburcu edildi. Patoloji sonucu 6 cm uzunluğunda flegmanöz apandisit olarak sonuçlandı. Ameliyat sonrası aralıklı karın ağrısı atakları olan hastada fizik muayenede sağ alt kadran hassasiyeti, akut faz reaktanlarda hafif yükseklik ve karın görüntülemelerinde geçirilmiş cerrahiye bağlı değişiklikler, periçekal reaktif lenf nodları gözlemlendi. Kronik karın ağrısı olan hastaya diagnostik laparoskopi planlandı. Laparoskopik eksplorasyonda apandiks güdüğünün 3 cm ve inflame olduğu izlendi. Karın içinde başka patolojiye rastlanmadı. Güdük apendektomi yapıp ameliyat sonlandırıldı. Patoloji 3 cm uzunluğunda lokal peritonit bulguları içeren flegmanöz apandisit olarak sonuçlandı. Ameliyat sonrası birinci gününde taburcu edilen hastanın bir yıllık takibinde şikayetlerinde tekrar olmadı. Tartışma: Komplike apandisit, laparoskopik teknik, apandisit güdüğünün yeterince ortaya konmaması ve eğitim vakaları gibi birçok neden güdük apandisite sebep olan inkomplet apendektomi nedenleridir. Görüntülemelerdeki yanlış negatif sonuçlar ve apendektomi anamnezi, güdük apandisit tanısı geciktiren faktörlerdir. Tanı konayaman kronik karın ağrısında diagnostik laparoskopi önemini halen korumaktadır.

PS - 129 BARIYATRİK CERRAHİ SONRASI ERKEN DÖNEMDE GELİŞEN TROKAR YERİ FITİĞİ

SİBEL GELECEK¹, TEVFİK TOLGA ŞAHİN¹, HAKAN KÖKSAL², MEHMET MAHİR ÖZMEN¹, ERDAL BİROL BOSTANCI³

¹ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

² HACETTE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

³ TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GASTROENTEROLOJİK CERRAHİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş ve Amaç

Bariyatrik mide cerrahisi sonrası erken dönemde gelişen fıtıklarda bulgular hastanın postoperatif dönemdeki olağan şikayetleri tarafından maskelenerek tanıyı güçleştirebilir. Bariyatrik cerrahi geçiren 2 hastada ameliyat sonrası erken dönemde gelişen inkarsere trokar yeri fıtığı olgusunun sunulması, tanı ve tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu 1

BMI'si 50kg/m² olan 54y kadın hastaya aynı seansta laparoskopik mini-gastrik bypass ve kolesistektomi yapıldı. Postoperatif 4. günde çekilen pasaj grafisi normaldi. Ancak, oral alım sonrası safralı kusmaları olan hastada tıkanıklık düşünülerek endoskopi yapıldı ve patolojik bir bulguya rastlanılmadı. Kontrastlı batin tomografisi normaldi. Hastanın kusmalarının devam etmesi üzerine, olası bir obstrüksiyon düşünülerek laparoskopi yapıldı. Sol lateral 15mm'lik trokar yerine götürücü jejunum ansının herniye olduğu görülerek redükte edildi ve trokar yeri kapatıldı. Postoperatif sorunsuz seyreden hasta 2. gün taburcu edildi.

Olgu 2

BKİ 42 kg/m² olan 48y kadın hasta 4 yıl önce LAGB operasyonu geçirmiş ancak yeterince kilo verememişti. Hastanın bandı çıkarılarak ve mini-gastrik bypass işlemi gerçekleştirildi ve sorunsuz taburcu edildi. Ameliyat sonrası 14. günde safralı kusma ve karın ağrısı nedeniyle yapılan abdominal tomografide sol 15 mm'lik trokar yerine girmiş barsak ansı gözlenmesi nedeniyle tanısız laparoskopi yapıldı ve götürücü ansın 60. cm'de herni kesesine girdiği görüldü. İçeri redükte edildikten sonra fasya onarıldı ve hasta ameliyat sonrası 3. günde taburcu edildi.

Sonuç

Bariyatrik mide cerrahisi sonrası erken dönemde gelişen trokar hernileri hastalarda çoğunlukla parsiyel obstrüksiyon bulgularına neden olur ve yakınmalar cerrahi yanıtlanabilir. Tanı deneyime ve şüpheye bağlıdır. Şüphelenildiğinde hızla BT yapılmalı, tedavi laparoskopik olarak tamamlanmalıdır.

PS - 130 ÇİFT TRAKTUSLU KOLESİSTOKOLİK FİSTÜLÜN POLİMERİK VE TİTANYUM ENDOKLİPLER YARDIMIYLA LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK¹, RECEP AKTİMUR¹, ELİF ÇOLAK¹, MUZAFFER KEÇECİ², NURAYDIN ÖZLEM¹

¹SAMSUN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

²SAMSUN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Olgu:

Bilioenterik fistüller safra yolları hastalıklarının nadir görülen bir komplikasyonu olup genellikle intraoperatif olarak saptanır. Bu bildiride ameliyat esnasında çift traktuslu kolesistokolik fistül saptanan ve fistül traktusları polimerik ve titanyum endoklipler yardımıyla laparoskopik olarak kapatılan olgu tartışılmıştır. 64 yaşında kadın hasta yaklaşık 4 yıldır mevcut olan karın ağrısı ve bulantı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 22 yıl önce tespit edilen diyabetes mellitus ve 6 yıldır mevcut olan kronik böbrek yetmezliği hikayesi mevcuttu. Abdominal ultrasonografide safra kesesinde çok sayıda taş ve safra kesesi duvar kalınlığında hafif artış mevcuttu. Hasta laparoskopik kolesistektomi yapılmak üzere ameliyata alındı. Yapılan laparoskopik eksplorasyonda safra kesesinin kolon hepatik fleksurasının üzerine uzandığı ve bu bölgede omental yapışıklıkların olduğu izlendi. Diseksiyona devam edildiğinde safra kesesi ve hepatik fleksura arasında fistül traktusu izlenimi veren 2 adet bağlantının olduğu görüldü. Medialde yerleşen 3 mm çaplı olan traktusun proksimaline ve distaline titanyum endoklip konuldu. 7 mm çaplı lateraldeki diğer traktus ise polimerik klip yardımıyla kapatıldı. Traktusların kesilmesini takiben diseksiyona devam edilerek laparoskopik olarak kolesistektomi işlemi tamamlandı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası 5. günde taburcu edildi. 2 ay sonra yapılan kolonoskopi değerlendirilmesinde çıkan kolon ile hepatik fleksura arasında 5x5 mm çapında 2 adet, üzeri eksudalı, iyileşmekte olan ülser alan görüldü. Kolesistokolik fistüllerin laparoskopik olarak polimerik veya titanyum endoklip yardımıyla kapatılması güvenilir bir yöntem olarak düşünülebilir. Literatürde fistül traktının laparoskopik lineer stapler yardımıyla eksizyonu daha sık uygulanmakla beraber, alternatif yöntem olarak ekonomik bir seçenek olan laparoskopik klip uygulanması tercih edilebilir.

PS - 131 GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRLERDE LAPAROSKOPİK REZEKSİYON ÖNCESİ İŞARETLEME

AZİZ BORA KARİP¹, HASAN ALTUN², AHMET YALIN İŞCAN¹, ÜMİT AKYÜZ³, ORHAN ARAS¹, KEMAL MEMİŞOĞLU¹

¹FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

²LİV HOSPİTAL, İSTANBUL

³YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), primer gastrointestinal tümörlerin %1' ini oluşturur. Günümüzde endoskopik işlemlerin yaygınlaşması, artan tecrübe ve teknolojik ilerleme ile daha küçük lezyonlara tanınabilmekte ve hastalığın insidansını arttırmaktadır. GIST'lerin taşıdıkları malign potansiyel sebebi ile tümörün endoskopik veya cerrahi rezeksiyonu, tedavisiz endoskopik takibe göre tercih edilir olmuştur. Endoskopik olarak rezeksiyonu mümkün olmayan, cerrahi tedavi kararı alınan hastalarda laparoskopik mide rezeksiyonu alternatif bir tedavi yöntemidir. Laparoskopik yöntemde tümörün palpe edilememesi, ameliyat öncesi tümörün yerini işaretleyecek yöntemlerin önemini arttırmaktadır.

Materyal ve Metod:

Çalışmaya kliniğimizde gastrointestinal stromal tümör tanısıyla laparoskopik mide rezeksiyonu yapılan 2'si kadın toplam 3 hasta alındı. Hastaların endoskopisinde submukozal lezyondan şüphelenilmiş ve endosonografi (EUS) yaptırılmıştı. EUS sonucunda lezyonlar ön planda GIST olarak değerlendirilmişti. Ortalama tümör çapı 31,6 mm' di (28-34 mm). Ameliyat öncesi tümör sınırına metilen mavisi enjekte edildi. Laparoskopik eksplorasyonda, gastrokolik bağ açıldı ve mide ön arka yüzü ortaya konarak, serozada mavi boyanma izi arandı. Üç hastada da tümör lokalizasyonu tespit edildi. Boyalı saha laparoskopik klemlerle muayene edildiğinde, kitleler lokalize edilebildi ve laparoskopik stapler yardımı ile mide wedge rezeksiyon yapıldı.

Sonuç:

Laparoskopik cerrahi günümüzde GIST tedavisinde artarak kullanılmaktadır. Giderek artan, küçük boyutlu GIST'lerin ameliyat öncesi işaretlenmesi, laparoskopik ultrason gibi maliyetli cihazların bulunmadığı durumlarda tümörün intraoperatif lokalizasyonunu ve rezeksiyonunu sağlamakta ve bu sayede hem hasta hem de cerrahi konfor artmaktadır.

PS - 132 KAZA İLE YUTULAN ÇAY KAŞIĞININ MİDEDEN REKTUMA UZANAN YOLCULUĞU

HASAN HAKAN EREM¹, KAZIM DUMAN², CELALETTİN YÜKSEL³, GÜVEN YİĞİT²

¹ GÜMÜŞSUYU ASKER HASTANESİ, BALMUMCU GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

² GÜMÜŞSUYU ASKER HASTANESİ, GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

³ GÜMÜŞSUYU ASKER HASTANESİ, RADYOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Amaç:

Çay içerken kaza ile çay kaşığı yutan 21 yaşında erkek hastada, çay kaşığı'nın mideden rektuma uzanan yolculuğunu literatür eşliğinde incelemeyi amaçladık. Gereç ve Yöntem: Hasta yabancı cisim yutulması sonrasında ağrı ve bulantı şikayeti ile bir başka merkeze müracaat etmiştir. Bu merkezde yapılan üst GİS endoskopisinde yabancı cisim endoskopik olarak çıkartılamamıştır. Şikayetlerinin artması üzerine polikliniğimize müracaat eden hastanın vital bulguları, fizik muayenesi ve laboratuvar bulguları normal olarak saptandı. Direkt grafide yabancı cismin ince barsak seviyesinde olduğu düşünüldü. Bilgisayarlı Tomografide yabancı cismin jejunum seviyesinde olduğu saptanarak hasta muhtemel operasyon amacıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın ameliyatı kabul etmemesi üzerine klinikte gözlem altında tutuldu.

Bulgular:

Hastanın takip süresince vital bulguları ve fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Hastaya 12 gün sonra yapılan kontrol bilgisayarlı tomografisinde yabancı cismin rektum seviyesinde olduğu raporlandı. Rektal tuşede ele gelmeyen yabancı cisim için rektosigmoidoskopi planlanarak hastaya barsak temizliği için lavman uygulandı. Lavman sonrasında yabancı cismin doğal yol ile defekasyon esnasında klozete düştüğü hasta tarafından gözlemlendi ve kontrol grafisi ile doğrulandı. Sonrasında vital bulguları, fizik muayenesi ve laboratuvar tetkikleri normal olan hasta takip edilerek taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Yabancı cisim yutulması olguları ile pediatrik yaşta sık karşılaşılmaktadır. Psikiyatrik hastalıklara ve kazalara bağlı olarak erişkinlerde de nadir olarak yabancı cisim yutulması ile karşılaşılmaktadır. Kesici veya büyük yabancı cisimlerin doğal yollarla atılabilmesi zordur. Metal çay kaşığı veya kahve kaşığı'nın endoskopik olarak çıkartılamadığı durumlarda açık cerrahi gerekmektedir. Günümüzde seçilmiş olgularda laparoskopik cerrahide uygulanabilmektedir. Metal çay kaşığı gibi yabancı cisimlerin erişkin hastalarda yutulması sonrasında endoskopik olarak çıkartılamayan ve cerrahi kabul etmeyen hastalarda yakın klinik ve radyolojik olarak takip edileceğini düşünüyoruz.

PS - 133 KRONİK DİYAFRAGMA HERNİSİNİN AKUT DİYAFRAGMA RÜPTÜRÜ OLARAK PREZENTASYONU: OLGU SUNUMU

HÜSEYİN AYHAN KAYAOĞLU, ERDİNÇ YENİDOĞAN, İSMAİL OKAN, SERVET TALİ, MUSTAFA ŞAHİN

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, TOKAT

Amaç:

Travmatik diafragma rüptürleri künt veya penetran karın travmalarından sonra görülebilir. Tanısı genellikle travma sonrası akut dönemde konga da, erken posttravmatik dönemde tanısı konmayan veya gecikmiş herniasyon olguları semptomsuz olarak iyileşebilirler. Bu hastaların sonraki dönemde kronik abdominal ve pulmoner semptomlarla veya intestinal strangülasyonla hastaneye başvurmaları olasıdır. Burada trafik kazası sonrasında akut sol diafragma rüptürü tanısıyla ameliyata alınan hastamızı sunduk.

Olgu Sunumu:

Elli iki yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası nedeniyle acil servise başvurdu. Sol göğüste ağrı şikayeti olan hastanın vital bulguları stabil olarak bulundu. Yapılan fizik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde 10 yıl öncesinde komplikasyonsuz sonlanmış bir araç içi trafik kazası öyküsü mevcuttu. Çekilen akciğer grafisinde sol diafragma elevasyonu tespit edilen hastaya torakoabdominal tomografi çekildi. Tomografide sol diafragmada 15x10 cm'lik rüptüre sekonder olduğu düşünülen, kolon ve dalağın toraksa herniasyonu tespit edildi. Hasta akut diafragma rüptürü öntanısıyla ameliyata alındı. Laparoskopide sol diafragmada 15x10 cm'lik bir diafragma açıklığı ve bu açıklıktan kolon, dalak, mide ve sol böbreğin toraksa herniye olduğu görüldü. Ancak karın organları ile çevre dokular arasında sert yapışıklıkların olması, aynı zamanda diafragma defektinin organize olmuş olması herninin kronik olduğunu ve 10 sene önceki travmaya bağlı olduğunu düşündürdü. Herniye olan organlar karın içerisine redükte edildi. Diyafragmadaki açıklık 30x20 cm dual mesh konularak ve laparoskopik mesh sabitleyicilerle tespit edilerek kapatıldı ve ameliyat laparoskopik olarak sonlandırıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta yedinci günde taburcu edildi. Postoperatif 1. ayında yapılan kontrolleri normaldi.

Tartışma ve Sonuç:

Posttravmatik diyafragma hernilerinin önemli bir kısmı uzun yıllar asemptomatik seyrederken bir kesimi de kliniğe respiratuvar semptomlar ile başvurabilir. Ancak önemli bir kesimi de strangülasyon, herniye olmuş organların perforasyonu gibi ciddi morbidite ve mortalite riski taşıyan komplikasyonlarla gelebilir. Bu nedenle gecikmiş diyafragma hernileri tanı konduktan sonra ameliyat edilmelidirler. Olgumuzda görüntüleme yöntemleri ile tanı konmuş olan akut diyafragma hernisinin ameliyat sırasında kronik olduğu saptanmıştır. Geçirilmiş travma öyküsü olan hastalarda tanı konmuş olan diyafragma hernilerinin, gecikmiş diyafragma hernisine ait olabileceği ameliyat öncesi göz önünde bulundurulmalıdır.

PS - 134 LOKALİZE EDİLEMİYEN İNTRAPERİTONEAL DİKİŞ İĞNESİNİN ÇIKARTILMASINDA LAPAROSKOPİK YÖNTEM

RECEP AKTİMUR , GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK , ELİF ÇOLAK , NURAYDIN ÖZLEM

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

Olgu:

Literatürde bildirilmiş intraabdominal yabancı cisimler çoğunlukla yutulma sonrasında intraperitoneal alana migrasyon gösteren olgulardır. Ancak, yutulmamış intraperitoneal yabancı cisimlerle ilgili vaka sayısı sınırlıdır. Bu olguda karın ağrısı nedeni ile başvuran hastada cilt altında 1 adet ve intraperitoneal alanda 2 adet dikiş iğnesinin laparoskopik yöntemle çıkartılması tartışılmıştır. 42 yaşında kadın hasta, intraabdominal yabancı cisim ön tanısı ile dış merkezden refere edildi. Hastanın sosyal bakım yardımı için farklı konversif tablolarla uzun süredir sık aralıklarla hastane başvuruları olduğu bildirildi. 1 günlük karın ağrısı şikayeti mevcut olan hastanın fizik muayenesinde peritoneal iritasyon bulguları olmamakla beraber infraumblikal sağ paramedian alanda lokal ağrı tariflemekteydi ve cilt altında olası yabancı cisim palpe edilmekteydi. Patolojik laboratuvar bulgusu yoktu. Karın tomografisinde tariflenen alanda cilt altında bir adet ve intraperitoneal alanda 2 adet lineer yabancı cisim olduğu görüldü. Laparoskopik eksplorasyonda bir adet dikiş iğnesinin infraumblikal orta hatta karın ön duvarından karın içine doğru sarktığı görüldü ve çıkartıldı. Karın içinde olduğu düşünülen ve tomografide karın ön duvarına paralel yerleşim gösteren ikinci yabancı cisim için omentum explore edildi, ancak bulunamadı. İntraoperatif floroskopide yabancı cismin omentum hareketleri ile yer değiştirdiği belirlendi ve omentektomi kararı verildi. İşlem sonlandırılmak üzereyken omentum tarafından çevrelenmiş olan dikiş iğnesi fark edilerek çıkartıldı. Ardından cilt altında olduğu düşünülen yabancı cisim için laparoskopik kameranın ışığı kullanılarak transillüminasyon yapıldı ve ciltte 2 cm'lik kesi uygulanarak son dikiş iğnesi çıkartıldı. Postoperatif süreci problemsiz geçen hasta 2 gün sonra taburcu edildi. Literatürde yutulmamış intraperitoneal yabancı cisimlerle ilgili olgu sayısı sınırlıdır. Bu olguda bilinçli şekilde karın içine ilerletilen dikiş iğnelerinin laparoskopik yöntemle lokalizasyonunda zorlu bir süreç izlenerek çıkartılması tariflenmektedir. Omentum içine girmiş olduğu düşünülen yabancı cisimlerin çıkartılması için künt diseksiyon kanamalarına yol açabileceğinden omentektomi seçeneğinin akılda tutulması faydalı olabilir.

PS - 135 MİDE GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜRÖRLÜ HASTALARDA LAPAROSKOPİK WEDGE REZEKSİYON

KERİM ÖZAKAY , MERT MAHSUNİ SEVİNÇ , ERDEM KINACI , EKREM ÇAKAR , DİDEM CAN , SAVAŞ BAYRAK , SEFİKA AKSOY

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHI KLİNİĞİ

Olgu:

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) özellikle midede görülen , interstisyel cajal hücrelerinden köken alan mezenkimal tümörlerdir. Mide de GİST tanısı konulan ve laparoskopik wedge rezeksiyon yapılan iki olguyu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

1. Olgu:

47 yaşında bayan hasta. Karın ağrısı, melena, kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerde mide fundus-korpus bileşkesinde büyük kurvaturda yaklaşık 5 cm çapında stromal tümör tespit edildi. Laparoskopik mide wedge rezeksiyon + Kolesistektomi ameliyatı yapıldı. Postoperatif komplikasyonsuz taburcu edildi

2.Olgu:

57 yaşında dispeptik şikayetleri olan erkek hasta. Endoskopisinde korpusta büyük kurvaturda yerleşim gösteren 5*6 cm boyutlarda stromal tm görüldü, laparoskopik wedge rezeksiyon yapıldı, problemsiz taburcu edildi . Her iki olguda cerrahi sınır negatif geldi ve PET-CT ile yapılan takiplerinde nüks veya metastaz saptanmadı. GİST genelde 5. ve 6. dekatta ortaya çıkar ve insidansı 100.000'de 2 dir. En sık midede yerleşim gösterir. Günümüzde c-kit veya CD34-pozitif mezenkimal tümörler olarak sınıflandırılmaktadır. Metastatik olmayan hastalıkta primer tedavi cerrahidir. Uygun lokalizasyondaki tümörlerde onkolojik cerrahi prensiplere uyularak laparoskopik rezeksiyon yapılabilir. Ancak lokalizasyon ve güvenli cerrahi sınır elde etmek için peroperatif gastroskopi gereksinimi her zaman akılda tutulmalıdır.

PS - 136 MİDEDE NADİR BİR SUBMUKOZAL KİTLE SEBEBİ:GLOMUS TÜRÖRÜ

SAVAŞ BAYRAK¹ , ŞÜKRÜ ÇOLAK¹ , EKREM ÇAKAR¹ , MERT MAHSUNİ SEVİNÇ¹ , HASAN BEKTAŞ¹ , AYHAN GÜNEYİ¹ , MAHMUT SUMMAK¹ , KEMAL TEKEŞİN²

¹ İSTANBUL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

² HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Midede submukozal kitle yapan ve nadir görülen Glomus Tümörü sebebiyle ilgili literatürü inceleyip konuya dikkat çekmek istedik.

Bulgu:

64 yaşında elektif şartlarda kolesistektomi için opere edilmek istenen hastanın per op dönemde mide antrumda kitle tespit edilmesi üzerine ameliyatı sonlandırılmış ve ayırıcı tanı için tetkikleri yapılmıştır.Üst gis endoskopisinde mide antrumda 3-4 cm lik submukozal oluşum izlenmiştir. Hastaya mide distalinde kitle ,GİST, ön tasiyla wedge rezeksiyon yapılmış olup incelenen patoloji piyesinde glomus tümörü olarak tanı konulmuştur.

Tartışma ve sonuç:

Genel Cerrahide yapılan tüm batin içi laparoskopik girişimlerde tam bir abdominal eksplorasyonun önemi bu vakada görülmektedir. Glomus tümörleri vücudun herhangi bir yerinde de görülebilirler, gastrointestinal sistemde (GIS) ise son derece nadir rastlanırlar ve görüldüğünde de sıklıkla midenin distal kesiminde yerleşim gösterirler. Genellikle benign seyirli olup, çoğu kez asemptomatik olarak seyreder. Midenin glomus tümörü ilk kez 1948 yılında DeBusscher tarafından tanımlanmıştır. Bu tümörler oldukça nadir görülen, solid, hipervasküler, intramural yerleşimli ve selim seyirli lezyonlardır. Glomus tümörü iyi huyludur ve radikal bir cerrahi prosedür gerektirmediğinden en önemli yanı histolojik tanısının konulması ve midenin sık görülen diğer lezyonlarından özellikle de kötü huylu tümörlerinden ayırt edilmesidir. Başta leiomyom, lipom, leiomyosarkom olmak üzere diğer submukozal mide lezyonları ile karışabilir. Her iki cinste de eşit oranda rastlanır. Midede en sık antrumda görülür. Tanı genellikle endoskopik inceleme veya GIS pasaj grafilerinde submukozal bir lezyon olarak konulur. Burada olduğu gibi laparotomi sırasında rastlantısal saptanabilir. Yumuşak kıvamda ve değişik boyutta olabilir. Ülkemizde tıp alanındaki gelişmeler ve endoskopik yöntemlerin yaygınlaşması nedeniyle bu tür submukozal lezyonların tanısında artış olacağı kesindir. Literatürde bildirilen olgu sayısının çok az olması, glomus tümörlerinin genellikle daha konservatif bir cerrahi girişimi gerektirmesi nedeniyle malign tümörlerden ayırımının gerekliliği vurgulanması gereken önemli noktalaradır.

PS - 137 TROKAR YERİ ENDOMETRİOZİSİ

ÇAĞRI TİRYAKİ, EMRE GÖNÜLLÜ

DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, KOCAELİ

Olgu:

Trokar yerinde endometriozis gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık. Genel cerrahi polikliniğine eski ameliyat bölgesinde şişlik şikayetiyle başvuran kırk dokuz yaşındaki bayan hastanın fizik muayenesinde sol lateralde 5 mm'lik trokar alanında bir kitle tespit edildi. Hastaya bir yıl önce laparoskopik jinekolojik operasyon yapıldığı saptandı. Yüzeysel ultrasonda herni bulgusu saptanmadı. Ağrı şikayeti olan hastaya operasyon kararı alındı. Perop trokar alanındaki 3 cm'lik kitle eksize edildi. Postoperatif patoloji sonucu endometriozis ile uyumlu olarak raporlandı. Sonuç olarak laparoskopi skarlarında görülen lezyonlarda endometriozis akıldaki tutulmalıdır.

PS - 138 STEAKHOUSE SENDROMU; AKUT DİSFAJİNİN NADİR BİR NEDENİ

ÖMER FARUK ÖZKAN¹, ALİ GÜNER², İSMAİL CAYMAZ³, FARUK ÖZKUL¹, ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, EMİR ROACH⁴

¹ ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

² TRABZON NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

³ TRABZON NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

⁴

Amaç:

Disfaji, genel cerrahi pratiklerinde sık olarak karşılaştığımız hastanın yaşam kalitesini ileri derecede etkileyebilen bir şikayettir. Disfajinin etyolojisinde özofagusun motor fonksiyon bozukluğunun neden olduğu akalazyaya gibi motilite bozuklukları, yabancı cisim ve tümör gibi nedenlerle mekanik obstrüksiyon ve sekonder nedenlere bağlı hastalıklar bulunmaktadır. Sunulan vakada disfajinin nadir bir nedeni olan ve endoskopik görünümüyle özofagus tümörünü taklit eden Steakhouse sendromu radyolojik bulgular eşliğinde tartışılacaktır.

Olgu Sunumu:

58 yaşında erkek hasta 12 saat önce başlayan yutma güçlüğü, bulantı, takılma hissi ve retrosternal ağrı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi planlandı. Endoskopide, kesici dişlerden itibaren 35. santimetrede, lümeni tamamen dolduran, kas lifleri içeren, endoskopun geçişini engelleyen ve ilk planda özofagus kanserini düşündürülen kitlesel lezyon izlendi. Perforasyon şüphesi gelişmesi üzerine işlem sonlandırıldı. İşlem sonrası çekilen kontrastlı anteroposterior özofagografide, alt özofagusta lümenle iştiraki olmayan düzgün sınırlı dolmuş defekt görüldü. (Resim 1). Lezyon özofagus lümeninde yabancı cisim olarak değerlendirildi. Özofagografiden sonrası hasta kusma ile yabancı cisim spontan olarak çıkardı. Çıkan yabancı cismin tam olarak çiğnenmemiş, sert ve büyük bir et parçası olduğu görüldü. Şikayetleri gerileyen hasta manometrik inceleme ve üst GIS endoskopisi tekrarı planlanarak taburcu edildi.

Sonuç:

Steakhouse sendromu; hızlı yemeye bağlı olarak, iyi çiğnenmemiş etin özofagusta takılması sonucu gelişen akut disfaji tablosudur. Alt özofagus sfinkterindeki motilite bozukluklarında ve alkoliklerde daha sık görülmektedir. Hastadan iyi bir anamnez alınması ve endoskopik inceleme, tanı ve tedavi açısından ilk yapılması gerekenler olup, kontrastlı özofagografi sunduğumuz olguda olduğu gibi lezyonun mukozayla iştiraki açısından yol gösterici olabilir.

PS - 139 KARACİĞER KİST HİDATİĞİ TEDAVİSİNDE TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK CERRAHİ

RECEP AKTİMUR , GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK , MURAT SENCER ÖZSOY , NURAYDIN ÖZLEM

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Olgu:

Hepatik kist hidatik tedavisinde cerrahi altın standarttır. Son yıllarda minimal invaziv yöntemlerin yaygınlaşması ile laparoskopik parsiyel kistektomi ve eksternal drenaj kist hidatik tedavisinde sık kullanılır hale gelmiştir. Laparoskopik cerrahi ile postoperatif ağrının azalması sağlanmakta ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde edilmektedir. Bu olguda tek kesiden laparoskopik parsiyel kistektomi ve eksternal drenaj ile tedavi edilen bir karaciğer kist hidatiği tartışılmaktadır. 55 yaşında kadın hasta, uzun süreli nonspesifik karın ağrısı yakınması ile genel cerrahi kliniğine başvurdu. Abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide segment 2 ile 4a arasında 8 cm büyüklükte hidatik kist saptandı. Gharbi sınıflandırmasına göre evre III olarak tanımlandı. Operasyonda tek kesiden laparoskopik cerrahi için tasarlanmış, iki adet 5 mm, bir adet 10 mm ve bir adet 12 mm trokar içeren özel bir port kullanıldı. Eksplozasyonda %3 hipertonic sodyum solüsyonuna batırılmış gazlar ile kist çevrelendi ve laparoskopik iğne ile kist içine %3 hipertonic sodyum solüsyonu verilerek 10 dakika beklendi. Sonrasında kist duvarında yapılan küçük bir kesiden kist içeriği aspire edildi. Ultrasonik disektör ile parsiyel kistektomi yapıldı. Aspire edilemeyen kız veziküller ve germinatif membran kontaminasyona sebep olmadan spesmen torbasına konularak karın dışına çıkartıldı. Safra kaçağı değerlendirildi ve bir adet dren yerleştirilmesini takiben ameliyat sonlandırıldı. Operasyon 75 dakika sürdü. Postoperatif süreci problemsiz geçen ve safra drenajı olmayan hasta, dreni çekilerek 2 gün sonra taburcu edildi. Karaciğer kist hidatiği tedavisinde tek kesiden laparoskopik cerrahi uygulanması sadece bir olguda bildirilmiştir. Karaciğer kist hidatiğinin tedavisinde tek kesiden laparoskopik cerrahi; postoperatif ağrı kontrolü, laparoskopik görüntülemenin safra kaçaklarını belirlemeyi kolaylaştırması ve kozmezis açısından avantajlı olmakla beraber, operasyon süresi açısından da uygulanabilir bir seçenek olabilir.

PS - 140 TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ SIRASINDA EŞ ZAMANLI MECKEL DİVERTİKÜLÜ EKSIZYONU

GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK¹ , RECEP AKTİMUR¹ , SADIK KEŞMER¹ , HÜLYA AKPINAR² , NURAYDIN ÖZLEM¹

¹ *SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ*

² *SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ*

Olgu:

Tek kesiden laparoskopik cerrahi uygulama sıklığı giderek artmaktadır. Bu bildiriye akut apandisit kliniğiyle başvuran ve tek kesiden laparoskopik apendektomi sırasında eş zamanlı Meckel divertikülü eksizyonu yapılan olgu tartışılmıştır. 29 yaşındaki kadın hasta 3 gündür devam eden karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound mevcuttu. Preoperatif tetkiklerinde lökositoz (12.000 /mm³) dışında ek özellik yoktu. Özgeçmişinde geçirilmiş 2 adet sezaryen hikayesi mevcuttu. Yapılan ultrasonografide apendiks görüntülenemedi, ek patoloji saptanmadı. Hasta akut karın ön tanısıyla tanısız laparoskopik amacıyla ameliyata alındı. Göbekten yapılan yaklaşık 2.5 cm kesikle tek kesiden cerrahi için tasarlanmış özel bir port yerleştirildi. Eksplozasyonda apendiks ödemli ve hiperemikti, ileoçekal valfden yaklaşık 70 cm proksimalde Meckel divertikülü izlendi. Hastanın genç olması, divertikülün 2 cm'den uzun olması ve divertikül üzerinde şüpheli nodüler oluşum izlenmesi üzerine divertikül eksizyonu kararı verildi. Apendiks mezenteri ultrasonik kesici yardımıyla diseke edildi. Apendiks kökü hem-o-lok klip ile kapatıldı ve apendektomi işlemi tamamlandı. Divertikül grasper yardımıyla tutuldu ve port kapağı açılarak hem apendiks hem divertikül aynı anda dışarı alındı. Lineer kesici stapler ile divertikül eksize edildi. Ameliyat 22 dakika sürdü. Herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Tek kesiden laparoskopik cerrahide apendektomiye ek olarak eş zamanlı Meckel divertikülü eksizyonu, port girişinden divertikülün dışarı alınmasıyla rahatlıkla yapılabilir. Bu işlem konvansiyonel laparoskopik apendektomiye göre endostapler gerektirmemesi açısından daha ekonomik ve hızlı bir yöntemdir.

PS - 141 DALAK LİTTORAL HÜCRELİ ANJİYOMUN LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ İLE TEDAVİSİ

EKREM ÇAKAR , ŞÜKRÜ ÇOLAK , MERT MAHSUNİ SEVİNÇ , SAVAŞ BAYRAK , ABDÜLKERİM ÖZAKAY , MEHMET EMİN GÜNEŞ , HASAN BEKTAŞ , ACAR AREN , GÜLBEN ERDEM HUQ , FADİME DİDEM TRABULUS

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Littoral hücreli anjiyom(LHA) son yıllarda tanımlanan nadir görülen dalak primer tümördür. LHA'ı diğer benign ve malign dalak lezyonlarından preoperatif ayırt etmek zordur. LHA genellikle benign karakterde; iki yönlü diferansiyasyon gösterebilen lezyon olup dalağın vasküler patolojilerinde ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Bu raporun amacı LHA'u sağlık uygulayıcılarına tanıtmak, tedavisinin splenektomi ve tercihen laparoskopik cerrahi olduğunun altını çizmektir.

Olgu sunumu:

53 yaş bayan, dış merkezden dalakta kitle, taşlı kese tanılarıyla sevk ediliyor. Hastanın karın ağrısı, şişkinlik dışında şikâyeti bulunmamakta. Muayenede sol kostal margin 4-5 cm altında kitle palpabl. Öyküsünde, soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Labaratuar testleri; hafif trombositopeni dışında normaldi. Batın ultrasonografisinde ve magnetik rezonans incelemede dalak alt polünden çıkan egzofitik gelişimli, kapsüle 8x9,5x10,5 cm'lik zengin vaskularizasyonlu, lobule solid kitle gözlemlendi. Safra kesesinde en büyüğü 5mm multipl kalküller dışında, diğer organlar normaldi. Hastaya tanıl ve tedavi amaçlı laparoskopik splenektomi ve kolesistektomi uygulandı. Splenektomi, 4 trokarla postero-lateral yaklaşımla yapıldı, kolesistektomi için sağ üst kadrana ilave 1 trokar konuldu. Rezeke dalak 17x9 cm, tümör 9x8 cm ölçülerinde kapsüllü kistik görünümdeydi. Histopatolojik inceleme, littoral hücreli anjiyom geldi.

Tartışma ve sonuç:

Vasküler tümörler, dalağın en sık görülen nonhematopoetik tümörleridir. Hemanjiomlar ilk sıradadır. LHA yeni tanımlanmış vasküler neoplazmdır. LHA splenik kırmızı pulpadaki littoral hücrelerden köken aldığı belirtilmektedir. Bunların fagositoz özelliği kazanmış sinüs endotel hücreleri olduğu düşünülmektedir. Klinik seyri çoğunlukla benign ve asemptomatiktir. Anemi, trombositopeni ile hipersplenizm, karın ağrısı, ateş bildirilmiştir. LHA genellikle rastlantısal olarak saptanır. Olguların üçte biri diğer organ maligniteleriyle ilişkili bulunmuş. Ayrıca literatürde malign potansiyel gösteren birkaç olgu bildirilmiş. Olgumuzun postoperatif 6. Ay takibinde özellikli saptanmadı. Bu nadir durum tesadüfi saptanan vasküler dalak tümörlerinin değerlendirilmesinin önemini göstermektedir. LHA çoğunluğu iyi huylu olmasına rağmen, diğer kanser türleriyle birlikteliği ve şüpheli malign potansiyeli göz önüne alındığında araştırılmalıdır. Bu düşünceyle, altın standart splenektomi ve tercihen laparoskopik cerrahidir, senkron tümör ve metastatik lezyonların gelişimi açısından takip tavsiye edilir.

PS - 142 BİLİYER BASKETİN SAFRA KESESİ İÇİNDE SIKIŞMASI: NADİR BİR ERCP KOMPLİKASYONU

MERT MAHSUNİ SEVİNÇ, HASAN BEKTAŞ, MAHMUT SUMMAK, ŞÜKRÜ ÇOLAK, SAVAŞ BAYRAK, EKREM ÇAKAR, KENAN BÜYÜKAŞIK, ACAR AREN

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Olgu:

Endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatografi (ERCP) safra yolları ve pankreas kanalının görüntülenmesi ve tıkanıklıklarının tedavisinde kullanılan etkin bir yöntem olduğu kadar ciddi komplikasyonları da olan bir işlemdir. Endoskopik basket sıkışması nadir bir komplikasyondur. Bu çalışmada koledoktan endoskopik taş çıkarılması sırasında bilier basketin safra kesesi içinde sıkışması vakasını sunmaktayız. 3 ay önce sağ üst kadrana ağrısı, bulantı, kusma ve sarılık nedeniyle tetkik edilen 78 yaşında bayan hastanın batın usg ve MRCP de kolelitiazis + koledokolitiazis saptandı. Labaratuar bulgularında AST, ALT, GGT ALP ve Bilirubin yüksekliği saptanan hastaya ERCP planlandı. Koledok kanüle edilip sfinkterotomi yapıldı. Taş kırma basketi ile tüm uğraşlara rağmen taş yakalanamadığından hastaya 8.5 fr stent takıldı. Tekrar yapılan ERCP ile stent çıkarıldı. Basket ile eksplorasyonda basket keseye girdi, kalkül yakalandı fakat taşı

birakmadı. Taş kırma ile başarılı olunamadı. Bunun üzerine hasta ameliyata alındı. Ameliyatta basket kese içinde palpe edildi, kolesistektomi yapıldı, basket kısmı telden kesildi ve tel ağız yoluyla çıkarıldı ve koledok eksplorasyonu yapıldı. Postoperatif dönemde hastanın şikayetleri geriledi ve biokimyasal parametreleri normal sınırlara geldi. ERCP' nin komplikasyonları en sık pankreatit, kanama, kolanjit ve perforasyondur. Literatürde intrahepatik safra kanalları, koledok, safra kesesi ve ampullada bilier basket sıkışması ile ilgili birkaç olgu sunumu bildirilmiş. Bilier basket sıkışmasında cerrahi dışı seçenekler olarak litotripsi, ekstrakorporeal şok dalgaları önerilmektesede cerrahi eksplorasyon kararının erken alınması daha fazla komplikasyon gelişmesini önleyeceği düşüncesindeyiz.

PS - 143 DEV SOLİTER REKTAL ÜLSER: NADİR BİR VAKA

MEHMET YILDIZ ¹, MEHMET SAYDAM ¹, HÜSEYİN SİNAN ², BÜLENT ÖZTÜRK ¹, YAVUZ POYRAZOĞLU ¹

¹ ANKARA MEVKİ ASKER HASTANESİ

² VAN ASKER HASTANESİ

Olgu:

Soliter rektal ülser (SRÜ), mekanizması tam olarak anlaşılamamış, nadir bir rektum hastalığıdır. SRÜ'nin etyopatogenezinde, hipoperfüzyon tarafından indüklenen, rektal mukozadaki, kronik iskemik hasar, en çok suçlanan mekanizmadır. SRÜ terimine rağmen, multipl olabilir ve hatta rektum dışında da yerleşebilir. Ayrıca, erozif ülserden, kraterli ülser, polipoid lezyona kadar farklı görünümüleri olabilir. SRÜ' ların çoğu anal verge'den 4-12 cm mesafede rektum duvarının ön ve ön-yan kadranslarında yerleşmektedir. Yirmi bir yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 ay önce dış bir merkezde hemoroidektomi ameliyatı sonrası, makatta ağrı, dışkılama zorluğu, kanama şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde anal bölgesinde hemoroidektomi sonrası gelişen stenoz ve anal verge civarında çepeçevre hiperemi saptandı. Hasta yatırıldıktan sonra hidrokortizonlu pomadlarla medikal tedavisine başlandı ve rektosigmoidoskopi tetkiki planlandı. Rektosigmoidoskopide, anal verge'den 5 cm proximalde rektum duvarını çepeçevre saran, üstünde eksudası olan dev ülser alan ve etrafındaki hiperemik rektum mukozası görüntülendi. Rektumun bütün kadranslarından multipl biopsiler alındı ve SRÜ tanısı konuldu. Tanı konulduktan sonra hastaya sukralfatlı ve koloidal bizmut içerikli lavmalar yapıldı. Hastanın klinik olarak durumunun gerilemesi üzerine hasta ileri cerrahi planlanmak üzere taburcu edildi. SRÜ'lerin histopatolojik ve klinik davranışları varyasyonlar gösterebilmektedir. Bu durum sıklıkla nonspesifik iltihabi barsak hastalığı villöz adenom, kolitis sistika profunda (polipoid lezyonlarla karakterize) ve diğer inflamatuvar ve neoplastik hastalıklarla karışabilir. Soliter rektal ülserli hastaların % 80'inde prolapsus bildirilmiştir. Endoskopik olarak böyle bir hastayla karşılaştığımız zaman ilk olarak, anorektal fizyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Defekografi sıklıkla gizli kalmış rektal prolapsusu ortaya koymaktadır. Ayrıca transrektal ultrasonografide puborektal kasta gevşeme olmaması saptanabilmektedir. Endoskopide habis tümörler ve inflamatuvar hastalıklar ile travmatik proktitini ekarte edebilmek için çok

sayıda biopsi alınması gerekmektedir. Tedavisinde bol lifli diyet ve defekasyonu kolaylaştırıcı önlemler çoğu kişide semptomların azaltılmasına yardımcı olur. Sukralfat ve hidrokortizonlu lavmanlar semptomları belirgin olarak azaltabilir ama histolojik değişiklik görülmez. İlk olarak medikal tedavi sonrasında optimal cerrahi tedavi tartışmalı olduğundan, rektopeksi, lokal eksizyon, fekal saptırma operasyonları denenebilir.

PS - 144 DİAGNOSTİK KOLONOSKOPİ SIRASINDA PNÖMOTORAKS GELİŞMESİ ÜZERİNE TESPİT EDİLEN MORGAGNİ HERNİSİ

NIHAT POLAT¹, UĞUR KESİCİ¹, SEVGİ KESİCİ², SAVAŞ YILBAŞ¹

¹AKÇAABAT HAÇKALI BABA DEVLET HASTANESİ, TRABZON

²KANUNİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TRABZON

Amaç:

Kolonoskopi tüm dünyada kolorektal hastalıkların tanı ve tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Literatürde kolonoskopi sırasında kolon perforasyonuna bağlı pnömotoraks olguları bildirilmesine rağmen, morgagni herni defektinden strongüle olan kolon segmentinin perforasyonuna bağlı pnömotoraks olgusuna rastlanılmadı. Literatür incelemelerimiz doğrultusunda bu olgunun ilk olgu olduğu düşüncesindeyiz.

Olgu sunumu:

Bu olgu sunumunda 46 yaşında, diagnostik kolonoskopi sırasında pnömotoraks gelişen kadın hasta tartışıldı. Kabızlık şikayeti nedeni ile diagnostik kolonoskopi planlanan hastanın kolonoskopi işlemi sırasında ani solunum sıkıntısı gelişti. Çekilen PAAC grafisinde sağda pnömotoraks tespit edildi. Çekilen CT'de diyafram hernisi tespit edilmesi üzerine laparotomi uygulandı. Laparotomi sırasında morgagni hernisinden strongüle olan kolon segmentinin perfore olduğu gözlenen hastaya segmenter kolon rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz uygulandı.

Sonuç:

Literatür incelemelerimiz doğrultusunda kolonoskopi sırasında morgagni herni defektinde strongüle olan barsak segmentinin perforasyonu sonucu havanın direkt toraks kavitesi içine verilmesine bağlı gelişen pnömotoraks olgusuna rastlanılmadı. Bu nedenle kolonoskopi sırasında pnömotoraks tespit edilen hastalarda, nadir görülen bir kongenital defekt olan morgagni hernisinin ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

PS - 145 PEG SONRASI GEÇ BULGU VEREN CİLTALTI AMFİZEM VE PNÖMOPERİTON

AHMET YALIN İŞCAN, AZİZ BORA KARİP, YEŞİM ÖZEN ALAHDAB, YASİN GÜNEŞ, KEMAL MEMİŞOĞLU

FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Perkütanöz endoskopik gastrotomi (PEG), seçilmiş hastalarda kolay uygulanır ve güvenilir bir enteral beslenme yöntemidir. Genel olarak işleme bağlı komplikasyonlar çok nadir olmaktadır fakat gecikmiş komplikasyonların tanı ve tedavisi mortalite ile sonuçlanabilir. Bu çalışmada PEG sonrası geç dönemde farkedilen cilt altı amfizemin ve pnömoperitonun eşlik ettiği bir komplikasyon olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu:

Bir yıl önce progresif nöromusküler distrofi ile seyreden nöro-Behçet tanısı konmuş 45 yaşında kadın hasta, acil polikliniğe ateş ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde 15 gün önce yeni gelişen yutma disfonksiyonu nedeni ile PEG uygulaması mevcuttu. Fizik muayenede karın bölgesinden sırta ve boyun bölgesine yayılan cilt altı amfizem saptandı. Vital bulguları ve biokimya değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Yapılan torakoabdominal bilgisayarlı tomografide cilt altı amfizemin karın, göğüs, sırt ve boyun bölgesinde yaygın olarak ve karın içi yaygın serbest havanın olduğu izlendi. PEG tüpünün mide içinde olduğu fakat karın ön duvarında 3-4 cm uzakta olduğu izlendi. PEG tüpü mide duvarını karın duvarına sıkıştırarak şekilde çekildi ve tespit edildi. Yapılan baryumlu grafide tüpün mide içinde olduğu ve kontrast kaçağının olmadığı izlendi. İşlem sonrasında PEG serbest drenaja alınarak parenteral nütisyona başlandı. Birinci haftasında cilt altı amfizemin gerilediği görülerek enteral nütisyona tekrar başlandı fakat verilen gıdanın cilde fistüle olduğu izlendi. PEG çekilerek yerine 20 F beslenme sonrası yerleştirildi ve cilt fistülünün kapandığı izlendi. Hastaneye yatışın 20. gününde cilt altı amfizemin tamamen geriledi, beslenme sondasından enteral nütisyon alan hasta yapılan kontrol görüntüleme batın içi havanın tamam gerilediği izlenerek taburcu edildi.

Sonuç:

PEG, oral alımı olmayan seçilmiş hasta grubunda güvenilir ve kolay uygulanan bir yöntemdir. İşlem sonrası komplikasyonlar, nörolojik disfonksiyonu ya da şuru kapalı olan hastalarda geç bulgu vererek mortalite ile sonuçlanabilir. Yakın takip ve erken görüntüleme bu hastalarda hayat kurtarıcıdır.

PS - 146 PİLORİK GLAND ADENOMU

EKREM ÇAKAR, SAVAŞ BAYRAK, ESRA PAŞAOĞLU, ŞÜKRÜ ÇOLAK, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ, MEHMET EMİN GÜNEŞ, HASAN BEKTAŞ, AYHAN GÜNEYİ

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

Endoskopi uygulamaları gastrointestinal sistem lezyonlarının tanımlanmasında takip ve tedavisinde altın standarttır. Lezyonların değerlendirilmesi iyi bir endoskopist bakışı ve titiz patolojik inceleme gerektirir. Pilorik gland adenomu son yıllarda tanımlanan nadir görülen prekanseröz polipoid lezyondur. Anahtar kelimeler: Pilorik glands, adenom, endoskopi GİRİŞ

Gastrik adenomlar displastik epitelin polipoid görünümü ile karakterizedir. Gastrik polipler %7-10 sıklıkla olup genellikle foveolar ve pilorik gland tip olarak 2' ye ayrılırlar . Bu neoplazm ilk kez Elster tarafından 1976 yılında tanımlanmıştır .1990 yılında Watanabe bu lezyonları Dünya Sağlık Örgütü gastrik tümör klasifikasyonuna dâhil etmiştir . OLGU 60 yaş erkek hasta, dispeptik şikâyetleri nedeniyle endoskopi uygulandı. Korpusta 2 cm'lik lobüle polip gözlemlendi ve polipektomi uygulandı. Patolojide polip; yüzeyi döşeyen gastrik foveolar epitel altında sırsırta vermiş, bazıları kistik dilatasyon gösteren glandlardan meydana gelmektedir. İmmunhistokimyasal çalışmada MUC 5AC ve MUC 6 (+) saptandı. Glandların morfolojik görünümü ve immunhistokimyasal olarak MUC 6 pozitifliği pilorik glandlar ile uyumlu olduğundan lezyon "pilorik gland adenomu"(PGA) olarak rapor edilmiştir. Polip içindeki fokal bir alan yüksek dereceli displazi olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma:

PGA gastrik mukozanın nadir tanımlanan tümörüdür. Bu tümörler ile ilgili yetersiz veri olduğundan sıklıkla tanı almazlar veya displazi diye rapor edilirler. Daha fazla klinik veri için Vieth ve arkadaşları 1990-2000 yılları arasında 2778 gastrik polip tanısını incelemişler; lezyonların 90'ı PGA olarak bildirilmiş. 77'si midede, 7'si bulbusta, 1'i duodenum, 3'ü ana safra kanalı, 2'si safra kesesinde izlenmiş. PGA tüm gastrik poliplerin %2,7' sini oluşturmuş, sıklıkla (73+-12,8) yaş aralığında kadınlarda gözlenmiş. Kadın- erkek oranı 3\1 saptanmış. %64 oranında mide korpus mukozasında izlenmiş. %36'sında hastaların otoimmün gastritten şikâyetçi oldukları tespit edilmiş. Tanı anında PGA ölçüsü 16.1+- 9.1 mm. bulunmuş. Vakaların %30'nun iyi diferansiye adenokarsinoma dönüştüğü saptanmış. Çalışmada PGA'nın gastrik polipler içinde nadir bir lezyon olmasına rağmen neoplastik polipoid lezyonları içerisinde 3. sıklıkta olduğu bildirilmiş . PGA'lar adenokarsinoma dönüşümleri yüksek prekanseröz lezyonlar olup endoskopik polipektomi endikasyonları vardır. Patologlar ve endoskopistler rutin muayene sırasında bu lezyonlar açısından son derece uyanık olmalıdır.

PS - 147 LAPAROSKOPİK LOW ANTERİOR REZEKSİYON SONRASI OLUŞAN ANASTOMOZ DARLIĞINDA BALON DİLATASYONU

SEZGİN YILMAZ¹, AHMET BAL¹, TANER ÖZKEÇECİ¹, BAHADIR CELEP¹, MUSTAFA ÖZSOY¹, NAZAN OKUR², ÇİĞDEM TOKYOL³, YÜKSEL ARIKAN¹

¹AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

²AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

³AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Rektum kanseri nedeniyle yapılan stapler yardımcı kolorektal anastomozlardan sonra 6% ile 20% oranında benin striktürlerle

karşılaşılmaktadır. Nedeni tam olarak anlaşılammakla birlikte, anastomoz tekniği, barsakta veya anastomoz hattında iskemi ve radyoterapi gibi pek çok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir. Bu sunumda rektum kanseri nedeniyle laparoskopi yardımcı low anterior rezeksiyon yapılan bir hastada cerrahiden altı ay sonra gelişen anastomoz darlığının akalazya için geliştirilen balon yardımı ile dilatasyonu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Elli iki yaşında kadın hasta ishal-kabızlık atakları ve rektal kanama nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Kolonoskopisinde rektum 7. cm de lümeni 1/3 oranında kaplamış vejetan kitle tespit edildi ve buradan alınan biopsi sonucu adenokarsinom olarak rapor edildi. Hastaya bu bulgularla laparoskopi yardımcı low anterior rezeksiyon ve 31 No stapler anastomoz yapılarak koruyucu ileostomi açıldı ve üç hafta sonra stoması kapatıldı. İlk cerrahi girişimden altı ay sonra yine rektal kanama şikâyetleri ortaya çıkan hastaya tekrar yapılan kolonoskopide anastomozun ciddi oranda daraldığı ve buradan endoskopun geçişine dahi izin vermediği görüldü. Skopi altında dar bölgenin distalinden verilen kontrast maddenin ince bir hat olarak anastomozu geçtikten sonra proksimal kolona ilerlediği görüldü.

Bulgular:

Hastaya endoskopik dilatasyon kararı alınarak akalazya dilatasyon balonu kullanılarak iki seans halinde dilatasyon yapıldı ve darlığın işlem sonrası önemli oranda kaybolduğu saptandı. İki hafta sonra yapılan kontrol kolonoskopisinde anastomozun kolonoskopun geçişine rahatlıkla izin verecek ölçüde geniş olduğu hastanın şikâyetlerinin kaybolduğu saptandı.

Sonuç:

Kolorektal cerrahi sonrası görülen anastomoz darlıkları, kolonoskopun geçmesine izin vermeyecek kadar dar bir anastomoz lümeninin bulunması ve hastada bununla ilişkilendirilebilecek kabızlık, isal, karın ağrısı, inkontinans ve kanama gibi yakınmaların olmasıyla tanınır. Tedavilerinde öncelikle düşünülmesi gereken endoskopik yaklaşımlar içerisinde balon dilatasyonu hızla uygulanabilen, başarı oranı yüksek ve komplikasyon oranı düşük minimal invaziv bir yöntem olarak ön plana çıkmaktadır.

PS - 148 GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRLERİN (GİST) ENDOSKOPİK GÖRÜNÜMÜ

SAVAŞ BAYRAK¹, ŞÜKRÜ ÇOLAK¹, EKREM ÇAKAR¹, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ¹, HASAN BEKTAŞ¹, AYHAN GÜNEYİ¹, MAHMUT SUMMAK¹, KEMAL TEKEŞİN²

¹İSTANBUL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

²HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

AMAÇ:

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), primer olarak gastrointestinal sistem ve abdomende yerleşen, özgün histolojik

özellikleri olan, mezenkimal tümörlerdir.Gastrointestinal sistemin her yerinde olabilirler ama en sık mide (%50) daha sonra da ince barsaklarda (%25) görülürler. Kolorektal (%10), omentum/mezenter (%7), özofagus (%5) ve nadiren gastrointestinal sistem ile bağlantısız olarak retroperitonda veya abdomende ortaya çıkabilirler (%3). Gastrointestinal Stromal Tümörlerin tanısında üst GİS endoskopi sıklıkla gereklidir. Endoskopide oldukça farklı görünümde karşımıza çıkabilirler. Endoskopist bu antitenin tanısında dikkatli olmalıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM:

İki ayrı GİST hastanın endoskopik bulguları tariflenmiştir.

Bir hastada üst gis endoskopik incelemesinde mide proksimalinde korpus fundus bileşkesinde büyük kurvatur komşuluğunda yaklaşık 15x10 cm lik ,merkezinde ülserasyonun olduğu dev kitle izlendi. Diğer hastada ise yapılan üst gis endoskopik incelemede proksimal midede korpus büyük kurvatur komşuluğunda etraf mukozal bölgeden hafif eleve alan dışında makroskopik bir bulgu izlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Genel cerrahlar Gastro İntestinal Stromal Tümörler ile her geçen gün daha fazla karşılaşmaktadırlar. Hastanın semptomatoloji ve klinik bulguları çok çeşitli olabilmektedir. Hastalığın tanı aşamasında bir çok tetkike ihtiyaç olabilmektedir. Özellikle endoskopi bu aşamada sıkça başvurulan bir yöntemdir. GİST endoskopik bulguları arasında; dev bir kitle görünümü olabileceği gibi makroskopik belirgin bir patoloji izlenmeyen mukozal değişiklik alanları olarakta izlenebilirler. Endoskopist burada oldukça dikkatli olmalıdır. Aksi taktirde tanı ve tedavi süreci sekteye uğrayabilir. Bu poster çalışmasında amacımız yukarıda belirttiğimiz gibi GİST tanısında endoskopik bulguların çok çeşitli olabileceği ve endoskopistlerin buna karşı hazırlıklı olması gerekliliğidir.

PS - 149 GİST NEDENİ İLE LAPAROSKOPİK GASTRİK REZEKSİYON ESNASINDA TÜMÖR RÜPTÜRÜ; NE YAPMALI?

NECAT CİN , HALDUN KAR , YASİN PEKER , EMİR CAPKINOĞLU , FATMA TATAR , EVREN DURAK

İZMİR KATİP ÇELEBİ UNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 3. GENEL CERRAHİ SERVİSİ

Olgu:

Gastrik GİST nedeni ile laparoskopik rezeksiyon uygulanan hastalarda tümör sayısı, yerleşim yeri ve tümör bütünlüğünün korunması onkolojik sonuçları etkileyebilen faktörler arasındadır. 54 Y,E hasta mide korpus anterior yerleşimli 3 cm çaplı GİST nedeni ile laparoskopik mide wedge rezeksiyonu planlandı. Operasyonun ilerleyen aşamasında tümör sınırından 3 cm mesafeye 3 adet askı sütürü konuldu. Bu askı sütürünün Endo GIA uygulaması anında tümör kapsülünü traksiyon ile birlikte perfore ettiği gözlemlendi. Rezeksiyonu hızla tamamlanan kısım derhal endobag içine alındı ve peritoneal dokular ile teması

engellendi. Gastrik GİST laparoskopik rezeksiyonu esnasında tümör rüptüründen korunmak amacı ile askı sütürleri ve Endo GIA uygulaması tümöral doku sınırından en az 3 cm mesafede yapılmalı ve dokunun aşırı traksiyonundan kaçınılmalıdır.

PS - 150 KOLELİTİAZİS NEDENİYLE ELEKTİF LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILACAK HASTADA GELİŞEN AKUT APANDİSİT VAKASI

ÇAĞRI TIRYAKİ , MUSTAFA CELALETİN HAKSAL , MURAT COŞKUN , MURAT BURÇ YAZICIOĞLU , ZEHRA BOYACIOĞLU , ÖZKAN SUBAŞI , SELİM YİĞİT YILDIZ

KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Olgu:

Elektif laparoskopik kolesistektomi planlanan ve hastaneye bir gece önceden yatışı yapılan hastada gelişen akut apandisit vakasını sunmayı amaçladık. 35 yaşında bayan hastada hastaneye yatırıldığı gece karın ağrısı gelişti.Fizik muayenesinde sağ üst kadranda ve sağ alt kadranda hassasiyet vardı.Ertesi günün ilk vakası olan hastada öncelikle kronik kolesistit zemininde akut kolesistit geliştiği düşünüldü. Yapılan tetkiklerinde biyokimyasal parametreleri normaldi. Kan lökosit düzeyi hafif artmıştı (11500). Sabah yeniden değerlendirilen hastada ağrı devam etmekteydi ve sağ alt kadrana lokalize olmuştu.Bunun üzerine vaka ertelendi ve ileri tetkikine karar verildi.Kan lökosit düzeyi arttı (15000).Yapılan tüm batın ultrasonunda hastada akut apandisit tespit edildi.Hata acil şartlarda ameliyata alınarak laparoskopik apendektomi ve eş zamanlı laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Preoperatif hastaları bir gece önceden görmek ,onlarla konuşmak ve mevcut şikayetlerini dikkate almak bazen hayat kurtarıcı olabilir.Ameliyat olacak hastalarda herhangi bir şikayet gelişmesi durumunda sadece ameliyat olacağı organ değil diğer batın içi organların olası cerrahi patolojileride akılda tutulmalı ve dikkatle irdelenmelidir.

PS - 151 LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON YAŞANMIŞ KABUS SENARYOSU ;BİR OLGU SUNUMU

ÇAĞRI TIRYAKİ ¹ , ÖZGEN AVCI ³ , AHMET OKTAY YİRMİBEŞOĞLU ²

¹ KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

² KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

³ KANDIRA DEVLET HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, KOCAELİ

Olgu:

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) nedeniyle yapılan laparoskopik nissen fundoplikasyon ameliyatının komplikasyonlarının ne denli cansıkıcı ve motivasyon düşürücü olabileceğini anlatmayı amaçladık. Otuz beş yaşında erkek hasta

genel cerrahi polikliniğine ağzına acı su gelmesi ve epigastrik ağrı şikayetiyle başvurdu. Endoskopi ve diğer tetkikler sonucu gastroözofageal reflü hastalığı tanısı konan hastaya laparoskopik nissen fundoplikasyon ameliyatı uygulandı. Standart 5 trokar kullanıldı.Postoperatif 2. gün hastanın dreninden intestinal içerik gelmesi üzerine acil şartlarda reopere edildi. Eksplozasyonda mide fundus bölgesinde 0,5 cmlik nekroze ve perfore alan tespit edildi.Bu alana wedge rezeksiyon ve çift kat üzerinden primer tamir uygulandı.Operasyonun 3. gününde hastanın dreninden yeniden intestinal içerik gelmesi üzerine hasta tekrar ameliyata alındı. Perop mide antrumunda iki adet 2' şer cm lik nekroze ve perfore alan, korpusta bir adet 2 cmlik nekroze ve perfore alan tespit edildi. İlk operasyondaki primer sütür hattı olağandı. Hastaya subtotal gastrektomi ve roux-n-y gastrojejunostomi ameliyatı uygulandı. Postop takiplerinde bir haftanın sonunda bir problemi olmayan hastaya oral alım açıldı. Postoperatif 8. günde drenen yeniden safra ve intestinal içerik geldi. Gastrointestinal fistül tanısıyla hasta genel cerrahi kliniğinde 5 hafta kadar yattı. Fistül debisi 500 cc den 10 cc lere kadar geriledi ve spontan kapandı.Hasta şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak laparoskopik nissen fundoplikasyon ameliyatı işler aksi gittiğinde cerrahlar için bir kabusa dönüşebilir.

PS - 152 LAPAROSKOPIK OLARAK TEDAVİ EDİLEN İNTRAABDOMİNAL FİBROMATOZİS OLGUSU

TUNA BİLECİK, BURHAN MAYİR , ALKAN SAKAR , TAHİR ORUÇ , RAMAZAN ERYILMAZ

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:

Fibromatozis, mezenterin en sık görülen primer tümörüdür. Fibromatozisler metastaz yapmazlar ancak rekürrens riskinin yüksek olması nedeniyle biyolojik davranışları agresiftir. En sık ekstremiteler,karın ön duvarında ve abdomende bulunurlar. Etiyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Mezenterik fibromatozis hastaların büyük çoğunluğu asemptomatiktir. Olgumuz 45 yaşında bayan,karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın muayenesinde umblikus etrafında hassasiyet ve derin palpasyonda sol alt kadranda kitle saptandı. Hastanın laboratuvar incelemelerinde patolojik bir sonuç izlenmedi. Ultrasonografisinde sol alt kadranda 8,5 cm çapında yumuşak doku dansitesinde solid kitle lezyonu tespit edildi. Abdominal CT'de sol alt kadranda düzgün sınırlı, yumuşak doku dansitesinde homojen yapıda, komşu intestinal ansları deplase eden, çevre dokuya invazyon bulgusu göstermeyen yaklaşık 7x8 cm boyutlarında solid kitle tespit edildi. Laproskopik eksplozasyonda jejunum mezosundan köken alan mobil kitle saptandı, en blok olarak segmenter jejunum rezeksiyonu yapıldı. Spesmen endobag yardımıyla mini laparotomi yapılarak çıkartıldı. Anastomoz batın dışında yan-yana olarak ve elle yapıldı. Operasyondan sonra sorun olmadı ve 5. günde taburcu edildi. Operasyonda çıkarılan kitlenin histopatolojik incelemesinde barsak submukozasından başlayarak serozaya kadar uzanan ve çevre yağ dokusuna kadar uzanım gösteren tümör izlendiği görüldü. Tümörün immünohistokimyasal incelemesinde neoplastik hücrelerin Beta katenin ile diffüz olarak

işaretlenme gösterdiği belirtildi.Neoplastik hücrelerin Desmin, CD117, S-100 ile işaretlenmesi ise negatifti. Fibromatozislerin tedavisinde birçok farklı protokol önerilmiştir. Seçenekleri arasında tamoksifen gibi östrojen reseptör antagonistleri, sulindak gibi non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, antrasiklin gibi kemoterötik ajanlar, siklooksijenaz-2 inhibitörlerini içeren farmakolojik ajanlarla sistemik tedavi, radyoterapi ve cerrahi rezeksiyon gibi tedavi seçenekleri mevcuttur. Ancak bu tedavi modaliteleri arasında metastaz yapmasa da lokal olarak nüks riski yüksek olduğu için cerrahi olarak tümörün geniş rezeksiyon ile çıkartılması ön planda görülen tedavi şeklidir.Sonuç olarak fibromatozisler metastaz yapmayan ama lokal nüks riski yüksek nadir tümörlerdir. Bu nedenle bu tip olgularla karşılaşıldığında hastalığın tanı ve tedavisinin doğru bir şekilde planlanması morbidite riskini azaltmak açısından önemlidir.Bu olgularda bizimde yaptığımız gibi laparoskopik teknikle geniş rezeksiyon uygulayarak temiz cerrahi sınırlarla kitle eksize edilebilir.

PS - 153 PEPTİK ÜLSER PERFORASYONLARINDA LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

ERDİNÇ YENİDOĞAN, SERVET TALİ , İSMAİL OKAN , HÜSEYİN AYHAN KAYAOĞLU , MUSTAFA ŞAHİN

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, TOKAT

Amaç:

Perfore peptik ülser olguları anti-ülser tedaviler ve Helicobacter Pylori eradikasyonuna rağmen halen görülen bir cerrahi durumdur. Kapalı perforasyonlar non-operatif olarak takip edilebilse de cerrahi müdahaleler morbidite ve mortaliteyi azaltmak adına sıklıkla uygulanmaktadır. Perforasyonların cerrahi yönetiminde laparoskopik yaklaşımlar son yıllarda oldukça önem kazanmıştır. Burada, peptik ülser perforasyonu nedeniyle acil servisimize başvurmış olgularımızda laparoskopik cerrahi yaklaşım uyguladığımız 4 olguyu sunduk ve tartıştık.

Olgular:

Olgularımız akut karın ağrısı nedeniyle acil servisimize başvurmış olup, fizik muayenede tüm olgularda defans ve rebound bulguları tespit edilmiş, çekilen abdominal tomografilerde batın içi serbest hava izlenmiş olup, hastalar akut perforasyon öntanısıyla acil olarak operasyona alınmıştır. Laparoskopik olarak eksplore edilen hastaların tümünde bulbusta perforasyon alanı tespit edilmiş olup, perforasyon alanı laparoskopik olarak sütürize edilerek omentoplasti yapılmıştır. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastalar ortalama 4.5 günde taburcu edilmişlerdir.

Tartışma ve Sonuç:

Organ perforasyonlarında laparoskopik eksplozasyonun yeri tartışmasıdır. Laparoskopik eksplozasyon ile perforasyon alanının tespiti, tüm boşlukların rahatlıkla eksplore edilebilmesi gibi avantajlarla birlikte perforasyonun laparoskopik olarak tamir edilmesi ile daha kısa operasyon süresi, daha kısa hospitalizasyon, daha az ağrı kesici ihtiyacı, ve daha iyi kozmezis

gibi avantajları da mevcuttur. Laparoskopinin tanı koydurucu özelliği ile birlikte cerrahi tedavide de kullanılması hastalar için ciddi kazanımlar sağlamaktadır. Peptik ülser perforasyonlarında laparoskopik sütürizasyon tek başına veya omentoplasti ile birlikte yapılabilir. Semptomların ortaya çıkış süresi 36 saati geçmemiş ve perforasyon büyüklüğü 10 mm'den küçük olan olgularda laparoskopik tamir kazandırdığı minimal cerrahi yaklaşım avantajları ile birlikte güvenle uygulanabilir.

PS - 154 TORAKOSKOPİ YARDIMLI ÖZOFAJEKTOMİ ESNASINDA RASTLANAN İNSİDENTAL PARATİROİD ADENOMU

GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK¹, RECEP AKTİMUR¹, ÖMER ALICI²,
TÜRKAN METE³

¹ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ
KLİNİĞİ

² SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ
KLİNİĞİ, SAMSUN

³ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ
HASTALIKLARI/ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:

Özofagus karsinomu ve paratiroid adenomu birlikteliği ile ilgili bildirilen olgu sayısı sınırlıdır. Bu bildiri de özofagus karsinomu nedeniyle torakoskopi yardımcı özofajektomi yapılan ve servikal özofagus diseksiyonu esnasında insidental paratiroid adenomu saptanan olgu tartışılmıştır. 48 yaşında kadın hasta, 2 aydır artan disfaji, kilo kaybı ve kusma şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Üst GIS endoskopisinde, 35. cm'den başlayan ve lümeni daraltan ülser kitle izlendi. Karın tomografisinde kardiyada 6 cm'lik segmentte özofagusa ilerleyen diffüz kalınlık artışı mevcuttu. Biyopsi sonucu squamöz hücreli özofagus karsinomu olarak raporlanan hastaya torakoskopi yardımcı özofajektomi planlandı. Servikal özofagus diseksiyonu esnasında, sol tiroid lobu inferiorunda ele gelen ve paratiroid adenomu olduğu düşünülen, yaklaşık 2x2 cm boyuttaki kitle eksize edildi. Yapılan histopatolojik değerlendirme sonrası paratiroid adenomu teşhisi konuldu. Tetkikleri tekrar değerlendirilen hastanın preoperatif serum kalsiyum değerlerinin 10.8 ve 11.2 mg/dl olduğu görüldü. Ameliyat sonrası gönderilen kalsiyum değeri 8.2 mg/dl idi. Herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta postoperatif 9. gün taburcu edildi. Servikal özofagus diseksiyonu esnasında nadir de olsa insidental paratiroid adenomuna rastlanabilir. Diseksiyon sırasında adenom izlenimi veren paratiroid bezi çıkartılmalıdır. Özofagus karsinomu ve paratiroid adenomu birlikteliği ile ilgili bildirilmiş olguların azlığı nedeniyle bu olgunun literatüre katkısı olacağı düşüncesindeyiz.

PS - 155 SUBTOTAL GASTREKTOMİLİ HASTADA PERKÜTAN ENDOSKOPİK JEJUNOSTOMİ (PEJ): OLGU SUNUMU

ÖMER FARUK ÖZKAN¹, ÖZTEKİN ÇIKMAN¹, ADİLE ÖZKAN²,
HASAN ALİ KİRAZ³, MEHMET ALİ KARACAER¹, MUAMMER
KARAAVAZ¹

¹ ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ; TIP FAKÜLTESİ; GENEL
CERRAHİ ANABİLİM DALI

² ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ; TIP FAKÜLTESİ;
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

³ ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANESTEZİ
VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

Amaç:

Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) , farklı etyolojik nedenlerle oral olarak nutrisyonun sağlanamadığı fakat gastrointestinal fonksiyonlarında anormallik olmayan hastalara beslenmenin devamlılığı için, mideye minimal invazif bir yöntemle endoskopik olarak perkütan tüp yerleştirilmesi işlemidir. Çalışmamızda Amyotrofik lateral skleroz ve Parkinson hastalığı olan , özgeçmişinde 30 yıl önce ülser nedeniyle subtotal gastrektomi hikayesi olan hastada perkütan endoskopik jejunostomi (PEJ) deneyimimizin literatür eşliğinde sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu:

1 yıldır Amyotrofik Lateral Skleroz ve Parkinson hastalığı nedeniyle Nöroloji kliniği tarafından takip edilen, , son 4 ayda yutma fonksiyonu kaybı nedeniyle nazogastrik sonda ile beslenen 82 yaşında erkek hasta, kliniğimizde kalıcı beslenme tüpü yerleştirilmesi açısından değerlendirildi. Özgeçmişinde, 30 yıl önce peptik ülser nedeniyle operasyon hikayesi mevcuttu. Hasta kaşektik görünümde ve paraplejiikti. Batın muayenesinde karın ileri derecede kaşektik görünümde ve göbek üstü median insizyon skarı mevcuttu. Hastanın genel hazırlıklarını takiben, yapılan endoskopisinde midenin subtotal olarak rezeke edildiği, ve Billroth 2 rekonstriksiyon şeklinde gastrojejunostomi anastomoz hattı izlendi. Afferent ve efferent ans belirlendi (Resim 1). Pull yöntemiyle endoskopik olarak giden ansa perkütan olarak tüp yerleştirildi (Resim 2). İşlem sonrası tüp serbest drenaja alındı. Daha sonra 24. saatte jejunal tüpten beslenme başlandı. Hasta tolere etti. Takipleri stabil seyreden hastanın, yakınları beslenme ve aspirasyon konusunda bilgilendirilerek taburcu edildi.

Sonuç:

Uzun süreli beslenemeyen hastalarda beslenmenin devamlılığı için 1980'li yıllara kadar cerrahi yöntemlerle yerleştirilen beslenme tüpleri günümüzde yerini minimal invazif ve endoskopik uygulamalara bırakmıştır. Nörolojik problemlere bağlı olarak endoskopik PEG uygulaması artık bir standart tedavi haline almıştır. Fakat mide cerrahisi geçiren hastalarda bu işlemin güvenli bir şekilde yapılabildiği literatürde sınırlı sayıda belirtilmiş olup, Perkütan endoskopik jejunostominin hasta ve hasta yakını için beslenmede kolaylık sağlayan, efektif bir yöntem olduğunu düşünüyoruz.

PS - 156 62 YAŞINDA BİR ERKEK HASTADA LAPAROSKOPİK TİP IV HİATAL HERNİ ONARIMI

TOYGAR TOYDEMİR¹, ONUR PEŞLUK²

¹ BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

² ÖZEL NİŞANTAŞI HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Tip IV hiatal herni ; sliding tip dev hernilere eşlik eden yandaş organ herniasyonu varlığı olarak sınıflandırılır. Tüm hiatal hernilerin %2-5 'ini oluşturur. Yüksek komplikasyon oranları nedeni ile elektif cerrahi önerilir. Bu yazıda, tip IV hiatal herni tanılı bir hastada preoperatif yaklaşımın ve laparoskopik onarımın sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

62 yaşında erkek hastada göğüs ağrısı ve nefes darlığı nedeni ile yapılan bilgisayarlı tomografide toraks içine herniye olmuş mide ve kolon görüldü. Yapılan ösefagus-mide pasaj grafisinde midenin üçte ikisinin toraksa herniye olduğu tespit edildi. Gastroskopide dev hiatal herni haricinde patolojiye rastlanmadı. Hasta tip IV hiatal herni tanısı ile operasyona hazırlandı.

Bulgular:

Peroperatif eksplorasyonda mide, transvers kolon ve omentumun hiatustan herniye olduğu görüldü. Hastaya modifiye litotomi pozisyonunda, toplam 6 port kullanarak hiatal herni onarımı yapıldı. Onarım "U" şeklinde propilen mesh ile güçlendirildi. Onarım sonrası Toupet fundoplikasyon yapıldı. Operasyon süresi 190 dk olup postoperatif erken dönem komplikasyon gelişmedi. Hasta ameliyat sonrası 2. gün taburcu edildi. Sekiz aylık takip sonrası hasta asemptomatik olup tetkiklerinde nüks görülmedi.

Sonuç:

Dev hiatal herniler, özellikle anti-reflü cerrahide deneyimli merkezlerde, laparoskopik yaklaşımla güvenli bir şekilde tedavi edilebilir.

PS - 157 MİDE KANSERİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ

M.MAHİR ÖZMEN^{1,2}, T. TOLGA ŞAHİN¹, SİBEL GELECEK², İSMAİL BİLGİÇ², EMRE GÜNDOĞDU², EMİR GÜLDOĞAN², MÜNEVVER MORAN¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

² ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş ve Amaç:

Erken mide kanserinde onkolojik güvenilirlik açısından laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye üstünlüğünü bildiren yayınlara karşın, mide kanserinde laparoskopik cerrahinin yeri hala tartışmalıdır.

Hastalar ve Yöntem:

Laparoskopik mide kanseri cerrahisi uygulanan olan 14 hasta ameliyat yöntemi, cerrahi ve onkolojik sonuçlar, komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların 10'u erkek, 4'ü kadındı. Hastaların ortalama yaşı 56(35-70) yıl olup, tümör 4 hastada antrumda, 2 hastada antrum-korpusta, 3 hastada kardiyada ve 3 hastada da korpus ve kardiyada ve 2 hastada da korpusta yerleşti. 1 hastada T1, 4 hastada T2, 6 hastada T3 ve 3 hastada da T4 tümör mevcuttu. Antrumda tümörü olan 6(2K) hastaya distal subtotal gastrektomi(STG) ve D1(1), D1,5(D1α,β) (3) ve D2 (2) lenf diseksiyonu yapıldı. Diğer 8(2K) hastaya total gastrektomi(TG) ve D1,5 (2), D2(6) diseksiyon yapıldı. TG yapılan hastaların dördüne splenektomi de eklendi. 2(1K) hastada medikal nedenlerle splenektomi yapılmadı. STG yapılan hastalarda çıkarılan lenf nodu sayısı D1 için 8, D1,5 için 15,3(9-22) ve D2 için 48(28-68) idi. TG-D1,5 yapılan hastalarda 21(16-26) lenf nodu çıkarıldı, TG-D2 yapılan hastalarda ise 40(20-62) lenf nodu çıkarıldı. Postoperatif dönemde bir hastada subhepatik apse gelişti. Apses perkütan drene edildi ardından gelişen fistül medikal yöntemlerle kapanmayınca 21.günde endoskopik Tisseel uygulaması ile tedavi edildi. Striktür gelişen bir hastaya da 2. ayında bujiyle dilatasyon uygulandı.

Sonuç ve Yorum:

Laparoskopik total ve subtotal gastrektomiler açık cerrahiye benzer komplikasyon oranı ile ve D1(D1α,β) diseksiyonlarla onkolojik prensiplerden taviz verilmeden uygulanabilir. Ancak, D2 diseksiyonlar için teknik güçlükler vardır, işlem deneyim gerektirir ve diseksiyon gruplarının laparoskopik için yeniden tanımlanması zorunludur.

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyon Yapılan İlk 124 Olgunun Analizi: Deneyimin Sonuçları

Ertan EMEK, Erdoğan M. SÖZÜER, Hızır Yakup AKYILDIZ, Muhammet AKYÜZ, Bahadır ÖZ,
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Özet

Giriş: Bu çalışmada hastanemizde gerçekleştirilen ilk 214 laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatını inceledik. Artan tecrübenin ameliyat süresini, komplikasyonlarını ve sonuçlarını nasıl etkilediğini bulmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Hastalar ilk 100 vaka ve daha sonraki 114 vaka olarak 2 gruba ayrıldı. Hastaların demografik bilgileri, ameliyat ve ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanede kalış süresi, yutma güçlüğü her 2 grupta karşılaştırıldı. İstatistik analizlerinde X² ve Students t testleri kullanıldı; $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Demografik açıdan her 2 grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı. Ameliyat süresi, açığa geçiş oranı, ameliyat esnasında ve sonrasında ortaya çıkan komplikasyon oranı ve ameliyat sonrası takıntı hissi 2. grupta istatistiki olarak anlamlı olacak şekilde daha azdı.

Sonuç: Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatında deneyim prosedürün etkinliğini anlamlı olarak arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Nissen fundoplikasyon, deneyim

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Hızır Yakup Akyıldız, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 38039, Melikgazi, Kayseri
İş Tel: 0352 2076666/ 21608
Cep Tel: 05334613605
E-mail: hyakyildiz@gmail.com

Abstract

Laparoscopic Nissen Fundoplication : Our experience with first 124 Cases

Background: In this study, we evaluated our first 214 laparoscopic Nissen Fundoplication procedures. We aimed to find how the increasing experience influences operation time, intraoperative and postoperative complications and results.

Material and Methods: Patients were divided into 2 groups. First 100 cases constituted group 1 while following 114 cases constituted group 2. Patients' demographic data, operative procedure, postoperative complications, dysphagia and length of hospital stay were evaluated. X² and Students t tests were used for statistical analysis. Statistical significance was set up as p<0.05.

Results: Two groups were similar with regard to demographic data. Operation time, conversion to open procedure, peri and postoperative complications and dysphagia were significantly lower in Group 2.

Conclusion: The experience in laparoscopic Nissen Fundoplication increases significantly the efficacy of the procedure.

Key words: Laparoscopy, Nissen fundoplication, experience

Giriş

Gastroözofajal reflü hastalığı (GÖRH) toplumda sık karşılaşılan ve genellikle medikal tedaviye yeterli cevap vermeyen bir hastalıktır. Uzun yıllar boyunca hem reflünün hem de ona eşlik edebilen hiatus fıtığının cerrahisi konvansiyonel yöntemlerle başarıyla yapılmıştır. Laparoskopik cerrahinin hız kazandığı 1990'lı yılların başından itibaren Nissen fundoplikasyon ameliyatı da laparoskopik olarak yapılmaya başlanmıştır. Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu ameliyatı ilk defa 1991'de Belçikalı cerrah Dallemagne tarafından yapılmıştır (1). Laparoskopinin açık cerrahiye oranla daha az ameliyat sonrası ağrı, daha çabuk ayağa kalkma, daha az yara izi, vb gibi birçok avantajlarıyla beraber, bu yöntem giderek popülerite kazanmış ve pek çok klinikte rutin uygulanan bir teknik haline gelmiştir (2,3). Laparoskopik yöntemle ameliyat edilen hastaların uzun süre-

li takiplerinde de sonuçların açık cerrahiye benzer olması, hatta hasta memnuniyetinin daha yüksek bulunması bu yöntemin pek çok cerrah tarafından tercih edilmesini sağlamıştır (4). Ancak bu tekniği uygulayan cerrah sayısı arttıkça sonuçlarda farklılıklar ortaya çıkmaya ve bütün cerrahi girişimlerde olduğu gibi cerrahın tecrübesinin bu ameliyatta da başarıyı direkt olarak etkileyen bir faktör olduğunu bildiren yayınlar görülmeye başlamıştır (5,6). Biz de çalışmamızda GÖRH nedeniyle laparoskopik Nissen fundoplikasyon uyguladığımız ilk 214 hastanın sonuçları değerlendirmek ve artan deneyimin ameliyat sonuçlarımızı nasıl etkilediğini incelemeyi amaçladık.

Materyal ve Metod

Çalışma 2007-2012 yılları arasında gerçekleştirildi. Çalışmada hastalarımızı ilk 100 vaka (Grup I) ve daha sonraki 114 vaka (Grup II)

olarak ikiye ayırdık ve özellikle cerrahi tecrübenin operatif ve postoperatif sonuçlar üzerindeki etkilerini ortaya koymaya çalıştık. Hastalara ait demografik bilgiler, ameliyat endikasyonu, ameliyat süresi, peroperatif komplikasyonlar, açığa geçme sebepleri, postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi. Ameliyat sonrası poliklinik kontrolünde hastalara göğüste yanma, regürgitasyon, yutma güçlüğü, gazışırme sendromu olup olmadığı sorgulandı. Mmenuniyet anketi yapılmadı. Ameliyattan sonra ilk olarak 2. haftada, daha sonra 6. aya kadar aylık, daha sonra ise şikayet varlığında kontrole çağrıldı. Ortalama takip süresi 21 ± 3 aydı. İleri bir laparoskopik işlem olan Nissen fundoplikasyonunda tecrübe arttıkça sonuçların nasıl etkilendiği araştırıldı. Elde edilen verilerin kategorik değerlerinin karşılaştırılmasında X2, nicel değişkenlerinin karşılaştırılmasında ise Students t testi kullanıldı; $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Ameliyat tekniği

Hastalar entübe edildikten sonra nazogastrik sonda takıldı. Göbeğin hemen üzerinden yapılan insizyondan yerleştirilen 10 mm'lik trokarla karın 12-13 mm Hg basıncında CO2 ile şişirildikten sonra kamera yerleştirildi. Ameliyatı yapacak olan cerrah hastanın bacakları arasında, kamera asistanı hastanın sağında, diğer asistan hastanın solunda çalıştı. Sağ subkostal bölgeden karın yan duvarına yakın olacak şekilde 5 mm'lik trokar girildi ve buradan karaciğeri ekarte etmek için endoretraktör yerleştirildi. Epigastriumda, ksifoidin birkaç cm altı ve sağ lateralinden 5 mm'lik trokar diseksiyon için yerleştirildi. Sol üst kadrana subkostal alanın midklaviküler hatla kesiştiği bölgeye ligasure kullanmak ve dikişleri karın içine sokmak amacıyla 10 mm'lik bir

çalışma trokarı ve bu trokarın birkaç cm lateraline de doku traksiyonu amaçlı 5 mm'lik başka bir trokar daha yerleştirildi. Küçük kurvatur tarafında omentum minus açıldıktan sonra frenoözefagial ve frenogastrik ligamanlar disseke edildi. Sağ krus görüldükten sonra retroözefagial ve retrogastrik diseksiyon yapılarak sol krus görüntüledi. Bu diseksiyonlarda mide ve özofagus endobabcock yardımıyla traksiyona alındı. Retrogastrik tünel hazırlanırken nervus vagus'un yaralanmamasına dikkat edildi. Büyük kurvatur diseksiyonuna genellikle dalak hilusundan geçen transvers bir çizginin mideyi kestiği noktadan başlanıldı ve proksimale doğru ilerlenildi. Böylece serbestleştirilmiş fundusun geçirileceği retrogastrik tünel hazırlanmış oldu. Diseksiyonlar tamamlandıktan sonra roticulating grasper yardımıyla özofagus dönüldü ve penrose dren geçirilerek özofagus askıya alındı. Ardından fundusun serbestleştirilmesi için Ligasure® (Valleylab, Boulder, Colorado) yardımıyla gastrica brevis damarları koagüle edilip kesildi ve fundusun serbestleştirilmesi sağlandı. Sağ ve sol krus arasına hiatusu normal genişlikte olanlara 1 adet, hiatusu geniş olanlara ise 2-3 adet yaklaştırıcı sütür konuldu. Bazı cerrahlar kardiada darlık olmaması için dikişler koyarken buji kullanırlar. Biz de ilk vakalarımızda buji kullandık ancak daha sonra tecrübe arttıkça bujiyi rutin olarak kullanmadık. Ardından fundus özofagusun arkasından sağa geçirilip atravmatik grasperla tutuldu. İki fundus arasına iki adet emilmeyen dikiş materyaliyle tek tek sütür atılarak 2-3 cm uzunluğunda fundoplikasyon yapıldı. İlk dikişte özofagustan da geçildi. Bu esnada vagus sinirinin görünerek korunmasına azami dikkat gösterildi. Mide fundusu özofagusun arkasında geçirildiğinde, sanki bir ayakkabıyı cilalı-

yormuş gibi iki tarafa da rahatlıkla çekilebilmesi ve bırakılan pozisyonda kalabilmelidir (Shoe Shine Sign). Ameliyat sonrası dren konulması cerrahın tercihine bırakıldı ve hastaların çoğunda dren kullanılmadı. Hastaların nasogastrik sondaları ameliyat sonrası 1. gün çekilerek oral sıvı yiyecekler vermeye başlandı ve hastalar genelde 2. gün taburcu edildi. Üç hafta içinde yavaş yavaş katı yiyeceklerle geçilmeye başladı.

Sonuçlar

Hastaların 126'sı (%59) erkek, 88'i kadın (%41) idi. Yaş ortalaması 39 (24-59) olarak hesaplandı (Tablo 1). Cerrahi tedavi öncesi tüm hastalara üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Hastaların hepsinde retrosternal yanma ve günün değişik zamanlarında ağza acı su gelmesi şikayeti vardı. Tanı anamnez, ve endoskopik inceleme sonrası kondu; pH monitörizasyonu ve manometri uygulanmadı. Anamnez ve endoskopi bulguları uyumsuz olan, reflü tanısında şüphede kalınan 5 hastaya sintigrafik inceleme uygulandı. Hastaların hepsinde orta-ileri derecede reflü saptandı ve bu hastalar da ameliyat edildi. Cerrahi tedavi endikasyonu 172 hastada (%80) medikal tedaviye yanıt alınamaması, medikal tedavi sonrası nüks veya hastanın yaşam boyu medikal tedaviyi ka-

bul etmemesi, 18 hastada (%8.5) Barrett metaplazi, 16 hastada (%7.6) peptik özefajit ve 8 hastada (%3.8) ilaçlara bağlı yan etkilerin ortaya çıkması olarak saptandı. Barrett metaplazisi ve peptik özofajit tanısı endoskopi ve endoskopik biyopsi materyallerinin incelenmesi ile kondu. Medikal tedavide en fazla kullanılan ilaçlar proton pompa inhibitörleriydi. Medikal tedavi altında hastanın şikayetlerinin devam etmesi cevap alınamaması olarak değerlendirildi. Medikal tedavinin süresi çok geniş bir aralığı içeriyordu (1 -16 yıl). İlaçlara bağlı en sık yan etkiler baş ağrısı ve bulantı olarak saptandı. Ameliyat süresi Grup I'de 90±30 dakika iken, son 114 vakada 60±30 dakikaya geriledi. Grup I'de 9 hastada (%9) açığa geçilirken Grup II'de hiçbir hastada açığa dönmek gerekmedi. Tüm seride açığa geçme oranı %4.2 dir. Hastanede yatış süresi Grup I'de ortalama 4,5 gün, Grup II'de ise 2 gün olarak bulundu. Yirmi beş hastada (%11.6) postoperatif dönemde takılma hissi şeklinde disfaji saptandı. Bu hastaların 19'u Grup I'de, 6'sı ise Grup II'de idi. Grup I'deki 4 hasta dışında tüm hastaların disfaji şikayetleri ameliyat sonrası 3 aylık süre boyunca giderek azaldı ve tamamen normale döndü. Ancak Grup I'de şikayetleri 3 aylık takip sonrası gerilemeyen 4 hastaya balon dilatasyon uygulanması gerekti. Balon dilatasyon

Tablo 1: Grupların demografik karşılaştırılması

	Grup I (n:100)	Grup II (n:114)	Toplam	p
Erkek	57 (%57)	67 (%59)	126 (%59)	>0.05
Kadın	43 (%43)	47 (%41)	88 (%41)	>0.05
Yaş ortalaması	38 (28-54)	40 (24-59)	39 (24-59)	>0.05

Tablo 2: Grupların ameliyat süresi, komplikasyon ve ameliyat sonrası rahat yutma açısından karşılaştırılması

	Grup I (n:100)	Grup II (n:114)	p
Operasyon süresi	90±30 dakika	60±15 dakika	<0.0001
Açığa geçiş	9 hasta (%9)	-	0.001
Perop komplikasyon	4 hasta (%4)	-	0.046
Postop takıntı hissi	19 hasta (%19)	6 hasta (%5.2)	0.004
3 ay sonra takıntı hissi	4 hasta	-	0.046
Yatış süresi	4,5 gün	2 gün	>0.05

uygulanan hastaların disfaji şikayetleri düzeldi (Tablo 2). Grup I'de yer alan bir hastada (%1) ameliyat sonrası dönemde gastrica breveslerden olan kanama nedeniyle reoperasyon gerekti, aynı grupta bir hastada mide perforasyonu (%1), bir hastada özofagus perforasyonu (%1) ve 7 hastada (%7) diseksiyon güçlüğü nedeniyle 9 hastada (%9) laparoskopiden konvansiyonel cerrahiye dönüş yapıldı. Yine bu grupta bir hastada da hiatus diseksiyonu sırasında plevra açıldı, laparoskopik olarak onarıldı ve işleme laparoskopik olarak devam edildi.

Tartışma

Rudolph Nissen'in 1936 yılında distal özofagus ülseri olan bir hastasında ülserli kısmı rezeke edip özofagogastrostomi yapması, bu anastomozu korumak amacıyla mide fundusunu distal özofagusun üzerine sarması ve ameliyat sonrası takiplerinde hastanın reflü semptomlarının ortadan kalktığını fark etmesiyle başlayan fundoplikasyon ameliyatları önemli bir evrim geçirmiştir (7). Bu yönetime pek çok yenilikler, modifikasyonlar eklenmesinin yanı sıra çok sayıda değişik ameliyat teknikleri aynı amaç için uygulanmıştır (8). Günümüzde laparoskopik ameliyatlar hastanede kalış süresini kısaltmaları, ameliyat son-

rası ağrının azlığı, solunum sistemi problemlerinin azalması, yaşam kalitesinin konvansiyonel yöntemlere göre daha erken düzelmesi, bazı çalışmalarda uzun dönem sonuçlarının daha iyi olması gibi nedenlerle antireflü cerrahisinde altın standart haline gelmiştir (9).

Başarılı bir antireflü cerrahisinde temel şart doğru hasta seçimidir. Regürjitasyon, retrosternal yanma gibi birincil olarak reflüye bağlı semptomları olan hastaların ameliyattan sonraki memnuniyetleri yemek sonrası şişkinlik, hazımsızlık şikayetleri nedeniyle ameliyat olan hastalara göre daha fazladır. Medikal tedaviye rağmen reflü semptomlarında düzelme olmayan hastalar, Barrett özofajiti gelişmiş hastalar, kayma şeklinde fitiği olan hastalar için cerrahi, başarısı %90'ın üstünde olan bir tedavi seçeneğidir (10). Ses değişikliği, gece aspirasyon atakları, pnömoni, kronik larenjit gibi reflüye ikincil gelişebilecek komplikasyonları olan hastaların herhangi bir tedaviye (medikal veya cerrahi) yanıtı ise değişkenlik gösterir (11).

Reflü semptomları olan hastalar için tanı koymada endoskopi, 24 saatlik pH testi ve özofagus manometrisi önerilen yöntemler. Özellikle 24 saatlik pH testi altın standart olarak kabul edilir (12). Ancak 24 saatlik pH testi ve özofagus manometrisi hem yaygın kulla-

nımlarının olmaması hem de hasta için külfetli olmaları nedeniyle pek çok merkezde rutin olarak kullanılmamaktadır. Manometrinin özellikle ameliyat öncesi özofagus motilitesi açısından şüpheli durumlarda cerrahi planlayabilmek için yapılması uygun olur. Motilite bozukluğu varlığında kardiyözofajeal bileşkenin 360 derece sarılması yerine parsiyel fundoplikasyonların uygulanması veya anti-reflü girişiminin ertelenmesi gereklidir (13). Reflü hastaları ile ilgilenen merkezlerin çoğu semptomlar varsa ve endoskopi bulguları da bu semptomları destekliyorsa (özofajit varlığı, büyük bir hiatus hernisinin görülmesi, kardiyanın endoskobu hiç sarmaması gibi) reflüye yönelik tedaviyi başlamakta dırlar. Semptomlar ile endoskopi bulgularının uyuşmadığı durumlarda ki bu tip hasta sayısı oldukça azdır sintigrafi, manometri, 24 saatlik pH testi yöntemlere başvurulmakta ve verdikleri bilgiler ışığında tedavi planlanmaktadır.

Başarılı antireflü cerrahisinin diğer şartı da bu işlemin doğru biçimde tecrübeli ellerde yapılmasıdır. Başarılı bir antireflü ameliyatından sonra hasta yediklerini rahat yutabilmeli, herhangi bir takılma hissi tariflememeli, reflü semptomları düzelmeli, yedikleri veya asidik mide içeriği semptom vermese bile özofagusa kaçmamalıdır. Ancak Nissen ameliyatından sonra bazı hastalarda istenilen sonuçlar elde edilememektedir (14). Ameliyat sonrası tatmin edici sonuçların elde edilebilmesi için hasta seçiminin doğru yapılması ve tekniğin doğru uygulanması gerekir. Ligasure ve harmonik scalpel gibi yüksek enerjili elektrik aletleri ameliyatı kolaylaştırmış ve ameliyat süresini diğer laparoskopik prosedürlerde olduğu gibi kısaltmıştır (15). İlk vakalarımızda diseksiyon için konvansiyonel aletler kullanılmıştır. Daha sonraki vakalarda ise ligasure kullanımı ame-

liyat sürelerinin kılmasına katkıda bulunmuştur Doğru hastaya doğru teknik ile ameliyat yapıldıktan sonra Nissen fundoplikasyonun açık veya kapalı yapıldığı vakalarda sonuçlar arasında önemli bir fark yoktur (16). Laparoskopik cerrahi erken beslenme, erken mobilizasyon, erken eve ve işe dönüş, daha düşük insizyonel herni gibi bilinen avantajlara sahiptir. Serimizde ilk 100 hasta'nın 9'unda (%9) değişik sebeplerle açığa dönmek gerekirken daha sonra yapılan 114 vakanın hiç birinde açık ameliyata geçilmemiş, ameliyat süresi kısaltılmış ve ameliyat sonuçları iyileşmiştir. Bu sonuçlarda öncelikli olarak artan tecrübenin, ikinci olarak ise daha gelişmiş teknolojik aletlerin kullanımının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, laparoskopik antireflü cerrahisi ileri bir laparoskopik cerrahi işlemdir ve deneyim gerektirir. Gerek ameliyatta gerekse ameliyat sonrası komplikasyonlardan korunmak için, endikasyonun doğru konulması ve ekibin tecrübesi çok önemlidir. Olgu sayısı ve cerrahi deneyim arttıkça operasyon süresi, açığa geçme ve komplikasyon oranları azalmakta, başarı oranı artmaktadır

Kaynaklar

1. Dallemagne B, Weerts JM, Jehaes C. Laparoscopic Nissen fundoplication: preliminary report. Surg Laparosc Endosc 1991;1:138-43.
2. Peters JH, Heimbucher J, Kauer KH, et al. Clinical and physiologic comparison of laparoscopic and open Nissen fundoplication. J Am Coll Surg 1995;180:385-93.
3. Nilsson G, Wenner J, Larsson S, et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open fundoplication for gastroesophageal reflux. Br J Surg 2004;91:552-9.
4. Chrysos E, Tsiaoussis J, Athanasakis E, et al. Laparoscopic versus open approach for Nissen fundoplication: a comparative study. Surg Endosc 2002;16:1679-84.

5. Granderath FA, Kamolz T, Schweiger UM, et al. Laparoscopic antireflux surgery for gastroesophageal reflux disease: experience with 668 laparoscopic antireflux procedures. *Int J Colorectal Dis.* 2003;18:73-7.
6. Allal H, Captier G, Lopez M, Forgues D, et al. Evaluation of 142 consecutive laparoscopic funduplications in children: effects of the learning curve and technical choice. *J Pediatr Surg* 2001;36:921-26.
7. Christian DJ, Buyske J. Current status of antireflux surgery. *Surg Clin North Am* 2005;5:931-47.
8. Engstrom C, Cai W, Irwine T, et al. Twenty years of experience with laparoscopic antireflux surgery. *Br J Surg* 2012;10:1415-21.
9. Bhandarwar AH, Kasat GV, Palep JH, et al. Impact of laparoscopic Nissen's fundoplication on response of disease specific symptoms and quality of life. *Updates Surg.* 2012 doi:10.1007/s13304-012-0193-9.
10. Ritter MP, Peters JH, DeMeester TR, et al. Outcome after laparoscopic fundoplication is not dependent on a structurally defective lower esophageal sphincter. *J Gastrointest Surg* 1998;6:567-71.
11. Johnson WE, Hagan JA, DeMeester TR, et al. Outcome of respiratory symptoms after antireflux surgery on patients with gastroesophageal reflux disease. *Arch Surg* 1996;131:489-92.
12. Bello B, Zoccali M, Gulla R, et al. Gastroesophageal reflux disease and antireflux surgery. What is the proper preoperative work-up? *J Gastrointest Surg* 2012,doi:10.1007/s11605-012-2057-5.
13. Allaix ME, Herbella FA, Patti MG. Laparoscopic total fundoplication for gastroesophageal reflux disease. How I do it. *J Gastrointest Surg* 2012 doi:10.1007/s11605-012-2068-2.
14. Beenen E, Fogarty P, Roberts RH. Predicting patient dissatisfaction following laparoscopic Nissen fundoplication: an analysis of symptoms. *Surg Endosc* 2012 doi:10.1007/s00464-012-2630-8.
15. Targarona EM, Balague C, Marin J, et al. Energy sources for laparoscopic colectomy: a prospective randomized comparison of conventional electrosurgery, bipolar computer-controlled electrosurgery and ultrasonic dissection. Operative outcome and costs analysis *Surg Innov.* 2005;4:339-44.
16. Broeders JA, Rijnhart-de Jong HG, Draaisma WA, et al. Ten-year outcome of laparoscopic and conventional nissen fundoplication: randomized clinical trial. *Ann Surg* 2009;5:698-706.

A

ABBAS ARAS 48
ABDÜLCABBAR KARTAL 32, 33, 106
ABDUL HAMİD ALAM 84
ABDULKADİR BEDİRLİ 52, 64
ABDÜLKERİM ÖZAKAY 150
ABDULLAH BULGURCU 100
ABDULLAH DURHAN 100
ABDULLAH İĞCİ 60, 102
ABDULLAH İNAL 140
ABDULLAH KISAOĞLU 87, 101, 113, 116, 131
ACAR AREN 38, 68, 121, 123, 130, 150, 151
ADEM DURU 31
ADEM GÜLER 95
ADİLE ÖZKAN 156
ADNAN HUT 31, 53
ADNAN SULU 94
A.F.KAAN GÖK 26, 36, 37, 52
AHMED TAHA 118
AHMET ALPONAT 134
AHMET BAL 153
AHMET BEKİN 42, 47, 93, 97, 119, 143
AHMET BOZDAĞ 72, 73
AHMET BURAK TOROS 30
AHMET ÇELİK 126
AHMET DİNÇÇAĞ 60, 102
AHMET GÖKHAN TÜRKÇAPAR 62
AHMET GÜRER 51
AHMET KAYA 105, 111
AHMET KOCAKUŞAK 53
AHMET OKTAY YİRMİBEŞOĞLU 134, 154
AHMET OKUŞ 30
AHMET YALIN İŞCAN 90, 91, 109, 123, 142, 143, 144, 145, 146,
152
AHMET ZİYA BALTA 78
AKAY EDİZSOY 95
ALİ AKSU 73
ALİ AKTEKİN 33, 71, 77, 122
ALİ ÇİFÇİ 87, 93, 136
ALİ ÇİFTÇİ 96, 105, 112, 139
ALİ DOĞAN BOZDAĞ 95
ALİ EMRE AĞÜN 56
ALİ EMRE ATICI 38
ALİ EMRE NAYCI 123
ALİ GÜNER 149
ALİHAN GÜRKAN 65, 116, 117, 120
ALİ KILIÇ 74
ALİ KOCATAŞ 48
ALİ SÜRMEİİOĞLU 69
ALİ UZUNKÖY 103
ALKAN SAKAR 135, 155
ALPASLAN SARI 94
ALPER AKCAN 106
ALPER CELİK 62
ALPER PARLAKGÜMÜŞ 57
ALPER UĞUZ 27, 29, 46, 49, 66
ANIL SAVAŞ 75
ARDA İŞIK 140

ARİF ASLANER 86, 89, 92, 94, 99, 104, 107
ARUK OZKUL 149
ASLAN SAKARYA 122
AYDIN ALPER 77
AYDINCAN AKDUR 50
AYHAN GÜNEYİ 102, 103, 123, 125, 138, 139, 144, 152, 153
AYHAN ÖZ 32, 33, 106
AYHAN ÖZSOY 28, 44, 84, 131
AYLİN ACAR 41
AYLİN AYDIN SAYILAN 29
AYŞENUR GÖNEN 69
AYTAÇ EROL 111
AYTAÇ SAYIN 115
AYTEKİN ÜNLÜ 97
AZER İSMAİLOV 95
AZİZ ARI 30, 102, 123, 138
AZİZ BORA KARİP 90, 91, 109, 123, 142, 143, 144, 145, 146,
152
AZİZ SÜMER 26, 65, 72, 116, 117, 120

B

BAHADIR CELEP 153
BAHADIR ÖZ 106
BAHA ZENGEL 124
BARIŞ AKINCI 90
BARIŞ BAYRAKTAR 54, 112, 127, 129
BARIŞ RAFET KARAKAŞ 92, 99
BARIŞ SARICI 60
BARIŞ SEVİNÇ 30, 86
BARLAS SÜLÜ 81
BATUHAN HAZER 111
BELKİS ÜNSAL 28, 32, 79, 80
BERKAY KILIÇ 41
BERKER ÖZKAN 36
BERK GÖKÇEK 47, 104
BERNA UYAN 126
BESLEN GÖKSOY 80
BETÜL KOZANHAN 46
BİLGİ BACA 35, 63, 77
BİROL AĞCA 143
BORA KOÇ 28, 44, 84, 131, 133
BORA PEYNİRCİOĞLU 142
BÜLENT AYDINLI 87, 116
BÜLENT ÇALIK 101
BÜLENT ÇİTGEZ 32, 33, 106
BÜLENT KAYA 108, 110
BÜLENT ÖZTÜRK 126, 151
BÜLENT SALMAN 52, 64
BÜNYAMİ ÖZOĞUL 87, 101, 113, 116, 131
BURCU ÇELET ÖZDEN 60
BURÇ YAZICIOĞLU 96, 117
BURHAN MAYİR 100, 113, 118, 135, 155

C-Ç

ÇAĞLAR YILDIRIM 119
ÇAĞRI BİLGİÇ 127, 129
ÇAĞRI TIRYAKI 87, 93, 94, 96, 105, 112, 117, 134, 136, 137,
139, 149, 154

CANAN YILDIRIM 119
CELALETTİN YÜKSEL 147
CELAL KIZILKAYA 31, 53
CEMALETTİN AYDIN 34
CEMALETTİN ERTEKİN 26, 36, 37, 52
CEMAL KARA 91
CEMAL ÖZBEN ENSARİ 100, 113, 118
CEM ARSLAN 44, 71, 77
CEM TUĞMEN 101
CENGİZ AYDIN 101
CENGİZ ERİS 108
CENGİZ ERİŞ 33, 44, 63, 71, 77, 122, 132
CENGİZ TAVUSBAY 55
CENK ERSAVAŞ 73
ÇİĞDEM TOKYOL 153
CİHAD TATAR 53
CİHAN URAS 35, 48, 63, 114
CUMHUR ÇAKIR 115
CÜNEYT HOŞCOŞKUN 42, 46, 49, 65, 95, 114
CÜNEYT KAYAALP 34, 60, 78, 84
CÜNEYT KIRKIL 72, 88

D

DENİZ ATASOY 127
DENİZ EREN BÖLER 35, 48, 114
DENİZ FIRAT 140
DENİZ GÜZEY 140
DENİZ ŞELİMEN 124
DENİZ TİHAN 116, 118, 120
DENİZ UÇAR 125
DERYA SALİM UYMAZ 40, 45, 50, 56
DERYA UYMAZ 52
DİDEM CAN 148
DİDEM ERTORUL 98, 120
DURSUN ÖZGÜR KARAKAŞ 111

E

EBRU AYVAZOĞLU SOY 96
EBRU KIZILKILIÇ 129
EBRU ORAN 92
EBRU ÖZDEMİR 70, 83, 84
ECEM MEMİŞOĞLU 40, 45, 50, 56
EDİZ ALTINLI 26, 72
EKREM ÇAKAR 125
EKREM ÇAKAR 30, 38, 68, 103, 121, 130, 139, 144, 148, 150, 151, 152, 153
EKREM FERLENGEZ 31, 53
ELİF ÇOLAK 39, 43, 51, 53, 110, 146, 148
EMEL ÖZVERİ 61, 67, 76, 98
EMİN TUNÇ DEMİR 126
EMİR ÇAPKINOĞLU 70, 154
EMİR GÜLDOĞAN 27, 61, 68, 72, 82, 157
EMİR ROACH 149
EMRAH ALPER 28, 32, 79, 80
EMRAH BAYAM 116, 118, 120
EMRAH ÖZCAN 97
EMRE GÖNÜLLÜ 134, 149
EMRE GÜNAY 33, 44, 63, 71, 77, 122, 132

EMRE GÜNDOĞDU 27, 35, 56, 157
ERAY KARA 105, 111, 122
ERCÜMENT GÜRLÜLER 65, 116, 117, 120
ERCÜMENT TARCAN 55, 70
ERCÜMENT TOMBALAK 75
ERDAL BİROL BOSTANCI 43, 54, 60, 67, 69, 83, 145
ERDEM KARADENİZ 101
ERDEM KINACI 148
ERDEM OBUZ 105, 111
ERDEM SARI 55, 137
ERDEM YILMAZ 47
ERDİNÇ YENİDOĞAN 140, 147, 155
ERDOĞAN SÖZÜER 106, 136
ERGÜN YÜCEL 78
ERHAN AYGEN 88
ERKAN OYMACI 31, 124, 125
ERKAN ÖZKAN 33, 44, 63, 71, 77, 122, 132
ERKAN ŞAHİN 90, 129
ERKAN YARDIMCI 36
ERKAN YAVUZ 132
ERMAN ÖZTÜRK 112, 129
EROL AKSOY 43, 54, 67, 83
EROL DİKİLİ 51
EROL PİŞKİN 37, 40, 48, 66
EROL VURAL 62
ERTAN EMEK 106
ERVET KARAHAN 28
ERVET RÜŞTÜ KARAHAN 47
ESİN KABUL GÜRBULAK 32, 33, 68, 106
ESRA DİŞÇİ 131
ESRA PAŞAOĞLU 30, 152
EVREN DİLEKTAŞLI 116, 118, 120
EVREN DURAK 55, 70, 71, 107, 130, 137, 141, 154
EYÜP KEBAPÇI 101

F

FADİME DİDEM TRABULUS 150
FADLI DOĞAN 69
FATİH ASLAN 28, 32, 79, 80, 100
FATİH BAŞAK 74
FATİH BÜYÜKER 128, 137
FATİH ÇELEBİ 132
FATİH EROL 118
FATİH KARAYOL 48
FATİH KILIÇ 145
FATİH YANAR 37
FATMA TATAR 55, 71, 107, 130, 141, 154
FATMA ÜMİT MALYA 36
FAZİLET ERÖZGEN 31, 53
FEHMİ ÇELEBİ 140
FERHAT ÇAY 73
FERHAT FERHATOĞLU 32, 33, 106
FERUDUN KAYA 100
FEVZİ CENGİZ 31, 124, 125
FEYZULLAH ERSÖZ 30
FEZA KARAKAYALI 50, 73
FİLİZ AKYÜZ 144
FIRAT TUTAL 28, 44, 84, 131, 133
FUNDA UZUN 111

G

GAMZE ÇITLAK 31, 53
GÖKHAN ADAŞ 28, 44, 84, 131, 133
GÖKHAN AKBULUT 101
GÖKHAN ÇİPE 36
GÖKHAN DEMİRAL 127
GÖKHAN GİRAY AKGÜL 140
GÖKHAN LAP 70
GÖKHAN MORAY 50, 70, 73
GÖKHAN SELÇUK ÖZBALCI 71
GÖKHAN ZAİM 96
GÖKSEL SAROHAN 88
GÖKSEL SEÇKİN 77
GONCA HIZLIOK 111
GÖZDE DOĞAN 116
GÜLAY ŞAHİN 48, 140
GÜLBEN ERDEM HUQ 150
GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK 39, 43, 53, 81, 110, 146, 148, 150, 156
GÜNAY ULUÇ 128, 137
GÜNHAN CAN 38
GUPSE ADALI 54
GÜRHAN BAŞ 74
GÜRHAN ÇELİK 53, 63, 64, 65, 79, 80, 82, 83
GÜRKAN ÖZTÜRK 87, 116
GÜRKAN YETKİN 32, 33, 106
GÜVENÇ CANTILAV 89, 99, 107
GÜVEN YİĞİT 147

H

HACI HASAN ABUOĞLU 33, 44, 71, 77, 122, 132
HACI MEHMET ODABAŞI 33, 44, 71, 77, 81, 122, 132
HAKAN ERPEK 95
HAKAN GÖK 61, 67, 76, 98
HAKAN KÖKSAL 68, 72, 145
HAKAN ÖZDEMİR 135
HAKAN SEYİT 92
HAKAN YABANOĞLU 34, 57, 78
HAKAN YANAR 26, 37, 52
HALDUN KAR 55, 71, 107, 130, 137, 141, 154
HALİL ALIŞ 48, 92
HALİL COŞKUN 36, 62
HALUK RECAİ ÜNALP 90
HAMDİ TANER TURGUT 87, 94, 117, 136, 139
HAMİT KAFKAS ÇELİK 91
HAMİT KARAYAĞIZ 116, 117, 120
HASAN ABUOĞLU 108
HASAN ALİ KIRAZ 99, 126, 134, 156
HASAN ALTUN 81, 90, 91, 109, 123, 142, 146
HASAN AYDEDE 122
HASAN BEKTAŞ 102, 103, 121, 125, 138, 139, 144, 150, 151, 152, 153
HASAN ÇANTAY 118
HASAN HAKAN EREM 108, 147
HASAN OFLUOĞLU 62
HASAN PINAR 73
HAYDAR YALMAN 54, 112, 129
HAYRULLAH DERİCİ 96

HAYRULLAH YILDIRIM 42, 46, 49, 65, 114
H.HASAN ABUOĞLU 63
HIZIR YAKUP AKYILDIZ 106, 136
H.MEHMET ODABAŞI 63
HÜLYA AKPINAR 150
HÜSEYİN AKBULUT 62
HÜSEYİN AYHAN KAYAOĞLU 140, 147, 155
HUSEYİN KAZİM BEKTAŞOĞLU 62
HÜSEYİN KEREM TOLAN 74
HÜSEYİN SİNAN 126, 151
HÜSNÜ AYDIN 75

I-İ

İBRAHİM ALİ ÖZEMİR 54, 112, 127, 129
İBRAHİM BERBER 65, 116, 117, 120
İBRAHİM ÇAĞATAY ŞİŞMAN 119
İBRAHİM TAYFUN ŞAHİNER 135
İKSAN TAŞDELEN 144
ILGIN ŞİMŞİR 66
İLHAMİ SOLAK 42, 46, 95, 114
İLHAN KARABIÇAK 60, 63, 70, 71, 84
İLKER KIZILOĞLU 55, 71
İLKER SÜCÜLLÜ 78
İLKNUR ERGÜNER 35, 48, 63, 77, 114
İLKNUR GÜL 46
İLTER ÖZER 43, 54, 60, 69, 83
İLYAS KUDAŞ 74
İSHAK SEFA TÜZÜN 75
İSMAİL ALPER TARIM 60, 84
İSMAİL BİLGİÇ 27, 35, 56, 157
İSMAİL CAYMAZ 149
İSMAİL CEM SORMAZ 40, 45, 50, 56
İSMAİL ETHEM AKGÜN 32, 33, 68, 106
İSMAİL GÖMCELİ 104
İSMAİL HAKKI HAMZAOĞLU 35, 63
İSMAİL HAMZAOĞLU 48, 114
İSMAİL OKAN 140, 147, 155
İSMAİL ÖZSAN 87, 90, 115, 129, 133, 138
İSMAİL YAMAN 96
İSMAİL ZİHNİ 124
İSMAYİL YILMAZ 140

J

JÜLİDE SAĞIROĞLU 75

K

KADİR YILDIRIM 43, 53, 81
KADRİ GÜLEŞÇİ 98
KADRİ GÜLEŞÇİ 120
KAFKAS ÇELİK 90, 109
KAĞAN KARABULUT 60, 63, 70, 71, 84
KAMİL ALPAY 93
KAMİL ÖZDOĞAN 132
KAMİL YILDIZ 83
KAYIHAN GÜNAY 26, 36, 37
KAZIM DUMAN 147
KEMAL DOLAY 73
KEMAL MEMİŞOĞLU 90, 91, 109, 123, 142, 143, 144, 145, 146, 152

KEMAL PEKER 140
KEMAL TEKEŞİN 153
KENAN BİNNETOĞLU 72, 88
KENAN BÜYÜKAŞIK 102, 121, 123, 125, 138, 139, 151
KENAN ÇALIŞKAN 57
KENAN ERZURUMLU 71
KENAN YUSİF 65
KENAN YUSİF-ZADE 45, 49, 57, 76
KERİM ÖZAKAY 121, 130, 148
KIVILCIM ORHUN 75, 112, 129
KORAY KARABULUT 69, 72, 73, 88
KORAY KUTLUTÜRK 78
KORAY TEKİN 143

L

LEVENT AVTAN 40, 45, 50, 56
LEVENT KAPTANOĞLU 38
LEVENT UĞURLU 101

M

MAHİR AKYILDIZ 66
MAHİR KIRNAP 70, 73
MAHİR UTKU YILDIRIM 129
MAHMUT MÜSLÜMANOĞLU 36, 60, 62, 102
MAHMUT SUMMAK 125, 139, 151, 153
MANİ HABİBİ 89, 92, 99, 104
M.A. TOLGA MÜFTÜOĞLU 33, 44, 63, 71, 77, 81, 122
MEHMET ABDUSSAMET BOZKURT 48, 140
MEHMET ALİ ERYILMAZ 30, 46, 86
MEHMET ALİ GÖK 38
MEHMET ALİ KARACAER 156
MEHMET ALİ YERDEL 62
MEHMET BAKİ DOĞAN 102
MEHMET EMİN GÜNEŞ 30, 38, 102, 121, 123, 125, 130, 138,
144, 150, 152
MEHMET EREN YÜKSEL 52, 64
MEHMET ESAT DUYMUŞ 100
MEHMET GAMSIZKAN 97
MEHMET GÜLEN 31
MEHMET GÜMÜŞ 40
MEHMET HACİYANLI 55, 70, 137
MEHMET İLHAN 26, 36, 37, 52
MEHMET İLHAN YILDIRGAN 87, 101, 113, 116, 131
MEHMET KADİR BARTIN 115
MEHMET KAMİL YILDIZ 33, 44, 71, 77, 108, 122, 132
MEHMET KARAHAHAN 41
MEHMET LEVHİ AKIN 78
MEHMET MEHDİ DENİZ 123
MEHMET MİHMANLI 32, 33, 68, 92, 106
MEHMET ODABAŞI 108
MEHMET ÖZER 37, 40, 48, 66
MEHMET ÖZYILDIZ 94, 117, 136, 139
MEHMET SAYDAM 126, 151
MEHMET TAHİR ORUÇ 89, 100, 104, 107, 113, 118, 135
MEHMET TİMUÇİN AYDIN 90, 91
MEHMET VOLKAN YİĞİT 88
MEHMET YAMAÇ ERHAN 122
MEHMET YILDIRIM 125
MEHMET YILDIZ 126, 151

MEHMET ZEKİ BULDANLI 54
MELİH PAKSOY 67, 70, 75, 82
MERAL DOĞAN 46
MERT GÖL 115
MERT MAHSUNİ SEVİNÇ 38, 68, 103, 121, 130, 139, 144, 148,
150, 151, 152, 153
MERVE BÜŞRA CENGİZ 62
METE CANPOLAT 100
METE GÜNGÖR 77
METİN ERTEM 61, 67, 76, 98
METİN KARADENİZ 91
METİN KEMENT 38, 51
METİN ŞENOL 135
METİN YEŞİLTAŞ 47, 104
M.KAMİL YILDIZ 63, 70, 84
M. KEMAL ATAHAN 55
M. LEVHİ AKIN 78
M. MAHİR ÖZMEN 27, 35, 56, 61, 68, 72, 82, 142, 145, 157
MUAMMER KARAAYVAZ 99, 115, 126, 134, 156
MÜCAHİT ÖZBİLGİN 115
MUHAMMED DOĞANGÜN 116
MUHAMMED ÜÇÜNCÜ 26, 36, 37, 52
MUHAMMED ZÜBEYİR ÜÇÜNCÜ 40, 45, 50, 56
MUHAMMET AKYÜZ 106, 136
MUHAMMET KADRİ ÇOLAKOĞLU 60, 69
MUHAMMET Z. ÜÇÜNCÜ 41
MUHARREM BATTAL 32, 33, 68, 106
MUHARREM KARAOĞLAN 101
MÜNEVVER MORAN 27, 35, 56, 61, 157
MURAT ALKAN 41
MURAT BAĞ 144
MURAT BURÇ YAZICIOĞLU 87, 93, 105, 112, 136, 137, 154
MURAT ÇAYCI 116, 118, 120
MURAT COŞKUN 94, 96, 105, 136, 137, 139, 154
MURAT DEREBEY 60
MURAT ÖZBAN 88
MURAT SENCER ÖZSOY 150
MURAT TAN 64, 139
MURAT ULAŞ 43, 54, 60, 67, 69, 83
MURAT YILDAR 96
MUSA AKOĞLU 43, 54, 60, 69, 83
MUSA İLGÖZ 96
MUSTAFA AYDIN 62
MUSTAFA CELALETİN HAKSAL 87, 93, 105, 112, 136, 137, 154
MUSTAFA GÖKHAN ÜNSAL 48
MUSTAFA HAKSAL 96, 117
MUSTAFA HASBAHÇECİ 36, 62, 74
MUSTAFA KEÇER 60
MUSTAFA ÖNCEL 73
MUSTAFA ÖZBAĞRIAÇIK 74
MUSTAFA ÖZSOY 153
MUSTAFA ŞAHİN 140, 147, 155
MUSTAFA TAYFUR YAĞCI 133
MUSTAFA TİRELİ 122
MUSTAFA TÜKENMEZ 37, 41, 60, 64, 102, 139
MUSTAFA UYGAR KALAYCI 48
MUŞVIQ HASANOV 110
MUZAFFER AKINCI 31
MUZAFFER KEÇECİ 146

N

NAİL ÖMEROV 66
NAİM MEMMİ 62
NAMİG NOVRUZOV 84
NAZAN OKUR 153
NAZİF ERKAN 125
NAZİF ZEYBEK 97
NAZİM GÜREŞ 65, 116, 117, 120
NAZMİ YAŞAR SAYIM 95
NECAT CİN 70, 71, 107, 130, 141, 154
NECATİ ÖZEN 60, 63, 70, 84
NECLA KARADEMİR 46
NEJDET BİLDİK 38
NERGİS AKSOY 30
NERGİZ AKSOY 86
NEŞET KÖKSAL 81
NEVRA DURSUN 30
NEZİH AKKAPULU 96
NİHAN COSGUN 130
NİHAT AKSAKAL 41, 64, 66, 80, 102, 139
NİHAT POLAT 152
NİMET ŞİMŞEK 86
NİZAMETTİN DEMİRCİ 120
NURAY AYPER ÖNGEN 89, 94, 104, 107
NURAYDIN ÖZLEM 39, 43, 51, 53, 81, 110, 146, 148, 150
NURCİHAN AYGÜN 92
NURETTİN ŞAHİN 140
NURİ ALPER ŞAHİN 110
NURİ GÖNÜLLÜ 94
NURKAN TÖRER 34, 57, 76, 78
NURULLAH BÜLBÜLLER 86, 89, 92, 99, 100, 104, 107, 109,
113, 118, 135
NURULLAH SEYHUN 102
NURVER ÖZBAY 144

o-ö

ÖMER ALICI 156
ÖMER CENK CUCUK 66
ÖMER FARUK ÖZKAN 99, 126, 134, 149, 156
ÖMER KARAHAN 30, 46, 86
ÖMER VEDAT ÜNALP 42, 46, 49, 114
ÖNDER ALTIN 41
ONUR BAYRAKTAR 54, 112, 127, 129
ONUR BİRSEN 88
ONUR OLGAC KARAGÜLLE 132
ONUR PEŞLUK 157
ORHAN AĞCAOĞLU 41, 60, 64, 66, 80, 102, 139
ORHAN ALİMOĞLU 54, 75, 127
ORHAN ARAS 142, 146
ORHAN BAT 108, 110
ORHAN GÖZENELİ 34
OSMAN BARAN TORTUM 54, 127
OSMAN BİLGİN GÜLÇİÇEK 132
OSMAN ZEKAİ ÖNER 86, 89, 92, 94, 99, 107, 109, 118
OZAN ŞEN 115
ÖZCAN ALPDOĞAN 87, 115, 129, 133, 138
ÖZER MAKAY 49, 66
ÖZGEN AVCI 154

ÖZGE ÜNAL BAYRAKTAR 127
ÖZGÜN AKGÜL 130
ÖZGÜR AYTAÇ 34, 57, 76, 78
ÖZGÜR DANDİN 116
ÖZGÜR EKİNCİ 128, 137
ÖZGÜR FIRAT 27, 29, 42, 46, 49, 95, 114
ÖZGÜR HARMANCI 50, 70
ÖZGÜR KEMİK 65, 116, 117, 120
ÖZGÜR PEKEL 120
ÖZKAN SUBAŞI 117, 154
ÖZLEM AKÇA 110
ÖZTEKİN ÇIKMAN 99, 115, 126, 134, 149, 156

P

PELİN BASİM 73
PELİN ÖNAL 86

R

RAFET KAPLAN 31, 53
RAMAZAN ERYILMAZ 155
RAMAZAN SERDAR ARSLAN 105, 111
RECEP AKTİMUR 39, 43, 53, 81, 110, 146, 148, 150, 156
RECEP DEMİRGÜL 86
RECEP GÜLOĞLU 26
REŞAT SAFAROV 49
RIDVAN SEVEN 41, 64, 66, 80, 139
ROJBİN KARAKOYUN DEMİRCİ 86, 92, 94, 99

S-Ş

SABRİ SELÇUK ATAMANALP 87, 101, 116, 131
SADIK KEŞMER 39, 43, 53, 150
SADIK ÖZMEN 46
ŞAFAK ULUTÜRK 105, 111
ŞAHİN KAYMAK 97
ŞAHNAZ İSKEDEROVA 142
SALİH BÖLÜK 54, 112, 127, 129
SALİH TOSUN 112, 128, 137
SANİYE GENCER 46
SAVAŞ BAYRAK 103, 121, 125, 139, 144, 148, 150, 151, 152,
153
SAVAŞ YAKAN 125
SAVAŞ YILBAŞ 152
SAVAŞ YÜRÜKER 60, 63, 70, 71, 84
SEDAT KAMALI 47
ŞEFİKA AKSOY 130, 148
SEHER DENİZ ÖZTEKİN 29
SELAHATTİN VURAL 38
SELÇUK KAYA 41
SELÇUK MERCAN 41, 64, 66, 80, 102, 139
SELİM BİROL 42, 47, 93, 97, 119, 143
SELİM DOĞAN 41
SELİM YİĞİT YILDIZ 87, 94, 96, 105, 112, 117, 136, 137, 139,
154
SELİN KAPAN 48
SEMİH HOT 104
SEMRA TUTCU ŞAHİN 105, 111, 122
ŞENOL CARILLI 77
SERACETTİN EĞİN 47

SERAP ULUSOY 37, 40, 48, 66
SERDAR ÇULCU 30, 123, 125
SERDAR GÜRSUL 72, 88
SERDAR ŞENOL 63, 71
SERDEN AY 30, 46, 86
ŞERİFE ŞİMSEK 62
SERKAN ADEMOĞLU 99, 126, 134
SERKAN FATİH YEĞEN 38, 41
SERKAN ÖZEN 68, 142
SERKAN SARI 30
SERVET KARAHAN 44, 84, 131, 133
SERVET RÜŞTÜ KARAHAN 104
SERVET TALİ 140, 147, 155
SEVCAN ALKAN 70
SEVGİ KESİCİ 152
ŞEVKİ PEDÜK 53
SEYİT MURAT AYDIN 37
SEZGİN YILMAZ 153
SİBEL GELECEK 27, 35, 56, 61, 145, 157
SİNAN ARICI 132
SİNAN ERSİN 27, 29, 42, 46, 49, 95, 114
SİNAN ÖMEROĞLU 92
SİNAN SAYIR 88
SİNAN TEZER 123, 143
SİRAÇ AKGÜL 121
SONAY BALTACI GÖKTAŞ 124
SUAT CAN ULUKENT 110
ŞÜKRÜ BOYLU 95
ŞÜKRÜ ÇOLAK 102, 103, 121, 123, 125, 138, 139, 144, 150,
151, 152, 153
ŞÜKRÜ ÖZDEMİR 89, 92, 94, 99, 104, 107
SÜLEYMAN ATALAY 108, 132
SÜLEYMAN BADEMLER 140
SÜLEYMAN BOZKURT 36, 62
SÜLEYMAN BÜYÜKAŞIK 140
SÜLEYMAN KALCAN 74
SÜMEYRA BÖLÜK 112, 129

T

TAHİR ORUÇ 155
TAHSİN DALGIÇ 67, 69, 83
TAMER KARŞIDAĞ 75
TANER ÖZKEÇECİ 153
TARIK ZAFER NURSAL 34, 57, 76, 78
TARKAN AMU 90
TAYFUN KARAHASANOĞLU 35, 48, 63, 77, 114
TAYFUN YOLDAŞ 95
TAYFUR YAĞCI 104
TAYLAN ÖZGÜR SEZER 27, 29, 42, 46, 49, 65, 95, 114
TEOMAN COŞKUN 122
TEVFİK TOLGA ŞAHİN 142, 145
TOLGA CANBAK 74
TOLGA MÜFTÜOĞLU 84, 132
TOLGA ŞAHİN 27, 35, 157
TOYGAR TOYDEMİR 143, 157
T. TOLGA ŞAHİN 61, 68, 72, 82
TUBA SEZER 46
TUFAN GÜMÜŞ 65
TUGAN TEZCANER 50, 73

TUĞAN TEZCANER 70
TUĞRUL ÇAKIR 100
TUĞRUL KESİCİOĞLU 63, 70, 84
TUNA BİLECİK 113, 118, 135, 155
TUNA GELDİGİTTİ 28, 44, 104, 131
TURGAY DEMİR 83
TURGAY ÖZTÜRKMEN 93
TURGUT ANUK 81
TÜRKAN DÜBÜŞ 38
TÜRKAN METE 156
TÜRKER ACEHAN 104
TÜRKER KARABUĞA 87, 90, 115, 129, 133, 138

U-Ü

UFUK ARSLAN 104
UĞUR AÇIKALIN 95
UĞUR BULUT 69
UĞUR DUMAN 116, 118, 120
UĞUR KESİCİ 152
UĞUR KILINÇ 56
ÜLEYMAN BOZKURT 62
ÜLKEM ÇAKIR 65, 116, 117, 120
ÜLKÜ DAĞLI 73
ÜMİT AKYÜZ 109, 146
ÜMİT KOÇ 86, 89, 104, 118
ÜMİT SEKMEN 67, 70, 75, 82
ÜMİT TOPALOĞLU 108
UMUT BARBAROS 41, 64, 66, 80, 102, 139
UMUT ERCAN 126
UMUT RIZA GÜNDÜZ 86, 92, 94, 99
ÜNAL AYDIN 87, 115, 129, 133, 138
ÜNAL SAKINCI 81

V

VAHİT ÖZMEN 60, 102
VEDAT ULUĞ 115
VEYSEL GARANİ SOYLU 100
V.MELİH KARA 70, 83, 84
VOLKAN ÖTER 67
VOLKAN TÜMENTEMUR 84
VURAL SOYER 60, 78

Y

YAHYA EKİCİ 70
YAŞAR ÖZDENKAYA 73
YAŞAR SUBUTAY PEKER 97
YASİN GÜNEŞ 152
YASİN PEKER 55, 70, 71, 107, 130, 137, 141, 154
YAVUZ KAYA 122
YAVUZ ÖZDEMİR 78
YAVUZ POYRAZOĞLU 126, 151
YAVUZ SELİM İLHAN 69, 72, 73
YAVUZ YALÇIN 119
YELİZ EMİNE ERSOY 62
YEŞİM ÖZEN ALAHDAB 152
YETKİN ÖZCABI 123, 142, 143
YİĞİT DÜZKÖYLÜ 123, 125, 138
YİĞİT SOYTAŞ 37, 40, 45, 50, 52, 56

YÜKSEL ALTINEL 98, 120
YÜKSEL ARIKAN 153
YÜKSEL BALDAN 97
YÜKSEL BEYAZ 84
YUNUS ÖZTÜRK 110
YUNUS TAŞÇI 53, 63, 64, 65, 79, 80, 82, 83
YUSUF ÇINAR 117
YUSUF MURAT BAĞ 100
YUSUF PEKER 97

Z

ZADE REŞAT SAFAROV 65
ZAFER ŞENOL 78
ZEHRİ BOYACIOĞLU 94, 96, 112, 137, 139, 154
ZEHRİ ÜNAL ÖZDEMİR 135
ZELİHA TÜRKİYİLMAZ 53, 63, 83
ZEYNEP BALCI 56
ZEYNEP ÖZKAN 69
ZÜHRE AYTAÇ 135

HARMONIC ACE® + Shears with Adaptive Tissue Technology

Greater precision through improved
energy delivery



Güçlü Tasarım, Güvenli Cerrahi



echelon.60
ENDOPATH® STAPLER

 **ETHICON ENDO-SURGERY**
a Johnson & Johnson company