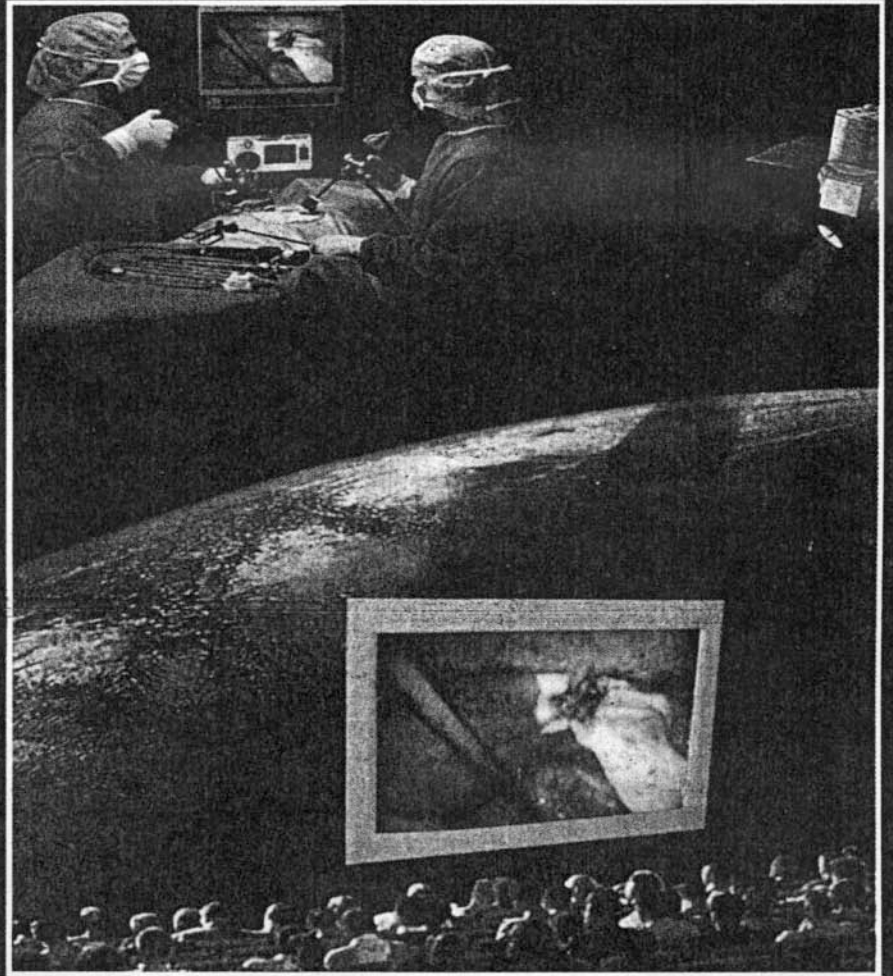


HAZİRAN 1997  
CİLT: 4  
SAYI: 2

June 1997  
Volume: 4  
No:2

Editör:  
Prof.Dr.Cavit AVCI

# ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK & CERRAHİ MINİMAL İNVAZİV DERGİSİ



III. ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ  
PROGRAM VE ÖZET KİTABI / PROGRAM and ABSTRACT BOOK

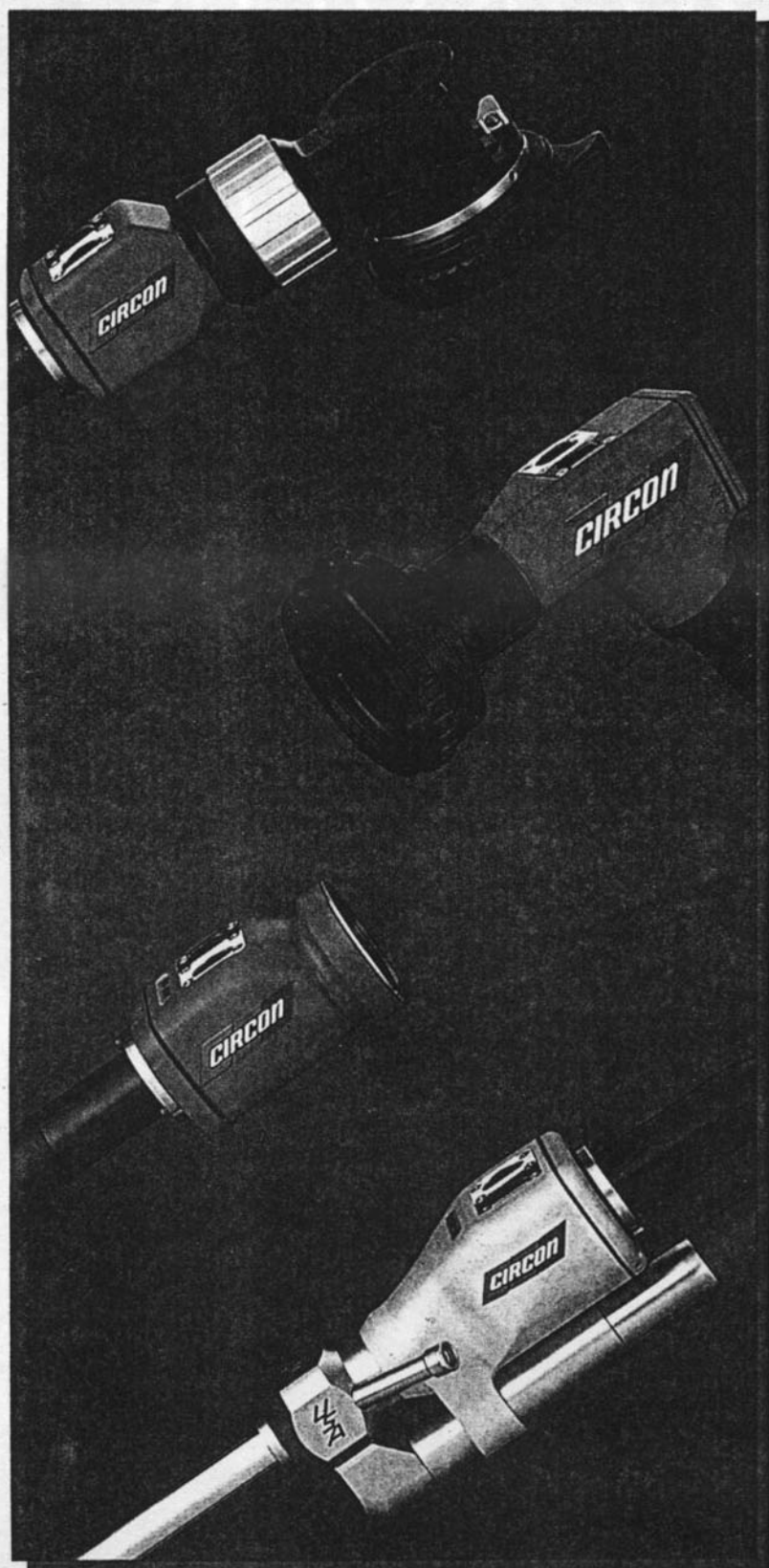


Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneğinin Yayın Organıdır  
*Turkish Journal of Endoscopic Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery*

■ The CIRCON Family of Digital Cameras

# *MicroDigital™-IV*

## **Digital RGB Video Camera**



### **The Newest Endoscopy Technology— Digital Video**

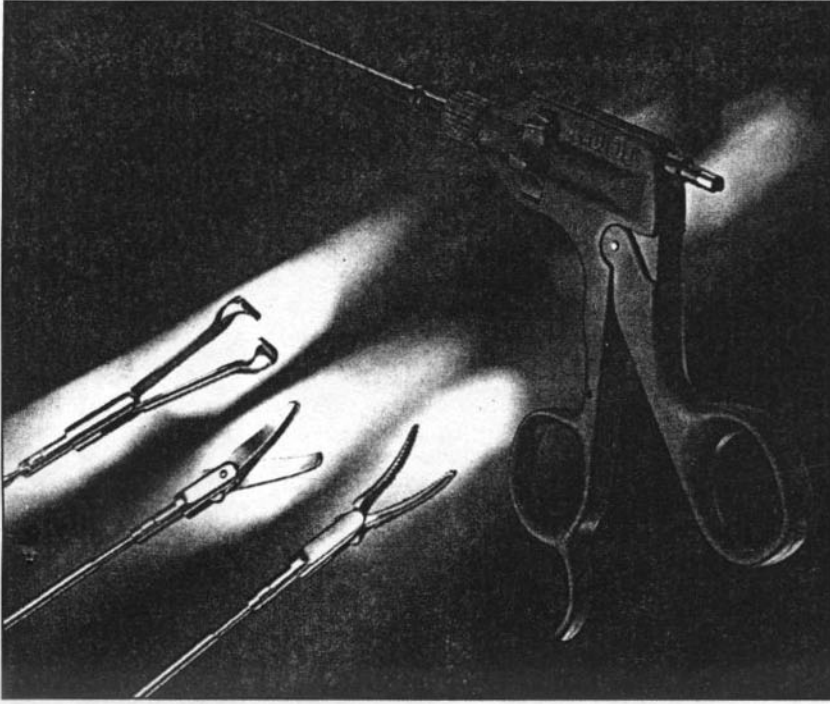
- **Superior Digital Video Images**
  - True-to-life color
  - Excellent resolution
  - Crisp, clear images
- **Surgeon Controlled**
  - Two push buttons on camera head
  - Light sensitivity boost
  - Documentation accessories / freeze frame
- **Latest Technology**
  - Larger bandwidth digital signal
  - Superior to analog technology
- **No Flaring or Washout**
  - Continuous automatic electronic shutter
  - Four levels of brightness selectable from camera head
- **Reliable Surgical Tool**
  - Durable digital circuitry
  - Operability verification at start-up
  - Built-in color bars
  - User replaceable cable



*Largest USA Producer of  
Medical Endoscope and Video Systems*

# INTERMEDİKA

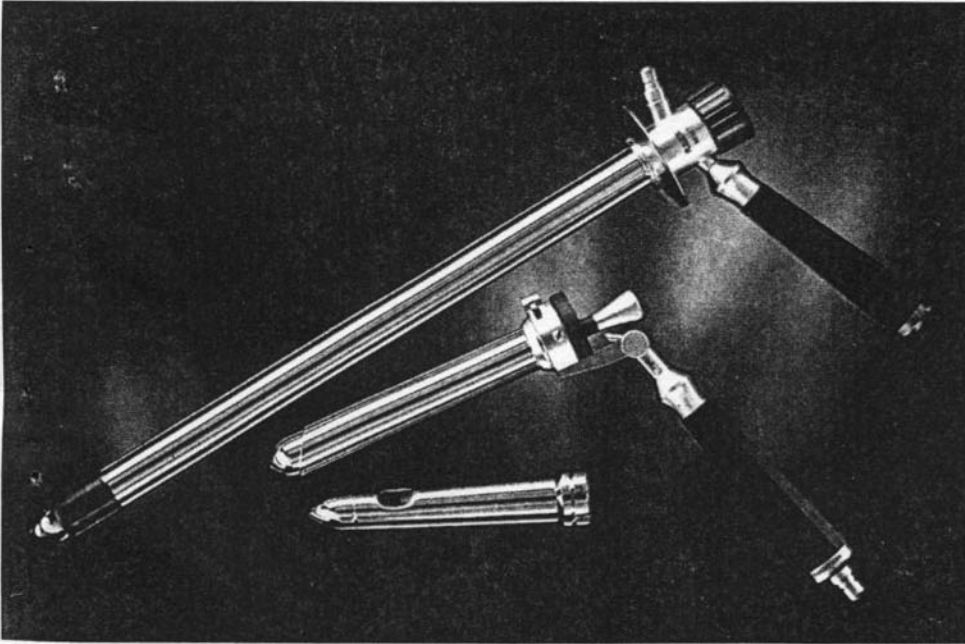
MEDİKAL GEREÇLER PAZ. LTD. ŞTİ.



► **RIWO GRIP**

Moduler forceps and scissors system

- Laparoscopic Cholecystectomy
- Laparoscopic Appendectomy
- Laparoscopic Splenectomy
- Laparoscopic Colon Resection
- Open Laparoscopic Cholecystectomy
- Endoscopic Subfasial Dissection of the Perforating Veins
- Thoracoscopy
- Mediastinoscopy



► **Proctoscopy and Rectoscopy**

- Restoscopy
- Proctoscopy
- Sigmoidoscopy
- Aspiration-Ligature Instrument for Haemorrhoids
- Disposable Procto-Rectoscopy
- Transanal Endoscopic Microsurgery

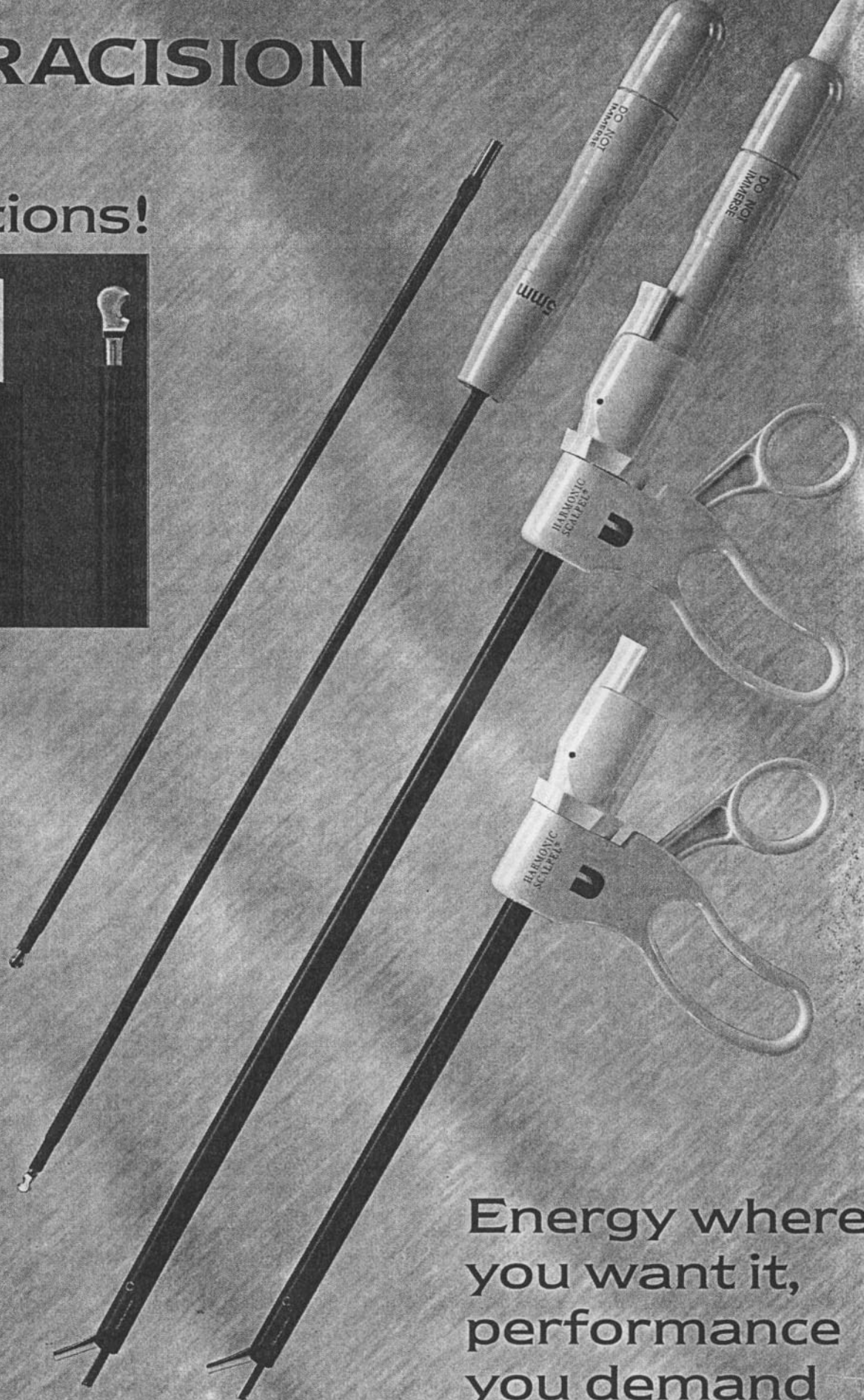
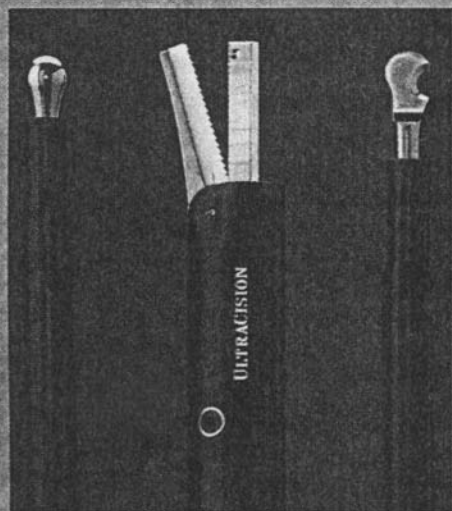
PCK, Stonelith Extracorporeal Shock Wave ve Calculith Intracorporeal Pneumatic Lithotriplerin üreticisi ve R. WOLF'ün Türkiye tek temsilcisidir.

 **PCK** Elektronik Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.

Çetin Emeç Bulvarı 4. Cadde, PCK Binası No: 14 Öveçler 06450 ANKARA Tel: (0.312) 482 12 10 - 419 45 56 Fax: (0.312) 425 67 03

# ULTRACISION

Good  
Vibrations!



Energy where  
you want it,  
performance  
you demand



ETHICON ENDO-SURGERY  
a Johnson & Johnson company

Instrumental in improving life



**E. L. C. D.**  
Ulusal  
Endoskopik -Laparoskopik  
Cerrahi Derneği

Ulusal Endoskopik-Laparoskopik  
Cerrahi Derneğinin Yayın Organıdır

Official Journal of the Turkish  
Association for Endoscopic  
Laparoscopic Surgery

Sahibi:  
Prof. Dr. Cavit AVCI

Cilt / Volume 4 Sayı / Number 2  
HAZİRAN / JUNE Yıl / Year 1997

EDİTÖR / EDITOR in CHIEF  
Cavit AVCI

EDİTÖR YARDIMCILARI /  
CO EDITORS  
Levent AVTAN  
Osman YÜCEL

ULUSAL YAYIN DANIŞMA KURULU /  
NATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Bülent ACUNAŞ (İstanbul)  
Dursun AKDEMİR (İstanbul)  
Özdemir AKTAN (İstanbul)  
Musa AKOĞLU (Ankara)  
Kemal ALEMDAROĞLU (İstanbul)  
Aydın ALPER (İstanbul)  
Nusret ARAS (Ankara)  
Tahsin B. ARSAN (İstanbul)  
Selçuk ATAMANALP (Erzurum)  
Moşe BENHABİB (İstanbul)  
Dursun BUĞRA (İstanbul)  
Bahattin CANBEYLİ (İzmir)  
Faik ÇELİK (İstanbul)  
İlgaz DOĞUSOY (İstanbul)  
Emin ERKOÇAK (Adana)  
M. Hayri ERKOL (Gaziantep)  
Tarkan ESEN (İstanbul)  
Erhun EYÜBOĞLU (İstanbul)  
Mehmet FÜZÜN (İzmir)  
Ergun GÖNEY (İstanbul)  
Mehmet GÜREL (Malatya)  
Timur GÜRGAN (Ankara)  
Hikmet HASSA (Eskişehir)  
Selçuk MERCAN (İstanbul)  
Mehmet NEŞŞAR (Denizli)  
Ceyhan ORAL (İstanbul)  
Vahit ÖZMEN (İstanbul)  
İskender SAYEK (Ankara)  
Hasan SERDAROĞLU (İstanbul)  
Yunus SÖYLET (İstanbul)  
Erdoğan M. SÖZÜER (Kayseri)  
Rifat YALIN (İstanbul)  
Özdemir YARARBAŞ (İzmir)  
Abdullah ZORLUOĞLU (Bursa)

## İÇİNDEKİLER - CONTENTS

### III. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi ÖZEL SAYISI

Kongre Organizasyon Kurulu .....	4
Kongre Genel Bilgileri .....	5
Düzenleyen Kuruluşlar .....	6
Canlı Yayın Ameliyatlar .....	7
Bilimsel Program Tablosu .....	8-9
Kongre Programı .....	10-11
Serbest Bildiri Oturumları .....	12-15
Poster Bildiri Oturumları .....	16-17
Serbest Bildiri Özetleri .....	19-40
Poster Bildiri Özetleri .....	41-49
<b>Karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı komplikasyonlar</b> Complication related gallstone spillage <b>A. TEKİN</b> .....	51-54
<b>Laparoskopik cerrahide enstrümanter komplikasyonlar</b> Instrumenter complicatins of laparoscopic surgery <b>ÖF AKINCI, M. BOZER, A. COŞKUN, ŞA DÜZGÜN, A. UZUNKÖY</b> .....	55-57
<b>Literatür Servisi</b> Journal of Laparoendoscopic Surgery .....	58
Surgical Laparoscopy & Endoscopy .....	59
Surgical Endoscopy-Ultrasound and Interventional Techniques .....	60
Editöre Mektup .....	61
İndeks .....	63-64

# III. ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATKIYLA

İSTANBUL

ERESİN TOPKAPI OTELİ

14 - 16 MAYIS  
1997

Sabahları

İSTANBUL TIP ve  
CERRAHPAŞA TIP  
FAKÜLTELERİNDEN

CANLI  
AMELİYAT  
YAYINI

INTERACTIVE  
LIVE SURGERY

Öğleden sonraları

VIDEO PANELLER

*Laparoskopik*

FITIK GİRİŞİMLERİ

HİATUS GİRİŞİMLERİ

ZOR KESELER

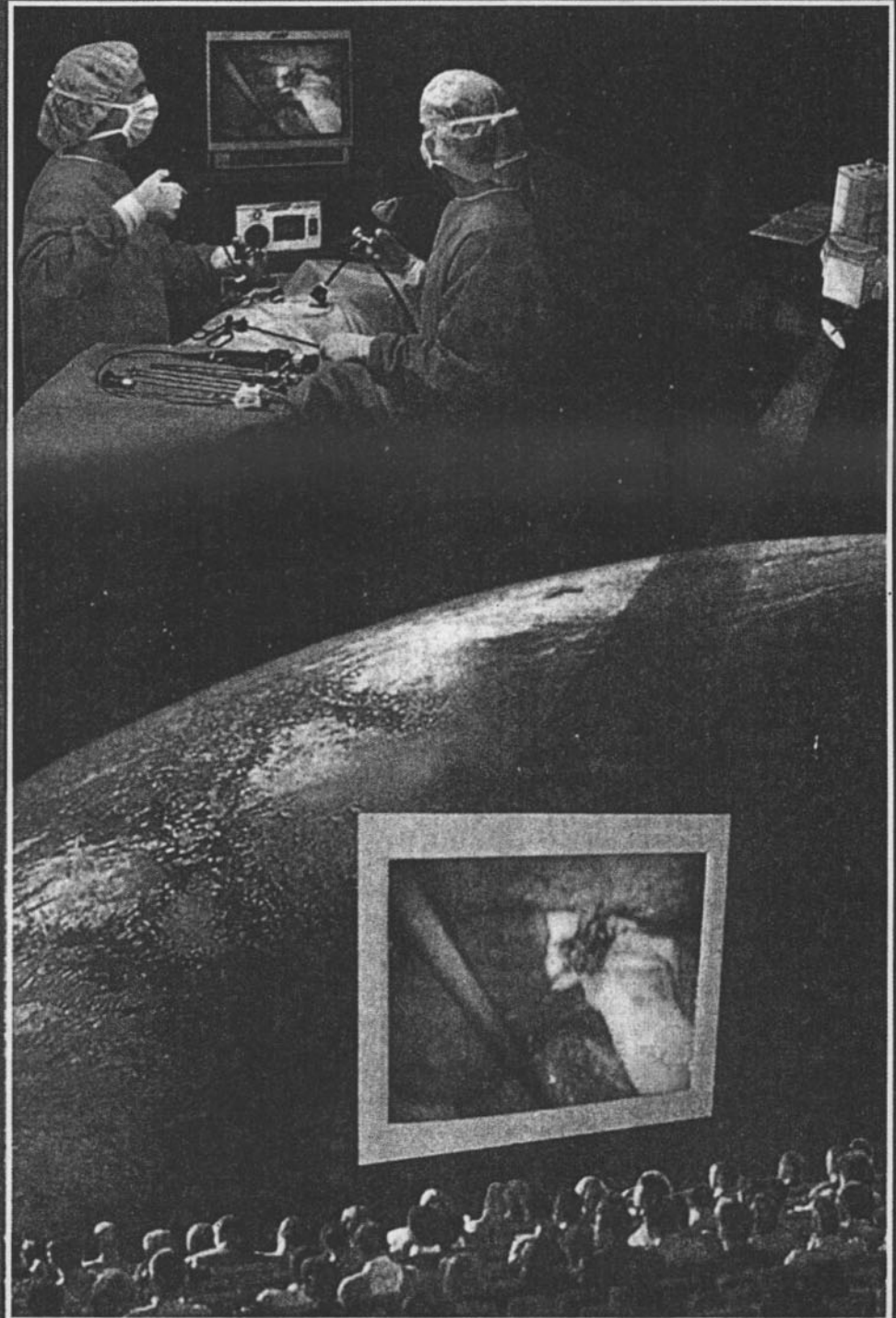
SAFRA YOLU GİRİŞİM

HEPATO-SPLENİK GİR.

APANDİSEKTOMİLER

KOLON GİRİŞİMLERİ

DİĞER GİRİŞİMLER



DÜZENLEYEN KURULUŞLAR

Ulusal Endoskopik - Laparoskopik Cerrahi Derneği - E.L.C.D.

İ.Ü. Sürekli Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi

# III. ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

## 14-16 Mayıs 1997, İstanbul

### Onursal Başkanlar

Prof. Dr. Bülent Berkarda (İstanbul Üniversitesi Rektörü)

Prof. Dr. Mesut Parlak (İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı)

Prof. Dr. Ahmet Nejat Özbal (Cerrahpaşa Tıp Fak. Dekanı)

### Kongre Başkanı

Prof. Dr. Cavit Avcı

Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği Başkanı  
İstanbul Üniversitesi Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürü

### Kongre Sekreterleri

Dr. Levent Avtan

Dr. Metin Ertem

### Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD) Yönetim Kurulu

C. Avcı (Başkan), Ö. Aktan (II. Başkan), V. Özmen (Genel Sekreter), L. Avtan (Sayman)

Üyeler: A. Alper, D. Buğra, K. Alemdaroğlu, C. Uras, R. Yalın, A. Zorluoğlu, F. Çelik, M. Gürel, M. Akaydın

### Kongre Düzenleme ve Danışma Kurulu

#### İSTANBUL

Dr. Aydın Alper (İst. Tıp Fak.)  
Dr. Vahit Özmen (İst. Tıp Fak.)  
Dr. Dursun Buğra (İst. Tıp Fak.)  
Dr. Selçuk Mercan (İst. Tıp Fak.)  
Dr. Abdullah İğci (İst. Tıp Fak.)  
Dr. Kemal Alemdaroğlu (Cerrahpaşa Tıp Fak.)  
Dr. Tarık Akçal (Cerrahpaşa Tıp Fak.)  
Dr. Ceyhan Oral (Cerrahpaşa Tıp Fak.)  
Dr. Cihan Uras (Cerrahpaşa Tıp Fak.)  
Dr. Mustafa Taşkın (Cerrahpaşa Tıp Fak.)  
Dr. Rifat Yalın (Marmara Ü. Tıp Fak.)  
Dr. Özdemir Aktan (Marmara Ü. Tıp Fak.)  
Dr. Ahmet Batkın (İstanbul GATA)  
Dr. Faik Çelik (SSK Göztepe)  
Dr. Şervet Karahan (SSK Okmeydanı)  
Dr. Üzeyir Tuncer (Haseki Hast.)  
Dr. Osman Yücel (Haydarpaşa Hast.)  
Dr. Adnan İşgör (Şişli Etfal Hast.)  
Dr. Abut Kebudi (Şişli Etfal Hast.)  
Dr. Arslan Kaygusuz (SSK Samatya)  
Dr. Selim Sarı (SSK Samatya)  
Dr. İ. Diler Özçmak (Taksim Hast.)  
Dr. Mustafa Gülmen (Kartal Eğitim Hast.)  
Dr. Tayfun Yücel (Kartal Eğitim Hast.)

#### ANKARA

Dr. Nusret Aras (Ankara Tıp Fak.)  
Dr. Mehmet Gürel (Ankara Tıp Fak.)  
Dr. İskender Sayek (Hacettepe Tıp Fak.)  
Dr. Metin Çakmakçı (Hacettepe Tıp Fak.)  
Dr. Ahmet Özenç (Hacettepe Tıp Fak.)  
Dr. Ümit Sarıkayalar (Ankara GATA)  
Dr. Derviş Şen (Ankara GATA)  
Dr. Mesut Pekcan (Ankara GATA)  
Dr. Erhan Tatlıcıoğlu (Gazi Ü. Tıp Fak.)  
Dr. Seçkin Sarı (SSYB Ankara Hast.)  
Dr. Musa Akoğlu (Ankara Yüksek İhtisas Hast.)  
Dr. Fuat Atalay (Ankara Yüksek İhtisas Hast.)  
Dr. Atilla Korkmaz (Ankara Numune Hast.)

Dr. Nuri A. Kama (Ankara Numune Hast.)  
Dr. İsmail Akcan (Ankara GATA)  
Dr. Köksal Önal (Ankara GATA)  
Dr. İsmet Baran (SSK Dışkapı)

#### İZMİR

Dr. Ali Koyuncu (Ege Ü. Tıp Fak.)  
Dr. Özdemir Yararbaş (Ege Ü. Tıp Fak.)  
Dr. Bahattin Canbeyli (SSK Tepecik)  
Dr. Mehmet Füzün (9 Eylül Ü. Tıp Fak.)  
Dr. Semih Doğan (Eşrefpaşa Belediye Hast.)

#### KAYSERİ

Dr. Erdoğan M. Sözüer (Erciyes Ü. Tıp Fak.)  
Dr. Abdullah Sağlam (Erciyes Ü. Tıp Fak.)

#### ERZURUM

Dr. Durkaya Ören (Atatürk Ü. Tıp Fak.)  
Dr. Selçuk Atamanalp (Atatürk Ü. Tıp Fak.)

#### ADANA

Dr. Emin U. Erkoçak (Çukurova Ü. Tıp Fak.)

#### BURSA

Dr. Abdullah Zorluoğlu (Uludağ Ü. Tıp Fak.)

#### ANTALYA

Dr. Mustafa Akaydın (Akdeniz Ü. Tıp Fak.)

#### DENİZLİ

Dr. Mehmet Neşşar (Pamukkale Ü. Tıp Fak.)

#### DİYARBAKIR

Dr. Şükrü Boylu (Dicle Ü. Tıp Fak.)

#### GAZİANTEP

Dr. M. Hayri Erkol (Gaziantep Ü. Tıp Fak.)

#### MANİSA

Dr. Yalçın Aker (Celal Bayar Ü. Tıp Fak.)

#### KOCAELİ

Dr. Mustafa Dülger (Kocaeli Ü. Tıp Fak.)

#### TRABZON

Dr. Adnan Çalık (Karadeniz Ü. Tıp Fak.)

#### HATAY

Dr. Kenan Yüce (Devlet Hastanesi)

#### VAN

Dr. Osman Güler (100. Yıl Ü. Tıp Fak.)

# III. ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ GENEL BİLGİLER

## KONGRE MERKEZİ

İstanbul Eresin Topkapı Oteli, Millet Cad. 186 Topkapı-İstanbul  
Tel: 0212 631 12 12 Faks: 0212 631 37 02

## KONGRE TURİZM ACENTASI

Active Turizm, Bağdat Cad. No:374/5 81070 Şaşkınbakkal-İstanbul  
Tel: 212 467 06 47 Faks: 212 467 06 51

## KONGRE TAKVİMİ

14 Nisan 1997 Bildiri özeti gönderme ve indirimli kayıt için son başvuru tarihi  
30 Nisan 1997 Bildiri kabul mektubu gönderme  
14 Mayıs 1997 Kongre Merkezinde kayıt (Saat 15.00-18.30)  
15 Mayıs 1997 Kongre Merkezinde kayıt (Saat 08.00-08.45)  
15-16 Mayıs 1997 Bilimsel Program

## SOSYAL AKTİVİTELER

**14 Mayıs 1997 Açılış Kokteyli**  
15.00-18.30 Kayıt ve Kongre evrakı dağıtımı  
19.00-21.00 Eresin Otel "English Pub"da Canlı Müzik ve Soğuk-Sıcak Büfe

**15 Mayıs 1997 Kongre Gala Yemeği**  
19.00-23.00 Boğazda Müzikli Restoranda Yemek-Eğlence  
Sepetçiler Kasrı - Sarayburnu

## **15 ve 16 Mayıs 1997**

Standların konumlandırılacağı Topkapı Restoran'da "Lunch Packet" ile Öğle Yemeği

## KREDİLENDİRME ve SERTİFİKA

Kongre Türk Tabipler Birliği tarafından 13 puan ile kredilendirilmiştir ve kayıt yaptırarak katılanlara katılım sertifikası verilecektir.

## YAYIN

Kabul edilen bildiri özetleri Endoskopik Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi'nde yayınlanacaktır.

## SERGI

Kongrenin düzenleneceği Eresin Topkapı Oteli'nde kongreye katılan firmaların ürünlerini tanıtacakları geniş bir sergi alanı ayrılmıştır.

## KONGRE TEKNİK DONANIM ve CANLI YAYIN

ASTROCOM - KOMSİS, SONY-EREL Elektronik ve BÜRSAN tarafından gerçekleştirilecektir.

## KONGRE BÜROSU BİLDİRİ ve BAŞVURU GÖNDERME ADRESİ

ODVİM Merkezi (Prof. Dr. Cavit Avcı), İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Monoblok, 34390 Çapa-İstanbul  
Tel: (212) 533 34 32 Faks: (212) 534 16 05 E. Mail: Odvim@turk.net



# III. ULUSAL ENDOSKOPIK- LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

## DÜZENLEYEN KURULUSLAR



Ulusal Endoskopik - Laparoskopik Cerrahi Derneği (E.L.C.D)



İstanbul Üniversitesi Sürekli Tıp Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi



İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı



Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

## YURT DIŞINDAN DAVETLİ KONUKLAR

Dr.Bijan GHAVAMI ..... Lausanne / İsviçre  
Dr.Georges Frederique BEGIN... Dijon / Fransa  
Dr.Phillippe. BREIL ..... Paris / Fransa  
Dr. Edmond ESTOUR ..... Lyon (Valence) / Fransa

## CANLI YAYIN İÇİN AMELİYATHANE YÖNETİCİLERİ

Dr.Dursun BUĞRA ..... İstanbul Tıp Fakültesi  
Dr.Levent AVTAN ..... İstanbul Tıp Fakültesi  
Dr.Sabri ERGÜNEY ..... Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Dr.Metin ERTEM ..... Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

## AMELİYATHANE - KONGRE SALONU İLETİŞİM VE ÇEVİRİ MODERATÖRLERİ

Dr. Cavit AVCI ..... Kongre Salonu  
Dr. Dursun BUĞRA ..... İstanbul Tıp Fakültesi Ameliyathaneleri  
Dr. Sabri ERGÜNEY..... Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ameliyathaneleri

## İSTANBUL TIP FAKÜLTESİNDEN GERÇEKLEŞTİRİLECEK CANLI AMELİYAT YAYINLARI

15 Mayıs 1997 Perşembe

Dr.Edmound ESTOUR: - Laparoskopik Transperitoneal  
Dr.Dursun BUĞRA İnguinal Herni tamiri (TAPP)

Dr.Georges F. BEGIN - Laparoskopik Ekstraperitoneal  
Dr.Levent AVTAN İnguinal Herni tamiri (TEP)

16 Mayıs 1997 Cuma

Dr.Philippe BREIL - Laparoskopik Hiatal Antireflü (Toupet) veya  
Dr.Dursun BUĞRA Kardiomyotomi (Heller) Girişimi

Dr.Georges F.BEGIN - Laparoskopik Ekstraabdominal Apendektomi  
Dr.Levent AVTAN (Tek porttan-Operatif kanallı Laparoskop ile)

Dr.Aydın ALPER - Laparoskopik Karaciğer  
Dr.İlgin ÖZDEN Kist Hidatik Girişimi

## CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİNDEN GERÇEKLEŞTİRİLECEK CANLI AMELİYAT YAYINLARI

15 Mayıs 1997 Perşembe

Dr.Bijan GHAVAMI - Laparoskopik Transperitoneal  
Dr.Sabri ERGÜNEY İnguinal Herni Tamiri (TAPP)

Dr.Philippe BREIL - Laparoskopik Ekstraperitoneal  
Dr.Metin ERTEM İnguinal Herni Tamiri (TEP)

16 Mayıs 1997 Cuma

Dr.Bijan GHAVAMI - Laparoskopik Hiatal  
Dr.Sabri ERGÜNEY Antireflü Girişimi (Nissen)

Dr.Edmound ESTOUR - Laparoskopik İntraabdominal  
Dr.Metin ERTEM Apendektomi

# III. ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

16 Mayıs 1997 - Cuma

09. <sup>00</sup> - Interactive Live Surgery  Ameliyathaneden Naklen CANLI YAYIN	<i>(Balo Salonu)</i>			
	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİNDEN NAKLEN YAYIN	CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİNDEN NAKLEN YAYIN		
	Laparoskopik Hiatal Antireflü Girişimi (Toupet)	Laparoskopik Hiatal Antireflü Girişimi (Nissen)		
10. <sup>30</sup> -	<b>Kahve ikramı</b>			
11. <sup>00</sup> - Interactive Live Surgery  Ameliyathaneden Naklen CANLI YAYIN	<i>(Balo Salonu)</i>			
	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİNDEN NAKLEN YAYIN	CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİNDEN NAKLEN YAYIN		
	-Laparoskopik Ekstraabdominal Apendektomi -Laparos. Kist Hidatik Girişimi	Laparoskopik İntraabdominal Apendektomi		
12. <sup>30</sup> -14. <sup>00</sup>	<b>Öğle yemek ikramı</b> <i>Stand gezisi ve Poster Oturumu</i>			
14. <sup>00</sup> - 15. <sup>30</sup>	<b>PANEL 3</b> Laparoskopik diğer girişimler			
15. <sup>30</sup> - 16. <sup>00</sup>	<b>Kahve ikramı</b>			
16. <sup>00</sup> - 17. <sup>20</sup>	<b>PANEL 4</b> Laparoskopik Mediko-Legalite ve Maliyet Sorunları			
17. <sup>30</sup> - 19. <sup>00</sup>	Eresin I	Eresin II	Eresin III	Eresin IV
	<i>Serbest Bildiriler</i>	<i>Serbest Bildiriler</i>	<i>Serbest Bildiriler</i>	<i>Serbest Bildiriler</i>
19. <sup>00</sup>	<b>Kapanış Töreni</b> ( Yabancı konuklara plaket töreni - Gelecek kongre için görüş ve temenniler )			

# III. ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

16 Mayıs 1997 - Cuma

09. <sup>00</sup> - Interactive Live Surgery  Ameliyathaneden Naklen CANLI YAYIN	<i>(Balo Salonu)</i>			
	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİNDEN NAKLEN YAYIN	CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİNDEN NAKLEN YAYIN		
	Laparoskopik Hiatal Antireflü Girişimi (Toupet)	Laparoskopik Hiatal Antireflü Girişimi (Nissen)		
10. <sup>30</sup> -	<b>Kahve ikramı</b>			
11. <sup>00</sup> - Interactive Live Surgery  Ameliyathaneden Naklen CANLI YAYIN	<i>(Balo Salonu)</i>			
	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİNDEN NAKLEN YAYIN	CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİNDEN NAKLEN YAYIN		
	-Laparoskopik Ekstraabdominal Apendektomi -Laparos. Kist Hidatik Girişimi	Laparoskopik İntraabdominal Apendektomi		
12. <sup>30</sup> -14. <sup>00</sup>	<b>Öğle yemek ikramı</b> <i>Stand gezisi ve Poster Oturumu</i>			
14. <sup>00</sup> - 15. <sup>30</sup>	<b>PANEL 3</b> Laparoskopik diğer girişimler			
15. <sup>30</sup> - 16. <sup>00</sup>	<b>Kahve ikramı</b>			
16. <sup>00</sup> - 17. <sup>20</sup>	<b>PANEL 4</b> Laparoskopik Mediko-Legalite ve Maliyet Sorunları			
17. <sup>30</sup> - 19. <sup>00</sup>	Eresin I	Eresin II	Eresin III	Eresin IV
	<i>Serbest Bildiriler</i>	<i>Serbest Bildiriler</i>	<i>Serbest Bildiriler</i>	<i>Serbest Bildiriler</i>
19. <sup>00</sup>	<b>Kapanış Töreni</b> ( Yabancı konuklara plaket töreni - Gelecek kongre için görüş ve temenniler )			

# III. ULUSAL ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ PROGRAM

14 Mayıs 1997 - Çarşamba **Kayıt** 15.<sup>00</sup>-18.<sup>30</sup> ve **Açılış Kokteyli** 19.<sup>00</sup>-21.<sup>00</sup> (Eresin The Pub)

15 Mayıs 1997 - Perşembe **Açılış Töreni** 08.<sup>45</sup> - 09.<sup>15</sup> (Balo Salonu)

## **CANLI AMELİYAT YAYINI OTURUMLARI** (Balo Salonu)

Kongre Salonu Moderatörü: Dr.Cavit Avcı

İstanbul Tıp Fakültesi Ameliyathane Moderatörü: Dr.Dursun Buğra

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ameliyathane Moderatörü: Dr.Sabri Ergüney

09.<sup>15</sup>-10.<sup>30</sup> Canlı Yayın - TRANSPERİTONEAL İNGUİNAL HERNİ TAMİRİ

Yorumcular: Dr.Emin U.Erkoçak

Dr.Abdullah İğci

Dr.Üzeyir Tuncer

### **Kahve Arası**

11.<sup>00</sup>-12.<sup>30</sup> Canlı Yayın - ESKTRAPERİTONEAL İNGUİNAL HERNİ TAMİRİ

Yorumcular: Dr.Ümit Sarıkayalar

Dr.Semih Doğan

Dr.Faik Çelik

**Öğle Arası** - Poster Oturumu I (Eresin II) : Dr.Türker Bulut, Dr.Selçuk Atamanalp

14.<sup>00</sup>-15.<sup>30</sup> Panel - LAPAROSKOPIK İNGUİNAL HERNİ CERRAHİSİ

Düzenleyen Kurumlar: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Erciyes Üniv. Tıp Fakültesi

Panel Başkanı: Dr.Tarık Akçal

Panelistler: Dr.Cihan Uras (Teknikler)

Dr.Metin Ertem (Zorluklar)

Dr.Erdoğan Sözüer (Komplikasyonlar)

Dr.Ceyhun Oral (Açık cerrahi ile karşılaştırma)

### **Kahve Arası**

16.<sup>00</sup>-17.<sup>30</sup> Panel - LAPAROSKOPIK ZOR KESE VE SAFRA YOLU GİRİŞİMLERİ

Düzenleyen Kurumlar: Ankara Üniv. Tıp Fakültesi

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi

Panel Başkanı: Dr.Nusret Aras

Panelistler: Dr.Musa Akoğlu (Zor keseler)

Dr.Mehmet Gürel (Safra yolu girişimleri)

**Gala Yemeği** (Sepetçile Arası)

16 Mayıs 1997 - Cuma

**CANLI AMELİYAT YAYINI OTURUMLARI ( Balo Salonu )**

*Kongre Salonu Moderatörü:* Dr.Cavit Avcı

*İstanbul Tıp Fakültesi Ameliyathane Moderatörü:* Dr.Dursun Buğra

*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ameliyathane Moderatörü:* Dr.Sabri Ergüney

09.<sup>00</sup>-10.<sup>30</sup> Canlı yayın - HİATAL ANTİREFLÜ AMELİYATLARI

Yorumcular: Dr.Vahit Özmen  
Dr.Mustafa Akaydın  
Dr.Atilla Korkmaz

**Kahve Arası**

11.<sup>00</sup>-12.<sup>30</sup> Canlı Yayın - APANDİSİT VE KİST HİDATİK AMELİYATLARI

Yorumcular: Dr.Kemal Alemdaroğlu  
Dr.Ahmet Batkın  
Dr.Özdemir Aktan

**Öğle Arası - Poster Oturumu II ( Eresin II ) :** Dr.Acar Aren, Dr.Hayri Erkol

14.<sup>00</sup>-15.<sup>30</sup> Panel - LAPAROSKOPIK DİĞER GİRİŞİMLER

Düzenleyici Kurumlar: İstanbul Tıp Fakültesi  
İzmir 9 Eylül Üniv. Tıp Fakültesi

*Panel Başkanı:* Dr.Cavit Avcı

*Panelistler:* Dr.Cavit Avcı (Hiatus)  
Dr.Aydın Alper (Kc. Kist.Hidatiği)  
Dr.Mehmet Füzün (Kolon)  
Dr.Levent Avtan (Apandisit)

**Kahve Arası**

16.<sup>00</sup>-17.<sup>20</sup> Panel - LAPAROSKOPIK MEDİKO-LEGALİTE VE MALİYET SORUNLARI

Düzenleyici Kurumlar: Hacettepe Tıp Fakültesi  
Marmara Üniv. Tıp Fakültesi

*Panel Başkanı:* Dr.İskender Sayek

*Panelist:* Dr.İskender Sayek (Mediko-legalite)  
Dr.Özdemir Aktan ((Maliyet sorunları)

17.<sup>30</sup>-19.<sup>00</sup> Serbest Bildiri Oturum Salonları Başkan ve Moderatörleri

Eresin I: Dr.Durukaya Ören, Dr.Mustafa Taşkın

Eresin II: Dr.Arslan Kaygusuz, Dr.İ.Diler Özaçmak

Eresin III: Dr.Mehmet Neşşar, Dr.Adnan İşgör

Eresin IV: Dr. Mustafa Gülmen, Dr. Abdulfah Sağlam

**Kapanış Töreni ( Yabancı Konuklara Plaket Takdimi - Gelecek Kongre için Görüş ve Temenniler)**

## SERBEST BİLDİRİ OTURUMU- I

**Konu:** *Laparoskopik Kolesistektomiler*  
**Oturum Başkanı:** Dr.Durkaya Ören  
**Oturum Moderatörü:** Dr.Mustafa Taşkın

**Salon:** Eresin I  
**Tarih:** 16 Mayıs 1997  
**Saat :** 17<sup>30</sup> - 19<sup>00</sup>

1. Laparoskopik kolesistektomi  
M.Başoğlu, D.Ören, M.I.Yıldırın, M.N.Akçay, S.S.Atamanalp  
Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
2. HNH 1.Cerrahi kliniği laparoskopik kolesistektomi deneyimi  
N.Köksal, M.Ural, T.Yaltı, O.Kırand, E.Erdoğan, E.Dulundu, İ.Titiz  
Haydarpaşa Numune Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği
3. Türk yöntemiyle laparoskopik kolesistektomi ve Hatay üçgeni  
K.Yüce, L.Polat, A. Altınsoy  
Dörtüol Devlet Hastanesi
4. Laparoskopik kolesistektomi deneyimlerimiz  
H.Analay, C.Yıldırım, İ.B.Aker, M.Erdem  
Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
5. Açık ve laparoskopik kolesistektomi sonrasında solunum fonksiyonlarının karşılaştırılması  
Ö.F.Bilgin, U.Bengisun, N.Elverdi, B.Korucu  
Ankara Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
6. Situs inversus totalis'li olguda laparoskopik kolesistektomi  
N.Bildik, N.Kurt, M.Yıldırım, N.Memiş, M.Gülmen  
Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniği
7. 1,5-2 cm'lik kesi ile kolesistektomi 365 vakanın değerlendirilmesi  
M.Pişkinpaşa  
İskenderun SSK Hastanesi
8. Retrospektif inceleme: laparoskopik kolesistektomi olgularımız  
M.Kahya, K.U.Erdoğan  
Manisa Devlet Hastanesi
9. Laparoskopik kolesistektomi (560 olgunun analizi)  
M.Doğanay, N.A. Kama, G. Dağlar, F. Avşar, A. Z. Akat  
Ankara Numune Hastanesi
10. Yaşlılarda laparoskopik kolesistektominin yeri  
M.Doğanay, N.A.Kama, A.Yazgan, G.Dağlar, U.Gözalın, N.Şirolu  
Ankara Numune Hastanesi

## SERBEST BİLDİRİ OTURUMU- II

**Konu:** Lap. safra kesesi, safra yolu girişim ve komplikasyonları

**Oturum Başkanı:** Dr.Arslan Kaygusuz

**Oturum Moderatörü:** Dr.İ.Diler Özaçmak

**Salon:** Eresin II

**Tarih:** 16 Mayıs 1997

**Saat :** 17<sup>30</sup> - 19<sup>00</sup>

1. Laparoskopik kolesistektomilerde açığa dönüşte etkili olan faktörler  
N.A.Kama, M.Doğanay, A.Yazgan, M.Özkırlı, B.Külah  
Ankara Numune Hastanesi 4.Genel Cerrahi Kliniği
2. Akut kolesistit atağı tanımlayan hastalarda laparoskopik kolesistektominin güvenilirliği  
M.Öğüş, O.Erdoğan, H.Bozan, S.Yıldız, N.Oygür, T.Karpuzoğlu  
Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
3. Akut kolesistitlerde laparoskopik kolesistektomiye etkileyen faktörler  
M.Doğanay, N.A.Kama, F.Avşar, T. Coşkun, A.Z.Akat  
Ankara Numune Hastanesi 4.Genel Cerrahi Kliniği
4. Akut kolesistitte laparoskopik kolesistektomi  
E.M.Sözüer, Z.Yılmaz, M.Akpınar, O.Banlı, Y.Yeşilkaya  
Erciyes Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
5. Geçirilmiş abdominal operasyonların laparoskopik kolesistektomiye etkisi  
M.Doğanay, N.A.Kama, T.Coşkun, M.Güvel, N. Yüksek, M.Güler  
Ankara Numune Hastanesi 4.Genel Cerrahi Kliniği
6. Koledokolitiazisin laparoskopik tedavisi  
S.Doğan,  
Eşrefpaşa Belediye Hastanesi
7. Safra yolları cerrahisi sonrası erken dönemde gelişen komplikasyonların tanı ve tedavisinde ERCP  
T.Bulut, S.Yamaner, Y.Büyükuncu, D.Buğra, A.Akyüz  
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.
8. Laparoskopik kolesistektomi komplikasyonları  
E.M.Sözüer, Z.Yılmaz, M.Akpınar, O.Banlı, Y.Yeşilkaya  
Erciyes Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
9. Kese perforasyonları laparoskopik kolesistektomide morbiditeyi artırır mı?  
A.Kebudi, A.İşgör, M.Özbağnaçık  
Şişli Etfal Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniği
10. Laparoskopik kolesistektomi ve trokar yerinde herni  
M.Şahin, M.Şehitoğlu, E.Ertaş, A.Hasanoğlu, M, Erbilen, E.Bülbüloğlu  
İnönü Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.



## SERBEST BİLDİRİ OTURUMU- III

**Konu:** *Laparoskopik çeşitli herni girişimleri*

**Oturum Başkanı:** Dr.Mehmet Neşşar

**Oturum Moderatörü:** Dr.Adnan İşgör

**Salon:** Eresin III

**Tarih:** 16 Mayıs 1997

**Saat :** 17<sup>30</sup> - 19<sup>00</sup>

1. Kasık fitiklarına laparoskopik yaklaşım  
Ü.Tuncer, C.G.Uzel, M.A.Semşit, G.Adaş, B.Küpelioğlu  
Haseki Devlet Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği
2. Laparoskopik fitik onarımı  
S.Doğan  
Eşrefpaşa Hastanesi
3. Endoskopik ekstraperitoneal herniorafi (90 Hasta)  
Ş.Özer, E.Reis, B.Bostancı, H.Derici, R.Korkmaz  
Kasımpaşa Deniz Hastanesi
4. Laparoskopik ekstraperitoneal herni onarımı  
S.Bakır, Ö.Akalın  
PTT Hastanesi İstanbul
5. Laparoskopik total ekstraperitoneal femoral fitik onarımı  
M.Ertem, N.Yavuz, S.Ergüney  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD
6. Laparoskopik spiegel herni onarımı  
O.Hamamcı, H.Besnili, S.Bostanoğlu, N.Erverdi, A.Korkmaz  
Ankara Numune Hastanesi 6.Cerrahi Kliniği
7. Bir travmatik diafragma hernisinin laparoskopik olarak onarımı  
Ö.F.Akıncı, M.Bozer, Ş.A.Düzgün, A.Uzunköy, A.Coşkun, M.Karaoğlanoğlu, M.Erdoğan  
Harran Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD
8. Laparoskopik Kardiomyotomi - Heller  
C. Avcı, A.İğci, L. Avtan, , A. Kocataş  
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD
9. Laparoskopik Nissen funduplikasyon  
A.Korkmaz, N.Erverdi, O.Hamamcı, H.Besim, S.Bostanoğlu  
Ankara Numune Hastanesi 6.Cerrahi Kliniği
10. Gastroözofageal reflü hastalığında laparoskopik Toupet işlemi  
N.Yavuz, M.Ertem  
Cerrahpaşa Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD

## SERBEST BİLDİRİ OTURUMU- IV

**Konu:** Laparoskopik diğer girişimler  
**Oturum Başkanı:** Dr.Mustafa Gülmen  
**Oturum Moderatörü:** Dr.Abdullah Sağlam

**Salon:** Eresin IV  
**Tarih:** 16 Mayıs 1997  
**Saat :** 17<sup>30</sup> - 19<sup>00</sup>

1. Laparoskopik cerrahi anesteziinde azot protoksit kullanımının kan gazları üzerine etkisi  
M.Öğüş, A.Büyükkeçe, Z.Ertuğ, N.Şahin, K.Emek, M.Akaydın  
Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABDalları
2. Geçirilmiş abdominal cerrahi girişimler lap.kolesistektomi için kontrendikasyon mudur?  
M.Öğüş, C.Arıcı, C.Arslan, G.Öğünç, Ş.Aktan, M.Akaydın  
Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
3. Lap.kolesistektomi sonrası ağrı kontrolünde bupivacain injeksiyon ve lavajının etkisi  
İ.D.Özaçmak, A.Işık, Lice H.  
Taksim Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği
4. Kolay ve zor laparoskopik kolesistektomide biyokimyasal değişiklikler  
K.Memişoğlu, N.Duraker  
SSK Okmeydanı Hastanesi
5. Laparoskopik kolesistektomi sırasında gözden kaçan maligniteler  
K.Yorgancı, E.Hamaloğlu, Z.Öner, İ.Sayek  
Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
6. Ultrasonografi ve anamnez laparoskopik kolesistektominin zorluk derecesinin belirlenmesinde kullanılabilir mi?  
M.L.Akın, C.Erenoğlu, A.Batkın, T.Akça, Ç.Başekim  
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi ve Radyodiagnostik Servisi
7. Bir yıllık laparoskopik girişimlerimizin analizi  
Ö.F.Akıncı, Ş.A.Düzgün, M.Bozer, A.Uzunköy, A.Coşkun  
Harran Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.
8. Amebik karaciğer absesinin laparoskopik tedavisi  
M.Aydın, O.Güler, M.Karaayvaz, O.N.Dilek  
Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak.
9. Duodenal ülser perforasyonlarında laparoskopik onarım  
R.Güloğlu, A.Necfli, K.Günay, K.Taviloğlu, C.Ertekin, Ö.Türel  
İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Acil Cerrahi Birimi
10. Varikozel tedavisinde laparoskopik varikoselektomi ve yüksek ligasyonun karşılaştırılması  
O.Demirci, İ.Gülmez, E.M.Sözuer, U.O.Ekmekçioğlu, A.Tatlışen, M.Karacagil  
Erciyes Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.

## POSTER OTURUMU - I

**Oturun Başkanı:** Dr.Türker Bulut  
**Oturum Moderatörü:** Dr.Selçuk Atamanalp

**Salon:** Eresin II  
**Tarih:** 15 Mayıs 1997  
**Saat:** 13.<sup>30</sup>-14.<sup>00</sup>

- 1- Laparoskopik ve açık kolesistektominin post operatif ağrı yönünden karşılaştırılması  
E.Zubaroglu, K.Çalışkan, A.Keskin, Ç.Serim, S.Tezel, O.Seratlı, R.Özguven  
Ankara Hastanesi 3.Cerrahi Kliniği
- 2- Laparoskopik ve açık kolesistektomi olgularımızda morbidite ve mortalite sonuçlarımız  
Y.Kumkumoğlu, H.Halıcı, B.Savaşçın, Y.Kutlu, H.Aydede, T.Oruğ, C.Tuğrul  
İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi 2.Cerahi Kliniği
- 3- Laparoskopik kolesistektomide izofluran ve total intravenöz anestezi  
A.Esmaoğlu, G.Güler, A.Akın, A.Boyacı, E.Sözür  
Erciyes Üniv. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon ve Genel Cerrahi ABD
- 4- Laparoskopik kolesistektomilerde intraperitoneal bupivakain kullanımı  
T.Onay, M.Başoğlu, H.Kürşat, Ş.Yüksek, A.Güneş, D.Ören, S.Uslu  
Atatürk Üniv. Tıp Fak. Anestezi ve Genel Cerrahi ABD
- 5- Endoskopik Retroperitoneal adenalektomi  
N.Yavuz, M.Düren, M.Ertem, S.Ergüney  
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak.Genel Cerrahi ABD
- 6- Postpnömonektomi ampiyemlerde Vats'ın yeri  
M.A.Bedirhan, A.Turna, A.Yeğinsu, H.Başbay, N.E.Yağan, O.Taşçı  
Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Göğüs Cerr. Merk. 3.Cerrahi Kliniği
- 7- İki yıllık video torakoskopi deneyimimiz  
L.Elbeyli, İ.H.Erkol, H.Yıldız, M.Şanlı  
Gaziantep Üniversitesi Göğüs Cerrahi ve Genel Cerrahi ABD
- 8- Retroperitoneal laparoskopik üreterolitotomi  
İ.Gülmez, D.Demirci, E.M.Sözür, A.Tatlışen, M.Kracagil  
Erciyes Üniv.Tıp Fak. Üroloji, Genel Cerrahi ABD

**Yeni Doku Kilitleyici Klip**

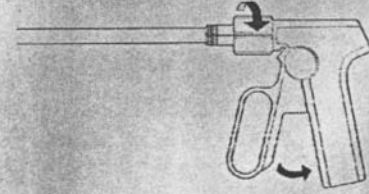
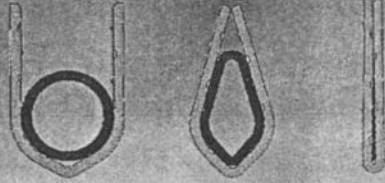
Doku Kilitleyici Klip, karşılıklı erkek/dişi kenetlenme özellikleriyle tasarlanmıştır. Bu tasarım damar üstü klip uygulamasında üstünlük ve kan akışının kusursuzca durdurulmasını sağlar.

**Maksimum Görüş Alanı**

Kıyaslandığında, Reflex ELC dişi tasarım %20 daha geniş açılı olup, klipin tam istenen yere yerleştirilmesi için maksimum görüş alanı sunar.

**Maksimum Kontrol**

Reflex ELC, otomatik, doğrudan sürmeli, ses çıkaran ve içi görünen bir klip besleme mekanizması içerir. Üstün tasarımı, maksimum kontrol duyu ve kullanım kolaylığı sağlar.



**Disposable Endoscopic Clip Applier**

Reflex<sup>®</sup> ELC<sup>™</sup>

**Yarının sağlık sorunlarına getirilen çözüm.**

Türkiye Distribütörü:

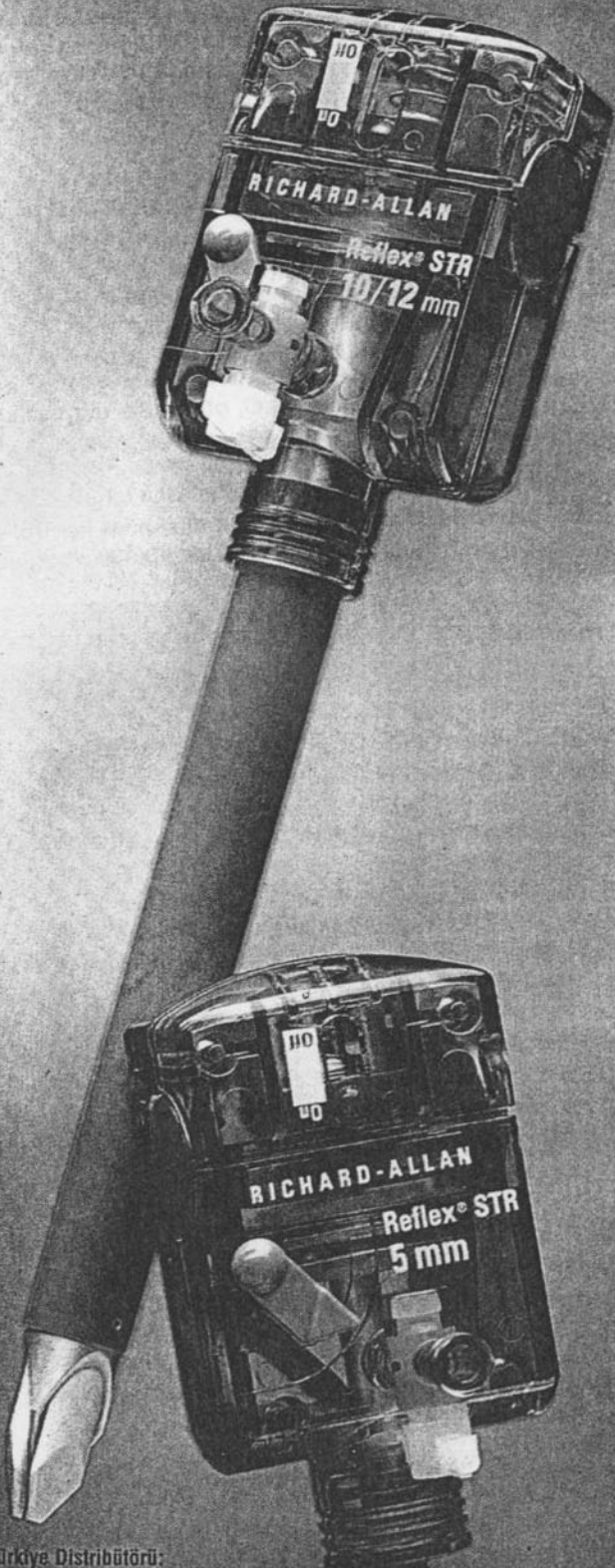
BİLİR TIBBİ ARAÇLAR İTHALAT VE PAZARLAMA LTD.

Vallidebağ Sitesi, Kallıcaesme Sok. Blok 3 D.2 Koşuyolu - İstanbul

Tel: 216 3395253 / 3270038 - 39 Fax: 216 3404291

## Disposable Surgical Trocar

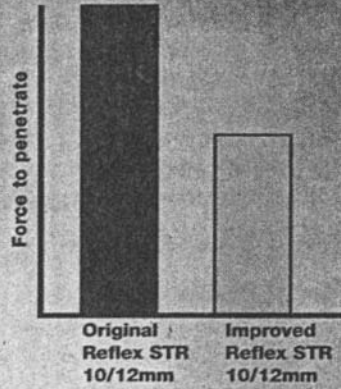
Reflex™ STR™



büyük güçle kolay giriş

Giriş kuvvetinde  
%40'ın üstünde  
azalma.

Richard-Allan'ın sürekli geliştirme çalışmalarıyla, Reflex STR trokarlarında giriş kuvveti belirgin biçimde azaltılmıştır. Sonuç, ileri düzeyde kontrol ve hasta güvenliğidir.

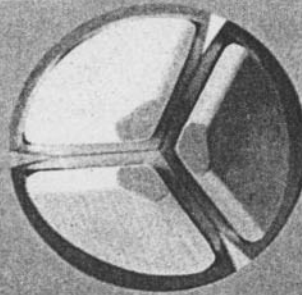


Wound Size Comparison

Ethicon®  
10/12mmUSSC®  
10/12mmRichard-Allan  
10/12mm

## Kendine özgü uzayabilen uç tasarımı

Piramit uç tasarımı, dokuda 2/3 düzeyinde zedelenme oluştururken 1/3 düzeyinde uzar. Bu kendine özgü tasarım %30 oranında daha küçük bir yara oluşturur ve daha hızlı bir iyileşme sağlayarak trokar bölgesinde fıtık olasılığını engeller. Oluşan yara daha küçük olduğundan kanüle daha iyi oturur ve kanüle sabitleştirici araca gerek duyulmaz. Sonuç, daha iyi bir hasta bakımıdır.



## Tek Başına Hızlı İşleyen Güvenlik Kalkanı

Richard-Allan Reflex STR güvenlik kalkanı trokarın içine hızlı bir biçimde katlanabilir. Bu iç güvenlik kalkanının trokar ucuna ulaşımı daha kısa bir yoldan olur. Sonuç, hasta güvenliğinin artmasıdır.

Türkiye Distribütörü:  
BİLAR TIBBİ ARAÇLAR İTHALAT  
VE PAZARLAMA LTD.

Validebağ Sitesi, Kalfaçeşme Sok. Blok:3 D.2

Koşuyolu - İstanbul

Tel.: 216 3395253 / 3270038 - 39

Fax: 216 3404291

**Yarının sağlık sorunlarına getirilen çözüm.**

## POSTER OTURUMU - II

**Oturun Başkanı:** Dr. Acar AREN  
**Oturum Moderatörü:** Dr.Hayri ERKOL

**Salon:** Eresin II  
**Tarih:** 16 Mayıs 1997  
**Saat:** 13.<sup>30</sup>-14.<sup>00</sup>

- 1- Laparoskopik kolesistektomide ilk yüz olguluk deneyim.  
K.Özakay, İ.Aydın, E.Ayşan, F.Erözgen, M.Şener  
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği
- 2- İlk laparoskopik kolesistektomi deneyimlerimiz  
H.Erkol, N.Aybastı, G.Maralcan, İ.Başkonuş  
Gaziantep Üniv.Tıp Fak.Genel Cerrahi ABD
- 3- Endoskopik kolesistektomide açık kolesistektomiye geçme nedenleri:Kastamonu deneyimi  
M.Kaya, T.Katmer, C. Ovalıoğlu, K.Başak  
Kastomonu Devlet Hastanesi
- 4- PTT Hatanesi laparoskopik cerrahi deneyimi  
S.Bakır, K.Memişoğlu  
PTT Hatanesi
- 5- Laparoskopik kolesistektominin zorluk derecesinin belirlenmesinde abdominal ultrasonografi.  
A.Uzunköy, M.Karaoğlanoğlu, Ö.F.Akıncı, Ş.A.Düzgün, M.Bozer, A.Coşkun, M.Erdoğan  
Harran Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ve Radyoloji ABD
- 6- Preoperatif ultrasonografik inceleme ile laparoskopik kolesistektominin zorluğu tahmin edilebilir mi?  
A.Uzunköy, M.Karaoğlanoğlu, M.Erdoğan, Ö.F.Akıncı, Ş.A.Düzgün, A.Coşkun, M.Bozer  
Harran Üniv. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyoloji ABD
- 7- Zor kolesistektomiler için bir teknik detay  
Ş.A.Düzgün, Ö.F.Akıncı, A.Uzunköy, A.Coşkun, M.Bozer  
Harran Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD
- 8- İnternet'te endoskopik - laparoskopik cerrahi  
S.Gülkan, Y.Özer, H.Koçoğlu, Y.Kılıç  
SSK Ankara Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği
- 9- Laparoskopik kolesistektomi sonrası biloma ve tedavisi  
E.Yıldız, G.Öztürk, E.Yüney, F.Sağlam, V.Tunalı, U.Baştuğrul, F.Yıldız  
SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi

**III. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi  
Düzenleme Kurulu  
katkılarından dolayı aşağıdaki kuruluşlara;**

- ETHICON
- AUTOSUTUR
- STORZ
- İNTERMEDİKA
- BİLAR
- ATA MEDİKAL
- SOFRADIM -FRANCE
- PFİZER
- SETA
- DOĞU İLAÇ
- LOGOS YAYINCILIK

Kongre organizasyonu ve sosyal programa kusursuz katkılarından dolayı;

- ACTIVE TURİZM'e

Ayrıca kongrenin canlı ameliyat yayını, teknik donanım ve bağlantılarını sağlayan aşağıdaki firmalara;

- ASTROCOM - KOMSİS
- BÜRSAN
- SONY-EREL

**TEŞEKKÜRLERİNİ SUNAR**

**III. ULUSAL  
ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK  
CERRAHİ KONGRESİ**

**BİLDİRİ ÖZETLERİ  
ABSTRACTS BOOK**



**Başlık:** KASIK FITIKLARINA LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

**Yazarlar:** Ü. TURKER, C. G. Uzel, M. A. Şenşit, G. Adaş, R. Kıpeliolu

**Kurum:** Haseki Devlet Hastanesi II. Cerrahi Kliniği

Şubat 1996-Mart 1997 tarihleri arasında kliniğimizde 14 hastaya laparoskopik girişim ile inguinal Herni onarımı uygulandı. 3 hastaya transabdominal preperitoneal (TAPP), 11 hastaya total ekstraperitoneal (TEP) girişim uygulandı. 12 olgu indirekt kasık fıtığı, 1 olgu direkt ve indirekt kasık fıtığı, 1 olgu femoral fıtık nedeniyle ameliyat edildi. 1 olgunun sliding indirekt fıtık olduğu tesbit edildi. Profilaksi amacıyla tüm hastalara sefamezin verildi. 1 olgu epidural, 13 olgu genel anestezi eşliğinde opere edildi. Yöntem 3 trokar ile uygulandı, prolen mesh kullanıldı. Mesh olgu dışında hemoklipler ile tesbit edildi. 2 olguya dren kondu. Analjezi, parenteral ve oral nonsteroidal antienflamatuar ajanlar en az 3 gün verilerek sağlandı. Ortalama Op. süresi 94Dk., hastanede kalış süresi 2.6 gün oldu. 1 hasta postop. 5.gün atrial fibrilasyon nedeniyle kaybedildi. 1 hasta da meshreaksiyonu oldu, postop. 24.gün preperitoneal yaklaşım ile çıkartıldı. 1 hastada mesh ve fıtık kesesi birlikte prolabe oldu, 1 hastada trokar giriş yerinde enfeksiyon gelişti, 1 hastada analjeziklere dirençli ağrı oluştu. Postop. 4-12 ay yapılan kontrollerde nüks gözlenmedi. Çalışmamızda özellikle TEP yaklaşımda ilk olgularda periton açılması komplikasyonu fazla iken deneyimin kazanılması ile girişimin daha kolaylıkla uygulandığını ve komp. oranının azaldığını gördük, bu yöntemi sürdürmenin yerinde olacağı kanısına vardık.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 1

**Başlık:** KESE PERFORASYONLARI LAPAROSKOPIK KOLESISTEKTOMİDE

**Yazarlar:** Abut. Kebudi (Op. Dr.), Adnan İsgör (Doc. Dr.), Mustafa Özbağcı (As. Dr.)

**Kurum:** Şişli Etfal Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Kliniğimizde arka arkaya yapılan 82 laparoskopik kolesistektomi (LK) vakası perop gelişen kese perforasyonları bakımından incelendi ve bunun morbiditeyi arttırıp arttırmadığı araştırıldı.

82 LK vakasınının 20'sinde perop kese perforasyonu oldu (%24). Cinsiyet dağılımı 7 erkek ve 13 bayan şeklindeydi. Bu vakaların çoğunda (12 vaka, %60) hidropik kese, duvar kalınlaşması ve omental yapışıklıklar mevcuttu. Perforasyonu takiben, batına dökülen yarım santimin üzerindeki taşlar mümkün olduğunca toplandı, loj bol serum fizyolojikle yıkandı ve genellikle dren konmayarak ameliyat sonlandırıldı.

Hastalar postop klinik ve ultrasonografik tetkik ile izlendi. Perforasyon olan vakalar, diğer vakalar gibi seyretti, yine aynı zamanda erken taburcu edildi. Bu hastalarda, postop dönemde karın içi önemli bir kolleksiyon, yara enfeksiyonu veya herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç olarak; LK ameliyatlarında perop kese perforasyonlarının bu çalışmada morbiditeyi arttırıcı herhangi bir etkisi olmadığı gözlemlendi.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 2

Başlık: AMEBİK KARACİĞER ABSESİNİN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ  
Yazarlar: Dr. M. AYDIN, Dr. O. GÜLER, Dr. M. KARAAYVAZ, Dr. O. N. DİLEK  
Kurum: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, VAN

Laparoskopik girişimler karın cerrahisinde her geçen gün daha çok uygulanım alanı bulmakta, avantajları nedeniyle klasik cerrahiye alternatif olmaktadır. Bu düşünceden hareketle biz de medikal tedaviden fayda görmeyen amebik karaciğer abseli iki erkek hastaya biri gazsız diğeri gazlı laparoskopi ile drenaj uyguladık.

Laparoskop eşliğinde abse boşluğu içine 10 mm'lik trokar sokularak abse drene edildi. Bu trokar içinden birinci hastada endotrakeal tüp yerleştirilip, abse kavitesi içinde balonu şişirilerek hem karın içine sızıntılar önlendi, hem de postoperatif drenajın devamı sağlandı. İkinci hastada ise drenaj tüp dren ile sağlandı. Her iki hastada da herhangi bir komplikasyon olmadı.

Laparoskopik drenajın minimal invazyon avantajına ilave olarak, karın içi organların tam explorasyonu, abse boşluğunun laparoskopi ile direkt olarak gözlenmesi ve bu sayede mükemmel bir drenajın sağlanması gibi avantajları nedeniyle amebik karaciğer absesinin tedavisinde iyi bir alternatif olduğuna inanıyoruz.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 3

Başlık: Safra Yolları Cerrahisi Sonrası Erken Dönemde Gelişen Komplikasyonların Tanı ve Tedavisinde ERCP  
Yazarlar: T. Bulut, S. Yamaner, Y. Büyükcü, D. Buğra, A. Akyüz  
Kurum: İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İSTANBUL

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde Ocak 1991-Haziran 1996 tarihleri arasında 1278 ERCP işlemi yapılmıştır. Bunlardan 227 olguda (%17.8) işlem, safra yolu komplikasyonlarını takiben istenmiştir. 44 olguda (%19.4) Karaciğer kist hidatiji cerrahisi, 51 olguda (%22.5) açık koleistektomi, 50 olguda (%22.0) laparoskopik koleistektomi, 79 olguda (%34.8) koleistektomi+T-drenajı, 2 olguda (%1.2) künt karaciğer travması, 1 olguda (%0.6) karaciğer rezeksiyonu sonrası gelişen safra fistülleri, safra yolu striktürleri, kalınlaşmalar ve yaralanmalara toplam 240 girişim uygulanmıştır. Olguların 77'si erkek(%33.9), 150'si (%66.1) kadındır, yaş ortalaması 46.6 (8-85 arası) olarak bulunmuştur. Çeşitli teknik ve anatomik nedenlerle yada kontrol amacıyla 13 olguda (%6.2) 2., 1 olguda 3. kez ERCP girişimi gerekmiştir. Hastalarımızın 133'üne kolonjiografi ve FC (%58.6), 67'sine EST+taş ekstraksiyonu (%29.5), 4 olguya vezikül boşaltılması (%1.8), 7 olguda da biliyer stent uygulaması (%3.1) yapılmıştır. Bu seride tanı ve tedaviye yönelik girişimlerde başarısızlık oranı tanıda %7.1 (16 olgu) olarak bulunmuştur. Morbidite oranımız %3.1'dir. (5 olguda panreatit, 2 olguda kanama) Mortalitemiz yoktur.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 4

**Başlık:** RETROSPEKTİF İNCELEME: LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ OLGULARI

**Yazarlar:** Dr. Müntaz KAHYA, Dr. K. Uğur ERDOĞAN

**Kurum:** Manisa Devlet Hastanesi

LK'de ameliyat süresini, peroperatuar ve posoperatuar komplikasyonları etkileyen faktörler retrospektif olarak incelendi.

Ocak 1996 ile Ocak 1997 tarihleri arasında Manisa Devlet Hastanesinde; 86'sı kadın (% 81.9), 29'u erkek (% 18.1) olan 105 hastaya Maryland tekniği ile LK uygulandı. 7'si alt abdomen 4'ü üst abdomen bölgesinden olmak üzere 11 hasta önceden laparotomi geçirmişti, 9 hastada ise umbilikal herni mevcuttu. Hastalar klinikopatoloji durumlarına göre aşağıdaki şekilde 3 gruba ayrıldı; 1.grup: Kronik taşlı kolesistit (64 hasta), 2.grup Akut kolesistit (24 hasta), 3.grup sessiz safra taşı ve safra kesesi polibi (17 hasta).

Ortalama ameliyat süresi 39,1 dakika, 2.grupta ve umbilikal hernili hastalarda ameliyat süresi diğer hastalara göre anlamlı olarak uzun olduğu tespit edildi. Peroperatuar komplikasyon oranı % 8.6 (1.grup 4 hasta 2.grup 5 hasta, 3.grup 0) açık kolesistektomiye geçiş oranı % 4.76 (1.grupta 2 hasta, 2.grupta 3 hasta). Postoperatuar komplikasyon oranı % 13.3 (1.grup 8 hasta, 2.grup 5 hasta) olarak tespit edildi.

LK'de ameliyat süresini, perop.ve postop.komplikasyon oranını etkileyen başlıca faktörler; kesenin enfeksiyon durumu anatomik yapının ortaya konmasındaki güçlükler ve umbilikal herni gibi ek hastalıkların bulunmasıdır.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 5

**Başlık :** ULTRASONOGRAFİ VE ANAMNEZ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN ZORLUK DERECESİNİN BELİRLENMESİNDE KULLANILABİLİR Mİ?

**Yazarlar:** M.Levhi AKIN, Cengiz ERENOĞLU, Ahmet BATKIN, Tamer AKÇA, Çınar BAŞEKİM\*

**Kurum :** GATA Haydarpaşa Eđt.Hst.Genel Cerrahi ve Radyodiagnostik\* Servisi - İSTANBUL

Bu çalışmada, laparoskopik kolesistektomi sırasında oluşabilecek teknik güçlükleri preoperatif olarak belirlemede ultrasonografi ve anamnezin rollerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Çalışmaya 1994-1996 yılları arasında kronik taşlı kolesistit nedeniyle opere edilen, yaşları 18-82 (ort. 57.4±8.6) arasında değişen, 132 hasta (109 kadın, 23 erkek) dahil edildi. Ultrasonografik olarak kesenin büyüklüğü, duvar kalınlığı, taşların çapı ve sayısı, taşların hareketliliği; anamnezde ise şikayetlerin süresi, geçirilmiş akut kolesistit sayısı ve son akut kolesistit atağından sonra geçen süre belirleyici parametreler olarak değerlendirildi. Bu parametrelere göre vakalar kolaydan zora doğru birinci (n=72), ikinci (n=34) ve üçüncü (n=26) derece vakalar olarak belirlendi ve bunlar operatif bulgularla karşılaştırıldı. Kese büyüklüğü, duvar kalınlığı, taşların çap ve sayıları, taş hareketliliği parametrelerinin operatif bulgularla uyum oranları sırasıyla %90.9, %70.5, %84.8, %66 idi. Zorluk derecelerine göre operatif bulgularla uyum birinci derece vakalarda %69.4, ikinci derecede %82.4 ve üçüncü derecede %84.6 (ort %75) idi. Birinci, ikinci ve üçüncü derece vakalarda operasyon süresi sırasıyla 96.5±8.8 dk, 68.5±8.5 dk ve 44±4.7 dk (ort. 69.6±20 dk), açığa geçme oranı %2.8, %8.8 ve %23.1 (ort. %8.25), komplikasyon oranı %1.4, %5.9 ve %11.5 (ort. %4.5), hastanede yatış süreleri 1.7±0.46, 3.0±0.6 ve 5.2±2.08 gün (ort. 3.3±1.5) idi.

Preoperatif ultrasonografi ve anamnezin laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalarda muhtemel operatif teknik zorlukların önceden belirlenmesinde yararlı olabilecekleri kanısına varıldı.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 6

## AKUT KOLESİSTİT ATAĞI TANIMLAYAN HASTALARDA LAPAROSKOPIK

Başlık: KOLESİSTEKTOMİNİN GÜVENİRLİLİĞİ

Yazarlar: M.ÖĞÜŞ, O.ERDOĞAN, H.BOZAN, S.YILDIZ, N.OYGÜR, T.KARPUZOĞLU

Kurum: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Akut kolesistit geçirmiş olgularda anatomiye hakim olmada güçlük nedeniyle kese perforasyonu ve safra yolları yaralanması olasılığı yüksektir. Bu olgularda laparoskopik girişimin güvenirliliği halen tartışmalıdır.

Bu çalışmada Temmuz 1993-Mart 1997 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan 388 olgu retrospektif olarak incelendi.Olguların 290'ı(%75) kadın, 98'i(%25) erkek, yaş ortalaması 47.12.7 (15-76) olarak bulundu.

Toplam 58(%15) olguda geçirilmiş Akut Kolesistit atağı anamnezi vardı. Bu olgulardan 49'u (%13) bir kez, 7'si (%0.18) iki kez, 1'i (%0.025) dört kez kolesistit atağı tanımlıyordu.Akut kolesistit atağı tanımlayan olguların 13'ünde (%22) peroperatuar kese perforasyonu gelişirken, bu oran akut kolesistit atağı tanımlanmayan grupta % 26 (87 olgu) olarak bulundu.Akut kolesistit atağı tanımlayan 1 olguda (%2) majör safra yolları yaralanması gelişirken akut kolesistit atağı tanımlanmayan grupta bu oran %0.6 (2olgu) oldu.Akut kolesistit anamnezi tanımlayan olgu'arda konversiyon oranı % 10 iken (6 hasta), bu oran akut kolesistit anamnezi olmayan grupta %8 (25 hasta) olarak bulundu.

Akut kolesistit anamnezi olan grupta konversiyon uygulanan 6 olgudan 3'ünde "kese yapışıklığı" konversiyon nedeni oldu.

Ameliyatı laparoskopik olarak bitirilen 357 olgudan; 44'ünde bir, 7'sinde iki, 1'inde üç kez geçirilmiş kolesistit anamnezi vardı.

Yorum: Laparoskopik kolesistektomi ameliyatının, konversiyon ve safra yolu yaralanmalarını arttırıcı yönde etkisi olmaması nedeniyle akut kolesistit anamnezi olan olgularda da güvenle uygulanabileceği kamsındayız.

Sözlü bildiri

Poster

Bildiri No: 7

## GEÇİRİLMİŞ ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİMLER LAPAROSKOPIK

Başlık: KOLESİSTEKTOMİ İÇİN KONTRENDİKASYON MUDUR?

Yazarlar: M.ÖĞÜŞ, C.ARICI, C.ARSLAN, G.ÖĞÜNÇ, Ş.AKTAN, M.AKAYDIN

Kurum: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Abdominal cerrahi uygulanmış hastalarda,laparoskopik kolesistektomi endikasyonu halen tartışmalıdır.

Bu çalışmada geçirilmiş abdominal cerrahinin,laparoskopik kolesistektomi uygulanmasında konversiyon oranı ve morbidite üzerine etkisi retrospektif olarak araştırılmıştır.

Anabilim Dalımızda Temmuz 1993-Mart 1997 tarihleri arasında 290'ı (%75) kadın, 98'i (%25) erkek toplam 388 olgu (yaş ortalaması 47.12.7 yıl, 15-76 yaş) laparoskopik kolesistektomi planlanarak ameliyata alındı.

Olguların 101'inde (%26.6) daha önceden geçirilmiş laparotomi, 3'ünde ise (%0.08) jinekolojik nedeni diagnostik laparoskopi anamnezi vardı. Laparotomi nedeni 50 olguda (%12.8) jinekolojik, 51 olguda (%13) ise diğer abdominal cerrahi hastalıklar nedeniyleydi. Toplam 31 (%8) olguda (22 kadın, 9 erkek) konversiyon uygulandı.

Daha önceden laparotomi-laparoskopi uygulanmış grupta konversiyon oranı %8.6 (9 olgu) iken, diğer grupta aynı oran % 8 (22 hasta) olarak saptandı (p 0.05).

Laparotomi-Laparoskopi grubunda sadece 2 olguda (%1.9) konversiyon nedeni geçirilmiş abdominal cerrahi idi. Bunlardan biri peptik ülser perforasyonuna sekonder gelişmiş ciddi abdominal yapışıklık, diğerinde ise geçirilmiş jinekolojik cerrahi nedeniyle sigmoid kolon seroza yaralanması idi.

Yorum: Geçirilmiş abdominal cerrahinin konversiyon oranı üzerine etkisi olmaması ve morbidite üzerine minimal etkisi olması nedeniyle laparoskopik cerrahi tüm bu olgularda da güvenle uygulanabilir.

Sözlü bildiri

Poster

Bildiri No: 8

Başlık:1,5-2 CM LİK KESİ İLE KOLESİSTEKTOMİ 365 VAKANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yazarlar:Op.Dr.Metin Pişkinpaşa

Kurum:İskenderun SSK Hastanesi

Minimal invaziv cerrahi düşüncesiyle oluşturulan bu yaklaşımla Şubat 1995 Mart 1997 tarihleri arasında yaptığımız 365 kolesistektomi vakası incelendi. Direkt ışık kaynağı,ayarlı ekartör,ligaclip,disektör elektrod,eğri makas ile gerçekleştirilen bu ameliyatlarda tüm hastalara preop.olarak tüm batın Us, batın içi başka patolojilerin olup olmadığını ortaya koyabilmek düşüncesi ile ayrıntılı olarak yaptırılmıştır.

365 vakanın 85 i akut safhadaydı.Hastaların 45 i(%12,3) erkek, 320 si (88,7) kadındı.Yaşları 18 ile 78 arasında değişmekteydi.Hastanede kalma süresi ortalama 1 gündür.Ortalama operasyon süresi 25 dakikadır.

Uygulama ile ilgili komplikasyonlar

Kaçıncı vaka Dren Laparotomi Mortalite

Safra kaçağı	14.vaka	+	-	-
A.Sistikus yaralanması	8. ve 32. vakalar	-	+	-
Karaciğer yatağı kanaması	60.vaka	-	+	-

Başka hiçbir komplikasyon yoktur.

Tüm hastalara karaciğer yatağına spongostan konulup,ameliyat bölgesine subcutan lokal anestezi madde verilerek post op ağrının daha da azlığı dikkati çekmektedir.

Bu sonuçlar kolesistektomide alternatif bir yöntem olarak bu tekniğin uygulanabileceğini göstermektedir.

Bildiri No: 11

Başlık: SİTUS İNVERSUS TOTALİS 'Lİ OLGUDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ .....

Yazarlar:.....Dr.N.BİLDİK,Dr.N.KURT,Dr.M.YILDIRIM,Dr.Z.MEMİŞ,Dr.M.GÜLMEN .....

Kurum.....Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniği .....

Nadir bir durum olan situs inversus totalisli ve semptomatik kolelitiazisli bir olgumuza başarı ile laparoskopik kolesistektomi ameliyatı uyguladık . Bu amaçla olgumuzu sunmak istedik .

Olgumuz 65 yaşında kadın hasta. Yaklaşık bir yıldır devam eden batın sol üst tarafta özellikle yemekten sonra başlayan ağrı , aşırı gaz , geçirme , ekşime , yanma şikayetlerinin artması sonucu hastanemize müracaat etmiş .

Fizik muayenede batın sol üst kadranda derin palpasyonda hassasiyet dışında bir özellik yoktu . Oskültasyonda kalp-tepe atımının sağda olduğu saptandı . EKG , telecardiografi ve abdominal ultrasonografi , hastada situs inversus totalis varlığını gösterdi . USG 'de ayrıca safra kesesinde en büyükleri 11mm. ve 7mm. olan multipl kalküller saptandı . Koledok normaldi . Rutin laboratuvar araştırmaları normal sonuçlar verdi .

Bu bulgularla kronik taşlı kolesistit tanısı koyduğumuz hastaya , kliniğimizde , klasik laparoskopik kolesistektomide olduğu gibi , 10'luk trokarlar normal yerinden , 5'lik trokarlar ise simetrik olarak sol subkostal bölgeden yerleştirilerek laparoskopik kolesistektomi yapıldı . Hasta postoperatif 2. günde şifa ile taburcu edildi .

Sonuçta , situs inversus totalisli hastalarda da laparoskopik kolesistektominin güvenle uygulanabileceği kanaatine vardık .

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 12

Başlık: KOLAY VE ZOR LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE BİYOKİMYASAL DEĞİŞİKLİKLER  
Yazarlar: DR. Kemal MEMİŞOĞLU, DR. Nuvit DURAKER  
Kurum: SSK OKMEYDANLI HASTANESİ

Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalarda meydana gelen biyokimyasal değişiklikler girişimin zorluk derecesine göre incelendi. Biyokimyasal ölçümler ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 72. saat ve 8. haftada yapıldı. Ameliyat öncesi ve sırasında belirlenen on parametreye dayanılarak yapılan skorlama ile laparoskopik kolesistektomi girişimi "kolay" ve "zor" olgu olarak ikiye ayrıldı. Semptomatik kolelityaz nedeniyle ameliyat edilen 27 hastanın 21'i kolay, 6'sı zor olgu idi. Tüm seride alkalen fosfataz, SGOT, SGPT, total ve indirekt bilirubin değerleri ameliyat öncesine kıyasla 72. saatte anlamlı olarak artmakta, 8. haftada ise normal düzyelere dönmekte idi. Açlık kan şekeri, üre ve kolesterol düzeylerinde ise anlamlı bir değişiklik yoktu. Kolay ve zor olgular kıyaslandığında yalnızca total bilirubin düzeyleri zor grupta, 72. saatte ve 8. haftada anlamlı olarak yüksek olup (sırasıyla  $p=0.0007$ ,  $p=0.03$ ), 8. hafta değerlerinde bir fark yoktu.

Laparoskopik kolesistektomide ameliyat travmasına bağlı olarak üçüncü günde görülen biyokimyasal değişiklikler klinik sorun yaratmadan normale dönmektedir. Zor ve kolay yapılan girişimler arasında biyokimyasal düzeyde önemli bir farklılık oluşmamaktadır.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 13

Başlık: LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERDE AÇIĞA DÖNÜŞTE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER  
Yazarlar: Nuri Aydın KAMA Mutlu DOĞANAY, Alparslan YAZGAN, Murat ÖZKIRLI, Bahadır KÜLAH  
Kurum: ANKARA NUMUNE HASTANESİ 4. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

**Giriş:** Laparoskopik kolesistektomi, artık semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde standart işlem olarak kabul edilmektedir. Ancak intraoperatif komplikasyonlar ve teknik zorluklar nedeniyle laparoskopik kolesistektomi hala bir kısım hastaya uygulanamamaktadır ve açık cerrahiye geçiş gerekli olmaktadır. Bizde kliniğimizde uyguladığımız ilk 560 laparoskopik kolesistektomi olgusunda konversiyon neden ve sonuçlarını irdeledik.

**Materyal ve Metod:** Ankara Numune Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniğinde Mart 1992 - Ocak 1997 tarihleri arasında uygulanan 560 Laparoskopik Kolesistektomi olgusu retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar yaş, cins, semptomların şekli ve süresi, daha önce geçirilmiş operasyon olup olmaması yönünden incelenmiştir. Hastalara preoperatif dönemde kullanılan teşhis yöntemleri ve girişimler irdelenmiştir. Operasyon süresi, intraoperatif komplikasyonlar, postoperatif morbidite ve mortalite, hastanede yatış süresi incelendi. İstatistiksel analizler Chi-square veya Fisher exacte testi ile değerlendirildi. Univariate analiz için p değerleri tesbit edildi. Multivariat model için multiple logistik regresyon testi yapıldı.  $p<0.05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** 560 olguluk seride laparotomiye konversiyon oranı %5.5 ( $n=31$ )'dur. Hastaların 14'ü (%45.2) erkek, 17'si (%54.8) kadındır. Ortalama yaş 43.8'dir (30-80). Olguların 8'i (%25.9) 65 yaş ve üstünde, 23'ü (%74.1) 65 yaşın altındaydı. Tüm olgularda teşhis aracı olarak ultrasonografi kullanılmıştır. 12 olgu (%38.8) kronik taşlı kolesistit, 15 olgu (%48.4) akut taşlı kolesistit, 3 olgu (%9.6) kolesistokolodokolitiazis, 1 olgu (%3.2) kronik taşlı kolesistit+safra kesesi Ca nedeniyle opere edildi. Ultrasonografide koledokta taş saptanan 3 olguya preoperatif ERCP yaptırılarak koledok taşları EST ile düşürüldü. 2 olgu (%6.4) daha önce üst abdominal operasyon, 13 olgu (%40.9) alt abdominal operasyon geçirmişti. 8 olguda (%25.9) yandaş hastalık mevcuttu. 21 olguda (%4) aşırı inflamasyon ve anatomik güçlük, 2 olguda (%4) koledok yaralanması, 1 olguda (%0.2) koledok yaralanma şüphesi, 2 olguda (%0.4) duodenum yaralanması, 1 olguda (%0.2) koledok+duodenum yaralanması, 1 olguda (%0.2) majör abdominal damar yaralanması, 2 olguda (%0.4) arteria sistika kanaması, 1 olguda (%0.2) ductus sisticus yaralanması nedeniyle açık cerrahiye dönüldü. 10 olgunun üzerinde ameliyat yapanlar deneyimli kabul edildi. 23 olgu (%74.1) deneyimli cerrahilerca, 8 (%25.9) olgu deneyimsiz cerrahlarca opere edildi. İlk 100 olguda laparotomiye konversiyon oranı %11 ( $n=11$ ) iken, son 100 olguda bu oran %4 ( $n=4$ ) olmuştur.

**Sonuçlar:** 1. Erkeklerin %14'ünde açığa dönerken, kadınların %4'ünde açığa dönmüştür ( $p=0.0000$ ). 2. Akut kolesistitlerin %20'sinde açığa dönülürken, kronik kolesistitlerin %3.6'sında açığa dönmüştür ( $p=0.0000$ ). 3. Açığa dönen olguların %10.3'ünde geçirilmiş abdominal operasyon varken, %4.2'sinde geçirilmiş operasyon yoktur ( $p=0.00859$ ). 4. 65 yaş ve üstündeki olguların %10.5'inde açığa dönülürken, 65 yaş altında açığa dönme oranı %5.1'dir ( $p=0.00654$ ).

**Sonuç olarak:** Laparoskopik kolesistektomide laparotomiye konversiyon yönünden "risk" faktörler iyi bilinmeli ve bunun bir komplikasyon olmadığı unutulmamalıdır. Cerrah konversiyon oranlarını düşük tutmak veya başka sebeplerden laparotomiye konversiyona direnme psikolojisine girmemelidir ve bu olasılık konusunda hastasını bilgilendirilmelidir.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 14

Başlık: AKUT KOLESİSTİTLERDE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yazarlar: Mutlu DOĞANAY, Nuri Aydın KAMA, Fatih AVŞAR, Teoman COŞKUN, Arif Zeki AKAT

Kurum: ANKARA NUMUNE HASTANESİ 4. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

**Giriş:** Laparoskopik kolesistektomi artık semptomatik safra kesesi taşlarının yanısıra, akut kolesistitin tedavisinde de standart işlem olarak kabul edilmektedir. Ancak intraoperatif komplikasyonlar ve teknik zorluklar nedeniyle laparoskopik kolesistektomi hala bir kısım hastaya uygulanamamaktadır. Bu hasta gruplarından birisinde akut kolesistitlerdir. Bizde kliniğimizde uyguladığımız ilk 560 laparoskopik kolesistektomi olgusunda, akut kolesistitlerde laparoskopik kolesistektomiye etkileyen faktörleri araştırdık.

**Materyal ve Metod:** Ankara Numune Hastanesi 4.Genel Cerrahi Kliniğinde Mart 1992 - Ocak 1997 tarihleri arasında uygulanan 560 Laparoskopik Kolesistektomi olgusu retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar yaş, cins, semptomların şekli ve süresi, daha önce geçirilmiş operasyon olup olmaması yönünden incelenmiştir. Hastalara preoperatif dönemde kullanılan teşhis yöntemleri ve girişimler irdelenmiştir. Operasyon süresi, intraoperatif komplikasyonlar, postoperatif morbidite ve mortalite, hastanede yatış süresi incelendi. İstatistiksel analizler Chi-square veya Fisher exacte testi ile değerlendirildi. Univariate analiz için p değerleri tesbit edildi. Multivariat model için multiple logistik regresyon testi yapıldı.  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** 560 olgular seride 81 (%14.4) olgunun akut taşlı kolesistit olduğu gözlemlendi. Hastaların 25'i (%30.9) erkek, 56'sı (%69.1) kadındır ( $p=0.00173$ ). Ortalama yaş 49.2'dir (20-80). Tüm olgularda teşhis aracı olarak ultrasonografi kullanılmıştır. Hastalarda en fazla semptomun epigastrik ağrı olduğu görülmüştür ( $n=17$ ). Ortalama şikayet süresi 1 ay olarak tespit edilmiştir. 26 olguda (%32) yandaş hastalık mevcuttu. 66 olguda (%81.5) işlem laparoskopik olarak tamamlanırken, 15 olguda (%18.5) açığa dönülmüştür. Laparotomiye konversiyon oranı %18.5'tir. Operasyon süresi akut taşlı kolesistit olgularının %63'ünde ( $n=51$ ) bir saat ve üzerinde iken kronik taşlı kolesistit olgularının %23.4'ünde ( $n=112$ ) bir saat ve üzerinde idi ( $p=0.00000$ ). 10 olguda (%12.3) akut inflamasyon ve diseksiyon güçlüğü, 2 olguda %2.5 koledok yaralanması, 1 olguda (%1.2) koledok yaralanma şüphesi, 2 olguda (%2.5) duodenum yaralanması nedeniyle açığa dönüldü. 1 olgu (%1.2) daha önce üst abdominal, 21 olgu (%27) alt abdominal operasyon geçirmişti. Akut taşlı kolesistit olgularının %24.7'sinde profilaktik antibiyotik kullanılırken kronik taşlı kolesistit olgularının sadece %10.6'sında kullanılmıştır ( $p=0.00044$ ). 10 olgu ve üzerinde operasyon yapanlar deneyimli kabul edildi. Buna göre 75 olgunun (%92.6) deneyimli cerrahlar tarafından opere edildiği 6 olgunun (%7.4) ise deneyimsiz cerrahlarca opere edildiği görüldü ( $p=0.00000$ ). Intraoperatif majör komplikasyon 31 olguda (%38.3) postoperatif komplikasyon oranı ise %2.4'tür. Akut taşlı kolesistitlerde postoperatif hastanede kalış süresi 23 olguda (%28.4) 1 gün ve üzerinde iken kronik taşlı kolesistitlerde 79 olguda (%156.5) 1 gün ve üzerindedir ( $p=0.01026$ ). Mortalite oranı %1.2 ( $n=1$ )'dir.

**Sonuç:** Akut kolesistitlerde operasyon süresinin daha uzun olduğu, kadınlarda daha fazla görüldüğü, postoperatif yatış süresinin daha uzun olduğu, operasyonu gerçekleştiren kişilerin daha çok deneyimli cerrahlar olduğu gözlemlenmiştir. İlk başlarda laparoskopik kolesistektomilerde kesin kontrendikasyon içinde incelediğimiz akut taşlı kolesistitler daha sonra rölatif kontrendikasyon içine sokulmuş, günümüzde ise endikasyonlar içindedir. Tecrübe arttıkça akut kolesistitlerde laparoskopik girişim, güvenle uygulayabileceğimiz bir yöntemdir.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 15

Başlık: GEÇİRİLMİŞ ABDOMİNAL OPERASYONLARIN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİYE ETKİSİ

Yazarlar: Mutlu DOĞANAY, Nuri Aydın KAMA, Teoman COŞKUN, Melik GÜVEL, Nadi YÜKSEK, Mehmet GÜLER

Kurum: ANKARA NUMUNE HASTANESİ 4. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

**Giriş.** Laparoskopik kolesistektomi kısa geçmişine rağmen, artık semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde açık kolesistektominin yerini almıştır. Bu uygulamanın morbiditesi ve mortalitesi birçok çalışmada belirtilmiştir. Çalışmalarda en fazla konversiyon nedeninin aşırı inflamasyon ve belirlenemeyen anatomi oluşu belirtilmektedir. Bizde kliniğimizde uyguladığımız ilk 560 laparoskopik kolesistektomi olgusunda geçirilmiş abdominal operasyonların etkilerini araştırdık.

**Materyal ve Metod:** Ankara Numune Hastanesi 4.Genel Cerrahi Kliniğinde Mart 1992 - Ocak 1997 tarihleri arasında uygulanan 560 Laparoskopik Kolesistektomi olgusu retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar yaş, cins, semptomların şekli ve süresi, daha önce geçirilmiş operasyon olup olmaması yönünden incelenmiştir. Hastalara preoperatif dönemde kullanılan teşhis yöntemleri ve girişimler irdelenmiştir. Operasyon süresi, intraoperatif komplikasyonlar, postoperatif morbidite ve mortalite, hastanede yatış süresi incelendi. İstatistiksel analizler Chi-square veya Fisher exacte testi ile değerlendirildi. Univariate analiz için p değerleri tesbit edildi. Multivariat model için multiple logistik regresyon testi yapıldı.  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** 560 olgular seride 154 olgunun (%27.5) daha önce abdominal operasyon geçirdiği gözlemlendi. Hastaların 35'i (%22.7) erkek, 119'u (%77.3) kadındır. Hastalarda en fazla semptomun epigastrik ağrı ve bulantı-kusma olduğu görüldü ( $n=29$ ). Ortalama şikayet süresi 10 ay olarak tespit edilmiştir (1-96 ay). 15 olgu (%9.7) daha önce üst abdominal operasyon 139 olgu (%90.3) alt abdominal operasyon geçirmişti. 139 olguda (%90.3) işlem laparoskopik olarak tamamlanırken, 15 olguda (%9.7) açığa dönülmüştür ( $p=0.00737$ ). Hastaların 22'si (%14.3) akut taşlı kolesistit, 132'si (%85.7) kronik taşlı kolesistit nedeniyle opere edildi. Tüm olgularda teşhis aracı olarak ultrasonografi kullanıldı. 9 hastaya (%5.8) preoperatif dönemde ultrasonografide koledokta taş ya da genişleme, rutin laboratuvar bulgularıyla safra yolu tıkanmasından şüphelenildiği için ERCP uygulanmıştır. 10 olgu ve üzerinde operasyon yapanlar deneyimli kabul edildi. Buna göre olguların 115'i (%74.7) deneyimli cerrahlarca, 39'u (%25.3) deneyimsiz cerrahlarca opere edildiler. 46 olguda (%29.9) operasyon süresinin 60 dakikanın üzerinde olduğu gözlemlenmiştir (10-180 dakika). Intraoperatif majör komplikasyon 4 olguda (%2.6), minör komplikasyon 3 olguda (%1.9) gözlemlenmiştir. 1 hastada koledok yaralanması nedeniyle reoperasyon yapılmıştır. Olguların 122'sinde (%79.2) postoperatif hastanede yatış süresi 1 gün iken, 32'sinde (%20.8) bir gün üzerinde olduğu görülmüştür.

**Sonuç.** Daha önce abdominal operasyon geçirenlerin %9.7'sinde açığa dönülürken, operasyon geçirmeyenlerin %3.9'unda açığa dönülmüştür ( $p=0.00737$ ). Açığa dönülme nedeni olarak da en fazla (%73.3) ( $n=11$ ) aşırı inflamasyon ve belirlenemeyen anatomi olmuştur. Fakat intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, postoperatif mortalite ve morbidite hastanede yatış süresi açısından anlamlı farklılık saptanmayan bu grup hastalarda da, laparoskopik kolesistektomi güvenli bir metod olarak kullanılabilir.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 16

Başlık: YAŞLI LARDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN YERİ.....

Yazarlar: Mutlu DOĞANAY, Nuri Aydın KAMA, Alparslan YAZGAN, Gül DAĞLAR, Uğur GÖZALAN, Neval ŞİROLU.....

Kurum: ANKARA NUMUNE HASTANESİ 4.GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ.....

**Giriş:** Laparoskopik kolesistektomi artık semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde standart işlem olarak kabul edilmektedir. İntraoperatif komplikasyonlar ve teknik zorluklar nedeniyle laparoskopik kolesistektomi hala bir kısım hastaya uygulanamamaktadır. Laparotomiye konversiyonda çeşitli faktörler etkilidir. Bu faktörlerden biriside ileri yaşıdır. Bizde 560 laparoskopik kolesistektomi olgusunda ileri yaşın etkilerini araştırdık.

**Materyal ve Metod:** Ankara Numune Hastanesi 4.Genel Cerrahi Kliniğinde Mart 1992 - Ocak 1997 tarihleri arasında uygulanan 560 Laparoskopik Kolesistektomi olgusu retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar yaş, cins, semptomların şekli ve süresi, daha önce geçirilmiş operasyon olup olmaması yönünden incelenmiştir. Hastalara preoperatif dönemde kullanılan teşhis yöntemleri ve girişimler irdelenmiştir. Operasyon süresi, intraoperatif komplikasyonlar, postoperatif morbidite ve mortalite, hastanede yatış süresi incelendi. İstatistiksel olarak Chi-square (Pearson) testi kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** 560 olgulak seride, 65 yaş ve üstünde 82 olgu (%14.6) olduğu gözlemlendi. Hastaların 17'si (%20.7) erkek, 65 (%79.3) kadındır. Tüm olgularda teşhis aracı olarak ultrasonografi kullanılmıştır. 64 olgu (%78) kronik taşlı kolesistit, 10 olgu (%12.2) akut taşlı kolesistit, 3 olgu (3.7) kolesistokolekolitiazis, 2 olgu (%2.4) safra kesesi polibi, 2 olgu (%2.4) kronik taşlı kolesistit+bilier pankreatit nedeniyle opere edildi. 40 olguda yandaş hastalık mevcuttu ( $p=0.00000$ ). Ultrasonografide koledokta taş ya da genişleme, rutin laboratuvar bulgularıyla safra yolu tıkanmasından şüphelenilen 7 hastaya (%8.5) ERCP yapıldı. 15 olgu (%18.2) daha önce alt abdominal, 3 olgu (%3.6) üst abdominal operasyon geçirmişti. 74 olguda (%90.2) işlem laparoskopik olarak tamamlanırken, 8 olguda (%9.8) açığa dönmüştür. Laparotomiye konversiyon oranı %9.7 tesbit edilmiştir. 6 olguda (%3.3) aşırı inflamasyon ve anatomik güçlük, 1 olguda (%1.2) koledok yaralanması, 1 olguda (%1.2) koledok yaralanma şüphesi ile açığa dönmüştür. 57 olguda (%69.5) operasyon süresi 60 dakikanın altındayken, 25 olguda (%30.5) 60 dakikanın üzerinde tesbit edilmiştir. 31 olguda (%37.8) minör, 3 olguda (%3.6) majör intraoperatif komplikasyon meydana gelmiştir. 5 olguda (%6) postoperatif komplikasyon gözlenmiştir. 62 olguda (%75.6) postoperatif hastanede yatış süresi 1 gün, 20 olguda (%24.4) 1 günden fazla olduğu gözlenmiştir. 10 vaka ve üzerinde operasyon yapanlar deneyimli kabul edilmiştir. 59 olgu (%72) deneyimli cerrahlar tarafından, 23 olgu (%28) deneyimsiz cerrahlar tarafından opere edilmiştir. Mortalite oranı %0'dır.

**Sonuç:** 65 yaş üstü hastalarda yandaş hastalıklar fazla olmasına rağmen ( $p=0.00000$ ) cins, klinik tanı, geçirilmiş operasyon, açığa dönüş, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, postoperatif mortalite ve morbidite, hastanede yatış süresinin anlamlı olmaması nedeniyle ve dolayısıyla yaşlılarda da laparoskopik kolesistektominin güvenle uygulanabileceği sonucuna vardık.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 17

Başlık: LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ (560 OLGUNUN ANALİZİ).....

Yazarlar: Mutlu DOĞANAY, Nuri Aydın KAMA, Gül DAĞLAR, Fatih AVSAR, Arif Zeki AKAT.....

Kurum: ANKARA NUMUNE HASTANESİ 4.GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ.....

**Giriş:** Laparoskopik kolesistektomi, artık semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinin yanısıra akut kolesistitin tedavisinde de standart işlem olarak kabul edilmektedir. Laparoskopik kolesistektominin artık birçok merkezde rutin bir uygulama şekline dönüştüğü günümüzde bizde kliniğimizde uyguladığımız ilk 560 olgunun analizini yaparak tecrübelerimizi aktarmak istedik.

**Materyal ve Metod:** Ankara Numune Hastanesi 4.Genel Cerrahi Kliniğinde Mart 1992 - Ocak 1997 tarihleri arasında uygulanan 560 Laparoskopik Kolesistektomi olgusu retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar yaş, cins, semptomların şekli ve süresi, daha önce geçirilmiş operasyon olup olmaması yönünden incelenmiştir. Hastalara preoperatif dönemde kullanılan teşhis yöntemleri ve girişimler irdelenmiştir. Operasyon süresi, intraoperatif komplikasyonlar, postoperatif morbidite ve mortalite, hastanede yatış süresi incelendi.

**Bulgular:** Hastaların 103'ü (%18.4) erkek, 457'si (%81.6) kadındır. Ortalama yaş 48.7'dir (18-85). Hastalarda en fazla semptomun (%17.5) epigastrik ağrı ve bulantı-kusma olduğu görülmüştür ( $n=97$ ). Ortalama şikayet süresi 18 ay olarak tespit edilmiştir (1-72 ay). Hastaların 446'sı (%79.5) kronik taşlı kolesistit, 81'i (%14.5) akut taşlı kolesistit, 9'u (%1.6) kolesistokolekolitiazis, 8'i (%1.4) safra kesesi polibi, 11'i (%2) kronik taşlı kolesistit+umbilikal herni, 1'i (%0.2) kronik taşlı kolesistit+safra kesesi Ca, 4'ü (%0.7) bilier pankreatit+kronik taşlı kolesistit nedeniyle opere edildi. 15 olgu (%2.6) daha önce üst batin, 138 olgu (%24.6) ise alt batin operasyonu geçirmişti. Tüm olgularda teşhis aracı olarak ultrasonografi kullanılmıştır. Ultrasonografide koledokta taş ya da genişleme, rutin laboratuvar bulgularıyla safra yolu tıkanmasından şüphelenilen 28 (%5) hastaya preoperatif, 5 (%0.9) hastaya ise postoperatif dönemde ERCP uygulanmıştır. Bu hastaların operasyon süresi ortalama 58.9 dakikadır (10-180 dakika). Laparotomiye konversiyon oranı %5.5'dur ( $n=31$ ). İntraoperatif majör komplikasyon 14 olguda (%2.5), minör komplikasyon 186 olguda (%33.2) görülmüştür. Postoperatif majör komplikasyon 9 olguda (%1.6), minör komplikasyon 11 olguda (%2.0) gözlenmiştir. Mortalite oranı %0.4'tür ( $n=2$ ). Ortalama postoperatif yatış süresi 1.5 gündür.

**Sonuç:** Laparoskopik kolesistektomi semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde artık giderek artan oranda kabul gören ve uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Azalmış postoperatif ağrı, hastanede kalış süresinin kısalığı gibi artık çok iyi bilinen avantajlar ile bu uygulama cerrahideki haklı olan yerini almıştır.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 18



Başlık: LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ VE TROKAR YERİNDE HERNİ  
Yazarlar: M. SAHİN, M. ŞEHİTOĞLU, E. ERTAŞ, A. HASANOĞLU, M. ERBİLEN, E. BÜLBÜLOĞLU  
Kurum: İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ABD, MALATYA

Günümüzde laparoskopik kolesistektomi semptomatik kolelitiazisli hastalarda tercih edilen tedavi yöntemidir. Laparoskopik kolesistektominin tartışmasız üstünlükleri mevcut olup nadir de olsa klasik açık kolesistektomilerde karşılaşılmayan komplikasyonlar karşımıza çıkmaktadır. Trokar yerinde herni oluşumu nadir görülen bir komplikasyondur. Kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi sonrası umbilikal trokar giriş yerinde herni nedeniyle 3 hastada herni onarımı uygulanmıştır. Vakaların hepsi son 3 ay içinde başvurmuş ve 2 hastada laparoskopik kolesistektomi başka hastanelerde 5 ve 2 yıl önce, 1 hastada ise kliniğimizde 10 ay önce uygulanmıştır.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası trokar yerinde herni oluşumu geç görülen nadir bir komplikasyondur. Bunun önlenmesi için 10 mm trokar giriş yerlerinde fasya kenarları absorbe olmayan sütür materyali ile uygun şekilde karşılıklı yaklaştırılmalıdır.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 19

## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA GÖZDEN KAÇAN MALİGNİTELER

*Dr. Kaya YORGANCI, Dr. Erhan HAMALOĞLU, Dr. Zafer ÖNER, Dr. İskender SAYEK*  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI - ANKARA

Laparoskopik kolesistektomi, günümüzde semptomatik safra kesesi taşlarının standart tedavisi haline gelmiştir. Ancak kolelitiasis’de net bir semptomatolojinin olmaması ve hastanede kalış süresinin kısalığı nedeniyle hastaların ameliyat öncesi - sonrası değerlendirilmesinin yetersiz olması ile, var olan karın içi malign tümörler gözden kaçabilmektedir. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatından 2 - 9 ay sonra tespit edilen kolon ve pankreas karsinomalı 8 hasta “olgu-kontrol yöntemi” ile değerlendirilmiştir.

Hastaların 5’inde kolorektal karsinom, 3’ünde pankreas karsinomu tespit edilmiştir. Yaş ortalamaları 58 olup, tüm hastaların semiyolojik incelemelerinde kolelitiasis’e dayandırılan şikayetlerinde atipi hakimdir. Halsizlik, kilo kaybı, sürekli karın ağrısı, bu yakınmaların bazılarıdır. Tüm hastalar sadece ultrasonografi ile değerlendirilmiş, yakınmalarına yönelik ileri tetkikler yapılmadan ameliyata alınmıştır.

Sekiz hastanın var olan malign tümörlerine yönelik değerlendirilmelerinde, ancak 2’sine küratif amaçlı rezeksiyon yapılabilmiş, 4’üne palyatif amaçlı cerrahi tedavi uygulanmış, pankreas karsinomalı 2 hastanın uzak metastazları olması nedeniyle sadece kemoterapi verilmesi uygun görülmüştür. Tümör evrelerin ileri olmasının tek nedeninin yanlış yönlendirilme olduğunu söylemek zorsa da laparoskopik kolesistektomi ile ortalama 5.7 ay bir gecikme yaşanmıştır.

Kolelitiasis nedeniyle ameliyat edilecek hastalar ameliyat öncesi iyi değerlendirilmeli, yapılacak muayene ve tetkiklerle yakınmalarının kolelitiasise bağlı olduğu konusunda, özellikle yaşlı hastalarda şüpheli davranılmalıdır. Ultrasonografi ile kolelitiasisin tanınması, atipik yakınmaların açıklanması için her zaman yeterli bir inceleme değildir.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 20

Başlık:....

## Duodenal Ülser Perforasyonlarında Laparoskopik Onarım

Yazarlar:

R Güloğlu, A Necefli, K. Günay, K. Taviloğlu, C. Ertekin *Ö. Tışfel*

Kurum:....

*Ist. Üniv. Ist. Tıp Fak. Acil Cerrahi Birimi*

*Istanbul Tıp Fakültesi, Acil Cerrahi Biriminde* 8  
*olguya (4 Erkek, 4 Kadın) duodenal ülser perforasyonu ön tanısı ile laparoskopik girişim yapılmıştır. Olguların yaş ortalaması 41 (29-81 yaş) dir. Perforasyonun meydana gelmesi ile ameliyat arasındaki süre ortalama 5 saattir (2-9 saat). Ortalama ameliyat süresi 80 dakikadır (60-120 dk.). 7 olguda duodenorafi başarı ile tamamlanmıştır. Bir olguda teknik nedenelerle açık cerrahiye geçilmiştir. Hastanede kalış süresi ortalama 3 gün (2-4) olmuştur. Postop komplikasyon görülmemiştir.*

*Sonuç olarak akut ülser perforasyonlarında laparoskopi konusunda tecrübeli ekiplerce uygulanan girişimlerin açık tekniğe alternatif olacağını düşünmekteyiz.*

Sözlü bildiri

Poster

Bildiri No: 21

**Başlık :LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI AĞRI KONTROLÜNDE BUPİVACAİN İNJEKSİYON VE LAVAJININ ETKİSİ**

**Yazarlar: ÖZAÇMAK İ.D., İŞİK A., LİCE H.:**

**Kurum :Taksim Hastanesi I. Cerrahi Kliniği**

Laparoskopik kolesistektomi açık cerrahiye göre postoperatif ağrıda önemli bir azalma sağlamıştır. Fakat bu yöntemde de postoperatuar 24 ila 48 saat süren orta derecede bir ağrı mevcudiyeti sık olarak gözlenir. Bu çalışmada, laparoskopik kolesistektomide peroperatuar Bupivacain uygulamanın, postoperatuar etkilerini araştırmayı amaçladık.

Prospektif, randomize planlanan çalışmada hastalar iki gruba ayrıldı. I. grupta 35 hastaya Bupivacain uygulandı. Uygulama trokar girişlerine suprapertoneal injeksiyon , kese loju ile subdiafragmatik sahaya lavaj şeklinde gerçekleştirildi. II. grupta 35 hastaya uygulama yapılmadı ve kontrol grubu olarak değerlendirildi.

Hastalar postoperatuar 36 saat izlendi, ağrı düzeyi görsel analog ağrı skalası ve uygulanan ağrı kesici dozu ile değerlendirildi.

Sonuçların istatistiki değerlendirmesi Fisherin t testi ile yapıldı.

Sonuç olarak Bupivacain uygulamanın, postoperatuar ağrı kontrolünde etkili olduğuna karar verildi.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 22

## LAPAROSKOPİK EKSTRAPERİTONEAL HERNİ ONARIMI

Başlık:.....

Op.Dr. Sait BAKIR\*

Op.Dr. Özar AKALIN\*\*

Yazarlar:.....

\*PTT Hastanesi / İstanbul \*\*Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi / Bursa

Kurum:.....

Bu bildiriye; 1995-1996 yıllarında laparoskopik total ekstrapéritoneal herni onarımı (TEP) uygulanan 25 olguya ait veriler ve erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2 yıllık period içerisinde 25 olguda 29 inguinofemoral herni onarımı uygulanmıştır. Yaş ortalaması 45 olan olguların 20'si erkek 5'i kadındı. Olguların 17'sinde indirekt, 7'sinde direkt inguinal ve 1 olguda femoral herni mevcuttu. Operasyonlarda intraoperatif komplikasyon gözlenmedi. Ortalama operasyon süresi 64 dakika saptandı. Bilateral olgularda ise bu süre 110 dakika saptandı. İlk 13 olguya uygulanan 15 herniorafide Stoppa tekniği ile mesh yayılarak bırakılmış daha sonraki 12 olguya uygulanan 14 herniorafide mesh tacker ile tesbit edilmiştir. Tacker tesbit uygulanmayan ilk grupta olgular küçük ve erken dönem fıtıklar olarak seçilmiş olgulardır. Sonraki olgularda böyle bir seçim uygulanmamıştır. Postoperatif komplikasyon olarak 3 olguda ciltaltı amfizemi 2 olguda seroma ve bir olguda 10 mm.'lik trokar giriş yerinde yara enfeksiyonu saptandı. Olgular post operatif 1 veya 2. günlerde eksterne edildi. Takip süresi 3-24 ay olan olgularda nüks saptanmadı.

Sonuç olarak TEP; minimal invaziv cerrahinin diğer avantajlarını taşımasının yanında, periton boşluğuna girilmemesi, mesh'e ait yapışıklık risklerinin olmaması ve düşük nüks oranı nedeniyle inguinal fıtıkların laparoskopik onarımında tercih edilmesi gereken bir yöntem olmalıdır.

Sözlü bildiri

Poster

Bildiri No: 23

Başlık:.....

Yazarlar: **Dr. Ö. F. BİLGİN, Dr. U. BENGİSUN, Dr. M. ELVENDİ, Dr. B. KORUCU**

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı**

Kurum:.....

Bu çalışmada A.Ü.Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalında Aralık 1994-1996 tarihleri arasında açık kolesistektomi yapılan 60 olgu ile laparoskopik kolesistektomi yapılan 60 olguda solunum fonksiyonları ve pulmoner komplikasyonlar karşılaştırılmıştır. KOAH, koroner iskemi, kalp yetmezliği bulunan ve akut kolesistit kliniği olan olgular çalışmaya alınmamıştır. Preoperatif ve postoperatif 6. ve 24. saatlerde olguların kan gazı ve solunum fonksiyon testleri ölçümleri ve yine postoperatif 24. saatte Visual Analog Scale yöntemi ile ağrı ölçümleri yapılmıştır. Sonuçta açık kolesistektomi grubunda anlamlı derecede hipoksemi ve solunum fonksiyonlarında bozulma saptanırken laparoskopik kolesistektomi grubunda solunum fonksiyonları ve kan gazı ölçümleri diğer gruba oranla anlamlı olarak daha iyi olarak saptanmıştır. Açık kolesistektomi grubunda ağrı düzeyi diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş ve yine bu grupta 8 olguda atelektazi gelişmiştir. Sonuç olarak minimal invaziv bir yöntem olması, postoperatif ağrı azlığı ile derin solunum yapılabilmesi, karın kaslarının kesilmemesi ve erken mobilizasyon sayesinde laparoskopi grubunda solunum fonksiyonlarının minimal olarak değişime uğradığı ve pulmoner komplikasyonların daha az görüldüğü saptanmıştır.

Sözlü bildiri

Poster

Bildiri No: 24

**Başlık:** AKUT KOLESİSTİTTE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ  
**Yazarlar:** Dr. E. M. Sözüer, Dr. Z. Yılmaz, Dr. M. Akpınar, Dr. O. Banlı, Dr. Y. Yeşilkaya  
**Kurum:** Erciyes Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD, KAYSERİ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde ocak 1993- nisan 1997 tarihleri arasında, laparoskopik kolesistektomi yaptığımız akut kolesistektomi vakalarını araştırarak sonuçlarını değerlendirdik. Bu süre içinde toplam 36 akut kolesistitli hasta laparoskopik kolesistektomi amacı ile ameliyata alındı. 29'ü kadın (%80), 7'si erkek (%20) olan hastaların yaş ortalaması 58 idi (27 - 74 arası). Eksplozasyonda tüm hastaların safra kesesi enflame idi. Peroperatif iki hastaya (%5.5) kolanjiografi yapıldı. Peroperatif komplikasyon 7 hastada (%19) tespit edildi. 5 hastada perforasyon, 2 hastada kanama oldu. Bunlardan 1'inde v. porta yaralanmıştı, diğerinde ise kanama laparotomiye geçilmeden kontrol edildi. Toplam 8 hastada (%22) laparotomiye geçildi. Bu hastalarda birinci sırayı yapışıklık ve enflamasyon nedeni ile disseksiyon güçlüğü oluşturdu (5 hasta). 2 hastada koledok'un normalden geniş izlenmesi sonucu yapılan peroperatif kolanjiografide koledokta taş saptanması ve 1 hastada ise v. Porta yaralanması sonucu laparotomiye geçildi. 8 hastada (%22) subhepatik dren kondu. Drenler en geç kırksekiz saat sonra çekildi. Bir hasta postoperatif miyokard enfarktüsünden kaybedildi. Komplikasyona bağlı hasta kaybı olmadı. Mortalite oranı %2,7 olarak bulundu. Sonuç olarak, akut kolesistitte yapılan laparoskopik kolesistektomide komplikasyon ve açığa geçme oranı kolelityazisli hastalara göre yüksek bulunmuştur. Ancak deneyim arttıkça komplikasyon ve açığa geçme oranları düşmektedir.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 25

**Başlık:** LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ KOMPLİKASYONLARI  
**Yazarlar:** Dr. E. M. Sözüer, Dr. Z. Yılmaz, Dr. M. Akpınar, Dr. O. Banlı, Dr. Y. Yeşilkaya  
**Kurum:** Erciyes Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD, KAYSERİ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde, Ocak 1993'ten Nisan 1997 tarihine kadar, 240 hastaya laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Vakaların 192'si (%80) kadın, 48'i erkek (%20), yaş ortalaması 56 idi. Hastaların 203'ünde (% 84.5) kolelityazis, 36'sında (%15) akut kolesistit, 1'inde (%0.5) safra kesesi polipi mevcut idi. Komplikasyon oranı %15 idi ( 36 vaka). Bunların 24'ünde kese perforasyonu, 10'unda kanama, 2'sinde koledok kesisi meydana geldi. Toplam 22 vaka da (%9) laparotomiye geçildi. Bunların 14'ünde aşırı yapışıklık ve fibrotik kese, 2'sinde kanama, 2'sinde koledokta kesi, 2'sinde cihazın arızalanması, 1'inde taşların karın içine yayılması, 1'inde koledokta taş tesbit edilmesi nedeniyle laparotomi uygulanmıştır. Komplikasyonlara bağlı ölüm görülmedi. Bir hasta postoperatif miyokard enfarktüsü nedeniyle kaybedildi, mortalite oranı %0.4 olarak bulundu. Komplikasyonlarımızın çoğu öğrenme periyodu içinde olmuştur ve deneyimlerimizin artmasıyla azalmıştır. Teknik gelişmeler ve tecrübeler arttıkça laparoskopik kolesistektomide komplikasyonlar azalarak, açık kolesistektomiye giderek yaklaşacaktır.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 26

Başlık: HNH 1.CERRAHİ KLİNİĞİ LAPOROSKOPIK KOLESISTEKTOMİ DENEYİMİ  
Yazarlar: Neşet Köksal, Mehmet Ural, Tunç Yaltı, Osman Kirand, Erdal Erdoğan, Ender Dulundu, İzzet Titiz.  
Kurum: Haydarpaşa Numune Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği, İstanbul.

1.1.1993-15.4.1997 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi 1.Cerrahi Kliniğinde laparoskopik kolesistektomi girişiminde bulunduğumuz 82 hasta açık cerrahiye dönüş oranı, peroperatif ve postoperatif komplikasyon, hastanede yatış süresi ve peroperatif teknik problemler açısından prospektif olarak değerlendirilmiştir. Aynı sürede 167 hastaya açık kolesistektomi ameliyatı yapılmıştır. Laparoskopik kolesistektomi girişimi yapılan hastaların tüm kolesistektomilere oranı %33'dür. Hastaların 18'i erkek, 64'ü kadın olup yaş ortalaması 49'dur. İki hastada peroperatuvar komplikasyon, bir hastada teknik problem, beş hastada diseksiyon güçlüğü nedeniyle açık cerrahiye dönülmüştür (%9.7). Sekiz hastada (%9.7), önceden geçirilmiş alt karın ameliyatları mevcuttur. Bir hastada peroperatuvar farkedilen koledok kesisi oluşmuş (%1.2) ve hastaya Roux-en Y koledokojunostomi uygulanmıştır. Safra kesesi diseksiyonu esnasında altı hastada safra kesesi perforasyonu oluşmuştur. İki hastada optik sistemden kaynaklanan teknik problem oluşmuştur. 29 hastada penroz dren kullanılmış, dren kullanılmayan iki hastada subhepatik koleksiyon oluşmuş, ancak spontan olarak rezorbe olmuştur. Postoperatif dönemde iki hastada kısa süreli safra kaçağı, iki hastada geçici ateş, bir hastada subksifoid trokar yerinden kaynaklanan karın duvarında hematoma oluşmuş, bir hastada postoperatif dönemde miyokard enfarktüsü gelişmiştir. Postoperatif mortalite görülmemiştir. Üç hastada postoperatif dönemde özellikle sağ omuza yayılan ağrı yakınması olmuştur. Laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastaların ortalama hastanede kalış süresi 2.5 gündür.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 27

Başlık: VARİKOSEL TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK VARİKOSELEKTOMİ VE YÜKSEK LİGASYONUN  
Yazarlar: KARŞILAŞTIRILMASI  
Kurum: DEMİRCİ D., GÜLMEZ İ., SÖZÜER EM., EKMEKÇİOĞLU O., TATLIŞEN A., KARACAGİL M.

E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji, Genel Cerrahi Anabilim Dalı KAYSERİ

Çalışmamızda laparoskopik varikoselektomi ve yüksek ligasyon yöntemlerinin varikoselin cerrahi tedavisindeki yeri ve etkinliği araştırıldı. Kliniğimize başvuran 27 olguya laparoskopik varikoselektomi, 32 olguya ise yüksek ligasyon uygulandı. Laparoskopik ameliyatlar 25 olguda transperitoneal, iki olguda ise ekstraperitoneal yaklaşımla uygulandı. Bu olguların 15'ine iki taraflı, 12'sine ise tek taraflı ameliyat yapıldı. Yüksek ligasyon ameliyatı olguların dördüne iki taraflı 28'ine ise tek taraflı yapıldı. Tek taraflı varikosellerde ameliyat süresi laparoskopik varikoselektomide ortalama 49.2(25-95), yüksek ligasyonda ise ortalama 34.7(25-45) dakika olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistik olarak anlamlı idi ( $p<0.005$ ). İki taraflı olgularda ise ameliyat süresi açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ameliyat sonrası hastanede kalış, günlük aktiviteye dönüş, analjezik ihtiyaç süreleri ve kullanılan analjezik miktarı laparoskopik varikoselektomide yüksek ligasyona göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p<0.01$ ). Laparoskopik varikoselektomilerin %90'ında arter-ven ayırımı yapıldı ve arter korundu.

Laparoskopik varikoselektominin morbiditesinin düşük olması, hastalar tarafından kolay tolere edilebilmesi, testiküler arteri görüntüleme ve koruma olanağının yüksek olması nedeniyle özellikle iki taraflı olgularda tercih edilebilecek bir yöntem olabileceği sonucuna varıldı.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 28

Başlık: LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ  
Yazarlar: M. BASOĞLU, D. ÖREN, M. İ. YILDIRGAN, M. N. AKÇAY, S. S. ATAMANALP,  
K. Y. POLAT, S. ÇELİK  
Kurum: Atatürk Uni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Anabilim Dalımızda Mayıs 1993-Aralık 1996 yılları arasındaki 44 aylık sürede 279 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Hastaların yaş ortalaması  $47,0 \pm 13,6$  (16-84 yaş) idi. İkiyüzotuz hasta (%82,5) kadın, 49 hasta (%17,5) erkekti. Ortalama hasta ağırlığı  $69,6 \pm 12,4$  kg (48-164) idi. İkiyüzaltmışsekiz hasta (%96) kronik taşlı kolesistit, 6 hasta (%2) akut taşlı kolesistit, 6 hasta (%2) safra kesesi polipi ön tanılarıyla ameliyat edildi. 49 hasta (%17,5) önceden karın ameliyatı geçirmişti. Onsekiz hastada (%6,4) göbek fıtığı vardı. 48 hastada eş hastalık vardı. İki hastaya peroperatif kolanjiogram uygulandı. Yüzyirmialtı hastaya (%45,1) nazogastrik sonda, 24 hastaya (%8,6) dren uygulandı.

Ameliyat süresi ortalama  $90,3 \pm 30,6$  dk (20-210 dk) oldu. Dokuz hastada (%3,2) çeşitli nedenlerle açık cerrahiye dönüldü. Ameliyat sonrası erken dönemde 6 hastada (%2) yara yeri enfeksiyonu, 4 hastada (%1,4) cilt altı amfizemi ve 1 hastada (%0,3) safra kaçağına bağlı peritonit görüldü. 1 hasta (%0,3) akciğer embolisi nedeniyle öldü. Ortalama yatış süresi  $3,5 \pm 2,0$  (1-23) gündü. Geç dönem kontrole gelen hasta sayısı 150 (%53,7) idi. Bu hastalarda komplikasyon görülmedi.

Laparoskopik kolesistektomi safra kesesi taşlarının tedavisinde güvenli ve etkili bir tedavi metodudur.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 29

Başlık: LAPAROSKOPIK CERRAHİ ANESTEZİSİNDE AZOT PROTOKSİT KULLANILIMININ KAN  
GAZLARI ÜZERİNE ETKİSİ  
Yazarlar: M. ÖGÜŞ, A. BÜYÜKKEÇE, Z. ERTUĞ, N. ŞAHİN, K. EMEK, M. AKAYDIN.  
Kurum: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Anesteziyoloji  
ve Reanimasyon Anabilim Dalları ANTALYA

Videoendoskopik cerrahi en yaygın olarak karbondioksit ( $CO_2$ ) pnömoperitoneumu ile yapılmaktadır.  $CO_2$  pnömoperitoneumunun bilinen metabolik etkilerine anestezi tekniğinin etkisi tartışmalıdır. Prospektif olarak yapılan bu çalışmada, laparoskopik kolesistektomi yapılan 37 olgu 2 guruba ayrıldı. 17 olgudan oluşan 1. gurubun anestezisi devamında isofluran/azot protoksit ( $N_2O$ )/oksijen ( $O_2$ ), 20 olguluk 2. guruba ise isofluran/ $O_2$ /kuru hava verildi. Her iki grupta pH,  $PCO_2$ ,  $O_2$  sat,  $H_2CO_3$  ve  $P_{50}$  değerleri çalışıldı.  $N_2O$  verilen grupta daha fazla asidoz gelişti ve  $P_{50}$  değeri büyüdü. Çalışmamız, laparoskopik cerrahi anestezisinde  $N_2O$  kullanıldığında asidozun daha derin olduğunu ve  $P_{50}$  değerini büyüttüğünü göstererek buna bağlı doku düzeyinde oksidatif bir stres oluşup oluşmadığının araştırılması gerektiğini ortaya koymuş ve bu konu literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 30

**Başlık: LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ****Yazarlar:** Dr. Harun ANALAY, Dr. Cihan YILDIRIR, Dr. İ. Baha AKER, Dr. Mustafa ERDEM**Kurum:** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, SİVAS

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 6.0.1993 ile 11.4.1997 tarihleri arasında 141 hastaya laparoskopik kolesistektomi girişiminde bulunuldu. 119'u kadın (%84.3), 22'si erkek (%15.6) olan hastaların yaş ortalaması 44.3 (20-80) idi. Koledokolitiazisi bulunan hastalara laparoskopik cerrahi uygulanmadı. 13 hasta akut kolesistit (%9.2), 126 hasta kronik kolesistit (%89.3), 2 hasta safra kesesi polipi (%1.4) nedeniyle ameliyat edildi, 38 hastada (%26.9) geçirilmiş abdominal ameliyat mevcuttu. 27 hastada (%19.1) kolelitiazise çeşitli medikal hastalıklar eşlik ediyordu. 34 hastada (%24.1) diseksiyon esnasında safra kesesi perforasyonu oldu. 6 hastada (%4.2) sistik arter yaralanması, 2 hastada (%1.4) koledok yaralanması oldu. Sistik kanal güdüğünün açılmasına 1 hastada (%0.7) rastlandı. 4 hastada (%2.8) açık kolesistektomiye geçildi. Postoperatif en sık rastlanılan şikayet (32 hasta, %22.6) 1. gün ortaya çıkan ve analjeziklere cevap veren sırt ve bel ağrıları idi. 2 hastada (%1.4) postoperatif ilk 1 yıl içerisinde umblikal herni gelişti. Mortalitemiz 0'dır.

 Sözlü bildiri Poster**Bildiri No: 31****Başlık: KOLEDOKOLİTİYAZİSİN LAPAROSKOPIK TEDAVİSİ****Yazarlar:** Dr. Semih DOĞAN**Kurum:** Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Türkiye'de ilk kez 1994 yılında koledokolitiazis olgularında laparoskopik eksplorasyon olgumuzu sunmamızdan bu yana toplam 22 koledokolitiazis olgusuna girişim uyguladık. Olguların 12'si kadın, 10'u erkek olup, yaşları 42 ile 68 arasında değişmekte idi (Ortalama yaş: 54.4). Tanı 17 olguda ERCP, 2 olguda peroperatuvar kolanjografi, 3 olguda USG, klinik + laboratuvar ile konmuştur. Koledok eksplorasyonunda klasik dört trokar tekniği kullanılmış, koledok preparasyonundan sonra laparoskopik olarak eksplore edilmiştir. Yapılan eksplorasyonda 15 olguda tek taş, 7 olguda multipl taş saptanmıştır. Taş ekstraksiyonları Dormia Basket kateter ve Fogarty kateteri ile yapılmıştır. Eksplorasyon sonrasında koledok 6 olguda primer olarak sütüre edilmiş, 16 olguda ise T tüp drenaj uygulanmıştır. Koledokun kapatılmasında sütür materyali olarak 3/0 - 4/0 PDS, Prolen yada Vicryl kullanılmıştır. T tüp drenaj uygulanan olgularda çekilen peroperatuvar kolanjiografide duodenuma geçişin serbest olduğu gösterilmiştir. Hiçbir olguda postoperatif komplikasyon gelişmemiştir.

Laparoskopik koledok eksplorasyonu koledokolitiazis tedavisinde seçkin tedavi yöntemleri arasındadır. Hiçbir zaman laparoskopik koledok eksplorasyonu ile girişimsel endoskopik koledokolitiazis tedavisi birbiriyle yarışma içine sokulmamalıdır. Aksine her iki tedavi yönteminin birbirini tamamlayıcı özellik taşıdığı hiçbir zaman unutulmamalıdır. Ancak açık koledok eksplorasyonlarından elde edilen tecrübe ile, minimal invaziv cerrahinin sağladığı avantajların birleştirilmesinin hastaya daha konforlu bir cerrahi sunduğunun kabul edilmesi gereken bir gerçek olduğu düşüncesindeyiz.

**Bildiri No: 32**

Başlık : **LAPAROSKOPIK FITİK ONARIMI**  
Yazarlar: **Dr. Semih DOĞAN**  
Kurum: **Eşrefpaşa Belediye Hastanesi**

Laparoskopik fitik onarımı fitik tedavisinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmış seçkin tedavis yöntemlerinden biridir. Bu noktadan hareketle toplam 50 olguya laparoskopik herni onarımı uyguladık. Çalışmanın başladığı ilk 10 olguya (Hepsi erkek) Transabdominal Preperitoneal onarım, daha sonraki 40 olguya (38 erkek, 2 kadın) Total preperitoneal onarım uygulanmıştır. Olguların en genci 24, en yaşlısı 64 yaşında idi (Ortalama yaş:45). Olguların 3'ü nüks, 2'si ise bilateral idi. Tüm olgularda iki adet 5mm'lik, bir adet 10 mm'lik trokar, onarım için ise 14x12cm'lik marlex mesh kullanıldı, fiksasyon ise 5 mm'lik tacker ile sağlandı. Olgularımızın postoperatif seyriinde 5 olguda skrotal ödem, 1 olguda yaygın skrotal ödem, 2 olguda karın ön duvarında ekimoz. 3 olguda ise seroma gelişimi saptandı. Bu tür komplikasyonlar ilk 25 olguda rastlanmış olup son 25 olguda herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamıştır. Laparoskopik herni onarımının çok daha az postoperatif ağrı, günlük aktiviteye erken dönüş, klinik olarak tanı konulamayan fitiklerin görülmesi gibi avantajları dolayısıyla özellikle genç hastalarda fitik tedavisi için uygun bir seçenek olduğuna inanmaktayız

Bildiri No: 33

Başlık..... **ENDOSKOPIK EKSTRAPERITONEAL HERNIORAFİ (90 Hasta)**  
Yazarlar: **Ş.ÖZER, E.REİS, B.BOSTANCI, H.DERİCİ, R.KORKMAZ**  
Kurum.... **Kasımpaşa Deniz Hastanesi, İSTANBUL**

**Giriş :** Bu prospektif çalışmanın amacı EEPH'nin (Endoskopik Ekstraperitoneal Herniorafi) en az diğer fitik tamir yöntemleri kadar emin ve güvenilir bir yöntem olduğunu düşünmemizdir.

**Hastalar ve Metod :** Eylül 1995 - Ocak 1997 tarihleri arasında 90 hastaya 99 EEPH uygulanmıştır. Hastaların yaşları 20 - 67 arasında olup, bunların 88'i erkekti. Hastaların 48'i Tip II, 13'ü Tip IIIa, 34'ü Tip IIIb, 1'i Tip IIIc, 1'i Tip IVa, 2'si Tip IVb herni olup, 9 hastada bilateral herni vardı. Tüm hastalara takviye için polyprolen mesh kullanıldı.

**Sonuç :** 3 hastada (%3.3) değişik nedenlerden açığa geçildi. Hastaların %84'ü 1-16 aylık periyodla takip edilmiş olup ortalama takip süresi 11 aydır. Takiplerde nüks ile karşılaşmadı. 8 hastada (%9) üriner komplikasyon (idrar retansiyonu, üriner enfeksiyon), akciğer enfeksiyonu, lateral femoral kuteneal sinir nöraljisi, kord ödemi gelişti. 1 hastada mesh reaksiyonu gelişti ve post operatif 21. günde mesh çıkarıldı. Geç dönem takiplerde 1 hastada kord hidroseli gözlemlendi.

**Özet :** Takip süresinin kısa olmasına rağmen nüks görülmeişinin ve postoperatif seyrinin oldukça rahat geçmesinden dolayı EEPH'nin deneyimli laparoskopistlerce yapıldığında en az açık preperitoneal mesh herniorafi kadar emin bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.



Başlık: **GASTROÖZEFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA LAPAROSKOPIK TOUPET İŞLEMİ**  
Yazarlar: **Dr.Nihat YAVUZ, Dr.Metin ERTEM.**  
Kurum: **LÜ.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ.GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

Gastroözefageal reflü hastalığının tedavisinde konvansiyonel cerrahi yöntemlerin yanı sıra minimal invaziv cerrahinin gelişmesine paralel olarak son yıllarda laparoskopik yöntemler de kullanılmaya başlanmıştır.Laparoskopik parsiyel fundoplikasyonu(TOUPET) da bu yöntemlerden biridir.Toupet parsiyel fundoplikasyonu gastroözefageal reflü hastalığının kontrolünde total(Nissen) fundoplikasyonu kadar etkilidir.Operasyon süresinin daha kısa,postoperatif disfaji şikayetlerinin daha az olması Toupet operasyonunun üstünlükleri olarak söylenebilir.Her iki yöntemin ise konvansiyonel cerrahi yöntemlere göre belirgin özellikleri vardır.Bunlar;hiatal bölge anatomisinin daha iyi görülmesi,yeterli diseksiyon,tam onarım,postoperatif daha az ağrı ve rahatsızlık duyulması,hastanede kalma süresinin kısa olması ve daha erken iş hayatına dönülmesi şeklindedir,

Çalışmamızda gastroözafageal reflü hastalığına yol açmış bir hiatal herni olgusuna uyguladığımız laparoskopik Toupet parsiyel fundoplikasyon işleminin teknik özelliklerini göstermeye çalıştık.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 35

Başlık: **LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYON**  
Yazarlar: **Atila Korkmaz, Nilüfer Erverdi, Okan Hamamcı, Hasan Besim, Settar Bostanoğlu**  
Kurum: **ANKARA NUMUNE HASTANESİ 6.CERRAHİ KLİNİĞİ**

34 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 2 yıldan beri hazımsızlık, epigastrik hassasiyet şikayetleri ile tanı ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Bu süre içinde muhtelif aralıklarla çeşitli antiasit ve H<sub>2</sub> reseptör antagonistleri kullanan hastanın yapılan özafagogastroskopisinde grade 4 özafajit ve sliding tip hiatal herni tespit edildi. Mide duodenum pasaj grafisinde de sliding tip hiatal herni tanısı doğrulandı. Cerrahi endikasyon konulan hasta laparoskopik girişim için bilgilendirildikten sonra operasyona alındı. Operasyon 5 trokar yardımıyla ortalama 13 mmHg intraabdominal basınç altında supin pozisyonunda ve hastanın sol tarafından gerçekleştirildi. Abdominal eksplorasyonda mide fundus bölümünün hiatusdan göğüs boşluğuna geçmiş olduğu gözlemlendi. Mide traksiyone edilerek karın içine alındı ve hiatusdaki defekt ortaya konuldu. Özafagus çepeçevre askıya alındıktan sonra yaklaşık 6x6 cm. büyüklüğündeki defekt polypropylene mesh(Atrium Medical Corporation, Hudson, USA) ile endoskopik tissue tacker (Origin Medsystems, Inc. Menlo Park CA, USA) yardımıyla kapatıldı. Daha sonra mide fundusu özafagus posteriorundan geçirilerek 3 adet 3/0 absorbabl suture ile 360 derece Nissen Fundoplikasyon uygulandı. Operasyon 180 dakikada tamamlandı. Postoperatif 2. gün nazogastrik sondası çekilen 3. gün ise oral başlanan hastada herhangi bir komplikasyona rastlanılmadı ve postoperatif 5. gün şifa ile taburcu edildi.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 36

## LAPAROSKOPIK SPIEGEL HERNİ ONARIMI

Başlık:

Yazarlar: Okan Hamamcı, Hasan Bésim, Settar Bostanoğlu, Nilüfer Erverdi, Atila Korkmaz.

Kurum: ANKARA NUMUNE HASTANESİ 6. CERRAHİ KLİNİĞİ

Yaklaşık son 3 seneden beri karın sağ alt kadranında ağrı şikayeti olan 34 yaşındaki N.Ö. isimli kadın hasta spiegel herni ön tanısı ile tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Ağrı, 3 yıl önce geçirilmiş jinekolojik operasyondan sonra başlamış ve muhtelif aralıklarla devam etmiş. Fizik muayenede, karın sağ üst ve alt kadranlarında hassasiyet saptandı. Herhangi bir fasyal defekt tespit edilemedi. Kompüterize tomografide ise sağ rektus kası lateralinde abdominal duvarda spiegel hernisi saptandı. Ağrı etyolojisini tespit etmek ve spiegel herni tanısını doğrulamak amacıyla diagnostik laparoskopi yapıldı. Umbliculus üzerinden yapılan insizyonla pnömoperituan sağlandıktan sonra 10 mm.lik teleskopla yapılan eksplorasyonda sağ rektus lateralinde linea semilunaris üzerinde 5x8 cm.lik defekt tespit edildi. Defektin laparoskopik onarımı için karın sağ alt kadranından 10 mm.lik, sol alt kadranından ise 5 mm.lik iki trokar daha yerleştirildi. Fıtık kesesinin eksizyonundan sonra polypropylene mesh (Atrium Medical Corporation. Hudson, USA) defekt üzerine endoskopik tissue tacker (Origin Medsystems, Inc. Menlo Park CA, USA) ile tek tek tespit edildi . Daha sonra bir peritoneal flap mesh yüzeyini örtmek ve abdominal organlarla temasını önlemek için defekt üzerine sütüre edilerek operasyon sonlandırıldı. Hasta postoperatif 2. gün şifa ile taburcu edildi. 5 ay sonra yapılan kontrolde hastanın semptomlarının tamamen kaybolmuş olduğu gözlemlendi.

Sözlü bildiri

Poster

Bildiri No: 37

## TÜRK YÖNTEMİYLE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ VE HATAY ÜÇGENİ

Dr. Kenan YÜCE\*, Dr. Lütfi POLAT\*\*, Dr. Adil ALTINSOY\*

\* S.B. Dörtüyl Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı. HATAY.

\*\* S.B. Karacabey Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı. BURSA

Dörtüyl Devlet Hastanesinde tek ekip tarafından yapılan 539 laparoskopikkolesistektomi olgusundan ilk 153 vaka yöntem arayışı,ve gelişimine yönelik deneyimimizi oluşturdu.

Sonraki 386 hastada veres iğnesi kullanılmadan, Visiport ile girilerek karın şişirildiği, 3 girişli, (HATAY İKİZKENAR ÜÇGENİ; 1. Göbek, 2. Göbek-ksifoid hattının orta noktası, 3. Tepe,koltuk ön çizgisi üzerinde.) düşük gaz basıncıyla (4-8 mmHg) sürdürülen ameliyat tekniğimizin sonuçları değerlendirildi.

Hastalarımızın 295 i kadın (Yaş ort. 46.6), 91 i Erkektir (Yaş ort. 53.3). 49 hasta da akut, 5 hasta da skleroze kronik kolesistitis vardı. 13 hasta üst karın ameliyatı geçirmişdi. 10 hastada 4. trokar gerekli oldu, 40 hastaya dren yerleştirildi, 6 hastada laparotomiye geçildi. Ortalama ameliyat süresi 33 dakikaydı (en az 12, en çok 150 dak.). 4 hastaya erken ameliyat sonrası dönemde relaparoskopi yapıldı (2 safra peritoniti, 2 kanama). Relaparotomi gerekmedi. Bu seride mortalite yoktur.

Sonuç olarak Hatay üçgeni noktalarının en uygun giriş yerleri olduğu, Visiport'un karın girişinde süratli, güvenli olduğu, düşük karın içi basıncının laparoskopik kolesistektomi ameliyatı için yeterli olduğu, belirli deneyim sonrası yöntemin tercih edileceği kanaatına varıldı.

Sözlü bildiri

Poster

Bildiri No: 38

## LAPAROSKOPIK KARDİYOMİYOTOMİ - HELLER

C. AVCI, A. İĞCİ, L. AVTAN, A. KOCATAŞ

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Akalazyanın klasik cerrahi tedavisi olan Heller ameliyatı günümüzde laparoskopik yöntemle yapılabilmektedir. Bu bildiride, laparoskopik kardiyomiyotomi gerçekleştirdiğimiz dört hastamız bildirilmiştir. Hastaların hepsi ameliyat öncesinde klinik, radyolojik ve endoskopik olarak incelenerek akalazya tespit edilip cerrahi endikasyon konulmuştur.

Göbek portu dışında 4 trokar ile çalışıldı. Elektrokoter ucu ve koterli makas ile hiatus diseksiyonu yapıldı. Diseksiyon, freno-özofago gastrik ligaman sadece anterior açılıp, özofagusun lateral ve posterior bağlantıları bozulmadı. Böylece özofagus ön yüzü mediasten yönünde 6-7 cm serbestleştirildikten sonra 6 cm özofagusta 1-1.5 cm'de mide yönünde kardiyomiyotomi yapıldı. 2 hastada perop. özofagoskopi ile mukoza intakt olduğu ve kardiya pasajının yeterli olduğu konfirme edildi. Anterior diseksiyonda özofagus lateral ve posterior doğal yapısı bozulmadığı için bir anti-reflüks prosedürüne (DOR funduplikasyon) gerek görülmeden ameliyat sonlandırıldı.

Hastaların erken ve geç postop. dönemlerinde disfajinin kaybolduğu ve başka bir sıkıntıları bulunmadığı gözlemlendi.

Bu 4 hastadan oluşan kısıtlı deneyimimiz bize, akalazyanın cerrahi tedavisinde laparoskopik kardiyomiyotominin efektif olduğu ve özofagus ve kardiyanın lateral ve posterior bağlantıları bozulmadığı takdirde, anti reflü prosedürü ilave etmeye gerek kalmayacağını gösterdi.

Bildiri No: 39

Başlık: LAPAROSKOPIK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL (TEP) FEMORAL FITIK ONARIMI .....

Yazarlar: Metin ERTEM, Nihat YAVUZ, Sabri ERGÜNEY, .....

Kurum: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. ....

Sıklıkla inkarsere olabilmeleri nedeniyle femoral fıtıkların erken tanı ve tedavileri önem taşımaktadır. Laparoskopik teknikte her üç potansiyel fıtık bölgesinin görülebilmesi, klinik olarak tanısı bazen güç olan bu fıtıkların tedavisinde üstünlük sağlamaktadır. TEP yöntemi ile üç hastaya (bir hastada bilateral) femoral fıtık tamiri uyguladık.

Birinci olguda (yetmişiki yaşında erkek) bilateral olarak tüm kasık fıtıkları mevcuttu. Bu olguda bilateral ekstraperitoneal açılım ile tek mesh (30X10 cm) örtülerek tesbit edildi. İkinci olguda (Kırkbeş Y. kadın) direk fıtık tanısıyla konvansiyonel tamir uygulanmış, femoral fıtık atlanmıştı. Üçüncü olguda (52 y. kadın) uyguladığımız TEP Tekniği video gösterimi olarak sunulmuştur. Tüm olgular post-op üçüncü saatte mobilize ve birinci gün taburcu edildi. Bilateral fıtıklı erkek hastada direk fıtıklarabağlı seroma gelişti. 10. ve 20.günlerde ponksiyone edilerek sorun bertaraf edildi.

Sözlü bildiri  Poster

Bildiri No: 40

## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE İLK YÜZ OLGULUK DENEYİM

Dr K. Özakay, Dr İ. Aydın, Dr E. Ayşan, Dr F. Erözgen, Dr. M. Şener

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Birinci Genel Cerrahi Kliniği

Laparoskopik Kolesistektomi (LK) ile açık kolesistektominin (AK) karşılaştırılması amacıyla kolelitiazis tanısı almış 216 olgu çalışmaya alınarak iki ayrı grupta incelendi. 100 olguya LK, diğer 100 olguya da AK uygulandı. 16 olguya LK planlandı ancak intraoperatif çeşitli nedenler sonucu AK'ya geçilmek zorunda kalındı. Grupların değerlendirilmesinde: LK; operasyon süresi, postoperatif solunumsal komplikasyonlar, vizüel analog skalaya göre postoperatif ağrı düzeyi, analjezik gereksinimi, barsak peristaltizminin geri dönüş zamanı, mobilizasyon zamanı, ağızdan beslenmeye geçiş zamanı, hastanede yatış süresi, hastanın operasyon ile ilgili yorumu, aktif yaşama geçiş süreleri yönünden AK'den üstündü. AK'nin üstünlüğünün intraoperatif komplikasyon oranındaki düşüklük olduğunu gördük; ancak bu dengenin cerrahların laparoskopik operasyon deneyimleri arttıkça LK yönünde değişeceği inancındayız.

◇ Poster

Poster No: 1

Başlık: İKİ YILLIK VIDEO TORAKOSKOPİ DENEYİMİMİZ

Yazarlar: Levent Elbeyli, Hayri Erkol, Hikmet Yıldız, Murat Şanlı

Kurum: Gaziantep Üniv. Göğüs Cerrahisi ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları

Anabilim Dalımızda son iki yıl içerisindeki video yardımcı torakoskopik cerrahi uygulamalarımız sunulmaktadır.

20 hastaya videotorakoskopik girişim uygulanmıştır. Hastaların 9'u kadın 11'i erkek idi. Yaş ortalaması 51.3 (en küçük 22- en büyük yaş 77) olarak saptandı. 10 hastadada daha önce teşhis konulamamış inatçı plevral effüzyon mevcuttu. Üç hasta primer spontan pnömotoraks, 5 hasta vazopastik arter hastalığı (Reynaud hastalığı), 2 hastada metastatik pulmoner periferik nodül tanıları ile işlem uygulandı. Tüm hastalarda profilaktik olarak (Sulperazon Pfizer) uygulandı. İşlem uygulanan tüm hastalarda enfeksiyon sorunu olmadı. Plevral effüzyonlu hastaların üçünde malign mezotelyoma, 2'sinde metastatik malign plevral effüzyon saptandı. 3 hasta parapnömonik effüzyon olarak değerlendirildi. İki hastada ise hemotoraks saptandı. Parapnömonik effüzyon ve ampiyem olguları dışında diğer olgulara talk plöredezis uygulandı. Spontan pnömotoraksın wedge rezeksiyon ve talk plöredezis uygulandı. Reynaud hastalığı olan olgularda aynı seansta bilateral torakal sampatektomi uygulandı. 12 hastada diyagnostik ve palyatif amaçlı torakoskopi uygulanırken 8 hastada terapötik amaçlı torakoskopi uygulanmıştı.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 2

Başlık: İLK LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ.

Yazarlar: Hayri ERKOL, Necdet AYBASTI, Göktürk MARALCAN, İlyas BAŞKONUŞ

Kurum: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD

Anabilim Dalımızdaki Ağustos 95-Mart 97 tarihleri arasındaki 52 olguluk Laparoskopik Kolesistektomi (LK) deneyimlerimiz sunulmuştur.

Olgularımızın 42'si kadın, 10'u erkekti. Yaş ortalaması 48,9 (18 - 69) idi. Preoperatif ultrasonografide (USG) 16 olguda değişik boyutlarda tek taş, 35 olguda çeşitli ebatlarda multipl taşlar ve 1 olguda polip saptandı. Operasyon sonrası incelemelerde preoperatif USG bulgularının doğru olduğu anlaşıldı. Peroperatif 1 olguda kolelithiazis ile birlikte asemptomatik bridler saptandı ve laparoskopik bridektomi de uygulandı. Tüm olgulara preoperatif rutin laboratuvar tetkikleri yanında Solunum Fonksiyon Testleri (SFT) ve Kan Gazları (KG) incelemesi de yapıldı. Operasyonun 1 saatten fazla sürdüğü 2 olguda peroperatif KG tetkiki, toplam 36 olguda postoperatif 1. günde KG incelemesi, 33 olguda ise postoperatif 1. günde SFT tekrarlandı (Zaman zaman oluşan teknik aksaklıklar nedeniyle tüm olgulara SFT ve KG incelemeleri uygulanamadı). Preoperatif ve postoperatif SFT ve KG incelemelerinde anlamlı farklılıklar saptanmadı. Operasyon süresi ortalama 32 dak (18 - 90 dak) idi. Olguların 1'inde ileri derecede yapışıklık, 1'inde ise arter anomalisi nedeniyle toplam 2 olguda açık kolesistektomiye geçildi (% 3,8). Tüm olgulara peroperatif nazogastrik tüp uygulandı ve 4.- 6. saatte çekildi (Açığa geçilenlerinki ise postoperatif 1. gün çekildi). Olgulara profilaktik amaçla 3. kuşak sefalosporin uygulandı. Postoperatif analjezi için metamizol kullanıldı; LK yapılan olgular postoperatif 1. günden sonra analjeziğe ihtiyaç göstermedi. Olguların hiçbirinde postoperatif önemli komplikasyon görülmedi. Olguların ortalama hastanede yatış süresi 1,56 gün (1-5 gün) idi.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 3

Başlık: Endolaposkopik Kolesistektomide AÇIK KOLESİSTEKTOMİYE GEÇME NEDENLERİ: KASTANONU DENEYİMİ

Yazarlar: Opr. Dr. Mikail KAYA, Opr. Dr. Tolga KATMER, Dr. Cem OVALIOĞLU, Dr. Kayhan PAŞAK

Kurum: Kastanonu Devlet Hastanesi

1993 Ekim ayında Kastanonu Devlet Hastanesi 2. Hariciye Kliniğinde uygulanan laparoskopik kolesistektomi olgularının açık kolesistektomiye dönüştürülmesi nedenlerinin değerlendirilmesi amacı ile prospektif bir çalışma planlanmış ve başlatılmıştır.

Ekim 1993-Nisan 1997 tarihleri arasında kliniğimizde 115 laparoskopik kolesistektomi uygulaması yapılmış ve bu sırada 7 olguda (%6) açık kolesistektomiye geçilmiştir. Çalışmada olgularımız, açığa geçilen olgular ve açık kolesistektomiye geçme nedenleri değerlendirilmiştir.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 4

**Başlık: ZOR KOLESISTEKTOMİLER İÇİN BİR TEKNİK DETAY**  
**Yazarlar: Ş.A.DÜZGÜN, Ö.F.AKINCI, A.UZUNKÖY, A.COŞKUN, M.BOZER**  
**Kurum: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı**

Akut ve subakut kolesistit, fibrotik safra kesesi gibi duvarı ödemli veya sert safra keselerinde laparoskopik girişim sırasında kese fundusunun yukarıya traksiyonu problemlili olmakta, grasper ve snare gibi enstrumanlar yetersiz kalmakta veya perforasyona sebep olabilmektedir. Bu güçlüğü yenmek için açık kolesistektomiden esinlenerek bir teknik uyguladık. Kese fundusunu örten peritonun bir parçası endomakasla kesilip disseke edilerek, karaciğer tarafında kalan periton kenarı grasper ile tutulabilecek hale getirildi. Böylece safra kesesinin kaudal traksiyonu kolaylaştırıldı. Bu metodun uygulandığı 4'ü akut 3'ü subakut kolesistit ve 1'i fibrotik safra kesesi olgusunda laparoskopik kolesistektomi işlemi açığa geçmeye gerek kalmadan tamamlanmıştır.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 5

**Başlık: LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN ZORLUK DERECEİNİN BELİRLENMESİNDE ABDOMİNAL ULTRASONOGRAFI**  
**Yazarlar: A. UZUNKÖY, M. KARAOĞLANOĞLU, Ö.F.AKINCI, Ş.A.DÜZGÜN, M.BOZER, A.COŞKUN, M ERDOĞAN**  
**Kurum: Harran Üniversitesi Genel Cerrahi ve Radyoloji Anabilim Dalları**

Laparoskopik kolesistektomi esnasında karşılaşılabilecek teknik zorlukları tahmin ederek hazırlıklı olmak, açık kolesistektomiye geçişi ve komplikasyonları azaltmak açısından önemlidir. Bu çalışma; preoperatif ultrasonografik incelemenin laparoskopik kolesistektomide karşılaşılabilecek teknik zorlukları belirlemede ne derece faydalı olacağını araştırmak amacı ile yapıldı. Kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi yapılan 52 hasta (43 kadın, 9 erkek) çalışmaya alındı. Yaş ortalaması 42 (19-71) idi. Preoperatif olarak yapılan ultrasonografik incelemede; safra kesesinin boyutu, duvar kalınlığı, içindeki taş sayısı ve en büyük taşın boyutları, safra kesesinin karaciğere olan konumu, koledok çapı, safra kanallarında taş ve ilave patoloji olup olmadığı açısından değerlendirilmeye alındı. Preop dönemde, operatör tarafından ultrasonografik bulgulara bakılarak operasyon zorluğu 3 (kolay, normal, zor) derece üzerinden tahmin edildi. Tüm bu bulgular operatif bulgularla kıyaslandı. Operatif zorluğun tahmininde safra kesesinin duvar kalınlığının en belirleyici özellik olduğu gözlemlendi. Preoperatif değerlendirmede operatif zorluk; 37 (%71.1) olguda doğru, 8 (%15.7) olguda  $\pm 1$ , 7 (%13.4) olguda  $\pm 2$  yanılma ile tahmin edildi. Skleroatrofik kese (1), sistik arter kanaması (1) ve monitörde görüntü kaybı (1) nedeniyle 4 (%7.7) olguda açık konvansiyonel yöntemle geçildi. Preoperatif olarak zorluk derecesi, skleroatrofik kese 3, koledok kesisi 2 ve diğerleri bir olarak değerlendirilmişti.

Preoperatif olarak ultrasonografik incelemenin ameliyat zorluğunu tahmininde ve komplikasyonların azaltılmasında yardımcı olacağı kanatındeyiz.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 6

Başlık:.....**PTT Hastanesi Laparoskopik Cerrahi Deneyimi**.....  
Yazarlar:.....**Op.Dr.Sait BAKIR, Op.Dr.Kemal MEMİŞOĞLU**.....  
Kurum:.....**PTT Hastanesi / İstanbul**.....

Kliniğimizde Laparoskopik cerrahi uygulanmasına Ağustos 1996'de başlanmıştır. Bu bildiride ilk 7 aylık laparoskopik operasyonlara ait erken dönem sonuçlar sunulmuştur.

Toplam 49 operasyonun 42'si laparoskopik kolesistektomi, 5'i laparoskopik herni onarımı ve 2'si laparoskopik appendektomidir. Olguların yaş ortalaması 50.8 olup 9'u kadın 40'i erkek'ti.

Laparoskopik kolesistektomi operasyonları 36 olguda kronik taşlı kolesistit, 4 olguda akut kolesistit ve 2 olguda safra kesesi polipi nedeniyle yapılmış olup, perop. 4 olguda safra kesesi perforasyonu postop. 1 olguda pulmonal emboli 2 olguda sağ omuz ağrısı dışında major komplikasyon gözlenmemiştir.

Laparoskopik herni onarımı Total ekstraperitoneal (TEP) olarak yapılmış, olguların tümünde mesh Tacker ile tesbit edilmiştir. Operatif komplikasyon gözlenmemiş olup 1-6 aylık takipte nüks saptanmadı.

Laparoskopik apandektomi tanıda emin olunamayan 2 olguda diagnostik laparoskopiyi takiben, 1 olguda akut apandisit nedeniyle ve 1 olguda incidental olarak yapılmıştır. Her iki olguda da operatif komplikasyon saptanmamıştır.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 7

Başlık:.....**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERDE İNTRAPERİTONEAL**.....  
Yazarlar:.....**BUPIVAKAİN KULLANIMI**.....  
Kurum:.....**T.Onay, M.Başoğlu, H.Kürşat, Ş.Yüksek, A.Güneş, D.Ören, S. Uslu**.....  
Atatürk Üni. Tıp Fak. Anestezi ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Biz bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi vakalarında intraperitoneal bupivakainin etkinliğini ve preemptif analjezinin postoperatif VRS, VAS ve analjezi tüketimine etkisini incelemeyi amaçladık.

Bu maksatla elektif laparoskopik kolesistektomi planlanan 45 hasta 3 gruba ayrıldı. Grup I: 20 ml %0.9 NaCl ameliyat öncesi ve sonrası intraperitoneal verildi. Grup II: Ameliyattan önce 20 ml %0.5' lik bupivakain (1/20.000 epinefrinle) ve ameliyattan sonra 20 ml %0.9 NaCl intraperitoneal verildi. Grup III: 20 ml %0.9 NaCl ameliyat öncesi, 20 ml %0.5' lik bupivakain (1/20.000 epinefrinle) ameliyat sonrası intraperitoneal verildi. Postoperatif ağrı VAS (visuel analog skalası) ve VRS (vizüel sözel skala) ile değerlendirildi. Değerlendirmeler postoperatif 1,2,4,8,12,24 ve 48. saatlerde yapıldı. VAS' da 4' ün üzerinde ağrı saptandığında 1 gr ilave metamizol iv yapıldı. Grup I' e göre Grup II ve Grup III' de VAS ve VRS değerleri arasında istatistiki olarak önemli fark saptandı. Metamizol kullanımında da Grup I' e göre Grup II ve Grup III' de istatistiksel olarak anlamlı farklar mevcuttu. VAS, VRS ve metamizol kullanımında Grup II'ye göre Grup III'de istatistiki yönden anlamlı fark vardı.

Sonuç olarak operasyondan önce ve sonra verilen intraperitoneal bupivakainin postoperatif ağrıyı azalttığı belirlendi. Operasyon sonunda verilen bupivakainin preemptif analjeziden daha etkin olduğu sonucuna varıldı.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 8

**Başlık: LAPAROSKOPIK VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİNİN POST OPERATİF AĞRI YÖNÜNDE KARŞILAŞTIRILMASI**

**Yazarlar: Dr.E. ZUBAROĞLU, Dr.K. ÇALIŞKAN, Dr.A. KESKİN, Dr. Ç. SERİM, Dr.S TEZEL, Dr.O SERATLI, Dr.R ÖZGÜVEN**

**Kurum: SB. ANKARA HASTANESİ 3.CERRAHİ KLİNİĞİ**

**ÖZET:**

Üst abdominal cerrahiye ciddi post operatif ağrı eşlik etmektedir. Biz bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi ile açık kolesistektomi operasyonu geçiren hastaları post operatif ağrı ve analjezik ihtiyacı yönünden karşılaştırdık. Randomize olarak yapılan çalışmada 51 hastaya laparoskopik, 54 hastaya ise açık yöntemle kolesistektomi uygulandı. Hastaların lineer analog ağrı skalası ve narkotik analjezik ihtiyacı karşılaştırıldı. Açık yöntem ile karşılaştırıldığında laparoskopik kolesistektomide daha düşük lineer analog ağrı skalası değerleri ( postoperatif 1. saatte ortalama  $46.4 \pm 5.7$  (35-68) 'e,  $78.8 \pm 12.1$  (49-98)  $p < 0.01$  ve post operatif 24. saatte ortalama  $15.9 \pm 4.2$  (0-46) 'ya  $41.7 \pm 12.5$  (0-68)  $p < 0.001$  ) ve daha düşük dozda narkotik analjezik ihtiyacı (meperidine HCl ortalama  $135.7 \pm 10.5$  (108-175) mg'a  $174.2 \pm 18.1$  (136-208) mg  $p < 0.05$  ) saptandı. Bu çalışma sonucunda üst abdominal cerrahiye eşlik eden postoperatif ağrı ve buna bağlı olarak analjezik kullanımının, laparoskopik teknikle, açık tekniğe oranla belirgin şekilde azalmış olduğu saptandı.

Sözlü bildiri

Poster

Poster No: 9

**LAPAROSKOPIK VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİ OLGULARIMIZDA MORBİDİTE**

**Başlık: VE MORTALİTE SONUÇLARIMIZ**

**Yazarlar: Kumkumoğlu, H.Halıcı, B.Savaşçın, Y.Kutlu, H.Aydede, T.Oruç, C.Tuğrul**

**Kurum: İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği**

Kliniğimizde 1995-1996 tarihleri arasında kolelithiasis nedeniyle yatan 147 olgunun 85'ine(%58) laparoskopik kolesistektomi (LK), 62'sine (%42) açık kolesistektomi (AK) uygulandı. LK uyguladığımız olguların ortalama yaşları 48 olup tanılarının hepsini ultrasonografi ile koyduk. Hiçbir olgumuzda sarılık anamnezi yoktu. 17 (%20) olgumuz daha önce çeşitli karın ameliyatları geçirmişti. Ameliyat sırasında 41 (%48) olguda safra kesesi ile diğer organlar arasında yapışıklıklar tespit edildi. LK olgularımızda intraoperatif minör komplikasyon oranımız %22,4 (19 olgu) olup, majör komplikasyon oranımız %1,1 (1 olgu; duodenum yaralanması) idi. 7 (%8,2) olguda değişik nedenler ile AK'ye geçilirken, hiçbir olguda mortalite görülmedi. AK uyguladığımız olgularımızda intraoperatif hiçbir komplikasyon gelişmedi. Bu olgularımızın 5'inde (%8) değişik minör komplikasyonlar gelişirken, 1 olguda (%1,6) kardiyovasküler nedenler ile mortalite gözlemlendi. Sonuç olarak bu veriler ışığında LK'nin uygun olgularda rahtça uygulanabileceğini vurguluyor, deneyimlerimiz arttıkça endikasyonlarımızın genişliyeceğine ve sonuçlarımızın daha iyi olacağına inanıyoruz.

Sözlü bildiri

Poster

Poster No: 10



Başlık...

Yazarlar: LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE İZOFLURAN VE TOTAL İNTRAVENÖZ ANESTEZİ  
Aliye Esmaoğlu, Gülin Güler, Aynur Akın, Adem Boyacı, Erdoğan Sözüer  
Kurum: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ve Genel Cerrahi AD.

Laparoskopik kolesistektominin (LK) açık kolesistektomiye göre en önemli üstünlüklerinden biri hastanede kalış süresinin kısa olmasıdır (1). Bu nedenle bu olgularda erken postoperatif derlenme özellikle önem taşır. Bu çalışmada isofluran anestezisi ve total intravenöz anestezi (TİVA) uygulanan LK olgularında derlenme özellikleri karşılaştırılmıştır.

ASA I-II 40 hasta rastgele iki gruba ayrıldı. Isofluran grubuna induksiyon için 5mg/kg tiopental uygulandı. Anestezi idamesi isofluran ve N<sub>2</sub>O ile sağlandı. TİVA grubuna induksiyon için 2mg/kg propofol ve 10 µgr/kg alfentanil uygulandı. Anestezi ilk 30 dakikada 9mg/kg/h daha sonra 6mg/kg/h propofol ve 60µgr/kg/h alfentanil infüzyonu ile idame edildi. Operasyon sonunda her iki grupta da uyanma ve oryantasyon süreleri kaydedildi, resimli kart testi ile preoperatif ve postoperatif 1., 3. ve 5.saat bellek skorları belirlendi.

Isofluran grubunda uyanma ve oryantasyon süresi TİVA grubundan daha kısa idi. Gruplar arasında uyanma süreleri farkı istatistiksel olarak anlamlı iken, oryantasyon süreleri farkı anlamlı değildi. Isofluran grubunda postoperatif birinci saatte resimli kart bellek skorları başlangıç değerlerine göre anlamlı olarak düşük olduğu halde, postoperatif 3. ve 5. saatlerde başlangıç değerlerine göre anlamlı farklılık yoktu. TİVA grubunda postoperatif 1. ve 3. saat resimli kart bellek skorları başlangıç değerlerine göre anlamlı olarak düşüktü, postoperatif 5. saatte ise anlamlı farklılık yoktu.

Sonuç; LK olgularında izofluran anestezisinde derlenme kalitesinin TİVA'den daha iyi olduğunu gözledik. LK olgularında isofluran anestezisinin hastanede kalış süresini daha da azaltabileceği kanaatindeyiz.

Kaynak:1) Br J Surg 1991;78: 160-162.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 11

Başlık:.....ENDOSKOPIK RETROPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ.....

Yazarlar:.....N.YAVUZ,M.DÜREN,M.ERTEM,S.ERGÜNEY.....

Kurum:.....İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ,GENEL CERRAHİ ABD......

Endoskopik retroperitoneal adrenalektomi (ERA) yeni bir minimal invaziv cerrahi yöntemidir.Bu konvansiyonel (açık) yöntemlere ve transabdominal laparoskopik tekniklere alternatif olarak gösterilmektedir.1996 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Conn sendromlu üç olguya endoskopik retroperitoneal adrenalektomi uyguladık.Olguların ikisi kadın(34 , 71 yaş) biri erkek (36 yaş) idi. İki olguda sol adrenal glandda 1 cm çapında ,bir olguda ise sağ adrenal glandda 2 cm çapında adenom mevcuttu.Operasyon süresi ortalama 2 saat idi. Postoperatif dönemde analjezi ihtiyacı basit analjeziklerle (Metamizol) sağlandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi.Olgular 1. gün mobilize, 2. gün taburcu edildiler.

Endoskopik Retroperitoneal Adrenalektomi (ERA) ha nın postoperatif daha az ağrı duyması,erken mobilizasyonu,hastanede kalma süresinin kısılması açısından oldukça iyi ve güvenilir bir yöntemdir.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 12

Başlık: INTERNET'TE ENDOSKOPIK-LAPARASKOPİK CERRAHİ  
Yazarlar: Dr. Saygı GÜLKAN, Dr. Yusuf ÖZER, Dr. Hikmet KOÇOĞLU, Dr. Yavuz KILIÇ  
Kurum: SSK Ankara Eğitim Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği

Internet tüm meslek gruplarına ve özellikle hekimlere sınırsız olanaklar sunuyor. Cerrahi inanılmaz bir temponun içinde, her zaman kusursuz teorik ve pratik bilgiyi ve bunun sürekli güncellenmesini gerektiriyor. Biz bu çalışmamızda Internet'te endoskopik-laparoskopik cerrahi ile ilgili web sitelerini ve bu sitelerden nasıl yararlanılacağını, görüntülü medayaya nasıl ulaşılabileceğini araştırdık. Evinizden bir kişisel bilgisayar ile bilgi, belge, resim ve video görüntülerine ulaşabiliyorsunuz. Endoskopik cerrahi hakkında yeni bilgi ve tekniklere Internet kanalı ile ulaşmak mümkün. Bazı siteler ticari faaliyet için kurulmuşlar fakat sayfalarında cerrahi tekniklere yeterince yer ayırmıyorlar. Özellikle ABD'de endoskopik cerrahi derneklerinin web sayfaları konu ile ilgili çok geniş kaynaklar içeriyor. Bu derneklerin sitelerinden operasyonlar ile ilgili video görüntülerini bile seyredebilmek mümkün olabiliyor. Bazıları endoskopik cerrahi toplantılarını canlı olarak, Real-Audio standardında yayınlıyorlar. Bu sitelerden derneklerin üyelerine, yapılacak olan toplantıların tarihlerine ve medikal dökümanlara ulaşılabilir. Yine bu sitelerden kongrelere kayıt yapılabilir.

Internet'te cerrahi bilgilerin yanı sıra, cerrahi malpraktis konusunda da birkaç site bulunuyor. Bu sitelerde özellikle malpraktis davalarına bakan avukatlar için tıbbi bilgiler, cerrahi işlemler ve komplikasyonları öğretiliyor. Bu sitelerde nasıl pratik davalar açılacağı da yine sayfaya bağlananlara anlatılıyor.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 14

Başlık: POSTPRİMONEKTOMİ AMPİYEMLERİN VATS'İN YERİ  
Yazarlar: Op. Dr. Mehmet Ali Bedirhan, Dr. Akif Furne, Dr. Ali Yeşin, Dr. Halis Başbay  
Kurum: Op. Dr. Naci Erçiyas, Yazar, Doç. Dr. Orhan Taşcı

Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Göğüs Cerrahi Merkezi 3. Cerrahi Kliniği.

1994-1997 tarihleri arasında, primonektomi sonrasında ampiyem gelişen 4 olguda britlerin debridmanı amacı ile yapılan VATS ve sonuçları gözden geçirildi. Yaşları 22-62 arasında döndü de erkek olan olgularda cerrahi indikasyon, bir olgu için T2 No epidermoid akciğer kansinomu, diğer üç olguda ise tüberküloza bağlı 'destroyed lung' (Harap Akciğer) idi. 4 - 10. günler (ort. 7.2) arasında, yüksek ateş ve grafilerde sıvı seviyesi görülmesi üzerine yapılan torasentezlerde multipl poş bulunabileceği düşünülerek, genel anestezi altında VAT cihazları ile intratorasik debridmanlar yapıldı ve görülen poş cidarları rezektö edildi. Gerek primonektomi sonrası, gerekse VATS sonrası alınan kültür antibiyogramlar ışığı altında yapılan antibiyoterapi sonunda mikrobiyolojik ve cerrahi şifa elde edildi. Bu bulgularımıza göre, VATS'ın postprimonektomik ampiyem takibinde önemli bir yeri olduğu düşünülüyor.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 13

Başlık: RETROPERİTONEAL LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİTOTOMİ

Yazarlar: GÜLMEZ, İ., DEMİRÇİ, D., SÖZÜER, EM, TATLIŞEN, A., KARACAĞIL, M.

Kurum: E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji, Genel Cerrahi Anabilim Dalı KAYSERİ

Üreterin üst kısım taşları , genellikle açık cerrahi, ESWL, perkütan üreterolitotomi veya endüreterolitotomi yöntemlerinden birisi ile tedavi edilebilmektedir . Kliniğimizde üreter üst kısım taşı olan beş olguya retroperitoneal laparoskopik üreterolitotomi uygulandı. Olgularda önce ameliyat eldiveninin parmağı , daha sonra eldivenin gövdesi retroperitoneal alanda şişirilerek , retroperitoneal boşluk yaratıldı. Taşlar çıkarıldıktan sonra üreterotomi insizyonu sütüre edilmedi. Görülen idrar ekstravazasyonu olguların ikisinde ameliyat sonrası 3. günde kendiliğinden kaybolurken , devam eden üç olguda 6. günde üretere çift J üreter kateteri yerleştirildi. Olgular ameliyat sonrası ortalama 6.7. günde hastaneden taburcu edildi ve 13. günde tam aktivitelerine döndüler. Üreter üst kısım taşı olan seçilmiş olgularda , retroperitoneal laparoskopik üreterolitotominin morbiditesinin az olması ve etkinliği ile standart yaklaşımlara alternatif bir yöntem olabileceği sonucuna varıldı.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 15

Başlık: PREOPERATİF ULTRASONOGRAFİK İNCELEME İLE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN ZORLUĞU TAHMİN EDİLEBİLİR Mİ ?

Yazarlar: A.UZUNKOY KARAĞLANOĞLU, M.ERDOĞAN, Ö.F.AKINCI, Ş.A.DÜZGÜN, A.COŞKUN, M.BOZER

Kurum: Harran Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyoloji Anabilim Dalı

Bu çalışma, preoperatif ultrasonografik incelemenin laparoskopik kolesistektomide karşılaşılabilecek teknik zorlukları belirlemede ne derece faydalı olacağını araştırmak amacı ile yapıldı. Nisan 1996-Nisan 1997 tarihleri kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi yapılan 52 hasta çalışmaya alındı. Olgularımızın 43'ü kadın, 9'u erkekti. Yaş ortalaması 42 (19-71).idi. Preoperatif olarak yapılan ultrasonografik incelemede; safra kesesinin hacmi, duvar kalınlığı, içindeki taşların büyüklüğü ve sayısı , safra kesesinin karaciğere göre konumu (karaciğere gömük olup olmadığı), koledok çapı, safra kanallarında taş ve ilave patoloji olup olmadığı açısından değerlendirildi. Preoperatif dönemde, ultrasonografik bulgulara bakılarak operasyon zorluğu 1'den 5'e (kolaydan zora doğru) kadar derecelendirildi. Bu bulgular operatif bulgularla kıyaslandı. Preoperatif ultrasonografinin operatif zorluğunu tahminde safra kesesinin duvar kalınlığının (3 mm ve üzerinde daha zor) ve safra kesesinin karaciğere olan konumunun belirleyici (karaciğere gömük keselerin daha zor) olduğu gözlemlendi. 37 (%71.1) olguda preoperatif değerlendirme doğru , 8 (%15.7) olguda +1, 4 (%7.7) olguda +2 ve 3 (%5.7) olguda +- 3 yanılma ile tahmin edildi. Hastalarımızda açık yonteme geçme oranı 4 (%7.7) olgu idi. Açığa geçme nedenleri Mirizzi sendromu (1), koledok kesisi (1), geçirilmiş kese perforasyonu (1) ve monitörde görüntü kaybı (1) idi. Preoperatif değerlendirmede zorluk derecesi olarak; Mirizzi sendromu 4, koledok kesisi 3 diğerleri 2 olarak değerlendirilmişti.

Preoperatif olarak ultrasonografik incelemenin ameliyat zorluğunun tahmininde ve komplikasyonların azaltılmasında yardımcı olacağı kanatindeyiz.

Sözlü bildiri  Poster

Poster No: 16

## BİLİOMA

E. Yıldız, G. Öztürk, E. Yüney, F. Sağlam, V. Tupalı, U. Baştuğral, F. Yıldız  
SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi, İSTANBUL.

Biloma, safra kanallarının yaralanması veya laparoskopi sonrası yerleştirilen klipslerin yerlerinden oynamasına bağlı olarak meydana gelen safra kolleksiyonudur. Ender olarak aksesuar safra kanalı yaralanmasına bağlı olarak da meydana gelebilir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası görülme oranı % 0.02 ile 2.7 arasında değişmektedir.

1991 ile 1995 yılları arasında SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesinde yapılan 1102 laparoskopik kolesistektomi sonrası iki yıllık takip sonucu 11 hastada biloma tespit edilmiş olup, hastaların 8'i kadın, 3'ü erkekti. 7 hastada erken peryot dediğimiz ilk 5 gün, 4 hastada geç peryot dediğimiz 7 ile 45 gün arasında tespit edilmiştir. Teşhis yöntemi olarak ultrasonografi (9 hasta) ve HIDA sintigrafisi (2 hasta) kullanılmıştır.

3 hastada sebep klipslerin yerlerinden oynaması, 1 hastada aksesuar bir safra kanalı varlığı, diğer 7 hastada ise olası koter yanığına bağlı safra kolleksiyonu tespit edildi. 6 hastaya laparotomi yapıldı, 4 hasta gözlem altında spontan olarak düzeldi, 1 hastada ise safra kolleksiyonu olan bölgeye aspiratif dren yerleştirildi.

Safra kanal yaralanmalarının büyük kısmı eğer eksternal safra drenajı yeterliyse ve distalde tıkanıklık yoksa spontan olarak düzelmektedir. Yaralanan bölgeyi ortaya koyma açısından özellikle HIDA sintigrafisi bazen de ultrasonografi yardımcı olmaktadır. Ender olarak da Transhepatik kolanjiyografi safra sızıntısını görüntüleme açısından denenebilmektedir.

Poster No: 17

# Karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı komplikasyonlar: olgu bildirisi

Ahmet TEKİN (\*)

## ÖZET

Laparoskopik kolesistektomi esnasında karın içinde taş düşmesi sık karşılaşılan bir durumdur ve genellikle % 8-32 arası bir sıklıkla meydana gelmesine karşın, karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı az sayıda komplikasyon bildirilmiştir. 1057 vakayı içeren laparoskopik kolesistektomi serimizde, karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı biri mekanik ince barsak obstrüksiyonu diğeri ise karın duvarında lateral trokar giriş yerinde abse olmak üzere iki majör komplikasyonla karşılaştık. Her iki komplikasyonda, cerrahi girişim yapılarak tedavi edildi. Karın içinde bırakılmış safra taşlarının potansiyel bir tehlike oluşturduğuna ve laparoskopik kolesistektomi esnasında karın içine düşen safra taşlarının çıkarılması için her türlü çabanın sarfedilmesi gerektiğine inanmaktayız.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, safra taşı, komplikasyon

## SUMMARY

Complications related to gallstone spillage: case report

Gallstone spillage at the time of laparoscopic cholecystectomy is a common problem that occurs in approximately 8-32 % of procedures. There are only a few reports related to complication of spilled stones. We performed 1057 laparoscopic cholecystectomy and encountered two complication related to spilled stones including one mechanical small-bowel obstruction and one abdominal-wall abscess. In both of cases, surgery is required for the treatment of complications of spilled stones. We believe that stones left in the abdominal cavity is a potential danger, and every effort should be made to recover all stones that are spilled at the time of laparoscopic cholecystectomy.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, spilled stone, complication

## GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi yeni bir yöntem olarak semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde açık kolesistektominin yerini almıştır. Her yeni yöntem gibi laparoskopik kolesistektomi de yeni problem ve komplikasyonları beraberinde getirmiştir. Açık kolesistektomide karşılaşılmayan laparoskopik yöntemle birlikte ortaya çıkan karın içinde bırakılmış safra taşları laparoskopik yöntemin ilk tecrübe döneminde zararsız olarak değerlendirilmiştir (1).

Konuyla ilgili az sayıdaki klinik ve deneysel çalışma da bu görüşü destekler niteliktedir (2-4). Ancak son zamanlarda bildirilen komplikasyonların kümülatif değerlendirilmesine göre ise potansiyel bir tehlikedir (5,6).

Bu çalışmada, beş yıllık süre içinde yaptığımız 1057 laparoskopik kolesistektomiyi takiben karşılaştığımız karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı olarak karşılaştığımız iki majör komplikasyon tanımlanıp konu literatür ışığında irdelenmiştir.

## OLGU BİLDİRİSİ

**Olgu 1:** 67 yaşında kadın, ultrasonografide 30 mm çapında tek taş tesbit edildi ve laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Kесе subumblikal girişden dışarı alınırken perfore oldu ve kırılan taşın fragmanları omentum üzerine düştü. Kolesterol niteliğindeki taşın fragmanları çıkarılmaya çalışıldı, ancak birkaçı ince barsak ansları arasında kayboldu. Hasta ertesi gün taburcu edildi. Hasta postoperatif 7. gün kramp tarzında ağrı, bulantı ve kusma şikayeti ile yeniden başvurdu. Fizik muayenede batın distandü ve barsak sesleri hiperaktif olarak be-

(\*) Mersin Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Uz. Dr.

lirlendi. Direkt grafide ince barsak düzeyinde hava sıvı seviyesi gözlemlendi. Nazogastrik de-kompresyon ve intravenöz sıvı replasmanı yapıldı. Kramp tarzında ağrıların artması ve karın hassasiyetinin gelişmesi üzerine ertesi gün acil laparotomi yapıldı. Laparotomide ileo-çekal valve yakın terminal ileum anslarının kink yaparak kitle oluşturduğu gözlemlendi. Barsak anslarının angülasyonuna bağlı olarak pasajın tıkanığı gözlemlendi. Bridektomi yapılarak kink açıldı ve ansların arasında 3-4 adet yaklaşık 1 cm çapında taş fragmanlarının olduğu görüldü. Barsak perforasyonu tesbit edilmedi. Postoperatif komplikasyon görülmedi ve hasta 6. gün taburcu edildi.

**Olgu 2:** 54 yaşında kadın, akut taşlı kolesistit nedeniyle acil olarak laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Kese traksiyon esnasında perforasyon oldu ve çok sayıda mikst niteliğinde taş subhepatik bölgeye düştü. Endo-bağ yardımıyla düşen taşlar batın dışına alındı ve ameliyat laparoskopik olarak tamamlandı. Hasta ertesi gün taburcu edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir şikayeti olmayan hasta, 25 ay sonra ateş, titreme ve lateral trokar girişinde abse nedeniyle müracaat etti. Lokal anestezi ile abse drene edildi. Antibiyotik tedavisini takiben remisyon sağlandı. Abse drenajını takiben 40 gün sonra hasta, absenin nüks etmesi üzerine yeniden müracaat etti. Ultrasonografide lateral trokar girişinin hemen altında karın içiyle ilişkili karın duvarında koleksiyon olduğu ve bu koleksiyonun içinde akustik gölge veren 7-8

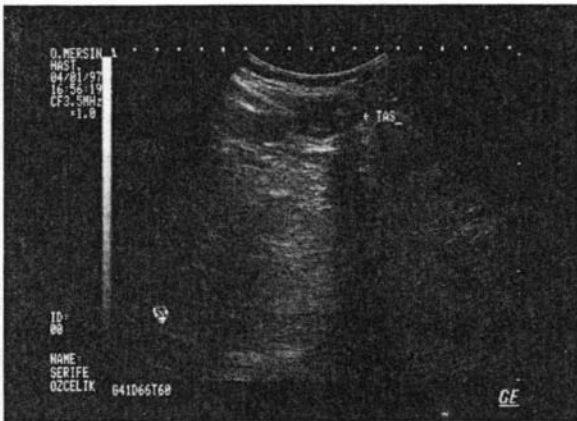
mm çapında taş olduğu görüldü (Resim 1). Abse lokal anestezi altında yeniden drene edilerek içindeki safra taşı çıkarıldı ve kısa sürede remisyon sağlandı.

## TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi esnasında safra kesesi perforasyonu insidansı % 8'den <sup>(7)</sup> % 32'ye <sup>(1)</sup> kadar değişik oranlarda bildirilmiştir. Kese perforasyonu sıklıkla kese duvarının gangrene veya ödemli ve fragil olduğu akut kolesistitli hastalarda meydana gelir. Ayrıca grasper ile traksiyon ve kesenin karaciğer yatağından ayrılması sırasında kese duvarında yırtık meydana gelebilir. Son olarak, kesenin dar subumbilikal trokar girişinde çıkarılması esnasında kese yırtılıp taşlar karın içine düşebilir. Kesenin perforasyon insidansı yüksek olmasına karşın, karın içine taş düşmesi daha az sıklıkla meydana gelir. Fakat karın içinde bırakılmış taş insidansını tesbit etmek güçtür.

Bu konuyla ilgili veriler çok az sayıda seride belirtilmiştir. Jakimowicz ve ark. <sup>(8)</sup> serilerinde karın içinde bırakılmış taş insidansını % 0.1-0.3 olarak ve bu hastaların % 8'inde bırakılan taşla bağlı komplikasyon geliştiğini bildirdiler. Targarona ve ark. <sup>(6)</sup> çok sayıda taşın batın içine düştüğü 5 hastanın birinde bırakılmış taşla bağlı komplikasyon geliştiğini bildirdiler. 1057 vakalık laparoskopik kolesistektomi serimizde % 13 vakada kese perforasyonu meydana geldi. % 3.4 vakada ise kolesistektomi veya kesenin batın dışına alınması esnasında karın içine taş düşürüldü. Operasyon sırasında farkedemediğimiz tüm düşen taşlar karın dışına alındı. Karın içine taş düşürülen 36 hastanın ikisinde (% 5.5) bırakılmış taşla bağlı komplikasyon gelişti.

Literatürde karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı değişik komplikasyonlar bildirilmiştir. Bunlar sıklıkla intraabdominal abse <sup>(5,9-12)</sup> ve karın duvarında abse <sup>(12-15)</sup> olarak tanımlanmıştır. Ayrıca overe migrasyon <sup>(16)</sup>, toraksda plevraya migrasyon <sup>(17)</sup>, bronşa migrasyon <sup>(18)</sup>, retroperitoneuma migrasyon <sup>(18)</sup> ve Douglas poşuna implantasyon <sup>(16)</sup> gibi nadir komplikas-



Resim 1. Lateral trokar giriş yerinde abse poşu ve içindeki safra taşının ultrasonografik görünümü.

yonlar da bildirilmiştir. Keza karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı gelişen abse duvarına ince barsak anslarının yapışması sonucu sekonder olarak ileus geliştiği bildirilmiştir (19).

Bildirilen komplikasyonlar en erken postoperatif 4. gün (7) en geç 24 ay sonra (6) meydana gelmiştir. Erken komplikasyonlar sıklıkla peritonit veya abse tarzında ortaya çıkmasına karşılık, geç komplikasyonlar genellikle taşların migrasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Organizma taşı yabancı cisim olarak kabul ederek dışına atmaya çalışmaktadır. Bu sıklıkla trokar giriş yerleri veya eski insizyon skarları aracılığıyla olmaktadır. Çünkü bu bölgelerde kollagen doku zayıftır. Karın duvarında safra taşlarına bağlı meydana gelen abse drene edilirken taşlar çıkarılmalıdır. Aksi durumda abse nüks eder veya fistül gelişir (15). Bizim tecrübemizde laparoskopik kolesistektomiye takiben 25 ay sonra lateral trokar giriş yerinde abse gelişti ve taşın çıkarılmaması sonucu nüks etti.

Laparoskopik kolesistektomi yeni bir yöntemdir ve yaygınlaşması 6 yıllık bir süreyi içermektedir. İleriki yıllarda karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı daha geç komplikasyonlar ile karşılaşmak muhtemeldir. Bazı klinik deneysel çalışmalarda karın içinde bırakılan safra taşlarının masum gösterilmesindeki yanlışlığı, safra taşlarının sadece erken komplikasyonlarının değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Çünkü bu çalışmaların çoğunda taşların izlenme süresi 3 ay veya daha kısadır (2,3).

Karın içinde bırakılmış taşa bağlı meydana gelen komplikasyonların çok düşük bir oranı ilk 3 ay içinde ortaya çıkmaktadır. Targarona ve ark. (6), literatürde topladıkları 24 vakayı içeren kümülatif değerlendirmelerinde 5 komplikasyonun ilk 3 ay içinde 19 komplikasyonun ise 3-24 ay içinde meydana geldiğini bildirdiler.

Karın içinde bırakılmış safra taşları, laparoskopik kolesistektominin ilk tecrübe döneminde zararsız olarak değerlendirilmesine karşın uzun süreli takipde ortaya çıkan ciddi komplikasyonlar bu görüşün değişmesine neden olmuştur. Tecrübelerimize göre organizma safra

taşlarını biyolojik ve şimik özellikler içeren yabancı bir cisim olarak kabul etmekte ve dışına atmaya çalışmaktadır. Genellikle ortaya çıkan komplikasyonlar cerrahi girişim gerektirmektedir.

Sonuç olarak karın içinde bırakılmış safra taşları potansiyel bir tehlikedir ve kolesistektomi esnasında düşen taşları batın dışına almak için her türlü çaba sarfedilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Soper NJ, Dunnagen DL. Does gallbladder perforation influence the outcome of laparoscopic cholecystectomy? Surg Laparosc Endosc 1991; 1:156-61.
2. Welch N, Hinder RA, Fitzgibbons RJ, Rouse JW. Gallstones in the peritoneal cavity. A clinical and experimental study. Surg Laparosc Endosc 1991; 1:246-7.
3. Cline RW, Poulos E, Clifford EJ. An assessment of potential complications caused by intraperitoneal gallstones. Am J Surg 1994; 60:303-5.
4. Saraç AM, Cingi A, Yeğen C, Çelikel Ç, Aktan AÖ. Laparoskopik kolesistektomi sırasında karın içinde kalan taşlar: Deneysel bir çalışmanın sonuçları. End Lap ve Min İnv Cer 1996; 3:139-34.
5. Shocked E. Abdominal abscess from gallstones spilled at laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1995; 9:344-7.
6. Targarona EM, Balague C, Cifuentes A, Martinez J, et al. The spilled stones. A potential danger after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1995; 9:768-73.
7. Troidl H, Spangerberger W, Langen R, Al-Jazin D, Eyspach E, et al. Laparoscopic cholecystectomy: technical performance, safety and patients benefit. Endoscopy 1992; 24:252-61.
8. Jakimowicz JJ. The lost stone intraperitoneal and intraductal. Postgraduate course. Complication of laparoscopy and flexible endoscopy. SAGES 1994, Nashville, April.
9. Leslie KA, Rankin RN, Duff JK. Lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy: are really benign. Can J Surg 1994; 37:240-2.
10. Catarci M, Zaraca F, Scaccia M, Carboni M. Lost intraperitoneal stone after laparoscopic cholecystectomy: harmless sequela or reason for reoperation. Surg Laparosc Endosc 1993; 3:318-22.
11. Tschmelitsch J, Glaser K, Klinger A, Klninger P, Bodner E. Late complication caused by stone spillage during laparoscopic cholecystectomy. Lancet 1993; 342:369.
12. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complication of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4292 hospitals and analysis of 777604 cases. Am J Surg 1993; 165:9-14.
13. Eisenstat S. Abdominal wall abscess due to spilled gallstones. Surg Laparosc Endosc 1993; 3:485-6.

14. Mellinger JD, Eldridge TJ, Eddelmon ED, Crabbe MM. Delayed gallstones abscess following laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1994; 8:1335-7.
15. Rowland MA, Rae RE, Van Gelderen PJ. Intraperitoneal gallstone related sinus formation following laparoscopic cholecystectomy. Aust N Z J Surg 1993; 63:150-51.
16. Tursi JP, Reddy UM, Huggins G. Cholelithiasis of the ovary. Obstet Gynecol 1993; 82:653-54.

17. Brazinsky SA, Colt HG. Thoracoscopic diagnosis of pleurolithiasis after laparoscopic cholecystectomy. Chest 1993; 104:1273-4.
18. Lee VS, Paulsen EK, Libby E, Flannery JE, Meyers WC. Cholelithoptysis and cholelithorrea: rare complication of laparoscopic cholecystectomy. Gastroenterology 1993; 105:1877-81.
19. Cullis SN, Jeffery PC, MaLauchlan G, Bornmann PC. Intraperitoneal abscess after laparoscopic cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc 1992; 2:227-8.

---

Alındığı tarih: 13 Şubat 1997

Yazışma adresi: Uz. Dr. Ahmet Tekin, Mersin Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Mersin

---



# Laparoskopik cerrahide enstrümanter komplikasyonlar

Ömer Faruk AKINCI (\*), Mikdat BOZER (\*), Ali COŞKUN (\*\*), Şükrü Aydın DÜZGÜN (\*), Ali UZUNKÖY(\*)

## ÖZET

Son 10 yılda laparoskopik cerrahide çok hızlı bir ilerleme olmuştur. Hızlı ilerlemenin getirdiği bilgi ve tecrübe eksikliğine bağlı olarak çeşitli komplikasyonlar da görülmektedir. Kliniğimizde Şubat 1996-Şubat 1997 tarihleri arasında 51 hastaya 58 laparoskopik işlem yapıldı. Bu işlemler sırasında 18 enstrümanter veya teknik komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonlardan 4 tanesi açık cerrahiye geçiş nedeni oldu. Laparoskopik cerrahinin teknik veya enstrümanter komplikasyonları net olarak ortaya konulmamıştır. Bu komplikasyonların önlenmesinde tecrübenin, aletlerin çalışma prensiplerini bilen elemanların ve tek kullanımlık aletlerin buna uygun kullanımının önemi açıktır.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik cerrahi, komplikasyonlar

## SUMMARY

Instrumenter complications of laparoscopic surgery

In last ten years, laparoscopic techniques have attained a considerable development. Between February 1996 and February 1997 in 51 patients, 58 laparoscopic procedures were performed. Instrumenter and technical complications were seen during 18 procedures. Four cases converted to open due to these complications. The true incidence of instrumenter complication of laparoscopic surgery is not accurately known. Properly maintained equipment, along with a through working knowledge of all instrumentation is essential.

Key words: Laparoscopic surgery, complication

## GİRİŞ

Laparoskopik cerrahi gelişmiş batılı ülkelerde yükselme eğilimini tamamlama aşamasına gelirken ülkemizde bu trend hala devam etmektedir. Batıda bu uygulamanın avantajları yanında dezavantajları da cesaretle ortaya konabilirken, ülkemizde laparoskopik cerrahinin olumsuzluklarıyla ilgili çok fazla yayına rastlanmamaktadır. Ülkemizde birçok merkezde son 4-5 yılda yerleşmeye başlayan bu teknikle ilgili karşılaştığımız enstrümanter komplikasyonları ortaya koyarak konuyu tartışmayı amaçladık.

Doksanlı yılların başında ülkemizde laparoskopik kolesistektomiyle başlayan bu yeni ope-

rasyon yöntemi dünyadaki gelişmelere paralel olarak, bugün birçok dalda açık cerrahinin yerini almaya başlamıştır. Özellikle safra kesesi cerrahisindeki bu değişim birçok yeni problemleri de beraberinde getirmiştir. Bu problemlerin en önemlileri eğitim, maliyetin yüksek oluşu, başlangıç safhasındaki yüksek komplikasyonların oranları, bunların hukuki durumu, etik ve vicdani sorumluluk olarak özetlenebilir<sup>(1)</sup>. Nitekim bugün en çok uygulanan prosedür olan laparoskopik kolesistektomide, safra kanalı yaralanmalarının, sistik kanaldan safra sızması ve subhepatik koleksiyonların açık kolesistektomiye oranla daha sık olduğu bilinmektedir<sup>(2,3)</sup>. Yan etki ya da komplikasyonların bildiriminde çekingen davranma eğilimi de gözönüne alındığında eğitimin ve tecrübenin önemi daha da artmaktadır.

ABD'de 1990'dan bu yana laparoskopik cerrahi ile ilgili açılan davaların, en çok tazminat öde-

(\* ) Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

(\*\* ) Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uz. Dr.

nen davalar arasına girdiği bildirilmektedir (4). Bu da standardizasyon için önemli bir zorlayıcı faktör olmaktadır. Ancak ülkemizde hukuksal düzenlemeler ve sigortacılık baskısı olmadığından cerrahlar kendilerini daha özgür hissetmektedir. Aslında laparoskopik cerrahi eğitim ve standardizasyonundaki bu karışıklık bir anda bu yeni yöntemin çok hızlı gelişmesi ve birdenbire cerrahide çok çabuk kabul görmesinden kaynaklanmaktadır.

Bu yeni gelişme, asistan eğitiminin yanında uzman hekim ve yardımcı sağlık personeli eğitimini de beraberinde getirmiştir. Laparoskopik sistem daha sofistike olduğundan ve teknolojik olarak daha çok ve daha komplike araçlarla çalışmayı gerektirdiğinden beraberinde cerrahi manüplasyondan kaynaklanan komplikasyonlarla beraber, sistemde kaynaklanan bazı komplikasyonlar da ortaya çıkmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Şubat 1996-Şubat 1997 tarihleri arasındaki 12 aylık bir sürede, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde laparoskopik cerrahi uygulanan vakalarda gelişen enstrümanter komplikasyon, operasyon sırasında kaybedilerek dosyalarına işlendi. Bu süre zarfında 51 hastaya laparoskopik olarak, 39 kolesistektomi, 8 hernioplasti, 2 appendektomi, 2 tüp ligasyonu, 1 travmatik diafragma hernisi tamiri, 1 koledok eksplorasyonu, 1 insizyonel herni tamiri ve 4 diagnostik amaçlı olmak üzere toplam 58 girişim yapıldı.

Tablo 1. Laparoskopik girişimler sırasında oluşan enstrümanter komplikasyonlar

Enstrümanter komplikasyon	Komplikasyon sayısı
Voltaj değişikliklerine bağlı görüntü kaybı	3
Trokar kenarından hava kaçağı	2
Karbondioksit bağlantı hortumu kopması	2
Klipsin tam oturmaması	5
Monopolar makasta elektrik kaçağı	2
Laparoskopik staplerde takılma	2
Disektörün uç kısmında kırılma	1
Disektör balon yırtılması	1
<b>Toplam</b>	<b>18</b>

Tablo 2. Kliniğimizde 1 yılda yapılan laparoskopik girişimler

Laparoskopik girişimler	İşlem adedi
Kolesistektomi	39
Hernioplasti	8
Appendektomi	2
Tüp ligasyonu	2
Travmatik diafragma herni tamiri	1
Koledok eksplorasyonu	1
İnsizyonel herni tamiri	1
Diagnostik	4

## SONUÇ

Hastalarımızın 43'ü kadın, 7'si erkekti. Yaşları 18 ile 73 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 37.4 idi. İşlemler 49 hastaya elektif, 2 hastaya acil olarak genel anestezi altında uygulandı. Bu süre zarfında 2 kez CO<sub>2</sub> bağlantı hortumu koptu. 3 vakada voltaj değişikliklerine bağlı görüntü kaybı oluştu. 2 hastada laparoskopik fitik tamiri sırasında trokar kenarından hava kaçağına bağlı yaygın ciltaltı amfizemi gelişti. 5 vakada 12 kez klipsin tam oturmamasına bağlı yetersiz ligasyon meydana geldi. 2 vakada laparoskopik stapler (Tacker)'da takılma oldu. 2 hastada monopolar makasla koterizasyon sırasında elektrik kaçağı meydana geldi. 1 vakada işlem sırasında disektörün uç kısmı kırılarak karın içine düştü. 1 vakada disektör balon yırtıldı. Toplam 4 girişimde enstrümanter komplikasyonlar nedeniyle açık girişime geçildi.

## TARTIŞMA

Doksanlı yılların başında ülkemizde laparoskopik kolesistektomiyle başlayan bu yeni operasyon yöntemi dünyadaki gelişmelere paralel olarak, bugün birçok dalda açık cerrahinin yerini almıştır. Laparoskopik işlemlerin yaygın olarak kullanılmaya başlanmasıyla geleneksel operatif ve postoperatif komplikasyonların yanısıra direkt laparoskopik işlem ile ilgili çok sayıda komplikasyonlar da bildirilmiştir (5-9). Ancak enstrümanter komplikasyonlar konusunda ayrıntılı yayınlar mevcut değildir.

Hastanemizin genel cerrahi kliniğinde de Şubat 1996'dan beri laparoskopik cerrahi girişimler yapılmaktadır. Üç laparoskopik kolesistektomi

vakamızda ani voltaj değişikliklerine bağlı sistemde görüntü kaybı oluştu. 1 vakada bu nedenle işleme devam edilemedi ve açık cerrahi girişime geçildi. Bu komplikasyon kesintisiz güç kaynağı yokluğundan meydana geldi. Böylece sistemle beraber kesintisiz güç kaynağının da bulunması gerektiği ortaya çıktı.

İki laparoskopik kolesistektomi işlemi sırasında, monitöre pozisyon vermek amacıyla sistem taşınırken CO<sub>2</sub> tüpünün devrilmesi sonucu bağlantı hortumu koptu. Her iki vakada da yedek hortum bulunduğu için yaklaşık 15 dakikalık bir gecikme ile işleme devam edilebildi. Bu olay bazı malzemelerin yedeğinin bulunulmasının önemini ortaya koymaktadır. İki laparoskopik hernioplasti sırasında trokar kenarından ciltaltına gaz kaçağı nedeniyle, yaygın ciltaltı amfizemi oluştu. Bunun nedeni işlem sırasında trokarın giriş doğrultusu dışında açılma yaparak çalışmasıdır. Bu komplikasyon sadece skrotal amfizemle sınırlı ise önemli sorun oluşturmayacağı söylenmektedir (10). Ancak bu ciltaltı hava kaçaklarının pnömotoraksa, pnömomediastinuma ve hiperkarbiye neden olabileceği ve eğer amfizem göğüs duvarı ve boyuna doğru yayılıyorsa laparoskopik işlemin sonlandırılması gerektiği bildirilmektedir (11,12). Ciltaltı amfizemi eğer pnömotoraks veya pnömomediastinum ile birlikte değilse pnömoperituanın sonlandırılmasıyla kendiliğinden süratle rezorbe olur ve ilave bir tedavi gerektirmez (13). Bizim 2 vakamızda ciltaltı amfizeminin toraksa ve boyuna kadar çıkması nedeniyle laparoskopik işleme devam edilmedi.

Bir laparoskopik kolesistektomi vakasında kontrol edilemeyen kanama nedeniyle açık kolesistektomiye geçildi. Kanamanın sistik artere konulan klipsin tam oturmaması sonucu yetersiz ligasyona bağlı olduğu görüldü. İki kez, laparoskopik kolesistektomi yapılırken, monopolar makasın elle tutulan kısmından oluşan elektrik kaçağı nedeniyle cerrahın elinde küçük çaplı yanık oluştu. Bunun nedeni, eldivendeki

yırtıkla beraber makasın elle tutulan kısmındaki izolasyon yetersizliğiydi. Cerrahi manüplasyon gibi nedenlerin yanısıra, laparoskopik sistemden ve araçlardan ve bunların yanlış kullanımından kaynaklanan komplikasyonlar da açık girişime geçme nedeni olabilmekte, ameliyat süresini uzatabilmekte ve böylece morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir. Maliyetin düşürülmesi amacıyla, tek kullanımlık malzemelerin mükerrer kullanılması, enstrümanter komplikasyonların başlıca nedeni olmaktadır. Çünkü, mükerrer kullanılan malzemelerin içine önceki işlemler sırasında giren doku artıkları, kan ve safra gibi sıvılar yeterince temizlenememektedir. Bu nedenle laparoskopik aletlerin hareket kabiliyetleri ve performansları giderek azalmaktadır. Maliyetin, mükerrer kullanım ile düşürülmesi yerine, giderek kullanımı artan laparoskopik malzemelerin, ülkemizde daha ucuza maledilerek üretilmesi bir çözüm yolu olabilir.

#### KAYNAKLAR

1. Çalık A, Bilgin Y, Küçüktülü U ve ark. Laparoskopik kolesistektomi: komplikasyonlar ve bunların hukuki durumu, asistan eğitimi ve maliyet. *End Lap ve Min Inv Cer* 1995; 2:37-44.
2. Orlando R, Russel JC, Lynch J, et al. Laparoscopic cholecystectomy. A statewide experience. *Arch Surg* 1993; 128:494-99.
3. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *Am Coll Surg* 1995; 180:101-25.
4. Kern KA. Medicolegal perspectives on laparoscopic bile duct injuries. *Surg Clin North Am* 1994; 4:979-84.
5. Deziel DJ, Milikan KW, Economou SG, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4292 hospitals and 77604 cases. *Am J Surg* 1993; 165:9-14.
6. Collet D, Edye M, Perissat J. Conversions and complications of laparoscopic cholecystectomy. Results of a survey conducted by the French society of endoscopic surgery and interventional radiology. *Surg Endosc* 1993; 7:334-38.
7. Arregui ME, Davis CJ, Yücel O, Nagan RF. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy: A preliminary report. *Surg Lap End* 1992; 1:53-58.
8. McFadyen BV, Charles RM. Inguinal herniorrhaphy: complications and recurrences. *Seminars in Laparoend Surg* 1994; 1:127-40.
9. Phillips EH, Arregui ME, Carrol BJ, et al. Incidence of complications following laparoscopic hernioplasty. *Surg Endosc* 1995; 9:16-21.
10. Arregui ME. Kasık fitiklarının laparoskopik onarımlarının komplikasyonları: Oluşum mekanizmaları ve korunma ilkeleri. *End Lap ve Min Inv Cer* 1994; 1:159-78.
11. Kent RB. Subcutaneous emphysema and hypercarbia following laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 1991; 126:1154-56.
12. Bard PA, Chen L. Subcutaneous emphysema associated with laparoscopy. *Anesth Analg* 1990; 71:101-2.
13. Capelouto CC, Kavoussi LR. Complications of laparoscopic surgery. *Urology* 1993; 42:2-12.

Alındığı tarih: 1 Nisan 1997

Yazışma adresi: Y. Doç. Dr. Ömer Faruk Akıncı, Harran Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 63200 Şanlıurfa

## LİTERATÜR SERVİSİ

### Journal of Laparoendoscopic Surgery

Volume 6, Number 2, April, 1996

#### İÇİNDEKİLER

##### *Full Reports*

- 73 **Outpatient laparoscopic cholecystectomy feasibility**  
Taylor E, Gaw F, Kennedy C
- 79 **Outpatient cholecystectomy**  
Voitk AJ
- 83 **Early experience with laparoscopic splenectomy**  
Ferzli G, Morillo MA, Kiel T
- 87 **A case-control study of postoperative pulmonary complications after laparoscopic and open cholecystectomy**  
Hall JC, Tarala RA, Hall JL
- 93 **Comparative stress hormone changes during helium versus carbon dioxide laparoscopic cholecystectomy**  
Naude GP, Ryan MK, Pianim NA, Klein SR, Lippmann M, Bongard ES

##### *Technical Reports*

- 99 **Safety evaluation of laparoscopically applied clips**  
Papaioannou, Daykhovsky L, Grundfest WS
- 109 **The use of T-bars in laparoscopic ventral hernia repair**  
Saiz AA, Paul D, Willis IH, Sivina M
- 113 **A Technique for second look laparoscopy in the obese patient**  
Bickel A, Daud G, Vaksman L, Eitan A

##### *Brief Clinical Reports*

- 117 **Surgical decisions in the laparoscopic management of small bowel obstruction: Report on two cases**  
Posta CG
- 123 **Empyema from lost gallstones: a thoracic complication of laparoscopic cholecystectomy**  
Willekes CL, Widmann WD
- 127 **Laparoscopic conversion of polya gastrectomy to roux-en-Y**  
Macpherson SC, Kincaid R, Porteous C
- 131 **Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair of a hernia of Morgagni**  
Huntington TR

## Journal of Laparoendoscopic Surgery

Volume 6, Number 4, August, 1996

### İÇİNDEKİLER

- 251 **Totally extracorporeal laparoscopy-assisted colon resection without pneumoperitoneum**  
İhi I, Sawada T, Kawamura YL, Saito Y, Agnifili A, Muto T
- 258 **Experience in thoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis with concomitant pleural adhesion**  
Lin CC, Mo LR
- 262 **Percutaneous endoscopic gastrostomy with T-bar exation in children**  
Boswell WC, Boyd CR, Lord SA
- 266 **Complications in laparoscopic and open cholecystectomy: a prospective comparative trial**  
Buanes T, Mjäländ O
- 273 **Sequential endoscopic laparoscopic treatment of cholecystocholedocholithiasis**  
Materia A, Pizzuto G, Silecchia G, Fiocca F, Fantini A, Spaziani E, Basso N
- 278 **Optimal position of working ports in laparoscopic surgery: an in vitro study**  
Meng CSW, Samuel PY, Kwok PYS, Leung KL, Chung CC, Lati WY, Arthur KCL
- 282 **Comparison of laparoscopic Handsewn suture techniques for experimental small-bowel anastomoses**  
Waninger J, Salm R, Imdahl A, Haberstroh J, Schoop C, Voshege M, Eduarci HM
- 290 **Laparoscopic peritoneal fenestration and internal drainage of lymphoceles after renal transplantation**  
Thanlow JP, Gelpi LS, Schwaitzberg SD, Rohnet RJ
- Brief Clinical Reports*
- 296 **The two-fire, one-cartridge stapling method using a modified endo-GIA**  
Yamaguchi A, Tsnehida
- 300 **Esophagogastric devascularization and transection for bleeding esophageal varices: first case presentation**  
Manzoni-Trovamala FJR, Gutierrez RL, Marquez GM, Garcia RA, Christen JJ, Guerrero MG
- 304 **Thoracoscopic diagnosis of Goodpasture's syndrome**  
Iwasaki A, Matsuzoe D, Yoneda S, Yamashita Y, Shirakusa T
- 307 **A new technique for exposing Calot's triangle during laparoscopic surgery: Usefulness of extracorporeal lifting of the round ligament and gallbladder**  
Hasnike Y, Tornita N, Sakon M, Tamura S, Umeshita K, Kanai, Gotoh M, Monden M
- 310 **Isolated duplications of the cystic duct: case report and implications in laparoscopic cholecystectomy**  
Ng JWT, Yeung GHC, Lee YWM, Tse S
- 315 **Injury to a duplicated cystic duct during laparoscopic cholecystectomy**  
Momiya T, Souda S, Yoshikawa Y, Kuratani T, Toda K, Koma M

## Surgical Laparoscopy & Endoscopy

Volume 10, Number 1, 1996

### İÇİNDEKİLER

#### *Editorial*

- 13 **Colectom: the evolving role of laparoscopy**  
Forde RA

#### *Original articles*

- 15 **Laparoscopic colectomy vs traditional colectomy for diverticulitis: outcome and costs**  
Lieberman MA, Phillips EH, Carrol BJ, Fallas M, Rosenthal R
- 19 **Laparoscopic evaluation of penetrating thoracoabdominal traumatic injuries**  
Ortega AE, Tang E, Eroes ET, Asensio JA, Katkhouda N, Demetriades D
- 23 **Teaching basic video skills as an aid in laparoscopic suturing**  
Champion JK, Hunter J, Trus T, Laycock W
- 65 **Thoracoscopic splachniestomy for the relief of intractable abdominal pain**  
Takahashi T, Kakita A, Ezumika H, Lino A, Fmuta K, Yoshida M, Hiki Y

#### *Technique*

- 69 **Two techniques of creating periumbilical incisions during laparoscopic surgery**  
Khatri VP, Bloch RL
- 71 **New technology for the division of short gastric vessels during laparoscopic Nissen fundoplication: a prospective randomized trial**  
Laycock WS, Trus TL, Hunter JG

#### *New Technology*

- 74 **Three-dimensional ultrasound**  
Kavie MS

#### *Letters to editor*

- 77 **"Dropped" surgical elips following laparoscopic cholecystectomy**  
Rawson JV, Klein RM, Hodgson J
- 79 **A hypogastric approach to laparoscopic cholecystectomy**  
Ferzli G, Fiorillo M, Sabido F
- 81 **Hartmann's pouch, the Hartmann operation, the Hartmann procedure: an enigma of terminology**  
DeMaio EE, Naranjo C, Johnson P
- 83 **News and notices**

#### *Instructions to authors on page 87*

Indexed and abstracted in Index Medicus  
Included in the VIDARS system and in current contents

# EDİTÖRE MEKTUP

Sayın Editör,

Kolelithiasis nedeniyle kolesistektomi geçiren hastaların % 10-15'inde koledokta taş mevcuttur. Geçirilmiş sarılık ve bilier pankreatit hikayesi, ultrasonografide geniş koledok, yüksek karaciğer fonksiyon testleri ve yaşla bu oran daha da artabilir. Koledok taşları ultrasound, PTK, ERCP, intraoperatif kolanjiyografi, koledoskopi, açık veya laparoskopik koledok eksplorasyonu ile saptanabilir. Ultrasonografinin kullanım alanına girmesinden sonra, allerjik reaksiyonlar ve invaziv olması gibi nedenlerle intravenöz kolanjiyografinin (İVK) popüleritesi azalmış ve giderek kullanılmaz olmuştur. Ultrasonografi ise ameliyat öncesi koledok taşlarını saptamada yetersiz kalmıştır. Bu tür olgularda açık kolesistektomi esnasında peroperatuar koledoku görüntüleme çalışmaları ve koledok eksplorasyonu koledok taş unutmada riskini azaltır. Buna karşın laparoskopik kolanjiyografi ve koledok eksplorasyonu zor, eğitim gerektiren, özel kateter ve aletlere gereksinim gösteren ve zaman alıcı işlemlerdir. Transsisik laparoskopik kolanjiyografi için % 5-13 oranında başarısızlık bildirilmiştir (1).

Bu nedenlerle laparoskopik kolesistektominin yaygınlaşması ile koledokun preoperatif yüksek doğruluk oranlarında değerlendirilme ihtiyacı doğmuştur. Mevcut koledok taşlarını sfinkterotomi ile çıkarmak gibi önemli bir avantaja sahip olan ERCP de % 5-20 oranlarında başarısızlık, % 70 civarında taş yönünden negatif sonuç ve % 5 oranında morbidite bildirilmektedir (2). Ayrıca invaziv, özel ekipmana gereksinim gösteren pahalı bir yöntemdir. ABD'de Methodist Hastanesi'nde yavaş infüzyon kolanjiyografinin maliyeti 324\$, intraoperatif kolanjiyografinin 393\$, ERCP'nin ise 1095\$ olarak bildirilmiştir (2).

Ülkemizde de ERCP'nin maliyeti kullanılan malzemelerle birlikte bu civardadır. Laparoskopik kolesistektomi planlanan hastalarda koledokun preoperatif yüksek doğruluk oranları ile değerlendirilmesini sağlayacak daha az invaziv, güvenilir ve ekonomik görüntüleme yöntemleri arayışları başlamıştır (2,3). Kullanılan kontrast maddenin allerjik yan etkilerinin yeni formülasyonlarla yok denecek kadar az olması ve infüzyon oranlarının standardizasyonu ile İVK yeniden kullanılmaya başlanmıştır. Kullanılacak kontrast madde (meglumin iotroxate) yavaş infüzyon şeklinde verildiğinde proteine bağlanarak karaciğer tarafından alınıp sekrete edilirken hızlı infüzyon şeklinde verildiğinde renal atılım nedeniyle bilier sistem iyi görüntülenemez. Ayrıca drip infüzyon kolanjiyografi ile safra kesesi visualize edilemediğinde safra kesesinde inflamasyon ve yapışıklıkların şiddetli olabileceği ve bu olgularda laparoskopik kolesistektominin daha zor olacağı şeklinde yayınlar mevcuttur (4). Safra kesesi taşı olan hastalarda drip infüzyon kolanjiyografinin koledok taşını saptamada emin, ucuz ve doğruluk oranının yüksek bir yöntem olup olmadığını ve ERCP, koledok eksplorasyonu gibi yöntemlerin daha selektif uygulanmasına katkısını araştırmak amacıyla bir çalışma planladık. Ancak bu amaçla kullanılacak olan meglumin iotroxate'in (Biliscopin, Schering AG) ülkemizde bulunmadığı ve ilgili firma ile yapılan görüşmede bu ilacın ithali için Sağlık Bakanlığı'na müracaat edildiği, henüz ruhsat alınmadığı öğrenildi. Yani şu anda ülkemizde İVK çekilebilecek radyopak kontrast madde yok. Bildirilen çalışmada da desteklenen drip infüzyon kolanjiyografinin preoperatif koledoku görüntülemesi ile birçok hastanın gereksiz ERCP ve koledok eksplorasyonuna engel olabileceği inancını taşıdığım bu yöntem için ilgili ilacın ülkemize kazandırılması ve bu tür çalışmalarla doğruluğunu araştırmak uygun olur düşüncesindeyim.

Saygılarımla,

**Op. Dr. Neşet Köksal**

Haydarpaşa Nunume Hastanesi

1. Genel Cerrahi Kliniği

## Kaynaklar

1. Baigrie RJ, Krahenbuhl L, Dowling BL. Laparoscopic cholangiography through the gallbladder. J Am Coll Surg 1994; 178:175-6.
2. Dorenbusch MJ, Maglinte DDT, Micon LT, et al. Intravenous cholangiography and the management of choledocholithiasis prior to laparoscopic cholecystectomy. Surg Lap End 1995; 3:188-92.
3. Wigmore SC, Wood K, Rainey JB, Macleod DAD. Intravenous cholangiography in preoperative assessment of patients considered for laparoscopic cholecystectomy. Surg Lap End 1994; 4:254-7.
4. Tomikawa M, Kitano S, Iso Y, et al. Feasibility of laparoscopic cholecystectomy for patients with a nonvisualized gallbladder on drip infusion cholangiography. Surg Lap End 1995; 2:121-4.

# Yazarlara Bilgi

1. Endoskopik-Laparoskopik ve Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi, Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneğinin yayın organıdır.
2. Dergi; laparoskopi, torakoskopi, endoluminal endoskopi, artroskopi ve girişimsel radyoloji gibi minimal invaziv girişimlerle ilgili bilimsel araştırmaları, teknolojik gelişmeleri, derlemeleri, klinik çalışmaları, olgu bildirimlerini, okuyucu mektuplarını ve çevirileri yayımlar.
3. Dergi her 3 ayda bir çıkar ve 4 sayıya bir cilt tamamlanır.
4. Derginin dili Türkçedir ancak yabancı yazarların orijinal yazılarına da çevirisi ile birlikte yer verilir.
5. Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların/ilanların tüm sorumluluğu yazarlarına/firmalarına ait olup yazılarda/ilanlarda belirtilen görüşler, bildirilen tedavi metodları, yeni enstrümanlar ve ilaçların kullanımı ile ilgili (baskı hatası dahil) Ulusal Endoskopik-Laparoskopik ve Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi ve Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği herhangi bir sorumluluk almaz.
6. Yayın için dergiye gönderilen yazıların dergiye kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye aittir. Yayınlanan veya yayınlanmayan yazılar (şekiller ve resimler dahil) iade edilmez. Dergiye yayınlanmak üzere gönderilen yazılar dergi yayın kurulu tarafından incelendikten sonra anlam ve yazım bakımından gerekli görülen düzeltmeler yapılır veya düzeltilmek üzere yazarına geri gönderilir. Editör ve yayın kurulu gerek gördüğünde yazıların ulusal veya uluslararası bilimsel danışma kurulunda incelenmesini isteyebilir. Gönderilen yazıların özel ek veya sayılarda yayınlanması editör ve yayın kurulunun kararı ile gerçekleşir.

## 7. Yazım kuralları

a-Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Komitesi'nin (International Committee of Medical Journal Editors) benimsediği kurallar (Biomedikal dergilere yollanan yazılar için tek tip kurallar) ile uyumlu olmalıdır. Bu kurallar 9 Şubat 1991 tarihli British Medical Journal ile 7 Şubat 1991 tarihli New England Journal of Medicine dergilerinde yayınlanmıştır.

b-Yazılar 216x279 mm (8 1/2 x11 inc) veya 212x297 mm (ISO A4) beyaz birinci hamur kadığın bir yüzüne, kenarlardan en az 25 mm boşluk kalacak şekilde ve 2 aralıklı olarak daktilo edilmeli; sayfalara, başlık sayfasından başlayarak her sayfanın sağ alt köşesine sayfa numarası konulmalıdır. Şekiller iyi kalitede, resimler parlak kağıda basılı olmalıdır.

c-Yazının her bölümü yeni bir sayfada başlamalı ve aşağıdaki sırayı izlemelidir: Başlık sayfası, Türkçe özet ve anahtar kelimeler, İngilizce özet ve anahtar kelimeler, yazı metni, teşekkürler, kaynaklar, tablolar, resim ve şekiller için alt yazılar. Gönderilen yazı ile birlikte bir kapak mektubu ve daha önce yayınlanmış materyelden alıntı yapılması durumunda gerekiyorsa tekrar kullanma izni de gönderilmelidir. Kapak mektubunda yazarların hepsinin imzası bulunmalı, yazının daha önce yayınlanmadığı, yayınlanmak üzere başka bir yayın organına gönderilmediği ve varsa çalışmaya destek veren kişi ve kuruluşlar belirtilmeli, haberleşme amacı ile muhatap olacak yazarın ismi, adresi, telefon numarası ve varsa fax numarası belirtilmelidir.

d-Yazının tamamının bir orijinali ve 2 nüshası kalın bir zarf içerisinde katlanmadan gönderilmelidir.

e-Daha önceden bildirilmiş ve yayınlanmış, yayınlanacak ve yayınlanmak üzere gönderilmiş çalışmalarla, yayınlanmış bir yazıda etraflıca tarif edilerek tanıtılmış çalışmalar ve etik kurallara aykırı çalışmaları içeren yazılar (Hayvan çalışmaları dahil) kabul edilmez.

## 8. Yazı düzeni

### Başlık Sayfası:

a-Makalenin başlığı

b-Her yazarın ilk ismi, orta isminin baş harfi, soyadı, taşıdığı en yüksek akademik ünvan ve bağlı bulunduğu kuruluş

c-Çalışmanın yürütüldüğü kuruluş veya kuruluşların adı

d-Mevcut ise feragatnameler

e- Makale ile ilgili yazışmalardan sorumlu yazarın isim ve adresi

f-Araştırma bursu, malzeme, ilaç ve benzeri şekillerde sağlanan yardım ve desteklerin açıklanması.

**Özet ve Anahtar Kelimeler:** Özetler ve anahtar sözcükler, metin başlığı ile birlikte Türkçe ve İngilizce olarak ayrı sayfalarda yazılmalı; özetler 200, anahtar sözcükler 10 kelimeyi geçmemelidir. Özet, çalışmanın amacını, yöntem ve gereci, analiz metodlarını ve varılan sonucu kısa ve açık şekilde belirtmelidir. Anahtar kelimelerin seçiminde Index Medicus'un tıbbi konu başlıkları (MeSH) listesinde yer alan terimler tercih edilmelidir.

**Metin Bölümleri:** Gözlemsel ve deneysel araştırma tipindeki yazılar giriş, gereç ve yöntem, sonuçlar ve tartışma; olgu bildirimleri ise olgu veya olguların sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşturulmalıdır. Derlemeler, başyazılar ve tercümelere yazının gerektirdiği düzen kullanılmıdır.

**Kaynaklar:** Referanslar yazıda kullanıldığı sıra ile numaralanmalı, dergi isimleri Index Medicus'daki stil ile kısaltılmalıdır. Altı veya daha az yazar olduğu zaman yazarların hepsi, altıdan fazla yazar olduğu zaman ise ilk üç yazar ismi ve ark. (et al.) kısaltması yapılmalıdır.

**Örnek 1: (Dergi)** You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; Aug:79(2):311-4.

Bir tercih olarak, eğer bir dergide, ciltler boyunca ardışık sayfa numarası veriliyorsa, belirli bir sayının numarası veya ayı verilmelidir.

**Örnek 2:** Goute AM, Ha'nes AR, Owen MJ, et al. Predisposing locus for Alzheimer disease on chromosome 21. *Lancet* 1989; 1:1352-5.

**Örnek 3: (Kitap)** Weinstein L, Swarts MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA. editors. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: Saunders, 1974:457-72.

Basılmamış gözlemler ve kişisel haberleşme, basılmamış veriler ile hazırlanmakta olan veya dergiye yollanmış olan makaleler kaynak olarak numaralandırılmaz. Dergiye gönderilmiş ve kabul yazısı alınmış yazılar kaynak olarak gösterilebilir ancak ilgili dergi belirtildikten sonra (Basımda) ibaresi yer almalıdır. Dergiye gönderilmiş ancak kabul yazısı alınmamış yazılar makalede parantez içerisinde (yayınlanmamış gözlemler) olarak belirtilebilir.

**Sonuçlar:** Çalışmanın sonucu metin, tablolar ve resimlerdeki mantıksal sıra ile belirtilmelidir.

**Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönleri ile bunlardan çıkan sonuçlar tartışılmalı, giriş ve sonuç bölümlerindeki tüm veri ve bilgiler tekarlanmamalıdır.

**Tablolar, Resimler ve Alt Yazılar:** Tablolar ayrı sayfalarda, kısa bir başlık içerecek şekilde ve metinde bahsediliş sırasına göre numaralandırılarak hazırlanmalıdır. Şekiller profesyonel olarak çizilmeli veya fotoğrafı çekilmeli, bunun dışındaki şekil, röntgen ve benzeri materyalin parlak siyah beyaz fotoğrafları gönderilmelidir. Açıklamalara ve başlıklara resim altı yazılarda yer verilmeli, resim içerisinde belirtilmemelidir. Her şeklin arkasında şekil numarası, yazar ismi ve şeklin üst tarafını belirten bir etiket bulunmalıdır. Daha önceden basılmış bir resim kullanılıyor ise özgün kaynak belirtilmeli ve yazar veya yayıncısından yazılı izin alınmalıdır.

## YAZARLAR İÇİN ÖNEMLİ NOT:

(Lütfen yazınızı dergiye göndermeden önce kontrol ediniz)

- \* Orijinal ve 2 kopya
- \* 2 aralıklı yazı
- \* Özet ve anahtar kelimeler
- \* İngilizce başlık, özet ve anahtar kelimeler
- \* Uygun bölümlerden oluşturulmuş ana metin
- \* Tablolar ve Şekiller
- \* Tüm yazarların imzası
- \* Alıntı için izin yazısı
- \* Yazışma adresi
- \* Metin içi sıralanmış ve dergi kurallarına uygun kaynakça



# İNDEKS

- Adaş G.  
Akalin Ö.  
Akat AZ.  
Akaydın M.  
Akça T.  
Akçal T.  
Akçay MN.  
Aker İB.  
Akın A.  
Akın ML.  
Akıncı ÖF.  
Akoğlu M.  
Akpınar M.  
Aktan Ö.  
Aktan Ş.  
Akyüz A.  
Alemdaroğlu K.  
Alper A.  
Altınsoy A.  
Analay H.  
Aras N.  
Aren A.  
Arıcı C.  
Arslan C.  
Atamanalp SS.  
Avcı C.  
Avşar F.  
Avtan L.  
Aybastı N.  
Aydede H.  
Aydın İ.  
Aydın M.  
Ayşan E.
- Bakır S.  
Banlı O.  
Başak K.  
Başbay H.  
Başekim Ç.  
Başkonuş İ.  
Başoğlu M.
- Baştuğral U.  
Batkın A.  
Begin GF.  
Bedirhan MA.  
Bengisun U.  
Berkarda B.  
Besim H.  
Bildik N.  
Bilgin ÖF.  
Bostancı B.  
Bostanoğlu S.  
Boyacı A.  
Bozan H.  
Bozer M.  
Breil P.  
Buğra D.  
Bulut T.  
Bülbüloğlu E.  
Büyükkeçe A.  
Büyükuncu Y.
- Coşkun A.  
Coşkun T.  
Çalışkan K.  
Çelik F.
- Dağlar G.  
Demirci D.  
Derici H.  
Dilek ON.  
Doğan S.  
Doğanay M.  
Dulundu E.  
Duraker N.  
Düren M.  
Düzgün ŞA.
- Elbeyli L.  
Elverdi M.  
Emek K.  
Erbilen M.
- Erdem M.  
Erdoğan KU.  
Erdoğan M.  
Erdoğan O.  
Erdoğdu E.  
Erenoğlu C.  
Ergüney S.  
Erkoçak EU.  
Erkol H.  
Erözgen F.  
Ertaş E.  
Ertekin C.  
Ertem M.  
Ertuğ Z.  
Erverdi N.  
Esmaoğlu A.  
Estour E.  
Füzün M.
- Ghavami B.  
Gözalan U.  
Güler G.  
Güler M.  
Güler O.  
Gülkan S.  
Gülmen M.  
Gülmez İ.  
Güloğlu R.  
Günay K.  
Güneş A.  
Gürel M.  
Güvel M.
- Halıcı H.  
Hamaloğlu E.  
Hamamcı O.  
Hasanoğlu A.
- İğci A.  
İşgör A.  
Işık A.

Kahya M.  
Kama NA.  
Karaayvaz M.  
Karacagil M.  
Karaoğlanoğlu M.  
Karpuzoğlu T.  
Katmer T.  
Kaya M.  
Kaygusuz A.  
Kebudi A.  
Keskin A.  
Kılıç Y.  
Kırand O.  
Kocataş A.  
Koçoğlu H.  
Korkmaz A.  
Korkmaz R.  
Korucu B.  
Köksal N.  
Kumkumoğlu Y.  
Kurt N.  
Kutlu Y.  
Külah B.  
Küpelioğlu B.  
Kürşat H.  
Lice H.  
  
Maralcan G.  
Memiş Z.  
Memişoğlu K.  
Necefli A.  
Neşşar M.  
  
Onay T.  
Oral C.  
Oruğ T.  
Ovaliođlu C.  
Öğünç G.  
Öğüş M.  
Öner Z.  
Ören D.  
Öygür N.  
Özaçmak İD.  
Özakay K.

Özbağrıaçık M.  
Özbal AN.  
Özer Ş.  
Özer Y.  
Özgüven R.  
Özkırlı M.  
Özmen V.  
Öztürk G.  
  
Parlak M.  
Pişkinpaşa M.  
Polat L.  
Reis E.  
  
Sağlam F.  
Sağlam A.  
Sarıkayalar Ü.  
Savaşcın B.  
Sayek İ.  
Seratlı O.  
Serim Ç.  
Sözüer E.  
Sözüer EM.  
Şahin M.  
Şahin N.  
Şanlı A.  
Şehitoğlu M.  
Şemşit MA.  
Şener M.  
Şirođlu N.  
  
Taşçı O.  
TaşkınM.  
Tatlışen A.  
Taviloğlu K.  
Tezel S.  
Titiz İ.  
Tuğrul C.  
Tuncer Ü.  
Tunah V.  
Turna A.  
Türel Ö.  
  
Ural M.

Uras C.  
Uslu S.  
Uzel GC.  
Uzunköy A.  
  
Yağan NE.  
Yaltı T.  
Yamaner S.  
Yavuz N.  
Yavuz N.  
Yazgan A.  
Yeğinsu A.  
Yeşilkaya Y.  
Yıldırgan Mİ  
Yıldırım M.  
Yıldırım C.  
Yıldız H.  
Yıldız E.  
Yıldız F.  
Yıldız S.  
Yılmaz Z.  
Yorgancı K.  
Yüce K.  
Yüksek N.  
Yüksek Ş.  
Yüney E.  
  
Zubaroğlu E.

# TIP DÜNYASININ İLETİŞİMİNİ TAMAMLAYAN !

## **SENDROM**

Multidisipliner Aktüel Tıp Dergisi  
Her ay, yılda 12 sayı + 2 Ek sayı

## **SPOR VE TIP**

Her ay, yılda 12 sayı

## **TÜRK ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON CEMİYETİ MECMUASI**

Yılda 10 sayı + 2 Ek sayı

## **JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK DERGİSİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## **ÇAĞDAŞ CERRAHİ DERGİSİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## **İSTANBUL ÇOCUK KLİNİĞİ DERGİSİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## **DÜŞÜNEN ADAM**

Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi  
3 ayda bir, yılda 4 sayı

## **OTOLARENKOLOJİ DERNEĞİ ARŞİVİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## **GÖZTEPE TIP DERGİSİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## **PEDİATRİK CERRAHİ DERGİSİ**

4 ayda bir, yılda 3 sayı

## **TÜRK MİKROBİYOLOJİ CEMİYETİ DERGİSİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## **ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK VE MINİMAL İNVAZİV CERRAHİ DERGİSİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## **EPİLEPSİ**

4 ayda bir, yılda 3sayı

## **GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ DERGİSİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

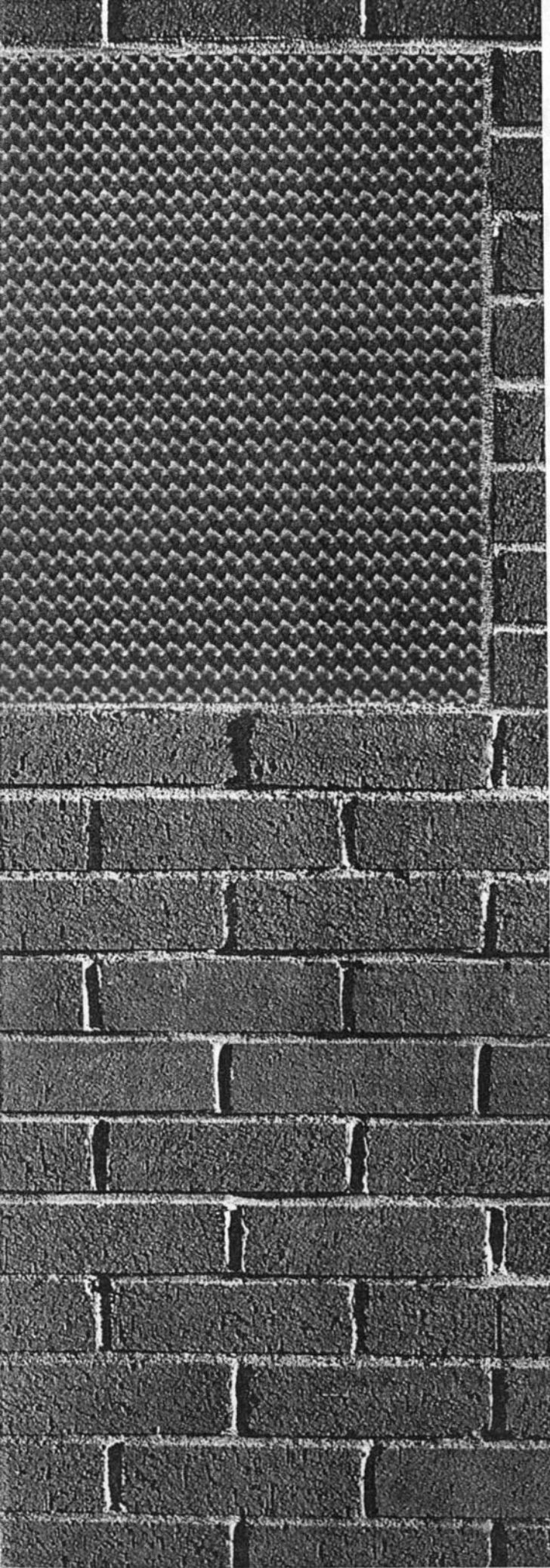
## **JİNEKOLOJİ OBSTETRİK PEDİATRİ DERGİSİ**

3 ayda bir, yılda 4 sayı

**LOGOS**  
TIP YAYINCILIGI

LOGOS YAYINCILIK TİC. A.Ş.

Yıldız Posta cad. No:36/66-67, 80280 Gayrettepe - İSTANBUL  
Tel: (0212) 288 05 41 , 288 50 22 Fax: (0212) 211 61 85



# PROLENE<sup>\*</sup> Polypropylen Mesh

## For Hernia Repair

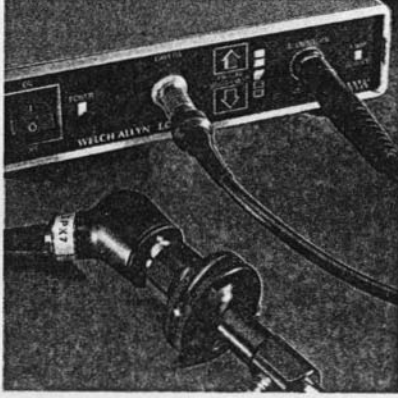
Reliable support for  
the abdominal wall

**ETHICON**

a *Johnson & Johnson* company

# LAPAROSKOPIK CERRAHİDE YENİ SOLUKLAR...

THE WELCH ALLYN LCI-200  
ILLUMINATION AND IMAGING SYSTEM



BIG PERFORMANCE IN A SMALL PACKAGE



WA  
Welch Allyn

## WELCH ALLYN GÖRÜNTÜLEME SİSTEMLERİ:

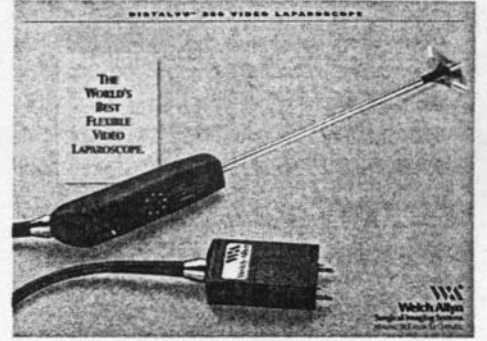
*Welch Allyn, dünyada kendi görüntü chip'lerini, fiber optik kabloları, ışık kaynakları ve baskılı entegre devrelerini üreten tek firmadır. Ürettiği değişik modeller arasında:*

**DistalVu 360:** *Dünyanın en iyi flexible laparoskopu; değişik açılı laparoskop ihtiyacını ortadan kaldırır.*

**DistalVu:** *Distal uca yerleştirilen kamerası ile, hassas optik düzenekli laparoskoplara ihtiyacı ortadan kaldıran dünyanın en sağlam sistemi.*

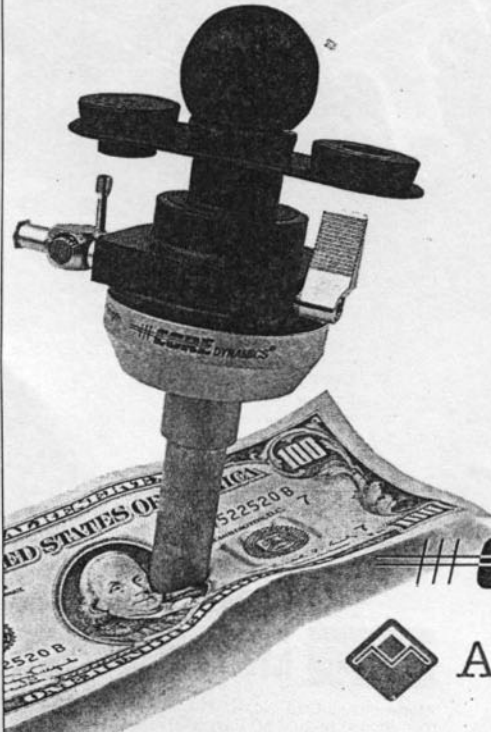
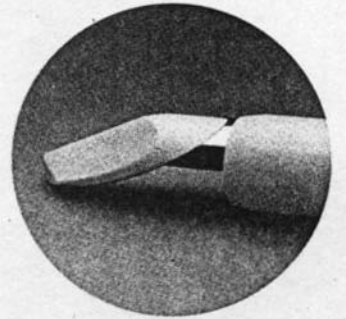
**StereoVu 3D:** *3 boyutlu görüntüleme sistemlerinin en iyisi*

**LCI-200:** *Işık kaynağı ve video prosesorü aynı cihaza yerleştirilen minyatür sistem*



## CORE DYNAMICS TROKAR SİSTEMLERİ İLE LAPAROSKOPIK CERRAHİDE BÜYÜK MALİYET TASARRUFU

*Reusable metal trokar kanülleri ve disposable trokarlar ile trokar maliyetlerinde % 50'nin üzerinde tasarruf sağlamak istiyorsanız, bir demonstrasyon için bizi mutlaka arayınız.*



**CORE DYNAMICS®**

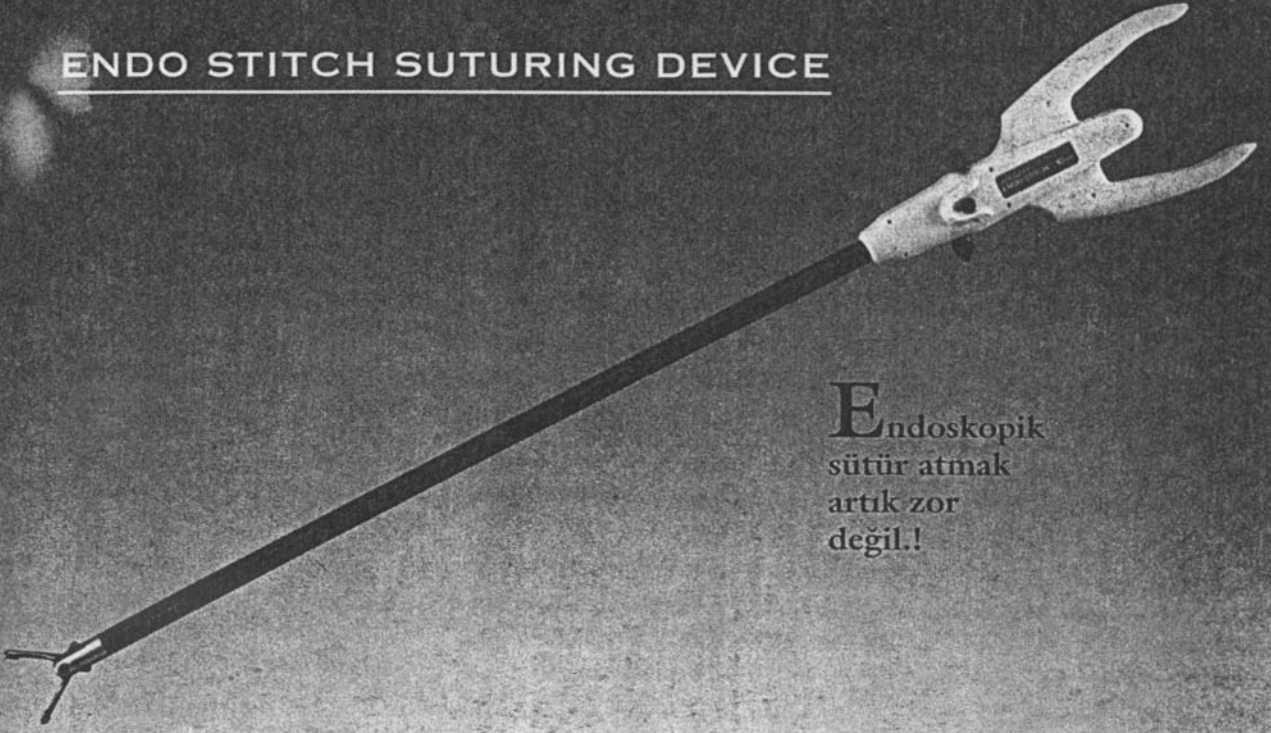
**ATA MEDİKAL**  
TİCARET LTD. ŞTİ.

**TÜRKİYE MÜMESSİLİ:**

PERPA Ticaret Merkezi Kat: 2 No: 85  
Okmeydanı 80270 İstanbul - TÜRKİYE  
Tel: (0-212) 222 34 58 (4 Hat Pbx)  
Fax: (0-212) 222 34 62

# LAPAROSKOPİDE DEVRİM !

## ENDO STITCH SUTURING DEVICE



**E**ndoskopik  
sütür atmak  
artık zor  
değil.!

## VISIPORT / SURGIVIEW OPTICAL ENTRY SYSTEM

**B**atına  
kör giriş  
soru!

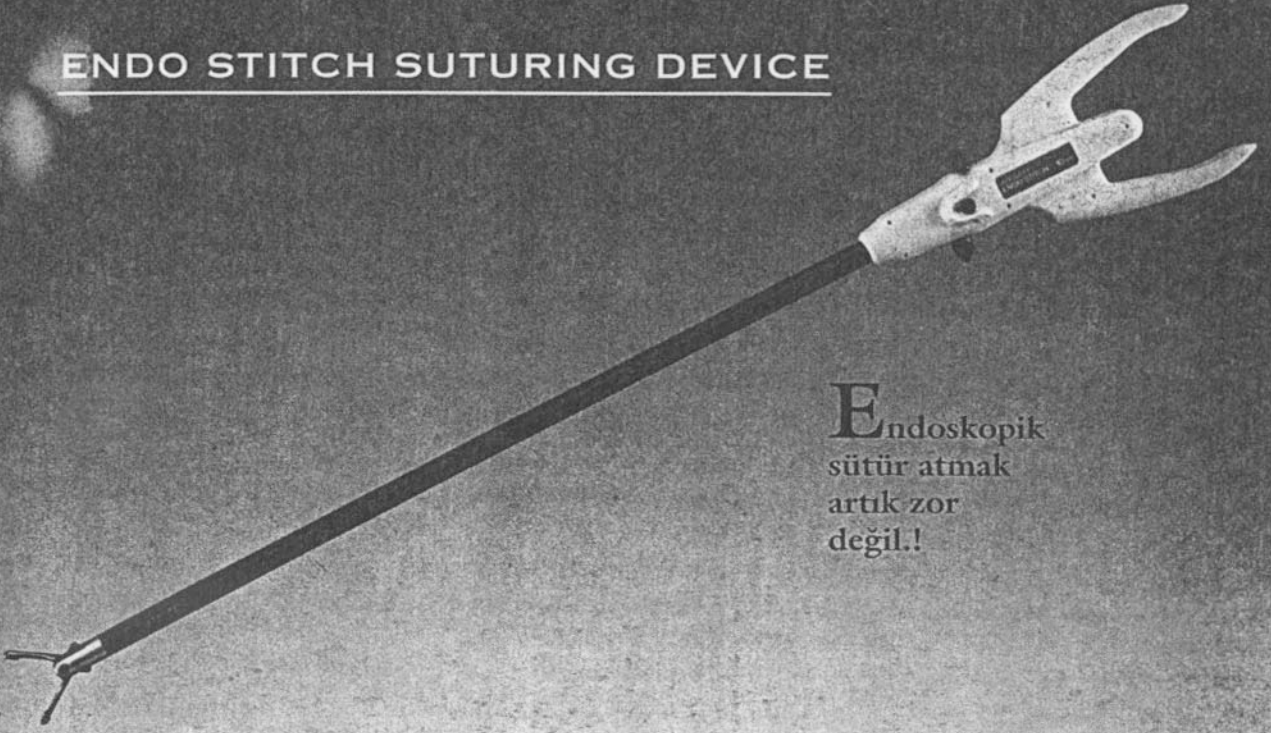


## ENDO CLOSE INSTRUMENT

**L**aparoskopide,  
batın kapatmak için  
zaman harcamayın.!

# LAPAROSKOPİDE DEVRİM !

## ENDO STITCH SUTURING DEVICE



**E**ndoskopik  
sütür atmak  
artık zor  
değil.!

## VISIPOINT / SURGIVIEW OPTICAL ENTRY SYSTEM

**B**atına  
kör giriş  
soru!



## ENDO CLOSE INSTRUMENT

**L**aparoskopide,  
batın kapatmak için  
zaman harcamayın.!

