



Endoskopik Laparoskopik

& Minimal Invaziv **Cerrahi Dergisi**



10. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi
27-30 Nisan 2011

PROGRAM ve BİLDİRİ ÖZETLERİ

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Yıl/Year **2011**

Cilt/Volume **18**

Sayı/Number **1**

Mart/March



Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv **Cerrahi** Dergisi

10. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi
27-30 Nisan 2011

PROGRAM ve BİLDİRİ ÖZETLERİ

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Mart / March 2011

Cilt / Volume 18

Sayı / Number 1



Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

SAHİBİ ve EDITÖR / OWNER and EDITOR-in-CHIEF

ELCD adına / On behalf of ELCD

Cavit AVCI

YARDIMCI EDITÖRLER / CO-EDITORS

Metin ERTEM, Levent AVTAN

ULUSAL BİLİMSEL KURUL / NATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Levhi AKIN (İstanbul)
Murat AKSOY (İstanbul)
Aydın ALPER (İstanbul)
Ahmet ALPONAT (Kocaeli)
Ediz ALTINLI (İstanbul)
Nusret ARAS (Ankara)
Oktar ASOĞLU (İstanbul)
Bilgi BACA (İstanbul)
Erdal Birol BOSTANCI (Ankara)
Dursun BUĞRA (İstanbul)
Yılmaz BÜYÜKUNCU (İstanbul)
Ahmet ÇOKER (İzmir)
Sezai DEMİRBAŞ (Ankara)
Sinan ERSİN (İzmir)
Emin ERSOY (Ankara)
Erhun EYÜBOĞLU (İstanbul)
Rasim GENÇOŞMANOĞLU (İstanbul)

Haldun GÜNDOĞDU (Ankara)
Mehmet GÜREL (Ankara)
İsmail HAMZAOĞLU (İstanbul)
Abdullah İGCI (İstanbul)
Tayfun KARAHASANOĞLU (İstanbul)
Atilla KORKMAZ (Ankara)
Neşet KÖKSAL (İstanbul)
Sezai LEVENTOĞLU (Ankara)
Zafer MALAZGİRT (Samsun)
Selçuk MERCAN (İstanbul)
Güner ÖGÜNCÜ (Antalya)
Mehmet Kemal ÖGÜŞ (Antalya)
Ceyhan Oral (İstanbul)
İlgin ÖZDEN (İstanbul)
M. Mahir ÖZMEN (Ankara)
Vahit ÖZMEN (İstanbul)
Salih PEKMEZCİ (İstanbul)

Yavuz Selim SARI (İstanbul)
Kaya SARIBEYOĞLU (İstanbul)
Yunus SÖYLET (İstanbul)
Erdoğan M. SÖZÜER (Kayseri)
Mustafa TAŞKIN (İstanbul)
Korhan TAVİLOĞLU (İstanbul)
Cem TERZİ (İzmir)
Bülent TIRNAKSIZ (Ankara)
Ahmet TÜRKÇAPAR (Ankara)
Ali UZUNKÖY (Şanlıurfa)
Veli YALÇIN (İstanbul)
Sümer YAMANER (İstanbul)
Hakan YANAR (İstanbul)
Nihat YAVUZ (İstanbul)
Yunus YAVUZ (İstanbul)
Osman YÜCEL (İstanbul)
Mustafa YÜKSEL (İstanbul)
Kağan ZENGİN (İstanbul)

Redaksiyon ve Düzelti / Editing: Umut BARBAROS - Fatih TUNCA

Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'nin Yayın Organıdır

Official Journal of the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery

Yazışma Adresi:

Dr. Levent Avtan
İstanbul Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Çapa 34390 İstanbul
Tel: (0212) 414 23 82
Faks: (0212) 534 16 05
e-posta: elcd@elcd.org

Abone Koşulları:

Yıllık 4 sayı abone bedeli 40 YTL'dir. Dernek üyelerine ücretsiz gönderilmektedir. Kurumlar için 80 YTL'dir. Abone olmak isteyenlerin abone bedelini ELCD'nin Türkiye İş Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi Çapa Şubesindeki 3092332 numaralı hesabına yatırmaları ya da derneğe üye olmaları gereklidir.

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



Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Cilt / Volume 18

Sayı / Number 1

Mart / March 2011

ULUSLARARASI BİLİMSEL KURUL / INTERNATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Maurice E. ARREGUI (Indianapolis, USA)
Carlos BALLESTA-L. (Barcelona, Spain)
Eren BERBER (Cleveland, USA)
Jean BOULEZ (Lyon, France)
Gerard BUESS (Tübingen, Germany)
Guy Bernard CADIERE (Brussels, Belgium)
Gérard CHAMPAULT (Paris, France)
Alfred CUSCHIERI (Dundee, UK)
Bernard DALLEMAGNE (Liege, Belgium)
Ara DARZY (London, UK)
François DROUARD (Saint Quentin, France)
François DUBOIS (Paris, France)
Jean Louis DULUCQ (Bordeaux, France)

Edmond ESTOUR (Valence, France)
Gilles FOURTANIER (Toulouse, France)
Jean François GIGOT (Brussels, Belgium)
Elias Hurtado HOYO (B. Aires, Argentina)
Namir KATKHOUDA (Los Angeles, USA)
Joël LEROY (Strasbourg, France)
Nico J. LYGIDAKIS (Athens, Greece)
Mario MORINO (Torino, Italy)
Alberto PERACCHIA (Milano, Italy)
Jacques PERISSAT (Bordeaux, France)
Eugenio SANTORO (Rome, Italy)
Allan SIPERSTEIN (Minnesota, USA)
Castro SOUSA (Coimbra, Portugal)

This publication is kindly supported by "The European Journal of Coelio-Surgery"

Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi / Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery (ISSN 1300-6533) Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'nin yayın organı olup Reis Dijital tarafından yayımlanmaktadır. Dergi üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) yayımlanır ve dört sayıda bir cilt tamamlanır. Dergide yer alan yazı, şekil, tablo ya da resimlerin telif hakkı (Copyright ©) 2008 Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'ne aittir. Bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapılacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak olarak belirtmesi gereklidir. Yayımlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir. Yayıncı ve dernek yayımlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez.

Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi Online versiyonu (Online ISSN 1304-981X) internet adresi: www.elcd.org

Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi / Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery (ISSN 1300-6533) is published quarterly (March, June, September, December) by Reis Dijital and each volume consists of four issues. Copyright © 2008, the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, transmitted or stored in any form or by means either mechanical or electronic, including photocopying, recording or through an information storage and retrieval system, without the written permission of the copyright holder. The Publisher and the Association assume no liability for any material published in the journal. All statements are the responsibility of the authors. Although all advertising material is expected to conform ethical standards, inclusion in this publication does not constitute a guarantee or endorsement of the quality or value of such product or of the claims made of it by its manufacturer.

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery Online (Online ISSN 1304-981X) is available at www.elcd.org

REİS DİJİTAL

İbrahim KÖSEÖĞLU
Litros Yolu 2. Matbaacılar Sitesi 1 BD 20 Topkapı / İstanbul
Tel: 0212 501 59 57
Faks: 0212 567 49 62
Gsm: 0532 205 82 68
e-mail: reisdiital@gmail.com
Sayfa düzeni: Recai Tosun
Kapak: Emel Pineci

Mart / March 2011, Cilt / Volume 18, Sayı / Number 1

10. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi

Program	4
Sözlü Bildiri Özetleri	15
Video Özetleri	34
Poster Bildiri Özetleri	49

Genel Cerrahi / General Surgery

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Uygulanan Hastalarda Serum Albümin Düzeyi ve Kısa Dönem Komplikasyonlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	86
---	-----------

Fatma Ayça GÜLTEKİN, Murat YÜLÜKLÜ, Demet SÜMER, Muzaffer Önder ÖNER,
Mustafa CÖMERT

Bu çalışmada yazarlar PEG uygulanan hastalarda işlem öncesi serum albümin düzeylerinin işlem sonrası komplikasyonlar üzerine etkisini incelemiştir

The Relations Between Serum Albumin Level And Short Term Complications After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement

In this study authors have investigated the relationship between the serum albumin levels and the post procedure complications rates in patients whom underwent percutaneous endoscopic gastrostomy

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Başkan
Cavit AVCI

II. Başkan
Nusret ARAS

Genel Sekreter
Levent AVTAN

Bilimsel Program Sekreteri
Oktar ASOĞLU

Lokal Çalışma Kurulu

Murat AKSOY	Umut BARBAROS	Fatih TUNCA
Ediz ALTINLI	Kaya SARIBEYOĞLU	Hakan YANAR
Emre BALIK	Yavuz Selim SARI	Yunus YAVUZ

Hemşire Programı Düzenleme Kurulu

Nuray AKYÜZ	Türkan ÖZBAYIR
Sonay BALTACI	Nalan ÖZHAN ELBAŞ
Fethiye ERDİL	Deniz ŞELİMEN
Sevgi HATİPOĞLU	Tülin YILDIZ
Nevin KANAN	Mahiye YILMAZ

Yabancı Davetli Konuşmacılar

Brice GAYET, <i>Paris</i>	Ichiro ODA, <i>Tokyo</i>
Guy-Bernard CADIÈRE, <i>Bruksel</i>	José SCHIAPPA, <i>Lizbon</i>
Salvador MORALES CONDE, <i>Sevilla</i>	Adrian LOBONTIU, <i>Paris</i>
Pascal WITRINGER, <i>Boudeaux</i>	Rostom BENHIZIA, <i>Cezayir</i>
Didier MUTTER, <i>Strasbourg</i>	Claude TAYYAR, <i>Paris</i>
Mohammad Abu HILAL, <i>Southampton</i>	Malik TEKKAL, <i>Kazablanka</i>
Giovanni DAPRI, <i>Bruksel</i>	Jacques MARESCAUX, <i>Strasbourg</i>

10. ULUSAL ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

BİLİMSEL PROGRAM

28 Nisan 2011, Perşembe - 1. Gün Sabah

SALON A

08:00-08:30 Kayıt

08:30-08:45 Açılış Töreni

Kongre başkanlarından hoş geldiniz mesajı - **Cavit AVCI, Nusret ARAS**

○ Fransız Endoskopik Cerrahi Derneği (SFCE) Başkanı- **Brice GAYET**

Azerbaycan Sağlık Bakanı Başcerrahi - **Mehmet KERIMOV**

○ Cezayir Laparoskopik Cerrahi Derneği Genel Sekreteri - **Rostom BENHIZIA**

08:45-09:30 Açılış Oturumu: Malpraktis

Moderatör: **Nusret ARAS**

Dünyada Malpraktis ve Defansif Tıp - **Cem TERZİ (20')**

Türkiye değerlendirmesi - **Semih BASKAN (20')**

09:30-10:30 Panel 1: Laparoskopik biliyer cerrahi

Moderatör: **Aydın ALPER**

○ Safra yolu yaralanmalarında risk faktörleri ve anatomik demonstrasyon - **Brice GAYET (25')**

Laparoskopik safra yolu yaralanmalarına yaklaşımımız, Olgu sunumları - **İlgin ÖZDEN (20')**

Tartışma (15')

Tartışmacılar: **Malik TEKKAL, Sadık KILIÇTURGAY, Osman ABBASOĞLU**

10:30-11:00 Kahve Arası

11:00-12:00 Sempozyum 1: Laparoskopik hepato-pankreato-splenik cerrahi

Moderatörler: **Ali EMRE, Kaan KARAYALÇIN**

○ Karaciğer rezeksiyonlarında laparoskopik cerrahi uygulamalarımız - **Brice GAYET (25')**

○ Pankreas rezeksiyonlarında laparoskopik cerrahinin yeri - **Pascal WINTRINGER (20')**

○ Laparoskopik splenektomi deneyimlerimiz - **Rostom BENHIZIA (10')**

12:00-12:30 Konferans 1

Moderatör: **Saadettin ÇETİNER**

○ Tek delik laparoskopik cerrahi; özel kıvrımlı aletlerle deneyimlerimiz - **Giovanni DAPRI (25')**
(kese, apendiks, fıtık, reflü, obezite, karaciğer, dalak, kanserde evreleme)

12:30-13:00 Öğle Yemeği - UYDU SEMPOZYUM 1 **ETHICON™** | Biosurgery

Moderatör: **Orhan BİLGE**

○ Laparoskopik karaciğer cerrahisinde sınırları zorlamak, neredeyiz? - **Mohammad Abu HILAL**

13:30-14:30 Video Forum 1

Laparoskopik antireflü cerrahisi. Teknik farklılıklar ve püf noktaları

Moderatör: Cavit AVCI**Tartışmacılar: Turgut İPEK, Sinan ERSİN, Ahmet TÜRKÇAPAR**

Nissen Fundoplikasyonu

* Disseksiyonda teknik farklılıklar

* Krusların kapatılmasında teknik farklılıklar

* Fundus hazırlanması ve valv yapılmasında farklılıklar

Yama kullanımı

Nüks olgulara yaklaşım

14:30-15:00 Konferans 2**Moderatör: Vahit ÖZMEN**○ Laparoskopik ve torakoskopik özofajektomi deneyimlerimiz - **Guy-Bernard CADIERE (25')****15:00-15:30 Konferans 3****Moderatör: Abdullah İĞÇİ**○ Total gastrektomi ve D2 diseksiyon; laparoskopik cerrahinin yeri - **Claude TAYAR (25')****15:30-16:00 Kahve Arası****16:00-16:20 Konferans 4****Moderatör: Hasan TAŞÇI**○ Videoskopik cerrahide komplikasyonlar (kısa videolarla) - **Jose SCHIAPPA (20')****16:20-17:00 Sempozyum 2: Videoskopi ve damar cerrahisi****Moderatörler: Fatih Ata GENÇ, İskender ALAÇAYIR**Laparoskopik cerrahideki damar yaralanmalarına yaklaşım - **Uğur BENGİSUN (15')**

Laparoskopik cerrahide DVT profilaksisi, Minimal invaziv damar cerrahisi

uygulamaları- **Murat AKSOY (20')****17:00-18:15 Forum 2**

20.yılında Videoskopik Cerrahinin Ülkemizdeki Geleceği ve ELCD'nin yeniden yapılandırılması

ELCD Başkanı Cavit AVCI / TCD Başkanı Cem TERZİ**Branş dernekleri yetkilileri**

-Türk Hepato Pankreato Biliyer Cerrahi Derneği: Aydın ALPER

-Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği: Adil BAYKAN

-Türk Cerrahi Gastroenteroloji ve Endoskopi Derneği: Ali AKYÜZ

-Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği: Cemalettin ERTEKİN

-Türk Obezite Cerrahisi Derneği: Mustafa TAŞKIN

-Fıtık Cerrahisi Derneği: Metin ERTEM

-Endokrin Cerrahisi Derneği: Adnan İŞGÖR

18:30**AÇILIŞ KOKTEYLİ**

08:00-08:30 **Video Oturumu 1:** Seçilmiş video bildiriler
Moderatörler: **Tayfun YÜCEL, Mutlu DOĞANAY**
 Kronik travmatik diyafram fıtığında laparoskopik mesh herniorafi - **Ediz Altınlı**
 Laparoskopik Toupet fundoplikasyonunda teknik püf noktaları - **Levent Avtan**
 Torako-laparoskopik total özofajektomi - **Metin Ertem**
 Laparoskopik Total Radikal Gastrektomi (D2 Diseksiyon): Olgu sunumu - **Oktar Asoğlu**

08:30-09:30 **Modifiye Canlı Yayın 1:** Laparoskopik kolorektal cerrahi
Moderatör: **Sümer YAMANER**

Eş zamanlı Ameliyatlara
 Sağ hemikolektomi - **İsmail HAMZAOĞLU**
 Rektal prolapsus - **Sezai DEMİRBAŞ**
 Rektum kanseri - **Oktar ASOĞLU**

Tartışmacılar: **Tuncay YILMAZLAR, Tayfun KARAHASANOĞLU**

09:30-10:00 **Panel 2:** Laparoskopik kolorektal cerrahide anastomoz tekniği
Moderatör: **Adil BAYKAN**
 Intrakorporeal anastomozu tercih ederim - **Emre BALIK**
 Ekstrakorporeal anastomozu tercih ederim - **Ethem GEÇİM**

10:00-10:30 Kahve Arası

10:30-12:00 **Video Forum 3**
 Laparoskopik kolorektal cerrahide, tuzaklar, ipuçları, zor olgular, komplikasyonlar
Moderatör: **Dursun BUĞRA**
Tartışmacılar: **Saadettin ÇETİNER, Sezai LEVENTOĞLU, Abdullah ZORLUOĞLU**
 İMA Kanama, İMV bağlama yeri, olası sorunlar
 Karın duvarı invazyonlu kolon tümörü
 Çoklu organ rezeksiyonu
 Rektum diseksiyonu
 Anastomoz sorunları
 Fistülizan Crohn'da cerrahi
 Hartman kolostomi kapatılması

Paralel Hemşire Programı

SALON B

11:00-12:00 **Panel:** Perioperatif Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği
Moderatörler: **Nevin KANAN, Sonay BALTACI**
 Laparoskopik Cerrahide Hasta Hazırlığı - **Işıl Işık ANDSOY**
 Laparoskopik Cerrahide Ameliyathane Hemşireliği - **Aynur GÜLERCAN**
 Laparoskopik Cerrahide Ameliyat Sonrası İzlem - **Sonay BALTACI**

12:00-12:30 **Konferans 5**
Moderatör: **Tarık AKÇAL**
 Tek delikten laparoskopik kolektomi - **Salvador MORALES CONDE (25')**

12:30-13:00 **Öğle Yemeği - UYDU SEMPOZYUM 2**  **COVIDIEN**
Moderatör: **Nihat YAVUZ**
 Multi fonsiyonel ligasure ile laparoskopik solid organ cerrahisinde multi fonsiyonel
 ligasure uygulamaları - **Umut BARBAROS**
 V-loc ile laparoskopik cerrahide düğünsüz dikiş uygulamaları - **Ahmet TÜRKÇAPAR**
 Yeni SILS el aletleri ile kolesistektomi deneyimleri - **Sinan ERSİN**

13:30-14:30 Video Forum 4

Laparoskopik kasık fıtığı onarımında teknik seçim, nüks ve zor olgular

Moderatör: Metin ERTEM

Tartışmacılar: Levent AVTAN, Melih PAKSOY, Ediz ALTINLI

TAPP, TEP, Bilateral olgu, Nüks olgu, Yama ve tesbit

Paralel Hemşire Programı**SALON B****13:30-14:30 Konferans: Cerrahi alan enfeksiyonu ve korunma prensipleri - Türkan ÖZBAYIR**

Moderatör: Deniz ŞELİMEN

Workshop: "Sütür malzemeleri ve laparoskopik cerrahi el aletleri"

14:30-15:30 Sempozyum 3: Videoskopik cerrahide teknoloji ve eğitim

Moderatörler: İskender SAYEK, Türker BULUT

Doğal deliklerden endoskopik cerrahi(NOTES): Gelişimi ve geleceği-**Giovanni DAPRI (15')**

Robot yardımlı cerrahi: Laparoskopik cerrahide yeri - **Levent AVTAN (10')**

Videoskopik cerrahi eğitiminde simülatörlerin katkısı - **Emin AKSOY (10')**

Sanal eğitim ve videoskopik cerrahi - **Cem TERZİ (15')**

15:30-16:00 Kahve Arası**16:00-16:30 Konferans 6**

Moderatör: Zafer MALAZGİRT

Laparoskopik ventral ve insizyonel herni cerrahisi - **Salvador MORALES CONDE (25')**
püf noktalar ve tuzaklar

16:30-17:30 Sempozyum 4: Videoskopik endokrin cerrahi

Moderatörler: Yusuf BÜKEY, Savaş KOÇAK

Tiroid cerrahisi video yardımlı yapılmalı mı? - **Mete DÜREN (15')**

Paratiroid cerrahisinde videoskopik cerrahinin yeri - **Serdar TEZELMAN (10')**

Neden retroperitoneal adrenalektomi? - **Selçuk MERCAN (10')**

Transperitoneal adrenalektomi; klasik mi, tek delik mi? - **Fatih TUNCA (15')**

Paralel Hemşire Programı**SALON B****16:00-17:00 Konferans**

Moderatör: Salih PEKMEZCİ

Laparoskopik Acil Cerrahi Girişimlerde Hemşirelik Uygulamaları - Nuray AKYÜZ

17:30-18:40 Panel 3: Laparoskopik acil cerrahi girişimleri

Moderatörler: Salih PEKMEZCİ, Erdoğan SÖZÜER

Akut apandisit: Laparoskopik cerrahinin rolü - **Mahir ÖZMEN (15')**

Akut kolesistitte zorluklar ve teknik çözümler - **Yaman TEKANT (15')**

İleus'ta ne zaman laparoskopik cerrahi? - **Kaya SARIBEYOĞLU (10')**

Travmada laparoskopi ve torakoskopi'nin sınırları - **Hızır AKYILDIZ (15')**

Tartışma

19:30-23:00 GALA YEMEĞİ - ÖDÜL ve PLAKET TÖRENİ

08:00-08:30 Video Oturumu 2: Seçilmiş video bildiriler

Moderatörler: **Neşet KÖKSAL, Halil ALIŞ**

Robot yardımlı distal pankreatektomi - **Orhan Bilge**

Laparoskopik endo-organ gastrik tümör eksizyonu - **Turgut Ipek**

Laparoskopik karaciğer adenom rezeksiyonu ve eş zamanlı laparoskopik

jinekolojik girişim-teknik sunum - **Kaya Sarıbeyoğlu**

Whipple Ameliyatı Sonrası Gelişen İntrahepatik Lityazisin Kombine Minimal -**Emre Balık**

İnvaziv Girişimle Endoskopik Tedavisi: Olgu Sunumu

08:30-09:30 Modifiye Canlı Yayın 2: Laparoskopik bariatrik cerrahi

Moderatör: **Mustafa TAŞKIN**

Eş zamanlı Ameliyatlara

Sleeve gastrektomi - **Kağan ZENGİN**

Roux-en-Y gastrik by-pass - **Yunus YAVUZ**

Biliyo-pankreatik diversiyon - **Umut BARBAROS**

Tartışmacılar: **Güner ÖĞÜNÇ, Ahmet TÜRKÇAPAR, Mehmet GÖRGÜN**

09:30-10:00 Konfreans 7

Moderatör: **Alp BOZBORA**

☉ Tek delik laparoskopik sleeve gastrektomi ve gastrik banding - **Claude TAYAR (25')**

10:00-10:25 Kahve Arası

10:25-11:00 Konferans 8: TELEKONFERANS

Moderatör: **Nusret ARAS**

☉ Tayvan IRCAD'A, canlı bağlantı - **Jacques MARESCAUX (20')**

☉ Strasbourg IRCAD'A, canlı bağlantı - **Didier MUTTER (10')**

11:00-12:15 Panel 4: Metabolik cerrahide güncel yaklaşım

Moderatörler: **Semih BASKAN, Yasemin ŞENYÜREK**

Non-obez diyabetlilerde ve metabolik sendromda ne zaman

cerrahi tedavi? - **Nilgün BAŞKAL (20')**

Multidisipliner yaklaşım - **Bülent TIRNAKSIZ (15')**

Laparoskopik bariatrik cerrahi: Mide bandından metabolik cerrahiye

☉ 18 yıllık deneyim - **Guy-Bernard CADIÈRE (30')**

Tartışma



Paralel Hemşire Programı

SALON B

11:00- 12:00 Panel: Cerrahi gastroenterolojide endoskopi hemşireliği

Moderatörler: **Sevgi HATİPOĞLU, Tülin YILDIZ**

Cerrahi gastroenterolojide (endoskopi, laparoskopi) yenilikler - **Deniz ŞELİMEN**

Cerrahi girişim öncesi ve sonrası bakım yaklaşımları - **Tülin YILDIZ**

12:15-13:30 Panel 5: Cerrahi GIS endoskopide ileri uygulamalar

Moderatörler: **Ali AKYÜZ, Yılmaz BÜYÜKUNCU**

- Doğru ve erken tanıda boyama endoskopisi, - **Ichiro ODA (25')**
endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) ve mukozal rezeksiyon (EMR)
 - Transoral endoluminal Esophyx girişimi - **Guy-Bernard CADIERE (15')**
 - Endoluminal bariatrik cerrahi; stomafix uygulamaları - **Adrian LOBONTIU (15')**
 - Transanal endoskopik mikrocerrahi (TEM)'de güncel uygulamalar - **José SCHIAPPA (10')**
- Tartışma

13:30 Kapanış Töreni

13:30-14:00 Kursiyerlere Lunch Box

14:00-19:00 Kurs 4

CERRAHİ GASTROENTEROLOJİ ENDOSKOPİSİ

"Video Temelli Eğitim Programı"

Yöneticiler: **Türker BULUT**

Haldun GÜNDOĞDU

Paralel Hemşire Programı

SALON B

14:30-15:30 Konferans

Moderatör: **Sevgi HATİPOĞLU**

Cerrahi gastroenteroloji de aletlerin temizlik ve bakımı - **Türkan ÖZBAYIR**

15:30-16:00 Kahve Arası

Paralel Hemşire Programı

SALON B

16:00-17:00 Panel: Endoskopik ve Laparoskopik Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Moderatörler: **Fetiye ERDİL, Türkan ÖZBAYIR**

Endoskopik ve Laparoskopik Girişimlerde Kurumsal Sorunlar - **Güler OKYAR**

Hasta Gözü ile Endoskopik ve Laparoskopik Cerrahi Çözüm Önerileri - **Mahiye YILMAZ**

LAPAROSKOPİK GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ CERRAHİSİ "Video Temelli Eğitim Programı"

27 Nisan 2011 - Çarşamba, SALON A / 13:30 - 18:20

Amaç

Gastroözofageal reflü hastalığı cerrahi tedavisinde laparoskopik yaklaşımlar artık standart girişim yöntemi olarak yaygın kabul görmektedir. Ancak değişik hasta gruplarında aynı tanı ile aynı yöntem uygulanmasına rağmen farklı sonuçlar elde edilebilmektedir. Yine benzer hasta gruplarında aynı yöntem farklı cerrahlar tarafından uygulandığında yine farklı sonuçlar elde edilebilmektedir. Bu nedenlerle, gastroözofageal reflü hastalığında altta yatan sorunların araştırılması, cerrahiden fayda görecek hastaların titizlikle seçilmesi ve değerlendirilmesi, laparoskopik cerrahi tekniğin standart olmasına rağmen, her hasta için uygulanışında özen gerektiren püf noktalarının iyi öğrenilmesi ve teknolojik gelişmelerden bu alana yansıyan uygulamalar hakkında bilgi sahibi olunması başarılı sonuçlar elde edebilmek açısından önem arz etmektedir. Bu kurs programında görsel ağırlıklı materyal eşliğinde "video temelli eğitim programı" amaçlanmıştır. Laparoskopi dışı diğer videoskopik cerrahi tekniklerle yapılan uygulamaların (endoluminal, transluminal, transoral girişimler) ve yeni endoskopik yöntemlerin cerrahi pratiğe yansımaları da ele alınacaktır.

Ne yazık ki kimi zaman, laparoskopik cerrahi yapıyor olmak, laparoskopik gastroözofageal reflü cerrahisi yapmak için yeterli gibi değerlendirilmektedir. Oysa bunun dışında, gastroözofageal reflü cerrahisinde laparoskopik uygulamaların gerekçelerinin nesnel olarak ortaya konulması, hangi durumlarda laparoskopik girişimlerin gerçekten hasta ve hekim için daha avantajlı olacağının anlaşılması, değişik patolojilerde uygulanacak laparoskopik girişimlerin ayrıntılarının öğrenilmesi, endoskopik cerrahideki tanımların anlaşılması ve risklerle komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olunması gerekmektedir.

Kursun gerçek anlamda interaktif bir ortamda sürdürülebilmesi için katılımcı sayısı 30 (otuz) ile sınırlanmıştır.

Hedef

Bu kurs bitiminde katılımcılar;

- Laparoskopi açısından endikasyonların tanımlanması, hasta seçimi, hazırlığı ve takibi
- Temel kavram ve teknikler, gerekli malzemeler, bunların pratikte kullanımı
- Değişik patolojilerdeki farklı uygulamalar, sorunlar ve sonuçları
- Komplikasyonların tanımlanması ve bunların tedavisinin planlanması
- Güncel olarak kullanımda olan yeni tedavi modaliteleri hakkında bilgilendirilmiş olacaktırlar.

PROGRAM

Yöneticiler: Erhun Eyüboğlu, Levent Avtan

13:30 Açılış konuşması. **Erhun Eyüboğlu, 5'**

13:35 Kurs öncesi değerlendirme testi (20 soru), **15'**

13:50 GÖR Hastalığının tedavisinde neredeyiz? Klinik spektrum, epidemiyoloji ve güncel durum. **20' - Kadir Bal**

14:10 Hiatal bölge anatomisi, cerrahi açıdan bakış. **20' - Asım Cingi**

14:30 GÖRH' ün fizyopatolojisi. **15' - Kemal Dolay**

14:45 GÖRH ve alt özefagus patolojileri. **20' - Turgut Ipek**

15:05 Barrett özofagusu nedir? tedavisi ve prognozu. **20' - Vahit Özmen**

15:25 GÖR kliniği ve Tanı yöntemleri. **20' - Levent Avtan**

15:45 Kahve Arası

16:00 GÖR' de ne zaman ve hangi tedavi? Antireflü endoskopik girişimler. **20' - Tunç Yaltı**

16:20 Floppy Nissen tekniği ve hiatal onarım yöntemleri. **20' - Erhun Eyüboğlu**

16:40 Nissen-Rossetti ve Toupet fundoplikasyon teknikleri. **20' - Fatih Tunca**

17:00 SILS ile antireflü cerrahi tekniği. **15' - Erhun Eyüboğlu**

17:15 Laparoskopik Re-do cerrahi girişimler (nüks olgularda laparoskopik girişim). **20' - Ahmet Türkçapar**

17:35 Antireflü cerrahide komplikasyonlar, erken ve geç sonuçlar. **20' - Sinan Ersin**

17:55 Kurs sonu değerlendirme testi (Ön test ile aynı). **15'**

18:10 Katkı ve sorular, özet ve kurs sonu değerlendirme. **10'**

18:20 Yöneticilerin yorumu, temenniler, kapanış

LAPAROSKOPIK FITİK CERRAHİSİ KURSU "Video Temelli Eğitim Programı"

27 Nisan 2011 - Çarşamba, SALON B / 13:30 - 18:20

Amaç

Fitik cerrahisi, genel cerrahların sıklıkla uyguladığı cerrahi girişimlerden biridir. Günümüzde laparoskopik fitik cerrahisinin açık teknikler kadar güvenilir olduğu, hasta konforunu artırdığı ve rutin olarak uygulanabileceği ortaya konulmuştur. Yine nüks ve bilateral kasık fitiği olgularında laparoskopik fitik onarımının bariz olarak açık tekniklere üstünlüğü kanıtlanmıştır. Benzer durum karın duvarı fitikleri içinde geçerlidir. Bu kursta laparoskopik fitik onarımı konusunda teknik detayların verilmesi, başarılı sonuç almanın püf noktaları ve güncel bilgilerin aktarılması amaçlanmıştır.

Hedef

Bu kursun bitiminde katılımcılar aşağıdaki konularda bilgilendirilmiş olacaktır.

- Karın duvarı anatomisi
- Yama çeşitleri ve Yamanın getirdiği sorunlar
- TAPP ve TEP teknikleri, tekniklerin karşılaştırılması ve olası komplikasyonlar
- Ventral hernilerde sınıflama ve endikasyonlar
- Ventral hernilerde laparoskopik onarım tekniği ve olası komplikasyonlar

PROGRAM

Kasık Fitiği

Yöneticiler: Metin Ertem, Tahsin Çolak

13:30 Kurs öncesi değerlendirme testi (20 soru), 15'

13:45 Kasık bölgesinin arka duvar anatomisi. 20' - **Taner Yiğit**

14:05 TAPP "teknik yaklaşım". 20' - **Koray Topgöl**

14:25 TEP "teknik yaklaşım". 20' - **Ediz Altınlı**

14:45 Laparoskopik kasık fitiği cerrahisinde kullanılan yamalar ve sabitleme teknikleri. 20' - **Emel Özveri**

15:05 Komplikasyonlar ve önlenmesi. 20' - **Şenol Carilli**

15:25 Nüks olgulara yaklaşım. 20' - **Tahsin Çolak**

15:45 Kahve Arası

Ventral Fitik

Yöneticiler: Zafer Malazgirt, Nuri Gönüllü

16:00 Laparoskopik ventral fitik cerrahisi: teknik genel bakış. 20' - **Selin Kapan**

16:20 Laparoskopik göbek fitik cerrahisi: teknik genel bakış. 20' - **Acar Aren**

16:40 Laparoskopik ventral fitik cerrahisinde kullanılan yamalar ve sabitleme teknikleri. 20' - **Hakan Gök**

17:00 SILS ventral fitik cerrahisi. 15' - **Giovanni Dapri**

17:15 Nüks ventral fitik cerrahisinde laparoskopik uygulamalar. 20' - **Melih Paksoy**

17:35 Laparoskopik ventral fitik cerrahisinde komplikasyonlar ve önlenmesi. 20' - **Nuri Gönüllü**

17:55 Kurs sonu değerlendirme testi (Ön test ile aynı). 15'

18:10 Katkı ve sorular. 10'

18:20 Yöneticilerin yorumu, temenniler, kapanış

CERRAHİ GASTROENTEROLOJİ ENDOSKOPİSİ

"Video Temelli Eğitim Programı"

30 Nisan 2011 - Cumartesi, SALON A / 13: 30 - 18: 30

Amaç

Endoskopik işlemler gastrointestinal sistem cerrahisinde hem tanı hem de tedavi aracı olarak giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Gastrointestinal endoskopi sistemlerinin maliyetlerinin düşmesi ve az invaziv olmaları nedeniyle, genel cerrahide bu konuya olan ilgi artmıştır. Yeni teknolojilerin gelişmesi (endoskopik ultrasonografi gibi) ve endoskopik tedavi yöntemlerinin (hemostaz, stentleme gibi) uygulamada yerini alarak yaygınlaşması ile, temel ve ileri endoskopik uygulamaların öğrenilmesine önem verilmesi ve mezuniyet sonrası eğitim programlarında yer alması gerekmektedir.

Bu video temelli kursta, konusunda deneyimli olan eğiticiler tarafından, temel endoskopi eğitiminin verilmesi ve bazı ileri endoskopik uygulamaların güncellenmesi amaçlanmaktadır. Üst ve alt gastrointestinal fleksibil endoskopide endikasyonlar, girişimsel işlemler ve sık karşılaşılan komplikasyonlar olabildiğince görsel olarak kursiyerlerle paylaşılacaktır. Kursumuz, artık pek çok merkezde yapılan tanısal ve terapötik ERCP yi de kapsayacaktır.

Hedef

Bu kurs bitiminde katılımcılar;

- Endoskopik incelemelerde endikasyonların tanımlanması
- Temel diagnostik endoskopi ve girişimsel işlemler için gerekli malzemeler, bunların pratikte kullanımı
- Temel endoskopik teknik uygulamalar
- Cerrahi hastalıklarda terapötik endoskopik uygulamalar
- Nadir lezyonların tanımlanması ve bunların tedavisinin planlanması
- Tanı ve tedavide kullanılan yeni tedavi modaliteleri hakkında bilgilendirilmiş olacaktırlar

Kursun sonunda katılımcılara "Katılım belgesi" verilecektir.

PROGRAM

Yöneticiler: Türker BULUT, Haldun GÜNDOĞDU

- 13: 30 Açılış ve Kurs öncesi değerlendirme testi (20 soru). 15' (5 + 10) dakika
- 13: 45 Genel cerrahide endoskopi eğitimi, ne zaman? Ne kadar süreyle? **Sümer Yamaner** , 15'
- 14: 00 Yeni cihazlar, yeni teknikler. **Ichiro Oda** , 20'
- 14: 20 Endoskopi öncesi hazırlık (riskli hasta), monitörizasyon, farmakoloji, sedasyon ve kriz yönetimi. **Ayşen Yavru** , 15'
- 14: 35 Üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisinde temel bilgiler, anatomik belirteçler. **Hasan Bektaş** , 15'
- 14: 50 Kahve Arası
- 15: 00 Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde diagnostik girişimler. Biyopsi, polipektomi (sıvı yastıkları), endoskopik hemostaz (skleroterapi, klip uygulamaları), magnifiye ve kromoendoskopi, narrow band görüntüleme. **Emre Balık** , 20'
- 15: 20 Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde terapötik girişimler. Dilatasyon, stent, EMR, kistogastrostomi, PEG. **Selim Sarı** , 20'
- 15: 40 Alt gastrointestinal sistem endoskopisinde diagnostik ve terapötik girişimler. Skleroterapi, APC, polipektomi, stent, kombine girişimler. **Dursun Buğra** , 20'
- 16: 00 Endoskopik USG ve EUS kılavuzluğunda yapılan girişimler. **Hakan Şentürk** , 20'
- 16: 20 Kahve Arası
- 16: 30 - 17: 30 ERCP Oturumu
- 16: 30 Koledokolitiazis ve taş ekstraksiyonunda kurallar-yöntemler. **Yılmaz Büyükuncu** , 15'
- 16: 45 Safra fistülleri ve safra yolu striktürlerinde ERCP. **Yaman Tekant** , 15'
- 17: 00 Pankreas kanseri ve kolanjiokarsinomda ERCP, biyopsi, stent uygulamaları. **Yılmaz Büyükuncu** , 15'
- 17: 15 ERCP komplikasyonlarına yaklaşım. **Yaman Tekant** , 15'
- 17: 30 EMR ve ESD. **Ichiro Oda** , 20'
- 17: 50 Olgu örnekleri ile tartışma ve öğrenme. **Türker Bulut** , 20'
- 18: 10 Kurs sonu değerlendirme testi (Ön test ile aynı).* 10'
- 18: 30 Kurs sonu yöneticilerin değerlendirmesi, temenniler, kapanış

* Pratik uygulamalar: Kursiyerler endoskopi simülatörlerinde sanal gastroskopi ve kolonoskopi uygulamaları yapacaklar. Bu amaçla kongre süresince, simülatörlerde öncelikle kursiyerler randevu sırasına göre pratik çalışmalara katılabileceklerdir. Kurs sonu değerlendirmede bu çalışmalar da dikkate alınacaktır. Kurs katılımcı sayısı 30 kişi ile sınırlıdır.

10. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi

SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

28 Nisan 2011, Perşembe / 17:45 - 19:00

Serbest Bildiri Oturumu 1:

Gastroözofageal reflü ve hiatus Cerrahisi

Oturum Başkanları:

Osman YÜCEL, Adem AKÇAKAYA

S 01

AYNI HASTADA EŞ ZAMANLI ÇOKLU LAPAROSKOPIK GİRİŞİMLERİN MORBİDİTEYE ETKİSİ

Mehmet Mahir ÖZMEN, Barış DEMİRİZ,
Sibel GELECEK, Ali Emre AKGÜN,
Emre GÜNDOĞDU, Münevver MORAN, İsmail BİLGİÇ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Genel Cerrahi ANKARA

Amaç: Laparoskopik girişimler günümüz cerrahisinde açık cerrahinin yerini almakta ve hem genel cerrahide hem de diğer cerrahi branşlarda eş zamanlı çoklu laparoskopik girişimlerin sayısı giderek artmaktadır. Bu girişimlerin morbidite ve mortalite üzerine etkilerini değerlendirmek üzere retrospektif olarak çoklu laparoskopik cerrahi girişimler değerlendirildi.

Yöntem: Ağustos 2007-Şubat 2011 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan 13 eş zamanlı çoklu laparoskopik girişim retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Ameliyat edilen hastaların kadın/erkek oranı 9/4'dü; hastaların yaş ortalaması 43.2 idi; çoklu ameliyatların 7'si (%53.8) elektif iken 6'sı (%46.2) ameliyat bulguları nedeniyle ikinci operasyon uygulandı. Onbir hastaya ikili, iki hastaya üçlü operasyon yapıldı. Hastaların ameliyat dağılımı:

1. Ameliyatlar: 5 kolesistektomi, 2 distal pankreatektomi, 2 sleeve gastrektomi, 1 karaciğer-kist-hidatik-eksizyonu, 1 apendektomi, 1 gastrik-band, 1 retroperitoneal-kitle-eksizyonuydu.

2. Ameliyatlar: 4'ü splenektomi, 2 apendektomi, 2 nissen-fundoplikasyonu, 2 kolesistektomi, 1 gastrik band, 1 inguinal herni, 1 endometriyum-kist-eksizyonuydu. 3.

ameliyatların 1'i sürrenalektomi, 1'i kolesistektomiydi. Çoklu laparoskopik cerrahi geçiren 13 hastanın 4'ünde komplikasyon gelişmiştir. Komplikasyonlardan biri trokar yeri hernisi, biri batın içi apse ve ikisi pankreatik fistüldü. Hastaların yatış süresi 8.84 gündü. Komplikasyon olanlar ile olmayanlar arasında ve yatış süresi açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu. Elektif veya acil olanlar arasında komplikasyon açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu. Üçüncü ameliyat olanlar ve önceden ameliyat geçiren hastalarda komplikasyon riski istatistiksel olarak anlamlı idi.

Sonuç: Eş zamanlı çoklu laparoskopik cerrahi girişimlerin elektif veya acil olarak yapılması morbiditeyi arttırmamakla birlikte çoklu ameliyatların sayısı ve büyüklüğü arttıkça komplikasyon gelişme riski artmaktadır. Ayrıca geçirilmiş ameliyatı olan hastalarda çoklu girişimler komplikasyon riskini arttırabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çoklu laparoskopik girişimler, laparoskopik girişimler

S 02

LAPAROSKOPIK GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ TEDAVİSİNDE ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Fahrettin ACAR, Hüseyin YILMAZ, Hüsnü ALPTEKİN,
M. Ertuğrul KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, KONYA

Amaç: Bu çalışmada Selçuklu Tıp Fak. Genel Cerrahi AD. Servisinde, laparoskopik reflü cerrahisi yapılan ve takip edilen olgulara ait erken dönem sonuçları sunulmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Haziran 2009-Aralık 2010 yılları arasında ardışık, Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu (NF) yapılan 2 hasta ile Floppy- Nissen Rosetti (FNR) ameliyatı yapılan ve takip edilen 20 hastanın demografik özellikleri, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve takip süreleri kaydedildi. Tüm hastalar ame-

liyat öncesinde özofagogastroskopi, özofagus manometresi ve 24 saatlik pH monitorizasyonu ile değerlendirildi. Hastaların tümü preoperatif medikal tedavi almıştı. Preoperatif ve postoperatif dönemde (3. ay ve 1.yıl) yapılan endoskopik bulguları ile yaşam kalitesine ait GERD-HRQL skoru sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: NF ve FNR grubunda toplam 42 hastanın; 23'ü kadın (%54,7), 19'u erkek (%45,2), ortalama yaş 35,7 (19-68), hastanede kalış süresi 1,6 gün (1-5) ve takip süresi 10,6 ay (3-17) idi. NF'da ameliyat süresi 82 + 20 dakika iken FNR grubunda ameliyat süresi 66 + 25 dakika idi. Preoperatif özofago-gastroskopik incelemede; her iki grupta toplam hastaların 18'de özofajit, 12'de özofajit+hiatal herni ve 5'de Barrett metaplazisi saptandı. Kontrol özofagogastroskopilerinde her iki grupta Barrett metaplazisinde regresyon tespit edildi. Her iki grupta preoperatif GERD-HRQL yaşam kalitesi skorları ort. 29,34 ± 3,36 iken postoperatif ort. 3,59 ± 0,71'e düştü. Yine her iki grupta görülen postoperatif disfajinin yaşam kalitesine belirgin olarak etki etmediği görüldü.

Sonuç: Gastroözofagiyal reflü cerrahi tedavisinde FNR ameliyatı; daha kısa ameliyat süresi avantajı dışında NF ameliyatına göre, patolojik reflüyü önleme ve yaşam kalitesindeki iyileşmede sağladığı sonuçlar benzerdir.

AnahtarKelimeler: Antireflü cerrahi, gastroözofageal reflü hastalığı, yaşam kalitesi

S 03

LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYONUNDA ALİTSON (MODİFİYE NATHANSON), DIAMOND FLEX VE KAZAYAĞI KARACİĞER EKARTÖRLERİNİN ETKİNLİKLERİ

Ediz ALTINLI*, Aziz SÜMER**, Neşet KÖKSAL***

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi AD. VAN

***Kafkas Üniversitesi Genel Cerrahi AD. KARS

Giriş: Çalışmamızda laparoskopik Nissen fundoplikasyonu uygulanan hastalarda karaciğer sol lob retraksiyonu amacı ile kullanılan Alitson (Modifiye Nathanson), Diamond flex ve kazayağı ekartörlerinin Lap.Nissen Fundoplikasyonu üzerine olan etkileri karşılaştırılmıştır.

Materyal ve metot: Çalışmada 47 olguya Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu uygulandı. Karaciğer sol lob retraksiyonu amacı ile Alitson (grup 1, n=17), diamond flex (grup 2, n=16) ve kazayağı ekartörü (grup 3, n=14) kullanıldı. Gruplar ameliyat süresi, karaciğer hasarı ve komplikasyonları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan olguların 31 erkek, 16 kadın olup yaş ortalaması 46 yıl olarak saptandı. Ameliyat sürelerinin grup 1'de grup 2 ve grup 3'e göre istatistiksel olarak daha kısa olduğu saptandı (p<0.05). Grup 1'de ameliyat süreleri ortalama 67 dakika iken, grup 2'de 96 dakika grup 3 de 118 dakika olarak tespit edildi. Hastanede kalış süreleri grup1'de 2,30 gün, grup 2'de 2,35 gün ve grup 3 de 4,5 gün olup istatistik-

sel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05). Komplikasyon açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ALT ve AST düzeylerinin grup 1' de grup 2 ve 3'e oranla daha fazla artış gösterdiği, ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (p>0.05). GGT ve bilirubin değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Sonuç: Alitson (Modifiye Nathanson) ekartörleri karaciğer sol lob retraksiyonu için, Lap. Nissen Fundoplikasyonunda ameliyat süresini kısaltması ve karaciğerde kapsül ve parankim yaralanması yapmaması gibi avantajları nedeniyle kazayağı ekartörüne, diamond flex ekartörüyle kıyaslandığında ameliyat süresini kısaltması nedeniyle tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, nissen fundoplikasyon, alitson, diamond flex, kazayağı

S 04

LAPAROSKOPIK NİSSEN-ROSETTİ FUNDOPLİKASYONU DENEYİMİMİZ; ARDIŞIK 205 OLGU

Enver KUNDUZ, Fatih TUNCA, Selman EMİRKİCI, Levent AVTAN, Burçin BATMAN, Cavit AVCİ

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

Amrç: Bu çalışmada gastro-özofageal reflü hastalığı tanısıyla Nissen-Rosetti girişimi uyguladığımız hastalarla ilgili deneyimimizi aktardık.

Materyal ve metot: Çalışmada Mayıs 2006 ile Şubat 2011 tarihleri arasında gastro-özofageal reflü tanısıyla Nissen-Rosetti girişimi uyguladığımız 205 ardışık hasta değerlendirilmiştir. Hastaların demografik verileri ile birlikte ameliyat öncesi semptomları, endoskopik bulguları, Ph monitorizasyon değerleri ve Visick memnuniyet skalasına göre ameliyat sonrası sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 42,6±13,4 yıl, kadın erkek oranı 1,2/1 [110 (%53,7) / 95 (%46,3)] olarak saptandı. Ameliyat öncesi 198 (%96,5) hastada retrosternal yanma, 190 (%92,6) hastada regürjitasyon, ve 46 hastada (%22,4) solunum sistemi ile ilgili şikayetler (Kronik farenjit, gece öksürükleri vb) mevcuttu. Ortalama semptom süresi 5,4 ± 2,3 yıl, ortalama ilaç kullanım süresi 4,1±1,8yıl olarak saptandı. Hastaların tamamına özofago-gastroskopi, hiatal hernisi olmayan 147 (%71,7) hastaya endoskopiye ek olarak ph monitorizasyon uygulandı. Ortalama DeMeester skoru 26,3±2,9 olarak saptandı. Ortalama ameliyat süresi 49,5±15,9 dk, ortalama hastanede kalış süresi 26,4±3,8 saat olarak bulundu. Ameliyat sonrası 3. ayda yapılan Visick memnuniyet skalasında 205 hastanın 92 (%44,9)'unda mükemmel, 107 (%52,2) hastada iyi, 5 (%2,4) hastada orta derecede 1 (%0,48) hastada kötü memnuniyet sağlandı. 1(%0,48) hasta kalıcı yutma güçlüğü nedeniyle yeniden eksplore edilerek toupet fundoplikasyonuna çevirildi.

Sonuç: Nissen-Rosetti girişimi uygulanması kolay, ameliyat süresi kısa ve komplikasyon oranları düşük

bir tekniktir. Bu teknik ile ameliyat edilen hastalarda klasik Nissen fundoplikasyonuna benzer klinik sonuçlar elde edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gastro-özofageal reflü, Nissen-Rossettifundoplikasyonu

S 05

LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU SONRASI HASTALARDA GASTROİNTESTİNAL HAYAT KALİTE İNDEKSİ (GIQLI)

Sibel GELECEK, Ali Emre AKGÜN, Barış Demiriz, İsmail BİLGİÇ, Münevver MORAN, Emre GÜNDOĞDU, Mehmet Mahir ÖZMEN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Genel Cerrahi Kliniği ANKARA

Amaç: Laparoskopik cerrahinin gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) tedavisinde en etkin yöntemdir. Gastroözofageal reflünün birçok bulgusu hayat kalitesini derinden etkiler. Bu çalışmayla antireflü cerrahisi sonrası hastalarda hayat kalitesindeki değişikliklerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Mayıs 2007-Aralık 2010 yılları arasında kliniğimizde laparoskopik meshli ve meshsiz Nissen fundoplikasyonu yapılan 42 (15 kadın, 27 erkek) hastaya ameliyat öncesi ve ulaşılabilen 15 (6 kadın, 9 erkek) hastaya da ameliyat sonrası gastrointestinal hayat kalite indeksi (GIQLI) testi uygulandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 43 (31-62) yılı. Ameliyat edilen hastaların hepsinde krus tamiri yapılırken 7 hastada krusların üzerine mesh konuldu. Hastaların hiçbirinde komplikasyon gelişmedi. Hastalar ortalama 18.5 ay (3-43) takip edildi. Sonuçlar Wilcoxon testi ile değerlendirildi. Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası total GIQLI skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış oldu ($p=0.003$). GIQLI skorunun alt başlıkları olan ilaç tedavisi, sosyal fonksiyonlar, emosyonel durum, fiziksel durum ve semptomlarda ameliyat öncesi ve sonrasına göre karşılaştırıldı. Sırasıyla p değerleri 0.064, 0.042, 0.001, 0.002 ve 0.088 idi. Mesh konulanlar ile konulmayan hastaların hepsinde GIQLI skorunda artış olurken, ikisi arasındaki artış farkı istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.153$).

Sonuç: Gastroözofageal reflü ve hiyatal herni tedavisinde laparoskopik antireflü cerrahisinin belirgin pozitif etkileri vardır. Hayat kalitesi üzerine etkisi aşıkardır. Gastroözofageal reflü hastalığı ve hiyatal herni tedavisinde laparoskopik antireflü cerrahisi güvenilir ve etkin bir tedavi yöntemidir.

S 06

OBEZ HASTALARDA LAPAROSKOPIK GASTRO-ÖZOFAGEAL ANTI-REFLÜ CERRAHİ GÜVENLİ MİDİR?

Toygar TOYDEMİR*, Koray TEKİN**, Gökhan ÇİPE***, Mehmet Ali YERDEL*

* İstanbul Cerrahi Hastanesi, İSTANBUL

** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, DENİZLİ

*** Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İSTANBUL

Amaç: Obezitenin laparoskopik anti-reflü cerrahi (LARC) sonuçları üzerine olumsuz bir etkisi olup olmadığı bilinmemektedir. Bu çalışmada vücut kütle indeksinin (VKİ), LARC sonuçlarına olası etkisi prospektif olarak irdelenmiştir.

Yöntem: Mart 2004 ile Ağustos 2010 arasında LARC uygulanmış 1000 hastanın VKİ (kg/m²) leri hesaplanarak 3 gruba ayrıldı; VKİ<25 (normal-A), VKİ=25-29.9 (kilolu-B), VKİ>30 (obez-C). Preoperatif klinik, operasyon detayları, perioperatif bulgular ve uzun dönem sonuçları prospektif veri tabanında analiz edildi. Gruplar ki-kare ve ANOVA testi kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: A/B/C gruplarında sırasıyla 484,384 ve 132 hasta mevcuttu.684 hastaya "Nissen" ve 316 hastaya "Toupet" fundoplikasyonu uygulandı. Toupet obez hastalarda(73/132) diğer iki gruba (243/868) göre daha fazla uygulanan prosedürdü ($p=0.0001$). Ortalama takip süresi 48 ay olup, seride mortalite ve açığa dönme olmadı. Operasyon süresi A/B/C gruplarında sırasıyla, 48,54 ve 61 dk. idi ($p=0.0001$). Major komplikasyon olarak 3 hastada ösefagus perforasyonu, ince barsak perforasyonu ve pulmoner emboli görüldü. Yutma güçlüğü görülme sıklığı A/B/C gruplarında sırasıyla, %18.4, %13.1 ve %9.9 idi ($p=0.122$). Postoperatif "gas-bloat" semptomlarının görülme oranı A/B/C gruplarında sırasıyla, %18, %14.1 ve %20.5 idi ($p=0.150$). Yutma güçlüğü nedeni ile yapılan balon dilatasyon, "re-operasyon" ve diğer nedenlerle rehospitalizasyon sayılarının gruplar arası dağılımı benzerdi ($p>0.05$). Reflü nüksü A/B/C gruplarında sırasıyla, %0.6, %2.9 ve %0.8 oranlarında gözlemlendi ($p=0.020$).

Sonuç: Obez hastalarda LARC, teknik olarak daha zor bir girişim olsa da deneyimli merkezlerde morbiditeyi ve nüksü arttırmadan güvenli bir şekilde yapılabilir. Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, fundoplikasyon, obezite, gastroözofageal reflü hastalığı

S 07

LAPAROSKOPIK GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ TEDAVİSİNDE TEK MERKEZİN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

Toygar TOYDEMİR*, Koray TEKİN**, Mehmet Ali YERDEL*

* İstanbul Cerrahi Hastanesi, İSTANBUL

** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, DENİZLİ

Amaç: Laparoskopik anti-reflü cerrahi (LARC), gastro-özofageal reflü (GÖR) hastalığının tedavisinde, yaşam boyu ilaç kullanımına alternatif etkili bir seçenektir. Liataratürde, uzun dönem sonuçları bildirilen tek merkeze ait çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışmada tek merkezin 1092 LARC serisinin uzun dönem sonuçları irdelenmiştir.

Yöntem: Mart 2004 ile Aralık 2010 arasında, tek merkezde LARC uygulanmış 1092 hastanın preoperatif kli-

nik, operasyon detayları, perioperatif bulgular ve uzun dönem sonuçları prospektif veri tabanında analiz edildi. **Bulgular:** LARC uygulanmış hastaların 673'ü (%61.6) erkek, 419'u (%38.4) kadın olup yaş ortalamaları 40 (12-78) idi. Hastaların 733'ünde (%67.1) eroziv ösefajit mevcut olup Barrett metaplazi 92 (%8.4) hastada tespit edildi. 844 (%77.3) hastada hiatal herni mevcuttu. Operasyon öncesi 15 hastaya bening darlık nedeni ile balon dilatasyon yapıldı. 694 (%63.6) hastaya Nissen prosedürü, 398 (%36.4) hastaya Toupet prosedürü uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 50 dk. (15-180) olup 68 (%6.2) hastaya aynı seansta kolesistektomi uygulanmıştır. Hastaların 721'inde (%66) greft ile hiatoplasti uygulanmış olup 81 (%11.8) hastada dren kullanılmıştır. Taburcu zamanı ortalama 1 (1-7) gündü. Seride mortalite ve açığa dönme olmadı. Major komplikasyon olarak 3 hastada ösefagus perforasyonu, ince barsak perforasyonu ve pulmoner emboli görüldü. 140 (%12.9) hastada geçici yutma güçlüğü gelişmiş olup, hastaların 20'sinde (%1.8) yutma güçlüğü 6 aydan fazla sürmüştür. Yutma güçlüğü nedeni ile hastaların 8'ine (%0.7) post-op dilatasyon, 13'üne (%1.2) re-operasyon uygulanmıştır. Toplam 179 (%16.4) hastada "bloating" görüldü. Ortalama 4 yıllık takipte 20 (%1.9) hastada nüks tespit edildi.

Sonuç: GÖR hastalığının tedavisinde LARC, morbiditesi düşük ve başarı oranı yüksek olan etkili ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, fundoplikasyon, gastroösefageal reflü

29 Nisan 2011, Cuma / 08:30 - 10:00

Serbest Bildiri Oturumu 2:

Biliyer Cerrahi

Oturum Başkanları:

Ali UZUNKÖY, Kemal MEMİŞOĞLU

S 08

TEK İNSİZYON LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

Hüseyin YILMAZ, Fahrettin AÇAR, Hüsnü ALPTEKİN, M. Ertuğrul KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. KONYA

Amaç: Laparoskopik cerrahiyi daha da geliştirebilmek çok zor olmakla birlikte günümüzde birçok laparoskopik uygulama daha az invaziv olan, tek port veya tek kesi ile yapılabilmektedir. Kliniğimizde tek insizyon laparoskopik cerrahi uygulanan vakalarla ilgili deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda Ekim 2009 ile Ocak 2011 arasında Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel

Cerrahi Anabilim Dalı'nda tek insizyon laparoskopik cerrahi 78 hastaya uygulandı. 74 hastada SILS port (Covidien) ile askı sütürü kullanılmadan kolesistektomi yapıldı. İmmun trombositopenik purpura tanısıyla endokrinoloji tarafından operasyon önerilen bir hastaya traksiyon askı sütürü kullanılarak tek port splenektomi yapıldı. Akut appendisit tanısı ile 3 hastaya appendektomi yapıldı.

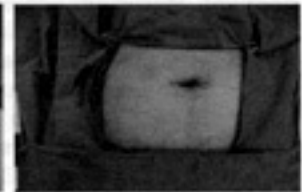
Bulgular: 74 hastaya kolesistektomi, 3 hastaya appendektomi ve bir hastaya splenektomi tek insizyondan laparoskopik olarak başarılı bir şekilde uygulandı. Hastaların hiçbirinde konvansiyonel laparoskopiye dönme ihtiyacı veya ek trokar girme ihtiyacı olmadı. Hastaların 23'si erkek 55'i kadındı, yaş ortalaması 40,53±11,52 idi. 70 hastada safra kesesi taşı, 2 hastada taşla bağlı akut kolesistit ve 2 hastada safra kesesi polipi mevcuttu. Tüm hastalar operasyon süresi, perioperatif komplikasyon, perioperatif yıkama, safra kaçağı, hastanede kalış süreleri, yara yeri enfeksiyonu ve insizyonel herni açısından değerlendirildi. Operasyon süresi ortalama 36,47±14,58 dakika idi. Ortalama hastanede kalış süresi 1,33±1,63 gün olarak bulundu. Hastalar postoperatif 7. gün kontrol edildi. Erken dönemde yara enfeksiyonu, safra kaçağı ve ortalama 6,06±5,4 (minimum 1, maksimum 15 ay) aylık takip periyodu esnasında major komplikasyon veya insizyonel herni görülmedi.

Sonuç: Tek insizyon laparoskopik cerrahi operasyon süresi öğrenme eğrisiyle beraber belirgin olarak kısalmaktadır. Tek insizyon laparoskopik cerrahi güvenli uygulanabilir bir yöntem olarak gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tek insizyon, laparoskopi, kolesistektomi



Resim 2. Tek port uygulanan



Resim 2. Postoperatif insizyon yeri

S 09

TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ; 31 OLGU

Koray TOPGÜL, Hamza ÇINAR, Feyza PARLAK, Tuğrul KESİCİOĞLU, S. Savaş YÜRÜKER, Sercan BÜYÜKAKINCAK, Zafer MALAZGİRT

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., SAMSUN

Amaç: Biz bu çalışmada kliniğimizde son bir yıldır uyguladığımız tek kesiden laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonuçlarını geriye dönük değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2009-Ocak 2011 tarihleri arasında yapılan tek kesiden laparoskopik kolesistektomi ameliyatı yapılan 31'olgu, hasta dosyaları geriye dönük olarak taranarak değerlendirildi.

Tek kesiden laparoskopik ameliyatta SILS™ Port (Covidien) çoklu giriş portu kullanıldı. El aletleri olarak (dissektör, makas ve grasper) ters açılı aletler (Covidien Reticulator™ Instruments) kullanıldı. İlk olgularda 5 mm'lik kullanılırken ışığın ve görüntünün efektif olması nedeniyle 10 mm'lik 30 derece açılı teleskop kullanıldı. 26 olguda kese fundusundan karın duvarına dikey ile tutturularak ekarte edilirken, iki olguda asıcı sütür kullanılmadan ameliyat gerçekleştirildi. İki olguda ise sütür grasper kullanılarak kese fundusundan asıldı.

Bulgular: Hastaların 17'si kadın, 14'ü erkekti. Yaş ortalaması 55'di. Kolesistektomi endikasyonu 26 hastada semptomatik kolelitiazis, 3 hastada akut kolesistit ve iki hastada polipti. Bir hasta 6 aylık gebe hastaydı ve tekrarlayan A-3 düzeyindeydi. bilyer kaynaklı akut pankreatit ataklarıyla başvurmuştu. Tüm hastalarda göbek, tek kesi portunun giriş yeri idi. Bir olguda 10 mm'lik ek port girişi gerekli oldu, bunun dışındaki tüm olgularda ameliyat tek kesi portundan gerçekleştirildi. Bir olguda peroperatif kolanjiyografi yapıldı, ek bilyer işlem gerekmedi. Altı olguda dren kullanıldı ve postoperatif ilk 24 saat sonunda çekildi.

22 hasta ameliyat sonrası 24 saat sonunda taburcu edilirken, 7 hasta 48 saat sonunda, 2 olgu ise 72 saat sonunda taburcu edildi. Bir olguda, postoperatif 4. ayda insizyonel fıtık gelişti. Hastanın isteği doğrultusunda açık yamalı onarımla fıtık tamiri yapıldı. Bu olgu dışında ameliyat sonrası komplikasyon görülmedi. Mortalite izlenmedi.

Sonuç: Tek kesiden laparoskopik ameliyatlara konvansiyonel laparoskopik cerrahiye iyi ve güvenilir bir alternatif olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, kolesistektomi, tek kesi, SILS

S 10

TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK CERRAHİ TEKNİĞİ İLE KOLESİSTEKTOMİ; PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

Hüseyin SİNAN*, Sezai DEMİRBAŞ*, Mustafa Tahir ÖZER*, İker SÜCÜLLÜ**, Mesut AKYOL***

*Genel Cerrahi AD., GATA, ANKARA

**Genel Cerrahi Servisi GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İSTANBUL

***Biyostatistik Uzmanı Biyoistatistik BD GATA, ANKARA

Giriş: Tek kesiden laparoskopik cerrahi tekniği, son yıllarda tüm dünyada cerrahlar arasında popülerite kazanmıştır. Bu yeni yöntemin, klasik laparoskopik cerrahiye göre avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Özellikle ameliyat sonrası dönemde, kozmetik yönden gözle görülür üstünlüğü olduğu gibi, bazı yazarlara göre ağrı düzeyinin daha az olduğu bazı yazarlara göre ağrı düzeyinde bir farklılık olmadığı görüşleri hakimdir. Amacımız, her iki yöntemle ameliyat edilen hastalar arasında; ameliyat sırasında kaybedilen kan miktarı, ameliyat süreleri, ameliyat sonrasında ağrı düzeyleri, ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon değişkenlerini araştırmaktır.

Metot: Çalışmamıza, Ocak 2010- Şubat 2011 tarihleri arasında, safra kesesi patolojisi sebebiyle başvuran 34 hasta (G Power güç analizi yöntemi ile belirlenen gerekli ve yeterli hasta sayısı), Random Alloc isimli bilgisayar programı ile randomize edilerek dahil edildi. Hastalar, "tek kesiden laparoskopik cerrahi" ve "klasik laparoskopik cerrahi" olmak üzere iki gruba ayrıldı. Ameliyat süresi, ameliyatta kaybedilen kan miktarı, ameliyat sırasında komplikasyon değişkenleri kaydedildi. Standardizasyonu sağlamak amacıyla, hastalara ameliyat edildikten sonra ilk 24 saatte rutin olarak 4x1 gr IV parasetamol uygulandı. Ameliyattan sonraki 4, 8, 12, 24, 48. saatlerde VAS skorları kaydedildi. Taburcu edildikten sonraki olası komplikasyonlar takip edilerek kaydedildi.

Sonuçlar: Toplam 34 hastanın K/E oranı; "tek kesiden laparoskopik cerrahi" grubunda 13/4, "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 9/8 olarak bulundu. Ortalama yaşları; "tek kesiden laparoskopik cerrahi" grubunda 48.5±8.9 (37-63) yıl, "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 48.7±14.3 (27-81) yıl olarak bulundu. Ortalama vücut kitle indeksleri; "tek kesiden laparoskopik cerrahi" grubunda 27.3±3.1 (23.7-36.1) kg/m² ve "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 27.2±2.9 (22.5-34.9) kg/m² olarak bulundu. Ameliyat sırasında tespit edilen ortalama batin içi yapışıklık düzeyi (Blauer sınıflaması) "tek kesiden laparoskopik cerrahi" grubunda 7/10 (Var/Yok), "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 4/13 (Var/Yok) olarak bulundu. Ortalama ameliyat süreleri; "tek kesiden laparoskopik cerrahi" grubunda 124.4±29.7 (90-210) dakika, "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 64.1±26.1 (25-120) dakika olarak bulundu. Ortanca VAS skorları; "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 4. saatte 5 (0-8), 8. saatte 2 (1-6), 12. saatte 2 (0-4), 24. saatte 1 (0-4), 48.

saatte 0 (0-1), "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 4. saatte 5 (2-9), 8. saatte 3 (0-5), 12. saatte 2 (1-8), 24. saatte 1 (0-4), 48. saatte 0 (0-1) olarak bulundu. Ortalama omuz ağrısı "tek kesiden laparoskopik cerrahi" grubunda 2/15 (Var/Yok), "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 1/16 (Var/Yok) olarak bulundu. Bu değişkenler yönünden değerlendirildiğinde, iki grup arasında yalnızca ameliyat süresi değişkeninde istatistiksel olarak anlamlılık mevcuttu ($p < 0.001$). Ameliyat sonrasındaki komplikasyonlar yönünden değerlendirildiğinde, "tek kesiden laparoskopik cerrahi" grubunda 1 hastada dördüncü ayda kesi yeri hernisi, "klasik laparoskopik cerrahi" grubunda 1 hastada 3 gün süren ileus gelişti. İki grup arasında ameliyat sonrasındaki komplikasyon yönünden istatistiksel anlamlılık yoktu ($p > 0.05$). "Tek kesiden laparoskopik cerrahi" grubunda ameliyat sonrasında göbek deliği içerisinde kalan ve aylar sonra hiç gözükmeyen bir kesinin olmasından dolayı hastaların memnuniyet düzeyleri daha yüksekti.

Tartışma: Son yıllarda uygulanan ameliyat yöntemlerinden biri de tek kesiden laparoskopik cerrahidir. Ameliyat süresinin uzun olması, ameliyattan hemen sonraki dönemde hastaların ağrı düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmaması, kozmetik yönden oldukça iyi sonuçlar ortaya koyması gibi avantaj ve dezavantajlarıyla öncelikle tecrübeli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabilecek alternatif bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesiden laparoskopik cerrahi, VAS, randomize çalışma

S 11

TEK İNSİZYON LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ; 74 OLGUDA DENEYİMLERİMİZ

Fahrettin ACAR, Hüseyin YILMAZ, Hüsnü ALPTEKİN, M. Ertuğrul KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. KONYA

Özet: Laparoskopik cerrahların çoğu insizyon morbiditesini azaltmak ve daha iyi kozmetik sonuç elde etmek amacı ile port sayılarını ve çaplarını azaltmak için girişimlerde bulunmuşlardır. Tek insizyondan laparoskopik cerrahi yeni bir uygulamadır. Biz burada tek insizyondan laparoskopik kolesistektomi deneyimimizi sunmak istedik. Çalışmamızda Ekim 2009 ile Ocak 2011 arasında Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 74 hastada tek insizyon SILS port (Covidien) ile askı sütürü kullanılmadan laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Hastaların hiçbirinde konvansiyonel laparoskopiyeye dönme ihtiyacı veya ek trokar girme ihtiyacı olmadı. Hastaların 23'si erkek 55'i kadındı, yaş ortalaması 40,53±11,52 idi. 70 hastada safra kesesi taşı, 2 hastada taşla bağlı akut kolesistit ve 2 hastada safra kesesi polipi mevcuttu. Operasyon süresi ortalama 36,47±14,58 dakika idi. Ortalama hastanede kalış süresi 1,33±1,63 gün olarak bulundu. Hastalar postoperatif 7. gün kontrol edildi. Erken dö-

nemde yara enfeksiyonu, safra kaçağı ve ortalama 6,06±5,4 (minimum 1, maksimum 15 ay) aylık takip periyodu esnasında major komplikasyon veya insizyonel herni görülmedi. Biz burada 2 olgumuzun video görüntülerini sunmak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: Tek insizyon, laparoskopik kölesi stektomi

S 12

TEK KESİLİ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Şenol CARILLI, Tolga ALIYAZICIOĞLU, Aydın ALPER, Ali EMRE

Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

Amaç: Tek kesili laparoskopik kolesistektomi (TKLK) yapılan hastaların erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi

Yöntem: Mayıs 2009 - Şubat 2011 tarihleri arasında TKLK uygulanan toplam 88 hasta çalışmaya alındı. Bu hastalar, demografik veriler, vücut kitle indeksi (VKİ), ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası ağrı, günlük yaşama - işe dönüş zamanı ve kozmetik memnuniyet açısından prospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalarda standart olarak göbek içine yapılan vertikal 2 cm uzunluğunda kesi ile ilk trokar açık yöntemle yerleştirildi ve pnömoperiton oluşturuldu. Beş mm çaplı diğer iki trokar pnömoperiton sonrası aynı fasya kesileri ile girildi. Baş kısmı daha ince iki adet 5 mm çaplı trokar, ucu bükülebilen teleskop ve gereklilik halinde ucu bükülebilen dissektör kullanıldı. Hastalar ameliyat sonrası 1. ve 7. günlerde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 88 hastanın 53'ü kadın, 35'i erkekti. Yaş ortalaması 41,4, VKİ ortalaması 25,6 olarak saptandı. Altı hastada ek trokar girişi yapıldı, hiçbir hastada açık cerrahiye dönülmedi. Ameliyat süresi ortalama 67 dakika, hastanede kalış süresi ortalama 1,1 gündü. Ağrı değerlendirmesinde ameliyat sonrası 1. gün VAS istirahatte ortalama 1,9, öksürmeyle ortalama 2,7 olarak bulunurken, 7. gün VAS istirahatte ortalama 0,8, öksürmeyle ortalama 2,0 olarak saptandı. Günlük yaşama ve işe dönüş zamanları sırasıyla ortalama 2,7 ve 5,4 gündü. Kozmetik açıdan bir hasta dışında tüm hastalar tam memnuniyet belirtti. Erken dönem komplikasyon olarak, 6 hastada uzamış ağrı ve bir hastada ekimoz görüldü.

Sonuç: Literatürde, TKLK ve klasik laparoskopik kolesistektomi arasındaki karşılaştırmalarda anlamlı bir fark saptanmamıştır. TKLK, kozmetik avantajı ve hasta tatmini açısından daha üstün bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesili laparoskopik kolesistektomi, LESS kolesistektomi

S 13

TEK KESİLİ LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ-DE TRAKSİYON YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI; PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

Şenol CARILLI, Görkem ÖZGEN, Aydın ALPER, Ali EMRE

Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Tek kesili laparoskopik kolesistektomi(TKLK) ameliyatında traksiyon uygulanmasındaki farklı çözümlerin ve traksiyonsuz uygulamanın sonuçlarının karşılaştırılması

Yöntem: Ağustos 2009 - Ocak 2011 arasında, TKLK uygulanan 50 hastanın prospektif çalışmaya alınması planlandı. Bu 50 hasta kapalı zarf yöntemi ile randomize edilerek beş eşit gruba ayrıldı. Beş grubun dördüne Endograb®, miknatis, dikişle asma ve kukla yöntemleri ile traksiyon uygulanırken beşinci gruba traksiyon uygulanmadı. Bu beş grup yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, Vizüel Analog Skala (VAS), analjezik kullanımı, günlük aktiviteye dönüş-ışe başlama süreleri ve kozmetik sonuçlar açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Tüm gruplar homojen olarak dağılım gösteriyordu. Çalışmanın erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesinde dikişle asma ve kukla yöntemleri ile hastanede kalış süresi, VAS değerleri, işe ve günlük aktiviteye dönüş süresinde olumsuz yönde anlamlı farklılık saptandığından dikişle asma yöntemi altı hastada, kukla yöntemi dört hastada uygulandıktan sonra sonlandırıldı. Ameliyat süresi, analjezik kullanımı, kozmetik sonuç ve VKİ parametreleri açısından beş grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Endograb®, miknatis grupları ve traksiyonsuz grup arasında araştırılan hiçbir parametrede anlamlı fark saptanmadı. Kukla grubu ile Endograb®, miknatis grupları ve traksiyonsuz grup arasında hastanede kalış süresi, birinci gün VAS değerleri ve günlük aktiviteye dönüş süresi açısından anlamlı fark saptandı. Dikişle asma grubu ile Endograb®, miknatis grupları ve traksiyonsuz grup arasında hastanede kalış süresi ve günlük aktiviteye dönüş süresi açısından anlamlı fark saptandı.

Sonuç: TKLK'de traksiyon kullanılmayabilir, eğer kullanılacak ise dikişsiz yöntemler tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesili laparoskopik kolesistektomi, traksiyon

S 14

TEK İNSİZYONLU LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ İLE STANDART LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİNİN PROSPEKTİF OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI

Tanık ARTIŞ, Can KÜÇÜK, Abdurrahman AKAY, Gökmen ZARARSIZ, Erdoğan SÖZÜER

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, KAYSERİ

Amaç: Tek insizyonlu laparoskopik cerrahi (SILS) gerek kozmetik sonuçları gerekse daha az parietal travmaya yol açması nedeniyle daha sık olarak uygulanmaktadır. SILS kolesistektomi en sık uygulana prosedür olmasına rağmen standart laparoskopik kolesistektomiye olan üstünlükleri henüz tartışmalıdır. Bu çalışmada kliniğimizde uyguladığımız SILS kolesistektomi olgularını standart laparoskopik kolesistektomi olgularıyla prospektif olarak karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2009- Aralık 2010 arasında SILS kolesistektomi yöntemi ile standart laparoskopik kolesistektomi (LK) uyguladığımız 30'ar hastanın cerrahi sonuçları prospektif olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: SILS kolesistektomi 30 hastadan 27 sine başarıyla uygulandı. Üç hastada standart LK'ye geçildi. SILS grubunda 4 hastada, standart LK grubunda 5 hastada akut kolesistit hali mevcuttu. Standart LK'ye geçilen üç hastada akut kolesistit bulguları mevcuttu. SILS grubundaki hastalardan 25'inde kritik güvenli görüş (critical view of safety) sağlandı. Ortalama operasyon süreleri, SILS grubunda 50±18 dakika, standart LK grubunda da 40±6 dakika olarak saptandı. (p>0.05). SILS grubundaki 10 hastada fundusa asmak için sütür kullanıldı. Yine SILS grubundaki 4 hastaya 1 adet ek 10 mm'lik trokar kullanıldı. Bu hastaların hepsinde akut kolesistit mevcuttu. Postoperatif komplikasyonlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı. Ancak SILS grubundaki bir hastada endoskopik dilatasyonla düzeltilen parsiyel biliyer striktür, bir hastada da perkütan drenajla düzeltilen biloma gelişimi gözlemlendi. Bu iki hastada da akut kolesistitliydi. Postoperatif hastanede kalış süreleri her iki grupta benzerdi.

Sonuç: SILS kolesistektomi daha zor görünmekle birlikte laparoskopik cerrahiye hakim olunduğunda kısa öğrenme dönemine sahiptir. Genel olarak sonuçları standart LK ile benzerdir. Akut kolesistitli olgularda da uygulanabilmekle birlikte hastalarda daha dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: SILS, kolesistektomi

S 15

STANDART LAPAROSKOPIK CERRAHİ ALETLERİ KULLANILARAK TEK İNSİZYONDAN LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

M. Tahir ORUÇ, M. Ümit UĞURLU, Zehra BOYACIOĞLU, S. Yiğit YILDIZ

Koceli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, KOCAELİ

Giriş: Tek insizyondan laparoskopik kolesistektomi (TİLK) gelişmekte olan bir yöntemdir. Port kullanılarak yapılan TİLK cerrahisi, kozmetik avantajlar sunmasının yanında el aletlerinin çıkışması ve hareket kısıtlılığı yaratması ile teknik zorluklar sunmaktadır. Çalışmamızda TİLK portu kullanmadan uygulanan 25 olgulu cerrahi sonuçlarımızı sunmaktayız.

Metot: Çalışmaya kliniğimizde semptomatik kolelitiazis tanısı alan 25 olgu dahil edildi. Akut kolesistit vakaları, geçirilmiş batin cerrahisi olan olgular çalışma

dışı bırakıldı. Umbilikus üzerinden 3 cm'lik eliptik insizyonu takiben subkutan deri flepleri oluşturuldu. Umbilikal kord üzerinden 5 mm'lik kamera trokarının yerleştirilmesini takiben birer adet 5 mm'lik ve 10 mm'lik trokar girişleri sağlandı. Üç trokar üçgen oluşturulacak şekilde yerleştirilerek açığortayın safra kesesini görmesi sağlandı. Bazı olgularda fundus retraksiyonu için kement kullanıldı. Olguların demografik özelliklerinin yanı sıra 4, 12 ve 24. saatlerde VAS (Görsel Analog Skoru) skalası ile ağrı skorları değerlendirildi. VAS skalasında 0 değeri "ağrı yok", 10 değeri "şiddetli ağrı" olarak analiz edildi.

Sonuçlar: TİLK yöntemi ile 25 (18 kadın / 7 erkek) olgunun cerrahisi gerçekleştirildi. Olguların ortalama yaşı 46 (28 - 66) idi. Ortalama operasyon süresi 44,3 (33-56)'tü. Medyan ağrı skorları 4., 12. ve 24. saatte 2,38; 2,13 ve 1,12'yd. Olguların 3'ünde ekstra trokar ihtiyacı doğdu. Vakaların 16'sında kement ile fundus retraksiyonu sağlandı. Olgular 24 saatte kısa bir sürede eksterne edildi. Bir olguda yara yeri enfeksiyonu görüldü. Hiçbir vakada seroma görülmeydi. Birinci ay takiplerinde trokar yerinde herni saptanmadı.

Tartışma: Çalışmamızda TİLK portu kullanmadan yapılan yöntem ile ekstra port maliyetinin olmaması yanında el aletlerinin çıkışması ve hareket kısıtlılığı gibi teknik zorluklar azalmaktadır. Düşük ağrı skorları, kısa operatif süreler yöntemin uygulanabilirliğini desteklemektedir.

S 16

ZOR SAFRA KESESİ NEDİR? LAPAROSKOPI İLE NASIL AMELİYAT EDİLMELİDİR?

Aziz SÖMER**, Ediz ALTINLI*, Neşet KÖKSAL***, Mehmet A. UZUN*, Ersan EROĞLU*, Serkan SENER*, Rüşü KURT*, Aysun ÇELİK*

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi AD, VAN

*** Kafkas Üniversitesi Genel Cerrahi AD, KARS

Giriş: Laparoskopik cerrahinin altın standart olduğu hastalıklardan birisi safra kesesi patolojileridir. Zor laparoskopik kese tanımı hakkında oturmuş bir görüş birliği olmamasına rağmen; Calot üçgeninde yoğun fibrozis (frozen triangle of Calot), kontakte ve fibrözik safra kesesi, önceden geçirilmiş batin cerrahisi, gangrene safra kesesi, akut safra kesesi, safra kesesi ampiyemi ve Mirizzi sendromu, kolesistogastrik ve koledokoduodenal fistül, olan durumlar zor laparoskopik kese olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde bu şartları taşıyan bir çok laparoskopik zor kese olarak tanımlanan olgu laparoskopik cerrahi eğitimin artmış olmasına ve gelişen teknolojiye paralel olarak laparoskopik olarak tamamlanabilmektedir. Bu çalışmada sizlere zor kese olarak tanımlanan vakalardaki deneyimimizi sunmak, artı ve eksilerini tartışmak istedik.

Yöntem: 2010-2011 yılları arasında kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi olan 177 hasta çalışmaya da-

hil edildi. Calot üçgeninde yoğun fibrozis, fibrözik safra kesesi, önceden geçirilmiş batin cerrahisi, akut safra kesesi, safra kesesi ampiyemi ve Mirizzi sendromu, kolesistogastrik ve koledokoduodenal fistül, olan durumlar zor laparoskopik kese olarak tanımlandı.

Bulgular: Bu şartları taşıyan 23 olgu zor kese olarak tanımlandı. Bu olgulardan birinde akut kese ameliyatında sistik arterden kanama kontrolünün yapılamaması, bir olguda safra kaçağı saptanması ve bir olguda da Mirizzi sendromu nedeniyle açığa geçildi. Önceden geçirilmiş batin ameliyatı bulunan olgularımızda da kolesistektomiler laparoskopik tamamlandı.

Sonuç: İleri laparoskopik cerrahi deneyimi olan merkezlerde her safra kesesi vakasına laparoskopik başlanmalıdır. Gerekli olgularda açığa geçiş karan ameliyat sırasında verilmelidir. Gelişmiş tüm teknolojik imkanlar, eğitimin data ve materyallerinin artmasına rağmen zor olgularda açığa dönmekten kaçınılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Safra kesesi, laparoskopi

29 Nisan 2011, Cuma / 16:30 - 17:30

Serbest Bildiri Oturumu 3:

Özofagus, Mide, Solid organ

Oturum Başkanları:

Yeşim ERBİL, Orhan ALİMOĞLU

S 17

ÖZOFAGUS KANSERLİ HASTALARDA HİBRİD MİNİMAL İNVAZİV ÖZOFAJEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Yalın İŞCAN, Fatih TUNCA, Yasemin GİLES ŞENYÜREK, Serdar TEZELMAN, Murat AKICI, Tanık TERZİOĞLU

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Bu çalışmada özofagus kanseri tanısıyla hibrid minimal invaziv özofajektomi uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirilerek sonuçlar irdelenmiştir.

Materyal ve metod: Ocak 2008- Şubat 2011 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda özofagus kanseri tanısıyla video-torakoskopi yardımıyla total özofajektomi uygulanan 20 hasta çalışmaya alındı. Hastaların tamamında özofagus serbestleştirilmesi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu torakoskopik olarak tamamlandı. Mide tüpleştirilmesi ve çölyak lenf nodu diseksiyonu açık teknikle tamamlandı. Hastalar yaş, cins, ameliyat süresi, çıkarılan lenf nodu sayısı, ameliyat sonrası ağrı, komplikasyon, hastanede kalış, takip süresi ve sağ kalım açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 54,7±10,1, kadın-erkek oranı 1,9/1 (13/7) olarak saptandı. Ortalama ameliyat süresi 221,25±16,1 dakika ve ortalama torakoskopik girişim süresi 90,6±13,3 dakika olarak saptandı. Disekte edilen ortalama lenf nodu sayısı 37±13,4

ve çıkarılan ortalama mediastinal lenf nodu sayısı 27,7±4 olarak bulundu. Ameliyat sonrası ağrı vizüel analog skala ile değerlendirildiğinde ortalama ağrı skoru 3,72±0,75 olarak bulundu. Hastaların hiçbirinde ameliyat sonrası pnömoni görülmedi. 3 (%15) hastada ses kısıklığı gelişti. Ortalama hastanede kalış süresi 9±2,9 gün olarak saptandı. 2 (%10) hastada ameliyat sonrası gelişen anastomoz darlığı nedeniyle buji dilatasyon uygulandı. Hastalar ortalama 12,7±8 ay takip edildi. Takip sırasında 1 hasta ameliyat sonrası 20. günde masif gastrointestinal kanama, 1 hasta 12. ayda beyin metastazı nedeni ile kaybedildi.

Sonuç: Hibrid minimal invaziv özofajektomi özofagus kanser cerrahisinde giderek artan oranlarda başarıyla uygulanan ve onkolojik sonuçları açık cerrahiye eş değerde bir tekniktir. Ameliyat sonrası daha az ağrı, daha iyi vital kapasite sağlamakta ve respiratuar komplikasyon oranlarını azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Özofagus kanseri, hibrid, minimal invaziv, özofajektomi

S 18

AKALAZYALI HASTALARDA LAPAROSKOPİK MODİFİYE HELLER MYOTOMİ VE DOR FUNDOPLİKASYON DENEYİMİMİZ

Hüseyin BAKKALOĞLU, Fatih TUNCA, Murat AKICI, Ecem MEMİŞOĞLU, Gamze ÇITLAK, Levent AVTAN, Cavit AVCİ

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Bu çalışmada akalazyaya tanısıyla laparoskopik modifiye Heller myotomi ve Dor fundoplikasyon uyguladığımız hastaları değerlendirmeyi ve bu konudaki deneyimizi aktarmayı amaçladık.

Materyal ve metod: Çalışmaya Ocak 2006 -Ocak 2011 yılları arasında Akalazyaya tanısı ile İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda laparoskopik modifiye Heller myotomi ve Dor fundoplikasyonu uygulanan 20 hasta alınmış ve dosya bilgileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama şikayet süresi 17±4.9 ay, ortalama yaş 45.3±10.9 yıl, K/E oranı 1.86/1 (13/7) olarak saptandı. Ameliyat öncesi dönemde hastaların 15 (%75)'ine 1 kez, 6 (%30)'sına 2 kez balon dilatasyon, 4 (%20) hastaya ise ameliyat öncesi dönemde botulinum toksini ile tedavi denenmişti. Ameliyat öncesi manometrik incelemede ortalama AOS basıncı 24,2±11,6 mmHg saptandı. Hastaların tümüne myotomi ve 180° Dor fundoplikasyon uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 62 ±17.6 dk olarak saptandı. Ameliyat sırasında 1 (%5) hastada mukozal açılma oldu ve laparoskopik olarak tamir edildi. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 2.3±0.6 gün olarak bulundu. Ameliyat sonrası dönemde 1 (%5) hastada port yerinden gelişen kesi fıtığı dışında herhangi bir komplikasyon saptanmadı. Hastalar ortalama 26,2±20,2 ay takip edildi. Takip süresi içinde hastaların hiçbirinde nüks saptanmadı. İki (%10) hastada takip süresi içinde hafif gastro-

özofageal reflü semptomları gelişti. Bu hastalarda uygulanan medikal tedavi ile semptomlar geriledi ve ek girişim gerekmedi.

Sonuç: Akalazyalı hastalarda günümüzde en etkin tedavi yöntemi laparoskopik modifiye heller myotomidir. Myotomiye antireflü bir prosedür eklenmeyen hastalarda ameliyat sonrası patolojik reflü saptanma riskinin daha yüksek olması nedeni ile Heller myotomiye anti reflü girişim olarak Dor fundoplikasyonunun da eklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akalazyaya, heller myotomi, dor fundoplikasyon

S 19

LAPAROSKOPİK MİDE CERRAHİSİ; ERKEN SONUÇLAR

Mehmet Mahir ÖZMEN, Münevver MORAN, Barış DEMİRİZ, Emre GÜNDOĞDU, İsmail BİLGİÇ, Sibel GELECEK, Ahmet KEŞŞAF AŞLAR

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Laparoskopik uygulamalar cerrahinin birçok alanında altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Laparoskopik gastrik uygulamalarda bu doğrultuda gastrik cerrahi uygulanacak morbid obezite, mide tümörleri gibi pek çok hastalığın tedavisi için alternatif oluşturmaktadır. Bu tür ciddi ameliyatlarda laparoskopik olarak uygulanması hasta yatış süresinin kısalması, maliyet azalması, yara yeri enfeksiyon oranları azalması gibi çeşitli avantajları da beraberinde getirmektedir.

Yöntem: Kliniğimizde Mart 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında laparoskopik gastrik cerrahi uygulanan 10 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 7 tanesine morbid obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi (%70), 2 tanesine mide kanseri nedeniyle laparoskopik subtotal gastrektomi (%20) ve 1 tanesine de gastrointestinal stromal tümör nedeniyle laparoskopik wedge rezeksiyon (%10) yapıldı. Yaş ortalaması 51 (38-78) yaştı; kadın/erkek dağılımı 7/3 idi. Ayrıca ek olarak bir hastaya Nissen fundoplikasyon ve bir hastaya da splenektomi yapılmıştı. Ortalama yatış süresi 10 gün olarak bulundu. Morbidite olarak bir hastada trokar yerinden kanama, bir hastada stapler yerinden kaçak ve splenektomi lojunda apse görüldü. Bir hastada da pulmoner emboliye bağlı mortalite görüldü. Bu hasta gruplarından sleeve gastrektomi uygulanan 7 hastanın ikisinde (%28.6) morbidite görülürken, subtotal gastrektomi uygulanan iki hastanın birinde (%50) pulmoner emboliye bağlı mortalite görüldü. Wedge rezeksiyon uygulanan bir hastada ise morbidite ya da mortalite görülmedi. Nonparametrik değerler olarak cinsiyet, tani, yaş ve yatış süresi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadı.

Sonuç: Laparoskopik gastrik cerrahi diğer laparoskopik girişimlerde olduğu gibi postoperatif ağrı azalma, hastanede yatış süresinde kısalma, daha erken günlük

hayata dönüş, maliyet azalması ve yara yeri enfeksiyonu azalması nedeniyle altın standart olma yolundadır. Laparoskopik gastrik cerrahi uygulanan hasta sayısı arttıkça daha güvenli bir prosedür olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Mide cerrahisi laparoskopi

S 20

TÜRKİYE'DE BARIATRİK CERRAHİ MALİYET ANALİZİ

Koray TEKİN, Onur BİRSEN, Murat ÖZBAN, Halil İBİS, Ali SARAÇ

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, DENİZLİ

Amaç: Ülkemizde son yıllarda artarak uygulanan bariatrik cerrahi yöntemlerden laparoskopik sleeve gastrektomi ve laparoskopik Roux en Y gastrik bypass için Sosyal Güvenlik Kurumu paket ücretlendirme uygulaması yapmaktadır. Bu iki yöntemin maliyetleri ülkemizde her zaman olduğu gibi ciddi bir araştırma yapılması için bir üniversite hastanesindeki oluşan maliyet ile hastalarda ameliyat sonrası düzelen komorbiditelere bağlı değişen medikal tedavi maliyetlerinin kıyaslanması amaçlandı.

Yöntem: Kliniğimizde ameliyat olan 100 ardışık (24 gastrik bypass, 76 sleeve gastrektomi) hastanın hastane yatış maliyetleri, komorbidite oranları, sürekli kullandıkları medikal tedavi maliyetleri ve ameliyat sonrası değişen medikal tedavi maliyetleri hesaplandı.

Bulgular: Laparoskopik sleeve gastrektomi ve laparoskopik gastrik bypass maliyetleri mevcut SGK paket ücretlerinin üzerinde bulundu. Serimizde %23 DM, %29 HT, %18 ciddi hiperlipidemi, %4 ortopedik patoloji tespit edildi. Ortalama 1 yıllık takip sonrasında DM için %86, HT için %88, Hiperlipidemi için %68, ortopedik sorunlar için %100 düzelme görüldü. Sadece komorbiditesi olan hastaların sürekli kullandıkları ilaçların yıllık maliyetleri ameliyat sonrasında anlamlı oranda azaldı. 100 hastaya ait genel maliyet göz önüne alındığında, 3 yıl sonrasında bir grup hastada kullanımı sonlandırılan ilaçların maliyetinin tüm hospitalizasyon maliyetlerini karşıladığı tespit edildi.

Sonuç: Bariatrik cerrahi sonrası komorbiditelerde anlamlı düzeltilmeler erken dönemde olmakta bu da sürekli kullanılan ilaçların maliyetlerini azaltmaktadır. Keyfi olarak hesaplanmış laparoskopik bariatrik cerrahi paket ücretleri yetersizdir ve artırılması SGK'nın morbid obeziteye bağlı dolaylı maliyetlerini düşürecektir.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, maliyet analizi

S 21

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNİN GELİŞEN DÜNYAYA UYUMU; ROBOTİK CERRAHİ UYGULANAN İLK OLGULARIN SONUÇLARI

Halil ALIŞ, Murat GÖNENÇ, Fatih YANAR,

Selin KAPAN, Ahmet Nuray TURHAN, Cemal DENİZTAŞ, Erşan AYGÜN

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

Giriş: Videoendoskopik cerrahinin teknik ve ergonomik dezavantajlarının tanımlanmasını takiben, bu sınırlamaları kısmen veya tamamen ortadan kaldırabilecek ideal bir yöntemin geliştirilmesi sürecinde robotik cerrahi ortaya çıkmıştır.

Yöntem: Ocak 2009 - Şubat 2011 tarihleri arasında robotik cerrahi uygulanan olguların tıbbi verileri gözden geçirildi. Ameliyat endikasyonları, yapılan ameliyatlara, teknik ayrıntılar, komplikasyon ve ölüm oranları, toplam yatış süreleri olgu bazında kaydedildi.

Bulgular: Robotik cerrahi uygulanan toplam 16 hastanın verilerine ulaşıldı. Tüm ameliyatlarda Vinci robotik sistemi ile gerçekleştirildi. Sekiz hasta rektum kanseri, 3 hasta dalak tümörü, 1 hasta karaciğer hidatik kisti, 1 hasta rektal prolapsus, 1 hasta sürrenal adenomu, 1 hasta morbid obezite ve 1 hasta mide tümörü endikasyonu ile ameliyat edildi. Beş hastada (%31) komplikasyon gözle-nirken, hastaların hiçbirinde ölüm meydana gelmedi.

Sonuç: Eğitim eğrisinin tamamlanması için gerekli süre ve maliyet, robotik cerrahinin ülkemizde rutin kullanımını kısıtlayan unsurlardır. Olgu sayımızın sınırlı olmasıyla birlikte, robotik cerrahinin belli endikasyonlarda cerraha belirgin avantaj sağladığını düşünüyoruz.

S 22

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK PERİKİSTEKTOMİ: OLGU SUNUMU

Fatih YANAR, Mehmet İLHAN, Mehmet Abdussamet BOZKURT, Cemal DENİZTAŞ, Hüriyet TURGUT, Filiz İSLİM, Halil ALIŞ, Erşan AYGÜN

Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Robot yardımcı laparoskopik perikistektominin güvenli bir şekilde yapılabilirliğinin gösterilmesi.

Olgu Sunumu: Bir yıldır olan karın ağrısı ve halsizlik şikayeti ile başvuran 60 yaşındaki kadın hastanın muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. İndirek Hemaglutinasyon testi negatif, tümör belirteçleri normal sınırlarda bulundu. Ultrasonografide yoğun içeri-kli komplike kistik lezyon izlendi. Bilgisayarlı tomografide karaciğer sol lob lateral segmentte ekzofitik uzanımı 93x70 mm boyutunda hipodens lezyon görüldü ve ile ilk planda bilyer kistadenom düşünülen hastaya robot yardımcı laparoskopik perikistektomi uygulandı. Ameliyat doksan dakikada tamamlandı. Ameliyat sırasında hepatoduodenal bölgede lenfadenomegali izlenmedi. Çevre organlar normal görünümdeydi. Hasta ameliyat sonrası üçüncü gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Kistin makroskopik değerlendirilmesinde 10 cm çapın-

da, dış yüzü düzensiz, multiloküle, iç yüzü düzgün, sarı yeşil renkli, duvar kalınlığı yer yer 8 mm olan kistik nitelikte lezyon izlendi.

Histopatolojik incelemede, seri kesitlerde neoplastik bir bulgu görülmüdü. Bu bulgular ile olguya bilyer kistadenom tanısı konuldu. Histopatolojik inceleme sonrası, ek bir cerrahi girişime ya da kemoterapiye gerek duyulmadı. Hastanın klinik takibi devam etmektedir.

Sonuç: Robotik cerrahinin hasta ve cerrah açısından avantajları mevcuttur. En önemlisi cerrahin hareket kabiliyetinin artması, üç boyutlu görüntü sağlaması böylece dokuların daha iyi ortaya konulması ve ameliyatın daha güvenle tamamlanmasıdır.

Laparoskopik cerrahinin hastaya sağladığı avantajlara, açık cerrahinin avantajlarını daha da artırarak eklemektedir. Bu nedenle ince disseksiyon, görüntü keskinliği, derinlik hissi ve ulaşılabilirlik sağlaması nedeniyle maliyetinin yüksek olmasına rağmen karaciğer cerrahisinde üstün olduğunu düşünmekteyiz.

S 23

LAPAROSKOPİK KARACİĞER KİST HİDATİK CERRAHİSİ

Ediz ALTINLI, Aziz SÜMER, Neşet KÖKSAL, Ebru ÖZDEMİR, Ersan EROĞLU, Serkan SENER

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi AD, VAN

*** Kafkas Üniversitesi Genel Cerrahi AD, KARS

Amaç: Kist hidatik *Echinococcus granulosus* tarafından oluşturulur ve dünyada bir çok bölgede endemiktir. Karaciğer en sık etkilenen organdır. Karaciğer kist hidatikiğinin tedavisinde son dönemlerde perkütan drenaj ve medikal tedavi (albendazol) yöntemleri uygulanmasına rağmen temel tedavisi hala cerrahidir. Laparoskopik cerrahide gelişmelere paralel olarak karaciğer kist hidatikiğinin tedavisinde de laparoskopik yöntemler kullanılmaya başlanmıştır. Çalışmanın amacı laparoskopik olarak tedavi ettiğimiz karaciğer kist hidatik vakalarını sunmaktır. **Yöntem:** Yaş, vücut kitle indeksleri (VKİ), komplikasyonlar, ameliyat süresi, kistin lokalizasyonları ve uygulanan cerrahi tedavi sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: 6 kadın ve 7 erkek olmak üzere toplam 13 olgu çalışmaya alındı. Olguların yaş ortalaması 33 yıl ve VKİ ortalaması 27,2 idi. Olgularda kist lokalizasyonları incelendiğinde 5 olguda segment 2,3 lokalizasyonunda, 4 olguda segment 5 ve 4 olguda segment 6,7 lokalizasyonunda idi. Olguların hepsinde tek bir kist mevcuttu. Gharbi klasifikasyonuna göre 3 olgu evre 1, 5 olgu evre 2 ve 5 olgu evre 3 olarak tespit edildi. Kist boyutları ortalama 74x58 mm (en küçük kist 45x50 mm, en büyük 110x80) olarak ölçüldü. Olgulara laparoskopik unroofing ve omentoplasti uygulandı. Omentum tanımlandığı gibi Altın E. ve ark. tarafından tucker ile kist duvarına fiske edildi. Peroperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. Hastalarda açığa dönüş olmadı. Hastanede kalış süresi ortalama

7 gündü. Ortalama takip süresi 3 yıl olup, herhangi bir nüks saptanmadı.

Sonuç: Kist hidatik cerrahisinin temel prensipleri olan kist içeriğinin yayılmadan boşaltılması, skelosidal ajanlar ile kist kavitesinin sterilizasyonu ve kavitenin kapatılması laparoskopik cerrahide de açık cerrahideki gibi dikkat edilmesi gereken en önemli prensiplerdir. Laparoskopik cerrahi seçilmiş vakalarda güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Hidatik kist, laparoskopi

S 24

LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİDE İLK DENEYİMLERİMİZ

Aziz SÜMER, Umut BARBAROS, Tuğrul DEMİREL, Gülay SARIÇAM, Alp BOZBORA, Ahmet DİNÇÇAĞ, Rıdvan SEVEN, Selçuk MERCAN, Demir BUDAK

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik cerrahideki gelişmeler, uygulamalardaki artan deneyim, cerrahi aletler ve tekniklerdeki ilerlemeler pankreas cerrahisini önemli oranda etkilemiştir. Bu çalışma ile laparoskopik distal pankreas cerrahisindeki ilk deneyimlerimizi sunmak amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç: Bu çalışmaya İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde pankreas hastalıkları nedeniyle laparoskopik distal pankreatektomi uygulanan 10 hasta dahil edilmiştir.

Bulgular: Dört hasta için laparoskopik dalak koruyucu distal pankreatektomi, üç hasta için laparoskopik distal pankreatektomi, bir hasta için laparoskopik enükleasyon, ve iki hasta için tek kesiden laparoskopik distal pankreatektomi ameliyatları uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 154 dakika (100- 300), kan kaybı 100 ml (50-200), hastanede kalış süresi 13,5 gün (4-30) olarak tespit edildi. Olguların altısında komplikasyon görüldü. 4 hastada pankreatik fistül, 1 hastada splenik arter anevrizması ve 1 hastada da intraabdominal abse tespit edildi. Pankreatik fistül olan hastaların ikisi spontan kapanır iken 2 hastaya ERCP uygulandı. Splenik arter anevrizması için coil embolizasyon, intraabdominal abse için ikinci bir operasyon uygulandı. Mortalite saptanmadı.

Sonuç: Eğer laparoskopik distal pankreatektomi pankreas hastalıklarında deneyimli laparoskopik cerrahlar tarafından yapılırsa uygun ve güvenli bir uygulamadır. **AnahtarKelimeler:** Laparoskopi, pankreas hastalıkları, tek kesi

S25

LAPAROSKOPİK PANKREATEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Tarik ARTIŞ, Bahadır ÖZ, Abdurrahman AKAY, Erdoğan SÖZÜER, Zeki YILMAZ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, KAYSERİ

Amaç: Laparoskopik pankreatektomi son 10 yılda artan çalışmalar ile ilgili çekici bir uygulama olmuştur. Seçilmiş hastalarda ve benign tümörlerde bu uygulama uygun ve güvenilirdir. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde yapılan laparoskopik distal pankreatektominin ilk 6 olguda değerlendirilmesidir.

Metot: Aralık-2007 ile Kasım-2010 tarihleri arasında kliniğimizde 6 laparoskopik distal pankreatektomi uygulandı. Cerrahi endikasyonlar preoperatif görüntüleme, klinik bulgular, semptomlar ve biyokimyasal araştırma kombinasyonu ile konuldu.

Sonuçlar: Cerrahi endikasyon sonucunda opere edilen olguların patoloji değerlendirmesi yapıldığında müsinöz kist adenom (1 olgu), seröz kist adenom (1 olgu), gerçek soliter kist (2 olgu), kist hidatik (1 olgu), nöroendokrin tümör (1 olgu) tespit edildi. Erkek/Kadın oranı 1/5 idi. Ortalama operasyon süresi 100 dk, kan kaybı 110 ml idi. Ortalama tümör çapı 2,66 cm (2-4 cm) idi. Açık cerrahiye geçiş olmadı. Postoperatif pankreatik fistül görülmedi. Peroperatif mortalite olmadı. Bir hastada postoperatif 5. günde peripankreatik apse oluştu. Drenaj ve uygun antibiyotik ile tedavi edildi.

Sonuç: Çalışmamız literatür sonuçları ile karşılaştırıldığında kliniğimizde laparoskopik distal pankreatektomi uygun ve güvenli bir şekilde yapılmaktadır. Hasta sayısının artması ve cerrahi tekniğin gelişmesi ile ve minimal invaziv cerrahinin avantajlarını tüm uygun hastalara sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, pankreas

30 Nisan 2011, Cumartesi / 08:30 - 10:00

Serbest Bildiri Oturumu 4:
Kolorektal, Endoskopi, Teknik

Oturum Başkanları:
Rasim GENÇOSMANOĞLU, Yavuz Selim SARI

S 26

TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ; BAŞLANGIÇ DENEYİMLERİMİZ

Merter GÜLEN, Sezai LEVENTOĞLU, Bülent MENTEŞ, Deniz YÜCEL, Mehmet OĞUZ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ANKARA

Amaç: Tek kesiden laparoskopik kolorektal cerrahi son yıllarda kozmezsiz ve minimal morbidite açısından konvansiyonel laparoskopi kadar popülerize olmaya başlamıştır. Bu çalışmadaki amaç tek kesiden laparoskopik kolorektal cerrahi uygulanan 5 vakanın erken dönem sonuçlarının irdelenmesidir.

Hastalar ve yöntem: Kasım 2010-Mart 2011 tarihleri arasında malign patoloji nedeniyle 5 hastaya tek kesiden laparoskopik (TKL) cerrahi uygulandı. Hastaların

demografik özellikleri, operasyon süresi, insizyon uzunluğu, açığa dönme oranı, postoperatif komplikasyonlar ve patolojik sonuçlar önceden hazırlanmış standart formlara kayıt edildi.

Sonuçlar: Üç hastaya TKL sağ hemikolektomi, 1 hastaya anterior rezeksiyon, 1 hastaya da segmenter ince barsak rezeksiyonu uygulandı. Tüm operasyonlar umbilikal insizyondan SILS multi-port (SILS™ Port, Covidien Ltd, Norwalk, CT, USA) yerleştirilerek yapıldı. TKL sağ hemikolektomide ortalama operasyon süresi 115 dak (90-135), ortalama insizyon uzunluğu 5 cm (3-7) olarak saptandı. Hastanede kalma süresi ortalama 4,2 (3-7) gündü. TKL anterior rezeksiyon uygulanan hastada operasyon süresi 175 dak, insizyon uzunluğu 4 cm olarak saptandı. Postoperatif 4. günde hastaneden taburcu edildi. TKL segmenter ince barsak rezeksiyonunda ameliyat 48 dakikada tamamlandı. İnsizyon uzunluğu 4 cm idi. Hastanede kalma süresi 3 gündü. Hastaların tamamı TKL cerrahi prosedürü olarak tamamlandı. Postoperatif TKL sağ hemikolektomi uygulanan 1 hastada ileus gelişti, konservatif olarak tedavi edildi.

Tartışma: TKL cerrahi tekniği kolorektal cerrahide onkolojik olarak güvenli ve uygulanabilir görünmektedir. Ancak rutin cerrahi prosedür olarak yer almasına yapılacak geniş serili prospektif, randomize çalışmaların uzun dönem takip sonuçlarına göre karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesi, laparoskopi, sağ hemikolektomi, anterior rezeksiyon, malignensi

S 27

TEK KESİDEN LAPAROSKOPİ YARDIMLI SAĞ HEMİKOLEKTOMİ

Aras Emre ÇANDA, Çiğdem ARSLAN, Cem TERZİ, Mehmet FÜZÜN

Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi AD, İZMİR

Amaç: Tek kesiden laparoskopik cerrahi teknolojik ilerlemeye paralel geliştirilen aletler yardımı ile kolon cerrahisinde de uygulanabilir hale gelmiştir. Bu çalışmada tek kesiden laparoskopi yardımcı sağ hemikolektomi ameliyatı uyguladığımız hastaların sonuçları ve cerrahi teknik sunulmuştur.

Yöntem: Kasım 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kolorektal Cerrahi Biriminde tek kesiden laparoskopi yardımcı sağ hemikolektomi uygulanan 6 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Umblikus bölgesinden yapılan yaklaşık 3 cm'lik kesi yardımı ile çoğul girişli tek port (Covidien ya da Ethicon) yerleştirildi ve 1 adet 30° açılı 10 mm HD EndoEYE kamera (Olympus), 5 mm'lik Ligasure advanced düz uç (Covidien) ve 5 mm'lik 90° artiküle edilebilen atravmatik grasper (Snowden-Pencer) kullanılarak medialden laterale yaklaşım ile sağ kolon ve terminal ileal segmentlerin mobilizasyonu tamamlandı. Ardından genişletilen kesi hattından hazırlanan segment dışarıya alınarak ileum ve kolon bölündü ve yan yan stapler ekstrakorporeal anastomoz yapıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 68 (52-83), cinsiyet dağılımı eşit idi. Cerrahi endikasyon bir olguda sağ kolon divertiküler hastalığı, 5 olguda ise kanser idi. Çıkarılan spesmen uzunluğu ortalama 26 cm (20.5-40.5), ortalama lenf nodu sayısı 17 (9-26) idi (3 olgu pN0, 3 olgu pN1). Tüm olgularda proksimal, distal ve radial cerrahi sınırlar negatif olarak rezeksiyon yapılmıştır (3 olgu pT2, 1 olgu pT3, 1 olgu pT4a). Ortalama ameliyat süresi 90 dk (75-120), ortalama hastanede kalış süresi gün 7 gün (5-12) dır. Bir olgu dışında (yüzeysel cerrahi alan enfeksiyonu) perioperatif dönemde komplikasyon izlenmemiştir.

Sonuç: Tek kesiden laparoskopik sağ hemikolektomi seçilmiş olgularda onkolojik prensipler sağlanarak güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesi, laparoskopi, sağ hemikolektomi

S 28

VİDEO-LAPAROSKOP KULLANARAK İNTRAOPE-RATİF KOLONOSKOPİ UYGULAMASI; ISI VE ÇAP DEĞİŞKENLERİNİN KALINBAĞIRSAK DOKUSU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN ARAŞTIRILDIĞI DENEYSEL ÇALIŞMA

Turgay ŞİMŞEK*, Oğuzhan BÜYÜKGEBİZ*, Deniz ŞAHİN**, Abdullah GÜNEŞ*, Burcu ERBAY*, Selman ÇINAR*, Yeşim GÜRBÜZ***

*Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD.
**Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji AD.
***Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD. KOCAELİ

Giriş: Sol kolon obstruksiyonlarının acil cerrahisinde intraoperatif kolonoskopi imkânı sınırlıdır. Çoğu ameliyathanede fleksibl kolonoskopi bulunmazken video-laparoskopi sistemleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bu sistemlerin ışık kaynakları soğuk olarak bilinmesine karşın yüksek ısı yaymaktadır. Çalışmamızda intraoperatif kolonoskopide 5 ve 10 mm'lik laparoskopları farklı düzeyde ışık kaynakları ile kullanarak intraluminal ısı değişimlerini ve doku hasarlanmasını araştırdık.

Gereç ve yöntem: Ağırlığı 3200-3800 g arasında değişen 49 adet Avustralya-Yeni Zelanda Tavşanı 7 gruba ayrılmıştır. 175 ve 300 Watt'lık Xenon (Karl-Storz, Alm.) ışık kaynakları ile 5 ve 10 mm'lik laparoskoplar kullanarak intraoperatif kolonoskopi uygulanmıştır. Grup 1 ve grup 4, 5-10 mm'lik skopla ışık kaynağı kontrol grupları, grup 2: 175 Watt 5 mm'lik, grup 3: 300 Watt 5 mm'lik, grup 5: 175 Watt 10 mm'lik, grup 6: 300 Watt orta-üst ısıda 10 mm'lik, grup 7: 300 Watt 10 mm'lik skop kullanılarak kolonoskopi yapılan deney grupları olarak belirlenmiştir. Tam monitörizasyon (femoral arter kateterizasyonu-Biopac sistemi, kulak nabız oksimetrisi) altında ketamin anestezisiyle laparoskopla kalınbağırsak segmentinde 20 dakikalık video-kolonoskopi yapılmıştır. Her beş dakikada fizyolojik parametreler (OAKB, nabız, SatO₂) ile "thermocouple" nodülü ve termal kamera kullanılarak intraluminal, ortam ve vücut ısıları ölçülmüştür. Kalınbağırsak segmentinde histopatolojik hasar skorlaması yapılmıştır.

Bulgular: Tüm gruplar arasında bazal dönem ve intraoperatif kolonoskopi süresince fizyolojik parametrelerde istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Grup 2 ve grup 5'te çap artışının doku hasarını etkilemediği ve kontrol gruplarıyla karşılaştırıldıklarında intraluminal ısı değerlerinde anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Grup 6'da 300 Watt'ın orta-üst seviyede (175 W düzeyi) 10mm'lik skopla kullanımında hasarlanma artmış, anlamlı bulunmamıştır. Grup 7'de ise grup 2-4-5'e göre ($p<0.01$); grup 1'e göre ($p<0.001$) yüksek bulunmuştur.

Tartışma: İntraoperatif kolonoskopide 175 Watt'lık ışık kaynağı 5 ve 10 mm'lik laparoskoplarla kullanıldığında hasar oluşturmamıştır. Video-Laparoskopi sistemleri intraoperatif kolonoskopide düşük ısıda soğuk ışık kaynakları ile kullanıldığında ısı hasarlanmasını oluşturmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İntraoperatif, kolonoskopi, laparoskop

S 29

VİDEO-LAPAROSKOP KULLANARAK İNTRAOPE-RATİF ENTEROSKOPİ UYGULAMASI; ISI VE ÇAP DEĞİŞKENLERİNİN İNCEBAĞIRSAK DOKUSU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Oğuzhan BÜYÜKGEBİZ*, Turgay ŞİMŞEK*, Deniz ŞAHİN**, Abdullah GÜNEŞ*, Burcu ERBAY*, İkbâl OVALI*, Yeşim GÜRBÜZ***

*Kocaeli Üniv., Tıp Fak., Genel Cerrahi AD. KOCAELİ
**Kocaeli Üniversitesi Tıp Fak. Fizyoloji AD. KOCAELİ
***Kocaeli Üniversitesi Tıp Fak. Patoloji AD. KOCAELİ

Giriş: İncebağırsak cerrahisinde özellikle kanamalı acil olgularda intraoperatif enteroskopi gerektiğinde konvansiyonel enteroskopların kullanımı zor ve zaman alıcıdır. Çalışmamızda değişik çaptaki video-laparoskopları farklı güçte ışık kaynaklarıyla kullanarak intraoperatif incebağırsak endoskopisinde laparoskopun kullanılabilirliğini araştırdık.

Gereç ve yöntem: Çalışmada ağırlığı 3500-4200 g ağırlığında 49 adet Avustralya-Yeni Zelanda Tavşanı 7 gruba ayrılmıştır. 175 ve 300 Watt'lık Xenon (Karl-Storz, Alm.) ışık kaynakları ile 5 ve 10 mm'lik laparoskoplar kullanarak incebağırsakta enteroskopi uygulanmıştır. Grup 1 ve grup 4, 5-10 mm'lik skopla ışık kaynağı kontrol grupları, grup 2: 175 Watt 5 mm'lik, grup 3: 300 Watt 5 mm'lik, grup 5: 175 Watt 10 mm'lik, grup 6: 300 Watt orta-üst ısıda 10 mm'lik, grup 7: 300 Watt 10 mm'lik skop kullanılarak enteroskopi yapılan deney grupları olarak belirlenmiştir. Tam monitörizasyonla (femoral arter kateterizasyonu-Biopac sistemi, kulak nabız oksimetrisi) ketamin anestezisi altında incebağırsak segmentinde laparoskop kullanarak 20 dakikalık video-enteroskopi yapılmıştır. Her beş dakikada fizyolojik parametreler (OAKB, nabız, SatO₂) ile "thermocouple" nodülü ve termal kamera kullanılarak intraluminal, ortam ve vücut ısıları ölçülmüştür. İncebağırsak seg-

mentinde histopatolojik hasar skorlaması yapılmıştır.

Bulgular: Tüm gruplar arasında fizyolojik parametrelerde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Grup 2 ve grup 5 karşılaştırıldığında skop çapının incebağırsak hasarına etkisi anlamlı bulunmamıştır (ort.±sem; 2.3 ± 0.3 ve 3.4 ± 0.4). Bunlarda kontrol gruplarına göre intraluminal ısı değerlerinde anlamlı değişiklik saptanmamıştır ($p>0.05$). 300W ışık kaynağı grup 6'da (175 W'a karşılık gelen) orta-üst seviyede, grup 7 ise üst seviyede kullanıldığında kontrol gruplarına göre hasar skorları anlamlı olarak artmıştır. Grup 7'deki hasarlanma grup 2'ye göre de anlamlı olarak artmıştır.

Tartışma: İntraoperatif enteroskopiye video-laparoskopların görüntü kalitesi mükemmeldi. 5 ve 10 mm'lik laparoskoplar 175 Watt'lık ışık kaynağıyla en az hasarla güvenli olarak kullanılmıştır. Bu yeni yöntem minimal invaziv cerrahiye olanak sağlayabilecek bir alternatif yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: İntraoperatif , enteroskopi, laparoskop

S 30

KOLONOSKOPİ UYGULANAN YAŞLI HASTALARDA SEDASYON AMACI İLE KULLANILAN MİDAZOLAM VE MEPEREDİN İLE MİDAZOLAM VE HYOSCİNE N-BUTYL BROMİDE'NİN ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Barlas SULU, Elif DEMİR, Orhangazi ÖZBİLEN, Hasan ALTUN, Yusuf GÜNERHAN, Neşet KÖKSAL, Mehmet Fatih AVŞAR

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, KARS

Amaç: Kolonoskopi, kolon hastalıklarının tanısı için altın standarttır. İşlemin ağrılı ve stresli olmasının yanı sıra, yaşlılarda gençlerden farklı anatomik oluşumların ve ek hastalıkların bulunması bu yaş grubu için uygun sedasyon ilaçlarının önemini artırmaktadır.

Yöntem: 65 yaş üzeri ayaktan kolonoskopi uygulanan 120 hasta rasgele iki gruba ayrıldı. Birinci gruba sedasyon amaçlı 2 mg midazolam intravenöz ve 25 mg meperedin, diğer gruba ise 2 mg midazolam ve 20 mg antispasmodik hyoscine n-butyl bromide intravenöz uygulandı. Bu hastalarda kolonoskopi süresi, çekal ulaşım süresi, işlem sırasındaki ağrıyı değerlendirmek için Vizüel Analog Skalası (VAS), PO₂ seviyesi, işlem öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ve nabız, endoskopist memnuniyeti, Observer's Assessment of Alertness/Sedation Skalası (OAA/S) değerlendirildi.

Bulgular: Birinci ve ikinci grubun yaş ortalaması sırasıyla 72,3 (min: 65, max: 87) yıl ile 73,3 (min: 65, max: 88) yıl idi. Birinci gruptaki hastaların üçünde, diğer gruptan ise bir hastada işlem sırasında hipoksi gelişti. Birinci gruptan altı hastada işlem sonrasında aşırı terleme, anlamsız dudak hareketleri ve geçici hafıza kaybı gelişti. Geçici hipotansiyon birinci grupta üç hastada görülürken diğer grupta bir hastada saptandı. Perforasyon yalnızca bir hastada ve birinci grupta gelişti. Bi-

rinici grubun kolonoskopi süresi: $(25.05\pm5.93)/dk$ ve çekal ulaşım süresi: $(13.78\pm 3.37)/dk$ idi. İkinci grupta ise bu değerler sırasıyla; (19.58 ± 4.82) ve (10.57 ± 2.54) idi ($P<0.05$). İkinci grubun VAS skoru (3.95 ± 0.81) , endoskopist memnuniyeti (7.75 ± 0.89) , sedasyon skalası $(4.51\pm.50)$ iken, birinci grupta bu değerler sırasıyla (4.36 ± 1.37) , (6.78 ± 0.97) ve (2.95 ± 0.74) idi ($P<0.05$).

Sonuç: Kolonoskopi öncesi sedasyon amaçlı midazolam ve hyoscine n-butyl bromide kullanılması, özel bir yaş grubunu oluşturan yaşlı hastalar için olduğu kadar endoskopistler içinde rahatlatıcı yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Kolonoskopi, yaşlı, midazolam, meperedin, hyoscine n-butyl bromide

S 31

PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ SONUÇLARIMIZ: 38 OLGUNUN İRDELENMESİ

Fahrettin ACAR, Hüsnü ALPTEKİN, Hüseyin YILMAZ, M. Ertuğrul KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, KONYA

Amaç: Enteral beslenme, çeşitli nedenlerle oral yoldan beslenemeyen ama gastrointestinal sistem fonksiyonları normal olan olgularda uygulanabilecek bir yöntemdir.

Yöntem: Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fak., Genel Cerrahi Anabilim Dalı Endoskopi Ünitimizde Eylül 2009-Şubat 2011 tarihleri arasında en az 4 hafta süreyle oral beslenemeyeceği öngörülerek PEG yerleştirilmesi planlanan 40 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olgularımızın 38'ine PEG işlemi yapılmıştır. İki olguda; dev mide ülseri varlığı ve nasofarenks kanser nedeniyle endoskopun yutuluplamaması sonucu PEG işlemi yapılamamıştır. Bir olguya özofagus üst uça darlık oluşturan tümör nedeniyle balon dilatasyonunu takiben PEG işlemi yapılmıştır. Hastaların tümü ortalama 95 gün (30-515 gün) takip edilmişlerdir. Oniki olgu takip süresince primer hastalıkları nedeniyle exitus olmuştur. Bu olguların 3'ü ilk 30 gün içerisinde (%7,9), 9'u 30 günden sonra (%23,7) kaybedilmiştir. Olguların ortalama yaşam süresi 90 gün bulunmuştur (10-320). Beş olgumuzda yeterli oral alım başladığı için PEG seti doğrudan çekilerek çıkarılmıştır. Setin takılı kalma süresi medyan 92 gündür (30-326 gün). Sekiz olguya ulaşamadığı için son durumlarını öğrenmek mümkün olmamıştır. Kalan 14 olgu, ortalama olarak 384 gündür takip altındadır (30-515). Serimizde iki olguda antibiyotik tedavisi gerektirecek yara çevresi enfeksiyonu, 1 olguda gömülmüş tampon (buried bumper) sendromu, 1 olguda kateter kenarından hafif sızdırma gözlenmiştir. Toplam minör komplikasyon %7,9, majör komplikasyon oranımız (gömülmüş tampon sendromu) %2,6 saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak, PEG genel anestezi gerektirmeyen, gereğinde yatak başında da kolayca uygulanabilen, düşük morbidite ve mortalite oranları olan bir işlemdir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan endoskopik gastrostomi, PEG

PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ; 200 HASTADA SONUÇLARIMIZ

Hasan BEKTAŞ, Oğuz KOÇ, Y.Selim SARI, Vahit TUNALI, Seher ŞİRİN, Kerim ÖZAKAY, Feyzullah ERSÖZ

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Giriş: Çeşitli nedenlerle oral alımı yeterli olmayan, ancak gastro-intestinal sistem bütünlüğü tam olan hastalarda Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) yapılması günümüzde kullanılan en yaygın yöntemdir. Son yıllarda endoskopun pasaj sorunu nedeniyle uygulanamadığı hastalarda radyolojik yöntemler yardımı ile PEG uygulanmaktadır. Ülkemiz koşullarında azımsanmayacak sayıda hasta sahip serimizi gözden geçirdik.

Materyal ve metod: 2005-2009 yılları arasında endoskopi ünitemizde 200 hastada çeşitli endikasyonlar ile PEG uyguladık. Hastalara girişim; sedasyon ve lokal anestezi uyguladık, hasta yüksek riskli ise anestezi hekimini prosedüre eşlik etti. Hastalarda lateks PEG kitleri kullanıldı. Hastalar ile ilgili tüm bilgiler digital ortamda kaydedildi ve hastalar 3 aylık periyodlar ile takip edildi.

Bulgular: Hastalarımızın 128'i erkek, 72'si kadın idi. Ortalama yaş 63,8 olup, 16-99 arasındaydı. Hastalarda PEG açılma nedeni olan hastalıklar sıklık sırasına göre; serebrovasküler olay, hipoksik ensefalopati, Parkinson, beyin tümörü, ALS, gastrointestinal kanserdi. İşlem sırasında bir hasta genel durum bozukluğu nedeniyle öldü. Diğer hiçbir hastada girişimle ilişkili komplikasyon gelişmedi. Toplam 73 hasta, işlem sonrası taburcu olamadan, girişimden bağımsız primer hastalıkları nedeniyle kaybedildi. Takipteki 104 hastada PEG hala kullanılmakta (Ortalama takip 38 ay), 9 hastada PEG çıkartılmış oral beslenmekte ve 14 hastaya telefon ile erişim sağlanamadı. Toplam 15 hastada PEG değişimi yapıldı. Ölen hastaların PEG kullanma süreleri; 1-330 gün arasındaydı ve ortalama 35,4 gün olarak bulundu.

Sonuç: PEG gastrointestinal sistem devamlılığı tam ancak oral alımı mümkün olmayan hastalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu hastalar çok sıklıkla genel durumları gerek primer hastalıkları ve gerekse beslenememe nedeniyle iyi olmayan, hastalardır. Girişim çok dikkatli şekilde yapılmalıdır. Uygulayıcının deneyimli olması olası komplikasyonları azaltacaktır.

THE ENDOSCOPIC MANAGEMENT of ESOPHAGO-RESPIRATORY FISTULAE

Tarverdi RZAYEV

S. bRehman 45 I-cerrahi hastalıkları, ATU

Özet: Esophago-respiratory fistula (ERF) is a pathological connection between the respiratory system and

esophagus that is vitally hazardous to patients.

12 patients (10 males, 2 females) with ERF have been managed 2003 through February, 2011 in the Central Clinical Hospital of Baku and Oncologic Clinic of Azerbaijan Medical University. Patients were 37-70 years old. In 9 patients ERF appeared because of the esophageal tumor's perforation, and in 3 patients because of postoperative anastomosis dehiscence.

In order to discontinue the fistula all patients underwent the insertion of the covered metallic stent into the esophagus. In one patient the attempt was not successful. Patient had an anastomosis dehiscence after the gastrectomy followed by fistula formation. After 1 month the contrast X-ray and endoscopic examination revealed the narrowing of the fistula pathway and reduction of the esophageal defect. 22 mm x 120 mm covered stent was inserted. After 2 weeks the fistula discontinued. Other patients faced no problem and fistula closed after the stent application.

Thus, the endoscopic examination and correct evaluation of the esophageal defect should be executed prior to the covered metallic stent application. The application of the covered metallic stent is a safe and the most optimal treatment modality for ERF.

Key words: Esophago-respiratory fistula (ERF), endoscopic, covered metallic stent

LAPAROSKOPİK PREPERİTONEAL TÜNEL YÖNTEMİ İLE YERLEŞTİRİLEN PERİTONEAL DİYALİZ KATETERİ UYGULAMALARINDA UZUN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Fatma Ayça GÜLTEKİN*, Güldeniz KARADENİZ ÇAKMAK*, Kemal KARAKAYA*, Ali Uğur EMRE*, Muzaffer Önder ÖNER*, Öge TAŞÇILAR*, Eyüp KÜLAH**, Mustafa CÖMERT*

* Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ZONGULDAK

** Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji AD, ZONGULDAK

Amaç: Mekanik çıkış obstrüksiyonu ve kateter çıkış yerinden olan kaçak sürekli ambulator peritoneal diyaliz (SAPD) uygulamalarında sık karşılaşılan komplikasyonlardır. Bu komplikasyonları azaltmak ve kateterin hızlıca kullanılmasını sağlayabilmek amacıyla ilk kez 2003 yılında ortaya koyduğumuz laparoskopik preperitoneal tünel yöntemiyle kateter yerleştirilen hastaların uzun dönem sonuçları incelenmiştir.

Yöntem: Çalışma Eylül 2003-Şubat 2010 tarihleri arasında son dönem böbrek yetmezliğine bağlı SAPD gereksinimi olan ve yöntemle kateter yerleştirilen hastaların 1-6 yıl arasında değişen uzun dönem sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir. İşlem öncesinde hastalardan imzalı onam alınmıştır.

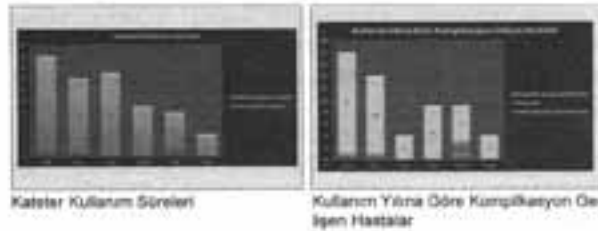
Bulgular: Çalışma periyodu içinde 33'ü erkek ve 25'i kadın 58 hastaya 61 kez tariflenen yöntemle kateter yerleştirildi. Yaş ortalaması 58 yıl olup, 21-89 yıl arası-

da değişmekteydi. Takip süresi olarak hastalar 1 yıl ve 6 yıl arasında değişen sürelerde, mekanik çıkış obstrüksiyonu, kateter kenarından kaçak ve peritonit komplikasyonları açısından takip edildi. Takip süresinde işlemiden bağımsız %13,8 oranında mortalite gözlemlendi. 2 hastada böbrek yetmezliğinin düzelmesiyle kateter çekildi. 2 hastada tıkanma ve 1 hastada gebelik nedeni 2 kez kateter yerleştirildi. Hastaların hiçbirinde kateter kenarından diyaliz sıvısının kaçığı gözlemlenmedi. 3 hastada çıkış obstrüksiyonu ve 2 hastada peritonit geliştiği gözlemlendi. Tıkanma gelişen 1 hasta ve peritonit gelişen 2 hastaya tekrar kateter yerleştirilmedi. Maksimum takip süresi olan 6. yılındaki 4 hastada hiçbir komplikasyona rastlanmadığı ve hastaların halen kateterlerini kullandığı tespit edildi. Bunun dışında 3 ve 4. yıllarındaki, 9 ve 6 hastada da benzer şekilde herhangi bir komplikasyon olmadan tedavilerine devam ettikleri gözlemlendi.

Sonuç: Laparoskopik preperitoneal tünel yöntemiyle SAPD kateteri yerleştirilmesi daha operasyon masasında diyalize başlanabilmesi ve uzun dönemde gözlenen düşük komplikasyon oranlarıyla güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, preperitoneal, tünel, yöntemi

Hastaların Demografik Özellikleri	
Hastaların Ortalama Yaşı	
56,88 yıl (21-89)	
Hasta Sayısı	
Kadın	25
Erkek	33



30 Nisan 2011, Cumartesi / 11:15 - 12:30

Serbest Bildiri Oturumu 5:

Acil, Fıtkı

Oturum Başkanları:

Recep GÜLOĞLU, Selin KAPAN

S 35

APPENDİKS GÜDÜĞÜNÜN KAPATILMASINDA LAPAROSKOPİK İNTRAKORPORAL POLİGLAKTİN SÜTÜR İLE TİTANYUM ENDOKLİPİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mustafa ATEŞ, Abuzer DİRİCAN, Volkan İNCE, Cengiz ARA, Burak IŞIK, Sezai YILMAZ

İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, MALATYA

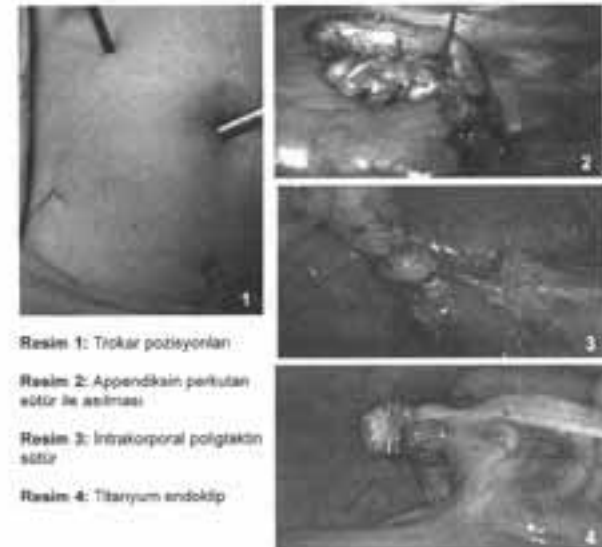
Amaç: Laparoskopik appendektomi gün geçtikçe popülerite kazanmakta olup tekniğin iyi tanımlanmasına karşın appendiks güdüğünün kapatılmasında kullanılan materyallere ait tartışmalar sürmektedir. Bu çalışma ile appendiks güdüğünün kapatılmasında laparoskopik intrakorporal poliglaktin sütür ile titanyum endoklibe ait sonuçların karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışma prospektif randomize planlandı ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul alt 2010/33 numaralı protokol izni ile yürütüldü. Akut appendisit ön tanısı ile Nisan 2010- Şubat 2011 yılları arasında 61 hasta titanyum endoklip (n=30) ve intracorporeal bağlama (n=31) olarak randomize edildi. Standart 3 trokar ile appendiks mezosu damar mühürleme koteri ile serbestleştirildikten sonra appendiks güdüğü ya intrakorporal poliglaktin sütür ile bağlandı ya da titanyum endoklip ile kapatılarak appendektomi yapıldı. Grupların ameliyat süresi, appendiks lokalizasyonu, patolojisi, pre ve post-operatif komplikasyonları ve hastanede kalma süreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 61 hastaya laparoskopik appendektomi yapıldı. Titanyum endoklip grubunda 30 hasta (17 erkek, 13 kadın, ortalama yaş: 28.23±11.1 yıl), intrakorporal bağlama grubunda 31 hasta (19 erkek, 12 kadın, ortalama yaş: 29.35±8.2 yıl) vardı. Ortalama ameliyat süresi titanyum endoklip grubunda 41.32±12 dakika, intrakorporal bağlama grubunda 62.81±15.4 dakika idi (p<0.001). Gruplar arasında yaş, cinsiyet, appendiks lokalizasyonu, patolojisine ait dağılım, hastanede kalış süresi, hastanede kalma süresi, pre-postoperatif ve komplikasyonlar, takip süresi açısından anlamlı istatistiksel fark yoktu (p>0.05).

Sonuçlar: Laparoskopik appendektomi de appendiks güdüğünün kapatılmasında titanyum endoklip kullanımı kolay ve erken dönem sonuçları güvenilirdir. Intrakorporal poliglaktin sütür bağlama ile kıyaslandığında titanyum endoklipin operasyonun süresini anlamlı kısalttığı görüldü. Bu avantajlarının yanı sıra, titanyum endoklipin uzun dönem sonuçlarını irdeleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik appendektomi, titanyum endoklip, intrakorporal poliglaktin sütür bağlama



Resim 1: Trokar pozisyonları

Resim 2: Appendiksin peritoneal sütür ile asılması

Resim 3: Intrakorporal poliglaktin sütür

Resim 4: Titanyum endoklip

LAPAROSKOPİK APANDEKTOMİDE HEM-O-LOK KLİP KULLANIMI; NE KADAR GÜVENLİ?

Elif ÇOLAK, Nuraydın ÖZLEM, Metin KEMENT,
Tahir MUTLU, Kadir YILDIRIM

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi
Kliniği, SAMSUN

Amaç: Günümüzde laparoskopik apandektominin (LA) operasyon süresi, hastanede kalış süresi, postop analjezi gereksinimi ve kosmesis açısından açık apandektomiye daha üstün olduğu konusunda bir şüphe olmamakla birlikte, bazı cerrahların halen ekipman gerektirmesi ve maliyet açısından laparoskopiyi tercih etmede tereddütler yaşadığı aşikardır. LA'nin maliyet hesabında apandektomi güdüğünü kapatmada kullanılan materyallerin önemi büyüktür. Özellikle güdük kapatmada stapler kullanıldığında maliyet önemli derecede yükselmektedir. Bu sebeple stapler dışındaki diğer alternatif güdük kapatma yöntemlerinin güvenilirliğinin araştırılması önem kazanmıştır. Bunlardan bir tanesi de lapaoskopik operasyonlarda büyük damarların kapatılmasında kullanılan absorbe olmayan polimer kliplerdir.

Yöntem: Bu çalışmada LA'lerde güdük kapatmada kullandığımız 2 yöntemi karşılaştırmayı amaçladık.

Bulgular: Kliniğimizde Ağustos 2010- Mart 2011 tarihleri arasında LA uygulanan hastalar bilgisayar ortamında yapılan randomizasyon ile 2 gruba ayrıldı. Grup A'daki hastalarda apandiks güdüğü endoloop (EL) kullanılarak, Grup B'deki hastalarda ise absorbe olmayan polimer klip (Hem- o- lok ,HL) kullanılarak kapatıldı. Ameliyatlara iki cerrah tarafından gerçekleştirildi. Gruplar; demografik bulgular (yaş,cinsiyet), ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, peroperatuar ve postoperatuar komplikasyonlar açısından karşılaştırıldılar (Tablo 1). Hastaların hiçbirinde peroperatuar ya da postoperatuar komplikasyona rastlanmadı. HL'un maliyeti EL'a nazaran daha düşük idi (EL 170 TL iken, HL 30 TL).

Sonuç: Çalışmamızda gruplar arasında hastanede kalış süresi,peroperatuar ve erken postoperatuar komplikasyonlar açısından bir fark olmadığı görüldü.İstatistiksel olarak anlamlı olmasada HL ile yapılan ameliyat sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür.Sonuç olarak LA' lerde güdük kapatmada HL'un kullanımı EL kadar güvenli olması yanında; pratik ,kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli olması nedeni ile tercih sebebi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik apandektomi, endoloop, hem o lok, operasyon süresi, maliyet

Tablo 1. Gruplar arası karşılaştırma

Değişkenler	Grup A(N:11)	(1) Grup B (N:11)	p
Yaş/Yıl (aralık)	30,2 (16-70)	29,3 (18-44)	0,953
Cinsiyet (K/E)	6/5	3/8	0,193
Ameliyat Süresi(ort) (aralık)	72,7 (55-100)	60,3 (30-110)	0,225
Komplikasyon	-	-	-
Hastanede Kalış Süresigün	2	1,9	0,811



SİLS APANDEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Mehmet Abdussamet BOZKURT, Eyüp GEMİCİ, Murat GÖNENÇ, Fatih YANAR, Deniz GUZEY, Halil ALIŞ

Bakırköy Dr. Sadı Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Giriş: Akut apandisit (AA) hastalığı Genel Cerrahi kliniklerinde en sık karşılaşılan bir klinik antitedir. AA tanısı konan hastalar açık cerrahi yöntemlerle olduğu kadar videolaparoskopik yöntemlerle de tedavi edilebilir. Gelişen teknolojinin sağladığı imkanlar ile son zamanlarda uygulanan tek insizyon (SİLS; single incision laparoscopic surgery) cerrahi tekniği de AA tedavisinde yer almaya başlamıştır.

Metod: 1 Ocak 2010 ile 1 Mart 2011 tarihleri arasında kliniğimizde SİLS tekniği ile gerçekleştirilen 16 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar demografik özellikleri, ameliyat süresi ve hospitalizasyon süresi yönünden incelendi.

Sonuçlar: Hastaların 13 tanesi erkek (%81,25), 3 tanesi kadındı (%18,75). Hastaların yaş ortalaması 31,75'ti (16-58). Ameliyat süresi 58,43 dakika idi (15-115). Bir hastada ayrıca iki ayrı port daha oluşturularak ameliyat tamamlandı. Hastaların 15'i (%93,75) ameliyat sonrası 1. günde taburcu edilirken ek port uygulanan hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti ve hasta ameliyat sonrası 15. günde taburcu edildi.

Tartışma: Güvenlik ve maliyet yönünden hala bazı soru işaretleri mevcut olsa da SİLS tekniği, AA tanısı ve tedavisinde konvansiyonel laparoskopi kadar iyi bir eksplorasyon sağlamakta, aynı işlemi tek insizyondan gerçekleştirebilme olanağı vermekte ve daha iyi bir kosmesis ile sonuçlandırmaktadır.

TEK İNSİZYONLU LAPAROSKOPİK APANDEKTOMİDE BAŞLANGIÇ DENEYİMİ

Tarik ARTIŞ, Can KÜÇÜK, Abdurrahman AKAY,
Hızır AKYILDIZ, Erdoğan SÖZÜER

Erçiyas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD,
KAYSERİ

Giriş ve Amaç: İlk olarak Nisan 2007 de tek bir port ile giriş yapılan bir yaklaşım ile laparoskopik kolesistektomi başarıyla gerçekleştirilmiştir. Gitgide artan sayıda yapılan işlemlere apendektomi, inguinal herni onarımları ve splenektomi de eklenmiştir. Biz de bu çalışmada kliniğimizde uyguladığımız tek insizyonlu laparoskopik (SILS) apendektomi uygulamamıza ait başlangıç deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Şubat 2010-Şubat 2011 arasında toplam 15 hastaya SILS apendektomi uygulanmıştır. Bu hastaların operatif verileri irdelenmiştir.

Bulgular: Çalışmadaki 15 hastadan 7'si kadın, 8'i erkek idi. Yaş ortalaması 39 (r, 18-79) idi. Ortalama operasyon süresi 33 dakika (r, 25- 45) idi. Hiç bir olguda ek trokar kullanılmadı. Apendektomi ligasure ve hemolock clips ile gerçekleştirildi. Bir hastaya SILS apendektomi ile birlikte SILS salpenjektomi işlemi gerçekleştirildi. Peroperatif komplikasyon yaşanmadı. Hastalar tümü post 1. gün taburcu edildi. Postoperatif dönemde bir hastada intraabdominal hematoma, bir hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti.

Sonuç: SILS apendektomi klasik laparoskopik apendektomi ve açık apendektomi ile benzer operatif sürelerde güvenli olarak gerçekleştirilebilir. Apendektomi SILS tekniği için öğrenme ve uygulanabilirliğinin en uygun cerrahi prosedür olduğunu düşünmekteyiz. SILS apendektominin kozmetik sonuçları da gözönüne alındığında rutin uygulanan bir yöntem haline gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tek insizyonlu laparoskopi, apendektomi

S39

AKUT KOLESİTİTTE LAPAROSKOPİK TEDAVİNİN YERİ

Barış DEMİRLİZ, İsmail BİLGİÇ, Hayrettin DİZEN, Sibel GELECEK, Ali Emre AKGÜN, Münevver MORAN, Mehmet Mahir ÖZMEN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 7. Genel Cerrahi Kliniği ANKARA

Amaç: Akut kolesistit acil servislere en sık rastlanan hastalıklardan biridir. Beklemeye bağlı sorunlar ve teknolojik gelişmelerle akut kolesistitli hastalar giderek daha sıklıkla erken dönemde ameliyat edilmektedir. Akut olgularda açığa dönüş oranı daha yüksek olsa da laparoskopik kolesistektomi standart tedavi yöntemi haline gelmektedir. Çalışmada akut kolesistit tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: 2008-2011 yılları arasında hastanemiz acil cerrahi servisinde akut kolesistit tanısıyla tedavi edilen 400 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Yattıkları dönemde ameliyat edilen 275 (%68.8) hasta uygulanan cerrahi yöntemine göre yaş, cinsiyet, postoperatif yatış süresi ve komplikasyonları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Akut kolesistit tanısı ile opere edilen 275 hastanın 184 (%67) kadın ve ortalama yaş 59.3 (18-83) yılıdır. Tedavi yöntemine göre hastaların karşılaştırılması

Tablo 1'de gösterilmiştir. Laparoskopik kolesistektomi için açığa dönüş oranı %7.6'dır (15 hasta). Açığa dönme komplikasyonları içinde değerlendirilmediğinde laparoskopik kolesistektomide komplikasyon oranı anlamlı olarak daha azdır (p=0.019). Buna rağmen açığa dönme komplikasyon olarak değerlendirildiğinde arasındaki fark anlamsız olarak çıkmaktadır (p=0.818), yani laparoskopik kolesistektomi açığa dönme olasılığının yüksekliğine rağmen açık kolesistektomiden farklı komplikasyon oranına sahiptir. Ayrıca hastanede yatış süresi laparoskopik olgularda anlamlı olarak daha kısadır (p=0.017).

Sonuç: Akut kolesistit tedavisinde erken laparoskopik kolesistektomi, açık kolesistektomiye göre daha güvenli ve avantajlı bir yöntemdir.

Tablo 1: Tedavi Yöntemine Göre Hastaların Karşılaştırılması

	Açık Kolesistektomi	Laparoskopik Kolesistektomi	p
n	151 (%58.6)	114 (%41.4)	
Yaş	60,1±16,3	58,1±16,7	ns
Cins (K/E)	106/55	78/36	ns
Yatış süresi	3,5±1	1,8±1,1	0,027
komplikasyon	39 (%24,2)	14 (%12,3)	0,019
Açığa dönme dahil komplikasyonlar	39 (%24,2)	29 (%19,9)	0,818
Mortalite	0	0	ns

S 40

PROFESYONEL SPORCULARDA TEP İLE HERNİ ONARIMI

Metin ERTEM, Adem KARATAŞ, Hakan GÖK, Emel ÖZVERİ

*Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

**İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

Özet: Son 10 yıl içinde 21 profesyonel sporcu, laparoskopik TEP tekniği ile inguinal herni onarımı yapılmıştır. Sporculardan 3'ü basketbolcu, 1'i hentbolcu, 16'sı futbolcu, 1'i antrenör olarak çalışmaktaydı. Yaş aralığı 17 ile 32 arasında değişmekte ve hepsi erkek hasta idi. Futbolculardan birinde bilateral skorutuma uzanan herni mevcuttu. Diğer sporcularda herni tek taraflı olup indirekti. Tüm olgularda klinik ve ultrason ile tanı konuldu. Bir hastada herniografi, 3 hastada diagnostik laparoskopi gerçekleştirildi. 5 mm'lik teleskop ile gerçekleştirilen diagnostik laparoskopiyi takiben port girişi sütürle kapatılarak TEP tekniğine geçildi. Sporcu ve genç hastalarda herniler genellikle point herni olup genellikle sporcunun patlama anı olarak tarif ettikleri depar esnasında aniden hareketi kesen ağrı ortaya çıkmasıdır. Ayrıca tanıda pubik ağrı ön plana çıkmaktadır. Biz tanıyı ultrason ile kesinlikle verifiye ettiğimiz olgularda laparoskopik TEP'i seçtik. Ortopedi ile yapılan konsültasyonlar sonrası ortada olan olgularda diagnostik laparoskopiyi başvurduk.

Bu tür cerrahi sonrası şahısların süratle spora dönmesi önemlidir. Biz hastalarımızın hepsinde 10. gün son-

rası düz koşu şeklinde antrenmanlara başlamalarını ve spor hakimleri ile yaptığımız görüşmelerle de 40. gün aktif sporlarına dönmelerini sağladık.

Anahtar Kelimeler: Sporcu, kasık fıtığı, laparoskopi

S 41

LAPAROSKOPİK TOTAL EXTRAPERİTONEAL HERNİ ONARIMI ESNASINDA KONVERSİYON İÇİN STOPPA PROSEDÜRÜNÜN ETKİNLİĞİ

Mustafa ATEŞ, Abuzer DİRİCAN, Ozgor DİNÇER, Volkan İNCE, Adil BAŞKIRAN, Burak IŞIK

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, MALATYA

Amaç: Laparoskopik total extraperitoneal (TEP) herni onarımı esnasında açığa dönme (konversiyon) özelliikle öğrenme sürecinde önemli bir problemdir. Laparoskopik TEP herni onarımının teknik detayları iyi tarif edilmiş olmakla beraber, ihtiyaç durumunda optimal konversiyon yöntemini konu alan çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada laparoskopik TEP herni onarımı esnasında konversiyona ait deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Eylül 2004- Mayıs 2010 yılları arasında laparoskopik TEP herni onarımı esnasında açık cerrahiye geçilen hastalarımızın dosyaları geriye dönük

incelendi. Hastalara 3 trokar ve balon disektör ile laparoskopik TEP operasyonu yapıldı. Konversiyona ihtiyaç duyulduğunda orta hat inzizyon ile Stoppa prosedürüne veya klasik inguinal inzizyon ile Lichtenstein operasyonuna geçilerek herniorafi tamamlandı.

Bulgular: 259 hastanın 26'sında (%10) açık cerrahiye geçmişti. Hastaların hepsi erkekti ve yaş ortalamaları 46 (yaş aralığı) idi. Açığa geçilen 26 hastanın 23'ünde Stoppa prosedürü tercih edilirken geri kalan 3 hastada daha önce geçirilen alt abdominal cerrahi nedeni ile Lichtenstein operasyonu tercih edildi. Açık cerrahiye geçiş sebepleri; peritoneal yırtık, adehezyon, damar yaralanması, pönomotoraks ve teknik cerrahi güçlük idi. Stoppa yapılan hastalarda görülen postoperatif komplikasyonlar seroma (2), üriner retansiyon (5), testiküler ağrı ve şişlik (2) konservatif tedavi ile düzeldi. Lichtenstein herniorafi yapılan hastalarda postoperatif komplikasyon görülmeydi. Hastaların ortalama takip süreleri 18±1.8 ay idi ve bu sürede rekürrens gözlenmedi.

Sonuçlar: Laparoskopik (TEP) herni onarımı esnasında konversiyon cerrah ve hasta için güç bir durumdur. Laparoskopik TEP herni onarımı esnasında Stoppa prosedürü preperitoneal alanda hasar kontrol ve herni onarım olanağı sağladığı için iyi bir konversiyon seçeneğidir. Lichtenstein herniorafi daha önce alt abdominal cerrahi geçiren hastalar için daha iyi bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik TEP , konversiyon, Stoppa, Lichtenstein.

10. Ulusal Endoskopic Laparoskopik Cerrahi Kongresi

VIDEO BİLDİRİLERİ

29 Nisan 2011, Cuma / 08:00 - 08:30

Seçilmiş Video Oturumu 1

Oturum Başkanları:

Tayfun YÜCEL, Mutlu DOĞANAY

V 01

KRONİK TRAVMATİK DİYAFRAM FITİĞİNDA LAPAROSKOPİK MESH HERNİORAFİ

Ediz ALTINLI

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Travmatik diyafram fıtıkları travmanın sık olma-
yan ve diyafram yaralanmalarının %10 da gözlenen bir
durumdur. Genellikle asemptomatik olduğundan ya da
silk klinik belirtiler verdiğinden dolayı tanıları gözden
kaçmaktadır.

Yöntem ve Bulgular: Olgumuz 27 yaşında bayan olup,
yemek sonrası gelişen sol üst kadrın ve göğüs ağrısı, ve
kusma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde
21 yıl önce araç dışı trafik kazasına bağlı künl batın trav-
ma öyküsü mevcuttu. Çekilen PA akciğer grafisinde sol
diyafram elevasyonu görüldü. Toraks BT'sinde midenin
sol hemitoraksda olduğu ve sol diyaframın yırtılmış oldu-
ğu tespit edildi. Üst GİS endoskopisinde mide fundus ve
korpusunun diyaframdan sol torasik kaviteye fıtıklaştığı
görüldü. Yapılan tanısal laparoskopide, omentum majus
ve midenin sol torasik kaviteye yaklaşık 8 x 8 cm'lik açık-
lıktan fıtıklaştığı görüldü. Organlar batına redükte edildi.
15x10 cm'lik dual mesh ile delik tamir edildi. Hasta ame-
liyat sonrası 3. günde sorunsuz taburcu edildi. Takibinin
3. ayında herhangi bir sorun saptanmadı.

Sonuç: Kronik travmatik diyafram fıtıklarında, seçilmiş
vakalarda laparoskopik onarım uygun ve güvenli bir
yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Diyafram fıtığı, laparoskopi

V 02

LAPAROSKOPİK TOUPET FUNDOPLİKASYON- TEKNİK SUNUM

Levent AVTAN

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

André Toupet'in 1963 yılında tanımladığı posterior fun-
doplikasyon tekniği, günümüzde gastroözofageal reflü
hastalığı tedavisinde ve Heller miyotomi ile birlikte la-
paroskopik olarak uygulanmaktadır. Reflü kontrolünde
Nissen fundoplikasyonu kadar etkin olduğu kanıtlan-
mış olan laparoskopik Toupet fundoplikasyonunun
kendi uygulamalarımızdaki teknik aşamaları bu vide-
oda özetlenmiştir.

Dört port (bir 10 mm optik ve üç 5 mm el aletleri ve
ekartör) ile eksplorasyon ve frenogastrik ligamanın bi-
lateral diseksiyonu aşamasında, krus liflerini bütünlü-
ğünü bozmamaya ve üzerlerini örten parietal peritonu
korumaya çalışıyoruz. Avasküler posterior plandan
pencere açarken, krusların posteriorde birleşme nokta-
sından başlayarak sol krus lateralinde kalmaya ve pos-
terior vagusu özofagus tarafında bırakmaya çalışıyo-
ruz. Orijinal Toupet tekniğinden farklı olarak rutin kru-
rafi (tek sıfır ipek ve portegü ile) ve takiben 2400 pos-
terior fundoplikasyonu tercih ediyoruz. Fundusu özefa-
gusun sağında ve solunda 2 ya da 3'er sütürle (iki sıfır
ipek) ve manşonu da her iki yanda krusa tesbit ederek
fundoplikasyonu tamamlıyoruz.

Intraabdominal özofagus en az 3 cm olacağı şekilde
oluşturulan posterior parsiyel manşon ile daha az takılma
hissi ve yutma güçlüğü ile karşılaşılması umulmaktadır.
Üstelik literatürde midede gaz oluşumunda azalmanın ve
gaz çıkarma yeteneğinde artışın, kısa gastrik damarların
korunması ile ilişkili olduğunu (Nissen-Rosetti modifikas-
yonunda olduğu gibi) destekleyen kanıtlar mevcuttur.
200 küsur olguluk Nissen-Rosetti tecrübemiz, bize fun-
dus iskeletizasyonundan kaçınmanın çoğunlukla müm-
kün olduğunu ve ameliyat sonrası hasta konforunu artır-
dığını, cerrahi girişimi kısalttığını göstermektedir.

Intrakorporal dikiş ve düğümüne alışkın ellerde Toupet fundoplikasyonu rutin olarak uygulanabilecek bir tekniktir. Videoda, uyguladığımız tekniğin bu bahsi geçen detayları vurgulanarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Toupet, fundoplikasyon, laparoskopi

V 03

TORAKO-LAPAROSKOPİK TOTAL ÖZOFAJEKTOMİ

Metin ERTEM

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Özet: İki olguda uyguladığımız teknik ve sonuçları sunulmuştur.

1. olgu: 62 yaşında kadın hasta. Orta özofagus epidermoid ca tanısıyla neoadjuvan radyoterapi almıştır.

2. olgu ise 67 yaşında erkek hasta. Distal özofagus adeno ca tanısı nedeniyle opere edilmiştir.

Hastalar prone pozisyonunda operasyona başlanarak sağ torakstan 3 adet trokar girişi kullanılmıştır. Özofagus ve mediasten lenf diseksiyonu yapıldıktan sonra hasta çevrilerek supine pozisyonunda, 30 derece ters trendelenburgda laparoskopik olarak mide tüp şeklinde hazırlanarak toraksa çekilmiş ve boyunda anastomoz gerçekleştirilmiştir.

Postoperatif dönemde 2. gün toraks tüpü çekilmiş, 5. gün radyolojik tetkik sonrası oral gıda başlanmıştır. Hastalar sırasıyla postoperatif 9 ve 7. günlerde taburcu edilmiştir.

Video sunumunda tekniğin detayları ve önemli noktaları vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Torakoskopik, laparoskopik, özofajektomi

V 04

LAPAROSKOPİK TOTAL RADİKAL GASTREKTOMİ (D2 DİSEKSİYON); OLGU SUNUMU

Oktar ASOĞLU

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Radikal mide kanseri cerrahisinin laparoskopik olarak yapılabilirliğini irdemeleyi amaçladık.

Giriş: Mide kanserinin cerrahi tedavisinde genişletilmiş radikal lenfadenektominin sağ kalıma sağladığı katkı bir çok Japon ve Avrupa kökenli yayında gösterilmiş ve mide kanseri tedavisinde radikal cerrahi artık kabul edilmiş bir tekniktir. Gastrektomiye ek olarak midenin ana damarsal yapılarının orjiniinde bağlanması, mide çevresi istasyonlara ek olarak çölyak trunkus çevresi, hepatic arter çevresi, splenik arter trasesi ve dalak hilusu gibi 2. alan lenf nodu istasyonlarının piyese dahil edilmesi tekniği zahmetli ve deneyim gerektiren bir teknik olmasına neden olmuştur. Laparoskopi sağladığı magnifikasyon ve keskin diseksiyon şansı ile vasküler yapıların güvenle orjiniinde diseke edilmesine olanak

sağlayabilmektedir. Onkolojik basamaklara bağlı kalınarak mide cerrahisinde genişletilmiş lenfadenektomi laparoskopik olarak yapılabilir.

Araç-Yöntem: Teknik video sunumu ile anlatılacaktır.

Sonuç: Deneyimli merkezlerde, yeterli alt yapı sağlanırsa radikal mide cerrahisi, laparoskopik olarak yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Mide kanseri, laparoskopi

30 Nisan 2011, Cumartesi / 08:00 - 08:30

Seçilmiş Video Oturumu 2

Oturum Başkanları:

Neşet KÖKSAL, Halil ALIŞ

V 05

ROBOT YARDIMLI DİSTAL PANKREATEKTOMİ

Orhan BİLGE*

Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Robot yardımcı distal pankreatektomi uygulanan ilk beş olgu ile ilgili deneyimleri paylaşmak.

Yöntem: Eylül 2010-Aralık 2010 tarihleri arasında, toplam beş hastaya pankreas boynu veya kuyruğu yerleşimli kistik lezyon nedeni ile Da Vinci Sİ® sistemi kullanılarak robot yardımcı distal pankreatektomi yapıldı. Bu olgular, demografik veriler, ameliyat endikasyonları ve tekniği, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri, erken dönem komplikasyonlar ve patolojik inceleme sonuçları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Beş hastanın dördü kadın, biri erkekti. Ortanca yaş 58 (26 - 63) idi. Üç hasta pankreasta rastlantısal olarak saptanan kistik lezyonlar nedeni ile ameliyat edilirken, iki hastada lezyonlar karın ağrısı nedeni ile yapılan tetkikler sonucu saptandı. Lezyonlar iki hastada boyun, üç hastada kuyruk yerleşimliydi. İlk iki hastada rezeksiyona splenektomi de eklenirken, sonraki hastalarda dalak korundu. Ortalama ameliyat süresi 242 (120-420) dakika, ortalama hastanede kalış süresi 5.4 (4-7) gün idi. Ameliyat sonrası iki hastada pankreas fistülü gelişti. Ameliyat parçalarının patolojik incelemesi sonucu iki hastada selim müsinöz kistik neoplazi, üç hastada intraduktal papiller müsinöz neoplazi saptandı. Lezyon boyutları 6 - 60 mm arasında değişiyordu. Dört hastada tek bir kistik lezyon saptanırken bir hastada birden fazla kistik lezyon vardı.

Sonuç: Robot yardımcı cerrahi, distal pankreas rezeksiyonlarında kullanılan aletlerin ergonomisi, bunun sonucu olarak dalağı korumaya daha fazla imkan tanıması ve tekniğe özgü komplikasyona yol açmaması göz önüne alındığında klasik laparoskopik cerrahiye üstünlüğü olan bir yöntem olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Robotik pankreatektomi, robot yardımcı pankreatektomi, distal

LAPAROSKOPİK ENDO-ORGAN GASTRİK TÜMÖR EKŞİZYONU

Turgut İPEK

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

Özet: Benign ve malign lezyonların intragastrik cerrahisi minimal invaziv cerrahinin endo-organ gastrik cerrahi olarak adlandırılan yeni bir formudur. Bu yeni yaklaşım kötü yerleşimli gastrik neoplazmlar yada standart transoral endoskopik eksizyon için büyük lezyonlarda tercih edilir. Granüler Hücreli Tümör (GHT) sıklıkla deri ya da subkütan dokudan gelişmesine rağmen %5-9 oranında gastrointestinal sistemde ortaya çıkmaktadır. Genellikle benign ve asemptomatik bir lezyon olup olguların %2-4'ü maligndir. Gastrointestinal sistemde görülen GHT'nin 1/3'ü özofagusta lokalizedir ve genellikle özofagusun distal kısmına yerleşmektedir. Özofagus distalinde çoğu solid, iyi sınırlı, ağrısız, 3 cm'den küçük, soluk sarı renkte submukozal bir nodül olarak izlenir. Fakat annuler özofagus stenozuna neden olacak kadar büyüyebilirler. E.G 36 yaşında kadın hastada dispepsi ve epigastrik ağrı yakınmaları ile 28.10.2010 tarihinde yapılan endoskopide "kardiyada retroversiyonda ortası erode submukozal kitle" tespit edildi. 27.12.2010 tarihinde endosonografi yapılarak "kardiyada 1 cm m. propria kaynaklı hipoekoik lezyon" tespit edilerek biopsi alındı. Biopsi raporu "Granüler Hücreli Tümör" gelmesi üzerine bulunduğu yer ve büyüme seyri göz önüne alınarak tam eksizyon planlandı.

17.02.2011 tarihinde laparoskopik olarak intragastrik eksizyon planlandı. Pnömoperitoneum sonrası 10mm trokardan kamera yerleştirildi. 5 mm trokardan karaciğer ekartasyonu uygulandı. Mide ön yüzünden 3 adet 10 mm'lik Balonlu Blunt tip (OMST10BT-covidien) trokanı girilerek kamera, operatif port ve ultracision (Ethicon) ile lezyona intragastrik eksizyon uygulandı. Mide giriş yerleri sütüre edildi. Metilen mavisi ve hava testi ile kontroller tamamlanarak laparoskopik işleme son verildi.

Asemptomatik küçük lezyonlar yalnızca gözlem gerektirirken, büyük yada büyüyen lezyonlar minimal invaziv yöntemler ile cerrahi eksizyon gerektirir. Intraluminal gastrik cerrahi sık uygulanan yöntem olmadığından geleceğe ışık tutması açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, endo-organ, gastrik tümör, intra-gastrik, intra-luminal

LAPAROSKOPİK KARACİĞER ADENOM REZEKSİYONU VE EŞ ZAMANLI LAPAROSKOPİK JİNEKOLOJİK GİRİŞİM- TEKNİK SUNUM

Kaya SARİBEYOĞLU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

Günümüzde laparoskopik olarak karın içerisinde konvansiyonel teknik ile yapılan tüm girişimlerin uygulanması mümkündür. Bu sunumda karaciğer yerleşimli adenoma ve bilateral over yerleşimli endometriyal kist ve subseröz miyomu olan hastanın laparoskopik olarak tedavisi teknik video sunum olarak hazırlanmıştır. Yirmi altı yaşında kadın hasta bilinen over kistleri ve subseröz yerleşimli miyomu için takip edilirken karaciğer segment 6 ve 7'de yer alan, 4 cm çaplı kitle saptanarak kliniğimize sevk edilmiş. Preoperatif biyopsi sonucu karaciğer adenomu olarak bildirilen hastanın, jinekolojik patolojisi ve karaciğer yerleşimli lezyonun eş zamanlı laparoskopik eksizyonu planlandı. Genel anestezi altında hastaya uygun pozisyon verildi. İlk trokar sağ üst kadrandan, kosta arkın yaklaşık 4 cm altından, midklaviküler hat üzerinden açık teknik ile girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu. Karaciğerden kitle rezeksiyonu için buna ilave olarak bir adet 10 mm'lik ve iki adet beş mm'lik trokar kullanıldı. Jinekolojik girişim için ilave bir 5 mm trokar eklendi. Rezeksiyon sırasında hemostaz ve diseksiyon için 5 mm Ultracision (Harmonic Ace, Ethicon Endosurgery, Cincinnati, OH) ve laparoskopik bipolar damar kapatıcı kullanıldı. Hastanın karaciğer adenomu total rezeksiyonu edildi. Sonrasında yine laparoskopik olarak bilateral endometriyal kist eksizyonu ve miyomektomi işlemi uygulandı. Rezeksiyon piyesleri 4 cm'lik Pfannenstiel insizyonundan çıkarıldı. Toplam ameliyat süresi 150 dakika karaciğer rezeksiyonu süresi 45 dakika idi. Hasta ameliyat sonrası komplikasyonsuz olarak 5. günde taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer rezeksiyonu, adenom, laparoskopi, over, endometriyal kist

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE PEROPERATUAR KOLANJİOGRAFİ

Yavuz Selim SARI

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi (LK) hastane kalış süresinin kısa, postoperatif ağrının ve görünür skar dokusunun az olması nedeniyle kolesistektomilerde "altın standart" olarak kabul edilmiş olan avantajlı bir cerrahi yöntemdir. Tüm bu avantajların yanı sıra laparoskopik kolesistektominin güvenilir olması da gerekmektedir. LK'lerde safra yolu yaralanma oranları klasik kolesistektomiye oranla daha yüksektir. LK'de peroperatuar kolanjiyografi (POK) uygulanması iatrojenik safra yolu yaralanmalarını önleyebilir.

Gereç ve Yöntem: Surp Piriçi Hastanesinde 2001 - 2011 yılları arasında LK uygulanmış olan 84 olgudan 24'ünde (%28) laparoskopik peroperatuar kolanjiyografi (LPOK) uygulandı. LPOK uygulama endikasyonları geçilmiş sarılık, kolestaz enzimlerinde yükselme ve yapılan preoperatif ultrasonografide koledokta dilatasyonunun saptanmasıydı.

Bulgular: Olgulardan 13'ü kadın, 8'i erkek ve yaş orta-

laması 54,6 idi. Toplam 24 olgudan 22'sinde görüntüleme başarı sağlandı. 12 hastada semptomatik safra kesesi taşı, 4 hastada akut ödematöz pankreatit, 6 hastada akut kolesistit mevcuttu. Olguların 2'sinde preoperatif ERCP uygulanmıştı. Ortalama peroperatuar kolanjiografi süresi 23 dakika olarak ölçüldü. Hiçbir olguda anatomik varyasyon, anomali veya safra yolu taşı görülmedi. Hiçbir hastada peroperatuar kolanjiografiye bağlı komplikasyon olmadı.

Sonuç: LPOK rutin olarak uygulanması gerekli olmasa da selektif olarak uygulanması gerekli olan ve bu nedenle bilinmesi gereken bir yöntemdir. Uygun endikasyonlarda ameliyatın güvenli bir biçimde sonlandırılmasını sağlayabilir. LPOK yapılması planlanan hastalarda ameliyathane koşullarını buna göre düzenlemek gereklidir. LPOK genellikle preoperatif olarak planlandığı gibi intraoperatif olarak anında karar verilip, yapılması gerekli de olabilmektedir. Bu nedenle ameliyathane koşullarını buna göre düzenlemek gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, peroperatuar kolanjiografi

28 Nisan 2011, Perşembe / 13:30 - 15:00

Video Bildiri Oturumu 1:

Mide, Obezite

Oturum Başkanları:

Güner ÖGÜNÇ, Mehmet Mahir ÖZMEN

V09

MİDE YERLEŞİMLİ GİST'İN STAPLER KULLANMADAN LAPAROSKOPİK OLARAK ÇIKARILMASI

Ömer KARAHAN, Ahmet OKUŞ, Mehmet Ali ERYILMAZ, Nergis AKSOY, Barış SEVİNÇ

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, KONYA

Amaç: Laparoskopik olarak, stapler kullanmadan çıkartılan mide yerleşimli GİST'ün laparoskopik tedavisine ait video görüntülerini sunmak.

Vaka: 209/2010 protokol numaralı DAK, 37 yaşında erkek hasta. Yirmi gün önce hematemez ve melanası olmuş. Gastroskopiye mide antrum ön yüzde ülser submukozal lezyon belirlenmiş. Biyopsi sonucu mezenkimal tümör olarak rapor edilmiş. Tedavi için kliniğimize yönlendirilen hastanın ameliyattan önce gastroskopisi tekrarlandı. Tümörün yerleşimi tam olarak belirlendi. Mide antrum ön yüzde yaklaşık 4x3x2 cm'lik submukozal tümörle lezyon vardı. Laparoskopik tedaviye uygundu. Kamera girişi için göbeğin hemen üstünden bir 10 mm'lik, sağ rektus kası hemen dış yandan bir 5 mm'lik, bunun 3 cm üst dış yandan yine 5 mm'lik ve sol

rektus kası dış yanda 10 mm'lik bir trokar ile karna girildi. Trokarların tamamı göbek üst kesiminde idi. Mide ön yüze askı dikişi konularak endoskopide görülen tümöre yaklaşık 1cm mesafeden, büyük kurvatur tarafından mide makasla açıldı. Bu kısımdan başlayarak tümör kenarlarından 1cm sağlam mide duvarı çıkarılacak şekilde harmonik cihazıyla kesildi. Piyes frozen incelemesine gönderildi. Birinci kat 2/0 devamlı vikril, ikinci kat tek tek 2/0 ipek dikişlerle kapatıldı. Dren konulmadı. Postoperatif 2.gün ağızdan gıdaya başlandı ve 4. gün taburcu edildi. Çıkartılan tümörün frozen ve normal takiple yapılan patolojik değerlendirmeleri benign karakterli GİST olarak rapor edildi. 6 ay sonra hastanın klinik ve endoskopik değerlendirilmesinde patolojik bulguya rastlanmadı.

Sonuçlar: 1-Cerrah tarafından yapılan endoskopik değerlendirme lezyonun tedavi yöntemini belirlemede ve ameliyatta lezyon lokalizasyonunda büyük kolaylık sağlar. 2-Midenin submukozal benign lezyonları laparoskopik olarak tedavi edilirken maliyeti artıran bir faktör olan stapler kullanmak şart değildir.

Anahtar Kelimeler: GİST, laparoskopik girişim, stapler, endoskopi

V 10

GASTRO İNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR NEDENİYLE LAPAROSKOPİK PARSİYEL GASTREKTOMİ; OLGU SUNUMU

Tuğrul TANSUĞ, Türker KARABUĞA***

**Anadolu Sağlık Merkezi Genel Cerrahi İSTANBUL*

***Bozkır Devlet Hastanesi Genel Cerrahi KONYA*

Amaç: Midede gastrointestinal stromal tümör (GIST) nedeniyle laparoskopik parsiyel gastrektomi uygulanan bir olgunun ameliyatının video sunumu amaçlandı.

Yöntem: Ekim 2010'da gastroskopi tetkikinde mide korpusunda 4 cm çaplı bir kitle saptanan ve GİST ön tanısı alan bir olgu laparoskopik olarak opere edildi. Üç trokar ile batına girildikten sonra mide korpusunda anteriorda yerleşmiş ve mide duvarından batın içine uzamış kitle görüldü. Karaciğer ekarte edildikten sonra mide büyük kurvatur tarafında omental ve damarsal bağlantılar ayrıldı ve endoskopik kapatıcı kesici staplerler ile tümör çevresinde sağlam doku bırakılarak kısmi mide rezeksiyonu yapıldı. Stapler hattına destekleyici sutureler konulduktan sonra ameliyata son verildi.

Bulgular: Midede yanma, hazımsızlık şikayetleri olan 67 yaşındaki erkek hastanın midesinde saptanan tümörle kitle sağlam cerrahi sınırlarla çıkarıldı. Hastanın postoperatif dönemi sorunsuz seyretili ve üçüncü gün taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu düşük riskli GİST olarak rapor edildi.

Sonuç: Mide tümörlerinin çıkarılmasında laparoskopik yöntem güvenle uygulanabilecek bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Mide, GİST, laparoskopik gastrektomi

TEK KESİDEN LAPAROSKOPIK DİSTAL SUBTOTAL GASTREKTOMİ

Umut BARBAROS*, Aziz SÜMER**, Tuğrul Demirel***, Berkay KILIC*, Ahmet DİNÇÇAĞ*, Rıdvan SEVEN*, Selçuk MERCAN*

* İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, VAN

*** Memorial Hizmet Hastanesi, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik gastrektomi erken evre mide kanserlerinin tedavisinde kabul edilen bir yöntemdir. Bu yöntem açık cerrahiden daha az invazivdir ve onkolojik sonuçları da açık cerrahi ile karşılaştırılabilir düzeydedir. Tek kesi ile laparoskopik cerrahi bir çok batin içi organ cerrahisinde başarı ile uygulanmıştır. İlk tek kesiden laparoskopik subtotal gastrektomi uyguladığımız erken evre mide kanseri olan olguyu sunmak istedik.

Yöntem ve Gereç: 28 yaşında bayan olgu prepiyorik antral tümör tanısı ile operasyona alındı. Endoskopik biyopsinin patoloji sonucu gastrik adenokanser olarak rapor edildi.

Bulgular: İki cm uzunluğunda göbektan yapılan kesi ile batına özel dizayn edilmiş SILS port yerleştirildi. Kamera ve diğer iki artiküle alet ile distal subtotal gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Peroperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgu postoperatif 5. inci günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Ortalama ameliyat süresi 240 dakika, ortalama kan kaybı 100 ml idi. 26 lenf nodu dissekte edildi. Patolojik incelemede tümörün pT2N0 olduğu tespit edildi.

Sonuç: Yazarların ilk tek delikten laparoskopik distal subtotal gastrektomi deneyimi erken evre gastrik kanserlerde bu yöntemin güvenli ve uygulanabilir bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesi, laparoskopi, gastrektomi

V 12

LAPAROSKOPIK GASTRİK BAND SONRASINDA GELİŞEN AKUT GASTRİK STOMA OBSTRÜKSİYONA BAĞLI GASTRİK BANDIN ÇIKARTILMASI

Halil COŞKUN*, Süleyman BOZKURT*, Tuba ATAĞ**, Naim MEMMİ*, Hüseyin KADIOĞLU*, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU*

* Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

** Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Özet: Laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB) ameliyatı sonrasında ortaya çıkabilen akut gastrik stoma obstrüksiyonu gastrik bandın %3.6 oranında görülen

komplikasyonu olup hem erken hem de geç dönemde görülebilmektedir. Yemek intoleransı ve proksimal mide poşunun dilatasyonuna neden olmaktadır. Poştaki dilatasyon gastrik bandın kayması, bandın kötü yerleştirilmesi, aşırı yemek alımı veya proksimal gastrik poşun çok büyük bırakılmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

İki yıl önce LAGB uygulanma öyküsü olan 38 yaşında kadın hasta bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Üst gastrointestinal endoskopide proksimal pošta dilatasyon tespit edildi ve band distalindeki mideye endoskop ile geçilemedi. Aynı gün yapılan laparoskopide proksimal gastrik poşun ileri derecede dilate olduğu ve distal midenin band içerisinden proksimal mide poşuna invajine olduğu görüldü. Laparoskopik olarak devajinasyon uygulandı ve gastrik band çıkartıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 1. gün taburcu edildi.

Bu videoda gastrik banda sekonder geç dönemde ortaya çıkan bir akut stomal obstrüksiyon olgusu ve laparoskopik yöntemle tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, laparoskopik ayarlanabilir gastrik band, akut gastrik stoma obstrüksiyonu

V 13

OBEZİTE TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK GASTRİK BANDDAN LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİYE GEÇİŞ

Süleyman BOZKURT, Halil COŞKUN, Yeliz Emine ERSOY, Gökhan ÇİPE, Levent KAPTANOĞLU, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB), obezite tedavisinde dünyada yaygın olarak kullanılan, güvenilir ve etkin bir restriktif bariatrik cerrahi yöntemdir. LAGB, 5 yıllık izlemde %54-58 gibi fazla kilo kaybı yüzdesi (%FKK) sağlayabilmekteyse de, zaman içinde başarısızlık oranlarının ve komplikasyon riskinin arttığı da bilinmektedir. Bu başarısızlık ve komplikasyonlar arasında yetersiz kilo kaybı (1 yılda <30%FKK), geri kilo alımı, band kayması, poş dilatasyonu ve özofageal dilatasyon, band migrasyonu, GÖRH, kontrol edilemeyen port ve band enfeksiyonu, band intoleransı görülebilmektedir. Yıllık LAGB reoperasyon oranları %3-4.7 arasında değişmekte bazı kaynaklara göre %9.4'e çıkabilmektedir. Bir başka bariatrik prosedür olan laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG), başlangıçta iki aşamalı biliopankreatik diversiyon uygulanan hastalarda birinci aşama cerrahi olarak uygulanmış, ancak % FKK açısından tek başına etkin bulunması aynı bir cerrahi prosedür olarak kabul edilmesini sağlamış ve popülaritesini artırmıştır. Son zamanlarda, LSG revizyonel bir cerrahi olarak LAGB uygulanan komplikasyon gelişmiş ya da başarısız beklenen düzeyde olmayan hastalarda bir alternatif olmuştur. Bu video sunumumuzda iki hastamızda, aynı seansta LAGB çıkarılmasını takiben LSG'ye dönülmesi prezante edildi.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, laparoskopik ayarlanabilir gastrik band, laparoskopik sleeve gastrektomi

V 14

SÜPER-SÜPER OBEZLERDE LAPAROSKOPİK BPD (BİLİYO-PANKREATİK DİVERSİYON)

Umut BARBAROS*, Aziz SÜMER**, Tugrul DEMİREL***, Berkay KILIÇ*, Mustafa TÜKENMEZ*, Alp BOZBORA*, Ahmet DİNÇÇAG*, Rıdvan SEVEN*, Selçuk MERCAN*, Demir BUDAK*

*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, VAN

***Memorial Hizmet Hastanesi, İSTANBUL

Amaç: Dünyada obezite prevalansı epidemik boyutlara ulaşmaktadır. Bariatrik cerrahi halen ciddi morbid obezitenin tek etkili tedavi yöntemidir. Bariatrik cerrahinin süper-süper obez olarak tanımlanan VKİ>60 olan olgularda bilinen riskleri vardır. Ancak yine de bu grup hastalarda optimal kilo kaybı biliyopankreatik diversiyon (BPD) ile elde edilebilir. Bu operasyon teknik olarak zordur. Bu çalışmada süper-süper obez olgusunda uyguladığımız biliyopankreatik diversiyon (BPD) ameliyatını sunmak istedik.

Yöntem ve Gereç: VKİ 80 kg/m² olan 33 yaşında bayan olgu super-super morbid obez tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Olgunun eşlik eden hipertansiyon ve uyku apne sendromu mevcuttu. Olguya laparoskopik BPD yapılması kararlaştırıldı. Hasta ve yakınlarından aydınlatılmış onamı alındı.

Bulgular: Olguya 5 trokar kullanılarak laparoskopik biliyopankreatik diversiyon uygulandı. Peroperatif ve postoperatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon saptanmadı. Ameliyat süresi 240 dakika, ortalama kan kaybı 150 ml olarak tespit edildi. Olguya postoperatif 3.üçüncü günde sıvı gıda başlandı. Olgu postoperatif 6. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Yazarların süper-süper obezde laparoskopik biliyopankreatik diversiyon deneyimi VKİ 60 ve üstünde olan olgularda bu yöntemin güvenli ve uygulanabilir bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Süper-süper obez, BPD, laparoskopik

V 15

MORBİD OBEZİTEDE LAPAROSKOPİK ROUX-EN-Y GASTRİK BYPASS SONRASI GEÇ GASTROGASTRİK FİSTÜLÜN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Mehmet GÖRGÜN, Ender BADEMKIRAN, Serdar GÜRSUL, Kamil PEHLİVANOĞLU, Azad Gazi ŞAHİN

Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

Olgu: Ç. G. 19 yaşında. Üniversite öğrencisi. Morbid

obezite nedeniyle uyku apne şikayetleriyle başvurdu. 170 cm boy ve 118 kg ağırlıktaydı. VKİ: 40.5 kg/m² idi. 13.6.2008 tarihinde laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass operasyonu yapıldı. Postop dönemi olağan seyretti. Postop 3. ay sonunda 100 kg ve 6. ay sonunda 90 kg'a indi. Ancak daha sonra 9. aydan itibaren kilo verimi durdu. Hasta gıdaları fazla tüketmeye başladığını ve doymadığını ifade ederek başvurdu. Çekilen grafilerde patoloji anlaşılamadı. İstenen gastroskopide pylora kadar geçildiği ifade edildi. Ancak tarafımızdan bu yanlış değerlendirme olarak algılandı. Hastaya spor ve diyet önerilerinde bulunarak kontrol önerildi. Bu tarihten sonra kilo vermediği aksine aşırı kilo aldığı öğrenilerek tekrarlanan gastroskopi ve grafilerde gastrogastrik fistül tespit edilerek 20.10.2010 tarihinde 110 kg ve 39.5 kg/m² ile Laparoskopik olarak fistül traktının ayrılması işlemi yapıldı. Postop 5. ay sonunda 14 kg ve 96 kg'a inen hasta halen takibimizdedir.

Anahtar Kelimeler: Morbid obezite, laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass, fistülizasyon

V16

LAPAROSKOPİK ROUX-EN-Y GASTRİK BYPASS SONRASI GELİŞEN GASTROJEJUNOSTOMİ ANASTOMOZUNUN ŞİDDETLİ DARLIĞININ LAPAROSKOPİK REZEKSİYON VE REANASTOMOZ İLE TEDAVİSİ

Mehmet GÖRGÜN, Ender BADEMKIRAN, Serdar GÜRSUL, Kamil PEHLİVANOĞLU, Azad Gazi ŞAHİN

S. B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

Olgu: N. G. 54 yaşında, ev hanımı, boy 165 cm ve 126 kg ağırlık ve VKİ: 46 kg/m² ile morbid obezite ve metabolik sendrom nedeniyle yatırıldı. 21.09.2010'da laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass uygulandı. Postop sorunsuz geçti. 2. aydan itibaren yutma zorlukları başlayan ve 15 günde giderek şiddetlenen hastaya yapılan gastroskopi de gastrojejunal anastomozun çok aşırı daralmış (3-4 mm) ve çok sert yapıda olduğu görüldü. Gastroenterologlarca balon dilatasyonu tekrar tekrar değişik seanslarda denenmesine rağmen yapılamadı. Çok az sıvı dışında hiç gıda alamayan hasta yatırılarak 10.12.2010 tarihinde laparoskopik olarak gastrojejunal anastomoz bölgesi rezeke edilerek tekrar gastrojejunostomi yapıldı. Halen ağızdan normal gıda alabilen hastamız takibimizdedir.

Video Bildiri Oturumu 2:

Üst GIS, Fıtık

Oturum Başkanları:

Ahmet DİNÇÇAĞ, Haldun GÜNDOĞDU

V 17

ÖZOFAGUS KANSERLERİNDE MINİMAL İNVAZİV CERRAHİ DENEYİMİMİZ; 8 OLGU

Servet Rüştü KARAHAN*, Ayhan ÖZSOY*,
Bora KOÇ*, Gökhan Toğa ADAŞ*, Hakan GÜVEN**

*Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

**Sağlık Bakanlığı Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Özofagus kanserleri günümüzde nadir görülen kanser grubundandır. Özofagus kanserinde minimal invaziv cerrahi yaklaşımı son dönemlerde tercih edilen yöntem haline gelmiştir. Biz bu çalışmamızda Ocak 2008-Ocak 2011 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan 8 adet laparoskopik-torakoskopik total özofajektomi+gastrik pullup vakasını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2008-Ocak 2011 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan 8 adet özofagus vakası retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Özofagus kanseri tanısı ile opere edilen hastaların 5'i kadın, 3'ü erkekti. Ortalama yaş 56,8'di (36-70). Tüm hastaların preoperatif dönemde endoskopisi yapılmış ve patolojik olarak kanser tanısı almışlardı. Ortalama ameliyat süresi 46 dakikaydı. Ortalama hastanede kalış süresi 9 gündür (6-18). Operasyon tekniği olarak öncelikle modifiye litotomi pozisyonunda abdominal yaklaşımla eş zamanlı servikal yaklaşım uygulanmış, daha sonra sağ torakoskopik yaklaşımla total özofajektomi tamamlanmıştır. 2 vakada servikal yaklaşım single port yardımı ile uygulanmıştır. Faringogastrotomi servikal insizyondan el ile tek kat üzerinden uygulanmıştır. İki hastada komplikasyon gelişmiştir. Erken dönemde bir olguda anastomoz kaçağı oluşmuştur. Bu olguya yapılan endoskopide endo-GIA staplerin ateşleme sırasında nazogastrik sondanın 3cm'lik kısmını anastomoz hattına aldığı görülmüştür, endoskopik olarak çıkarılmıştır. Bir olguda da 1 yıllık takiplerinde anastomoz darlığı saptanmış ve endoskopik dilatasyon uygulanmıştır.

Sonuç: Özofagus kanserinde laparoskopik yaklaşım günümüzde gittikçe önem kazanmaktadır. Gelişmiş merkezlerde morbidite ve mortalitenin azlığı dikkat çekmektedir. Hastaların sosyal hayatlarına erken dönmesini sağlaması nedeniyle tercih edilmesi gereken yaklaşım olması gerektiğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Özofagus kanseri, minimal invaziv yaklaşım, total özofajektomi

V 18

SLEEVE GASTREKTOMİ PLANLANAN OBEZ HASTADA HİYATAL HERNİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK MEŞLİ KRUS TAMİRİ

Mehmet Mahir ÖZMEN, Banu DEMİRLİZ.

Sibel GELECEK, İsmail BİLGİÇ, Emre GÜNDOĞDU, Zeynep BALCI

Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 7. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Hiyatal herni ile obezite arasında ilişki olduğu biliniyor. Obezite gastroözofageal reflü hastalık prevalansını çeşitli fizyopatolojik mekanizmalar (özofageal ve gastrik motilite, seks hormonları, diyetel alışkanlıklar ve ilaç alımı, hiyatal herni varlığı, yükselmiş karın-ichi basıncı) ile artırır. Beden kitle indeksi >30 olan obez hastalarda gastroözofageal reflü hastalığı sıklığı %30'dur. Reflü şikayetleri olan obez hastaların cerrahi tedavisinde diyafragmatik krusların tamininin eklenmesi ile kilo kaybının yanı sıra reflü semptomlarının kontrolü de sağlanır.

Yöntem: Beden kitle indeksi 45 olan ve endoskopisinde 5 cm'lik hiyatal hernisi tespit edilen 53 yaşındaki kadın hastaya eş zamanlı olarak sleeve gastrektomi, diyafragmatik prostetik materyal ile krus tamiri uygulandı.

Bulgular: Operasyon sırasında yapılan eksplorasyonda herni kesesi diseksi edilerek abdomene çekildi ve hiyatal kruslar arasında yaklaşık 4 cm'lik bir defekt olduğu görüldü. Diyafragmatik kruslar endostich ile tamir edildikten sonra üzerine dual mesh yerleştirildi. Ardından gastrosplenik, gastrofrenik ligamanlar açılarak mide büyük kurvatur serbestleştirildi. Pilonun 5-7 cm proksimalinden gastroözofageal bileşmeye kadar mide eksize edildi. Hastanın 1 yıllık takipleri sonucunda kilosu 92, beden kitle indeksi 32 oldu. Reflü semptomlarında belirgin rahatlama oldu. GIQLI sonuçları ameliyat öncesi 88, ameliyat sonrası 113 olarak hesaplandı.

Sonuç: Hiyatal hernisi de olan morbid obez hastaların cerrahi tedavisinde uygulanan tekniğe diyafragmatik krus tamininin eklenmesi ile hastalarda hem kilo kaybı hem de reflü semptomlarında belirgin düzelme sağlanabilir.

V 19

DA VINCI ROBOTİK DEV HİYATAL HERNİNİN YAMALI ONARIMI

Metin ERTEM*, Emel ÖZVERİ**, Hakan GÖK**

*Genel Cerrahi İstanbul Univ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

**Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Da Vinci robotik teknikle dev hiatal herninin yamalı onarımı ve Nissen funduplikasyon tekniği video sunumu ile detaylı olarak anlatılmıştır.

Olgumuz 29 yaşında erkek hasta. LA evre B reflü özo-

fajit ve büyük hiatal herni tanısıyla opere edilmiştir. Hasta, supine pozisyonda 30 derece ters trendelenburg pozisyonunda sefalad yolla yaklaşan 4 robotik kolla giriş yapılmıştır. En sağdaki 4. kol rutin dışı olarak modifiye edilerek karaciğer ekartasyonu için kullanılmıştır. Sol axiller ön çizgiden yapılan 5. trokar girişi ile asistans sağlanmıştır. Robotik trokar girişleri xiphoidten 25 cm aşağıda, açıklığı yukarı bakan bir yay şeklinde eşit aralıklarla yapılmıştır.

Ameliyat laparoskopik hiatal herni onarımı ve Nissen fundoplikasyon prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Dev hiatal herni sütürlerle kapatıldıktan sonra adezyon bariyerli yama ile desteklenmiştir. Hasta postoperatif 3. gün taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Da Vinci, robotik, nissen, hiatal herni

V 20

LAPAROSKOPİK YÖNTEMLE MORGAGNİ HERNİ TEDAVİSİ; OLGU SUNUMU

Hüseyin YILMAZ, Fahrettin ACAR, Hüsnü ALPTEKİN, M.Ertuğrul KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, KONYA

Amaç: Morgagni hernisi tüm diafragma hernileri içinde %3-4 oranında görülür. Pnöroperitoneal membran defektinden gelişir. En sık omentum, sıklıkla kolon, nadiren de ince barsak ve mide herniasyonu izlenir. Erişkin yaşamda morgagni hernisi nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Laparoskopik yöntemle tedavi edilmiş Morgagni hernisi tanısı almış hastanın ameliyat görüntülerini paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 53 yaşında erkek hasta anemi ve nefes darlığı nedeniyle müracaat etti. Radyolojik incelemede diafram hernisi olduğu izlendi. Laparoskopide omentum ve ince barsakların bir bölümünün herniye olduğu görüldü. Laparoskopik teknikte primer onarım yapılan hasta ameliyat sonrası 5. Günde taburcu edildi ve komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Diafram hernilerinin tedavisinde daha çok transtorasik yöntemler tercih edilmektedir. Laparoskopik yöntemle redüksiyon ve onarım gerek ameliyat sırasında gerekse ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek sorunları engelleyeceğinden tercih edilebilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Morgagni hernisi, laparoskopik onarım

V 21

LAPAROSKOPİK REDO NİSSEN FUNDOPLİKASYON

Mehmet Mahir ÖZMEN, Sibel GELECEK, Münevver MORAN, Barış DEMİRİZ, İsmail BİLGİÇ, Uğur KILINÇ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Hiatal herni erişkin popülasyonunun yaklaşık yüzde 10'unda görülür. Hastaların %5'ine de inatçı gastroözofageal reflü (GÖR) eşlik eder. Kronik bir hastalık olan bu süreçte vakaların çoğunluğu cerrahi tedaviye ihtiyaç duyar. Nissen fundoplikasyonu GÖR tedavisinde altın standart olarak kabul edilmekle beraber özellikle de laparoskopik yöntem avantajları nedeniyle yaygın olarak kullanılıyor. Yine de nüks görülen az sayıda olguda yeni bir cerrahi girişim gerekebilir.

Yöntem: Otuzbeş yaşında erkek hastaya redo laparoskopik Nissen fundoplikasyonu uygulandı.

Bulgular: Üç yıl önce İngiltere'de hiatal herni nedeniyle meşsiz laparoskopik onarımı ve Nissen fundoplikasyonu yapmış. Ameliyat sonrasında yutma güçlüğü yakınması nedeniyle İngiltere'de endoskopi yapılan ve özofagus alt ucunda darlık düşünülen hastaya endoskopik balon dilatasyonu denenmiş, ancak yakınmalarında düzelme olmayıp her geçen gün yaşam kalitesi düşen hasta kliniğimize başvurdu. Yapılan endoskopi de 3-4 cm'lik nüks hiatal herni saptanan ve ameliyat önerilen hasta kliniğimize yatırıldı. Ameliyat sırasında mide fundusu toraks içinden diseksiyon ile ayrıştırılıp batın içine alındı. Nüks hiatus hernisi 3-4 adet sütür ile tamir edilip üzerine prostetik materyal (dual meş) yerleştirildi. İşlem sırasında uygulanan endoskopi ile özofagus alt uç kas yapısının bozulmuş olup mukozanın prolabe olduğu saptandı. Fundoplikasyon bozulmadan yeniden sütüre edilirken özofagus alt uç kas yapısı da alınarak yaklaşıldı. Postoperatif sorunu olmayan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Primer hiatal herni onarımında meş uygulaması nüksün önlenmesinde oldukça etkin bir yöntemdir. Laparoskopik Nissen fundoplikasyon sonrasında görülen disfaji redo fundoplikasyongerektiren hastalar arasında sık olmasına rağmen yapılan müdahaleden önemli yarar sağlar. Redo fundoplikasyon komplike ve zor bir ameliyat olmasına rağmen tecrübeli ellerde oldukça iyi sonuçlar vermektedir.

V 22

LAPAROSKOPİK TEK PORT TOTAL EKSTRAPERİTONEAL FITİK ONARIMI: RUTİN OLABİLİR Mİ?

Yaşar ÖZDENKAYA*, Adem AKÇAKAYA*, Bahri YILMAZ**, C.Atilla KARAKELLEOĞLU**, Orhan YALÇIN*

* Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

** Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Günümüzde minimal invaziv cerrahi seçeneği olan laparoskopik cerrahi, birçok hastalığın tedavisinde altın standart olarak yerini almıştır. Kasık fıtığı onarımında da laparoskopik tamir rutin uygulanmaktadır. Son yıllarda robotik cerrahinin ve tek port ile yapılan laparoskopik girişimlerin sahaya girmesi ile cerrahların ilgisi bu alana daha da artmıştır. Ülkemizde de bu iki yeni minimal invaziv cerrahi yönteminin kullanımı giderek artmakta ve daha

çok hastanemizde uygulanma fırsatı bulmaktadır. Sunumuzda, otuzüç yaşındaki iki taraflı kasık fıtığı olan erkek hastamıza yaptığımız tek portla laparoskopik total ekstrapéritoneal fıtık onarımının videosuyla bu yöntemin uygulanabilirliğini tartışmayı amaçladık. Sonuç olarak, tek port ile yapılan laparoskopik total ekstrapéritoneal fıtık onarımının, kullanılan el aletlerinin gelişmesine paralel olarak giderek daha çok taraftar bulacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, tek port, kasık fıtığı

V 23

BOĞULMUŞ SAĞ İNGÜİNAL HERNİDE TEDAVİSİNDE KOMBİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM; TAP VE TEP

Fazıl SAĞLAM, Hakan GÜVEN, Ali ALEMDAR, Hakan YİĞİTBAŞ, Ramazan KUŞASLAN, Olgun ÖZTÜRK

*Sağlık Bakanlığı Bağıcılar Eğitim Araştırma Hastanesi
1. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL*

Günümüzde bilateral, nüks, genç ve aktiflerdeki ingüinal herni tedavisinde laparoskopik yöntemler de önerilmektedir. Sağ kasıkta şişmeyle birlikte ani başlayan ağrı şikayeti ile acil cerrahi polikliniğine başvuran 20 yaşında erkek hasta ameliyat için yatırıldı. Yaşının genç ve aktif çalışan olması ve boğulmuş fıtık olması nedeniyle ameliyatın laparoskopik yöntemle yapılmasına karar verildi. Supraumbilikal 10 mm trokarla batına girildi. Boğulmuş indirekt sağ kasık fıtığı kesesi içeri-cindeki ince barsak anısı karın içine çekildi. İnce Barsak anısının rengi yaklaşık 5 dakika sonra düzeldi. Bu aşamadan sonra periton insizyonundan kaçınmak için ameliyatın preperitoneal yolla (TEP) yapılmasına karar verildi. Preperitoneal yaklaşımla parietalizasyonu takiben defekti örtecek şekilde prolen maç yerleştirildi.

Anahtar Kelimeler: İnguinal, herni, boğulmuş, TAP, TEP

V 24

NÜKS İNSİZYONEL LOMBER BÖLGE FITIKLARDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Ediz ALTINLI*, Serkan SENER*, Ersan EROĞLU*, Aziz SÜMER**, Neşet KÖKSAL***, Osman YÜCEL*

** Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL*

*** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi, VAN*

**** Kafkas Üniversitesi Genel Cerrahi, KARS*

Amaç: İnsizyonel lomber bölge fıtıkları nadir görülen olgular olup, açık cerrahi uygulaması sonrası hasta memnuniyetsizliğinin ve komplikasyonların sıklıkla rastlandığı durumdur. İntraperitoneal laparoskopik mesh uygulaması ile tamir, kısa dönem ve uzun dönem sonuçları ve morbiditenin indelenmesi amacıyla değerlendirilmiştir.

Yöntem: Ocak 2006- Mart 2011 tarihleri arasında klini-

ğimizde nüks insizyonel lomber bölge fıtığı nedeniyle üç olguya laparoskopik intraperitoneal komposit mesh uygulandı.

Bulgular: Üç olgunun ikisi erkek biri kadındır. Üç olguda da dış merkezlerde, yaklaşık 1 yıl önce onlay prolen mesh uygulaması yapılmış olup, olguların vücut kitle indeksleri (VKİ); 40, 35, 30'dur. Tüm olgular ortalama 2 yıl önce nefrolitiazis nedeniyle ameliyat edilmişlerdir. Teknik tüm olgularda başarılı olarak tamamlanmıştır. Olgular post operatif 1. günde mobilize edilmiş ve normal diyetle başlanılmıştır. Olguların takip süresi 42 ay, 23 ay ve 1 aydır. Bir olguda seroma gelişmiş olup, karın korsesi uygulaması ile 9 haftada kaybolmuştur. Olguların nüks, ağrı ve kozmetik açıdan şikâyetleri olmamıştır.

Sonuç: Obez ve morbid obez olgularda, nüks lomber bölge fıtıklarına laparoskopik mesh ile onarım, ileri laparoskopi deneyimi olan merkezlerde güvenle tercih edilebilecek ideal yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Lomber bölge fıtığı, insizyonel fıtık, laparoskopi

29 Nisan 2011, Cuma / 10:30 - 12:00

Video Bildiri Oturumu 3:

Endoskopi, Diğer

Oturum Başkanları:

Ceyhan ORAL, Erdal Birol BOSTANCI

V 25

WHIPPLE AMELİYATI SONRASI GELİŞEN İNTRAHEPATİK LİTİYAZİSİN KOMBİNE MİNİMAL İNVAZİV GİRİŞİMLE ENDOSKOPİK TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Emre BALIK

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Whipple ameliyat sonrası gelişen intrahepatik litiyazisin kombine minimal invaziv tekniklerle tedavi edilebilirliğini gösterilmesi

Materyal-metot: Sağ kolon tümörü sebebiyle 2001 yılında sağ hemikolektomi uygulanan, adjuvan tedavi sonrası lokal nüks sebebiyle standart whipple ameliyatı + sağ nefrektomi + kısmi ince barsak rezeksiyonu uygulanan olgu hastalıklı sağ kalımın 10. yılında tekrarlayan kolanjit atakları ile başvurdu. Yapılan manyetik rezonans kolanjiopankreatikografisinde (MRKP) hepatikojejunostomi anastomoz hattında darlık ve anastomoz proksimalinde multipl kalkül saptanmıştır.

Olguya endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERKP) uygulanmış ve hepatikojejunostomi hattına ulaşılabilmiş fakat hepatik kanal bileşkesi üzerindeki kalküller anklave olması sebebiyle çıkartılamamıştır. Sağ lob safra yollarından uygulanan internal biliyer

drenaj kateteri rehberliğinde ERKP işlemi ikinci kez denenmiş ve kalküller ekstrakte edilmiştir.

Teknik video gösterisi ile sunulacaktır.

Sonuç: Çeşitli nedenlerle rezeksiyon uygulanarak anatomik yolları değişmiş olgularda kombine minimal invaziv girişimler, deneyimli merkezlerde cerrahiye alternatif olabilir.

Anahtar Kelimeler: Safra yolu taşı, endoskopi

V 26

KARACİĞER İÇİ VE DIŞI SAFRA KANALLARINDAKİ ÇOK SAYIDA KÜÇÜK TAŞIN ENDOSKOPİK TEDAVİSİ

Ömer KARAHAN, Mehmet Ali ERYILMAZ, Ahmet OKUŞ, Serden AY

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, KONYA

Amaç: Karaciğer içi ve dışı safra yollarında sayılamayacak kadar çok taşı olan hastada uyguladığımız endoskopik tedaviyi sözlü-video ile sunmak.

Yöntem: Karaciğer içi ve karaciğer dışı safra yollarında sayılamayacak kadar çok taşı görüntülenen hastada ERCP, endoskopik sfinkterotomi(ES) yapıldı. Elli-den fazla taş balonla duodenuma indirildi. Geri kalan taşlar doğal seyrine bırakıldı. Safra yolları iki haftada temizlenen hastada safra kesesi taşları için laparoskopik kolesistektomi yapıldı.

Bulgular: E Ö isimli 25 yaşında kadın hasta 07.09.2009 tarihinde hastanemiz acil servisine karın ağrısı, bulantı, kusma ve sarılık şikayetleri ile müracaat etti. Kolik tarzındaki ağrısı ve sağ subkostal hassasiyetli koledok taşına uymaktaydı. Alkalen fosfataz, GGT, ALT, AST ve bilirubin değerleri tıkanma sarılığını destekler şekilde yüksekti. US'de safra kesesi, karaciğer içi ve dışı safra yollarında çok sayıda taş belirlendi. MRCP'de Koledok çapı 16 mm idi. Karaciğer içi ve dışı safra yollarında çok sayıda taş vardı. 10.09.2009 da yapılan ERCP de koledok çapı 18 mm idi. Koledok ve intrahepatik safra kanallarında sayılamayacak kadar çok taş mevcuttu. Endoskopik sfinkterotomi ve balonla 50 den fazla taş duodenuma indirildi. Ancak bu tedavi ile koledokun temizlenmesine yetmemişti. Doğal seyrine bırakılan taşlar iki hafta sonra yapılan kontrol MRCP sinde temizlenmişti. Koledok normal genişlikte idi. Karaciğer içi ve dışı safra yollarında taş yoktu. Alkalen fosfataz, GGT, ALT, AST ve bilirubin değerleri normale dönmüştü. Safra kesesinde taşlar vardı. Laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Postoperatif komplikasyon yoktu. PO 2. gün taburcu edildi.

Sonuç: Endoskopik sfinkterotomi yeterli olursa 10 mm altındaki taşların karaciğer içi ve dışı safra yollarından 15 gün gibi kısa bir sürede kendiliğinden düşmesi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: ERCP, endoskopik sfinkterotomi, safra taşı, endoskopik tedavi, MRCP

V 27

BÜYÜK GASTRİK BEZOARIN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Koray TOPGÜL, Savaş YÜRÜKER

OMÜ Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, SAMSUN

Bezoarlar, gastrointestinal sistemde yeterince sindirilemeyen ve yeterince atılamayan gıda artıklarının oluşturduğu kitlelerdir. Bileşenlerine göre fitobezoar (sindirilemeyen gıda artıkları), trikobezoar (saç, kıl), laktobezoar (süt ürünleri) ve farmakobezoar gibi çeşitleri vardır. Küçük bezoarlarda medikal tedavi denenebilir ve endoskopik olarak çıkarılabilir. Büyük bezoarlar için çoğunlukla laparotomi gerekir. Biz bu bildiride Laparoskopik ile çıkarılan büyük bir bezoar olgusunu sunmaktayız. Elli sekiz yaşında erkek hasta, karın ağrısı ve bulantı yakınmasıyla başvurdu. Üst endoskopisinde midede yaklaşık 10 cm çapında bezoar saptandı. Endoskopi ile parçalanmaya çalışıldı, çok sert yapıda olması nedeniyle başarılı olunamadı. Hastaya laparoskopik eksizyon planlandı. Karından 2 adet 10 mm'lik ve bir adet 5 mm'lik trokar girildi, aynı anda gastroskop mideye ilerletildi. Mide şişirildikten sonra laparoskopik olarak kotar ile gastrotomi yapıldı. Gastroskop içinden ilerletilen snare ile bezoarın sabitlenmesi sağlandı, gastrotomiden endoskopik tutucu ve ezici klempiler lümen içine ilerletilerek bezoar parçalandı. Yeterince parçalama yapıldıktan sonra mide içine endobag sokuldu, snare ile kitleler endobagin içine yerleştirilirdi ve karın dışına alındı. Gastrotomi açıklığı endostapler ile kapatıldı. Hasta, postoperatif 4. günde sorunsuz taburcu edildi. Büyük bezoarların laparoskopik olarak tedavi edilebileceğini düşünümekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Gastrik bezoar, endoskopik tedavi, laparoskopik tedavi

V 28

AKUT BATIN VE KARIN İÇİ KİTLELERDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIMIN ÖNEMİ; DEV PARAOVER-YEN KİSTİN LAPAROSKOPİK EKSIZYONU

Ediz ALTINLI*, Aziz SÜMER*, Osman YÜCEL**, Ersan EROĞLU*

* Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi AD, VAN

Amaç: Akut apandisit ön tanısı ile acil şartlarda yatırılan, yapılan tetkiklerinde mezenterik kist düşünülen olguda laparoskopinin önemi ve tedavideki yerini vurgulamak.

Yöntem: 24 yaşında bayan olgu, karın ağrısı nedeniyle acilimize başvurdu. Yapılan USG ve BT sinde mezenter kaynaklı yaklaşık 10 cm çaplı kist tespit edildi. Jinekolojik olarak normal değerlendirilen hastaya diagnostik laparoskopi ve laparoskopik kist eksizyonu planlandı.

Bulgular: Diagnostik laparoskopide , yaklaşık 20 cm çaplı sol paraoveryan kist tespit edildi. Kist içeriği sitolojik inceleme ve manüplasyonu kolaylaştırmak için veres ile yaklaşık 1200 cc berrak sıvı gelen mai şeklinde boşaltıldı. Fimbria ve over korunarak total kistektomi yapıldı.

Sonuç: Dev paratubal yada paraoveryan kistler nadir görülen, rutin jinekolojik transvajinal usg de ve laparoskopide akılda bulundurulması gereken olgulardır. Genelde asemptomatik olup, rastlantısal tanınırken, büyümeye bağlı torsiyon şikayeti verirler. Apandisit ön tanısı ile acil cerrahide açılan olguların yaklaşık %14 de paratubal/paraoveryan kiste rastlanılmaktadır. Laparoskopik yaklaşım, teşhis ve tedavide en değerli yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Paraoveryan kist, paratubal kist, laparoskopi

V 29

BARSAK OBSTRÜKSİYONLARININ LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Metin ERTEM, Hakan GÖK, Emel ÖZVERİ

Acıbadem Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

İncebarsak obstrüksiyonlarının %49-74'ünde sebep, intraabdominal adezyonlardır. Adezyon oluşumunda en önemli belirleyici faktör geçirilmiş abdominal cerrahidir. Literatürde bu olasılık %67-93 olarak saptanmıştır. Geçirilmiş cerrahisi olanların %31'de adezyon oluşmazken, %10 hastada cerrahi geçirmemesine rağmen spontan adezyon gelişebilmektedir. Çoğu intestinal obstrüksiyon kolektomi, apandektomi ve histerektomi gibi açık alt abdomenopelvik cerrahiden sonra oluşmaktadır. Adezyonlardan sonra en sık görülen komplikasyon, incebarsak obstrüksiyonu ve kronik ağrı sendromudur. İnkomplet obstrüksiyon ve sistemik toksemi, iskemi veya strangülasyonun olmadığı durumlarda incebarsak obstrüksiyonların tedavisi genellikle konservatiftir. Konservatif tedavi başarısız olduğunda konvansiyonel açık veya minimal invaziv yaklaşımlar cerrahi seçeneklerdir. Minimal invaziv yaklaşım olan laparoskopinin adezyolizis ve incebarsak tedavisinde popülaritesi giderek artmaktadır. Laparotomi insizyon uzunluğunun %67'si, karın duvarında adezyon oluşumuna katılmaktadır. Laparotomiden sonra ventral herni insidansı %11-20 arasında olmasına rağmen port yeri herniasyonu %0.02-2.4 arasında görülmektedir. Minimal invaziv yaklaşımın, yara enfeksiyonu ve postoperatif pnömoni insidansında azalma ve barsak fonksiyonlarının erken başlaması ile daha az hastanede kalma gibi avantajları mevcuttur.

Ocak 2005 ile Mart 2011 tarihleri arasında incebarsak obstrüksiyonu sonucu yirmibeş hasta laparoskopik olarak tedavi edilmiştir. Ortalama yaş 49.5 olup 23 hasta (%95) laparotomiye dönmeyen laparoskopik olarak tedavi edilmiştir. 1 hastada ileri derecede ince barsak dilatasyonundan dolayı eksplorasyon tam yapılamadığından açığa geçilmiştir. Postoperatif hastanede kalma süresi ortalama 4.25 (1-11 gün) gündür.

İncebarsak obstrüksiyonu olan seçilmiş hastaların teda-

visinde laparoskopi güvenilir bir yöntemdir. Çoğu hasta da tanı ve tedavi amacıyla kullanılan iyi bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Bbstrüksiyon, adezyolizis, incebarsak, laparoskopi

V 30

LAPAROSKOPİK HARTMANN KOLOSTOMİ KAPATILMASI; YAPILABİLİRLİĞİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Yalın İŞCAN, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Sümer YAMANER, Türker BULUT, Dursun BUĞRA

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Çeşitli nedenlerle uygulanan Hartmann kolostominin laparoskopik yöntemle kapatılabilirliğini inceledik. **Giriş:** Hartmann kolostomisinin kapatılmasında, laparoskopik cerrahinin yapılabilirliğini belirleyen iki ana faktör (Karın içi yapışıklıklar ve remnan güdüğün boyu) video örnekleriyle tartışılacaktır.

Araç-Yöntem: Teknik video sunumu ile anlatılacaktır. **Sonuç:** Laparoskopik yöntemle kolostomi kapatılması kontrendikasyon gibi görünse de uygun teknik ile mümkündür ve sonuçları yüz güldürücü olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hartman kolostomi, Laparoskop

V 31

ROBOTİK RADİKAL SİSTOPROSTATEKTOMİ VE İLEUMDAN YENİ MESANE DİVERSİYONU: ADIM ADIM TEKNİKİMİZ

Tibet ERDOĞRU*, Murat AKAND**, Ali Egemen AVCİ*

* Memorial İstanbul Ataşehir Hastanesi

** Memorial Antalya Hastanesi

Özet: 9x5,5 cm'lik organa sınırlı mesane kanseri nedeniyle radikal sistoprotektomi planlanan 61 yaşındaki erkek hastaya düşük litotomi ve 40° Trendelenburg pozisyonunda 2 adet 12 mm'lik, 3 adet 8 mm'lik porttan 0° optikle cerrahi gerçekleştirildi. Rutin laparoskopik cerrahi teknik prensiplerindeki gibi, sağ ve sol periumbilikal ligamentlerden periton insizyonu ile üreterler bulundu. Eksternal, internal, ana iliak, obturator lenfadenektomi sonrası tüm iliak damarsal yapılar ortaya konuldu. Sağ ve sol medial umbilikal ligamentler hipogastrik arter seviyesinden bağlandı. Sağ ve sol superior mesane pedikülü kontrol edilip ayrıldıktan sonra üreterler kapatıldı ve mesaneden ayrıldı. Üreter alt uçlarından "frozen section" için örnek alındı. Rektum ile mesane ve prostat arası tümüyle diseke edildi. Sağ ve sol inferior pediküller kontrol edildi. İnterfasial teknik ile penil damar sinir demeti korunarak ayrıldı. Endopelvik fasia açıldıktan sonra üretra kesildi ve spesimen 4 cm'lik insizyondan dışarı alındı. Bu insizyondan dışarı alınan 45 cm'lik ileum segmentinden Abol-Enein tekniğine göre yeni mesane oluşturuldu; üreter anastomozu yapıldı. İntrakorporeal alana alınan ileal mesanenin mesane boynu

ile üretra kontinü 3/0 monocryl ile anastomoze edildi. Toplam genel anestezi, ameliyat ve konsol süreleri 550, 490 ve 410 dakikadır. Yaklaşık kan kaybı 150 ml olup kan transfüzyonu uygulanmadı. Hastanede kalış süresi üreter kateter süresi ile aynıdır (7 gün). Postoperatif 14. günde sistografi kontrolü ile sondası alındı. Patolojik değerlendirmede pT1b yüksek grade N0M0 ürotelyal karsinom ve Gleason skor 3+3=6 pT2a insidental prostat adenokarsinomu görüldü. Tüm cerrahi sınırlar, üreter alt uçlarında tümör görülmedi. Postoperatif 3. ayda tümüyle kontinan, semiereksiyon seviyesinde ereksiyonları mevcut; oral PDE5i başlandı. Robotik radikal sistoprostektomi cerrahi sürelerde uzama olmaksızın ve onkolojik güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Mesane tümörü, robotik cerrahi, radikal sistoprostektomi

V 32

ROBOTİK CERRAHİ İLE SOL TRANSMEZENTERİK PYELOPLASTİ

Tibet ERDOĞRU*, Murat AKAND*, Ali Egemen AVCI*

Memorial Antalya Hastanesi, Üroloji Kliniği, ANTALYA

Rekonstrüktif ürolojik cerrahilerde minimal invaziv yöntemler günümüzde giderek sık kullanılmaktadır. Laparoskopik tecrübe sonrasında inen kolon medialinden transmezenterik uyguladığımız robotik pyeloplasti tekniğimiz sunulmaktadır.

Sol UPJ darlığı ve sol aberran arter basısı nedeniyle pyeloplasti planlanan 23 yaşındaki bayan hastaya sol modifiye lumbotomi pozisyonunda toplam 4 porttan 0° optik ile robotik cerrahi gerçekleştirildi. İnen kolon medialinden tümüyle serbestlenmek için, kolon medialinden posterior periton insizyonu ile transmezenterik şekilde Drummond arteri korunarak retroperitoneal alana girildi. Alt polar aberran damarsal yapı ve posteiroidaki bası altında kalan UPJ ve üreter ortaya konuldu. UPJ seviyesinden üreter ve pelvis ayrıldı ve proksimal üreterin posterolateral spatülasyonu sonrası üreter ve redükte pelvis renalis çapraz damarın anterioruna transpozisyone edildi. Üretere 6Fr JJ stent antegrad yerleştirildi. Ön ve arka duvar 5/0 polyglactin materyal ile anastomoze edildi. Transmezenterik açılan posterior periton yaprağı repare edildi.

Tümüyle genel anestezi, toplam ameliyat ve cerrah konsol süreleri 165, 107 ve 72 dakika, kan kaybı olmadı. Hastane ve üreter kateter kalış süresi 2 ve 28 gündü. JJ stent alındıktan sonra çekilen DTPA diüretikli renal sintigrafide tümüyle UPJ üzerindeki baskının geçtiği ve sol toplayıcı sistemin rahat boşaldığı görüldü. Laparoskopik cerrahi deneyimi ile rekonstrüktif ürolojik uygulamaların en önemlilerinden birisi olan robotik pyeloplasti teleskop, robotik kolların titrememesi, robotik kolların çok açılı hareket özelliği, magnifikasyon altında 3 boyutlu görünümlü avantajlarıyla güven ile uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Robotik, transmesenterik, pyeloplasti

29 Nisan 2011, Cuma / 14:00 - 15:30

Video Bildiri Oturumu 4:

Kolorektal, Solid Organ

Oturum Başkanları:

Levhi AKIN, Nihat YAVUZ

V 33

LAPAROSKOPİK KOMPLET MEZOKOLİK EKSIZYON; SOL KOLON KANSERİ

Muhammet ÜÇÜNÇÜ, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Sümer YAMANER, Türker BULUT, Yılmaz BÜYÜKUNCU, Dursun BUĞRA, Ali AKYÜZ

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Kolon kanserinin cerrahi tedavisinde güncel bir gelişme olan total mezokolik eksizyon tekniğinin laparoskopik uygulanabilirliğini göstermeyi amaçladık.

Giriş: Rektum kanseri cerrahisinde tanımlanan total mezorektal eksizyon tekniğine benzer şekilde günümüzde kolon kanseri için total mezokolik eksizyon tekniği tartışılmaktadır. Günümüzde yeni tanımlanan ve onkolojik katkıları henüz tartışma aşamasında olan total mezokolik eksizyon laparoskopik yöntemle başarıyla uygulanabilmektedir.

Araç- Yöntem: Sol kolon yerleşimli neoplazm tanılı olgu laparoskopik yöntemle ameliyat edilmiştir. Total mezokolik eksizyon ilkelerine kaidesine uygun olarak ameliyat tamamlanmıştır.

Teknik video sunumu ile anlatılacaktır.

Sonuç: Onkolojik açıdan açık cerrahi ile arasında fark bulunmayan kolon kanseri olgularında güncel tartışma konusu olan total mezokolik eksizyon laparoskopik yöntemle başarı ile uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Kolon kanseri, Laparoskopi

V 34

LOKAL İLERİ ÇEKUM KANSERİNDE LAPAROSKOPİK TOTAL MEZOKOLİK EKSIZYON

Gökhan ÇİPE, Naim MEMMİ, Süleyman BOZKURT, Münire KAYAHAN, Yeliz Emine ERSOY, Hüseyin KADIOĞLU, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Genel cerrahi Anabilim Dalı, İSTANBUL

Özet: Laparoskopik cerrahi son 2 dekattan bu yana kolon kanserlerinin tedavisinde kullanılmaktadır. Postoperatif daha az ağrı olması ve kozmetik nedenlerin yanı sıra, barsak hareketlerinin daha erken başlaması laparoskopinin avantajlarıdır. Lokal ileri kolon kanserlerinde günümüzde deneyimli merkezlerde laparoskopik kolon rezeksiyonu başarı ile yapılabilmektedir.

Olgu Sunumu: 1 yıl önce apandektomi yapılan 42 yaşında erkek hasta apandektomi yerinde ağrı nedeniyle tetkik edilmiş ve apandektomi lojunda abse saptanarak perkütan drene edilmiş. Ağrısının geçmemesi üzerine yapılan tomografisinde çekumda duvar kalınlaşması saptandı ve bunun üzerine yapılan kolonoskopi ile çekum kanseri tanısı kondu. Hasta preoperatif T3-4 N1 olarak değerlendirildi ve laparoskopik sağ hemikolektomi planlandı. Göbekten 10 mm, sağ alt kadrandan 5, sol alt kadrandan 5 mm ve suprapubik 5 mm olmak üzere 4 trokar girildi. Karın duvarına yapışık olduğu görülen tümöral kitle önce karın duvarından ayrıldı. Daha sonra çekum ve çıkan kolon mezenter peritonu terminal ileumu 15 cm içerecek şekilde açılarak ileokolik arter ve ven çıkışları yerden bağlanarak ayrıldı. Mezo penceresi yukarı doğru genişletilerek duodenum ve pankreas görülerek total mezokolik ilkelerine uygun olarak diseksiyona devam edildi ve orta kolik arterin sağ dalı ortaya konarak bağlandı. Medial diseksiyon tamamlandıktan sonra çekum lateral peritonu açıldı ve hepatokolik ve gastrokolik ligamanlar da açılarak çekum, çıkan kolon ve transvers kolon sebestleştirildi. Daha sonra göbek üstü ve altı 5 cm'lik bir insizyonla cilt korunarak tümöral kitle dışarı alındı. Rezeksiyon ve lineer stapler ile side-to-side ileotransversostomi yapıldı.

Sonuç: Bu video sunumunda lokal ileri kolon kanserlerinde dahi laparoskopik kolon rezeksiyonunun total mezokolik eksizyon ilkelerine bağlı olarak uygulanabilir olduğu gösterilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolon kanseri, laparoskopik cerrahi, total mezokolik eksizyon

V 35

TEK KESİDEN (SILS) LAPAROSKOPİK SAĞ HEMİKOLEKTOMİ; 10 OLGU İLE ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Osman Anıl SAYAŞ, Derya UYMAZ, Enver KUNDUZ, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Türker BULUT, Sümer YAMANER, Ali AKYÜZ, Dursun BUĞRA

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Tek kesiden yapılan laparoskopik cerrahi (SILS), giderek artan oranda kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmamızda, kolon ve rektum cerrahisindeki yer tartışmalı olan bu tekniğin yapılabilirliği ve sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Ağustos 2010 - Ocak 2011 döneminde İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD SILS yöntemiyle tedavisi yapılmış olan 10 sağ hemikolektomi olgusunun demografik verileri, ameliyat süresi, ameliyat sonrası erken dönem, patolojik inceleme sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiş olup ameliyat tekniği video gösterisi ile sunulacaktır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 10 olgunun %60'ı erkek olup, ortalama yaş 47 (42-55)'dir. Ameliyat süresi ortalama 52 dakika olup, ameliyat sonrası dönemde morbidite ve mortalite saptanmamıştır. Çıkarılan piye-

sin ortalama uzunluğu 282 mm, ortalama lenf nodu sayısı 32'dir. Tüm anastomozlar ekstrakorporeal olarak yapılmış ve ortalama kesi uzunluğu 4 cm dir. Teknik video ile sunulacaktır.

Sonuç: Tek kesi tekniği ile uygulanan kolektomi teknik ve onkolojik olarak yapılabilir, ancak standart laparoskopiyeye göre erken dönem sonuçları açısından kozmetik avantaj dışında belirgin bir üstünlük gösterilememiştir. Tek kesiden yapılan kolektomiler hakkında kesin bir karara varabilmek için çok merkezli, randomize çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: sağ kolon , tümör , tek kesi , SILS

V 36

LAPAROSKOPİK REKTUM KANSER CERRAHİSİNDE, İNFERİÖR MEZENTERİK ARTERİN BAĞLANMA SEVİYESİ; NEREDE, NASIL?

Enver KUNDUZ, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Sümer YAMANER, Türker BULUT, Yılmaz BÜYÜKUNCU, Dursun BUĞRA, Ali AKYÜZ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik yöntemle tedavi edilen rektum kanseri olgularında inferior mezenterik arterin bağlanma seviyesi , şekli gibi teknik aşamaları tanımlamayı amaçladık.

Giriş: Rektum kanseri cerrahisinde total mezorektal ekzizyon kadar önemli bir diğer onkolojik basamak hiç kuşkusuz inferior mezenterik arterin bağlanma seviyesidir. Arterin bağlanma seviyesi onkolojik radikal cerrahi için önemli olması yanı sıra süperior hipogastrik sinir plexusunun aortun solu boyunca ilerlemesi ve arterin orjinden bağlanması esnasında plexusunun yarananma ihtimali sebebi ile yaşam kalitesi açısından da önem kazanmaktadır. Laparoskopik yöntem sağlamış olduğu magnifiyasyon özelliği sayesinde aort ile plexus arasında bulunan avasküler pencereden diseksiyonun ilerlemesine olanak vermekte aynı zamanda güvenle aort üzerinde diseksiyonun devam ettirilerek inferior mezenterik arterin orjin noktasından bağlanmasını sağlamaktadır.

Araç-yöntem: Teknik video sunumu ile anlatılacaktır. **Sonuç:** Rektum kanseri cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntem yüksek volümlü ve deneyimli merkezlerde açık cerrahiye alternatif olarak güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Rektum kanseri, laparoskopik

V 37

LAPAROSKOPİK DEV KARACİĞER HEMANJİYOM ENÜKLEASYONU

Tanık ARTIŞ, Muhammet AKYÜZ, Zeki YILMAZ

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik karaciğer cerrahisi son zamanlarda gittikçe artan sıklıkla uygulanmaya başlamıştır. Minimal invaziv cerrahinin getirdiği avantajlar düşük morbidite ile karaciğer için de uygun hale gelmiştir. Özellikle sol lateral sektördeki lezyonlar laparoskopi açısından ideal tedaviyi oluşturmaktadır. Bu çalışmada laparoskopik olarak enükle ettiğimiz dev karaciğer hemanjiomu olgusunun video sunumunu göstermeyi amaçladık.

Olgu Sunumu: 39 yaşında bayan hasta sağ üst kadranda ağrısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda abdominal BT'de KC segment 2-3'ü dolduran 13 cm'lik 5-8'i dolduran 11 cm'lik iki adet hemanjiomla uyumlu kitle saptandı. Fizik muayenede epigastriumda ele gelen kitle mevcuttu. Hasta HPB konseyinde tartışıldı ve operasyon kararı alındı. Ancak her iki kitle volümetrik olarak karaciğerin büyük bir kısmını tuttuğu için öncelikli olarak sol lobdaki lezyonun laparoskopik olarak çıkartılmasına karar verildi. Laparoskopide karaciğer segment 2-3'ü dolduran yaklaşık 15 cm. çapında ekzofitik uzanım gösteren hemanjiom saptandı. Üç adet onluk, bir adet 15'lik trokar kullanıldı. Yardımıyla lezyon Harmonic Scalpel kullanılarak enükle edildi. Sol heparik ven seviyesinde endovasküler stapler kullanıldı. Operasyon 90 dk sürdü ve 400 cc peroperatif kanama oldu; kan transfüzyonu yapılmadı. Postop dönemde sorunsuz geçen hasta postop 5. gün taburcu edildi.

Sonuç: Laparoskopik karaciğer cerrahisi uygun vakalarda, ileri laparoskopi ve açık cerrahide tecrübeli ekipler tarafından düşük morbidite ile uygulanabilecek güvenli bir seçenek olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, karaciğer

V 38

LAPAROSKOPİK EN-BLOK SİGMOİD REZEKSİYON + PARŞİYEL MESANE REZEKSİYONU + KİSİMİ ÜRETER REZEKSİYONU + SİSTORAFİ + ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ

Serhat MERİÇ, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Sümer YAMANER, Türker BULUT, Yılmaz BÜYÜKUNCU, Dursun BUĞRA, Ali AKYÜZ

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Çoklu organ rezeksiyonu gerektiren olgular genellikle laparoskopik yöntem için kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda özellikle çoklu organa rezeksiyon ve rekonstrüksiyon gerektiren olguların laparoskopik yapılabilirliğini göstermeyi amaçladık.

Araç-Yöntem: Radyolojik görüntülemelerinde üreter ve mesane invazyonu gösteren cT4 sigmoid kolon kanser olgusu laparoskopik yöntemle ameliyat edilmiştir. Teknik video sunumu ile anlatılacaktır.

Sonuç: Günümüzde kolorektal cerrahide laparoskopik yöntem güvenli kullanılmakta ve açık cerrahiye eşit onkolojik sonuçlar elde edilmektedir. Özellikle geçirilmiş karın cerrahisi ve çoklu organ invazyonu laparoskopik teknik için göreceli olarak kontrendike kabul edilmekteydi. Yüksek volümlü ve deneyimli merkezlerde

ise artık kontrendikasyon olarak görülmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolon kanseri, laparoskopi

V 39

KARACİĞER KİST HİDATİK OLGUSUNUN LAPAROSKOPİK PARŞİYEL KISTEKTOMİ VE OMENTOPLASTİ YÖNTEMİ İLE TEDAVİSİ

Metin YEŞİLTAŞ, Akın ŞİRE

Ordu Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, ORDU

Giriş ve amaç: Günümüzde teknolojik gelişmeye paralel olarak bir çok yeni rentabl laparoskopik el aletlerinin üretilmesi, laparoskopik cerrahide deneyimin gittikçe artması, çoğu karın ameliyatlarının laparoskopik yöntemle güvenli bir şekilde yapılmasına ve yaygınlaşmasına neden olmuştur. Bizde bu çalışmada Ordu devlet hastanesinde laparoskopik yöntemle yapmış olduğumuz karaciğer kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ordu Devlet Hastanesinde Haziran 2009 yılında sağ üst kadranda ağrısı ile gelen ve karaciğer kist hidatik tanısı alan 24 yaşındaki virgin bayan hastaya laparoskopik parşiyel kistektomi, omentoplasti ameliyatı yapıldı. Hasta dekübitis pozisyonunda opere edildi. Göbek altından Hasson tekniği ile 10 mm lik, sağ subkostal bölgeye ve subksifoid bölgeye birer adet 5 mm lik ve göbek üstü orta hatta 1 adet 10 mm lik trokar yerleştirildi. Kistin bulunduğu bölge batticonlu spançlarla korundu. Ponksiyon iğnesi ile kist aspire edilip batticon uygulandı. 10 dk. baklandı. İçerik aspire edilip germinatif membran kese torbası ile dışarı alındı. Ligasure ile parşiyel kistektomi ve Omentoplasti yapıldı. Dren konarak işleme son verildi.

Bulgular: Karın CT: Kist sağ lob anterolateralde yerleşmiş 14 cm boyutunda olup karaciğer enzimleri normaldi. Preop 5 gün albendazol başlandı. Postop 3 ay devam edildi. Postop 1. gün oral başlandı. 2.gün dren çekildi. 3. gün taburcu edildi. İntraop ve postop komplikasyon olmadı. 22 aylık takipte nüks saptanmadı.

Sonuç: Karaciğer kist hidatik olguları laparoskopik yöntemle açık cerrahideki tüm prensipler uygulanarak tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, Kisthidatik, Laparoskopi

V 40

PANKREAS SOLİD PSÖDOPAPİLLER TÜMÖRDE LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ VE SPLENEKTOMİ

Mehmet Mahir ÖZMEN, Münevver MORAN, Emre GÜNDOĞDU, Ali Emre AKGÜN, Banş DEMİRİZ, Sibel GELECEK

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi 7. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Laparoskopik distal pankreatektomi ve sple-

nektomi 1994 yılından beri uygulanan güvenli ve kabul görmüş bir yöntemdir. Laparoskopik pankreatektomi, laparoskopik cerrahinin bilinen avantajlarının yanında pankreasın anatomik lokalizasyonu ve cerrahi teknik zorluklarından dolayı ek olarak kolaylık sağlar. Pankreasın solid psödopapiller tümörü oldukça yavaş büyüyen, sıklıkla genç kadınlarda görülen nadir bir tümördür. Nadir görülen bir tümör olması nedeni ile bu vaka-daki laparoskopik tecrübemizi paylaşmak amaçlandı.

Yöntem: Otuziki yaşındaki kadın hastaya pankreas solid psödopapiller tümör nedeniyle laparoskopik distal pankreatektomi ve splenektomi yapıldı.

Bulgular: Başvurusundan üç ay önce epigastrik ağrı şikayetiyle dış merkezde değerlendirilen hastaya peptik ülser tedavisi başlanmış, şikayetlerinde gerileme olmayan hastaya yapılan abdominal ultrasonografide pankreasta şüpheli kitle lezyonu saptanması üzerine yapılan abdominal tomografide pankreas gövde kısmında yaklaşık 4x3x2 cm boyutlarında kitle tespit edil-

miş. Bu sonuçlarla kliniğimize başvuran hastanın hastanemizde yapılan abdominal MR görüntülerinde de pankreas gövde kısmında 4x2x2 cm boyutlu kitle görüldü. Laboratuvar sonuçlarında hemogram, biyokimya ve tümör markerları normal düzeylerdeydi. Hastaya laparoskopik distal pankreatektomi ve splenektomi ameliyatı yapıldı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta üçüncü günde taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu solid psödopapiller tümör olarak rapor edildi.

Sonuç: Günümüzde pankreasın endokrin ve ekzokrin birçok tümörünün cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntem yaygın olarak güvenli kullanılmaktadır. Pankreasın solid psödopapiller tümörünün benign karakteristik özellik taşıyan bir tümör olması, genç yaşta hasta popülasyonu ve laparoskopik cerrahi tecrübesi olan bir klinikte değerlendirilme göz önüne alındığında laparoskopik distal pankreatektomi bu tür seçilmiş vakaların cerrahi tedavisinde ideal yöntem olarak kabul görecektir.

10. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi

POSTERLER

28 Nisan 2011, Perşembe / 12:30 - 13:30

Poster Değerlendirme 1

Değerlendirme Sorumluları:
Tahir ORUÇ, Gürkan YETKİN

P 01

GASTROENDOSKOPIK GÖRÜNTÜLEME YÖNTE- MİYLE SILS KOLESİSTEKTOMİ TEKNİĞİ

Savaş YÜRÜKER, Koray TOPGÜL

OMÜ Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, SAMSUN

Bu bildiride tek insizyondan laparoskopik cerrahi (SILS) tekniğinde teleskopun yerine gastroskop kullanılarak yapılan kolesistektomi ameliyatı tekniği sunulmaktadır. Standart laparoskopiyeye göre daha zor bir teknik olmasına rağmen tek insizyon fikri, daha az invaziv olması tekniğin önemli avantajlarıdır. Kliniğimizde bu teknikte kolesistektomi yaptığımız olgularda ilk deneyimlerimizde sol elin aktif kullanma gereksinimi, aletlerin hareketi sırasında çıkışması ve görüntünün engellenmesi başlıca sorunlar olarak görülmüştü. El aletlerinin açılı olması ve bu açı sayesinde hareket alanı oluşması, ortalanından geçen teleskop sayesinde kısıtlanmaktadır. İşlem sırasında görüntü açısını ya da mesafesini değiştirirken el aletleriyle çıkışmakta ve manüplasyonları etkilemektedir. Biz teleskopun bu sorunlarından kurtulmak ve daha iyi görüntü sağlamak için gastroskopy kullanmayı planladık.

Su irrigasyon sistemi ile birlikte sterilizasyon sağlandıktan sonra kuru hava kompresörü devre dışı bırakılarak Olympus CV-160 videoendoskopi işlem için hazırlandık. Cerrahi alan hazırlanıp SILS portu tanımlandığı gibi göbek deliğinden yerleştirilip pnömoperitoneum oluşturuldu ve bir adet trokar yerinden çıkarılarak endoskop iletilildi. İlk üç olgumuzdaki deneyimlerimize göre videoendoskopi ile 110 cm'lik boyuyla karın içinin her noktasına

ulaşabilecek uzunlukta ve 360 derece açılanmayla rijid teleskoptan daha iyi görüntü elde edildiğini saptadık. Isı değişikliği ve kirlenme nedeniyle oluşan görüntü bulanıklığı endoskopun irrigasyonu ile anında düzeltilmekteydi. Endoskopun karın duvarına yatırılarak porttan iletilmesi nedeniyle el aletlerinin karın dışında hareket kabiliyeti oldukça arttı. Karın içinde de 'S' şeklinde açılarak görüntü sağlandığı için el aletlerinin çıkışması tamamen engellendi. Aspirasyon ve irrigasyon gerektiğinde el aletleri çıkarılmadan endoskopun kanalı kullanıldı.

Standart laparoskopiden daha zor bir teknik olan SILS için teleskop yerine videoendoskopların kullanılması- nın avantajları olduğunu düşünmekteyiz.

P 02

EKSTRAUMBİLİKAL ALANDAN TEK İNSİZYON LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

M. Tahir ORUÇ, M. Ümit UĞURLU, İknur ERGÜNER,
Zehra BOYACIOĞLU, S. Yiğit YILDIZ

Koceli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, KOCAELİ

Giriş: Tek insizyondan Laparoskopik Kolesistektomi (TİLK), standart laparoskopik kolesistektomi ile NOTES arasında gelişmekte olan bir yöntemdir. Çalışmamızda umbilikal alan yerine, paramedyan bölgeden TİLK portu kullanmadan uyguladığımız cerrahinin sonuçları sunulmuştur.

Metot: Paramedyan bölgeden TİLK yöntemi ile opere edilen 28 olgu değerlendirilmiştir. Sağ üst kadrana, umbilikusun superolateraline yapılan 2,5 cm'lik vertical insizyonu takiben TİLK portu kullanmadan 2 adet 5 mm'lik ve 1 adet 10 mm'lik trokar yerleştirilmiştir. Trokar girişleri ile safra kesesi aynı vertikal çizgi üzerine getirilerek el aletlerinin çıkışması ve hareket kısıtlılığı önlenmiştir. Trokar yerleşimini takiben standart laparoskopik kolesistektomide olduğu gibi safra kesesinin diseksiyonu gerçekleştirilmiştir.

Sonuç: Paramedyan alandan port kullanmadan TİLK ya-

pılan 28 (19 kadın/9 erkek) olgu değerlendirilmiştir. Olguların ortalama yaşı 42.7±17.3 olup ortalama vücut kitle indeksleri 26.7±3.1'dir. Olguların hepsi laparoskopik olarak tamamlanmış olup 3 olguda safra kesesi retraksiyonu için ekstra trokar ihtiyacı olmuştur. Ortalama operasyon süresi 42.4 (20-85) dakikadır. Tüm olgular postoperatif 1. günde taburcu edilmişlerdir. Postoperatif dönemde hiçbir hastada enfeksiyon, seroma gelişmemiş; 6. aydaki takiplerde herni gözlenmemiştir.

Tartışma: Çalışmamızda paramedyan insizyonla yapılan TILK sonuçlarımız sunulmuştur. Teknik olarak umbilikal alandan yapılan TILK'e göre paramedian TILK yöntemi daha kolay uygulanabilir bir yöntem olup cerrahi sırasında bu yöntemle el aletlerinin çıkışması da azalmaktadır. Kısa operasyon süresi ve perioperatif komplikasyonların gözlenmemesi paramedyan TILK'in, umbilikal TILK'in yanında alternatif bir metot olabileceğini göstermektedir. Teknik kolaylığının yanında, yöntem ile ilgili tek dezavantaj paramedyan insizyonun kozmetik olarak gizlenememesi olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tek insizyondan laparoskopik kolesistektomi, laparoskopik kolesistektomi

P 03

TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: 20 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türker KARABUĞA*, Cemal KARA**,
Alper SÖZÜTEK***, Tuğrul TANSUĞ****,
Hüda GENÇ*****

*Bozkır Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, KONYA

**Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

***Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Gastroenteroloji Cerrahisi BD, MERSİN

****Anadolu Sağlık Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, KOCAELİ

*****Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

Amaç: Tek kesiden laparoskopik kolesistektomi (SILS) sağladığı kozmetik kazanımlarla hasta memnuniyetini arttırmış, minimal invaziv cerrahiyi daha ileri taşımıştır. Bu çalışmada tek kesiden laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız 20 olgu sunulmuştur.

Yöntem: Temmuz 2009 ile Ekim 2010 arasında kolelitiasis nedeniyle tek kesiden laparoskopik kolesistektomi yapılan 20 olgu retrospektif olarak cinsiyet, yaş, ameliyat süresi, insizyon boyutu, komplikasyonlar, postoperatif analjezik ihtiyacı ve yatış süresi açısından incelendi.

Bulgular: Hastaların 15 (%75)'i kadın, 5 (%25)'i erkek; yaş ortalaması 32 (22-42) yıl idi. Hepsinde semptomatik safra kesesi taşı mevcuttu ve hiçbirinde akut kolesistit atağı öyküsü yoktu. Dokuz hastada flexible rubber/gel SILS-Port (Covidien, ABD), sekiz hastada iki adet 5 mm'lik ve bir adet 10 mm'lik standart trokar, üçünde ise üç adet 5 mm Dexide trokar kullanıldı. Dört hastada 5 mm'lik bir ek trokar girildi. Tüm olgularda safra kesesinin fundustan traksiyonu için "S" şekline getirilmiş askı iğne kullanıldı. Bu yöntem hem görüşü

kolaylaştırdı hem de zaman kaybını azalttı. Ameliyat süresi başlangıçta 190 dakika iken son olguda 50 dakika idi (ortalama 82 dakika). Umbilikal insizyon uzunluğu ortalama 2,1 cm (1,5 -3,0 cm) idi. Hastaların hiçbirinde peroperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif analjezik ihtiyacında standart laparoskopik kolesistektomiye göre bir fark gözlenmedi. Hastanede kalış süresi ortalama 1,4 (1-3) gündü. Altı -18 ay takipte hiçbir hastada insizyonel herni gelişmedi. **Sonuç:** Bu tekniğin avantajları hasta memnuniyeti ve kozmetik görünümün iyi olmasıdır. Tek kesiden laparoskopik kolesistektomi deneyimli laparoskopik cerrahlar tarafından yapılmalıdır. Uygulamanın güvenliği ve yararını değerlendirebilmek için çok sayıda hasta ile klinik çalışmalar yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: SILS, laparoskopik kolesistektomi

P 04

TEK İNSİZYONDAN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ; BAŞLANGIÇ DENEYİMİMİZ

İsmail YAMAN, Hayrullah DERİCİ

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, BALIKESİR

Amaç: Cerrahlardaki daha az sayıda, daha küçük kesiler yapma çabası "Tek insizyondan laparoskopik cerrahi" gibi yöntemlerin gelişmesini sağlamıştır ve tek insizyondan laparoskopik kolesistektomi (TILK) son yıllarda hem bazı merkezler, hem de hastalar tarafından giderek artan sıklıkta tercih edilmektedir.

Bu çalışmada TILK yaptığımız ilk üç hastayı sunmak amaçlanmıştır.

Yöntem: **Olgu 1:** Otuz dört yaşında kolelitiazisli kadın hasta.

Olgu 2: Kırk beş yaşında özgeçmişinde akut taşlı kolesistit atağı mevcut erkek hasta.

Olgu 3: Otuz dört yaşında kolelitiazisli kadın hasta. Her üç olgu da TILK uygulanmak üzere ameliyata alındı.

Bulgular: **Olgu 1:** Ameliyat Fransız pozisyonunda gerçekleştirildi. Fundustan bir adet asıcı sütür kullanıldı. Ameliyatın ilk 60 dakikasında 300, 5 mm'lik kamera kullanılırken, kalan sürede 00, 10 mm'lik kamera kullanıldı.

Olgu 2: Birinci olgudan farklı olarak ameliyatın başından itibaren 00, 10 mm'lik kamera kullanıldı. Umbilikustaki cilt insizyonundan sağlam fasya kullanılarak bir adet dren yerleştirildi.

Olgu 3: 30° 10 mm'lik kamera kullanıldı. Fundustan ve infundibulumdan olmak üzere iki adet asıcı sütür kullanıldı. Her üç hastada herhangi bir komplikasyon olmaksızın postoperatif birinci günde taburcu edildi.

Sonuç: TILK'in insizyonların sayı ve boyutunu azaltarak postop. ağrıyı azaltabileceği, hemen hemen görünmeyen bir skar dokusu elde edilebileceği, hastanede yatış süresini kısaltabileceği yönünde çeşitli çalışmalar vardır. Ayrıca TILK'te gerektiğinde kolaylıkla standart laparoskopik yöntemle dönülebilir. Bunun yanında aletlerin hareket kabiliyetinin kısıtlı olması nedeniyle ameliyatın teknik zorluğu ve kompleksliğinin artması, mali-

yetlerin artması işlemin dezavantajları olarak görülmektedir. Ayrıca insizyonel herni riski açısından uzun dönem sonuçlar mevcut değildir.

TKLK'nın sağladığı avantaj ve dezavantajları bildirebilmek için konvansiyonel laparoskopik ile karşılaştırıldığı prospektif randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: Tek insizyondan laparoskopik cerrahi, kolesistektomi, laparoskopi

P 05

TEK KESİLİ VE STANDART LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILAN OLGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI; RETROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

Süleyman BOZKURT, Hüseyin KADIOĞLU, Gökhan ÇİPE, Naim MEMMİ, Halil COŞKUN, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Son dönemde giderek daha yaygın olarak kullanılan ve popüleritesi artan tek kesili laparoskopik kolesistektomilerin (TKLK) komplikasyon ve açığa geçme oranlarının standart laparoskopik kolesistektomi (SLK) ile karşılaştırılması.

Yöntem: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yapılan SLK ve TKLK retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar açık kolesistektomiye geçme, komplikasyon oranları, yaş ve cinsiyet açısından değerlendirildi. Akut kolesistit nedeniyle ameliyat edilen hastalar çalışma dışı tutuldu.

Bulgular: Toplam 190 hastaya kolesistektomi ameliyatı yapıldı. 190 hastanın 25'ine TKLK, 165'ine SLK uygulandı. SLK ve TKLK grubunda yaş ortalamaları sırası ile 49,8±5,4 (20-79) yıl ve 48,6±4,7 (22-81) yıl idi. Cinsiyete göre dağılım (K/E) SLK grubunda 123/42, TKLK grubunda ise 19/6 idi. Ameliyat süreleri sırasıyla SLK ve TKLK grubunda 64±14,5 dakika 57±8,4 dakikaydı. TKLK grubundaki 25 hastanın 3'ünde TKLK portuna ek olarak trokar girilmesi gerekti, TKLK grubunda ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon görülmedi. SLK grubunda 1 hastada batin içi yapışıklıklar nedeniyle açığa geçilmesi gerekti. Bir hastamızda da ameliyat sonrası biloma gelişti.

Sonuç: TKLK ve SLK olgularımız arasında komplikasyon oranları açısından anlamlı bir fark saptanmadı. TKLK, laparoskopi konusunda deneyimli cerrahların elinde nispeten kolay ve güvenli uygulanabilen bir yöntemdir.

P 06

TOTAL SİTUS İNVERSUSLU OLGUDA TEK KESİLİ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Süleyman BOZKURT, Tuba ATAĞ, Halil COŞKUN, Levent KAPTANOĞLU, Münire KAYAHAN, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Özet: Situs inversus totalis karın ve toraksdaki organların ayna hayali yer değiştirmesi ile karakterize nadir görülen konjenital bir hastalıktır. Organların transpose olması batin ve toraksa ait hastalıkların tanı ve tedavisinde zorluklara yol açmaktadır. Tek kesili laparoskopik cerrahi göbekten yapılan 2 cm lik bir kesi ile gerçekleştirilen minimal invaziv bir yöntemdir. Açılı aletlerin kullanılması ve batin içerisinde ellerin çapraz kullanılması gibi zorlukları mevcuttur.

Bu videoda; kolelitiazis nedeniyle elektif kolesistektomi öncesi yapılan tetkiklerinde situs inversus totalis tespit edilen ve tek kesili laparoskopik kolesistektomi uygulanan 49 yaşında erkek olgu sunulmaktadır. Tek kesili laparoskopik kolesistektomi iyi kozmetik sonuçlar sağlama nedeniyle kullanım sıklığı giderek artan bir yöntem olup minimal invaziv cerrahi deneyimine sahip elerde situs inversus totalis'li hastalarda da güvenle uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Situs inversus totalis, tek kesili laparoskopik kolesistektomi

P 07

NADİR VE SELİM BİR LEZYON OLAN SAFRA KESESİ ADENOMYOMU; OLGU SUNUMU

Ahmet Cem DURAL*, Öznur Funda YAZICI, H. Gözde MUHAFAZ DADA*****

**İğdir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İĞDIR*

***İğdir Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İĞDIR*

****İğdir Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, İĞDIR*

Amaç: Kolesistektomi spesmenlerinin %2-8.7'sinde saptanan selim bir lezyon olan adenomyom nadir olup tanısı ancak histopatolojik olarak konulabilir. Safra kesesi mukozasının kalınlaşmış kas tabakası içine yaptığı "Rokitansky-Aschoff" sinüsleri olarak adlandırılan invajinasyonlar ile karakterize selim hiperplazisi olarak tanımlanır. Diffüz, segmenter ve fokal olmak üzere üç histopatolojik alt tipi mevcuttur. Ultrasonografi tanı için değerli olup, laparoskopik kolesistektomi tedavi için uygun seçenektir. Rutin poliklinik işlemleri sırasında tanı konulan segmenter adenomyom olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu: Ara sıra olan karın ağrısı şikayeti ile poliklinikte değerlendirilen 34 yaşında kadın hastanın batin ultrasonografi (USG) tetkikinde, safra kesesinde kalkül veya safra çamuru izlenmezken safra kesesi duvarında yer yer 4.7 mm'ye ulaşan segmental kalınlık artışı ve ring down artefaktları izlendi. Karaciğer enzimleri ve bilirubinleri normal olan hastada safra kesesi duvar kalınlaşması ayrıncı tanısı için İ.V. kontrastlı üst abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki ve CA 19.9 istendi. CA19.9: 17.2 U/ml ile normal sınırlarda, BT'de ise safra kesesi duvar kalınlığında artış dışında patolojik bulgu izlenmedi. Hastaya safra kesesi adenomyomu ön tanısı ile elektif laparoskopik kolesistektomi

tomi planlandı. Standart laparoskopik kolesistektomi sonrası piyesin makroskopik incelemesinde safra kesesi duvarında 7 mm'ye ulaşan segmental kalınlık artışı ve fundusta en büyüğü 4 mm olan multikistik yapı, histopatolojik değerlendirmesinde ise müköler hipertrofi ve Rokitsky-Aschoff sinüsleri saptanması ile adenomyom tanısı konuldu.

Sonuç: Selim bir lezyon olduğundan dolayı laparoskopinin güvenle uygulanabileceği adenomyom, safra kesesinde duvar kalınlaşmasına neden olan lezyonların ayrıntı tanısında nadir de olsa akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adenomyom, safra kesesi, rokitsky-aschoff sinüsleri

P 08

MEZENTERLİ SAFRA KESESİ; AKUT TAŞLI KOLESİSTİT İÇİN RİSK FAKTÖRÜ

Nuru BAYRAMOV, Aygun QADİROVA, Aynur SAFİYEVA, Namiq NOVRUZOV

Gomruk Hospitali Cerrahi Merkezi

Amaç: Çalışmadaki amacımız mezenterli safra kesesinin akut taşlı kolesistit gelişimi için riskli olup olmasını araştırmak v? tartışmaktır.

Yöntem: Klinikimizde 2007-2010 yılları arasında farklı sebeplerden laparoskopik kolesistektomi uygulanan 402 hastayı değerlendirdik. Ameliyat edil?n 11 (%2,7) hastada safra kesesi intraperitoneal yerleşimli idi. 6 hastede kese karaciyere kısa mezenter, 2 hastede orta ve 3 hastede uzun mezenter il? birleşmişti. Hastelerimizin 3'ü bayan, 9'u ise erkek, yaş ortalaması 32 bulundu. 7 heste akut taşlı kolesistit, 4'ü akut kolesistit idi. Vakalarda safra kesesi torsionu izlenmedi. Bu hastaların 4 tanesinde safra kesesi yatağında boylama yerleşmiş venöz sinus görüldü. Literatürde bu anatomik variant az sayıda raporda tesvir edilmiştir. Yaş, cinsiyet, preoperatif dönemde yapılan kan tetkikleri, radyolojik tetkikler, intraoperatif bulgular, operasyon süresi, hastanede kalış süresi postoperatif komplikasyonlar gibi veriler prospektif değerlendirildi. Şiddetli safra kesesi sancısı ile 9 hasta müraciyet etti. Hastelerin tümü genel anestezi altında standart kolesistektomi edildi. Kalot diseksiyonu tamamlandıktan sonra safra kesesi mezenterli bipolar koter ile disekt ve eksize edildi. Ortalama operasyon süresi 30 dak, hastanede kalış süresi 1,1 gün olarak belirlendi. Tüm opere olan hastalar postoperatif komplikasyon gelişmeden taburcu edildi.

Sonuç ve çıkarım: Safra kesesinin yatağı ile birleşmede mezenterli olduğunda torsion olmadan akut taşlı kolesistit gelişme bildiyini düşünmekteyiz, karaciyere disekt zamanı yatağı venası yaralanması gözlenmelidir.

P 09

SAFRALI PLEVRAL EFÜZYON; LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU

Akın AYDOĞAN*, Ramazan DAVRAN**, Ersin Şükrü ERDEN***, İbrahim YETİM*, Orhan Veli ÖZKAN*

* Mustafa Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi AD, HATAY

** Mustafa Kemal Üniversitesi Radyoloji AD, HATAY

*** Mustafa Kemal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD, HATAY

Laparoskopik kolesistektomi safra kesesi hastalıklarının cerrahi tedavisinde düşük morbidite ve düşük maliyet nedeniyle altın standart bir yöntemdir. Plevral efüzyon, plevrada sıvı birikmesi ile ortaya çıkan klinik bir durumdur. Bir çok etyolojik nedene bağlı olabilmekle beraber, postoperatif gelişen plevral efüzyonlar özellikle üst bati-na yönelik cerrahi uygulamalarda da nadiren görülür. Burada, laparoskopik kolesistektominin komplikasyonu olarak gelişen safra- lı plevral efüzyon olgusu sunuldu.

Hastanın tüm batin ultrasonografisinde safra kesesi içerisinde en büyüğü 9mm çaplı multiple sayıda polip mevcuttu. Usulüne uygun laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Safra kesesi batin dışına alınırken harftmandaki klips açıldı. Buradan yaklaşık 5cc kadar safra batına döküldü. Batin serum fizyolojikle yıkanarak aspire edildi. Postoperatif erken dönemde hastada şiddetli bir sağ üst kadrans ağrısı ve nefes darlığı başladı. Postoperatif 1. günde posteroanterior akciğer grafisinde, sağ akciğerde 4. kot seviyesine kadar plevral efüzyon ve diyafragma elevasyonu saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide sağ hemitoraksda belirgin efüzyon görüldü. Lökositozu 16.000/mm³ olan hastanın karaciğer ve kolestatik enzimleri normal düzeylerde ölçüldü. Ultrasonografi eşliğinde torasentez uygulandı ve 250 cc safra- lı plevral efüzyon mayı boşaltıldı. Torasentezden sonra hastanın nefes darlığı ve ağrısında düzelme görüldü. Torasentez sıvısından çalışılan bilirubin değeri 9,1 mg/dl olarak geldi. Hastaya solunum fizyoterapisi uygulandı. Şikâyetleri tamamen düzelen hasta postoperatif 7. gün problemsiz olarak taburcu edildi.

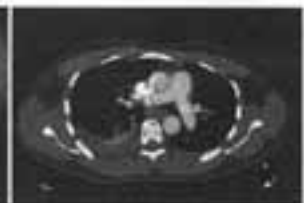
Buradaki plevral efüzyonun oluşumu, operasyon esnasında fark edilemeyen diafragmatik peritonun bütünlüğündeki bozulma veya küçük bir perforasyonun, safra- lı bulaşmış yıkama sıvısının transdiafragmatik olarak toraksa geçişine bağlıdır.

Sonuç olarak, safra- lı plevral efüzyon, laparoskopik kolesistektomi esnasında kullanılan enstrümanların kontrol dışı manipülasyonları sonucu oluşan diafragma yaralanmalarına bağlı meydana gelebilir. Torasentezle başarılı bir şekilde tedavi edilebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, safra- lı plevral efüzyon, torasentez, komplikasyon



Resim 1. PA akciğer grafisinde plevral efüzyon



Resim 2. Toraks BT aksiyal kesitinde sağda plevral efüzyon

AKÇIK VE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE HASTANEDE KALMA SÜRESİ VE MALİYET ANALİZİ KARŞILAŞTIRILMASI

Nuraydın ÖZLEM, Umut YILMAZ, YILDIRIM, Alper CEYLAN, Sadık KEŞMER

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, SAMSUN

Laparoskopik kolesistektomi (LK), hastanede kalış süresini (HKS) kısaltarak maliyeti düşürmektedir. Açık kolesistektomi (AK) ve LK'li hastalarda operasyon süresi, HKS ve karşılaştırmalı maliyet analizi yapılacaktır. 1384 kronik kolesistitiden ek operasyon geçirenler [(51 kolesistektomi+lap. ek prosedür) 178 AK+ek girişim]] çıkarıldığında; 1155'nin 735'ine (%63.6) LK, 420 (%36.4) sine AK yapılmıştır. LK'de yaş ortalaması 50.9 (15-90) AK'de ise 59.7 (23-91) idi. (p=0.9) (tablo1) LK'lilerin %21.6'sı AK'lilerin %28.3'ü erkekti. HKS, LK için 2.4 (1-14), AK için 3.76 (1-20) gündü. AK'lilerde mortalite 3/420 (%0.7), LK'de ise mortalite yoktu. LK'nin maliyeti 1346, AK'ninki ise 1305 TL'dir (p=0.4). Ameliyat süreleri ortalama AK'da; 76.9 dk, LK'de; 75.5 dk. idi. (p=0.96) Kardiyolojik problemleri olanlar, akut kolesistit atağı geçirenler, geçirilmiş batin operasyonları olanlar ve hastaların açık tercihi olmasından kolesistektomilerimizin %34'ü açık yapılmıştır. LK seçilmesini, hastanemizin EAH'ne dönmesine, hastaların tercihinin LK'ya değişmesine bağlayabiliriz.

McIntyre LK'de HKS 1.6 gün kadar kısalığının hastane masraflarını düşürdüğünü, Lee'nin 4.7 günlük HKS'nin, cerrah volümü arttıkça düştüğünü saptamışlardır. Daradkeh serisinde HKS; 2.8 gün idi. Trinidad'dan yapılan yayında median HKS; 22 saat, İsveç'ten yapılan da 4-8 saat, ülkemizde yapılanda LK; 2.5 AK; 5.1 gündü. Bizim HKS'miz; 2.4 gündü. AK ve LK'larımızın HKS açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.55). İki LK çalışmasında ilk 24 saat içinde hastaların evine gönderilebilir oranı %92-94'ken; bizimkisi %23'ü. Mortalitemiz AK grubunda olup gangrene taşlı kolesistiti. Sepsis nedeniyle kaybedildi. ABD'de LK; HKS'yi dolayısıyla maliyeti düşürür, bizde AK ve LK maliyeti arasındaki fark anlamsızdır. Kliniğimizde cerrahi deneyimi (range: 3-28 yıl) HKS'yi azaltarak maliyeti düşürmüştür. Buna rağmen HKS kısaltılıp maliyet daha da düşürülebilir. McIntyre, LK'daki 107 dakikalık süresi bizden uzun AK'daki 72 dakikalık süresi benzerdir. Gerek AK gerekse LK güvenli gerçekleştirilebilir. LK oranlarımız artırılabilir. LK geçirenlerin en çok evine gönderilme saati 48 saat, AK 72saat olup güncel uygulama olan günü birlik cerrahiye göre uzundur. Ülkemizde HKS'nin yüksek olmasına karşın yurtdışına oranla maliyeti yükseltmemektedir. Ülkemizde hastane, ameliyathane ve personel gideri düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, açık kolesistektomi, maliyet, hastanede kalış süresi

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI OLUŞAN TROKAR GİRİŞ YERİ FİTİKLARİ

Erdiç KAMER, Haluk Recai ÜNALP, Önder KARA-HALLI, Mustafa PEŞKERSOY, Ercüment TARGAN

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Genel Cerrahi Kliniği İZMİR

Giriş: Mouref'in 1987 yılında ilk laparoskopik kolesistektomiyi (LK) gerçekleştirmesi ile cerrahide bir devrim başlamıştır. LK'de diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonlarda biri de trokar giriş yeri fıtıktır. Biz bu çalışmamızda kliniğimizdeki LK sonrası gördüğümüz trokar giriş yeri fıtık oranımızı ve hastaların özelliklerini bildirmeyi amaçladık.

Yöntem: 01.01.2006-31.12.2010 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği'nde LK uygulanan 1180 hasta retrospektif olarak inceledik. Bu hastalardan ulaşılan 928'si çalışmaya alındı. Bu 928 hastanın dosyaları incelendi ve telefon ile aranarak durumları hakkında elde edilen bilgiler elektronik ortama kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya aldığımız 928 hastanın 696'sı (%75) kadın, 232'si (%25) erkek, yaş ortalaması 48.4±4.5 (Aralık: 20-89) idi. 928 hastanın 9'unda (%1) trokar giriş yeri fıtığı saptandı. Fıtık saptanan hastaların 2'sinde (%0.2) fıtık yeri epigastrik bölgeden girilen 10 mm'lik trokar giriş yerinde, 1'inde (%0.1) sağ lateralden girilen 5 mm'lik trokar giriş yerinde ve 6'ünde (%0.6) ise göbek üzerinden girilen 10 mm'lik trokar giriş yerinden gelişmiş idi.

Tartışma: Laparoskopik cerrahi sonrası trokar giriş yeri fıtıkları nadir fakat görülebilen bir komplikasyondur. Azurin ve ark. %0.77, Nassar ve ark. %1.8, Sarz-Lopez ve ark. %1.6 görülme oranı bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise bu oran %1 idi. LK'de trokar giriş yeri fıtıkları ile ilgili literatürde çok sayıda olgu sunumu bulunmaktadır. Trokar giriş yeri fıtıklarının önlenmesinde 10 mm yada 11-12 mm'lik trokar fasyalalarının kapatılması konusunda bir çalışma olmamasına karşılık bir kliniğimizde rutin olarak göbek üzerinden girilen trokar yeri fasyasını kapatmaktayız. Sonuç olarak trokar giriş yeri fıtıkları LK de nadir olarak görülsede her zaman akılda tutulması gereken bir komplikasyondur.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, komplikasyon, trokar yeri, fıtık

UNUTULMUŞ SAFRA TAŞI; NADİR BATIN DUVARI ABSE NEDENİ

Nuraydın ÖZLEM, Sadık KEŞMER, Alper CEYLAN, Umut YILMAZYILDIRIM

Samsun Eğit. ve Araşt. Hast. Genel Cerrahi Kliniği, SAMSUN

Laparoskopik Kolesistektomi (LK) sırasında akut kolesistitlerde daha çok olmak üzere safra kesesi perforasyonu sıklıkla (%25-40). LK'da kayıp olan taşların %20'si bulunup çıkarılamaz. Cerrahi seriler kayıp safra taşları (ST) ile ilgili komplikasyonları tüm LK lerin %0.5-6'sında meydana geldiğini, yaşlı, erkek, obez, batin içi adezyon olanlarda daha fazla olduğunu belirtmektedir. Burada LK sırasında kaybedilmiş ST'nin trokar yerinde oluşturduğu apse olgusu sunulmaktadır; 68 yaşında erkek LK'li karında ağır ateş insizyon yerinden akıntı yakınması var. USG; insizyon yerinde apse. Antibiyoterapi sonrası drenaj kesilmedi. Yara eksplere edildi. Yaklaşık 1 cm ST çıkarıldı. Postoperatif komplikasyon olmadı.

LK günümüzde güvenle yapılmasına karşılık bir kısım komplikasyonlar hala gözükabilmektedir. Taş dökülmesi perforasyona yol açan SK manüplasyonu yada ekstraksiyon fazında ortaya çıkar. Kayıp taşların adezyon, enflamatuvar reaksiyonlar, retroperitoneal apse, peritonit, peritoneal-kutanöz sinüs traktları, persistan drene olan trokar yerleri, karaciğer apsesi ve yabancı cisim reaksiyonu meydana getirebildiği gösterilmiştir. Çalışmalar bırakılan taşların absorbe olmadığını, subfrenik taşların karaciğerin konveks yüzünde erozyon yaratabileceğini, damarlar ve safra ağacı için yaralanma potansiyeli olabileceğini göstermiştir.

Bir seride %32'lik SK perforasyonu ve buna bağlı ST dökülmesi gerçekleşmiş vakaların hiçbirinde intraabdominal enfeksiyon veya yara yeri enfeksiyonu gelişmemiştir.

Olgumuzda organ torbası kullanılmadığı gibi, subkutan dokuya batin içinden migrasyon da söz konusu olabilir. LK sonrasında subkutan dokuda yabancı cisim olan hastada unutulmuş taş düşünülmelidir. Akut kolesistitinin kolesistektomisinde kese çekilirken daha fazla dikkat gösterilmesi, gelişmiş teknik ve enstrümanların kullanılması (organ torbası gibi) SK çıkartılmasını kolaylaştırır ve ekstraksiyon fazı sırasında kanın duvarında taşların kaybedilmesini engelleyerek komplikasyonların oranını azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, batin duvarı absesi, unutulmuş safra taşı, komplikasyon

P 13

BİR EĞİTİM HASTANESİNİN İKİ YILLIK LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİ

Yavuz ALBAYRAK, Serdar ASLAN, İbrahim Cengiz GÜZEL, Belkız AYLU, Bünyamin ÖZOĞUL

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, ERZURUM

Amaç: Erzurum Bölge eğitim ve Araştırma hastanesi Genel cerrahi kliniğinde kolesistektomi amacı ile Laparoskopik olarak başlanan 601 hastanın demografik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Yöntem: 2009 Şubat ve 2011 Şubat tarihleri arasında kolesistektomi amacı ile 601 hastanın bilgileri hastane kayıtlarından çıkarılarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların en küçüğü 18 en büyüğü 85 (ortalama 46.8±14.3) yaşında idi. 129 (%21.5)'ü erkek, 472 (%78.5)'si ise kadın idi. Laparoskopik eksplorasyon sırasında hastaların 538 (%89.5)'inde kronik kolesistit, 63 (%10.5)'ünde ise Akut kolesistit hali tespit edildi. Hastaların 545 (%90.7)'inin ameliyatı laparoskopik olarak bitirilebilmesine karşılık 56 (%9.3) hastada çeşitli nedenlerden dolayı açık ameliyat şekline dönüldü. Hastaların ortalama yatış süresi 1.27±0.45 gün idi. Hastaların 492 (%87.7)'sinde komplikasyon gelişmedi, 109 (%12.3)'ünde ise safra sızıntısı, kese lojunda sıvı koleksiyonu, kesenin perfore olmasına bağlı taşların ve safranin kanı içerisine dökülmesi, kanama ve yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonlar gelişti.

Sonuç: Günümüzde semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde en fazla kullanılan yöntem laparoskopik kolesistektomidir. Hastanede kalma süresini kısaltması, postoperatif dönemde hastalardaki ağrının daha az olması, insanların daha kısa zamanda işlerine ve günlük aktivitelerine dönmesi, açık kolesistektomiye göre kanın içerisindeki bridlerin çok daha az olması, insizyonların açık kolesistektomiye göre çok daha küçük olmasından dolayı yara yeri enfeksiyonlarının daha az görülmesi, hastanede kalma süresini kısaltmasına bağlı olarak hastane maliyetlerini azaltması gibi bir çok avantajının olmasından dolayı bugün için kolelitiazis tedavisinde altın standart tedavi şekli laparoskopik kolesistektomidir. Ülkemizin bazı bölgelerinde hala daha yapılamayan bu ameliyat şeklinin bu yerlerde de yapılması için gerekli şartların sağlanmasının zorunlu olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Kolesistektomi, laparoskopi, kolesistit

P 14

ÜÇ TROKARLA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULAMASI

Burhan MAYIR

Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ZONGULDAK

Laparoskopik kolesistektomi genel olarak 4 trokarla uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda 3 trokarla laparoskopik kolesistektominin 4 trokara göre bir üstünlüğü gösterilememişse de güvenle uygulanabilir bir yöntem olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada tek bir hekim tarafından semptomatik kolelitiazis tanısıyla 3 trokarla laparoskopik kolesistektomi uygulanan olgular değerlendirilmiştir. Çalışma kriterlerine uyan toplam 55 hasta dosyası geriye dönük olarak incelendi. Üç hastada 4. trokar girilme ihtiyacı oldu. Dördüncü trokar girilme sebepleri kanama, sistik kanal klipsinde açılma ve kolesistit varlığı idi. Ameliyat Süresi ortalama 32 dakika olarak saptandı. Hiçbir hastada ameliyat sırasında yada hastanede yatış sırasında bir komplikasyon gelişmedi. Yapılan analizde ameliyat sırasında kolesistit varlığı saptanan hastalarda ameliyat süresi daha uzun bulundu. Üç trokarla laparoskopik kolesistektomi deneyimli

kişiler tarafında güvenli uygulanabilecek bir yöntemdir.
Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, 3 trokar

P 15

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA FARKLI BİR KOLEDOK EKSPLOASYONU YÖNTEMİ: PEROPERATUVAR KOLEDOKOSKOPI

Hüseyin SİNAN*, Sezai DEMİRBAŞ*, Mustafa Tahir ÖZER*, Mustafa TANRISEVEN*, Batuhan HAZER**

* GATA, Genel Cerrahi AD, ANKARA

** Diyarbakır Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, DIYARBAKIR

Safra kesesi taşı ve eş zamanlı koledok taşı olan hastalarda, laparoskopik kolesistektomiye takiben koledok eksplorasyonu yapılması önerilir. Bu gibi durumlarda, transsistik yaklaşımla peroperatuvan koledokoskopi yöntemi kullanılarak, koledokotomi ve intraoperatif kolanjiyografinin muhtemel komplikasyonlarından korunmak mümkündür. Hastamız 48 yaşında, erkek, yapılan batin ultrasonografisinde; safra kesesinde multipl kalkül, koledokta 1 adet kalkül mevcuttu. Gastroenteroloji kliniğinde ERCP yapılmış ancak koledoktaki taş impakte olduğu için çıkarılamamış, yalnızca sfinkterotomi uygulanabilmiş. Gerekli hazırlıklardan takiben hasta ameliyata alındı. Hastaya klasik laparoskopik yaklaşımla kolesistektomi uygulandı, ancak öncesinde sistik kanalın safra kesesine yakın ucu kliplendikten sonra sistik kanal endomakasıyla yanya kadar açıldı. Açılan delikten bükülebilir koledokoskop ile girilerek koledok gözlendi. Koledok içindeki impakte taş, bükülebilir koledokoskop yardımıyla ve serum fizyolojik ile irriye edilerek, daha önce sfinkterotomi yapılan Oddi sfinkterinden, kolaylıkla duodenuma düşürüldü. Safra kesesi taşı ve eş zamanlı koledok taşı olan hastalarda, transsistik yaklaşımla bükülebilir koledokoskop yardımıyla peroperatuvan koledok eksplorasyonu, güvenli ve yüksek etkinlik ile uygulanabilecek bir yöntemdir. Sistik kanaldan çıkarılamayacak büyüklükteki koledok taşlarının duodenuma düşürülmesinde etkindir. Ayrıca koledokotomi ve intraoperatif kolanjiyografinin sebep olacağı muhtemel morbiditeden korunmayı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Safra kesesi, laparoskopik, koledokoskopi, koledok taşı

P 16

AKUT BİLİER PANKREATİTTE ERKEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ; KİŞİSEL SERİ

ALUZUNKÖY

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, ŞANLIURFA

Giriş: Akut bilier pankreatitli olgularda kolesistektomi-

nin zamanlaması hakkında tartışmalar devam etmektedir. Bu çalışmada akut bilier pankreatit nedeniyle takip ve tedavi edilen olgularda erken dönemde laparoskopik kolesistektomi yapılan olguların sonuçları değerlendirildi.

Hastalar ve metot: Ocak 2000- Mart 2011 tarihleri arasında akut bilier pankreatit nedeniyle takip ve tedavi edilen olguların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Ranson kriteri 3'ün üzerindeki olgular çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Akut bilier pankreatit nedeni ile takip ve tedavi edilen 52 olgudan 4'ü şiddetli pankreatit olarak değerlendirilerek çalışma dışı bırakıldı. 48 olgunun 32'sine aynı yatış esnasında kolesistektomi uygulandı. 13 olguya 8 haftadan sonra kolesistektomi uygulandı. 3 olgu akut pankreatit tedavisi sonrası tekrar başvurmadı. Olguların 3'üne açık ve 42 olguya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Laparoskopik kolesistektomi yapılan olguların hiçbirinde açık kolesistektomiye geçiş olmadı. Erken ve geç dönem yapılan laparoskopik kolesistektomi arasında teknik zorluk açısından fark yoktu. Seride mortalite ve önemli bir komplikasyon gözlenmedi. Erken ve geç dönem laparoskopik kolesistektomi sonuçları karşılaştırıldığında operasyon süreleri, komplikasyonlar ve postoperatif hastanede kalış süreleri açısından fark gözlenmedi. ($p>0.05$).

Sonuç: Hafif ve orta şiddette akut bilier pankreatitli olgularda, pankreatit tedavisi sonrası hastaneden çıkmadan yapılan laparoskopik kolesistektominin sonuçları, 2 ay veya daha sonra yapılanlarla benzerdir. Akut bilier pankreatitli olgularda, tekrar bilier pankreatit gelişimini önlemek amacıyla erken laparoskopik kolesistektomi güvenli uygulanabilecek bir tedavi yaklaşımıdır.

P 17

KLİNİK BELİRTİ VERMEYEN SAFRA KESESİ PERFORASYONU; LAPAROSKOPİK SAĞITIM

Nuraydın ÖZLEM, Umut YILMAZYILDIRIM, Sadık KEŞMER, Alper CEYLAN

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, SAMSUN

Safra kesesi (SK) perforasyonu nadirdir. Belirgin mortalite ve morbiditesi vardır. Burada klinik bulgu vermeyen perikolesistik abse gelişmiş taşlı kolesistit perforasyonunun tanı aşaması ve laparoskopik sağıtımı sunulacaktır. Elliye yedi yaşında erkek 3 hafta önce hafif şiddette künf abdominal travma geçirdiğinden kontrol amaçlı başvurdu. Fizik muayene ve laboratuvar normaldi. Minimal transaminaz yüksekliği vardı. USG, CT, MRC; SK'de taş, duvar kalınlığı ve perikolesistik mayi. Gd-BOPTA; perikolesistik boşluğa safra kaçıışı ve SK içerisinde minimal kontrast madde dolma defekti vardı. Perfore SK ön tanısıyla laparoskopik yapıldı; kesenin perforasyonu ve keseden pürülan materyal boşaldığı görüldü. Laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Postoperatif yakınması olmayan hasta postop 7. günde taburcu oldu. Akut inflamasyonun rüptürü nadirdir, akut kolesistitin yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur; insidansı

akut kolesistitlerde %2-11'dir. DM'li erkek hastalarda daha yüksektir. Komplike medikal öykülü hastalarda SK perforasyon tanısı özellikle inişli çıkışlı seyire bağlı olarak bu vakada görüldüğü gibi zor olabilir. SK perforasyonu ve komplike olmaması akut kolesistit arasında klinik ayırımı yapmak zordur; çünkü rüptüre olmuş bir SK'sinden sızan safra ekstrapitoneal SK fossasında bulunur; peritonit semptomu vermez. SK perforasyonu en sık kanlanmanın zayıf olduğu fundus duvar defektinden olur. Bu bölgeyi görüntülemek zordur. SK perforasyonu ya lokalize bir perikolesistik abseye ya da peritoneal kaviteye perforasyona yol açabilir. Perikolesistik abse nadir bir durumdur. (%2.1-19.5) SK perforasyonu morbidite ve mortalitesi sırasıyla %37.5 ve %12.5'tür. Birçok otör SK perforasyonunun erken tanı ve acil cerrahi tedavisinin kritik önemi olduğunu söylemişlerdir.

Olgumuzun orijinaliği:

1. Klinik belirti vermeksizin taşıyan kolesistit perforasyonu olması
2. Bu amaçla ilk defa uygulanan Gd-BOPTA MRC ile şüpheli SK perforasyonu tanısı konmuş, tanısal laparoskopik ile tanı onaylanmış ve zor bir kolesistit vakasında laparoskopik kolesistektomi prosedürü başarıyla uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut kolesistit, laparoskopik kolesistektomi, safra kesesi perforasyonu, asemptomatik, perikolesistik apse



Resim 1. safra kesesi perforasyonu

P 18

SİTUS İNVERSUSLU BİR HASTADA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: 30° LAPAROSKOPUN AVANTAJI

Ömer TOPUZ, Selim SÖZEN, Ahmet Feran AĞAÇHAN, Mustafa TÜKENMEZ

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi KAYSERİ

Giriş: Laparoskopik kolesistektomi dünyada günümüzde yapılan cerrahi işlemlerden en yaygınlarından biridir. situs inversuslu bir hastada da semptomatik safra taşları nedeni ile ameliyat gerekir. Biz bu yazıda cerrahi sırasında karşılaşılan problemleri ve nasıl çözülebileceklerini tartışacağız.

Olgu sunumu: 50 yaşında erkek hasta 1 yıldır devam eden, tekrarlayan epigastrik ve sol subkostal ağrı acil servise başvurdu. fizik muayene ve radyolojik incelemeler sonrasında situs inversus totalisi hastada safra kesesi taşları olduğu görüldü. laparoskopik kolesistek-

tomi yapıldı ve hasta sorunsuz olarak iyileşti.

Sonuç: semptomatik kolelitiazisle birlikte situs inversus çok nadir görülür. situs inversuslu hastalarda laparoskopik kolesistektomi ve diğer karın içi ameliyatlara nadiren yapıldıkları için daha zordur. 30 derece laparoskop kullanımı zorlukları azaltmada yardımcıdır.

Anahtar Kelimeler: Situs inversus, laparoskopik kolesistektomi

P 19

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE KALO ÜÇGENİ VARYASYONLARI

Adil İSAYEV, Musfig HASANOV

Azerbaycan Tıp Üniversitesi Genel Cerrahi AD.

Shu anda laparoskopik kolesistektomi ülkemizde ve onun sınırları dışında kolelitiazisin en çok yaygın tedavi yöntemlerinden biridir. İshbu ameliyatta safra taşı hastalığı tedavisinde "altın standard" olarak sayılmaktadır. Bu ameliyatın uygulanması ameliyat sonrası komplikasyonların sayısının önemli miktarda azalmasına, hastanedeki tedavi süresinin ve hastaların rehabilitasyon döneminin kısalmasına yol açmıştır.

Shu ana kadar cerrahide laparoskopik teknolojilerin geniş uygulanmasını durduran etkenlerden biri, ayırtılama zorluğu ve önemli anatomik yapıların ayrılmasıdır.

Malzeme: Son 3 yıl içinde bizim grup tarafından kalkuloz kolesistitin komplikasyonsuz, ayrıca komplikasyonlu şekilleri ile ilgili 516 laparoskopik ameliyat yapılmıştır.

516 hastanın 452'sinde (%87.5) Kalo üçgeni anatomisi klasik düşüncelere tekabül etmiştir.

64 halde (%12.5) bir tipik olmayan anomali varyasyonları ile karşılaşmıştık.

Safra kanallarının anomali varyasyonları, atardamar kollarının anomali varyasyonları.

Safra kanalının uzun uzun kabarcık kanalı şeklindeki anomali varyasyonu ile 28 halde karşılaşmıştık. İshbu durumdaki ameliyat özelliği bu durumun giderilmesiydi, aksi takdirde uzun, istenmez bir kolt kalabilir.

Anahtar Kelime: Laparoskopik kolesistektomi, safra yolu anomalleri

Poster Değerlendirme 2

Değerlendirme Sorumluları:
Koray TOPGÜL, Hasan BEKTAŞ

P 20

CERRAHİ ENDOSKOPI ÜNİTELERİNİN KISA DÖNEMDEKİ KAZANÇLARI

Feyzi CENGİZ, Murat UZ, Enver İLHAN, Kemal Emre TELCİLER, Savaş YAKAN, Baha ZENGEL, Ali Galip DENEÇLİ

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

Amaç: Genel cerrahi endoskopi üniteleri, genel cerrahi kliniklerinde olması gereken, hastaların sadece tanılarında değil tedavi sürecinde de gereklidir. Bu üniteler, cerrahi hastalarının tedavilerinin tek birim üzerinden yürütülmesini sağlayacaktır. Bu amaçla ünite kurulduktan sonraki periyod ile üniteden önceki aynı zaman dilimini karşılaştırarak vaka sayımızı ve tedavilerimizi inceledik. **Yöntem:** Haziran 2009- Nisan 2010 endoskopi ünitesi kurulmadan önceki zaman(Grup I) ile Haziran 2010-Nisan 2011 zaman aralığındaki (Grup II) servismizde kolon-mide CA tanısı ile tedavi gören hasta sayılarımızı ve tedaviyi karşılaştırdık. Tüm endoskopiler servismizde aktif olarak ameliyatlara da giren sertifikalı 2 adet cerrahi uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Grup I'deki hasta sayımız 54'tür. Bu grupta da ki hastalar preoperatif endoskopileri hastanemiz veya dış merkezde yapılmış olup acil endoskopi gereksiniminde sevk edilmiş veya endoskopi yapılmadan radyolojik bulgulara dayanarak operasyona alınmıştır. Preoperatif veya postoperatif hiçbir hastaya endoskopik işlem yapılmamıştır. Grup II'deki hasta sayımız %18.5 artarak 64 olmuştur. Bu hastalarda preoperatif bütün endoskopiler dış merkezde yapılmış olsa dahi servismizde tekrarlanmış ve 2 hastanın operasyon protokolü değişmiştir. Peroperatif olarak 3 hastaya tümör lokalizasyonunun tespiti, 1 hastaya preoperatif obstrüksiyon nedeni ile geçilemeyen proksimal segmentin incelenmesi için endoskopik işlem yapılmıştır. 1 hastaya postoperatif kaçak nedeni ile endoskopi yapılmıştır.

Sonuç: Endoskoplar günümüzde tanı amaçlı olmaktan çıkıp tedavi amaçlı da kullanılmaktadırlar. Bu nedenle cerrahi endoskopi üniteleri genel cerrah kliniklerinin gelecekte olmazsa olmazdır. Endoskopun cerrah tarafından kullanılması cerraha öngörü ve otokontrolünü, hastalara da cerrahına güven duymalarını sağlamıştır. Sonuç olarak cerrahi hastalarının hastalıklarının tek bir klinikten ameliyat öncesi ve sonrası çözüme ulaştırılması hasta memnuniyetini ve artışı sağlamıştır. Bu üniteleri endoskopik cerrahinin ilk ameliyat odaları olarak görmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi, endoskopik cerrahi

P 21

CERRAHİ ENDOSKOPI VE KOMPLİKASYON

Feyzi CENGİZ, Murat UZ, Enver İLHAN, Kemal Emre TELCİLER, Ali Galip DENEÇLİ

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

Amaç: 2009 yılında yasal olarak ülkemizde başlayan cerrahi endoskopi, hastanemizde 2010 yılında kuruldu ve aktif olarak yapılmaktadır. Başlangıçta genel cerrahların yapacağı endoskopilerde, ülkemizde ve hastanemizde de olan yaygın çekince oluşabilecek komplikasyonlardı. Yazımızın amacı ünitimizde tarafımızca yapılan endoskopik işlemler ve komplikasyonlar literatür eşliğinde irdelenmiştir.

Yöntem: Haziran 2010-Nisan 2011 tarihleri arasında hastanemiz 1 genel cerrahi kliniğinde çalışan ve endoskopi yapan iki genel cerrahi uzmanının yapmış oldukları endoskopik işlemler ve sonuçları retrospektif olarak taranmış ve literatür ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Ünitimizde tüm işlemler sedo-analjezi altında, hastalar rutin olarak saturasyon takibi ve gereğinde monitörize edilerek yapılmaktadır. Alt gastrointestinal (GI) 523, üst GI 223 endoskopik işlem yapılmıştır. 2 özofagus stenti, 3 endoskopik beslenme tüpü, 3 endoskopik perkutan gastrotomi, 1 gastroskopik yabancı cisim çıkarılması (iğne), 8 gastroskopik polipektomi, 68 kolonoskopik polipektomi (bir hastadan 1 ile 8 adet arasında olmak üzere, en büyüğü 5x6 cm polip total eksize edilmiştir) yapılmıştır. İki hastada çekuma gidilememiş, diğer endoskopik işlemler başarı ile tamamlanmıştır. Dev polip eksizyonu yapılan bir hasta 24 saat gözlem için yatırılmış, diğer hastalar sedo-analjezinin etkisi geçtikten sonrası eksterne edilmiştir. Hiçbir hastada komplikasyon görülmemiştir.

Sonuç: Literatürde premedikasyon yada estrüman ile ilgili komplikasyon üst GIS endoskopisinde %0.11'dir, 1000 prosedür'de ölüm oranı %0.3, kardiyorespiratuar komplikasyon oranı %5.4 olarak verilmiştir. Endoskopik prosedür ile ilgili en ciddi komplikasyon perforasyondur ve %0.03 görülür. Ünitimizde ağırlıklı olarak kolonoskopi yapılmakta, literatürde diagnostik prosedürlerde kolonoskopi de perforasyon oranı %0.14-0.26, terapötik prosedürlerde %0.11-0.42'dir. Sonuç olarak endoskoplar beklenenin aksine cerrahlar tarafından komplikasyonsuz olarak başarı ile kullanılmaktadır. Deneyim arttıkça da daha işlevsel ve minimum komplikasyon ile kullanılacağına inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Anestezi komplikasyonları, endoskopik komplikasyonlar

DOKSİSİKLİN KULLANIMINA BAĞLI ÖZOFAJİT VAKALARI

İsmail DEMİRYILMAZ*, Yavuz ALBAYRAK**

* İbn-i Sina Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, KAYSERİ

** Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ERZURUM

Amaç: Bu yazıda doksisisiklin kullanımı sonucu özofajit gelişen iki hastayı sunacağız.

Yöntem: Göğüs ağrısı, takılma hissi, disfaji ve yutma güçlüğü şikayetleri ile müracaat eden ve Endoskopi yapılarak özofajit tespit edilen iki hasta incelendi.

Bulgular: 21 yaşında bayan hasta akne vulgaris nedeniyle doksisisiklin 100 mg 1x1 iki kutu kullandıktan sonra şiddetli göğüs ağrısı, takılma hissi ve yutma güçlüğü şikayetleri başlamış. Yapılan gastroskopiye ön kesici dişlerden itibaren 27. cm'de sirküler seyirli 3 adet en büyüğü 0.5 cm'lik tabanları fibrinli yüzeysel ülserler tespit edildi.

İkinci hasta 34 yaşında bayan jinekolojik enfeksiyon nedeniyle doksisisiklin 100 mg 1x1 tablet kullanmaya başladığı günden beri göğüs ağrısı, yutma güçlüğü ve takılma hissi şikayetleriyle müracaat etti. Hastaya yapılan gastroskopiye ön kesici dişlerden itibaren 25. cm'de yan yana iki adet yüzeysel 0.5 cm'lik tabanları fibrinli ülserler tespit edilerek biyopsiler alındı, biopsi özofajit olarak rapor edildi.

Sonuç: Bir çok ilaç özofajite neden olabilir. İlaçlara bağlı özofajitlerin yaklaşık %40 sebebi Doksisisiklin'dir. Doksisisiklin özofagus mukozasına etki ederek özofajite neden olmaktadır. İlaç kullanımına bağlı gelişen özofagus patolojilerinin tipik klinik belirtisi saatler veya günler içerisinde gelişen retrosternal yanma, disfaji ve odinofajidir. Doksisisikline bağlı özofajitlerin büyük bir kısmında hasar özofagusun orta üçte birlik bölümünde görülmektedir. Oysa ilaca bağlı olmayan özofajitlerin çok büyük bir bölümü özofagus distalinde oluşmaktadır. Bizim hastalarımızda lezyonlar özofagus orta kısmında idi. İlaça bağlı özofajitlerin tanısında endoskopi %100'e yakın duyarlılığa sahiptir. Akut başlayan yutma güçlüğü şikayeti olan hastalarda ilaç kullanma öyküsü sorgulanmalıdır. Ayrıca Tetrasiklin kullanan hastaların ilacı bol su ile ve dik pozisyonda almaları gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Doksisisiklin, özofajit, endoskopi

P 23

HIATAL HERNİ İLE REFLÜ ÖZOFAJİTİN ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Fatma R. POLAT, Sabriye POLAT

Toyota Acil Yardım Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, SAKARYA

Amaç: 3663 ardışık hastaya gastroskopi yapıldı. Bu

çalışmada reflü özofajitin şiddeti ile hiatal herni arasındaki ilişki retrospektif olarak çalışıldı.

Materyal ve metod: Kliniğimizde 2008-2010 tarihleri arasında gastroskopi yapılan 3256 hasta; Hastaların ortalama yaş 44,54 (17-93). Bu çalışmada reflü özofajitin şiddeti (Los Angeles klasifikasyonu) ile hiatal herni arasındaki ilişki retrospektif olarak 3256 vakada çalışıldı. standart endoskopik prosedür tüm hastalara uygulandı. **Bulgular:** Tüm olgulara lokal anestezi altında gastroskopi işlemi yapıldı. hiatal herni 1060 (%32,5) vakada görüldü. Hiatal herni olupda reflü özofajit görülmeyen olgu sayısı 36 (%3,39). 1024 (%96,2) olguda grade 1-5 arasında reflü özofajit görüldü (tablo 1); buna karşın hiatal hernisi olmayan vakalarda bu oran 1296(%59). **Sonuç:** Reflü özofajitin oluşumunda hiatal herni önemli bir ilişki olmasına rağmen, reflü özofajitin şiddeti ile doğrusal bir ilişki yoktur. Hiatal herni nedeniyle ameliyat edilen hastaların; reflü özofajite neden olarak diğer faktörlerde tedavide dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiatal herni, reflü özofajit

P 24

TİROİDEKTOMİ SONRASI ENDOSKOPIK ÖZOFAGUS STENTİ UYGULAMASI; OLGU SUNUMU

Fahrettin ACAR, Hüsnü ALPTEKİN, Hüseyin YILMAZ, M. Ertuğrul KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. KONYA

Amaç: Günümüzde özofajiyal stentlerin en sık kullanım alanı cerrahinin uygun olmadığı özofagus kanserli hastalardır. Bunun yanında benign özofajiyal darlıklarda, özofagus perforasyonunda, benign-malign özofagoespiratuar fistüllerde ve cerrahi sonrası anastomoz kaçaklarının tedavisinde özofajiyal stent kullanımı giderek artış göstermektedir. Bening darlık nedeniyle cerrahi endoskopi ünitemizde gerçekleştirilen özofagus stent uygulamasını paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 72 yaşında erkek olgu. 5 yıl önce papiller troid kanseri nedeniyle total tiroidektomi ve santral lenf nodu disseksiyonu ameliyatı geçirmiş. Ameliyat epikrizinde özofagusun disseksiyon sırasında iyatrojenik perforasyon olduğu ve primer onanım yapıldığı öğrenildi. Ameliyat sonrası ilerleyici yutma güçlüğü gelişen olguya aralıklı dönemlerde balon dilatasyon işlemi uygulanmış. Kliniğimize mevcut şikayeti ile müracaat eden olgunun tetkiklerinde troid kanserine ait nüks veya metastaza ait bulgulara rastlanmadı ve striktüre ait bening özofagus darlığı düşünüldü. Özofagogastroskopi işlemi endoskopun distale geçişine izin vermeyen lezyona metalik stent işlemi uygulandı. Komplikasyon gelişmedi. İşlem öncesi ve sonrasında ağız kontrast madde ile özofagus pasaj grafileri alınan olguda obstrüksiyona ait bulguların da düzelme görüldü.

Sonuç: Özofagus stentleri malign veya bening nedenlere bağlı obstrüksiyonların palyasyonunda etkili bir şekilde uygulanmaktadır.

P 25

GASTRİK POLİP TİPLERİNİN SIKLIĞI

İsmail DEMİRYILMAZ*, Yavuz ALBAYRAK**,
Serpil YILMAZ***

* İbn-i Sina Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, KAYSERİ
** Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi
Kliniği, ERZURUM
*** İbn-i Sina Hastanesi, Patoloji Kliniği, KAYSERİ

Amaç: Gastrointestinal sistemin lümenine çıkıntı yapan herhangi bir lezyon polipoid lezyon diye adlandırılır. Yapılan gastroskopilerin %2-3'ünde gastrik poliplere rastlanır. Histolojik olarak inflamatuvar, rejeneratif, hiperplastik ve adenomatöz olarak sınıflandırılırlar. Bu çalışmada gastrik polipoid lezyonlu hastaların demografik, klinik ve endoskopik özellikleri sunuldu. Yine bu lezyonların histopatolojik özellikleri ve onların malignite potansiyelleri tartışıldı.

Yöntem: Kayseri İbn-i Sina hastanesi ve Erzurum Numune hastanesinde Ekim 2006 ve Temmuz 2010 yılları arasında toplam 3375 hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Bunların 66'sında mide polipi tespit edilerek onların lokalizasyonu, histopatolojik bulguları ve tedavileri tartışıldı.

Bulgular: Üst Gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan 3375 hastanın 66 (%1.95)'sında midenin çeşitli anatomik pozisyonlarında polip tespit edilerek polipektomi yapıldı. Hastalardaki en sık semptom epigastrik ağrı (%72.7) idi. Bunu dispepsi (%18) ve anemi (%4.5) takip ediyordu. Hastaların 51'inde bir, 8'inde iki ve 7 sinde üç adet polip mevcuttu. Toplam 88 polibin 41 (%46.5)'i antrumda, 26 (%29.5)'si korpusta, 12 (%13.6)'si kardiyada ve 9 (%10.4)'ü anastomoz sahasında idi. Poliplerin 53 (%80.2)'ü 1 cm'den daha küçük, 23 (%26.1)'ü 1-2 cm arasında ve 12 (%13.7)'si 2 cm'den daha büyüktü. Poliplerin histopatolojik incelemesinde 71 (%80.7)'i hiperplastik, 15 (%17)'i inflamatuvar ve 2 (%2.3)'si adenomatöz polip idi. Multipl polipli bütün hastalarda tek bir histolojik tip mevcuttu.

Sonuç: Bizim çalışmamızdaki her üç polip türünde malign değişime uğrayabilir. Bundan dolayı şayet mümkünse mideye tespit edilen bütün poliplere polipektomi yapılmalıdır. Sonuç olarak bu hastalara yapılan endoskopik polipektomi midenin herhangi bir yerinde gelişmesi muhtemel maligniteyi engellemesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi, gastrik polip, adenomatöz polip

P 26

YABANCI CİSİM MİGRASYONUNA BAĞLI PORTAL VEN TROMBOZU ENDOSKOPİK YABANCI CİSİM ÇIKARTILMASI

Murat AKAYDIN*, Fazilet ERÖZGEN**,
Yeliz Emine ERSOY***, Mehmet Celal KIZILKAYA**,
Ekrem FERLENCEZ***, Selim BİROL***

Ertuğrul ALKURT****, Mehmet HATEMİ**,
Fatih ÇELEBİ*****, Rafet KAPLAN**

* Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL
** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL
*** Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL
**** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL
***** Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Portal ven trombozu (PVT) çok seyrek görülen bir klinik tablo olup genellikle batin içi enfeksiyonlarına ve batin içi malignitelere sekonder gelişir. Bu çalışmamızda PVT neden olan yabancı cismin tespit edilerek çıkartılmasını sunmak istiyoruz.

Materyal metot: Kırksekiz yaşındaki erkek hastamızın, bir haftadır karın ağrısı, kusma, ateş ve kilo kaybı yakınmaları mevcut. Hasta kolanjit şüphesi ile kliniğimize sevkle gönderildi.

Bulgular: Fizik muayenede epigastrik bölge hassasiyeti mevcut. Lab. incelemesinde WBC 17.3 K/uL (neutrophil 15.9 K/uL, %91.8 bulundu), AST 174 U/L, ALT 121 U/L, GGT 441 U/L, AF 373 U/L, amilaz 60 U/L tespit edildi. Daha önce yapılan endoskopik incelemesinde duodenumda kitle? İmajı görüldüğü için endoskopik kontrol planlandı. Bu esnada yapılan BT incelemesinde; Koledok cidarında kalınlık artışı, sol İHSY'da minimal dilatasyon, portal vende 16 mm çapında nodüler konfigürasyonda hava imajı tespit edildi. Bu imaj portal vende dolun defekti yapmaktaydı. Portal vende septik emboli veya tromboz olduğu düşünüldü. Portal venin doppler incelemesinde ise yine aynı bölgede tromboz tespit edildi. Endoskopik incelemede duodenum 2. kıtada kürdanla duodenum mukozasının perforate olduğu ve kürdan ucunun 15 mm kadar migre olduğu gözlemlendi. Yabancı cisim çıkartıldığında aynı yerde yuvarlak ülser yapıtı tespit edildi. İşlem sonrası hastanın yakınmaları hızla düzeldi. Başka hiçbir etyolojik neden tespit edilmeyen hastanın klinik PVT'na duodenumdan migre olmaya çalışan yabancı cismin (kürdan) neden olduğu düşünüldü.

Sonuç: Nadir bir klinik tablo olan PVT'nda yabancı cismin bir etyolojik faktör olabileceği ve endoskopik tanı ve tedavinin gerekebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Portalven trombozu, yabancı cisim, endoskopi, kürdan



Resim. Duodenumda PVT neden olan yabancı cisim

PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ DENEYİMİMİZ

Savaş YÜRÜKER*, Koray TOPGÜL*, Fatma ÖLGER**, Ahmet DİLEK**, Levent GÜNGÖR***, Zafer MALAZGİRT*

* OMÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, SAMSUN

** OMÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon, AD, SAMSUN

*** OMÜ Tıp Fakültesi Nöroloji AD, SAMSUN

Gastrointestinal sistemi çalışan ancak oral alımı olmayan uygun olgularda perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) iyi bir beslenme yoludur. Bu bildiride kliniğimize ait endoskopi ünitesinde 2010 yılında uygulanan PEG olguları kayıtlardan geriye dönük olarak incelendi ve endikasyonları, uygulama şekli ve komplikasyonları açısından değerlendirildi.

Dört olguya endoskopi ünitesinde, diğer olgulara ise yatırıldığı serviste PEG takıldı. İşlemler 6 saat öncesinden enteral alımın kesilmesi sağlandı. İşlem öncesi profilaktik antibiyotik verilmedi. Bilinci açık hastalarda lokal (oral + kütanöz) ve sedoanaljezi uygulandı, entübe ve uyutulan hastalarda kütanöz lokal anestezi uygulandı.

Bulgular: Ünitimizde 2010 yılında 42 hastaya PEG uygulandı. Hastaların 29'u erkekli (%69). Yaş aralığı 20-86, ortalama 54.38 olarak bulundu. Endikasyonlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Kooperasyon kurulamayan ya da kas spazmı nedeniyle ağızlık yerleştirilemeyen 7 olguda genel anestezi uygulandı. İşlem sırasında beslenme tüpü olan hastaların tüpleri endoskopun ilerlemesinde kolaylık sağladığı için mideye girildiğinde çekildi. Hastaların cilde tespit düzeyi 2-4.5 cm arasındaydı. İki olguda cilt tespit düzeyi 4 cm'nin üzerinde olması nedeniyle endoskop ile mide içinde tüpün yeri kontrol edildi. İşlem sonrası 24 saat sonra enteral beslenmeye başlandı. Kanama takibi ve dekompresyon için, beslenmeye geçene kadar PEG tüpü serbest drenaja bırakıldı. Hiçbir olguda perforasyon, peritonit ve kanama gibi komplikasyon gelişmedi. Erken dönem yara enfeksiyonu üç olguda görüldü, antibiyotik ve lokal bakımla düzeldi.

Sonuç: Oral yolu kullanamayan olgularda PEG güvenli ve etkili beslenme sağlamaktadır. İşlem için profilaktik antibiyotik kullanmanın gerekmediğini, hasta başı uygulamanın hasta ve kliniği için daha pratik olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: PEG, endikasyon, tüp sorunları, komplikasyon

PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ UYGULANAN HASTALARDA SERUM ALBÜMİN DÜZEYİ VE KISA DÖNEM KOMPLİKASYONLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.

Fatma Ayça GÖLTEKİN, Murat YÜLÜKLÜ, Demet SÖMER, Muzaffer ÖNER, Mustafa CÖMERT

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, ZONGULDAK

Amaç: Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), oral yolla beslenmesi mümkün olmayan çeşitli hastalıklara bağlı malnütrisyonu olan hastalarda enteral beslenmeye olanak sağlayan bir yöntemdir. Bu çalışmada çeşitli nedenlere bağlı yutma güçlüğü olan hastalardaki PEG uygulamaları ve işlem öncesi serum albümin değerinin işlem sonrası kısa dönem komplikasyonlar üzerine etkisi incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya Mart 2010-Ocak 2011 tarihleri arasında Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesi'nde PEG uygulanan hastalar dâhil edilmiştir. İşlem öncesinde tüm hastalardan imzalı onam formu alınmıştır. Hastaların işlem öncesinde serum albumin düzeyleri kaydedilmiş ve işlem sonrasında 14. gün ve 1. ayda komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında 30 hasta değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri incelendiğinde kadın erkek sayısının eşit olduğu ve ortalama yaşı 68,07 olduğu gözlemlendi. PEG uygulanan hastalarda oral alıma engel olan hastalık olarak serebrovasküler hastalıklar (n=21) malignite (n=6) ve nörodejeneratif hastalıklar (n=3) olduğu gözlemlendi. Hastaların %33'ünde serum albümin değerinin 3.0 g/dL'nin altında olduğu tespit edildi. İşlem sonrası erken dönemde hastaların 3'ünde yara yeri enfeksiyonu, 2'sinde çekmeye bağlı olarak PEG'in yerinden çıkması ve 1 hastada eşlik eden hastalıklara bağlı işlem sonrasında 1 günde exitus olduğu gözlemlendi. Yapılan değerlendirmede serum albümin değeri ile erken dönem komplikasyonlar arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmadı.

Sonuç: PEG uygulamalarında kısa dönem komplikasyonlar ve serum albümin düzeyi değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki bulunamamakla birlikte bu tarz girişimsel işlemler öncesinde hastaların nutrisyonel durumunun dikkatli bir şekilde gözlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan endoskopik gastrostomi, albümin, komplikasyonlar

Tablo 1: PEG uygulanan hastaların temel karakteristikleri

Hasta Demografikleri	
Total Hasta Sayısı	30
Yaş	68,07 (25-86)
Kadın / Erkek	15/15
Albumin (g/dL)	3.1 (2.1-4.3)
Altta Yatan Hastalık (n=hasta sayısı)	
Serebrovasküler Hastalıklar	21
Malignite	6
Nörodejeneratif Hastalıklar	3
Komplikasyonlar (n=hasta sayısı)	
Yara Yeri Enfeksiyonu	3
Hastanın PEG'i	2
Exitus	1

P 29

PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ (PEG): 17 OLGU

Ergün YÜCEL, Ahmet Ziya BALTA, İker SÜCÜLLÜ, Dursun Özgür KARAKAŞ, Kamer DERE, Mehmet YILDIZ

GATA, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Perkütan endoskopik gastrostomi uyguladığımız hastaların değerlendirilmesi.

Yöntem: 2010-2011 yılları arasında dahiliye, nöroloji, beyin cerrahi kliniklerinde yatan ve beslenemeyen 17 hastanın, yakınlarından onamlarının alınması sonrasında Pull tekniği ile PEG işlemleri sedasyon altında lokal anestezi ile endoskopi ünitemizde gerçekleştirilmiştir. PEG endikasyonları, işlemin süresi, komplikasyonlar ve sonuçlar yönünden retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastalarımızın dokuzu (%53) erkek, sekizi (%47) kadın olup yaş ortalamaları 72,65 yıl (42-95 yıl) dır. On hastamıza (%59) serebro vasküler hastalığa, 4 (%23,5) hastaya hipoksik ensefalopatiye, 2 (%11,7) hastaya multiple skleroza bağlı nörolojik sorunlar nedeniyle, 1 (%5,8) hastaya larinks Ca operasyonu sonrası gelişen yutma güçlüğü nedeniyle PEG uygulanmıştır. PEG işlemi tüm hastalarda "pull-tekniki" (Ponsky Gauderer), ile gerçekleştirilmiştir. Medyan işlem süresi 24 dakikadır (15-45 dakika). İşleme bağlı mortalite yoktur. İki hastada (%11,7) stoma çevresinden, pansumanlarla kontrol altına alınabilen sızıntı olmuştur.

Sonuç: Beslenme yetilerini tamamen yada geçici olarak kaybetmiş, gastrointestinal sistemleri faal olan hastalarda PEG' in enteral beslenme uygulamasında, tercih edilmesi gereken minimal invaziv yöntem olduğu kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Perkütan endoskopik gastrostomi, enteral beslenme

P 30

PEG-J UYGULAMASINDA KATETER SORUNLARI VE ÖNERİLERİ

Savaş YÜRÜKER, Koray TOPGÜL

OMÜ, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, SAMSUN

Uzun süreli oral beslenmenin sağlanamadığı durumlarda gastrik beslenme uygun bir yöntem olmakla birlikte, aspirasyon pnömonisi riskini azaltmamaktadır. Aspirasyon pnömoni riskini azaltmak için postpilorik beslenme önerilmektedir. Bu bildiride gastrik beslenme ile aspirasyon gelişmiş 6 olguda postpilorik beslenme tekniği değerlendirilmiştir.

Postpilorik beslenme iğne jejunostomisi, direkt perkütan jejunostomi ve PEG-J ile uygulanmaktadır. J-line kateteri PEG içinden postpilorik beslenme uygulanma-

sı için kullanılan bir kateterdir. J-line kateteri PEG tüpünden geçirilerek endoskop ile pilör distaline iletilmektedir. Kateterin PEG tüpüne tespiti için kilit sistemi vardır. Ancak bu kilit sistemleri genellikle üretici firmaların kendi kateterleri ile uyumlu olmaktadır.

2010 yılı içinde PEG ile beslenen altı hastaya postpilorik beslenme kateteri yerleştirildi. 5 olguya yattığı serviste yatak başında, bir olguya da endoskopi ünitesinde işlem uygulandı. Tüm olgulara sedoanaljezi uygulandı ve işlemden 6 saat sonra sürekli infüzyon şeklinde beslenmeye geçildi. 4 olgumuzda J-line kateteri temin edemediğimiz için feeding jejunostomi tüpü bu amaçla kullanıldı. PEG tüpünün konektörünü kesilerek içinden jejunostomi kateteri mideye kadar iletilildi ve kateter endoskop yardımıyla pilörden geçirildi. SF ile tüpün çalıştığını kontrol ettikten sonra PEG tüpü sütür ile tespit edildi. Farklı firmaların PEG ve J-line tüpleri kullanılan iki olguda da kilit sistemi yerine sütür kullanıldı.

Postpilorik beslenme için J-line kateterinin temin edilemediği durumlarda feeding jejunostomi kateterinin bu amaçla kullanılabileceğini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Postpilorik beslenme, PEG-J, aspirasyon pnömonisi, jejunostomi kateteri

P 31

BİLLİNEN RİSK FAKTÖRLERİNİ TAŞIMAYAN GENÇ BİR HASTADA PRİMER KOLEDOK TAŞI OLGUMUZ VE PRİMER KOLEDOK TAŞLARI ÜZERİNE BİR İR-DELEME

Serap PAMAK, Rafet KAPLAN, Adnan HUT

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Safra kesesinde taş veya taş hastalığı öyküsü olmaksızın koledokta taş saptanması safra kesesi ve safra yollarının taş hastalığı için sık görülmeyen bir durumdur. 24 yaşında bir kadın hasta ve ERCP ile sfinkterotomi deneyimimizi anlattığımız bu olgu literatürde ana safra kanalı taşlarının etyopatogenezinde izah edilen birçok kriteri de taşımaması nedeniyle ilginç ve kayda değer bulunmuştur.

Giriş: Koledokolitiazis, kolesistektomi planlanan hastaların %7-20'sinde çoğunlukla asemptomatik olarak bulunmaktadır. Koledok taşı görüme sıklığı kolelitiazisli hastalarda yaş ve hastalık süresi ile artmaktadır. 60 yaşın altında insidans %8-15 iken 60 yaşın üstünde %15-60'ara çıkmaktadır. Gençlerde insidansın düşük oluşu bizim vakamızı sıradışı kılan özelliklerden biridir.

Vaka: 24 yaşında kadın hasta bir ay önce başlayan karın ağrısı ve sarılık yakınmasıyla doktora başvurdu. Fizik muayenede skleralar ikterik, batin muayenesinde sağ üst kadranda ağrıydı. Defans, rebound yoktu. İlk başvurusunda yapılan Batin USG'de safra kesesinde her hangi bir patoloji saptanmadı. Kan biyokimyası analizlerinde Total bilirubin 2.9 ve direkt bilirubin 1.8 idi. Transaminazlarda orta derecede bir yüksekliğe alkalen fosfatase yüksekliği eşlik ediyordu. MRCP'de koledok çapı 12 mm ve intrahepatik safra yolları belirgin izlendi.

Koledok distalinde milimetrik boyutlu şüpheli kalkül görünümü nedeniyle ERCP önerildi. Safra kesesinde patolojik görünüm saptanmadı. Bir ay sonraki tetkiklerinde batın USG'de koledok 7 mm ve pankreas komşuluğunda koledok 2/3 distalinde 7 mm çapında kalkül tespit edildi. Bunun üzerine hastamıza ERCP planlandı.

Tartışma: Primer koledok taşlarının oluşumunda enfeksiyöz ajanlar ve staz suçlanmaktadır. Koledokta taş saptanması durumunda primer koledok taşı sayılabilmesi için bazı kriterleri taşımalıdır. Primer koledok taşlarının morfoloji ve kimyasal kompozisyonlarının sekonder taşlardan farklı olduğu gösterilmiştir. Primer koledok taşı sıklığı toplumda %5 olarak bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Primer koledok taşı, primer koledokolithiazis, primary common bile duct stones

P 32

CERRAHİ ENDOSKOPI ÜNİTESİNDE ENDOSKOPİK RETROGRAT KOLANJİOPANKREATİKOĞRAFI (ERCP) DENEYİMLERİMİZ

Fahrettin ACAB, Hüseyin YILMAZ, Hüsnü ALPTEKİN, M. Hayrettin KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, KONYA

Amaç: Endoskopik retrograt kolanjio pankreatikografi (ERCP) tanı ve tedavi amaçlı kullanılabilen invaziv bir yöntemdir. Genel cerrahi pratiğinde gastroskopi-kolonoskopi gibi rutin endoskopik işlemlerin yanı sıra ERCP uygulamaları da artan sıklıkla görülmektedir. Bu çalışmada cerrahi endoskopi ünitemizde yapılan ERCP işlemlerini literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Yöntem: Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesi'nde Ocak 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında uygulanan ERCP olgularını; uygulamanın tipi, kanülasyon başarısı, terapötik girişim başarısı, komplikasyon ve mortalite açısından inceledik.

Bulgular: 62 olgunun 38'i (%61.3) kadın 24'ü (%38.7) erkek, ve yaş ortalaması 66 idi (26-82). Toplam 70 ERCP seansı yapıldı, 43 olguda koledok taşı, 12 olguda malign darlık, 4 olguda benign darlık, 2 olguda oddi fibrozisi ve 1 olguda ektopik açılım anomali tespit edildi. Taş ekstraksiyonu 32 olguda (%74.4) gerçekleştirildi ve bunların %32'sinde precut tekniği kullanıldı. Sekiz olguya (%12.9) bilier stent uygulandı. Dört olguda ciddi olmayan komplikasyon görüldü (3 akut pankreatit, 1 kolanjit). 7 olguda divertikül tespit edildi. Selektif kanülasyon yapılamayan 3, multipl periliampüller divertiküllü 3, oddi fibrozisi olan 2 ve malignite nedeniyle 2 olmak üzere toplam 9 (%14.5) olguda ERCP işleminde başarılı olunamadı. Kanama ve perforasyon görülmeyi ve işleme bağlı mortalite gelişmedi.

Sonuç: ERCP işlemi sonrasında perforasyon, kanama, sepsis hatta mortalite gibi çok ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Literatürde %7-12 komplikasyon oranları bildirilmektedir. Serimizde komplikasyon oranları literatür verilerinin altındadır. Endoskopist ve ekibinin deneyimli olması, işlem sırasında ve servis takibinde dikkat-

li olunması, işlem başarısını artırdığı gibi komplikasyonlarda en aza indirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik retrograt kolanjio pankreatikografi, ERCP

P 33

ERCP SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON; PNÖMOMEDİASTİNUM, PNÖMOTORAX, PNÖMORETROPERİTONEUM VE MASİF CİLTALTİ AMFİZE-MİN KONSERVATİF TEDAVİSİ

Serkan SARI, Feyzullah ERSÖZ, M. Emin GÜNEŞ, Nurhan GÖZCÜ, Soykan ARIKAN

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

ERCP komplikasyonları genel olarak pankreatit, kanama, kolanjit ve perforasyondur. Perforasyon nadir görülen ancak mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. ERCP sonrası perforasyon gelişen ve konservatif olarak başarılı şekilde tedavi edilen hastayı sunuyoruz.

Karın ağrısı, sarılık nedeni ile tetkik edilen hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyeti mevcuttu. Batın USG'de safra çamuru ve distal koledokta 5 mm kalkül saptandı. AST, ALT, GGT, ALP yüksekliği saptanan hastaya ERCP yapıldı. Koledok kanülasyonu yapıldıktan sonra hastaya precut sfinkterotomi yapılarak bir hafta sonra işlem tekrar planlandı. İşlemden hemen sonra göz kapaklarına kadar uzanan masif ciltaltı amfizem ve solunum sıkıntısı gelişti. Çekilen PA Akciğer grafisinde sol total pnömotoraks saptanan hastaya sol kapalı toraks drenajı yapıldı. Toraks ve batın BT'sinde bilateral pnömotoraks, pnömomediastinum, pnömoretroperitoneum saptandı. Kontrast ekstrevasasyonu saptanmayan ve peritonit bulguları olmayan hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Geniş spektrumlu antibiyotik ve oral alım kısıtlanması yapıldı. Üçüncü gün pnömotoraks ve pnömomediastenumda gerileme görülen hastanın toraks tüpü alındı. Beşinci gün oral gıda başlanan hasta ikinci hafta sonunda sorunsuz taburcu edildi.

ERCP sonrası perforasyon yüksek mortalite riski nedeni ile korkulan bir komplikasyondur. Sıvı ekstrevasasyonu ve akut batın bulguları olmayan hastalar, yakın takip koşulu ile, konservatif yöntemlerle tedavi edilebilirler.

Anahtar Kelimeler: ERCP, perforasyon, pnömotoraks, pnömomediastinum, konservatif

P 34

MAKROSKOPİK OLARAK PATOLOJİK TERMİNAL İLEUMU OLAN HASTALARDA TERMİNAL İLEUM BİOPSİSİNİN TANISAL DEĞERİ ENDOSKOP MİKROSKOPLA UYUŞUYOR MU?

Mehmet VELİDEDEOĞLU, Bülent ÇİTGEZ, Esin Kabul GÜRBULAK, S. Gürkan YETKİN, İsmail E. AKGÜN, C. Atilla KARAKELLEOĞLU, Adem AKÇAKAYA

Amaç: Total kolonoskopi amacıyla terminal ileumun görüntülenmesinin etkisinin değerlendirilmesi.

Yöntem ve Gereç: Ocak 2007- Şubat 2011 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim Hastanesi 2. Cerrahi Endoskopi Ünitesi ve özel bir endoskopi merkezinde kolonoskopi ve T1 entübasyonu yapıp sadece makroskopik olarak patolojik olduğu tespit edilen ve T1 biopsisi alınan toplam 60 hasta çalışmaya alınarak sonuçlar kıyaslandı.

Bulgular: Hastalarımızın 36'sı erkek (%60), 24'ü kadın (%40), en genci 18, en yaşlısı 76 yaşında idi. Serinin yaş ortalaması 44.36 olarak tespit edildi. En sık kolonoskopi endikasyonumuz 19 vaka (%31.6) ile sulu dışkılama idi. Rektal kanama hastaların 14 tanesinde, sömüskü akıntı 3 hastada, karın ağrısı 14 hastada, şişkinlik 10 hastada, kabızlık 6 hastada mevcuttu.

Endoskopik olarak 1 hastada crohn düşünüldü, histopatolojik olarak da crohn ile uyumlu geldi, 7 hastada endoskopik olarak backwash ileitis düşünüldü, histopatolojik olarak 4 tanesi bununla uyumlu geldi, 1 tanesi tbc tutulumu olarak bildirildi. Üç hastanın patoloji sonucu inflamatuvar barsak hastalığını düşündürmekle birlikte endoskopik tanıları bununla uyumlu değildi. Endoskopik olarak nonspesifik ileitis bulgularına sahip 49 hastanın hepsi histopatolojik olarak nonspesifik ileitis olarak bildirildi. Toplamda 54 hastanın (%90) terminal ileuma ait endoskopik tanısı histopatoloji sonuçlarıyla uyumlu geldi.

Sonuç: Total kolonoskopi yapma açısından terminal ileumun görüntülenmesi, etkili, güvenli ve daha düşük maliyetlidir. Normal bir terminal ileumun rutin biopsisi tanısal olarak düşük değere sahiptir. Enflamatuvar barsak hastalığı düşünülmeyen hastalardaki makroskopik patolojik ileal tanı histopatolojik tanıyla yüksek oranda örtüşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Terminal ileum, kolonoskopi, terminal ileit, inflamatuvar barsak hastalığı, backwash ileit

P 35

GÜVENLİ KOLONOSKOPİ TEKNİĞİNDE TECRÜBEMİZ

Batuhan HAZER

GATA, Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Kolonoskopi genel cerrahi pratiğinde önemli bir tanısal işlemdir. Ancak kolonoskopinin %1 kanama ve perforasyon riski mevcuttur. Pek çok endoskopist tarafından kör geçme (blind advancing) yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu sunumuzda güvenli kolonoskopi konusunda deneyimlerimizi paylaşmak istedik.

Yöntem: İşleme sol lateral veya sims pozisyonunda başlanır. İlerleme sırasında lümeni görece şekilde bir distansiyon oluşturmak yeterlidir. İlk karşılaşılan açılanma rektosigmoid bileşkesidir. Biz genellikle hastayı supinasyon pozisyonuna getiriyoruz. Böylece genellikle açılanma kaybolur.

Bulgular: Rektosigmoid bileşke geçildikten sonra yaklaşık 10 cm ilerlendikten sonra hastayı tekrar sol lateral

pozisyonuna getirilir. Bu şekilde sigmoid kolonu sol alt kadrana sıkıştırarak loop oluşmasını engellemeye çalışılır. 50 veya 60. cm'de genellikle geçilmesi zor olan sigma-inen kolon bileşkesindeki bir diğer açılanmayla karşılaşılır. Genellikle bu açılanmayı rahat geçebilmek için skopun 40. cm'e kadar geri çekilmesi tavsiye edilir. Bu şekilde sigmoid kolon düzleştirilir ve sigma-inen kolon bileşkesinin açısı daha düz hale getirilir. Biz bu durumda hastayı genellikle sağ lateral pozisyona getiriyoruz. Geri çekme işleminden sonra lümeni kolonoskopun ucu düz olacak şekilde bileşkeye yaklaştırılır. Bu sırada sol alt kadranda skobu hissetmek ve sigma inen kolon bileşkesine eksternal bası uygulamak oldukça faydalıdır. Sigma inen kolon bileşkesi geçildikten yaklaşık 10 cm sonra splenik fleksuraya gelinir. Hasta pronasyon pozisyonuna getirilir. Bu manevra splenik ve hepatik fleksuralardaki açılanmayı azaltır. Splenik fleksura geçildikten sonra üçgen şeklindeki formasyonu ile transvers kolon tanınır. Hepatik fleksurada açılanma mevcut ise sol lateral pozisyona getirmek hepatik fleksuranın geçiş kolaylaştırır. Çekuma ulaşıldığı zaman ileoçekal valfin distal ucuna doğru skop ilerletilir. Terminal ileum mukozası görüldüğünde skop ilerletilir.

Sonuç: Kör geçme diğer bütün manevralar kullanılıp başarılı olunmadığı zaman kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Güvenli kolonoskopi, kör geçme, manevralar

P 36

KLİNİĞİMİZ KOLONOSKOPİ SERİSİNDE KOLON POLİPLERİNİN DAĞILIMI VE POLİPEKTOMİ SONUÇLARININ İRDELENMESİ

Deniz GÜZEY, Baha TEMİZGÖNÜL, Süleyman BÜYÜKAŞIK, Ali KOCATAŞ, Osman KÖNEŞ, Mustafa Uygur KALAYCI, Mehmet KARABULUT, Hüseyin ALKİM, Halil ALIŞ

Sağlık Bakanlığı Dr. Sadı Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi, İSTANBUL

Giriş: Toplumun %5-10'unda kolorektal adenomatöz poliplere rastlanmaktadır. Çoğu asemptomatik olan bu poliplerin kansinoma dönüşme riskleri son yıllarda açıklığa kavuşturulmuş ve adenom-karsinom dönüşümünün moleküler yapısı aydınlatılmıştır. Poliplerin büyük bir kısmı rektosigmoid bölgede görülür ve kolay endoskopik yöntemler ile tanınabilir. Gelişen teknoloji, diagnostik ve beraberinde terapötik endoskopik işlemleri yaygınlaştırmış ve bunun sonucunda daha fazla polip tanınır hale gelmiş ve polipektomi uygulanmaya başlamıştır.

Metot: Endoskopi ünitemizde 2010 yılı ikinci yarısında gerçekleştirilen 727 kolonoskopi işleminin sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Bu işlemler ile tespit edilen kolon poliplerinin özellikleri, yerleşimleri ve ilgili hastaların demografik özellikleri irdelendi.

Bulgular: Serimizde kolonik polip tespit edilmiş 75'i kadın olmak üzere 169 olgu bulunmaktadır. Serinin yaş ortalaması 56,2±13,9'dur. Olguların 126'sında tek kolonik segmentte yerleşen tek polipe rastlanmıştır. Olguların

31'inde değişik segmentlerde yerleşen birkaç polip olmasına karşın 12 olguda çok sayıda polip tespit edilmiş ve bunlara polipektomi uygulanmıştır. Sadece 3 hastada polipozis kolli ve 12 adet sesil polip görülmüştür.

Tartışma ve sonuç: Serimizde kolon poliplerinin anatomik dağılımı literatürde belirtilen özellikler ile uyumlu bulunmuştur. Poliplerin özellikle sol kolonda yerleşim gösterdiği tespit edilmiş ve histopatolojik tanı için tespit edilen tüm poliplere polipektomi uygulanması gerekliliğinin önemini vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kolonoskopi, polip, polipektomi

P 37

KONSÜLTASYON NEDENİYLE YAPILAN REKTOSİGMOİDOSKOPİ SONUÇLARIMIZ

Fatın R. POLAT*, Sabriye POLAT**

* Toyota Acil Yardım Ve Travma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, SAKARYA

** Yenikent Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, SAKARYA

Amaç: Kolon-rektum kansinonların %55-60'ı rektosigmoid bölgededir. Bu bölgedeki semptomların araştırılmasında en etkili yöntem rektosigmoidoskopi'dir. Bu çalışmada konsültasyon sonucu rektosigmoidoskopi yaptığımız hastaların sonuçlarını literatür bilgileri eşliğinden irdelemeyi amaçladık.

Materyal ve metot: Ocak 2007- Şubat 2011 tarihleri arasında konsültasyonu istenen 295 hastaya rektosigmoidoskopi yapıldı. Elde edilen rektosigmoidoskopi sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastanemizde 4 yıl içinde 295 hastaya rektosigmoidoskopi yapıldı. Olguların 76'sı (%26,44) normal, 11'inde (%3,72) divertikül, 98'inde (%33,22) hemoroid, 23'ünde (%7,79) anal fissüre, 41'inde (%13,89) kolit-rektit, 5'inde (%1,69) rektal ülser, 18'inde (%6,10) malignite, 20'sinde (%6,77) polip ve 1'inde (%0,33) de yabancı cisim saptandı.

Sonuç: Kolon-rektum kansinonların büyük bir bölümü rektosigmoid bölgede gelişmektedir. Bu bölgedeki semptomların araştırılmasında en etkili yöntem rektosigmoidoskopi olup; endoskopik işlemin sıklıkla yapılmasının gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Rektosigmoidoskopi, kolon kansinomu

29 Nisan 2011, Perşembe / 12:30 - 13:30

Poster Değerlendirme 3

Değerlendirme Sorumluları:

Mehmet Ali UZUN, Oğuz KOÇ

P 38

AKUT APANDİSİTLİ OLGULARDA TEK İNSİZYONDAN LAPAROSKOPİK APPEKDEKTOMİ HIZLI, UCUZ, GÜVENİLİR OLABİLİR Mİ?

Ahmet BEKİN, İ. Şamil SARICI, Hakan YANAR, Cemalettin ERTEKİN

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Tek insizyondan laparoskopik cerrahi tekniğini modifiye ederek geliştirdiğimiz yeni tekniğin akut apandisitli olgularda etkinliğini, güvenilirliğini ve sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Aralık 2010 - Şubat 2011 tarihleri arasında akut apandisit tanısı konmuş 10 hastaya, geliştirdiğimiz tek insizyondan laparoskopik cerrahi uygulandı. Bu teknikte hastalar sırtüstü pozisyonunda yatırıldı. Göbek çukurunun sağ alt komşuluğuna 2 santimetre uzunluğunda eliptik cilt insizyonu yapıldı. Açık teknikle batına girildi. 1 adet 10'luk, 2 adet 5'lik port ile aynı insizyondan batın içine yerleştirildi. Batın içi basıncı 12 mmHg olacak şekilde CO₂ insüflasyonu ile pnömoperitoneum oluşturuldu. otuz derece açılı 10 mm teleskop, endoskoptör ve 5 mm'lik damar mühürleyici kullanıldı. Hastaya, sol yan tarafa döncecek şekilde ters trendelenburg pozisyonu verildi. Appendiks mezosu disektör ve damar mühürleyici yardımı ile disseke edildi. Apandiks kökü endo loop ile bağlandı ve apendektomi uygulandı. Piyes göbekteki kesi yerinden dışarı alındı. Cilt subkutan olarak kapatıldı. Dren kullanılmadı.

Bulgular: Olguların 6'sı erkek, 4'ü bayandı. Yaş ortalaması 36,4 idi. Olguların 6'sı retroçekal, 2'si pelvik, 2'si retrokolik yerleşimli idi. En kısa ameliyat süresi 15 dakika, en uzun ameliyat süresi ise 45 dakika olarak tespit edildi. Bütün hastalara 8. saatte oral gıda başlandı. Hastanede kalış süresi ortalama 12 saat idi. Ameliyat olan bütün olgulara aynı malzemeler sterilize edilerek kullanıldı. SILS port, rotiküle alet gibi cihazlar hiçbir olguda kullanılmadı. Ameliyat sonrası dönemde olguların hiçbirisi narkotik analjezik ihtiyacı duymadı. Ameliyat sonrası göbekteki kesi yerinde herhangi bir yara enfeksiyonuna rastlanmadı ve kozmetik yönden mükemmel yakın bir görünüm mevcuttu.

Sonuç: Modifiye tek insizyondan laparoskopik apendektomi ucuz, güvenilir, basit bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Apandisit, laparoskopik, SILS

p 39

İPTAL

APPENDİKS MUKOSEL, LAPAROSKOPİK CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Gökhan DARILMAZ*, Taylan KARA**

*Beyhekim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, KONYA

**Beyhekim Hastanesi, Radyoloji Kliniği, KONYA

Amaç: Mukosel nadir görülen bir hastalık olup appendektomi yapılmış hastaların %0.1-%0.3'ünde saptanır. Bu olguda sunumunda nonspesifik şikayetlerle başvuran hastada saptanan dev mukoseli bilgisayarlı tomografi (BT) eşliğinde sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 46 yaşında erkek hasta hafif karın ağrısı ve halsizlik şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenede karındaki hassasiyet dışında özellik yoktu. Hastaya ultrasonografi (US) ve sonrasında BT yapıldı.

Bulgular: US'de appendiks lojunda yoğun içerikli tubuler yapıda kistik kitle saptandı. Abdomene yönelik oral ve intravenöz opak sonrası yapılan BT'de, sağ iliopsoas kası anterolateralinde appendiks lojunda 4x9 cm boyutlu tübüler yapıda, heterojen su dansitesinde belirgin kontrastlanma göstermeyen kitle saptandı. Radyolojik tanı mukosel ile uyumluydu. Hasta bu ön tanıyla laparoskopiyeye alındı. Sağ alt kadranda çekum komşuluğunda, appendiks lojundaki kitle görüldü. Kitlenin boyutunun büyük olması ve appendiks mukosellerinde tanımlanmış olan perforasyon riski nedeniyle laparotomi yapıldı. Kitle dissekte edilerek çekumdan ayrıldı ve perfore edilmeden çıkarıldı. Postoperatif 2. gün hasta taburcu edildi. Patolojik tanı müsinöz kistadenoma bağlı mukoseldi, patolojik materyalde malignite bulgusu saptanmadı.

Sonuç: Appendiks kitellerinde mukosel, ayırtıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda perforasyon sonucu gelişebilecek psödomiksoma peritoneal riskine karşı dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mukosel, appendiks, seröz kistadenom

LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ DENEYİMİZ

Ayhan ERDEMİR*, Kemal RAŞA*, Ömer AYDINER**

*Anadolu Sağlık Merkezi Genel Cerrahi Kliniği, KOCAELİ

**Anadolu Sağlık Merkezi Radyoloji Kliniği, KOCAELİ

Appendektomi en sık yapılan cerrahi prosedürlerden bir tanesidir. Her yedi kişiden biri yaşamı boyunca akut apandisit ile karşılaşmaktadır. Appendektomi sonrası %70'lere varan adhezyonların olması ve bu adhezyonların %30 oranında pelvik ağrıların nedeni olduğu bildirilmesi sonucunda, küçük kesiler yapılması önerilmiş ancak küçük kesilerde karın içi eksplorasyon yetersiz olmuştur. Ayrıca pudralı eldivenler adhezyonların diğer bir nedeni olup, appendektomi sonrası erken dönem ile-

usların %19'undan adhezyonlar sorumludur. Gereksiz apendektomi oranlarının %5-30 oranlarında olması ve komplikasyonları göz önüne alındığında tanı koymanın önemi ortaya çıkmıştır. Tanı koymada klinik değerlendirmeye haricinde ultrasonografi, tomografi ve tanısal laparoskopi, gereksiz apendektomileri azaltmıştır. Laparoskopi hem tanının kesinleştirilmesinde ve hem de tedavide önemli konuma gelmiştir. Laparotominin getirdiği bu riskler nedeni ile minimal invaziv girişimlerin ön plana çıktığı günümüzde laparoskopik apendektomi altın standart olma yolunda ilerlemektedir. Laparoskopik kolesistektomiden önce tanımlanmasına rağmen, kolesistektomi kadar güncel olmaması bir gerçektir. Bu çalışmada özel bir hastanenin laparoskopik apendektomi konusundaki deneyimleri paylaşmak amaçlanmıştır. Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, apendektomi, minimal, invaziv

ÇOK NADİR YERLEŞİMLİ (SUBHEPATİK) PERFORE APANDİSİTİN LAPAROSKOPİK SAĞITIMI; OLGU SUNUMU

Nuraydın ÖZLEM, Umut YILMAZYILDIRIM, Alper CEYLAN, Kadir YILDIRIM

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, SAMSUN

Akut apandisitten oluşacak inflamasyonun yeri ve yayılımı appendiksin yerine bağlıdır. Çıkan retrocekal apandisitli hastaların yarısından fazlasında atipik klinik prezentasyon bulunabilir. Palaniveli ve ark. geniş apendektomi serilerinde %0.08 subhepatik apandisit, perfore subhepatik apandisit %0.01 sıklığı bildirmişlerdir. Bu nadir tip apandisitte cerrahiden bahsedilen literatürde çok az sayıda yayın vardır. Burada, atipik klinik prezentasyonlu, subhepatik yerleşimli apandisitli laparoskopik apendektomisi sunulacaktır. Olgu yirmiki yaşında erkek 4 günlük sağ hipokondriumda ağrı, ateş (38°C), bulantı ile başvurdu. Fizik muayene: sağ üst kadranda epigastriumda duyarlılık var. Lokosit: 14000 K/ml. USG'de safra kesesi normaldi. Tanısal laparoskopik yapıldı; appendix subhepatik yerleşimliydi. Sağ kolon devrildi; apendektomi yapıldı (Figure1) Postop komplikasyon olmadı. Appendix retrocekal pozisyonunda olduğunda; sağ flank ve hipokondriumdaki patolojileri taklit edebilir; akut kolesistit, divertikülit, akut gastroenterit, uretral kolik, akut pylonefrit, kolon ca, İBS. Akut inflamasyonlu retrocekal appendixten kaynaklanan iltihabi değişiklikler perineal adrenal ve subhepatik bölgelere yayılabilir. Nadir olarak da psoas kası boyunca aşağıya uyluğa doğru yayılabilir. İnflamatuvar değişiklikler en çok retrokolik alanda gerçekleşir. Olağan dışı yerleşimli apandisitler Ong ve ark. belirttiği gibi birçok hastalığı taklit edebilir. Olgumuz olağan dışı yerleşimli apandisit nedeniyle hem geç başvurmuş, hem de tanı koyma zorluğu yaratmıştır. Mesai dışı zamanlarda tanısal araçlar elde olmadığı için laparoskopi tanısal amaçla kullandık. Laparoskopinin tanı dışında ek iki yararı;

anormal pozisyonadaki apendisitlerde açık apendektomide kesinin genişletilmesi yada ikinci bir insizyon yapılmasını da önleyebilmektir, zayıflara göre obezlerde daha büyük insizyon yapılmasından böylelikle sakındırılmaktadır. Ateş ve ark. tanının kesin olmadığı olgular da tanısız laparoskopinin uygulanmasını önermektedirler. Serilerindeki hastaların %50'sinde apendisit ile karşılaşmışlar. Bunların da %16'sında retroçekal ve perfore olması nedeniyle açığa dönmek zorunda kalmışlardır. Biz subhepatik yerleşimli ve perfore apendisit olgumuzun tanısını, ardından apendektomisini laparoskopi ile başardık.

Çıkarımlarımız:

1. Sağ hipokondriumda ağrı ateş vb. bulguları olan hastalarda atipik yerleşimli apendisit akla getirilmelidir.
2. Tanısı şüpheli akut karınlarda laparoskopiyi giderek artan oranda kullanmalıyız.

Anahtar Kelimeler: Apendektomi, laparoskopik apendektomi, subhepatik, perfore

P 43

SILS APANDEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Mehmet Abdussamet BOZKURT, Eyüp GEMİCİ, Murat GÖNENÇ, Fatih YANAR, Deniz GUZEY, Halil ALIŞ

Bakırköy, Dr. Sadi Konuk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Giriş: Akut apandisit (AA) hastalığı Genel Cerrahi kliniklerinde en sık karşılaşılan bir klinik antitedir. AA tanısı konan hastalar açık cerrahi yöntemlerle olduğu kadar videolaparoskopik yöntemlerle de tedavi edilebilir. Gelişen teknolojinin sağladığı imkanlar ile son zamanlarda uygulanan tek insizyon (SILS; single incision laparoscopic surgery) cerrahi tekniği de AA tedavisinde yer almaya başlamıştır.

Metot: 1 Ocak 2010 ile 1 Mart 2011 tarihleri arasında kliniğimizde SILS tekniği ile gerçekleştirilen 16 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar demografik özellikleri, ameliyat süresi ve hospitalizasyon süresi yönünden incelendi.

Sonuçlar: Hastaların 13 tanesi erkek (% 81,25), 3 tanesi kadındı (%18,75). Hastaların yaş ortalaması 31,75'ti (16-58). Ameliyat süresi 58,43 dakika idi (15-115). Bir hastada ayrıca iki ayrı port daha oluşturularak ameliyat tamamlandı. Hastaların 15'i (%93,75) post op 1. Günde taburcu edilirken ek port uygulanan hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti ve hasta post operatif 15. Günde taburcu edildi.

Tartışma: Güvenlik ve maliyet yönünden hala bazı soru işaretleri mevcut olsa da SILS tekniği, AA tanı ve tedavisinde konvansiyonel laparoskopi kadar iyi bir eksplorasyon sağlamakta, aynı işlemi tek insizyondan gerçekleştirebilme olanağı vermekte ve daha iyi bir kosmezis ile sonuçlandırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: SILS, apendektomi

P 44

LAPARASKOPİK VE AÇIK APENDEKTOMİ OLGULARIMIZIN ÇOK YÖNLÜ KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet OKUDUCU*, Hasan ALTUN*, Barış MANTOĞLU**, A. Bora KARİP*, Bülent KAYA*, Mehmet MEMİŞOĞLU*

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Afşin Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, KAHRAMANMARAŞ

Akut apandisit acil cerrahi gerektiren cerrahi prosedürlerden birisidir. Fakat cerrahi çevrelerce Laparoskopik apendektomi (LA) hala tartışma konusudur. Henüz laparoskopik tekniğin açık tekniğe karşı avantaj ve dezavantajları ile ilgili halen fikir birliği oluşmamıştır. Bizim amacımız kliniğimiz ve ülkemiz şartları göz önünde bulundurularak LA ve açık apendektomi (AA) olgularımızın karşılaştırılmasıdır.

Çalışmaya 2010 Nisan ve 2010 Temmuz tarihleri arasında İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne akut apandisit ön tanısı ile yatırılan 63 hasta dahil edildi. 13 yaş altı ve 65 yaş üstü ile ASA IV hasta grubu ile 5 günden daha fazla karın ağrısı olan hastalarla daha önceden batin operasyonu geçiren hastalar çalışma dışı bırakıldı. Akut apandisit tanısı fizik muayene ve laboratuvar bulguları ışığında konuldu. Hastaneye tek günlerde başvuran hastalara laparoskopik çift günlerde başvuranlara (AA) yapılarak randomizasyon uygulandı. 31 hastaya LA 32 hastaya AA yapıldı. Hastalar yaş, cinsiyet, VKİ, ASA, post op CRP, WBC hastanede kalış süresi, ameliyat süresi, post op komplikasyonlar ve post op 1. Gün ağrı VAS ile değerlendirildi. Her iki grubun maliyetleri tek tek hesaplandı.

Bu çalışmada, LA grubunun ağrı düzeyi, hastanede kalış süresi, işe dönüş süresi, anlamlı olarak daha az bulunurken, LA ameliyat süresinin AA'den uzun olmadığı, VKİ nin LA'de ameliyat süresini uzattığı ve LA'nin ek maliyetinin sağlık uygulamaları tebliğine göre hastaneye maliyetinin AA'den daha fazla olmadığı sonuçları dikkat çekmiştir.

Sonuç olarak özellikle bayanlardaki artı avantajları, minimal invaziv bir yöntem olması ve diğer avantajları ile LA'nin deneyimli ellerde akut apandisit tedavisinde ilk tercih edilebilecek yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik apendektomi, açık apendektomi, maliyet

P45

LAPARASKOPİK APENDEKTOMİ VE AÇIK APENDEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA AMELİYAT SÜRELERİ VE ANALJEZİK İHTİYAÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI; RETROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

Hüseyin KADIOĞLU, Süleyman BOZKURT, Yeliz E. ERSOY, Münire KAYAHAN, Levent KAPTANOĞLU, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik apendektomi (LA) yapılan hastalarla açık apendektomi (AA) yapılan hastaları ameliyat süresi ve analjezik ihtiyaçları açısından karşılaştırmak.
Yöntem: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yapılan LA ve AA retrospektif olarak tarandı. Hastalar yaş, cinsiyet, ameliyat süresi ve analjezik ihtiyaçları açısından değerlendirildi.
Bulgular: Toplam 182 hastaya apendektomi ameliyatı yapıldı. 182 hastanın 76'sına LA, AA uygulandı. LA ve AA gruplarının yaş ortalamaları sırası ile $26,968 \pm 5,34$ (15-63) yıl ve $30,21 \pm 3,75$ (23-39) yıl idi. Cinsiyete göre dağılım (K/E) LA grubunda 42/34, AA grubunda ise 36/70 idi. Ameliyat süreleri sırasıyla LA ve AA grubunda $45 \pm 4,25$ ve $43 \pm 6,5$ dakika idi. Analjezik ihtiyaçları karşılaştırıldığında LA grubunda 1,9 ampul AA grubunda 2 ampul diklofenak gerekmişti. AA grubunda ortalama 39 mg tramadol gereksinimi olmuştu.
Sonuç: LA grubunda analjezik ihtiyaçları antiinflamatuvar ajan açısından istatistiksel farklılık olmasa da AA grubunda ek tramadol ihtiyacı olmuştu. Ameliyat süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık saptanmadı. LA güvenli ve yaygın olarak kullanılabilecek postop ağrı ve dolayısıyla işe dönüş süresinin daha az olduğu bir prosedürdür.
Anahtar Kelimeler: Apendektomi, analjezi, laparoskopi

P 46

BEVACİZUMAB'A BAĞLI PEPTİK ULCUS PERFORASYONUNDA LAPAROSKOPİK ONARIM

Ayhan ERDEMİR, Atilla ÇAKMAK

Anadolu Sağlık Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, KOCAELİ

Bevacizumab, kanser tedavisinde kullanılan monoklonal antikordur. Vascular Endotelial Growth Factor (VEGF)'ü bloke ederek, yeni kan damarı oluşumunu engeller ve tümör hücrelerinin oksijenasyonunu bozar. Gastrointestinal ülsera yol açarak perforasyonlara neden olması bilinen yan etkisidir. Daha önce mide yakınıması olmayan, ellibeş yaşında, opere metastatik meme kanseri vakası. Bevacizumab tedavisi altında iken ani gelişen karın ağrısı sonucu yapılan muayene ve tetkikler sonucu peptik ulcus perforasyonu tanısı kondu. Laparoskopik graham onarımı yapıldı. Postoperatif bevacizumab tedavisi kesilerek takip ve tedavi edilmekte olan hastanın kontrol gastroskopisinde ülser gözlenmedi. Kemoterapi altındaki hastalarda gelişen mide perforasyonlarında laparoskopik onarım güvenle kullanılabilir. Olgumuz, nadir görülen bir nedenle perforasyon saptanması ve başarılı bir şekilde laparoskopik onarım yapılması nedeni ile sunulmuştur.

P 47

ERİŞKİNDE NADİR BİR ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMA NEDENİ: MECKEL DİVERTİKÜLÜ

Tuba ATAĞ, Yusuf E.KILIÇ, Kadri GÜLER, Kıvılcım ORHUN, Murat KAYAĞ

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin konjenital bir anomalisidir. Erişkinlerde pediatrik yaş grubuna kıyasla daha az görülmektedir. Bu yazıda, meckel divertikülüne bağlı gastrointestinal kanama nedeniyle gelişen ağır anemi tablosuyla prezente olan bir olgu sunulmaktadır. 21 yaşında erkek hasta halsizlik ve siyah renkli dışkılama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede melena dışında özellik yoktu. Hemogloblin değeri: 5.2 gr/dl ve Hematokrit değeri: %15.7 idi. Üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopide patolojiye rastlanmadı. Kapsül endoskopide ileumda meckel divertikülü tespit edildi. Yeterli sıvı ve kan replasmanı yapıldıktan sonra hemodinamisi normale gelen hastaya laparoskopi yapıldı. İleumda yaklaşık 10 cm uzunluğunda meckel divertikülü tespit edildi. Divertikül geniş tabanlı olduğundan kısmi ince barsak rezeksiyonu yapılmasına karar verildi. Göbek port yerinden batin dışına alınıp ekstrakorporeal segmenter ince barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı. Histopatolojik incelemesi ektoptik mide ve pankreas dokusu içeren meckel divertikülü olarak rapor edildi. Postoperatif dönemi sıkıntısız geçen hasta 5. günde taburcu edildi. Meckel divertikülü nadir görülen bir alt gastrointestinal sistem kanama nedenidir. Preoperatif tanısı güç konulmaktadır. Kanama, Meckel divertikülü olan çocuklarda major semptom iken erişkinlerde nadir olarak görülmektedir. Tedavi dar tabanlı divertiküllerde divertikülektomi iken geniş tabanlı divertiküllerde segmenter ince barsak rezeksiyonudur. Preoperatif tanı konulan olgularda laparoskopik yaklaşım hastanın morbidite ve postoperatif ağrısını azaltan minimal invaziv bir yöntemdir. Meckel divertikülü özellikle ağrısız alt gastrointestinal sistem kanamalarında ayırıcı tanıda erişkinlerde nadir görülmesine rağmen mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meckel divertikülü, alt gastrointestinal kanama, anemi

P 48

REKTUM YARALANMALARINDA ENDOSKOPİK TANI

Fevzi CENGİZ, Enver İLHAN, Ahmet AYKAS, Kemal E. TELCİLER, Ali Galip DENEÇLİ

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

Giriş: Travmatik rektum yaralanmaları nadir görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek, tanı konulması zor bir klinik durumdur. Çalışmanın amacı rektum yaralanması nedeniyle opere edilen ve tanısı endoskopik olarak konulan hastayı irdelemek ve ekstraparitoneal rektum yaralanmalarında endoskopik incelemenin etkinliğini vurgulamaktır.

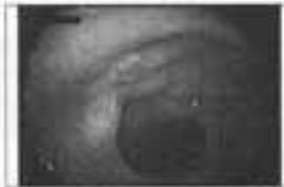
Olgu: 37 yaşında erkek hasta, kesici delici alet yaralanması(KDAY) nedeni ile Acil Servisine başvurdu. Hastanın dizdirsek pozisyonunda saat 5 hizasında anal kanaldan yaklaşık 8cm uzaklıktan ciltte kesici delici alet giriş yeri mevcuttu. Batın muayenesinde ve rektal tuşede özellik olmayan hastanın vital bulguları ve laboratuvar sonuçları olağandı. Hastanın acil batın ultrasonu ve rektal yoldan kontrast verilerek çekilen alt batın tomografisinde de bir yaralanma tespit edilmedi. Endoskopik inceleme planlanarak lavman yapılan hastanın kolonoskopisinde rektum 10.cm'de giriş ve çıkış deliği tespit edilmesi üzerine operasyona alındı(Resim 1). Operasyonda septinici kolostomi yapılarak hasta postop ikinci günde taburcu edilmiştir. İki ay sonra yapılan kontrol kolonoskopide rektumun salim olduğu(Resim 2) görülmesi üzerine kolostomi kapatılmıştır.

Tartışma: Travmatik rektum yaralanmalarında erken tanı konulması hastanın generalize peritonit veya sepsise girmesini engellediği gibi hastalarda primer tamiri de mümkün kılmaktadır. Olgumuzda yaralanma olan rektum segmentine intraabdominal veya transrektal ulaşılammış ancak endoskopi ile erken tanı ile yapılan cerrahi gelişebilecek morbidite ve mortaliteyi engellemiştir. **Sonuç:** Rektum yaralanmalarında cerrahi tedavisi halen tartışmalı bir klinik olmasına karşın kesin tanı yönümlü olarak endoskopik incelemeyi de önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi, rektum yaralanması



Resim 1. Rektum yaralanması-Metilen mavisi sonrası



Resim 2. Rektum yaralanması-2 ay sonraki endoskopik inceleme

P 49

ABDOMİNAL CO₂ İNSÜFLASYONU SIRASINDA GELİŞEN KARDİYAK ARREST OLGUSU

Hüseyin SİNAN*, M. Tahir ÖZER*,

Tank PURTULOĞLU**, Serkan ŞENKAL**

* GATA Genel Cerrahi AD, ANKARA

** GATA Anestezi ve Reanimasyon AD, ANKARA

Laparoskopik cerrahi günümüzde, özellikle kolesistektomi ameliyatlarında altın standart yöntem olmuştur. Laparoskopik ameliyat sırasında batına CO₂ insüflasyonu gerekmektedir. Amacımız; bu ameliyat sırasında batına CO₂ insüflasyonu sırasında karşılaştığımız bir

kardiyak arrest olgusu vakasını paylaşımına sunmaktır. Safra kesesindeki multipl taş sebebiyle operasyon günü ameliyathaneye alınan hastaya preoperatif herhangi bir premedikasyon uygulanmadı. Entübasyonu takiben gerekli cerrahi hazırlığı yapılan hastaya anestezi indüksiyonunun 15. dakikasında Verres iğnesi ile batına 2 lt/dk hızla CO₂ insüflasyonuna başlandı. Batın içi basıncı 10 mmHg düzeyindeyken hastanın nabzının 85 vuru/dk dan 45 vuru/dk ya düşmesi nedeniyle CO₂ insüflasyonu sonlandırıldı ve 10 mm' lik trokar ile batın içine girilerek hemen CO₂ eksüflasyonu gerçekleştirildi. İkinci 0.5 mg atropin uygulanmasından 30 saniye sonra hastada asistoli gelişti. Başka hiçbir müdahale yapılmadan 10 saniye kadar sonra hasta sinüs ritmine döndü. Bu durumun muhtemel sebepleri olarak ortak düşünce; anestezi sırasında hipoventilasyon sebebiyle gelişen hipoksi ya da hiperkapni, artmış intraabdominal basınca sekonder gelişen azalmış venöz dönüş ve kardiyak output, gaz embolizmi ve peritoneal distansiyona bağlı ciddi vagal cevap olduğudur. Tedavisi ise hemen kardiyovasküler destek ve batın içi CO₂'in tahliye edilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik cerrahi, CO₂ insüflasyonu , kardiyak arrest

P 50

LAPAROSKOPİK CERRAHİDE ERKEN ENTERAL NUTRİSYON

Ali UZUNKÖY

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ŞANLIURFA

Amaç: Laparoskopik cerrahide de, açık cerrahide olduğu gibi, oral gıda alımına barsak hareketlerinin başlamasıyla başlanılmaktadır. Genellikle bu süre 12 saati geçmekte, bazen 24 saati aşmaktadır. Bu çalışmada postoperatif 6. saatte oral gıdaya başlanmasının oral tolerabilite, gastrointestinal semptomlar, hastanede kalış süresi ve postoperatif komplikasyonlar üzerine etkisi araştırıldı. **Hastalar ve metod:** Semptomatik safra kesesi taşı nedeniyle laparoskopik kolesistektomi yapılan 40 olgu çalışmaya alındı. Akut kolesistiti, ASA III ve üzeri ve ilave komorbid patolojisi bulunan olgular çalışma dışı bırakıldı. Hastalar 2 gruba randomize edildi. Birinci grup olgulara, barsak seslerine bakılmaksızın postoperatif 8. saatte su, 10. saatte sulu gıdalar başlandı. İkinci grup olgulara barsak sesleri dinlenilerek oral gıdaya başlandı. Hastalarda oral gıda alımına karşı tolerabilite (bulantı, kusma, kann ağrısı), barsak seslerinin başlama zamanı (postop 10. saatte sonra 4 saatlik aralarla barsak sesleri dinlenilerek değerlendirildi), postoperatif komplikasyonlar ve hastanede kalış süreleri değerlendirildi.

Sonuçlar: Birinci grupta 1 olgu dışında tüm olgular 8. saatte verilen su ve 12. saatte verilen sulu gıdayı tolere ettiler. Bir olguda bulantı gözlemlendi. İkinci gruptaki olguların oral gıdaya başlama zamanı 16.2 saat (ortanca 16. saat) idi. Oral gıdaya başlama açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlemlendi ($p<0.05$). Barsak seslerinin başlama zamanı birinci grupta 13.6. saatte, ikinci grupta 16.2. saatte idi ($p<0.05$). Postoperatif hastane kalış süreleri açısından anlamlı fark gözlemlenmedi (ortalama 1.5 gün). Çalışmaya alınan olgularda postoperatif komplikasyon gözlemlenmedi.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi yapılan olgular, postoperatif 8.-12. saatten sonra oral gıdayı tolere edilebilirler. Barsak seslerinin başlaması beklemeden bu saatlerden sonra sulu gıdalar başlanabilir. Erken gıda alınımlı barsak seslerinin başlamazamanının idakı saltıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, kolesistektomi, nutrisyon, barsak sesleri, oral gıda

P 51

MEZENTERİK KİSTİ TAKLİT EDEN DEV OVER KİSTİNİN LAPAROSKOPİK YAKLAŞIMLA TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Akın AYDOĞAN*, Dilek B. ŞİLFELER**, İbrahim YETİM*, Ramazan DAVRAN***, Güvenç DİNER*, Orhan Veli ÖZKAN*

* Mustafa Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi AD, HATAY

** Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, HATAY

*** Mustafa Kemal Üniversitesi Radyoloji AD, HATAY

Mezenterik kistler batin içinde yer kaplayan nadir bir patolojidir. Over kistleri ise mezenterik kistlere göre daha sık karşılaşılan bir patolojidir. Overin kistik lezyonları sıklıkla folikül kisti, korpus luteum kisti, endometrioid kist ve seröz kistadenom kaynaklıdır. Bu olguda mezenterik kistiyle karışan dev over kistinin laparoskopik yaklaşımla tanı ve tedavisi tartışılmıştır.

Olgu: 18 yaşında bayan ve bekardı. Yaklaşık 1 yıldır karın ağrısı ve karında şişlik şikayetleri olan hastanın, fizik muayenesinde batında abdominal distansiyonu ve tüm kadrarlarda derin palpasyonda minimal hassasiyeti vardı. Biyokimyasal tetkiklerinde ve tümör belirteçlerinde patolojik değer saptanmadı. Batin ultrasonografisinde sağ kadrarı dolduran ve orjini saptanamayan yaklaşık 23x9 cm boyutlarında kistik lezyon saptandı. Abdominal bilgisayarlı tomografide over kaynaklı olmadığı düşünülen 23x9 cm büyüklüğünde mezenterik kist olarak rapor edildi. Hastaya hem diagnostik hem de tedavi amaçlı laparoskopik cerrahi planlandı. Dev kistin over kaynaklı olduğu görüldü. Kist içeriği aspire edilerek total eksizyonu yapıldı. Postoperatif herhangi bir

problemi olmayan hasta 2. gün taburcu edildi.

Laparoskopik yaklaşımın avantajları göz önünde bulundurularak, batin içindeki kistik kitleler büyük boyutlarda olsa bile ayırıcı tanı ve tedavide laparoskopi öncelikli olarak düşünülmesi gereken bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Batin içi dev kist, ayırıcı tanı, laparoskopik tedavi

P 52

LAPAROSKOPİK CERRAHİDE PIHTILARI ASPIRE EDEN ALET

İsmail YAMAN*, Ali Doğan BOZDAĞ**, Hayrullah DERİCİ*

* Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, BALIKESİR

** Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, AYDIN

Giriş ve Amaç: Laparoskopik cerrahide işlem çeşitliliğinin artmasıyla kanama gibi komplikasyonlarda da artış gözlenmektedir. Kanama sonucunda karın içerisinde kan pıhtılarının aspire edilmesi işleme süre ve emek açısından ek bir yük getirmektedir. Pıhtıları aspire ederken pıhtılar veya başka bir doku aspiratörün ağız kısmını tıkayabilir, bu nedenle aspiratör zaman zaman karın dışına çıkarılarak temizlenir. Aspirasyon sırasında karın içine verilmiş olan gaz da aspire edildiği için basınç kaybı olur ve karın yeniden gazla dolması için beklenir. Aspiratör oluşturacağı negatif basınçla yeni kanamalara ve klip gibi aletlerin yerlerinden çıkmasına neden olabilir. Bu bildirinin amacı laparoskopik ameliyatlarda karın içerisindeki pıhtıların aspire edilmesini kolaylaştıracağını düşündüğümüz aletin sunulmasıdır.

Yöntem: Aletin oluşturulabilmesi için dış ana boru, ana borunun uç kısmından çıkıp açılarak bir daire oluşturacak iki yarım daire tel, bu daireye bağlı bir torba, ana borunun içerisinde geçecek bir aspiratör borusu ve uçtaki daireyi taşıyacak iki metal gereklidir.

Bulgular ve Tartışma: Alet karın içerisine trokardan girilerek pıhtının bulunduğu yöne ilerletilir. Pıhtının proksimalinde iki yarım daireyi taşıyan metaller aletin sap kısmından ilerletilerek yarım dairelerin ana boru dışına çıkması ve tam bir daire oluşturmaya sağlanır. Pıhtı torba içerisine alınır. Uç kısımdaki iki yarım dairenin 900 vertikal hareketiyle torba ağız kapanır ve kapalı bir ortam sağlanır. Kapalı ortamda pıhtı rahatlıkla aspire edilir, gerekirse yıkanır ve tekrar aspire edilir.

Sonuç: Bu alet sayesinde, laparoskopik ameliyatlarda oluşan pıhtılar gaz aspire edilmeden, dolayısıyla kamera görüşü bozulmadan, başka dokuları aspire etmeden çok daha etkili, güvenli biçimde ve çok daha kısa sürede aspire edilebilir.

Not: Poster olarak kabul edilirse video-poster şeklinde sunumu planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pıhtı, koagulum, laparoskopi, aspirasyon

P 53

İLERİ LAPAROSKOPİK CERRAHİDE EĞİTİM VE EKİP RUHUNUN ÖNEMİ

Ömer KARAHAN, Ahmet OKUŞ, Banış SEVİNÇ, Mehmet Ali ERYILMAZ

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, KONYA

Giriş ve Amaç: Laparoskopik cerrahi bugün artık kolesistektomide altın standart olarak kabul edilmekte ve tüm cerrahi girişimlerde minimal invaziv olması nedeni ile geniş uygulama alanı bulmaktadır. Kliniğimizde uygulanan ileri laparoskopik cerrahi girişimlerimizi ve ileri laparoskopik girişimlerin gelişiminde etkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Son 5 yıldır Eğitim Hastanesi olarak hizmet vermekte olan hastanemiz genel cerrahi kliniğinde yıllık laparoskopik kolesistektomi sayısı yaklaşık 1000 (yıllık ortalama 1035) olup açığa geçme oranı % 2 olarak tespit edilmiştir. Son iki yıla kadar kliniğimizde ileri laparoskopik girişimler yapılmamış iken son iki yılda ileri laparoskopik işlem sayısı 80 olup, açığa geçme oranı %7,5 olarak tespit edilmiştir. Bunlardan %35'i (28) inguinal hemi, %21'i (17) kolorektal ve %21'i (17) gastroözafagial (laparoskopik nissen) girişimleri idi. Olguların %38'i 1. yılda, kalan %62'si ise 2. yılda gerçekleştirilmiş olup, artan deneyim ile ileri laparoskopideki artış dikkat çekicidir.

Tartışma-Sonuç: 1987 yılında laparoskopik kolesistektominin ilk uygulamasından sonra görülen komplikasyon oranındaki artış artan deneyime bağlı olarak açık cerrahi ile karşılaştırılabilir duruma gelmiştir. İleri laparoskopik girişimler ise daha fazla eğitim ve deneyim gerektirmektedir. Bundan dolayı belli merkezler dışında rutin uygulamaya geçilememiştir. Son 10 yılda ileri laparoskopik girişimlerdeki artış, ileri teknolojik ekipmanların devreye girişi ve laparoskopide deneyimli cerrahların eğitime katkısı ile paraleldir. Bizim kliniğimizde de ileri laparoskopik girişimler bu alanda eğitim alan bir cerrahın ekibe katkısı ile paraleldir.

P 54

PERİTONİTE KOMPLİKASYON YAPAN KESKİN KOLESİSTİTLER ZAMANI LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ VE KARIN BOŞLUĞUNUN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Musfig HASANOV

Azerbaycan Tıp Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

İşin temel konusu: Destrüktif (yıkıcı) kolesistit menşeli peritonitli hastalarda laparoskopik ameliyatın (LS) seçilmesi, işbu yöntemin yardımıyla karın boşluğunda (k/b) birikmiş muhteviyatın çıkarılması ve onun biyofiziksel ve biyokimyasal araştırması zamanı karın boşluğunda tedavi etme eylemi yapılmasının endogen (içsel) intoksikasyon üzerindeki etkisini açığa çıkarmak.

Malzeme ve yöntem: 2005-2010 yılında Medi-Lux Kliniğine dahil olan peritonitli komplikasyon yapan 128 hasta üzerinde LS (laparoskopik) yöntemle kolesistektomi ve yanı sıra karın boşluğunun tedavisi icra edilmiştir. Karın boşluğundan alınmış muhteviyat, biyofiziksel olarak kromotografik yöntemle araştırılmış, lipid peroksidasyon yoğunluğu ve antioksidan sisteminin göstergeleri tayin edilmiştir. Histolojik olarak safra kesesi kataral 7 hasta, flegmonoz 93 hasta, kangren 28 hastada tespit edilmiştir. Antiseptiklerin yoğunluğunun sitotoksik etkisini dikkate alarak %0.9 fizyolojik çözelti elektrokimyasal yöntemle aktive edilmiş ve karın boşluğu tedavisinde kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut kolesistit, peritonit, laparoskopik tedavi

P 55

AKUT KOLESİSTİTTE TEK İNSİZYONDAN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ GÜVENLİ, UCUZ, HIZLI YAPILABİLİR Mİ?

Ahmet BEKİN, İnanç Ş. SARICI, Hakan YANAR, Cemalettin ERTEKİN

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

Amaç: Tek insizyondan laparoskopik cerrahi tekniğini modifiye ederek geliştirdiğimiz yeni tekniğin akut apandisitli olgularda etkinliğini, güvenilirliğini ve sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Aralık 2010 - Şubat 2011 tarihleri arasında akut apandisit tanısı konmuş 10 hastaya, geliştirdiğimiz tek insizyondan laparoskopik cerrahi uygulandı. Bu teknikte hastalar sırtüstü pozisyonunda yatırıldı. Göbek çukurunun sağ alt komşuluğuna 2 santimetre uzunluğunda eliptik cilt insizyonu yapıldı. Açık tekniğe batına girildi. 1 adet 10'luk, 2 adet 5'lik port ile aynı insizyondan batın içine yerleştirildi. Batın içi basıncı 12 mmHg olacak şekilde CO2 insüflasyonu ile pnömo-peritoneum oluşturuldu. otuz derece açılı 10 mm teleskop, endodisektör ve 5mmlik damar mühürleyici kullanıldı. Hastaya, sol yan tarafa dönecek şekilde ters trendelenburg pozisyonu verildi. Appendiks mezosu disek-

tör ve damar mühürleyici yardımı ile disseke edildi. Apandiks kökü endo loop ile bağlandı ve apendektomi uygulandı. Piyes göbekteki kesi yerinden dışarı alındı. Cilt subcutan olarak kapatıldı. Dren kullanılmadı.

Bulgular: Olguların 6'sı erkek, 4'ü bayandı. Yaş ortalaması 36.4 idi. Olguların 6'sı retroçekal, 2'si pelvik, 2'si retrokolik yerleşimli idi. En kısa ameliyat süresi 15 dakika, en uzun ameliyat süresi ise 45 dakika olarak tespit edildi. Bütün hastalara 8. saatte oral gıda başlandı. Hastanede kalış süresi ortalama 12 saat idi. Ameliyat olan bütün olgulara aynı malzemeler sterilize edilerek kullanıldı. SILS port, rotiküle alet gibi cihazlar hiçbir olguda kullanılmadı. Ameliyat sonrası dönemde olguların hiçbirisi narkotik analjezik ihtiyacı duymadı. Ameliyat sonrası göbekteki kesi yerinde herhangi bir yara enfeksiyonuna rastlanmadı ve kozmetik yönden mükemmel yakın bir görünüm mevcuttu.

Sonuç: Modifiye tek insizyondan laparoskopik apendektomi ucuz, güvenilir, basit bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Apandisit, laparoskopik, SILS

29 Nisan 2011, Cuma / 12:30 - 13:30

Poster Değerlendirme 4

Değerlendirme Sorumluları:

Yunus YAVUZ, Koray TEKİN

P 56

MORBİD OBEZLERDE BARIYATRİK CERRAHİ SONRASİ ERKEN DÖNEM HEMŞİRELİK BAKIMI

Dilek AYGIN, Hande CENGİZ

İstanbul Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, İSTANBUL

Obezite, dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite sağlığı bozacak şekilde vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-20, kadınlarda % 18-30'u yağ dokusunu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oran %25'in kadınlarda da %30'un üzerine çıktığında obeziteden söz edilmektedir. Morbid obezite Beden kitle indeksinin (BKI) 40'ın üzerinde veya 35 olup eşlik eden hastalık bulunması olarak tanımlanmaktadır. Morbid obezite cerrahisi (bariyatrik cerrahi) yandaş sorunların iyileşmesinde ve obeziteye bağlı yeni sorunların gelişmesini önlemede etkili tedavi yöntemidir. Önceleri morbid obezite laparoskopik cerrahi için bir kontrendikasyon kabul edilirken, açık cerrahi ile karşılaştırıldığında komplikasyonların daha az gözlenmesi, morbid obeziteyi laparoskopik için bir endikasyon haline getirmiştir. Morbid obezite ameliyatları teknik olarak üç farklı grupta toplanabilir. Bunlar; malabsorbtif (emilimi engelleyici), restriktif (gi-

da alımını kısıtlayıcı) ve kombine malabsorbtif-restriktif ameliyatlardır. Bu çalışma, morbid obezitenin cerrahi sonrası erken dönem hemşirelik bakımını literatür doğrultusunda incelemek amacıyla yapıldı.

Bariyatrik cerrahide hastalara oksijen ve hemodinamik monitizasyon, ağrı yönetimi, mobilizasyon, yara bakımı, beslenme, eğitim ve emosyonel destek gibi rutin postoperatif bakım yapılır. Erken dönem komplikasyonlar ilk 30 gün içerisinde görülmektedir. Bu komplikasyonlar arasında en sık karşılaşılan ve mortalite oranı yüksek olan anastomoz kaçağı ve buna bağlı intra-abdominal enfeksiyondur. Anastomoz kaçağının belirti ve bulguları gizlenebilir, ancak pelvik, karın, sırt - sol omuz ağrısı, açıklanamayan taşikardi, dispne ve huzursuzluk görülebilmektedir. İlave olarak hemoraji, bulantı-kusma, postprandiyal diyare, dumping sendromu, hareketsizliğe bağlı pulmoner, renal, vasküler ve cilt problemleri ile nadir görülen rabdomiyolizis komplikasyonları arasında sayılabilir. Bu komplikasyonların önlenmesinde, komplikasyon geliştiğinde uygun tedavi ve bakım yapılmasında hemşirenin ekip içindeki rolü çok büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Morbid obezite, bariyatrik cerrahi, hemşirelik bakımı

P 57

BARIYATRİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA OLASI SORUN; VENÖZ TROMBOEMBOLİ

Tülin YILDIZ*, Sennur KULA**

* *Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, TEKİRDAĞ*

** *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, KAYSERİ*

Giriş ve Amaç: Gelişen dünyanın en önemli sağlık sorunlarından birisi olan obezite, bireylerin yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Günümüzde hem bireyleri olası sağlık sorunlarından korumak hem de olumlu bir beden imajına kavuşturmak için uygulanan bariyatrik cerrahi gün geçtikçe daha da fazla uygulanır duruma gelmiştir. Yapılan çalışmalarda laparoskopik bariyatrik cerrahi girişim geçiren hastalarda venöz tromboemboli gelişme riskinin gözden kaçmaması gereken bir sorun olduğu, ameliyat sonrası bakım standartları içinde tromboprofilaksi, erken mobilizasyon ve bacak egzersizlerinin önemi vurgulanmaktadır. Bu bağlamda bariyatrik cerrahi planlanan hastalarda ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası dönemde ki hemşirelik bakım uygulamalarında, tromboemboli riskinin belirti ve bulgularının değerlendirilebilmesinin ve bu risklerin göz ardı edilmemesinin önemine bir kez daha dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Yöntem ve Bulgular: Bariyatrik cerrahi girişimi planlanan aşırı şişman hastalar tromboemboli riski yüksek hasta grubu olarak değerlendirilmektedir. Yüksek risk taşıyan hastalarda ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası dönemde hemşirelik bakım hedeflerinin en önemlilerinden biri, gelişebilecek olası komplikasyonları önlemek-

tir. Ameliyat sonrası ya da sonrası dönemde durumları kritik olan hastalar venöz tromboembolizm, daha sonra hareketsizliğe bağlı pulmoner embolizm ve venöz staz ile ilgili risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar.

Sonuç ve Öneriler: Günümüzde bariatrik cerrahi ameliyatları hızla artmaktadır. Bu amaçla bariatrik cerrahide sunulan profesyonel hemşirelik bakım uygulamalarında venöz tromboembolizm belirti ve bulgularının olup olmadığına karşın dikkatli olunmalı, ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası dönemde uygulanan tedavinin yanı sıra erken mobilizasyon, elastik çorap, bacak egzersizleri yapmaları konusunda hastalar cesaretlendirilmeli, intermitan pnömatik kompresyon ve heparin kullanımında ise hemşireler bilgilendirilmelidir.

P 58

LAPAROSKOPİK AYARLANABİLİR GASTRİK BAND AMELİYATINDA KOMPLİKASYONLARA BAĞLI BAND ÇEKİMİ

Hasan ALTUN, Bora KARİP, Ender ONUR, Mehmet OKUDUCU, Tımuçin AYDIN, Kafkas ÇELİK, Kemal MEMİŞOĞLU

İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Laparoskopik ayarlanabilir gastrik band kısaca "Lap Band" ameliyatı, obezite'nin cerrahi tedavisinde sık kullanılan bir metod olup, diğer cerrahi yöntemlere göre daha az invaziv görünse de prosedürün kendine has komplikasyonları vardır. Bunlar başlıca, ülserasyon, gastrit, erozyon, band kayması, enfeksiyon ve port problemleridir. Çalışmamızda Lap Band ameliyatına ve banda bağlı gelişen komplikasyonlar sebebi ile bandlarını çekmek zorunda kaldığımız vakalarımızı sunduk. Çalışmaya kliniğimiz veya dış merkezde Lap Band ameliyatı yapılmış olup, komplikasyonlara bağlı Mart 2009- Şubat 2011 arasında bandları çekilen hastalar dahil edildi. Demografik özellikler yanında, band çekimine sebep olan komplikasyonlar ve yaklaşımımız değerlendirildi.

Toplam 7 hastada, ortalama yaş 39,57'yd. 2 hastada band çekimi özefagus perforasyonu sebebi ile acil şartlarda yapıldı. Bu hastalardan biri 2. gün, diğeri 10. gün opere edildi, band çekimine ek işlem yapılmadı. Bir hastada band, hastanın intoleransına bağlı çekildi. Aşırı öğürmeleri olan hasta tıbbi tedaviye yanıt vermedi ve ameliyat sonrası 7. günde bandı alındı. 4 hastada bandı çekme sebebi band migrasyonuydu. Bu hastalardan birinde band çekimi sonrası, işlem sleeve gastrektomiye çevrildi. Bu dört hastada ortalama band çekme süresi 13 aydı. Özefagus perforasyonu sebebi ile acil opere edilen bir hasta hariç tüm işlemler laparoskopik olarak gerçekleştirildi. Hastalar band çekimi sonrası ortalama 4 (1-7) günde taburcu edildi. Band çekilme işlemi sonrası hastalarda erken veya geç komplikasyon görülmedi.

Lap Band ameliyatı obezite için yaygın olarak kullanılan bir yöntem olup, erken dönemde cerrahi işlemin

kendisine bağlı, geç dönemde ise banda bağlı komplikasyonlar daha ön plandadır. Kişisel görüşümüz, bu hastalarda band çekiminin laparoskopik olarak güvenle yapılabileceğidir.

Anahtar Kelimeler: Gastrik band, laparoskopik, komplikasyon, band çekimi

P 59

BENİGN ÖZEFAGUS STRİKTÜRÜ NEDENİYLE LAPAROSKOPİK YARDIMLI SUBTOTAL ÖZEFAJEKTOMİ

Hüseyin SİNAN*, Sezai DEMİRBAŞ*, M. Tahir ÖZER*, Kuthan KAVAKLI**, Ramazan YILDIZ*, İlgar İSMAYILOV*

* GATA Genel Cerrahi AD, ANKARA

** GATA Göğüs Cerrahisi AD, ANKARA

Laparoskopik yardımcı transhiyatal özefajektomi, özefagusun mediyastende çevre dokulardan ayrılmasını kolaylaştıran bir ameliyat yöntemidir. Cerrahin, görerek rahat diseksiyon yapmasını sağlar. Sebebi bilinmeyen özefagus darlıklarında özefagusun bu bölgede serbestleştirilmesine katkısından dolayı güvenle uygulanmaktadır.

Yirmi iki yaşındaki erkek hastamız, küçüklüğünden beri yutma güçlüğü çekmekteymiş. Anamnezinde herhangi bir kostik madde içimi olmayan hasta son zamanlarda aşırı kilo kaybı ve katı gıda alamama şikayetleriyle başvurdu. Hastaya, kliniğimize gelene kadar 6 kez dilatasyon yapılmış ve 2 kez stent (25-37 cm arasına gelecek şekilde 12 cm lik yarı kaplı stent) takılmış. O dönemde biyopsi sonucu; kronik enflamasyon dokusu olarak rapor edilmiş. Kliniğimizde yapılan endoskopik muayenesinde; özefagusta 29.-41. cm arasında stent gözlendi, stentin proksimal ve distalinde hiperemi ve ödem mevcuttu. Endoskopik muayene ve eş zamanlı son dilatasyondan 2 ay sonra yapılan bilgisayarlı tomografide; özefagus orta bölümünde 14 cm uzunluğunda stent görünümü mevcuttur, stent içi lümen çapı 4 mm olup, stentin proksimalindeki özefagusta torasik düzeyde darlık olmadığı rapor edilmiştir.

Hastaya bu bulgularla hazırlıkları takiben, laparoskopik yardımcı subtotal özefajektomi ile birlikte özefagogastrostomi ameliyatı uygulandı. Hastanın patoloji sonucu; kronik enflamasyon ve fibrozis olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi ve 2 ay sonra yapılan endoskopisinde anastomoz hattının normal görünümde ve genişlikte olduğu görüldü. Hastanın şikayetleri tamamen gerilemişti. Ameliyattan sonraki 5. ayında olan hasta yaşantısına sorun olmadan devam etmektedir.

Laparoskopik yardımcı subtotal özefajektomi, benign özefagus darlıklarının tedavisinde daha geniş görüş açısı ile güvenli özefagus rezeksiyonu yapılması amacıyla kullanılabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik yardımcı, özefagus striktörü, özefajektomi

GASTROPİTOZ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK SUBTOTAL GASTREKTOMİ: NADİR BİR VAKAYA GÜNCEL YAKLAŞIM

Ediz ALTINLI*, Aziz SÜMER**, Serkan SENER*

* Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi AD, VAN

Amaç: Midenin şekli, pozisyonu ve anatomik olarak çevre dokular ile ilişkisi kişiden kişiye değişmektedir. Midenin göbeğin aşağısına, pelvise doğru sarkmasına gastropitoz denmektedir. Güncel literatür taramasında gastropitoz tedavisinde laparoskopik yaklaşımla ilgili herhangi bir yayın ve görsel veriye rastlanılmamıştır. Bilgilerimize göre, olgumuz gastropitoz tedavisindeki ilk laparoskopik uygulamadır.

Yöntem: 55 yaşında, erkek olgu, karın ağrısı, kusma ve kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Üst GİS endoskopisinde deforme pilor ve kronik duodenal ülser saptandı. Abdominal BT'de mide büyük kurvaturunun göbek seviyesinin altında, hipotonik ve dilate bir şekilde olduğu tespit edildi. Mide boşalma sintigrafisinde gastroözofajiyel reflü ve gecikmiş mide boşalım paterni görüldü. Hastaya gastropitoz öntanısı ile 4 port kullanılarak laparoskopik subtotal gastrektomi ve Roux-Y gastrojejunostomi uygulandı. Ameliyat süresi 180 dakika ve toplam kan kaybı 100 cc olarak ölçüldü.

Bulgular: Ameliyat sonrası sorunsuz geçen olgu, post-operatif 5. günde taburcu edildi. Post-operatif 3. ayındaki kontrole kilo almış olduğu ve sorunu olmadığı görüldü.

Sonuç: Gastropitoz tedavisinde gastropeksi ve subtotal gastrektomi gibi bir çok açık cerrahi teknikler, destekleyici korse ve benzeri konservatif yöntemler ve moksibustion gibi güncel literatürde de yer alan medikal tedaviler uygulanmıştır. Literatür taramamız sonucunda gastropitozun laparoskopik tedavisine rastlanılmamıştır. Laparoskopik subtotal gastrektomi deneyimli merkezlerde gastropitoz tedavisinde güvenli bir şekilde uygulanabilir güncel tedavi yaklaşımıdır.

Anahtar Kelimeler: Gastropitoz, laparoskopi

P 61

PİLOR STENOZUNDA LAPAROSKOPİK TRUNKAL VAGOTOMİ VE GASTROJEJUNOSTOMİ

Burhan MAYIR

Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ZONGULDAK

Peptik ülser hastalığı komplikasyonlarından olan pilor stenozunda cerrahi tedavi önemli bir seçenektir. Son yıllarda endoskopik cerrahinin gelişmesi ve birçok alanda uygulanmaya başlanmasıyla pilor stenozu tedavisinde de bir alternatif olmuştur. Bu posterde pilor

stenozu sebebiyle laparoskopik trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi yapılan bir hasta sunulmuştur. 47 yaşında erkek hasta yemek sonrası bulantı, kusma ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan endoskopik incelemede midenin dilate olduğu, pilorun ileri derecede daraldığı görüldü. Endoskop ile duodenuma geçiş sağlanamadı. Hastaya laparoskopik olarak 5 trakar ile trunkal vagotomi ve antekolik gastrojejunostomi uygulandı. Postop erken dönemde geçici ishal şikayetleri oldu. Hastanın birinci yıl kontrolünde hastanın eski kilosuna kavuştuğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Pilor stenozu, laparoskopik gastrojejunostomi, laparoskopik trunkal vagotomi

P 62

ÖZOFAGUS DARLIKLARINDA ÇIKARILABİLİR STENT KULLANIMI

Oğuz KOÇ, Hasan BEKTAŞ, Y.Selim SARI, Vahit TUNALI, Güngör ÜZÜM, Turgay ERGİNEL

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Giriş ve Amaç: Günümüzde özofagusun çok sıklıkla malign hastalıklarının palyasyonunda stentler kullanılmaktadır. Ancak çıkarılabilir stentlerin kullanıma girmesiyle birlikte birçok benign hastalıkta da stent kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu stentlerle çeşitli selim özofagus darlıkları ve fistülleri tedavi edilebilmektedir.

Materyal ve Metot: Üç hastada çıkarılabilir, kendiliğinden genişleyen nitinol stent, endoskopi ve fuloroskopi yardımı ile yerleştirildi. İşlem sırasında hiçbir komplikasyon olmadı.

Bulgular: Hastaların yaşları 48-50-54 ve üçü de erkekti. İlk hastada üst özofagus darlığında tümör vardı. Hastanın orofarinkse yakın tümörünün olması ve stent tolerasyonundan emin olunmadığı için çıkarılabilir stent tercih edildi. Sonraki süreçte tümör ingrowth gelişimi göz önüne alınarak, stent içinden geçilerek PEG uygulandı. İkinci hasta larinks kanseri nedeniyle opere edilmişti ve servikal özofagustaki darlığa stent uygulandı. Son hasta kardiyak tümörü nedeniyle opere edilmişti, patolojide cerrahi sınır pozitifliği vardı, erken anastomoz darlığı gelişmişti ve yeniden planlanan cerrahiye köprü olması amacıyla stent uygulandı.

Sonuç: Çıkarılabilir stentler ile ilgili çalışmalar literatürde az sayıdadır. Öncelikle iyi huylu darlıklarda kullanılması düşünülse de kanser nedeni darlıklarda da kullanılmıştır. Neden ne olursa olsun stentin olduğu yerden çıkarılabilir olması hasta ve uygulayıcı için işlem sırasında bile rahatlık sağlamaktadır. Çıkarılabilir stentler oldukça kolay uygulanmakta ve diğer stentler kadar da etkilidir. Hasta sayımız çalışmamıza yeni başladığımız için az olmakla birlikte ilk üç hasta bilgilerimizi vermek istedik. İlerleyen zamanlarda daha yüksek hasta sayıları ile sonuçlarımızı vermeyi düşünmekteyiz.

İNCE BARSAK GİST'İN LAPAROSKOPİK REZEKSİYONU

Ayhan ERDEMİR*, Atilla ÇAKMAK*, Özlem YAPICI-ER**

* Anadolu Sağlık Merkezi Genel Cerrahi Kliniği, KOCAELİ
** Anadolu Sağlık Merkezi Patoloji Kliniği, KOCAELİ

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), primer olarak gastrointestinal sistem ve abdomende yerleşen spesifik histolojik özellikleri olan mezankimal tümörlerdir. GIST'ler genellikle 4. dekad sonrasında ve ortalama olarak 60'lı yaşlarda görülür. Bazı vaka serilerinde erkek hasta hakimiyeti varken, diğer serilerde cinsler arasında eşit yayılım gösterilmiştir. En çok midede karşımıza çıkarlar (%50-60). İnce barsakta %20-30, kalın barsakta %10 ve özofagusta %5 olarak görülür. Genelde mide bulantısı, karın ağrısı, karında kitle, anemi ve meleno gibi spesifik olmayan bulgular verir. İki cm veya daha küçük GIST'ler genellikle asemptomatiktir ve başka bir sebep yüzünden yapılan araştırma ya da cerrahi müdahale sırasında fark edilirler ve büyük çoğunluğu iyi huyludur. Kadın hastalıkları doğum kliniğinde ovarian kitle ön tanısı ile tanısı laparoskopisi sırasında saptanan ve laparoskopik olarak eksize edilen ve sonrasında laparoskopik segmental ince barsak rezeksiyonu yapılan GIST sunulması amaçlanmıştır.

LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATION: 5 YEARS EXPERIENCE

Sezgin ZEREN, Erman SOBUTAY, Birol AĞCA, Ali DURMUŞ, Fazıl SAĞLAM, Kazım SARI

Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Kliniği, İSTANBUL

To evaluate the outcome of laparoscopic fundoplication in patients with typical symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) retrospectively; seventy-two patients with typical symptoms of GERD, who were operated for laparoscopic Nissen's fundoplication from January 2006 to February 2011 in Ministry of Health, Okmeydanı Training and Research Hospital, Department of 3 th General Surgery, were studied in. The study was limited to patients who had positive findings at upper gastrointestinal (GI) endoscope done by us and "typical" symptoms (heartburn, regurgitation, and dysphagia) of GERD. Outcome measures included assessment of the patient's evaluation of outcome, and quality of life after surgery which is the relief of the primary symptom responsible for surgery in the early postoperative period.

Relief of the primary symptom responsible for surgery was achieved in 90.1% of patients at a follow-up of 24

months. There were no mortality. Clinically significant complications occurred in twelve patients. Median hospital stay was 3 days, decreased from 5 days in the first 10 patients to 1 day in the last 10 patients. And operation time decreased from 181 minutes to 62 minutes. Mean surgery time is nearly 84 minutes. Laparoscopic Nissen's fundoplication is the choice of operation for clinically symptomatic GERD patients. Our morbidity and operation time decreased as we gain experience.

Key words: Laparoscopic Nissen's fundoplication, gastroesophageal reflux disease, experience

LAPAROSKOPİK HİATAL HERNİ OPERASYONU ESNASINDA İNŞİDENTAL OLARAK SAPTANAN ABDOMİNAL ÖZEFAGUSA AİT LEİOMYOMUN LAPAROSKOPİK REZEKSİYONU; OLGU SUNUMU

Tuncer BABÜR, Gürsel ÇİĞ

Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Benign özefageal tümörler nadirdir, özefageal neoplazmların %0.5-0.8 'ini oluştururlar. Liomyomlar en sık rastlanan benign intramural özefageal tümörlerdir. Genellikle 20-50 yaşlar arasında görülürler. Hastaların %3-10 'nda multipıldır. Servikal segmentte nadir görülürler, %80 'den fazlası orta ve alt üçte birlik bölümde görülürler. Tümörler genellikle 5 cm den küçük çaptadır ve nadiren semptomlara neden olurlar. Daha büyük çapta olduklarında disfaji, retrosternal basınç ağrı en sık görülen bulgulardır. Semptomatik tümörler veya 5cm 'den büyük çapta olanlar eksize edilmelidir. Biz gastroözefageal herni nedeniyle opere ettiğimiz hasta da daha önceki tetkiklerinde saptanmayan abdominal özefagusa ait bir kitlenin laparoskopik rezeksiyonunu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Laparoscopy, hiatal herni, leiomyom

BAŞARISIZ ENDOSKOPİK TEDAVİLER SONRASI LAPAROSKOPİK ANTI-REFLÜ CERRAHİ

Toygar TOYDEMİR*, Koray TEKİN**, Gökhan ÇİPE***, Mehmet Ali YERDEL*

* İstanbul Cerrahi Hastanesi Genel Cerrahi, Kliniği, İSTANBUL

** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, DENİZLİ

*** Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Yararlılığı son derece tartışmalı olan gastroözefageal reflü hastalığının endoskopik tedavileri sonrası laparoskopik anti-reflü cerrahi (LARC) uygulamaların

başarısı bilinmemektedir. Bu çalışmada endoskopik tedavi girişimlerinin ne denli lokal reaksiyon oluşturduğu ve laparoskopik diseksiyona bir zorluk oluşturup oluşturmadığı irdelenmiştir.

Yöntem: Mart 2004 ile Aralık 2010 arasında LARC uygulanan 1092 hastadan daha önce endoskopik antireflü girişim yapılmış 9 hastanın perioperatif sonuçları prospektif veri tabanında retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Endoskopik tedavi prosedürü olarak 6 hastaya radyofrekans ablasyon (Stretta?-Curon Medical, Fremont, California, USA), 2 hastaya biopolimer enjeksiyonu (Enteryx®-Boston Scientific, Natick, Massachusetts, USA), 1 hastaya da endoluminal piliplasyon (NDO plicator™ - NDO Surgical, Mansfield, Massachusetts, USA) uygulanmıştı. Hastaların ortalama yaşı 40.1, vücut kütle indeksi 25.6 kg/m² semptom süresi 38 ay, takip süresi 45 ay idi. Hastaların operasyon süresi ortalaması 55,5 dk. idi ve taburcu zamanları 1,1 gündü. NDO plikatör ve stretta uygulanan hastaların hiçbirinde buji ve/veya nazogastrik sonda uygulaması, diseksiyon zorluğu veya perioperatif komplikasyon olmamıştır. Öte yandan Enteryx uygulanmış hastaların LARC si problemlili olmuş ve ileri derecede diseksiyon zorluğu nedeni ile hastalara total fundoplikasyon yapılamamıştır. Bu iki olguda da LARC başarısız olmuştur.

Sonuç: Stretta ve NDO plikatör uygulanmış ve cevap alınamamış hastaların LARC si herhangi bir zorluk veya problem arz etmemektedir. Daha önce Enteryx uygulanmış hastaların LARC si ise ciddi diseksiyon zorluklarına bağlı problemlidir ve başarılı sonuç alınamamaktadır.

Anahtar Kelime: Laparoskopi, fundoplikasyon, endoskopik tedavi, gastroözefageal reflü hastalığı

Tablo. Hastaların Perioperatif Bulguları

Cins/Yaş	Önceki İşlem	Prosedür	Süre (dk)	Sonuç
K41	STR	Nissen	50	Kür
E40	STR	Nissen	35	Kür
E44	STR	Nissen	40	Kür
K40	STR	Nissen	90	Kür
E46	ENT	Toupet	56	Nüks
E36	STR	Toupet	27	Kür
E25	STR	Nissen	43	Kür
E37	ENT	Dorr	127	Nüks
E33	PLK	Nissen	41	Kür

P 67

DENEYİMİN LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU AMELİYATINA ETKİSİ

Toygar TOYDEMİR*, Koray TEKİN***, Gökhan ÇİPE**, Mehmet Ali YERDEL*

* İstanbul Cerrahi Hastanesi Genel Cerrahi, Kliniği, İSTANBUL

** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, DENİZLİ

*** Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Artan deneyim ile orantılı olarak Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu (LNF) sonuçlarının iyileştiği konusunda fikir birliği mevcuttur. Çalışmamızda bu hipotez prospektif olarak sınanmıştır.

Yöntem: Ardışık 2 zaman diliminde yapılmış olan tüm LNF ameliyatlarının sonuçları prospektif veri tabanında analiz edildi. İlk 342 (A) ve 2. 342 (B) olguya ait tüm perioperatif sonuçlar x2 ve t test ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Mart 2004-Ağustos 2009 arasında 684 olguya LNF yapıldı. Hastaların yaş, cins ve vücut kütle indeksi ortalamaları benzerdi ($p>0.05$). Barrett metaplazi görülme sıklığı gruplar arası benzerken, eroziv esofajit, hiatal herni sıklığı, dren kullanımı ve greft ile hiatal lasti B'de daha fazla idi ($p<0.05$). Ortalama ameliyat süresi A'da 62 dk. iken B'de 44 dk. idi ($p<0.05$). Taburcu zamanı, her iki grup için de 1 gündü. Major komplikasyon olarak A'da 1 hastada ösefageal perforasyon, B'de 1 hastada ince barsak perforasyonu görüldü ($p<0.05$). Hiçkink ve karaciğer yaralanması haricinde diğer tüm minör komplikasyonların dağılımı gruplar arası benzerdi. Hiçkink ve karaciğer yaralanması A'da daha fazla görüldü ($p<0.05$). 12 ay sonraki takiplerde, A'da 1 (%0.1), B'de 2 (%0.2) hastada pH metre ile doğrulanmış reflü nüksü gözlemlendi. Erken dönem yutma güçlüğü A'da 60 (%17.5), B'de 45 (%13.1) hastada görüldü ($p<0.05$). Yutma güçlüğü için, toplamda 9 hastaya (A'da 3, B'de 6) erken "re-op", 4 hastaya (A'da 2, B'de 2) geç "re-op" gerekti ($p>0.05$). Postoperatif "Bloating" A'da %24 iken B'de % 15 idi ($p<0.05$).

Sonuç: Artmış deneyim LNF sonrası komplikasyon oranlarının azalmasını ve ameliyat sürelerinin giderek kısalmasını sağlamaktadır. LNF sonrası başarının en önemli etkenlerinden biri deneyimdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, fundoplikasyon, deneyim, gastroözefageal reflü hastalığı

P 68

LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYON DENEYİMLERİMİZ

Ergün YÜCEL, Ahmet Ziya BALTA, Ali İker FİLİZ, Cengizhan YİĞİTLER, Bülent GÜLEÇ, Mehmet Levhi AKIN, Mehmet YILDIZ

GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Gastroözofageal reflü (GÖR) ve hiatal herni cerrahi tedavisinde ideal cerrahi teknik konusunda tartışmalar hala sürmektedir. Burada, GÖR ve hiatal herni cerrahi tedavisinde Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu deneyimlerimiz sunulmuştur.

Metod: 2006-2011 yılları arasında yaşları 22 ile 55 yaş arasında değişen 31 olguya Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu + krus tamiri uygulandı. Hastaların 22'si erkek 9'u bayan idi. 10 olguda etyoloji primer GÖR iken 21 olguda hiatal herni ve GÖR nedeniyle ameliyatlar gerçekleştirildi. Tanı, gastroskopi, baryumlu özofagus mide duodenum (ÖMD) grafisi, ve 24 saatlik pH monitorizasyonu ile kondu. Hastalar postoperatif dönemde 2 ile 60 ay arasında takip edildiler.

Bulgular: Ameliyatlar 5 trokar kullanılarak cerrahin, hastanın bacak arasında olduğu pozisyonda gerçekleştirildi. Ameliyat süreleri ortalama 85 dakika (55-210 dakika) olarak saptandı. Tüm olgular postoperatif 1. ay içerisinde klinik muayene ile değerlendirildi. 1 olguda birinci yılda nüks ve 1 olguda 9 ay devam eden disfaji saptandı. Nüks görülen olgu hiatus hernisi nedeniyle ameliyat edilen hasta olup daha sonra hiatusa mesh uygulaması yapılarak tedavi edildi. 3 hastada karaciğerden kanamaya bağlı bir hastada ise özefagus perforasyonu ve kanama nedeniyle laparoskopik teknikten açık tekniğe geçilmek zorunda kalındı.

Sonuç: Laparoskopik Nissen Funduplikasyonu GÖR ve hiatus hernisi cerrahi tedavisinde son yıllarda artan sıklıkta uygulanmaktadır. Bu tekniğin ülkemizde uygulanışı ve hangi endikasyonlarla yapıldığı hakkındaki veriler sınırlıdır. Operasyonun etkinliğinin ne ölçüde olduğunu ve endikasyonlarını ortaya koymak için verilerin toplanmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik nissen funduplikasyonu, hiatal herni, GÖR

P 69

AKALAZYA TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK HELLER MİYOTOMİ VE TOUPET FUNDOPLİKASYONU; ÜÇ YILLIK TAKİP SONUÇLARI

Toygar TOYDEMİR, Mehmet Ali YERDEL

İstanbul Cerrahi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Akalazyia özofagusun primer motilite bozukluğu olup kesin tedavisini sağlayan tek kalıcı yöntem cerrahi tedavidir. Bu çalışmada akalazyia tanısı ile laparoskopik Heller miyotomi ve Toupet fundoplikasyon işlemi uygulanan hastaların sonuçları değerlendirilmiştir.

Yöntem: Tek merkezde, aynı cerrah tarafından akalazyia tanısı ile laparoskopik Heller miyotomi ve Toupet fundoplikasyon işlemi uygulanan ardışık 8 hastanın sonuçları prospektif veri tabanında analiz edildi.

Bulgular: Mart 2004-Şubat 2011 arasında 8 olgu opere edilmiş olup, tüm ameliyatlar laparoskopik olarak sonlandırılmıştır. Mortalite veya erken dönem komplikasyon görülmemiştir. Hastaların 5'i erkek, 3'ü kadın olup yaş ortalaması 38 (27-45) idi. Beş hastada önceden uygulanmış balon dilatasyon ile tedavi öyküsü mevcut olup 3 hastada cerrahi girişim ilk tercih olarak uygulanmıştır. Ortalama ameliyat süresi 94 (54-150) dakika olup ortalama taburcu süresi 2 (1-3) gündü. Hastaların hiçbirinde postoperatif gastroözofageal reflü semptomları olmamıştır. Ortalama 40 aylık takip süresinde, 7 (%87.5) hastada yutma güçlüğü tamamen geçmiş olup, 1 (%12.5) hastada postoperatif ikinci yıl başlayıp halen süren tolere edilebilir yutma güçlüğü görülmüştür.

Sonuç: Akalazyia tedavisinde laparoskopik Heller miyotomi ve Toupet fundoplikasyon ameliyatı, kalıcı düzelme sağlayan etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Akalazyia, laparoskopi, heller miyotomi, fundoplikasyon

P 70

LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON DENEYİMİMİZ

Erdoğan SÖZÜER, Muhammet AKYÜZ, Can KÜÇÜK, Hızır AKYILDIZ, Alper AKCAN, Tarık ARTIŞ, Faruk MUTLU

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, KAYSERİ

Amaç: Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) toplumda sık karşılaşılan ve genellikle medikal tedaviye yeterli cevap vermeyen bir hastalıktır. Laparoskopik Nissen fundoplikasyon GÖRH'nın cerrahi tedavisinde laparoskopinin sağladığı avantajlar nedeniyle tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir. Kliniğimizde GÖRH nedeniyle laparoskopik Nissen fundoplikasyon uygulanan hastalar ve sonuçlarımız değerlendirilmiştir.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2005 ile Aralık 2010 tarihleri arasında GÖRH nedeniyle laparoskopik Nissen fundoplikasyon yapılan 127 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait demografik bilgiler, ameliyat indikasyonu, ameliyat süresi, açığa geçme oranı, postoperatif komplikasyonlar ve sonuçlar değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 75'i erkek (%59), 52'si kadın (%41) idi. Yaş ortalaması 41 (26-55) olarak hesaplandı. Cerrahi tedavi öncesi tüm hastalara üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Cerrahi tedavi indikasyonu 101 hastada (%76.5) medikal tedaviye yanıt alınamaması, medikal tedavi sonrası nüks veya hastanın yaşam boyu medikal tedaviyi kabul etmemesi, 8 hastada (%6.2) Barret metaplazi, 9 hastada (%7) peptik özefajit ve 9 hastada (%7) ilaçlara bağlı yan etkilerin ortaya çıkması idi. Ameliyat süresi 100±30 dakika olarak hesaplandı. Son 30 vakada ise ameliyat süresi 80±30 dakikaya geriledi. Altı hastada (%4.7) açığa dönüldü. Hastanede yatış süresi ortalama 3 gün (1-11) bulundu. Postoperatif dönemde 22 hastada (%17.3) takılma hissi şeklinde disfaji saptandı. Üç hasta dışında tüm hastalarda disfaji şikayeti 2 ay sonra geriledi. Şikayetleri gerilemeyen 3 hastaya balon dilatasyon uygulandı.

Tartışma ve Sonuç: Laparoskopik Nissen fundoplikasyon GÖRH tedavisinde etkin bir yöntemdir. Ancak laparoskopik antireflü cerrahisi ileri bir laparoskopik cerrahi işlemdir ve deneyim gerektirir. Olgu sayısı ve cerrahi deneyim arttıkça operasyon süresi, açığa geçme ve komplikasyon oranları azalmakta, başarı oranı artmaktadır.

P 71

LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU; İLK SONUÇLARIMIZ

M. Ümit UĞURLU, İlnur ERGÜNER, Zehra BOYACIOĞLU, S.Yiğit YILDIZ, M.Tahir ORUÇ *Koceli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, KOCAELİ*

Giriş: Çalışmamızda kliniğimizde uyguladığımız laparoskopik Nissen fundoplikasyonu (LNF) olgularını sunmaktayız.

Metot: Ocak 2010- Mart 2011 tarihleri arasında kliniğimizde uygulanan 27 LNF olgusu değerlendirilmiştir. Olgularda GÖRH varlığı, Barrett özefajiti ve hiatal herni varlığı, 24 saat pH monitorizasyonu sonucunda De Meester skoru değerlendirilmiş, demografik veriler analize edilmiştir. Postoperatif 1. Ayda reflü ya da disfaji şikayeti olan hastalar endoskopi ve pH monitorizasyonu ile tekrar incelenmiştir.

Sonuçlar: GÖRH tanısı 17 kadın (%63), 20 erkek (%37) olgu için LNF uygulanmıştır. Olguların ortalama yaşı 41.9 ± 9.05 (28-63) olup ortalama vücut kitle indeksi 26.17 ± 3.61 (19-32)'dir. Ortalama De Meester skoru 45.09 ± 22.69 (15.52-160.49)'dur. GÖRH semptomlarının süreleri sorgulandığında ortalama 5.82 ± 6.62 (1-20) yıldır şikayetlerinin olduğu ve düzenli antiasit tedavisine rağmen şikayetlerinin kaybolmadığı gözlenmiştir. Olguların 21 (87%)'inde özefajit, 13'ünde (%54) hiatal herni saptanmış olup 4 (%14.8)'ünde eşlik eden Barrett hastalığı mevcuttur. Uygulanan operatif yöntemler değerlendirildiğinde 8 (%24) hastaya eş zamanlı mesh takviyesi de uygulanmış, 19 (%76) hastaya LNF operasyonu yapılmıştır. Ortalama operasyon süresi 105 ± 21.85 (65-127) dakikadır. Olguların 2'sinde açığa dönme gereksinimi olmuştur; 1'inde özefagus perforasyonu şüphesi oluşmuş olup, diğer olguda diseksiyonda zorluk mevcuttur. Ortalama hastanede kalış süresi 5.62 ± 1.57 (3-14) gün olup drenler ortalama 2.08 ± 0.82 (1-4) gün tutulmuştur. 2 hastada pulmoner emboli ve 1 hastada pnömoni gelişmiştir; 2 olguda ilk 24 saatte hemorajik drenaj oluşmuş, spontan durmuştur. 1. ayda 3 hasta nonspesifik semptomlar tariflemiş bu olguların 2'sinde disfaji yakınması olmuştur. Peroperatif mortaliteye rastlanmamıştır.

Çıkarım: LNF, GÖRH tedavisinde altın standarttır. Sonuçlarımız literatürle uyumluluk göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: gastro-özefageal reflü hastalığı, laparoskopik Nissen fundoplikasyonu

P 72

LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU; FIRAT ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Koray KARABULUT, Cüneyt KIRKIL, Erhan AYGEN, Ziya ÇETİNKAYA, Kenan BİNNETOĞLU, Yavuz Selim İLHAN

Fırat Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi AD, ELAZIĞ

Amaç: Kliniğimizde Gastroözofageal Reflü Hastalığı (GÖRH) tanısı ile uygulanan Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu (LNF) ameliyatlarının sonuçlarını değerlendirmek.

Hastalar ve yöntemler: Kliniğimizde Mayıs 2008 ile Mart 2011 tarihleri arasında uygulanan 32 hastanın demografik ve klinik özellikleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastalardan 18'i (%56) kadın, 14'ü erkekti (%44) ve ortalama yaş 40 ± 2 idi (20-67). Hastaların 26'sında (%81) GÖRH ile birlikte hiyatus fıtığı, 6'sında (%19) hiyatus fıtığı olmaksızın GÖRH ve tamamında retrosternal yanma şikayeti mevcuttu. Semptom süresi ortalama 25 ± 7 (2-156 ay) aydı. Tüm hastalara ameli-

yat öncesi endoskopi yapıldı. Endoskopik incelemede hastaların tamamında özofajit saptandı. İki (%6) hastada histopatolojik inceleme ile desteklenen Barrett özofajiti saptandı. 27 hastada LNF başarı ile tamamlandı. 2 hastada (%6) yeterli eksplorasyon sağlanamaması nedeniyle açığa geçildi. Ortalama ameliyat süresi 130 ± 25 dakikaydı. 1 (%3) hasta ameliyat sonrası 5. günde miyokard enfarktüsü nedeniyle kaybedildi. 1 hasta (%3) ameliyat sonrası fundoplikasyonun mediastene migrasyonu ve sol pnömotoraks nedeniyle tekrar ameliyat edildi. Hastanede ortalama kalış süresi 3 gün (1-7 gün) idi. Ortalama takip süresi 6 ay olarak belirlendi (1-34 ay). 1 hasta (%3), ameliyattan 1 yıl sonra nöks hiyatus fıtığı nedeniyle tekrar ameliyat edildi. 8 hastada (%25) ameliyattan sonraki ay içerisinde düzelen disfaji görüldü. Hiçbir hastaya endoskopik dilatasyon gerekmedi. 2 (%6) hastada ameliyat sonrası distansiyon gelişti.

Sonuç: LNF, GÖRH'nin tedavisinde, düşük morbidite ve mortalite oranı olan, güvenle uygulanabilecek ve uzun süreli ilaç tedavisine alternatif olabilecek bir cerrahi girişimdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Nissen, reflü cerrahisi, fundoplikasyon, gastroözofageal reflü hastalığı

P 73

GENİTAL ÜYELERİN PROLAPSI ZAMANI CERRAHİ YÖNTEM OLARAK, SAKROPEKSİYON VE BÖRC AMELİYATLARININ UYGULANMASININ ETKİNLİĞİ

İlham QAFAROV, Vefa HÜSEYİNOVA, S.Q ARAYEVA

Medilix hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Önceler bu patolojiden acı çeken hastalar jinekoloji ve üroloji bölümlerinde iki kez cerrahi ameliyat geçirmek zorundaydılar. Şimdiyse bu patoloji sonucu genital üyelerin inmesi ve istemeyerek idrar ifrazı sorunlarının jinekolog- cerrah ve onun ameliyat ekibi tarafından bir ameliyat çerçevesinde halli mümkün.

Kaydedilen operasyon türü bir çok avantajlara sahip.

1. Ameliyat etkin hayata dönmek için daha kısa rehabilitasyon dönemi talep etmektedir.
2. Ameliyat yardımıyla organ ampütasyonuna ihtiyaç kalmıyor, ayrıca psikolojik açıdan kadını olumlu etkiler.
3. Daha aktif hayat tarzı geçiren (sporcu), aynı zamanda perspektifinde gebelik planlayan kadınlar için promontofiksasyon daha optimal bir yöntem.
4. Karşı batin duvarında ve rahimde hiç bir kesik yapılmıyor, ameliyat sona kadar laparoskopik yöntemle bitiyor ve bu da ameliyat zamanı kullanılan malzemenin enfeksiyon riskini ve sonuçta macerasyon riskini sıfıra indiriyor.
5. Leğen dibinin yararsız bağ aygıtının yerine dayanıklı suni malzeme- sentetik ağ kullanılmaktadır, bu da söyleyebiliriz ki, residiv ihtimalini minimuma indiriyor.
6. Bu tür ameliyatlar zamanı rahim duvarının kısılması, kalınlaşması, duyunun kaybolması gibi komplikasyonlar mümkündür.

7. Ameliyat zamanı kullanılan malzemeye sahip olunması ve maddesel değeri büyük zorluk oluşturmuyor, yararlıdır.
8. Kan kaybı maksimum- 150 ml. Ameliyat söyleyebiliriz ki, kansız ortamda yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Genital prolapsi, laparoskopik sakropeksiyon

29 Nisan 2011, Cuma / 12:30 - 13:30

Poster Değerlendirme 5

Değerlendirme Sorumluları:

Ediz ALTINLI, Atilla ÇELİK

P 74

LAPAROSKOPİK KLOREKTAL CERRAHİ İLK SONUÇLARIMIZ

Ümit UĞURLU, İknur ERGÜNER,
Zehra BOYACIOĞLU, Yiğit YILDIZ, Tahir ORUÇ

Koceli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, KOCAELİ

Giriş: Randomize kontrollü çalışmalar kolorektal kanser cerrahisinde laparoskopinin açık cerrahiye morbidite ve mortalite yönlerinden eşdeğer olduğunu, uzun dönemde beraberinde avantajlar sunduğunu göstermektedir. Bu çalışmada kliniğimizde gerçekleştirilen laparoskopik kolorektal cerrahi vakaları ile ilgili ilk sonuçlarımızı sunmaktayız.

Metot: Kliniğimizde Şubat 2010-Mart 2011 arasında gerçekleştirilen kolorektal cerrahi vakaları incelenmiş, laparoskopi vakaları için sub-grup analiz yapıp klinik ve patolojik veriler irdelenmiştir. Obstrüktif olgular dışındaki tüm kolorektal kanser olgularında diagnostik laparoskopik eksplorasyon yapılmıştır. Peroperatif değerlendirmede çevre organ invazyonu olan ve tümör büyüklüğü nedeniyle teknik zorluk olacağı düşünülen olgularda açık cerrahiye geçilmiştir.

Sonuçlar: Toplam 62 hastaya (37 erkek, 25 kadın) kolorektal kanser cerrahisi uygulandı. Açık cerrahi 41 hastada, laparoskopik cerrahi 21 hastada yapıldı. Laparoskopik cerrahi uygulanan vakaların yaş ortalaması 62 ± 12 (67-81)'dir. Ortalama vücut kitle indeksi 24.5 (19.5-33.3)'tir. Anterior rezeksiyon (%33.3) en sık uygulanan cerrahi olup, ortalama cerrahi süresi 103 (70-130) dakikadır. Açığa dönme nedenleri 4 vakada komşu organ tutulumu olması, 1 vakada stapler ateşlenirken teknik problem oluşması, 1 vakada hemostaz sağlanamamasıdır. Spesimenler incelendiğinde ortalama tümör boyutu 5±1.3 (3-7) cm'dir. Diseksiyonu yapılan ortalama lenf nodu sayısı 12 (6-30) olup, tümörler en sık iyi diferensiyeli tümörlerdir (%37). Dukes sınıflamasına göre tümörler en sık B2 (%22) tümörlerdir. Ortalama hastanede yatış süresi 7 gündür (4-10). Takiplerde loko-rejyonel metastaz ve port metastazı görülmemiş-

tir. Olgularda postoperatif dönemde mortalite ya da anastomoz kaçağı görülmemiştir.

Çıkarım: Bu çalışmada yeni kurulan bir klinik olarak laparoskopik kolorektal cerrahisi uyguladığımız vakalar sunulmuştur. Kısa dönem sonuçlarımız kolorektal cerrahide laparoskopinin güvenli, tercih edilebilir bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, laparoskopi

P 75

LAPAROSKOPİK KOLON-REKTUM REZEKSİYONU YAPILAN 16 HASTANIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Cüneyt KIRKIL, Koray KARABULUT, Erhan AYGÜN, Yavuz Selim İLHAN, Ziya ÇETİNKAYA, Refik AYTEN, Mustafa GİRGİN, Mürşid DİNÇER, Mehmet YALNIZ

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ELAZIĞ

** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD, ELAZIĞ

Amaç: Kliniğimizde yapılan laparoskopik kolon rezeksiyonlarını irdelemektir.

Yöntem: Aralık 2009 ve Aralık 2010 arasında kliniğimizde laparoskopik kolon rezeksiyonu yapılan 16 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 30-72 yaş aralığındaki (ortalama 56 yaş) 16 hastanın 7'si kadındı. 4 hasta benign, diğerleri malign hastalıklar nedeniyle elektif şartlarda ameliyat edilmişti. Malign tümörlerin 5'i sigmoid, 4'ü rektum, 3'ü de sağ kolon yerleşimliydi. Üç hastada familial adenomatöz polipozis sendromu vardı. Hastalardan üçüne total kolektomi + ileoanal anastomoz, üçüne sağ hemikolektomi, üçüne low anterior rezeksiyon, birine Miles prosedürü, altısına anterior rezeksiyon uygulanmıştı. Cerrahi süresi 70-310 dakika aralığında (ortalama değer 135 dakika) idi. Malign tümörlerin hepsi adenokanser olup ortalama en büyük çap 4,5 cm (3,3-10 cm aralığında) idi. Hastalardan disseke edilen lenf nodu sayısı ortalama değeri 11 (0-28 aralığında) idi. Hiçbir hastada cerrahi sınır pozitifliği yoktu. Postoperatif dönemde 5 hastada (%31,3) yara enfeksiyonu, bir hastada (%6,3) anastomoz kaçağı, bir hastada (%6,3) anastomoz hattından lümen içine kanama görüldü. Ortalama yatış süresi 8 gün (4-28 gün aralığında) idi. Perioperatif mortalite olmadı.

Sonuç: Laparoskopik kolon rezeksiyonu düşük mortalite ve morbidite oranlarıyla uygulanabilir bir cerrahi tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, kolon, rektum

P 76

AKUT KOLONİK OBSTRÜKSİYONDA STENT UYGULAMASI SONRASINDA LAPAROSKOPİK LOW ANTERİOR REZEKSİYON; OLGU SUNUMU

Tuba ATAĞ, Yusuf E.KILIÇ, Kadri GÜLER, Barış BAYRAKTAR, Murat KAYAĞ, Kıvılcım ORHUN

Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Akut kolonik obstrüksiyonların tedavisinde Hartmann prosedürü ile subtotal, total veya segmenter kolektomi sonrası primer anastomoz gibi yöntemlerin yanısıra metalik stent yerleştirilmesi de uygulanmaktadır. Stent uygulaması minimal invaziv, iyi tolere edilebilir, acil cerrahiye önleyen ve semptomların hızla gerilemesini sağlayan bir yöntemdir. Acil operasyonu mekanik barsak hazırlığı sonrasında planlı ve güvenli cerrahiye çevirmektedir. Bu yazıda, rektosigmoid tümör nedeniyle akut intestinal obstrüksiyon gelişen ve kolonoskopik olarak stent yerleştirilmesini takiben elektif şartlarda laparoskopik low anterior rezeksiyon uygulanan bir olgu sunulmaktadır. Yetmişyedi yaşında 10 gün önce yapılan kolonoskopisinde rektosigmoid bölgede tümöral kitle tespit edilen erkek hasta yaklaşık 2 gündür gaz-gaita çıkaramama, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Kolonoskopik olarak stent uygulaması ile tümör proksimaline geçilerek dekompresyon sağlandı. Stent uygulamasını takiben 6. günde laparoskopik low anterior rezeksiyon yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 7. gün taburcu edildi. Stent uygulama yüksek riskli veya nonrezektabl tümörlerde palyatif tedavi sağlamaktadır. Düşük riskli ve rezektabl hastalarda ise güvenli ve stoma riskini azaltarak daha sonra yapılacak laparoskopik cerrahiye etkili bir köprüleme sağlamakta ve minimal invaziv cerrahiden hastaların yararlanmalarını sağlamaktadır. Stent sonrası yapılan cerrahide postoperatif ağrı, analjezik ihtiyacı, yara yeri enfeksiyonu, primer anastomoz sonrası kaçak oranı anlamlı ölçüde daha azdır.

Anahtar Kelimeler: Akut kolonik obstrüksiyon, stent

P 77

ENDOSKOPIK KİSTOGASTROSTOMİ

Murat AKAYDIN*, Yeliz Emine ERSOY**, Fazilet ERÖZGEN***, Mehmet Celal KIZILKAYA***, Selim BİROL**, Ekrem FERLENCEZ**, Ertuğrul ALKURT***, Mehmet HATEMİ***, Fatih ÇELEBİ****, Rafet KAPLAN****

* Taksim Eđt. Araşt. Hast. Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

** Bezmî Alem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

*** Haseki Eđt. Araşt. Hast. Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

**** Bağcılar Eđt. Araşt. Hast. Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Akut pankreatitin en önemli komplikasyonlarından olan pankreas psödokistinin mide komşuluğu olduğu durumlarda endoskopik girişimle kistin mideye drenajı birçok olguda başarıyla kist kavitesinin küçülerek kaybolmasını sağlamaktadır. Bu girişimle bu olgular ayaktan ve cerrahi müdahale geçirmeden tedavi şansı yakalamaktadırlar. Bu videosunumda endoskopik olarak tedavi edilen olgumuzun işlem ve takip kayıtları sunulmaktadır.

Gereç ve yöntem: Akut bilierpankreatit atağı sonucunda pankreatik psödokist gelişen ve takip edilen 43 yaşında erkek hasta

Bulgular: Yaklaşık 14 ay önce 5096 U/L amilaz değeri ile acile başvuran hastaya safra kesesinde de çok sayıda taş olması ve başka bir neden saptanmaması üzerine akut bilier pankreatit tanısı konularak medikal tedavi uygulandı. Kolestaz bulguları olmayan hastada ilerleyen günlerde pankreatik nekroz gelişti. Enfekte olmayan bu nekrozdan sonra psödokist meydana geldi. Elektif kolesistektomi için hazırlanan olgunun kistinin giderek büyüğu gözlemlendi. Akut pankreatit atağından yaklaşık 11 ay sonra batın ön duvarında şişlik yapan ve palpe edilebilen BT ile yaklaşık 25 cm çapında kistik kitle tespit edildi. Tomografi ve endoskopik inceleme sonucunda kitlenin mide korpus kısmına bası uyguladığı endoskopik drenaja uygun olduğu düşünöldü. Duodenoskopi ile kistotomi yapıldı 10 F 9 cm plastik drenaj kateteri yerleştirildi. İşlem esnasında ve erken dönemde bir komplikasyon gelişmedi. Yaklaşık 2.5 ay kadar sonra endoskopi ve BT kontrollerinde kistin kaybolduğu gözlenerek katater çıkartıldı. Hastaya laparoskopik safra kesesi operasyonu yapılarak tedavi süreci tamamlandı.

Sonuç: Uygun olgularda internal drenaj ile pankreatik psödokistler başarı ile tedavi edilebilirler. Bu yöntem açık veya laparoskopik cerrahi girişimlere göre çok daha az invaziv bir girişimdir ve hastalar tarafından rahatlıkla tolere edilebilmektedir

Anahtar Kelimeler: kistogastrostomi, pankreas kisti, endoskopi

P 78

TEK İNSİZYON İLE LAPAROSKOPIK KARACİĞER HİDATİK KİST CERRAHİSİ; OLGU SUNUMU

Tuna BİLECİK, Cemal Ö.ENSARİ, Mani HABİBİ, Ramazan ERYILMAZ

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ANTALYA

Amaç: Cerrahi teknikteki hızlı gelişmeler sonucunda tek insizyon laparoskopik cerrahi prosedürleri giderek artan bir oranda kabul görmekte ve uygulanmaktadır. Tek insizyon ile yapılan laparoskopik cerrahi ile daha iyi kozmetik sonuç, daha az postoperatif ağrı elde edildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada, kliniğimizde ve literatür bilgisine göre dünyada ilk defa "tek insizyon laparoskopik karaciğer hidatik kist cerrahi prosedürü" uygulanan olgumuz sunulmaktadır.

Olgu-Yöntem: Sağ üst kadranda ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvuran 41 yaşındaki erkek hastanın yapılan görüntöleme tetkiklerinde karaciğer 4. segmentte tip 3 hidatik kist ile uyumlu görünüm saptanması üzerine hasta operasyon amacıyla kliniğimize yatırıldı. Gereklili preoperatif hazırlıkların ardından operasyona alınan hastaya göbekten yapılan tek insizyondan 2 adet 5 mm, 1 adet 10 mm trokar yerleştirilerek ve artikülasyonlu dissektör, makas ve grasper ile 30 derecelik 5 mm videoskop kullanılarak "tek insizyon laparoskopik karaciğer kistotomi + drenaj + parsiyel kistektomi + eksternal drenaj" operasyonu uygulandı.

Bulgular: Ameliyat süresi 95 dakika olarak kaydedildi. Herhangi bir kan transfüzyonu gereksinimi olmadı. Postoperatif 8. saatte oral gıda alımına başlanan ve mobilize edilen hastanın dreni postoperatif 4. gün çekildi. Postoperatif 5. gün taburcu edilen hastanın 1. ay takibinde herhangi bir klinik ya da laboratuara yansıyan problemi olmadı.

Sonuç: Her ne kadar tek insizyon ile yapılan laparoskopik tekniği ile kolesistektomi, prostatektomi, kolektomi v.s gibi bir çok cerrahi prosedür tanımlanmışsa da sunduğumuz bu olgu, literatür bilgisine göre yayınlanmış ilk "tek insizyon ile yapılan laparoskopik karaciğer hidatik kist cerrahisi" olgusudur. Tek insizyon laparoskopisi ile karaciğer hidatik kistlerine müdahale güvenle uygulanabilmektedir. Ancak bu konuda kanıt derecesi yüksek, daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tek insizyon, laparoskopik, karaciğer, hidatik kist

P 79

LAPAROSKOPİK KARACİĞER KİSTHİDATİK AMELİYATI SONRASI GÖRÜLEN AKUT AKCİĞER HASARI

Ayhan ERDEMİR, Kemal RAŞA, Esra S.DUMAN

Anadolu Sağlık Merkezi Genel Cerrahi, Kliniği KOCAELİ

Kist hidatik ameliyatları veya spontan rüptürleri sonrası ürtikeryal döküntülerden, anafaksiye varan alerjik reaksiyonlar bilinmektedir. Hastanemizde opere edilen laparoskopik parsiyel kistektomi ve omentoplasti yapılan, postop yaşanan solunum sıkıntısı sonrası yapılan değerlendirilmede akut akciğer hasarı saptanan hasta değerlendirilmiştir. Yirmidokuz yaşında, erkek hasta. Sağ omuz ağrısı nedeni ile yapılan tetkikleri sonucu KC sağ lob anterior segmentte 82*76mm ebatında gergin kalın duvarlı unilokule kistik lezyon (tip I kist hidatik) saptanan hasta. Preop tetkikerinde toraks BT normal, kan tetleri, ecinokok İHA normal olan hastaya laparoskopik parsiyel kistektomi ve omentoplasti yapıldı. Hastanın postop 1. saatte gelişen akut hipoksi tablosu oldu. Derin nefes almakla aralıklı öksürüğü gelişti. Hastanın genel durumu iyi, uyanık, bilinç açık koopere oriente hemodinamisi stabil iken solunum sayısı:13 oda havasında oksijen sat:65% idi. Göğüs hastalıklarınca yapılan ilk dinlemede solunum sesleri doğal iken, kontrol akc grafisi sonrası geçen 10dakika içerisinde aynı hekim tarafından yapılan muayenede sol bazalde inspratuvar raller başladı. Akut akciğer hasarı olarak değerlendirilen hastaya 40mg prednol yapıldıktan sonra yakın takip edilmek üzere GYBÜ e alındı. Akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyon alanları saptandı. Noninvaziv ventilasyon ile GYBÜ de takip edilen, hemoptizisi olan hasta postop 3. güne kadar GYBÜ de kaldı. Sonrasında radyolojik ve klinik olarak stabil olan hasta postop 4. gün taburcu edildi.

P 80

KARACİĞER KİST HİDATİK OLGULARINDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

Batuhan HAZER**, Recep AKTİMUR**, İker Söcüllü*, Ali İker FİLİZ*, Yavuz ÖZDEMİR*

* GATA HEH Genel Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

** Diyarbakır Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Bu çalışmada karaciğer kist hidatiki olgularında laparoskopik uygulamaların avantajlarını belirtmek amaçlanmaktadır.

Yöntem: Diyarbakır Asker Hastanesinde Aralık 2009 - Mart 2011 tarihleri arasında karaciğer kist hidatiki nedeniyle laparoskopik yolla opere edilen 12 olgu çalışmaya dahil edildi. Tüm olgulara kistotomi ve drenaj uygulandı. Kist içi açık safra kanalı varlığı açısından 30? kamera ile değerlendirildi.

Bulgular: 10 hastada kist karaciğer sağ lobunda lokalize iken, 2 hastada karaciğer sol lobunda lokalizeydi. Sağ lobdaki 10 kistin 3'ü segment 7, 1'i segment 8 ve diğerleri segment 5 - 6 yerleşimli idi. Preoperatif ultrasonografik evrelemeye göre olguların 7'si evre 3, 3'ü evre 1'i 2 tanesi ise evre 2 idi. Sağ lob yerleşimli kistlerin ortalama boyutu 7.2 cm (5-15 cm) iken sol lob yerleşimli kistlerin ortalama boyutu 5.6 cm (4-8 cm) idi. Segment 7 yerleşimli olguda umbilikustan girilen trokardan yerleştirilen kamera ile kist görüntülenemedi. Bunun üzerine sağ paramedian yerleştirilen trokardan kamera adapte edildi ve kist görüntüldü. Segment 8 de yerleşimli kistler ise umbilikustan yerleştirilen kamera ile görüntüldü ancak kist içeriğinin safra kanalları açısından incelenmesi için diğer trokarlar kullanıldı. 5 olguda kist içerisinde açık safra kanalı saptandı, endoklips ve intrakorporeal sütürasyon ile safra yolu kapatıldı. 1 olguda postoperatif safra fistülü gelişti, sfinkterotomi ihtiyacı olmaksızın konservatif tedavi ile iyileşme sağlandı. 2 olguda medikal tedavi ile gerileyen plevral effüzyon, 1 olguda yara yeri enfeksiyonu gelişti.

Sonuç: Karaciğer kist hidatik hastalığının laparoskopik yöntemle tedavisi, laparoskopinin bilinen avantajlarının yanı sıra kistin ve kist boşluğunun daha iyi görüntülenmesi konusunda açık cerrahiye göre daha iyi sonuçlar doğurabilir.

Anahtar Kelime: Karaciğer kist hidatik, laparoskopik, safra fistülü

P 81

NADİR BİR LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ OLGUSU; 20 HAFTALIK GEBEDE İNTRAPELVİK YERLEŞİMLİ DALAK

Ergün YÜCEL*, Yavuz KURT*, Yavuz ÖZDEMİR*, İsmet GÜN**, Mehmet YILDIZ*

* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İSTANBUL

Giriş: Atipik yerleşimli dalak oldukça nadir görülen bir durumdur. Peritoneal ve çevre organlara olan bağlantılarının durumu ve vasküler pedikülünün uzunluğuna

göre karın içinde veya pelviste değişik lokalizasyonlarda olabilir. Splenik torsiyon olmadıkça klinik bulgu vermeyen hastalarda tanı zordur. Hastalar genellikle karında kitle şikayeti ile müracaat etmektedirler. Spesifik laboratuvar bulguları olmayan hastalarda tanı görüntüleme yöntemleriyle (ultrasonografi, tomografi, manyetik rezorans görüntüleme) konmaktadır. İskemi bulguları olmayan dalakta splenopeksi seçkin tedavi olmakla birlikte iskemi olduğunda splenektomi yapılmaktadır. Biz burada 20 haftalık gebede pelvik yerleşimli dalağı bulunan hastanın tedavisini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık Vaka: Daha önce şikayeti olmayan hasta gebeliğinin 16. haftasında karın ağrısı ve kabızlık şikayeti başlayan hastanın 18. haftada jinekolojik muayenesinde yapılan ultrasonografisinde dalağın normal anatomik lokalizasyonunda olmadığı ve uterusun posteriorunda bulunduğu saptanmış. Tüm laboratuvar bulguları ile fetüs ve eklerinin normal bulunan hastaya yapılan batın MR'ı sonrasında damar pedikülünün sol kolon mezosu altından ilerleyen pelvik yerleşimli splenomegali ile uyumlu dalak olduğu raporlanmıştır. Gerekli hazırlıkları ve immünisasyonu takiben hastaya gebeliğinin 20 haftasında laparoskopik splenektomi uygulanmıştır. Postoperatif komplikasyon saptanmayan hasta 3. gün taburcu edilmiştir.

Sonuç: Atipik yerleşimli dalakta seçkin tedavi dalağın değişik materyellerle normal anatomik yerine getirilmesi olmakla birlikte kan dolaşımının bozulduğu olgularda splenektomi uygulanmaktadır. Vakamızda hastanın normal doğum isteği göz önüne alındığında doğum manevraları esnasında rüptüre olacağı düşünüldükten Laparoskopik splenektomi uygulanmıştır. Yeterli laparoskopik cerrahi deneyimi ve ekipmanı bulunan merkezlerde, diğer dalak hastalıklarında olduğu gibi gebelerde de fetal monitorizasyona dikkat edilerek Laparoskopik splenektominin güvenli şekilde uygulanabileceği kanaatindeyiz.

P 82

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK PERİKİSTEKTOMİ; OLGU SUNUMU

Fatih YANAR*, Mehmet İLHAN*, Mehmet Abdussamet BOZKURT*, Cemal DENİZTAŞ*, Hürriyet TURGUT***, Filiz İSLİM**, Halil ALIŞ*, Erşan AYGÜN****

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

** Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İSTANBUL

*** Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İSTANBUL

**** Medikal Park Bahçelievler Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Robot yardımcı laparoskopik perikistektominin güvenli bir şekilde yapılabilirliğinin gösterilmesi.

Olgu Sunumu: Bir yıldır olan karın ağrısı ve halsizlik şikayeti ile başvuran 60 yaşındaki kadın hastanın muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. İndirek

Hemaglutinasyon testi negatif, tümör belirteçleri normal sınırlarda bulundu. Ultrasonografide yoğun içerikli komplike kistik lezyon izlendi. Bilgisayarlı tomografide karaciğer sol lob lateral segmentte ekzofitik uzanımlı 93x70 mm boyutunda hipodens lezyon görüldü ve ile ilk planda bilyer kistadenom düşünülen hastaya robot yardımcı laparoskopik perikistektomi uygulandı. Ameliyat doksan dakikada tamamlandı. Ameliyat sırasında hepatoduodenal bölgede lenfadenomegali izlenmedi. Çevre organlar normal görünümdeydi. Hasta ameliyat sonrası üçüncü gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Kistin makroskopik değerlendirilmesinde 10 cm çapında, dış yüzü düzensiz, multiloküle, iç yüzü düzgün, sarı yeşil renkli, duvar kalınlığı yer yer 8 mm olan kistik nitelikte lezyon izlendi.

Histopatopatolojik incelemede, seri kesitlerde neoplastik bir bulgu görülmeydi. Bu bulgular ile olguya bilyer kistadenom tanısı konuldu. Histopatolojik inceleme sonrası, ek bir cerrahi girişime ya da kemoterapiye gerek duyulmadı. Hastanın klinik takibi devam etmektedir.

Sonuç: Robotik cerrahinin hasta ve cerrah açısından avantajları mevcuttur. En önemlisi cerrahin hareket kabiliyetinin artması, üç boyutlu görüntü sağlaması böylece dokuların daha iyi ortaya konulması ve ameliyatın daha güvenle tamamlanmasıdır.

Laparoskopik cerrahinin hastaya sağladığı avantajlara, açık cerrahinin avantajlarını daha da artırarak eklemektedir. Bu nedenle ince disseksiyon, görüntü keskinliği, derinlik hissi ve ulaşılabilirlik sağlaması nedeniyle maliyetinin yüksek olmasına rağmen karaciğer cerrahisinde üstün olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Da vinci robotu, kistektomi

P 83

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNİN GELİŞEN DÜNYAYA UYUMU: ROBOTİK CERRAHİ UYGULANAN İLK OLGULARIN SONUÇLARI

Halil ALIŞ, Murat GÖNENÇ, Fatih YANAR, Selin KAPAR, Ahmet Nuray TURHAN, Cemal DENİZTAŞ, Erşan AYGÜN

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

Giriş: Videoendoskopik cerrahinin teknik ve ergonomik dezavantajlarının tanımlanmasını takiben, bu sınırlamaları kısmen veya tamamen ortadan kaldıracak ideal bir yöntemin geliştirilmesi sürecinde robotik cerrahi ortaya çıkmıştır.

Yöntem: Ocak 2009 - Şubat 2011 tarihleri arasında robotik cerrahi uygulanan olguların tıbbi verileri gözden geçirildi. Ameliyat endikasyonları, yapılan ameliyatlara, teknik ayrıntılar, komplikasyon ve ölüm oranları, toplam yatış süreleri olgu bazında kaydedildi.

Bulgular: Robotik cerrahi uygulanan toplam 16 hastanın verilerine ulaşıldı. Tüm ameliyatlarda Vinci robotik sistemi ile gerçekleştirildi. Sekiz hasta rektum kanseri, 3 hasta dalak tümörü, 1 hasta karaciğer hidatik kisti, 1 hasta rektal prolapsus, 1 hasta sümrenal adenomu, 1 hasta morbid obezite ve 1 hasta mide tümörü endikasyon

yonu ile ameliyat edildi. Beş hastada (%31) komplikasyon gözlenirken, hastaların hiçbirinde ölüm meydana gelmedi.

Sonuç: Eğitim eğrisinin tamamlanması için gerekli süre ve maliyet, robotik cerrahinin ülkemizde rutin kullanımını kısıtlayan unsurlardır. Olgu sayımızın sınırlı olmasıyla birlikte, robotik cerrahinin belli endikasyonlarda cerraha belirgin avantaj sağladığını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: da Vinci robotik sistemi, robotik cerrahi, splenektomi, adrenalektomi

P 84

LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

Hüseyin YILMAZ*, Hüsnü ALPTEKİN*,
Fahrettin ACAR*, İlhan ÇİFTÇİ**, M. Ertuğrul KAFALI*,
Mustafa ŞAHİN*

* Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. KONYA

** Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD. KONYA

Amaç: Laparoskopik cerrahi deneyim artması, gelişen teknoloji ile birlikte genel cerrahinin her alanında yer bulmaya başlamış ve tercih edilen ameliyat yaklaşımı olmuştur.

Yöntem: Çalışmamızda Ekim 2009-Ocak 2011 arasında Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında laparoskopik cerrahi uygulanan 257 hasta değerlendirildi. 127 hastaya laparoskopik kolesistektomi, 74 hastaya tek insizyondan laparoskopik kolesistektomi, İmmun trombositopenik purpura tanısıyla 1 hastaya tek port splenektomi, 3 hastaya tek insizyon appendektomi, 2 hastaya laparoskopik splenektomi, 1 hastaya duodenal ülser perferasyonu tanısıyla primer sütür, 34 hastaya gastroözefagial reflü tanısıyla laparoskopik Nissen fundoplikasyon, kolon tümörü tanısıyla 2 sol ve 1 sağ hemikolektomi uçuca anastomoz, 1 hastaya rektum ca tanısıyla laparoskopik low anterior rezeksiyon, 5 hastaya morbid obezite tanısıyla laparoskopik gastrik band uygulanması, 4 hastaya inguinal herni tanısıyla TEPP, 1 hastaya mezenter kisti tanısıyla laparoskopik kist eksizyonu, 1 hastaya karaciğer kist hidatigi tanısıyla laparoskopik parsiyel kistektomi yapıldı.

Bulgular: Ekim 2009 ile Ocak 2011 arasında kliniğimizde 257 hastaya laparoskopik cerrahi başarılı bir şekilde uygulandı. Hastaların 85'si erkek 172'si kadındı, yaş ortalaması 45,53±11,52 idi. Tüm hastalar operasyon süresi, peroperatif komplikasyon, hastanede kalış süreleri, yara yeri enfeksiyonu ve insizyonel herni açısından değerlendirildi. Operasyon süresi ortalama 40,47±14,58 dakika idi. Ortalama hastanede kalış süresi 1,53±1,63 gün olarak bulundu. Hastalar postoperatif 7.gün kontrol edildi. Ortalama 6,06±5,4 aylık takip periyodu esnasında major komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Laparoskopik cerrahi deneyim artması ve gelişen teknoloji ile birlikte genel cerrahinin her alanında yer bulmaya başlamış ve tercih edilen ameliyat yakla-

şımı olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, cerrahi

P 85

HEPATOPANKREATODUODENAL ALAN ORGANLARI, MİDE, ÇEMBER VE DÜZ BAGIRSAK KANSERİNİN YAYGIN ŞEKİLLERİNİN TANISAL LAPAROSKOPİSİ

Niyazi ASKEROV, N.G GULİYEVA, A.A ABDULLAYEV,
Tariyel ÖMEROV

Milli Onkoloji Merkez Genel Cerrah

Tetkik amacı ve yöntemler: Tetkikte Hepatopankreatoduodenal Alan organları ve sindirim kanalı kanserinin yaygın yaygın şekillerine kushkusu bulunan, abdominal onkoloji bölümünde tedavi görün 27 hasta celbedilmiştir. Hastalar kan, tümör markerlerinin laboratuvar göstergeleri, röntgen ve endoskopik muayene, USM., BT, MRT-nin yer aldığı işlenmiş algoritmalarla muayene edilmiştir. Diaqnostik laparoskopi, önceki muayenelerden başarısız sonuçları, alınan bilgilerin tutarsızlığı, keskin sonuç karmaşıklığında yapılmıştır.

Alınan sonuçlar 6kışide mide, 4kışide chamber bagırsak, 2 kışide kalın bagırsakın rektosigmoid shubesi, 4 kışide düz bagırsakın yukarı ve orta ampullar shubesi zedelenmiştir. 11 hastada hepatopankreatoduodenal nahiye organları zedelenmiştir. Bunlardan 3 halde pankreas, 5-de karaciğerin, her birinde 1 hal saptanmakla onikiparmak bagırsakın, safra kesesinin, genel safra kanalının proksimal shubesinin tümj-prü saptanmıştır. Laparoskopi genel anestezi ile gerçekleştirilmekle görsel genelteshirme belirtileri olmaksızın hemen açık laparotomi ve planlaşmış ameliyatın geçirilmesine olanak sağlanmıştır. Alt ve üst karaciğer boshlukları, yan kanaller, lipom, ince, charpaz - chamber ve siqma şekilli bagırsak mezenteryumu, parietal karınzarı, leggen diyaframı, dalak nahiyesi, mide arkasındaki boshluk muayene edilmiştir. Mide arkası boshluk, damarsız alanda büyük lipom perfirasyonu aracılığı ve orada laparoskopinin kurulması ile gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Diaqnostik laparoskopi, onkolojide laparoskopi

P 86

İHTİYAR HASTALARDA TÜMÖR KÖKENLİ MEKANİK SARILIĞIN TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİ

Niyazi ASKEROV, A.A ABDULLAYEV,
Mammed KERİMOV

Milli Onkoloji Merkez Genel Cerrah

Tetkik amacı ve yöntemler: Tetkike, tümör kökenli mekanik sarılıkla ilgili tedavi görmekte olan 13 hasta celbedilmiştir. Diaqnostikte, kanın laboratuvar tetkikleri, sindirim kanalının röntgen tetgiki, FGDS, USM,

BT ve MRT kullanılmıştır.

Alınan sonuclar 8 hastada pankreas başının, 3-de genel safra kanalının distal shubesinde tümör mevcut olmakla 2-de zedenin yayılması sindirim ve genel karaciger kanalının birlesim yerinden yukarıda önlenmiştir. Hastanın yaşı 77-82 arasındaydı. Mekanik sarılık sendromunun zaman aşımı 21 gün ve daha fazla idi. Genel bilirubin göstergesi 280 mkmol/l-i aşıyordu. Hemoglobin ve alyuvar düzeyi inmişti. Hipoproteini ve hipoalbumemi mevcuttu. 3 hastadaki röntgen tetgiki onikiparmak baghirsakin 1/4 aralığında daralma kaydetti. Duedonoskopi esnasında safranin baghirsagha dökünmesi 7 hastada kayd edilmiş, 6 hastada ise bulunmamıştır. 6halde USM, BT, MRT, ile karacigerde metastaz, 5-de yukarı mesentery toplam damarlarda artış, 4-de ascit saptanmıştır. 8 halde tümör büyük ölçüde olmakla 3 sm kutrunu aşmış, 5-de ise kutru 2 ile 3 sm arasında dalqalanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mekanik sarılık, terapatik laparokopi

P 87

AÇIK VE LAPAROSKOPİK İNGÜİNAL HERNİ TAMİRİNDE KOMPLİKASYONLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Emin K. GÜRBULAK, Abdulcabbar KARTAL, Bülent ÇİTGEZ, Mehmet VELİDEDEOĞLU, Gürkan YETKİN, İsmail E. AKGÜN, Adem AKÇAKAYA

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Giriş: İnguinal herniye ait postoperatif komplikasyonlar nadir değildir. Buradaki çalışmada açık ve laparoskopik inguinal herni tamiri deneyimlerimiz ile bu ikisi arasındaki komplikasyonları karşılaştırmayı amaçladık.

Metod: Ocak 2008 ile Ocak 2011 tarihleri arasında 316 hastaya primer inguinal herni nedeniyle açık yada laparoskopik herni tamiri yapıldı. Laparoskopik grubunda ortalama yaş 48 (18-82), açık grupta ise 51 (18-85) olup, 188'i erkek, 25'i kadın idi. Hastaların ortalama takip süresi 19 (2-36) ay idi. Laparoskopik tamirlerin hepsi total ekstraperitoneal yaklaşım (TEP) ile yapıldı. Açık herni tamirinde 205 hastaya Lichtenstein, 8 hastada McVay onarım yapılarak toplam 213 hasta ile, laparoskopik herni tamiri (TEP) yapılan 103 hasta retrospektif olarak incelendi. Nüks nedeniyle yapılan herni ameliyatları dahil edilmedi. Postoperatif komplikasyonlar ve nüks eden olgular Fisher's exact test kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Açık herni tamiri yapılan 213 hastanın 8'inde (% 3.7), laparoskopik tamir yapılanların 4'ünde (% 3.8) postoperatif hematoma yada seroma görüldü ($p>0.05$). Açık gruptan 20 hastada (% 9.3) ve laparoskopik gruptan 5 hastada (% 4.8) nüks görüldü ($p<0.05$). Laparoskopik başlanan olguların 6'sında (% 5.8) açığa konversiyon yapılmış olup, bunların 2'sinde daha önce geçirilmiş karın ameliyatı öyküsü (birinde apendektomi, diğerinde kolesistektomi) mevcuttu.

Sonuç: Bu retrospektif çalışmada açık ve laparoskopik

herni tamiri arasında postoperatif komplikasyon oranları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Nüks açısından bakıldığında laparoskopik tamirde nüks oranlarının anlamlı olarak daha az olduğu görülmüştür. Bu bulgular altında, herni tamirinde laparoskopik yaklaşımın güvenle uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik herni, herni komplikasyonları, nüks herni

P 88

MESH TESPİTİ OLMADAN TOTAL EKSTRAPERİTONEAL LAPAROSKOPİK KASIK FİTİĞİ ONARIMININ; ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Fahrettin AÇAR, Hüseyin YILMAZ, Hüsnü ALPTEKİN, M. Ertuğrul KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, KONYA

Amaç: Laparoskopik kasık fıtığının TEP yöntemiyle (Total Ekstraperitoneal) onarımında, anatomik polypropylene mesh'i (Parietex™ 3D) tespit etmeksizin kullanımına ait erken dönem sonuçları paylaşmak.

Materyal-Metot: Ekim 2009-Şubat 2011 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı'na kasık fıtığı şikayetiyle ameliyat olmak için müracaat eden hastalardan, laparoskopik yöntemi tercih edenler çalışma grubuna alındı. Hastaların ameliyat sonrası 2. hafta, 1. ve 6. ay ile 1 yıl sonunda ki; operatif morbidite, kronik ağrı ve fıtık nüks'i açısından kontrolleri kaydedildi.

Bulgular: Toplam 9 hastaya mesh tespiti olmaksızın total ekstraperitoneal yaklaşımla laparoskopik kasık fıtığı onarımı yapıldı. Hastaların 6'sında sağ, 3'ünde sol tek taraflı kasık fıtığı mevcuttu. Onarım yapılan hastaların 7'si erkek, 2'si kadın ve yaş ortalaması 44 idi (26 ile 72 arası). Olguların 5'si indirekt, 3'ü direkt, 1'i direkt+indirekt kasık fıtığı idi. Hastaların hiçbirinde herhangi bir tespit yöntemi kullanılmadan anatomik mesh preperitoneal alana yerleştirildi. Ameliyat süresi ortalama 64 dakika (50 ile 85 dk.) idi. Hiçbir hastada ameliyat boyunca komplikasyon gelişmedi ve açığa geçilmedi. Ortalama takip süresi 6,5 aydır (1 ile 14 ay). 1 hastada ameliyat sonrası 2. hafta gözlenen ve 1. ay'da gözlenmeyen seroma şikayeti mevcuttu. Hiçbir hastada takip süresince nüks ve analjezi ihtiyacı gözlenmedi.

Sonuç: Mesh tespiti olmadan laparoskopik ekstraperitoneal ile herni onarımı; diğer yöntemlerde kullanılan tespitlerin yol açabileceği ameliyat sonrası ağrı sorununu ortadan kaldıran ve sıfır düzeyinde nüks gibi özelliklerinden dolayı güvenle tercih edilebilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Total ekstraperitoneal onarım, TEP, kasık fıtığı

P 89

LAPAROSKOPİK İNGÜİNAL HERNİ ONARIMINA YENİ BAŞLAYANLAR İÇİN TAPP VEYA TEP ONARIMI ?



Resim 1. sağ inguinal alan preperitoneal diseksiyon ve de-ferensi

Resim 1. Sol Direkt Herni

Resim 1. Sağ inguinal point herni

P 91

LAPAROSKOPİK VE KONVANSİYONEL İNGUİNAL HERNİ ONARIMININ FİZİKSEL AKTİVİTEYE ETKİSİNİN İZOKİNETİK VE İZOMETRİK OLARAK İNCELENMESİ

Nurullah Burak KORKMAZ, Ayhan MESCI, Güner ÖGÜNCÜ

Özel Medikent Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, LÜLEBURGAZ

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde toplam 63 hastanın laparoskopik ve konvansiyonel inguinal herni onarımının fiziksel aktiviteye etkisinin izokinetik incelenmesi, hastanede kalış süreleri, postoperatif analjezik ihtiyacı, VAS skorlaması, işe başlama süreleri ve postoperatif komplikasyonları prospektif olarak incelendi. Elde edilen veriler prospektif olarak karşılaştırıldı.

Hastalar ve Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalında Mart 2005-haziran 2007 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 18-70 yaş arası toplam 63 hasta değerlendirilmeye alındı. Bu hastaların 20'sine TEP, 21'ine TAPP ve 23 hastaya PMG ile onarım uygulandı. Tüm hastaların preoperatif olarak fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitesinde Cybex cihazı kullanılarak alt ekstremitelerde fonksiyonları izokinetik ve izometrik olarak ölçüldü.

Bulgular: Postoperatif analjezik gereksinimi, VAS skorlaması, komplikasyon oranları, hareketle VAS skorları literatürle benzerlik göstermektedir. Postoperatif 3. günde Cybex cihazıyla kaydedilen ölçümler PMG'nin TAPP ve TEP onarımına göre alt ekstremitelerde daha fazla kuvvet kaybına neden olduğu dijital ortamda sayısal parametrelerle gösterildi. Tüm olguların izokinetik ve izometrik incelenmelerinde postoperatif ortalama kas gücü kaybı laparoskopik yöntemlerde yaklaşık 2/3 oranında daha az idi.

Sonuç: Çalışmamız laparoskopik fıtık onarımlarının açık cerrahi yöntemine göre fiziksel aktiviteye olan olumlu etkisini kantitatif değerlerle gösteren literatürdeki ilk karşılaştırmalı çalışma oldu.

Anahtar Kelime: TAPP, TEP, PMG onarım cybex

P 92

LAPAROSKOPİK CERRAHİ SONRASI BULANTI VE KUSMANIN ÖNLENMESİNDE / YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ UYGULAMALARININ YERİ

Şennur KULA*, Tülin YILDIZ**

* Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, KAYSERİ

** Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, TEKİRDAĞ

Giriş ve Amaç: Günümüzde yeni anestezi teknikleri ve antiemetik ajanlar klinik kullanıma girmesine karşın laparoskopik cerrahi girişim geçiren hastalarda bulantı ve kusma önemli bir bakım sorunu olma özelliğini korumaktadır. Bulantı ve kusmanın nedeni tam olarak açıklanamasa da laparoskopik cerrahi girişim önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim deneyimleyen her üç hastanın birinde bulantı ve kusma geliştiği bildirilmektedir. Bulantı ve kusma yaşamı tehlikeye sokan komplikasyon olmamakla birlikte önlem alınmadığı ve giderilemediği zaman hastanede kalış süresinin uzamasına, maliyet artışına, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir.

Yöntem ve Bulgular: Profesyonel hemşirelik bakımı özellikle tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin (TAT) temelini oluşturan tanılama, yansıtırma ve bütüncül yaklaşım değerleri ile sağlanabilir. Bu bağlamda cerrahi hemşirelerinin TAT'leri hasta bakımına yansıtılması kaçınılmaz olmaktadır. Hemşirelerin hasta bakımında TAT'leri kullanması, bakımdaki etki gücünü ortaya koymasına ve bakımın kanıt temelli olmasına olanak sağlar.

Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim sonrası gelişen bulantı ve kusmanın önlenmesi/yönetiminde TAT'nin olumlu etkileri bildirilmektedir. Müzik dinleme, otojenik gevşeme egzersizleri, akupressür (P6 uygulaması), aromaterapi (zencefil, nane yağı), izopropil alkol koklatma ile bulantı ve kusma gelişiminin önemli oranda azalma sağladığı belirtilmektedir. Akupressür yönteminin özellikle hafif-orta şiddette gelişen bulantı gelişimini önleme/yönetiminde, metokloropamid tedavisi kadar etkin olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Cerrahi hemşirelerinin bulantı ve kusmanın önlenmesi/yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tedavilere daha fazla yer vermeleri; bakımın, hasta memnuniyetinin ve konforun artmasına neden olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları, bulantı-kusma, yönetim, önleme



Resim 1. sağ inguinal alan preperitoneal diseksiyon ve deferensi

Resim 1. Sol Direkt Herni

Resim 1. Sağ inguinal point herni

P 91

LAPAROSKOPİK VE KONVANSİYONEL İNGUİNAL HERNİ ONARIMININ FİZİKSEL AKTİVİTEYE ETKİSİNİN İZOKİNETİK VE İZOMETRİK OLARAK İNCELENMESİ

Nurullah Burak KORKMAZ, Ayhan MESCI, Güner ÖGÜNCÜ

Özel Medikent Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, LÜLEBURGAZ

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde toplam 63 hastanın laparoskopik ve konvansiyonel inguinal herni onarımının fiziksel aktiviteye etkisinin izokinetik incelenmesi, hastanede kalış süreleri, postoperatif analjezik ihtiyacı, VAS skorlaması, işe başlama süreleri ve postoperatif komplikasyonları prospektif olarak incelendi. Elde edilen veriler prospektif olarak karşılaştırıldı.

Hastalar ve Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalında Mart 2005-haziran 2007 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 18-70 yaş arası toplam 63 hasta değerlendirilmeye alındı. Bu hastaların 20'sine TEP, 21'ine TAPP ve 23 hastaya PMG ile onarım uygulandı. Tüm hastaların preoperatif olarak fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitesinde Cybex cihazı kullanılarak alt ekstremitelerde fonksiyonları izokinetik ve izometrik olarak ölçüldü.

Bulgular: Postoperatif analjezik gereksinimi, VAS skorlaması, komplikasyon oranları, hareketle VAS skorları literatürle benzerlik göstermektedir. Postoperatif 3. günde Cybex cihazıyla kaydedilen ölçümler PMG nin TAPP ve TEP onarımına göre alt ekstremitelerde daha fazla kuvvet kaybına neden olduğu dijital ortamda sayısal parametrelerle gösterildi. Tüm olguların izokinetik ve izometrik incelenmelerinde postoperatif ortalama kas gücü kaybı laparoskopik yöntemlerde yaklaşık 2/3 oranında daha az idi.

Sonuç: Çalışmamız laparoskopik fıtık onarımlarının açık cerrahi yöntemle göre fiziksel aktiviteye olan olumlu etkisini kantitatif değerlerle gösteren literatürdeki ilk karşılaştırmalı çalışma oldu.

Anahtar Kelime: TAPP, TEP, PMG onarım cybex

P 92

LAPAROSKOPİK CERRAHİ SONRASI BULANTI VE KUSMANIN ÖNLENMESİNDE / YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ UYGULAMALARININ YERİ

Şenrur KULA*, Tülin YILDIZ**

* Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, KAYSERİ

** Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, TEKİRDAĞ

Giriş ve Amaç: Günümüzde yeni anestezi teknikleri ve antiemetik ajanlar klinik kullanıma girmesine karşın laparoskopik cerrahi girişim geçiren hastalarda bulantı ve kusma önemli bir bakım sorunu olma özelliğini korumaktadır. Bulantı ve kusmanın nedeni tam olarak açıklanamasa da laparoskopik cerrahi girişim önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim deneyimleyen her üç hastanın birinde bulantı ve kusma geliştiği bildirilmektedir. Bulantı ve kusma yaşamı tehlikeye sokan komplikasyon olmamakla birlikte önlem alınmadığı ve giderilemediği zaman hastanede kalış süresinin uzamasına, maliyet artışına, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir.

Yöntem ve Bulgular: Profesyonel hemşirelik bakımı özellikle tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin (TAT) temelini oluşturan tanılama, yansıma ve bütüncül yaklaşım değerleri ile sağlanabilir. Bu bağlamda cerrahi hemşirelerinin TAT'leri hasta bakımına yansıtma kaçınılmaz olmaktadır. Hemşirelerin hasta bakımında TAT'leri kullanması; bakımdaki etki gücünü ortaya koymasına ve bakımın kanıt temelli olmasına olanak sağlar.

Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim sonrası gelişen bulantı ve kusmanın önlenmesi/yönetiminde TAT'nin olumlu etkileri bildirilmektedir. Müzik dinleme, otojenik gevşeme egzersizleri, akupressür (P6 uygulaması), aromaterapi (zencefil, nane yağı), izopropil alkol koklatma ile bulantı ve kusma gelişiminin önemli oranda azalma sağladığı belirtilmektedir. Akupressür yönteminin özellikle hafif-orta şiddette gelişen bulantı gelişimini önleme/yönetiminde, metokloropamid tedavisi kadar etkin olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Cerrahi hemşirelerinin bulantı ve kusmanın önlenmesi/yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tedavilere daha fazla yer vermeleri; bakımın, hasta memnuniyetinin ve konforun artmasına neden olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları, bulantı-kusma, yönetim, önleme

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Uygulanan Hastalarda Serum Albümin Düzeyi ve Kısa Dönem Komplikasyonlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Fatma Ayça GÜLTEKİN, Murat YÜLÜKLÜ, Demet SÜMER, Muzaffer Önder ÖNER, Mustafa CÖMERT

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Amaç: Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), oral yolla beslenmesi mümkün olmayan çeşitli hastalıklara bağlı malnütrisyonu olan hastalarda enteral beslenmeye olanak sağlayan bir yöntemdir. Bu çalışmada çeşitli nedenlere bağlı yutma güçlüğü olan hastalardaki PEG uygulamaları ve işlem öncesi serum albümin değerinin işlem sonrası kısa dönem komplikasyonlar üzerine etkisi incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya Mart 2010-Ocak 2011 tarihleri arasında Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde PEG uygulanan hastalar dâhil edilmiştir. İşlem öncesinde tüm hastalardan imzalı onam formu alınmıştır. Hastaların işlem öncesinde serum albumin düzeyleri kaydedilmiş ve işlem sonrasında 14. gün ve 1. ayda komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında 30 hasta değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri incelendiğinde kadın erkek sayısının eşit olduğu ve ortalama yaşın 68,07 olduğu gözlemlendi. PEG uygulanan hastalarda oral alıma engel olan hastalık olarak serebrovasküler hastalıklar (n=21) malignite (n=6) ve nörodejeneratif hastalıklar (n=3) olduğu gözlemlendi. Hastaların %33'ünde serum albümin değerinin 3,0 g/dL'nin altında olduğu tespit edildi. İşlem sonrası erken dönemde hastaların 3'ünde yara yeri enfeksiyonu, 2'sinde çekmeye bağlı olarak PEG'in yerinden çıkması ve 1 hastada eşlik eden hastalıklara bağlı işlem sonrasında 1 günde exitus olduğu gözlemlendi. Yapılan değerlendirmede serum albümin değeri ile erken dönem komplikasyonlar arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmadı.

Yazışma Adresi:

Fatma Ayça Gültekin
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tel: 0505 319 41 19
e-posta: faycagultekin@yahoo.com

Sonuç: PEG uygulamalarında kısa dönem komplikasyonlar ve serum albümin düzeyi değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki bulunamamakla birlikte bu tarz girişimsel işlemler öncesinde hastaların nutrisyonel durumunun dikkatli bir şekilde gözlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan endoskopik gastrostomi; albümin düzeyi, komplikasyonlar.

Abstract

The Relations Between Serum Albumin Level And Short Term Complications After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement

Objective: Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a common procedure, performed to allow enteral nutrition in patients with various diagnoses causing malnutrition. In this study it was evaluated the effects of pre-procedure serum albumin level on short term complication in patients with dysphagia caused by various disease.

Methods: From March 2011 to January 2011 patients receiving PEG in the General Surgery Endoscopy Unit were enrolled the study. All patients provided informed written consent. Pre-procedure serum albumin levels of patients were noted and they evaluated for the short complications 14. and 30. day. after procedure.

Results: During the study period PEG was performed on 30 consecutive patients. It was observed that the number of female and male patients were equal and the mean age of the patients was 68,07. The most common indications for PEG placement to the patients with dysphagia were cerebrovascular disease (n=21), malignancy (n=6) and neurodegenerative disorders (n=3). The mean albumin level was below the 3.0 g/dL at 33% of patients. Early complications occurred in 3 patients as an exit site infection and in 2 patients dislocation of PEG due to involuntary traction of tube. Post-procedure first day mortality was observed only one patient do related diseases. In the study no significant correlation was observed between the serum albumin level and short term complications.

Conclusion: Our results suggested that although there was no significant correlation between short term complications after PEG placement and serum albumin levels, nutrient management before and during the procedure should be monitored carefully.

Key words: Percutan endoscopic gastrostomy; albumin level, complications.

Giriş

İlk olarak 1980 yılında Gauderer ve ark.(1) tarafından sunulan perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), oral yolla gıda alımı mümkün olmayan hastalarda nutrisyonun sağlanmasında en sık kullanılan yöntemdir. PEG uygulamaları %95 başarı oranı ile kolay ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesine rağmen, iş-

lemle ilgili komplikasyonlar da nadir değildir(2-5). Yapılan meta-analizlerde prosedür ile bağlantılı morbiditenin %9.4 ve mortalitesinde %0.53 olduğu görülmüştür(6). PEG bağlantılı komplikasyonlar major ve minör komplikasyonlar olarak sınıflandırılmakta ve bunlar arasında yara yeri enfeksiyonu %32 sıklıkta hastalarda en sık görülen komplikasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır(7-10).

Bununla birlikte erken dönem PEG işlemine bağlı mortalite sadece %0-2 (11-14) iken 30 gün içerisinde görülen mortalitenin daha yüksek (%8-28)(15-18) olduğu gözlenmiştir. Uygulama yapılan hastalarda eşlik eden hastalıklar nedeni ile komplikasyona eğilim olduğu açıktır. Çeşitli çalışmalarda risk artımına neden olabilecek faktörler araştırılmış ve bunların PEG ile ilgili komplikasyonlar üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da hastalarda nutrisyonel durumun bir göstergesi olarak serum albümin düzeyine bakılmış ve bunun PEG yerleştirilmesinden sonraki kısa dönem komplikasyonlar üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Yöntem

Çalışma Mart 2010-Ocak 2011 tarihleri arasında Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde PEG yerleştirilen hastaların retrospektif olarak analizi ile gerçekleştirildi. Hastalardan toplanan bilgiler, yaş, cinsiyet, PEG takılmasına neden olan hastalık, PEG işlemi öncesinde serum albümin düzeyi ve PEG işleminden son-

ra görülen komplikasyonlar şeklinde düzenlendi. PEG takılmasına neden olan hastalıklar, serebrovasküler, nörodejeneratif hastalıklar, malignite ve demans olarak gruplandırıldı. Erken dönem komplikasyonlar olarak, ilk 14 gün içinde yara yeri enfeksiyonu, kanama ve PEG'in yerinden çıkması açısından hastalar değerlendirilirken, ilk 30 gün içerisinde görülen mortalite de kaydedildi.

İşlem öncesinde tüm hastalardan veya hasta yakınlarından imzalı bilgilendirilmiş onam formu alındı. PEG işlemi, 12 saat açlığı takiben trakeanın lidokain ile lokal anestezisi ve midazolam ile iv sedasyon ile gerçekleştirildi. İşlemden 1 saat önce hastalara 1 gr sefuroxime verildi. Pull-through tekniği ile 20-Fr Allwin PEG kiti (Ecotup Sağlık Tesisleri Hizmeti AŞ., İstanbul, Türkiye) hastalara yerleştirildi. Enteral nutrisyona 24 saat sonra başlandı. Enteral beslenme solusyonları 1200-1800 kcal/gün arasında olacak şekilde Harris-Benedict formülü ile hesaplanarak hastalara verildi.

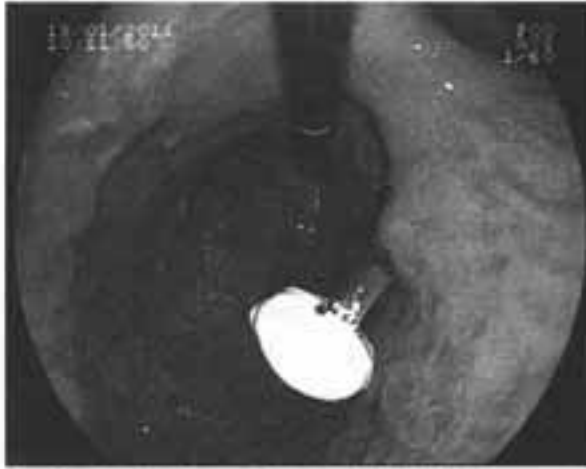
Verilerin analizi için SPSS 16.0 for Windows istatistik programı kullanıldı.

Bulgular

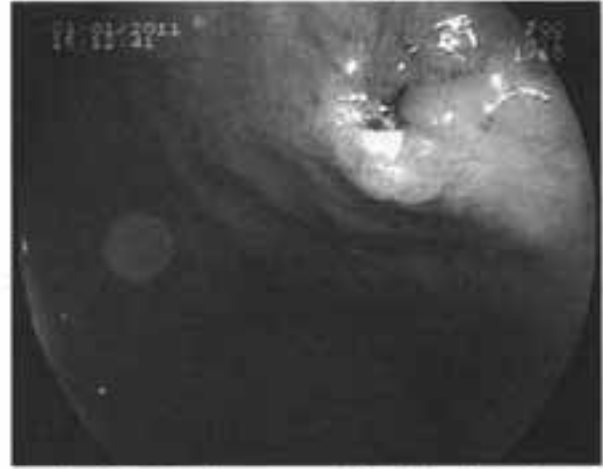
Çalışma periyodu içerisinde 30 hasta değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamasının 68,07 yıl olduğu (25-86 yıl) ve hastalar arasında erkek kadın dağılımının eşit olduğu gözlemlendi. PEG takılmasına neden olan hastalık durumları incelendiğinde, 21 hastada serebrovasküler hastalık, 6 hastada malignite ve 3 hastada nörodejeneratif hastalık olduğu izlendi. Malignite grubundaki hastaların 5 de unrezektable larenks CA olduğu, 1 tanesinde ize gingiva kaynaklı tümör olduğu tespit edildi. İşlem öncesi serum albumin düzeyleri incelendiğinde, %33'de serum albümin değerinin 3.0 g/dL'nin

Tablo 1. PEG uygulanan hastaların temel karakteristikleri

Hasta Demografikleri	
Total Hasta Sayısı	30
Yaş	68,07 (25-86)
Kadın / Erkek	15/15
Albümin (g/dL)	3.1 (2.1-4.5)
Altta Yatan Hastalık	
Serebrovasküler Hastalık	21
Malignite	6
Nörodejeneratif Hastalık	3
Komplikasyonlar	
Yara yeri Enfeksiyonu	3
Hastanın PEG'ni Çekmesi	2
Exitus	1



Resim 1. PEG'in mide içindeki lokalizasyonu



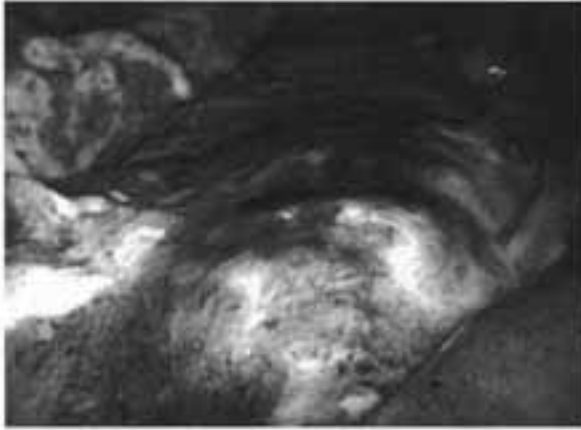
Resim 2. Haftadan sonra PEG'ni çeken hastada mideden traktın görünüşü

altında olduğu tespit edildi. İlk 14 gün içinde hastaların 3'ünde yara yeri enfeksiyonu olduğu görüldü. 1 hastada işlemden sonraki ilk 24 saatte şüpheli olmakla birlikte takılmaya bağlı olarak PEG'in yerinden çıktığı görüldü. Akut karın bulguları gelişen hasta acil operasyona alındı. Operasyonda kateterin mideden çıkmış olduğu bumper'ın karın içinde serbest olduğu görüldü. Mide ön yüzünde bumper'ın çıktığı 2 cm'lik bir delik olduğu izlendi. Yoğun kontaminasyonu olan hastada delik primer onarıldıktan sonra, hastaya beslenme amaçlı feeding jejunostomi yerleştirildi. PEG çıkan diğer hasta ise işlem sonrası 25. günde başvurdu trakt oluşan hastada tekrar endoskopik yolla katater yerleştirildi. 1 hastada ise eşlik eden hastalıklara bağlı işlem sonrasında 1 günde exitus olduğu gözlemlendi. Albumin değeri ile erken dönem komplikasyonlar karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü.

Tartışma

Fonksiyonel bir gastrointestinal trakta sahip olan ancak oral olarak gıda alımı mümkün olmayan hastalarda PEG güvenle uygulama-

nan ve efektif enteral nütrisyona olanak sağlayan bir yöntemdir. Yapılan işlem sayısı her geçen gün artmakla birlikte, hastaların işlemle bağlantılı mortalite oranının %0.5 ve morbidite oranının %17 olması, işlemle ilgili risklerin araştırılmasına yönelik çalışmaların sayısının artmasına neden olmuştur. Yapılan araştırmalarda risk olarak belirlenen faktörler, ileri hasta yaşı, düşük vücut kitle indeksi, eşlik eden hastalıklar, yüksek C-reaktif protein (CRP) düzeyi, düşük albümin ve kolesterol düzeyi ve hiponatremi olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda özellikle serum albümin düzeyi üzerinde yoğunlaşmış, nütrisyonel durumun bir göstergesi olarak, işlem sonrası kısa dönem ve uzun dönem komplikasyonlarla düşük seviyelerinin bağlantısı olduğu görülmüştür. Ancak bu tür çalışmalar da kendi içinde bias yaşamıştır. İşlem yapılan hastaların mevcut ve eşlik eden hastalıkları nedeni ile genel durumlarının kötü olması, çok değişik gruptan hastalara uygulamaların yapılması ve daha da önemlisi işlem konusunda pratiğin artması ile ağır durumdaki hastalara PEG yerleştirilmesinin işlem bağlantılı mortalite oran-



Resim 3. İlk 24 saat içinde PEG'i çıkan hastanın intraoperatif görüntüsü

larını etkilemesi açısından yapılan çalışmalarda açıklar oluşmasına neden olmuştur. Mevcut çalışmalar değerlendirildiğinde, düşük albümin ve yüksek CRP düzeyi kısa dönem komplikasyonları tahmin etmede marker gibi rol aldığı görülmüştür. Tek tek veya ayrı olarak albümin ve CRP düzeyi Glasgow skoru ile birlikte göz önüne alındığında malignite hastalarında postoperatif mortalite ve enfeksiyonda prediktif değere sahip olduğu bilinmektedir (19). Kronik inflamasyon durumu metabolizmayı ve immüniteyi olumsuz etkilemekte, iştah kaybı, kaşeksi ve dolayısıyla albümin ve CRP değerlerinde düşmeye neden olarak hastanın herhangi bir girişimsel işlem sonrası olası komplikasyonlara daha da eğimli olduğunu göstermektedir (19,20). Bu durumda PEG bağlantılı kısa ve uzun dönem komplikasyonlarla albümin ve CRP değerleri arasında bağlantı olması sürpriz olmamaktadır. Bizim çalışmamızda ise böyle bir bağlantı olduğu gözlenmemiştir. Bunun nedeni olarak çalışmadaki hasta sayısının az olması ve PEG uygulaması öncesinde hastaların büyük çoğunluğunda nazogastrik aracılığı ile enteral nütrisyona baş-

lanmış olması nedeni ile nütrisyon durumlarının iyi olması gösterilebilir.

Major komplikasyonlar arasında değerlendirilen, PEG'in istemsiz çekilmesi 2 hasta da gözlenmiş, hastalardan birinde ilk 24 saat içinde gelişmesi nedeniyle ciddi komplikasyona neden olmuştur. PEG traktının matürasyonu en erken 1 hafta içerisinde oluşmakta (21), malnütrisyonu olan, steroid alan ve ileri derecede hastalığı olanlarda ise matürasyon 3 haftayı bulmaktadır(22,23). Ajitasyonu veya deliryumu olan hastalarda 3-4 haftadan PEG'in bu şekilde çekilmesi sonrasında nazogastrik dekompresyon yapılsın veya yapılmassın PEG'in tekrar yerleştirilmesi mümkün olmaktadır (24,25). PEG traktı 24-48 saatte kapanmakta ve yeni bir alandan tekrar takılması mümkün olmaktadır.

Yara yeri enfeksiyonu kısa dönem komplikasyonlar arasında en sık görüleni olup bizim hastalarımızın da 3 tanesinde gözlenmiştir. Literatürdeki çalışmaların sonuçları ile değerlendirildiğinde albümin ve CRP düzeyinden bağımsız olarak, pull-through tekniği ile işlemin kendisi yara yeri enfeksiyonu oluşmasına predispoze bir girişimdir. Çoğu yoğun bakım hastası olan normal floranın bozulduğu ve yoğun antiasit tedavi ile mide asiditesinin bozulduğu hastalarda ağızdan sokulup cilt altından çıkarılan bir kateter çevresinde yara yeri enfeksiyonu gelişmesi zaten beklenmektedir(26). Ancak bu durum işlem öncesi uygulanan antibiyotik profilaksisi ile büyük oranda azaltılmıştır.

Sonuç olarak bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlar yetersiz olmakla birlikte, PEG sonrası kısa ve uzun dönem komplikasyonlar ve risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmede hastalıkları gruplandırılarak incelemenin daha güvenilir sonuçlar sağlayacağı kanaatindeyiz. Bundan sonraki çalışmamızda

hasta sayısını artırarak PEG uygulanan hastaları kendi hastalık grubundaki hastalarla değerlendirmeyi amaçlamaktayız.

Kaynaklar

- Gauderer MW. Twenty years of percutaneous endoscopic gastrostomy: origin and evolution of a concept and its expanded applications. *Gastrointest Endosc.* 1999;50:879-83.
- Larson DE, Burton DD, Schroeder KW, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, success, complications and mortality in 314 consecutive patients. *Gastroenterology.* 1987;93:48-52.
- Wilson WR, Hariri SM. Experience with percutaneous endoscopic gastrostomy on an otolaryngology service. *Ear Nose Throat J.* 1995;74:760-2.
- Pender SM, Courtney MG, Rajan E, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: results of an Irish single unit series. *Ir J Med Sci.* 1993;162:452-5.
- Gibson SE, Wenig BL, Watkins JL. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy in head and neck cancer patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1992;101:46-50.
- Wollman B, D'agostino HB, Walus-Wigle JR, et al. Radiologic, endoscopic and surgical gastrostomy: an institutional evaluation and meta-analysis of the literature. *Radiology.* 1995;197:699-04.
- Luman W, Kwek KR, Loi KL, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy indications and outcome of our experience at the Singapore General Hospital. *Singapore Med J.* 2001;42:460-5.
- Gencosmanoglu R, Koc D, Tozun N. Percutaneous endoscopic gastrostomy: results of 115 cases. *Hepatogastroenterology* 2003;50:886-8.
- Mahadeva S, Sam IC, Khoo BL, et al. Antibiotic prophylaxis tailored to local organisms reduces percutaneous gastrostomy site infection. *Int J Clin Pract* 2009;63:760-5.
- Grant JP. Percutaneous endoscopic gastrostomy: initial placement by single endoscopic technique and long-term follow-up. *Ann Surg* 1993;217:168-74.
- Grant DG, Bradley PT, Pothier DD, et al. Complications following gastrostomy tube insertion in patients with head and neck cancer: a prospective multi-institution study, systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol* 2009;34:103-12.
- Neeff M, Crowder VL, McIvor NP, et al. Comparison of the use of endoscopic and radiologic gastrostomy in a single head and neck cancer unit. *ANZ J Surg* 2003;73:590-3.
- Pruthi D, Duerksen DR, Singh H. The practice of gastrostomy tube placement across a Canadian regional health authority. *Am J Gastroenterol* 2010;105:1541-50.
- Ljungdahl M, Sundbom M. Complication rate lower after percutaneous endoscopic gastrostomy than after surgical gastrostomy: a prospective, randomized trial. *Surg Endosc* 2006;20:1248-51.
- Lang A, Bardan E, Chowers Y, et al. Risk factors for mortality in patients undergoing percutaneous endoscopic gastrostomy. *Endoscopy* 2004;36:522-6.
- Grant MD, Rudberg MA, Brody JA. Gastrostomy placement and mortality among hospitalized Medicare beneficiaries. *JAMA* 1998;279:1973-6.
- Callahan CM, Haag KM, Weinberger M, et al. Outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a community setting. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1048-54.
- Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J, et al. Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1472-5.
- McMillan DC. An inflammation-based prognostic score and its role in the nutrition-based management of patients with cancer. *Proc Nutr Soc* 2008;67:257-62.
- Stephens NA, Skipworth RJ, Fearon KC. Cachexia, survival and the acute phase response. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008;2:267-74.
- Safadi BY, Marks JM, Ponsky JL. Percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1998;8:551-68.
- Bender JS, Levison MA. Complications after percutaneous endoscopic gastrostomy removal. *Surg Laparosc Endosc.* 1991;1:101-3.
- Eisdorfer DS, DiLorenzo JC, Miskovitz P. A complication of PEG change [letter]. *Gastrointest Endosc.* 1991;37:108.
- Marshall JB, Bodnarchuk G, Barthel JS. Early accidental dislodgement of PEG tubes. *J Clin Gastroenterol.* 1994;18:210-2.
- Galat SA, Gerig KD, Porter JA, et al. Management of premature removal of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Am Surg.* 1990;56:733-6.
- Ono H, Ito S, Yamazaki Y, Otaki Y, Otaki H. Effects of gastric acidity on peristomal infection after percutaneous endoscopic gastrostomy placement. *J Hosp Infect.* 2010 Sep;76(1):42-5.

Bildiri Yazarları İndeksi

S - Sözlü / **V** - Video / **P** - Poster

A

A. Bora KARİP, P-44
A.A ABDULLAYEV, P-85, P-86
Abdulgabbar KARTAL, P-87
Abdullah GÜNEŞ, S-28, S-29
Abdurrahman AKAY, S-14, S-25, S-38
Abuzer DİRİCAN, S-35, S-41
Adem AKÇAKAYA, P-34, P-87
Adem KARATAŞ, S-40
Adil BAŞKIRAN, S-41
Adil ISAYEV, P-19
Adnan HUT, P-31
Ahmet AYKAS, P-48
Ahmet BEKİN, P-55
Ahmet Cem DURAL, P-7
Ahmet DİLEK, P-27
Ahmet DİNÇÇAĞ, S-24, V-11, V-14
Ahmet Feran AĞAÇHAN, P-18
Ahmet KEŞŞAF AŞLAR, S-19
Ahmet Nuray TURHAN, P-84, S-21
Ahmet OKUŞ, P-53, V-26, V-9
Ahmet Ziya BALTA, P-29, P-68
Akin AYDOĞAN, P-51, P-9
Akin ŞİRE, V-39
Ali AKYÜZ, V-33, V-35, V-36, V-38
Ali ALEMDAR, V-23
Ali Doğan BOZDAĞ, P-52
Ali DURMUŞ, P-64
Ali Egemen AVCI, V-31, V-32
Ali Emre AKGÜN, S-1, S-5, S-39, V-40
Ali EMRE, S-12, S-13
Ali Galip DENEÇLİ, P-20, P-21, P-48
Ali İlker FİLİZ, P-68, P-80, P-90
Ali KOCATAŞ, P-36
Ali Uğur EMRE, S-34
Ali UZUNKÖY, P-16, P-50
Alim TOPÇU, P-90
Alp BOZBORA, S-24, V-14
Alper AKCAN, P-10, P-12, P-17, P-42, P-70
Alper SÖZÜTEK, P-3

Aras Emre CANDA, S-27
Atilla ÇAKMAK, P-46, P-63
Aydın ALPER, S-12, S-13
Aygün QADİROVA, P-8
Ayhan ERDEMİR, P-41, P-46, P-63, P-79
Ayhan MESCI, P-91
Ayhan ÖZSOY, V-17
Aynur SAFİYEVA, P-8
Aysun ÇELİK, S-16
Azad Gazi ŞAHİN V-15, V-16
Aziz SÜMER, P-60, S-16, S-3, S-23, S-24, V-11, V-14, V-24, V-28

B

Baha TEMİZGÖNÜL, P-36
Baha ZENGEL, P-20
Bahadır ÖZ, S-25
Barış BAYRAKTAR, P-76
Barış DEMİRİZ, S-1, S-19, S-39, S-5, V-18, V-21, V-40
Barış MANTOĞLU, P-44
Barış SEVİNÇ, P-53, V-9
Barlas SULU, S-30
Batuhan HAZER, P-15, P-35, P-80, P-90
Belkız AYLU, P-13
Berkay KILIC, V-11, V-14
Bırol AĞCA, P-64
Bora KARİP, P-58
Bora KOÇ, V-17
Burak IŞIK, S-35
Burak IŞIK, S-41
Burcu ERBAY, S-28, S-29
Burçin BATMAN, S-4
Burhan MAYİR, P-14, P-61
Bülent ÇİTGEZ, P-34, P-87, P-68
Bülent KAYA, P-44
Bülent MENTEŞ, S-26
Bünyamin ÖZGÜL, P-13

C-Ç

C. Atilla KARAKELLEOĞLU, P-34
Can KÜÇÜK, P-70, S-14, S-38
Cavit AVCI, S-4, S-18
Cem TERZİ, S-27
Cemal DENİZTAŞ, P-82, P-84, S-21, S-22
Cemal KARA, P-3
Cemal Ö.ENSARİ, P-78
Cemalettin ERTEKİN, P-38, P-55
Cengiz ARA, S-35
Cengizhan YİĞİTLER, P-68
Cüneyt KIRKIL, P-72, P-75
Çiğdem ARSLAN, S-27

D

Demet SÜMER, P-28
Demir BUDAK, S-24, V-14
Deniz GUZEY, P-36, S-37, P-43
Deniz ŞAHİN, S-28, S-29
Deniz YÜCEL, S-26
Derya UYMAZ, V-35
Dilek AYGİN, P-56
Dilek B. ŞİLFELER, P-51
Dursun BUĞRA, V-30, V-33, V-35, V-36, V-38
Dursun Özgür KARAKAŞ, P-29

E

Ebru ÖZDEMİR, S-23
Ecem MEMİŞOĞLU, S-18
Ediz ALTINLI, P-60, S-16, S-23, S-3, V-1, V-24, V-28
Ekrem FERLENCEZ, P-77, P-26
Elif ÇOLAK, S-36
Elif DEMİR, S-30
Emel ÖZVERİ, S-40, V-19, V-29
Emin GÜNEŞ, P-33
Emin K. GÜRBULAK, P-87
Emre BALIK, V-25, V-30, V-33, V-35, V-36, V-38
Emre GÜNDOĞDU, S-1, S-5, S-19, V-40, V-18
Ender BADEMKIRAN, V-15, V-16
Ender ONUR, P-58
Enver İLHAN, P-20, P-21, P-48
Enver KUNDUZ, S-4, V-35, V-36
Ercüment TARCAN, P-11
Erdoğan KAMER, P-11
Erdoğan SÖZÜER, P-70, S-14, S-25, S-38
Ergün YÜCEL, P-29, P-68, P-81
Erhan AYGEN, P-72, P-75
Erman SOBUTAY, P-64
Ersan EROĞLU, S-16, S-23, V-24, V-28
Ersin Şükrü ERDEN, P-9
Erşan AYGÜN, P-82, P-84, S-21, S-22
Ertuğrul ALKURT, P-26, P-77
Esin Kabul GÜRBULAK, P-34
Esra S.DUMAN, P-79

Eyüp GEMİCİ, S-37, P-43
Eyüp KÜLAH, S-34

F

Fahrettin ACAR, P-24, P-32, P-84, P-88, S-2, S-8, S-11, S-31, V-20, V-22
Faruk MUTLU, P-70
Fatih ÇELEBİ, P-26, P-77
Fatih TUNCA, S-4, S-17, S-18
Fatih YANAR, P-43, P-82, S-21, S-22, S-37
Fatin R. POLAT, P-23, P-37
Fatma Ayça GÜLTEKİN, S-34, P-28
Fatma ÜLGER, P-27
Fazıl SAĞLAM, P-64, V-23
Fazilet ERÖZGEN, P-26, P-77
Fevzi CENGİZ
Fevzi CENGİZ, P-21, P-48, P-20
Feyza PARLAK, S-9
Feyzullah ERSÖZ, P-33, S-32
Filiz İSLİM, P-82, S-22

G

Gamze ÇITLAK, S-18
Gökhan ÇİPE, P-5, P-66, P-67, S-6, V-13, V-34
Gökhan DARILMAZ, P-40
Gökhan Tolga ADAŞ, V-17
Gökmen ZARARSIZ, S-14
Görkem ÖZGEN, S-13
Gülay SARIÇAM, S-24
Güldeniz KARADENİZ ÇAKMAK, S-34
Güner ÖGÜNCÜ, P-91
Güngör ÜZÜM, P-62
Gürkan YETKİN, P-87
Gürsel ÇİĞ, P-65
Güvenç DİNER, P-51

H

H. Gözde MUHAFAZ DADA, P-7
Hakan GÖK, S-40, V-17, V-19, V-23, V-29
Hakan YANAR, P-38, P-55
Hakan YİĞİTBAŞ, V-23
Halil ALIŞ, P-36, P-43, P-82, P-84, S-21, S-22, S-37
Halil COŞKUN, P-5, P-6, V-12, V-13
Halil İBİS, Ali SARAÇ, S-20
Haluk Recai ÜNALP, P-11
Hamis Mehmet ŞENER, P-89
Hamza ÇINAR, S-9
Hande CENGİZ, P-56
Hasan ALTUN, P-44, P-58, S-30
Hasan BEKTAŞ, P-62, S-32
Hayrettin DİZEN, S-39
Hayrullah DERİCİ, P-4, P-52
Hızır AKYILDIZ, P-70, S-38
Hüda GENÇ, P-3

Hürriyet TURGUT, P-82, S-22
Hüseyin ALKİM, P-36
Hüseyin BAKKALOĞLU, S-18
Hüseyin KADIOĞLU, P-5, P-45, V-12, V-34
Hüseyin SİNAN, P-15, P-49, P-59, P-90, S-10
Hüseyin YILMAZ, P-24, P-32, P-84, P-88, S-11, S-2, S-31, S-8, V-20, V-22
Hüsnü ALPTEKİN, P-24, P-32, P-84, P-88, S-11, S-2, S-31, S-8, V-20, V-22

I-I

İlgar ISMAYILOV, P-59
İlham QAFAROV, P-73
İ. Şamil SARICI, P-38
İbrahim Cengiz GÜZEL, P-13
İbrahim YETİM, P-51, P-9
İkbal OVALI, S-29
İlhan ÇİFTÇİ, P-84
İker SÜCÜLLÜ, S-10, P-29, P-80, P-90
İknur ERGÜNER, P-2, P-71, P-74
İnanç Ş. SARICI, P-55
İsmail BİLGİÇ, S-1, S-19, S-39, S-5, V-18, V-21
İsmail DEMİRYILMAZ, P-22, P-25
İsmail E. AKGÜN, P-34, P-87
İsmail YAMAN, P-4, P-52

K

Kadir YILDIRIM, P-42, S-36
Kadri GÜLER, P-47, P-76
Kafkas ÇELİK, P-58
Kamer DERE, P-29
Kamil PEHLİVANOĞLU, V-15, V-16
Kaya SARİBEYOĞLU, V-7
Kazım SARI, P-64
Kemal Emre TELCİLER, P-20, P-21, P-48
Kemal KARAKAYA, S-34
Kemal MEMİŞOĞLU, P-58
Kemal RAŞA, P-41, P-79
Kenan BİNNETOĞLU, P-72
Kerim ÖZAKAY, S-32
Kıvılcım ORHUN, P-47, P-76
Koray KARABULUT, P-72, P-75
Koray TEKİN, P-66, P-67, S-20, S-6, S-7
Koray TOPGÜL, P-1, P-27, P-30, S-9, V-27
Kuthan KAVAKLI, P-59

L

Levent AVTAN, S-4, S-18, V-2
Levent GÜNGÖR, P-27
Levent KAPTANOĞLU, P-6, V-13, P-45

M

M. Ertuğrul KAFALI, P-24, P-84, P-88, S-2, S-8, S-11, S-31, V-20, V-22
M. Hayrettin KAFALI, P-32

M. Tahir ORUÇ, P-2, P-71, S-15
M. Tahir ÖZER, P-49, P-59
M. Ümit UĞURLU, P-2, P-71, S-15
Mahmut MÜSLÜMANOĞLU, P-45, P-5, P-6, V-12, V-13, V-34
Mammed KERİMOV, P-86
Mani HABİBİ, P-78
Mehmet A. UZUN, S-16
Mehmet Abdussamet BOZKURT, P-43, P-82, S-22, S-37
Mehmet Ali ERYILMAZ, P-53, V-9, V-26
Mehmet Ali YERDEL, P-66, P-67, P-69, S-6, S-7
Mehmet Celal KIZILKAYA, P-26, P-77
Mehmet Fatih AVŞAR, S-30
Mehmet FÜZÜN, S-27
Mehmet GÖRGÜN, V-15, V-16
Mehmet HATEMİ, P-26, P-77
Mehmet İLHAN, P-82, S-22
Mehmet KARABULUT, P-36
Mehmet Levhi AKIN, P-68
Mehmet Mahir ÖZMEN, S-1, S-5, S-19, S-39, V-18, V-40, V-21
Mehmet MEMİŞOĞLU, P-44
Mehmet OĞUZ, S-26
Mehmet OKUDUCU, P-44, P-58
Mehmet VELİDEDEOĞLU, P-34, P-87
Mehmet YALNIZ, P-75
Mehmet YILDIZ, P-29, P-68, P-81
Merter GÜLEN, S-26
Mesut AKYOL, S-10
Metin ERTEM, S-40, V-19, V-29, V-3
Metin KEMENT, S-36
Metin YEŞİLTAŞ, V-39
Muhammet AKYÜZ, P-70, V-37
Muhammet ÜÇÜNCÜ, V-33
Murat AKAND, V-31, V-32
Murat AKAYDIN, P-26, P-77
Murat AKICI, S-17, S-18
Murat GÖNENÇ, P-84, P-43, S-21, S-37
Murat KAYAĞ, P-47, P-76
Murat ÖZBAN, S-20
Murat UZ, P-20, P-21
Murat YÖLÜKLÜ, P-28
Musfig HASANOV, P-19, P-54
Mustafa ATEŞ, S-35, S-41
Mustafa CÖMERT, P-28, S-34
Mustafa GİRGİN, P-75
Mustafa PEŞKERSOY, P-11
Mustafa ŞAHİN, P-24, P-32, P-84, P-88, S-2, S-8, S-11, S-31, V-20, V-22
Mustafa Tahir ÖZER, P-15, S-10
Mustafa TANRISEVEN, P-15
Mustafa TÜKENMEZ, P-18, V-14
Mustafa Uygur KALAYCI, P-36
Muzaffer Önder ÖNER, S-34, P-28

Münevver MORAN, S-1, S-19, S-39, S-5, V-21, V-40
Münire KAYAHAN, P-6, P-45, V-34
Mürşid DİNÇER, P-75

N

N.G GULİYEVA, P-85
Naim MEMMİ, P-5, V-12, V-34
Namiq NOVRUZOV, P-8
Nergis AKSOY, V-9
Neşet KÖKSAL, S-3, S-16, S-23, S-30, V-24
Niyazi ASKEROV, P-85, P-86
Nuraydın ÖZLEM, P-10, P-12, P-17, P-42, S-36
Nurhan GÖZCÜ, P-33
Nuru BAYRAMOV, P-8
Nurullah Burak KORKMAZ, P-91

O-Ö

Oğuz KOÇ, P-62, S-32
Oğuzhan BÜYÜKGEBİZ, S-28, S-29
Oktar ASOĞLU, V-30, V-33, V-35, V-36, V-38, V-4
Olgun ÖZTÜRK V-23
Onur BİRSEN, S-20
Orhan BİLGE, V-5
Orhan Veli ÖZKAN, P-9, P-51
Orhangazi ÖZBİLEN, S-30
Osman Anıl SAVAŞ, V-35
Osman KÖNEŞ, P-36
Osman YÜCEL
Osman YÜCEL, V-24, V-28
Ozgor DİNÇER, S-41
Öge TAŞÇILAR, S-34
Ömer AYDINER, P-41
Ömer KARAHAN, P-53, V-26, V-9
Ömer TOPUZ, P-18
Önder KARAHALLI, P-11
Özlem YAPICIER, P-63
Öznur Funda YAZICI, P-7

R

Rafet KAPLAN, P-31, P-77, , P-26
Ramazan DAVRAN, P-51, P-9
Ramazan ERYILMAZ, P-78
Ramazan KUŞASLAN, V-23
Ramazan YILDIZ, P-59
Recep AKTİMUR, P-80, P-90
Refik AYTEN, P-75
Rıdvan SEVEN, S-24, V-11, V-14
Rüştü KURT, S-16

S-Ş

S. Gürkan YETKİN, P-34
S. Yiğit YILDIZ, P-2, S-15, P-71
S.Q ARAYEVA, P-73

Sabriye POLAT, P-23, P-37
Sadık KEŞMER, P-10, P-12, P-17
Savaş YAKAN, P-20
Savaş YÜRÜKER, P-1, P-27, P-30
Savaş YÜRÜKER, V-27, S-9
Seher ŞİRİN, S-32
Selçuk MERCAN, S-24, V-11, V-13, V-14
Selim BİROL, P-26, P-77
Selim SÖZEN, P-18
Selin KAPAN, S-21, P-84
Selman ÇINAR, S-28
Selman EMİRKİCİ, S-4
Sennur KULA, P-57
Serap PAMAK, P-31
Sercan BÜYÜKAKINCAK, S-9
Serdar ASLAN, P-13
Serdar GÜRSUL, V-15, V-16
Serdar TEZELMAN, S-17
Serden AY, V-26
Serhat MERİÇ, V-38
Serkan SARI, P-33
Serkan SENER, P-60, S-16, S-23, V-24
Serkan ŞENKAL, P-49
Serpil YILMAZ, P-25
Servet Rüştü KARAHAN, V-17
Sezai DEMİRBAŞ, P-15, P-59, S-10
Sezai LEVENTOĞLU, S-26
Sezai YILMAZ, S-35
Sezgin ZEREN, P-64
Sibel GELECEK, S-1, S-19, S-39, S-5, V-18, V-21, V-40
Soykan ARIKAN, P-33
Süleyman BOZKURT, P-5, P-6, P-45, V-12, V-34
Süleyman BÜYÜKAŞIK, P-36
Sümer YAMANER, V-30, V-33, V-35, V-36, V-38
Şennur KULA, P-92
Şenol CARILLI, S-12, S-13

T

Tahir MUTLU, S-36, P-74
Tarık ARTIŞ, P-70, S-14, S-25, S-38, V-37
Tarık PURTULOĞLU, P-49
Tarık TERZİOĞLU, S-17
Tariyel ÖMEROV, P-85
Tarverdi RZAYEV, S-33
Taylan KARA, P-40
Tibet ERDOĞRU, V-31, V-32
Timuçin AYDIN, P-58
Tolga ALİYAZICIOĞLU, S-12
Toygar TOYDEMİR, P-66, P-67, P-69, S-6, S-7
Tuba ATAÇ, P-47, P-6, P-76, V-12
Tuğrul DEMİREL, S-24, V-11, V-14
Tuğrul KESİCİOĞLU, S-9
Tuğrul TANSUĞ, V-10, P-3
Tuna BİLEÇİK, P-78

Tuncer BABÜR, P-65
Turgay ERGİNEL, P-62
Turgay ŞİMŞEK, S-28, S-29
TURGUT İPEK, V-6
Tülin YILDIZ, P-57, P-92
Türker BULUT, V-30, V-33, V-36, V-38, V-35
Türker KARABUĞA, P-3, V-10

U-Ü

Uğur KILINÇ, V-21
Umut BARBAROS, S-24, V-11, V-14
Umut YILMAZ YILDIRIM, P-10, P-12, P-17, P-42
Ümit UĞURLU, P-74

V-Y

Vahit TUNALI, P-62, S-32
Vefa HÜSEYİNOVA, P-73
Volkan İNCE, S-35, S-41
Yalın İŞCAN, S-17, V-30
Yasemin GİLES ŞENYÜREK, S-17

Yavuz ALBAYRAK, P-13, P-22, P-25
Yavuz KURT, P-81
Yavuz ÖZDEMİR, P-80, P-81
Yavuz Selim İLHAN, P-72, P-75
Yavuz Selim SARI, V-8, S-32, P-62
Yeliz Emine ERSOY, P-26, P-45, P-77, V-13, V-34
Yeşim GÜRBÜZ, S-28, S-29
Yılmaz BÜYÜKUNCU, V-33, V-36, V-38
Yiğit YILDIZ, P-74
Yusuf E.KILIÇ, P-47, P-76
Yusuf GÜNERHAN, S-30

Z

Zafer MALAZGİRT, P-27, S-9
Zehra BOYACIOĞLU, P-2, P-71, P-74, S-15
Zeki YILMAZ, S-25, V-37
Zeynep BALCI, V-18
Ziya ÇETİNKAYA, P-72, P-75



Yeni SILS™ PORT 15mm
Duman Tahliye Sistemi



V-Loc™ 90 ve 180
Absorbe Olabilen
Yara Kapama Cihazı



Parietex™
Parastomal Mesh



LigaSure Advance™
Pistol Grip Enstrümanı

[Covidien Laparoskopi Çözümleri]



Yeni SILS™ El Aletleri



Versaport™
Bıçaksız Trokarlar



LigaSure™ V Enstrümanı



Tri-Staple™ Teknolojili
Endo GIA™ Yükleme
Üniteleri



COVIDIEN

positive results for life

ETHICON

a Johnson & Johnson company



**Ethicon
Endo-Surgery**